

Prise en charge des splénomégalies dans le service de chirurgie A du Centre Hospitalier

Ministère de L'Enseignement
Supérieur et de la Recherche
Scientifique

République du Mali

Un Peuple—Un But—Une Foi



U.S.T.T-B



UNIVERSITE DES SCIENCES, DES TECHNIQUES ET DES TECHNOLOGIES DE
BAMAKO

Année Universitaire : 2016-2017

N°

MEMOIRE

**Prise en charge des splénomégalies
Dans le service de chirurgie « A »
Du Centre Hospitalier Universitaire
du Point G**

PRESENTE ET SOUTENU LE .../.../2017 DEVANT LE JURY DE LA
FACULTE DE MEDECINE ET D'ODONTO-STOMATOLOGIE

Par Dr Emmanuel DAKOUO
Pour l'obtention du Diplôme d'Etudes Spécialisées (D.E.S) en
Chirurgie Générale

Jury

Président : Pr. Nouhoum OINGOIBA

Membre de jury : Pr. Alhassane TRAORE

Directeur : Pr. Zimogo Zié SANOGO

I-INTRODUCTION

La rate est souvent le siège de plusieurs affections locales et générales [1]. Ces affections spléniques sont multiples en Afrique intertropicale et se manifestent souvent par une splénomégalie qui est définie comme une augmentation du volume de la rate. La splénomégalie est le plus souvent révélée par une sensation de pesanteur et une masse dans l'hypochondre gauche ; sa fréquence est variable d'un pays à l'autre 1-2% [1,2]. Le chirurgien peut être sollicité pour une splénectomie dans un but diagnostique et thérapeutique. C'est une intervention chirurgicale qui consiste en l'ablation de la rate. Le rôle primordial de la splénectomie dans le traitement des différentes affections hématologiques est connu depuis plus de cent ans [3], mais les connaissances actuelles des fonctions immunitaires de la rate et les risques de l'asplénie rendent nécessaire la mise en cause des indications de la splénectomie en général. Elles dépendent non seulement de la maladie initiale mais également du stade et de l'évolution de chaque affection. La splénectomie est indiquée dans certaines hémopathies où la rate constitue un site de destruction électif ou privilégié des éléments du sang. Depuis deux décennies, les hémopathies qu'elles soient bénignes ou malignes constituent plus de la moitié des indications de la splénectomie. 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. Cette chirurgie peut se compliquer en per opératoire ou en post opératoire d'hémorragie, d'infection grave à pneumocoque ou de thromboembolie. Cette chirurgie doit être idéalement précédée d'une vaccination.

Dans le cas d'une chirurgie urgente, le vaccin est administré dans les semaines suivant la chirurgie.

Au Mali, une étude descriptive rétrospective menée sur une période de 10 ans par SANOGO Z.Z et all dans les services de chirurgie « A » et « B » de l'hôpital du Point-G a permis de trouver une fréquence de 0,29% de splénectomies pour splénomégalie sur l'ensemble des malades opérés durant la période d'étude [1].

En Côte d'Ivoire KG KOUADIO et all ont réalisé cinquante-deux cas de splénectomies pour splénomégalie sur une période de 1998 à 2003 dans trois services de chirurgie générale [3].

Au Maroc, Nour El H Bassit a aussi mené, en 2011, une étude sur 04 ans portant sur 33 cas de splénectomie réalisés en dehors de toute urgence [2].

En France, Legrand et Al Ann Fr ont trouvé en 2005 un taux d'incidence de 10 à 15 nouveaux pour 100 000habitants [6].

Nous proposons de faire une étude rétrospective d'une série de splénectomies pour splénomégalie pratiquées en dehors de toute urgence durant une période de 8 ans s'étendant de 2009 à 2016 au service de Chirurgie «A» du CHU du Point-G.

II-OBJECTIFS

1-Objectif général :

Etudier la prise en charge chirurgicale des splénomégalies dans le service de chirurgie «A» du Centre Hospitalier Universitaire du Point G.

2-Objectifs spécifiques :

- 1) Déterminer la fréquence des splénomégalies chirurgicales ;
- 2) Etudier les aspects diagnostiques et thérapeutiques ;
- 3) Evaluer les suites opératoires.

III-METHODOLOGIE

1-Type et période d'étude :

Il s'agissait d'une étude rétrospective et descriptive menée de Janvier 2009 à Décembre 2016, soit une période de 8 ans.

2-Cadre d'étude :

Le service de chirurgie « A » du Centre Hospitalier Universitaire (CHU) du Point G au Mali a servi de cadre d'étude.

Le CHU du Point G est un hôpital de troisième niveau de la pyramide sanitaire du Mali au même titre que ceux du Gabriel TOURE, de Kati, du Mali et de l'Odontostomatologie. Il s'agit d'un hôpital relativement excentré par rapport à la ville de Bamako, situé sur la colline du Point G avec une accessibilité difficile.

3-Population d'étude et échantillonnage :

Cette étude a porté sur l'ensemble des patients reçus et opérés dans le service de chirurgie « A » au CHU du Point G. Durant cette période la splénectomie a été réalisée chez 26 patients pour splénomégalie.

4-Critères d'inclusion :

Ont été inclus dans cette étude tous les patients admis et opérés pour splénomégalie dans le service de chirurgie « A » du CHU du Point G.

5-Critères de non inclusion :

N'ont pas été inclus dans cette étude les patients dont les dossiers médicaux étaient inexploitable et ceux opérés pour autres pathologies.

6-Méthodes :

Tous les patients ont été examinés dans le service de chirurgie « A » du CHU du Point G. La classification de la splénomégalie a été faite selon HACKETT.

Les données pré-per- postopératoires immédiates issues de la base de données ont été complétées par l'étude des dossiers médicaux des services de Chirurgie « A », de réanimation conformément à la fiche d'exploitation :

- Identité du patient (Nom, âge, sexe et origine),
- Service de provenance,
- Antécédents,
- Données cliniques et paracliniques,
- Indications de la Splénectomie,
- Prise en charge préopératoire (corticothérapie, immunoglobulines, vaccination, Transfusion),
- Technique et données peropératoires (durée opératoire, pertes sanguines, présence de rate accessoire, incident peropératoire)
- Résultats postopératoires (durée de séjour en réanimation, durée d'hospitalisation, complications postopératoires)
- Résultats hématologiques et anatomo-pathologiques.

