

## Le Syndrome De La Pince Aorto-Mésentérique: À Propos D'un Cas Superior Mesenteric Artery Syndrome: Case Report

Elfarouki A\*, Lkousse MA, Elatmani J, Ismail Y, Aiterrami A, Oubaha S, Z. Samlani, K. Krati

Hôpital Arrazi, CHU Mohammed VI, Marrakesh, Morocco

DOI: [10.36347/sjmcrr.2019.v07i08.028](https://doi.org/10.36347/sjmcrr.2019.v07i08.028)

Received: 19.08.2019 | Accepted: 26.08.2019 | Published: 30.08.2019

\*Corresponding author: A. Elfarouki

### Abstract

### Case Report

**Introduction:** The mesenteric artery syndrome is defined by the extrinsic compression of the third portion of the duodenum between the superior mesenteric artery and aorta. It is a rare entity; fist treatment is medical, but frequently surgery is required. **Observation:** We report the case of a 20-year old patient, with five months of continuous epigastric pain. Upper gastrointestinal endoscopy showed a large gastric and duodenal stasis and upper gastrointestinal barium found a D3 stenosis related to a mesenteric artery syndrome. The management consisted of surgical treatment after failure of medical treatment with a favorable outcome. **Conclusion:** The mesenteric artery syndrome is a rare and benign disorder. Medical treatment is tried fist but surgery is common.

**Keywords:** Superior mesenteric artery syndrome; chronic vomiting; Gastro-entero-anastomosis.

**Copyright @ 2019:** This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution license which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium for non-commercial use (NonCommercial, or CC-BY-NC) provided the original author and source are credited.

### INTRODUCTION

Le syndrome de la pince aorto-mésentérique « SPAM » ou syndrome de Wilkie est la résultante d'une compression du troisième duodénum par une pince vasculaire formée par l'artère mésentérique supérieure et l'aorte après disparition du tissu graisseux périsvasculaire [1-4]. Il s'agit d'un syndrome rare pouvant se présenter sous une forme aiguë ou chronique. Il existe des facteurs favorisants à connaître pour pouvoir le diagnostiquer. Son traitement est en premier lieu médical mais le recours à la chirurgie peut s'avérer indispensable.

### Patient ET Observation

Patiente âgée de 20 ans, sans antécédent particulier, admise à l'hôpital pour bilan d'épigastralgies évoluant depuis cinq mois, compliquées de vomissements alimentaires, survenant préférentiellement le matin au lever, avec un amaigrissement très important selon la famille mais non chiffré. La patiente en assez bon état général, pesait 42 kg pour 1,70 m, sans signe de déshydratation. L'examen de l'abdomen trouvait un clapotage à jeun. Le bilan biologique de retentissement n'a pas révélé de troubles ioniques ni d'insuffisance rénale ni signes de dénutrition. La fibroscopie montrait une stase gastrique et duodénale un aspect de pangastrite érythémateuse et atrophique, une sténose duodénale au niveau du D3. Les biopsies gastriques concluaient à une gastrite chronique

atrophique modérée avec présence d'*Helicobacter pylori*. Le TOGD objectivait un estomac de stase, et une sténose de D3 courte, de 1 cm, évoquant un syndrome de la pince mésentérique (figure 1).

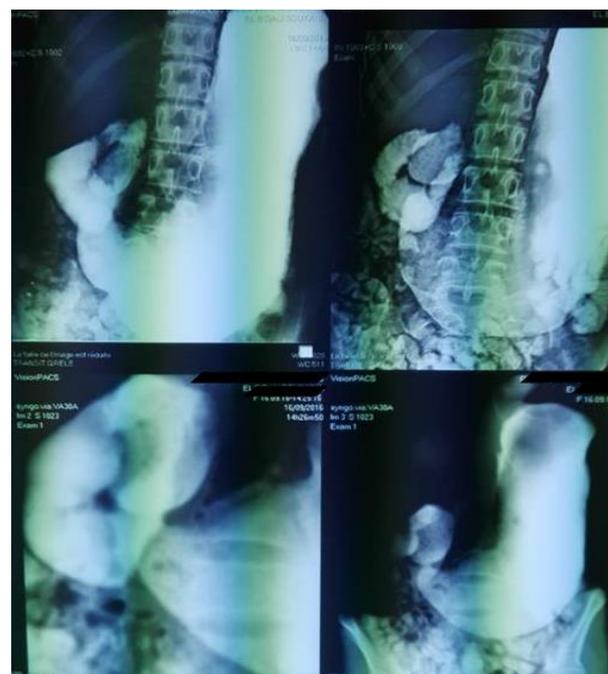


Fig-1: TOGD: stase gastrique et duodénale en amont d'une sténose duodénale régulière évoquant un SPAM

La prise en charge a consisté en un traitement médical à base de traitement postural en décubitus latéral gauche et de renutrition par voie orale puis parentérale pendant 5 jours. En raison de la non-amélioration sous traitement médical, une intervention chirurgicale a été décidée. L'exploration chirurgicale montrait une compression évidente de D3 par la pince aortomésentérique et un estomac de stase (figure-2). Une dérivation chirurgicale (gastroentéro-anastomose) a été réalisée sans incident. L'alimentation a été reprise à J3 du postopératoire ; la patiente est sortie à J5 avec des suites postopératoires simples et une amélioration clinique avec un recul de 2 mois.



