

Abcès spléniques. A propos de 16 cas au CHU A Le Dantec

Splenic abscesses. A review of 16 cases in CHU A Dantec

Ousmane Kâ, Madieng Dieng, Mamadou Cissé, Adama Sanou, Ibrahima Konaté, Pape Ablaye Ba, Alpha Oumar Touré, Abdarahmane Dia, Cheikh Tidiane Touré.

Service de chirurgie générale, CHU A Le Dantec, Dakar, Sénégal.

Mots clés

- ◆ Abcès splénique
- ◆ drépanocytose
- ◆ splénectomie

Résumé

Introduction : l'abcès splénique est une suppuration abdominale rare. L'objectif de notre étude est de rapporter notre expérience du diagnostic et du traitement de cette affection de mauvais pronostic.

Patients et méthodes : nous avons mené une étude rétrospective sur une période de 10 ans qui nous a permis de retrouver 16 cas d'abcès spléniques. Il s'agissait de 11 femmes et de 5 hommes âgés en moyenne de 37 ans. Les antécédents particuliers étaient : 8 cas de drépanocytose, un cas de diabète insulino-dépendant, une valvulopathie rhumatismale et une broncho-pneumopathie.

Résultats : l'altération de l'état général, la fièvre, la splénomégalie douloureuse et la défense de l'hypochondre gauche dominaient le tableau. La péritonite était retrouvée chez 8 patients. Le diagnostic d'abcès splénique était posé en pré-opératoire chez 13 malades par l'échographie ou la tomographie abdominale. Tous les patients ont bénéficié d'une antibiothérapie. Chez 3 patients, la ponction échoguidée était sans succès. Un drainage percutané avait permis un traitement non opératoire chez un patient. Une splénectomie totale était réalisée chez 15 patients. Quant à la bactériologie disponible, les germes isolés étaient *Escherichia coli* (n = 3), *Klebsiella pneumoniae* (n = 1), *Citrobacter freundii* (n = 1), *Proteus mirabilis* (n = 1), *Salmonella typhi* (n = 2), *Staphylococcus aureus* (n = 1). Sept patients ont présenté une suppuration de leur plaie opératoire et 4 patients étaient décédés.

Conclusion : cette étude reflète le retard de la prise en charge de l'abcès splénique dont le traitement continue d'accorder une place importante à la splénectomie alors que le drainage percutané donne de bons résultats dans les formes vues tôt.

Keywords

- ◆ Splenic abscess
- ◆ sickle cell
- ◆ splenectomy

Abstract

Introduction: Splenic abscess is a rare abdominal suppuration. The objective of our study is to relate our experience of the diagnosis and the treatment of this affection with bad prognosis.

Patients and methods: We did a retrospective study which found 16 cases of splenic abscesses in 10 years. They were 11 women and 5 men, the mean age was 37 years. The particular antecedents were sickle cells, diabetes, rheumatic valvulopathy and broncho-pneumonopathy.

Results: Poor general condition, fever, painful splenomegaly and defence of the left upper hypochondria were main signs. The peritonitis was found in 8 patients. The diagnosis of spleen abscess was posed into preoperative in 13 patients by echography or CT scan. The treatment consisted in antibiotics in all patients, in a percutaneous puncture without success among 3 patients, in a percutaneous drainage in one patient and in a total splenectomy in 15 patients. The isolated germs were *Escherichia coli* (n = 3), *Klebsiella pneumoniae* (n = 1), *Citrobacter freundii* (n = 1), *Proteus mirabilis* (n = 1), *Salmonella typhi* (n = 2), *Staphylococcus aureus* (n = 1). Seven patients presented a suppuration of their operational wound and 4 patients died.

Conclusion: This study reflects the late diagnosis of the splenic abscess whose treatment continues to grant an important place to the splenectomy.

L'abcès splénique est une suppuration collectée dans la rate, secondaire à une infection intrinsèque de celle-ci ou par voie hématogène ou par infection de contiguïté. Sa particularité réside dans sa rareté et sa gravité du fait de ses complications et des risques d'infections foudroyantes favorisées par la splé-

nectomie totale (1). Sous nos cieux, son traitement est le plus souvent radical malgré les actuelles velléités conservatrices. L'objectif de notre étude est de rapporter notre expérience sur les aspects diagnostiques et thérapeutiques de ces abcès spléniques.

