

TABAGISME MASSIF ET SYNDROME DE LA PINCE AORTO-MÉSENTÉRIQUE : À PROPOS D'UN CAS

H. Hamdi, S. Belhoul

Service de chirurgie viscérale, Centre Hospitalo-Universitaire
Saâdna Mouhamed Abdenour -Sétif-

ABSTRACT

Introduction : la découverte d'un syndrome de la pince aortomésentérique (SPAM) ou syndrome de Wilkie cliniquement parlant est très rare, avec un faisceau d'arguments pour établir l'agent causal, l'amaigrissement rapide est considéré comme une explication valable pour la présence de cette pathologie, un lien de cause à effet entre le tabagisme et le syndrome de Wilkie n'est pas encore établi et peu d'études ont ciblé la présente question.

Objectifs : ce cas clinique a pour but de poser la question de présence d'un lien de causalité pour ce patient entre le tabagisme et sa pathologie.

Observation clinique : C'est un patient de sexe masculin, âgé de 41 ans aux antécédents de maladie ulcéreuse de l'estomac, gros fumeur de 30 paquets/année, qui a présenté une occlusion digestive haute sur compression extrinsèque duodénale avec stase gastrique, après investigations, la cause de cette dernière était un syndrome de Wilkie. Le patient a été hospitalisé pour correction des troubles hydroélectrolytiques sévères dues aux vomissements, puis opéré après préparation où une jéjunoduodénostomie a été réalisée, avec bonne évolution à court terme et reprise de transit à j4 post-opératoire.

Conclusion : le syndrome de Wilkie est une pathologie rare et peut engendrer le pronostic vital, avec un traitement basé surtout sur le volet médical et dans certains cas la chirurgie, cette dernière n'est pas simple avec de considérables conséquences et complications, la lutte contre le tabagisme peut éliminer un facteur majeur de l'évolution de cette pathologie.

Mots clés : syndrome de Wilkie, pince aorto-mésentérique, occlusion digestive, anastomoses digestives, tabagisme.

SUMMARY

Introduction: the discovery of aortomesenteric clamp syndrome (SPAM) or Wilkie syndrome clinically speaking is very rare, with a host of arguments to establish the causal agent, rapid weight loss is considered a valid explanation for the presence of this pathology, a causal link between smoking and Wilkie syndrome has not yet been established and few studies have targeted this question.

Objectives: this clinical case aims to raise the question of the presence of a causal link for this patient between smoking and his pathology.

Clinical observation: This is a male patient, aged 41 years old with a history of ulcerative stomach disease, heavy smoker of 30 packs/year, who presented an upper digestive obstruction due to extrinsic duodenal compression with gastric stasis, after investigations the cause of the latter was Wilkie syndrome. The patient was hospitalized for correction of severe hydroelectrolyte disorders due to vomiting, then operated after preparation where a jejunoduodenostomy was performed, with good short-term progress and resumption of transit on postoperative day 4.

Conclusion: Wilkie syndrome is a rare pathology and can be life-threatening, with treatment based mainly on the medical aspect and in certain cases surgery, the latter is not simple with considerable consequences and complications, the fight against smoking can eliminate a major factor in the progression of this pathology.

Keywords : Wilkie's syndrome, Superior mesenteric artery syndrome, bowel obstruction, intestinal anastomosis, smoking.

INTRODUCTION

Le syndrome de la pince aorto-mésentérique ou syndrome de Wilkie¹ est une pathologie rare due à la 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 disparition du tissu graisseux périvasculaire, dont les états de dénutrition avancés en sont souvent la cause.

Le fait de fumer augmente le métabolisme basal², et un fumeur fait en général toujours 2 à 3 kilos de moins que son poids de base. L'action de la nicotine a effectivement pour conséquence que les fumeurs brûlent plus de calories que les non-fumeurs, une accentuation aiguë de la fréquence de fumer est cause de perte rapide du poids, faisant le cas d'engendrer cette pathologie avec un long parcours médical et parfois chirurgical long et astreignant.