5-Support des données :

Les données ont été recueillies à partir des dossiers médicaux et des registres de compte-rendu opératoires.

6-Analyse des données :

Les données ont été enregistrées et analysées sur le logiciel SPSS pour Windows version 16.0. Les tests de comparaison des pourcentages ont été faits sur le logiciel Epiinfo6.04 version Française.

IV-RESULTATS

1. Fréquence :

Au cours de la période d'étude, un total de 4600 patients ont été opérés, parmi lesquels 26 cas de splénectomies pour splénomégalie, soit 0,56% des interventions chirurgicales.

1-1. Sexe :

-TABLEAU I : Répartition des malades selon le sexe

Sexe	Effectif	Pourcentage (%)
Féminin	9	34,6
Masculin	17	65,4
Total	26	100

Sex ratio a été de 1,8

1-2. Age :

-TABLEAU II : Répartition des malades selon l'âge

Age (année)	Effectif	Pourcentage (%)
6-30	12	46,2
31-50	8	30,8
51-70	5	19,2
71-100	1	3,8
Total	26	100

Moyenne d'âge = 37,30 ans avec des extrêmes de 6 et 76 ans.

1-3. Profession :

-TABLEAU III : Répartition des malades selon la profession

Profession	Effectif	Pourcentage (%)
Ménagère	9	34,6
Artiste	1	3,8
Commerçant	2	7,7
Cultivateur	7	26,9
Elève	2	7,7
Eleveur	1	3,8
Enfant	1	3,8
Enseignant	1	3,8
Informaticien	1	3,8
Secrétaire	1	3,8
Total	26	100

La majorité des patients exerçait la profession de ménagère suivie des cultivateurs, soit respectivement (34,6% et 26,9%).

1-4. Provenance :

-TABLEAU IV : Répartition des malades selon la provenance

Provenance	Effectif	Pourcentage (%)
CRLD	4	16,0
CSCOM de Tominian	1	3,8
Hémato-oncologie	13	48,0
Hôpital de Kati	1	3,8
Venu de lui-même	4	16,0
Hôpital Luxembourg	1	3,8
Médecine Interne	1	3,8
Service de Néphrologie	1	3,8
Total	26	100

CRLD : Centre de Recherche et de Lutte contre la Drépanocytose,

CSCOM : Centre de Santé Communautaire.

Les patients ont été adressés par les médecins du service d'hémato-oncologie dans 48,0% des cas.

2. Aspects diagnostiques :

2-1. Motif de consultation

-TABLEAU V : Répartition des malades selon le motif de consultation

Motif de consultation	Effectif	Pourcentage (%)
Hypersplénisme	3	11,5
Lymphome abdominal	1	3,8
Masse dans l'hypochondre gauche	4	15,4
Splénomégalie	18	69,3
Total	26	100

La splénomégalie a été le motif de référence pour 18 patients (soit 69,3%).

2-2. Durée d'évolution :

-TABLEAU VI : Répartition des malades selon la durée d'évolution

Durée d'évolution (année)	Effectif	Pourcentage (%)
0-1	8	30,8
2-5	11	42,3
6-10	3	11,6
11-15	4	15,3
Total	26	100

2-3. Indice de KARNOFSKY :

-TABLEAU VII : Répartition des malades selon l'Indice de KARNOFSKY (IK)

Indice de KARNOFSKY (%)	Effectif	Pourcentage (%)
60	1	3,8
70	7	26,9
80	10	38,5
90	8	30,8
Total	26	100

L'Indice de KARNOFSKY était coté à 80% chez 10 patients (soit 38,5%).

2-4. Indice de Masse Corporelle(IMC) :

-TABLEAU VIII : Répartition des malades selon l'Indice de Masse Corporelle

Indice de masse corporelle (kg/m ²)	Effectif	Pourcentage (%)
Maigreur	14	53,9
Normal	11	42,3
Surpoids	1	3,8
Total	26	100

53,9% des patients avaient un IMC inférieur à 18,5 kg/m².

2-5. Classification de HACKETT :

-TABLEAU IX : Répartition des malades selon la classification de HACKETT

HACKETT	Effectif	Pourcentage (%)
2	3	11,5
3	16	61,5
4	5	19,2
5	2	7,7
Total	26	100

La splénomégalie était du stade 3 la classification de HACKETT chez 16 patients, soit 61,5%.

2-6. Echographie :

-TABLEAU X : Répartition des malades selon les résultats de l'échographie

Echographie	Effectif	Pourcentage (%)
Splénomégalie	19	73,0
Splénomégalie+ hépatomégalie	7	27,0
Total	26	100

L'échographie à permis de poser le diagnostic de splénomégalie chez tous nos patients.

2-7. Numération Formule Sanguine(NFS) :

-TABLEAU XI : Répartition des malades selon les résultats de la NFS

NFS	Effectif	Pourcentage (%)
Anémie isolée	4	15,4
Anémie+thrombopénie	7	27,0
Pancytopénie	12	46,1
Normale	3	11,5
Total	26	100

La Numération Formule Sanguine a permis de révéler une pancytopénie chez 12 patients, soit 46,1%.

2-8. Examen des selles :

L'examen des selles a été réalisé chez 5 patients, et le résultat était normal.

2-9. Electrophorèse de l'hémoglobine :

L'électrophorèse n'a pas été réalisée chez 18 patients, soit 69,2%.

2-10. Diagnostic étiologique :

-TABLEAU XII: Répartition des malades selon le diagnostic étiologique

Etiologie	Effectif	Pourcentage (%)
Infectieuse	4	15,4
Drépanocytaire	6	23,1
Hypersplénisme	7	27,0
Kyste splénique	1	3,8
Lymphome splénique	6	23,1
Béta-thalassémie	1	3,8
Purpura thrombopénique	1	3,8
Total	26	100

L'étiologie a été l'hypersplénisme chez 7 patients, soit 27,0% suivie de la drépanocytose et le lymphome (soit 23,1%).

3. Traitement :

3-1. Voie d'abord :

-TABLEAU XIII: Répartition des malades selon la voie d'abord

Voie d'abord	Effectif	Pourcentage (%)
Cœlioscopie	1	3,8
Cœlioscopie convertie en laparotomie	1	3,8
Laparotomie	24	92,4
Total	26	100

La laparotomie médiane a été systématique dans 92,4% des cas.

