

Aspect Radiologique Des Atteintes Primitives Du Mésentère.

A. Alaoui, N. Bouardi, H. Meriem, B. Alami, M. Boubbou,
M. Maaroufi, M. Y. Alaoui Lamrani

Department of radiology. Hassan II University Hospital. Fes. Morocco

Corresponding Author: A. Alaoui

RESUME

Introduction : Le mésentère est l'organe de soutien de l'intestin grêle, il peut être la cible d'atteintes primitives ou secondaires, son exploration est facile par la TDM multi-détecteur, l'objectif de notre étude est d'illustrer les atteintes primitives du mésentère.

Matériel et méthode : Etude rétrospective incluant 69 observations des atteintes primitives du mésentère colligées au service de radiologie du CHU de Fès, Maroc, sur une durée de 4 ans (Janvier 2014- Décembre 2017).

L'exploration des patients comporte une échographie abdominale, un scanner abdomino-pelvien ou thoraco-abdomino-pelvien, une IRM pour certains patients. Une confirmation anatomopathologique a été obtenue pour les cas nécessitant une confirmation pré-thérapeutique.

Résultat : Les principales atteintes mésentériques primitives retrouvées sont : 7 cas de tumeurs solides (2 tumeurs desmoïdes, 2 liposarcomes, 2 paragangliomes, un cas de leiomyosarcome et un cas de GIST mésentérique), 18 cas de pseudotumeurs (9 panniculites mésentériques, 8 mésentérites rétractiles et 2 appendagites), 42 lésions kystiques (17 kystes hydatiques, 10 hématomes mésentériques, 6 duplications digestives, 6 kystes dermoïdes et 3 lymphangiomes kystiques). La sémiologie radiologique est variable selon l'atteinte.

Conclusion : L'étude du mésentère doit être systématique lors de toute exploration abdominale car certaines atteintes primitives présentent une sémiologie radiologique typique doit être connue par tout radiologue.

MOTS CLES : Masse mésentérique ; Tumeur mésentérique ; Biopsie ; Kystes mésentériques

Date of Submission: 10-09-2018

Date of acceptance: 27-09-2018

I. Introduction

Le mésentère est l'organe de soutien de l'intestin grêle formé de l'accolement de deux feuillets péritonéaux sur un tissu de soutien cellulo-graisseux contenant des vaisseaux, des lymphatiques et des nerfs [1].

L'éventail des pathologies pouvant toucher ce tissu est très vaste, car chacun de ses constituants peut être la cible d'une atteinte spécifique primitive ou secondaire en rapport avec une affection loco-régionale ou générale [1].

Les atteintes primitives du mésentère sont rares et hétérogènes.

Elles peuvent être classées en tumeurs solides, kystiques ou graisseuses, malignes ou bénignes.

Elles sont découvertes soit fortuitement soit à l'occasion de symptômes spécifiques. Si l'examen clinique et l'imagerie permet d'approcher le diagnostic, une preuve histologique est souvent nécessaire, imposant une biopsie percutanée ou chirurgicale, voire une biopsie-exérèse d'emblée [2].

A travers une iconographie de notre série de 69 observations, nous présenterons les principales caractéristiques radiologiques des affections primitives du mésentère.

II. Principales Atteintes Mesenteriques

1.1. TUMEURS SOLIDES

1.1.1. GIST mésentérique

Les tumeurs stromales extradigestives (EGIST) sont des sarcomes exceptionnels et représentent moins de 10% des tumeurs stromales se développent à partir des tissus mous intra-abdominaux et sont considérées primitives quand elles ne présentent aucune connexion avec la paroi du tractus gastro-intestinal et peuvent apparaître au niveau du mésentère, du grand épiploon ou du rétropéritoine. Ces tumeurs sont confondues avec le schwannome, le leiomyome et le leiomyosarcome [3-4].

La TDM représente l'examen de choix dans l'évaluation initiale des masses abdominales évocatrices de tumeurs stromales. L'aspect radiologique (Fig.1 et 2) est le plus souvent une masse avec une hypodensité centrale, un rehaussement périphérique et parfois des calcifications. Cependant, selon les experts, le

bilan d'extensions systématique doit comprendre une échographie et une TDM, les autres examens étant à discuter au cas par cas.

La chirurgie est le traitement curatif des formes localisées. Le pronostic a été amélioré depuis l'introduction de l'imatinib, en particulier comme traitement adjuvant, depuis les dernières recommandations [5].

1.1.2. Liposarcome :

Les liposarcomes dérivent de cellules mésenchymateuses multipotentes et de lipocytes matures. La localisation intra-abdominale représente 2 % de tous les liposarcomes. Ils surviennent à un âge moyen de 53 ans avec une prépondérance masculine [6].

L'exploration radiologique est faite par :

- ✓ L'échographie : est peu spécifique et peut montrer une masse hyperéchogène, hétérogène, à différencier des lipomes atypiques et des autres sarcomes [7].
- ✓ La TDM abdomino-pelvienne : montre une tumeur d'aspect hétérogène de densité musculaire et graisseuse, pouvant comporter des septas (Fig. de 3 à 7) et fournit le bilan d'extension et permet aussi un suivi pour dépister une éventuelle récurrence.
- ✓ L'IRM : semble très fiable dans le diagnostic des liposarcomes, d'autant que les images obtenues coïncident bien avec l'aspect anatomopathologique. Les formes bien différenciées ont un signal d'intensité proche de celui des tissus mous, alors que les autres formes apparaissent hyposignal en T1 et hypersignal en T2 [8].

