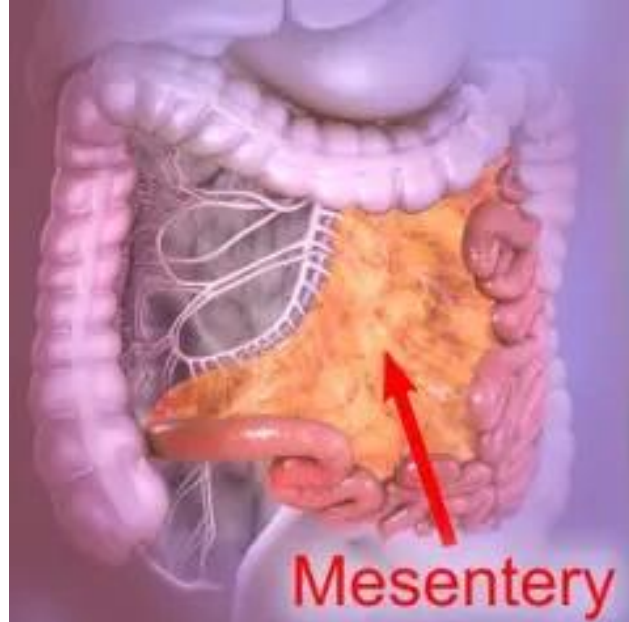


PANNICULITE MÉSENTÉRIQUE



Pr Ag Soumaya Mrabet
Service de Gastroentérologie
CHU Farhat Hached Sousse

Objectifs

- Etablir une démarche diagnostique devant une panniculite mésentérique.
- Définir le bilan initial à réaliser lors du diagnostic.
- Planifier les modalités de prise en charge thérapeutique des formes symptomatiques
- Préciser les modalités de surveillance et de suivi des patients.

Plan

1

- Définition

2

- Démarche diagnostique

3

- Bilan initial

4

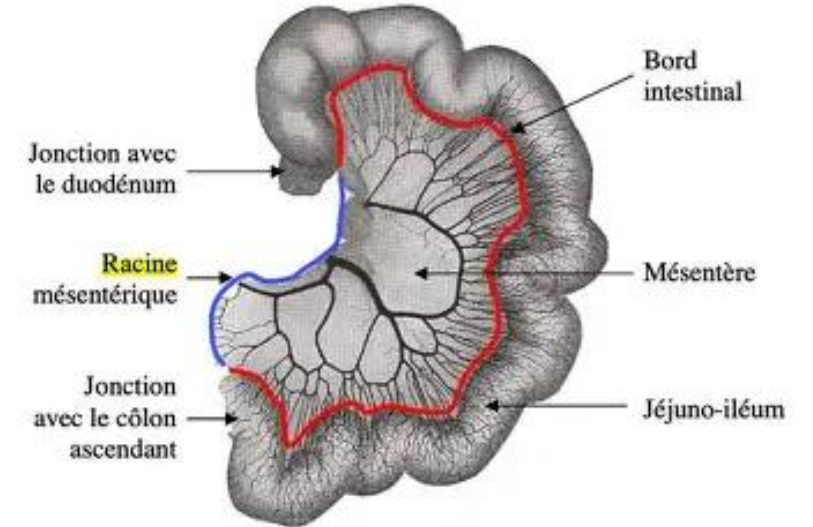
- Prise en charge thérapeutique

5

- Modalités de surveillance

Qu'est-ce que la Panniculite Mésentérique ?

Processus inflammatoire non spécifique affectant le tissu adipeux du mésentère.



