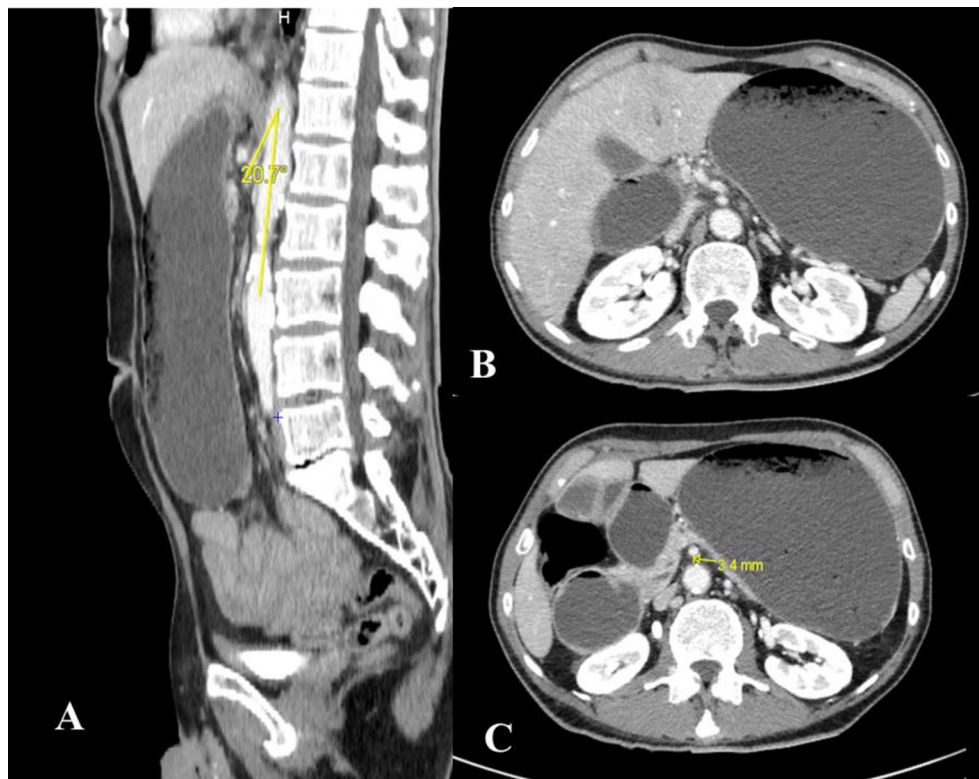


## Syndrome de la pince aortomésentérique

### Aorto-mesenteric Clamp Syndrome

H. Slimani · O. Idelcadi · J. Badie

Reçu le 5 septembre 2021 ; accepté le 30 octobre 2021  
© SFMU et Lavoisier SAS 2021



**Fig. 1** A. Tomodensitométrie abdominale, coupe sagittale : retrouvant un angle entre l'aorte et l'artère mésentérique supérieure inférieure à 22° (alors qu'il est compris normalement entre 25 et 60°). B. Coupe axiale montrant une importante distension gastrique et duodénale. C. Coupe axiale montrant une distension gastrique avec une distance aortomésentérique à 3,4 mm (alors que la distance normale est de 10 à 28 mm)

H. Slimani (✉) · J. Badie  
Service de réanimation–soins continus,  
hôpital Nord-Franche-Comté,  
100, route de Moval, CS 10499 Trévenans,  
F-90015 Belfort, France  
e-mail : hakim.slimani@hnfc.fr

O. Idelcadi  
Service de chirurgie digestive,  
hôpital Nord-Franche-Comté,  
100, route de Moval, CS 10499 Trévenans,  
F-90015 Belfort, France

Un patient de 71 ans a été admis aux urgences pour un tableau digestif, avec douleur abdominale diffuse et vomissement alimentaire, évoluant dans un contexte d'altération récente de l'état général. À l'admission, le patient était conscient, la pression artérielle était à 79/45 mmHg, la fréquence cardiaque à 125 battements/min et la saturation en oxygène à 94 % sous 10 l d'O<sub>2</sub>/min. L'examen clinique retrouvait des stigmates d'inhalation avec un foyer auscultatoire, l'abdomen était distendu avec une sensibilité diffuse à la palpation profonde. La biologie retrouvait une insuffisance rénale aiguë d'allure fonctionnelle avec une créatininémie à

132  $\mu\text{mol/l}$  et une urée à 14,6  $\text{mmol/l}$ , une hypokaliémie à 2,6  $\text{mmol/l}$ , une hypochlorémie à 85  $\text{mmol/l}$  et une natrémie à 135  $\text{mmol/l}$ . Le bilan hépatique était normal. Une tomodensitométrie thoracoabdominale réalisée en urgence objectivait, outre un foyer de pneumopathie en base droite, une dilatation de l'estomac et du cadre duodénal avec aspect de sténose au niveau du troisième duodénum au contact de la pince aortomésentérique (Fig. 1). Le patient est alors admis au service de soins continus, où un traitement médical a d'abord été entrepris avec mise en place d'une sonde nasogastrique, correction des troubles hydroélectrolytiques et une alimentation par voie parentérale. Le patient a bénéficié d'une antibiothérapie à visée pulmonaire. L'évolution fut favorable à j5 d'hospitalisation, avec sevrage d'oxygène et reprise d'alimentation orale.

Le syndrome de la pince aortomésentérique (SPAM) appelé encore le syndrome de Wilkie est le résultat d'une compression extrinsèque et intermittente du troisième duodénum entre l'artère mésentérique supérieure et l'aorte. Il s'agit d'une entité rare avec une prévalence estimée entre 0,013 et 0,78 % [1], survenant préférentiellement chez des patients jeunes, âgés entre 17 et 39 ans, de sexe féminin. Certains facteurs favorisants ont été décrits, comme l'amaigrissement rapide, une hyperlordose rachidienne, voire certaines maladies de système. Cliniquement, le SPAM correspond à un tableau d'obstruction duodénale fait de vomissements postprandiaux, de douleurs abdominales et de satiété rapide. Dans d'autres cas, la symptomatologie est plus chronique avec des plénitudes postprandiales répétées et des vomissements intermittents. Le diagnostic positif repose sur le scanner abdomi-

nal permettant de mesurer la distance et l'angle aortomésentérique (respectivement inférieure à 8 et 22 mm) avec une spécificité de 100 % [2]. Le traitement est médical en premier lieu et repose sur l'aspiration gastrique et la correction des troubles hydroélectrolytiques, associé à des mesures diététiques comme le fractionnement des repas, la position en décubitus latéral gauche ou procubitus postprandial, voire une correction parentérale d'une éventuelle dénutrition. Le traitement chirurgical est proposé en cas d'échec de ces mesures : la duodénojunostomie latérolatérale est alors l'intervention la plus fréquemment réalisée.

Le syndrome de la pince mésentérique est un diagnostic méconnu par la plupart des cliniciens, son diagnostic repose sur des arguments cliniques et morphologiques. Le scanner abdominal injecté est un examen simple et performant pour en faire le diagnostic. Le traitement de première intention est médical.

**Liens d'intérêts :** les auteurs déclarent ne pas avoir de lien d'intérêt.

## Références

1. Chehab F, Hajji I, Haimoud N, et al (2001) Le syndrome de la pince mésentérique chez l'adulte. *Ann Chir* 126:808–21
2. Sabbagh C, Santin E, Potier A, Regimbeau JM (2012) The superior mesenteric artery syndrome: a rare etiology for proximal obstructive syndrome. *J Visc Surg* 149:428–9