Correspondance :

Docteur Ousmane Kâ.

Service de chirurgie générale de l'hôpital Aristide Le Dantec de Dakar, BP 6958 Dakar-Etoile, Dakar (Sénégal).

Email : ousmaneka@yahoo.fr

Patients et méthodes

Nous avons mené au service de chirurgie générale du CHU Aristide Le Dantec de Dakar, une étude rétrospective allant du 1^{er} janvier 1999 au 30 septembre 2008. Sur 1691 dossiers de suppurations abdominales colligés, 16 cas d'abcès spléniques étaient retrouvés. Il s'agissait de 11 femmes et de 5 hommes âgés de 9 à 61 ans avec une moyenne d'âge de 37 ans. Dix patients présentaient des antécédents particuliers : 8 cas de drépanocytose (5 SS, 2 AS, 1 SC), 1 cas de diabète insulino-dépendant, 1 cas de valvulopathie rhumatismale ayant bénéficié d'un remplacement valvulaire par une valve biologique. Une patiente présentait une broncho-pneumopathie sévère. Nous nous sommes intéressés aux manifestations cliniques, à l'analyse des examens complémentaires, aux traitements et à leurs résultats.

Résultats

L'altération de l'état général et la fièvre étaient retrouvées chez tous les patients. La splénomégalie douloureuse et la défense de l'hypochondre gauche étaient présentes chez 10 patients. Huit présentaient un tableau de péritonite aiguë généralisée : 5 étaient dans un état de choc septique. La durée d'évolution des signes cliniques variait entre 5 et 21 jours, elle était en moyenne de 8 jours. La NFS retrouvait une hyperleucocytose avec polynucléose chez tous les patients. Une anémie était retrouvée chez 9 patients. Le diagnostic d'abcès splénique était posé en pré-opératoire chez 13 patients par l'échographie ou par la tomodensitométrie abdominale (fig. 1). Tous les patients ont bénéficié d'une antibiothérapie à large spectre comportant l'association amoxicilline-acide clavulanique et la gentamycine. Le drainage percutané était effectué chez une patiente avec une évolution favorable. Chez 3 patients, la ponction évacuatrice était sans succès.

Chez 15 patients, une laparotomie était effectuée : 14 par une médiane et 1 par une sous-costale gauche. Une péritonite diffuse était confirmée chez 8 patients dont 5 par rupture de l'abcès splénique (fig. 2) et 3 par diffusion. Un prélèvement de pus était effectué chez tous les patients, suivi d'une splénectomie totale avec toilette de la cavité péritonéale et drainage péritonéale par une lame de Delbet. Les examens bactériologiques étaient positifs chez 9 patients. Les germes isolés

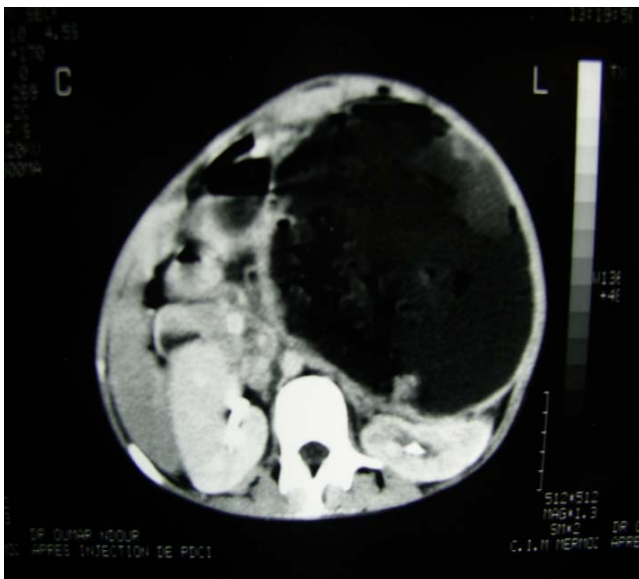


Figure 1. Tomodensitométrie abdominale. Volumineux abcès splénique déformant la paroi abdominale, refoulant les structures digestives et comprimant le rein gauche.

