



Journal Homepage: - www.journalijar.com

INTERNATIONAL JOURNAL OF ADVANCED RESEARCH (IJAR)

Article DOI: 10.21474/IJAR01/14562

DOI URL: <http://dx.doi.org/10.21474/IJAR01/14562>



RESEARCH ARTICLE

RUPTURE SPONTANEE DE LA RATE : A PROPOS D'UN CAS

Dr. A. Habbab, Dr. D. Matsimouna, Dr. A. Outouzalt, Pr. A. Hamri, Pr. Y. Narjis and Pr. R. Benelkhaïat

Service de Chirurgie Viscérale, Hôpital Ibn Tofail CHU Mohammed VI.

Manuscript Info

Manuscript History

Received: 20 February 2022

Final Accepted: 24 March 2022

Published: April 2022

Abstract

Les ruptures non traumatiques ou spontanées de la rate (RNTR) sont des entités rares mais potentiellement mortelles. La mortalité de cette affection est essentiellement liée au retard diagnostique et thérapeutique, ainsi qu'aux risques liés au terrain et à la gravité de la pathologie sous-jacente. Elles nécessitent dans la majorité des cas une splénectomie. Elles peuvent survenir soit sur une rate macroscopiquement saine, par exemple au cours d'une mononucléose infectieuse (MNI) ou d'un accès palustre ou sur une rate pathologique par exemple tumorale mais aussi dans certaines coagulopathies. Dans notre cas il s'agit d'un patient de 35ans suivi pour une LMC admis pour douleurs abdominales diffuses brutales, une pâleur cutanéomuqueuse avec un état hémodynamique instable. Le bilan biologique a révélé une anémie normochrome macrocytaire; le diagnostic de confirmation de la rupture était réalisé par l'échographie et le scanner abdominal. Vu l'instabilité de l'état hémodynamique, la décision d'une splénectomie a été prise avec transfusions per-opératoire de 2 culots globulaires. L'évolution était favorable.

Copy Right, IJAR, 2022,. All rights reserved.

Introduction:-

La rupture non traumatique de la rate (spontanée) est une entité rare mais classique de maladies à tropisme splénique. Les causes les plus fréquentes sont infectieuses (MNI+++), et les hémopathies malignes. La rupture est rarement révélatrice de la pathologie, survient le plus souvent sur un terrain connu. La mortalité est souvent liée au retard diagnostique et de la prise en charge thérapeutique, ainsi qu'aux risques liés à la gravité de la pathologie sous-jacente [1,2]

Observation:-

Nous rapportons le cas d'un patient reçu aux urgences pour un abdomen aigu en dehors de tout traumatisme. Il s'agit d'un homme de 35 ans, tabagique chronique à 5 PA sévère, tuberculose pulmonaire traité il ya 5 ans, suivi en hématologie pour suspicion de LMC. Admis aux urgences pour des douleurs abdominales diffuses d'installation brutale lors de son sommeil. Le patient était pâle, apyrétique et avait une défense abdominale. Sur le plan biologique l'hémogramme montre une hémoglobinémie à 7,6g/dl, une hyperleucocytose à 421050/mm³ dont une polynucléose neutrophile à 250060/mm³, des polynucléaires éosinophiles à 1570/mm³, des monocytes à 14910/mm³ et une Lymphocytose à 10430/mm³.

Corresponding Author:- Dr. A. Habbab

Address:- Service de Chirurgie Viscérale, Hôpital Ibn Tofail CHU Mohammed VI.

L'échographie abdominale a montré une plage échogène hétérogène de la loge splénique, un épanchement péritonéal péri-hépatique, dans les gouttières pariéto-coliques et le CDS de Douglas. Le scanner abdominal évoquait le diagnostic de rupture de rate en confirmant l'existence d'un hémopéritoine de grande abondance et un hématome sous capsulaire splénique rompu (figure 1).

Une laparotomie est réalisée en urgence. L'exploration de la cavité abdominale évacue un hémopéritoine de grande abondance, la rate est très grosse et sous tension; à surface rompue en un endroit occupant tout l'hypochondre gauche et débordant la ligne médiane avec un pôle inférieur dans le flanc (figure2).

La splénectomie est réalisée; la rate de couleur rouge sombre pèse 2150g et mesurant 28x17x8 cm. A la coupe présence en plusieurs endroits de foyers de nécrose mesurant entre 3 et 0.5 cm de diamètre.

