

CAS CLINIQUE

Le syndrome de l'anse afférente après une anastomose hépatico-jéjunale sur anse en Y de Roux à propos d'une observation

Afferent loop syndrome after a Roux en Y hepatico-jejunal anastomosis

Konaté I, Ba PA, Tendeng J, Cissé M, Touré AO, Dieng M, Ka O, Dia A, Touré CT

Auteur Correspondant : Docteur Ibrahima Konaté

Service de Chirurgie Générale

Hôpital Aristide Le Dantec, Dakar, Sénégal

BP 45296 Dakar Fann, Tél : +221775447016,

E-mail : ikonate203@yahoo.fr

Résumé

Le syndrome de l'anse afférente est une obstruction mécanique de l'anse afférente par des adhérences, une hernie interne, un tortillement de l'anse, une sténose de la bouche anastomotique pour une récurrence néoplasique. C'est une complication rare qui survient habituellement après une gastrectomie suivie d'une gastro-jéjunostomie sur anse en Y. Nous en rapportons un cas exceptionnel survenu après une anastomose hépatico-jéjunale sur une anse en Y de Roux.

Mots clés : syndrome de l'anse afférente, anastomose hépatico-jéjunale, anse en Y de Roux

Summary

Afferent loop syndrome is a mechanical obstruction of the afferent loop by adhesions, internal hernia, twisting of the handle, stricture of the anastomotic mouth or neoplastic recurrence. It is a rare complication that usually occurs after gastrectomy followed by Roux-en Y gastro-jejunal anastomosis. We report a rare case of this syndrom occurred after Roux-en Y hepatico-jejunal anastomosis.

Keywords: afferent loop syndrom, hepatico-jejunal anastomosis, Roux-en Y loop

INTRODUCTION

Le syndrome de l'anse afférente est une complication rare, qui survient habituellement après une gastrectomie suivie d'un rétablissement de la continuité digestive par une gastro-jéjunostomie de type Billroth II [1].

Nous en rapportons un cas exceptionnel survenu chez une patiente qui avait bénéficié d'une anastomose hépatico-jéjunale sur une anse en Y de Roux.

A travers cette observation nous discutons les aspects diagnostiques et thérapeutiques.

OBSERVATION

Mme M A... avait bénéficié en mai 2005 d'une cholécystectomie laparoscopique pour une lithiase de la vésicule biliaire. Les suites opératoires étaient marquées par l'apparition d'un ictère cutanéomuqueux associé à des

douleurs de l'hypochondre droit. L'échographie post-opératoire montrait des voies biliaires intra et extra-hépatiques modérément dilatées et un calcul résiduel dans la voie biliaire principale. Lors de la reprise au 21e jour, une anastomose hépatico-jéjunale sur une anse en Y de Roux avait été réalisée.

A son admission dans notre structure, la patiente se plaignait de douleurs post prandiales précoces de l'hypochondre droit associées à des vomissements alimentaires qui les atténuaient. L'examen général retrouvait des muqueuses conjonctivales pâles, anictériques et une altération de l'état général. A l'examen physique, il existait une sensibilité de l'hypochondre droit. L'échographie abdominale mettait en évidence une collection liquidienne intra intestinale confirmée par le scanner abdominal (Figure 1).



Figure 1 : Coupe scannographique abdominale la flèche montre l'anse afférente dilatée

Le transit œsogastroduodéal permettait de retrouver une sténose au pied de l'anse avec une anse afférente très dilatée (Figure 2). L'exploration chirurgicale réalisée permettait de découvrir une anastomose hépato-jéjunale fonctionnelle; une anse afférente dilatée par la sténose de l'anastomose jéjuno-jéjunale. La patiente était traitée par une anastomose jéjuno-jéjunale latéro-latérale. Les suites opératoires étaient marquées par une suppuration pariétale à *Escherichia coli*. La patiente était sortie de l'hôpital à J52 postopératoire. Elle a présenté à 2 ans une éventration traitée par une prothèse avec des suites simples.

Après un suivi de 5 ans, Elle ne présente aucun symptôme digestif en rapport avec un syndrome de l'anse afférente.



Figure 2 : Le transit œsogastroduodéal

La flèche d'en haut montre l'estomac alors que celle d'en bas le cadre duodéal dilaté.

COMMENTAIRES

Le syndrome de l'anse afférente survient rarement après une anastomose bilio-digestive, ce qui fait la particularité de notre observation.

Les complications les plus fréquentes après une anastomose bilio-digestive sont les sténoses anastomotiques et les lithiases selon Lasnier et al [2].

Ce syndrome peut se manifester à n'importe quel moment après la chirurgie. Ainsi, il est classique de distinguer la forme aiguë par obstruction complète, de la forme chronique, par obstruction partielle [3]. Notre patiente présentait une forme chronique.

Les manifestations cliniques ne sont pas spécifiques. Elles se résument à des vomissements bilieux post-prandiaux qui soulagent les douleurs abdominales [4]. Cependant dans notre cas, les vomissements n'étaient pas bilieux.

Ceci s'explique par le fait que les sécrétions biliaires sont directement conduites dans l'anse efférente qui n'est pas obstruée dans ce type de montage.

Certains auteurs insistent sur le fait que le syndrome de l'anse afférente peut être l'une des causes d'ictère cholestatique post-opératoire et de pancréatite aiguë par hyperpression sur les canaux bilio-pancréatiques [5,6]. Mais ces tableaux sont l'apanage de la forme aiguë, ce qui explique que nous ne les retrouvons pas dans notre observation.

