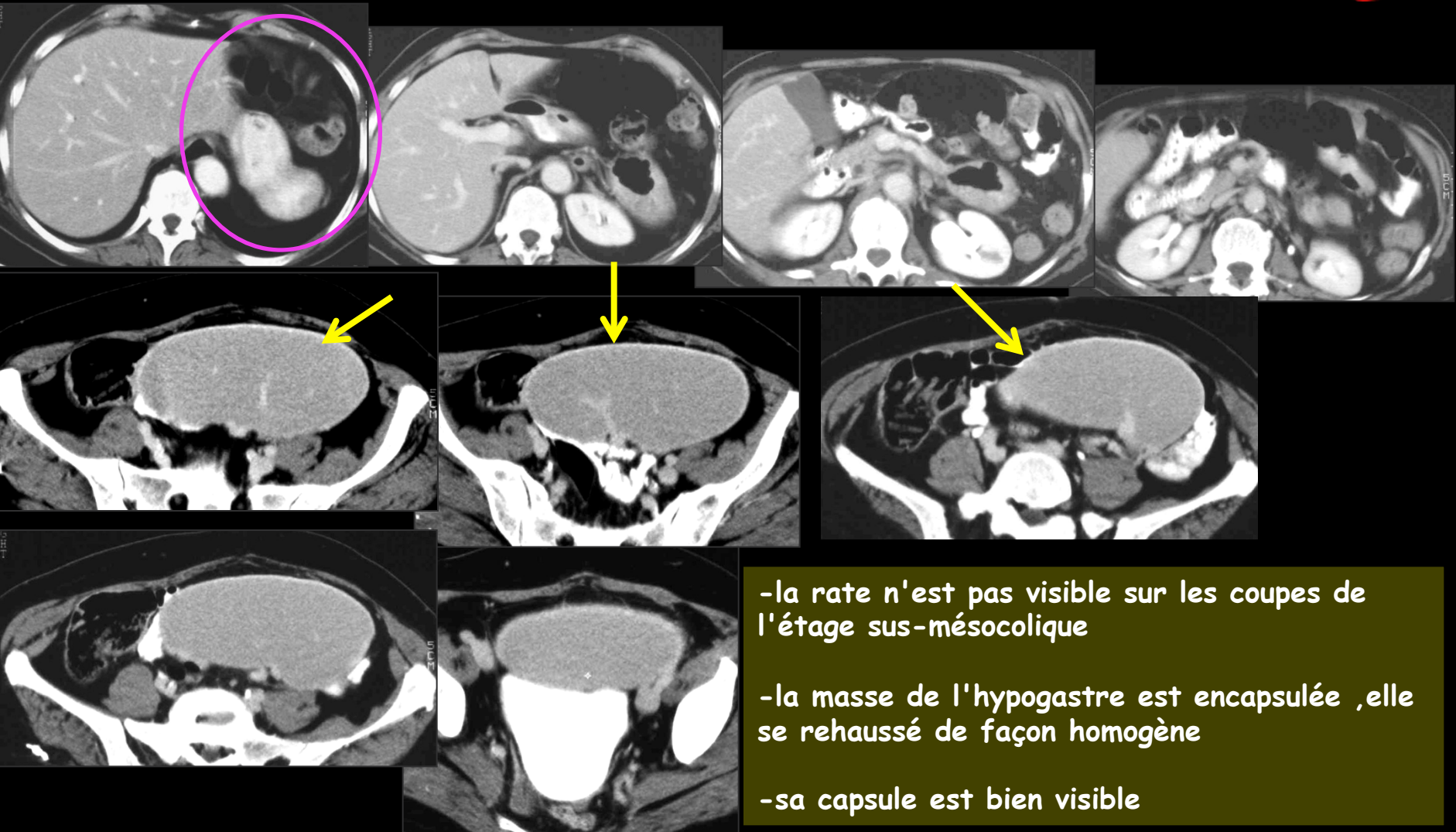


femme 56 ans ; sd douloureux aigu abdominal ; masse palpable sensible de l'hypogastre
quels sont les éléments sémiologiques significatifs à retenir sur ces coupes scanographiques



