La panniculite mésentérique : À propos de 4 cas et revue de la littérature

Imane, GUETTAF, Assistante en médecine interne, service de médecine interne CHU de Douera, Alger, Algérie
Adel, RECHACH, Maitre Assistant en Hépato- Gastro-Enterologie service de médecine interne CHU de Douéra Alger, Algérie
Messaouda , DJOUHRI, Professeur en Cardiologie service de médecine interne CHU de Douéra Alger, Algérie
Nourelhouda,DjJELLALI,Résidente en médecine interne service de médecine interne CHU de Douéra Alger, Algérie
Meriem, CHARIFI, Maitre de conférence en médecine interne service de médecine interne CHU de Douéra Alger, Algérie
Ahcene,CHIBANE, Professeur chef de service service de médecine interne CHU de Douéra Alger, Algérie

Introduction

La panniculite mésentérique (PM) est une entité rare caractérisée par une inflammation chronique non spécifique du tissu adipeux mésentérique, associée à des phénomènes de fibrose et de nécrose lipidique. Bien que souvent asymptomatique et découverte fortuitement à l'imagerie, elle peut se manifester par des douleurs abdominales, une altération de l'état général, ou des troubles du transit. Son étiopathogénie demeure mal élucidée, oscillant entre causes idiopathiques (50-70 % des cas), associations paranéoplasiques (notamment lymphomes ou carcinomes), ou liens avec des pathologies auto-immunes ou inflammatoires chroniques.

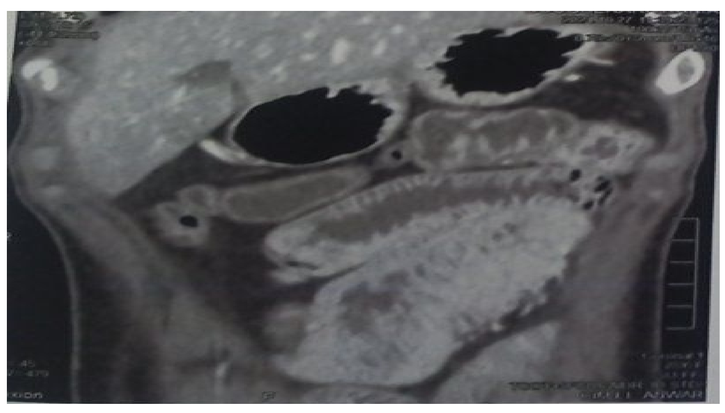
Méthode et matériels

Nous rapportons ici quatre observations illustrant la diversité des contextes étiologiques bénins de la PM, en insistant sur les pièges diagnostiques et la nécessité d'une approche multidisciplinaire

Résultats

Cas 1

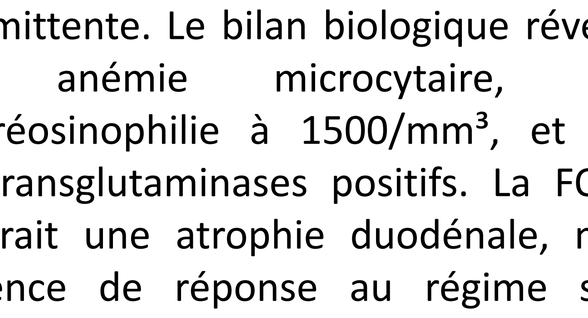
Une patiente de 25 ans, sans antécédents notables hormis deux avortements spontanés précoces, consultait pour des douleurs abdominales chroniques et des diarrhées glaireuses évoluant depuis 3 mois dans un contexte d'amaigrissement. Le bilan biologique révélait un syndrome de malabsorption, tandis que la FOGD montrait une atrophie villositaire duodénale. La sérologie cœliaque (anti transglutaminase IgA) était positive à 10 fois la normale. L'échographie abdominale objectivait des ADP mésentériques, faisant suspecter un lymphome T associé à l'entéropathie (EATL). La tomodensitométrie (TDM) abdominale écartait cette hypothèse en révélant une PM typique. L'histologie des biopsies duodénales confirmait une atrophie villositaire subtotale (Marsh-Oberhuber 3c) sans lymphome. L'évolution fut favorable sous régime sans gluten strict, soutenant le diagnostic de maladie cœliaque compliquée de PM réactionnelle

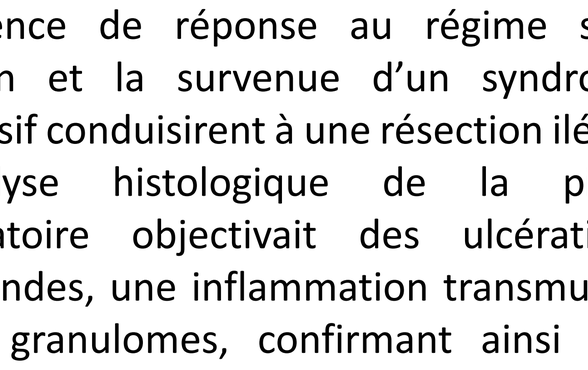


ENTERO-TDM montrant une panniculite mesenterique chez une patiente atteinte d' une maladie coeliaque

