



## Article Original

## La Splénectomie Totale Chez l'Adulte au Centre Hospitalier Universitaire de Brazzaville

### Total Splenectomy of Adults at the Brazzaville University Teaching Hospital

Murielle Etiennette Julie Note Madzele<sup>1,3\*</sup>, PierleskyElion Ossibi<sup>1,3</sup>, Didace Massamba Miabaou<sup>1,3</sup>, Olivia Firmine Galiba Atipo Tsiba<sup>2,3</sup>, John Claude Edzan<sup>1</sup>, Noé Henschel Motoula Latou<sup>1,3</sup>, BhodehoMedi Monwongui<sup>1</sup>, Gresse Bienvenu Tsouassa Wa Ngono<sup>1</sup>, Prude Pertinie Avala<sup>1</sup>, CarmichNzaka Moukala<sup>1</sup>

#### Affiliations

<sup>1</sup> Service de Chirurgie digestive, Centre Hospitalier Universitaire de Brazzaville. Congo

<sup>2</sup> Service d'Hématologie, Centre Hospitalier Universitaire de Brazzaville. Congo

<sup>3</sup> Faculté des Sciences de la Santé, Université Marien Ngouabi, Brazzaville. Congo

\* murielle.note@yahoo.fr

#### Correspondance:

Docteur Murielle Etiennette Julie Note Madzele  
Service de chirurgie digestive. CHU de Brazzaville. Congo  
Faculté des Sciences de la Santé. Université Marien Ngouabi, Brazzaville. Congo

E-mail : murielle.note@yahoo.fr  
Tél : (+242) 06 668 68 06

**Mots clés :** splénectomie totale, adulte, laparotomie, splénomégalie, rupture traumatique.

**Keywords:** total splenectomy, adult, laparotomy, splenomegaly, splenic traumatic rupture.

#### RÉSUMÉ

**Introduction.** La splénectomie totale (ST) est réalisée dans un but diagnostique et/ou thérapeutique des affections spléniques, principalement de cause hématologique et traumatique. L'objectif de ce travail était de décrire la ST chez l'adulte au Centre Hospitalier Universitaire (CHU) de Brazzaville, de rapporter ses indications et ses aspects évolutifs. **Patients et méthode :** il s'agissait d'une étude descriptive et rétrospective de trois ans, s'étendant d'août 2020 à août 2023, portant sur tous les patients adultes ayant subi une ST. **Résultats.** Nous avons recensé 34 cas de ST, soit 1,1% de l'ensemble des interventions chirurgicales digestives. L'âge médian était de 21 ans (extrêmes : 18 et 76 ans). Le sexe ratio était de 2,1. Le principal motif d'admission était la splénomégalie (67,7%). Quinze patients (44,1%) étaient drépanocytaires homozygotes. L'échographie abdominale était réalisée chez 29 patients (85,3%). La séquestration splénique (44,1%) et les ruptures traumatiques de la rate (32,4%) étaient les principales indications. La ST était uniquement réalisée par laparotomie. Les suites opératoires ont été favorables pour 18 patients (52,9%) et compliquées pour 16 (47,1%) dont quatre décès (11,8%). **Conclusion.** La laparotomie est l'abord chirurgical de référence dans notre pratique pour la chirurgie splénique. Les complications thrombo-emboliques et infectieuses sont les plus fréquentes dans notre contexte et restent un défi majeur à relever.

#### ABSTRACT

**Introduction.** Total splenectomy (TS) is performed for the diagnosis and/or the treatment of splenic disorders, usually secondary to hematological disorders or to trauma. Our work aims to describe TS in adults at the University Hospital Center (CHU) of Brazzaville and report the indications and surgical courses. **Patients and methods.** This was a three-year descriptive and retrospective study, from August 2020 to August 2023, covering all adult patients who underwent TS. **Results.** We identified 34 cases (1,1%) of TS of all digestive surgical interventions. The median age was 21 years (range 18 to 76 years). The sex ratio was 2.1. The main reason for admission was splenomegaly (67.7%). Fifteen patients (44.1%) had homozygous sickle cell disease. Abdominal ultrasound was performed in 29 patients (85.3%). The main indications for TS were splenic sequestration (44.1%) and traumatic ruptures of the spleen (32.4%). TS was only performed by laparotomy. The surgical outcomes were favorable for 18 patients (52.9%) and complicated for 16 (47.1%), including four deaths (11.8%). **Conclusion.** In our practice, laparotomy is the standard surgical approach for splenic surgery. Thromboembolic and infectious complications are the most common complications and remain a major challenge to overcome.

