

La panniculite mésentérique simulant un processus tumoral

Amine Daghfous, Haykel Bedioui, Oussama Baraket, Lamia Kallel *, S Ayadi, Mohamed Jouini, Montasser Kacem, Zoubeir Bensafta

Service de Chirurgie « A » Hopital La Rabta

*Service de gastroentérologie « A » Hopital La Rabta

Université El Manar

A. Daghfous, H. Bedioui, O. Baraket, L. Kallel, S. Ayadi, M. Jouini, M. Kacem, Z. Bensafta

A. Daghfous, H. Bedioui, O. Baraket, L. Kallel, S. Ayadi, M. Jouini, M. Kacem, Z. Bensafta

La panniculite mésentérique simulant un processus tumoral

Mesenteric panniculitis simulating malignancy

LA TUNISIE MEDICALE - 2010 ; Vol 88 (n°12) : 950 - 953

LA TUNISIE MEDICALE - 2010 ; Vol 88 (n°12) : 950 - 953

R É S U M É

Prérequis : La panniculite mésentérique est une pathologie rare qui associe une inflammation et un raccourcissement du mésentère et son étiologie est encore mal connue.

But : Rappporter l'observation d'une panniculite mésentérique dont le diagnostic est difficile dans sa forme mésocolique.

Observation : Une patiente âgée de 37 ans est hospitalisée pour une masse douloureuse de la fosse iliaque gauche. Les explorations endoscopiques et tomodensitométriques ont montré l'aspect d'un recto sigmoïde inflammatoire sans orientation diagnostique laissant suspecter une lésion lymphomateuse ou linitique. Devant le doute diagnostique une résection sigmoïdienne a visée diagnostique et thérapeutique était réalisée. L'examen anatomopathologique avait conclu à une panniculite mésentérique sans lésion digestive maligne.

Conclusion : La panniculite du mésocolon reste un diagnostic difficile pouvant simuler un processus néoplasique. La meilleure connaissance de cette entité peut permettre d'éviter des résections inutiles.

S U M M A R Y

Background : Panniculitis mesenteritis is a rare, benign, and chronic fibrosing inflammation disease with unknown aetiology that affects the mesentery of small bowel and colon.

Aim: To report a new case of this entity and to highlight its diagnostic difficulties especially when it affects the mesocolon.

Case report: A 37 years-old women presented with chronic abdominal pain; physical examination found mass of left ilaca fossa. Closcopy and abdominal CT scan showed a thickness of bowel wall with negative biopsies. The patient underwent a colectomy. Histologic examination concluded to the diagnosis of Mesenteric panniculitis without malignant lesion.

Conclusion: Mesenteric panniculitis is a rare pathology which diagnosis is difficult to establish. It can simulate malignancy. A better knowledge of its clinical and radiological features could ovoid unnecessary digestive resection.

M o t s - c l é s

Panniculite – diagnostic – tomodensitométrie – traitement

Key - words

Panniculitis – diagnosis – CT scan – Treatment

La panniculite mésentérique est une affection dégénérative du tissu cellulo adipeux mésentérique dont l'étiologie est encore mal connue. Elle touche essentiellement le mésentère plus rarement le méso colon. Il s'agit d'une pathologie rare ; en effet depuis que cette entité a été décrite pour la première fois par Odgen et al [1], 300 cas ont été publiés dans la littérature sous diverses dénominations : mésentérite liposclérotique, lipodystrophie isolée du mésentère, mésentérite lipomateuse, lipogranulome du mésentère, manifestation mésentérique de la maladie de Weber-Christian ou encore mésentérite sclérosante [2]. La panniculite mésentérique est le plus souvent découverte de manière fortuite sur un examen radiologique. La nécessité d'obtenir un diagnostic histologique impose fréquemment le recours à la chirurgie.

Nous rapportons une nouvelle observation de panniculite intéressant le mésocolon sigmoïde et qui pose un problème de diagnostic per et pré opératoire.

OBSERVATION

Mme A H, âgée de 37 ans, sans antécédents pathologiques notables présentait depuis 6 mois une diarrhée liquidienne à raison de six selles par jour associée à des douleurs de la fosse iliaque gauche sans notion d'altération de l'état général. L'examen physique trouvait une patiente en bon état général ; il existait une masse sensible au niveau de la fosse iliaque gauche. Le toucher rectal était normal.

Les aires ganglionnaires étaient libres. Le bilan biologique était normal, notamment il n'y avait pas de syndrome inflammatoire biologique. A la coloscopie il existait un aspect inflammatoire du rectosigmoïde avec la présence, à partir de 40 cm de la marge anale, de plis boursoufflés et oedématisés.

