

Rupture traumatique de la rate de diagnostic tardif sur grossesse à terme

Traumatic rupture of the spleen of late diagnosis in full-term pregnancy

Yao BA¹, Ouattara I¹, Kouassi Y², Boussou C¹, Yeo K¹, Adjeme J³, Kassi F³, Kasse R¹, Mian B¹

1. Service de Gynécologie et Obstétrique du Centre Hospitalier et Universitaire de Cocody
2. Service d'Hématologie biologique du Centre Hospitalier et Universitaire de Cocody
3. Service de Chirurgie Digestive et Viscérale du Centre Hospitalier et Universitaire de Cocody

Auteur correspondant : YAO Brou Alexis Assiyo Mail : alexisyao50@gmail.com tel : +225 0709043168

Résumé

Introduction L'atteinte isolée de la rate après un traumatisme fermé de l'abdomen durant la grossesse est rare. Nous rapportons un cas de traumatisme de la rate chez une femme enceinte à 38 semaines d'aménorrhée traitée par splénectomie d'hémostase. **Observation** : Patiente de 21 ans, ménagère, a été évacuée d'une maternité périphérique pour anémie sur grossesse à terme. Il avait fait une chute dans la douche et réception sur l'abdomen une semaine avant son admission. L'échographie obstétricale non contributive. Elle fut évacuée pour une anémie sévère sur grossesse à terme. Elle avait de bonnes constantes hémodynamiques. L'examen obstétrical était sans particularité. L'échographie obstétricale réalisée à la recherche d'un décollement a objectivé une grossesse évolutive de 38 SA avec la présence d'un circulaire du cordon. Une transfusion de culot globulaire 840ml administrée et une indication de césarienne posée pour un circulaire du cordon. La césarienne réalisée a permis l'extraction d'un nouveau-né normotrophe. En per opératoire(coeliotomie) une constatation de sang avec quelques caillots mais pas considéré par les Chirurgiens gynécologues. Devant la persistance d'un hémopéritoine de grande abondance secondaire à la toilette abdominale, une exploration a permis de mettre en évidence une fracture de la rate jugulée par une splénectomie dont les suites opératoires ont été simples. **Conclusion** La rupture traumatique de rate est sur de la grossesse a de diagnostic difficile, surtout au dernier trimestre de la grossesse. L'anamnèse et un examen physique minutieux, aidés d'une échographie abdominopelvienne peuvent aboutir rapidement au diagnostic et permettre de sauver la mère et le fœtus.

Mots-clés : Rupture, rate, grossesse, fœtus

Introduction Les hémorragies lors de la grossesse peuvent être d'origine non obstétricale, la grossesse étant un terrain favorisant pour certaines étiologies du fait des modifications physiologiques qu'elle induit. Ces hémorragies non obstétricales sont rares mais sont

Abstract

Introduction Isolated involvement of the spleen after closed trauma to the abdomen during pregnancy is rare. We report a case of trauma to the spleen in a pregnant woman at 38 weeks' amenorrhoea treated by haemostasis splenectomy. **Observation:** A 21-year-old female housewife was evacuated from a peripheral maternity unit for anaemia on full-term pregnancy. He had fallen in the shower and landed on his abdomen a week before admission. Obstetric ultrasound was non-contributory. She was evacuated for severe anaemia in a full-term pregnancy. Her haemodynamic vitals were good. Obstetrical examination was unremarkable. Obstetric ultrasound to look for a detachment revealed a progressive pregnancy at 38 weeks' gestation with a cord circular. A transfusion of packed red blood cells (840ml) was administered and a caesarean section was indicated for a cord circle. The caesarean section allowed extraction of a normotrophic newborn. Intraoperatively (coeliotomy) a blood finding with a few clots but not considered by the gynaecological surgeons. Given the persistence of a large haemoperitoneum secondary to abdominal cleansing, an exploration revealed a fracture of the spleen, which was treated by splenectomy. The postoperative course was straightforward. **Conclusion** Traumatic rupture of the spleen in pregnancy is difficult to diagnose, especially in the last trimester of pregnancy. A careful history and physical examination, aided by abdominopelvic ultrasound, can lead to a rapid diagnosis and allow the mother and foetus to be saved.

