



N° d'ordre : 046/PFE/2025

Projet de fin d'études

En vue de l'obtention du diplôme de **Docteur Vétérinaire**

Domaine : Sciences de la Nature et de la Vie

Filière : Sciences Vétérinaires

THÈME

Etude rétrospective des cas des troubles respiratoires chez les chats présentés à la clinique canine (ENSV)

Présenté par :

CHARIF Oula

Soutenu publiquement, le 02/07/2025 devant le jury composé de

:

Pr. ZAOUANIM

Pr (ENSV)

Président

Dr. ZENAD.O

MCA (ENSV)

Promotrice

Dr. GHAOUL.H

MCB (ENSV)

Examineur

Année universitaire : 2024 /2025

REMERCIEMENTS

Je remercie Allah, de m'avoir donné la force de vivre et et la capacité de réaliser mes rêves, ainsi que l'audace pour surmonter toutes les difficultés que j'ai rencontrées dans ma vie.

A Madame ZENAD Ouahiba, Qui m'a beaucoup aidé dans la réalisation de ce travail. Je tiens à la remercier pour sa disponibilité et ses bons conseils, Je lui suis également reconnaissant pour ses qualités pédagogiques et scientifiques et je la remercie pour sa compréhension.

J'adresse de sincères remerciements aux membres de jury à savoir Monsieur ZAOUANI d'avoir accepté de présider ce travail et Monsieur GHAOUI d'avoir accepté de l'examiner et de l'évaluer et pour être gentils et compréhensives.

Je remercie également toutes les docteurs en services
Canine : Medames Zaidi, Remichi, Benmohand, Yahiaoui et en service chirurgie : Madame Bouabdellah et Madame Rebouh pour leurs efforts pour soigner les animaux.

Je remercie tout les enseignants de l'ENSV pour tout le savoir que vous nous avez transmis.

Enfin, je remercie toute établissements pédagogique responsables de ma formation, et tous mes amis les plus fidèles et les plus proches de ma vie.

MERCI !

إهداء

إلى أولئك الذين رسموا أحلامهم على جدران الجامعات
وحملوا دفاترهم في طريقهم إلى الشهادة ..
إلى طلبة غزة الجامعيين الذين رحلوا قبل أن تكتمل
الحكاية قبل أن يُنادى بأسمائهم يوم التخرج، سلامٌ على
أرواحكم الطاهرة .
إلى كل الشهداء المجاهدين والصامدين في أرض الرباط، يا
من تدافعون عن شرف الأمة، إلى كل الأحرار خلف سجون
العدو.. ثبتكم الله نصركم الله آواكم الله.. سلامٌ عليكم بما صبرتم
فنعم عقبى الدار.

إلى فقيد القلب والروح الغائب الحاضر والذي خالد الشريف
ها قد أصبحت ابنتك طبيبة تفخر بها بإذن الله تعالى صبرت
وتعبت وجهدت لكي ترى هذه الثمرة لكن الله تدابير أخرى،
لعلك تفرح بي أينما أنت الآن.

إلى أمي الحنون الصابرة المجاهدة والمكافحة انتصارها
قد انتصرنا يا أماه، الحمد لله الذي رزقني أن أرى فرحتك
بي بعد سنوات من الكد والتعب والصبر والقلق والترقب
خاصة وأنت بعيدة عني الحمد لله رب العالمين أن من علينا
بهذا النجاح حبيبتي أدامك الله تاجاً فوق رؤوسنا .

إلى إخوتي وأخواتي الأحباء دُعاء، هُدى، عبادة، خُديفة
ومُحمد الفاتح أدامكم الله سنداً لي وأدام الله المحبة والمودة
بيننا .

إلى عمي عبد الله وعمتي ابتسام الحبيبان الحُضن الدافئ في
غربتي أسأل الله أن يجزيكم خيراً عظيماً عن كل شيء قدمتموه
وتقدمونه لنا رزقكم الله الصحة والعافية وطول العمر في
طاعة الرحمن.

إلى صديقاتي وقريباتي كل باسمها اللواتي شاركنني فرحتي
بكل حب من قريب ومن بعيد شكراً على كل الأوقات والمواقف
الجميلة بيننا التي ستبقى مخلدة في ذاكرتي ما حييت..