La résection large de la tumeur reste le meilleur traitement. La radiothérapie et la chimiothérapies sont réservées aux récurrences et aux formes avancées.

1.1.3. Tumeur desmoïde :

Les tumeurs desmoïdes sont des tumeurs rares. Elles surviennent de manière sporadique, ou dans le cadre d'une polyadénomatose familiale (PAF) ou d'un syndrome de Gardner [9]. Les formes intra-abdominales sont plus rares (8 % des tumeurs desmoïdes) et intéressent principalement le mésentère et l'intestin grêle [10]. Les examens d'imagerie décrivent une masse entièrement tissulaire bien circonscrite, non encapsulée, généralement homogène avant injection, faiblement rehaussée par le produit de contraste et ce parfois de manière hétérogène (Fig. 8 et 9). L'IRM est surtout recommandée dans le suivi, puisque sa meilleure résolution permet de différencier les remaniements post thérapeutiques, d'une récurrence et de prévoir la croissance tumorale. Son aspect est souvent hétérogène, en signal intermédiaire ou en hypo signal global en T1 et en signal mixte en T2 [11]. Une taille supérieure à 10 cm, la multiplicité des tumeurs, l'infiltration ou l'envahissement du mésentère, et l'engrainement d'un uretère sont des signes de mauvais pronostic [12]. L'attitude thérapeutique est souvent chirurgicale et nécessite l'obtention d'un diagnostic anatomopathologique.

1.1.4. Paragangliome

Paragangliomes sont des tumeurs ectodermiques d'origine neurogène et sont définis comme des tumeurs chromaffines extra-surréniennes. Ils surviennent plus fréquents chez l'adulte jeune entre 10 et 30 ans [13].

L'exploration radiologique faite par :

- ✓ L'échographie abdominale : montre une masse ovale, solide bien limitée avec de nombreuses formations centrales d'allure kystique [14].
- ✓ La TDM abdominale (Fig. de 10 à 13) : décrit les caractères de la tumeur (siège, taille, caractère unique ou multiple) et réalise le bilan d'extension locorégional et à distance. L'aspect le plus souvent retrouvé est celui d'une masse solide ronde ou ovale, homogène, mais pouvant être kystique ou nécrosée en son centre ou calcifiée [15].
- ✓ L'IRM : examen de choix pour le diagnostic et le bilan morphologique des lésions.
- ✓ La scintigraphie à la méta-iodo-benzyl-guanidine : a peu d'intérêt en préopératoire, mais occupe une place majeure dans la surveillance opératoire.

Le diagnostic de certitude est histologique. La chirurgie radicale constitue la base du traitement avec résection radicale dans 75% des cas [13].

1.1.5. Léiomyosarcome péritonéal :

Les léiomyosarcomes sont des tumeurs rares qui se développent dans les cellules musculaires lisses. Ils représentent 20 à 30% de l'ensemble des sarcomes rétro péritonéaux [16].

Le diagnostic de certitude est facilité par l'imagerie et notamment la TDM qui renseigne sur la taille, le siège, le caractère de la masse et sur un éventuel envahissement des structures avoisinantes [17]. La TDM permet aussi d'objectiver les récurrences après chirurgie comme le montre notre cas (Fig. : 14 et 15).

L'IRM, permet de montrer une masse hétérogène, irrégulière, sans composante graisseuse et sans calcifications. L'écho doppler et l'artériographie peuvent avoir une place importante quand l'infiltration

vasculaire est suspectée. L'utilisation du Pet-scan permet de dépister 90% des récurrences et pourra peut-être à l'avenir orienter les examens complémentaires [18]. Le traitement de choix des léiomyosarcomes demeure la chirurgie qui n'est pas toujours possible du fait du large volume de la tumeur et de la survenue de métastases [19].

1.2. PSEUDO-TUMEURS

1.2.1. Panniculite mésentérique

Pathologie rare, consiste à une inflammation non spécifique du mésentère associant une infiltration xantogranulomateuse et une infiltration inflammatoire et fibreuse du mésentère [20].

L'origine de cette pathologie est obscure : auto-immune, pathologies malignes (lymphome, néoplasie mammaire, pulmonaire, gastrique ou colorectale), pancréatite, pathologies systémiques (LEAD, sarcoïdose, etc.), contexte traumatique (chirurgie viscérale récente) ou vasculaire (anévrisme aortique)[21].

L'exploration radiologique faite par :

- L'échographie peut montrer une masse au sein du mésentère, d'échostructure hétérogène, présentant des zones tissulaires hypoéchogènes et des plages hyperéchogènes graisseuses qui suivent l'axe des vaisseaux mésentériques. Un liseré hypoéchogène peut cerner la masse en périphérie.
- Le scanner (Fig. 16, 17 et 18) montre un mésentère épaissi, refoulant les anses grêles, avec une graisse dense à -60 UH (contre -120 UH pour la graisse normale), pouvant présenter en son sein des petits nodules denses de quelques millimètres de diamètre [20].
- L'IRM retrouve une masse en hyposignal T1, isosignal T2, en hypersignal relatif sur les séquences T1 avec saturation de graisse, se rehaussant après injection de chélates de Gadolinium. Un élément évocateur du diagnostic est l'absence de distorsion des vaisseaux au sein de la masse[22].

Des complications peuvent apparaître : thrombose vasculaire (veine mésentérique supérieure ou inférieure), liponécrose étendue, ascite chyleuse par compression lymphatique, compression d'anses grêles. Elle peut également évoluer vers une fibrose mésentérique étendue : la mésentérite rétractile[21].

