

La rate baladeuse

(wandering spleen)



LEROUX Geoffroy
Université de Brest
Service de Chirurgie viscérale
CHRU Brest



PLAN

1- A propos d'un cas

2- Généralités

a- définition

b- épidémiologie

c- bases anatomiques

d- bases embryologiques

3- clinique

4- Examens complémentaires

5- Prise en charge

6- bibliographie

À propos d'un cas

Mme Le D., 55 ans

- ATCD:
- primo infection tuberculose dans enfance
 - cancer papillaire thyroïde OPR en 76 par thyroïdectomie totale + curage
 - hernie inguinale droite
 - colopathie fonctionnelle

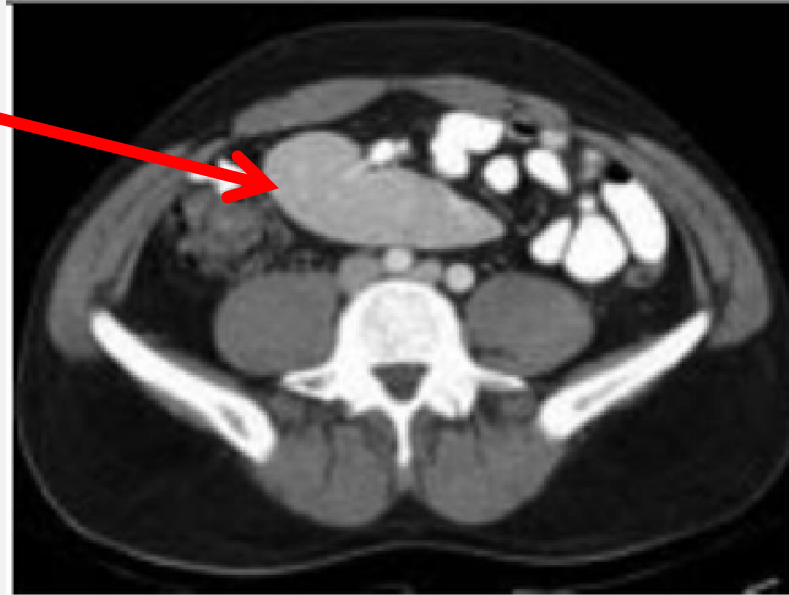
Plainte fonctionnelle:

- Douleurs quotidiennes fosse lombaire G + suspubien
- Majoration à la position assise

Splénomégalie connue depuis 15 ans, jamais explorée

Réalisation d'un scanner:

Rate pelvienne:
splénomégalie



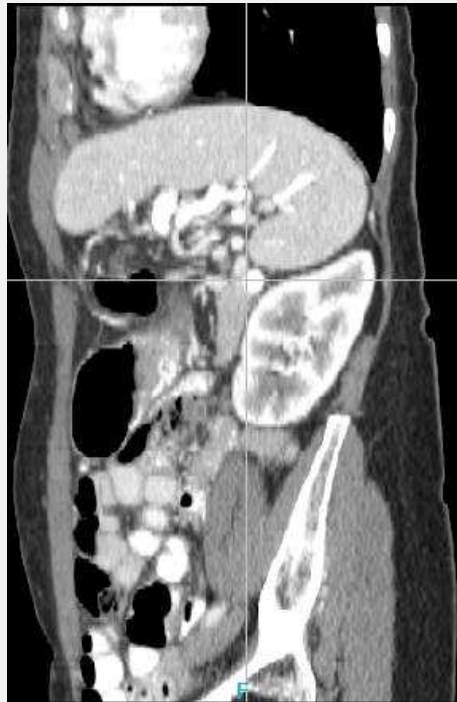
Bilan hémato / hépato : pas de thrombose porte, pas d'hypertension portale, pas d'adénopathies, pas de thrombopénie.

