

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^ecôte : 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.
- Examen clinique : préciser les caractères sémiologiques de la SPM, 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

Les étiologies :

1. Infectieuses : septicémies, parasitoses (paludisme, KalaAzar, 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. Splénomégalias 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

Conduite à tenir devant une adénopathie

Introduction:

Palpation de ganglions lymphatiques hypertrophiés

- Diamètre > 1 cm ou 2 cm selon la localisation
- Territoires : Cervicales (sous-mentales, sous mandibulaires, mastoïdiennes, prétragiennes, parotidiennes, rétro mandibulaires, jugulocarotidiennes, sus claviculaires), axillaires, sus épitrachéennes, inguinales, rétro crurales.

Diagnostic

1) Diagnostic positif

Préciser les Caractères de l'adénopathie: Siège, Nombre, Unique ou Multiple, Taille en cm, Consistance, Mobilité par rapport aux plans profonds, Sensibilité, le caractère symétrique ou non.

Examen complet : aires de drainage, foie, rate

Petits ganglions durs et indolores => néoplasie

Gros ganglions empâtés douloureux => infection

2) Diagnostic différentiel

Dans tous les territoires: neurinome, fibrome, lipome, abcès,

- **Territoire cervical:** glande salivaire, kyste du tractus thyroïdienne, anévrysme du glomus carotidien, tumeur thyroïdienne ou musculaire, côte cervicale.
- **Territoire axillaire:** hidrosadénite, prolongement axillaire de la glande mammaire.
- **Territoire inguinal:** hidrosadénite, hernie, kyste du cordon, anévrysme.

3) Diagnostic étiologique

Interrogatoire +++ Age, activité professionnelle, animaux, séjour en zone d'endémie parasitaire, ATCD, Traitement et habitudes, contagé TBC, mode de début, évolution.

Examen somatique complet : Signes généraux (AEG, fièvre, sueurs, prurit), rechercher d'autres signes hématologiques (SPM, PCM, syndrome hémorragique), examen du territoire drainé par l'ADP :

- Aires cervicales : face et cuir chevelu, sphère ORL, thyroïde
- Aires sus claviculaires: droit (médiastin), gauche : ganglion de Troisier(viscères sous diaphragmatiques)
- Aires axillaires: membres supérieurs, paroi thoracique, glandes mammaires
- Aires inguinales et rétro crurales : MI, OGE, Marge anale.

SAVOIR QUE L'ADP QUI MERITE DES EXPLORATIONS :

\$ Elle a un diamètre > 1 cm

\$ Evolue depuis plus de 1 mois : chronique

Savoir qu'il est inutile de s'inquiéter devant des ADP multiples sans signes d'accompagnement chez l'enfant (2^e enfance)

Les examens complémentaires à demander devant toute ADP chronique, sont :

- Hémogramme,
- IDR à la tuberculine, sérologie virale (sujets à risque)
- La ponction ganglionnaire,
- La biopsie ganglionnaire (si pas d'explication de l'ADP, ou si suspicion de processus tumoral ou de lymphome).

Les étiologies :

1- Causes infectieuses :

- bactériennes : TBC ganglionnaire (la cause la plus fréquente en Algérie), syphilis, ADP à pyogènes, maladie des griffes du chat, la brucellose, la tularémie
- virales: zona, rubéole, mononucléose infectieuse, SIDA
- parasitaires : toxoplasmose

2- ADP inflammatoires : certaines maladies du système s'accompagnent de polyADP : lupus, maladie de Still, syndrome de Felty, polyarthrite rhumatoïde

3- Adénites dysimmunitaires : Sarcoidose, maladie de Castelman, déficits immunitaires

4- ADP tumorales :

- Hémopathies malignes : maladie de Hodgkin, lymphome non hodgkinien, leucémies aiguës, leucémie lymphoïde chronique, maladie de Waldenström
- ADP métastatiques
 - *ADP cervicales :
 - Hautes et sous maxillaires: tumeur cutanée de la tête et du cuir chevelu
 - Moyennes et basses : tumeur du larynx, pharynx, œsophage, thyroïde
 - Sus claviculaire gauche : tous les cancers digestifs et pelviens, les lymphomes à point de départ abdominal
 - Sus claviculaire droite : tumeurs broncho-pulmonaires, lymphomes médiastinaux
 - *ADP axillaires: cancers et lymphomes du sein, mélanome du membre supérieur et du thorax
 - *ADP inguinales : cancers de la verge, la vulve, la marge anale

Selon le mode évolutif :

ADP aigus :

- bénignes : d'allure inflammatoire en rapport avec une infection locorégionale. Elles sont généralisées dans certaines infections virales : Mononucléose Infectieuse (MNI), toxoplasmose
- malignes : dans les leucémies aiguës.

ADP chroniques :

- * Unique :
 - TBC,
 - Métastase d'un cancer locorégional,
 - La maladie de Hodgkin,
 - LNH (Lymphome Non Hodgkinien)
- * Multiple : LNH, Leucémie Lymphoïde Chronique, Maladie de Waldenström.