L'imagerie est particulièrement décisive dans la prise en charge thérapeutique. Car il n'y a pas de spécificité clinique et les complications graves à type de perforation digestive s'observent en cas de retard diagnostique [5]. Le transit œsogastroduodéal joue un rôle diagnostique important en montrant une sténose au pied de l'anse et une dilatation du cadre duodéal. Ce dernier aspect est un signe caractéristique. En effet selon Wise [4], le remplissage préférentiel et la stagnation du produit de contraste dans l'anse afférente dilatée pendant plus de 60 minutes doivent faire suggérer le diagnostic.

Dans notre cas, l'échographie et la tomodensitométrie restent des examens utiles. Elles montrent une structure liquidienne, transsonore à l'échographie et hypodense au scanner correspondant au cadre duodéal en raison de sa forme en « U » se situant dans la partie supérieure de l'abdomen entre l'aorte en arrière et le pédicule mésentérique supérieur en avant [1,3,4,7].

Ces examens morphologiques permettent aussi de mettre en évidence le mécanisme responsable de l'obstruction de l'anse afférente ainsi que son éventuel retentissement sur le système canalaire bilio-pancréatique [8]. En plus de leur intérêt diagnostique, ils autorisent la réa-

lisation d'un geste thérapeutique [3,4].

La gêne à l'évacuation de l'anse afférente a de nombreuses étiologies souvent mécaniques, parfois fonctionnelles. Parmi ces causes on peut citer : une torsion de l'anse, des adhérences, une angulation d'une anse courte, une couture par le mésocolon transverse ou une récurrence néoplasique. Il faut noter néanmoins que la hernie interne est de loin la cause la plus fréquente.

Dans notre observation, le mécanisme est celui d'une obstruction incomplète au pied de l'anse, secondaire probablement à des phénomènes inflammatoires.

Plus rarement un calcul peut être à l'origine de ce syndrome comme l'ont déjà rapporté certains auteurs [6, 9,10]. Le traitement de cette complication n'est pas univoque.

L'intervention chirurgicale est presque toujours nécessaire. Les techniques sont nombreuses mais les plus utilisées sont : la conversion d'une gastro-jéjunostomie de type Billroth II en Billroth I ou une jéjuno-jéjunostomie au pied de l'anse [4]. Cette dernière technique a eu notre préférence.

Dans d'autres situations, le traitement n'est que palliatif

et fait appel à des méthodes moins agressives. C'est ainsi que le drainage de l'anse afférente par voie percutanée transhépatique ou endoscopique a été proposé [11,12].

Ces méthodes thérapeutiques sont actuellement réservées aux malades tarés, présentant de grands risques chirurgicaux. Cependant, les possibilités de complications septiques fatales, précoces ou tardives doivent être prises en compte au cours de l'indication de ces drainages [5].

CONCLUSION

Le syndrome de l'anse afférente est une complication qui survient rarement après une anastomose hépato-jéjunale. Le diagnostic est fait grâce à l'imagerie. Le traitement est chirurgical. Sa prévention passe par un respect rigoureux des principes de réalisation d'une anastomose gastro-jéjunale ou hépato-jéjunale sur une anse en Y de Roux

REFERENCES

1. **Herballa F, Lee TC, Matone J, Del Grande J, Lui KL, Tsai MC, Lin MT, Wang HP.** Gastrointestinal: afferent loop syndrome. *J Gastroenterol Hepatol* 2006;21:1346.
2. **Lasnier C, Kohneh-Shahri N, Paineau J.** Dysfonctionnement des anastomoses bilio-digestives: à propos d'une série chirurgicale de 20 cas. *Revue de la littérature. Ann Chir* 2005, 130:566-572.
3. **Gomez M A, Besson M, Garnier S, Scotto B, Alison D.** Le syndrome de l'anse afférente. *Feuill Radiol* 2004; 44:187-192.
4. **Wise SW.** Case 24: afferent loop syndrome. - *Radiology* 2000;216:142-145.
5. **Chevallier P, Gueyffier C, Souci J, Oddo F, Diaine B, Padovani B.** - IRM d'un syndrome de l'anse afférente révélé par un ictère obstructif. *J Radiol.* 2001;82:177-9.
6. **Dias A R, Lopes R I.** Biliary stone causing afferent loop syndrome and pancreatitis. *World J Gastroenterol* 2006;12:6229-6231.
7. **Zissin R.** CT findings of afferent loop syndrome after a subtotal gastrectomy with Roux-en-Y reconstruction. *Emerg Radiol* 2004;10:201-3.
8. **Kim HC, Han JK, Kim KW, Kim HY, Yang HK, et al.** Afferent loop obstruction after gastric cancer surgery: helicoidal CT findings. *Abdom Imaging* 2003;28:624-30
9. **Capaccio E, Zuccarino F, Gauglio C, Pretolesi F, Derchi L E.** Acute obstruction of the afferent loop caused by an enterolith. *Emerg Radiol* 2007,13:201-203.
- 10 **Shimamura K, Otani T, Yamazaki T, Kuwabara S, Katayanagi N, Yamamoto M, et al.** Jejunal loop obstruction by a gallstone from hepaticojejunostomy induced acute cholangitis: Report of a case. *Surg Today* 2006,36:737-740.
- 11 **Caldicott DG, Ziprin P, Morgan R.** Transhepatic insertion of a metallic stent for the relief of malignant afferent loop obstruction. *Cardiovasc Intervent Radiol* 2000;23:138-40.
12. **Paulsen O, Skjennald A, Osnes M.** An endoscopic drainage procedure for afferent loop occlusion. *Gastrointest Endosc* 1987;33:125-6.