

Diagnostic de leucémie myéloïde chronique au décours d'un hématome splénique

Diagnostic of CML after a splenic haematoma

Soufi Osmani, Mohamed Brahimi, Abdessamed Arabi, Bedra Enta-Soltan, Mohamed Amine Bekadja MA

EHU 1^{er} novembre service d'Hématologie et de Thérapie Cellulaire, Oran, Algérie
<soufiosmani@yahoo.fr>

M. C. H. âgé de 41 ans, plombier de profession, tabagique chronique et diabétique, consulte pour des douleurs abdominales. La palpation abdominale retrouve un ballonnement avec une splénomégalie dont le débord splénique est de 8 cm.

L'hémogramme objective une hyperleucocytose importante ($GB = 110\ 000/mm^3$), une discrète anémie normochrome normocytaire ($Hb = 11,4\ g/dL$) et un taux de plaquettes normal à $239\ 000/mm^3$. Le frottis de sang confirme l'hyperleucocytose et objective une myélémie à 42 %. Le diagnostic de leucémie myéloïde chronique (LMC) est posé, sur la présence du transcrite bcr-abl à 49 %. Le bilan d'hémostase est normal ainsi que le taux de ferritine.

Le traitement de la LMC est commencé. Il associe : imatinib 400 mg/j, allopurinol 600 mg/j, antispasmodiques, antalgiques et une hyperhydratation. Après une semaine de traitement, on note une normalisation du taux des GB et augmentation du taux de plaquettes atteignant $1\ 661\ 000/mm^3$, avec la persistance des douleurs abdominales.

L'échographie abdominale objectivait un important hématome splénique sous-capsulaire et intraparenchymateux tandis que le scanner abdominal confirmait une splénomégalie hétérogène et la présence de formations nodulaires médiospléniques (*figure 1*) avec des troubles de la perfusion parenchymateuse (*figure 2*). Devant le risque potentiel de rupture de la rate et après avis chirurgical, une splénectomie a été réalisée.

Les suites opératoires ont été simples, les douleurs abdominales ont cédé et le patient a quitté l'hôpital avec un traitement antiagrégant plaquettaire qui s'ajoutait au traitement de la LMC.

Commentaires

L'hématome de la rate est une complication rare au cours de la LMC par rapport à l'infarctus splénique [1, 2], mais il convient d'évoquer ce diagnostic devant une douleur abdominale vive associée à une splénomégalie [3].

Notre observation est assez originale du fait que le diagnostic de LMC a été posé au décours de douleurs abdominales intenses faisant craindre une rupture de la rate plutôt qu'un infarctus splénique fréquemment décrit au cours de la LMC avec importante splénomégalie.

Cette observation réunit quatre facteurs de risque thrombotique : l'hyperleucocytose, l'hyperplaquettose, le diabète et le tabagisme, mais en même temps des troubles de l'hémostase primaire expliquant l'hématome sous-capsulaire et intraparenchymateux.

La splénectomie n'est réalisée que lorsqu'il y a un risque de rupture potentiel.

Chez notre patient, la décision d'effectuer la splénectomie a été prise devant le tableau clinique de douleurs abdominales vives simulant un abdomen chirurgical, la thrombocytose et l'importance de l'hématome splénique. ■