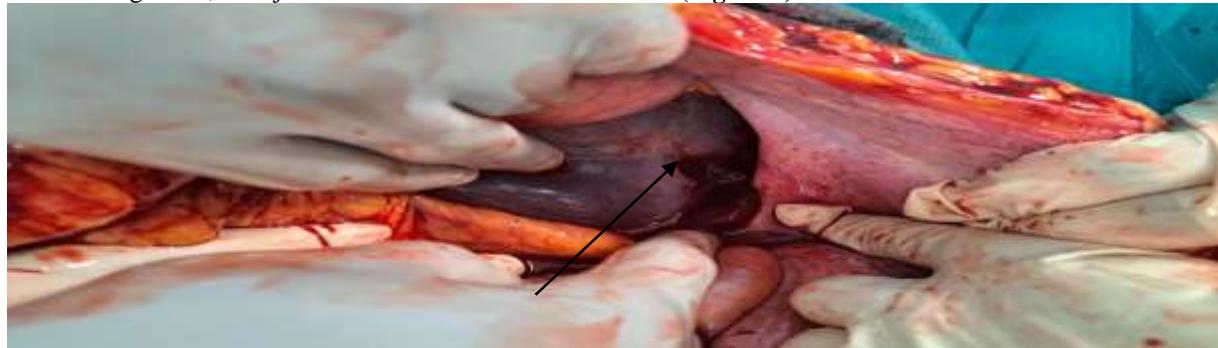
Key words: Rupture, spleen, pregnancy, foetus

responsables d'une mortalité materno-fœtale importante[1]. Le pronostic dépend de la rapidité du diagnostic et d'une prise en charge multidisciplinaire. L'atteinte isolée de la rate après un traumatisme fermé de l'abdomen durant la grossesse est rare.

Le diagnostic étiologique de l'hémopéritoine est souvent difficile à évoquer sur une grossesse à terme[(2)]. Nous rapportons un cas de traumatisme de la rate chez une femme enceinte à 38 semaines d'aménorrhée traitée par splénectomie d'hémostase après abstention chirurgicale initiale, et rappelons les grandes lignes de la prise en charge **Patième et Observation** : Il s'agissait d'une femme de 21 ans, ménagère, a été évacué d'une maternité périphérique pour anémie sur grossesse à terme. Elle est troisième geste et deuxième pare(G3P2) et sans antécédent particulier dans son enfance son profil électrophorétique normal (AA2) et a fait cinq (5) consultations prénatales, une numération normale en début de grossesse (TxHB 11,5g/dl). Ses prophylaxies (anti palustre et antianémique) étaient bien conduites. Elle avait accouché par voie basse ses grossesses antérieures. Il avait fait une chute dans la douche et réception sur l'abdomen une semaine avant son admission, elle présenterait une douleur abdominale, elle avait bénéficié d'un traitement antalgique et antispasmodique. L'échographie obstétricale réalisée à la recherche d'un décollement a objectivé une grossesse évolutive de 37 SA sans signe de HRP. Elle été libéré de l'hôpital avec les consignes des signes d'alertes d'accouchement et un antispasmodique devant la survenue d'une asthénie et une dyspnée d'effort trois jours avant son admission qu'elle consulte ladite maternité qui après une numération, l'évacue pour une anémie (TxHB=4,2g/dl) sur grossesse à terme. Au niveau clinique, elle avait un bon état général, conjonctives avec de bonnes