Prévalence
0,16 - 3,4 %

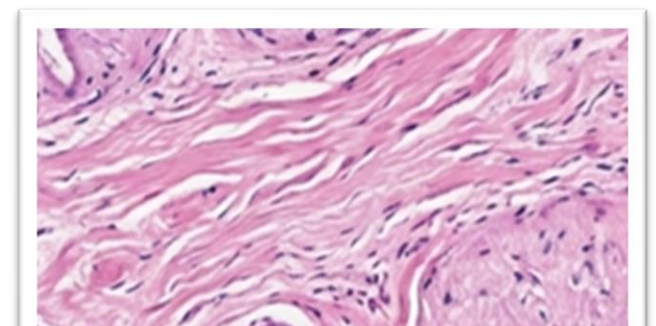
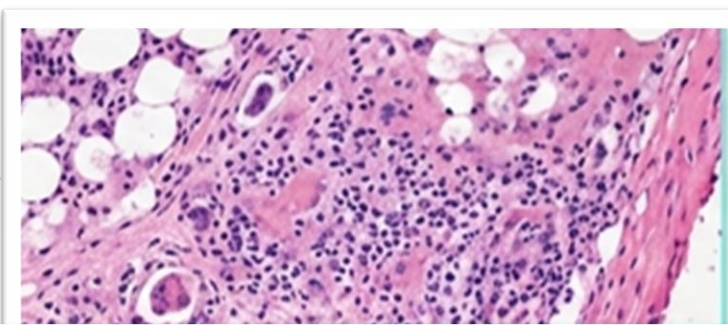
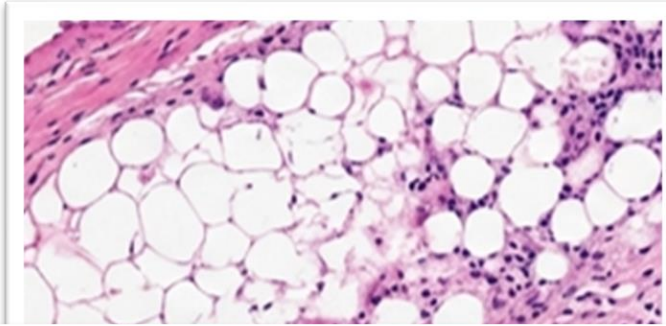


Age moyen
55 ans



Sex Ratio H/F
2 à 3:1

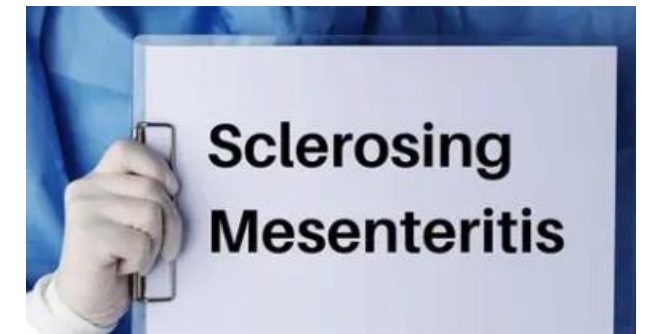
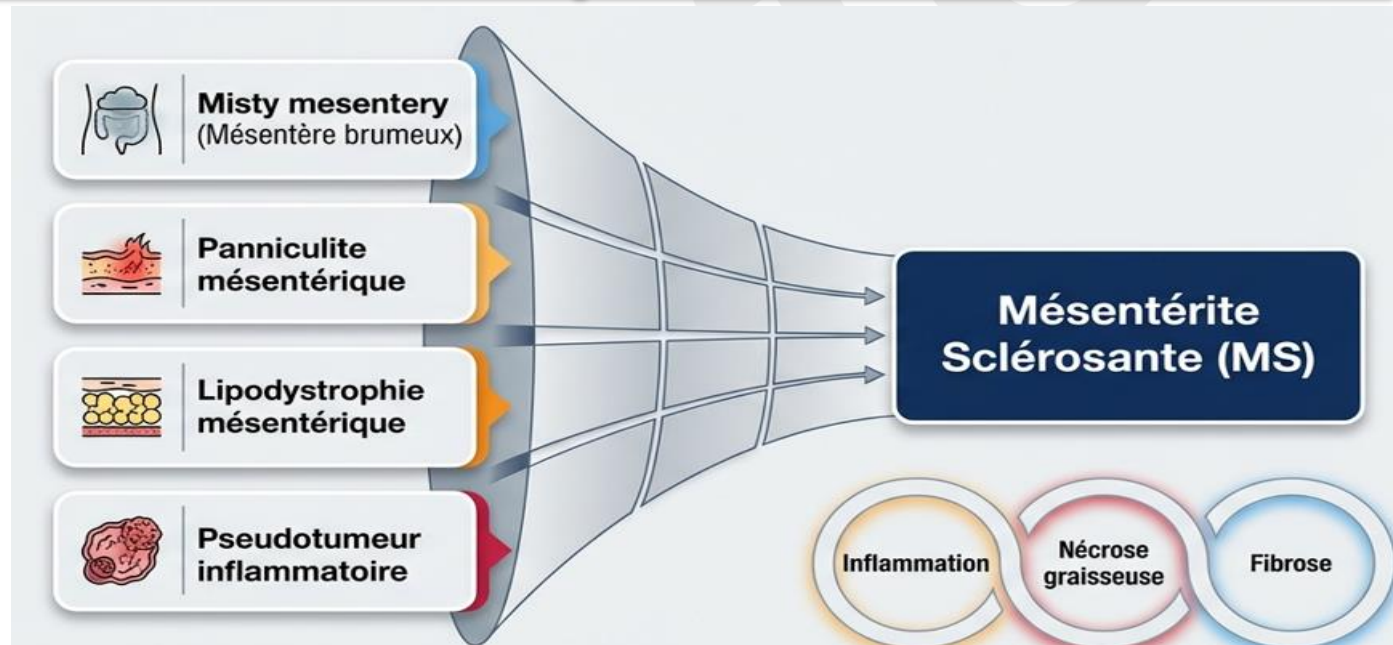
Une entité, trois formes histologiques