1.2.2. Mésentérite rétractile

C'est une inflammation rare du mésentère, survenant essentiellement chez le sexe masculin entre 50 et 70 ans et touche quelquefois l'enfant. Il se caractérise par une rétraction survenant localement ou de manière diffuse, du mésentère et aboutit généralement, à l'occlusion de l'intestin. Peut survenir au cours des maladies de système, dans l'évolution de certains cancers digestifs ou pelviens ou encore lors de la prise de certains médicaments[21, 23]. La TDM (Fig.19 à 22) permet d'orienter le diagnostic montre le signe de l'anneau graisseux. L'endoscopie digestive oriente le diagnostic qui est confirmé par la laparotomie exploratrice[23].

1.2.3. Appendagite

L'appendagite épiploïque primitive résulte d'une torsion avec ischémie ou thrombose veineuse spontanée d'un appendice épiploïque. C'est une pathologie rare qui survient principalement chez les adultes entre 20 et 50 ans avec une légère prédominance masculine[24].

Les appendices épiploïques correspondent à des formations graisseuses sous-péritonéales dont la longueur varie de 0.5 à 5 cm (moyenne de 3 cm). Ils sont répartis le long du cadre colique, et sont absents au niveau du rectum, la localisation la plus fréquente est la charnière recto sigmoïdienne (57%). Leur vascularisation précaire et leur morphologie pédiculée les prédisposent à des phénomènes de torsion, d'ischémie et d'inflammation, phénomènes regroupés sous le nom d'appendagite[25].

L'exploration radiologique faite par :

- ✓ L'échographique : montre un nodule graisseux (hyperéchogène cerné d'un liseré hypodense) sous-pariétal antérieur, au contact d'un côlon par ailleurs normal.
- ✓ La TDM abdomino-pelvienne : examen de référence, montre (Fig. de 23 à 26) un nodule hypodense adjacent à la paroi du côlon, avec un liseré périphérique hyperdense traduisant l'inflammation de la séreuse [25].
- ✓ La coelioscopie est une alternative diagnostique lorsque la TDM abdominale est contre indiquée, indisponible ou devant un doute diagnostique.

Le traitement de l'appendagite est toujours conservateur par antalgiques (paracétamol) et anti-inflammatoires durant une dizaine de jours. La symptomatologie se résout souvent spontanément en moins d'une semaine [25].

1.3. LESIONS KYSTIQUES

1.3.1. Les lymphangiomes kystiques

Les lymphangiomes est une lésion bénigne rare de l'enfant dont l'origine est malformative congénitale. Ils représentent ainsi 7% des formations kystiques intra-abdominales avec une situation iléale préférentielle [26].

Le diagnostic radiologique repose sur :

- ✓ L'échographie abdominale : objective la présence d'une structure liquidienne et définit les rapports avec le foie et les voies biliaires.
- ✓ La TDM (Fig. 27 et 28) : confirme la nature non vasculaire et les rapports avec les autres organes, en particulier le pancréas, où la distinction reste difficile avec certains kystes pancréatiques.
- ✓ L'IRM : examen de référence, permet de préciser les rapports anatomiques et de diagnostiquer les hémorragies intra-kystiques.

Le traitement idéal des LK est la chirurgie avec exérèse complète [27].

1.3.2. Duplication digestive :

Les duplications intestinales sont rarement découvertes chez l'adulte (4 à 12% des duplications digestives) [28].

La duplication iléale (DI) est la plus fréquente dont elle représente 30 à 60%. La forme kystique, représente environ 82% des formes, alors que la forme tubulaire est présente dans les 18% des cas restants [28].

L'exploration radiologique faite par l'échographie et la TDM abdominales qui peuvent évoquer le diagnostic en présence d'une image kystique intra-péritonéale juxta-digestive. Cependant, dans la majorité des séries rapportées, le diagnostic est fait en per-opératoire [28]. Dans nos cas, la TDM abdominale a permis d'objectiver la lésion kystique avec doute sur son origine et la duplication digestive était évoquée en premier temps (Fig. de 29, 30 et 31). Le traitement de ces affections consiste en une résection de l'anse digestive emportant la malformation avec anastomose digestive au même temps opératoire s'il n'y a pas de contre-indication (péritonite). Sinon une stomie sera alors et un rétablissement de la continuité se fera 2 à 3 mois plus tard [29].

1.3.3. Kyste hydatique

Les kystes hydatiques peuvent se développer dans toutes les régions de l'organisme avec un tropisme pour le foie (40 à 60%) et les poumons (21 à 53%). La localisation péritonéale représente entre 5 et 16% des hydatidoses [30].

L'exploration radiologique est faite par :

- ✓ L'échographie : examen essentiel, sa fiabilité diagnostique est estimée à 96% et l'aspect reproduit les stades de la classification de Gharbi.
- ✓ La TDM : permet un diagnostic facile et plus précis surtout dans la localisation péritonéale (Fig. : 32 et 33).
- ✓ L'IRM : apporte un appoint diagnostique dans le cas où les kystes ne sont pas caractéristiques en échographie ou en scanner.

Le traitement de référence est la chirurgie associée à un traitement antiparasitaire par Albendazole avec un drainage percutané associé à une stérilisation de la cavité.

1.3.4. Le kyste dermoïde mésentérique

Exceptionnel et généralement bénin ayant les mêmes caractéristiques que la localisation ovarienne avec plusieurs composantes liquide, calcique et graisseuse (Fig. : 34 et 35) [31].