La symptomatologie est non spécifique. Le traitement est tout d'abord médical, la longue évolution de la pathologie sans implication réelle du malade lui-même dans la prise en charge fait la cause principale d'échec et impose le recours à la chirurgie.

OBSERVATION CLINIQUE

C'est un patient de 41 ans de sexe masculin, aux antécédents de maladie ulcéreuse de l'estomac, gros fumeur de 30pqt/année, avec un long parcours médical qui remonte à 20 ans au paravent.

Les premiers symptômes de la pathologie apparaissent en 2012 avec une longue évolution et plusieurs admissions dans des services médicaux, des vomissements post-prandiaux précoces, des douleurs épigastriques en l'absence d'alimentation, la mauvaise observance du traitement a mené à une évolution défavorable et l'apparition de nouveaux symptômes, un clapotage gastrique, vomissements alimentaires post prandiaux tardives, et amaigrissement profond, des troubles hydroélectrolytiques sévères et des crampes musculaires. Le patient a bénéficié de multiples fibroscopies digestives hautes et des TDM abdomino-pelvien revenant en faveur d'un syndrome de Wilkie.

Le Patient a été admis au niveau du service de chirurgie viscérale de CHU de Sétif le 03/05/2021, avec un BMI calculé à 17 sur un poids de 43 kg, le malade était cliniquement parlant avec un tableau d'occlusion digestive haute, une déshydratation mixte et des vomissements incoercibles, un syndrome biologique fait d'anémie microcytaire hypochrome à 10,6 g/dl hyponatrémie à 119 meq/L et hypokaliémie à 2,6 meq/L, hypoalbuminémie à 35,9 g/L,

Un transit œsogastroduodénal (TOGD) a été réalisé (Fig. 1 – Fig. 2) décrivait un aspect d'estomac de stase sur compression d'allure extrinsèque de la région bulbaire, et une FOGD

objectivait une maladie ulcéreuse chronique et évolutive du bulbe qui reste perméable avec des biopsies non spécifiques et présence d'*Helicobacter pylori*.

La dernière TDM réalisée (Fig. 3 – Fig. 4) a révélé une distension gastrique et des deux premières portions duodénales en amont d'une sténose du 3^e duodénum au niveau du son passage dans la pince aorto-mésentérique estimée à 6,5 mm de distance et à 21° d'angle entre les deux structures confirmant le diagnostic.

Le patient a bénéficié d'une prise en charge médicale urgente avec correction des troubles biologiques et alimentation parentérale, préparation psychologique et consultation d'arrêt du tabac, puis un geste chirurgical a été réalisé à J13 d'hospitalisation. Il consistait en une duodénojéjunostomie par laparotomie (Fig. 5), entre la 4^e anse jéjunale et le deuxième angle du cadre duodénal.

Ablation des drainages à J3 postopératoire et reprise de transit à J4. Le patient a été mis sortant à J6 et vu au premier contrôle au 10^e jour post-hospitalisation avec évolution satisfaisante (Fig. 1).

DISCUSSION

Décrit pour la première fois par Rokitansky en 1861 puis étudié en détail par Wilkie en 1921, le syndrome de la pince aortomésentérique est une cause rare d'obstruction duodénale associée à un large éventail de facteurs prédisposant à des conséquences délétères. Il est provoqué 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, donc deux plans durs qui écrase le duodénum. Cette obstruction peut être partielle ou complète, aiguë ou chronique, congénitale ou acquise. La prévalence du syndrome de la pince aorto-mésentérique varie entre 0,013 % et 0,78 % [6]. Il

survient préférentiellement chez les patients jeunes de sexe féminin. Aucune prédisposition raciale et ethnique n'a encore été identifiée.

Les facteurs favorisant la survenue de cette pathologie sont le plus souvent : l'amaigrissement rapide entraînant une diminution de l'épaisseur du tissu adipeux au niveau de l'espace aorto-mésentérique, la correction d'une scoliose (chirurgie orthofixante du rachis), une hyperlordose rachidienne, une infirmité motrice cérébrale et certaines anomalies anatomiques. Néanmoins, les données épidémiologiques sur le tabagisme massif comme facteur de risque majeur d'un syndrome de la pince aortomésentérique restent non établies, ou dans les meilleurs cas pris comme possibilité seulement.

