

Les splénectomies (Etude rétrospective de 5 ans)

N. BASSIT, R. BENELKHAÏAT, B. FINECH*

*Service de chirurgie viscérale. Hôpital Ibn Tofaïl. CHU Mohammed VI. Marrakech

ملخص

استئصال الطحال هي واحدة من أكثر العمليات المنجزة في جراحة البطن. الأفات النموية تشكل أكثر من نصف المؤشرات. من أجل دراسة المؤشرات الحالية، المظاهر السريرية، الأسباب، العلاج و النتائج، قمنا بدراسة استرجاعية لعمليات استئصال الطحال المنجزة ما بين سبتمبر 2005 و سبتمبر 2010 في قسم جراحة الأضواء بالمركز الصحي الجامعي محمد السادس بمراكش. متوسط العمر كان 39 سنة، يتراوح بين 14 حتى 64 سنة، يتعلق الأمر ب 21 امرأة و 12 رجل. العلة التي تطلبت التدخل كانت فرقرية قلة الصفيحات منيع الذات 21.2%، كيسة عذارية طحالية 18%، صدمة الطحال 15%، خراج الطحال 9%، مرض منكووساكي - شوفار 9%، فقر الدم الحلمي منيع للذات 6%، الكيسي اللمفي 3%، سرطان الدم النخاعي المزمن 3%، ورم دموي للطحال 3%، يفغوما الخلايا الليمفاوية زغلي 3%، الثلاسيميا الكبرى 3%، تمزق كاذبة أم الدم لشريان الطحال 3%، قلة الصفيحات في متلازمة شيفرن 3%، في 97% استئصال الطحال كان كلياً، و في 3% استئصال جزئي. الجراحة بالمكشوف أنجزت في 78.8%، طريقة الجراحة بالتنظير الجوفي أنجزت في 21.2% من الحالات. كل المرضى تلقوا تلقياً مضاداً مكموري رنوي و معالجة بالمضادات الوقائية أساسها البنسلين ج، النتائج الأنية كانت عادية في 87.9% من الحالات. المراضة في الأجل القريب كانت 15%. الوفيات بقيت منعقدة لدى المرضى المتبعين. الكلمات الأساسية: استئصال الطحال - المؤشرات - آفات دموية - لا دموية - صدمة - الجراحة بالمكشوف - الجراحة بالتنظير الجوفي.

Résumé La splénectomie est une des interventions les plus fréquemment réalisées en chirurgie abdominale. Les hémopathies constituent plus de la moitié des indications. Dans le but de faire le bilan actuel de ses indications, d'étudier les aspects cliniques, étiologiques, thérapeutiques et évolutifs, nous avons réalisé une étude rétrospective des splénectomies pratiquées sur une période de 4 ans s'étalant de septembre 2005 à septembre 2010 au service de chirurgie viscérale du CHU Mohammed VI de Marrakech. La moyenne d'âge était de 39 ans avec des extrêmes de 14 à 64 ans, Il s'agissait de 21 femmes et 12 hommes. L'affection ayant imposé l'intervention était: un purpura thrombopénique auto-immun dans (21.2%), kyste hydatique splénique (18%), traumatisme splénique (15%), l'anémie hémolytique auto-immune (6%), la sphérocytose (9%), l'abcès splénique (9%), lymphangiome kystique (3%), leucémie myéloïde chronique (3%), l'hématome splénique (3%), lymphome à lymphocytes villosités (3%), la thalassémie majeure (3%), rupture d'un faux anévrysme de l'artère splénique (3%), thrombopénie sur syndrome de Gougerot-Sjogren (3%). Dans 97% la splénectomie était totale, et partielle dans 3%. C'était une laparotomie dans 78.8%, et une coelioscopie dans 21.2% des cas. Tous les patients ont reçu une vaccination anti-pneumococcique et une antibiothérapie préventive à base de Pénicilline G. Les suites immédiates étaient simples dans 87.9%. La morbidité à court terme était évaluée à 15%. Aucun décès n'a été noté dans notre série.

Mots clés splénectomie - indications - hématologique - non hématologique - traumatisme - laparotomie - coelioscopie.