**Tableau de rate baladeuse:
Pas de signes d'infarcissement splénique
indication de splénectomie**

Geste réalisé sous coelioscopie

- Remise en place de la rate dans sa loge initiale
- Haubanage par grand épiploon avec fixation à la paroi
- Suites simples

Scanner de contrôle après pexie:



A distance:

- Persistance de douleurs abdominales chroniques
- Indication a splénectomie
- Refus de la patiente

Généralités

Definition:

-*Hypermobilité splénique* due à une absence ou à une hyperlaxité des moyens de fixation de la rate qui sont les ligaments gastro-splénique et spléno-rénal

-La rate est alors mobile dans l'espace inter hépato-diaphragmatique, sous-hépatique et sous mésocolique

-Le risque majeur est la **torsion du pédicule splénique** entraînant un infarctus splénique

Généralités

Un peu d'histoire

-Première description par Von Herne en 1667 au cours d'une autopsie

-Première splenectomie pour rate baladeuse en 1878 par Pr MARTIN

-Première splenopexie fin 19^{ème} par le Pr RYDYGIER (ci contre)



Généralités

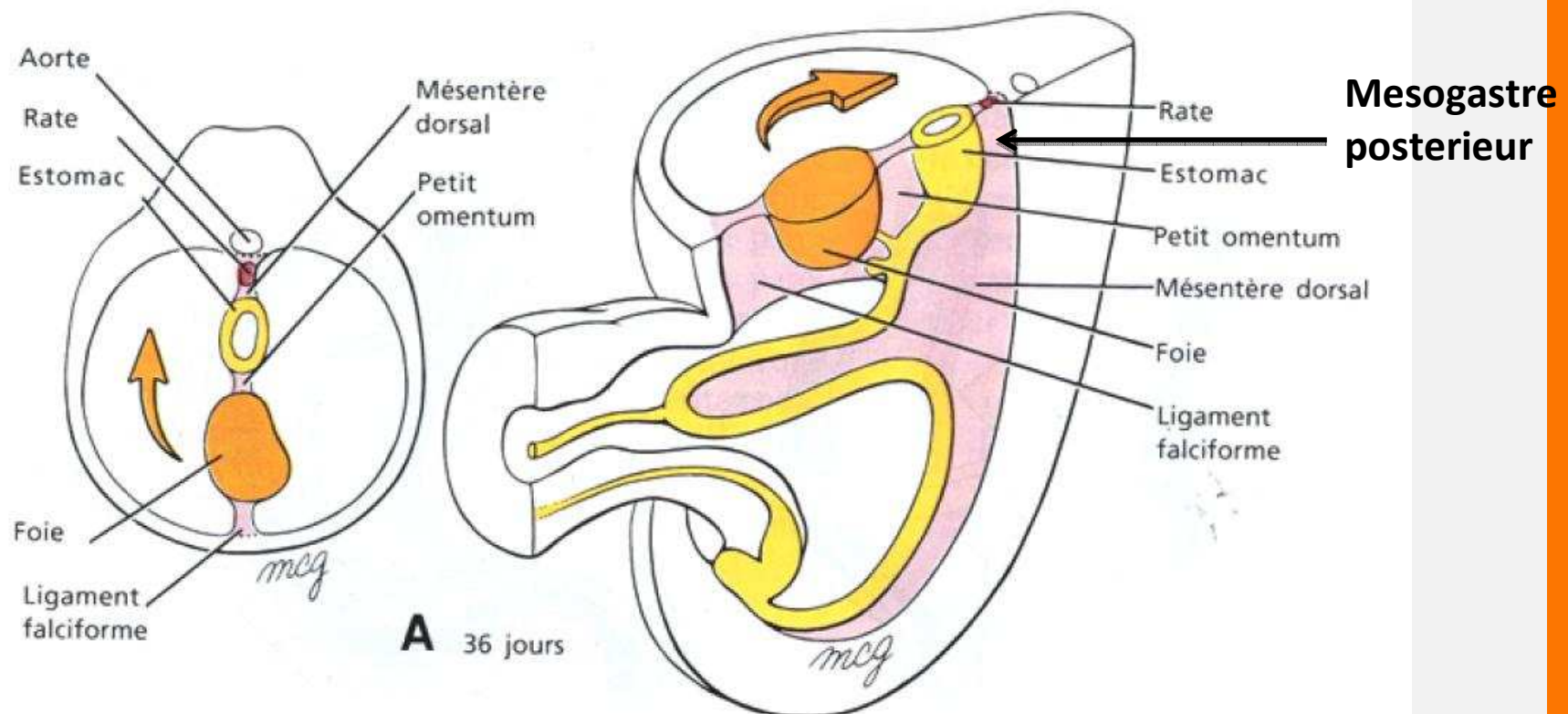
Epidemiologie:

