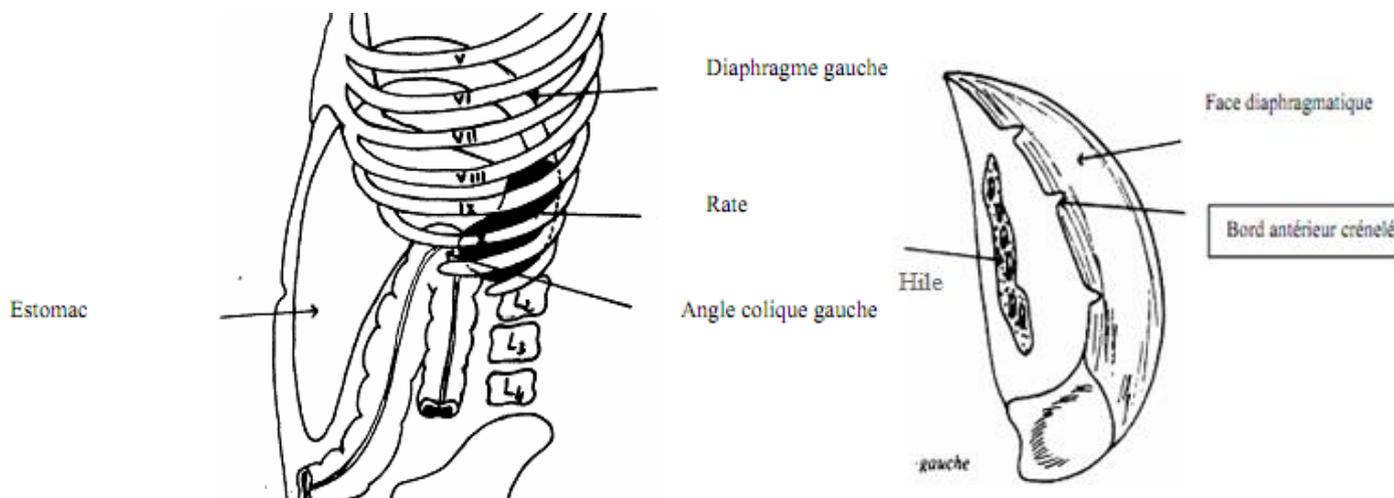


LES SPLENOMEGALIES

I. RAPPEL ANATOMO-PHYSIOLOGIQUE

La rate se situe dans l'hypochondre gauche, derrière l'auvent costal, entre la 9^e et la 11^e côte transversalement entre la ligne axillaire moyenne et la ligne axillaire postérieure. Elle est limitée en haut par le diaphragme, en bas par l'angle colique gauche, en dedans par l'estomac, et en arrière par le rein gauche. En temps normal, elle ne déborde pas du rebord costal, sauf chez le jeune enfant et le sujet longiligne.



La rate possède plusieurs fonctions :

- **Hématopoïèse** : chez le fœtus et dans certaines hémopathies.
- **Immunité** : sous la dépendance du tissu lymphoïde et du tissu réticulo-endothélial.
- **Hémolyse** : 25 % des globules rouges sont détruits dans la rate.
- **Hémodynamique** : équilibre du flux sanguin portal.

II. PHYSIOPATHOLOGIE

Une splénomégalie peut être due à plusieurs mécanismes :

- **Hémopathie** : (*splénomégalie hématologique*).
 - o Soit par reprise de la fonction hématopoïétique : ostéo-myélofibrose ou splénomégalie myéloïde.
 - o Soit par prolifération maligne : leucémie lymphoïde chronique, leucémie myéloïde chronique.
- **Hyperhémolyse** : anémie hémolytique (*splénomégalie hématologique*).
- **Infection sévère** : septicémie (*splénomégalie infectieuse*).
- **Maladie de surcharge** : par surcharge des cellules macrophagiques (*splénomégalie de surcharge*).
- **Hypertension portale** : retentissement de l'augmentation de pression dans le système porte (*splénomégalie congestive*).

