

SPLENECTOMIES POUR SPLENOMEGALIE EN COTE D'IVOIRE. INDICATIONS ET RÉSULTATS PRÉCOCES.**SPLENECTOMY FOR SPLENOMEGALY IN IVORY COAST. INDICATIONS AND SHORT TERM RESULTS.** KG KOUADIO(*)¹, JC KOUASSI², SF EHUA³, JB KANGA-MIESSAN³, TH TURQUIN¹

1-Service de chirurgie digestive et proctologique CHU de Treichville

2-Service de chirurgie générale et digestive CHU de Cocody,

3-Service de chirurgie générale et digestive CHU de Yopougon

(*) auteur correspondant : CHU de Treichville B.P. V 3 Abidjan, Fax.: 225 21 25 28 52

E-mail: germkof@yahoo.fr**Résumé****But de l'étude :** Etudier les indications et évaluer les résultats précoces de la splénectomie pour splénomégalie.**Matériel et méthodes :** Cinquante deux dossiers de splénectomie pour splénomégalie réalisée de février 1998 à décembre 2003 ont été revus. Il s'agissait de 31 hommes et 21 femmes d'âge moyen de 30,5 ans. La splénomégalie était due à une affection parasitaire (n=16) à une hémoglobinopathie (n=24), à une hémopathie maligne (n=6), à une affection bactérienne (n=3) kystique (n=3). Les indications étaient constituées par l'existence d'une cytopénie par hypersplénisme dans 39 cas (79,5%), d'un risque de rupture de la splénomégalie dans 46 cas (88,5%), d'une infection ou d'un risque d'infection dans 3 cas et d'une splénomégalie douloureuse dans 6 cas. La splénectomie était totale dans 49 cas partielle dans 3 cas. Une anastomose spléno-rénale, mésentérico-surreanlienne et mésentérico-cave ont été associées. Une pénicillino-thérapie au long cours a été systématique et une prévention de la thrombo-embolie était faite chez certains malades.**Résultats :** La durée du séjour hospitalier était de 6,3 jours. La cytopénie a été corrigée dans tous les cas avec disparition des douleurs préopératoires. Une malade est décédée en peropératoire d'hémorragie, 2 autres sont décédés à J7 et à J17 de cause indéterminée. La morbidité était représentée par 3 cas de pyrexie, un cas d'hémorragie intra abdominale par lâchage vasculaire et une occlusion sur brides.**Conclusion :** Nos résultats plaident pour de l'utilisation courante de cette méthode en Côte d'Ivoire. Ces résultats pourraient être améliorés par une prévention systématique des complications post opératoires et par la pratique de la coelochirurgie.**Mots clés :** Splénomégalie, splénectomie, hypersplénisme, chirurgie.**Summary :****Aim :** To study the indications and evaluate the short term results of splenectomy for splenomegaly**Patients and methods:** This retrospective analysis concerned 31 males and 21 females with a mean age of 30,5 years old, from february 1998 to december 2003. The aetiologies of splenomegaly were parasites (n=6), benign haematological diseases (n= 24), haematological malignancies (n=6), infections (n=3) and cysts (n=3). The indications were due to hypersplenism in 39 cases (79,5%), risk of splenic rupture in 46 cases (88,5%), infection or risk of infection in 3 cases and painful splenomegaly in 3 cases. 49 nine patients underwent complete splenectomy and the 3 remaining had a partial splenctomy. A spleno-renal shunt in three cases, mesenterico-adrenal shunt and mesenterico-cave shunt were associated for portal hypertension. A lengthy penicillinotherapy in all the patients and thromboembolic prevention in some were performed.**Results.** The mean hospital stay was 6.3 days. Correction of cytopenia and permanent pain relief occurred in all cases. One patient died from intraoperative haemorrhage and 2 other from unknown cause postoperatively (09%). Morbidity was due to hyperthermy in 3 cases, abdominal haemorrhage by splenic vessel ligation leakage and bridles obstruction in one case.**Conclusion:** This study shows that hypersplenism constituted the mean indication of splenectomy. Its low mortality and morbidity suggest that it might be usually used in our practice. These results may be improve by laparoscopic splenectomy and systematic prevention of postoperative complications.**Key words:** Splenomegaly, splenectomy, hypersplenism surgery.**Introduction**

La rate est souvent le siège de plusieurs affections locales et générales [1-8]. Ces affections spléniques se manifestent souvent par une splénomégalie pouvant mettre en jeu le pronostic vital du malade. Aussi

justifient-elles de plus en plus la pratique d'une splénectomie à visée thérapeutique [2, 3, 9-14]. Elle a pour but de traiter la maladie locale et les complications liée à la splénomégalie. Cependant, cette splénectomie à visée thérapeutique peut

présenter des complications post opératoires graves telles que l'hémorragie, l'infection grave à pneumocoque et la thrombo-embolie [15, 16].