Lipodystrophie mésentérique

Panniculite mésentérique

Mésentérite sclérosante



Présentation clinique



60%

Formes
Symptomatiques

40%

Majoritairement Asymptomatique

Découverte fortuite au scanner abdominal



Douleurs
abdominales



Fièvre



Troubles
du transit

Examen Abdominal: Normal (80%), Sensibilité, masse (20%)

Biologie: SIB modéré (80%), Normal (20%)

Les formes sclérosantes responsables de complications obstructives (urgence chirurgicale) restent exceptionnelles.

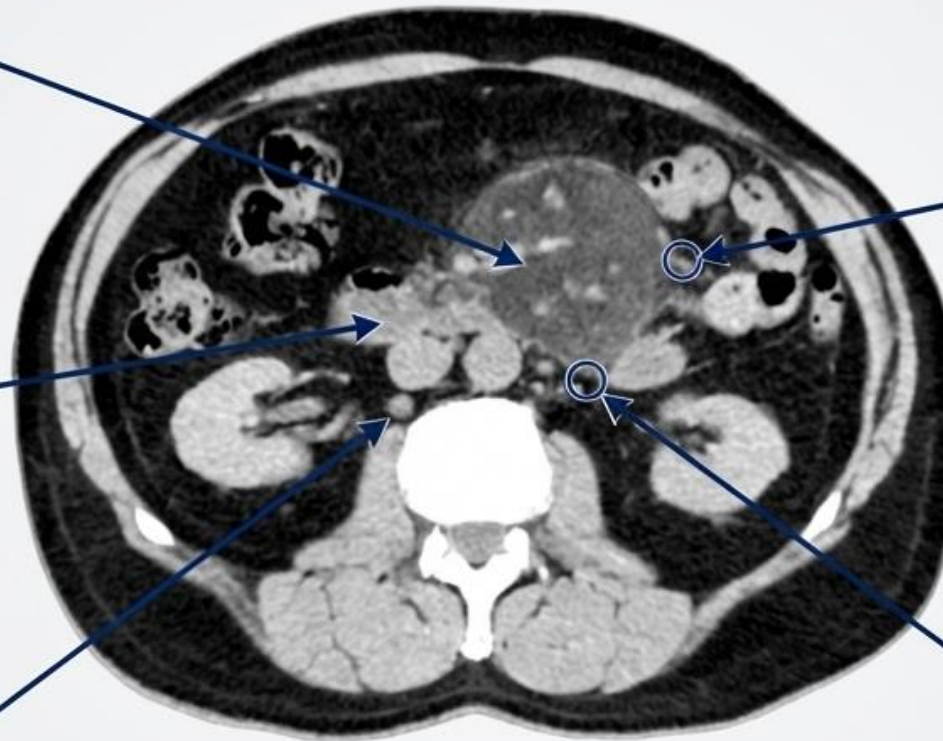
Diagnostic radiologique

Les 5 critères TDM de Coulier

(1) Masse grasseuse :
Hyperdense, floue, refoulant l'intestin (sans l'infiltrer).

(2) Atténuation : "misty mesentery"
Graisse plus dense que le mésentère adjacent (sans rehaussement au contraste).

(3) Ganglions :
Présence de ganglions lymphatiques de petite taille (< 1 cm).

