



SYNDROME DE LA RATE BALADEUSE AU CHU DE BOUAKÉ

WANDERING SPLEEN SYNDROME AT BOUAKÉ HOSPITAL

Kalou Ismaël Leh Bi, Ezéchiél Akowendo, Amos Serge Ekra, Blaise Amos Kouakou,
Ahou Bernadette N'Dri, Bamourou Diané.

Service de Chirurgie Générale et Digestive CHU de Bouaké (Côte d'Ivoire)

Correspondant : LEH BI Kalou Ismaël, E-mail : klehbi@yahoo.fr Tél : +225 (0707155538).

Résumé :

Le but de ce travail était de rapporter un cas clinique d'une curiosité anatomique rare, la "rate baladeuse". Cette anomalie a été identifiée chez une patiente de 47 ans grâce à une tomodensitométrie abdomino-pelvienne, après consultation pour une masse abdominopelvienne douloureuse. Une splénectomie totale a été réalisée.

Conclusion :

La rate baladeuse est une pathologie rare. Elle est souvent découverte fortuitement ou lors de l'exploration d'une masse abdominale. Le traitement est chirurgical et varie en fonction de la présence ou non de nécrose splénique et/ou de splénomégalie pathologique.

Mots-clés : Rate baladeuse, splénomégalie, splénectomie.

Summary:

Case report:

The aim of this study was to report a case of a rare anatomical anomaly, the "wandering spleen". It was diagnosed in a 47-year-old female following abdomino-pelvic computed tomography performed after consultation for a painful abdominopelvic mass. A total splenectomy was performed.

Conclusion:

Wandering spleen is a rare condition. It is often discovered incidentally or during the exploration of an abdominal mass. Treatment is surgical and depends on the

presence or absence of splenic necrosis and/or pathological splenomegaly.

Key words: Wandering spleen, splenomegaly, splenectomy.

Introduction :

La rate baladeuse, ou rate ectopique ("wandering spleen" en anglais), est une anomalie congénitale ou acquise liée à un défaut de fixité anatomique entre la rate et les structures avoisinantes. Ce manque de fixité permet à la rate de migrer dans n'importe quel quadrant de l'abdomen [1]. Le diagnostic repose principalement sur l'imagerie, en particulier la tomodensitométrie abdominale, qui permet de confirmer l'absence de rate en position normale et la présence d'une masse tissulaire de type splénique en position ectopique [2]. Le traitement peut être conservateur (splénopezie) ou radical (splénectomie) selon l'état de la rate [3].

Observation :

Une patiente de 47 ans, multipare (6 gestités, 6 parités), a consulté pour une masse abdominale douloureuse. Depuis deux mois, elle avait noté une augmentation progressive du volume de son abdomen, accompagnée d'une sensation de pesanteur pelvienne et de douleurs intermittentes, spontanément résolutive. Il n'y avait ni vomissements ni troubles du transit.

Examen clinique :

- Absence de voussure abdominale.
- Masse abdominopelvienne palpable, arrondie, d'environ 25 cm

de diamètre, ferme, sensible, mobile par rapport aux plans profonds et superficiels.

- Masse localisée à cheval entre l'hypogastre, la fosse iliaque gauche, et plongeant dans le pelvis.
- Examen gynécologique : absence d'adhérence entre la masse et l'utérus.

Examens complémentaires :

- Hémogramme : taux d'hémoglobine à 10 g/dl, leucocytes à 6500/mm³, plaquettes à 300 000/mm³.
- Tomodensitométrie abdomino-pelvienne : absence de la rate dans l'hypochondre gauche (Figures 1 et 2) ; rate localisée dans la fosse iliaque gauche avec une structure hétérogène (Figure 3).

Prise en charge :

Une laparotomie a été réalisée. La rate était volumineuse (600 g), absente de l'hypochondre gauche, et située sous l'estomac (Figure 4). Elle présentait un pédicule allongé sans signe de torsion (Figure 5). Aucun organe surnuméraire n'a été observé. Une splénectomie totale a été réalisée. Les suites post-opératoires étaient simples, avec une sortie au sixième jour. Les vaccinations antipneumococcique, anti-Haemophilus influenzae, et antiméningococcique (sérogroupe A et C) ont été administrées. L'examen anatomopathologique n'a révélé aucun signe de malignité.