-la rate n'est pas visible sur les coupes de l'étage sus-mésocolique

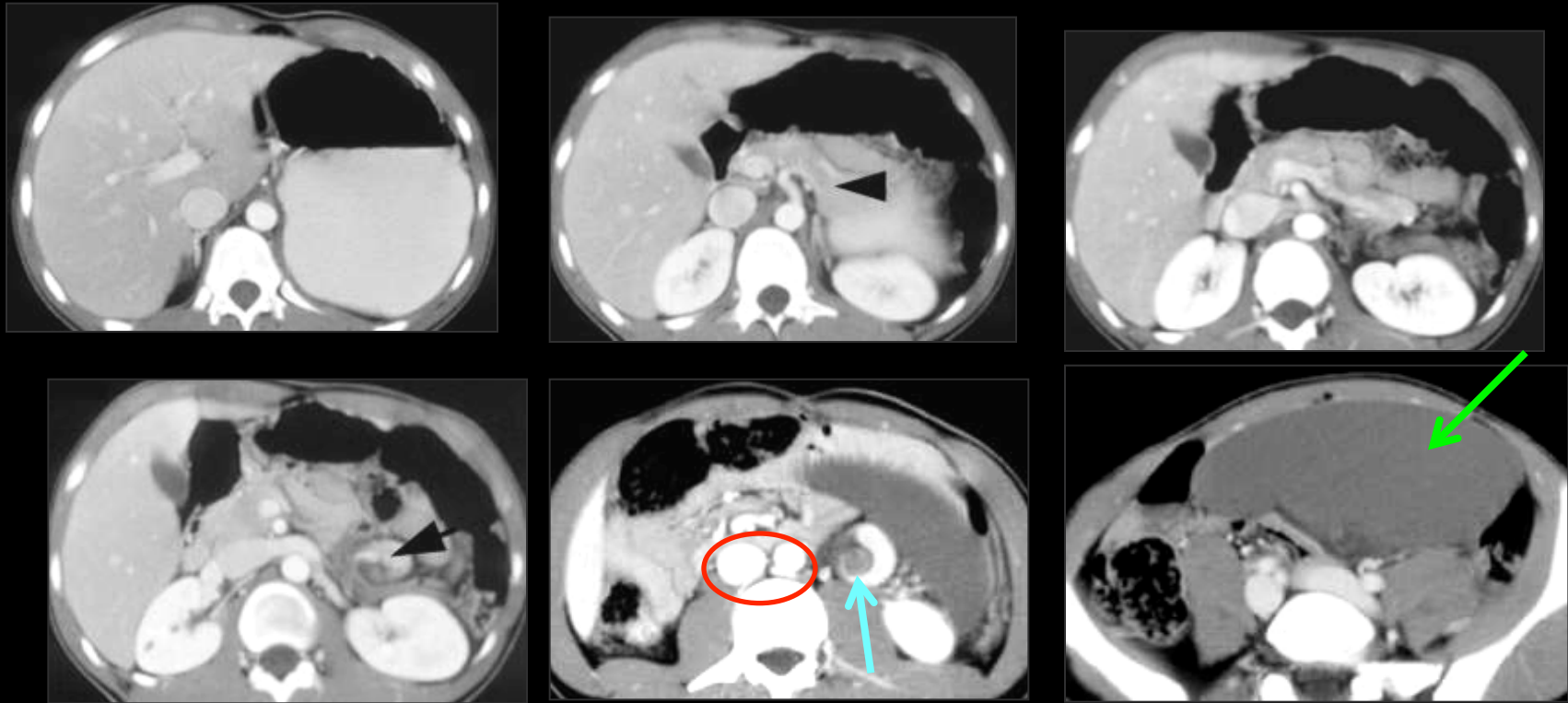
-la masse de l'hypogastre est encapsulée ,elle se rehausse de façon homogène

-sa capsule est bien visible

-de toute évidence , la masse correspond à la rate , modérément hypertrophiée.