Abstract Splenectomy is one of the most frequently performed interventions in abdominal surgery. Hematologic diseases constitute more than half of indications. To review its current indications, to study the clinical, etiologic, therapeutic patterns, and outcome, we conducted a retrospective study of splenectomy performed on a 4 years spanning September 2005 to September 2010 in department of visceral surgery CHU Mohamed VI of Marrakech. The average age was 39 years ranging from 14 to 64 years, it was 21 women and 12 men. Splenectomy indication was idiopathic thrombocytopenic purpura (21.2%), splenic hydatid cyst (18%), splenic trauma (15%), autoimmune hemolytic anemia (6%), spherocytosis (9%), splenic abscess (9%), cystic hygroma (3%), chronic myeloid leukemia (3%), splenic hematoma (3%), lymphoma with villous lymphocytes (3%), thalassemia majeure (3%), rupture of false aneurysm of the splenic artery (3%), thrombocytopenia in Sjogren's Syndrome (3%). 97% had total splenectomy, and (3%) partial splenectomy. It was a laparotomy in 78.8% and laparoscopy in 21.2% cases. All patients received a pneumococcal vaccination and antibiotic prophylaxis with penicillin G. The immediate aftermath was simple in 87.9%. The short-term morbidity was assessed at 15%. No deaths were noted in our series.

Keywords splenectomy - indication - hematologic - non-hematological - trauma - laparotomy - laparoscopy.

Introduction

La splénectomie est une des interventions les plus fréquemment réalisées en chirurgie abdominale. Depuis deux décennies, les hémopathies constituent plus de la moitié des indications. Les autres indications sont représentées par l'hypertension portale accompagnée d'hypersplénisme, la pathologie infectieuse, la pathologie tumorale bénigne ou maligne, et les maladies de surcharge.

Matériels et méthodes

Une étude rétrospective des splénectomies pour rates non traumatiques et traumatiques, colligées entre septembre 2006 et septembre 2010 au service de chirurgie viscérale du CHU Mohammed VI de

Marrakech. Il s'agit de 33 cas de splénectomies.

Résultats

33 patients ont été hospitalisés pour réalisation d'une splénectomie. Il s'agit de 21 femmes et 12 hommes avec un sexe ratio (H/F) de 0,57. L'âge moyen des patients était de 39 ans avec des extrêmes de 14 à 64 ans. Six de nos patients étaient suivis pour purpura thrombopénique idiopathique (PTI) sous corticothérapie. Une patiente était suivie pour thalassémie majeure depuis l'âge de 16 ans. Trois patients avaient un antécédent de kyste hydatique. Une patiente était suivie pour syndrome de Gougerot-Sjögren (SGS). Une patiente avait un antécédent de mort fœtale

in utéro. Le syndrome anémique a été retrouvé chez 39,3%, le syndrome infectieux chez 15%, l'altération de l'état général dans 18%, le syndrome hémorragique chez 24,2%, l'ictère cutanéomuqueux chez 15,15% et 33,33% de nos patients présentaient des douleurs de l'hypocondre gauche (HCG). L'examen clinique a objectivé une splénomégalie chez 30,3%, une masse abdominale de l'HCG dans 12% et une défense abdominale dans 9%. La numération formule sanguine et l'échographie abdominale étaient réalisées dans 100% des cas, la tomodensitométrie chez 27% des cas. Les indications étaient un purpura thrombopénique idiopathique (PTI) (21,2%), le kyste hydatique splénique (KHS) (18%), les traumatismes spléniques (15%), l'abcès splénique (9%), l'anémie hémolytique sur sphérocytose (9%), l'anémie hémolytique auto-immune (AHA) (6%), le lymphangiome kystique (3%), la leucémie myéloïde chronique (LMC) (3%), l'hématome splénique (3%), le lymphome à lymphocytes villeuses (LLV) (3%), la thalassémie majeure (3%), une rupture de faux anévrisme de l'artère splénique (3%), une thrombopénie sur Syndrome de Gougerot-Sjörgen (3%) (voir tableau I).