III. ETUDE SEMIOLOGIQUE

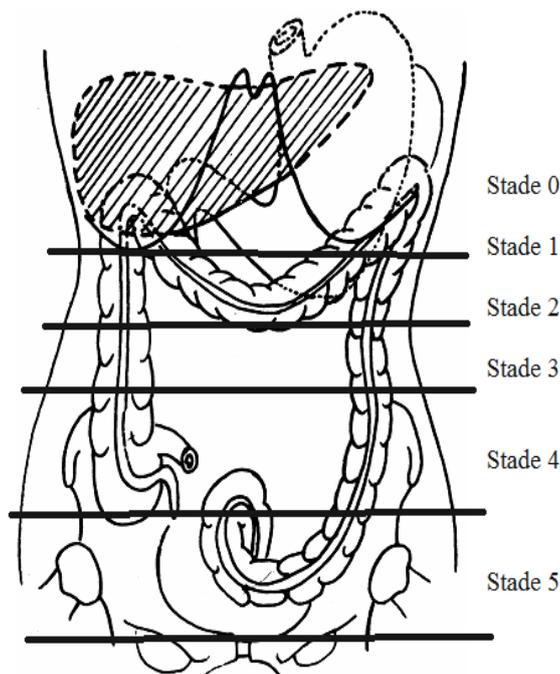
Elle est basée sur le diagnostic positif, le diagnostic différentiel et le diagnostic étiologique de la splénomégalie.

A. DIAGNOSTIC POSITIF

Il se fait grâce à l'examen clinique et aux examens complémentaires.

1. EXAMEN CLINIQUE

- **Inspection** : peu d'intérêt, une splénomégalie apparaît comme une voussure au niveau de l'hypochondre gauche.
- **Percussion** : une splénomégalie déborde largement le rebord costal et donne une matité à la percussion.
- **Palpation** : c'est le temps essentiel de l'examen clinique. La splénomégalie apparaît **mate, mobile** avec les mouvements respiratoires, elle ne donne **pas de contact lombaire**, son **pôle supérieur n'est pas palpable** et surtout son **bord antérieur est crénelé**.
- **Critères de la splénomégalie** :
 - Volume : apprécié en appliquant la classification de l'OMS.
 - **Stade 0** : rate normale, non palpable, pas même en inspiration profonde.
 - **Stade 1** : rate palpable lors de l'inspiration profonde (normal chez le nourrisson).
 - **Stade 2** : rate palpable lors de l'inspiration normale mais ne dépasse pas une ligne passant à égale distance entre le rebord costal et l'ombilic.
 - **Stade 3** : rate qui descend en-dessous de cette ligne mais qui ne dépasse pas une ligne passant par l'ombilic.
 - **Stade 4** : rate qui descend en-dessous de cette ligne mais qui ne dépasse pas une ligne passant à égale distance entre l'ombilic et la symphyse pubienne.
 - **Stade 5** : rate qui descend en-dessous de cette ligne et qui est palpable dans la fosse iliaque gauche.
 - Consistance : ferme et élastique le plus souvent, dure en cas de splénomégalie ancienne.
 - Surface : régulière le plus souvent (parfois irrégulière).
 - Sensibilité : indolore le plus souvent (parfois sensible).



2. EXAMENS COMPLEMENTAIRES

- **ASP** : ombre homogène de la rate contrastant avec les viscères voisins de l'estomac et du côlon.
- **Transit gastroduodénal** : la splénomégalie refoule la grande courbure de l'estomac opacifié.
- **Lavement baryté** : la splénomégalie abaisse et refoule l'angle colique gauche vers la ligne médiane.
- **Urographie intraveineuse** : c'est le plus important, il permet de préciser que le rein gauche est normal.
- **Scintigraphie hépatosplénique** : au technicium, permet de visualiser la splénomégalie.

B. DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL

| Diagnostic | Examen clinique | Examens complémentaires |
|------------------|---|---|
| Gros rein | <ul style="list-style-type: none"> - Le plus important et le plus difficile. - Tuméfaction barrée par la sonorité colique. - Contact lombaire. - Mobile avec la respiration | <ul style="list-style-type: none"> - Urographie intraveineuse. |

| | | |
|--|---|-------------------------------------|
| Tumeur de l'angle colique gauche | - Tuméfaction irrégulière. - Immobile avec la respiration. - Troubles du transit. | - Lavement baryté. - Coloscopie. |
| Hypertrophie du lobe gauche du foie | - Masse médiane. - Bord inférieur mince. - En continuité avec le reste du foie. | / |
| Tumeur de la queue du pancréas ou tumeur du mésentère | / | / |

C. DIAGNOSTIC ETIOLOGIQUE

Basé sur l'interrogatoire, l'examen clinique et les examens complémentaires.

1. INTERROGATOIRE

- Notion de consanguinité et de splénomégalie familiale.
- Signes généraux (fièvre et amaigrissement).
- Signes fonctionnels (hémorragies digestives).

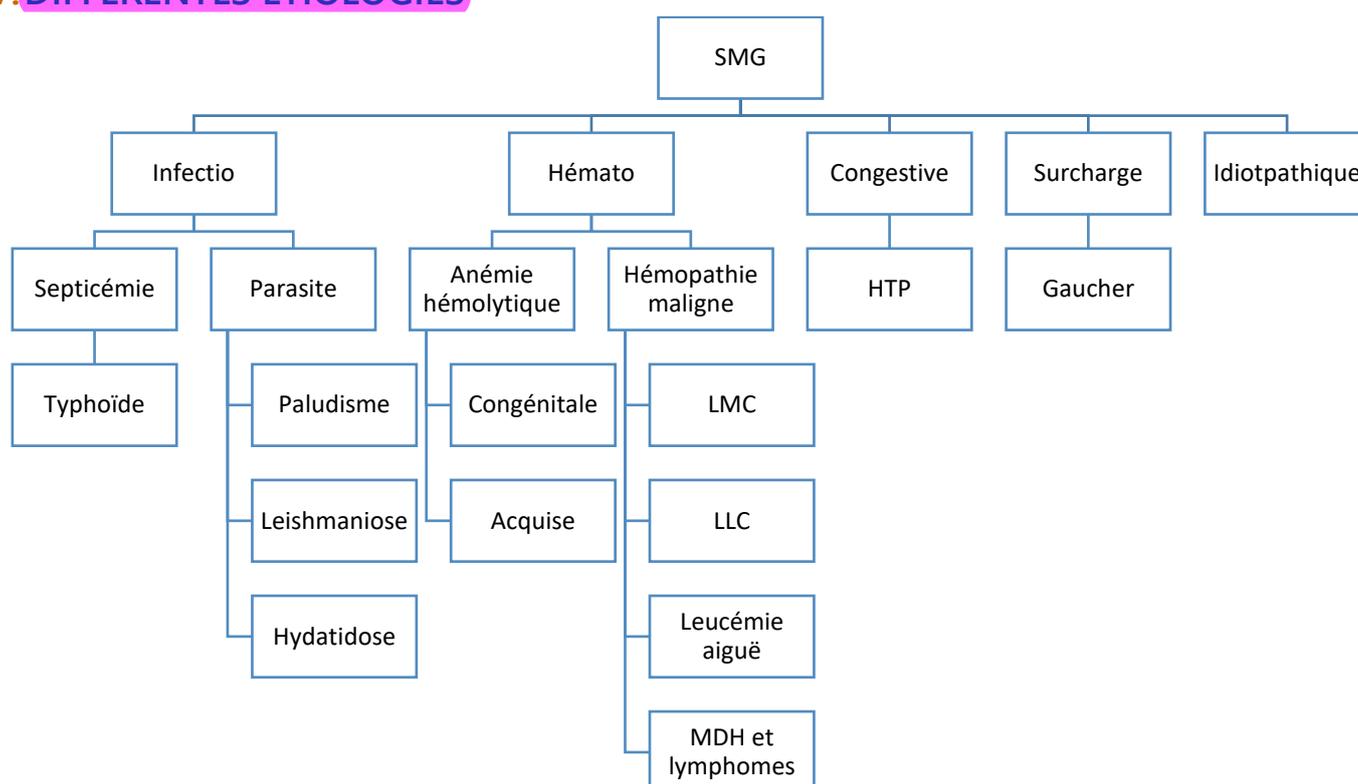
2. EXAMEN CLINIQUE

- Syndrome d'hypertension portale : ascite, CVC et hémorroïdes.
- Hépatomégalie, atrophie du foie, ictère.
- Signes hématologiques : pâleur cutanéomuqueuse, adénopathies, douleurs osseuses, purpura pétéchial, ecchymoses etc...

3. EXAMENS COMPLEMENTAIRES

- NFS et frottis sanguin.
- Taux de réticulocytes.
- Bilirubine indirecte.
- Exploration fonctionnelle hépatique.

IV. DIFFERENTES ETIOLOGIES



| Type | Cause | Examen clinique | Examens complémentaires |
|----------------------|--|---|--|
| INFECTIEUSE | Septicémies | - <u>Syndrome infectieux sévère</u> : fièvre, AEG, SMG de stades 1 ou 2. - <u>En cas de fièvre typhoïde</u> : fièvre en plateau, pouls dissocié, SMG, taches rosées lenticulaires. | - Hémoculture avant tout traitement. |