3-2. Technique opératoire :

-TABLEAU XIV: Répartition des malades selon la technique opératoire

Technique opératoire	Effectif	Pourcentage (%)
Splénectomie totale	25	96,2
Drainage d'abcès	1	3,8
Total	26	100

La technique de splénectomie totale a été réalisée chez 25 malades (soit 96,2%).

3-3. Drainage de la cavité abdominale :

Dans Un drain a été placé dans la loge splénique chez 25 patients, soit 96,2% des cas.

3-4. Réanimation post-opératoire :

La réanimation a été sollicitée après le bloc opératoire chez 14 malades, soit 53,9%.

3-5. Transfusion :

La transfusion de sang total a été effectuée chez 21 malades, soit 80,8% des cas.

4- Suites opératoires :

4-1. Suites opératoires immédiates :

-TABLEAU XV: Répartition des malades selon les suites opératoires immédiates

Suites opératoires immédiates	Effectif	Pourcentage (%)
Complicées	5	19,2
Simple	21	80,8
Total	26	100

Les suites opératoires ont été compliquées chez 5 patients, soit 19,2%.

4-2. Type de complication :

-TABLEAU XVI: Répartition des malades selon le type de complication dans les suites immédiates

Complications	Effectif	Pourcentage (%)
Hémorragie	2/26	40
Infection de site opératoire	1/26	20
Décès	2/26	40
Total	5/26	100

4-3. Suites à 6 mois :

-TABLEAU XVII: Répartition des malades selon les suites opératoires à 6 mois

Suites à 6 mois	Effectif	Pourcentage (%)
Simple	22	84,7
Eventration	1	3,8
Décès	3	11,5
Total	26	100

Un cas d'éventration et un décès ont été enregistrés dans les suites opératoires à 6 mois.

4-3. Durée d'hospitalisation :

-TABLEAU XVIII : Répartition des malades selon la durée d'hospitalisation

Hospitalisation (jour)	Effectif	Pourcentage (%)
1-3	2	7,7
4-6	3	11,5
7-10	17	65,4
11-27	4	15,4
Total	26	100

La durée moyenne d'hospitalisation était de 8,88 jours avec des extrêmes de 2 et 27 jours.

IV-4-Analyse uni variée :

~~-TABLEAU XIX: étiologie/ âge~~

Age (année)	6-30	31-50	51-70	71-100	Total
Etiologies					
Abcès splénique	1 100,0	0 0,0	0 0,0	0 0,0	1 100,0
Drépanocytose	5 83,3	1 16,7	0 0,0	0 0,0	6 100,0
Hypersplénisme	1 14,3	4 57,1	2 28,6	0 0,0	7 100,0
Infectieuse	2 50,0	0 0,0	2 50,0	0 0,0	4 100,0
Kyste splénique	0 0,0	0 0,0	0 0,0	1 100,0	1 100,0
Lymphome	2 33,3	3 50,0	1 16,7	0 0,0	6 100,0
Thalassémie	1 100,0	0 0,0	0 0,0	0 0,0	1 100,0
Total	12 46,2	8 30,8	5 19,2	1 3,8	26 100,0

-TABLEAU XX : sexe/ étiologie

Sexe			
Etiologies	Féminin	Masculin	Total
Abcès splénique	0 0,0	1 100,0	1 100,0
Drépanocytose	2 33,3	4 66,7	6 100,0
Hypersplénisme	4 57,1	3 42,9	7 100,0
Infectieuse	0 0,0	4 100,0	4 100,0
Kyste splénique	1 100,0	0 0,0	1 100,0
Lymphome	2 33,3	4 66,7	6 100,0
Thalassémie	0 0,0	1 100,0	1 100,0
Total	9 34,6	17 65,4	26 100,0

V- DISCUSSION

1-Méthodologie :

Pendant notre étude le recueil des données à partir des dossiers médicaux des malades a révélé des difficultés :

- Le mauvais archivage a été un handicap pour l'exploitation de certains dossiers ;
- Le manque de moyens financiers pour les examens complémentaires et la prise en charge thérapeutique.

2-Fréquence selon les auteurs :

La splénectomie pour splénomégalie a représenté 0,56% de l'ensemble des interventions chirurgicales dans notre étude dans le service de chirurgie A du CHU du Point-G. Ce taux ne diffère pas statistiquement de celui de l'étude de Sanogo Z.Z [1] au Mali ($p= 0,471$).

3- Age :

TABLEAU XXI: Age selon les auteurs

Auteurs	Effectif	Age moyen	Test statistique
Nour El H. B, Maroc, 2011 [2]	33	39	p=0,661
Sanogo Z.Z, Bamako, 2005 [1]	26	39	p=0,914
Notre Etude	26	37,5	

L'âge moyen de 37,5 ans de notre étude ne diffère pas statistiquement de celui trouvé par d'autres auteurs [1,2]. L'âge n'est donc pas un facteur favorisant la survenue d'une splénomégalie.

4-Sexe :

TABLEAU XXII : Sexe selon les auteurs

Auteurs	Effectif	Homme	Femme	Sex Ratio
Soumati R, Hassan II, 2010 [7]	8	6	2	3
Nour El H.B, Maroc, 2011 [2]	33	21	12	1,7
Kouadio K.G, Abidjan, 2003 [3]	52	31	21	1,4
Notre étude	26	17	9	1,8

Nous avons trouvé un sex-ratio de 1,8 en faveur des hommes. Cette prédominance masculine a été retrouvée par d'autres auteurs [2, 3, 7] avec $p > 0,05$. Dans la littérature, une prédominance féminine a été trouvée par d'autres auteurs [1, 5]. Le sexe n'est donc pas un facteur de risque de splénomégalie.

