

*G Chir Vol. 30 - n. 1/2 - pp. 30-32
Gennaio-Febbraio 2009*

Mesenterite retrattile: presentazione di un caso

D. GUGLIELMINETTI, E. GUERRA¹, M.T. MINGUZZI², F. ZANZI³, D.B. PODDIE¹

RIASSUNTO: Mesenterite retrattile: presentazione di un caso.

D. GUGLIELMINETTI, E. GUERRA, M.T. MINGUZZI, F. ZANZI, D.B. PODDIE

Gli Autori riportano un caso di mesenterite retrattile, processo infiammatorio cronico del meso evolvente verso la fibrosi. La mesenterite è una patologia istologicamente benigna che tuttora si associa, in una certa percentuale di casi, a neoplasie prevalentemente dell'apparato urogenitale. Le manifestazioni cliniche sono caratterizzate dalla comparsa di masse addominali e di crisi subocclusive intestinali che possono esitare in occlusioni franche. La diagnostica per immagini è aspecifica e spesso la diagnosi è possibile solo con la biopsia del meso. Il trattamento nei casi non complicati da occlusione è basato sull'uso di farmaci steroidei.

SUMMARY: Retractable mesenteritis: case report.

D. GUGLIELMINETTI, E. GUERRA, M.T. MINGUZZI, F. ZANZI, D.B. PODDIE

The Authors report a case of retractile mesenteritis. The disease is a chronic inflammation of the mesentery with the development of fibrosis. The mesenteritis is a benign disease and sometimes it is related to urogenital neoplasm. The CT findings of mesenteritis are non specific and often is necessary a laparotomic or laparoscopic biopsy. The therapy in uncomplicated cases is steroid treatment.

KEY WORDS: Panniculite mesenterica - Mesenterite retrattile - Lipodistrofia.
Mesenteric panniculitis - Retractable mesenteritis - Lipodistrophy.

Introduzione

La mesenterite retrattile è un raro processo infiammatorio del tessuto adiposo del mesentere che evolve cronicamente ed esita in fibrosi. Tale patologia è stata descritta per la prima volta nel 1924 da Jura. Negli anni Sessanta, Ogden definì questa malattia infiammatoria cronica del meso come "panniculite mesenterica", termi-

ne che negli anni ha avuto poi numerosi sinonimi, quali lipogranuloma mesenterico, sclerosi mesenterica, fibromatosi, xantogranuloma retroperitoneale, ecc. (1, 2).

La mesenterite retrattile interessa più frequentemente il meso del tenue, anche se sono stati riportati in letteratura alcuni casi di interessamento del mesocolon (1). Colpisce preferenzialmente soggetti di sesso maschile di età superiore ai 50 anni (2). L'eziopatogenesi è a tutt'oggi ignota: sono stati chiamati in causa disordini autoimmunitari, la presenza di fattori predisponenti, quali traumi o pregressi interventi chirurgici addominali, infezioni batteriche, alterazioni circolatorie ischemizzanti (1, 3).

Caso clinico

Paziente di sesso maschile, 55 anni, portatore di neoplasia maligna del retto. Riferito all'anamnesi patologica remota un intervento chirurgico di nefrectomia sinistra per neoplasia renale a cellule chiare. Da circa un mese comparsa di alterazioni dell'alvo con episodi di rettorragia.

Ospedale "S. Maria delle Croci", Ravenna
Dipartimento di Chirurgia
(Direttore: Dott. D.B. Poddie)
Unità Operativa Semplice di Chirurgia Gastroenterologica
(Responsabile: Dott. D. Guglielminetti)

¹ Unità Operativa di Chirurgia Generale
(Direttore: Dott. D.B. Poddie)

² Dipartimento di Diagnostica per Immagini
Servizio di Radiologia
(Dirigente: Dott. A. Ginevra)

³ Università degli Studi di Ferrara
Dipartimento di Scienze Chirurgiche, Anestesiologiche e Radiologiche
Clinica Chirurgica
(Direttore: Prof. G. Azzena)

© Copyright 2009, CIC Edizioni Internazionali, Roma

La pancoloscopia metteva in evidenza la presenza, a 5 cm dall'orifizio anale, di una eteroplasia substenosante del retto distale in assenza di altre lesioni coliche. La stadiazione della neoplasia veniva completata dall'esecuzione di una TC toraco-addominale e da una ecografia transrettale che evidenziavano un aumento dello spessore della parete rettale per la presenza di eteroformazione solida, ipocogena, ad aspetto mammellonato, interessante i 2/3 anteriori della parete dell'ampolla rettale con estensione longitudinale di circa 2 cm. Non evidenza di lesioni ripetitive epatiche e/o polmonari.

