

**Abcès de la rate chez l'enfant : prise en charge dans le service de chirurgie générale
CHU Ignace Deen de Conakry (Guinée)**

*Spleen abscesses in children: management in the general surgery department at Ignace Deen university
hospital of Conakry (Guinea)*

Fofana H, Soumaoro LT, Mara MT, Barry MS, Diakité S, Touré A

Service de chirurgie générale, hôpital national Ignace Deen, CHU de Conakry / faculté des sciences et techniques de la santé, université Gamal Abdel Nasser de Conakry, Guinée

Auteur correspondant : Houssein Fofana ; Email : housseinfofana@gmail.com;

Téléphone : (+224) 627 27 40 42

Reçu le 12 janvier 2026 - Accepté le 24 avril 2026 - Publié le 29 avril 2026

RESUME

Introduction : le but était de rapporter notre expérience dans la prise en charge de l'abcès de la rate chez l'enfant à travers deux observations cliniques.

Observations : il s'agissait de deux enfants, tous de sexe masculin âgés de 7 et 11 ans, vivant en zone rurale, référés dans notre service avec le diagnostic d'un abcès de la rate. A l'admission, ils présentaient une douleur sous costale gauche accompagnée de fièvre, d'anorexie, d'asthénie, et d'une splénomégalie stade 4. Dans les antécédents, on retrouvait une notion de paludisme, fièvre typhoïde et anémie non documentée. Le bilan biologique a mis en évidence une hyperleucocytose et une anémie. La sérologie Widal était fortement positive de même que la goutte épaisse. La glycémie et la sérologie rétrovirale étaient normales. Ils n'étaient pas drépanocytaires et n'avaient pas subi de traumatisme abdominal. L'échographie objectivait une rate hypertrophiée et abcédée.

La laparotomie médiane sus et sous ombilicale objectivait un abcès splénique. Nous avons fait une splénectomie totale. Le pus a été prélevé pour la culture et les rates adressées à l'anatomopathologie. Ils ont été soumis à une antibiothérapie à large spectre. Les patients sont sortis de l'hôpital avec une évolution favorable.

Conclusion : l'abcès de la rate est rare, les causes sont nombreuses et variées. Le tableau clinique est trompeur au début. La splénectomie totale est le traitement le plus rassurant dans les abcès vus tardivement.

Mots clés : abcès splénique, splénomégalie, chirurgie, Guinée

SUMMARY

Introduction: The aim was to report our experience in the management of splenic abscesses.

Observations: The study included two male children, aged 7 and 11 years, living in a rural area, who were referred to our department with a diagnosis of splenic abscess. On admission, they presented with left upper quadrant pain accompanied by fever, anorexia, asthenia, and stage 4 splenomegaly. Their medical history included a history of malaria, typhoid fever, and undocumented anemia. Laboratory tests revealed leukocytosis and anemia. The Widal test was strongly positive, as was the thick smear. Blood glucose and retroviral serology were normal. They did not have sickle cell disease and had not suffered abdominal trauma. Ultrasound revealed an enlarged and abscessed spleen.

A midline laparotomy above and below the umbilicus revealed a splenic abscess. We performed a total splenectomy. Pus was collected for culture, and the spleen was sent to the pathology department. The patients were treated with broad-spectrum antibiotics. They were discharged from the hospital with a favorable prognosis.

Conclusion: spleen abscesses are rare, and their causes are numerous and varied. The clinical presentation is misleading at first. Total splenectomy is the most reliable treatment for abscesses detected late.

Keywords: spleen abscess, splenomegaly, surgery, Guinea

INTRODUCTION

L'abcès de la rate est une collection purulente de la rate. Cette affection est rare chez l'enfant, elle est plus fréquente chez les patients de sexe masculin et surtout les patients immunodéprimés [1]. L'abcès de la rate est une affection grave lorsqu'il est révélé tardivement. La symptomatologie de l'abcès splénique est polymorphe. Il s'agit le plus souvent d'une splénomégalie douloureuse et fébrile. Cette triade symptomatique peut être inconstante [2].