#### INTRODUCTION

La splénectomie totale (ST) est une procédure chirurgicale qui consiste en une ablation complète de la rate [1]. Il s'agit d'un acte de recours fréquent tant pour le diagnostic que pour le traitement des affections de la rate [1]. Ces affections peuvent être d'origine hématologique,

infectieuse, traumatique, tumorale, vasculaire ou des affections dites de surcharge [1,2].

En occident, les ruptures traumatiques de la rate, les hémopathies malignes et le cancer splénique représentent les principales causes de pathologie splénique [3].

**POUR LES LECTEURS PRESSES****Ce qui est connu du sujet**

En Afrique inter tropicale, la séquestration splénique chez le drépanocytaire homozygote et la rupture traumatique de la rate sont les indications les plus fréquentes de la splénectomie totale (ST) par laparotomie.

**La question abordée dans cette étude**

Évaluation de la pratique de la ST chez l'adulte au Centre Hospitalier Universitaire de Brazzaville.

**Les principaux résultats**

1. La ST représentait 1,1% des interventions chirurgicales digestives. L'âge médian des sujets était de 21 ans (extrêmes : 18 et 76 ans). Le sex ratio était de 2,1.
2. Le principal motif d'admission était la splénomégalie (67,7%). En outre, 44,1% des sujets étaient drépanocytaires homozygotes.
3. La séquestration splénique (44,1%) et les ruptures traumatiques de la rate (32,4%) étaient les deux principales indications.
4. La ST a été réalisée uniquement par laparotomie.
5. Les suites opératoires ont été favorables pour 52,9% des patients et compliquées pour 47,1% (complications thrombo-emboliques et infectieuses).
6. Le taux de mortalité était de 11,8%.

Pour la prise en charge de ces affections, la ST par chirurgie conventionnelle est devenue une option thérapeutique moins privilégiée avec le développement de la laparoscopie, de la chirurgie conservatrice de la rate (splénectomie partielle, splénonorrhée, usage de matériel hémostatique), de la prise en charge non opératoire des traumatismes spléniques, des traitements médicaux des maladies hématologiques ainsi que d'une meilleure compréhension des fonctions immunitaires, hématologiques et métaboliques de la rate [3].

En Afrique inter tropicale, la séquestration splénique chez les patients vivant avec la drépanocytose homozygote et les ruptures traumatiques de la rate sont les causes prédominantes de ces affections nécessitant le plus souvent le recours à la ST par laparotomie [4–7].

Au Centre Hospitalier Universitaire (CHU) de Brazzaville, plusieurs études menées par Massengo, datant de plus de deux décennies, étaient principalement basées sur les traumatismes de la rate traités par chirurgie conventionnelle [7–9]. Nous nous sommes proposés de faire un état des lieux actuel des différentes affections traumatiques et non traumatiques de la rate ainsi que de leur prise en charge chirurgicale.

L'objectif de ce travail était ainsi de décrire la ST chez l'adulte au CHU de Brazzaville, d'en rapporter les indications et d'en apprécier les aspects évolutifs.

**PATIENTS ET MÉTHODES**

Il s'est agi d'une étude descriptive et rétrospective qui nous a permis de revoir les dossiers médicaux complets (comprenant au moins une observation médicale et un compte-rendu opératoire) des patients hospitalisés dans le service de Chirurgie digestive du CHU de Brazzaville, pendant une période de trois ans, allant d'août 2020 à août 2023. Les dossiers des malades hospitalisés pour une affection de la rate et qui ont subi une ST ont été retenus.

Les registres d'hospitalisation, les dossiers médicaux et les comptes-rendus opératoires ont constitué nos sources de données.

Une fiche d'enquête préétablie nous a permis de recueillir les données. Les variables étudiées étaient les caractéristiques socio-démographiques, les aspects cliniques et paracliniques, le traitement chirurgical et l'évolution post-opératoire avec un recul de 6 semaines.

Pour les aspects cliniques, le statut performants de l'OMS avait permis l'appréciation de l'état général des patients [10]; et la classification de HACKETT a été utilisée pour stadifier la splénomégalie [11].

