

Syndrome de la pince aorto-mésentérique

H. Seddik¹, S. Ouahou¹, F. Rouibaa¹, M.T. Tajdine² et A. Benkirane¹

Services ¹d'Hépatogastroentérologie II et ²de Chirurgie viscérale II, Hôpital Militaire d'Instruction Med V, Rabat, Maroc

OBSERVATION

Un patient de 30 ans, sans antécédents pathologiques notables, est admis dans le service des urgences avec un tableau d'occlusion intestinale. Le début de la symptomatologie remonte à 1 mois avec l'installation progressive de vomissements alimentaires postprandiaux tardifs et de douleurs abdominales diffuses suivis d'un arrêt des matières 1 semaine avant son hospitalisation. L'examen clinique démontre une dégradation de l'état général, un abdomen sensible et distendu, des orifices herniaires libres, un indice de masse corporelle de 21 kg/m². L'abdomen sans préparation, réalisé en urgence, a mis en évidence des niveaux hydro-aériques de types grêle et colique. Une TDM abdominale (figure 1) a montré une distension diffuse des segments aussi bien grêle que colique sans obstacle visible. Le bilan biologique a objectivé une hypokaliémie sévère à 2,1 Meq/l. Devant ce syndrome occlusif, une laparotomie exploratrice a été réalisée mais aucun obstacle n'a pu être trouvé et une iléostomie de décharge a été réalisée. L'évolution a été marquée par la persistance des vomissements postprandiaux tardifs. Une fibroscopie œso-gastroduodénale a objectivé un estomac de stase avec dilatation duodénale diffuse s'étendant jusqu'au 3^{ème} duodénum (D3). Le bilan d'imagerie a été complété par une entéro-IRM qui a mis en évidence une dilatation

duodénale en amont d'une sténose très serrée du D3. Cette sténose était localisée dans l'espace limité par l'artère mésentérique supérieure et le plan aorto-rachidien (figure 2) qui ne dépassait pas les 3 mm. Le diagnostic de syndrome de la pince aorto-mésentérique a donc été retenu et le patient a bénéficié d'une gastro-entéro-anastomose avec fermeture de l'ancienne stomie après rétablissement de la continuité digestive. Les suites opératoires ont été simples, et l'évolution a été marquée par la disparition des symptômes et aucune récurrence n'a été notée avec un recul de 9 mois.

DISCUSSION

Le syndrome de la pince aorto-mésentérique (SPAM) se définit par une compression extrinsèque du troisième segment duodénal entre l'artère mésentérique supérieure et le plan aorto-rachidien. Il a été décrit pour la première fois par Von Rokitansky en 1861. Longtemps controversée, aujourd'hui cette pathologie est bien reconnue. Le tableau clinique peut être aigu ou chronique. Sa physiopathologie est liée à un espace inter aorto-mésentérique réduit, inférieur à 8 mm à hauteur de D3 avec un angle aorto-mésentérique inférieur à 20°. Dans les conditions normales, l'épaisseur du tissu adipeux protège le duodénum d'une compression vasculaire. Plusieurs facteurs favorisants ont été décrits^{2,3} comme un amaigrissement rapide (anorexie mentale) ou une dénutrition importante, des situations d'hypercatabolisme (polytraumatisés, brûlés),



Figure 1 : Tomodensitométrie abdominale en coupe transversale montrant une distension diffuse des segments aussi bien grêle que colique sans obstacle visible.