5-Etiologie :

TABLEAU XXIII: Etiologie de la splénomégalie selon les auteurs

Auteurs Etiologies	NGhario L, Abidjan, 2000[5]	Sanogo Z.Z, Bamako, 2005 [1]	Kouadio K. G, Yopougon, 2003[3]	NourEl H.B, Maroc, 2011[2]	Notre étude 2016
Drépanocytose	--	--	N=52 36,5% p=0,667	--	23,1%
Hypersplénis- me	N=22 77,3% p=0,001	--	--	--	27,0%
Infectieuse	--	--	N= 52 30,7% p=0,842	--	15,4%
Thalassémie	N=22 4,5% p=0,863	--	N=52 9,6% p=0,967	N=33 3,0% p=0,798	3,8%
Lymphome splénique	--	N=26 19,2% p=0,801	N=52 1,9% p=0,0001	N=33 3,0% p=0,0001	23,1%
Kyste splénique	--	N=26 15,3% p=0,055	N=52 5,8% P=0,948	N=33 18,2% p=0,059	3,8%
Purpura thrombopénique	--	--	--	21,2% p=0,027	3,8%

Les causes de splénomégalie sont variées. Dans notre étude l'hypersplénisme était à l'origine des splénomégalias dans 27,0% des cas et représentait l'indication chirurgicale la plus fréquente comme dans la

plupart des études [7, 8, 10]. Ce taux diffère statistiquement de celui des résultats obtenus par NGhario L à Abidjan [5], soit 77,3% avec $p < 0,05$. Cette différence pourrait s'expliquer par la taille des échantillons.

Les hémoglobinopathies constituent un facteur prépondérant de splénomégalie [7, 3]. Nous avons estimé que pour les patients atteints de drépanocytose, de beta-thalassémie et de purpura thrombopénique, la splénectomie paraissait le seul moyen thérapeutique pour permettre de réduire les risques de transfusion sanguine. La drépanocytose et la bêta-thalassémie étaient respectivement la cause de splénomégalie chez 23,1% et 3,8% des patients dans notre étude. Ce taux ne diffère pas statistiquement des taux retrouvés par d'autres auteurs [2, 3, 5], ($p > 0,05$). Le purpura thrombopénique a été diagnostiqué chez un malade, soit 3,8%.

Le lymphome était aussi la cause de la splénomégalie chez 23,1% des patients. Quel que soit son type (Hodgkinien, Non-Hodgkinien B, T), elle est la tumeur maligne la plus fréquente impliquant la rate [93]. Comme dans la littérature, la splénectomie pour lymphome est assez fréquente et elle serait efficace en termes de rémission et de stabilité même sans chimiothérapie [14]. Ce taux ne diffère pas de celui des résultats obtenus dans l'étude de Sanogo Z Z au Mali [1], $p = 0,801$. Par contre il y a une différence statistiquement significative avec le taux de l'étude de Kouadio K.G et Nour El H.B [3, 2], ($P < 0,05$). Cela pourrait s'expliquer par le fait que la plupart de ces patients dans notre étude avait un âge avancé (50 ans ou plus).

Les affections chroniques les plus souvent parasitaires ou bactériennes peuvent entraîner une splénomégalie. Elles ont représenté 15,4% des étiologies dont 1 cas d'abcès splénique (soit 3,8%) dans notre étude, sans

différence statistiquement significative avec le taux retrouvé dans l'étude de Kouadio K.G [3] à Yopougon.

Un kyste splénique a été trouvé chez un patient (soit 3,8%). Si la splénectomie s'impose devant l'impossibilité de conserver la rate, nous pensons que la ponction écho guidée et la coelochirurgie représentent une alternative dans les cas de kystes et d'abcès de rate comme cela a été dans notre étude. Ces taux ne diffèrent pas de ceux des autres auteurs [1, 2, 3, 5].

6- Traitement médical associé :

TABLEAU XXIV: Traitement médical associé selon les auteurs

Auteurs	NGhario L, Abidjan, 2000 [5]	Soumati R, HassanII, 2010 [7]	Nour El H, B, Maroc, 2011 [2]	Notre étude 2016
Traitement associé				
Transfusion	N= 22 63,6% p=0,962		N=33 33% p=0,001	80,08%
Antibiothérapie	N=22 100% p=0,720	N=8 100% p=0,007	N=33 100% p=0,513	100%
Thromboprophylaxie	N=22 100% p=0,629		N=33 33% p=0,0001	96,2%
Vaccin		N=8 100% p=0,005	N=33 100% p=0,607	96,2%

La splénomégalie peut entraîner une pancytopénie majeure à un stade avancé par séquestration des cellules du sang [9, 10,12]. Dans notre étude 80,08% des malades ont été transfusés avec du sang total isogroupe

isorhésus. Ce taux ne diffère statistiquement de celui de l'étude de NGhario L [5], $p= 0,962$. Par contre il y a une différence avec celui de l'étude de Nour El H.B [2], $p= 0,001$. Cela pourrait s'expliquer par le fait que la plupart de nos malades est arrivée à un stade de splénomégalie très avancée.

Une antibiothérapie orale au long cours est conseillée après splénectomie [7]. L'antibiothérapie a été réalisée chez tous les malades dans notre étude dans le but de prévenir les infections comme la plupart des auteurs [2, 5, 7]. Si son utilité semble réelle chez l'enfant, elle n'est pas clairement démontrée chez l'adulte.

Les complications thromboemboliques surviennent entre la première et sixième semaine postopératoire. Les facteurs de risque sont la thrombocytose, le syndrome myéloprolifératif, et un long moignon veineux splénique [26]. La thrombo-prophylaxie a été effectuée chez 96,2% des malades dans notre étude sans différence statistiquement significative avec le taux de l'étude de NGhario L de la Côte d'Ivoire [5], $p= 0,629$. Ce taux diffère de celui de l'étude de Nour El H.B au Maroc [2], $p= 0,000$. Cela pourrait s'expliquer par le fait que dans l'étude faite au Maroc, la thrombo-prophylaxie était instaurée en raison d'un facteur de risque absolu (antécédents de thrombose, de syndrome myéloprolifératif ou de risque thrombotique congénital).

La vaccination antipneumococcique a été effectuée chez 96,2% de nos patients et cela a été retrouvé chez la plupart des auteurs [2, 7]. Le risque infectieux notamment pneumococcique est plus préoccupant, compte tenu de sa gravité potentielle chez les splénectomisés, c'est pourquoi une vaccination anti-pneumococcique, anti-Haemophilus et anti-méningococcique préopératoire est conseillée.

