

Une torsion de rate baladeuse révélée par un syndrome subocclusif intestinal : observation clinique

Wandering spleen torsion revealed by an acute abdomen: a case report

Germain M. Muanda¹, Israël M. Mwepu¹,
Valentin T. Kazadi¹, Jean-Baptiste Mputu-
Yamba¹

Correspondance

Germain Muanda Matoko

Courriel: muandamatoko@gmail.com

Summary

Wandering spleen is a rare condition brought about through laxity or absence of intraperitoneal ligaments. At 5 years old, a child was admitted in emergency for three-day history of abdominal colic, fever, bloated abdominal without stop of stool or gas. Clinical examen and sonography show ectopic spleen. Chirurgical intervention revealed wandering spleen torsion treated by splenectomy. Authors reported a rare case of spleen malformation complicated by torsion revealed by bowel subocclusion with complete resolution of symptoms after splenectomy.

Keywords: acute abdomen, torsion, wandering spleen, splenectomy

Received : July 7th, 2017

Accepted : August 13th, 2018

1 Service de Pédiatrie, Département de Chirurgie, Cliniques Universitaires de Kinshasa, RDC

Résumé

La rate baladeuse est une malformation rare due à une hyperlaxité ou à une agénésie des ligaments suspenseurs de la rate, relevant d'une anomalie congénitale ou acquise. A 5 ans, une fillette était admise pour une courte histoire de coliques abdominales, fièvre, ballonnement abdominal sans arrêt des matières et gaz. L'examen clinique et l'échographie abdominale ont montré une rate ectopique (flanc droit). L'intervention chirurgicale réalisée a montré une torsion splénique sur rate baladeuse traitée par une splénectomie. Les auteurs présentent ce cas inhabituel de malformation splénique compliquée de torsion révélée par un syndrome subocclusif intestinal opéré d'évolution favorable.

Mots clés : abdomen aigu, torsion, rate baladeuse, splénectomie

Reçu : 7 juillet 2017

Accepté : 13 août 2018

Introduction

La rate baladeuse (ou ectopique ou errante ou flottante) est une malformation rare dont l'incidence rapportée dans les splénectomies est inférieure à 0,25% (1,2). Moins de 500 cas de cette anomalie ont été décrits dans la littérature (1). Elle se caractérise par une mobilité excessive de la rate due à l'absence totale de moyens de fixité de celle-ci et à un pédicule splénique anormalement long (3, 4). Cependant, son étiologie exacte demeure inconnue. L'infarctus splénique consécutif à la torsion pédiculaire représente l'une de ses complications les plus redoutables et une cause rare d'abdomen aigu chirurgical (5). Les auteurs rapportent ici, un cas inhabituel de torsion d'une rate baladeuse chez une enfant traitée par splénectomie.

Observation clinique

Patiente âgée de 5 ans est reçue aux urgences des Cliniques Universitaires de Kinshasa (CUK) pour coliques abdominales, vomissements et fièvre depuis 3 jours. Ses antécédents sont sans particularités (il n'existe aucune information sur les consultations prénatales ni sur l'existence de malformations congénitales dans la famille). L'histoire de l'affection actuelle est émaillée par plusieurs épisodes de douleurs abdominales traités à domicile avec des plantes non autrement identifiées et non sécurisées, sans amélioration. L'évolution a été marquée par la survenue d'un ballonnement abdominal et des vomissements (sans arrêt de matières et de gaz) ayant motivé sa consultation dans un centre de santé du quartier qui décida de son transfert aux CUK. L'examen clinique initial, notait une polypnée à 36 cycles par minute, une tachycardie à 160 battements par minute et un état fébrile à 39,8°C. Elle avait également un cerne orbitaire, une sécheresse de muqueuses et des plis paresseux de déshydratation. L'abdomen était ballonné, souple, avec une masse au flanc droit d'environ 15 sur 8 cm de diamètres, de consistance ferme, de surface régulière, mobile, mate à la percussion et indolore. Le péristaltisme était présent et de tonalité normale. Le diagnostic de sepsis à porte d'entrée digestive est évoqué qui sera traité médicalement par une antibiothérapie probabiliste. Quarante-huit heures plus tard, un tableau franc d'occlusion intestinale aiguë est survenu. Une nouvelle échographie abdominale pratiquée en urgence a mis en évidence une rate dans le flanc droit, majorée de taille, ainsi que des anses grêles retrouvées en totalité dans le flanc et la fosse iliaque gauches. Une intervention chirurgicale urgente a été décidée. La découverte peropératoire a révélé ce qui suit :

- une rate ectopique, localisée dans le flanc droit, augmentée de volume, mobile, avec absence totale des ligaments suspenseurs, parsemée de petites zones d'infarctissement, dont le pédicule long

de 10 cm présentait une torsion à 2 spires (fig.1 et fig. 2);



- 3 rates surnuméraires sur le pédicule splénique;
- Des concrétions en « tâches de bougie » disséminées sur le grand épiploon et le mésentère (non illustrées).