- Pathologie rare: environ 500 cas décrits dans la littérature
- Incidence inférieure à 0,2%
- 2 pics de prévalence:
 - **Enfant +++** (garçon > filles): prédispositions génétiques
association fréquentes avec maladies du type Marfan / Ehlers Danlos
 - **Adulte** (femme > homme): facteurs hormonaux avec pic chez la femme en âge de procréer
- Autres facteurs de risque: splénomégalie, traumatisme abdominal

Généralités

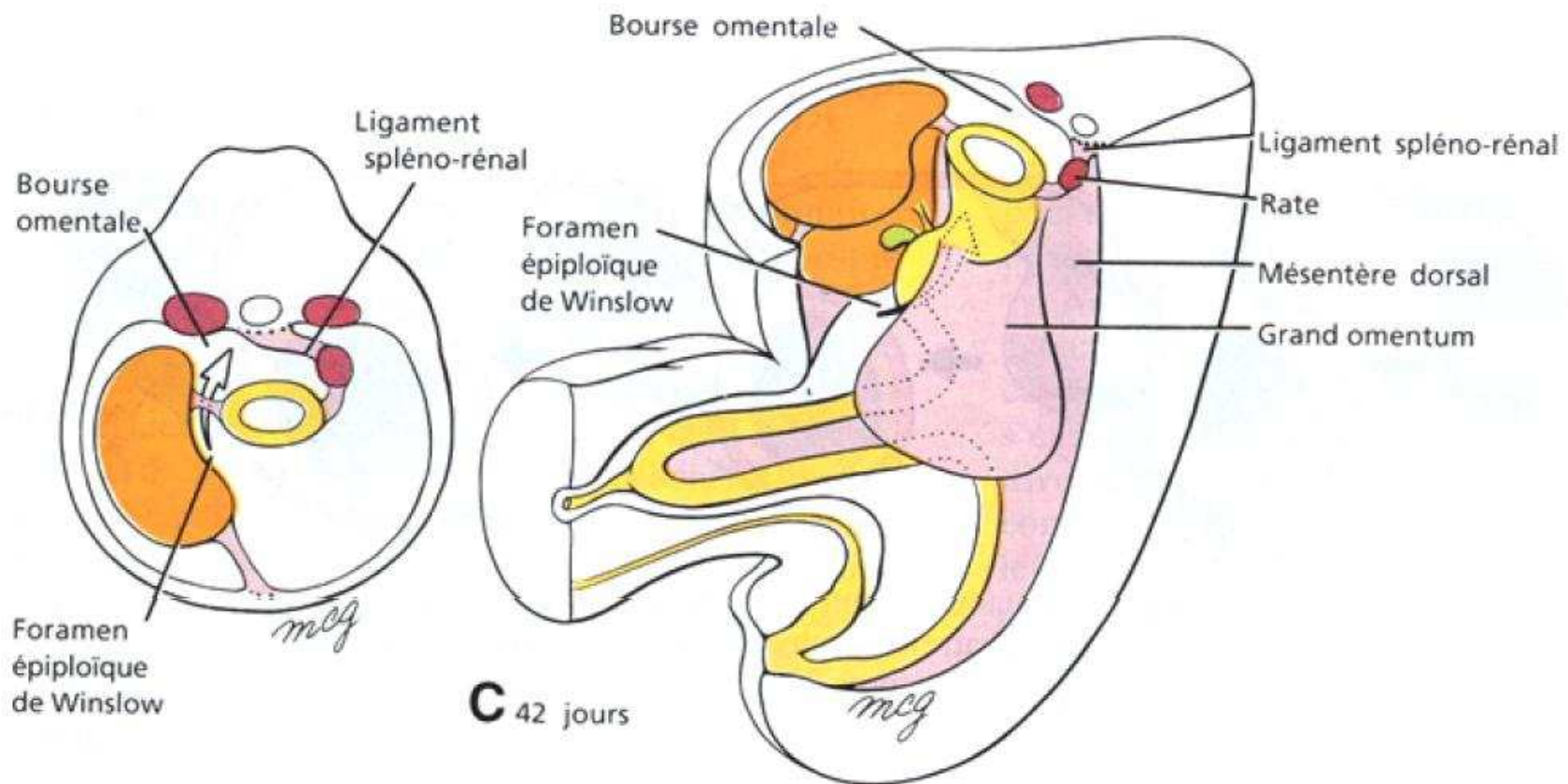
Bases embryologiques:

L'hypothèse principale est une absence de fusion au niveau du mésogastre postérieur au stade embryonnaire



Généralités

Bases embryologiques (suites):



clinique

Il existe **3 types** de présentation d'une rate baladeuse:

1- découverte fortuite sur un examen d'imagerie réalisé pour d'autres raisons (incidentallome)

2- douleurs abdominales chroniques aspécifiques, récurrentes:

- épisodes de torsion / détorsion
- volvulus chronique

3- douleur abdominale aigue associant:

- signes digestifs aspécifiques: nausées, vomissement
- +/- fièvre
- palpation masse abdominale ou pelvienne (splénomégalie quasi constante du a une congestion de la rate)

Biologie: non spécifique. la thrombocytopénie est rarement retrouvée

Examens complémentaires

1- l'échographie:

- disponibilité, sensibilité
- couplage au doppler permet de mettre en évidence la torsion pédiculaire avec l'absence de flux au niveau des vaisseaux spléniques



Fig. 5 : Infarctus splénique par torsion du pédicule vasculaire d'une rate en position pelvienne. Aspect échogène du pédicule vasculaire en regard du hile splénique avec absence de flux au Doppler.

Examens complémentaires

La tomodensitometrie:

- examen de référence
- pose le diagnostic: mise en évidence d'une rate ectopique, associée à splénomégalie
- signes de gravité (infarcissement de la rate épanchement intra péritonéal)
- diagnostics différentiels (appendicite, sigmoïdite,...)