7- Voie d'abord :

TABLEAU XXV: Voie d'abord selon les auteurs

Auteurs	Soumati R, HassanII, 2010[7]	Nour El H.B, Maroc, 2011[2]	NGhario L, Abidjan, 2000 [5]	Notre étude 2016
Voie d'abord				
Laparotomie	N=8 100% p=0,005	N=33 78,8% p=0,199	N=22 100% p=0,629	N=26 96,2%
Cœlioscopie		N=33 21,2% p=0,027		3,8%

La laparotomie médiane sus-sous ombilicale a été la voie d'abord dans 96,2% dans notre étude. Cette voie d'abord large est conseillée par d'autres auteurs [2, 5, 7], car minimisant les difficultés opératoires. Ce taux ne diffère pas de celui de l'étude de NGhario L et Nour El [2, 5]. Par contre, il y a une différence statistiquement significative avec celui du résultat de Soumati R [7], et cela pourrait s'expliquer par la taille de l'échantillon. La cœliochirurgie a été la voie d'abord dans 3,8% des cas dans notre étude et il s'agissait d'un cas d'abcès splénique. Les avantages de cette technique sont une reprise du transit plus rapide, des douleurs postopératoires moindres, une hospitalisation plus courte et un bénéfice esthétique indiscutable. La diminution de brides postopératoires, comme pour toutes les interventions sous cœlioscopie, est aussi un avantage certain à long terme [40]. Ce taux diffère des résultats de l'étude de Nour El du Maroc [2], p=0,027. Cette

différence pourrait s'expliquer par le stade trop avancé de splénomégalie chez nos malades et le manque de matériels adéquats pour cette pratique chirurgicale.

8- Technique opératoire :

TABLEAU XXVI: Technique opératoire selon les auteurs

Auteurs	NGhario L, Abidjan, 2000 [5]	Sanogo Z.Z, Mali, 2005 [1]	Nour El H.B, Maroc, 2011 [2]	Notre étude 2016
Technique				
Splénectomie Totale	N=22 100% p=0,629	N=26 100% p=0,979	N=33 96% p=0,516	N=26 96,2%
Drainage de l'abcès				3,8%

La splénectomie totale a été réalisée chez 25 malades dans notre étude, soit 96,2%. Cette technique a été la règle pour beaucoup d'auteurs [1, 2, 5] sans différence statistiquement significative. Un cas d'abcès splénique a été retrouvé dans notre étude soit 3,8% et qui a nécessité un drainage cœlioscopique. L'indication de splénectomie partielle peut être posée dans le but de réduire l'hypersplénisme et donc les besoins transfusionnels, et de conserver un moignon splénique afin de préserver l'immunité [2]. Les indications de la splénectomie partielle sont les traumatismes spléniques [19] et les lésions bénignes, principalement les kystes post traumatiques [20] et les kystes épidermoïdes [21].

9-Morbidité :

TABLEAU XXVII: Morbidité selon les auteurs

Auteurs	Effectif	Pourcentage(%)	Test statistique
Nour El H.B, Maroc, 2011 [2]	33	24,2	p= 0,849
NGhario L, Abidjan, 2000 [5]	22	22,7	p=0,526
Soumati R, HanssanII, 2010 [7]	8	12,5	p=0,291
Notre étude	5/26	19,2	

Le taux de morbidité à été de 19,2% dans notre étude. Il s'agissait le plus souvent d'une complication hémorragique liée à l'importance du volume de la rate. Ce taux ne diffère pas statistiquement de celui des résultats obtenus par d'autres auteurs [2, 5, 7], p supérieur à 0,05.

10- Mortalité :

TABLEAU XXVIII: Mortalité selon les auteurs

Auteurs	Effectif	Pourcentage (%)	Test statistique
NGhario L, Abidjan, 2000 [5]	22	4,5	p= 0,872
Sanogo Z.Z, Mali, 2005 [1]	26	23,0	p=0,052
Kouadio K.G,Yopougon, 2003 [3]	52	5,7	p=0,161
Notre étude	26	7,7	

Le taux de mortalité à été de 7,7% dans notre étude. Cette mortalité était liée à une complication hémorragique et de lymphome en postopératoire dans notre étude. Ce taux ne diffère pas statistiquement de celui des études de NGhario L, Kouadio K. G, de la Côte d'Ivoire et de Sanogo Z.Z du Mali [1, 3, 5].

11- Séjour hospitalier selon les auteurs :

La durée moyenne d'hospitalisation a été de 8,8 jours dans notre étude.

La durée de séjour était supérieure à celle de l'étude de Kouadio K.G de la Côte d'Ivoire [3], (6,3 jours) sans différence statistiquement significative, p= 0,161.

Conclusion :

La prise en charge des splénomégalies pose un problème à cause du diagnostic qui n'est pas toujours facile et le suivi post-opératoire difficile, puisque ces malades sont très souvent vus à un stade avancé de la maladie avec un risque hémorragique important. Une bonne collaboration entre les différents acteurs chargés de la prise en charge et l'amélioration du plateau technique permettront d'éviter les complications liées à la splénectomie pour splénomégalie.

Recommandations :

Aux autorités politiques et sanitaires du pays :

- La promotion du renforcement de capacité des agents de santé pour diminuer le taux de la morbi-mortalité lié à la chirurgie pour splénomégalie ;
- L'encouragement des populations rurales souffrant de cette affection à fréquenter les structures sanitaires spécialisées,
- La dotation des hôpitaux de grands services de réanimation,
- L'amélioration du plateau technique de nos centres de santé,
- L'information et la sensibilisation de la population des conséquences liées aux complications de cette pathologie.

Aux personnels sanitaires :

- Le respect des normes et procédures dans la prise en charge de cette pathologie,
- La promotion d'une bonne collaboration entre les différents acteurs chargés de la prise en charge de ces malades et l'importance de la vaccination antipneumococcique,
- L'information des malades de l'intérêt de la précocité de la prise en charge,
- La référence précoce des malades dans des services spécialisés,
- La mise en place d'un mécanisme de suivi et évaluation de la morbi-mortalité dans nos structures de santé.

Aux populations :

- Eviter les retards de consultation,
- Adhérer aux assurances maladies.

Références bibliographiques :

1- Sanogo Z. Z, Yena S, Doumbia D, Ouattara Z.

Indications chirurgicales des splénectomies dans les services de chirurgie « A » et « B » au CHU du Point G de Bamako.

Mali Médical 2005; T XX: 40-2.

2- Nour El H B.

Les splénectomies (étude rétrospective de 5 ans).

Thèse de Med au Maroc au CHU Mohamed VI de Marrakech 2011 ; N°20.

