

Torsion du pédicule splénique

I. Făgărășanu et I. Porumbaru

Revista de Chirurgie 1935;3-4/38:49-54
Comunicare la Societatea de Chirurgie din București 20 martie 1935

Complication rare de l'ectopie splénique, accompagnée ou non de splénomégalie, le volvulus de la rate a été signalé depuis longtemps par Kurus (1863), qui en a donné la première description.

Les mémoires et les articles publiés depuis lors, ont mis en évidence le rapport étroit qu'il y a entre la splénomégalie, la splénoptose et la torsion du pédicule splénique, ainsi que la rareté relative de cette affection. Bureau et Norault en 1896, signalent sur 100 cas d'ectopie splénique, 20 cas de torsion de la rate. Johnson sur 708 splénectomies pratiquées pour diverses affections a rencontré 39 fois la torsion du pédicule splénique. Dans sa thèse (1929), Urziceano réunit 36 cas publiés depuis 1908, c'est-à-dire après le travail de Johnson. Dans notre pays, où le paludisme et la splénomégalie malarique sont endémiques, il semblerait naturel, de voir plus souvent cette affection, considérée comme peu fréquente. Cependant, il ressort de nos recherches, que les cas opérés pour torsion de la rate sont fort peu nombreux.

En novembre 1908, le professeur Iacobovici communique un cas à la Société de chirurgie de Bucarest. C'est le premier cas publié chez nous. A cette occasion, Atanasesco en signale un second, opéré dans le service du prof. Angelesco. Le prof. Hortolomei a opéré 2 cas en 1912 et 1929, publiés dans la thèse de Milea Clatinici (Iassy 1929). Grigore Georgesco en a opéré un autre en 1927 (thèse d'Urziceano, Bucarest 1929). Les prof. Amza Jianu et Juvara ont également opérés

chacun un cas, qui n'ont pas été publiés (thèse d'Urziceano). Nous donnons ci-dessous une nouvelle observation:

St.A. âgée de 30 ans, mariée, entre dans la IX-ème division chirurgicale de l'hôpital Brâncovenesc, le 25 février 1935, pour des douleurs abdominales intenses, des nausées, des vomissements, de l'asthénie. Menstruation à 14 ans; les règles durent 3 à 4 jours, sont très douloureuses. Mariée à 19 ans, elle a eu 8 grossesses à terme et une fausse-couche au deuxième mois. A 22 ans elle a eu une grossesse gémellaire. Elle a six enfants bien-portants. Pendant la guerre elle a eu le tiphus exanthématique.

A l'âge de 12 ans des accès quotidiens de paludisme. N'a pas été traitée. A 28 ans réapparition des accès tous les jours, pendant une année. Depuis huit ans, la malade s'est aperçue qu'elle avait une tumeur abdominale grosse comme le poing, indolore, très mobile, située dans le flanc et fosse iliaque gauche. En juin 1934 cette tumeur commence à augmenter de volume, cependant qu'elle devient de plus en plus douloureuse. Douze jours avant son hospitalisation, la malade étant au lit, éprouve une douleur intense dans l'abdomen, avec phénomènes lipothymiques, vomissements précédés de nausées, sueurs froides et fièvre. Depuis lors et jusqu'au moment de son hospitalisation, elle est restée alitée, cependant que la tumeur augmentait beaucoup de volume, perdait sa mobilité et devenait extrêmement sensible. Les douleurs ont persisté, généralisés à tout l'abdomen, avec

paroxysmes. Les vomissements ont réapparu, mais peu fréquents, alimentaires au début, puis bilieux; la fièvre s'est maintenue élevée, avec frissons et sueurs abondantes.

Pendant toute cette période, la malade n'a pas pu s'alimenter et elle est allée spontanément à la selle, tous les 2 ou 3 jours. L'urine normale mais foncée et diminuée de volume.

Au moment de l'apparition de ce dernier épisode, l'écoulement vaginal présenté par la malade, c'est accentué.

A son entrée à l'hôpital, la malade accuse des douleurs intenses généralisées à tout l'abdomen, qui irradiaient dans le dos. En même temps on constate: de la dyspnée intense, de nausées, des éructations, du pyrosis, des vertiges, des sueurs froides, de l'asthénie. Dans l'abdomen on perçoit une tumeur occupant le flanc et la fosse iliaque gauche et tout le pelvis, dépassant à droite la ligne médiane et remontant en haut presque dans la région épigastrique. La tumeur est très douloureuse spontanément et à la pression; elle est irrégulière, très peu mobile, renitente, avec zones de consistance pâteuse. L'abdomen est complètement déformé, asymétrique.