étaient *Escherichia coli* (n = 3), *Klebsiella pneumoniae* (n = 1), *Citrobacter freundii* (n = 1), *Proteus mirabilis* (n = 1), *Salmonella typhi* (n = 2), *Staphylococcus aureus* (n = 1). Les suites opératoires étaient émaillées par une suppuration de la plaie opératoire chez 7 patients. Cinq patients qui avaient présenté un choc septique étaient décédés dans les suites opératoires. Cinq patients ont eu une vaccination contre le pneumocoque. Les résultats de l'examen anatomopathologique de la pièce de splénectomie étaient retrouvés chez 12 patients, ils étaient en faveur d'un abcès non spécifique chez 11 patients dont 7 cas d'infarctus splénique. Chez un patient, il s'agissait d'une tuberculose splénique. La durée moyenne d'hospitalisation était de 18 jours.

Discussion

La plupart des auteurs s'accordent sur la rareté de l'abcès splénique en Afrique ; 10 cas en 12 ans pour Echarrab (2), 13 cas en 5 ans pour Gassaye (3), 8 cas en 10 ans pour Loussaief (4) et 5 cas en 30 ans pour Fall (5). Dans notre étude, il représente 0,9 % des suppurations abdominales avec 16 cas répertoriés en 10 ans. Cette rareté est également décrite en Occident, avec une incidence de 0,1 à 0,7 % des grandes séries d'autopsies (6).

La physiopathologie des abcès spléniques repose sur plusieurs théories (2) : la théorie hémotogène où la rate est infectée au cours des septicémies graves ; la théorie intrinsèque où l'infection survient sur une altération de la structure ou de la fonction splénique tels l'infarctus ou l'hématome splénique, et la théorie extrinsèque où la rate est contaminée par une infection de voisinage. Les deux premières théories peuvent être admises chez nos patients, d'autant qu'ils sont drépanocytaires, diabétiques ou qu'ils sont porteurs de valvulopathie rhumatismale ou de broncho-pneumopathie sévère. Les germes les plus souvent en cause sont le staphylocoque doré, le streptocoque, les entérobactéries en particulier les salmonelles et les anaérobies (5, 7).

Nos patients sont relativement jeunes avec une nette prédominance de l'affection pour le sexe féminin. L'âge moyen de survenue retrouvé dans la littérature varie entre 34 et 47 ans sans aucune prédominance pour un sexe donné (2-4, 7). La symptomatologie de l'abcès splénique est polymorphe. La splénomégalie douloureuse fébrile est inconstante (3), même si elle est retrouvée chez 10 de nos patients. De même, la péritonite est rarement la circonstance de découverte (2) ; elle est retrouvée chez la moitié de nos patients et est de mauvais pronostic avec 5 décès pour choc septique. Dans cer-



Figure 2. Vue opératoire d'un abcès splénique rompu.

tains cas, la symptomatologie se résume à un syndrome infectieux persistant ou à une altération de l'état général et le diagnostic est posé à l'imagerie.

La tomодensitométrie a la même fiabilité que l'échographie pour le diagnostic de l'abcès splénique (2, 5) en montrant des images hypodenses ou hypoéchogènes à renforcement postérieur, uniques ou multiples au sein du parenchyme splénique.

