

problème de diagnostic avec le lymphome B à grandes cellules riches en cellules T et/ou histiocytes qui se caractérise par la présence de cellules immatures centroblastiques et immunoblastiques ainsi que par l'absence de remaniements fibreux [3, 4, 5].

Références

- 1- Poppema S, Delsol G, Pileri SA, Stein H, Swerdlow SH, Warnke RA et al. Nodular lymphocyte predominant Hodgkin lymphoma. In: Swerdlow SH, Campo E, Harris NL, Jaffe ES, Pileri SA, Stein H, et al., editors. WHO classification of tumours of hematopoietic and lymphoid tissues. Lyon: IARC; 2008.
- 2- Morton LM, Wang SS, Devesa SS, Hartge P, Weisenburger DD, Linet MS. Lymphoma incidence patterns by WHO subtype in the United States, 1992-2001. *Blood*. 2006; 107: 265-6.
- 3- Biasoli I, Stamatoullas A, Meignin V, Delmer A, Reman O, Morschauser F, et al. Nodular, lymphocyte-predominant Hodgkin lymphoma. A long term study and analysis of transformation to diffuse large B-cell lymphoma in a cohort of 164 patients from the adult lymphoma study group. *Cancer* 2010;116: 631-9.
- 4- Carbonelle A, Delarue R, Canioni D, Brousse N. La maladie de Hodgkin nodulaire à prédominance lymphocytaire et ses diagnostics différentiels. *Ann Pathol*. 2004; 24 :136-148.
- 5- Smith LB. Nodular lymphocyte predominant Hodgkin lymphoma. *Arch Pathol Lab Med*. 2010; 134: 1434-9.

Une anémie révélant une association rare : le syndrome de l'artère mésentérique supérieure et le syndrome casse-noisette

Taieb Jomni, Mouna Larguech, Imene Abdelaali, Mehdi Charfi, Mohamed Hédi Douggui.

Service de médecine interne- Hôpital des FSI la Marsa - Faculté de médecine de Tunis

Le syndrome de l'artère mésentérique supérieure (SAMS) est une entité rare où la compression du troisième duodénum par la pince aorto-mésentérique est à l'origine d'une obstruction duodénale. Le syndrome casse-noisette (SCN), secondaire à la compression de la veine rénale gauche par l'artère mésentérique supérieure, est souvent de découverte radiologique à cause d'une symptomatologie variable et non spécifique.

Nous rapportons le cas d'une patiente dont le syndrome de l'artère mésentérique supérieure associé au syndrome casse-noisette a été découvert lors du bilan étiologique d'une anémie ferriprive.

Observation

Nous rapportons l'observation d'une femme de 35 ans, opérée au jeune âge pour scoliose et admise pour exploration d'une anémie mal tolérée (asthénie et dyspnée d'effort). La patiente rapportait par ailleurs des nausées sans vomissements associées à un ballonnement abdominal post prandial, des douleurs du flanc et de la fosse iliaque gauches intermittentes évoluant depuis plusieurs années, avec des épisodes d'hématurie. A l'examen, elle avait un indice de masse

corporelle à 22Kg/m², des conjonctives pales, un abdomen souple mais sensible au niveau de l'épigastre, du flanc et de la fosse iliaque gauches. Elle avait à la biologie une anémie ferriprive avec un taux d'hémoglobine à 7,2g/dl, VGM=59fl, TCMH=16,5pg et une ferritinémie à 3,3ng/ml. Le taux des globules blancs et des plaquettes était normal (GB=8500/mm³, Plq=480000/mm³) ainsi que le reste du bilan sanguin (Albuminémie=36g/l, Cholestérolémie=3,72mmol/l, Triglycéridémie=0,56mmol/l, Calcémie=2,27mmol/l, Créatinémie=41μmol/l). L'analyse cytotobactériologique des urines avait révélé une hématurie (GR=2000000/mm³) sans leucocyturie avec une culture négative.

L'échographie pelvienne et la gastroscopie réalisées dans le cadre du bilan étiologique de l'anémie étaient sans anomalies. Lors de la préparation par du polyéthylène glycol (PEG) en vue d'une coloscopie, la patiente a présenté un syndrome occlusif avec des niveaux hydro-aériques de type grêlique. Après aspiration naso-gastrique, une entéro-IRM était réalisée. Elle avait montré une importante dilatation gastrique (Figure 1) et duodénale jusqu'à la troisième portion du duodénum en amont de la pince aorto-mésentérique qui était serrée (Figure 2). Il s'y associait un rétrécissement de la veine rénale gauche au-dessous de l'artère mésentérique supérieure (Figure 3).

Figure 1 : IRM abdominale. Séquence Fiesta en coupe coronale : Dilatation gastrique (étoile) en amont de l'obstacle duodénal.

