

---

## Mésentérite rétractile : à propos d'un cas

---

FX AUBRIOT, RJ SALMON, O LANGUILLE

Correspondance :

RJ SALMON  
Institut Curie  
26, rue d'Ulm  
75248 Paris cedex 05

---

### Résumé.

A l'occasion de la prise en charge d'une patiente porteuse d'une mésentérite rétractile, les auteurs décrivent les difficultés qu'ils ont rencontrées dans le diagnostic et le traitement de cette affection.

Cette pathologie abdominale impose un sacrifice étendu du grêle. Son évolution est inconnue. Diverses étiologies ont été suggérées, le reliquat textile d'une occlusion sur corps étranger ayant entraîné une occlusion 3 ans auparavant pourrait, chez cette patiente, être retenu comme mécanisme explicatif.

**Mots clés :** Mésentère / rétraction / occlusion

---

La mésentérite rétractile est une pathologie rare. Son étiologie est inconnue, son traitement impose le plus souvent des sacrifices digestifs majeurs. Enfin son évolution est également mal connue. Nous en rapportons ici une observation chez une patiente multi opérée de l'abdomen.

Mme N âgée de 40 ans consultait pour une stérilité secondaire. Elle avait dans ses antécédents deux IVG, et une infection sur stérilet.

En 1999 elle avait été opérée en urgence par laparotomie pour un hémopéritoine lié à une rupture de corps jaune.

Elle était réopérée au 8<sup>e</sup> jour pour une occlusion sur corps étranger laissé en place lors de l'intervention initiale.

A cette époque l'appareil génital était sain.

En 2002 elle consultait pour une stérilité. Elle signalait des méno-métrorragies avec un hydro-salpinx gauche et un fibrome utérin.

Elle était opérée le 20-09-2002. L'intervention débutait par une coelioscopie. Les adhérences liées aux interventions antérieures imposaient une conversion immédiate en Pfannenstiel. Il était réalisé une entérolyse complète, une salpingectomie gauche et une myomectomie.

Les suites opératoires initiales étaient simples hormis une reprise incomplète du transit. L'état général de la patiente était excellent avec cependant un transit irrégulier sans signe franc d'occlusion. Un transit à la gastrografine

---

### Abstract

#### Sclerosing mesenteritis

A case of sclerosing mesenteritis is reported. The difficulties in diagnosis and treatment of this disease are described. Extended small bowel resection was necessary. Evolution of this disease is unknown. Occlusion on a foreign body three years before could be responsible in our patient.

**Key words :** Mesentery / retraction / occlusion

---

montrait un passage du produit de contraste jusque dans le colon dans des délais normaux. Par ailleurs la patiente était normo thermique, il n'existait aucun signe biologique d'infection. La conservation de l'état général et l'absence de signe biologique anormal orientaient vers un retard de reprise du transit lié à l'entérolyse.

Le 8 octobre 2002 l'état général de la patiente se dégradait brutalement avec fièvre, signes patents d'occlusion intestinale clinique et radiologique et apparition de signes biologiques d'infection.

La patiente était réopérée le 10-10-2002 soit 21 jours après sa dernière intervention.

Il était réalisé une laparotomie médiane. L'ouverture de l'abdomen était très difficile en raison de l'importance des adhérences des anses à la paroi abdominale antérieure et notamment au niveau de la cicatrice antérieure de Pfannenstiel. Par ailleurs toutes les anses étaient rétractées sur le mésentère. La viscérolyse était impossible en raison de cette rétraction sur le mésentère alors que le bord anti-mésentérique restait relativement libre. La dissection entraînait des plaies multiples du grêle. On décidait alors de réaliser une résection étendue du grêle avec abouchement des deux extrémités jéjunales et iléales à la peau en canon de fusil. La patiente était transférée en réanimation où elle récupérait de son intervention en quelques semaines. La continuité était rétablie 4 mois

plus tard par une incision limitée autour de la stomie.

Le diagnostic de mésentérite rétractile ne faisait aucun doute pour l'anatomo-pathologiste. Il existait sur la pièce opératoire une fibrose envahissante, touchant essentiellement le mésentère et laissant libre les tuniques du grêle. Cette fibrose s'étendait dans la graisse du méso et infiltrait progressivement la musculature. Il existait de plus des réactions à corps étranger compatibles avec l'intervention liée à l'occlusion sur corps étranger de 1999. Actuellement la patiente a 4 selles par jour, prend occasionnellement des ralentisseurs du transit et elle souhaite toujours avoir un enfant !!!

## **Discussion**

La survenue d'une mésentérite rétractile peut se voir au cours des maladies de système, dans l'évolution de certains cancers digestifs ou pelviens ou encore lors de la prise de certains médicaments. Ce n'était pas le cas chez notre patiente. La deuxième hypothèse était évidemment la possibilité d'une suppuration mésentérique. Cependant l'évolution pendant les 19 premiers jours post-opératoires se faisait en l'absence de tout signe clinique et biologique d'infection.

De plus il n'existait aucun signe d'abcès intra-mésentérique sur la pièce de résection du grêle.

L'hypothèse infectieuse ne pouvait pas non plus être retenue à partir d'un foyer pelvien car en 1999 le pelvis était sain et lors de l'intervention du 20-09-2002 il n'y avait aucun signe patent d'infection pelvienne.

L'attention a été attirée récemment sur le risque de pathologie abdominale liée au talc employé sur les gants. Nous pouvons rapprocher notre observation de cette hypothèse physiopathologique du fait de l'occlusion sur corps étranger de 1999. La découverte de nodule de résorption ancien dans le mésentère est un argument de poids en faveur de cette hypothèse.

L'avenir de cette femme sur le plan digestif reste incertain. En effet n'ayant pas compris le mécanisme de survie de cette pathologie, il est impossible d'affirmer avec certitude qu'elle ne peut pas se reproduire ou réévoluer à l'occasion d'un facteur de stimulation abdominal donné. La patiente souhaitant toujours avoir un enfant, la réalisation d'une césarienne pourrait être un de ces facteurs.

## **Discussion**

### **Questions de M GUIVARC'H**

- 1) Pourquoi réséquer ?
- 2) Ne faut-il pas privilégier le traitement conservateur ?

### **Réponse de FX AUBRIOT**

Le traitement conservateur est légitime devant une symptomatologie chronique et en l'absence de syndrome infectieux. Dans le cas de notre patiente, c'est l'altération brutale de l'état général qui avait imposé une réintervention. Aucune entérolyse conservatrice n'était possible et seule la résection étendue du grêle était envisageable à titre curatif.