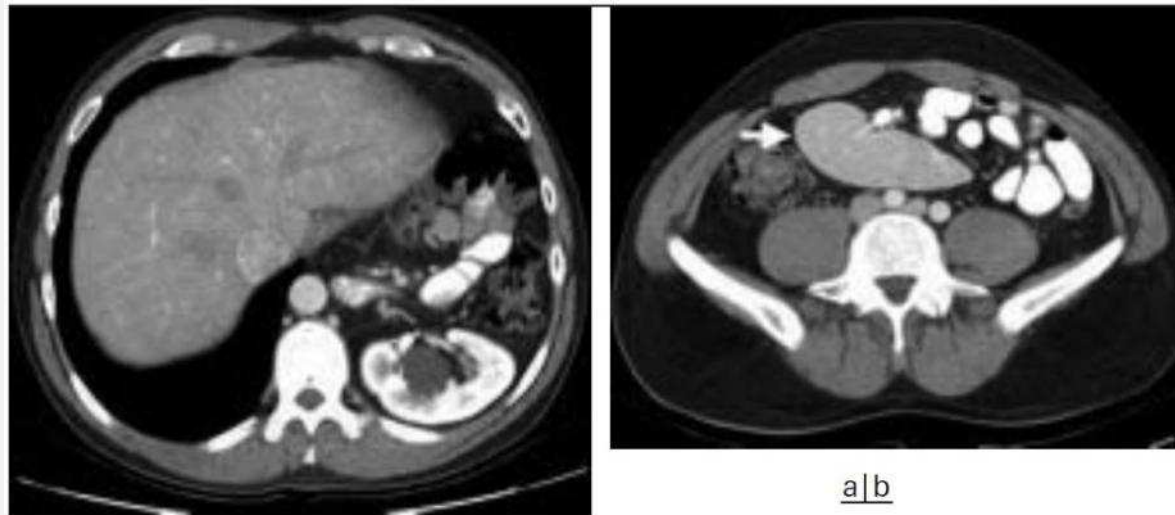


Fig. 10 : Rate ectopique.
a Absence de rate en position normales.
b Localisation intra-abdominale de la rate dans ce cas en avant des vaisseaux iliaques communs. (flèche).

Prise en charge

1- médicale:

- Il n'y a pas de place à la simple surveillance d'une rate baladeuse même diagnostiquée sur un examen réalisé pour d'autres raisons (incidentalome)
- En effet, complications dans 65% des cas de rate baladeuse surveillées.

Prise en charge

2- chirurgicale:

-traitement de référence

-2 types :

a) splénectomie

C'est le traitement radical. Il est de moins en moins pratiqué à cause du risque infectieux et hématologique qui en découle

Il reste tout de même indispensable lorsqu'il existe un infarctus splénique



Prise en charge

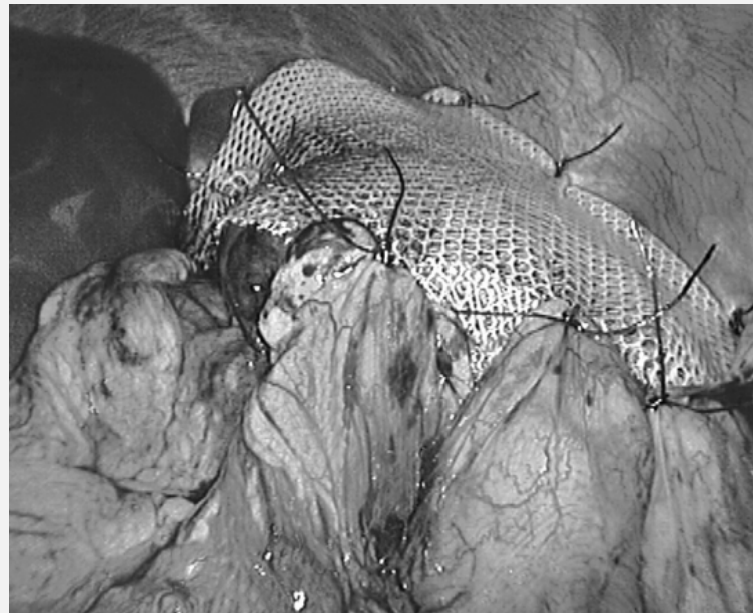
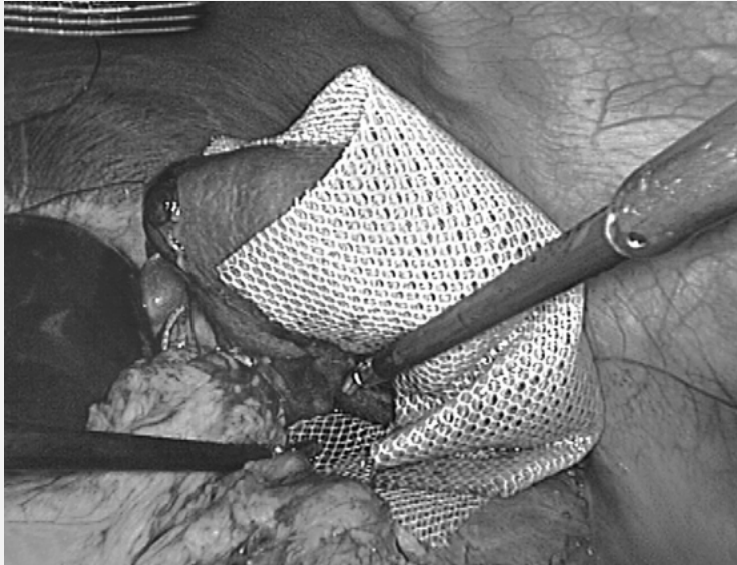
b) splénopexie