مُحبَّتكم غُلا خالد الشريف

Liste des tableaux

Tableau 1	Caractéristiques des principaux virus félins à tropisme respiratoire.	Page 9
Tableau 2	Caractéristiques des principales bactéries à tropisme respiratoire retrouvées chez le chat	Page 12
Tableau 3	Etiologie principale des infections pharyngiennes, trachéales et bronchiques chez le chat (Dye et al.,1996).	Page 13
Tableau 4	Etiologie principale des broncho-pneumopathies infectieuses chez le chat (Dye et al.,1996).	Page 13
Tableau 5	Signes les plus fréquents rapportés à l'examen du thorax dans le cas de tumeurs pulmonaires primitives chez le chien et le chat (Bouliez, 2016).	Page 15
Tableau 6	Classification TNM des tumeurs pulmonaires chez le chien et le chat,Organisation mondiale de la santé (Classification de Owen 1980).(Bouliez, 2016)	Page 17
Tableau 7	: Signes cliniques de l'asthme et la bronchite chronique (Garrity et al., 2019;Trzil, 2020).	Page 21
Tableau 8	Présentation globale des signes cliniques des affection respiratoires chez les chats .	Page 24
Tableau 9	Présentation globale des affections répertoire	Page 25

Liste des figures

Figure 1	Anatomie des voies ariennes extra-thoracique du chat (LIGHT, 1993)	Page 3
Figure 2	voies respiratoires intra thoraciques du chat (Zachary, 2012)	Page 4
Figure 3	Anatomie d'un lobule pulmonaire. (Barone et Simoens, 1986)	Page 5
Figure 4	Schéma de l'arbre bronchique du chat (Caccamo, 2007)	Page 6
Figure 5	Calicivirus infection limping syndrome (Gaskell et al.,2006).	Page 10
Figure 6	Hypersalivation in a cat with FCV infection (Friedl et al.,2014).	Page 10
Figure 7	Causes prédisposantes aux broncho-pneumonies bactériennes, (Dear,2020).	Page 14
Figure 8	Processus néoplasiques pulmonaires primaires du chat (Godfinch, 2012).	Page 15
Figure 9	Sites des métastases des processus néoplasiques pulmonaires primaires du chat (Godfinch, 2012)	Page 16
Figure 10	Caractéristiques des bronches d'un chat asthmatique (Garrity et al., 2019).	Page 18
Figure 11	Schéma représentant “ l'effet trappe” chez un chat (Corcoran, 2004).	Page 19
Figure 12	Présentation globale des signes cliniques des affections respiratoires chez les chats.	Page 24
Figure 13	Présentation globale des affections répertoire	Page 25
Figure 14	Comparaison entre les Types différents type d'infection et l'âge.	Page 26\27

Sommaire

Introduction.....	1
 Chapitre I : Anatomie et physiologie de l'appareil respiratoire féline.....	2
I.1 Anatomie de l'appareil respiratoire du chat.....	2
I.1.1. Voies respiratoires supérieures.....	2
I.1.2.voies respiratoires intra thoraciques du chat.....	4
I.2.Structures histologiques.....	7
I.3.Physiologie.....	7
 Chapitre II . Les affections respiratoires félines.....	9
I. Bronchopathies et pneumopathies infectieuses chez le chat.....	9
I.1.Différents Agents Pathogènes des cavités nasales et des sinus.....	9
I.1.1. Calicivirus félin et l'herpesvirus félin de type 1 (HV1).....	10
I.1.1.1.Symptômes.....	10
I.1.1.2.Diagnostique.....	10
I.1.1.3.Traitement.....	11
I.1.2. Bactéries.....	11
I.2.Agents pathogènes du pharynx, de la trachée et des grosses bronches.....	12
I.3. Agents pathogènes des poumons et plèvres.....	13
I.4.Tumeurs bronchiques et pulmonaires chez le chat.....	14
II. Bronchopathies inflammatoires chez le chat.....	17
II.1.Asthme.....	17
II.1.1.Diagnostic.....	20
II.1.2.Traitement.....	20
II.1.2.1.Traitement du chat en détresse respiratoire.....	20
II.2.Bronchite chronique.....	20
II.2.1.Signes cliniques.....	20
II.2.2.Diagnostic.....	21
II.2.3.Traitement.....	21