La lumière était réduite non sténosée et il n'existait pas de diverticules. Les biopsies coliques faites à deux reprises étaient négatives. Le scanner abdominal avait objectivé un épaississement sigmoïdien circonférentiel non sténosant étendu au colon gauche avec une importante infiltration de la graisse péri-sigmoïdienne avec hypervascularisation. (figures 1-2).

Devant le doute diagnostique sur une forme linitique d'une tumeur du colon, une laparotomie était indiquée. L'exploration per opératoire avait objectivé un épaississement de la paroi du sigmoïde étendue sur 10 cm avec un épaississement important du mésocolon gauche. Le reste du colon ainsi que le foie, l'intestin grêle et le péritoine étaient normaux. Il a été réalisé une sigmoïdectomie avec anastomose colo rectale mécanique. Les suites opératoires étaient simples.

L'examen anatomopathologique avait conclu à, une paroi sigmoïdienne épaissie (Figure 3) avec absence de foyers diverticulaires. La muqueuse, la sous muqueuse et la musculature étaient d'aspect normal.

Le méso est sclérosé d'aspect multi nodulaire siège de larges foyers de cyto stéatonecrose entourés d'une réaction inflammatoire associant des myofibroblastes des histiocytes et des macrophages spumeux. L'aspect était compatible avec le diagnostic de panniculite adipeuse.

Figure 1 & 2 : Tomodensitométrie abdominale : Épaississement sigmoïdien circonférentiel non sténosant étendu au colon gauche avec une importante infiltration de la graisse péri-sigmoïdienne avec hypervascularisation.

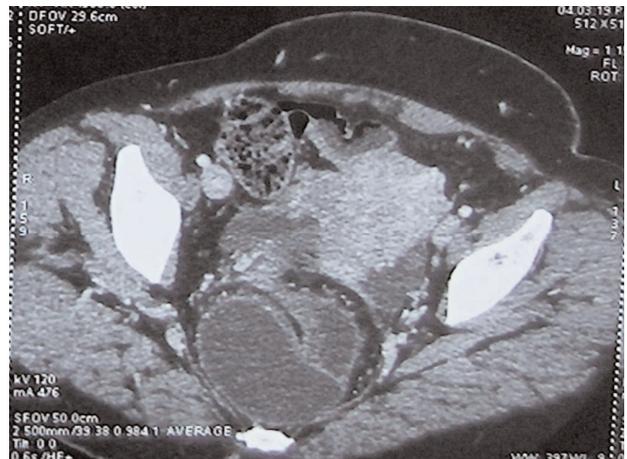
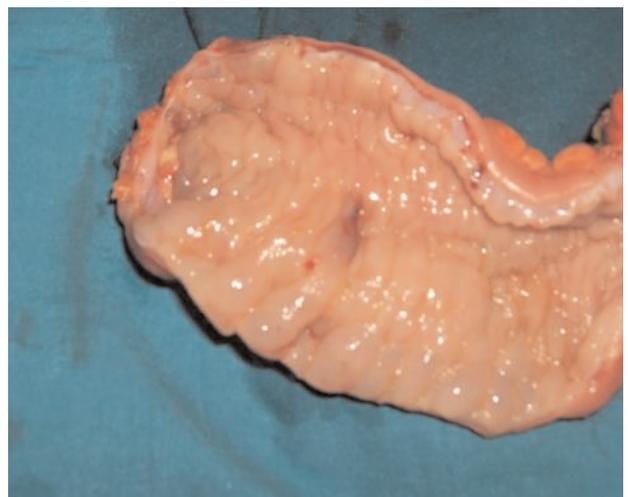


Figure 3 : Pièce de sigmoïdectomie ouverte : muqueuse normale avec épaississement pariétal important



DISCUSSION

La panniculite mésentérique (PM) correspond à une inflammation non spécifique du tissu graisseux mésentérique. Notre observation reflète la rareté de la localisation mesocolique de la panniculite et les difficultés diagnostiques qui en découlent posant ainsi un diagnostic différentiel avec une atteinte néoplasique infiltrante du colon sigmoïde. Le site le plus souvent touché est le mésentère (85 % des cas) [3], l'atteinte du mésocolon (mésosigmoïde essentiellement) étant beaucoup plus rare (10 % des cas) [4], l'observation rapportée est celle d'une panniculite mésentérique intéressant le mésosigmoïde ce qui en fait sa première particularité. De rares cas d'atteinte du rétro péritoine, du mésogastrosplénique, de la région péri pancréatique, du petit épiploon, du grand épiploon et du méso appendice ont été rapportés.

