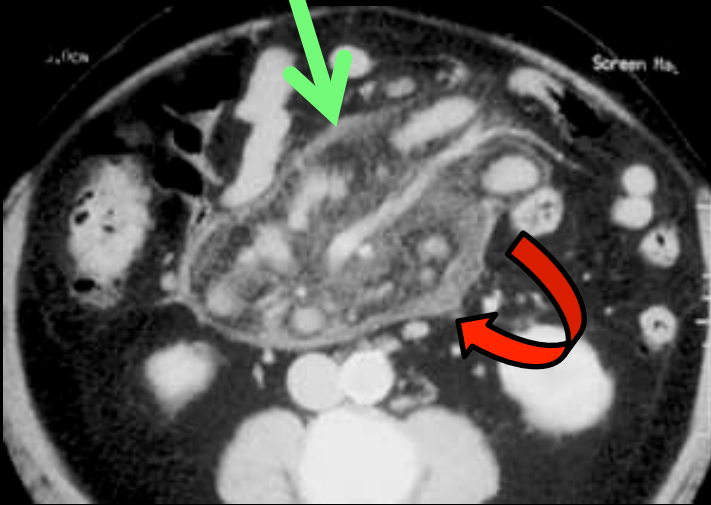
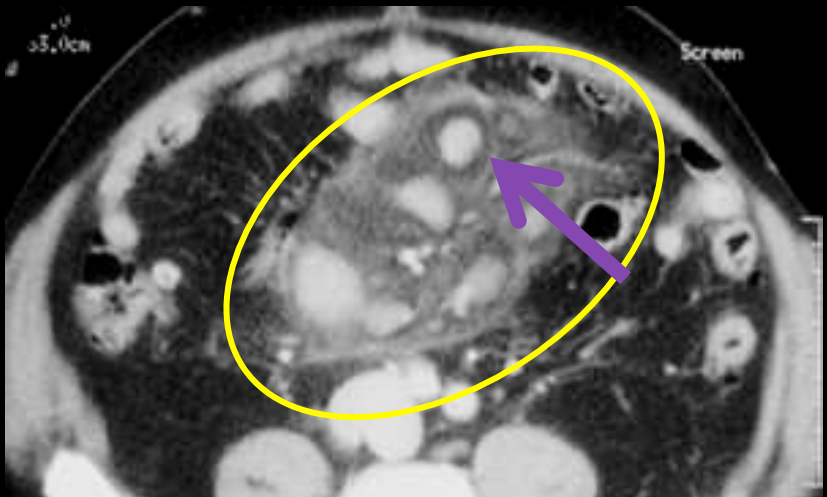


homme 57ans , douleurs abdominales atypiques ,  
pas de signes généraux , biologie sans particularités

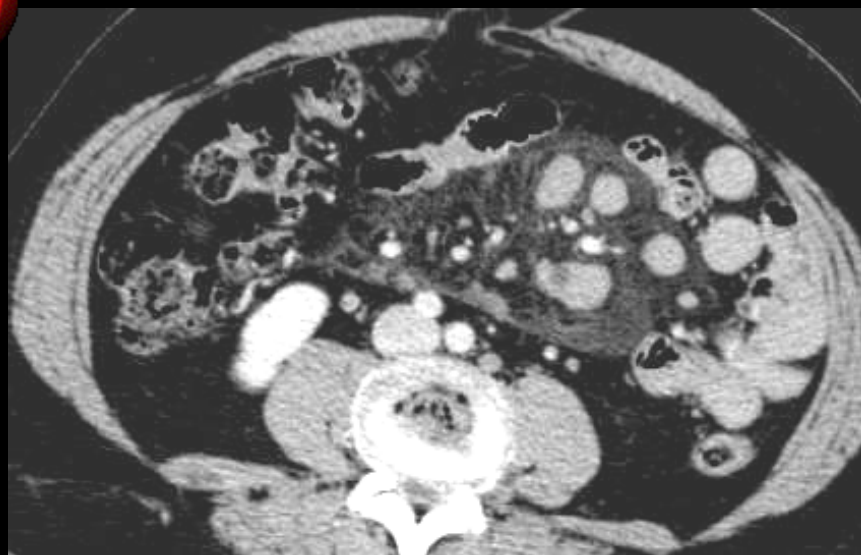


- hyperdensité de la graisse mésentérique
- effet de masse
- nodules
- fat ring sign
- pseudo capsule fibreuse

pancréas normal  
pas d' adénopathies  
coeliaques ni  
rétropéritonéales

**panniculite  
mésentérique**

femme de 55 ans, asymptomatique .Scanner de surveillance annuelle pour ça ...