III. Conclusion

Le mésentère est le siège d'atteintes tumorales et inflammatoires fréquentes. Si les atteintes tumorales secondaires sont les plus fréquentes, les masses tumorales primitives ne sont pas exceptionnelles. L'imagerie, en particulier le scanner, joue un rôle primordial dans le diagnostic positif et différentiel de ces masses ainsi que leur bilan d'extension.

References

- [1]. P. Puech, F. Cotton, O. Pellet, N. Blineau, M. Hermier, V.A. Tran minh. Le mésentère : radio-anatomie et pathologie. Feuillet de Radiologie, 2001, 41, n° 4, 291-304 Masson, Paris 2001
- [2]. C. Dufaya, A. Abdellia, V. Le Pennech, L. Chichea. Diagnostic et traitement des tumeurs mésentériques. Mesenteric. tumors: Diagnosis and treatment. Journal de Chirurgie Viscérale (2012) 149, 271—284. EMC
- [3]. Emile J-F, Bachet J-B, Tabone-Eglinger S, Brahimi S. Histologie et pathologie moléculaire des tumeurs stromales gastrointestinales (GIST) Revue Francophone des Laboratoires. 2008;2008(398):53-8.
- [4]. Miettinen M, Monihan JM, Sarlomo-Rikala M, Kovatich AJ, et al. Gastrointestinal stromal tumors/smooth muscle tumors (GISTs) primary in the omentum and mesentery: clinicopathologic and immunohistochemical study of 26 cases. Am J Surg Pathol. 1999 Sep;23(9):1109-18.
- [5]. Yamamoto H, Oda Y, Kawaguchi K, Nakamura N, et al. c-kit and PDGFRA mutations in extragastrointestinal stromal tumor (gastrointestinal stromal tumor of the soft tissue) Am J Surg Pathol. 2004 Apr;28(4):479-88.
- [6]. Frank P, Batzenschlager A, Schaeffer F, Irrmann M : Problèmes thérapeutiques posés par les liposarcomes intra-abdominaux. Chirurgie 1989 ; 115 : 446-56
- [7]. Hagege H, Damasio-Colombo M, Fouet P : Les liposarcomes rétro-péritonéaux, mise au point à propos de 2 observations. Sém Hôp Paris 1987 ; 53 : 1181-5
- [8]. Gelineck J, Keller J, Myhre Jensen O, Nielsen OS, Christensen T : Evaluation of lipomatous soft tissue tumors by MR imaging.
- [9]. Fallen T, Wilson M, Morlan B, Lindor NM. Desmoid tumors — a characterization of patients seen at Mayo Clinic 1976—1999.

- Fam Cancer 2006;5(2):191—4.
- [10]. Cotte E, Glehen O, Monneuse O, Cotton F, Vignal J. Desmoid tumors in familial adenomatous polyposis. *Gastroenterol Clin Biol* 2004;28(6—7 Pt 1):574—81.
- [11]. Mignot L. Les tumeurs desmoïdes. *Orphanetencyclopédie*; 2002.
- [12]. Brooks AP, Reznick RH, Nugent K, Farmer KC, Thomson JP, Phillips RK. CT appearances of desmoid tumours in familial adenomatous polyposis: further observations. *Clin Radiol* 1994;49(9):601—7.
- [13]. Farthouat P, Platal JP, Meusnier F, Pourrière M, Thouard H. Paragangliomérétro-péritonéalsécrétant: à propos d'un cas. *J Chir.* 1997;134(5-6):248—251.
- [14]. Hayes WS, Davidson AJ, Grimley PM, Hartman DS. Extraadrenal retroperitoneal paraganglioma: clinical, pathologic and CT finding. *AJR Am. J Roentgenol.* 1990;155(6):1247—1250
- [15]. Pagliano G, Michel PH, La Fay Th, Duverger V. Paragangliomes de l'organe de Zuckerkindl. *Chirurgie.* 1994-1995;120(3):128—133.
- [16]. EL Otmany A, Hachi H, EL Marjani M, Errihani H, Tijami F, Jalil A, Benjelloun S, Souadka A. Les sarcomes rétro-péritonéaux, *Méd. Maghreb* 2001 n°88, 49-51.
- [17]. EL Alami Y, Bakali Y, Tijami F, Jalil A. Léiomyosarcome rétro-péritonéal Rapport d'un cas et revue de la littérature. *Médecine du Maghreb* N°195 - Avril 2012
- [18]. Cohen P-K, Petit T, Kotobi H, Merran S. Sarcome péritonéal à extension rétro-péritonéale. *J. Radiol.* Vol 85, N° 5-C1, mai 2004, pp. 615- 617.
- [19]. Rabii A, Sfaxi M, Gargouri M, Sami B-M, Lotfi B-H, Chebli M, Ayed M. Les léiomyosarcomes rétro-péritoneaux : à propos de 3 cas. *Tunisie médicale* 2007, vol. 85, no5, pp. 441 444.
- [20]. Daskalogiannaki M, Voloudaki A, Prassopoulos P et al. CT evaluation of mesenteric panniculitis: prevalence and associated diseases. *AJR* 2000;174:427-31
- [21]. Guibal A, MENNESSONN, BOULAY-COLETTAI, ZINSM, MILLISCHER-BELLAICHEAE, CHAPRONC, KALIFAG. Péritoine pathologique. *Journées Françaises de Radiologie* 2008
- [22]. Cooper CJ, Silverman PM, Forer L, Stull MA. Abdominal case of the day. Mesenteric panniculitis. *AJR* 1990;154:1328-9
- [23]. Taourel P, Camus C, Lesnik A, Mattei-Gazagnes M, Gallix B, Pujol J, Lopez FM, Bruel JM. Imagerie du péritoine normal et pathologique. *EMC* 33-482-A-10
- [24]. Thomas JH, Rosato FE, Patterson LT. Epiploic appendagitis. *Surg Gynecol Obstet.* 1974;138(1):23—5.
- [25]. Subramaniam R. Acute appendagitis: emergency presentation and computed tomographic appearances. *Emerg Med J.* 2006;23:e53.
- [26]. Perrot M, Rostan O, Morel P, Le Coultre C. Abdominal lymphangioma in adults and children. *B J Surg* 1998 ;85:395-7.
- [27]. Felix P, Clément MT, Balp V, Guerinéau JM. Les lymphangiomes kystiques de l'adulte. Un nouveau castraité avec succès par cœlioscopie. *Ann Chir* 1998 ; la lettre XX:3-4.
- [28]. Macpherson RI. Gastrointestinal tract duplications: clinical, pathologic, etiologic, and radiologic considerations. *Radiographics.* 1993;13(5):1063—1080.
- [29]. Holcomb GW, A Gheissari JA, O'Neill Jr, Shorter NA, Bishop HC. Surgical management of alimentary tract duplications. *Ann Surg.* 1989;209(2):167—174.
- [30]. Prousalidis J, Tzardinoglou K, Sgouradis L, Katsolis C, Aletras H, Uncommon sites of hydatid disease. *World J Surg* 1998; 22: 17-22.
- [31]. Fakhfakh K, Jarbouil L, Guermazi Y, Turki W, Abid H, Haddar S, Daoud E, Dabbeche C, Mnif Z, Mnif J. Diagnostic étiologique devant une masse kystique mésentérique.

