

# La rupture splénique néonatale: un diagnostic difficile.

I. Grandvullemin <sup>a\*</sup>, G. Emeriaud<sup>a</sup>, C. Jacquier<sup>b</sup>, C. Piolat<sup>b</sup>, C. Durand<sup>c</sup>,  
D. Pasquier<sup>d</sup>, I. Wroblewski<sup>a</sup> et T. Debillon<sup>a</sup>

*Arch.Pediatr 14 (2007): 36-8*

# Littérature

- Peu importante

- 1<sup>er</sup> cas rapporté en 1968.

*Moisiuk et al., J Pediatr Surg. 35 (12) 2000: 1822-23*

- Données nombreuses chez l'adulte et l'enfant

- Modifications récentes dans la PEC thérapeutique

- Étiologie ?

*J Pediatr Surg. 2000, 2002*

# Observations cliniques

# Observation 1

- Jean, né à 38 SA

- Travail spontané

- Siège décomplété



Manœuvre de Lovset



Manœuvre de Bracht

LA teinté → méconial

Apgar: 3/5/9

Aspiration > ventilation manuelle

Troubles respiratoires < 2h



H3: examen normal

• H 12 :

- Signes respiratoires > hood
- Pâleur cutanéomuqueuse
- Hémodynamique stable

—————> Infection materno-fœtale

• H 21:

- Digestif: ballonnement
- ↑ pâleur
- Hémodynamique: tachycardie
- Hb: 6,4 g/dl

—————> Choc hémorragique

ASP et Echo abdo

>> hémopéritoine/ rupture splénique

### TRAITEMENT MEDICAL:

- CGR+ PFC : 1 masse sanguine
- Support ventilatoire

### COMPLICATIONS:

- Coagulopathie : TP20%
- IR anurique, hyperkaliémie

# H 30: tt chirurgical

Fracture splénique + rupture capsulaire



Splénectomie totale



- Suites opératoires simples
- Traitement prophylactique:
  - Pénicilline orale
  - Vaccination anti pneumocoque,  
anti méningocoque  
anti haemophilus

# Evolution à moyen terme

- Infections ORL récurrentes
- A 6 mois: cyphose charnière dorso-lombaire
- A 9 mois: macrocéphalie  
> ventriculostomie
- Maladie de surcharge



Mucopolysaccharidose type I

# Observation 2

- Adam, 38 SA
- Accident voie publique, non ceinturée
- Métrorragies > Césarienne en Urgence
- Bradycardie < 60 b/min
  - Intubation, ventilation
  - Massage cardiaque externe
  - Adrénaline
  - > Rythme cardiaque > 100 b/min

H1:

- Hémodynamique précaire
- Troubles de la coagulation: TP 30%
- Hypotonie, aréactivité
- Hb: 16,5 g/dl

Traitement médical:

- Adrénaline IV
- Transfusion de CGR et PFC
- Support ventilatoire

H10:

- Signes de choc
- Ballonnement abdominal
- Pâleur cutanéomuqueuse

ASP et écho abdo

>> hémopéritoine/ rupture splénique

# H 12: traitement chirurgical

Troubles de coagulation

Saignement actif

Fracture bord postérieur rate



Splénectomie totale

# Suites post-opératoires

1. Coagulopathie

2. Insuffisance rénale anurique

→ Hyperkaliémie

→ Troubles du rythme: TV

3. Complications neurologiques:

•ETF: hémorragie méningée, hyperéchogénicité

•EEG: absence de labilité physiologique



Décès

# Discussion



# Rupture splénique

- Fréquente chez l'enfant
  - Traumatisme direct : AVP, sport
- Rare chez le nouveau né

Manœuvre de Lovset

- Prise maternelle d'anti comitiaux
- Troubles de coagulation
- Macrosomie
- Maladie de surcharge

*Arch Pédiatr 2007 (14): 1196-98*

*J Pediatr Surg 2000 (35): 1822-3*

*J Pediatr Surg 1984 (19): 598-9*

*Pédiatrie 1993 (48): 55-7*

# La fonction splénique

- Érythropoïèse foetale
- Maturation des GR
- Extraction des éléments détériorés (GR, plaquettes)
- Phagocytose de débris cellulaires, corps étrangers, virus...
- Immunitaire:
  - Sécrétion des Ac IgM
  - Immunité cellulaire (Ly T)

 splénectomie : ↑ Risque infectieux



Overwhelming post splenectomy infection (OPSI):

