Hématologie

N° CA 149

Intérêt de la biopsie splénique dans les impasses diagnostiques : à propos de 2 cas

1er Auteur : Lylia Bennai, Résidente en 5éme année médecine interne, EPH Djilali Belkhenchir, ALGER,ALGERIE

Autres auteurs, équipe:

- Lila Hadjene, Assistante en médecine interne
- Yasmine Benouali, Maitre Assistante en médecine interne
- Nabila Slimani, Maitre assistante en médecine interne
- Djenat Hakem, Professeur en médecine interne
- Amar Tebaibia, Professeur chef de service
- Imene Bradaia, Assistante en médecine interne
- Besma Kletin, Assistante en médecine interne
- Salah Haouimi, Résident en médecine interne

Introduction

Les impasses diagnostiques sont fréquentes en médecine interne, en particulier en l'absence de site accessible à la biopsie ou face à des prélèvements non contributifs. Dans ce contexte, la biopsie splénique, bien que rarement réalisée en raison de son risque hémorragique, peut représenter une alternative précieuse. À travers deux cas cliniques, nous illustrons son apport décisif dans l'orientation étiologique.

Observation 1 : Un patient de 42 ans, sans antécédents médicaux notables, est hospitalisé pour exploration d'une altération fébrile de l'état général avec asthénie, amaigrissement et diarrhée chronique. L'imagerie met en évidence une splénomégalie multinodulaire associée à des nodules hépatiques et pulmonaires évocateurs de localisations secondaires. Le bilan biologique révèle un syndrome inflammatoire, une pancytopénie et une hyperferritinémie avec un **H-score initial** à 174, soit une **probabilité de syndrome d'activation macrophagique (SAM) estimée entre 54–70%** . Le bilan infectieux était exhaustif et négatif incluant : hémocultures, procalcitonine, Quantiféron, sérologies virales (VIH, HBV, HCV, CMV, EBV), parasitoses (leishmaniose, paludisme), brucellose, syphilis .Une **première biopsie hépatique** est réalisée mais se révèle non contributive. Une **fibroscopie oesogastro-duodénale, l'iléo-coloscopie et la PBO** : étaient également **non concluantes.** Devant l'impasse diagnostic, une **biopsie splénique écho-guidée** est réalisée dont l'étude anatomo-pathologique complétée par immunohistochimie conclut à un **lymphome T à petites cellules à localisation splénique**, orientant ainsi la prise en charge vers une hématologie spécialisée.

Discussion

La biopsie splénique, bien qu'historiquement associée à un risque hémorragique, apparaît aujourd'hui comme un outil diagnostique fiable et sous-utilisé.

Plusieurs séries ont montré un taux de rendement diagnostique élevé de la biopsie splénique:

- Une étude de 52 biopsies spléniques sous guidage échographique avec aiguille de 18-G a rapporté un « diagnostic yield » de 90,4 % avec un taux de complications mineures très faible **(1)**
- Dans une cohorte de 45 biopsies spléniques (CNB), 91,1 % ont permis d'obtenir un matériel suffisant pour l'examen histologique, y compris l'immunohistochimie, diagnostic rendu possible pour des hémopathies (notamment lymphomes) **(2)**
- Une étude rétrospective italienne (398 procédures, FNAB et/ou CNB) a trouvé une précision globale de 90,9 % pour le diagnostic, avec une sensibilité plus élevée pour les lymphomes lorsque le core needle biopsy (CNB) était réalisé (90,9 %) vs 68,5 % pour la cytologie seule. **(3)**

Observation 2 : Nous rapportons le cas d'un patient de 18 ans hospitalisé pour l'exploration étiologique d'une splénomégalie multinodulaire fébrile, survenant dans un contexte inflammatoire systémique associant un érythème noueux, des arthralgies, une iléite terminale et des adénopathies intra- et rétro-péritonéales, avec un syndrome inflammatoire franc à la biologie. Deux ans auparavant, le patient, avait été traité en pédiatrie pour une tuberculose splénique sans preuve histologique, diagnostic retenu sur des arguments de présomption : IDR à la tuberculine positive, Quantiferon positif et aspect de splénomégalie multinodulaire à l'imagerie.La survenue d'une rechute clinique un an après l'arrêt du traitement antituberculeux (schéma 2RHZ/4RH) chez un sujet immunocompétent a été jugée inhabituelle, soulevant la suspicion d'une pathologie sous-jacente, notamment hématologique.Une enquête étiologique complète est alors entreprise (iléocoloscopie avec biopsies, ponction-biopsie ostéomédullaire), sans orientation diagnostique probante. La réalisation d'une biopsie splénique percutanée permet finalement d'objectiver des lésions granulomateuses tuberculoïdes avec foyers de nécrose de liquéfaction, fortement évocatrices d'une tuberculose.Après avoir écarté une hémopathie maligne sur la base de la PBO, un traitement antituberculeux renforcé (schéma 2RHZE/4RH) est instauré, avec un contrôle de la concentration minimale inhibitrice (CMI) prévu à 15 jours.

Conclusion

Ces deux observations illustrent l'apport déterminant de la biopsie splénique dans le cadre d'explorations diagnostiques complexes en médecine interne faisant d'elle un outil décisif permettant d'éviter l'errance diagnostique et d'engager rapidement une prise en charge ciblée. La biopsie splénique mérite ainsi d'être réévaluée dans l'arsenal diagnostique du clinicien interniste.

Références:

(1) Nirav et al,Ultrasound-guided percutaneous splenic biopsy using an 18-Gcore biopsy needle: our experience with 52 cases , 2015 ;88(1055)/ 20150400. doi:10.1259

(2) Valentina F I Sangiorgio et al, Radiologically guided percutaneous core needle biopsy of the spleen: a reliable and safe diagnostic procedure for neoplastic and reactive conditions2021 Jun;78(7):1051-1055. doi : 10.1111/his.14327. Epub 2021 May 4.

(3) G Civardi et al, Ultrasound-guided fine needle biopsy of the spleen: high clinical efficacy and low risk in a multicenter Italian study 2001 Jun;67(2):93-9. doi: 10.1002/ajh.1085.