

Type of the Paper (Article)

TORSION AIGUË D'UNE RATE BALADEUSE: À PROPOS D'UN CAS

Saker Mohamed Redha^{a,b,*}, Tibermacine Walid^{a,b}, Bouaroura Maamar^{a,b},
Chittibi Imene^c

^a Département de médecine, Faculté de médecine,
Université de Constantine 3.

^b Service de radiologie et d'imagerie médicale, CHU Dr Benbadis,
Constantine.

^c Service de chirurgie, Hôpital frères Meghlaoui, Mila.

^{*} Corresponding author:

Mohamed Redha SAKER

Service de radiologie et d'imagerie médicale, CHU Dr Benbadis –
Constantine – 25000, ALGERIE.

E-mail : saker_reda@yahoo.fr

Tel: (+213)0661288207

Résumé

Introduction : La rate baladeuse est une entité rare suite à une hyperlaxité ou l'absence du système d'attachement ligamentaire splénique entraînant la migration de la rate dans des positions anatomiques inhabituelles avec une augmentation du risque de torsion du pédicule splénique.

Observation clinique : Jeune fille de 24 ans présentait un tableau abdominal aigu suite à une activité sportive marquée par une douleur atroce de l'hypochondre gauche non calmée par un traitement usuel. L'exploration échographique et scanner abdominal abdominopelvien montraient une malposition de la rate avec une torsion du pédicule splénique et infarctissement complet du parenchyme. Une prise en charge chirurgicale objectivait l'absence des ligaments suspenseurs de la rate avec infarctus splénique sur torsion du pédicule. Une splénectomie a été réalisée avec des bonnes suites opératoires.

Conclusion : La rate baladeuse est une entité rare de l'enfant et l'adulte jeune dont la clinique est dominée par une splénomégalie douloureuse. Elle doit être évoquée devant un tableau d'abdomen aigu. Elle peut se compliquer par une torsion du pédicule splénique, d'un volvulus chronique avec splénomégalie douloureuse, voire même d'un infarctus de la rate. Le diagnostic est scanographique et le traitement chirurgical par splénectomie ou splénectomie.

Mots clés : Angioscanner, Rate baladeuse, Splénectomie Splénectomie, Torsion.

Abstract

Introduction: The wandering spleen is a rare entity results from ligamentous laxity failing or absence of the splenic attachment system leading to the spleen migrating to unusual anatomical positions and increasing the risk of splenic pedicle torsion.

Case report: A 24-year-old woman presented with acute abdominal symptoms following physical activity, characterized by severe pain in the left hypochondrium unrelieved by standard treatment. Ultrasound and abdominopelvic CT scans revealed malposition of the spleen with torsion of the splenic pedicle and complete infarction of the parenchyma. Surgical intervention confirmed the absence of the splenic suspensory ligaments and splenic infarction due to pedicle torsion. A splenectomy was performed, with a favorable postoperative course.

Citation: To be added by editorial staff during production.

Academic Editor: First name Last name

Received: date: 01/09/2024

Revised: date: 29/10/2024

Accepted: date: 01/12/2024

Published: date: 30/12/2024

Copyright: © 2024 by the authors.
Submitted publication under the terms
and conditions of the Creative Commons

Conclusion: Wandering spleen is a rare condition in children and young adults, typically presenting with painful splenomegaly. It should be suspected in cases of acute abdomen. Complications encompass torsion of the splenic pedicle, chronic volvulus with painful splenomegaly, and splenic infarction. Diagnosis is primarily achieved through CT imaging and treatment is surgical, involving either splenopexy or splenectomy.

Mots clés : Angio-CT, Splnectomy, Splenopexy, Torsion, Wandering spleen.

1. Introduction

La rate baladeuse est une entité rare suite à une hyperlaxité ou l'absence du système d'attachement ligamentaire splénique entraînant la migration de la rate dans des positions anatomiques inhabituelles [1].

Elle survient préférentiellement chez l'enfant et les jeunes femmes [2] avec une augmentation du risque de torsion du pédicule splénique et de souffrance ischémique [3].