Discussion :

La rate baladeuse est une pathologie rare, avec une prévalence estimée à 0,2 % [4,5]. Elle est généralement rencontrée chez l'enfant, mais peut survenir chez l'adulte, où elle présente une légère prédominance féminine [2,4]. Cette condition est due à une hyperlaxité ou à une agénésie congénitale ou acquise des ligaments suspenseurs de la rate [6,7]. Dans le cas présent, l'étiologie était vraisemblablement congénitale, liée à un défaut d'accolement du mésogastre postérieur.

Le diagnostic est difficile en l'absence de complications, car les patients restent

souvent asymptomatiques [2]. Lorsqu'ils sont présents, les symptômes incluent des douleurs abdominales intermittentes ou chroniques, traduisant des crises de torsion-détorsion spontanées [3,5]. Ces crises sont favorisées par le poids de la rate, sa mobilité et la longueur de son pédicule [8].

La tomodensitométrie est l'examen de choix. Elle confirme le diagnostic en montrant l'absence de la rate dans sa loge habituelle, sa localisation ectopique, et une éventuelle altération de la vascularisation au Doppler en cas de torsion [2,6,7]. Dans ce cas, l'examen a permis de localiser la rate dans la fosse iliaque gauche, sans torsion pédiculée.

Le traitement est chirurgical. En l'absence de nécrose, une splénopexie peut être réalisée pour fixer la rate dans sa position normale. En présence de splénomégalie ou de nécrose, une splénectomie est indiquée [1,6,8]. Chez notre patiente, le choix de la splénectomie totale était justifié par la splénomégalie et le pédicule anormalement long.

Conclusion :

La rate baladeuse est une pathologie rare, souvent découverte de manière fortuite ou lors de l'exploration d'une masse abdominale. Le traitement, essentiellement chirurgical, est adapté en fonction de la présence ou non de nécrose splénique et de splénomégalie.

Références :

1. Hashiguchi G, Hamada T, Yamashina M, Kuroki T. Wandering spleen with splenic arteriovenous torsion. Clin Case Rep. 2021 ;9 : e05051. <https://doi.org/10.1002/ccr3.5051>.
2. Bravo-Tsri AEB, Tasu JP, Aka KG, et al. Infarctus de la rate et de la queue du pancréas sur rate baladeuse. Journal d'Imagerie Diagnostique et Interventionnelle. 2020 ;3(5) :354-7.
3. Giraud JT, Dingremont C, Gailleton R, et al. Le syndrome de la rate

- baladeuse : cas clinique. Rev Med Interne. 2021;42(4):285-7.
4. Belhamidi MS, Hammi SE, Bouzroud M, et al. Place de la splénectomie dans la prise en charge de l'hypertension portale non cirrhotique : à propos de 3 cas. Pan Afr Med J. 2017;28:84. doi:10.11604/pamj.2017.28.84.11712.
 5. Gandhi C, Fowler RL, Hersey S, et al. Wandering spleen in a geriatric patient – a rare presentation of gastric volvulus. J R Soc Med Open. 2019;10(6):1-3. doi:10.1177/2054270419851325.
 6. Dème H, Akpo LG, Fall S, et al. Torsion chronique d'une rate baladeuse chez un adolescent : à propos d'un cas. Pan Afr Med J. 2016;24:15. doi:10.11604/pamj.2016.24.15.7554.
 7. Rizzuto A, Di Saverio S. Laparoscopic splenectomy for a simultaneous wandering spleen along with an ectopic accessory spleen. Int J Surg Case Rep. 2018;43:36-40.
- Ilgar M, Ünlü S, Akçiçek M, et al. An Unexpected Acute Abdomen Case: Torsion of a Wandering Spleen Treated with Splenopexy. J Emerg Med Case Rep. 2021;12(1):4-6.