Le diagnostic évoqué est d'une torsion splénique sur une rate baladeuse compliquée de pancréatite aiguë. Nous avons réalisé une splénectomie totale préservant les rates surnuméraires. En postopératoire, la patiente avait reçu une vaccination anti-pneumococcique et une antibiothérapie à l'Amoxicilline. Les suites opératoires étaient simples. Les examens complémentaires demandés (analyse anatomo-pathologique de la pièce opératoire,

l'électrophorèse de l'hémoglobine, l'amy-lasémie, etc.) n'ont pas été réalisés faute de moyens financiers.

Discussion

La torsion de la rate baladeuse est une pathologie rare, affectant préférentiellement l'enfant (5-6). L'observation clinique que nous rapportons corrobore cette affirmation. Toutefois, quelques cas ont été décrits chez la femme en période d'activité génitale (4, 6-8) ainsi que chez la personne âgée (6). Il s'agit d'une pathologie secondaire à une hyperlaxité ou à une agénésie des ligaments suspenseurs de la rate, relevant d'une anomalie congénitale ou acquise (6,8). La forme congénitale est due à un défaut d'accolement du mésogastre postérieur avec allongement du pédicule splénique, ce qui confère à la rate une certaine liberté dans la cavité abdominale (6). Quant à la forme acquise, plusieurs facteurs ont été incriminés, notamment : la distension gastrique, la splénomégalie, le traumatisme abdominal et la grossesse (6). Dans notre observation, les différents organes qui maintiennent la rate en place ; en particulier l'estomac, le rein, et le côlon gauches étaient présents. En revanche, l'absence de vaisseaux courts de la rate, d'épiploons gastro-splénique et pancréatico-splénique, ainsi que des ligaments phrénico-colique et spléno-colique gauches suggère l'origine congénitale de cette rate baladeuse. Le jeune âge de l'enfant est un autre argument en faveur de l'hypothèse congénitale évoquée de cette anomalie. L'agénésie des moyens de fixité de la rate était vraisemblablement la cause de la mobilité de cet organe et sa localisation inhabituelle dans le flanc droit.

Sur le plan clinique, la rate baladeuse peut rester longtemps asymptomatique (6-7). Sa découverte peut être fortuite lors d'un examen abdominal ou d'un bilan d'imagerie (échographie ou tomodensitométrie abdominales) réalisé pour une autre indication (6-7). Elle peut également se manifester par des douleurs abdominales intermittentes témoignant de crises de torsion et

de détorsion spontanées (6,9), tel que décrit chez notre patiente. La torsion de la rate baladeuse favorisée par sa mobilité, son poids et la longueur de son pédicule peut être irréversible (6). Elle peut se manifester par un abdomen aigu chirurgical où la douleur abdominale vient au premier plan, associée parfois à des nausées et des vomissements et à de la fièvre (6). Ces signes cliniques ont également été relevés dans notre observation. La palpation de l'abdomen recherche des signes péritonéaux et une masse abdominale mobile (7). L'association de ce tableau d'abdomen aigu à une masse abdominale mobile doit faire évoquer le diagnostic de torsion de rate baladeuse (7) dans le diagnostic différentiel.

Les complications de cette pathologie sont liées soit à la torsion soit à la compression des autres organes intra-abdominaux (1). Il peut s'agir de pancréatite aiguë, d'occlusion intestinale aiguë, de volvulus gastrique, de compression gastrique ou duodénale, et le plus souvent d'infarctus splénique (1). Dans notre observation, la pancréatite et l'occlusion intestinale aiguës, ainsi que des lésions d'infarctissement splénique ont constitué les principales complications retrouvées. Omata J et coll. au Japon ont rapporté un volvulus gastrique associé à une rate baladeuse chez une patiente âgée de 43 ans (3). L'association de cette pathologie à d'autres malformations, notamment à un dolichocôlon sigmoïde a aussi été décrite au Maroc par Bouhaddouti H *et al.* chez une patiente âgée de 27 ans (9).

