

# Torsion d'une rate ectopique se présentant comme un abdomen aigu

## *Torsion of an ectopic spleen presented as an acute abdomen*

**M. Nyundo<sup>1,2</sup>, F. Ntirenganya<sup>2</sup>, J.C. Byiringiro<sup>1,2</sup>, G. Ntakiyiruta<sup>2</sup> et J. Gashegu<sup>1,2</sup>**

<sup>1</sup>Laboratoire d'Anatomie Clinique, Faculté de Médecine, Université Nationale du Rwanda,

<sup>2</sup>Département de Chirurgie, Centre Hospitalier Universitaire de Kigali et Butare, Rwanda

### RESUME

*Une ectopie splénique est une affection rare ; sa torsion peut être mortelle alors que son diagnostic précoce et son traitement continuent à présenter un défi chez les enfants.*

*Nous présentons un cas d'une jeune fille âgée de 9 ans qui s'est présentée avec des douleurs abdominales intermittentes depuis un mois et dont l'examen physique a mis en évidence une sensibilité abdominale généralisée avec présence d'une masse péri-ombilicale.*

*La torsion d'une rate baladeuse a été suspectée par la clinique et les examens complémentaires et confirmée au cours d'une laparotomie exploratrice. Une rate congestive et nécrotique sur un long pédicule tordu a été retrouvée indiquant une splénectomie totale.*

*Rev Med Brux 2011 ; 32 : 477-9*

### ABSTRACT

*Ectopic spleen is rare and its acute torsion may be fatal while its correct and early diagnosis continues to represent a challenge especially in children.*

*We are reporting a case of a 9 year-old female patient with a one month history of colicky intermittent abdominal pain and whose physical examination revealed a diffuse abdominal tenderness with a large peri-umbilical abdominal mass.*

*A preoperative diagnosis of acute torsion of ectopic spleen was suspected and was confirmed at laparotomy as the spleen pedicle was found twisted. The spleen was congested and gangrenous indicating a splenectomy.*

*Rev Med Brux 2011 ; 32 : 477-9*

*Key words : spleen torsion, wandering spleen, Rwanda*

### INTRODUCTION

La torsion de la rate est une urgence chirurgicale potentiellement mortelle dont le diagnostic précoce et le traitement restent un défi surtout en milieu pédiatrique<sup>1,2</sup>.

C'est une affection rare qui s'observe préférentiellement chez l'enfant dans un contexte anatomique particulier. Il s'agit en effet le plus souvent d'une « *rate baladeuse* », hypermobile ; « *wandering spleen* » des auteurs anglo-saxons.

Cette mobilité anormale de la rate serait due à une hyperlaxité des ligaments suspenseurs de la rate ou à leur absence totale, qui priverait la rate de toute

fixation au diaphragme, à l'estomac, au colon et au péritoine postérieur. De ce fait, elle peut être à une position ectopique dans la cavité péritonéale<sup>3,4</sup>.

Nous décrivons un cas clinique d'une torsion de la rate chez une jeune fille qui s'est présentée dans un tableau d'un abdomen aigu chirurgical.

A notre connaissance, c'est le premier cas de torsion d'une rate ectopique décrit et rapporté au Rwanda.

### CAS CLINIQUE

Une jeune fille de 9 ans s'est présentée avec des douleurs abdominales intermittentes associées à

une constipation évoluant depuis un mois. La patiente a été traitée plusieurs fois au centre de santé sans succès et les parents ont décidé de consulter les guérisseurs traditionnels. Dans ses antécédents, la patiente présentait depuis l'âge d'un an, une masse abdominale mobile et non douloureuse.

La douleur abdominale, intermittente au début, est depuis quelques jours devenue permanente et insupportable. La patiente a été amenée aux urgences d'un Hôpital de District où, à l'admission, elle était légèrement déshydratée, tachycarde (106/min), fébrile (38,2 °C), avec une tension artérielle de 90/40 mmHg et une fréquence respiratoire de 28/min.

L'examen abdominal a montré des scarifications abdominales avec une sensibilité abdominale diffuse, une masse péri-ombilicale plus ou moins fixée à la palpation. Les bruits intestinaux étaient présents. Le toucher rectal était sensible sur un cul-de-sac de Douglas non bombé et le rectum contenait des selles molles.

Le bilan biologique était normal ; en revanche, l'échographie abdominale a révélé une large masse médiane intra-abdominale homogène hypoéchogène. La rate n'était pas visible dans l'hypochondre gauche alors que les autres organes intra-abdominaux apparaissaient normaux. L'image échographique n'est pas disponible car l'appareil en place ne pouvait pas imprimer.