constances hémodynamiques. Au niveau abdominal, on ne notait pas de lésion cutanée, utérus à grand axe longitudinal une hauteur utérine 33 cm les BDCF bien perçus l'enregistrement électrocardiotocographe réalisée initialement était normale et un score de BISHOP à 4. On ne notait pas de cris de l'ombilic. Concernant la démarche diagnostique, l'échographie obstétricale réalisée à la recherche d'un décollement a objectivé une grossesse évolutive de 38 SA avec un poids foetal estimé à 2800g, sans signe de HRP et la présence d'un circulaire du cordon. La goutte épaisse était négative, la numération au troisième n'a pas été demandée dans le carnet. Nous avons suspecté une anémie parentelle non décompensée sur grossesse de 38SA Au plan Intervention thérapeutique, une transfusion de culot globulaire 840ml a été administrée et une indication de césarienne posée pour un circulaire du cordon après un bilan pré opératoire et une consultation préanesthésique jugée satisfaisante. La césarienne réalisée a permis l'extraction d'un nouveau-né de sexe masculin pesant 2970g, taille 46 cm, Périmètre crânien 34 cm APGAR 5/6 puis 7 en 10 minutes. En per opératoire (coeliotomie) une constatation de sang avec quelques caillots mais pas considéré par les Chirurgiens gynécologues. Devant la persistance d'un hémopéritoine après l'hystérorraphie et surtout de grande abondance secondaire à la toilette abdominale, un avis senior est demandé. L'exploration a permis de suspecter une lésion organique et de faire une incision verticale sous et sus médiane, ce qui a permis de mettre en évidence une fracture de la rate.

(Figure 1)

**Figure 1 :** Lésion splénique en per opératoire

Il avait donc décidé, de réaliser une splénectomie avec une équipe de chirurgie viscérale. Elle été admise

en réanimation et sa sortie à J7 post opératoire. (Figure 2).

**Figure 2 :** pièce de splénectomie

Yao BA	Rupture traumatique de la rate de diagnostic tardif sur grossesse à terme	Cas Clinique
<p>Les suites opératoires immédiates étaient simples et la patiente fut sortie d'hôpital au 7^{eme} jour. Notons qu'il n'y avait pas eu de suppuration L'évolution était favorable avec une bonne cicatrisation, et une consultation hématologie à sa sortie. La patiente était très satisfaite de la prise en charge. Elle a été revue deux semaines en gynécologie puis un mois chirurgie viscérale, le suivi plus rapproché en immunologie hématologie du fait de la baisse de l'immunité du fait qu'il soit un organe lymphoïde. La patiente a accepté la publication anonyme de son expérience.</p> <p>Discussion</p> <p>La rate est un organe du système lymphoïde, doté de fonctions immunitaire et humorale qui interviennent dans la protection de l'organisme. Son atteinte représente 25% de toutes les lésions traumatiques des viscères intra abdominaux, faisant d'elle l'organe le plus touché dans les traumatismes fermés de l'abdomen[1]. La rupture de la rate lors de la grossesse, bien que rare, a déjà été rapportée. L'incidence de la rupture de la rate dans la population générale est estimée à moins de 1 % mais s'élève avec l'âge pour dépasser les 10 % après 60 ans[2]. La description des premiers cas de rupture de la rate au cours de la grossesse a été faite par SAXTORPH [3] en 1880. Ces premiers cas incluaient tant les ruptures sur rate pathologique ou après traumatisme que les ruptures idiopathiques; ces dernières sont ainsi qualifiées de rupture spontanée et répondent aux quatre critères de définition de ORLOFF [4]. Ces critères sont : l'absence de traumatisme évident, l'absence de pathologie systémique, l'inexistence d'adhérences périphériques et enfin un examen macroscopique et histologique normal de la rate. Le cas rapporté ici répond au critère de traumatisme. Le diagnostic est difficile. La rupture de la rate sur la grossesse est souvent asymptomatique cliniquement. On note la présence de signes atypiques à type de douleurs de l'hypochondre gauche, nausées et vomissements. La rupture évolue souvent en deux temps : un syndrome douloureux abdominal prédominant au niveau de l'hypochondre gauche et irradiant vers l'épaule (signe de Kehr) [2], puis secondairement par une évolution rapide vers un état de choc hémorragique. Dans notre cas le diagnostic a été fait en per opératoire car l'échographie réalisée après la chute était une échographie obstétricale sans exploration des autres organes intraabdominaux. A la paraclinique ; au premier plan des investigations paracliniques qui devraient être réalisées dans ce Référence</p>	<p>contexte étaient l'échographie et la tomodensitométrie sans et avec injection de produit de contraste[5] Le traitement conservateur est adopté dans 50 à 70 % des cas avec un taux de succès d'au moins 90 %. La décision de l'abstention chirurgicale repose sur deux critères initiaux qui sont la stabilité hémodynamique et l'absence d'autre lésion intra-abdominale imposant la laparotomie, et sur un critère évolutif qui est le seuil de 2 culots globulaires transfusés[6]. Dans notre cas la persistance d'un hémopéritoine après l'hystérorraphie et surtout de grande abondance secondaire à la toilette abdominale a motivé la splénectomie. La transfusion de 840 ml concentrés globulaires. L'âge des patientes et la surmortalité inhérente à l'état d'asplénie sont en faveur de la conservation splénique chez la femme enceinte. Cependant, du fait des modifications du tableau clinique, et du risque de mortalité foetale les auteurs recommandent en cas de contusion abdominale avec atteinte d'organes pleins (utérus, rate, foie) une exploration chirurgicale en urgence. Les difficultés d'hémostase liées à la présence de l'utérus gravide et la crainte de voir survenir des troubles de l'hémostase sont en faveur de la réalisation d'une splénectomie plutôt qu'une chirurgie conservatrice. L'attitude à adopter à l'égard de l'enfant varie en fonction de l'âge. Après 26 semaines d'aménorrhée, la césarienne est indiquée quand le foetus est vivant et s'il y a un décollement placentaire ou des lésions et/ou souffrance foetale aiguë.[6] La mortalité maternelle et foetale induite par cette affection est très élevée. Elle est estimée à 100% lorsque le diagnostic et la prise en charge sont retardés. Alors qu'avec un traitement rapide ce taux est réduit entre 5 et 30% [3]. Le décès est en rapport avec l'état de collapsus cardio-vasculaire accentué quelques fois par une coagulation intravasculaire disséminé. Les erreurs fréquentes dans le diagnostic sont les causes de ces retards qui grèvent le pronostic foeto-maternel. Notre patiente est sortie avec une consultation en hématologie sans une complication majeure. Le nouveau-né ne présente de signes d'anoxie cérébrale ni d'anémie foetale.</p> <p>Conclusion</p> <p>La rupture traumatique de rate est une complication rare de la grossesse. Son diagnostic est difficile, surtout au dernier trimestre de la grossesse. Seule une anamnèse et un examen physique minutieux, aidés au besoin d'une échographie abdominopelvienne peuvent aboutir rapidement au diagnostic et permettre de sauver la mère et le foetus.</p>	

