

# HIBERNOME : Diagnostic et prise en charge d'une tumeur lipomateuse rare

N.EL HAFIDI<sup>1</sup>, Y.RIBAG<sup>2</sup>, A.BENBACHIR<sup>1</sup>, A.BAKHIL<sup>1</sup>, H.SABANI<sup>1</sup>,  
K.ELKHATIB<sup>1</sup>

1. Service de chirurgie maxillo-faciale et stomatologie, Hôpital Militaire D'instruction Mohamed V, Rabat, Maroc

2. Service de chirurgie plastique et réparatrice, Hôpital Militaire D'instruction Mohamed V, Rabat, Maroc

---

## Résumé:

L'hibernome est une tumeur adipocytaire rare qui se développe aux dépens de la graisse brune. Il s'agit d'une tumeur de consistance plus ferme qu'un lipome, mobile, rarement infiltrante et de croissance lente. L'imagerie permet de préciser la nature lipomateuse de la tumeur et de préciser ses différents rapports. Le diagnostic positif est apporté par l'histologie qui permet d'éliminer le principal diagnostic différentiel qui est le liposarcome. Le traitement repose sur une exérèse complète de la tumeur hypervascularisée. Nous rapportons la prise en charge d'un hibernome dorsal chez un patient de 44ans, sans antécédents, chez qui un bilan radiologique complet et une biopsie ont été réalisés avant le geste chirurgical. Nous discutons ensuite les aspects cliniques, paracliniques et thérapeutiques de cette tumeur.

**Mots-clés:** Hibernome, lipome, liposarcome

---

Date of Submission: 20-03-2023

Date of Acceptance: 04-04-2023

---

## I. Introduction

L'hibernome est une tumeur adipocytaire bénigne, développée à partir de la graisse brune fœtale dont des reliquats peuvent persister chez L'adulte. C'est une tumeur rare encore méconnue, décrite pour la première fois en 1906 par Merckel, elle tient sa dénomination en référence aux mammifères hibernants chez qui la graisse brune joue un rôle important dans la régulation thermique et énergétique.

C'est une tumeur indolore dont les dimensions sont le plus souvent importantes au moment du diagnostic, posant ainsi un problème de diagnostic différentiel avec les tumeurs malignes en particulier le liposarcome.

Nous rapportons la prise en charge d'un hibernome dorsal chez un patient de 44ans, en précisant les particularités de cette tumeur.

## II. Observation

Nous rapportons le cas d'un patient de 44 ans, sans antécédents pathologiques notables, qui consulte pour une volumineuse tuméfaction dorsale gauche, indolore, évoluant depuis au moins 10 ans dans un contexte d'apyrexie et de conservation de l'état général. L'examen clinique retrouve une masse sous cutanée latéro-thoracique gauche, ovalaire, bien limitée, de consistance molle, faisant 15 cm de grand axe, non pulsatile, non douloureuse et sans signes inflammatoires en regard [Figure 1]. La masse est mobile par rapport au plan superficiel et fixe par rapport au plan profond. L'examen ne retrouve pas de troubles vasculo-nerveux, ni d'adénopathies satellites. Les bilans biologiques et inflammatoires sont normaux.

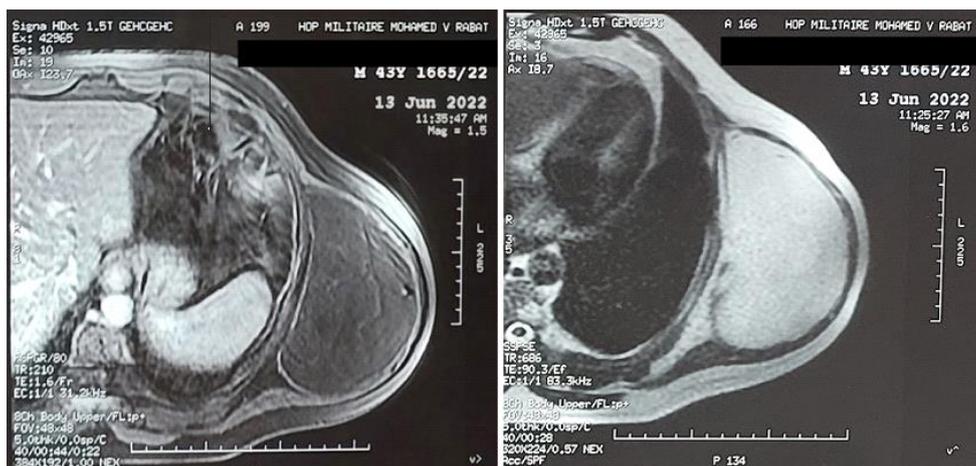


**Figure 1** : Vues préopératoires de la masse tumorale. A : vue dorsale ; B : de ¾ .

La TDM objective une formation ovale, bien limitée, de la paroi thoracique latérale gauche, mesurant 130 x 75 x 100 mm, non rehaussée après injection et dont la densité est comprise entre celle de la graisse et celle du muscle.

