

Mesenterial pannikulitis er en sjælden inflammatorisk proces i mesenteriets fedtvæv

Hans Christian Rolff¹, Eva Fallentin² & André Wettergren¹

Mesenterial pannikulitis (MP) er en sjælden inflammatorisk tilstand, der er af ukendt ætiologi og rammer fedtvæv i mesenteriet [1].

Abdominal computertomografi (CT) er central i diagnostikken af MP. Fundene ved abdominal CT er: en solitær proces, der udgår fra mesenteriet og består af fedtvæv med højere attenuationsværdier end retroperitonealt fedtvæv. Den er delvis omgivet af en smal kapsellignende struktur omkransende de mesenterielle kar uden karindvækst – *fat ring sign* – og uden indvækst i tilstødende tarmslynger [2]. MP er en undergruppe af skleroserende mesenteritis. Skleroserende mesenteritis kategoriseres i henhold til de histologiske forandringer: fedtnekrose, kronisk inflammation og fibrose. Disse elementer forekommer oftest samtidig. Tilstanden navngives efter den dominerende histologiske komponent som henholdsvis mesenterisk lipodystrofi, mesenterisk pannikulitis eller retraktil mesenterisk fibrose [2].

Med stigende anvendelse af CT til udredning af ukarakteristiske abdominale symptomer vil flere tilfælde af MP blive diagnosticeret, hvorfor vi har fundet det relevant at rapportere om følgende sygehistorie.

SYGEHISTORIE

En 64-årig kvinde søgte egen læge pga. sure opstød og øvre abdominalt ubehag. Egen læge henviste patienten til ultralydskanning af øvre abdomen. Her fandt man en tumorsuspekt proces i mesenteriet på $9 \times 14 \times 20$ cm. På lokalsygehuset genfandt man processen ved abdominal CT. Patienten blev dernæst henvist til Rigshospitalet, Abdominalcentret, med henblik på videre udredning.

Patienten var tidligere sund og rask og havde fået foretaget sectio i 1967 og 1974 samt sterilisation i 1989. Objektivt var patienten upåvirket. Som eneste fund palperedes supraumbilikal en fast uømt proces. Patienten oplyste, at den fundne udfyldning havde været til stede i flere år, og at den ikke var vokset i størrelse. Det var således ikke den abdominale udfyldning, men de dyspeptiske gener, der havde fået patienten til at søge læge. Hæmoglobin, væsketal, levertal og infektionstal målt i blodprøver var alle inden for normalområdet.

Patientens abdominale CT blev vurderet på en multidisciplinær tumorkonference. Her fandt man

en $9 \times 14 \times 20$ cm stor mesenterial tumor, der omkransede de centrale mesenterielle kar. De mesenterielle kar af normal kaliber var uden tegn på indvækst, og adskillige kar var omgivet af fedtholdig halo (**Figur 1**). Tumoren havde relation til både tynd- og tyktarm uden tegn på indvækst. Der var ingen forstørrede lymfeknuder intraabdominalt. Lever, milt, nyrer, binyrer og pancreas var normalt udseende. Det blev vurderet, at fundet var foreneligt med MP.

Det blev besluttet at foretage ultralydvejledt grov nålsbiopsi. Ved biopsien blev der påvist lipocytter samt store områder med infiltration af makrofager og skumceller. Tilstedeværelsen af makrofager blev bekræftet ved positiv CD68-reaktion. Konklusionen var fedtnekrose, og der var ingen tegn på malignitet.

Ved mikroskopien bekræftede man således diagnosen MP. Grundet patientens få symptomer og tilstandens benigne natur blev det besluttet ikke at foretage yderligere kontrol eller behandling af tilstanden.

DISKUSSION

Symptomatologien ved MP er varierende fra ingen symptomer til svær obstruktion. Symptomerne menes at skyldes en direkte mekanisk effekt af tumoren på tarm, blod- og lymfekar [3].

Man har i flere studier peget på en sammenhæng mellem MP og samtidig forekomst af anden sygdom oftest gastrointestinal eller anden cancer [4].

Der er ikke konsensus om behandlingen af MP. Der har været forsøgt behandling med prednisolon, tamoxifen, azathioprin, cyklophosphamid og colchicin [4]. De publicerede studier med ovenstående

KASUISTIK

1) Kirurgisk Gastroenterologisk Klinik, Abdominalcentret, Rigshospitalet, og
2) Radiologisk Afdeling, Rigshospitalet

FIGUR 1

Computertomografi af venefase viser en velafgrænset proces i mesenteriet med højere densitet end det omgivende fedt. Processen er delvis omgivet af en tynd kapsel (hvide pile). En del af mesenterialkarrene er omgivet af en fedtholdig halo (orange pilehoveder).



behandlinger er kendetegnet ved at være: ikke kontrollerede, med lavt deltagerantal og med blandet behandlingseffekt. Kirurgisk behandling af MP er undersøgt af Akram *et al* [3]. De fandt bedring af symptomerne hos 10% og uændrede eller forværrede symptomer hos 66%. Der er derfor generelt enighed om, at kirurgi kun er indiceret til varetagelse af livstruende komplikationer i det akutte forløb eller som led i diagnostik.