Cette étude se propose d'étudier les indications des splénectomies pour splénomégalie dans notre pratique et en évaluer les résultats précoces.

Patients et méthodes

Il s'agit d'un travail rétrospectif prenant en compte le dossier de 52 malades opérés pour splénomégalie dans 3 services de chirurgie des 3 CHU d'Abidjan, de février 1990 à décembre 2003. Parmi eux il y avait 31 hommes et 21 femmes d'âge moyen 30,5 ans (extrêmes : 16-64). Au plan clinique, le diagnostic de splénomégalie reposait sur les données de l'examen clinique et de l'échographie abdominale dans tous les cas. L'évaluation de la splénomégalie faite selon la classification de Hackett est résumé dans le *tableau I*. La recherche étiologique faisait appel à des examens paracliniques variés en fonction du contexte épidémiologique et clinique. Ces étiologies ont été résumées dans le *tableau II*.

Au plan thérapeutique, les indications étaient constituées par l'existence d'une cytopénie par hypersplénisme avec polytransfusions dans 39 cas (79,5%), l'existence d'un risque de rupture de la splénomégalie dans 46 cas (88,5%), l'existence d'une infection ou d'un risque d'infection dans 3 cas et l'existence d'une splénomégalie douloureuse dans 6 cas. Tous nos malades ont été opérés par laparotomie médiane. Quarante neuf d'entre eux ont eu une splénectomie totale et les 3 autres ont eu une splénectomie partielle des deux tiers chez 2 jeunes patients drépanocytaires et un thalassémique. Quatre rates accessoires ont été laissées en place. Nous avons associé à la splénectomie une anastomose mésentérico-surrénalienne une fois, une anastomose mésentérico-cave une fois et une anastomose spléno-rénale une fois chez des malades présentant une hypertension portale. A partir de l'année 2000, nous avons institué systématiquement une prévention par héparine de bas poids moléculaire (Lovenox®) de la thrombo-embolie. Nous n'avons pas fait de vaccinothérapie mais une pénicillinothérapie au long cours a été instituée pendant au moins 12 mois.

Résultats

La durée du séjour hospitalier était de 6,3 jour (extrêmes : 3-22). La reprise du transit se situait entre le deuxième et troisième jour avec reprise immédiate de l'alimentation. La cytopénie due à l'hypersplénisme a été

corrigée dans tous les cas avec disparition des douleurs préopératoires.

Concernant la mortalité, une patiente de 64 ans souffrant d'une leucémie lymphoïde chronique est décédée en peropératoire d'une hémorragie massive, 2 autres malades sont décédés aux 7ème et 17ème jours post opératoires de cause non déterminée.

Cinq malades ont eu une complication postopératoire dont une pyrexie dans 3 cas, résolutive sous antibiothérapie, une hémorragie par lâchage vasculaire ayant nécessité une ré intervention et une occlusion sur brides à 8 mois.

Commentaires

La splénectomie représente actuellement un moyen thérapeutique efficace des splénomégalies [3, 9, 11-13]. Classiquement, le but de ce traitement est quadruple. Il s'agit d'améliorer la cytopénie due à l'hypersplénisme, et/ou d'éviter la rupture spontanée de l'organe malade, et/ou supprimer la douleur et/ou encore traiter et prévenir l'infection [6, 10-14, 16-21]. Dans cette série ivoirienne, les principales indications étaient constituées par l'existence d'une cytopénie par hypersplénisme avec polytransfusions, l'existence d'un risque de rupture de la splénomégalie, l'existence d'une infection ou d'un risque d'infection et l'existence d'une splénomégalie douloureuse. Ces constatations sont semblables à celles de la plupart des auteurs [6, 10-14, 16-21]. L'hypersplénisme semble être l'indication majeure dans les différentes séries. Cette complication se définit par l'association de plusieurs critères notamment : l'existence d'une splénomégalie de cause variée, associée à une cytopénie périphérique portant sur les 3 lignées (pouvant prédominer sur l'une d'entre elles) et disparaissant après splénectomie. A ces éléments il faut ajouter le fait que la moelle est riche en éléments précurseur des 3 lignées. Dans notre pratique, nous l'avons noté dans 79,5 % de nos indications, et Nghario et al. l'ont relevé dans 77,3% des cas [18]. Glehen et al. en France l'ont observé dans 70% des cas [19].