1. Keita S, Sanogo ZZ, Koita A, Koumaré S, Soumaré L, Sacko O, et al. Traumatisme de la rate dans les services de chirurgie des chus de bamako spleen trauma in the surgery departments of university hospital of bamako. J Afr. 2013;2(4):197.
2. Haroun I, Slimani MR, Touami M, Kheloufi M, Bouzid C, Bentabak K, et al. Rupture spontanée de l'artère splénique au second trimestre de grossesse : à propos d'un cas.

3. **Djanhan Y, Doumbia Y, Kouakou P, Kouame A, Yao I, Tebi N.** [Spontaneous splenic rupture in the first trimester of pregnancy: report of a case and review of the literature]. Mali Méd. 1 févr 2008;23:64-5.
4. **MJ O, GW P.** Spontaneous rupture of the normal spleen ; a surgical enigma. In : International Abstracts of Surgery. 1958. p. 1-11. Disponible sur : <https://europepmc.org/article/med/13495867>
5. **Athiel Y, Vivanti A, Tranchart H.** Embolisation splénique pour traumatisme abdominal au cours d'une grossesse. J Chir Viscérale. 2020 ;157(1) :71-3.
6. **Badaoui R, El-Kettani C, Radji M, Samkaoui MA, Byhet N, Ossart M.** Traumatisme de la rate au cours de la grossesse (à propos d'un cas). In : Annales françaises d'anesthésie et de réanimation. Elsevier ; 2003. p. 736-8. Disponible sur : <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0750765803003071>