Il paziente veniva sottoposto a radio-chemioterapia neoadiuvante con 4600 Gy + 5FU. Sei settimane dopo la fine del trattamento neoadiuvante, la ristadiatione strumentale dimostrava una lieve riduzione dell'ispessimento parietale dell'ampolla rettale. Si sottoponeva pertanto il paziente ad intervento chirurgico di resezione anteriore del retto con ripristino della continuità intestinale mediante anastomosi colo-rettale transanale meccanica, secondo la tecnica di Knight-Griffen, associata a colostomia destra di protezione.

L'esame istologico del pezzo operatorio diagnosticava la totale regressione della neoplasia irradiata, con permanenza di una lesione ulcerativa del retto con aspetti di sclerosi della tonaca propria ed elastosi vascolare compatibile con modificazioni attiniche.

Il decorso postoperatorio è stato caratterizzato da un ritardo della canalizzazione con crisi subocclusive esitanti in occlusione franca. Il quadro clinico e radiologico in 14^a giornata postoperatoria imponeva l'ulteriore intervento che dimostrava la presenza di tenaci aderenze visceroviscerali e visceroparietali con retrazione del meso del tenue che si presentava ispessito, di consistenza aumentata ed ipomobile. Durante l'intervento venivano eseguiti numerosi prelievi biopatici dal meso e la resezione di un'ansa di intestino tenue francamente stenotica.

L'esame istologico del pezzo operatorio risultava diagnostico per "peritonite fibrinogranulocitaria con aspetti steatonecrotici con cellule giganti, edema e flogosi cronica aspecifica della parete intestinale; quadro compatibile con panniculite mesenterica". Il decorso postoperatorio, segnato da ulteriori episodi subocclusivi controllati in maniera conservativa con sonda nasodigunale e supporto nutrizionale parenterale, veniva complicato dalla comparsa di una fistola ileale esterna, a bassa portata. Questa persisteva per 45 giorni, allorché si rimuoveva il drenaggio ottenendo subito la chiusura della fistola. Il quadro clinico virava verso un progressivo miglioramento solo dopo l'inizio di una terapia con metil-prednisolone (20 mg/die) con attenuazione della sintomatologia soggettiva, normalizzazione dei reperti radiologici e, infine, ripresa dell'alimentazione.

Discussione e conclusioni

La panniculite mesenterica è un processo infiammatorio cronico di natura non neoplastica che interessa il tessuto adiposo del mesentere. La storia naturale della malattia prevede la progressione attraverso tre stadi evolutivi: la prima fase è caratterizzata dalla presenza di lipodistrofia del mesentere con accumulo di macrofagi e linfociti che infiltrano il tessuto lipidico; in questa fase sono praticamente assenti i segni di un processo infiammatorio acuto. La seconda fase è caratterizzata dall'insorgenza di una panniculite mesenterica con comparsa di un quadro infiammatorio acuto e presenza di plasmacellule, cellule giganti da corpo estraneo e macrofagi. Vi è interessamento esclusivo del meso del tenue con comparsa di una sintomatologia

aspecifica (dolori addominali, nausea, perdita di peso, alterazioni della canalizzazione); in questa fase non sono evidenti alterazioni degli esami ematochimici. La terza fase è contrassegnata dal prevalere della componente fibrosa e va sotto il nome di mesenterite retrattile perché caratterizzata da depositi di collagene e fibrina con una vera e propria cicatrizzazione e retrazione del mesentere. La clinica si manifesta con la comparsa di masse addominali e l'insorgenza di crisi subocclusive intestinali che possono esitare in occlusione franca. Anche in questa terza fase non si riscontra infiltrazione infiammatoria della parete intestinale.

L'eziopatogenesi della mesenterite retrattile è estremamente dibattuta ed incerta (1-4). La letteratura propone, quali possibili cause, fattori autoimmuni e/o insulti ischemici (4, 5). Sono state segnalate associazioni con ipercolesterolemia e diabete (2). Circa il 70% delle panniculiti mesenteriche sono associate a neoplasie maligne, di solito dell'apparato urogenitale e digestivo (adenocarcinomi e linfomi) (6). Altre fonti di letteratura rilevano invece che più del 55% dei pazienti portatori di mesenterite retrattile sono anche portatori di neoplasie extraaddominali polmonari o mammarie (6). Interventi chirurgici addominali pregressi, traumi addominali, microtrombosi dell'albero mesenterico sono tutte condizioni di insulto vascolare del mesentere che possono esitare in panniculite dei meso. Sono altresì stati riportati rari casi di mesenterite da somministrazione di sostanze chimiche o da farmaci (sepralfilm) e altri verosimilmente secondarie a irradiazione (7, 8).