-la trop bonne visibilité des branches vasculaires intra parenchymateuses et de la capsule sont des arguments en faveur d'une hypoperfusion ,à l'origine des douleurs

cas compagnon : femme 39 ans ; masse palpable sensible de l'hypogastre révélée par un tableau douloureux aigu à début brutal "pseudo-chirurgical"

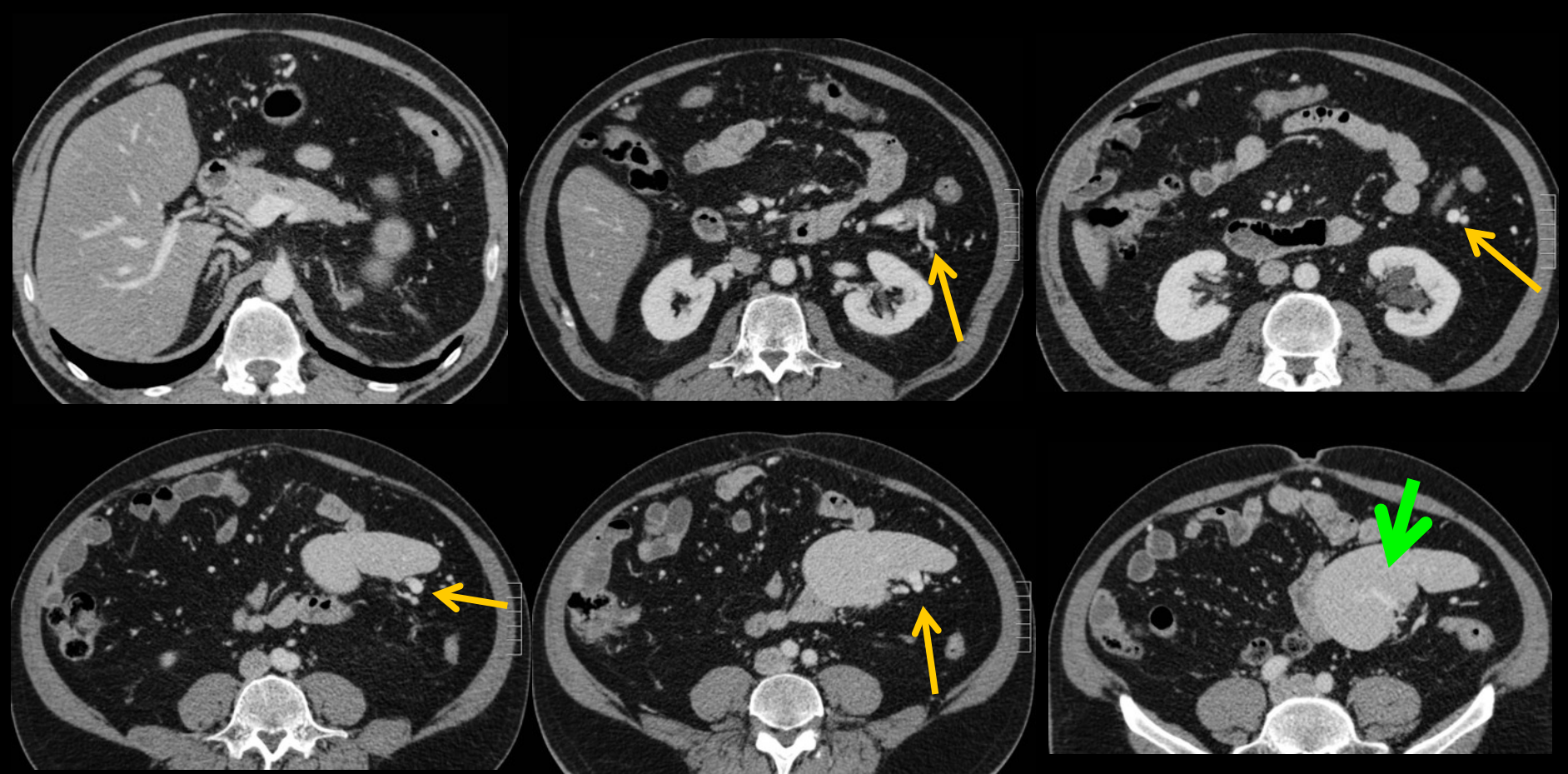


-la rate est en situation hypogastrique et correspond à la masse palpée

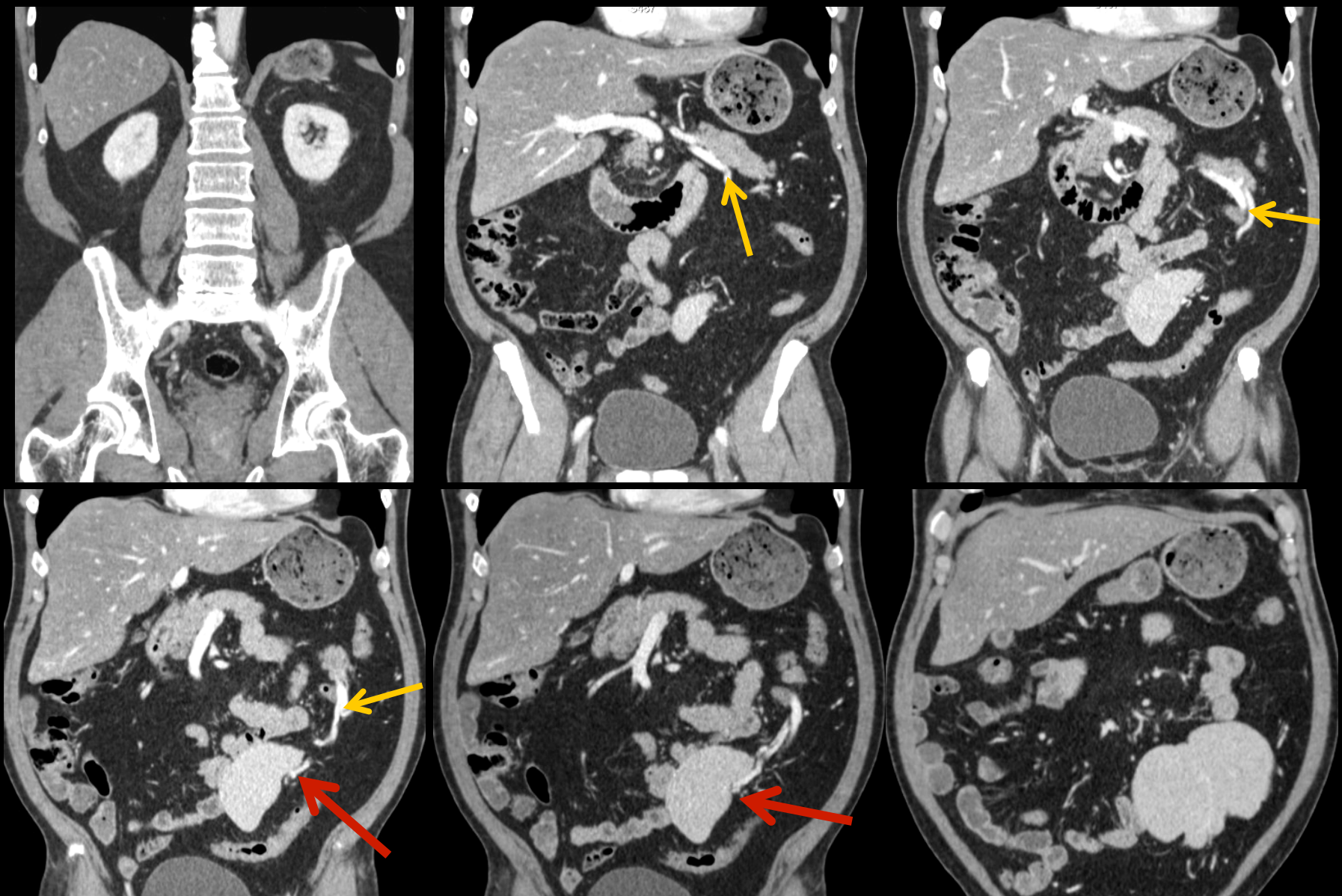
-absence de rehaussement du parenchyme splénique alors que le niveau de rehaussement identique de la VCI et de l'aorte témoigne d'une acquisition à la phase d'équilibre (70 s après le début de l'injection ; cette évaluation de la chronologie de l'acquisition est fondamentale pour distinguer retard de perfusion et absence de perfusion +++++)

-enfin le "whirl sign " du pédicule vasculaire splénique confirme le volvulus compliquant cette "rate baladeuse" ou wandering spleen

autre cas compagnon :homme 62 ans ; douleurs hypogastriques atypiques avec masse palpable ;



- la rate est en situation hypogastrique et correspond à la masse palpée
- son pédicule vasculaire est facilement suivi , au delà du pancréas caudal , dans un ligament pancréato-splénique étiré , sans aucune torsion axiale
- le rehaussement de la rate ne présente aucune anomalie , ni dans sa chronologie d'apparition , ni dans son intensité



-les reformations frontales montrent bien le pédicule vasculaire splénique étiré vers le bas , au delà du pancréas caudal dont la partie distale est verticalisée ;

-le hile splénique est en situation inféro-latérale gauche , confirmant la rotation de 180 ° de la rate autour d'un axe vertical

la rate baladeuse ou wandering spleen (rate errante , rate flottante...)