3- Kouadio K G, Kouassi J C, Ehua SF, Kanga JB, Turquin TH.

Splénectomie pour splénomégalie : Indications et résultats précoces dans les services de chirurgie générale et digestive du CHU de Treichville, Cocody et de Yopougon en Côte d'Ivoire.

Mali Médical 2006; T XXI : 23-6.

4- Munoz-Bongrand N, E. Sarfati.

Chirurgie des rates pathologiques.

EMC Techniques chirurgicales. Appareil digestif 2009 ; 740-53.

5- NGhario L, Ehua S, Yassibanda S, Coulybaly NM, Ganga M.

Splénectomie dans les affections hématologiques: Indications et résultats à propos de 22 cas au CHU de Yopougon, Abidjan.

Médecine d'Afrique Noire 2004; 5 (6) : 345-49.

6- Kehila M, Khelif A, Kharrat H, Ennabili S, Abderrahim T.

La splénectomie partielle d'indication hématologique. A propos de 40 cas.

Ann Chir 1994; 48 (7): 658-659.

7- Soumati R.

Splénectomies d'indications hématologiques à propos de 8 cas dans le service de chirurgie pédiatrique de CHU Hassan II de Fès au Maroc.

Thèse de Med Maroc 2010; N° 098/10.

8- Diallo AN, Pichard E, Mayentao BM.

Splénomégalie en médecine interne à Bamako.

Bull Soc Path Ex 1986; 79: 670-75.

9- Mayentao BM.

Splénomégalies en médecine interne de Bamako et en zone rurale à Sélingué.

Thèse Médecine Bamako 1980; 16: 120p.

10- Serafino X, Nosny P.

Splénectomie en Pays tropical.

Ann chir 1963; 16: 225-27.

11- Payet M, Sankale M.

Aspects étiologiques de la splénomégalie africaine.

Med Afr Noire 1963; 10: 227-33.

12- Mabryni P, Sabbab P, Toquart JP.

Kyste épidermoïde de la rate, à propos de 2 cas, revue de littérature,

J Chir 1994; 131: 184-90.

13- Waret B.

Opinion d'un hématologiste.

Ann Chir 1995; 49: 490-92.

14- Moumen M, Alou M.

Pour un traitement conservateur du kyste hydatique de la rate. J.

Chir 1991; 128: 260-69.

15- Rahim R.

Suites éloignées de la splénectomie dans la splénomégalie africaine. Thèse
Med Dakar 1967; 8:157p.

16- Delaitre JF, Ouedrago T, Avisse C.

Abcès de la rate, intérêt du drainage écho guidé, à propos de 4 nouveaux
cas. J Chir 1994; 131: 430-34.

17- Samassa G, Leroux Y, Brefort JL.

Place de la coelio-video chirurgie dans les splénectomies pour maladies
hématologiques.

Ann. Chir 1995; 49: 482-86.

18- Fekete F, Bahnini A, Breil P, Belghiti J.

Traitement conservateur des traumatismes de la rate.

Chirurgie 1982; 108: 189-96.

19- Hodgson WJ, McElhinney AJ.

Ultrasonic partial splenectomy.

Surgery 1982; 91: 346 – 48.

20- Bhattacharyya N, Ablin DS, Kosloske AM.

Stapled partial splenectomy for splenic abscess in a child.

J PediatrSurg 1989; 24: 316-17.

21- Bergholt T, Westphall IT, Strandberg C, Bruun E.

Partial spleen resection using a stapler.

UgeskrLaeger 1992; 154: 938- 39.

22- Ho CM.

Splenic cysts: a new approach to partial splenectomy.

SurgEndosc 2002; 6: 717-20.

23- Sellers GJ, Starker PM.

Laparoscopic treatment of a benign splenic cyst.

SurgEndosc 1997; 11: 766-68.

24- Emery E, Houry S, Lacaine F, Huguier M.

Technic of partial splenectomy with linear stapler instrument (TA 90, U.S.,
Surgical Corps).

J Chir 1990; 127: 356- 58.

25- Kaiwa Y, Kurokawa Y, Namiki K, Matsumoto H, Satomi S.

Laparoscopic partial splenectomies for true splenic cysts.A report of two
cases.

SurgEndosc 2000; 14: 865-68.

26- Ravo B, Ger R.

Splenic preservation with the use of a stapling instrument: a preliminary
communication.

J Trauma 1998; 28: 115- 17.

27- Kamina P, DI Marino V.

Rate, Abdomen, Appareil digestif et rein.

Paris édition Maloine 1993; Tome2: 50-8.

28- Rouvière H, Delmas H.

Anatomie humaine descriptive, topographique et fonctionnelle.

Paris Masson édition1992; 2 (12): 469-74.

29- Breil P.

Splénectomie.

EMC Techniques chirurgicales, Appareil digestif 1997; 407-50.

30- Bouchet A, Cuilleret J.

L'abdomen : Anatomie topographique, descriptive et fonctionnelle.

Edition1991; 4 (2):1998-2000.

**31- Dominguez EP, Choi YU, Scott BG, Yahanda AM, Graviss EA ,
Sweeney JF.**

Impact of morbid obesity on outcome of laparoscopic splenectomy.

Surg Endosc 2007; 21: 422-26.

32- Gernsheimer T, McCrae KR.

Immune thrombocytopenic purpura in pregnancy.

Curr Opin Hematol 2007; 14: 574-80.

33- Kavic SM, Segan RD, Park AE.

Laparoscopic splenectomy in the elderly: a morbid procedure?

Surg Endosc 2005; 19: 1561-64.

34- Habermalz B, Sauerland S, Decker G, Delaitre B, Gigot JF, Leandro E, et al.

Laparoscopic splenectomy: the clinical practice guidelines of the European Association for Endoscopic Surgery (EAES).

Surg Endosc 2008; 22: 821-48.

35- Mourtzoukou EG, Pappas G, Peppas G, Falagas ME.

Vaccination of asplenic or hyposplenic adults.

Br J Surg 2008; 95: 273-80.

36- Bellabah H, Guennoun N, Badré W, Merzouk M, Jamil D, Alaoui R.

La tuberculose splénique. A propos d'un cas.

Ann Gastroenterol Hepatol 1997; 33: 167-71.

37- Berrada S, Ridaï M, Muktari M.