Tableau I : Indications des splénectomies dans notre série

Indications	Nombre	H	F	Age moyen (ans)
Maladies hématologiques				
PTI	7	1	6	27 (14-40)
AHA	2	0	2	44,5 (26-63)
Sphérocytose	3	0	3	20 (16-24)
LMC	1	0	1	36
LLV	1	0	1	62
Thalassémie majeure	1	0	1	20
Thrombopénie auto-immune :				
SGS	1	0	1	48
Maladie non hématologique				
Lymphangiome kystique	1	0	1	18
Hématome splénique	1	0	1	37
kyste hydatique splénique	6	2	4	40 (16-64) 37,5 (25-30-50)
Abcès	3	3	0	
Traumatisme splénique	5	5	0	27,5 (15-40)
Rupture faux anévrisme de l'artère splénique	1	1	0	50
Total	33	12	21	39 (14-64)

La voie d'abord a été une incision sous costale gauche (ISCG) dans 18%, une laparotomie médiane sus ombilicale (LMSO) dans 60,6%, et

21,2% de nos patients ont bénéficié d'une splénectomie par voie coelio-chirurgicale. Une splénectomie totale a été réalisée dans 96,9%. Dans 30,3% la technique a été une luxation de la rate, et dans 45,5% une splénectomie rate en place. Une splénectomie partielle polaire inférieure a été faite dans un cas de lymphangiome kystique. Le drainage a été réalisé chez 87,9% de nos patients, un patient a bénéficié d'une omentectomie associée pour hydatidose péritonéale, et multiples kystes hydatiques spléniques. Une cholécystectomie pour vésicule lithiasique a été réalisée dans un cas de thalassémie majeure. 24,24% de nos patients ont présenté un saignement peropératoire et 33,3% des patients ont nécessité une transfusion. Elle a intéressé 11 patients, soit 33 % des cas. Tous les patients ont reçu une vaccination anti-pneumococcique et une antibioprophylaxie à base d'Oracilline à raison de 2 millions d'UI/j. L'anticoagulation à base d'héparine de bas poids moléculaire n'a pas été systématique dans notre série. Elle a intéressé 11 patients, soit 33 %. Les suites immédiates étaient simples dans 28 cas soit 84,8 %. Aucun décès n'a été noté dans notre série. La morbidité à court terme est évaluée à 15%. Il s'agit principalement d'une infection de la paroi dans un cas de kyste hydatique qui a bien évolué sous antibiothérapie, les complications thrombo-emboliques: une thrombose de la veine mésentérique dans un cas de thrombopénie auto-immune (SGS), une thrombose de la veine porte dans un cas d'AHA qui ont bénéficié d'un traitement anticoagulant avec évolution favorable, et un accident vasculaire cérébral ischémique en post opératoire dans un cas de LMC. Dans le cas de rupture de faux anévrisme de l'artère splénique, Une pancréatite stade C est survenue en post opératoire immédiat, l'évolution était bonne sous traitement médical. Les suites lointaines étaient marquées par la survenue d'une anémie de Biermer avec thrombocytose dans un cas d'AHA. Une rechute dans 2 cas de PTI à 8 mois et 10 mois de la splénectomie. L'étude anatomopathologique était normale dans 20 cas, elle a confirmé le diagnostic de kyste hydatique dans les 6 cas de kyste hydatique opérés et d'abcès splénique dans 3 cas. Elle a permis le diagnostic de: LMC par la mise en évidence de lésions suppurées de périssplénite avec métaplasie myéloïde, de lymphangiome kystique, de LLV, de syndrome myéloprolifératif dans un cas d'AHA et d'un hématome remanié dans un cas de suspicion de tumeur splénique.

Discussion

Le rôle de la splénectomie dans le traitement de différentes affections est connu depuis cent ans. Mais les connaissances actuelles des fonctions immunitaires de la rate et des risques