Sur le plan thérapeutique, en ce qui concerne le traitement chirurgical, les patients étaient opérés soit dans le cadre d'une urgence vitale soit dans le cadre d'une chirurgie réglée. La préparation pré-opératoire consistait particulièrement en un conditionnement et un rasage du site et du champs opératoires. Au bloc opératoire, sous anesthésie générale, les patients étaient installés en décubitus dorsal sur une table ordinaire. Les sondes uréthro-vésicale et nasogastrique étaient mises en place. Le chirurgien, assisté d'un ou de deux aides se tenait selon sa convenance à droite ou à gauche du patient. Après une désinfection et un champage stérile, l'abord chirurgical pour tous les patients était une laparotomie médiane sus ombilicale nécessairement élargie en sous ombilicale. En cas d'épanchement péritonéal, une aspiration du liquide quantifié en fin d'intervention était réalisée. Dans le cadre d'une rupture de la rate, l'ablation de celle-ci devait se faire le plus rapidement possible afin de maintenir ou rééquilibrer les constantes hémodynamiques. La procédure chirurgicale consistait en une désinsertion première de la rate de toutes ses attaches pariétales et viscérales de voisinage par digitoclasie ou en s'aidant d'un bistouri électrique ou des ciseaux. Ainsi, les ligaments phrénico-splénique, gastro-splénique, spléno-rénal et spléno-colique étaient sectionnés. Ce geste permettait secondairement la mobilisation et l'accouplement de la rate au niveau de l'incision chirurgicale ; puis l'exposition des vaisseaux du hile splénique (polaires supérieures, moyens et inférieurs). Ceux-ci étaient clampés, sectionnés et ligaturés soit vaisseau par vaisseau, soit en bloc. On utilisait pour cela un fil de suture à résorption lente 2.0 ou 3,5.0 ou 4.1, selon le calibre des vaisseaux. Au cours de la procédure, le chirurgien veillait à ne pas léser les organes de voisinage, notamment la grande courbure de l'estomac, la queue du pancréas, l'angle colique gauche et le rein gauche. L'ablation de la rate étant faite, celle-ci était conditionnée en vue d'une analyse histologique. En cas de rupture, la rate était décrite selon la classification de Schackford [1,12].

Le chirurgien devait ensuite vérifier l'hémostase. La ST était soit précédée soit suivie d'une exploration abdominale complète permettant d'identifier et de traiter les éventuelles lésions associées. Une toilette péritonéale au sérum physiologique était ensuite réalisée et un drain était placé dans la loge splénique en vue de recueillir les éventuels saignements résiduels et pour permettre la surveillance clinique post opératoire. La procédure se terminait par la fermeture de la paroi abdominale plan / plan puis un pansement de la plaie opératoire. En post

opératoire, la surveillance était clinique, concernant l'état général et hémodynamique des patients, la reprise du transit, la douleur post opératoire, la plaie opératoire, le drain abdominal. La surveillance paraclinique était essentiellement basée sur la réalisation d'un hémogramme et un bilan d'hémostase le jour ou le lendemain de l'intervention.

Sur le plan évolutif, la classification de Clavien-Dindo a été utilisée pour répartir les complications post-opératoires [13].

Les données ont été enregistrées et analysées sur le logiciel Excel version 16. Le logiciel Epi. Info version 7.2.5.0 a été utilisé pour les calculs statistiques.

**RÉSULTATS**

Au cours de la période d'étude, 3209 patients ont été opérés, parmi lesquels 34 cas de ST, soit 1,1% de l'ensemble des interventions chirurgicales digestives.

**Caractéristiques socio-démographiques**

L'âge médian des patients était de 21 ans (Q1=19 ans, Q3=47 ans) avec des extrêmes de 18 et

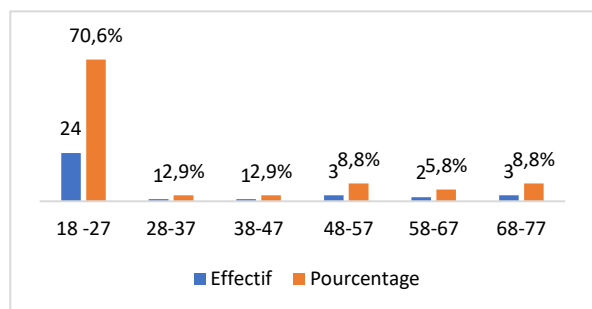


Figure 1 : répartition des patients par tranches d'âge

Il s'est agi de patients de sexe masculin dans 23 cas (67,6%) et de sexe féminin dans 11 cas (32,4%), soit un *sex ratio* de 2,1 en faveur des hommes.