-hyper mobilité splénique , conséquence d'une **hyper laxité** (ou d'une absence) **des moyens de fixation** que sont les ligaments gastro-splénique et spléno-rénal. La rate se déplace alors dans l'espace infra mésocolique

le risque majeur est lié à la **torsion axiale du pédicule splénique** qui peut entraîner un infarctus congestif par strangulation de la veine splénique ou un infarctus par strangulation ischémique de l'artère splénique (ne confondez pas infarctus =nécrose ischémique d'origine artérielle et infarctus = infiltration hématique aiguë d'origine congestive par thrombose veineuse)

-description princeps autopsique par Von Herne en 1667 ; première splénectomie par Martin en 1878 et première splénopezie par Rydygier en 1895

-**principales données épidémiologiques** :

www.chirurgievisceraledelouest.com/ratebaladeuselerox2011.pdf

.500 cas rapportés dans la littérature ; incidence < 0,2 %

.2 pics de prévalence

chez l'enfant , les **garçons** sont plus touchés ; l'association avec les dystrophies génétiques du tissu collagène (Marfan) et du tissu élastique (Ehlers-Danlos) est fréquente

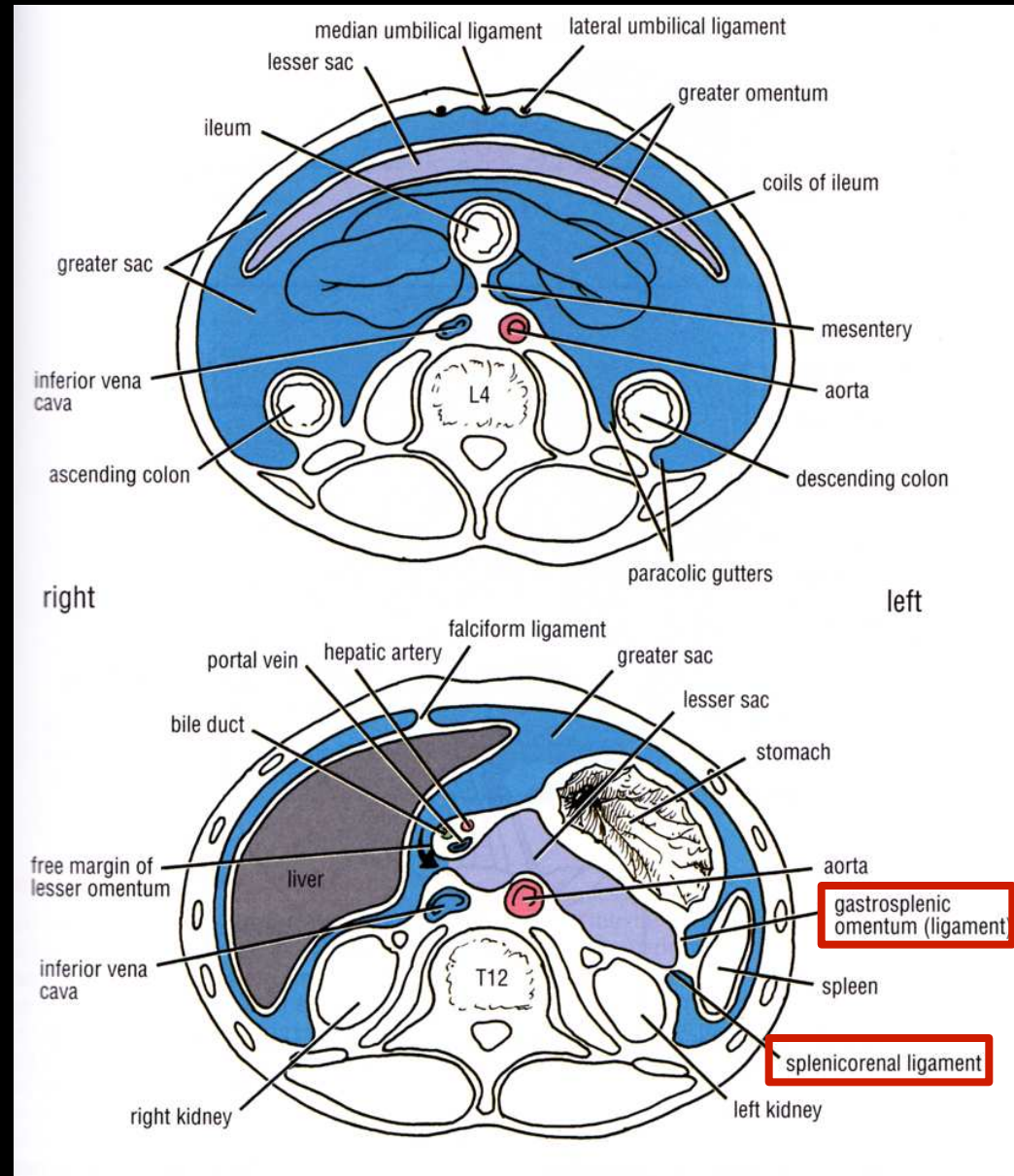
chez l'adulte , les femmes en âge de procréer sont préférentiellement touchées