Les symptômes sont variables et non spécifiques et très pauvres au début. L'installation peut être aiguë ou évoluer insidieusement en fonction de l'étiologie et de l'importance de l'obstruction duodénale. Les signes cliniques les plus fréquents sont les douleurs abdominales, les vomissements bilieux et les nausées, souvent associés à une distension épigastrique. Ils sont aggravés par les repas et le décubitus dorsal, soulagés par le décubitus latéral gauche et la position assise, mais aussi les vomissements. Cette symptomatologie pose le problème de diagnostic différentiel avec d'autres pathologies comme la pancréatite, l'ulcère, le mégaduodénum et les troubles de l'alimentation. Le diagnostic, évoqué cliniquement, est confirmé par l'imagerie abdominale (Fig. 1, 2, 3, 4) dominée par le scanner qui montre une dilatation gastroduodénale jusqu'au niveau de la troisième portion du duodénum (Fig. 3, 4) où siège une compression extrinsèque en regard de l'artère mésentérique supérieure. La distance aorte-artère mésentérique supérieure est inférieure à 8 mm et l'angle aorto-mésentérique est inférieur à 22° (Fig. 3, 4). La prise en charge thérapeutique est initialement médicale visant à soulager les symptômes de

l'obstruction. Elle comprend la décompression gastrique par une sonde naso-gastrique, la correction des troubles hydroélectrolytiques. La supplémentation nutritionnelle par voie parentérale ou entérale permet de gagner du poids et de restaurer le tissu adipeux aorto-mésentérique qui, chez l'individu normal, déplace l'artère mésentérique supérieure en avant de l'aorte évitant ainsi la compression duodénale, mais dans le cas des gros fumeurs l'échec est de règle, car l'arrêt rapide de tabac n'est pas garanti [5], produisant une source d'échec et une conduite irréversible vers le traitement chirurgical. Les mesures hygiéno-diététiques sont fondamentales et comportent le fractionnement des repas, la position en décubitus latéral gauche ou en procubitus post-prandial. Le patient doit faire l'objet d'une surveillance étroite et une alimentation orale progressive doit être instaurée dès que les symptômes commencent à régresser, et surtout une éviction progressive du tabac avec substitution si nécessaire [5]. La chirurgie est indiquée en cas d'échec du traitement conservateur ou de récurrence. Diverses interventions ont été proposées se basant soit sur une dérivation digestive telle qu'une anastomose duodéno-jéjunale ou gastro-jéjunale, soit sur la modification des conditions locales par section du ligament de Treitz et décroisement de l'angle duodéno-jéjunum en positionnant le jéjunum à droite de l'artère mésentérique supérieure (procédure de Strong) [7]. De nos jours, toutes ces méthodes opératoires peuvent être réalisées par voie laparoscopique. Ses principaux avantages sont une douleur postopératoire moindre, un faible risque d'occlusion sur bride, un excellent résultat esthétique, un rétablissement précoce du péristaltisme intestinal, et une durée d'hospitalisation plus courte [6].

CONCLUSION

Le syndrome de Wilkie est une pathologie rare qui peut engendrer le pronostic vital. Sa prise en charge est basée surtout sur le volet médical, qui peut être associé dans certains cas à la chirurgie. Cette dernière n'est pas simple et peut être à l'origine de complications. La lutte contre le tabagisme peut éliminer un facteur majeur de l'évolution de cette pathologie et aussi réduire le recours à un traitement chirurgical. Vu la rareté de la pathologie, une étude impliquant plusieurs centres hospitaliers est nécessaire.

LES FIGURES



Fig. 1



Fig. 2

Fig. 1 et 2 : Un aspect d'estomac de stase sur compression d'allure extrinsèque de la région bulbaire sur le TOGD.

