

Revue scientifique
Faculté de Médecine de Nouakchott
Mauritanie

MAURITANIE MÉDICALE

Cas Cliniques

Syndrome de la pince aorto-mesenterique
Aorto-mesenteric clamp syndrome

Auteurs :
Cheikhna Zahra[1,*], Rihi Meryemi[1], Elgasmi Nabila[1,*], Bellabah Ahmed[1], Tahiri Mohammed[1], Haddad Fouad[1], Wafaa Hliwa[1], Wafaa Badre[1]

Auteur correspondant : Cheikhna F. ZAHRA
Résidente de 3ème année en Hépato-Gastroentérologie
CHU Ibn Rochd Casablanca
Email : zcheikhna02@gmail.com; meryem.rihi1992@gmail.com

Services :
[1] Service de Gastro-entérologie, Ibn Rochd, Casablanca
[*] Résident

Article Info

Soumis : le 18/03/2021
Accepté : le 03/04/2021

Résumé

Introduction :

Le syndrome de la pince aorto-mésentérique ou syndrome de Wilki est une cause rare d'occlusion intestinale haute secondaire à la compression extrinsèque du troisième segment duodénal entre l'artère mésentérique supérieure et le plan aorto-rachidien suite à la disparition du tissu graisseux périvasculaire. Sur le plan clinique, il se caractérise par des vomissements, et des douleurs abdominales post prandiales. Le traitement est médical et en cas d'échec, la chirurgie s'impose.

Observation :

Nous rapportons un cas de syndrome de la pince mésentérique survenue chez une patiente âgée de 58 ans, suivie pour maladie de Crohn, et également pour cardiopathie rhumatismale, consultant pour des vomissements aigue associés à une douleur abdominale et chez qui l'endoscopie digestive haute a mis en évidence une importante stase gastrique et duodénale et le scanner abdominal injecté a retrouvé une sténose de D3 avec un espace aorto-mésentérique réduit en rapport avec un syndrome de la pince Aorto-mésentérique. La prise en charge a consisté en un traitement médical.

Conclusion :

Le syndrome de la pince aorto-mésentérique est rare et souvent méconnu, son diagnostic repose sur des arguments cliniques et radiologique. Le traitement est médical, mais en cas d'échec le traitement chirurgical s'impose.

Mots clés : Ksyndrome de la pince aorto-mésentérique • obstruction duodénale • vomissement aigue • traitement médical

Abstract

Introduction :

Aorto-mesenteric clamp syndrome or Wilki's syndrome is a rare cause of upper intestinal occlusion secondary to extrinsic compression of the third duodenal segment

between the superior mesenteric artery and the aorto-spinal plane following the disappearance of perivascular fatty tissue. Clinically, it is characterized by vomiting and post prandial abdominal pain. The treatment is medical and in case of failure, surgery is required.

case report :

We report a case of mesenteric clamp syndrome in a 58 year old patient, followed up for Crohn's disease, and also for rheumatic heart disease, who consulted for acute vomiting associated with abdominal pain and in whom upper GI endoscopy revealed significant gastric and duodenal stasis and the injected abdominal CT scan found a D3 stenosis with reduced aorto-mesenteric space related to an Aorto-mesenteric clamp syndrome. Management consisted of medical treatment.

Conclusion :

Aorto-mesenteric clamp syndrome is rare and often unknown, its diagnosis is based on clinical and radiological arguments. The treatment is medical, but in case of failure, surgery is necessary.

Key words : aorto-mesenteric clamp syndrome • duodenal obstruction • acute vomiting • medical treatment

Introduction :

Le syndrome de la pince aorto-mésentérique se définit comme une compression extrinsèque de la troisième portion du duodénum entre l'artère mésentérique supérieure et l'aorte en rapport avec la réduction de l'angle entre ces deux structures suite à la perte du tissu graisseux [1], la symptomatologie est le plus souvent faite de vomissements post prandiaux, des nausées et un tableau de dénutrition sévère. Le traitement est le plus souvent médical. Le recours à la chirurgie est réservé aux cas d'échec du traitement médical [2].