**Aspects cliniques**

Le mode d'admission des malades était la poursuite de la prise en charge opératoire dans un contexte d'urgence extrême dans 11 cas (32,4%). Les autres malades étaient admis dans le cadre d'une urgence différée ou d'une chirurgie réglée.

Les principaux motifs d'admission étaient la splénomégalie dans 23 cas (67,7%) et la douleur de l'hypochondre gauche dans 7 cas (20,6%). Les autres plaintes étaient la fièvre inexpliquée dans trois (8,8%) cas et un cas (2,9%) d'anémie.

Sur les 34 dossiers médicaux retenus pour l'étude, 15 patients (44,1%) vivaient avec la drépanocytose homozygote et étaient polytransfusés ; deux étaient atteints d'un lymphome (5,9%) et un patient souffrait d'une tuberculose pulmonaire.

Le statut performance de l'OMS était noté stade I, soit un bon état général, pour 22 patients (64,7%). Les stades II et III étaient respectivement notés chez 8 patients (23,5%) et 4 patients (11,8%). Aucun patient n'était classé stade IV.

Chez les 23 patients admis pour splénomégalie, celle-ci était classée stade I, II, III et IV de Hackett pour respectivement quatre (17,4%), cinq (21,7%), dix (43,5%) et quatre (17,4) patients. Une hépatomégalie était associée dans 3 cas (8,8%). L'examen clinique ne notait ni de grosse vésicule ni d'ascite ni d'adénopathie.

**Aspects paracliniques**

En préopératoire, une anémie était retrouvée chez 32 patients (94,1%). Une hyperleucocytose et une leucopénie étaient respectivement retrouvées dans 20 cas (58,8%) et 3 cas (8,8%). La thrombocytose était retrouvée dans 9 cas (26,5%) contre 7 cas (20,6%) de thrombopénie. L'électrophorèse d'hémoglobine était connue dans 15 cas (44,1%). Il s'agissait de la drépanocytose homozygote type SS.

Sur le plan morphologique, l'échographie abdominale, réalisée chez 29 patients (85,3%) mettait en évidence une splénomégalie isolée dans 8 cas (27,6%) et associée à une autre lésion dans 21 cas (72,4%). Le **tableau I** présente les lésions associées à la splénomégalie et objectivées à l'échographie abdominale.

**Tableau I : lésions associées à la splénomégalie à l'échographie abdominale**

Lésions associées	N	%
Hémopéritoine	11	52,4
Lithiase vésiculaire	5	23,8
Hépatomégalie	3	14,3
Lithiase vésiculaire et hépatomégalie	2	9,5
Total	21	100

La tomodensitométrie abdominale a été réalisée chez deux patients (5,9%). Elle mettait en évidence chez un patient, une tumeur splénique (**figure 2 A**) et chez le deuxième patient, un kyste de la rate (**figure 2 B**).

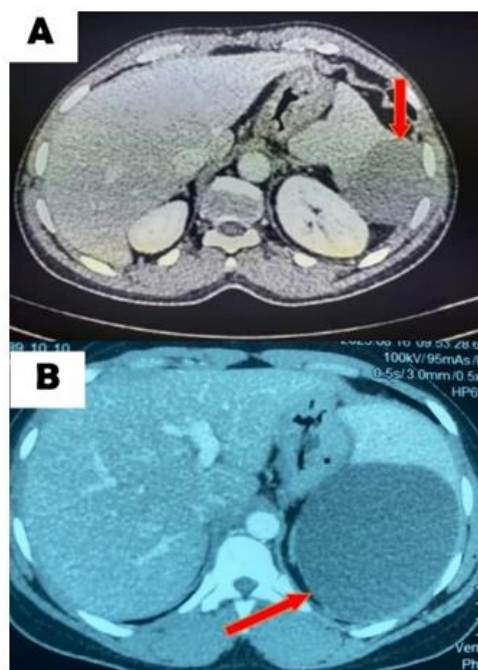


Figure 2 : Scanner abdominal en coupe axiale montrant : A : une lésion tumorale (flèche) chez un patient de 58 ans. B : une lésion kystique (flèche), chez un patient de 44 ans.