Certains auteurs comme Hamid et al. ont noté le rôle prépondérant joué par la compression abdomino-thoracique par la volumineuse splénomégalie dans leurs indications [1]. Dans la série de Letoquet et al. la moitié des indications était représentée par des douleurs intenses et invalidantes de l'hypochondre gauche [20]. Nous n'avons pas rencontré ces deux indications. Actuellement en plus des indications classiques, la présence d'une hypertension

portale constitue une indication de plus en plus fréquente de splénectomie [4, 12, 13, 17]. En effet, dans les cirrhoses compliquées d'hypertension portale, la splénomégalie et l'hypersplénisme inhibent la régénération du tissu hépatique et la cytopénie est fréquemment aggravée par l'absence d'activité hématopoïétique du foie. Selon certains auteurs la splénectomie partielle associée à une dérivation spléno-rénale permettrait de corriger chez certains malades l'hypertension, l'hypersplénisme, l'absence de régénération du tissu hépatique et prévenir les hémorragies digestives dans certains cas [4, 12, 13, 17].

La splénectomie dans notre série a permis dans tous les cas de corriger la cytopénie liée à l'hypersplénisme permettant au malade de retrouver un confort de vie. Elle permettait en outre de réduire les risques de transmission virale par les polytransfusions sanguines. Cette efficacité de la splénectomie sur l'hypersplénisme est estimée dans la littérature entre 60 et 92% toutes affections confondues [6, 8, 11, 14, 18, 20]. Elle serait aussi efficace sur l'évolution de certaines hémopathies en terme de rémission et de stabilité comme l'ont montré Yoong et al. sur 26 malades atteints de lymphome malin non hodgkinien. La splénectomie entraînait une rémission et une stabilisation durable chez certains de ces patients sans chimiothérapie [14].

L'efficacité de la splénectomie dans l'hypertension portale a été évoqué par plusieurs auteurs [4, 12, 13, 17]. Ces derniers estiment que la splénectomie partielle associée à une dérivation spléno-rénale permettrait de corriger chez certains malades l'hypertension portale, l'hypersplénisme, l'absence de régénération du tissu hépatique et prévenir les hémorragies digestives dans certains cas.

Notre série se caractérise par l'absence de complications infectieuse ou thromboembolique graves. Cependant ces complications ne doivent pas être méconnues car leur survenue peut mettre rapidement en jeu le pronostic vital des malades. Leur prophylaxie respectivement par vaccination anti pneumococcique et par héparine de bas poids moléculaire doit être systématique dans tous nos cas.

Conclusion

Cette étude a montré que la splénectomie pour splénomégalie a été efficace avec une morbidité modérée et un faible mortalité. Ces résultats plaident en faveur de son utilisation courante en Côte d'Ivoire. Ils devraient être améliorés par la prévention systématique des complications post

opératoires et par la pratique de la coeliochirurgie [5] qui fait son entrée dans notre pratique.