Incidence: 1 à 2%

Mortalité: 50 à 70%

Pneumocoque, Haemophilus

*J Pediatr Surg 1996  
Ann. Chir 2000*

 Mesures anti infectieuses

DIFFICILE

Clinique non spécifique:

# TRIADE

Pâleur

Anémie

Distension abdominale



Orientation digestive

*J Pediatr Surg 2002 (37): E 3*

*J Pediatr Surg 1984 (19): 598-9*

*J Pediatr Surg 2000 (35): 500-1*

# Difficile

→ tableau trompeur

Évolution en deux temps:

2. Hématome sous capsulaire

3. Rupture capsulaire

→ choc hémorragique

## INTERVALLE LIBRE

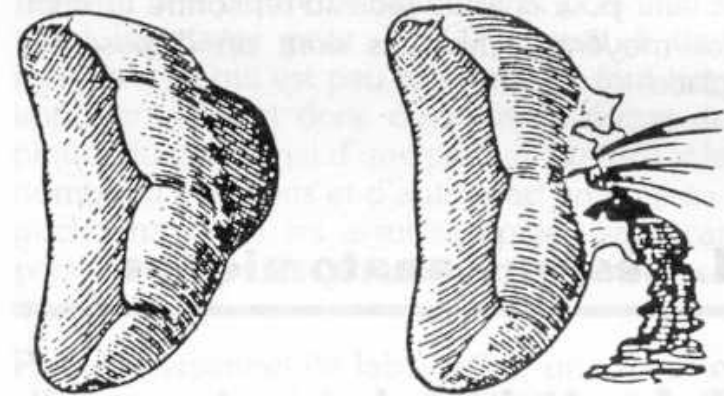


Fig. 2 - Rupture de la rate.