-rate ayant perdu son contact avec l'hémicoupe gauche

-fusion incomplète du mésogastre postérieur et défaut d'accolement du fascia de Treitz caudal

-volvulus splénique +/- torsion de la queue de pancréas favorisée chez la jeune femme enceinte par l'hyperlaxité ligamentaire

-formes **chroniques** avec "périssplénite" et HTP segmentaire ou formes **aiguës** avec infarctus artériel ou infarctus veineux splénique



les moyens de fixité de la rate : ligament gastro-splénique et ligament spléno-rénal

-3 présentations cliniques possibles :

- .découverte fortuite par l'imagerie (échographie , scanner...)
incidentalome ou fortuitome...
- .douleurs abdominales chroniques récurrentes (torsions résolutives))
- .syndrome douloureux aigu " pseudo-chirurgical" avec vomissements , fièvre ...etc.

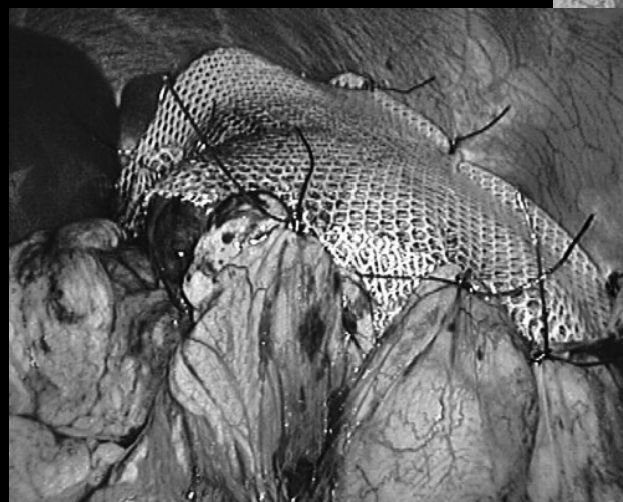
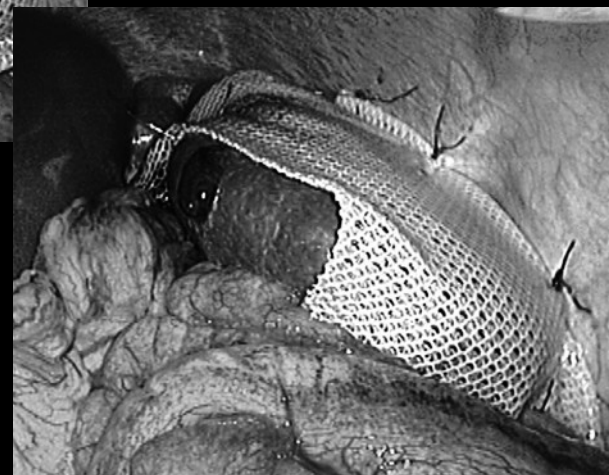
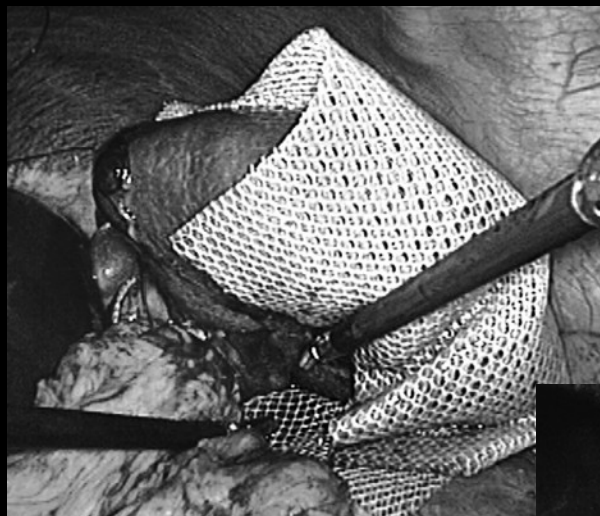
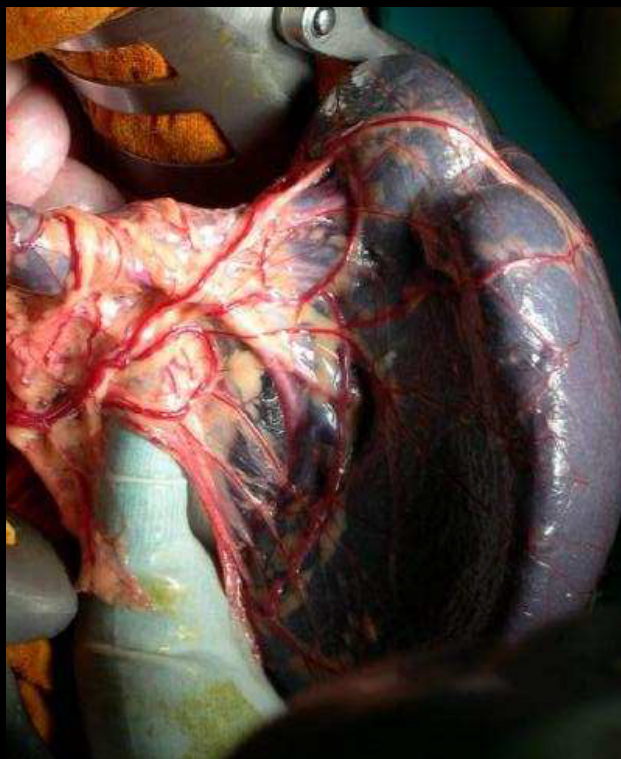
-évaluation de la perfusion splénique

- .codage coloré des flux par écho-Doppler
- . acquisition multiphasique CT ou IRM injectée

-toute rate baladeuse doit être traitée, y compris incidentalomes car les complications s'observent dans 65 % des cas surveillés

-la splénectomie n'est indiquée qu'en cas de complication vasculaire majeure ; le traitement conservateur doit toujours être privilégié