Le traitement des abcès spléniques repose sur l'antibiothérapie probabiliste secondairement adaptée aux résultats bactériologiques plus ou moins associée à la ponction échoguidée, au drainage percutané ou à la splénectomie (2, 4, 7). Le drainage percutané a l'avantage de raccourcir la durée d'hospitalisation, de prévenir la péritonite par rupture de l'abcès et de préserver le parenchyme splénique avec un taux de guérison variant de 70 à 100 % (3, 8, 9). Pour Gleich (8), le meilleur taux de succès est obtenu pour les collections uniques, non cloisonnées avec une paroi fine alors que pour Fall (5), le drainage percutané représente une bonne indication pour les patients en mauvais état général. Ce traitement conservateur ne connaît de succès que chez un seul de nos patients. La splénectomie est pratiquée chez 15 de nos patients au cours de la laparotomie : pour échec de la ponction évacuatrice, pour péritonite et au cours de la laparotomie exploratrice. Pour Rotman (10), la splénectomie reste une bonne indication en cas d'abcès cloisonnés ou multiples, en cas d'échec du traitement percutané ou en cas de complications de l'abcès. Le délai de consultation très long chez nos patients explique l'échec du traitement conservateur sur des rates complètement détruites et la grande mortalité des péritonites par rupture splénique avec choc septique. Ce constat s'accorde avec les conclusions de plusieurs auteurs qui estiment que la mortalité n'est pas directement liée à la splénectomie, mais plutôt au retard diagnostique et à la décompensation des tares préexistantes (2, 3). Il n'en demeure pas moins que la splénectomie totale expose à un risque accru de décès par infections sévères post-splénectomie avec défaillance viscérale ou *overwhelming post splenectomy infections* (OPSI) des anglosaxons rapportées avec une incidence de 7 pour 100 splénectomisés par an (11). Les germes en cause sont essentiellement les bactéries encapsulées, notamment le pneumocoque pour 50 à 80 % des infections, l'*Haemophilus influenzae* pour 5 à 15 % et le méningocoque (12). D'où la nécessité de prévenir ces infections chez les splénectomisés par une vaccination contre le pneumocoque, l'*Haemophilus* et le méningocoque et par une antibioprofylaxie antipneumococcique au long cours par la pénicilline V (13, 14).

Conclusion

La splénectomie reste le moyen le plus à notre portée eu égard au diagnostic tardif de l'abcès splénique dans notre pratique, avec une morbidité et une mortalité élevées. Le traitement conservateur par drainage percutané des abcès spléniques reste une attitude séduisante. Il gagnerait à être élargi dans notre contexte tropical, sous réserve d'une bonne éducation de nos patients à la consultation précoce et d'une bonne surveillance de nos patients drépanocytaires.

Références

1. Vilde JL. Physiopathologie des infections après splénectomie. *Chirurgie* 1982;102:322-6.
2. Echarrab M, Amraoui M, Medarhri JM, et al. Abcès de la rate. A propos de 10 observations. *Médecine du Maghreb* 2001;85:55-7.
3. Gassaye D, Ibara JR, Mbongo GA, et al. Les abcès de la rate. A propos de 13 cas. *Médecine d'Afrique Noire* 2000;1:41-3.
4. Loussaief C, Toumi A, Ben Romdhane F, Chakroun M, Bouzouaia N. Les abcès de la rate à pyogènes. A propos de 8 cas. *La revue de Médecine Interne* 2005;7:541-4.
5. Fall B, Dansokho A, Tetimian D, Ka M, Touré HP. Abcès de la rate à propos de 5 observations. *Chir* 1991;128:256-9.
6. Chun CH, Raff MJ, Contreras L. Splenic abscess. *Med* 1980;59:60-5.
7. Ki-Zerbo GA, Taoko A, Sawadogo A, et al. Abcès splénique à *Salmonella typhi* : à propos d'une observation au CHNSS de Bobo-Dioulasso. *Médecine d'Afrique Noire* 1999;5:283-5.
8. Gleich S, Wolin DA, Herbsman H. A review of percutaneous drainage in splenic abscess. *Surg Gynecol Obstet* 1986;167:211-5.
9. Delattre JF, Lubrano D, Levy-Chazal N, Palot JP, Flament JB. Le drainage percutané dans les collections de l'abdomen. *E-mémoires de l'Académie Nationale de Chirurgie* 2003;2:50-4.
10. Rotman N, Kracht M, Mathieu D, Fagniez PL. Abcès de la rate : diagnostic et traitement. A propos de 12 cas. *Ann Chir* 1989;3:203-6.
11. Kyaw MH, Holmes EM, Toolis F, et al. Evaluation of severe infections and survival after splenectomy. *Am J Med* 2006;119:276-82.
12. Beytout J, Tournilhac O, Laurichesse H. Asplénie et hyposplénie. *Presse Med* 2003;32:355-9.
13. Legrand A, Bignon A, Borel M, et al. Prévention du risque infectieux post-opératoire chez les patients splénectomisés. *Annales Françaises d'Anesthésie et de Réanimation* 2005;24:807-13.
14. Dumont J. Infections après splénectomie : la vigilance est toujours d'actualité. *Hématologie* 2006;2:90-1.