De nos jours l'imagerie joue un rôle important dans la confirmation diagnostique et dans l'orientation thérapeutique [3]. Il existe plusieurs options thérapeutiques. La splénectomie demeure encore souvent la seule alternative sous les tropiques. Son évolution est péjorative si aucun traitement n'est proposé [4]. Les difficultés dans la surveillance et les risques élevés d'une rupture spontanée de l'abcès dans la cavité abdominale sont autant de défis rencontrés dans notre pratique. La mortalité est d'environ 15 % malgré la prise en charge. Les auteurs soulignent la rareté et le diagnostic souvent tardif malgré les progrès de l'imagerie moderne [5]. L'objectif était de présenter les résultats de la prise en charge de deux abcès spléniques observés chez des enfants dans notre service.

OBSERVATIONS

Il s'agissait de deux enfants de sexe masculin, âgés de 7 et 11 ans, reçus en consultation pour une douleur abdominale avec fièvre.

Le début de la maladie remonterait à 2 et 3 semaines marqué par une douleur sous costale gauche accompagnée de nausées, de vomissements et de fièvre.

Ils avaient été examinés dans deux structures périphériques et traités pour paludisme et typhoïde sans suite favorable. La persistance de la douleur et la survenue d'une toux persistante a motivé la consultation dans notre service.

L'état général était altéré avec asthénie physique, une anorexie, un amaigrissement, une insomnie, la fièvre à 38,7°C et 39°C. La tension artérielle et le pouls étaient normaux; La SaO₂ 96% et 98%.

Dans les deux cas, l'abdomen était augmenté de volume avec une voussure de l'hémi abdomen gauche de consistance ferme.

L'examen des appareils cardiovasculaire, pleuropulmonaire et génito-urinaire était normal.

L'échographie objectivait une rate hypertrophiée (splénomégalie stade 4) avec abcès multifocal dans un cas.

On notait une hyperleucocytose à 14000G/l et une anémie avec un taux d'hémoglobine à 8g/dl et 9g/dl la vs était accélérée et la CRP élevée. Le test IDR était négatif. La sérologie VIH, AgHbs était négative. Aucun d'eux n'était drépanocytaire.

L'un des patients aurait reçu une poche de sang

isogroupe isorhésus et soumis à une bi antibiothérapie (ceftriaxone et flagyl perfusable), aux antalgiques (paracétamol perfusable) et les solutés de réhydratation.

Les patients ont été opérés et la laparotomie objectivait un abcès splénique (figure 1A). Nous avons fait une splénectomie totale (figure 1. Le pus a été prélevé pour la culture et la rate adressée à l'anatomopathologie.

En post opératoire ils ont reçu une poche de sang, des antibiotiques (ceftriaxone et métronidazole), du paracétamol et polyvitamine.

Les patients sont sortis de l'hôpital au 9^{ème} et 12^{ème} postopératoires, apyrétique. L'évolution a été favorable dans tous les cas.

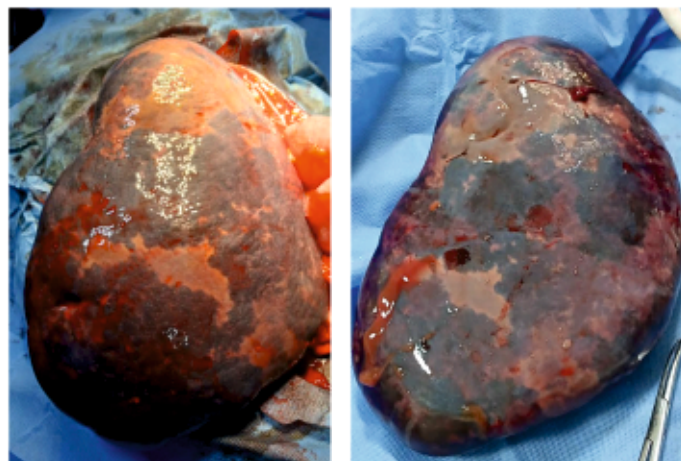


Figure 1 : vue peropératoire d'une splénomégalie abcédée avant l'ablation totale (1A) ; pièce opératoire de splénectomie (1B)

DISCUSSION

L'abcès de la rate est une collection suppurée rarement rencontrée chez l'enfant [1].

