

Rupture spontanée de rate lors d'un accès palustre dépistée à l'échostéthoscopie

Malarial Spontaneous Splenic Rupture revealed by Echostethoscopy

A. Wittwer · K. Azarnoush · O. Peyrony

Reçu le 2 mai 2016 ; accepté le 31 mai 2016
© SFMU et Lavoisier SAS 2016

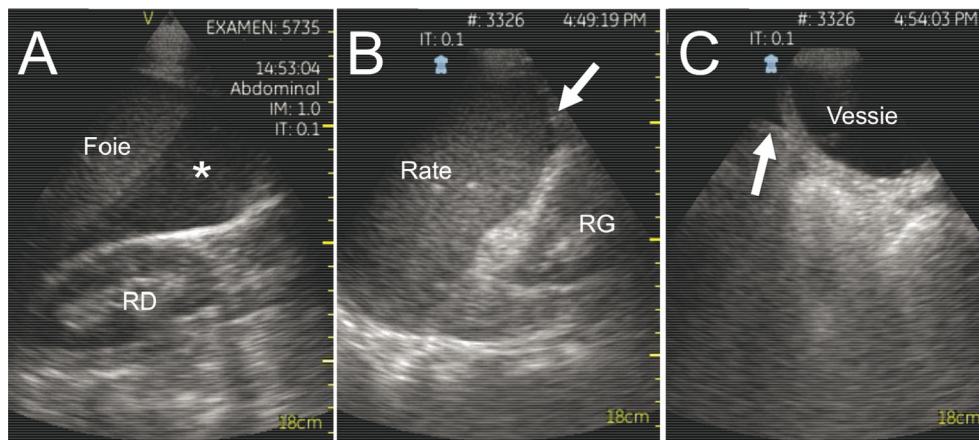


Fig. 1 Images échographiques montrant un épanchement intrapéritonéal visible au niveau des loges hépato-rénale de Morison (*, A), spléno-rénale de Köhler (flèche, B) et du cul-de-sac de Douglas (flèche, C). RD : rein droit ; RG : rein gauche

Un homme de 41 ans antécédent consulte aux urgences pour fièvre et syndrome grippal au retour du Cameroun, d'où il est originaire. Lors de son séjour, il n'a pris aucune prophylaxie antipalustre. Les symptômes ont commencé trois jours après son retour, il consulte initialement un médecin qui lui prescrit de l'amoxicilline et des anti-inflammatoires. Six jours après, la persistance des symptômes et l'apparition d'une douleur abdominale et d'une diarrhée motivent sa venue aux urgences. À son arrivée, les paramètres vitaux montrent une pression artérielle à 131/75 mmHg, une tachycardie à 108/min et une fièvre à 39,8°C. L'examen ne montre pas de signes d'hypoperfusion périphérique, de détresse respiratoire ou de confusion. L'abdomen est douloureux dans son ensemble, plus parti-

culièrement en hypochondre gauche et sans défense. Le patient n'est ni pâle, ni ictérique. La biologie montre une hémoglobinémie à 13,5 g/dL, une thrombopénie à 55 000/mm³, une insuffisance rénale modérée avec une créatininémie à 124 μmol/L, une élévation de la bilirubine totale à 36 μmol/L sans cholestase ni cytolysse. Le frottis sanguin identifie un *Plasmodium falciparum* avec une parasitémie évaluée à 1,7 %. L'échostéthoscopie (échographie réalisée de façon systématique en complément de l'examen clinique devant la douleur abdominale à l'aide d'un appareil ultraportable) révèle un épanchement intrapéritonéal de moyenne abondance (Fig. 1). Devant la présence de cet épanchement, un scanner est demandé, qui confirme la présence d'un épanchement intrapéritonéal spontanément hyperdense, en particulier en regard du pôle inférieur de la rate (60 UH) faisant suspecter une rupture splénique (Fig. 2). Le patient est transféré en réanimation où il bénéficie d'un traitement par artésunate. Le lendemain, l'hémoglobinémie est à 8,5 g/dL sans stigmate d'hémolyse. Devant la stabilité hémodynamique et l'absence de nécessité de recourir à une transfusion globulaire, un traitement

A. Wittwer · K. Azarnoush · O. Peyrony (✉)
Service des urgences, hôpital Saint-Louis,
Assistance Publique - Hôpitaux de Paris,
1 avenue Claude Vellefaux, F-75010 Paris, France
e-mail : olivier.peyrony@aphp.fr

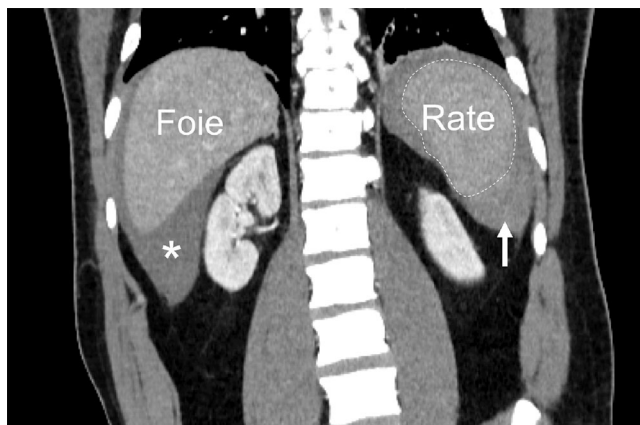


Fig. 2 Coupe tomodensitométrique coronale montrant un épanchement intrapéritonéal sous-hépatique (*) et périsplénique (flèche) hyperdense (60 UH) évoquant un hémopéritoine secondaire à une rupture de rate

conservateur est décidé. L'état clinique du patient s'améliore progressivement et il sort de réanimation au 4^e jour. La rupture spontanée de rate est une complication relative-

ment rare de l'accès palustre, son traitement chirurgical ou conservateur dépend de l'état hémodynamique du patient [1]. Parmi les autres étiologies de rupture spontanée de rate, citons certaines infections (*cytomegalovirus*, Epstein-Barr Virus, endocardite), les hémopathies malignes, les tumeurs primitives (angiosarcome) et les métastases spléniques, certaines pathologies pancréatiques (pancréatite aiguë ou chronique, pseudo-anévrisme de l'artère splénique), la drépanocytose, le lupus et le syndrome de Felty [2]. Bien que rare, il faut savoir y penser en cas de douleur abdominale au cours d'un accès palustre et rechercher systématiquement un épanchement péritonéal à l'échographie aux urgences, et ce malgré une hémoglobémie initiale faussement rassurante.

Références

1. Osman MF, Elkhidir IM, Rogers SO, Williams M (2012) Non operative management of malarial splenic rupture: the Khartoum experience and an international review. *Int J Surg* 10:410–4
2. Longchal G, Lecomte F (2015) Une étiologie rare de la syncope : la rupture atraumatique de rate. *Ann Fr Med Urgence* 5:329–31