Le principal problème posé par cette entité est le diagnostic positif en pré opératoire. La symptomatologie clinique est variable. Les signes cliniques les plus souvent observés au cours de cette affection sont représentés par les douleurs abdominales vagues ; une masse abdominale ou des troubles du transit représentés par des syndromes occlusifs. Elle peut être asymptomatique dans 30% des cas. Dans notre observation la patiente avait consulté pour des douleurs de la fosse iliaque gauche associée à des troubles du transit et le premier diagnostic évoqué était une pathologie néoplasique colo-rectale. L'imagerie et notamment le scanner abdominal peut être utile au diagnostic en montrant une ou plusieurs masses tissulaires hétérogènes bien limitées avec un halo hypodense, contenant des plages de densité graisseuse, hyperdenses par rapport à la graisse sous-cutanée ou rétropéritonéale et des zones de densité tissulaire ou liquidienne disposées en fines travées correspondant à de la nécrose, de la fibrose ou des vaisseaux.[5,6]. La place de l'IRM diagnostique reste discutée. L'échographie et surtout le scanner sont les examens à réaliser de première intention. L'IRM reste un examen de seconde intention avec une meilleure résolution en contraste et une analyse plus fine des composantes tissulaires. L'aspect habituellement retrouvé est celui d'une ou plusieurs masses de signal intermédiaire en T1, légèrement hyper intense en T2 se rehaussant de façon variable après injection de Gadolinium [7] par rapport au reste du mésentère, les lésions sont hypointenses en T1 et iso-intenses en T2.

Dans la majorité des cas publiés dans la littérature [8], le diagnostic pré opératoire est très difficile et n'a été fait que chez très peu de patients avant la réalisation du geste de résection. Dans notre observation l'absence d'éléments de certitude du diagnostic à la radiologie, et la présence d'arguments en faveur d'un processus malin du colon à type d'épaississement de la paroi, des plis muqueux et un aspect bourgeonnant ont fait indiquer la résection chirurgicale. Même en per opératoire, l'aspect n'était pas univoque et se pose alors la pertinence d'un examen extemporané du mésocolon épaissi.

En effet, le diagnostic de certitude reste histologique. Il est fait par une biopsie le plus souvent chirurgicale au décours d'une

laparotomie ou d'une laparoscopie plus rarement per cutanés scannoguidées. Les lésions histologiques observées sont des lésions inflammatoires avec infiltration du mésentère par des agrégats de macrophages phagocytant les lipides (lipophages), avec parfois un infiltrat de cellules géantes, et un degré variable de fibrose [3, 9,10]

L'étiopathogénie de cette affection est encore mal élucidée. Plusieurs hypothèses ont été avancées dans la littérature. L'hypothèse d'une réaction inflammatoire du tissu graisseux mésentérique en réponse à une pathologie préexistante ou coexistante [3] par le biais d'une dégradation enzymatique excessive [9] ou d'une réponse auto-immune inadaptée [11] a été évoquée. La panniculite mésentérique peut être secondaire ou concomitante à des pathologies tel qu'un lymphome (15% des cas). D'autres associations ont été décrites telle qu'une maladie de Crohn, une maladie de Whipple, une tuberculose intestinale, une réaction à corps étranger, des tumeurs carcinoïdes ou une fibrose rétro péritonéale). Un traumatisme abdominal doit être recherché de façon systématique [12]. Dans 30% des cas elle est idiopathique ; Il s'agit alors d'un état pathologique bénin et d'évolution chronique. La panniculite mésentérique est une pathologie de l'adulte jeune et touche le plus souvent la femme [13] comme c'était le cas de notre observation.

Le diagnostic différentiel se pose essentiellement avec le liposarcome bien différencié, le lipome, la fibrose rétro péritonéale idiopathique. Ce diagnostic ne se fait parfois qu'après étude histologique.

La rareté de cette pathologie fait que son traitement n'est pas encore consensuel. Le traitement médical comporte plusieurs molécules tels que les immunosuppresseurs, les corticoïdes, le tamoxifène, la progestérone. La deuxième option thérapeutique est le traitement chirurgical. Les gestes les plus souvent réalisés sont les dérivations internes ou externes ou des résections segmentaires essentiellement lors de l'atteinte du mésocolon. Les indications sont controversées [3, 13]. Certains auteurs pensent que les formes asymptomatiques ou celles dont les signes cliniques ne sont pas gênants ne devraient pas être traitées. Le traitement doit être réservé aux formes compliquées ou invalidantes. D'autres auteurs pensent qu'une fois le diagnostic posé un traitement instauré afin de prévenir la progression de la maladie et la survenue de complication. Le traitement médical repose sur les immunosuppresseurs ; la colchicine et les corticoïdes. Les corticoïdes sont l'option thérapeutique la plus souvent utilisée dans la littérature. Les indications sont représentées par les formes symptomatiques et les formes récidivantes après chirurgie ou les rares cas de panniculite nécrosante.