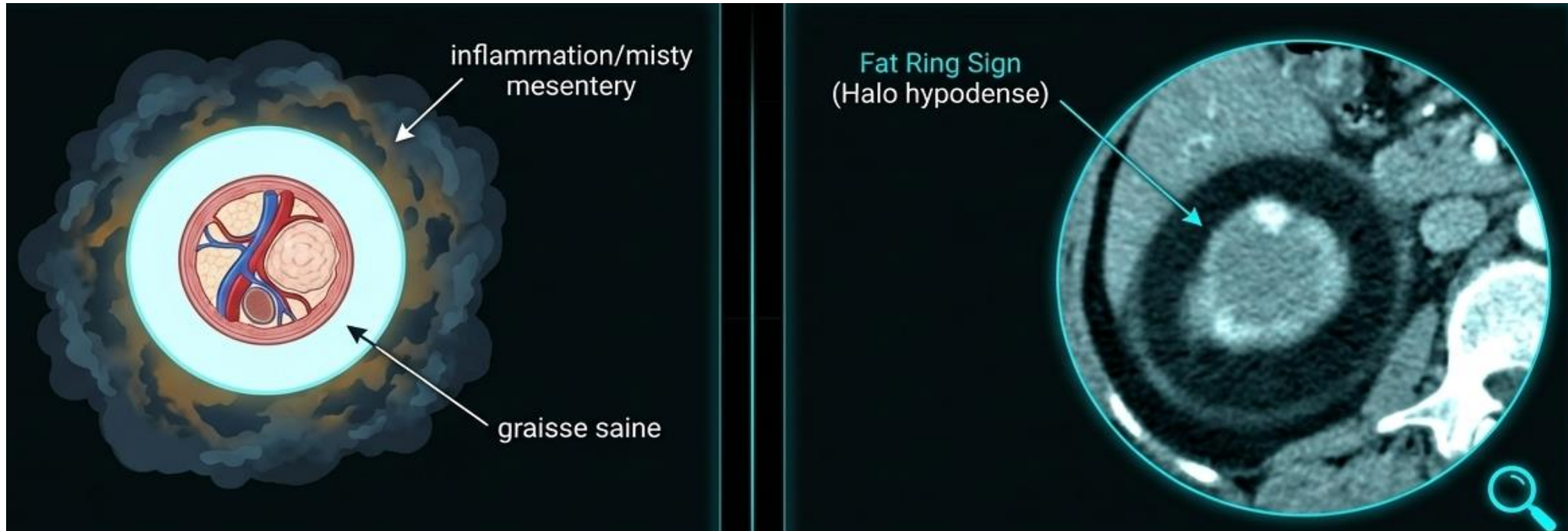


(5) Pseudocapsule :
Fine capsule fibrotique périphérique entourant la masse.

(4) Signe du Halo Grassex (Fat halo) : Zone hypoatténuée autour des vaisseaux centraux (préserve la vascularisation).

Aspect Typique de PM: ≥ 3 Critères

Diagnostic radiologique



« Fat Ring Sign »: Halo hypodense

Le processus inflammatoire épargne la graisse saine située immédiatement à proximité des vaisseaux mésentériques.

Le lymphome mésentérique, la tuberculose ganglionnaire: Principaux diagnostics différentiels

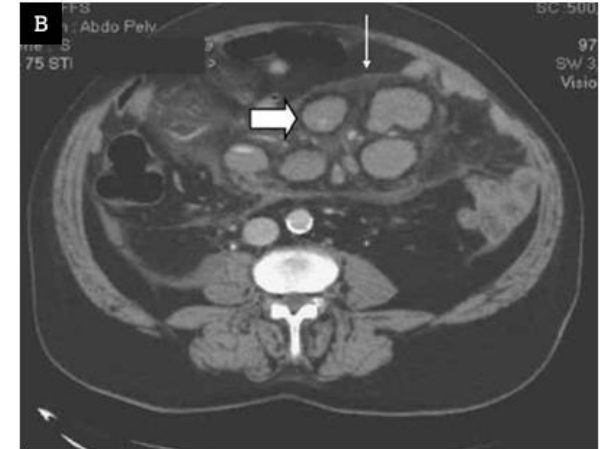
La Règle des 10 mm

La présence au sein de l'infiltration mésentérique de nodules mesurant plus de 10 mm de petit axe doit être considérée comme **atypique**

PET-scan FDG 18: repérer les ganglions les plus accessibles à la biopsie

Biopsie

Le lymphome mésentérique, la tuberculose ganglionnaire: Principaux diagnostics différentiels