Figure 2 : Entéro-IRM montrant une dilatation duodénale en amont d'une sténose très serrée du 3^{ème} duodénum entre l'artère mésentérique supérieure et l'aorte abdominale.

une hypertrophie ou un ligament de Treitz court, un traumatisme ou une chirurgie du rachis, une maladie de système, une hyperlordose ou une infirmité motrice cérébrale. Un cercle vicieux peut s'installer, causé par les vomissements, conduisant à l'arrêt de l'alimentation et favorisant l'amaigrissement. Parfois, aucune cause évidente n'est retrouvée comme ce fut le cas dans notre observation. Dans sa forme chronique, le SPAM se présente sous forme de douleurs et de vomissements postprandiaux tardifs avec sensation de plénitude gastrique. Le tableau aigu est celui d'une occlusion digestive haute avec ses complications possibles comme des désordres hydro-électrolytiques². Chez notre patient, une hypokaliémie sévère était présente. Celle-ci était très probablement la cause d'un iléus paralytique avec atonie et dilatation aussi bien grêle que colique, ce qui a rendu le tableau clinique trompeur. Dans les cas habituels, le diagnostic est basé sur l'angio-scanner qui peut être couplé ou non à une ingestion d'eau (ou de produit de contraste iodé). Il montre une dilatation localisée intéressant les segments gastrique et duodénaux situés en amont de la pince aorto-mésentérique. Il permet de mesurer avec précision l'espace et l'angle aorto-mésentérique¹. Chez notre patient, le diagnostic a pu être obtenu par l'entéro-IRM en visualisant sur la même séquence les structures aussi bien vasculaires (pince aorto-mésentérique) que digestives (D3). Le transit gastroduodéal peut montrer des signes indirects comme une dilatation duodénale avec arrêt linéaire du produit de contraste au niveau de D3. L'échographie abdominale permet de mesurer la distance aorto-mésentérique mais la présence d'un iléus associé constitue une limite à cet examen. Le traitement de première intention est médical comprenant la correction d'éventuels facteurs favorisants, la mise en place d'une sonde naso-gastrique avec aspiration douce en phase aiguë, réhydratation et correction des troubles hydro-électrolytiques, alimentation entérale (par sonde jéjunale lestée) ou parentérale en cas d'échec de la voie entérale. Le traitement médical n'est efficace que dans 30 à 50 % des cas et la chirurgie est réservée aux échecs de ce traitement. L'intervention la plus

courante est une duodéno-jéjunostomie latéro-latérale (entre le duodénum et la première anse jéjunale) qui peut être réalisée par voie coelioscopique³. D'autres alternatives peuvent être adoptées, à savoir une gastro-entéro-anastomose, la section du ligament de Treitz avec abaissement du 4^{ème} duodénum (intervention de Strong), la translation rétromésentérique du duodéno-jéjunum.

CONCLUSION

Le syndrome de la pince mésentérique est une entité rare, parfois méconnue. Le retard de la prise en charge peut faire errer le diagnostic et avoir des conséquences dramatiques. Le scanner abdominal injecté est un examen simple et performant pour en faire le diagnostic. Le traitement de première intention est médical. La chirurgie n'est à envisager qu'en cas d'échec du traitement médical.

BIBLIOGRAPHIE

1. Raman SP, Neyman EG, Horton KM, Eckhauser FE, Fishman EK : Superior mesenteric artery syndrome : spectrum of CT findings with multiplanar reconstructions and 3-D imaging. *Abdom Imaging* 2012. Epub ahead of print
2. Beltrán OD, Martínez AV, Manrique Mdel C, Rodríguez JS, Febres EL, Peña SR : Superior mesenteric artery syndrome in a patient with Charcot Marie Tooth disease. *World J Gastrointest Surg* 2011 ; 3 : 197-200
3. Fraser JD, St Peter SD, Hughes JH, Swain JM : Laparoscopic Duodenojejunostomy for Superior Mesenteric Artery Syndrome. *JLS* 2009 ; 13 : 254-9

Correspondance et tirés à part :

H. SEDDIK
Hôpital Militaire d'Instruction Med V
Service d'Hépatogastroentérologie II
Rabat, Maroc
E-mail : seddikhassan@yahoo.fr

Travail reçu le 11 avril 2012 ; accepté dans sa version définitive le 5 octobre 2012.