Kystes hydatiques de la rate : splénectomie ou chirurgie conservatrice.

Ann Chir 1991; 45: 434-36.

38- Bruynel M, De Caluwe JP.

JM, Collart F. Hémoglobinopathie C et splénomégalie chez un patient ivoirien. Valeur de la splénectomie. Rev Med

Brux 2003; 24: 105-07.

39- Levy VG, Périac P.

L'hypersplénisme des cirrhoses méditerranéennes. La splénectomie est-elle utile ?

Tunisie Médicale 1986; 644: 351-57.

40- Matthew RW, Heniford BT.

Laparoscopic splenectomy for non-hodgkin lymphoma.

J Surg Oncol 1999; 70: 116-21.

41- Melki J, Dance JP, Kunlin A.

Splénectomie pour purpura thrombopénique idiopathique de l'adulte. A propos de 49 cas.

Ann Chir 1989; 43: 365-66.

42- Patrick J, Mohamed H, Horhant P.

Kystes épidermoïdes de la rate.

Ann Med Int 1997; 10: 421-64.

43- Quandalle P, Rousseau B, Mascant A, Wurtz A.

La splénectomie partielle dans les lésions bénignes non traumatiques.

J Chir 1987; 124: 326-30.

44- Benchimol D, Chazal M, Taillan B.

Splénectomie pour affections hématologiques.

Lyon Chir 1994; 90: 331-37.

45- Bickerstaff KI, Louis PJ.

Splenectomy for massive splenomegaly.

Br J Surg 1987; 74: 346-49.

46- Charleux H, Julien M, Bousquet R.

Les splénectomies pour affections hématologiques. Indications, techniques et résultats précoces. Etude rétrospective de 1095 cas.

Chirurgie 1989; 115: 494-99.

47- Louis D, Chazalotte JP.

Cystic fibrosis and portal hypertension. Interest of partial splenectomy.

Eur J Pediatr Surg 1993; 3: 22-24.

48- Radevic B, Jesic R, Sagic D, Perisic V, Nenezic D, Popov P.

Partial resection of the spleen and spleno-renal shunt in the treatment of portal hypertension with splenomegaly and splénectomie pour splénomégalie hypersplenia.

Acta Chir Iougosl 2002; 49: 93-98.

49- Yoong Y, Kurtin, PJ, Allmer C, Geyer S, Habermann TM, Nagorney DM.

Efficacy of splenectomy for patients with mantle cell-non-Hodgkin lymphoma.

Leuk Lymphoma 2001; 42: 1235-41.

50- Benoist S.

Les complications à moyen et long termes de la splénectomie.

Ann Chir 2000; 125: 317-24.

51- Howard LK, Roden M, Nathanson D.

Splenectomy in a child with chronic mycobacterium avium complex infection and splenic sequestration.

J Pediatr Surg 1998; 33: 761-63.

52- Radio C, Radesa F, Zafy A.

Notre expérience des bilharzioses chirurgicales.

Med Afr Noire 1977; 24: 837-42.

FICHE D'ENQUETE

(Prise en charge des splénomégalies dans le service de chirurgie A du CHU
Point-G)

A- Données administratives :

1- Nom :

2-Prénom :

3- Age :

10-sexe :

4- Ethnie :

11-Nationalité :

5- Profession :

6- Région d'origine :

7- Adresse à Bamako :

8- Statut matrimonial :

9- Niveau d'instruction :

B-Mode d'admission :

1- Adressé par un Médecin _ \

2- Urgence _ \

3-Venue de lui-même _ \

4-Adressé par un paramédical _ \

5-Autres /_ /.....

C-Clinique :

I- Motifs d'admission :

- 1-Splénomégalie/_ /
- 2-fièvre prolongée et inexplicée /_ /
- 3- infection à répétitions/_ /
- 4- anémie/_ /
- 5- saignement chronique/_ /
- 6- masse de l'hypochondre gauche/_ /
- 7-Douleur de l'hypochondre gauche /_ /
- 8-autres/

II- Mode de survenue :

- 1- brutal/_ / 2- progressif/_ /
- 3-autres:.....

III- Durée moyenne d'évolution :

- 1).....jours 2).....semaines
- 3).....mois 4) années

IV- Antécédents :

1) Personnels médicaux :

- a-Asthme/_ / b-HTA/_ / c-maladies auto-immune/_ /
- d-Hémoglobinopathie/_ / e-Leucémie aigüe/_ / f-Leucémie
chronique/_ /

g-diabète /_ /

2) Personnels chirurgicaux :

a-nature1 :.....

Date : Lieu , Cause :

b-Nature2 :.....

Date : Lieu :

Cause :

c-nature3 :.....Date : Lieu :

Cause : d-Autres :

3) Antécédents familiaux :

a-HTA/_ /b-Asthme/_ /c-Drépanocytose/_ /

d-Hémopathie : Oui/_ / Non/_ /

Si oui, type :

V- Facteurs de risques:

1-The 2-Café 3-Tabac 4-Cola 5-Alcool

5-Sans particularités

VI- Signes Généraux:

1- Conjonctives :

a-colorées b-pales c-ictériques

d-indetermin

2- IMC:

a-normale b-maigreur c-surpoids d-obésité e-obésité morbide

3-Score de performance OMS : /_ /

a-grade 0 b-grade 1

c-grade 2 d-grade 3

5-Temperature:

a-normale b-hypothermie c-hyperthermie

6- Tension artérielle:

a-normale....., b-hypertendu....., c-hypotendu.....

VII-Signes fonctionnels:

1) Douleur abdominale: -aigue/_ / -chronique/_ / -

Siège:/_ / a)Epigastrique b) Hypochondre gauche

c)Flanc gauche d) Fosse iliaque gauche

2) Amaigrissement : a-Oui/_ / b-Non/_ /

VIII-Signes physiques :

Abdomen :

1) Inspection :

a- respire bien/_ / b-distendu/_ / c-voussure/_ /

d-présence d'une cicatrice d'intervention chirurgicale/_ /

e-présence de CVC/_ / f-autres:.....