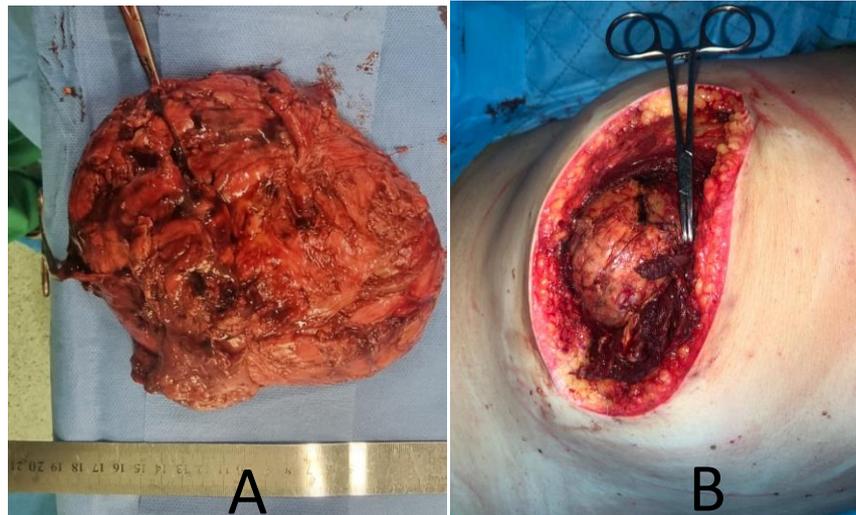
Le bilan radiologique a été complété par une IRM dorsale montrant une formation dorsale gauche aux dépens du muscle grand dorsal, bien limitée, à paroi fine et à contours réguliers, en hypersignal T1 et T2, s'effaçant sur la séquence Fat-sat, sans restriction de diffusion, mesurant 146 x 82 x 120mm [Figure 2].

Devant ces éléments radiologiques et la taille tumorale dépassant les 50mm, le diagnostic d'un liposarcome a été suspecté. Une biopsie chirurgicale a donc été réalisée, retrouvant une tumeur sous musculaire, encapsulée, brunâtre et hémorragique. L'étude histologique était en faveur d'un hibernome.



**Figure 2** : IRM dorsale en coupes axiales. A : Séquence T2 après injection B : Séquence T1 (lésion en hypersignal)

L'exérèse chirurgicale a été menée sous anesthésie générale, patient installé en décubitus latéral droit. La voie d'abord par une incision en S italique dans un pli du dos en regard de la tuméfaction. La dissection était hémorragique et a nécessité plusieurs temps d'hémostase permettant l'ablation totale et monobloc d'une tumeur encapsulée multilobée, enchâssée de fibres musculaires et parcourue d'un réseau veineux superficiel. La pièce opératoire a été envoyée pour étude anatomo-pathologique. Les suites opératoires étaient simples, autorisant l'ablation du drain et la sortie au troisième jour postopératoires.



**Figure 4** : A : Aspect macroscopique de la tumeur après résection. B : vue per opératoire après dissection du M. grand dorsal

L'examen histologique a confirmé le diagnostic d'hibernome en montrant une prolifération tumorale d'architecture lobulée, faite de cellules rondes de grande taille pourvue d'un petit noyau central régulier et d'un cytoplasme abondant granulaire éosinophile ou clair multi vacuolé. Ces cellules étaient intriquées avec des cellules adipeuses bien différenciées. Il n'y avait pas d'atypies cellulaires ou d'autres signes histologiques de malignité. Le contrôle à 1 mois a noté une évolution favorable, avec une cicatrice plane et souple.

### III. Discussion

L'hibernome est une tumeur bénigne rare constituée par la prolifération de graisse brune dont la couleur est liée à la vascularisation dense et au contenu riche en cytochromes des adipocytes.

Le terme hibernome a été utilisé la première fois en 1914 par Gery, par analogie avec la graisse brune des animaux hibernants qui assure un rôle majeur dans la thermogénèse. Coordonne avec ce que tu as dit dans l'introduction

Pour l'adulte, bien qu'elle existe chez le fœtus et le nouveau-né essentiellement dans la région axillaire et sous pleurale, elle est réduite chez l'adulte à l'état de reliquat au niveau de la région scapulaire, le cou et plus rarement au niveau des plis fessiers et de la cuisse.[1,2]. Néanmoins les localisations tumorales ne correspondent pas uniquement aux localisations physiologiques de la graisse brune ; Ainsi divers localisations atypiques ont été rapportées dans la littérature notamment le sein[3], la moelle épinière [4], le scalp[5], ou encore le larynx[6]. Les localisations profondes sont également possibles (médiastinales, ou spinales)

Cette tumeur survient le plus souvent entre 30 et 40 ans avec une légère prédominance féminine[1,2]. Cliniquement, elle a une consistance plus ferme qu'un lipome classique, rarement infiltrante et de croissance lente expliquant les retards diagnostiques. Les signes cliniques associés peuvent comprendre des douleurs en rapport avec la compression des structures avoisinantes ou dans des rares cas un amaigrissement important lié à l'activité métabolique de la graisse brune sur le catabolisme glucidique et lipidique, avec retour au poids normal après sa résection complète [1].