La température à 39°4, pouls à 140/', le respiration à 24/', le TA 13/9,5. La leucocytose sanguine: 24.000/mm³. Les téguments sont très pâles, les muqueuses subicteriques.

L'examen génital montre: un écoulement vaginal abondant, un col utérin augmenté de volume et entr'ouvert et le corps en retroversion. A travers les culs-de-sac vaginaux, on perçoit la tumeur abdominale. On pose le diagnostic de kyste tordu de l'ovaire (probablement dermoïde, à cause de la consistance et des irrégularités présentées par la tumeur). L'opération a été faite (Făgărășanu et Porumbaru) sous rachianesthésie: 0,10 ctgr. novocaïne 8%.

Laparotomie médiane sous-ombilicale prolongée jusqu'au dessus de l'ombilic. A l'ouverture de la cavité abdominale, une sérosité sanguinolente s'écoule de la cavité péritonéale. On trouve une rate ptosée dans l'abdomen inférieur et le pelvis, très augmentée de volume et tordue de gauche à droite, deux fois et demi autour du pédicule, qui est très épaissi. Le bord crénelé de la rate est situé en arrière et à gauche, le pôle supérieur dirigé en bas; le grand épiploon qui lui est adhérent, ainsi que le côlon transverse, sont enroulés autour du pédicule splénique. Les vaisseaux spléniques, coliques du méso-côlon transverse et épiploïques du grand épiploon sont thrombodilatés; les veines

atteignent les dimensions du pouce, elles sont thrombosées et coudées dans le sens de la torsion. Le grand épiploon est le siège d'hémorragies diffuses, avec ecchymoses et petits hématomes et par endroit, il est dévitalisé et sphacélé.

On décolle assez facilement les adhérences de l'épiploon au niveau du pôle supérieur de la rate et on détord ensuite deux fois et demi le pédicule de celle-ci. On constate que la queue du pancréas, qui s'étend jusqu'au hile de la rate, est prise aussi dans la torsion pédiculaire.

On pose une pince sur le pédicule, on sectionne et on pratique une double ligature. La section du pédicule montre une dilatation énorme de la veine splénique, qui atteint les dimensions du pouce et qui est entièrement thrombosée.

On extirpe la rate qui pèse 2200 gr; son diamètre longitudinal atteint 23 cm.; sa couleur est noir-violacée et à la coupe elle présente l'aspect d'un infarctus total.

On fait un contrôle minutieux de la région, on fait la toilette locale du péritoine, en évacuant partiellement la sérosité sanguinolente, qui s'y trouvait. On ferme l'abdomen en trois plans sans drainage. Après l'intervention, les tonicardiaques et le sérum administrés n'empêchent pas un état de prostration avec pouls de 140/.

Le lendemain la malade a succombé en collapsus algide.

A la nécropsie, on a trouvé:

1. Du liquide séro-sanguinolent dans l'abdomen.
2. Une congestion intense des anses intestinales.
3. La dilatation et la thrombose (surtout les veines) des vaisseaux mésentériques, méso-côliques, spléniques et du grand épiploon.
4. La veine porte également thrombosée.
5. L'épiploon sphacélé par endroit, avec suffusions sanguines diffusées et des hématomes dans son épaisseur.
6. La congestion des deux bases pulmonaires.

La caractéristique de cette bizarre complication dont la pathogénie n'est pas encore élucidée, est sa fréquence presque exclusive chez les femmes jeunes, durant la période d'activité génitale. Toutefois, Southam, a publié une observation de volvulus chez un garçonnet de 6 ans et Lang, un cas chez un homme de 25 ans. Rappelons que dans notre cas il s'agissait d'une femme âgée de 30 ans, multipare.

La torsion de la rate peut revêtir une forme aiguë, sousaiguë ou chronique.

Dans la pathogénie de la torsion splénique, il faut

mentionner (au moins en passant), la théorie hémodynamique de Payr, basée sur des travaux expérimentaux. Selon cet auteur, les veines distendues par le sang, étant plus long que l'artère, ont tendance à s'enrouler autour de celle-ci, ce qui déterminerait la torsion du pédicule. Il faut aussi mentionner, que l'ectopie de la rate est nécessaire pour entraîner l'accident de torsion, ce qui suppose un certain degré de splénomégalie. Néanmoins, ce ne sont pas les rates les plus grandes, qui sont le plus exposées à la torsion. La rate de notre cas (2200gr.) c'est la plus volumineuses, parmi les cas cités. Dans la littérature médicale, nous avons rencontré un seul cas, publié par le professeur Hortolomei de Jassy, où le volume de la rate dépassait ce chiffre (4.500gr).