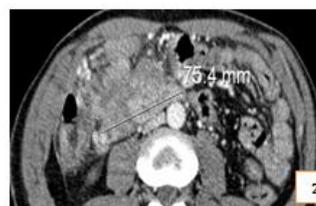


Fig. 1 et 2 : TDM abdominale (C+) en reconstruction axiale, et sagittale montrant une masse intra péritonéale rehaussée en périphérie avec nécrose centrale.

Etude anatomopathologique: **GIST mésentérique**

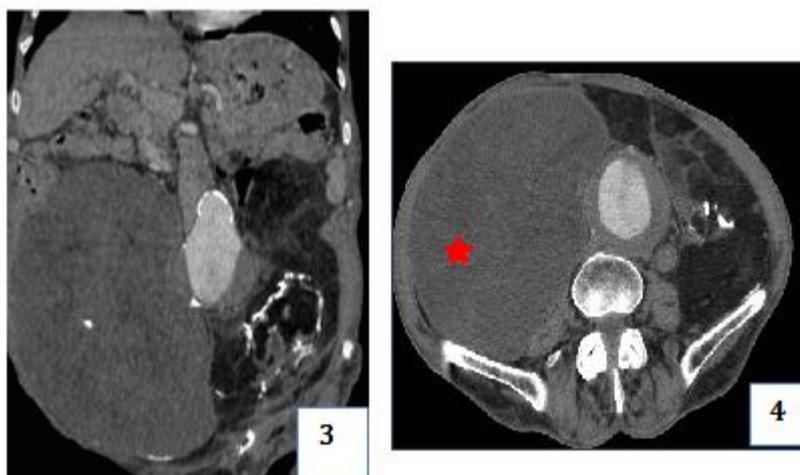


Fig. 3 et 4 : Patient de 50 ans, consulte pour masse abdominale d'évolution progressive associé à des douleurs abdominales

TDM abdomino-pelviennne C+ en reconstruction coronale et axiale, présentant un processus lésionnel intra péritonéal à triples composantes ; tissulaire rehaussée de façon hétérogène, une composante graisseuse et une autre calcique en faveur d'un **liposarcome**.

Etude anatomopathologique:**liposarcome**

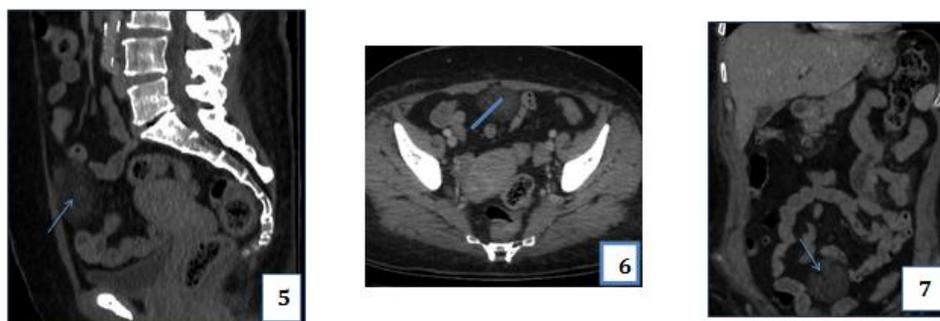


Fig. 5, 6 et 7 : Patiente de 64 ans, diabétique, suivi au service de néphrologie pour un syndrome néphrotique impur, le diagnostic de glomérulonéphrite extra-membranaires a été fortement suspecte, la patiente a bénéficié d'un bilan étiologique complet avec découverte d'une masse mésentérique à l'imagerie à double composante tissulaire et graisseuse en faveur d'un **liposarcome**.