L'imagerie permet d'orienter le diagnostic, et d'écartier le principal diagnostic différentiel qui est le liposarcome[7]. À l'échographie-doppler, l'hibernome apparaît comme une masse hyperéchogène encapsulée, homogène et richement vascularisée [7,8]. La TDM montre une tumeur bien limitée, de densité intermédiaire entre le muscle strié et la graisse qui se rehausse à l'injection de produit de contraste.

L'IRM reste l'examen de choix, elle montre une masse hyper intense en T1 avec un signal plus hétérogène en T2. La prise de contraste est intense après injection de Gadolinium. Par ailleurs, sur les séquences de saturation de graisse, ces tumeurs ne sont pas supprimées en raison de la nature de leurs lipides.

Une biopsie première est préconisée si la tumeur dépasse 5 cm à l'IRM surtout chez un patient âgé afin d'éliminer un liposarcome. La biopsie chirurgicale doit être préférée à la biopsie percutanée qui comporte un risque hémorragique à cause de l'hypervascularisation de la tumeur.

Macroscopiquement, l'hibernome apparaît sous forme de tumeur brunâtre avec une capsule parcourue par des veines superficielles. Microscopiquement, l'aspect est typique fait d'un mélange d'adipocytes matures, de cellules multivacuolées et de cellules rondes à noyau central et à cytoplasme éosinophile correspondant aux adipocytes bruns. Les diagnostics différentiels histologiques sont : l'angioliipome, le lipome à cellules

fusiformes, le lipome pléomorphe, le lipoblastome, l'élastofibrome, le sarcome à cellules claires et le liposarcome.

La résection chirurgicale doit être menée après réalisation du bilan radiologique et d'une éventuelle biopsie avant que la tumeur n'exerce un effet de masse sur les structures adjacentes. Cette résection doit être complète pour éviter les récurrences. La dissection doit être prudente et l'hémostase soigneusement réalisée en raison de l'hypervascularisation de la tumeur. Les suites opératoires sont en règles simples, les récurrences sont rares, et la transformation maligne reste anecdotique avec un seul cas rapporté dans la littérature.

#### **IV. Conclusion**

L'hibernome est une tumeur bénigne et rare des parties molles, se développant aux dépens des vestiges embryonnaires de la graisse brune. Il faut savoir l'évoquer devant une tumeur lipomateuse ferme, richement vascularisée, de couleur brunâtre souvent indolore. La biopsie est souvent nécessaire afin d'éliminer un liposarcome. Le traitement chirurgical permet de confirmer le diagnostic et d'éviter la récurrence, et repose sur une exérèse complète avec une attention particulière accordée à l'hémostase.

#### **Références**

- [1]. Essadel A, Mssrouri S, Mohammadine R, Benamr E, Taghy E, Lahlou A, et al. L'hibernome : une cause rare d'amaigrissement massif. *Ann Chir* 2002;127:215—7.
- [2]. Della Volpe C, Salazard B, Casanova D, Vacheret H, Bartoli JF, Magalon G. Hibernoma of the antero-lateral thigh. *Br J Plast Surg* 2005;58(6):859—61.
- [3]. Colville J, Feigin K, Tang L, Keating D, Cohen MA. Mammary hibernoma. *Breast J* 2006;12:563—5.
- [4]. Chitoku S, Kawai S, Watabe Y, Nishitani M, Fujimoto K, Otsuka H, et al. Intradural spinal hibernoma: case report. *Surg Neurol* 1998;49:509—12. discussion 12—13.
- [5]. Sellari Franceschini S, Segnini G, Berrettini S, Bruschini P, Cagno MC, Testi C. Hibernoma of the larynx. Review of the literature and a new case. *Acta Otorhinolaryngol Belg* 1993;47:51—3.
- [6]. Muszynski CA, Robertson DP, Goodman JC, Baskin DS. Scalp hibernoma: case report and literature review. *Surg Neurol* 1994;42:343—5.
- [7]. Anderson SE, Schwab C, Stauffer E, Banic A, Steinbach LS. Hibernoma: imaging characteristics of a rare benign soft tissue tumor. *Skeletal Radiol* 2001;30:590—5.
- [8]. daMottaAC, TunkelDE, WestraWH, YousemDM. Imaging findings of a hibernoma of the neck. *Am J Neuroradiol* 2006;27:1658—9.

N.EL HAFIDI, et. al. "HIBERNOME : Diagnostic et prise en charge d'une tumeur lipomateuse rare." *IOSR Journal of Dental and Medical Sciences (IOSR-JDMS)*, 22(4), 2023, pp. 35-38.