Le sens de la torsion est indifférent; on a vu des torsions dirigées aussi bien dans le sens des aiguilles d'une montre, que dans le sens contraire.

Le nombre des tours varie également depuis la torsion à moitié, jusqu'aux torsions de 4 à 5 tours de spire. Duval a même signalé la possibilité de la section complète du pédicule splénique avec libération de la rate dans la cavité abdominale.

Dans notre cas le tableau clinique a été celui d'une torsion aiguë, mais étant donné le siège bas de la rate, qui descendait jusque dans le pelvis, nous avons pensé à une torsion de kyste ovarien. C'est une erreur que l'on commet dans un grand nombre de cas et qui est signalée dans un grand nombre d'observations, où le diagnostic préopératoire a été reconnu erroné (Child, Halban, Welte, Potherat, etc).

La douleur vive, les vomissements, la tachycardie, la défense musculaire, le ballonnement abdominal, le faciès, la température et la leucocytose sanguine (24.000) étant les signes communs à tant de syndrômes abdominaux aigus, nous n'avons pas soupçonné la possibilité d'une maladie de la rate. Seuls les antécédents pathologiques, concernant le paludisme et la notion d'une tumeur mobile dans l'abdomen, pouvaient nous être utiles pour poser le diagnostic. L'affection est très grave et le plus souvent fatale si l'on n'intervient pas à temps.

Le pronostic s'est amélioré dans les derniers temps, depuis la pratique de la laparotomie systématique d'urgence, au cours de toute les syndrômes abdominaux aigus.

Johnson signale dans son travail sur la torsion du pédicule splénique, les chiffres de mortalité suivants: jusqu'en 1890, sur 7 cas opérés, il y a eu 2 guérisons et 5 décès; de 1890 à 1900, sur 14 cas, il y a eu 9 guérisons et 5 décès; de 1900 à 1908, sur 17 cas, 17 guérisons.

Zykoff, Stierlin, Bureau, Bereznegowski (1906) signalent un chiffre de mortalité de 43,5%.

Sur le 36 cas réunis par Urziceano depuis 1908, il y a eu 33 guérisons et 3 décès, ce qui donne un chiffre de mortalité post-opératoire de 9%.

Tous ces chiffres justifient amplement l'intervention radicale d'urgence, qui ne peut être que la splénectomie.

En ce qui concerne la splénopexie, opération qui a trouvé un certain nombre d'adeptes dans les éctopies simples de la rate, nous croyons qu'elle est tout à fait contre-indiquée en cas de torsion du pédicule, parceque dans la majorité des cas publiés, la rate a été trouvée à l'état d'infarctus et les vaisseaux thrombosés. Cette opération exposerait à la nécrose ultérieure de l'organe.

Discussions

C. Leonte: Beaucoup de rates subissent des torsions pédiculaires, mais les degrés de la torsion sont variables. Il en résulte que les thromboses ne se produisent que dans certains cas et ce n'est qu'alors qu'elles ont une expression clinique.

I. Jianu: Nous n'avons pas vu de cas de torsion spléniques, mais nous avons eu un malade qui présentait un infarctus d'origine artérielle, localisé à un seul pôle. En ce qui concerne le mécanisme de la torsion, nous nous demandons si les lésions de l'infarctus ne sont simplement l'effet de la torsion ou si au contraire elles constituent des conditions déterminantes.

V. Dimitriu: Nous devons toujours faire une distinction nette entre l'infarctus et la thrombose en ce qui concerne le mode d'apparition et les caractères anatomo-pathologiques des lésions.

I. Făgărășanu: Nous croyons que dans notre cas la torsion a été le phénomène initial. Par ailleurs, nous pensons qu'il est difficile de faire une distinction nette entre l'infarctus et la thrombose, étant donné que dans un grand nombre de cas, ces différents processus se confondent.

Torsion du pédicule splénique

I. Făgărășanu et I. Porumbaru

Revista de Chirurgie 1935;3-4/38:49-54

N. Constantinescu

Articolul pe care-l comentez după 75 de ani dela publicare a fost scris de doi chirurghi care au excelat în chirurgia românească la mijlocul secolului trecut: unul a ajuns președinte al Societății Române de Chirurgie (I. Făgărășanu) iar celălalt (I. Porumbaru) este cunoscut pentru prima pneumonectomie efectuată la noi în țară cu anestezie loco-regională.