**Diagnostic préopératoire**

Les causes hématologiques (18 cas, soit 52,9%) et traumatiques (11 cas, soit 32,4%) étaient les principales indications de la ST, tel que l'illustre le **tableau II**.

**Tab II : diagnostics pré-opératoires indiquant la ST**

Diagnostics pré-opératoires	Effectif	%
Hématologique	18	52,9
Traumatique	11	32,4
Infectieux	3	8,8
Tumoral	2	5,9
Total	34	100

**Traitement**

Les 34 patients retenus pour l'étude ont tous reçu une antibiothérapie en pré-opératoire et une transfusion sanguine a été administrée dans 31 cas (91,9%).

La ST par laparotomie était pratiquée chez tous les patients. En per-opératoire, à l'exploration, la rate était soit rompue (**figure 3 A**), soit augmentée de taille. Les lésions anatomiques de la rate traumatique, décrites par la classification de Schackford étaient de type II, III et IV respectivement chez quatre (36,4%), quatre (36,4%) et trois (27,2%) patients sur les 11 cas de rupture traumatique de la rate. Les aspects macroscopiques de la rate non traumatique étaient de séquestration (**figure 3 B**), tumorale (**figure 4 A**), kystique (**figure 4 B**) et abcédée respectivement dans quinze (65,2%), six (26,1%), un (4,3%) et un (4,3%) cas.

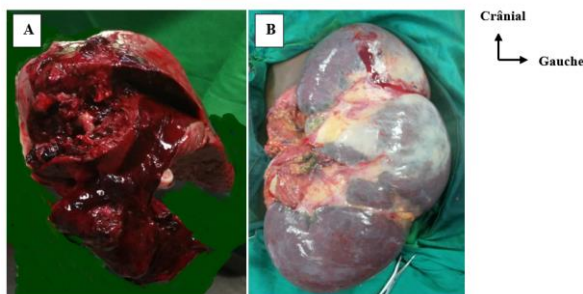


Figure 3 : Aspect macroscopique de la rate : A : après ST d'une rate rompue de type 4 de Schackford, chez un patient de 30 ans. B : en per-opératoire, après accouchement d'une rate de séquestration, chez un drépanocytaire de 22 ans

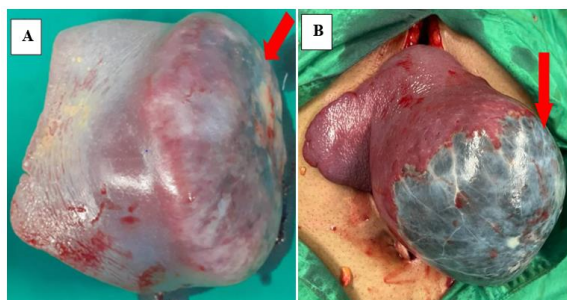


Figure 4 : Aspect macroscopique de la rate A : après ST d'une rate tumorale (flèche), chez un patient de 58 ans. B : en per-opératoire, après accouchement d'une rate contenant une lésion kystique (flèche), chez un patient de 44 ans.

La lésion de la rate était isolée dans 18 cas (52,9%) et associée à une autre lésion intra-abdominale dans le reste des cas. La vésicule biliaire lithiasique était la lésion associée la plus retrouvée : 10 cas (62,5%) avec pour geste associée une cholécystectomie.

**Diagnostic post-opératoire**

Le diagnostic post-opératoire était resté dominé par la séquestration splénique chez les patients vivant avec la drépanocytose homozygote : 15 cas (44,1%) ; suivie de la rupture traumatique de la rate : 11 cas (32,4%). La pièce opératoire était conditionnée pour l'analyse anatomopathologique dans 30 cas (88,2%). Aucun résultat anatomopathologique n'a été retrouvé dans les dossiers médicaux.

**Suites et suivi post-opératoires**

En post-opératoire, 22 patients (64,7%) étaient vaccinés dont 16 cas (47,1%) en monovalence anti-pneumococcique et six cas (17,6%) en trivalence anti-typhique, anti-méningococcique et anti-pneumococcique.