Critère	Panniculite mésentérique	Lymphome-Tuberculose
Taille des nodules	< 10 mm	> 10 mm
Fat Ring Sign	Souvent présent	Absent
Adénopathies associées	Limitées au mésentère	Rétropéritonéales (fréquentes)
Densité ganglionnaire	Tissulaire	Hypodense
Signes cliniques généraux	Rares	Fréquents (Fièvre, sueurs, amaigrissement)

Autres diagnostics différentiels

Pathologie	Signes radiologiques	Signes cliniques
Carcinose péritonéale 	Nodules multiples rehaussés au contraste/Ascite fréquente	Ascite, nodules
Fibromatose mésentérique (Tumeur desmoïde) 	Masse multifocale non inflammatoire engainant les vaisseaux	Associée à la PAF
Sclérose péritonéale encapsulante 	Anses grêles encapsulées/calcifications	Dialyse péritonéale

Faut-il réaliser une biopsie?

Aspect d'une Panniculite
mésentérique au scanner



- Patient asymptomatique ou symptômes légers
- Aspect TDM **typique**: ≥ 3 critères de Coulier
- Taille des ganglions < 10 mm

NON : BIOPSIE NON NÉCESSAIRE.

Diagnostic de présomption.
Risque de malignité très faible.

- Signes généraux (fièvre, amaigrissement)
- Taille des ganglions > 10 mm
- Aspect **suspect**: spiculé, nécrosé, calcifié, rétraction intestinale
- Absence du signe du Halo

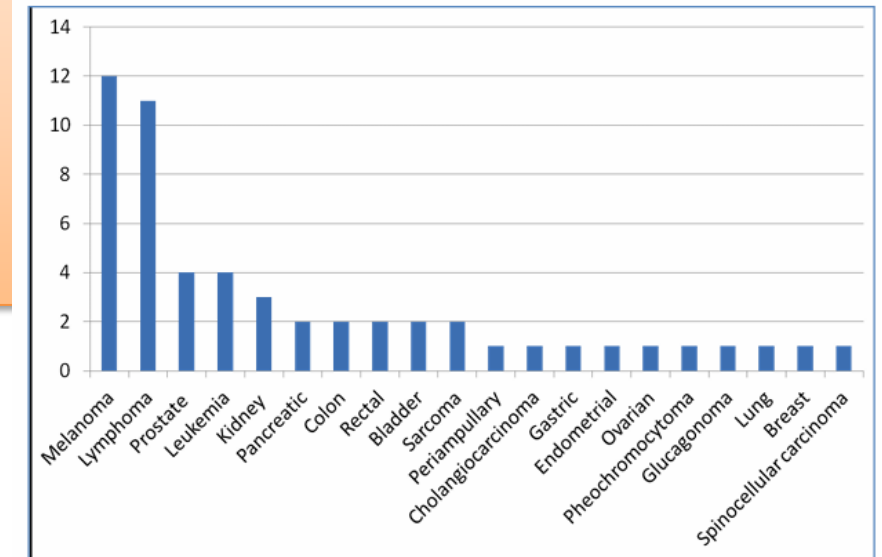
Oui: Biopsie Recommandée

Pourquoi lancer une enquête étiologique?