Cazul pe care cei doi a.a. l-au prezentat în fața Societății de chirurgie din București este și astăzi plin de învățăminte. Femeie tânără, multipară, cu un grad de splenomegalie paludică dezvoltă în câțiva ani o mobilizare treptată a splinei, care coboară până în fosa iliacă stângă păstrându-și două caractere clinice: mobilă și indoloră. Cu peste 10 zile înaintea internării prezintă semnele unui abdomen acut caracteristic infarctelor viscerale, este operată la prezentare și se găsește torsiunea de splină și de coadă de pancreas-ambel infarctizate-dar și semnele unei tromboze venoase spleno-portale, care i-au provocat moartea la 24 de ore dela operație.

Splina mobilă poate fi asimptomatică mult timp, dar se poate și complica: asplenie funcțională datorată unor torsiuni pediculare incomplete, care stânjenesc fluxul sanguin dar nu-l opresc, infarct splenic și tromboza vaselor splenice (1). În faza asimptomatică, în care de cele mai multe ori bolnavul este cel care sesizează prezența tumorii, chirurgul se poate orienta spre diagnosticul de splină mobilă căutând triada lui Gindrey și Piquard (citați de 2): masă tumorală abdominală palpabilă cu margine crenelată, mobilizabilă fără dureri doar spre hipocondrul stâng, cu matitate splenică înlocuită de sonoritate. Diagnosticul de probabilitate este susținut de explorările imagistice în primul rând CT, ecografie și ultrasonografie Doppler (3). Evidențierea unei spline mobile în perioadă asimptomatică subiectiv pune în discuție oportunitatea unei intervenții conservatoare-mai ales la copil și adolescent - unde s-au propus și efectuat mai multe tipuri de splenopexii (4,5,6).

Torsiunea unei spline mobile are o incidență sub 0,2% printre cauzele de abdomen acut (7). Atunci când este operată la scurt timp după debut are șanse de vindecare

chiar dacă se găsește infarct de splină și de coadă de pancreas (8). În cazul prezentat de a.a. elementul peiorativ l-a reprezentat intervalul de 12 zile între debutul complicației și prezentarea la medic, fiindcă în acest timp s-a extins procesul trombotic dela nivelul venei splenice la celelalte ramuri ale venei porte, prinzând în final însuși trunchiul venei porte. Necropsia este probatorie pentru această evoluție.

Consider de un real folos pentru orice secție de chirurgie organizarea periodică a unor întâlniri anatomo-clinice cu care ocazie medicii anatomopatologi să prezinte protocoalele necropsice iar medicii curanți - din specialitățile chirurgicale sau nechirurgicale-să reflecteze la această "oră a adevărului" în deplină cunoștință de cauză.

Bibliografie

1. Tan HH, Doi LLPJ, Tan CK. Recurrent abdominal pain in a woman with a wandering spleen. Singapore Med J. 2007; 4/48:e122.
2. Qazi SA, Mirza SM, Muhammad AMAH, Al Arrawi MH, Al Suhaibani YA. Wandering spleen. Saudi J Gastroenterol 2004; 1/10:17.
3. Feroci F, Mirande E, Moraldi L, Moretti R. The torsion of a wandering spleen: a case report. Cases J. 2008;1:149
4. Martinez-Ferro M, Elmo G, Cage P. Laparoscopic pocket splenopexy for wandering spleen: a case report. J Pediatr Surg. 2005; 5/40:882-4.
5. Patanivelu C, Rangarajan M, Senthilkumar R, Parthasarathi R, Kavalakat AJ. Laparoscopic mesh splenopexy (sandwich technique) for wandering spleen. JSLS 2007;2/11:246-51.
6. Soleimani M, Mehrabi, Kashfi A, Fonouni H, Büchler MW, Kraus TW. Surgical treatment of patients with wandering spleen: report of 6 cases with a review of the literature. Surg Today. 2007;37:269.
7. Hussain M, Deshpande R, Bailey S. Splenic torsion-a case report. Ann R Coll Surg Engl 2010-06-07 (Epub ahead of print)
8. Dirican A, Burak I, Ara C, Unal B, Ozgor D, Meydanli MM. Torsion of wandering spleen. Bratisl Lek Listy 2009; 11/110:723-5.