

SEMIOLOGIE DES SPLENOMEGALIES

Objectifs

Enumérer les 5 stades de la classification de Hackett

Décrire 4 complications

Citer 4 diagnostics différentiels

Citer 4 étiologies

Plan

I Introduction

II Diagnostic positif

II-1 Circonstances diagnostiques

II-2 Examen physique

II-3 Examens paracliniques

III- Diagnostic différentiel

IV- Diagnostic étiologiques

IV-1 Splénomégalie dans un contexte infectieux

IV -2 Splénomégalies d'origine vasculaire

IV -3 Splénomégalies d'origine inflammatoire

IV -4 Splénomégalies d'origine hématologique

IV -5 Les maladies de surcharge

IV -6 Splénomégalies tumorales

Conclusion

I Introduction

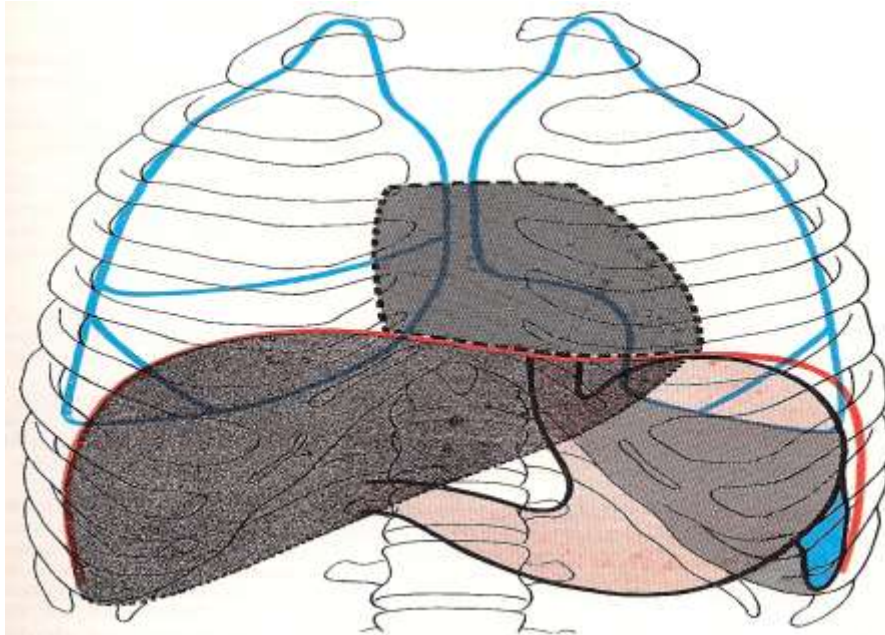
Définition

La splénomégalie est une augmentation anormale du volume de la rate qui devient perceptible à l'examen clinique.

Rappel

La rate est un organe lymphoïde, situé dans l'hypochondre gauche, en position thoraco abdominale, en dérivation entre la grande circulation et la circulation portale.

Elle a une fonction de régulation du flux sanguin, de stockage (contient 30 % de la masse plaquettaire), de filtre via les macrophages qui permettent l'élimination des hématies anormales ou vieilles....., et immunitaire impliquant des cellules lymphoïdes et des macrophages .



Les mécanismes

La survenue de la splénomégalie est soit :

- réactionnelle avec hyperplasie des cellules de la rate ;
- liée à une augmentation de la pression Porte ;
- liée à une prolifération cellulaire maligne ;
- liée à une surcharge métabolique ;
- liée à une séquestration splénique ;
- liée à une métaplasie myéloïde de la rate.

II Diagnostic positif

II-1 Circonstances diagnostiques :

La découverte peut se faire devant des symptômes que sont :

- des splénalgies (pesanteur, douleur modérée) de l'hypochondre gauche, irradiant vers l'épaule gauche.
- Complications :
 - Une douleur intense qui est orientée vers une complication :
 - *infarctus splénique* réalise une douleur basi-thoracique gauche exacerbée à l'inspiration, associée à une hyperdensité triangulaire au scanner.

- -*hématome* sous-capsulaire traumatique ou sur rate pathologique ;
- -*la rupture splénique* survient dans un contexte de collapsus voire de choc
- L'hypersplénisme : découverte peut être fortuite à la NFS qui objective une cytopénie (anémie, thrombopénie, bicytopénie, pancytopénie) périphérique régénérative.

II-2 Examen physique note

Inspection: note une voussure de l'hypochondre gauche

Palpation: s'effectue chez un sujet en décubitus dorsal, jambe légèrement fléchies, respirant la bouche ouverte. L'examineur placé à droite du malade, la main droite posée à plat avec les doigts en crochet sur la fosse iliaque gauche remontant vers le rebord costal gauche perçoit une masse mobile qui descend à l'inspiration profonde ; superficielle car les doigts ne peuvent s'insinuer entre la masse et l'auvent costal au-dessous duquel elle se poursuit ; à pôle inférieur ovale et à bord antéro interne est crénelé : c'est la technique de Middelton
La palpation en décubitus latéral droit, est plus indiquée en cas d'obésité.