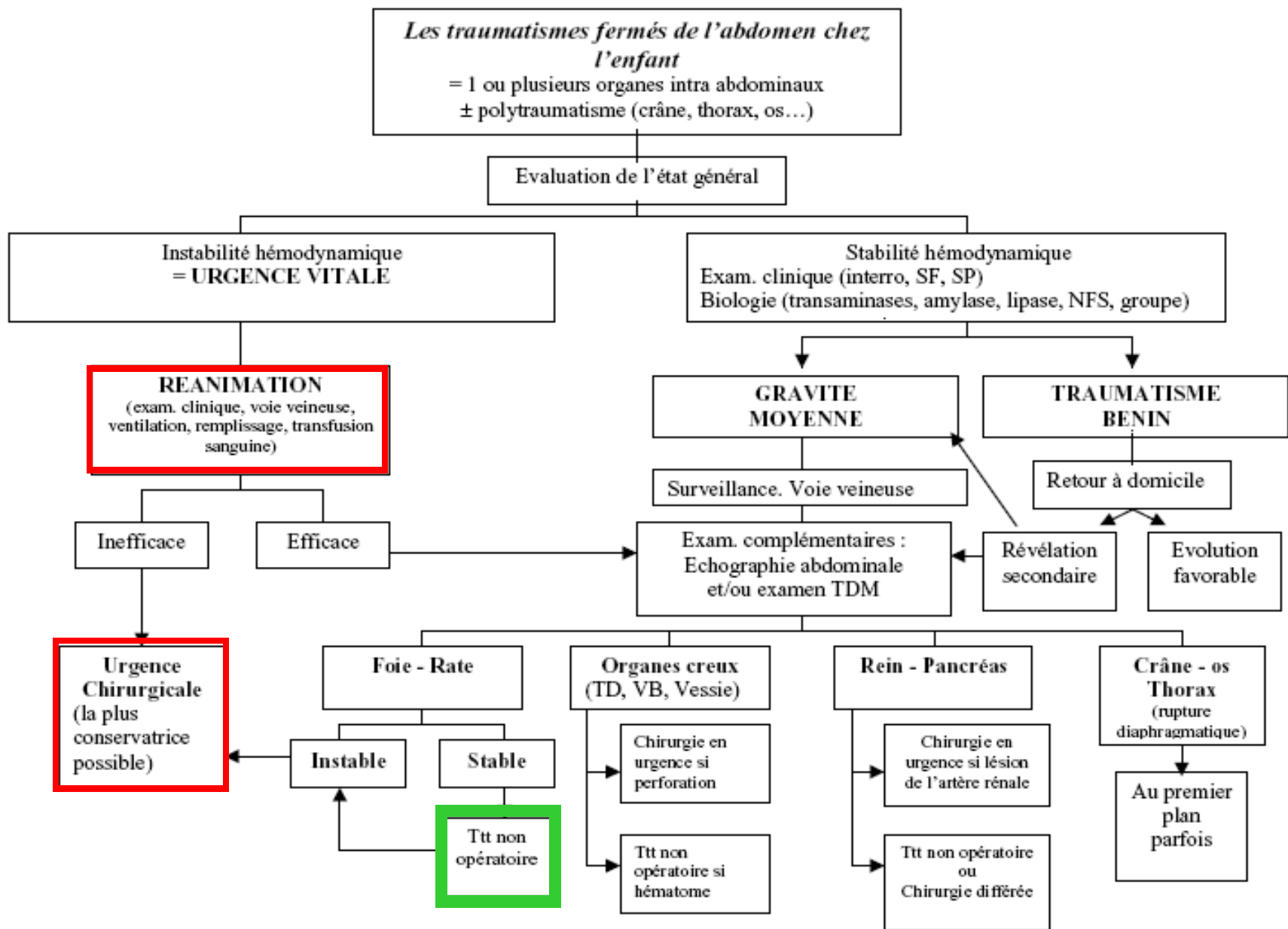
- A gauche : hématome sous-capsulaire.
- A droite : rupture secondaire de la capsule ; évacuation de l'hématome qui était bridé par la capsule, assurant une hémostase temporaire ; reprise de l'hémorragie en provenance du parenchyme splénique.

# Conduite à tenir thérapeutique

# American Association for the Surgery of Trauma

GRADE	TYPE DE LESION
I	Hématome sous capsulaire < 10% Fracture capsulaire < à 1cm
II	HSC 10-50% ou < 5cm $\phi$ Fracture de 1 à 3cm
III	HSC > 50% ou > 5 cm $\phi$ Fracture > 3 cm ou Vx trabéculaires
IV	Atteinte des Vx segmentaires ou hilaires Dévascularisation > à 25%
V	Fracture ou dévascularisation complète





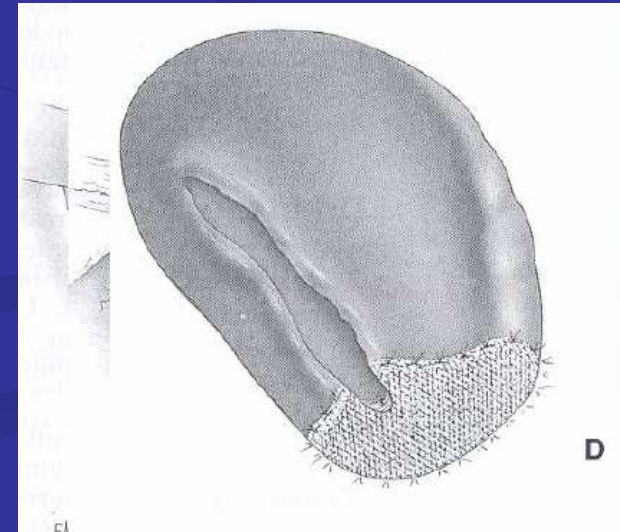
1. Démarche diagnostique et thérapeutique des traumatismes fermés de l'abdomen chez l'enfant.

