



## Douleurs abdominales dans la panniculite mésentérique idiopathique

## Abdominal pain in the idiopathic mesenteric panniculitis

### التهاب السبلة الشحمية المساريقية مجهول السبب سبب نادر من اسباب آلام البطن

S. Ait Laalim; I. Tourghai, I. Kamaoui, K. Ibn majdoub; K. Mazaz.

#### Introduction

La panniculite mésentérique, également appelée mésentérite rétractile est un processus inflammatoire aspécifique affectant le tissu adipeux du mésentère [1]. C'est une pathologie rare qui entraîne un épaissement et un raccourcissement du mésentère. Sa physiopathologie reste mal connue. Les douleurs abdominales, la palpation d'une masse abdominale ou un syndrome occlusif sont les signes cliniques les plus souvent rencontrés mais cette maladie peut rester asymptomatique dans 30 à 50% des cas. La tomodensitométrie abdominale est souvent le premier examen d'imagerie permettant d'évoquer le diagnostic et d'écarter les diagnostics différentiels. La réalisation d'une biopsie, percutanée avec examen anatomopathologique reste indispensable. Le traitement est médical, basé sur les anti-inflammatoires et les immunosuppresseurs. Les lésions de panniculite étant le plus souvent non résecables, le traitement chirurgical est réservé au traitement des complications obstructives digestives ou vasculaires. Voici le cas rapporté d'un patient présentant une panniculite mésentérique idiopathique douloureuse, traité avec succès par corticothérapie.

#### Observation

Il s'agit d'un patient de 85 ans, hypertendu depuis 5 ans, adressé à notre formation pour prise en charge chirurgicale d'une tumeur mésentérique douloureuse. L'histoire de la maladie remontait à 2 mois par l'apparition de douleurs péri-ombilicales intenses, résistantes au traitement antalgique habituel, sans irradiation particulière

et sans notion d'altération de l'état général. L'examen somatique normal, la palpation de l'abdomen notait une sensibilité abdominale diffuse, sans masse palpable. Le bilan biologique était normal, notamment il n'y avait pas de syndrome inflammatoire biologique. L'échographie abdominale notait la présence d'une masse intra-péritonéale para-ombilicale gauche de 77x72x34 cm de diamètre, mal limitée d'aspect tissulaire, homogène et vascularisée au doppler. Un complément scannographique était réalisé et qui revenait en faveur d'une volumineuse masse de densité grasseuse, englobant les vaisseaux mésentériques (figure 1). Elle est entourée d'un fin liseré dense et mesure environ 10 cm de grand axe et (figure 2).

Figure 1 : TDM abdominal



Image scannographique en coupe axiale qui montre une volumineuse masse d'environ 10 cm de grand axe. Elle est de densité grasseuse (étoile).

Tiré à part : S. Ait Laalim : Service de chirurgie générale B. CHU Hassan II. Fès. Maroc

**Figure 2 : TDM abdominal**

*Image scannographique en coupe axiale qui montre la volumineuse masse graisseuse entourée d'un fin liseré dense (flèches).*

Une biopsie scanno-guidée de la masse graisseuse était réalisée et qui montrait un aspect multinodulaire et sclérosé du mésentère associé à un infiltrat inflammatoire composé de lymphocytes, de macrophages et d'éosinophiles. L'infiltrat est diffus et associé à une réaction fibreuse qui entoure les septas du tissu adipeux sans signes de néoplasie. Ces caractéristiques étaient compatibles avec le diagnostic de panniculite mésentérique. Le patient a été mis sous corticothérapie à raison de 1 mg/kg/jour pendant six semaines, permettant d'obtenir une rémission clinique complète suivie d'une décroissance progressive durant six mois. Sur un recul d'un an le patient est resté asymptomatique.

## Discussion

Le terme de panniculite mésentérique a été proposé en 1961 par Ogden et al. [2]. Cette pathologie survient essentiellement au cours de la sixième décennie, avec peut-être une prédominance masculine (ratio = 1,8/1) [1]. La physiopathologie de la panniculite mésentérique reste inconnue, bien qu'un mécanisme auto-immun ou ischémique ait pu être suggéré dans un contexte de maladie du système [3]. Certains auteurs individualisent deux types de panniculite mésentérique [4] : primitive ou idiopathique, sans aucune pathologie associée, considérée par certains

comme une forme purement abdominale de la maladie de Weber-Christian ; et la panniculite mésentérique secondaire qui serait une panniculite d'accompagnement.

