

L'IMAGE DU MOIS

UNE RUPTURE SPLÉNIQUE D'ORIGINE VIRALE

PETERS S (1), ILOAIE C (1), GUÉRISSE F (1)

RÉSUMÉ : Un patient de 28 ans se présente au service des urgences pour prise en charge d'une douleur localisée au niveau de l'hypochondre gauche et du flanc gauche, apparue 48h avant son passage aux urgences. Parallèlement, le patient décrit la présence de fièvre, d'une odynophagie et de myalgies présentes depuis 8 jours. L'examen clinique met en évidence la présence de multiples adénopathies cervicales supérieures et sous-mandibulaires bilatérales et molles d'environ 1.5 cm. On note également une défense abdominale au niveau de l'hypochondre gauche et du flanc gauche. Le bilan attestera la présence d'une primo-infection à EBV associée à une rupture splénique compliquée d'un hémopéritoine sans répercussion hémodynamique. Ce cas clinique illustre la présence d'une complication rare et potentiellement mortelle au décours d'une infection très fréquente qu'est la mononucléose infectieuse.

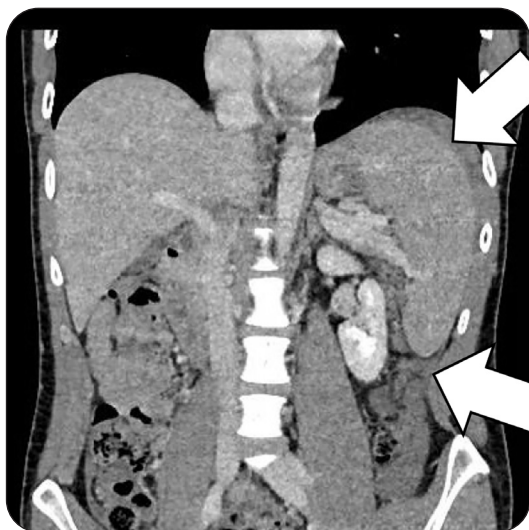
MOTS-CLÉS : Mononucléose infectieuse - Infection à EBV - Rupture splénique - Hémopéritoine

A VIRAL SPLENIC RUPTURE

SUMMARY : A 28-year-old patient is admitted in the emergency department for management of localized pain in the left hypochondrium and left flank that appeared 48 hours before his visit to the emergency room. At the same time, the patient describes the presence of fever, odynophagia and myalgia present for 8 days. The clinical examination highlights the presence of multiple upper cervical and sub-mandibular bilateral and soft adenopathies of about 1.5 cm. There is also an abdominal defense at the level of the left hypochondrium and the left flank. The exploration will attest the presence of a primary EBV infection associated with a splenic rupture complicated by hemoperitoneum without hemodynamic repercussions. This clinical case illustrates the presence of a rare and potentially fatal complication following a very common disease, infectious mononucleosis.

KEYWORDS : Mononucleosis - EBV infection - Splenic rupture - Hemoperitoneum

Figure 1. Coupe tomodensitométrique abdominale montrant la présence de l'hématome péri-splénique



INTRODUCTION

La rupture splénique est une complication relativement rare de la mononucléose infectieuse (1-2/1.000 cas). Elle survient à la suite d'une hypertrophie progressive de la rate sous l'action de la prolifération lymphocytaire induite par l'infection virale à EBV (Epstein Barr Virus). Elle peut être la présentation inaugurale de

l'infection par l'EBV et être accompagnée de douleurs abdominales, voire potentiellement d'un syndrome péritonéal caractérisé par une défense abdominale localisée au niveau de l'hypochondre gauche ou du flanc gauche.

CAS CLINIQUE

Un patient de 28 ans est admis aux urgences dans le cadre de douleurs abdominales localisées au niveau de l'hypochondre gauche et du flanc gauche depuis 48h, sans notion de traumatisme, sans altération du transit digestif ni autre plainte abdominale.

Lors de l'anamnèse systémique, le patient décrit la présence d'odynophagie, de la pyrexie mesurée à 39,2°C au domicile, avec des myalgies diffuses. Le patient n'a pas d'antécédents médicaux pertinents ni d'assuétude éthylo-tabagique. On ne note pas de voyage récent.

Cliniquement, le patient présente des adénopathies cervicales et sous-mandibulaires molles bilatéralement d'environ 10-15 mm, une gorge érythémateuse et une palpation douloureuse associée à une défense localisée au niveau de l'hypochondre gauche et du flanc gauche.

Le bilan biologique montre la présence d'une leucocytose majorée à prédominance lymphocytaire, un dosage positif pour les sérologies IgG et IgM pour l'EBV (86 U/mL pour IgG et > 160 U/mL pour IgM, avec la normale < 20 U/mL), une hémoglobine normale, ainsi qu'un syndrome inflammatoire léger associé à une légère perturbation des tests hépatiques.