II.3.Diagnostic différentiel.....	21
-----------------------------------	----

Partie expérimentale

1. Description de l'objectif de l'étude.....	22
2. <i>Matériels et méthodes</i>	22
2.1. Lieu d'étude.....	22
2.2. Animaux de l'étude.....	23
3. Résultats.....	24
3.I. Présentation globale des données.....	24
3.I.1. Présentation globale des signes clinique.....	24
3. I.2. Présentation globale des affections respiratoire.....	25
3. I.3.Description des pathologies respiratoire.....	25
Conclusion	26
Références Bibliographiques	27

INTRODUCTION

Le tractus respiratoire est généralement divisé en 2 parties qui sont le tractus supérieur et les structures intra-thoraciques. Le tractus supérieur comprend : les cavités nasales, le nasopharynx, le larynx et la trachée extra-thoracique. Les structures intra-thoraciques comprennent : la trachée intrathoracique, les bronches et bronchioles, les alvéoles, l'interstitium pulmonaire (**Dellmann *et al.*, 2006**). Toutefois, étant un lieu d'échanges avec le milieu extérieur, les poumons constituent une cible majeure d'agressions diverses. De plus, l'appareil respiratoire du chat possède des particularités histologiques et fonctionnelles qui augmentent la sensibilité à certaines affections telles que l'asthme.

En médecine vétérinaire, les affections respiratoires sont des motifs fréquents de consultation. (**Sánchez-Vizcaíno *et al.*, 2016**). Cela peut concerner une simple toux, une intolérance à l'effort ou des motifs plus urgents comme une détresse respiratoire. Cependant, ce motif est régulièrement redouté par les praticiens.

En 1906 le docteur vétérinaire J. W. Hill décrivit pour la première fois des chats présentant une hypersécrétion bronchique de mucus associée à une inflammation des voies respiratoires, ainsi que les signes cliniques d'une respiration difficile ou douloureuse, et des sifflements audibles à l'auscultation pulmonaire (**Hill, 1906**). Par homologie avec la médecine humaine, il nomma cette maladie « Asthme » du chat

La pathologie respiratoire reste à ce jour l'un des domaines les plus importants de la médecine féline. Ils sont souvent d'origine infectieuse : les agents pathogènes impliqués sont nombreux et regroupent des virus, des bactéries, des parasites et des champignons. Selon l'agent pathogène en cause, les infections se localisent différemment dans l'appareil respiratoire. Pour cela, l'objectif de cette étude est de répertorier rétrospectivement les cas des pathologies respiratoires chez les chats. Nous nous sommes pour cela basés sur différents critères : l'âge, type d'infection et les signes cliniques.

Ainsi, pour répondre à cet objectif, ce manuscrit s'articule sur les deux parties :, notre manuscrit s'articule en deux parties :

- Une partie bibliographique qui aborde des généralités sur:
 - Anatomie et physiologie de l'appareil respiratoire féline.
 - Affection respiratoire chez le chat
- La seconde partie est l'étude expérimentale où nous présenterons:
 - Les résultats selon les différents facteurs étudiés

- Prévalence a été effectuée pour chacun des paramètres âge, type d'infection et les signe clinique.

Enfin, nous terminons notre manuscrit par une discussion et une conclusion générale.

ETUDE BIBLIOGRAPHIQUE

Chapitre I

Anatomie et physiologie de l'appareil respiratoire féline

I.1. Anatomie de l'appareil respiratoire du chat

L'appareil respiratoire ou système respiratoire du chat assure le processus de la respiration qui consiste à fournir à l'organisme les besoins en oxygène à partir de l'air inspiré et à rejeter dans l'environnement le dioxyde de carbone contenu dans l'air expiré. Le trajet de l'air met en jeu différents organes. Il commence au niveau des voies respiratoires supérieures, se poursuit dans la trachée et parvient aux bronches contenues dans les poumons, se divisant elles-mêmes en bronchioles. C'est au niveau des alvéoles pulmonaires que se réalisent les échanges gazeux. (Ross et Pawlina, 2020).

I.1.1. Voies respiratoires supérieures

Les voies respiratoires supérieures permettent le passage de l'air entre l'extérieur du corps du chat et les poumons. Elles comprennent : les narines externes, les cavités nasales, les cornets nasaux, les sinus paranasaux, le nasopharynx, l'oropharynx, le larynx et la partie extra-thoracique de la trachée (Levy et Ford, 1994). Les cavités nasales du chat sont particulièrement raccourcies par rapport à celles du chien rendant l'examen de celles-ci difficile (Mitten, 1992). figure1.