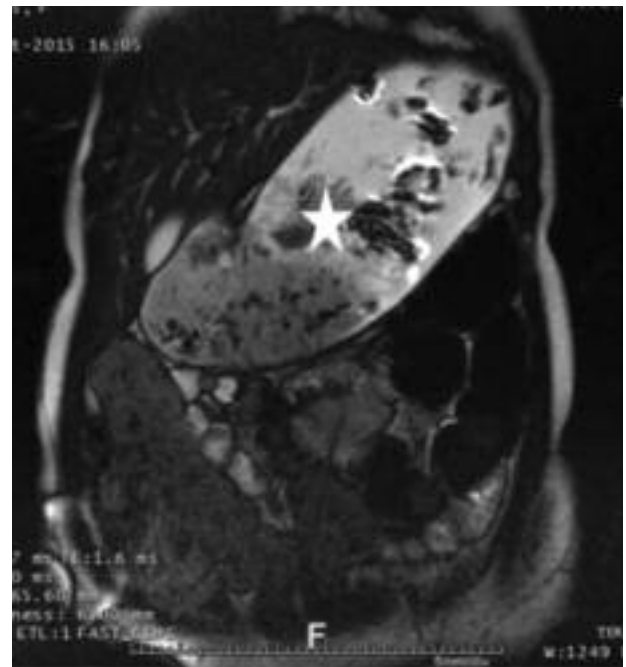


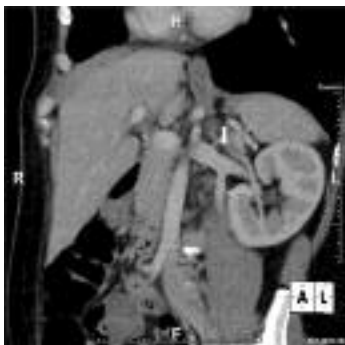
Figure 2 : IRM abdominale. Séquence Fiesta en coupe axiale : Distension duodénale (étoile) en amont de la pince aorto-mésentérique (SAMS) (flèche).



Figure 3 : IRM abdominale. Coupe axiale Lava montrant la veine rénale gauche (flèche) dans la pince aorto-mésentérique.



Figure 4 : TDM abdominale. Coupe coronale après injection de PDC : Dilatation de la veine rénale (flèche épaisse) et de la veine gonadique gauche (flèche fine).



Un complément par angio-scanner a montré la compression de la veine rénale gauche à son passage dans la pince aorto-mésentérique avec une dilatation veineuse rénale et gonadique (Figure 4) (avec des varices pelviennes) en amont, confirmant le diagnostic de SCN. L'iléo-coloscopie faite secondairement et après préparation progressive était sans anomalies.

Le diagnostic de syndrome de l'artère mésentérique supérieure associé au syndrome casse-noisette a été donc retenu.

La prise en charge était l'abstention thérapeutique pour le SAMS devant la bonne tolérance et l'absence de retentissement sur l'état nutritionnel. Pour le SCN, une chirurgie à type de transposition de la veine rénale gauche va être proposée à la patiente, puisqu'il s'agit d'une forme symptomatique par une hématurie responsable d'une anémie sévère.

Conclusion

Le syndrome de l'artère mésentérique supérieure est souvent d'évolution insidieuse et peu bruyante égarant le diagnostic. Il est rarement révélé sur un mode aigu par un syndrome occlusif. Les manifestations cliniques ne sont pas corrélées au degré de la compression duodénale. Ce syndrome peut être associé dans de rares cas au syndrome casse-noisette dont il faut rechercher attentivement les signes cliniques et radiologiques.

Références:

1. Wilkie BP. Chronic duodenal ileus. Am J Med Sci 1927;173:643-50.
2. Welsch T, Büchler MW, Kienle P. Recalling superior mesenteric artery syndrome. Dig Surg 2007;24:149-56.
3. Merrett ND, Wilson RB, Cosman P, Biankin AV. Superior mesenteric artery syndrome: diagnosis and treatment strategies. J Gastrointest Surg 2009;13:287-92.
4. Ahmed AR, Taylor I. Superior mesenteric artery syndrome. Postgrad Med J 1997;73:776-8.
5. Rudloff U, Holmes RJ, Prem JT, Faust GR, Moldwin R, Siegel D. Mesoaortic compression of the left renal vein (Nutcracker syndrome): case reports and review of the literature. Ann Vasc Surg 2006;20:120-9.
6. Inal M, Unal Daphan B, Karadeniz Bilgili MY. Superior Mesenteric Artery Syndrome Accompanying With Nutcracker Syndrome: A Case Report. Iran Red Crescent Med J 2014 Oct;16(10): e14752-5. doi: 10.5812/ircmj.14755.
7. Vulliamy P, Hariharan V, Gutmann J, Mukherjee D. Superior mesenteric artery syndrome and the "nutcracker phenomenon". BMJ Case Rep 2013. doi: 10.1136/bcr-2013-008734.
8. Barsoum MK, Shepherd RF, Welch TJ. Patient with both Wilkie syndrome and nutcracker syndrome. Vasc Med 2008;13:247-50.
9. Nunn R, Henry J, Slesser AA, Fernando R, Behar N. A Model Example: Coexisting Superior Mesenteric Artery Syndrome and the Nutcracker Phenomenon. Case Rep Surg 2015. doi: 10.1155/2015/649469.
10. Khemakhem R, Ben Dhaou M, Sarrai N, et al. Une cause rare d'occlusion intestinale chez l'enfant: le syndrome de la pinceaortomésentérique. Tunis Med 2011;89:653-4.
11. Chen S, Zhang H, Shi H, Tian L, Jin W, Li M. Endovascular stenting for treatment of Nutcracker syndrome: report of 61 cases with long-term followup. J Urol 2011;186:570-5.