L'originalité de cette observation réside dans l'association de ce syndrome à une maladie inflammatoire chronique de l'intestin (MICI) type maladie de Crohn.

Observation :

Il s'agit d'une patiente âgée de 58 ans, suivie depuis 1999 pour une maladie de Crohn colique mise initialement sous Mésalazine, l'évolution à été marquée par une alternance de poussé et rémission, devant une poussé sévère elle à été mis sous corticothérapie plein dose puis dégression et Azathioprine avec une bonne observance thérapeutique et rémission complète, suivie également pour une cardiopathie rhumatismale depuis 2000 ayant bénéficié d'un remplacement valvulaire mitrale avec plastie tricuspidienne sous diurétique, bétabloquant, et anticoagulants, opérée en 2003 pour un kyste ovarien gauche et en 2018 pour une occlusion intestinale sur bride pour laquelle elle a bénéficié d'une résection iléale de 10 cm à 20 cm de la jonction iléo-caecale avec anastomose iléo-iléale. Les suites post opératoires ont été marquées par la survenue d'hématomes pelviens et pariétaux gauches après réintroduction des anticoagulants.

Elle a été admise le 07 janvier 2019 dans notre service pour des vomissements aigus associés à une douleur abdominale. L'examen à l'admission a retrouvé une tension artérielle à 10/6 cmHg, une tachycardie à 140 Batt/min et des signes de dénutrition : fente du panicule adipeux, fente musculaire des membres, des golfes temporaux et au dessus des arcades zygomatiques. L'IMC était à 18.

L'examen abdominal a objectivé une sensibilité épigastrique avec un clapotage à jeun, une hépatomégalie douloureuse avec un reflux hépato-jugulaire et un souffle au foyer tricuspidien et mitral. Au bilan biologique, elle présentait une hyponatrémie à 129 mmol/l, l'urée à 1,70 g/l, une créatinine à 20,9 mg/l. La FOGD a objectivé un estomac de stase gênant l'exploration. La radiographie de l'abdomen sans préparation a objectivé des niveaux hydro-aériques (Figure 1), le complément scannographique a posé le diagnostic d'un syndrome de la pince aorto-mésentérique avec un angle entre l'aorte et l'artère mésentérique supérieure mesuré à 16° (Figure 2), un

estomac de stase (Figure 3A), une dilatation duodénale en amont et un niveau transitionnel en regard de D3 (Figure 3B).



Figure 1 : Radiographie de l'abdomen note la présence des niveaux hydro-aériques correspondent à l'obstruction duodénale.



Figure 2 : TDM Abdominale : Angle aorto-mésentérique mesuré à 16°.

Un électrocardiogramme a été réalié qui avait montrer un bloc de branche droit avec trouble de la rèpolarisation. Une échographie cardiaque objectivant un bon fonctionnement de la prothèse mitrale, une insuffisance aortique modérée, insuffisance tricupidien laminaire avec dilatation des cavités droites et bon fonction systolique ventriculaire gauche avec une fraction d'éjection ventriculaire gauche à 74 %. Un traitement médical a été instauré : une sonde naso-gastrique, une alimentation parentérale avec correction des troubles hydro-électrolytiques et le maintien d'une position latérale gauche. A J4 de son admission, la patiente ne rapportait plus de vomissements et la sonde ne ramenait plus de suc gastrique. L'immunosuppresseur (Azathioprine) et le traitement de sa cardiopathie (Bétabloquant, duretique, anticogulant) ont été maintenus.



Figure 3A : Stase gastrique .