L'examen microscopique montre un parenchyme splénique d'architecture largement remaniée, laissant persister quelques foyers de pulpe blanche. La pulpe rouge est expansive. Au sein de ce parenchyme existe de larges foyers de nécrose jouxtant des amas de polynucléaires neutrophiles. Absence de granulome spécifique ou de cellules atypiques.

L'immunophénotype des lymphocytes est CD20+/L26+, CD3+, CD 45+, CD 138+, CD 68 +, myéloperoxydase+, CD30 -, CD 15-, CD 34-, PAX5-.

Myélogramme riche avec de nombreux mégacaryocytes en faveur de leucémie myéloïde chronique. Les suites opératoires sont simples.

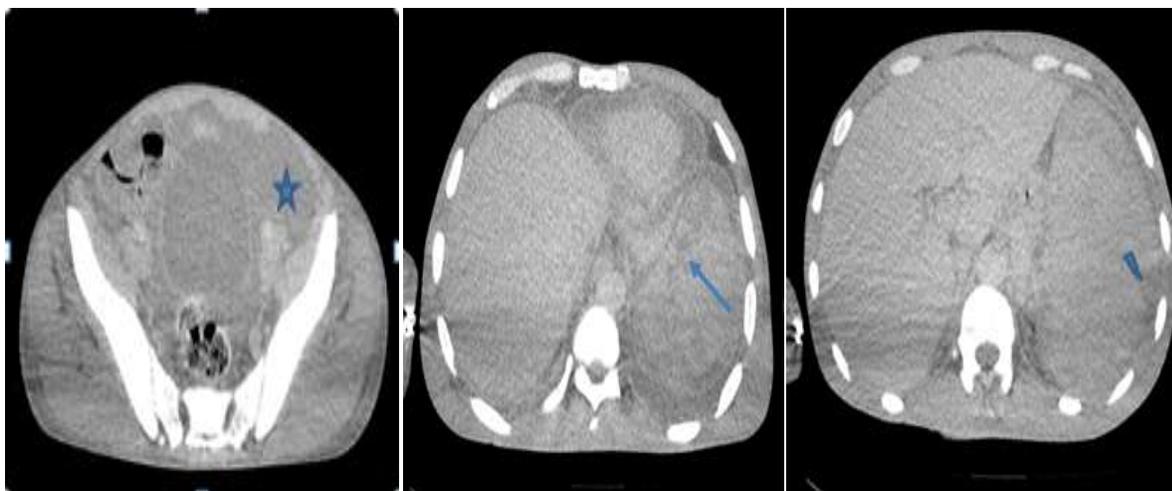


Figure 1:- Foyer d'infarctissement splénique triangulaire à base périphérique et sommet hilare (étoile), Foyers de lacérations linéaires spontanément hypodenses non rehaussés après injection du PDC (flèche), Hémopéritoine de grande abondance (étoile).

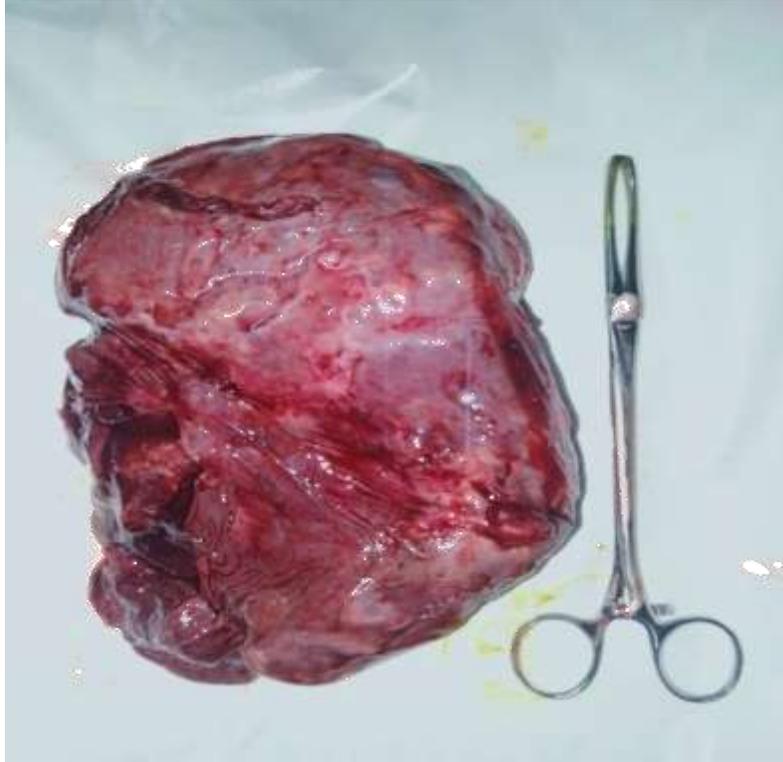


Figure 2:- Image postopératoire de la pièce de splénectomie Bloc de chirurgie viscérale Hôpital Ibn Tofail Marrakech.