2. Observation

Nous rapportons le cas d'une jeune femme de 24 ans, sans antécédents familiaux et personnels, se présentait au pavillon des urgences pour une douleur abdominale aiguë apparue le jour même suite à une activité sportive.

L'examen clinique était marqué par une douleur spontanée et atroce de l'hypochondre gauche limitant la palpation associée à des nausées et vomissements sans fièvre.

Le bilan sanguin était normal avec un taux de globules blancs à 11000g/l, plaquettes à 215g/l, hémoglobine à 14 g/dl, bilan hépatique et rénal étaient normaux, bilan d'hémostase correcte, la protéine C réactive était à 12 ml/l et ionogramme sanguin dans les valeurs normales.

Devant la persistance de la douleur, non calmée par les antalgiques usuels et les antispasmodiques, une échographie abdominale objectivait une rate globuleuse avec défaut d'encodage couleur au doppler et une bonne perméabilité des vaisseaux mésentériques.

Un scanner abdominopelvien injecté objectivait une rate de taille légèrement augmentée, mal positionnée avec une face postérieure dirigée vers l'avant, un défaut de rehaussement du parenchyme splénique (Figure 1) avec absence de l'aspect tigré habituel au temps précoce et d'homogénéisation au temps portal.



Figure 1 : coupe axiale d'un scanner abdominal après injection de contraste au temps portal montrant une malposition de la rate avec une face postérieure dirigée vers l'avant suite à une rotation sur l'axe du pédicule vasculaire (tête de flèche) et l'absence de rehaussement du parenchyme.

L'image clé était la présence d'un tour de spire du pédicule splénique (Figure 2) réalisant « le signe du tourbillon » avec un ralentissement du flux au niveau de l'artère splénique et absence d'opacification de la veine splénique sans épanchement péritonéal.



Figure 2 : Coupe coronale d'un scanner abdominal après injection de contraste au temps portal montrant un tour de spire du pédicule splénique (tête de flèche) avec défaut d'opacification vasculaire.

Nous avons conclu à une torsion splénique avec infarctus splénique sur rate baladeuse probable.

La patiente a été opérée (Figure 3) et l'exploration chirurgicale objectivait une torsion de la rate totalement infarctée avec absence totale de tout moyen d'attachement et des ligaments suspenseurs spléniques. Une splénectomie a été réalisée avec des bonnes suites opératoires.

L'étude anatomopathologique de la pièce opératoire a confirmé l'infarctissement splénique.



Figure 3 : Image per-opératoire montrant une torsion du pédicule splénique responsable d'une ischémie.

3. Discussions

La rate baladeuse est une anomalie rare dans laquelle la rate n'est pas située dans sa position habituelle [1]. Elle touche préférentiellement les enfants et les femmes entre 20 et 40 ans, même si des cas ont été décrits avec des âges entre 3 mois et 82 ans [2]. La mobilité splénique résulte des anomalies congénitales ou acquises qui induisent une absence ou une hyperlaxité des ligaments suspenseurs spléniques. L'absence de ces ligaments est associée à un allongement du pédicule vasculaire, qui prédispose à une torsion et à une souffrance ischémique splénique [3]. Les anomalies congénitales de fixation ou de développement incluent le syndrome de Prune–Belly, l'agénésie rénale, le rein en fer à cheval [4], le volvulus gastrique [5], l'événtration diaphragmatique et la hernie diaphragmatique congénitale [6]. Les anomalies acquises sont la grossesse, la multiparité, la splénomégalie et les antécédents de traumatisme abdominal. Bien que la plupart des patients restent asymptomatiques, les conséquences potentielles sont nombreuses : torsion du pédicule splénique [7], infarctus splénique, volvulus chronique splénique avec varices de la grosse tubérosité gastrique sur hypertension portale, pancréatite aiguë [8].