de l'asplénie rendent nécessaire de bien discuter ses indications [1]. L'objectif de la splénectomie dépend de son indication [2], qui peut être diagnostique ou thérapeutique. Sa réalisation se pose soit en urgence pour traumatisme, soit plus rarement à froid pour une indication médicale [3]. Les principales indications de la splénectomie sont [2]: Les maladies hématologiques bénignes: Le purpura thrombopénique idiopathique (PTI) est la principale indication, représentant 50 à 80 % des splénectomies laparoscopiques. Les autres pathologies hématologiques bénignes sont plus rares comme la sphérocytose héréditaire, l'anémie hémolytique, la thalassémie ou les infections virales. Les maladies hématologiques malignes: Les syndromes myéloprolifératifs (myélofibrose, leucémie myéloïde chronique ou aiguë, polycythémie) ou lymphoprolifératifs (maladie de Hodgkin, lymphome non hodgkinien, leucémie lymphoïde chronique [LLC], leucémie à tricholeucocytes) sont des indications potentielles de la splénectomie laparoscopique [4,5]. La splénectomie qu'elle soit par laparoscopie ou par laparotomie a un but diagnostique, et plus rarement thérapeutique [2]. Dans notre série les maladies hématologiques constituaient 47% (n=16) des indications, la principale cause était le PTI qui représentaient 43,8% (n=7) des causes hématologiques, suivi par la sphérocytose 18,8% (n=3), l'anémie hémolytique auto-immune 12,5% (n=2). Les hémopathies malignes représentaient 12,5%, c'était un cas de leucémie myéloïde chronique et un cas de lymphome à lymphocytes villeuses. La splénectomie dans ces deux cas a permis le diagnostic. Les lésions spléniques malignes isolées, primitives ou secondaires: elles sont rares et représentent moins de 10 % des splénectomies. Les principales tumeurs primitives sont le lymphangiosarcome, l'hémangiosarcome, et le lymphome [6]. Les tumeurs spléniques métastatiques isolées sont essentiellement d'origine ovarienne, mammaire, pulmonaire ou cutanée (mélanome) [7]. Les kystes et tumeurs de la rate: sont des lésions rares, de découverte le plus souvent fortuite. Généralement asymptomatiques, elles peuvent se manifester par des douleurs de l'hypochondre gauche. Les kystes spléniques demeurent les lésions les plus fréquemment retrouvées. On distingue les pseudokystes, évolution d'une contusion splénique ou d'un infarctus et les kystes vrais. Parmi ces derniers, certains sont congénitaux, (kyste épidermoïde) et d'autres, plus rares, sont acquis d'origine infectieuse (kystes hydatiques et abcès) ou tumorale (lymphangiome, angiome voire tumeur nécrosée) [8]. Dans notre série les lésions kystiques représentaient 58,8% des causes non hématologiques (51,5%), il s'agissait essentiellement du kyste hydatique

splénique dans 35,3%, d'abcès splénique dans 17,6%, et d'un cas de lymphangiome kystique (5,88%). L'anévrisme et le faux anévrisme spléniques: L'anévrisme splénique a une prévalence de 0,04 % à 0,1 %, atteignant 20 % chez le patient cirrhotique avec hypertension portale. Dans 20% des cas, il est multiple. Du fait de son risque évolutif vers la rupture, il doit être traité en cas de douleurs, chez la femme en âge de procréer, en cas d'hypertension portale ou d'indication à une transplantation hépatique et de diamètre supérieur à 2 cm [9]. Les traumatismes spléniques: La rate, organe encapsulé et fragile, est l'organe plein le plus souvent atteint dans les traumatismes fermés de l'abdomen, et son atteinte lors d'une contusion abdominale est une éventualité à la fois fréquente et potentiellement grave. Si les années 1950 sont marquées par un essor de la splénectomie pour les traumatismes de rate, un geste salvateur qui a permis une diminution de la mortalité, on a observé ensuite une prise de conscience progressive du risque accru d'infections fulminantes chez le splénectomisé, enfant, comme adulte, depuis, le nombre de splénectomies pour traumatisme n'a cessé de décroître en faveur du traitement non opératoire grâce à l'utilisation de méthodes de plus en plus précises d'exploration et de surveillance des lésions [10]. Dans notre série l'origine traumatique représente 14,7% des indications de splénectomie, la cause a été dans 100% des cas les AVP. Tous les patients ont bénéficié d'une splénectomie totale vu leur état hémodynamique instable. La prise en charge thérapeutique: Même s'il existe peu de données factuelles sur la supériorité de l'abord coelioscopique dans la chirurgie des rates pathologiques, cette technique s'est imposée ces dernières années. Les indications, initialement limitées au PTI, se sont nettement répandues, et maintenant la plupart des auteurs recommandent la coelioscopie pour les splénomégalies, voire les splénomégalies massives (> 20 cm). La maîtrise de la splénectomie coelioscopique, associée à un intérêt croissant pour la chirurgie conservatrice a rendu possible la pratique systématisée et sûre des splénectomies partielles coelioscopiques [11]. Il n'en demeure pas moins que la splénectomie par laparotomie est une intervention sûre et simple, qui doit être maîtrisée dans le cadre de la chirurgie générale d'aujourd'hui. La conservation splénique est devenue un objectif en traumatologie, elle l'est a fortiori dans le traitement des lésions spléniques bénignes [12]. Depuis 20 ans, des techniques chirurgicales de préservation splénique se sont développées en raison du nombre croissant de complications survenant à plus ou moins long terme après la splénectomie. Les deux complications principales sont les complications infectieuses

