

RUPTURE SPONTANEE DE LA RATE AU 1^{ER} TRIMESTRE DE LA GROSSESSE : A PROPOS D'UN CAS ET REVUE DE LA LITTERATURE

DJANHAN Y., DOUMBIA Y., KOUAKOU P., KOUAME A., YAO I., TEBI N.

DJANHAN Yao : Maître de conférences agrégé ; DOUMBIA Yacouba : Maître-assistant

KOUAKOU K. Privat : Assistant Chef de clinique

KOUAME Arthur : Interne des hôpitaux ; YAO Ignace

: Interne des hôpitaux ; TEBI Ncho

Médecin à la formation sanitaire d'Abobo sud.

service de gynécologie obstétrique et d'androgynie

du centre hospitalier universitaire de Bouake

Correspondance : Docteur Doumbia Yacouba 22 BP1133 Abidjan 22 Telephone :(225) 02001365/(225) 07650838; Email:doumbiay@hotmail.com

RESUME : Les auteurs rapportent un cas de rupture spontanée de la rate au premier trimestre de la grossesse. C'est un accident rare au cours de la grossesse qui entraîne le décès maternel. Ses causes exactes sont difficiles à déterminer. Son diagnostic est insoupçonné. La prise en charge chirurgicale rapide dans notre cas a permis la poursuite de la grossesse. Parmi les causes des hémopéritoinies au premier trimestre il faut savoir penser à la rupture de la rate.

Mots clés : Rupture spontanée – Rate – Hémopéritoine – Premier trimestre de la grossesse.

Summary : The authors return a case of spontaneous rupture of the spleen occurred at the first quarter of pregnancy. It is a rare accident during pregnancy that often entails the maternal death. Its exact reasons are difficult to determine. Among the reasons of the hemoperitoinies at the first quarter it is necessary to know how to think about the rupture of the spleen. Its diagnosis is unsuspected. The hold in charge surgical fast in our case permitted the pursuit of pregnancy

Key word : Spontaneous rupture, Spleen, Hemoperitoinie, First quarter of pregnancy

INTRODUCTION : La rupture spontanée de la rate au cours de la grossesse est une urgence chirurgicale rare. Elle est grave car engage le pronostic vital foeto-maternel. Le caractère spontané de la rupture rend difficile le diagnostic étiologique de l'hémopéritoine au premier trimestre de la grossesse. Aussi sa découverte est fortuite au cours d'une laparotomie pour hémopéritoine.

Nous rapportons ici un cas survenu au 1^{er} trimestre de la grossesse dont l'hypothèse diagnostique étiologique de l'hémopéritoine était initialement la grossesse extra-utérine.

OBSERVATION : Madame K. E., âgée de 34 ans, deuxième geste primipare a été transférée par l'hôpital général d'Abobo Nord pour syndrome douloureux localisé au flanc et à la fosse iliaque gauche et métrorragies évoluant depuis moins de 24 heures. L'interrogatoire notait une aménorrhée de 12 semaines et 3 jours, sans antécédents médicaux et chirurgicaux particuliers. L'examen physique a révélé des muqueuses sous – conjonctivales colorées, une tension artérielle à 130/70 mmHg, un pouls à 96 batts/mn, une température à 37°C. Au niveau de l'abdomen, on notait un syndrome d'irritation péritonéale avec matité des flancs. L'examen au spéculum a mis en évidence un col utérin et une paroi vaginale violacé, avec présence de sang noirâtre. Le toucher vaginal était douloureux dans son ensemble. Le col était ramolli, long et fermé. La taille de l'utérus et les annexes étaient difficiles à apprécier du fait de l'irritation péritonéale. L'on a alors suspecté un hémopéritoine qui fût confirmé par une

ponction abdominale ramenant 10cc de sang noirâtre incoagulable.

Ainsi, une grossesse extra-utérine rompue fut évoquée. Une laparotomie fut pratiquée en urgence avec comme voie d'abord une incision médiane sous-ombilicale devant l'apparition subite d'un état de choc hypovolémique. A l'ouverture de l'abdomen l'on aspira 1000cc de sang. L'exploration des organes génitaux a noté un utérus gravide taille 12 semaines et des annexes saines. L'incision initiale fut prolongée en para-ombilicale gauche et sus ombilicale médiane jusqu'à l'appendice xyphoïde pour une meilleure exploration de la cavité abdominale.

Ainsi l'on a découvert une solution de continuité hémorragique linéaire d'environ 2 cm sur la face postérieure de la rate à 2 cm du hile splénique. Par ailleurs, la rate avait une taille normale. Une splénectomie fut décidée et réalisée. En post opératoire l'interrogatoire minutieux de la patiente et de son entourage n'avait pas mis en évidence de notion de traumatisme. L'examen anatomo-pathologique de la pièce opératoire n'a pas révélé de lésion histologique spécifique.

Au deuxième jour post opératoire une échographie pelvienne réalisée a mis en évidence un fœtus vivant de 12 semaines. Les suites opératoires ont été simples et la patiente est sortie au septième jour d'hospitalisation.

DISCUSSION :

1- Critère de définition : La description des premiers cas de rupture de la rate au cours de la grossesse a été faite par SAXTORPH [1] en 1880. Ces premiers cas incluaient tant les

ruptures sur rate pathologique ou après traumatisme

[2], que les ruptures idiopathiques; ces dernières sont ainsi qualifiées de rupture spontanée et répondent aux quatre critères de définition de ORLOFF [3]. Ces critères sont : l'absence de traumatisme évident, l'absence de pathologie systémique, l'inexistence d'adhérences périphériques et enfin un examen macroscopique et histologique normal de la rate. Le cas rapporté ici répond à ces différents critères.