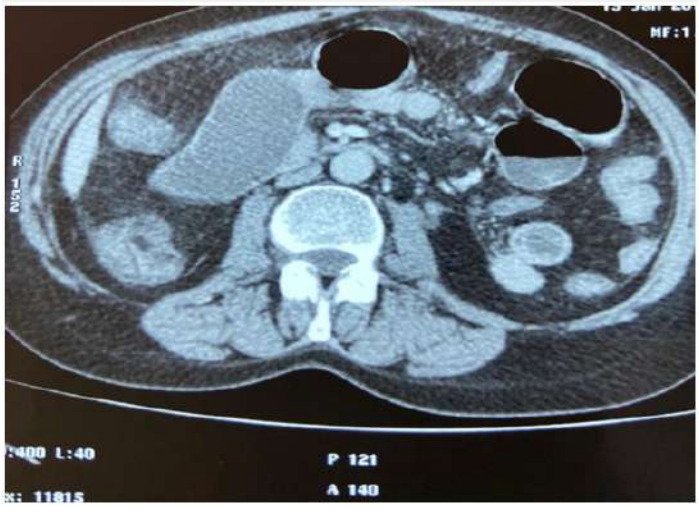


Figure 3B : Obstruction duodénale.

Discussion :

Le syndrome de la pince aorto-mésentérique (SPAM) a été décrit pour la première fois en 1842 par Rokitansky puis a été étudié en détail par Wilki en 1921 [2], Il s'agit d'une entité rare, survenant préférentiellement chez des patients jeunes âgés de 17 à 39 ans de sexe féminin [3,4]. Sa prévalence est de 0,013 % à 0,78 % provoquée par une compression extrinsèque de la troisième portion du duodénum par l´artère mésentérique supérieure ou l´une de ses branches contre le plan aorto-rachidien. Cette obstruction peut être partielle ou complète, aiguë ou chronique, congénitale ou acquise [5].

Les facteurs favorisants pour la survenue de cette pathologie sont le plus souvent : l´amaigrissement rapide (anorexie mentale presque dans la moitié des cas [4] entrainant une diminution de l´épaisseur du tissu adipeux au niveau de l´espace aorto-mésentérique; la correction d´une scoliose, une hyperlordose rachidienne, une infirmité motrice cérébrale et des anomalies anatomiques tels qu´un ligament de Treitz hypertrophié ou anormalement court attirant la troisième portion duodénale vers le sommet de l´angle duodénojéjunal et favorisant ainsi la compression du segment digestif par l´artère mésentérique supérieure [4,5,6]. Néanmoins, 40,4 % des cas surviennent sans facteur déclenchant évident [5]. Chez notre malade l'amaigrissement était du à sa maladie de Crohn associé à une anorexie mentale.

Le SPAM se manifeste par un tableau d'occlusion haute aigue duodénale, avec des vomissements post prandiaux précoces, des douleurs abdominales et une satiété précoce. Dans d'autres cas, la symptomatologie est plutôt chronique avec un tableau de dyspepsie motrice [7].

Les progrès de l'imagerie permettent de poser le diagnostic. La radiographie standard confirme l'obstruction haute, et la TDM calcule l'angle entre l'AMS et l'aorte qui est réduit de 7° à 22°, alors qu'il est compris normalement entre 25° et 60°. La distance aorto-mésentérique est réduite aussi et mesure entre 2 et 8 mm, alors que la distance normale est de 10 à 28 mm [2,8], chez notre patiente l'angle entre l'AMS et l'aorte calculé sur les images de la TDM était de 16°.

La prise en charge thérapeutique est initialement médicale visant à soulager les symptômes de l'obstruction, compenser les désordres hydro-électrolytiques et instaurer une alimentation double hypercalorique entérale par une sonde naso-jéjunale et par voie parentérale. La supplémentation nutritionnelle permet de gagner du poids et de restaurer le tissu adipeux aorto-mésentérique qui chez l'individu normal, déplace l'artère mésentérique supérieur en avant de l'aorte évitant ainsi la compression duodénale [2, 9,10]. L'échec du traitement médical est prononcé devant l'absence d'amélioration des symptômes. Le traitement doit être maintenu entre 2 à 12 jours en moyenne ; un délai plus prolongé était proposé aux enfants [11].

Un recours à la chirurgie est justifié en cas d'échec du traitement médical. L'anastomose duodénojéjunale ou gastro-jéjunale reste l'intervention de choix chez l'adulte [12,13,14].

