

INTRODUCTION

MATERIEL ET METHODES /PATIENT

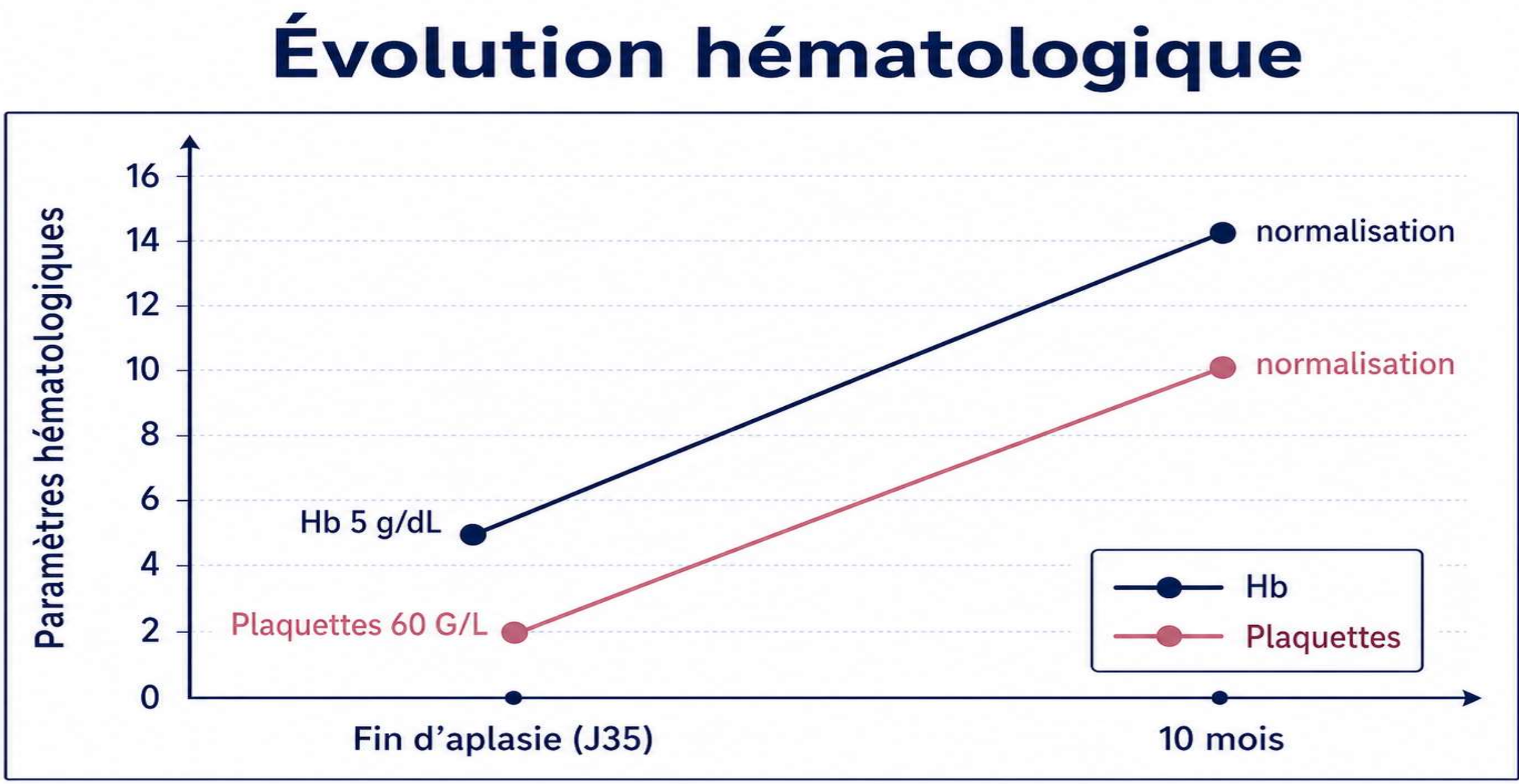
La péliose hépatosplénique est une affection vasculaire rare, caractérisée par la présence de multiples cavités sanguines au sein du parenchyme hépatique et splénique. Elle peut être associée à des infections chroniques, des états d'immunodépression, des hémopathies malignes et l'exposition à des traitements cytotoxiques. Nous rapportons un cas survenu au décours d'une induction pour leucémie aigue myéloblastique (LAM).