Tirés à part :
S. Osmani

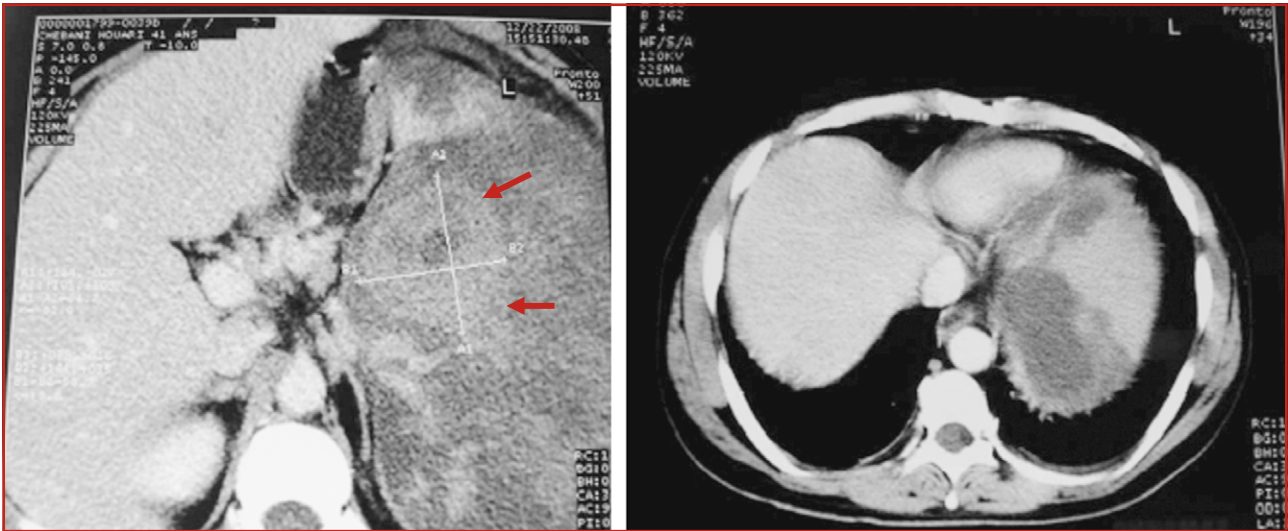


Figure 1. Formation nodulaire splénique évoquant un hématome.

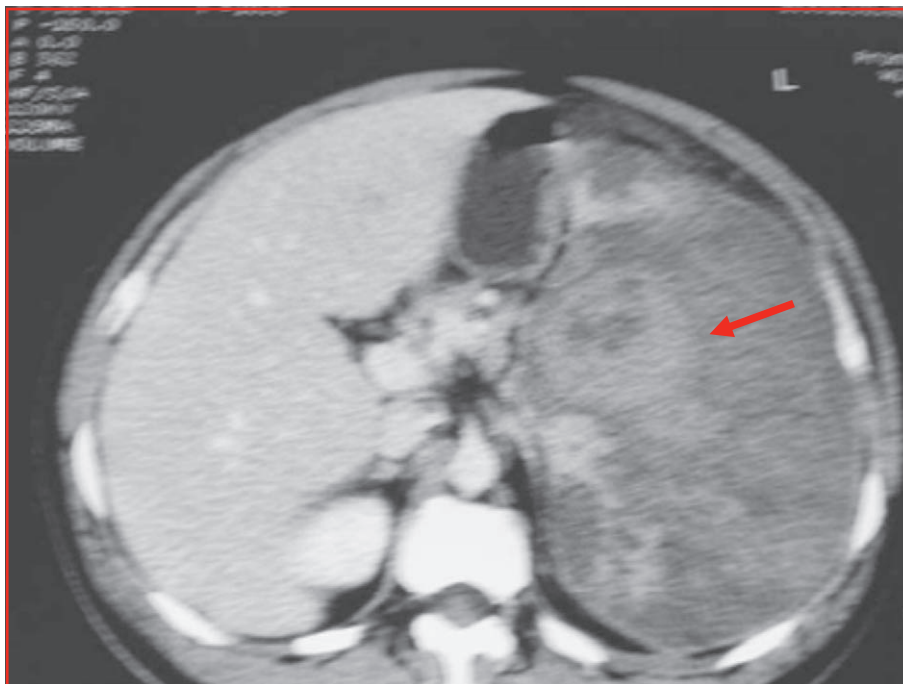


Figure 2. Troubles de la perfusion parenchymateuse, hypodensité de la rate évocatrice d'un infarctus splénique.

Références

1. Gupta S, Kakar A. Splenic Infarct of Unusual Aetiology. *JACM* 2004 ; 5 : 310-4.

2. Kursner A, Martin Sébastien, Bodenmann P. Douleur irradiant dans l'hypochondre gauche. *Schweiz Med Forum* 2008 ; 7 : 131-2.

3. Olivier Danon. Infarctus splénique révélateur d'une tuberculose abdominale. *Clinique & biologique EMC Consulte* 2000 ; 24 : 240-4.