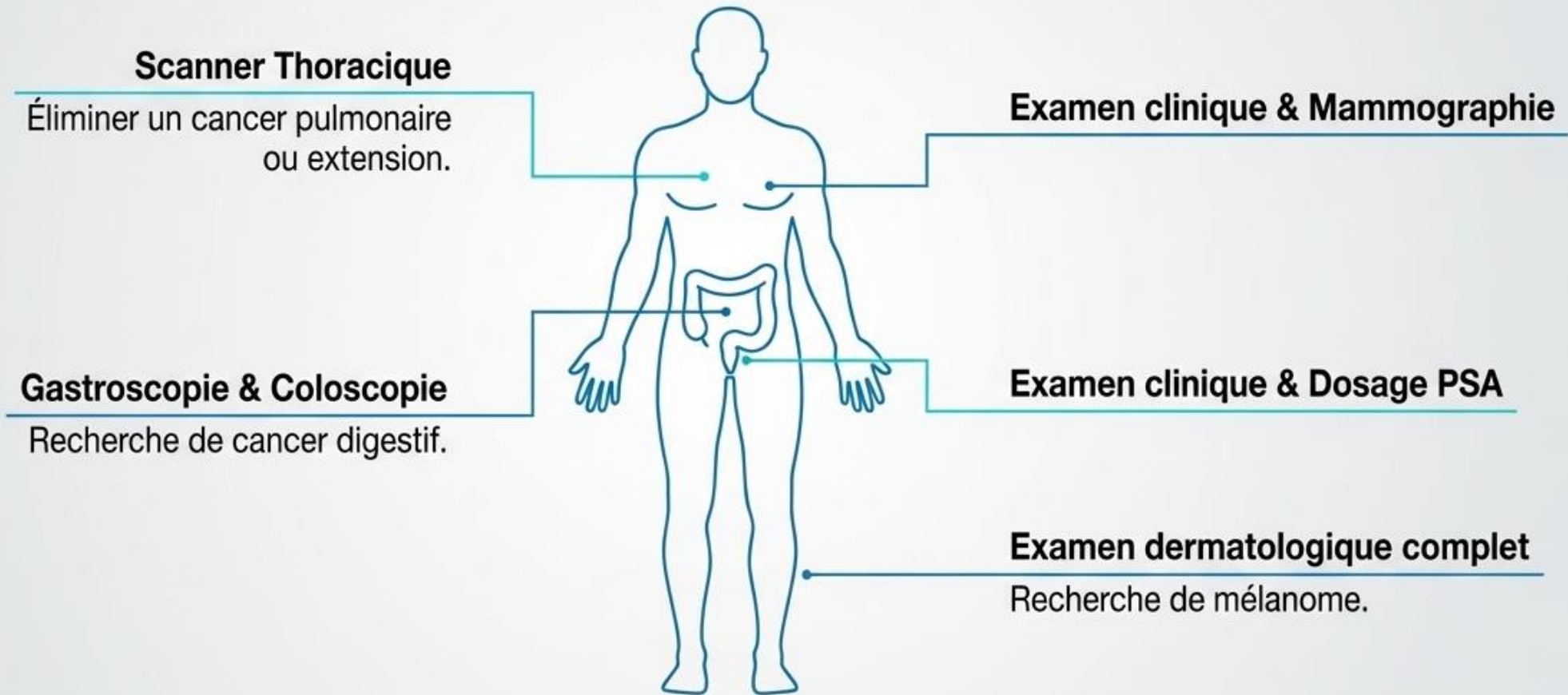
Le cancer est situé à distance:

- Mélanome
- Lymphome
- Cancers uro-génitaux
- Cancer gastrique et CCR
- Cancer pulmonaire
- Cancer du sein



Cette association justifie un bilan étiologique initial systématique pour éliminer une néoplasie évolutive méconnue

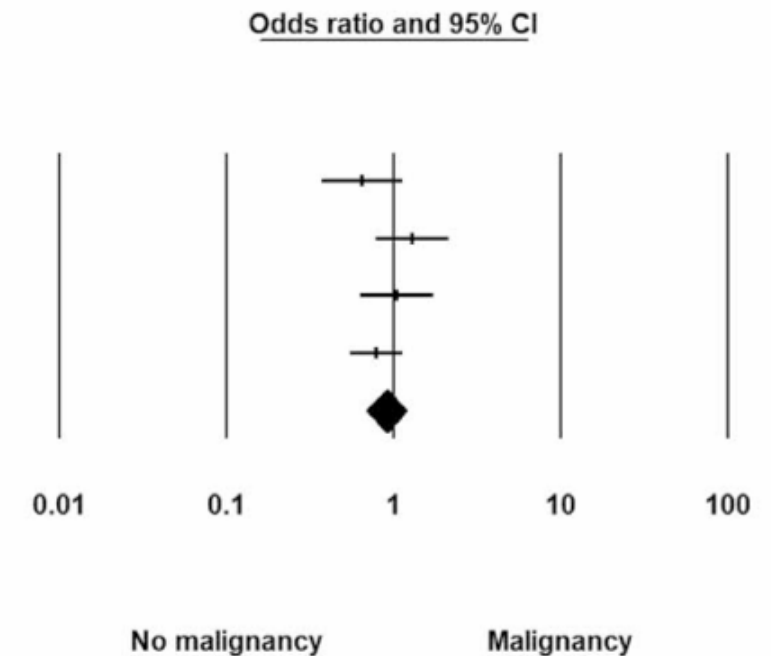
Cartographie du bilan initial



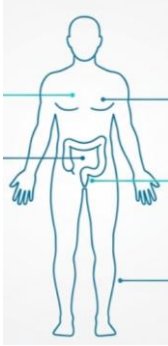
Mesenteric panniculitis does not confer an increased risk for cancers

A systematic review and meta-analysis

- Etude contrôlée: 415 PM vs 1832 sujets appariés
- Pas d'association entre PM et malignité: OR=0.907 (95% CI: 0.688–1.196; P=.489)
- Autres études: Association rapportée dans des études non contrôlées ou des séries de cas.