et thromboemboliques. Les complications infectieuses sont bien documentées. Leur incidence varie avec l'indication de la splénectomie, et n'est que de 1 % chez l'adulte non immunodéprimé. Elles se caractérisent par leur extrême gravité avec un taux de mortalité proche de 50 %. Elles surviennent dans la majorité des cas, dans les deux premières années qui suivent la splénectomie. Leur traitement est avant tout préventif et repose sur la vaccination et l'éducation des malades. Les complications thromboemboliques post splénectomie sont peu fréquentes, peu étudiées et ne font pas l'objet de mesures préventives particulières [13]. La vaccination anti-méningocoque, anti-pneumocoque et anti-Haemophilus influenzae de type B est recommandée 15 jours avant toute splénectomie programmée [2]. L'antibioprophylaxie doit être débutée lors de l'induction de l'anesthésie. En postopératoire, elle est continuée par la prise d'oracilline pendant deux ans afin de diminuer le risque d'infection [2].

Conclusion

Les indications de la splénectomie sont très larges. Elles sont dominées dans notre série par les causes hématologiques qui représentent 47% des indications (principalement le PTI). Les causes non hématologiques représentent 38,3% des indications (essentiellement le KHS). L'origine traumatique représente 14,7% des causes. La splénectomie totale qui a été longtemps le traitement chirurgical exclusif n'est plus un dogme. Une place de plus en plus importante est réservée à la chirurgie conservatrice. La voie laparoscopique s'est rapidement imposée comme la voie d'abord de référence. Les complications de la splénectomie sont nombreuses, dominées par l'infection et les complications thromboemboliques.

Références

- 1-Cardière GB. Splénectomie par voie laparoscopique. Encycl Méd Chir, Elsevier, Paris, Techniques chirurgicales. Appareil digestif 1997;40:752-810.
- 2-Borie F, Philippe C. La splénectomie par laparoscopie: indications, principes, résultats. J Chir 2009;146:336-46.
- 3-Breil P. Splénectomie. Encycl Méd Chir, Techniques chirurgicales. Appareil digestif 1997;40:750.
- 4-Casaccia M, Torelli P, Squarcia S. Laparoscopic splenectomy for hematologic diseases: a preliminary analysis performed on the Italian Registry of Laparoscopic Surgery of the Spleen (IRLSS). Surg Endosc 2006;20:1214-20.
- 5-Boddy AP, Mahon D, Rhodes M. Does open surgery continue to have a role in elective splenectomy?. Surg Endosc 2006;20:1094-8.
- 6-Tessier DJ, Pierce RA, Brunt LM. Laparoscopic splenectomy for splenic masses. Surg Endosc 2008;22:2062-6.

- 7-Makrin V, Avital S, White I. Laparoscopic splenectomy for solitary splenic tumors. Surg Endosc 2008;22:9-12.
- 8-Alkofer B, Lepennec V, Chiche L. Kystes et tumeurs spléniques: diagnostic et prise en charge. J chir 2005;142:6-13.
- 9-Madoff DC, Denys A, Wallace MJ. Splenic arterial interventions: anatomy, indications, technical considerations, and potential complications. Radiographics 2005;25(Suppl1):191-211.
- 10-Arvieux C, Reche F, Breil P, Létoublon C. Traumatismes de la rate : principes de technique et de tactique chirurgicales. Encycl Méd Chir. Techniques chirurgicales-Appareil digestif 2009;40:750.
- 11-Munoz-Bongrand N, Sarfati E. Chirurgie des rates pathologiques. Encycl Méd Chir. Techniques chirurgicales. Appareil digestif 2009;40:753.
- 12-Godiris-Petit G. Splénectomie partielle par laparoscopie et ultracision: À propos de deux cas. J Chir 2007;144:339-41.
- 13-Benoist S. Les complications à moyen et long terme de la splénectomie. Ann Chir 2000;125:317-24.