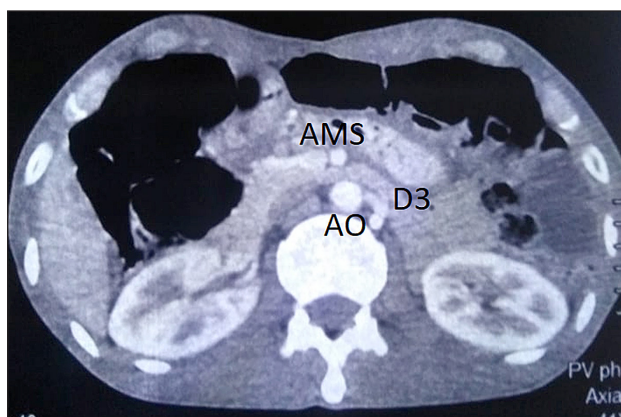


Fig. 3

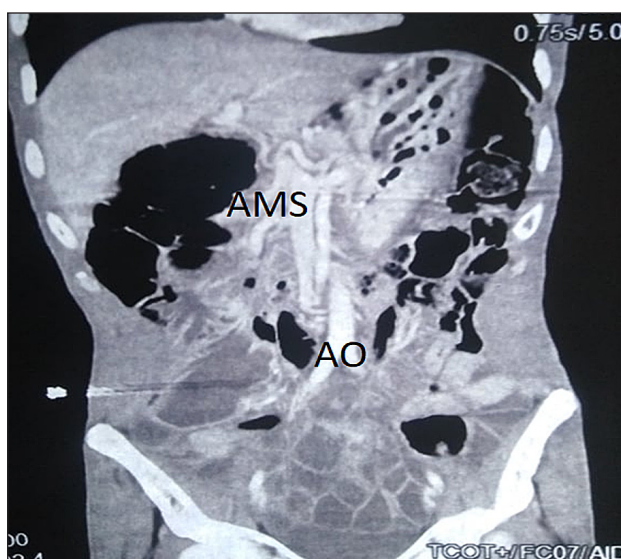


Fig. 4

Fig. 3, 4 : images TDM présentant une Légère distension gastrique et des deux premières portions du duodénum en amont d'une sténose de la 3e portion du duodénum au niveau de son passage dans la pince aortomésentérique estimé à 6,5 mm et angle estimé à 21 degrés.



Fig. 5 : aspect terminal d'une jéjunoduodénostomie transmésocolique par une laparotomie

CONFLITS D'INTÉRÊTS : Les auteurs ne déclarent aucun conflit d'intérêts.

RÉFÉRENCES

1. Saad Andaloussi, Abdelhalim Mahmoudi, Khalid Khattala, Youssef Bouabdallah, Le syndrome de la pince aorto-mésentérique : une cause rare d'obstruction duodénale, Volume 1, Article 66, 20 Dec 2019 | 10.11604/pamj-cm. 2019.1.66.20988
2. Docteur Nathalie Wirth, prend-on forcément du poids quand on arrête de fumer ? 15 novembre 2019, article site officiel, France-assos-sante.org
3. Anisse Tidjane, Benali Tabeti, Noureddine Benmaarouf, Nabil Boudjenan, Chaouky Bouziane, Nadia Kessai, Le syndrome de la pince aorto-mésentérique : rare, mais pensez-y, Pan Afr Med J. 2014 ; 17 : 47.
4. Mbaye Fall1, Papa Abdoulaye Bâ2, &, Fodé Baba Touré3, Pape Alassane Mbaye1, Gabriel Ngom3, Le syndrome de la pince aorto-mésentérique chez l'enfant : à propos d'un cas primitive, Article in Pan African Medical Journal. March 2015
5. Loeb T, Loubert G, Morsly R, Gabillet JM, Pasteyer J. Syndrome de l'artère mésentérique supérieure. Ann Fr AnesthRéanim. 1999 ; 18 (9) : 1000-4. PubMed | Google Scholar
6. Bhattacharjee PK. Wilkie's syndrome: an uncommon cause of intestinal obstruction. Indian J Surg. 2008; 70(2): 83-85. PubMed | Google Scholar
7. A. Valverde, Techniques chirurgicales - appareil digestif, Anastomoses digestives : principes et technique (chirurgie ouverte et laparoscopique), 05/03/15, p : 03-04, EMC