# Traitement conservateur (1)

## ✗ Abstention chirurgicale +++

- Hémodynamique stable
- Transfusion: < 40 ml/kg
- Risques:
  - Rupture secondaire
  - abcès

## ✗ Splénectomie partielle

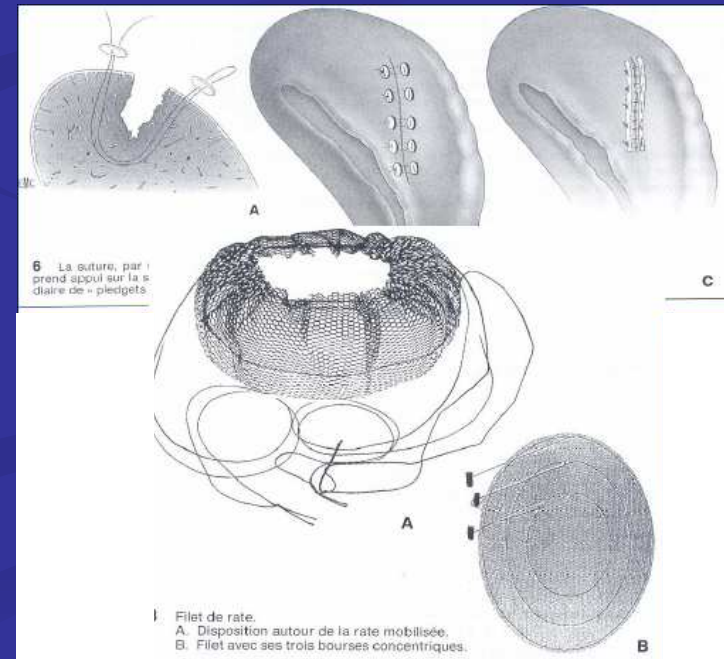


# Traitement conservateur (2)

✗ **Agents hémostatiques:**  
colle, chirurgel

✗ **Coagulation:**  
ultracoagulation

✗ **Splénectomie:**  
ligature sur tissu résorbable  
Filet de vicryl



# Traitement conservateur (3)

- ✘ Autotransplantation splénique:  
Vitalité des implants démontrée  
↓ durée de l'antibioprophylaxie

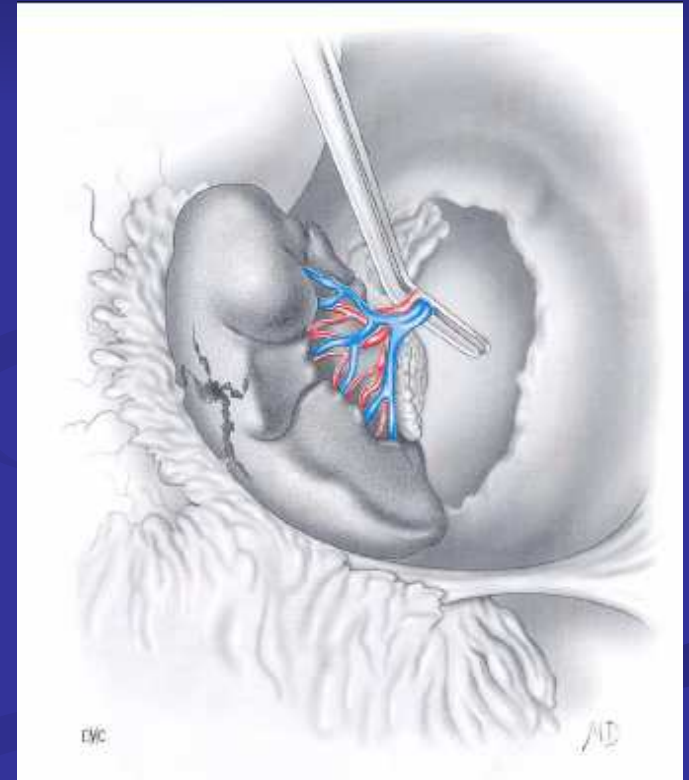
*Yamataka et al. J Pediatr Surg 1996 31)*

# Traitement non conservateur

Splénectomie totale



recommandations



# Conclusion

- Rare mais grave
- Savoir y penser
  - Signes de choc, distension abdominale
  - Intervalle libre
  - Accouchement dystocique
- Traitement médical++ > maintien hémodynamique
- Traitement chirurgical  
**CONSERVATEUR +++**
- ↓ risque infectieux