Discussion:-

Les ruptures non traumatiques de la rate (RNTR) peuvent se produire chez 0,1% à 0,5% des patients sans Traumatisme associé [3]. Les premiers cas de rupture splénique spontanée ont été décrits par Rokitansky [4] en 1861 Et Atkinson [5] en 1874. La cause réelle de la rupture n'est pas encore bien identifiée. Trois mécanismes ont été impliqués dans le processus: l'augmentation de la tension intra-splénique liée à l'hyperplasie cellulaire et à l'engorgement; la compression par la musculature abdominale lors des efforts d'éternement, de toux ou de défécation; l'occlusion vasculaire par l'hyperplasie du réticulum endothélial responsable d'infarctus associé ou non à un hématome sous-capsulaire [6]. Les RNTR sont deux fois plus fréquentes chez les hommes. L'âge varie de 2 à 81 ans (moyenne = 42 ans). Il existe dans environ un tiers des cas des signes de choc lors du premier examen. Dans 8% des cas, les malades décèdent avant d'être opérés et le diagnostic n'est fait qu'à l'autopsie [7].

Les causes de RNTR [7] sont dominées par les maladies infectieuses et hématologiques qui représentent plus de la moitié des cas. Les causes infectieuses (30 %) sont généralement représentées par la MNI et le paludisme, tandis que les causes hématologiques (27 %) sont surtout représentées par les hémopathies malignes. D'autres causes sont beaucoup plus rares: tumeurs solides ou bénignes de la rate (11 %), les pathologies digestives (pancréatite, hypertension portale) (10 %), les causes rhumatologiques (4 %) et l'insuffisance rénale au stade de dialyse (3 %). Dans près de 5 % des cas, aucune étiologie et aucune notion de traumatisme ne sont retrouvées comme le cas de notre observation [7].

Les RNTR sont souvent révélées par un tableau d'urgence chirurgicale. Il peut s'agir d'une forme aiguë réalisant un état de choc hypovolémique, ou subaiguë se présentant sous forme d'une douleur abdominale diffuse prédominante à gauche, associée à une hypotension et à une anémie [8, 9]. Ces troubles circulatoires sont dus à la spoliation sanguine qu'est l'hémopéritoine. Cet hémopéritoine, survenant en dehors d'un traumatisme, pose un problème de diagnostic étiologique. L'existence d'une douleur abdominale et d'une splénomégalie massive douloureuse, oriente vers une atteinte splénique devant être confirmée en urgence par l'échographie qui est l'examen de première intention. Cependant, la tomodensitométrie présente une meilleure sensibilité pour faire le bilan lésionnel [10].

Sur le plan thérapeutique, la splénectomie est le traitement radical des ruptures spontanées de la rate. Néanmoins, la morbidité de la splénectomie, l'amélioration des techniques chirurgicales et des soins intensifs ainsi que le rôle de la rate dans la réponse immunitaire nous autorisent à proposer un traitement conservateur. Celui-ci semble être une alternative sous réserve de certaines conditions: stabilité hémodynamique, recours à la transfusion de moins de 2 culots érythrocytaires, surveillance clinique quotidienne et biologique régulière, repos et hospitalisation dans un service proche d'un centre chirurgical [11].

Les signes cliniques de la rupture splénique sont le résultat d'une hémorragie intra-abdominale [12]. Les signes les plus fréquents sont une hypotension artérielle (54%), une tachycardie (54%), un tableau douloureux abdominal (68%), nausée et vomissement (25%), fièvre (24%) et signe de Kehr (19%) qui est une douleur irradiée à l'épave gauche spécifique de la rupture splénique.