Etude anatomopathologique:**liposarcome**

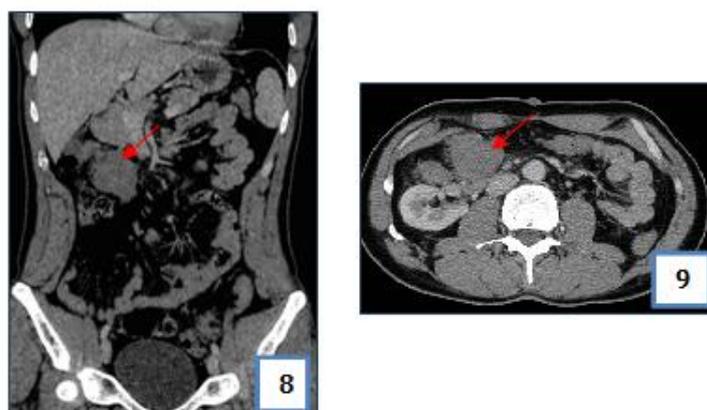


Figure 8 et 9: TDM abdominale C+ en reconstruction coronale et axiale, montrant une masse mésentérique de contours irréguliers et rehaussée de façon homogène, faisant évoquer une **tumeur desmoïde**.

Etude anatomopathologique:**Tumeur desmoïde**

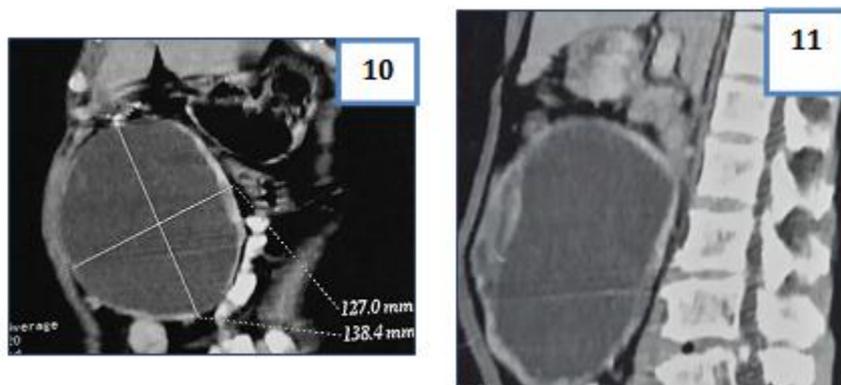


Fig. 10 et 11 : Patiente de 33 ans sans antécédents notable qui présente depuis 2 mois des douleurs lombaires gauches avec des palpitations. Le tout évoluant dans un contexte d'amaigrissement non chiffré.

Examen clinique : masse ferme, sensible occupant la fosse lombaire gauche, le flanc gauche et une partie de la région ombilicale.

TDM : montre une volumineuse masse intra et rétro-péritonéale à double composante solide et liquidienne qui en cerce l'aorte

Etude anatomopathologique: **paragangliome**

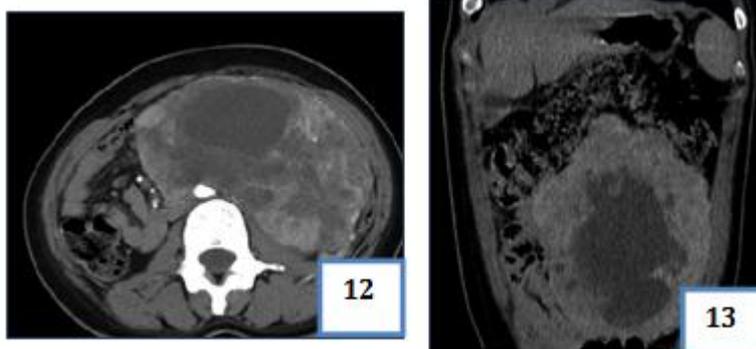
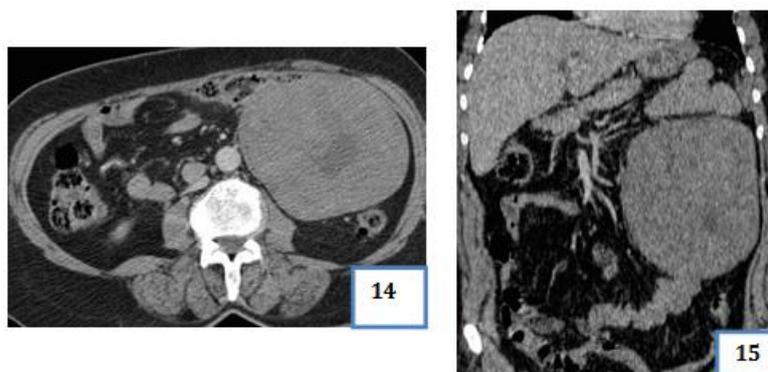


Fig. 12 et 13: Patient de 55 ans sans antécédents notable qui présente des douleurs abdominales avec auto-palpation d'une masse. Le tout évoluant dans un contexte d'amaigrissement non chiffré.

Examen clinique : masse ferme, sensible occupant la fosse lombaire gauche, le flanc gauche et la région ombilicale.