Conclusion :

Le syndrome de la pince aorto-mésentérique est rare et souvent méconnu, son diagnostic repose sur l'exploration radiologique d'un tableau d'occlusion haute. Le traitement est le plus souvent médical mais en cas d'échec le traitement chirurgical s'impose.

Conflit d'intérêt

Absence de conflit d'intérêt

Contribution des auteurs et accords

Je confirme que tous les auteurs du manuscrit ont lu et ont été d'accord sur son contenu et que le matériel reproductible décrit dans le manuscrit serait librement à la disposition de tous les scientifiques souhaitant l'employer pour des buts non commerciaux.

Références

[1] Chehab F, Hajji I, Haimoud N, Lakhloufi A, Khaiz D, Bouzidi A. Le syndrome de la pince mésentérique chez l'adulte. Ann Chir 2001; 126: 808-21.

[2] Welsch T, Büchler MW, Kienle P. Recalling Superior Mesenteric Artery Syndrome. Digestive Surgery. 2007;24(3): 149–56. [PubMed] [Google Scholar]

[3] Michael L. Lorentziadis Athens. Wilke's syndrome. A rare cause of duodenal obstruction. Medical Ann Gastroenterol2011 ;24 (1) :59-61.

[4] Kalouche I, Leturgie C, Tronc F, Bokobza B, Michot F, Pons P. Le syndrome de la pince mésentérique. A propos d'une observation et revue de la littérature. Ann Chir 1991 ; 45 : 609- 62

[5] Saad Andaloussi1, &, Abdelhalim Mahmoudi1, Khalid Khattala1 Youssef Bouabdallah .Le syndrome de la pince aorto-mésentérique : une cause rare d'obstruction duodénale : service de Chirurgie Pédiatrique, CHU Hassan II, Université Sidi Mohamed Ben Abdellah, Fès.

[6] Bonnet J, Louis D, Foray P. La pince aortomésentérique supérieure primitive. Arch Pédiatrie. 1995;2(4):3333-38

[7] Roy A, Gisel JJ, Roy V, et al. Superior Mesenteric Artery (Wilkie's) Syndrome as a Result of Cardiac Cachexia. Journal of General Internal Medicine. 2005;20(10):958–958. [Article PMC gratuit] [PubMed] [Google Scholar

[8] AnisseTidjane, Benali Tabeti . Le syndrome de la pince mésentérique il faut y penser. DOI : 10.11604/pamj. 2014.17.47.3879

[9] Karren Frederick Merrill. Superior Mesenteric Artery Syndrome Treatment &Management.Published Online First: 4 September 2012.http://emedicine.medscape.com/ article/ 932220-treatment. Accessed18Jan2014

[10] Chrysikos D, Troupis T, Tsiaoussis J, Sgantzos M, Bonatsos V, Karampelias V et al. Superior mesenteric artery syndrome: a rare case of upper gastrointestinal obstruction. J Surg Case Rep. 2019;2019(3): rjz054. PubMed | Google Scholar

[11] Shin MS, Kim JY. Optimal Duration of Medical Treatment in Superior Mesenteric Artery Syndrome in Children. J Korean Med Sci. 2013;28(8):1220–5. [Article PMC gratuit] [PubMed] [Google Scholar]

[12] M. Kadji, A. Naouri, P. Bernard. Syndrome de la pince aortomésentérique : à propos d'un cas. Annales de chirurgie 131 (2006) 389–392

[13] Mandarry MT, Zhao L, Zhang C, Wei ZQ. A comprehensive review of superior mesenteric artery syndrome. Eur Surg. 2010;42(5):229-236. Google Scholar

[14] Ganss A, Rampado S, Savarino E, Bardini R. Superior Mesenteric Artery Syndrome: A Prospective Study in a Single Institution. J GastrointestSurgOff J SocSurg Aliment Tract. 2019;23(5):997-1005. PubMed | Google Scholar.