

# CONDUITE A TENIR DEVANT UNE SPLENOMEGALIE FEBRILE

## I/Introduction :

- ▶ La splénomégalie fébrile est l'augmentation du volume de la **rate** qui devient palpable (à l'examen clinique ou radiologique) dans un contexte **fébrile**.
- ▶ La présence d'une splénomégalie est toujours **pathologique**.
- ▶ Les étiologies sont multiples:
  - Infectieuses +++++**
  - Non infectieuses

### + Rappel :

- ▶ La rate est un organe situé en haut à gauche de l'abdomen, sous la dernière côte et accolé à l'estomac .C'est un organe fragile et mou, très riche en vaisseaux, pèse en moyenne 300 grammes chez un adulte, mesure chez l'être humain en moyenne 12 × 8 × 4 cm; mais peut aussi assez facilement changer de volume.
- ▶ Elle se compose de deux parties :
  - La pulpe rouge qui filtre les globules rouges (hématies) et en stocke une partie.
  - La pulpe blanche qui sert à la défense immunitaire de l'organisme.

### Sa fonction :

- ▶ rôle dans l'immunité, notamment l'immunité cellulaire, elle fait ainsi partie des organes lymphoïdes secondaires.  
Elle intervient tout particulièrement dans le contrôle des infections à bactéries encapsulées, en particulier les pneumocoques et les méningocoques .
- ▶ rôle dans la régulation de la formation et de la destruction des éléments figurés du sang : on dit que la rate est le « cimetière des globules rouges ».

## III/DIAGNOSTIC POSITIF :

Rate palpable à l'examen clinique ou découverte par Imagerie: échographie, tomodensitométrie+fièvre+++

- **La palpation:** La palpation se fait chez un patient allongé en décubitus dorsal, genoux fléchis, paroi abdominale relâchée.

La rate est palpée avec la main posée à plat en oblique, le patient respirant profondément.

Le bord inférieur, recherché depuis la fosse iliaque gauche en remontant vers le rebord costal, vient toucher la pulpe des doigts.

On retrouve ici une masse de l'hypochondre gauche, antérieure, superficielle, dont on palpe l'extrémité inférieure et parfois le bord antéro-interne crénelé. Elle est mobile à l'inspiration profonde et sans contact lombaire.

## **CLASSIFICATION DE HACKETT en 5 stades (OMS ,1963)**

- ▶ **Stade I:** rate palpable en inspiration forcée
- ▶ **Stade II:** rate palpable en respiration normale, sur la ligne mamelonnaire gauche ne dépassant la ligne horizontale passant à égale distance entre le rebord costal et l'ombilic
- ▶ **Stade III:** rate descendant en dessous de cette ligne, sans dépasser la ligne horizontale passant par l'ombilic

- ▶ **Stade IV:** rate dépassant cette dernière ligne, mais ne franchissant pas l'horizontale passant à égale distance entre l'ombilic et la symphyse pubienne
- ▶ **Stade V:** Rate descendant en dessous de cette ligne.
- **Imagerie:** par échographie, TDM qui précisent : Taille, l'homogénéité, calcifications, nodules.  
En plus, la sémiologie radiologique fait évoquer certains diagnostics:  
Signes d'hypertension portale, HPM, adénopathies profondes, kystes, abcès, infarctus.

#### **IV/Diagnostic étiologique:**

##### ➤ **Enquête étiologique :**

##### 1/Interrogatoire:

-Age, profession

-ATCD personnels: vaccination BCG, pathologies sous-jacentes(RAA, cardiopathies préexistantes, prothèses valvulaires),habitudes toxiques, comportement sexuel à risque, séjour en zone d'endémie palustre, loisirs :baignades....

-ATCD familiaux: contagé tuberculeux, hémopathie héréditaire.....

-Préciser le mode de début de la maladie brutal ou progressif

-Signes accompagnateurs: frissons, sueurs, amaigrissement, anorexie, asthénie....

##### 2/Examen clinique :

Apprécier l'état général et hémodynamique du patient.

Caractéristiques de la fièvre : courbe thermique

Rechercher une pâleur cutanéomuqueuse, un ictère, un syndrome hémorragique cutanéomuqueux....