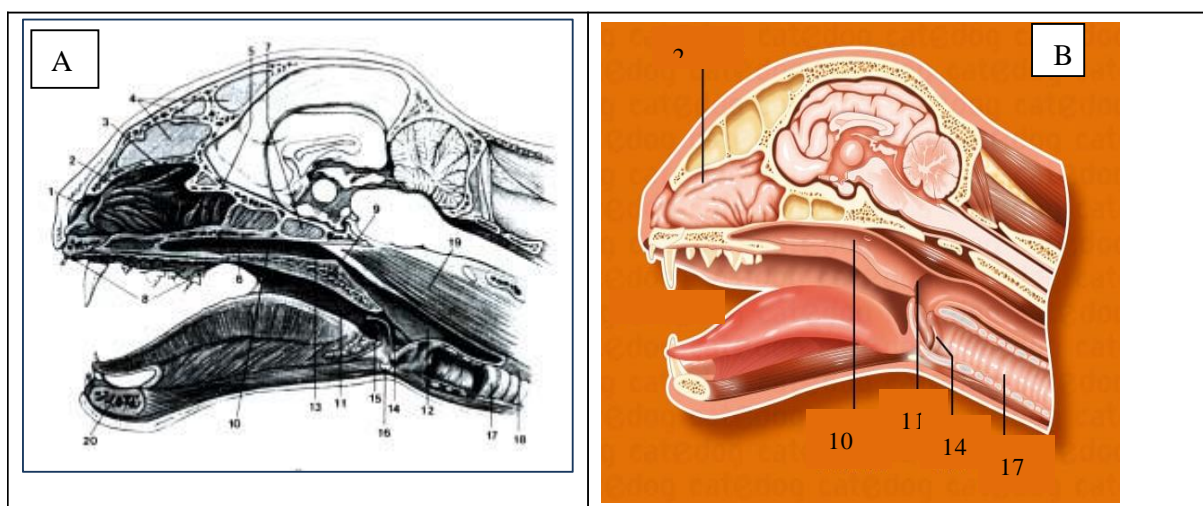


Figure N°1: Anatomie des voies aériennes extra-thoraciques du chat (A: Light, 1993; B: <https://catedog.com/chat/03-sante-chat/00-anatomie-du-chat/anatomie-respiratoire-poumons-trachee-chat/>).

(1 : Vestibule, 2: Région respiratoire avec les cornets, 3: Région olfactive, 4: Sinus frontal, 5: Os ethmoïde, 6: Vomer, 7: Sinus sphénoïde, 8: Palet dur, 9 : Palet mou, 10: Nasopharynx, 11: Oropharynx, 12: Laryngopharynx, 13: Ouverture du tube auditif, 14: Arc palatopharyngé, 15: Epigllotte, 16: Os basihyoïde, 17: Trachée, 18: Œsophage, 19: Muscle *longus capitis*).

- Les cavités nasales s'étendent des narines au nasopharynx. Une lame osseuse les protège: elle est formée de l'os nasal en région dorsale, du palais dur en région ventrale et des os maxillaires latéralement. Elle est divisée en deux portions symétriques séparées dans le plan sagittal par une fine cloison verticale osseuse en région caudale et cartilagineuse en région rostrale: le septum nasal (Harvey 1979).
- L'intérieur de chaque cavité est occupé par un fin réseau de lamelles osseuses enroulées elles-mêmes les cornets nasaux. Ils servent à augmenter la surface de contact air/muqueuse et jouent un rôle important dans la filtration, l'humidification et le réchauffement de l'air. (Harvey 1979).
- Chez les chats brachycéphales (Persan), le sinus frontal est pratiquement absent.

I.1.2.voies respiratoires intra thoraciques du chat

Elles s'étendent depuis le début de la trachée intra-thoracique jusqu'aux bronchioles. La trachée distribue à chaque poumon une bronche principale qui pénètre dans le poumon par le hile, puis se divise rapidement en bronches lobaires qui desservent chaque lobe. Ces dernières subissent de nombreuses ramifications pour finalement donner lieu à des bronchioles qui se ramifient ensuite en canaux alvéolaires conduisant aux sacs alvéolaires puis aux alvéoles (Dellmann *et al.*, 2006; Ross et Pawlina, 2020). figure2.