TDM: montre une volumineuse masse intra et rétro-péritonéale à centre massivement nécrosé qui en cerce l'aorte

Etude anatomopathologique: **paragangliome**



Figures 14 et 15 : Patiente de 55 ans, suivie depuis 2011 pour leiomyosarcome du grand épiploon ayant bénéficiée d'une omentectomie, puis la patiente mise sous chimiothérapie, puis une 2eme ligne de chimiothérapie devant l'apparition d'une récurrence tumorale au dépend de méso colon transverse

Etude anatomopathologique: **léiomyosarcome**

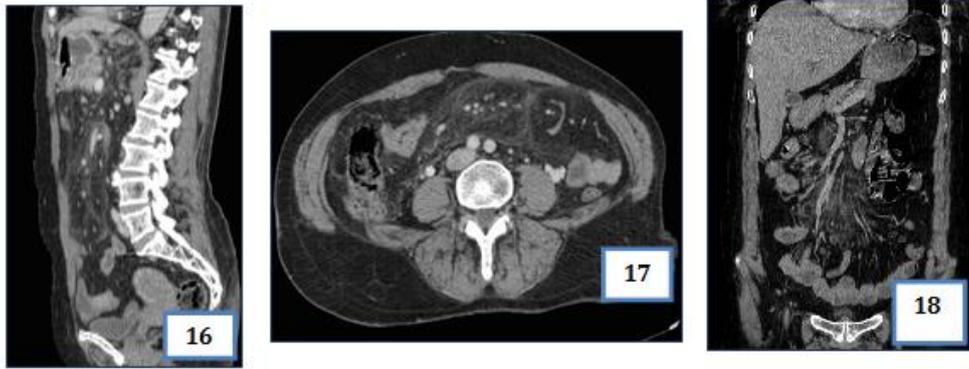


Fig. 16,17,18 :Reconstructions scannographiques axiale, sagittale et coronale montrant une infiltration de la graisse mésentérique faisant évoquer une **panniculite mésentérique**.

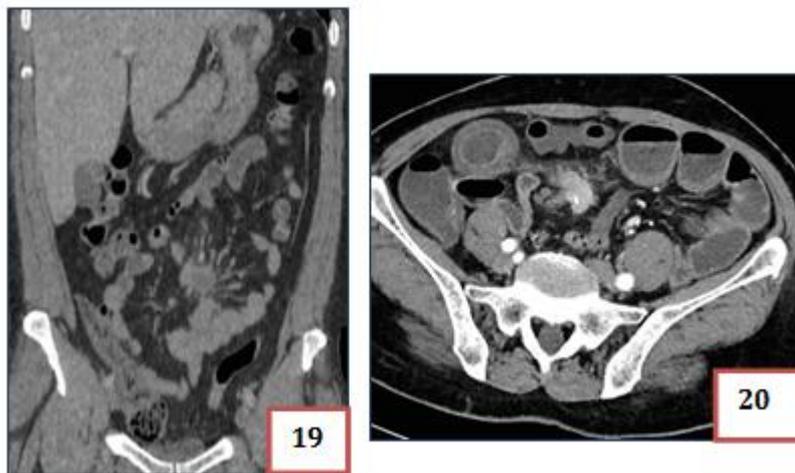


Fig. 19 et 20 : reconstructions scannographiques axiale et coronale en faveur d'une **mésentèrite rétractile**.

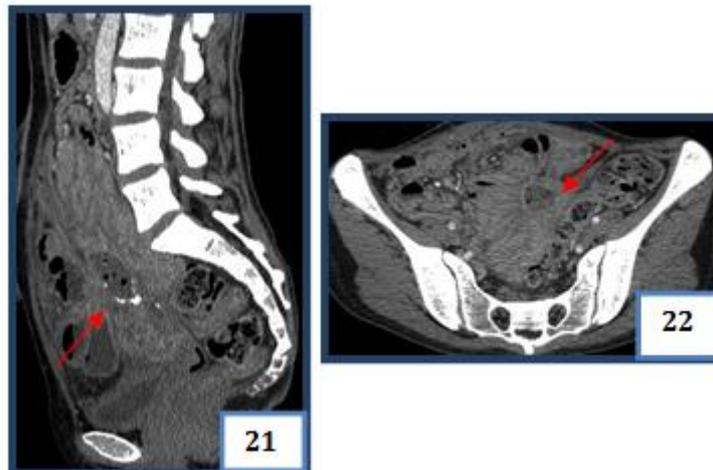


Fig. 21 et 22 : reconstructions scannographiques sagittale et axiale en faveur d'une **mésentèrite rétractile**.

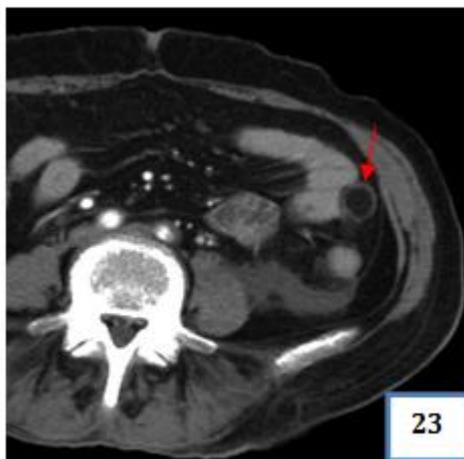


Fig. 23 : Patiente âgée 46 ans, qui s'est présentée aux urgences dans un tableau de pancréatite et chez qui une TDM abdominale a objectivé la présence d'une formation grasseuse latéro-colique gauche avec une paroi rehaussée après contraste faisant évoquer une **appendagite**.