(1) Service des Urgences, CHU Charleroi, Belgique.

Devant la présence d'une défense abdominale, le patient bénéficie d'un CT abdomino-pelvien couplé à l'administration de produit de contraste. Celui-ci montre la présence d'un volumineux hématome péri-splénique, avec présence de suffusions hématiques au niveau de la gouttière pariéto-colique gauche jusqu'au cul de sac de Douglas, compatible avec une rupture splénique compliquée d'un hémopéritoine modéré (Figure 1).

Malgré la présence d'un hémopéritoine, le patient ne présente aucun signe de choc hémorragique. Il est admis en surveillance hospitalière clinique et biologique. Il n'a pas dû bénéficier d'une splénectomie et n'a présenté aucune complication au décours de son séjour.

Le patient bénéficiera d'un bilan étiologique de cette rupture splénique, qui sera attribuée à la présence d'une primo-infection à EBV.

DISCUSSION

La présence d'une rupture splénique associée à une mononucléose infectieuse est une complication rare (1-2 cas pour 1.000 cas de maladie) d'une infection virale fréquente et en grande partie pauci-symptomatique, voire asymptomatique (1). La rupture est provoquée par une hypertrophie de la rate sous l'action du recrutement lymphocytaire secondaire à la primo-infection par le virus EBV (2). Celle-ci est généralement symptomatique sous la forme de douleurs abdominales, et apparaît généralement dans les 7 premiers jours de l'infection, bien que l'hypertrophie puisse ne pas avoir été détectée sur la base de l'examen clinique (3, 4). Les études estiment que 70 % des ruptures surviennent chez des patients de sexe masculin de moins de 30 ans, ayant présenté des symptômes d'allure grippale dans les 14 jours précédents (2). Il existe aussi des cas décrits d'infarctus spléniques associés à la présence d'une mononucléose infectieuse (5).

Généralement, le traitement proposé au patient est celui d'une surveillance hémodynamique, clinique et radiologique (par réalisation d'un CT scanner injecté), mais il est parfois nécessaire de recourir à la splénectomie par voie chirurgicale ou à une embolisation de l'artère splénique, en cas d'instabilité hémodynamique ou dans le cadre d'un saignement non contrôlé (6-8). Dans le cas décrit, le patient bénéficiera d'une surveillance clinique rapprochée et d'un suivi biologico-radiologique, qui est conforme aux recommandations actuelles (2).

CONCLUSION

La présence d'une rupture splénique associée à une mononucléose infectieuse est une complication relativement rare et potentiellement létale d'une infection virale hautement prévalente et fréquente.

Il est nécessaire pour le clinicien de faire l'association entre la présence d'une infection récente ou concomitante à EBV et la présence de douleurs abdominales aiguës. Le traitement appliqué est souvent conservateur et consiste en une surveillance clinique et biologique des patients, en l'absence d'instabilité hémodynamique. Néanmoins, il est parfois nécessaire de réaliser une splénectomie chez les patients présentant des signes d'instabilité hémodynamique, et la chirurgie reste le traitement ultime de la rupture splénique.

BIBLIOGRAPHIE

1. Aldrete JS. Spontaneous rupture of the spleen in patients with infectious mononucleosis. *Mayo Clin Proc* 1992;**67**:910-2.
2. Bartlett A, Williams R, Hilton M. Splenic rupture in infectious mononucleosis: a systematic review of published case reports. *Injury* 2016;**47**:531-8.
3. Horwitz CA, Henle W, Henle G, et al. Infectious mononucleosis in patients aged 40 to 72 years. *Medicine (Baltimore)* 1983;**62**:256-62.
4. Gayer G, Zandman-Goddard G, Kosych E, Apter S. Spontaneous rupture of the spleen detected on CT as the initial manifestation of infectious mononucleosis. *Emerg Radiol* 2003;**10**:51-2.
5. Naviglio S, Abate MV, Chinello M, Ventura A. Splenic infarction in acute infectious mononucleosis. *J Emerg Med* 2016;**50**:e11-3.
6. Alberty R. Surgical implications of infectious mononucleosis. *Am J Surg* 1981;**141**:559-61.
7. Brichkov I, Cummings L, Fazylov R, Horovitz JH. Nonoperative management of spontaneous splenic rupture in infectious mononucleosis: the role for emerging diagnostic and treatment modalities. *Am surg* 2006;**72**:401-4.
8. Jenni F, Yuen B, Lienhardt B, Fahrni G. Nonsurgical management of complicated splenic rupture in infectious mononucleosis. *Am J Emerg Med* 2013;**31**:1152.e5-6.

Les demandes de tirés à part doivent être adressées au Dr Peters S, Service des Urgences, CHU Charleroi, Belgique.
Email : Stephane.peters@chu-charleroi.be