-**la splénopexie** par suture directe de la rate au diaphragme ou par l'intermédiaire d'une plaque résorbable ; la création d'une poche rétropéritonéale ou le recouvrement de la rate par l'estomac avec fixation de la grande courbure au diaphragme et à la paroi abdominale antérieure sont les options possibles , de préférence sous coelioscopie



splénopexie sous coelioscopie
G Leroux CHU Brest

[http://
www.chirurgievisceraledelouest.com/
ratebaladeuseleroux2011.pdf](http://www.chirurgievisceraledelouest.com/ratebaladeuseleroux2011.pdf)

messages à retenir

-la rate baladeuse (ou errante ou flottante) est une situation rare qui , chez l'adulte , est généralement observée chez des femmes d'âge moyen.

-le **diagnostic positif est facile** sur les examens d'imagerie en coupe qui permettent en outre de préciser l'existence de troubles perfusionnels du parenchyme splénique , consécutifs à un **volvulus aigu , subaigu ou chronique de la rate avec strangulation veineuse et / ou artérielle**.

Les adhérences (périsplénite) pourraient également jouer un rôle dans la physiopathologie des manifestations fonctionnelles .

-toute rate baladeuse même asymptomatique (fortuitome au cours d'un examen d'imagerie) chez l'adulte doit faire envisager le traitement chirurgical (de préférence splénopexie) , si possible sous coelioscopie car **le taux de complication spontané est de l'ordre de 65 % des cas**