Références

1. Bellabah H, Guennoun N, Badré W, Merzouk M, Jamil D, Alaoui R et al. La tuberculose splénique. A propos d'un cas. *Ann Gastroenterol Hepatol* 1997 ; 33 :167-171
2. Berrada S, Ridaï M, Moktari M. Kystes hydatiques de la rate : splénectomie ou chirurgie conservatrice. *Ann Chir* 1991 ; 45 :434-436
3. Bruynel M, De Caluwe JP, des Grottes JM, Collart F. Hémoglobinopathie C et splénomégalie chez un patient ivoirien. Valeur de la splénectomie. *Rev Med Brux* 2003 ; 24 :105-107
4. Levy VG, Périac P. L'hypersplénisme des cirrhoses méditerranéennes. La splénectomie est-elle utile ? *Tunisie Médicale* 1986 ; 644 :351-357
5. Matthew RW, Heniford BT. Laparoscopic splenectomy for non-hodgkin lymphoma. *J Surg Oncol* 1999 ; 70 : 116-121
6. Melki J, Dance JP, Kunlin A. Splénectomie pour purpura thrombopénique idiopathique de l'adulte. A propos de 49 cas. *Ann Chir* 1989 ; 43 :365-366
7. Patrick J, Mohamed H, Horhant P. Kystes épidermoïdes de la rate. *Ann Med Int* 1997 ; 10:421-364
8. Quandalle P, Rousseau B, Mascant A, Wurtz A. La splénectomie partielle dans les lésions bénignes non traumatiques. *J Chir* 1987 ; 124:326-330
9. Benchimol D, Chazal M, Taillan B. Splénectomie pour affections hématologiques. *Lyon Chir* 1994 ; 90 :331-337
10. Bickerstaff KI, Louis PJ. Splenectomy for massive splenomegaly. *Br J Surg* 1987 ; 74 :346-349
11. Charleux H, Julien M, Bousquet R. Les splénectomies pour affections hématologiques. Indications, techniques et résultats précoces. Etude rétrospective de 1095 cas. *Chirurgie* 1989 ; 115 :494-499
12. Louis D, Chazallette JP. Cystic fibrosis and portal hypertension. Interest of partial splenectomy. *Eur J Pediatr Surg* 1993 ; 3 :22-24
13. Radevic B, Jasic R, Sagic D, Perisic V, Nenezic D, Popov P. et al. Partial resection of the spleen and spleno-renal shunt in the treatment of portal hypertension with splenomegaly and

- hypersplenia. Acta Chir Iougosl 2002 ; 49 :93-98
14. Yoong Y, Kurtin, PJ, Allmer C, Geyer S, Habermann TM, Nagorney DM et al. Efficacy of splenectomy for patients with mantle cell-non-Hodgkin lymphoma. Leuk Lymphoma 2001 ; 42 :1235-1241
 15. Benoist S. Les complications à moyen et long termes de la splénectomie. Ann Chir 2000 ; 125 :317-324
 16. Howard LK, Roden M, Nathanson D. Splenectomy in a child with chronic mycobacterium avium complex infection and splenic sequestration. J Pediatr Surg 1998 ; 33 :761-763
 17. Radio C, Radesa F, Zafy A. Notre expérience des bilharzioses chirurgicales. Med Afr Noire 1977 ; 24 :837-842
 18. Nghario L, Ehua SF, Yassibanda S, Coulibaly A, Nali NM, Kanga MJB. Splénectomie dans les affections hématologiques. Indications et résultats. A propos de 22 cas. Med Afr Noire 2004 ; 51 :345-349
 19. Glehen O, Caillot JL, François Y. Splénectomie pour splénomégalie de plus de 1000 g. Ann Chir 1997 ; 51 :
 20. Letoquet JP, La Gamma A, Kunin N. Splenectomy for splenomegaly exceeding 1000 g. Analysis of 47 patients. Br J Surg 1993 ; 80 :334-335
 21. Hamid M, Raharivololona S. Splénomégalie palustre de 5 kg: controverse sur la splénectomie et sur l'opportunité d'une chaire spécifique de chirurgie tropicale. J Med Strasbourg 1991; 22:551-554

Tableau I : étiologies des 52 splénomégalies

Etiologies	Nombre	Pourcentage (%)
Parasitaires : bilharziose avec HTP(n=3), paludisme chronique(n=10), aspergillose(n=3)	16	30,7
Bactériennes : (abcès à germes non déterminés)	3	5,8
Hémoglobinopathies : drépanocytose(n=19), thalassémie(n=5)	24	46,2
Hémopathies : Leucémie Lymphoïde Chronique(n=2), Leucémie Myéloïde Chronique(n=3), lymphome non- Hodgkin(n=1)	6	11,5
Kystes (étiologie indéterminée)	3	5,8

Tableau II : types de cytopénies

Cytopénies	Nombre de malades
Thrombopénie isolée	5
Anémie isolée	7
Thrombopénie et anémie	21
Pancytopenie	6
Total	39

Thrombopénie : plaquettes < 150000/mm³, Anémie : hémoglobine < 10mg/dl,
Pancytopenie : anémie+thrombopénie+globules blancs < 1,5.10⁻³/mm³

Tableau III : délai de correction des troubles biologiques

Cytopénies	3 mois	6 mois	12 mois
Thrombopénie isolée	5/5 (100%)	-	-
Anémie isolée	2/7 (28,6%)	5/7 (71,4%)	7/7(100%)
Thrombopénie et anémie	13/21 (61,9%)	18/21(85,5%)	21/21(100%)
Pancytopenie	2/6 (33,3%)	3/6 (66,7%)	6/6(100%)