Le tableau clinique est le plus souvent celui observé chez notre patiente avec douleur abdominale aiguë, qui peut se chroniciser en cas de volvulus chronique [9]. L'intensité et la chronicité de la douleur dépendra du degré de la torsion splénique qui peut varier de léger (90°) à sévère (2160°) [10]. Les vomissements et la splénomégalie peuvent être associés. On peut également palper une masse douloureuse pelvienne. Cette présentation clinique n'est pas spécifique d'où l'obligation, en premier lieu, d'éliminer des diagnostics différentiels fréquents comme l'appendicite, la cholécystite aiguë, la colique néphrétique ou la torsion d'annexe. La biologie est non spécifique, une thrombopénie peut être observée témoin d'un hypersplénisme, mais souvent normale, rendant les techniques d'imagerie indispensables.

Le diagnostic de certitude repose sur le scanner abdominal qui est l'examen de choix malgré que l'intérêt de l'échodoppler soit décrit dans la littérature [11]. À l'échodoppler on peut observer une malposition de la rate au niveau du pelvis, flanc et fosse iliaque gauches avec une absence partielle au totale du flux au niveau du hile ou du parenchyme splénique, moins fréquemment elle montre le tour de spire du pédicule. À la tomodensitométrie on peut constater l'absence de la rate au niveau de son emplacement habituel avec une splénomégalie définissent l'existence d'une rate errante [12-15]. L'injection de produit de contraste iodé révèle la présence d'une mauvaise perfusion par l'absence totale ou partielle de rehaussement parenchymateux et permet de visualiser le signe direct de la torsion du pédicule sous forme d'un ou plusieurs tours de spire réalisant « le signe du tourbillon » considéré comme un signe radiologique très spécifique de la torsion. Comme dans notre cas, la présence d'un pédicule splénique spontanément hyperdense suggère la présence d'une thrombose le plus souvent des veines tordues. Une ascite réactionnelle est souvent observée.

Le traitement de choix de la rate errante est chirurgical puisqu'il a été prouvé que la prise en charge non chirurgicale chez les patients asymptomatiques entraîne un taux de complications de 65% [16]. Dans les cas symptomatiques, sans infarctus splénique, une splénopexie est indiquée [17]. La fixation splénique s'effectue, la plupart du temps, par des sutures au péritoine, rétropéritoine et au diaphragme. En cas d'infarctus splénique, une splénectomie est indiquée. Elle ne doit être envisagée qu'en dernier recours, compte tenu du risque infectieux qu'elle engendre [18].

Dans les cas asymptomatiques, deux attitudes sont envisageables : l'abstention thérapeutique ou la splénopexie préventive. Cependant, compte tenu du risque élevé de torsion splénique et de splénectomie secondaire, les splénopexies préventives sont recommandées [19].

Conclusion

La rate baladeuse est une entité rare de l'enfant et l'adulte jeune dont la clinique est dominée par une splénomégalie douloureuse. Elle doit être évoquée devant un tableau d'abdomen aigu. Elle peut se compliquer par une torsion du pédicule splénique, d'un volvulus chronique avec splénomégalie douloureuse, voire même d'un infarctus de la rate. Le diagnostic est scanographique et le traitement est chirurgical par splénopexie ou splénectomie.

Déclaration de liens d'intérêt : Les auteurs déclarent n'avoir aucun conflit d'intérêts.