Figures 24, 25 et 26 : TDM abdominale en reconstructions sagittale, axiale et coronale d'un patient en post opératoire objectivant la présence d'une formation grasseuse au niveau du grand épiploon avec une densité grasseuse élevée et il s'y associe une infiltration de la paroi abdominale antérieure en regard, faisant évoquer une **appendagite**.

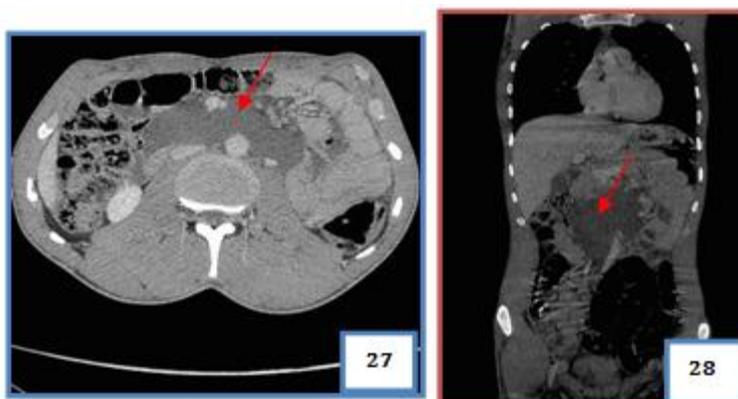


Fig. 27 et 28 : TDM en reconstructions axiale et coronale avec injection de PDC:

- ✓ Masse kystique multiloculée du mésentère s'insinuant entre les organes
- ✓ Contenu liquidien homogène
- ✓ Cloisons, aspect multiloculaires

Lymphangiome kystique mésentérique.

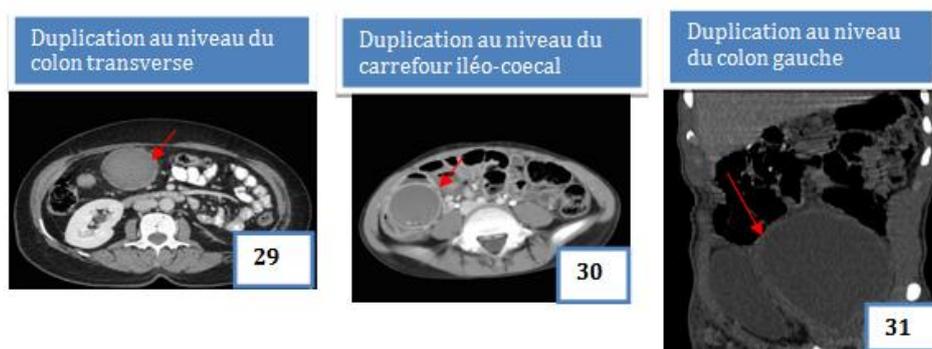


Fig. 29, 30, 31 :Formations kystiques intra-péritonéales à contenus liquidiens et à parois simulant une paroi digestive en faveur de **duplications digestives**

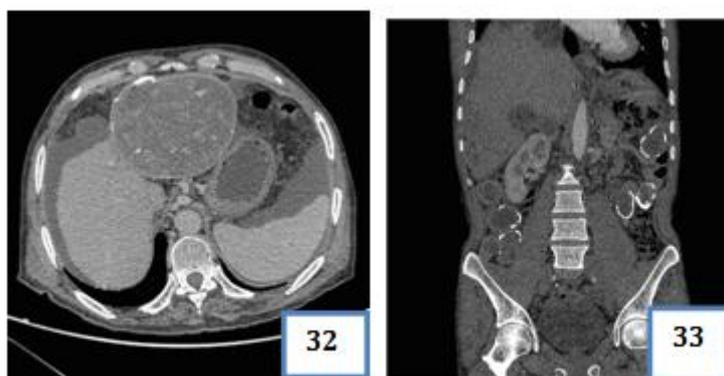


Fig. 32 et 33 : reconstructions scannographiques montrant des masses kystiques intra-péritonéal en rapport avec des **kystes hydatiques**.

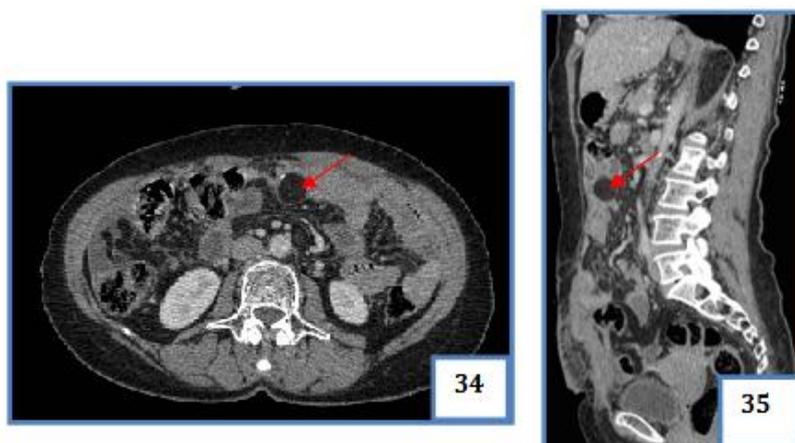


Fig. 34 et 35 : TDM C+ en reconstructions axiale et sagittale: montrant une masse kystique mésentérique comportant des plages graisseuses et une calcification **Kyste dermoïde** intra péritonéal.

A. Alaoui, " Aspect Radiologique Des Atteintes Primitives Du Mésentère.IOSR Journal of Dental and Medical Sciences (IOSR-JDMS), vol. 17, no. 9, 2018, pp 65-74.