diagnos 

ti

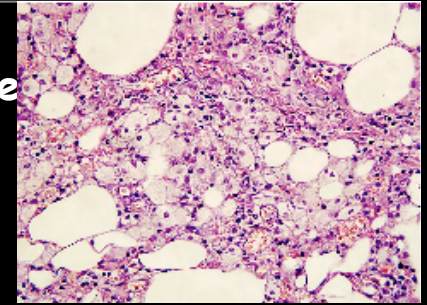
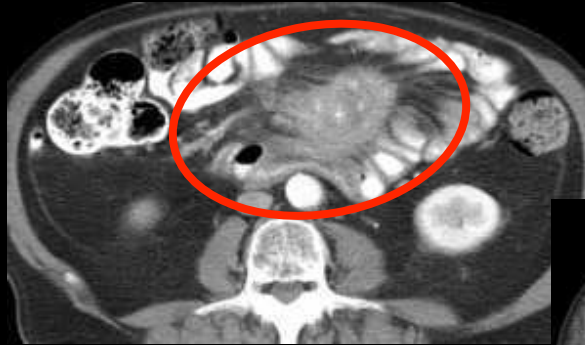
**panniculite mésentérique**, bien  
sur, mais encore ...qu'est ce que c'est ?, qu'est  
ce qu'on en fait ? qui connaît la (les) réponse(s)

# panniculite mésentérique : définition et concept classique

- processus inflammatoire chronique du tissu adipeux du mésentère
- physiopathologie mal connue
- non spécifique

## 3 stades évolutifs:

- lipodystrophie
- panniculite mésentérique
- mésentérite sclérosante/rétractile



Stade initial

Stade terminal

lipodystrophie

panniculite mésentérique

mésentérite sclérosante/rétractile

ce schéma évolutif , beau comme l'antique et d'une simplicité biblique a été échafaudé à partir des éléments anatomo-pathologiques ; il n'a qu'un défaut qui est de n'être jamais observé en pratique courante , malgré l'assez grand nombre de cas typiques de panniculite mésentérique observés après 3 décennies de CT abdomino-pelviens ( si vous avez un cas de filiation panniculite mésentérique-mésentérite sclérosante (d'ailleurs exceptionnelle!) , publiez le!

# panniculite mésentérique : caractères généraux

homme > femme, ≈ 60 ans, antécédents chirurgicaux

signes cliniques : fièvre, douleurs abdominales, troubles du transit, perte de poids, masse palpable, ou le plus souvent rien ou pas grand-chose

possible syndrome inflammatoire

prévalence des 5 signes TDM (B. Coulier JBR 2011)

- |                                                                                                                  |       |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|
| .hyper densité du tissu adipeux du mésentère                                                                     | 100%  |
| .avec effet de masse                                                                                             | 100%  |
| .nodules parfois d'aspect "branchés "<br>si l'on épaissit les coupes<br>(sommation vaisseaux-nodules?) ; < 10 mm | 84,6% |
| .signe du halo graisseux « Fat-halo sign »                                                                       | 61,5% |
| .pseudo capsule fibreuse (1 à 8 mm ; moy: 3mm)                                                                   | 19,2% |



# panniculite mésentérique : critères diagnostiques

diagnostic initial

radiologique TDM

Preuve histologique nécessaire

Pas d'histologie

=

*abus de  
langage*

Histologie autre

=

Diagnostics différentiels :

*Processus infiltrants*

*Inflammation*

*Carcinomatose*

*Lymphomes*

*Infections (BK, Whipple)*

*Lipome , liposarcome*

....

Histologie de panniculite

Idiopathique

Secondaire :