Toute rate baladeuse doit être traitée même si elle est découverte de façon fortuite. Le traitement conservateur c'est-à-dire la splénopexie doit toujours être privilégiée. La splénectomie n'est indiquée qu'en cas d'infarctus splénique. La présence des lésions d'infarctissement splénique a incité la réalisation de la splénectomie chez cette jeune patiente. La vaccination anti-pneumococcique et l'antibiothérapie doivent être systématiques chez tout patient splénectomisé compte tenu de la fonction immunitaire que joue la rate dans l'organisme,

en tant qu'organe du système réticulo-endothélial. Plusieurs techniques de splénopexie ont été décrites. Stringel *et al.* ont réalisé une fixation de la rate sur son pédicule (10), tandis que Maxwell-Armstrong *et al.* ont décrit une splénopexie sur le grand épiploon (11). Caracciolo *et al.* (12) ainsi que Peitgen *et al.* (13) ont réalisé une splénopexie par transposition de l'angle colique gauche et du ligament gastro-colique. Allen et Andrews ont fixé la rate dans une poche prothétique en Dexon®, tandis que Seashore et McIntosh (14), Van der Staak et Festen (15), ainsi que Steinberg *et al.* (16) ont amarré la rate dans une poche rétropéritonéale postérolatérale au cours d'une laparotomie. Actuellement, la splénopexie par laparoscopie est considérée comme la technique de référence.

Conclusion

La torsion d'une rate baladeuse est une cause inhabituelle d'abdomen aigu chirurgical. Son diagnostic ne doit souffrir d'aucun retard, afin de prévenir l'infarctus splénique qui constitue l'une de ses complications majeures. L'association d'un tableau d'abdomen aigu à une masse abdominale mobile doit faire évoquer le diagnostic de torsion de rate baladeuse. La splénopexie, de préférence par laparoscopie représente la technique chirurgicale de choix de cette pathologie. La splénectomie ne doit être réservée qu'à l'infarctus splénique.

Conflit d'intérêt

Les auteurs ne déclarent aucun conflit d'intérêts.

Contributions des auteurs

Tous les auteurs ont contribué équitablement à la réalisation de cette étude.

Références

1. Sharma A and Salerno G. A torted wandering spleen: a case report. *Journal of Medical Case Reports* 2014; **8**: 133.
2. Gu J. Acute torsion of the wandering spleen. *Royal Australian College of Surgeons* 2014; 798-790.
3. Omata J, Utsunomiya K, Kajiwarra Y, Takahata R, Miyasaka N, Sugasawa H *et al.* Acute gastric volvulus associated with wandering spleen in an adult treated laparoscopically after endoscopic reduction: a case report. *Surgical Case Reports* 2016; **2**: 47.
4. Maoqing J, Ping C, Xinzhong R, Xianwang Y, Qiuli H. Acute torsion of wandering spleen in a 17-year-old girl. *Int J Clin Exp Med* 2015; **8** (7): 11621-11623.
5. Blanc C, Delvaux M, Aggadi Y, Lagier E, Gonzales N, Fourtanier G *et al.* Infarctus de la rate sur torsion du pédicule splénique : syndrome de la rate baladeuse. *Gastroentérologie Clinique et Biologique* 1999 ; **23** : 685.
6. Hamidou D, Léra GA, Seynabou F, Nfally B, Ibrahima K, Mohamadou LG *et al.* Torsion chronique d'une rate baladeuse chez un adolescent : à propos d'un cas. *Pan African Medical Journal* 2016 ; **24** :15.
7. Khalid E, Fatimazahra B, Rachid L, Abdelaziz F, Mohammed L, Nadia B *et al.* Abdomen aigu sur torsion de rate ectopique : à propos d'un cas. *Pan African Medical Journal* 2012 ; **11**: 62.
8. Yoldas O, Karabuga T, Ozsan I, Sahin E, Limon O, Aydin U. Laparoscopic spleen causing chronic pelvic pain. *Ulus Cerrahi Derg* 2016; **32**: 292-4.
9. El Bouhaddouti H, Lamrani J, Louchi A, El Yousfi M, Aqodad N, Ibrahimi A *et al.* Torsion of a wandering spleen. *Saudi J Gastroenterol* 2010; **16**(4): 288–91.
10. Stringel G, Soucy P, Mercer S. Torsion of the wandering spleen: splenectomy or splenopexy. *J Pediatr Surg* 1982; **17**: 373–5.
11. Maxwell-Armstrong CA, Clarke ED, Tsang TM, Stewart RJ. The wandering spleen. *Arch Dis Child* 1996; **74**: 247–8.
12. Caracciolo F, Bonatti PL, Castrucci G, Fusco A, Citterio F. Wandering spleen: treatment with colonic displacement. *J R Coll Surg Edinb* 1986; **31**: 242–4.

13. Peitgen K, Majetschak M, Walz MK. Laparoscopic splenopexy by peritoneal and omental pouch construction for intermittent splenic torsion (“wandering spleen”). *Surg Endosc* 2001; **15**: 413.
14. Seashore JH, McIntosh S. Elective splenopexy for wandering spleen. *J Pediatr Surg* 1990; **25**: 270–2.
15. Van der Staak F, Festen C. Splenopexy in a case of wandering spleen. *Z Kinderchir* 1981; **32**: 94–98.
16. Steinberg R, Karmazyn B, Dlugy E, Gelber E, Freud E, Horev G *et al*. Clinical presentation of wandering spleen. *J Pediatr Surg* 2002; **37**: 30.