ANNEXE

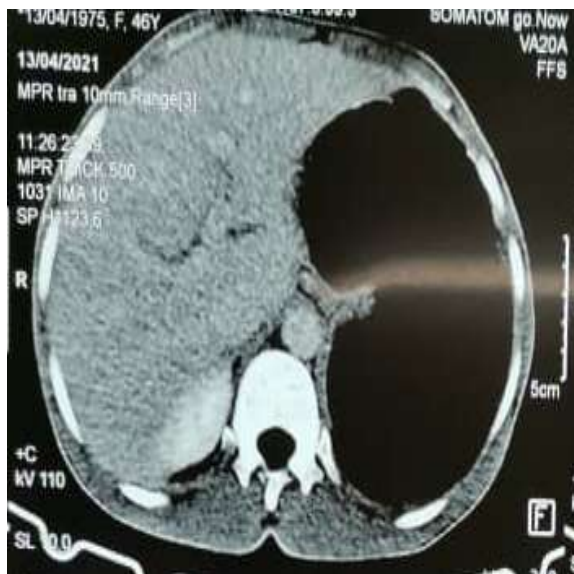


Figure 1 : image scanographique montrant l'hypochondre gauche déshabitée (absence de la rate)



Figure 2 : image scanographique montrant la rate dans la fosse iliaque gauche (**flèche courte indique l'aile iliaque**) sa structure est hétérogène (**flèche longue**).

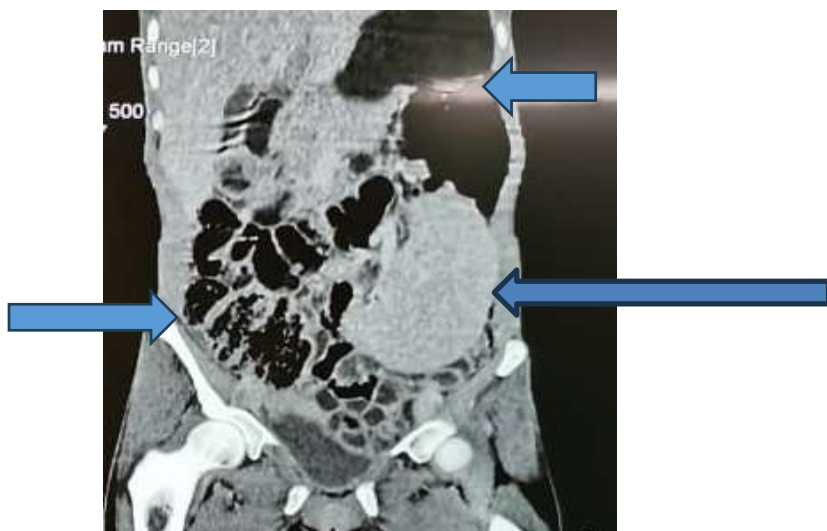


Figure 3: image scanographique montrant l'hypochondre gauche déshabitée (**flèche courte**), avec la rate située dans la fosse iliaque gauche (**flèche moyenne**) et le pelvis [le pôle inférieure de la rate dépasse la ligne biépineuse (**flèches longues**)

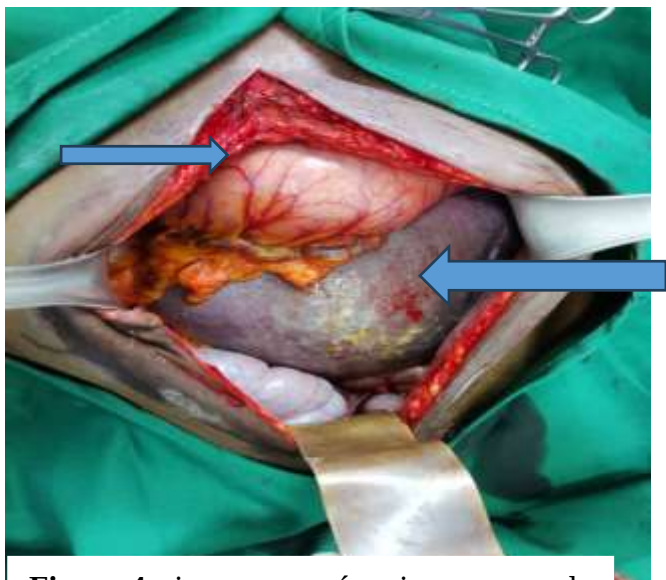


Figure 4 : image peropératoire montrant la rate (**flèche longue**) située sous l'estomac (**flèche courte**).



Figure 5 : image peropératoire montrant la rate de coloration normale appendu à un long pédicule.