Percussion: recherche une matité de l'hypochondre gauche ; surtout de l'espace de Traube qui est habituellement sonore ; limité par le rebord de la 6^{ème} côte (en haut), la ligne axillaire moyenne (latéralement) et la dernière côte (en bas)

Résultats: splénomégalie

Au terme de l'examen clinique, il faut faire une **stadification selon**

- Classification de **Hackett** (1963)

stade 1 : sous le grill costal ;

stade 2: n'atteint pas la ligne passant par l'ombilic ;

stade 3: atteint la ligne passant par l'ombilic ;

stade 4 atteint la ligne passant par les épines iliaques antérocraniales;

stade 5 : plonge dans la fosse iliaque

- mesure taille de la rate en cm, sous le grill costal et faire un schéma qui servira de référence pour l'évolution.

Selon la SFH on distingue la splénomégalie minime (débord de 1–2 cm), modéré, ou massif (plus de 10 cm de débord). La mesure de la taille de la rate permet de faire le calcul du score de SOKAL (leucémie myéloïde chronique)

II-3 Examens paracliniques

Echographie ou la tomodensitométrie : grand axe > 13 cm ; diamètre transverse > 5 cm.

III- Diagnostic différentiel

- Gros rein gauche: contact lombaire, ballotement rénal
- Tumeur de l'angle colique gauche: trouble du transit, masse
- Tumeur mésentérique: tumeur mobile par rapport aux deux plans, troubles du transit
- Tumeur queue pancréas: vomissements, douleur
- Tumeur gastrique: épigastralgies, saignements gastriques, vomissements
- Tumeur lobe gauche foie: ictère
- une grosse tumeur surrénalienne
- une tumeur ovarienne gauche énorme

IV Diagnostic étiologiques

S'aider de l'enquête étiologique : Etat civil, origine géographique, âge, antécédents pathologiques, les analyses (hémogramme, transaminases, bilirubine, haptoglobine ...), examen clinique complet (surtout splénique, ganglionnaire) et la radiologie (RX thorax, TDM,....)

IV-1 Splénomégalie d'origine infectieuse

-Tableau aigu : SIRS , sepsis, sepsis sévère, choc septique....

- Infections bactériennes : sepsis à germes banals (Pneumocoque, staphylocoque...), endocardite infectieuse, tuberculose hématopoïétique, fièvre typhoïde
- Infections virales : VIH, la mononucléose infectieuse, le cytomégalovirus
- Infections parasitaires : paludisme (accès palustre)

-Tableau chronique de splénomégalie : paludisme viscéral chronique évolutif, bilharziose hépato splénique, leishmaniose viscérale, la toxoplasmose

IV-2 Splénomégalies d'origine vasculaire

Contexte de signes d'hypertension portale : circulation veineuse collatérale abdominale, ascite, splénomégalie, varices œsophagiennes

Causes: supra-hépatiques : syndrome de Budd-Chiari, insuffisance cardiaque
hépatiques : cirrhose

Infra-hépatiques : thrombose splénique, portale

IV-3 Splénomégalies d'origine inflammatoire

Contexte de maladie systémique : il s'agit le plus souvent de femme jeune, fièvre prolongée, polyarthrite, signes dermatologiques (érythème, vitiligo), atteinte rénale (œdème de type rénal, modification sédiment urinaire, protéinurie glomérulaire), polysérite

Causes: Syndrome de Felty (associe splénomégalie, polyarthrite rhumatoïde et neutropénie), la maladie de Still, le lupus systémique, la sarcoïdose

IV-4 Splénomégalies d'origine hématologique

Contexte d'hémolyse chronique

Une splénomégalie associée à une anémie et à un ictère hémolytique = **triade de Chauffard**

Causes: Hémoglobinopathies (drépanocytose, thalassémies)

enzymopathie (déficit en G6PD, déficit en pyruvate kinase) ,

maladie de la membrane des globules rouges (Minkowski-chauffard,elliptocytose),

Anémie hémolytique auto-immune à anticorps chauds

Contexte d'hémopathies malignes

Tableau de splénomégalie associée à d'autres tumeurs (syndrome tumoral): adénopathies, cutanées, une hépatomégalie non vasculaire

Causes : leucémie aiguë, lymphomes, maladies myéloprolifératives chroniques,

IV-5 Les maladies de surcharge

- Causes : amylose, maladie de Niemann Pick, maladie de Gaucher, hémochromatose
surcharges acquises en fer en cas de polytransfusion chronique

IV-6 Les splénomégalies tumorales

Causes : kyste épidermoïde, sarcome, métastases (rare)

-Conclusion

C'est un signe dont le diagnostic est aisé.

Pose le problème du diagnostic étiologique caractéristique par sa diversité.