

Profil étiologique des infarctus spléniques en médecine interne

- Mariem, BEN BRAHIM, Service de médecine interne, Hôpital Mongi Slim, Tunis, TUNISIE
- Sana, TOUJANI, Service de médecine interne, Hôpital Mongi Slim, Tunis, TUNISIE
- Cherifa, ABDELKEFI, Service de médecine interne, Hôpital Mongi Slim, Tunis, TUNISIE
- Zeineb, MEDDEB, Service de médecine interne, Hôpital Mongi Slim, Tunis, TUNISIE
- Thara, LARBI, Service de médecine interne, Hôpital Mongi Slim, Tunis, TUNISIE
- Salwa, HAMZAOUI, Service de médecine interne, Hôpital Mongi Slim, Tunis, TUNISIE
- Amira, EL OUNI, Service de médecine interne, Hôpital Mongi Slim, Tunis, TUNISIE
- Kamel, BOUSLAMA, Service de médecine interne, Hôpital Mongi Slim, Tunis, TUNISIE

Introduction: L'infarctus splénique (IS) est une cause rare de douleurs abdominales. Elle est due à l'occlusion de l'une des branches de vascularisation artérielle ou veineuse de la rate. Le tableau clinique est souvent atypique et les étiologies à l'origine de l'IS restent méconnues. L'objectif de notre travail était d'étudier le profil étiologique et les particularités cliniques et évolutives des IS en médecine interne.

Méthodes :

Il s'agit d'une étude rétrospective, descriptive, portant sur les patients chez qui nous avons diagnostiqué un infarctus splénique, hospitalisés dans un service de médecine interne entre Janvier 2013 et Janvier 2022. Nous avons recueilli à partir des dossiers médicaux l'âge des patients, leurs antécédents, les particularités anamnestiques, cliniques, biologiques, radiologiques et évolutives. Le diagnostic d'infarctus splénique était posé sur les données de l'angioscanner abdominal.

Résultats :

Durant la période d'étude de huit ans, nous avons identifié **huit cas d'IS**, dont cinq hommes (62,5%). L'âge moyen était de 53,8 ans avec des extrêmes entre 35 et 74 ans. La moitié de nos patients étaient diabétiques et hypertendus et 25% n'avaient aucun antécédent médical. Les signes fonctionnels rapportés étaient une douleur abdominale diffuse (n=4), une douleur localisée à l'hypochondre gauche (n=2), une douleur thoracique (n=1), une fièvre (n=1), des nausées et vomissements (n=4). Deux patients étaient asymptomatiques. A l'examen clinique, une sensibilité abdominale était constatée dans 62,5% des cas et une splénomégalie dans 25% des cas. A la biologie, les anomalies les plus fréquemment retrouvées étaient une hyperleucocytose (87,5%), une anémie (62,5%) et des LDH élevés (50%). Le diagnostic était scannographique chez tous nos patients, et dans la plupart des cas, les infarctus spléniques étaient multiples (n=5). Les étiologies retrouvées dans notre étude étaient la **fibrillation auriculaire** (n=3), un **sepsis** (n=2) et une **endocardite infectieuse** (n=1), une **granulomatose éosinophilique avec polyangéite** (n=1) et une **hémoglobinurie paroxystique nocturne** (n=1). Un seul patient avait eu une pneumopathie infectieuse dans les suites de l'IS. La plupart de nos patients (87,5%) avaient connu une amélioration clinique et biologique après traitement antibiotique ou anticoagulant et traitement de l'étiologie sous-jacente. Un seul patient était décédé dans les suites d'un état de choc septique.

Conclusion :

L'IS se manifestait fréquemment dans notre série par des douleurs abdominales avec hyperleucocytose et révélait souvent une pathologie thrombo-embolique ou infectieuse. Le traitement de l'IS repose sur le traitement de la cause sous-jacente. La chirurgie n'est indiquée qu'en présence de complications.