

Les 24^{èmes} Printemps Journée Bernard Devulder de la Médecine Interne

Ne ratez pas cette grande mode !

Un homme de 63 ans était adressé en consultation de médecine interne pour bilan d'altération de l'état général avec perte de poids évoluant depuis près d'un an. Ses principaux antécédents se résumaient en une cardiomyopathie ischémique avec double pontage aorto-coronarien en 2001 et un tabagisme actif évalué à 22 paquets-années. Il vivait seul, n'avait pas d'enfants ni d'animaux et était ancien responsable de péages à la retraite. Il ne rapportait aucun séjour à l'étranger récent. Il ne prenait aucun traitement.

Le patient signalait un amaigrissement progressif de 17 kg depuis le milieu de l'année 2016, soit une perte pondérale involontaire de 20% de sa masse corporelle en un an. Dans le cadre du bilan diagnostique, son médecin traitant lui avait fait réaliser une échographie abdominale complétée par un scanner thoraco-abdomino-pelvien (TAP), qui avaient retrouvé de nombreuses adénopathies mésentériques à centre nécrotique avec une taille maximale supérieure à 2 cm.

Ses plaintes somatiques se résumaient à une asthénie et à des douleurs abdominales chroniques mal systématisées. Il ne rapportait pas de fièvre ni de sueurs nocturnes et n'avait aucun trouble du transit. L'examen physique ne retrouvait pas d'hépatosplénomégalie, ni de masse palpable. Il n'y avait pas d'adénopathies périphériques. Le reste de l'examen était strictement normal.

Le bilan biologique ne montrait pas de syndrome inflammatoire (CRP <4 mg/L). La numération sanguine était la suivante : leucocytes 8 G/L sans anomalie de la formule, hémoglobine 11 g/dL avec VGM à 105 fL, plaquettes 498 G/L. La biologie rénale et hépatique étaient normale, tout comme la TSH. La calcémie corrigée était à 2,15 mmol/L. L'électrophorèse des protéines sériques ne révélait pas d'anomalie en dehors d'une hypoprotidémie à 58 g/L avec hypoalbuminémie à 30 g/L. Les LDH étaient à 145 UI/L (N :

120-246) et la β 2-microglobuline à 3,18 mg/L (N : 1,09-2,53). Les sérologies pour le VIH, le VHB et le VHC étaient négatives. Le bilan immunologique était normal à l'exception d'anticorps antinucléaires positifs au 1/320^e isolés (ANCA, anticorps anti-antigènes nucléaires solubles, anticorps anti-ADN natif, sous-classes d'IgG, complément total et fractions C3/C4 normaux).

Un TEP-scanner était réalisé, et ne mettait pas en évidence de fixation pathologique au niveau des adénopathies mésentériques mais un hypermétabolisme glucidique de l'intestin grêle dans le flanc gauche. Un contrôle du scanner TAP à 5 mois complété par une entéro-IRM retrouvaient une coulée gangliono-tumorale mésentérique para-médiane gauche de 5×7×13 cm, sans anomalie viscérale ni argument pour une maladie inflammatoire chronique de l'intestin (figure 1).

Une gastroscopie et une coloscopie montraient un aspect macroscopique normal. Les biopsies digestives ne mettaient pas en évidence de malignité, mais uniquement une discrète augmentation du nombre de lymphocytes intra-épithéliaux. La PCR *Tropheryma whipplei* était négative, que ce soit sur le matériel biopsique, dans la salive ou dans les selles. Une biopsie sous échographie d'une adénopathie mésentérique retrouvait une nécrose d'origine indéterminée avec fibrose discrètement inflammatoire péri-nécrotique. La coloration de Ziehl était négative. Une coelioscopie exploratrice était finalement réalisée en octobre 2017. Les constatations péroopératoires faisaient état d'un aspect tumoral infiltrant avec un écoulement trouble séreux après la biopsie. Le nouvel examen anatomo-pathologique était en faveur d'une adiponécrose circonscrite, sans malignité. Les immunomarquages ALK et IgG4 étaient négatifs. La culture standard et mycobactérie restait négative.

A ce stade, avec l'aide de confrères anatomo-pathologistes, un élément passé inaperçu à l'imagerie allait confirmer le diagnostic.

