

Sara Mounsif, Fatima Zahra Belabbes, Nada Faquir, Meryem Maizi, Reda Cherkaoui, Anass Nadi, Hanane Delsa, Fedoua Rouibaa

Département de Gastro-Entérologie, Hôpital Universitaire International Cheikh Khalifa
Université Mohammed VI des Sciences de la Santé

INTRODUCTION

La panniculite méésentérique, aussi appelée méésentérite rétractile, est une affection rare, définie par une inflammation chronique de la graisse méésentérique, touchant principalement le méésentère et plus rarement le mésocôlon.

De symptomatologie clinique très variable, elle est le plus souvent découverte de manière fortuite sur le scanner abdominal qui met en évidence une hyperdensité hétérogène de la graisse péritonéale (aspect brumeux).

Elle peut parfois être due à une infiltration par des cellules inflammatoires, comme dans le cadre d'une pancréatite aiguë. Néanmoins l'association de ces deux affections est rarement décrite dans la littérature.

OBSERVATION

Une patiente de 62 ans, avec un antécédent d'hypertension artérielle et de cholécystectomie, se présente aux urgences pour des douleurs abdominales intenses, irradiant vers le dos, évoluant depuis une semaine, associées à des vomissements alimentaires, sans troubles du transit ni saignement digestif extériorisé, avec un état général conservé.

L'examen physique retrouve une patiente stable sur le plan hémodynamique et respiratoire, apyrétique, avec un abdomen souple, sensible au niveau de l'épigastre et du flanc gauche.

Au bilan biologique, la lipasémie était élevée à 192 UI/L. Le reste du bilan biologique initial (CRP, taux de leucocytes, fonction hépatique, fonction rénale, triglycéridémie, calcémie, glycémie à jeun) était normal. Les sérologies des hépatites virales B, C, E, du cytomégalovirus et de l'Epstein-Barr Virus étaient négatives. Le bilan auto-immun et le test Quantiferon étaient également négatifs. Le taux sérique d'IgG4 était normal.

Un scanner abdominal réalisé a objectivé une densification de la graisse méésentérique au niveau du flanc gauche, faisant évoquer une panniculite méésentérique aiguë (Figures 1 et 2), associée à une pancréatite stade A de Balthazar. Une bili-IRM ensuite réalisée, est revenue sans anomalies.

Le traitement a associé un arrêt de l'alimentation, des apports hydroélectrolytiques, un traitement antalgique, des antispasmodiques et une corticothérapie (prednisolone 1 mg/kg par jour), avec une évolution favorable et une régression totale de la douleur abdominale.

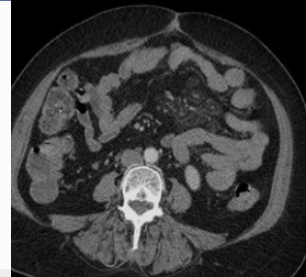


Figure 1 : Scanner abdominal, après injection de produit de contraste au temps portal, montrant une densification de la graisse méésentérique avec des nodules, exerçant un effet de masse sur les anses digestives environnantes.



Figure 2 : Scanner abdominal après injection de produit de contraste au temps portal révélant une panniculite méésentérique.

DISCUSSION

La panniculite méésentérique est un processus inflammatoire aspécifique affectant le pédicule graisseux du méésentère. Elle se caractérise par une association variable de lésions inflammatoires, de nécrose et de sclérose du tissu adipeux méésentérique.

Sa prévalence oscille entre 0,5 et 3 %. Elle affecte les adultes avec une légère prédominance masculine. Sa physiopathologie est mal connue. En revanche, l'hypothèse d'une réaction inflammatoire du tissu adipeux méésentérique en réponse à une pathologie préexistante ou co-existante, a été évoquée.

Des associations avec des cancers (essentiellement le lymphome) et/ou des affections bénignes abdomino-pelviennes ou rétro-péritonéales, chroniques (notamment la tuberculose), auto-immunes (maladie à IgG4) et aiguës (cholécystite, appendicite, diverticulite, péritonite infectieuse...) ont été décrites. Mais l'association entre cette pathologie et la pancréatite aiguë est rarement décrite dans la littérature.