Sarcoïdose

LED

Polychondrite

M. de Horton

Fibrose multifocale

# Tuberculose (pseudo panniculite mésentérique )



après 9 mois de traitement anti BK

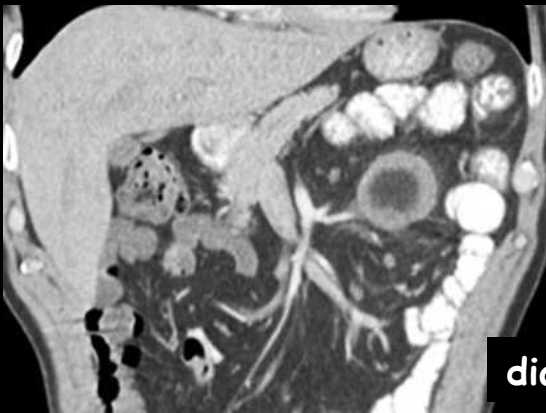
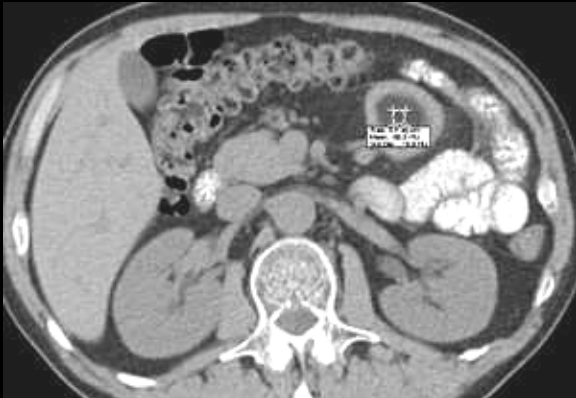
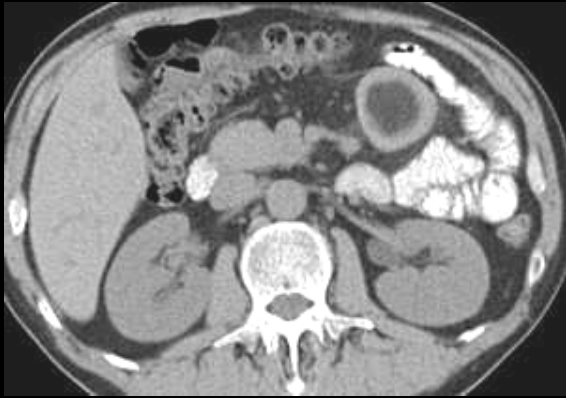
Femme de 49 ans, douleurs abdominales et altération de l'état général.

TDM : aspect de ~~panniculite mésentérique~~

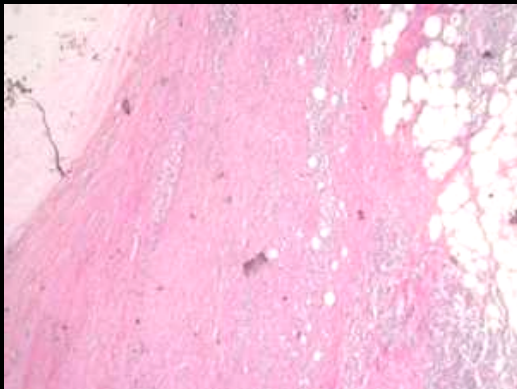
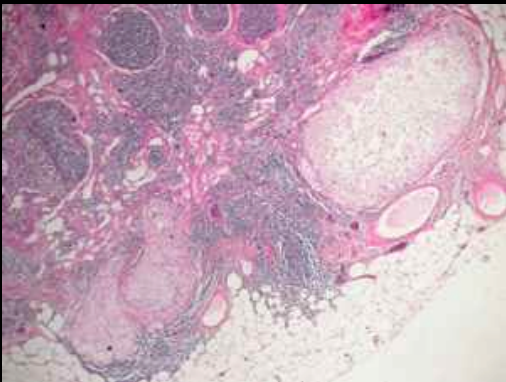
Anatomie pathologique : **tuberculose**

*Ege G. et al Mesenteric panniculitis associated with abdominal tuberculous lymphadenitis  
Brit J Radiol 2002 ; 75 ; 378-380*

homme 55 ans douleurs abdominales atypiques ; pas d'antécédents notables , en particulier pas de chirurgie abdominale antérieure



diagnost



granulome lipophagique ganglionnaire  
et de la paroi intestinale  
post ingestion d'huiles minérales  
employées comme lubrifiant dans  
l'industrie alimentaire ? ? ?

## Au total , que retenir de la panniculite mésentérique pour le quotidien

- **prévalence** : 7,8% dans une série prospective de 613 cas "tout venant" consécutifs avec 3 des 5 signes ; **3,4 % si on exige fat halo et pseudo capsule** ; 2 fois plus de cas sans lésion néoplasique qu'avec ! (B Coulier à paraître dans JBR)
- diagnostic théoriquement à confirmer par l'histologie :
  - biopsie sous scanner
  - biopsie par laparotomie si échec sous scanner
- traitement : Si SYMPTOMATIQUE
  - corticoïdes
  - colchicine
  - abstention thérapeutique
- évolution variable : stabilité, régression, majoration
- attention : si adénopathies > 10 mm, anomalies pancréatiques, ascite → SUSPECT, penser aux diagnostics différentiels

### BIOPSIES :

- Coloration de Zielh
- PAS
- PCR Tropheryma Whippeli
- Immunomarquage

Surveillance clinique et TDM théoriquement nécessaire (?), non codifiée