Avec un recul de six semaines, les suites opératoires étaient favorables pour 18 patients (52,9%). Elles étaient compliquées pour 12 (35,3%), parmi lesquelles une embolie pulmonaire chez quatre patients (11,8%), une infection du site opératoire chez quatre patients (11,8%), un état de choc hémorragique chez deux patients (5,9%) et une pneumopathie chez deux patients (5,9%).

Un décès était noté pour quatre patients (11,8%). La cause du décès était une embolie pulmonaire dans trois cas (8,8%) et un sepsis dans un cas (2,9%). L'embolie pulmonaire était survenue chez un patient porteur d'une tumeur splénique et décédé au 3<sup>ème</sup> jour post-opératoire ; chez un patient souffrant d'un lymphome, décédé au 3<sup>ème</sup> jour post-opératoire et chez un patient drépanocytaire homozygote qui présentait une séquestration splénique, décédé au 4<sup>ème</sup> jour post-opératoire. Le sepsis concernait un patient de 33 ans, décédé au 4<sup>ème</sup> jour d'une ST pour abcès de la rate.

Le **tableau III** représente la répartition des patients ayant présenté des complications et ceux décédés, selon la classification de Clavien – Dindo.

**Tableau III : répartition des patients selon la classification de Clavien-Dindo**

Grades de Clavien-Dindo	N	%
Grade I	0	0
Grade II	2	12,5
Grade IIIa	4	25
Grade IIIb	2	12,5
Grade IVa	0	0
Grade IVb	4	25
Grade V (Décès)	4	25
Total	16	100

La durée moyenne d'hospitalisation était de 7,2 ± 2,3 jours avec des extrêmes de 3 et 15 jours.

Après quatre à six semaines de suivi post-opératoire, on notait des suites simples et favorables chez 30 patients (88,2%) ; et 17 d'entre eux (47,1%) étaient orientés vers le service d'Hématologie du CHU de Brazzaville pour la poursuite de leur prise en charge.

## DISCUSSION

La ST est un acte chirurgical qui consiste en l'ablation complète de la rate. Au cours de notre étude, elle a représenté 1,1% des interventions chirurgicales du service de Chirurgie digestive. L'âge moyen des patients était de 21 ans, ce qui est inférieur à la moyenne rapportée par Gunes en Turquie qui est de 51 ans [3]. La taille de l'échantillon et la différence méthodologique, notamment la période d'étude de dix ans chez Gunes, pourraient expliquer cette disparité. Quant au sexe, la prédominance masculine, rapportée par Diallo Owono au Gabon et Gunes en Turquie, est également retrouvée dans notre étude [3,4]. La majorité des patients de notre étude (67,7%) avaient pour motif d'admission la splénomégalie. Nos résultats sont semblables à ceux de Diallo Owono [4]. Ces résultats laissent évoquer le recours à la ST dans la prise en charge diagnostique et/ou thérapeutique.

L'anémie était retrouvée chez 32 patients (94,1%). Nos résultats sont similaires à ceux de Diallo Owono [4]. Par ailleurs, une hyperleucocytose et une thrombocytose ont été retrouvées dans notre étude en pré-opératoire.

L'échographie abdominale était réalisée pour 85,3% des patients contre 5,9% pour la TDM abdominale. Ce résultat nous illustre d'une part l'importance de l'échographie abdominale dans le diagnostic des affections de la rate, du fait de sa sensibilité pour cet organe, de son coût accessible et de son caractère non invasif ; et d'autre part de la difficulté de l'accessibilité de la TDM abdominale dans notre contexte où la couverture sanitaire reste un réel défi. Les principales indications de la ST étaient la séquestration splénique chez les patients drépanocytaires homozygotes (44,1%) et les ruptures traumatiques de la rate (32,4%). Cette observation a été rapportée par plusieurs auteurs Africains [2,4,5]. Cependant en Occident, la littérature rapporte que les traumatismes et les hémopathies malignes sont les indications prédominantes des ST [3,14,15]. Les fréquences variables de ces affections dans le monde expliqueraient cette différence. Bien que rare, un cas de tuberculose splénique probable a été signalé. Les auteurs Camerounais rapportent également une observation concernant un cas de tuberculose splénique [16]. La recrudescence de l'infection tuberculeuse a bouleversé l'incidence mondiale actuelle de cette affection. Cette situation peut en partie trouver une explication par la propagation et la persistance de la pandémie liée au virus de l'immunodéficience acquise (VIH) mais aussi par la précarité dont sont victimes les populations du tiers monde [16].