2) Palpation :

a-Masse de l'hypochondre gauche/_ / b-Masse du flanc gauche/_ /

c-Masse de la fosse iliaque gauche/_ /, d= a+b, e=a+b+c

d-Score de Hackett :-Grade0/_ / -Grade1/_ /

-Grade2/_ / -Grade3/_ /

e-Adénopathies : -Oui/_ / -Non/_ / *Si oui le siège : -

axillaire/_ / -inguinale/_ /-sus claviculaire gauche/_ /

3) Percussion :

a-Matité : -Oui/_ / -Non/_ /

b-Présence d'une ascite : -Oui/_ / -Non/_ /

Si oui :-petite abondance/_ / quantité.....ml -

moyenne abondance/_ /quantité..... ml

-grande abondance/_ / quantité.....ml

4) Auscultation :

a-normale/_ / b-anormale/_ /

.....

D-Examens paracliniques :

I- Numération de la formule sanguine :

1-anémie/_ / 2-polynucleose neutrophile/_ / 3-polyglobulie/_ /

4-thrombopénie/_ / 5-thrombocytose/_ / 6-éosinophilie/_ /

7-autres:.....

II- Groupage-rhésus :.....

III- Glycémie à jeun :

1-hyperglycémie/_ / 2-normale/_ / 3-hypoglycémie/_ /

IV- Créatininémie :

1-abaisé/_ / 2-normale/_ / 3-élevée/_ /

V- TS-TC ou TCK :

1-diminuée /_ / 2-normale/_ / 3-élevée/_ /

VI- TP :

1-diminuée/_ / 2-normale/_ / 3-élevée/_ /

VII- INR :

1-diminuée/_ / 2-normale/_ / 3-élevée/_ /

VII-VS : /

1-normale/_ / 2-élevée/_ /

E- Examen de confirmation :

I-Examen physique : -Oui/_ / -Non/_ /

II-Echographie abdominale : -Oui/_ / -Non/_ /

III- Autres examen complémentaire :

Préciser :.....

Résultat:.....

G-Diagnostic étiologique :

a- Infectieuse :.....

Type :.....

b- Inflammatoire :.....

Type :.....

c-Tumorale :.....

Type :.....

d-Hématologique :.....

Type.....

e-vasculaire :.....

f : surcharge :.....

H-Traitement :

I-Moyens :

1) Chirurgical/_ / 2) Médical/_ /, 3= 1+2

II- Type de traitement médical :

1) Infectieux/_ / 2) Hématologique/_ /

3) Oncologique/_ /

4) Transfusion:.....

5) Autres : -----

III- Type d'intervention chirurgicale :

1) Splénectomie partielle/_/_ / 2) Splénectomie totale/_/_ /

IV-Voie d'abord : 1) Laparotomie/_/_ / 2) Cœlioscopie/_/_ /

V-Examen anatomo-pathologie : 1) oui/_/_ / 2) non/_/_ /

Résultat :.....

VI-Suites opératoires immédiates :

1-Simples/_/_ / 2-Complicées/_/_ / :

Préciser..... 3-Décès /_/_ /

4-Durée moyenne d'hospitalisation :

a-moins de 10 jours /_/_ /

b-10-20 jours /_/_ /

c-plus de 20jours /_/_ /

5-Statut vaccinal post opératoire:

a)Patient(e)vacciné(e) /_/_ / b) Patient(e) non vacciné(e) /_/_ /

c) types de vaccin :.....

6-Autres types de prévention :.....

.....

7-Patient(e) adressé(e) à un autre service pour la suite de la prise en charge : a)Oui /_/_ / b) Non/_/_ /

Préciser le service :.....

H-Suivi post opératoire :

En externe :-Oui/_/ -Non/_/

I-Paramètres de surveillance :

1) Accès fébriles à répétitions : -Oui/_/ -Non/_/

2) Numération formule sanguine : résultat.....

.....

3) Electrophorèse de l'hémoglobine : résultat.....

.....

4) Dosage de ACE: a) normal/_/ b) élevé/_/

5= autres bilan :

II-Examen clinique :

1) Suivi à 6 mois:/_/ a)sans particularité b) complications : quels types.....

2) Suivi à 12 mois : /_ / a)sans particularité b) complications : quels types.....

3) Suivi à 2 ans: /_ / a)sans particularité b) complications : quels types.....

4) Suivi à 3 ans: /_ / a)sans particularité b) complications : quels types.....

5) Suivi à 4 ans:/_ / a)sans particularité b) complications : quels types.....

6) Suivi à 5 ans:/_ / a)sans particularité b) complications : quels types.....

RESUME

Nom : Dr DAKOUO

Prénom : Emmanuel

Titre : Prise en charge des splénomégalies dans le service de chirurgie « A »
au CHU du Point G.

Année universitaire : 2016-2017

Ville de soutenance : Bamako

Pays d'origine : Mali

Lieu de dépôt : bibliothèque de la FMOS

Secteur d'intérêt : Chirurgie générale

Objectifs :

- Déterminer la fréquence des splénomégalies chirurgicales ;
- Etudier les aspects diagnostiques et thérapeutiques ;
- Evaluer les suites opératoires.

Méthodologie : Il s'agissait d'une étude rétrospective et descriptive menée de Janvier 2009 à Décembre 2016, soit une période de 8 ans. Les patients ont été suivis en ambulatoire et hospitalisés, un à deux jours avant l'intervention chirurgicale.

Résultats : Au total 26 patients ont été opérés pour splénomégalie durant la période d'étude, soit 0,56% de l'ensemble des interventions chirurgicales réalisées dans le service. L'âge moyen des patients était de 37,30 ans. Le sex ratio était de 1,8. Le diagnostic a été retenu sur la base des données

cliniques et paracliniques. Les signes cliniques évocateurs ont été une sensation de pesanteur et une masse dans l'hypochondre gauche. L'échographie a permis de confirmer la splénomégalie chez tous les malades. La splénectomie totale par laparotomie médiane a été réalisée chez 25 malades, soit 96,2%. Les suites opératoires immédiates ont été simples chez 21 patients, soit 80,8% avec un taux de morbidité de 19,2%, soit 5 patients et une mortalité de 7,7%. La durée moyenne d'hospitalisation était de 8,8 jours.

Conclusions : La splénectomie pour splénomégalie a été efficace avec une morbidité modérée et un faible taux de mortalité. Ces résultats devraient être améliorés par la prévention systématique des complications post opératoires et par la pratique de la cœlio- chirurgie.

Mots clés : Splénomégalie, splénectomie, chirurgie, Mali.