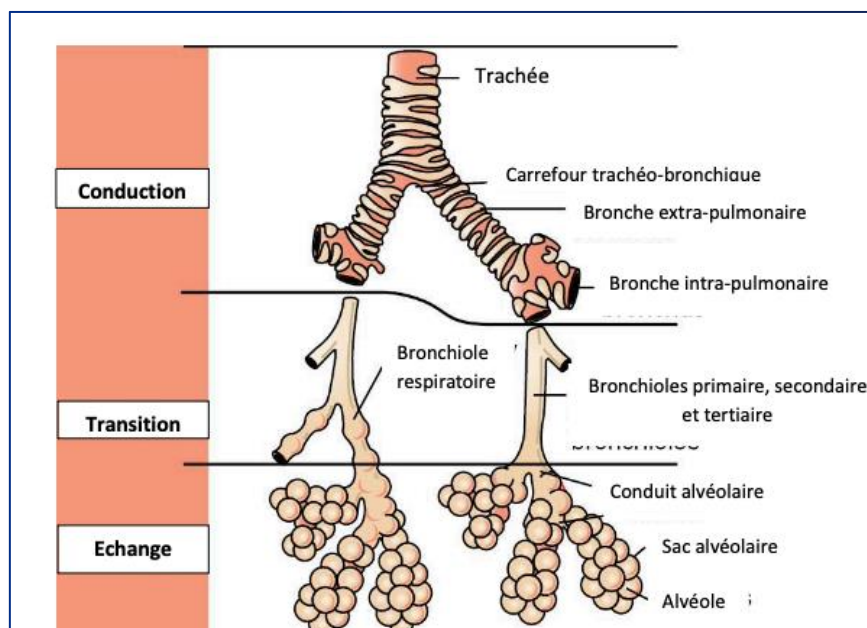


Figure 2: voies respiratoires intra thoraciques du chat (Zachary, 2012)

- La trachée est une structure tubulaire, remplie d'air, qui connecte le larynx au système bronchique. Elle débute au niveau des cartilages cricoïdes jusqu'à la carène trachéale, dans le thorax. Elle est constituée d'une partie cervicale et d'une partie thoracique. Elle est formée par des anneaux cartilagineux ouverts dorsalement et recouverts par une membrane trachéale dorsale, qui sont maintenus par des ligaments annulaires, empêchant ainsi son affaissement (**Mirhish, 2013**).
- Les bronches sont le prolongement de la trachée. Elles se divisent et se ramifient formant un réseau permettant d'atteindre toutes les alvéoles. Au niveau de la bifurcation trachéale naissent les deux bronches principales (gauche et droite) qui s'enfoncent dans les poumons au niveau des deux hiles pulmonaires (gauche et droit) (**Hernandez et al., 2012**). **Figure 3.**

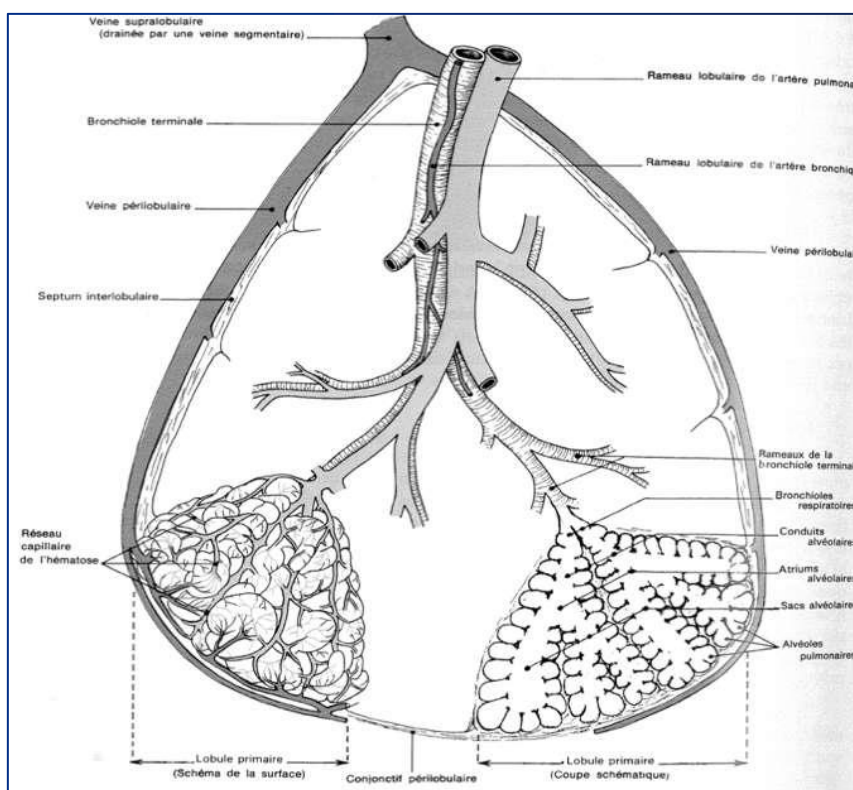


Figure 3 : Anatomie d'un lobule pulmonaire: (Barone et Simoens, 1986)