Sur le plan thérapeutique, la ST par laparotomie était pratiquée pour tous les patients au cours de notre étude. Gunes rapporte un taux de 94,4% de ST dont 29,3% ont été pratiquées par laparoscopie [3]. Il est démontré que l'abord laparoscopique a pour avantage une reprise du transit digestif précoce, des douleurs postopératoires moindres, une courte durée d'hospitalisation et un bénéfice esthétique indiscutable [17,18]. Dans notre service de Chirurgie digestive, l'avenir est à une meilleure expertise pour l'extension de la laparoscopie en général et concernant la rate en particulier, au-delà de la cholécystectomie et de l'appendicectomie qui sont déjà pratiquées par cette voie.

S'agissant de la méthode chirurgicale, il est admis que l'attitude conservatrice de la rate (ablation partielle, splénoorrhaphies, usage de colles ou de filets hémostatiques) permet de réduire le risque des complications post-opératoires spécifiques de la splénectomie [19]. En dehors du fait que le matériel hémostatique ne soit pas disponible dans notre arsenal thérapeutique, nous choisissons de pratiquer une ST en considérant ses indications inéluctables de rupture traumatique de type 3 et de type 4, de séquestration splénique, de rate multinodulaire ou pour les ablations à visée diagnostique.

Dans le cadre du diagnostic, l'apport de l'analyse histologique est incontournable. Nous n'en avons cependant retrouvé aucun rapport dans les dossiers de nos patients, même pour ceux admis en Chirurgie digestive dans le cadre d'une ST à visée diagnostique. Ceci constitue la limite de notre étude qui aurait pu s'étendre à la description de l'aspect histologique des rates. L'absence de rapport histologique dans les dossiers des patients pourrait s'expliquer par le fait de la lenteur fréquente de réalisation et de transmission des résultats anatomopathologiques dans notre centre hospitalier. Par ailleurs, après un suivi d'environ six semaines, les patients étaient généralement orientés en Hématologie pour la poursuite de leur prise en charge.

Dans le cadre du suivi post-opératoire, notre étude a relevé 35,3% de complications et 11,8% de mortalité. Il s'agissait principalement de complications hémorragiques, infectieuses et thrombo-emboliques. D'autres études hospitalières rapportent les mêmes tendances [3,4,19].

La vaccination anti-pneumococcique a été effectuée chez 73,3% de nos patients et cela a été rapporté par d'autres auteurs [3,14]. En effet, le risque infectieux notamment pneumococcique est préoccupant, compte tenu de sa gravité potentielle chez les splénectomisés. C'est pourquoi une vaccination anti-pneumococcique mais aussi anti-Haemophilus et anti-méningococcique pré ou post-opératoire est conseillée [15,20,21].

## CONCLUSION

Bien qu'elle représente une fréquence minime de l'ensemble des interventions chirurgicales digestives dans notre pratique, la ST tient une place non négligeable dans la prise en charge des affections de la rate. Le plus important est son rôle dans l'établissement d'un diagnostic précis, relevant non seulement d'examen morphologique tomodynamométrique mais aussi d'une analyse histologique complète. Cependant, nous relevons des limites d'accessibilité et techniques à résoudre pour une meilleure approche diagnostique. Si la ST par laparotomie est de référence dans notre pratique et particulièrement salvatrice dans le cadre des traumatismes de la rate, l'avenir est à une meilleure expertise laparoscopique qui pourrait contribuer à améliorer les suites opératoires. Dans ce cadre, et dans notre contexte, les complications thrombo-emboliques et infectieuses sont les plus retrouvées et restent un défi majeur à relever.