Quand le tableau clinique est complet le diagnostic d'une hémorragie interne est posé aisément. Une fois suspecté le diagnostic de rupture splénique est confirmé le plus souvent par la tomодensitométrie abdominale; les signes radiologiques étant un hémopéritoine et/ou une rate rompue. La tomодensitométrie abdominale est un examen sensible et spécifique pour le diagnostic d'hémopéritoine, l'estimation de son volume et l'origine du saignement [13]. L'échographie abdominale est aussi un examen sensible et spécifique au diagnostic d'hémopéritoine. La laparoscopie est d'un grand intérêt diagnostique quand la ponction aspiration retire un hé mopéritoine franc. Dans les cas de forte suspicion de rupture spontanée de la rate la tomодensitométrie, l'échographie et la laparoscopie sont donc des examens nécessaires et suffisants. Dans les cas insidieux la scintigraphie splénique semble d'une très grande valeur diagnostique [12].

Conclusion:-

La rupture spontanée de la rate est une entité rare dont le diagnostic est difficile en absence de contexte traumatique. Elle peut engager le pronostic vital du patient. L'échographie et le scanner permettent d'orienter le diagnostic. Le traitement est essentiellement chirurgical par splénectomie.

References:-

- 1). Debnath D, Valerio D. A traumatic rupture of the spleen in adults. J R Coll Surg Edinb. 2002 Feb;47(1):437–45. [[PubMed](#)] [[Google Scholar](#)]
- 2). Schwarz M, Zaidenstein L, Freud E, Neuman M, Ziv N, Kornreich L, Zer M. Spontaneous splenic rupture in infectious mononucleosis: conservative management with gradual percutaneous drainage of a subcapsular hematoma. *Pediatr Surg Int*. 1999;15(2):139–40. [[PubMed](#)] [[Google Scholar](#)]
- 3). Lai PK. Infectious mononucleosis: recognition and management. *Hosp Pract*. 1977 Aug;12(8):47–52. [[PubMed](#)] [[Google Scholar](#)]
- 4). Laseter T, McReynolds T. Spontaneous splenic rupture. *Mil Med*. 2004 Aug;169(8):673–4. [[PubMed](#)] [[Google Scholar](#)]
- 5). Badenoch DF, Maurice HD, Gilmore OJ. Spontaneous rupture of a normal spleen. J R Coll Surg Edinb. 1985 Oct;30(5):326–7. [[PubMed](#)] [[Google Scholar](#)]
- 6). Mokashi AJ, Shirahatti RG, Prabhu SK, Vagholkar KR. Pathological rupture of malarial spleen. *J Postgrad Med*. 1992 Jul-Sep;38(3):141–2. [[PubMed](#)] [[Google Scholar](#)]
- 7). Kianmanesh R, Aguirre HI, Enjaume F, Valverdec A, Brugière O, Vacher B, Bleichner G. Ruptures non traumatiques de la rate: trois nouveaux cas et revue de la littérature. *Annales de Chirurgie*. 2003 Juin;128(5):303–309. [[PubMed](#)] [[Google Scholar](#)]
- 8). Bauer TW, Haskins GE, Armitage JO. Splenic rupture in patients with hematologic malignancies. *Am Cancer Soc*. 1981 Dec 15;48(12):2729–33. [[PubMed](#)] [[Google Scholar](#)]
- 9). Rhee SJ, Sheena Y, Imber C. Spontaneous rupture of the spleen: a rare but important differential of an acute abdomen. *Am J Emerg Med*. 2008 Jul;26(6):733.e5–6. [[PubMed](#)] [[Google Scholar](#)]
- 10). Delgado Millan MA, Deballon PO. Computed tomography, angiography and endoscopic retrograde cholangiopancreatography in the nonoperative management of hepatic and splenic trauma. *World J Surg*. 2001 Nov;25(11):1397–402. [[PubMed](#)] [[Google Scholar](#)]
- 11). Papp C, Debord T, Imbert P, Lambotte O, Roué R. Rupture de rate au cours des maladies infectieuses: splénectomie ou traitement conservateur? À propos de trois cas. *Rev Med Interne*. 2002;23:85–91. [[PubMed](#)] [[Google Scholar](#)]

- 12).A.A. N.Giagounidis, M. Burk, G.Meckenstock, A. 1.Koch, and W.Schneider.Pathologie Rupture of the Spleen in Hemathologic Malignancies : Two Additional Cases. Ann.Hematol.1996, 73: 297- 302.
- 13). Federle MP, Jeffrey RB Jr.Hemoperitoneum Studied by Computed Tomography. Radiology 1983;148(1): 187- 92.