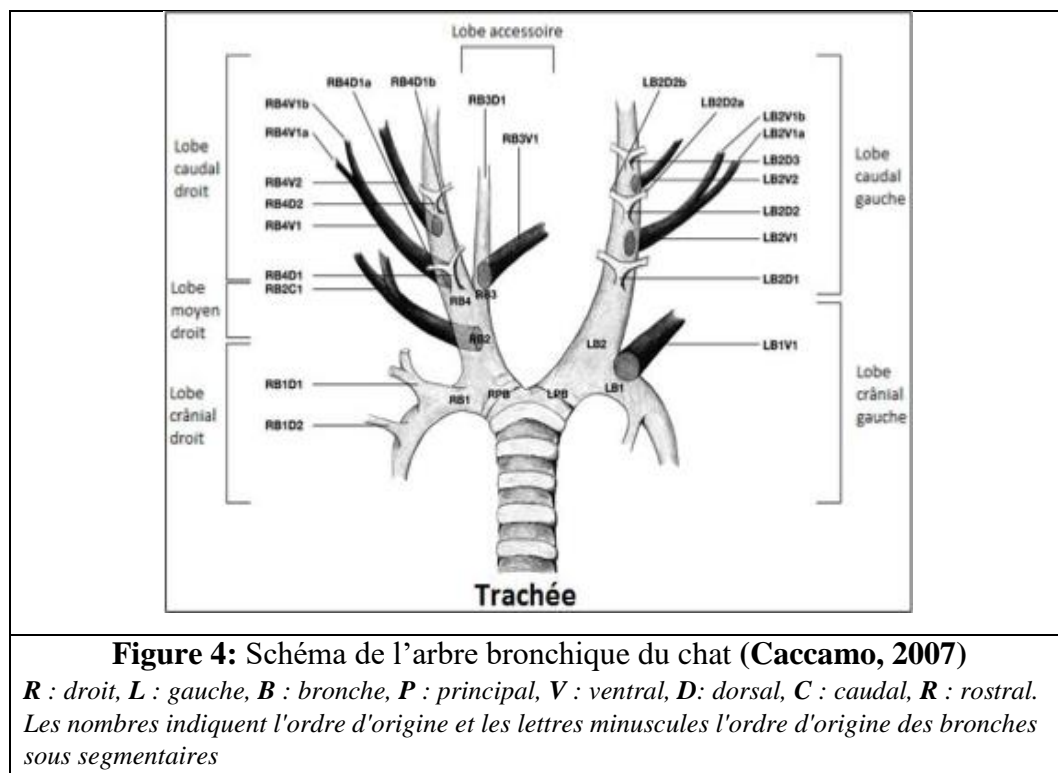
Les poumons sont des organes pairs et non symétriques. Chaque poumon occupe un côté de la cage thoracique, appelé cavité pleurale. Il est entouré d'une membrane séreuse appelé plèvre. Chez le chat, le poumon droit est un peu plus volumineux que le gauche. Le poumon gauche est constitué de deux lobes et le poumon droit de quatre lobes, conformément aux

lobes crânial et caudal du lobe pulmonaire gauche et aux lobes crânial, moyen, caudal et accessoire du lobe pulmonaire droit. Les différents lobes pulmonaires sont séparés les uns des autres par des scissures interlobaires. (**Hernandez *et al.*, 2012**). Figure 4.

Au niveau pulmonaire, les deux bronches principales se divisent chacune d'elles en une bronche lobaire crâniale et une bronche lobaire caudale. Celles-ci sont donc respectivement **(Caccamo, 2007)**:

- ✧ la bronche lobaire crâniale gauche: LB1;
- ✧ la bronche lobaire caudale gauche: LB2;
- ✧ la bronche lobaire crâniale droite: RB1;
- ✧ la bronche lobaire moyenne droite: RB2;
- ✧ la bronche lobaire caudale droite: RB4;
- ✧ la bronche lobaire accessoire: RB3.