Le diagnostic d'un abdomen aigu sur une torsion d'une rate ectopique était retenu et une laparotomie a été décidée.

Par une incision abdominale médiane, l'exploration abdominale a révélé une masse médiane intra-péritonéale adhérente aux anses intestinales. La libération de la masse a montré une rate ectopique sans aucun ligament de fixation. Le pédicule splénique était anormalement long (20 cm) et une torsion sur plus de deux spires a été observée. Les autres organes abdominaux étaient normaux et il n'y avait aucune collection intra-péritonéale.

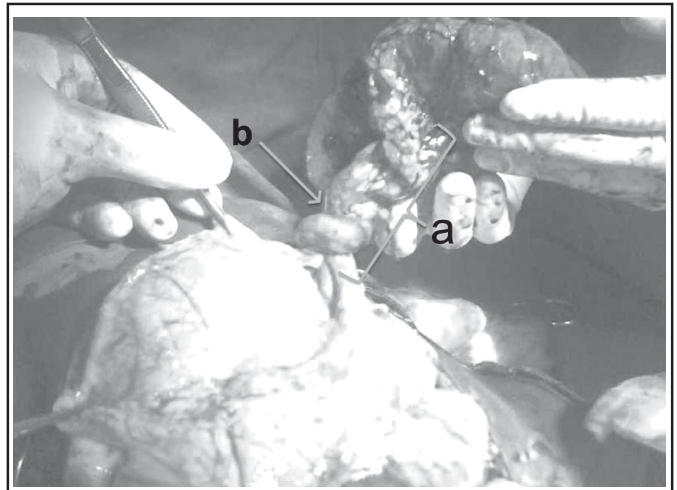
Après détorsion d'une volumineuse rate, congestive, ischémique et non viable, une splénectomie totale a été réalisée. La pièce opératoire pesait 850 g et mesurait 15 x 11 x 5 cm et on voyait des thromboses des vaisseaux du hile, lequel ne montrait aucune attache ligamentaire (figure).

Les suites opératoires étaient bonnes et la patiente est sortie sous antibio-prophylaxie à base de pénicillines dans des conditions satisfaisantes.

Le rapport de l'examen histologique a révélé un tissu splénique contenant des zones hémorragiques, un infarctus du parenchyme et de thromboses veineuses.

## DISCUSSION

Une torsion splénique est une cause rare de



**Figure :** Image peropératoire d'une rate tordue. Le pédicule anormalement long (a) présente plus de 2 spires complètes (b). On n'observe aucune attache ligamentaire sur le hile de cette rate facilement mobilisable.

douleur abdominale aiguë. Elle est la conséquence d'une hypermobilité splénique due à l'absence ou à un développement anormal des ligaments suspenseurs de la rate.

Les ligaments spléniques comprennent les ligaments gastrosplénique et lienorenal ; le premier attache la rate sur la grande courbure de l'estomac, le second l'attache au péritoine postérieur de l'abdomen. Ces deux ligaments s'attachent médialement sur le hile splénique. Le ligament phrénocolique supporte la rate inférieurement<sup>5</sup>.

Le développement incomplet ou une laxité des ligaments de la rate cause l'hypermobilité de la rate entraînant une *rate baladeuse* et donne une position ectopique à celle-ci. L'origine de la mobilité de la rate a été attribuée à une anomalie de la différenciation tissulaire du mésogastre dorsal au cours du développement embryonnaire.

Typiquement, la rate migre inférieurement et est habituellement intra-péritonéale. Suite à cette mobilité, un pédicule anormalement long est susceptible de se tordre entraînant ainsi une ischémie et nécrose de la rate<sup>6</sup>.

Le changement hormonal au cours de la grossesse, la multiparité, la splénomégalie et une faiblesse du tonus de la paroi abdominale sont des facteurs prédisposant à la torsion de la *rate baladeuse* chez l'adulte<sup>7</sup>.

Une prédominance masculine a été prouvée chez l'enfant de moins de 10 ans alors que la prédominance féminine s'observe chez l'adulte<sup>8</sup>.

Les symptômes d'une torsion de la rate varient en fonction du degré de la torsion. Une légère torsion se manifeste par une douleur abdominale chronique avec congestion splénique, une torsion modérée comme une douleur sévère intermittente due à une

torsion et détorsion intermittente et une torsion sévère comme un abdomen aigu causé par une torsion aiguë avec ischémie et un effet de masse sur les organes avoisinants<sup>6</sup>.