Le recours à la chirurgie se conçoit essentiellement dans deux situations : à visée diagnostique, éventuellement sous coelioscopie, pour permettre de visualiser les lésions et de réaliser des biopsies ; et en urgence, pour traiter les complications obstructives [3 ; 14]. Les gestes les plus réalisés sont les dérivations intestinales internes ou externes et les résections segmentaires essentiellement lors de l'atteinte du mésocolon.

L'évolution clinique de la PM est variable. Elle est le plus souvent bénigne, favorable en l'absence de traitement avec une résolution du processus inflammatoire et une restitution ad-integrum. Une évolution sur un mode chronique est possible dans environ 15% des cas [9]. Des complications telles que des obstructions ou des perforations ont été décrites. Les facteurs de mauvais pronostic au cours de cette affection ont été mal étudiés dans la littérature mais certains auteurs pensent que la prédominance des lésions fibreuses au moment du diagnostic est un élément péjoratif [5,15].

Références

- Ogden WW, Bradburn DM. Rives. Panniculitis of the mesentery. *Ann Surg* 1960; 151:659-68.
- G. Guettrot-Imberta, I. Delèveaux, M. Andréa, et al. Panniculites méésentériques idiopathiques : à propos de sept observations. *Rev Med Int* 2007 ; 28 : S36-S82
- G. Piessen, C. Mariette, J.-P. Triboulet .Panniculite méésentérique. Mise au point. *Ann Chir* 2006;131 :85-90
- Wexner SD, Attiyeh FF. Mesenteric panniculitis of the sigmoid colon. Report of two cases. *Dis Colon Rectum* 1987; 30:812-5.
- Emory TS, Monihan JM, Carr NJ, Sobin LH. Sclerosing mesenteritis, mesenteric panniculitis and mesenteric lipodystrophy: a single entity? *Am J Surg Pathol* 1997;21:392-8.
- Daskalogiannaki M, Voloudaki A, Prassopoulos P, et al. CT evaluation of mesenteric panniculitis: prevalence and associated diseases. *AJR Am J Roentgenol* 2000;174:427-31.
- 7 - Saadate-Arab M, Troufleau P, Depardieu C, et al. Panniculite méésentérique. Aspects en scanographie et en IRM. *J Radiol* 1997; 78:305-8.
- Guo-Li Gu, Shi-Lin Wang, Xue-Ming Wei, Li Ren, De-Chang Li, Fu-Xian Zou. Sclerosing mesenteritis as a rare cause of abdominal pain and intraabdominal mass: a cases report. *Cases J* 2008, 1:242
- Durst AL, Freund H, Rosenmann E, Birnbaum D. Mesenteric panniculitis: review of the literature and presentation of cases. *Surgery* 1977; 81:203-11.
- Mathew J, McKenna F, Mason J, Haboubi NY, Borghol M. Sclerosing mesenteritis with occult ileal perforation: report of a case simulating extensive intra-abdominal malignancy. *Dis Colon Rectum* 2004;47: 1974-7.
- P Lahmek. Pathologie du méésentère. *Encyclopédie médico-chirurgicale* 9-038-A-10
- Abdul M Zafar, Muhamad A Rauf, Tabish Chawla, Gule Khanda. Mesenteric panniculitis with pedal edema in a 33-year-old Pakistani man: a case report and literature review. *J Med Case Reports* 2008, 2:365-6
- Miyake H, Sano T, Kamiya J, et al. Successful steroid therapy for postoperative mesenteric panniculitis. *Surgery* 2003; 133:118-9.
- Akram S, Pardi DS, Schaffner JA, Smyrk TC. Sclerosing mesenteritis: clinical features, treatment, and outcome in ninety-two patients. *Clin Gastroenterol Hepatol* 2007, 5:589-96.
- Vettoretto N, Diana DR, Poiatti R, Matteucci A, Chioda C, Giovanetti M. Occasional finding of mesenteric lipodystrophy during laparoscopy: a difficult diagnosis. *World J Gastroenterol* 2007, 13: 5394-7.

CONCLUSION

La panniculite méésentérique idiopathique est une entité bénigne dont la pathogénie reste inconnue. L'atteinte du mésocolon sigmoïde et l'extension de l'inflammation à la paroi colique peut rendre le diagnostic très difficile et prêter ainsi à confusion avec un processus néoplasique malgré l'apport de l'imagerie. La meilleure connaissance de cette entité sous tous ses aspects pourrait faire porter le diagnostic en préopératoire et éviter ainsi la chirurgie et des gestes de résections souvent inutile dans les formes non compliquées.