2- Période de survenue de la rupture au cours de la grossesse : Le cas rapporté ici s'est produit au premier trimestre de la grossesse. Les circonstances de découverte nous ont fait évoquer le diagnostic de grossesse ectopique rompue. C'est une situation rare. En effet des auteurs tels que SPARKMAN [4] et BUCHSBAM [5] estiment qu'environ 80% des ruptures spontanées de la rate surviennent au troisième de grossesse. Ainsi sur les 37 et 21 cas qu'ils avaient respectivement décrits, seuls 3 et 4 cas avaient été observés au premier de la grossesse. NANDA [6] avait décrit un autre cas il y a environ une dizaine d'années, alors que HOLT [7] rapportait deux cas dix ans plutôt. Si les ruptures du troisième trimestre trouvent une explication dans l'hypervolémie de la grossesse et l'augmentation du volume de l'utérus rendant la rate plus vulnérable lors de microtraumatisme [8] (éclat de rire, quinte de toux etc....), les ruptures de la rate du premier trimestre apparaissent comme une véritable énigme chirurgicale [3]. Le deuxième trimestre de la grossesse n'est pas non plus épargné par cette complication [9].

3- Le tableau clinique : L'état de choc hypovolémique est fréquemment retrouvé et domine le tableau clinique. Ce choc est apparu secondairement chez notre patiente, ceci probablement parce qu'elle a consulté tôt dès l'apparition de la symptomatologie douloureuse. En effet la douleur du flanc gauche d'installation brutale est souvent le motif de consultation [6,7]. L'hémopéritoine était mis en évidence à l'issue de l'examen physique.

4- Le traitement : Une fois l'hémopéritoine confirmée, la laparotomie est réalisée sans délai. Chez notre patiente la première incision de type médiane sous-ombilicale s'est révélée appropriée, car elle nous a permis de prolonger l'incision jusqu'à l'appendice xiphoïde pour permettre une exploration complète de l'abdomen. Il serait alors souhaitable en cas de doute sur l'origine d'un hémopéritoine, d'éviter les incisions transversales pour ne pas aboutir à une cicatrice inesthétique en "T". HOLT [7] dans les deux cas qu'il a rapporté avait été obligé de faire ce type d'incision. La splénectomie semble être l'intervention de choix, car elle est pratiquée par presque tous les auteurs. La transfusion sanguine n'a pas été nécessaire chez notre

patiente certainement à cause de la perte sanguine qui était moins importante.

5- Le pronostic : La mortalité maternelle et fœtale induite par cette affection est très élevée. Elle est estimée à 100% lorsque le diagnostic et la prise en charge sont retardés. Alors qu'avec un traitement rapide ce taux est réduit entre 5 et 30% [8].

Le décès est en rapport avec l'état de collapsus cardio-vasculaire accentué quelques fois par une coagulation intra-vasculaire disséminé [10]. Les erreurs fréquentes dans le diagnostic sont les causes de ces retards qui grèvent le pronostic fœto-maternel [9].

CONCLUSION : La rupture spontanée de rate est une complication rare de la grossesse. Il existe encore des points obscurs dans son étiopathogénie. Son diagnostic est difficile, surtout au premier trimestre de la grossesse. Seule une anamnèse et un examen physique minutieux, aidés au besoin d'une échographie peuvent aboutir rapidement au diagnostic et permettre de sauver la mère et le fœtus.

REFERENCES

1. **Saxtorph M., Schwing C.** Ruptur der Milz Warhend der Swangerschaft Ruptur Cbl Gynecol 1880; 4 : 291.
2. **Weekes LR.** Ruptured du Spleen as a differential diagnosis in ruptured tubal pregnancy. Journal of the national medical Association, 75, 4, 345-349.
3. **Orloff. MJ., Peskin W.** Spontaneous rupture of a normal spleen. A surgical enigma. Int. Abst Surg 1958; 106:1-11.
4. **Sparkman RS.** Rupture of the spleen in pregnancy. Am J. obst. and gynecol 1958; 76 : 587-98.
5. **Buchsbaum HJ.** Splenic rupture in pregnancy : report of a case and review of the litterature. Obstet gynecol Surv. 1967, 22 : 381-95.
6. **Nanda S., Gulati , Sangwan K.** Spontaneous splenic rupture in early pregnancy Int. J. gynecol Obstet., 1990; 31 : 171 - 173.
7. **Holt. S. :** Spontaneous rupture of a normal spleen diagnosed as ruptured ectopic pregnancy. Two case reports. British journal of obstetrics and gynecology. Dec 1982, Vol 89, pp 1002-1003.
8. **Hoffman RL.** Rupture of the spleen : a review and report of a case following abdominal hysterectomy. Am. J. Obstet gynecol. 1972; 113 : 524-30.
9. **Brocas E., Tenailon A.** Rupture spontanée de la rate au second trimestre de grossesse. Ann. Anesth. Réanim 2002; 21 : 231 - 4.
10. **De graaff J., Pijpers PM.** Spontaneous rupture of the spleen in third trimester of pregnancy. Report of a case and review of the littérature. Eur J. Obstet. Gynecol. Reprod. Biol., 1987; 25 : 3, pp 243 - 247.