**Fig-2:** Image préopératoire montrant la compression de la troisième portion du duodénum par l'artère mésentérique supérieure

## DISCUSSION

Le SPAM a été décrit pour la première fois en 1842 par Carl Von Rokitansky. En 1927 Wilkie a publié la première série de 75 patients, depuis ce syndrome porte son nom [1]. Ce syndrome résulte de la compression du duodénum par l'AMS. A l'état normal, le duodénum est protégé par le tissu graisseux périsvasculaire, et c'est à l'occasion d'un amaigrissement rapide (souvent provoqué par la décompensation d'une tare pré existante) que le SPAM survient [2,4].

Sa physiopathologie est liée à une distance aorte-artère mésentérique réduite, inférieure à 8 mm à la hauteur de D3 associée à un angle aorto-mésentérique ainsi devenu inférieur à 20°. Certains facteurs favorisants ont été décrits dans la littérature, notamment

- un amaigrissement rapide entraînant la fonte de la graisse mésentérique;
- des déformations rachidiennes (une hyperlordose rachidienne, un traumatisme ou chirurgie du rachis, la correction d'une scoliose);
- des anomalies anatomiques (brèveté ou hypertrophie du ligament de Treitz, une origine

basse de l'artère mésentérique supérieure sur l'aorte);

- certaines maladies de systèmes (sclérodermie),
- une intervention sur l'aorte;
- une infirmité motrice cérébrale;
- la présence d'adénopathie mésentérique;
- un anévrisme de l'aorte abdominale;

Une anastomose iléo-anale, à côté d'un facteur génétique qui a été incriminé récemment après la description d'un syndrome de la pince mésentérique chez des membres de la même famille [5-8]. Le diagnostic du syndrome de la pince mésentérique est confirmé radiologiquement grâce au transit baryté qui montre [1, 2]: une stase et une dilatation de l'estomac, de D1, D2 et D3 ; une image d'arrêt linéaire oblique en bas et à droite sur le 3<sup>e</sup> duodénum qui correspond au niveau du passage de l'artère mésentérique supérieure ; un retard de l'évacuation gastrique; l'opacification du jéjunum est obtenue en mettant le malade en décubitus latéral gauche ou en position ventrale. Certains auteurs préfèrent la duodéno-graphie hypotonique au transit baryté classique [5].

Le traitement de la SPAM est d'abord médical, et consiste en la mise en place d'une sonde nasogastrique pour provoquer une décompression de l'estomac et du duodénum, mettre le patient en exposition latérale gauche, et surtout compenser les désordres hydro électrolytiques et instaurer une alimentation hypercalorique double, entérale par une sonde naso-jéjunale et parentérale [1-3]. Le succès dans ce cas avoisine les 72% mais avec des récurrences de l'ordre de 30% [9]. L'échec du traitement médical est prononcé devant l'absence d'amélioration des symptômes. Aucun délai n'est retenu pour parler d'échec, cependant le traitement doit être maintenu entre 2 et 12 jours, bien qu'un traitement qui a duré 169 jours avec succès a été rapporté chez un enfant [1, 9].

Pour le traitement chirurgical, plusieurs techniques ont été proposées. L'intervention de Strong qui consiste en une section du ligament de Treitz avec abaissement de D4 a été proposée chez l'enfant mais elle comporte un taux de récurrence de 20 % [3]. La dérivation intestinale avec création d'un mésentère commun est une technique qui paraît séduisante mais elle comporte un risque non négligeable d'occlusion postopératoire sur bride [1]. L'anastomose duodéno-jéjunale ou gastrojéjunale reste l'intervention de choix chez l'adulte

## CONCLUSION

Le syndrome de la pince mésentérique est une affection rare et bénigne qui peut avoir des conséquences graves si la prise en charge est faite tardivement. Le traitement est médical en premier lieu mais le recours à la chirurgie est fréquent.

**REFERENCE**

1. Welsch T, Büchler MW, Kienle P. Recallingn. Superior Mesenteric Artery Syndrome. *Digestive Surgery*. 2007;24(3):149-56. PubMed
2. Roy A, Gisel JJ, Roy V, Bouras EP. Superior mesenteric artery (Wilkie's) syndrome as a result of cardiac cachexia. *Journal of general internal medicine*. 2005 Oct 1;20(10):C3-4.
3. Karren frederick merrill. Superior Mesenteric Artery Syndrome Treatment & Management. Published Online First: 4September.2012.<http://emedicine.medscape.com/article/932220-treatment>. Accessed 18 Jan2014
4. Bauer S, Karplus R, Belsky V, Mha HA. Superior mesenteric artery syndrome: a forgotten entity. *The Israel Medical Association journal: IMAJ*. 2013 Apr;15(4):189.
5. Loeb T, Loubert G, Morsly R, Gabillet JM, Pasteyer J. Syndrome de l'artère mésentérique supérieure. In *Annales francaises d'anesthesie et de reanimation*. 1999;18(9):1000-1004. Elsevier Masson.
6. Welsch T, Büchler MW, Kienle P. Recalling superior mesenteric artery syndrome. *Digestive surgery*. 2007;24(3):149-56.
7. Gersin KS, Heniford BT. Laparoscopic duodenojejunostomy for treatment of superior mesenteric artery syndrome. *JSLs: Journal of the Society of Laparoendoscopic Surgeons*. 1998 Jul;2(3):281.
8. Ortiz C, Cleveland RH, Blickman JG, Jaramillo D, Kim SH. Familial superior mesenteric artery syndrome. *Pediatric radiology*. 1990 Oct 1;20(8):588-9.
9. Shin MS, Kim JY. Optimal duration of medical treatment in superior mesenteric artery syndrome in children. *Journal of Korean Medical Science*. 2013 Aug 1;28(8):1220-5.