Les lésions de panniculite mésentérique peuvent être découvertes fortuitement chez des patients totalement asymptomatiques [3]. Les manifestations cliniques sont dominées par des douleurs abdominales, isolées ou associées à une diarrhée chronique. La fièvre est fréquente, isolée et prolongée ou survenant dans un contexte d'altération de l'état général ou d'atteinte systémique (arthralgies, érythème noueux) [2]. L'examen clinique met en évidence une masse abdominale dans 50% des cas [4]. Une complication peut être révélatrice : syndrome occlusif, thrombose veineuse mésentérique, perforation iléale ou syndrome appendiculaire [5,6]. Les examens biologiques sont normaux ou montrent un syndrome inflammatoire [3,4]. Sur le scanner abdominal, les lésions sont localisées au niveau de la racine du mésentère, notamment jéjunale [4]. Il s'agit le plus souvent d'une masse unique se présentant au minimum comme une densification localisée de la graisse de la racine du mésentère [1]. Le diamètre transversal moyen de la masse graisseuse varie de 7 à 25 cm [1,3]. Le diagnostic peut être difficile avec les pathologies péritonéales malignes comme les liposarcomes lipogéniques, les carcinomes, les mésothéliomes, les tumeurs carcinoïdes, les tumeurs desmoïdes et surtout les lymphomes malins non hodgkiniens (LMNH) mésentériques [4]. Devant une panniculite mésentérique isolée, une surveillance clinique et tomodensitométrique annuelle est souhaitable. L'apparition intra-lésionnelle de nodules de plus de 10 mm, d'une extension rétro-péritonéale ou de refoulements vasculaires justifie une biopsie pour dépister une pathologie péritonéale maligne [4]. En dehors du traitement spécifique de la cause, le bénéfice des traitements associés n'est pas formel : corticothérapie (1 mg/kg par jour) [1], seule ou associée à la colchicine (1 mg/jour) ; progestérone orale (10 mg/jour pendant six mois) ou immunosuppresseurs (azathioprine, cyclophosphamide). En l'absence de pathologie néoplasique associée et les complications mécaniques propres à la panniculite mésentérique, l'évolution est spontanément favorable. Chez notre patient il s'agit d'une panniculite mésentérique symptomatique et isolée. Le diagnostic a été posé par scanner abdominale associé à une biopsie percutanée avec une bonne réponse à la corticothérapie orale.

## **Conclusion**

La panniculite mésentérique, est une pathologie rare, est caractérisée par l'association à un degré variable de lésions d'inflammation, de nécrose et de sclérose. Souvent asymptomatique, la douleur abdominale est la principale

manifestation clinique. Le scanner abdominal associé à une biopsie percutanée est indispensable pour le diagnostic. Le traitement est médical, basé sur la corticothérapie et les immunosuppresseurs. La chirurgie est inutile, réservée aux complications. L'évolution est le plus souvent spontanément favorable.

## Références

1. JM. Sabaté, S. Torrubia, J. Maideu, T. Franquet, JM. Monill, C. Pérez. Sclerosing mesenteritis : imaging findings in 17 patients. *Am J Roentgenol* 1999;172: 625-9.
2. WW. Ogden, DM. Bradburn, JD. Rives. Panniculitis of the mesentery. *Ann Surg* 1961; 151: 659–68.
3. M. Daskalogiannaki, A. Voloudaki, P. Prassopoulos, E. Magkanas, K. Stefanaki et al. CT evaluation of mesenteric panniculitis: prevalence and associated diseases. *AJR Am J Roentgenol* 2000;174: 427–31.
4. SYJ. Wat, S. Harish, A. Winterbottom, AK. Choudhary, AH. Freeman. The CT appearances of sclerosing mesenteritis and associated diseases. *Clin Radiol* 2006; 61:652–8.
5. M. Seo, M. Okada, S. Okina, K. Ohdera, R. Nkashima, S. Sakisaka. Mesenteric panniculitis of the colon with obstruction of the inferior mesenteric vein. *Dis Colon Rectum* 2001;44:885–9.
6. J. Mathew, F. McKenna, J. Mason, NY. Haboubi, M. Borghol. Sclerosing mesenteritis with occult ileal perforation: report of a case simulating extensive intra-abdominal malignancy. *Dis Colon Rectum* 2004;47:1974–7.