Cas 2

Un homme de 44 ans, sans antécédents, présentait un tableau de diarrhées glairo-sanglantes, amaigrissement, et fièvre intermittente. Le bilan biologique révélait une anémie microcytaire, une hyperéosinophilie à 1500/mm³, et des anti-transglutaminases positifs. La FOGD montrait une atrophie duodénale, mais l'absence de réponse au régime sans gluten et la survenue d'un syndrome occlusif conduisirent à une résection iléale. L'analyse histologique de la pièce opératoire objectivait des ulcérations profondes, une inflammation transmurale sans granulomes, confirmant ainsi une maladie de Crohn (MC) compliquée de PM. Aucun argument pour un lymphome ou une tuberculose ne fut retenu





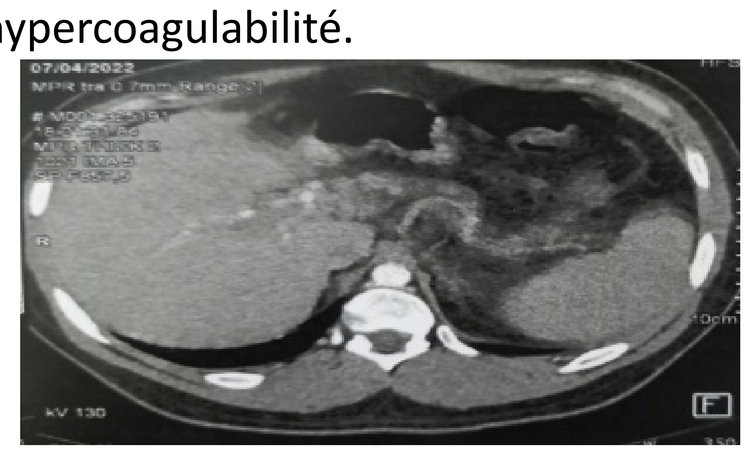
ENTERO-TDM montrant une panniculite mesenterique chez un patient atteint d,une maladie coeliaque et une MC

Cas 3

Un patient de 71 ans, hypertendu et diabétique de type 2, était admis pour des douleurs abdominales paroxystiques sans autre symptôme digestif. Le bilan biologique montrait un syndrome inflammatoire. La TDM abdominale mettait en évidence une PM associée à une fibrose rétropéritonéale. Les explorations étiologiques éliminaient une néoplasie. Le dosage sérique d'IgG4 revient positif. Une corticothérapie permit une régression complète des lésions en 3 mois, validant le caractère auto-immun de la PM

Cas 4

Un patient de 30 ans, suivi pour hypothyroïdie autoimmune, consultait pour des douleurs abdominales subaiguës. L'angio-TDM abdominale révélait une thrombose portale récente et une PM avec ADP inflammatoires. Le bilan de thrombophilie revenant postif. Aucun contexte néoplasique ou infectieux ne fut identifié. L'évolution sous anticoagulation (HBPM relayée par AVK) fut favorable, suggérant une PM secondaire à l'hypercoagulabilité.



TDM abdominale montrant une thrombose porte associee a une panniculite mesenterique

Discussion

La PM, bien que bénigne dans 80 % des cas, impose une enquête étiologique rigoureuse pour exclure une pathologie sous-jacente grave. Dans notre série, les contextes auto-immuns (maladie cœliaque, IgG4-RD, MC) et pro-thrombotique illustrent la diversité des mécanismes impliqués. La physiopathologie de la PM pourrait impliquer une réponse immune aberrante à des stimuli variés (antigènes alimentaires dans la maladie cœliaque, dépôts d'IgG4, ou cytokines pro-inflammatoires dans la MC). L'association PM-maladie cœliaque, rarement décrite, pourrait refléter une réaction à l'inflammation intestinale chronique ou à la perméabilité accrue de la muqueuse. De même, la PM au cours de la maladie à IgG4, comme dans notre Cas 2, est bien documentée, soulignant l'importance du dosage sérique d'IgG4 devant toute fibrose multiviscérale. Enfin, la thrombose portale chez notre dernier patient interroge le rôle de l'hypercoagulabilité dans la genèse de la PM, peut-être via une ischémie mésentérique locale.

Conclusion

La PM est un marqueur d'alerte imposant une investigation approfondie pour éliminer une étiologie maligne (lymphome, carcinose)et identifier les causes curables(auto-immunes, inflammatoires, ou thrombophiliques). L'imagerie TDM reste l'examen clé, mais l'intégration des données cliniques, biologiques et histologiques est indispensable pour guider la prise en charge.