| | Paludisme | - Fièvre intermittente. - SMG modérée. | - Frottis sanguin. - Goutte épaisse. |
| | Leishmaniose viscérale | - Hyperthermie. - Pâleur cutanéomuqueuse. - SMG volumineuse. | - Médullogramme. |
| | Kyste hydatique | - SMG isolée de surface irrégulière. | - <u>Echographie</u> : formation liquidienne au sein de la rate. - Sérologie positive. |
| HEMATOLOGIQUE | Anémies hémolytiques congénitales ou acquises. | - Pâleur cutanéomuqueuse, subictère, SMG de volume variable. - Congénitale : chez l'enfant, retard staturo-pondéral. | - <u>Bilan biologique</u> : anémie, taux de réticulocytes haut, bilirubine indirecte élevée. - <u>Congénitale</u> : électrophorèse de l'hémoglobine montre une anomalie de l'hémoglobine. |
| | Leucémie myéloïde chronique | - Adulte jeune. - SMG volumineuse, isolée. | - NFS. |
| | Leucémie lymphoïde chronique | - Sujet âgé. - SMG associée à des ADP superficielles, généralisées et symétriques. | - NFS. - Médullogramme. |
| | Leucémie aiguë | - Enfant. - Pâleur cutanéomuqueuse. - Syndrome hémorragique. - Syndrome tumoral : fièvre, douleurs osseuses, ADP. | - NFS. - Médullogramme. |
| | Maladie de Hodgkin et lymphomes non hodgkiniens | - SMG associée à des ADP superficielles et parfois profondes. | - Ponction ganglionnaire. - Biopsie ganglionnaire. |
| CONGESTIVE | Syndrome d'hypertension portale (<i>souvent en rapport avec une cirrhose</i>) | - SMG de volume variable. - Ascite. - CVC abdominale. - Hémorragies digestives. | - <u>FOGD</u> : varices œsophagiennes. |
| SURCHARGE | Maladie de Gaucher | - SMG associée à une HMG. - Retard psychique. - SMG familiale. | - Médullogramme. - <u>Ponction splénique</u> : mise en évidence de cellules de Gaucher (cellules de surcharge). |
| IDIO | Méditerranéenne / Africaine / Algérienne | - Négatif. | - Aucuns. |