

SPLENECTOMIES

« HEMATO »

Dr Christine Casa

PRINCIPALES INDICATIONS HEMATO

En diminution

But : **réduire la destruction** anormale des éléments figurés du sang (Bonnet J Chir Visc 2017 154 433-442)

Pathologies des GR et hémolytiques	Minkowski-Chauffard Drépanocytose Thalassémie	12%
Maladies plaquettaires	PTI	65%
Syndromes lymphoprolifératifs		23%
Syndromes myéloprolifératifs		Exceptionnelle

MICROSHEROCYTOSE HEREDITAIRE (Minkowski-Chauffard)

Formes **sévères**

- Hb entre 6 et 8
- réticulocytes > 10%
- Bili > 51 micromoles/l

Toujours **cholécystectomie** si lithiase vésiculaire

Splénectomie si lithiase vésiculaire symptomatique

Splénectomie plutôt **totale** que partielle

ANEMIE A CELLULES FALCIFORMES (DREPANOCYTOSE)

Indications **rare**s

séquestration splénique

1 crise majeure (choc hypovolémique et Hb à 2 ou 3 g/dl) ou 2 mineures (perte de 2 ou 3 g/dl d'Hb)

hypersplénisme si TF > 250 ml/kg/an

abcès rare

infarctus rare

THALASEMIES

Risque de rupture spontanée (**douleurs** +++)

Besoins transfusionnels > 220 ml/kg/an

Cholécystectomie systématique si lithiase

Appendicectomie ? (Dg diff avec inf à yersinia)

Splénectomie totale >> partielle

PURPURA THROMBOPENIQUE CHRONIQUE IDIOPATHIQUE (PTI)

Evolution > 1 an

- Sauf thrombopénie réfractaire sévère
- Effets invalidants des traitements médicamenteux
- Gravité ++ des hémorragies
- Sport ou profession à risque de traumatisme

Succès 72 à 80%, 66% à 5 ans

Efficacité des IgIV prédictive du succès ?

Splénectomie **totale coelio** (et rates accessoires)

SYNDROMES LYMPHOPROLIFERATIFS

Splénectomie diagnostique rare (biopsie / TDM)

Lymphome de la zone marginale

Si possible après CT

Si douleurs et/ou hypersplénisme

Leucémie à tricholeucocytes

Si rechute ou maladie réfractaire

SYNDROMES MYELOPROLIFERATIFS

LMC, Vaquez, myélofibrose primitive, thrombocytémie essentielle

Splénectomie **totale**

Indications rares : échec ttt med et symptomes +++ mais espérance de vie > 1an

Morbidité 30%, mortalité 10%

LESIONS KYSTIQUES

- **Sérologie hydatidose**
- **IRM**

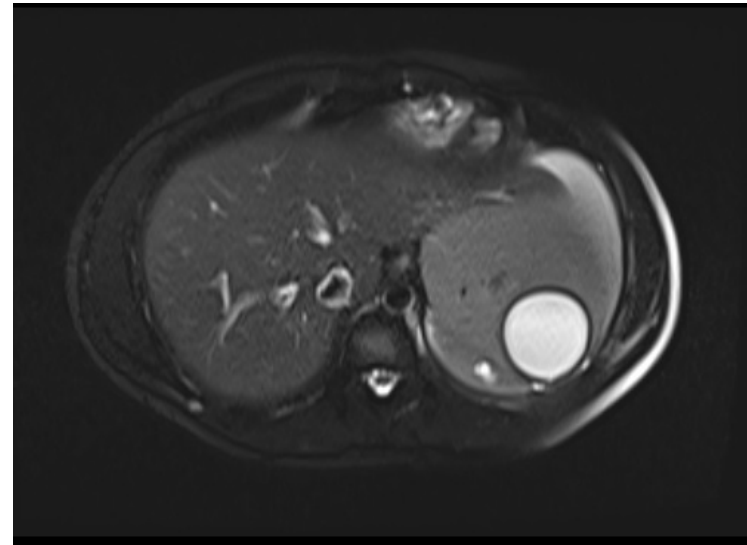
Kyste simple (épidermoïde ou mésothélial)