## RÉFÉRENCES

1. Munoz-Bongrand N, Sarfati E. Chirurgie des rates pathologiques. EMC Techniques chirurgicales

- Appareil digestif Elsevier Masson SAS Paris. 2009; 740-53.
2. Bastle JN. Splénomégalie: orientation diagnostique. *Rev Prat.* 2006; 56: 2271-4.
  3. Gunes O, Bag YM, Turgut E, Gunes A, Sumer F, Kayaalp C. Splenic surgery: a ten years experience of a tertiary center in Turkey. *Annali Italiani di Chirurgia.* 2022; 93(1):59-64.
  4. Diallo Owono FK, Dyatta Mayombo K, Ndjota N, Mpira YM, Ondo JD, Essola Rérambiah L, et al. Indications et pronostic de la splénectomie au Centre Hospitalier Universitaire de Libreville. *Rev Afr Chir Spec.* 2021; 15(1): p17.
  5. Sanogo Z, Yena S, Doumbia D, Ouattara Z. Indications chirurgicales des splénectomies dans les services de chirurgie « A » et « B » au CHU du Point G de Bamako. *Mali Médical.* 2005; 40-2.
  6. Keita S, Sanogo ZZ, Koita A, Koumaré S, Soumaré L, Sacko O et al. Traumatisme de la rate dans les services de Chirurgie des CHU de Bamako. *J Afr Chir* 2013;2(4):197-200.
  7. Bikandou G, Tsimba-Tsonda A, Boukinda F, Nganga JL, Bemba A, Massengo R. Aspects épidémiologiques et diagnostiques des traumatismes de la rate au CHU de Brazzaville (à propos de 70 cas). *Méd Afr Noire.* 1996; 43(4):208-212.
  8. Bikandou G, Issoko J, Mavoungou G, Boutsoko B, M'Bourangou R, Massengo R, et al. Profile of traffic accidents at the CHU in Brazzaville (Congo). *Med Afr Noire.* 1997; 44(3): 167-169.
  9. Mbutoul-Mandavo C, Mabilia-Babela JR, Miéret JC, Koutaba E, Ondima IPL. Traumatismes abdominaux chez l'enfant à propos de 37 cas au CHU de Brazzaville. *Rev Afr Chir Spéc.* 2015; 9(3):11-7.
  10. Pigneux A. Evaluation du statut du patient in Pratique des Soins ambulatoires en cancérologie. Edition inconnue. London (England): John Libbey Eurotext; 2000. 7-24.
  11. Marsden PD, Connor DH, Voller A, Kelly A, Schofield FD, Hutt MSR. Splenomegaly in New Guinea. *Bull World Health Organ.* 1967;36(6):901-11.
  12. Bahnini J, Meyer C, De Manzini N, Rohr S, Hollender LF. Les traumatismes de la rate: traitement conservateur ou exérèse? *Chirurgie.* 1989;115:45-50.
  13. Clavien PA, Barkun J, De Oliveira ML, Vauthey JN, Dindo D, Schulick RD, et al. The Clavien-Dindo classification of surgical complications: five-year experience. *Annals of surgery.* 2009; 250(2):187-96.
  14. Bickenbach KA, Gonen M, Labow DM, Strong V, Heaney ML, Zelenetz AD, et al. Indications for and efficacy of splenectomy for haematological disorders. *British J Surg.* 2013;100(6):794-800.
  15. Weledji EP. Benefits and risks of splenectomy. *International J Surg.* 2014;12(2):113-9.
  16. Mendimi Nkodo JM, Nonga B, Mbouché L, Okono A, Takongmo S, Nko'o Amvene S, et al. A propos d'un cas de tuberculose splénique diagnostiqué et pris en charge au CHU de Yaoundé -Cameroun. *Méd Afr Noire.* 2015; 62: 284-8.
  17. Borie F, Philippe C. La splénectomie par laparoscopie : indications, principes, résultats. *Journal de Chirurgie.* 2009; 146(4): 336-46.
  18. Peschaud F, Alves, Berdah, S, Kianmanesh R, Laurent C, Mabrut, J, et al. Indications de la laparoscopie en chirurgie générale et digestive. Recommandations factuelles de la Société française de chirurgie digestive ( SFCD ). *J Chir.* 2006; 125-48.
  19. Buzelé R, Barbier L, Sauvanet A, Fantin B. Medical complications following splenectomy. *J Visc Surg.* 2016;153(4): 277-86.
  20. Cadili A, de Gara C. Complications of splenectomy. *The American Journal of Medicine.* 2008;121(5):371-5.
  21. Damar S, Yağmur Y, Karakose O, Eken H, Zihni İ, Özçelik K, et al. Factors affecting mortality and morbidity after splenectomy in hematologic diseases. *Surgical Chronicles.* 2017; 22: 10-3.