

Conduite à tenir devant une splénomégalie

DEFINITION. On appelle **splénomégalie** une augmentation de volume (mégalie) de la rate (spléno). Ceci est repérable à la palpation ou à l'échographie. Toute rate palpable est pathologique.

DIAGNOSTIC POSITIF: le diagnostic est clinique

1) Circonstances de découverte :

*SF: -Spléinalgies

- Moins typiques: pesanteur postprandiale, troubles digestifs bâtarde.

*Lors d'un examen clinique systématique.

*Complications (infarctus, rupture, hypersplénisme),

*NFS: pancytopenie

2) Examen clinique :

Inspection : voussure (si SPM énorme)

Percussion: entre 8^e - 11^e côte : matité

Palpation: en décubitus dorsal ou latéral droit, bord Antérieur crénelé, mobilité à la respiration, absence de contact lombaire, pôle supérieur n'est jamais palpable sauf si rate en ptose.

Pour mesurer la SPM, plusieurs moyens sont déployés, dont la classification OMS en stades (0 à 5), le calque et le débord ou la flèche splénique (la plus utilisée en hémopathie)

3) Iconographie:

- ASP: ombre splénique > 12cm
- Écho abdominale: homogénéité + taille
- Scanner abdominal : homogénéité + taille + vascularisation, rates accessoires, adénopathies.

DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL

1. Gros rein gauche : en arrière, contact lombaire, immobile à l'inspiration.
2. Tumeur de l'angle colique : immobile sans incisures, pôle inférieur mal limité.
3. Kyste du mésentère
4. Une tumeur gastrique, et tumeur de la queue du pancréas.
5. Lobe gauche hépatique

DIAGNOSTIC ETIOLOGIQUE

- ✚ Interrogatoire : ATCD, origine ethnique, consanguinité, rechercher des signes généraux, date d'apparition, contexte clinique.
- ✚ Examen clinique : préciser les caractères sémiologiques de la SPM (matité à la percussion, mobilité respiratoire, taille (OMS, débord splénique, calque: évolution de la SPM), bord antérieur crénelé, pôle supérieur non palpé sauf si rate ptosée, sensibilité, la surface, la consistance, pas de contact lombaire). Rechercher les signes d'HTP (ascite, CVC, OMI, HPM), ictère, douleurs osseuses, ADP, PCM, syndrome hémorragique.

- ✚ Examens complémentaires : doivent être demandés devant toute SPM :
- FNS, frottis sanguin, taux de Réticulocytes.
 - Fonction hépatique.
 - Bilan inflammatoire

D'autres examens seront demandés en fonction des éléments d'orientation initiaux
Bilan d'hémolyse, E- Hb, test de coombs, RG

Les étiologies :

1. Infectieuses : septicémies, parasitoses (paludisme, Kala Azar, kyste hydatique), TBC, virose.
2. Hématologiques : anémies hémolytiques, hémopathies malignes (LA, SLP, SMP, Lymphomes),
3. Congestives : cirrhose, syndrome de Budd Chiari
4. Inflammatoire : Polyarthrite Rhumatoïde, sarcoïdose, LED, RAA.
5. Surcharge : amylose, histiocytose, maladie de Gaucher
6. Splénomégalies primitives isolées : Tumeur bénigne, fibrome, dysembryome, kystes lymphatiques, tumeur maligne, fibrosarcome, angiosarcome, mais aussi lymphomes spléniques isolés
7. Idiopathiques : méditerranéenne, tropicale.

Si pas d'étiologie et splénomégalie hétérogène, faire splénectomie diagnostique (penser à faire un écho-doppler abdominal), ne jamais indiquer une biopsie splénique.

La splénectomie a une autre indication : thérapeutique dans certaines situations (traumatisme de la rate) ou pathologies (béta thalassémie, anémie hémolytique auto-immune, microsphérocytose...) après vaccination contre le pneumocoque et l'*haemophilus influenzae* (HI)

Conséquences de la splénectomie:

Hyperleucocytose entre 15 à 30 G/L

Thrombocytose de 600 à 1 000 000/mm³

Frottis: corps de Howell-Jolly, corps de Heinz et anneaux de Cabot (leur absence est suspecte : recherche de rate accessoire).

Infections à pneumocoque et HI (nécessité d'une prophylaxie : chimio prévention par antibiothérapie pendant 2 ans et vaccination)

Thrombose porte (risque immédiat)

Bougherira Soraya

Faculté de Médecine Annaba

E-mail : bougherirasoraya@yahoo.fr