Etiologies



Enquête néoplasique



Panniculite

Immunothérapie: Checkpoint inhibitor



Bilan tuberculeux

Le syndrome
métabolique

Tumeurs malignes

Bilan initial négatif: Panniculite idiopathique



Aucun suivi invasif prolongé n'est justifié.
Les cancers associés sont habituellement connus avant ou découverts lors du diagnostic initial.

Traiter les symptômes, pas l'image

Panniculite mésentérique



Voie 1 : Patient Asymptomatique ou Léger

Aucun traitement spécifique
Suivi radiologique pour confirmer la
stabilité



Voie 2 : Patient Symptomatique

- ✓ Traitement médical
- ✓ Traitement chirurgical

Formes symptomatiques

Traitement médical: Approche empirique



Niveau 1 : Le Standard - 1^{ère} intention

- Prednisone 30-40 mg/j 3 mois puis dégression progressive
- Tamoxifène 10mg 2 fois /j
- Taux de réponse 50 à 60 % (Durée optimale de traitement ? Au moins 4-6 mois)

Tamoxifène

EI: anti-oestrogène/alopécie
CI: Tabagisme actif, risque thrombotique



Niveau 1 bis : L'Alternative

- Prednisone 30-40 mg/j 3 mois puis dégression progressive
- Colchicine 0,6mg 2 fois /j (CI au Tamoxifène)
- Taux de réponse 50 %

Colchicine

EI: Tolérance digestive
CI: Ice rénale



Niveau 2 : Maladie Réfractaire/Sévère - 2^{ème} intention

- Azathioprine 2-2,5mg/kg/j
- Autres options (centres experts): Rituximab, infliximab, Cyclophosphamide

Formes symptomatiques

Traitement chirurgical

Indication: Formes compliquées (Occlusion mécanique après échec du traitement médical, ischémie mésentérique, perforation)

Geste: Adhésiolyse, by-pass, résection



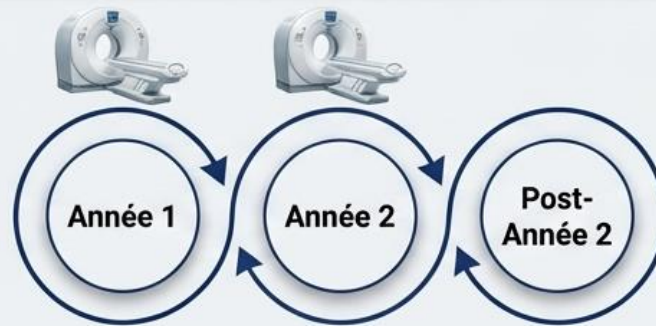
La chirurgie ne guérit PAS la Mésentérite Sclérosante.

Seuls 10 % des patients opérés ne nécessitent aucun traitement supplémentaire.
Les récurrences sont fréquentes.

Surveillance des patients non traités

Objectifs: Exclure un cancer sous-jacent à évolution lente et prouver la stabilité

Modalités: Clinique - TDM abdominal annuel pendant 2 ans



Stabilité



Arrêt du suivi radiologique

Progression

nouveaux symptômes, nouvelles adénopathies



Reconsidérer la biopsie

Surveillance des patients traités

- Clinique
- biologique (CRP, hémogramme).
- Imagerie de contrôle par **scanner abdominal** à 6-12 mois

Critères de réponse

- 1.Amélioration clinique : disparition ou diminution des douleurs et symptômes systémiques.
- 2.Normalisation des marqueurs inflammatoires (CRP).
- 3.Réduction de la taille et densité de la masse mésentérique à l'imagerie.

Messages clés



- La PM est souvent asymptomatique et découverte fortuitement au scanner
- La biopsie est indiquée dans les forms atypiques
- Écarter le lymphome devant la taille des nodules (> 10 mm)
- Écarter une néoplasie à distance, une tuberculose (pays endémique)
- La corticothérapie n'est indiquée que dans les formes idiopathiques symptomatiques

Panniculite mésentérique: Démarche diagnostique et thérapeutique

