

I) INTRODUCTION

La rate est un organe thoraco-abdominal, se trouvant entre la 9e – 11e côte gauche sur le plan vertical et entre la LAA et LAP : 5 – 6 cm. Le poids = 150 – 200g

La splénomégalie est une rate augmentée de volume dépassant le rebord costal. Elle devient alors palpable à l'examen clinique.

A l'échographie ou au scanner, la flèche splénique ≥ 13 cm de grand axe.

II) HISTOLOGIE

La rate est constituée par deux zones histologiquement et fonctionnellement distinctes, la pulpe rouge et la pulpe blanche.

1- La pulpe rouge: 3/4 de la rate, assure essentiellement des fonctions d'hémofiltration. Elle est constituée par un réseau d'espaces vasculaires anastomosés. On y trouve les cordons de Billoth qui sont les filtres vasculaires les plus fins de l'organisme.

2- La pulpe blanche :Elle est constituée par un tissu lymphoïde fait de follicules primaires secondaires

III) PHYSIOPATHOLOGIE

- Rôle fonctionnel de la rate: Immunitaire: phagocytose des particules étrangères (GR anormaux et débris cellulaires) et synthèse Anticorps, intervient dans l'immunité cellulaire.

- Rôle de stockage des plaquettes du fer, facteur VIII

Le développement d'une splénomégalie résulte:

- d'une augmentation de pression dans le système porte
- d'une hyperplasie ou hypertrophie du système macrophage
- hyperplasie lymphoïde, métaplasie myéloïde

IV) CRITERES SEMIOLOGIQUES :

A) EXAMEN DE LA RATE

1- *Inspection* : Voussure de l'HCG à jour frisant contrastant avec un HCD déprimé.

2- *Percussion* : Patient en position debout en expiration. On recherche la matité comprise entre la sonorité pulmonaire et digestive (espace de Traube)

SPM si la matité dépasse le rebord costal

3- *Palpation* : Indispensable pour préciser le siège du pôle inférieur de la rate.

a) Techniques d'examen :

- Décubitus dorsal, à droite du malade : Main droite posée bien à plat sur l'abdomen, on sent le pôle inférieur de la rate qui vient buter sur la pulpe des doigts, à l'inspiration profonde. La palpation débute par la fosse iliaque droite, FIG....

- Avec les 2 mains : la main droite est placée sous la fosse lombaire gauche, elle déprime la paroi postérieure, refoulant la rate en avant qui sera ressentie par la main gauche (HCG) à chaque inspiration

- Décubitus latéral droit : A gauche du patient ; Membres inférieurs fléchis, main gauche derrière la tête ,doigts en crochet sous l'auvent costal(HCG).Le pôle inférieur vient buter contre les doigts, à chaque inspiration profonde →SPM de petite taille.

On reconnaît la rate à son bord antérieur crénelé (2 – 3 incisures), sa mobilité lors des mouvements respiratoires, le contact lombaire absent (rein) ; faire un calque pour suivre l'évolution.

b) Volume et stade : classification de BOYD :

Stade 1 : palpable à l'inspection profonde

Stade 2: rate débordant le rebord costal sans atteindre la ligne intermédiaire entre l'ombilic et le rebord costal

Stade 3 : sur la ligne intermédiaire (moitié de l'ombilic et rebord Costal)

Stade 4 : sur la ligne ombilicale

Stade 5 : dépasse la ligne ombilicale, FIG – FID.

c) Consistance si la rate est ferme et élastique ou dure parfois.

d) Surface peut être lisse et régulière ou non

e) Sensibilité : elle est indolore en général, mais parfois sensible

B)- DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL

-Tumeur de l'angle colique gauche: antérieure mais immobile et sans incisures pôle inférieur mal limité

- kyste du mésentère kyste

- Tumeur de la queue du pancréas

- Tumeur gastrique ou du lobe gauche hépatique

15

C) ORIENTATION DIAGNOSTIQUE

1- Signes Fonctionnels :

- Les douleurs typiques sont des splénaigies : Douleur de l'hypochondre gauche augmentée à l'inspiration profonde irradiant à l'épaule gauche+++.
- Moins typique la douleur à type de pesanteur postprandiale
- troubles digestifs bâtarde, syndrome hémorragique, manifestations hépatiques, état fébrile

2- Examen clinique : Orienté par

- un tableau évocateur (adénopathies, gros foie, syndrome infectieux.) ou systématique
- Complications : Infarctus splénique, rupture, hypersplénisme: pancytopénie, hémorragie.

E) orientations étiologiques :

1. causes infectieuses : *Devant une splénomégalie fébrile, une altération de l'état général on évoque :*

- Septicémies, endocardites, fièvre typhoïde
- Brucellose: Profession contact animaux (bétail), lait non bouilli, fièvre ondulante, malaises arthromyalgies diffuses. Hémocultures : Brucella, séro-agglutination de Wright
- Paludisme (Fièvre typique, SPM, frottis + goutte épaisse (plasmodium falciparum)
- Kala-azar : Leishmaniose : pâleur cutanéomuqueuse + fièvre+ pancytopénie, SPM volumineuse, HPM, ADP

- Kyste hydatique : Echographie, immunologie hydatique.

2. Causes hématologiques: Leucémies aiguës ; Leucémie chronique(myéloïde et lymphoïde)

;Hémolyses

3. Causes inflammatoires : Polyarthrite rhumatoïde, LES, sarcoïdose

4. Causes vasculaires :Hypertension portale (varices oesophagiennes , CVC)

5. Maladies de surcharge :accumulation dans l'organisme de substances en excès, résultant

d'anomalies enzymatique(le GAUCHER)

6. Splénomégalies de séquestration

Hémolyses

CONCLUSION

Splénomégalie est un problème très fréquent, d'étiologies multiples nécessitant un examen clinique et une démarche diagnostique rigoureux