Asymptomatique et < 5cm : surveillance par **écho** ou **IRM**

Symptomatique ou > 5cm : **chirurgie**

Abcès ou pseudokyste

Ponction / ttt med ou chirurgie



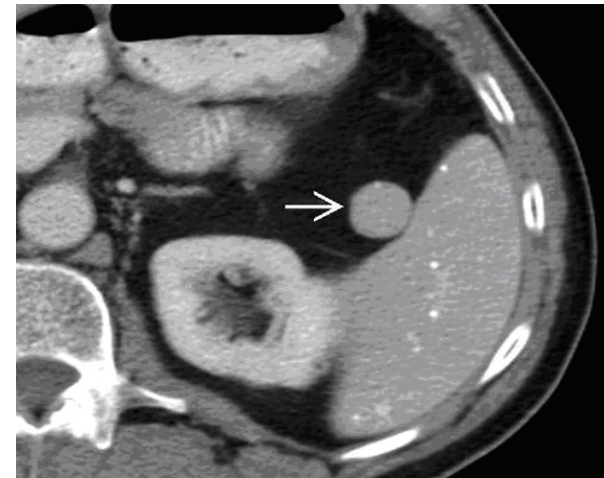
PRE OPERATOIRE

NFS **plaquettes** (TF si < 50 giga/l)

TDM systématique

taille de la rate

+++ **rate(s) accessoire(s)**



IRM pour les lésions kystiques

Triple vaccination préopératoire

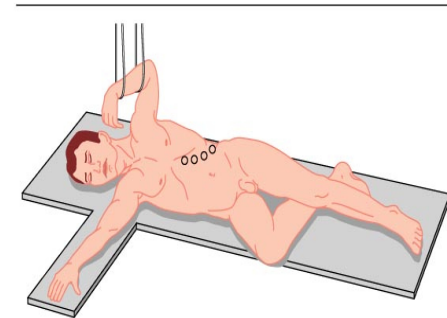


LA CHIRURGIE : VOIES D'ABORD

Laparoscopie

Si vol < 900 g et/ ou flèche < 15 cm

En ¾ Dt



FIGUUR 1. Trocartposities voor laparoscopische splenectomie.

Laparotomie

Médiane ou sous costale G



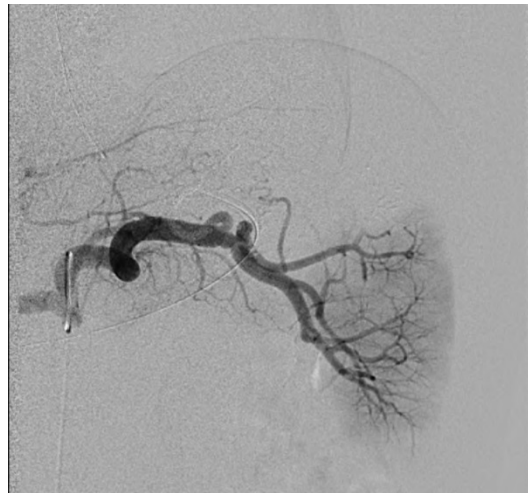
TECHNIQUES CHIRURGICALES

Splénectomie totale et ablation des rates accessoires

Splénectomie partielle

embolisation préop pour les lésions kystiques ?

lésions bénignes



POST OPERATOIRE

Hémogramme

Thrombocytose, leucocytose

Complications « chirurgicales »

Hémorragies, **fistule pancréatique**, abcès sous phrénique

Complications thromboemboliques

Thromboses portales et mésentériques (1 à 10 %) jusqu'à J12- J15

+++ Sd MP

Douleurs abdo, fièvre, CRP élevée

TDM +++

Complications infectieuses

pneumopathie

OPSI

TRAITEMENTS POST OPERATOIRES

HBPM

1 mois minimum

Antiagrégants plaquettaires

Non systématiques même si Pla_q > 1000 giga/l

Antibiothérapie

Oracilline 2 à 3 millions U / jour au moins **2 ans**

(Zeclar si allergie)

CONCLUSIONS

Les indications « hémato » de splénectomie diminuent avec le temps

Quand elle est possible, la laparoscopie doit être privilégiée et toujours associée à l'ablation des rates accessoires (détectées par un TDM en préopératoire)

Les thromboses porto mésentériques ne doivent pas être méconnues en post opératoire

Toute lésion kystique de la rate doit faire réaliser une sérologie hydatidose

Les kystes épithéliaux doivent être opérés si taille > 5cm et/ou symptomatiques et la splénectomie partielle est à privilégier

Pour les splénectomies totales, prévention thrombo embolique post opératoire pendant 1 mois par HBPM et infectieuse (cf topo Dr Dubé)