- replacement la rate dans sa loge d'origine + fixation
- Peut être rendu difficile par splénomégalie
- laparotomie ou laparoscopie.
- Plusieurs techniques:

1- suture directe de la rate au diaphragme

2- suture par l'intermédiaire d'une plaque résorbable au diaphragme et à la paroi antérieure

Splenopexies (suite):



3- création d'une poche rétro-péritonéale

4- recouvrement par estomac + épiploon avec fixation grande courbure au diaphragme + paroi abdominale antérieure

Conclusion

- **Pathologie rare**
- **Découverte souvent fortuite**
- **Risque majeur: torsion pédiculaire avec infarctus splénique**
- **Prise en charge chirurgicale**
- **Référence: splénopexie sous cœlioscopie quand possible**

Bibliographie

- [1.](#) Dawson JHM, Roberts NG. Management of the wandering spleen. Aust N Z J Surg 1994; 64: 441-4. _
- [2.](#) Lewis GA, Byrne MP. Wandering spleen. The American Surgeon 1981; 47: 275-7. _
- [3.](#) Buehner M, Baker MS. The wandering spleen. Collective review. Surg Gyne Obst 1992; 175: 373-87. _
- [4.](#) Satydas T, Nasir N, Bradpiece HA. Wandering spleen: case report and literature review. J R Coll of Surg Edin 2002; 47: 512-14. _
- [5.](#) Allen KB, Andrews G. Pediatric wandering spleen- The case for splenopexy: Review of 35 reported cases in the literature J Ped. Surg 1989; 24: 432-3 5. _
- [6.](#) Caracciolo F, Bonatti PL, Castrucci G, Fusco A, Citterio F. Wandering spleen: treatment with colonic displacement. J R Coll of Stir- Edin 1986; 31: 242-4. _
- [7.](#) Desai DC, Hebra A, Davidoff AM, Schnauffer L. Wandering spleen: A challenging diagnosis. Southern J Med 1997; 90: 439-43. _
- [8.](#) Abell I. Wandering spleen with torsion of pedicle. Ann Surg 1933; 98: 722-35. _
- [9.](#) Pearson JB. Torsion of the spleen associated with congenital absence of the left kidney. Br J Surg 1964; 51: 393-5. _
- [10.](#) Carswell JW. Wandering spleen: 11 cases from Uganda. Br J Surg 1974; 61: 495-7. _
- [11.](#) Daneshgar S, Eras P, Feldman SM, Cacace VA, Federico FN, Levin RH. Bleeding gastric varices and gastric torsion secondary to a wandering spleen. Gastroenterology 1980; 79: 141-3. _
- [12.](#) Sheflin JJ, Lee CM, Kretchmar K. Torsion of wandering spleen and distal pancreas. Am J Radiol 1984; 142: 100. _
- [13.](#) Papakyriacou K, Nicolaou N, Symeonides P. Wandering spleen: a rare emergency condition. Br J Surg 1996; 83: 50. _
- [14.](#) Cainzos M, Amigo F, Porto A, Paulos A, potel J. Acute abdomen caused by torsion of the pedicle in a wandering spleen. Hepato-Gastroenterol 1993; 40: 78-80. _