La diagnosi differenziale è assai complessa per la difficoltà di distinguere la mesenterite retrattile dalla carcinosi peritoneale ("omental cake"), dallo *pseudomixoma peritonei*, dalla peritonite da piogeni, dal linfoma mesenterico. Gli esami diagnostici risultano non dirimenti. La rarità della patologia e la variabilità del quadro sintomatologico non sono di certo un aiuto nel porre diagnosi di mesenterite retrattile. Lo studio baritato del tenue, la cui esecuzione può essere suggerita dai ripetuti episodi di subocclusione intestinale, è spesso aspecifico, evidenziando solo angolature e "kinking" delle anse intestinali in assenza di alterazioni endoluminali. L'ultrasonografia evidenzia masse a carico del meso, con aree ipocogene nel loro interno. Gli esami più appropriati, in caso di sospetto di mesenterite retrattile, sembrano essere la TC e l'RMN anche se nelle prime fasi di malattia esse non risultano significative. Nella terza fase di malattia, caratterizzata da una fibrosi del tessuto adiposo del mesentere, la diagnostica per immagini TC e/o RMN documenta, nel 42% dei casi, un diffuso ispessimento del mesentere nel cui contesto è possibile evidenziare una iperdensità o iperintensità dei vasi sanguigni e dei vasi linfatici. Nel 32% dei casi di mesenterite retrattile vi è una massa

singola mentre nel 26% sono presenti multipli piccoli noduli (6, 9). La diagnosi certa è possibile solo con la biopsia del tratto adiposo del meso in corso di laparotomia o laparoscopia. L'esame bioptico risulta fondamentale per porre diagnosi differenziale con la carcinosi peritoneale (3).

La panniculite mesenterica, essendo una condizione clinica benigna, richiede, di regola, trattamenti terapeutici conservativi. Il tempo di risoluzione con terapia

cortisonica è variabile da pochi mesi a più di un anno.

Il trattamento chirurgico rimane indicato nei casi di occlusione intestinale conclamata e/o in caso di necessità di diagnosi differenziale con patologie neoplastiche. La terapia chirurgica peraltro influenza negativamente la storia naturale del processo infiammatorio. Il trattamento steroideo, al contrario, riduce notevolmente l'infiammazione del meso e la progressione della fibrosi (9, 10).

Bibliografia

1. Patel N, Saleeb S, Teplick S. Cases of the day. *Radiographics* 1999;19:1083-1085.
2. Roy C, Guth S, Tuchmann C, Gasser B, Saussine C, Jacqmin D. Case report: mesenteric lipodystrophy associated with renal cell carcinoma: imaging findings. *Clinical Radiology* 1998; 53:152-54.
3. Emory TS, Monihan JM, Carr NJ, Sobin LH. Sclerosing mesenteritis, mesenteric panniculitis and mesenteric lipodystrophy: a single entity? *Am. J. Surg. Patol.* 1997;21:392-398.
4. Parra-Davila E, McKenney M, Sleeman D, Hartmann R, Rao R.K, Mckenney XI, Compton R. Mesenteric panniculitis: case report and literature review. *The American Surgeon* 1998;64:768-771.
5. Papadaki HA, Kouroumalis EA, Stefanaki K, Roussomoustakaki M, Daskalogianaki ME, Reppa D, Eliopoulos GD. Retractable mesenteritis presentings as fever of unknown origin and autoimmune haemolytic anemia. *Digestion* 2000;61:145-148.
6. Daskalogiannaki M, Voloudaki A, Prassopoulos P, Magkanas E, Stefanaki K, Apostolaki E, Gourtsoyannis N. CT evaluation of mesenteric panniculitis; prevalence and associated disenes. *Am. J. Rad.* 2000;174:427-431.
7. Klinger PJ, Floch NR, Seelig MH, Branton SA, Wolfe JT, Metzger PP. Sepralfilm-induced peritoneal inflammation: a previously unknown complication; report of a case. *Dis. Colon Rectum*, 1999;42:1639-1643.
8. Makela J, Nevassary K, Kairacuoma MI. Surgical treatment of intestinal radiation injury. *J. Surg. Oncol.* 1987;36:93-97.
9. Sabate JM, Torrubia S, Maideu J, Franquet T, Monill JM, Perez C. Sclerosing mesenteritis: imaging findings in 17 patients. *Am. J. of Roentgenology* 1999;172:625-629.
10. Kikiros CS, Edis A.J. Mesenteric panniculitis resultzag in bowel obstruction: response to steroids. *N.Z.J. Surg.* 1989;59: 287-290.