A l'échographie, si la rate est intra-péritonéale, elle peut apparaître comme une large, masse abdominale centrale comme dans notre cas ou comme une masse dans le flanc gauche<sup>9</sup>. Le Doppler montrera une diminution de la perfusion splénique sur une rate ectopique ou en position normale. La rate est volumineuse avec un écho structure hétérogène irrégulière représentant des zones d'ischémie et de congestion<sup>10</sup>.

La splénectomie a été pendant longtemps le traitement de choix de la torsion de la rate mais elle est compliquée par de l'infection à répétition et la mortalité élevée. Elle est seulement indiquée si la perfusion de la rate ne peut être restaurée après détorsion. Dans le but de préserver les fonctions spléniques, diverses techniques de splénopexie ont été utilisées par voie laparoscopique. Cependant, la splénopexie est suivie par un taux élevé de récurrence de torsion splénique. L'auto transplantation du tissu splénique viable dans le grand omentum ou dans le rétro-péritoine reste une bonne option pour préserver la fonction splénique après une splénectomie<sup>11</sup>.

Dans notre cas, la splénectomie était le seul choix thérapeutique à cause de la nécrose de la rate. La patiente a été mise sous antibiothérapie préventive au long cours car le vaccin anti-pneumocoque n'est pas encore disponible au Rwanda.

## CONCLUSION

Une *rate baladeuse* est une entité clinique rare chez les enfants. Généralement, elle reste asymptomatique, mais elle peut se manifester comme une masse non douloureuse dans l'hypochondre gauche. Rarement, elle peut se présenter comme un abdomen aigu après la torsion du pédicule splénique entraînant ainsi un infarctus et une nécrose. La torsion splénique est la conséquence de l'hypermobilité de la rate et son diagnostic n'est pas toujours aisé pour les cliniciens, en particulier dans nos milieux pédiatriques ruraux où les moyens de diagnostic par imagerie médicale sont encore limités. Les options de traitement sont la splénectomie ou la splénopexie.

## BIBLIOGRAPHIE

1. Ben Ely A, Zissin R, Copel L *et al.* : The wandering spleen : CT findings and possible pitfalls in diagnosis. Clin Radiol 2006 ; 61 : 954-8
2. Di Crosta I, Inserra A, Gil CP *et al.* : Abdominal pain and wandering spleen in young children : the importance of an early diagnosis. J Pediatr Surg 2009 ; 44 : 1446-9
3. Allen KB, Gray BB, Skandalakis JE : Wandering spleen : Anatomic and radiologic considerations. South Med J 1992 ; 85 : 976-84
4. Steinberg R, Karmazyn B, Dlugy E *et al.* : Clinical presentation of Wandering Spleen. J Pediatr Surg 2002 ; 37 : E30
5. Moore KL : The abdomen. In : Satterfield TS, ed. Clinically oriented anatomy. 3rd ed. Baltimore, Williams & Wilkins, 1992 : 127-242
6. Balm R, Willekens FGJ : Torsion of a wandering spleen. Eur J Surg 1993 ; 159 : 249-51
7. Andley M, Basu S, Chibber P, Ravi B, Kumar A : Internal herniation of wandering spleen - a rare cause of recurrent abdominal pain. Int Surg 2000 ; 85 : 322-4
8. Sodhi KS, Saggar K, Sood BP, Sandhu P : Torsion of a wandering spleen : Acute abdominal presentation. J Emerg Med 2003 ; 25 : 133-7
9. Gordon DH, Burrell MI, Levin DC, Mueller CF, Becker JA : Wandering spleen : the radiological and clinical spectrum. Radiology 1977 ; 125 : 39-46
10. Nemcek AA, Miller FH, Fitzgerald SW : Acute torsion of a wandering spleen : diagnosis by CT and duplex Doppler and color flow sonography. AJR Am J Roentgenol 1991 ; 157 : 307-9
11. Stringel G, Soucy P, Mercer S : Torsion of the wandering spleen : Splenectomy or splenopexy. J Pediatr Surg 1982 ; 17 : 373-5

### Correspondance et tirés à part :

M. NYUNDO  
C.H.U. de Kigali  
Université Nationale du Rwanda  
Faculté de Médecine / Laboratoire d'Anatomie Clinique  
Rwanda  
E-mail : nyundomartin@gmail.com

Travail reçu le 2 mars 2011 ; accepté dans sa version définitive le 23 septembre 2011.