Nous rapportons le cas d'un patient de 43 ans, admis pour gingivorragies dans un contexte d'altération de l'état général .L'examen retrouvait un patient cachectique avec pâleur cutanéomuqueuse marquée, sans fièvre ni adénopathies palpables. Le myélogramme objectivait une moelle hypercellulaire infiltrée par 62 % de blastes MPO positifs, compatible avec une LAM2. Le bilan initial ne retrouvait ni CIVD ni syndrome de lyse spontanée, le bilan pré thérapeutique était sans anomalies .Une induction par daunorubicine-cytarabine (3+7) a été instaurée.



Résultats

Temps	Résultats clés
J15	- Détresse respiratoire fébrile - TDM thoracique : CO-RADS 5, atteinte 30 % - Réanimation avec ventilation mécanique
Sortie d'aplasie (J35)	- Rémission morphologique complète - Bicytopénie persistante : Hb 5 g/dL, plaquettes 60 G/L - TP 43 %, fibrinogène 1,43 g/L, TCA normal - Angio-TDM abdominale : hépatosplénomégalie, aspect micronodulaire hépatique et splénique, axes vasculaires perméables - Bilan étiologique négatif, notamment GeneXpert tuberculose négatif
À 10 mois	- Rémission complète - Normalisation de l'hémogramme et du TP - Disparition des anomalies hépatiques à l'imagerie



DISCUSSION

La péliose hépatosplénique est une entité vasculaire rare, dont les cas rapportés dans la littérature décrivent une présentation très variable, allant de formes asymptomatiques à des complications sévères telles que l'hypertension portale non cirrhotique, l'insuffisance hépatique ou l'hémorragie intra-abdominale .Elle a été décrite dans des contextes d'immunodépression, d'infections chroniques, d'hémopathies malignes et d'exposition à certains traitements cytotoxiques ou immunosuppresseurs . Dans notre observation, la survenue d'une péliose hépatosplénique au décours d'une induction par daunorubicine–cytarabine, compliquée d'une infection respiratoire sévère, suggère une origine secondaire multifactorielle, associant toxicité endothéliale, immunodépression profonde et inflammation systémique. Le diagnostic différentiel était large, incluant une infiltration leucémique, une atteinte infectieuse opportuniste, une tuberculose disséminée, une thrombose vasculaire abdominale, une CIVD ou un syndrome d'obstruction sinusoidale. L'absence d'arguments biologiques, médullaires et radiologiques en faveur de ces diagnostics, ainsi que l'évolution spontanément favorable, rendaient ces hypothèses moins probables. Bien que la confirmation histologique reste la référence, la biopsie hépatique peut être limitée par le risque hémorragique, particulièrement chez les patients thrombopéniques ou présentant des troubles de l'hémostase. La normalisation secondaire de l'hémogramme, du taux de prothrombine et la disparition des anomalies hépatiques à l'imagerie plaident fortement pour une forme secondaire et réversible. (1,2)

CONCLUSION

Ce cas rapporte une péliose hépatosplénique rare, probablement secondaire et réversible, survenue après induction pour LAM. Elle souligne 'intérêt d'évoquer ce diagnostic devant des cytopénies persistantes et des anomalies hépato-spléniques atypiques, afin d'éviter des explorations invasives chez un patient fragile et d'assurer une surveillance clinico-radiologique adaptée.

REFERENCES

{1} Crocetti D, Palmieri A, Pedullà G, Pasta V, D’Orazi V, Grazi GL.Peliosis hepatis: personal experience and literaturereview.World Journal of Gastroenterology. 2015;21(46):13188-13194

{2} StatPearls Publishing.PeliosisHepatis.StatPearls [Internet]. Treasure Island, FL: StatPearls Publishing; updated2023/2024.