Le diagnostic positif se fait sur le scanner abdominal, le plus souvent demandé pour le bilan de douleurs abdominales, de diarrhée, de fièvre, de masse abdominale, d'altération de l'état général ou de syndrome occlusif. Mais elle est asymptomatique dans 30 à 90 %.

La rareté de cette pathologie fait que son traitement n'est pas encore standardisé. L'objectif du traitement est la réduction de l'inflammation méésentérique et la régression des symptômes. Il constitue le plus souvent en un traitement symptomatique associé à des anti-inflammatoires ou immunosuppresseurs.

L'évolution de la panniculite méésentérique est le plus souvent spontanément favorable car elle est le plus souvent bénigne. Des complications telles que des obstructions ou des perforations ont été décrits. Un traitement chirurgical est alors indiqué (résection intestinale, exérèse de la nécrose...).

CONCLUSION

La panniculite méésentérique est une maladie inflammatoire rare et bénigne, qui survient le plus souvent en association avec d'autres affections digestives.

Son diagnostic positif est difficile et se fait le plus souvent sur le scanner abdominal. Une biopsie chirurgicale est rarement nécessaire.

Son traitement n'est pas standardisé mais associe en général des anti-inflammatoires ou immunosuppresseurs.

L'objectif de cette observation est de sensibiliser les cliniciens à cette entité rare et de mettre en évidence cette association rare entre panniculite méésentérique et pancréatite aiguë.

RÉFÉRENCES

1. Guettrot-Imbert G, Boyer L, Piette J-C, Delévaux I, André M, Aumaitre O. Mesenteric panniculitis. Rev Med Interne. 2012; 33:621-627. [PMID: 22658529].
2. Mehta P, Reddivari AKR, Ahmad M. A case report of mesenteric panniculitis. Cureus. 2020; 24; 12:e6764. [PMID: 32015937].
3. Hussein MRA, Abdelwahed SR. Mesenteric panniculitis: An update. Expert Rev Gastroenterol Hepatol. 2015; 9:67-78. [PMID: 25220299].
4. Buragina G, Magenta Biasina A, Carrafiello G. Clinical and radiological features of mesenteric panniculitis: A critical overview. Acta Biomed. 2019; 90: 411-22. [PMID: 31910164].
5. Gunduz Y, Kara RO. Mesenteric panniculitis: A case report and review of the literature. Acta Gastroenterol Latinoam. 2013; 43:312-315. [PMID: 23321028].
6. Mohamed H, Mehdi C, Ikram M, Myriam M, Habib B, Adnene C. Mesenteric panniculitis associated with acute pancreatitis: about a case. Pan Afr Med J. 2016; 24:206. [PMID: 27795801].
7. The "misty mesentery": Mesenteric panniculitis and its mimics. AJR Am J Roentgenol. 2013; 200:W116-W123. [PMID: 23345375].
8. Burns RL, Bhavnagri SJ. Undiagnosed Sjögren's syndrome presenting as mesenteric panniculitis. Case Rep Rheumatol. 2016; 2016: 7207638. [PMID: 27366340].
9. Jerraya H, Khalfallah M, Noura R, Dziri C. Mesenteric panniculitis: An unusual cause of epigastric pain. J Clin Diagn Res. 2015; 9:PJ01. [PMID: 26816946].
10. Aravamudan VM, Khan SR, Natarajan SK, Hussain I. The complex relationship between mesenteric panniculitis and malignancy — A holistic approach is still needed to understand the diagnostic uncertainties. Cureus. 2019; 11:e5569. [PMID: 31695988].
11. Açari C, Ünsal E, Hıngüder G, Soylu A, Özer E. Pediatric mesenteric panniculitis: Three cases and a review of the literature. Turk J Pediatr. 2019; 61:798-803. [PMID: 32105017].
12. Neves Z, Segura Ú, Valente A, Pacheco MH, Malhado J. Panniculitis — A Rare Manifestation of Acute Pancreatitis. GE Port J Gastroenterol. 2015; 22:117-120. [PMID: 28868388].