Examen clinique complet appareil par appareil: ORL, dentaire, broncho-pulmonaire, pleural, intra-abdominal, cardiovasculaire, urinaire, génital neuro-méningé, cutané, ganglionnaire, osseux ou articulaire.

##### 3/Examens complémentaires :

-NFS, CRP, VS, Glycémie, créatinine, urée, ionogramme sanguin, TGO, TGP...

- Hémocultures, prélèvements locaux, ECBU,

Radiographie pulmonaire, échocardiographie, échographie abdominale, TDM,

Frotti de sang et goutte épaisse, IDR à la tuberculine, recherche de BK par

tubage+culture, sérologies, myélogramme et myéloculture, biopsie orientée selon signes+culture, PCR.....

##### ➤ **Les étiologies:**

#### **A/splénomégalies infectieuses :**

- ▶ **Situations urgentes :** il faut les identifier et planifier leur prise en charge:

##### 1. **Infections graves avec splénomégalie :**

-**Sepsis:**la plupart des sepsis associés à une bactériémie s'accompagnent d'une **SPM:**

Le syndrome infectieux est au premier plan et la SPM vient conforter le dg.

Le traitement est débuté après réalisation des Hémocultures + prélèvements focaux(PE).

**-Endocardite infectieuse:**

-Une SPM est présente dans les endocardites aiguës ou **subaigües+++** (élément sémiologique important au dg). Il faut réaliser en urgence des **hémocultures**, choisir une **antibiothérapie** en fonction de l'orientation étiologique.

**-Accès palustre à plasmodium falciparum:** maladie parasitaire, évoquée devant toute fièvre chez un sujet ayant séjourné en zone d'endémie palustre.

Risque d'accès pernicieux grave voir mortel. **Dg:** frotti sanguin et goutte épaisse.

TRT: antiparasitaire (QUININE IV).

**-Tuberculose disséminée:** Miliaire

C'est la dissémination hématogène du bacille avec atteinte viscérale, provoque la constitution de multiples granulomes de la taille d'un grain de mil (miliaire).

**-Leptospirose ictéro-hémorragique :** contexte épidémiologique évocateur: profession, habitat ...

Syndrome infectieux : fièvre+frissons+SPM+ictère+syndrome hémorragique+atteinte rénale+atteinte méningée (LCR lymphocytaire).**Dg:** hémocultures, sérologie...

**-Collections spléniques: Tableau de suppuration profonde**

Abcès intra splénique, infarctus surinfecté, collection sous capsulaire

Si le volume est important : risque de fissuration ou de rupture.

**Dg:** les hémocultures, foyer à distance

**-Candidoses disséminées :** hépatosplénique, Immunodépression+++

**2. Infections sur venant sur terrain** (maladie sous- jacente comportant une SPM):

.Pneumopathie → Hémopathie maligne

.Infection du liquide d'ascite → Cirrhotique

Le **pronostic** est fonction de la **cause +le terrain**.

Le TRT: ATB+TRT de la pathologie sous jacente et ses complications.

**NB: Une rate pathologique peut être non fonctionnelle il faut de méfier d'une infection grave à bactéries encapsulées : Pneumocoques+++**

**3. Risque de fissuration ou de rupture splénique:** exceptionnelle mais grave:

Se voit lorsque la SPM est volumineuse, elle se manifeste par un collapsus, douleurs de l'HCG.L'imagerie confirme le dg, et le TRT **CHIRURGICAL /SPLENECTOMIE**

La mononucléose infectieuse et le paludisme sont des causes classiques.

➤ **ETIOLOGIES MOINS URGENTES :**

Réunir les arguments épidémiologiques cliniques et para cliniques

▶ **INFECTIONS PARASITAIRES :**

-Leishmaniose viscérale

-kyste hydatique

-Paludisme viscérale évolutif

-Bilharziose (schistosomose)

► **INFECTIONS VIRALES:**

- Mononucléose infectieuse(MNI)
- Primo-infection CMV (cytomégalovirus)
- Primo-infection VIH

**B/Splénomégalie fébrile non infectieuse** : la SPM témoigne d'une infection sous jacente

- .Hémopathie malignes
- .Anémies hémolytiques
- .Hypertension portale
- .Maladie de surcharge
- .Lupus
- .Maladie coéliquaie .....