Ved prospektiv undersøgelse af 7.620 abdominale CT'er fandt man forandringer forenelige med MP i 0,6% af tilfældene, fundet af MP var i 91,8% af tilfældene incidentalt [2].

I vores tilfælde blev MP fundet tilfældigt. Grundet sparsomme symptomer og ingen tegn til malign sygdom blev behandlingen afsluttet.

Generelt skal det anføres, at de fleste tilfælde

af MP remitterer spontant [1]. På grund af mulig association til samtidig malign sygdom anbefales yderligere udredning, hvis der er eller opstår symptomer på malign sygdom [3].

KORRESPONDANCE: André Wettergren, Kirurgisk Gastroenterologisk Klinik, Abdominalcentret, Rigshospitalet, 2100 København Ø.
E-mail: andre.wettergren@rh.regionh.dk

ANTAGET: 4. oktober 2010

FØRST PÅ NETTET: 15. november 2010

INTERESSEKONFLIKTER: ingen

LITTERATUR

1. Chawla S, Yalamarathi S, Shaikh IA *et al*. An unusual presentation of sclerosing mesenteritis as pneumoperitoneum: case report with a review of the literature. *World J Gastroenterol* 2009;15:117-20.
2. Gu GL, Wang SL, Wei XM *et al*. Sclerosing mesenteritis as a rare cause of abdominal pain and intraabdominal mass: a cases report and review of the literature. *Cases J* 2008;1:242.
3. Akram S, Pardi DS, Schaffner JA *et al*. Sclerosing mesenteritis: clinical features, treatment, and outcome in ninety-two patients. *Clin Gastroenterol Hepatol* 2007;5:589-96.
4. Issa I, Baydoun H. Mesenteric panniculitis: various presentations and treatment regimens. *World J Gastroenterol* 2009;15:3827-30.

AKADEMISKE AFHANDLINGER

Lars Bjørndal:

Endodontic treatment; reasons, prevention and quality-shaping factors

Disputats

E-MAIL: labj@sund.ku.dk

UDGÅR FRA: Odontologisk Institut, Det Sundhedsvidenskabelige Fakultet, Københavns Universitet.

FORSVARET FINDER STED: den 27. maj 2011, kl. 14.00, Victor Haderup Auditoriet, Panum Institutet, København.

OPPONENTER: Paul M.H. Dummer og Alison Qualtrough.

VEJLEDERE: Erik Dabelsteen.



Trine Borup Andersen:

Estimating renal function in children: a new GFR-model based on serum cystatin C and body cell mass

Ph.d.-afhandling

E-MAIL: tba@rn.dk

UDGÅR FRA: Nuklearmedicinsk Afdeling, Aarhus Universitetshospital, Aalborg Sygehus.

FORSVARET FINDER STED: den 27. maj 2011, kl. 14.00, Auditoriet, Forskningshuset, Aarhus Universitetshospital, Aalborg Sygehus, Aalborg.

BEDØMMERE: Anders Grubb, Sverige, og Emmanuel Durand, Frankrig.

VEJLEDERE: Jørgen Frøkiær, Anni Morsing og Jens Brøchner-Mortensen.



Lara Aygen Özbay:

Diabetogenicity of cyclosporine and tacrolimus

Ph.d.-afhandling

E-MAIL: doc.aygen@gmail.com

UDGÅR FRA: Nyremedicinsk Afdeling C, Aarhus Universitetshospital, Skejby.

FORSVARET FINDER STED: den 27. maj 2011, kl. 14.00, Auditorium B, Aarhus Universitetshospital, Skejby.

BEDØMMERE: Per Bendix Jeppesen, Trond Jenssen, Oslo, og Knud Yderstræde.

VEJLEDERE: Kaj Anker Jørgensen, Niels Møller, Jørgen Rungeby, Claus Juhl og Jan Carstens.



Ulla Kampmann:

Insulin resistance in type 2 diabetic patients with particular reference to vitamin D and severe insulin resistance

Ph.d.-afhandling

E-MAIL: ulla.kampmann@ki.au.dk

UDGÅR FRA: Medicinsk Endokrinologisk Afdeling, Aarhus Universitetshospital, Aarhus Sygehus.

FORSVARET FANDT STED: den 5. maj 2011.

BEDØMMERE: Kim Brixen, Allan Vaag og Lars Rejnmark.

VEJLEDERE: Lotte Ørskov, Niels Møller og Leif Mosekilde.