Les principales voies de dissémination de l'abcès splénique sont hématogènes à partir d'un foyer infectieux (septicémie, endocardite ou les infections urinaires) et par contiguïté comme abcès sous-diaphragmatique parfois après un traumatisme, ou des maladies (infarctus de quoi, paludisme, maladie de Crohn et immunodépression) [6].

La symptomatologie de l'abcès splénique est polymorphe avec souvent une splénomégalie douloureuse fébrile mais qui est inconstante. Les signes cliniques sont souvent atypiques au début et le diagnostic positif est souvent basé sur la triade faite de douleur, de fièvre et de splénomégalie et renforcé par l'imagerie (échographie et la tomodensitométrie). Les nouvelles techniques d'imagerie constituent un apport diagnostique et thérapeutique considérable [3].

Nos patients ont été référés tardivement, la radiographie du thorax montrait une surélévation de la

coupole diaphragmatique gauche. Le diagnostic d'abcès a été confirmé à l'échographie (lésions hypoéchogènes).

Un diagnostic trop tardif peut être responsable d'une mortalité importante alors que le traitement précoce (splénectomie + antibiothérapie) permet la guérison.

Dans notre cas la culture du pus avait objectivé une cause infectieuse par les salmonelles et les staphylocoques. La rate est une localisation viscérale rare au cours des infections à *Salmonella typhi* ou non *typhi*. Le paludisme chronique et la drépanocytose favoriseraient aussi ce type de complication.

Ainsi la particularité de l'abcès splénique réside dans sa rareté et sa gravité du fait des risques liés à sa rupture spontanée dans l'abdomen et sa dissémination dans le sang entraînant la septicémie.

Le traitement d'un abcès de la rate repose sur une combinaison de drainage de l'abcès et d'une antibiothérapie à large spectre. Le drainage peut être réalisé par voie percutanée (sous guidage radiologique) ou chirurgicalement. Le drainage percutané pourrait devenir une option pour les patients dont l'option chirurgicale est contre-indiquée [2,6,7].

Mais dans notre cas, vu le retard diagnostique, le risque de rupture de l'abcès et compte tenu du sous équipement de notre plateau technique, l'intervention chirurgicale nous a paru être le traitement le mieux indiqué.

Après la splénectomie, on doit vacciner les enfants pour la prévention contre les infections bactériennes (*pneumocoque*, *Haemophilus influenzae*, *méningocoque*) et soumettre les patients à un traitement médical efficace. Le pronostic a été favorable chez nos deux patients.

CONCLUSION

L'abcès de la rate est rarement rencontré dans notre structure. L'étiologie serait infectieuse et la symptomatologie souvent trompeuse au début. La splénectomie est le traitement le plus rassurant dans notre pratique.

REFERENCES

1. **David B, Dinh A, Rouveix E, Crenn P, Hanslik T, Salomon J.** Abcès de la rate : du diagnostic au traitement. *Revue de médecine interne* 2017 ; 38 : 614-8.
2. **Kâ O, Dieng M, Cissé M, Sanou A, Konaté I, Ba PA.** Abcès spléniques. A propos de 16 cas au CHU A Le Dantec. *e-mémoires de Académie Nationale de Chirurgie* 2009 ;8(3) :75-77
3. **Loussaief C, Toumi A, Ben Romdhane F, Chakroun M, Bouzouia N.** Les abcès de la rate à pyogènes : à propos de 8 cas Une revue de 8 cas. *Revue de Médecine Interne* 2005 ;26(7) : 541-544
4. **Traoré M, Leh Bi Kalou I, N'Dri Ahou B, Ekra AS, Bamba I, Akowendo E.** Un abcès intra-abdominal inhabituel : l'abcès splénique. *RECAC* 2022 ;4(23) : 86-89
5. **Echarrab M, Amraoui M, Medarhri JM, EL Ounani M, Errougani A, Bencheikroun BA.** Abcès de la rate : a propos de 10 observations. *Médecine du Maghreb* 2001 ;85 :55-57
6. **Burnier C, Ribordy-Baudat V, Lamy O.** Abcès splénique : étiologie, diagnostic et possibilités thérapeutiques. *Rapport pratique* 2007; 96 :1731-1735
7. **Komeno Y, Takeru L, Ayumu K et al.** Splenic abscesses due to *Clostridioides difficile*. *Am J Case Rep* 2022;23:1-9.