Références

- [1] Ben Ely A, Zissin R, Copel L, et al. The wandering spleen: CT findings and possible pitfalls in diagnosis. *Clin Radiol.* 2006;61(11):954-958. doi:10.1016/j.crad.2006.06.007
- [2] Magowska A. Wandering spleen: a medical enigma, its natural history and rationalization. *World J Surg.* 2013;37(3):545-550. doi:10.1007/s00268-012-1880-x
- [3] Reisner DC, Burgan CM. Wandering Spleen: An Overview. *Curr Probl Diagn Radiol.* 2018;47(1):68-70. doi:10.1067/j.cpradiol.2017.02.007
- [4] Than DJ, Ern TT, Karim KBA. Wandering spleen with horseshoe kidney a rare occurrence. *Int J Surg Case Rep.* 2018;45:96-100. doi:10.1016/j.ijscr.2018.03.028
- [5] Habib E, Bellaiche G, Fouet P, Elhadad A. Hématémèse révélatrice du volvulus chronique d'une rate baladeuse [Hematemesis revealing chronic volvulus of a wandering spleen]. *Ann Chir.* 2001;126(9):896-898. doi:10.1016/s0003-3944(01)00623-x
- [6] Brown CV, Virgilio GR, Vazquez WD. Wandering spleen and its complications in children: a case series and review of the literature. *J Pediatr Surg.* 2003;38(11):1676-1679. doi:10.1016/s0022-3468(03)00582-7
- [7] Kapan M, Gümüş M, Önder A, Gümüş H, Aldemir M. A wandering spleen presenting as an acute abdomen: case report. *J Emerg Med.* 2012;43(5):e303-e305. doi:10.1016/j.jemermed.2010.06.029
- [8] Touarsa F, Nassar I, Ajana A, Benelbaghdadi I, Billah NM. Hémorragie digestive haute sur gastropathie hypertensive portale révélatrice d'une rate baladeuse [Upper gastrointestinal bleeding in portal hypertensive gastropathy reveals a wandering spleen]. *Presse Med.* 2016;45(10):935-937. doi:10.1016/j.lpm.2016.06.005
- [9] Lourdasamy V, Patel D, Docobo R, Tantry S, Lourdasamy D, Farukh S. The Importance of Recognizing Wandering Spleen as a Cause of Recurrent Acute Pancreatitis. *Case Rep Gastrointest Med.* 2018;2018:7573835. Published 2018 Jun 21. doi:10.1155/2018/7573835
- [10] Chawla S, Boal DK, Dillon PW, Grenko RT. Splenic torsion. *Radiographics.* 2003;23(2):305-308. doi:10.1148/rg.232025110
- [11] Nastiti NA, Niam MS, Khoo PJ. Emergency laparoscopic splenectomy for torsion of wandering spleen in a geriatric patient: A case report. *Int J Surg Case Rep.* 2019;61:91-95. doi:10.1016/j.ijscr.2019.07.021
- [12] Priyadarshi RN, Anand U, Kumar B, Prakash V. Torsion in wandering spleen: CT demonstration of whirl sign. *Abdom Imaging.* 2013;38(4):835-838. doi:10.1007/s00261-012-9944-9
- [13] Viana C, Cristino H, Veiga C, Leão P. Splenic torsion, a challenging diagnosis: Case report and review of literature. *Int J Surg Case Rep.* 2018;44:212-216. doi:10.1016/j.ijscr.2018.02.032
- [14] Radillo L, Taddio A, Ghirardo S, et al. The Great Pretender: Pediatric Wandering Spleen: Two Case Reports and Review of the Literature. *Pediatr Emerg Care.* 2016;32(9):619-622. doi:10.1097/PEC.0000000000000642
- [15] Chauhan NS, Kumar S. Torsion of a Wandering Spleen Presenting as Acute Abdomen. *Pol J Radiol.* 2016;81:110-113. Published 2016 Mar 15. doi:10.12659/PJR.895972
- [16] Blouhos K, Boulas KA, Salpigktidis I, Baretas N, Hatzigeorgiadis A. Ectopic spleen: An easily identifiable but commonly undiagnosed entity until manifestation of complications. *Int J Surg Case Rep.* 2014;5(8):451-454. doi:10.1016/j.ijscr.2014.05.010
- [17] Dawson JH, Roberts NG. Management of the wandering spleen. *Aust N Z J Surg.* 1994;64(6):441-444. doi:10.1111/j.1445-2197.1994.tb02249.x
- [18] Cohen O, Baazov A, Samuk I, Schwarz M, Kravarusic D, Freud E. Emergencies in the Treatment of Wandering Spleen. *Isr Med Assoc J.* 2018;20(6):354-357.
- [19] Giraud JT, Dingremont C, Gailleton R, Tissier M, Arouch K. Le syndrome de la rate baladeuse : cas clinique [A case report of wandering spleen]. *Rev Med Interne.* 2021;42(4):285-287. doi:10.1016/j.revmed.2020.11.010