Ces bronches lobaires se subdivisent ensuite en bronches segmentaires (exemple : RB1D2), bronches sous-segmentaires (exemple : LB1V1a), bronchiolesternales puis en bronchioles respiratoires, première sous-unité d'un acinus pulmonaire (**Hernandez *et al.*, 2012**).



Enfin, les bronches pulmonaires et les vaisseaux sanguins pulmonaires se disposent entre eux selon une triade. La bronche pulmonaire ayant dorso-latéralement une artère pulmonaire et ventro-médialement une veine pulmonaire (**Barone, 1997**).

I.2.Structures histologiques

Les parois des voies aériennes sont composées :

- Une membrane muqueuse bien vascularisée. Cette muqueuse contient des cellules caliciformes productrices de mucus (chez le chat, ces cellules sont présentes uniquement dans les bronchioles) .(**Klein, 2013**).
- Une sous-muqueuse contenant des glandes bronchiques tubulo-acineuses qui sécrètent un liquide plus aqueux que les cellules caliciformes. Chez le chat, elles sont présentes dans les bronchioles terminales. (**Klein, 2013;Dellmann et al., 2006**).
- Un tissu connectif élastique et d'une musculature lisse. Chez le chat, les fibres lisses se retrouvent jusqu'à l'entrée de chaque alvéole et sont situées le long du bord luminal des canaux alvéolaires.(**Klein, 2013**).
- Un tissu conjonctif et de plaques cartilagineuses. Chez le chat, contrairement au chien, le cartilage hyalin (rigide) est situé vers la lumière, celui élastique vers la périphérie ; de plus, le pourcentage de cartilage élastique augmente avec la diminution du diamètre des bronches. (**Klein, 2013**).
- Une innervation autonome et locale. Chez le chat, les récepteurs sensoriels sont très nombreux et présents jusque dans les alvéoles.

Ainsi, certaines de ces particularités félines permettent de mieux comprendre la sensibilité du chat aux bronchospasmes (L'existence possible d'asthme dans cette espèce) .

I.3.Physiologie

- **Système sympathique** : dont les médiateurs sont la noradrénaline (libéré par les nerfs adrénergiques) et l'épinephrine (libéré par la médullo-surrénale) ; les récepteurs bêtas 1 sont activés par une stimulation nerveuse, les bêtas 2 par l'administration exogène de bêta 2 agonistes.; leur activation aboutit à la production d'AMPc qui agit en second messager sur les muscles lisses provoquant une bronchodilatation des voies respiratoires.

- **Système parasympathique** : dont le médiateur est l'acétylcholine ; ses récepteurs sont activés entre autre par l'inflammation, et induisent une augmentation intracellulaire de GMPc qui provoque une bronchoconstriction, une augmentation d'activité des glandes sous-muqueuses et l'épaississement des parois des voies respiratoires.
- **Fonction métabolique** : L'appareil respiratoire permet de maintenir l'équilibre acido-basique. Il a également une fonction endocrine en permettant la conversion de l'angiotensine I en angiotensine II impliquées dans la régulation de la pression artérielle. (Cowell, 2004; Dellmann *et al.*, 2006; Vargas Vargas *et al.*, 2022).
- **Fonction thermorégulatrice** : L'appareil respiratoire intervient dans l'élimination de la chaleur principalement chez le chien et le chat. Lors de l'expiration, la chaleur contenue dans l'air est extraite permettant d'éviter les pertes (Dellmann *et al.*, 2006).
- **Renouvellement cellulaire** Le renouvellement cellulaire est permis par les cellules basales, les cellules de Clara et les pneumocytes de type II (Aughey et Frye, 2001; Dellmann *et al.*, 2006).
- **Fonction antigénique** : L'appareil respiratoire joue un rôle dans les défenses spécifiques (BALT) et non spécifiques (lysozyme, macrophages, etc). Les bronchioles terminales sont les portions les plus fragiles car elles ne contiennent ni macrophages ni cils (Dellmann *et al.*, 2006).

Chapitre II

Les affections respiratoires félines

La pathologie respiratoire reste à ce jour l'un des domaines les plus importants de la médecine féline. Les maladies respiratoires sont souvent d'origine infectieuse : les agents pathogènes impliqués sont nombreux et regroupent des virus, des bactéries, des parasites et des champignons. , mais les plus fréquentes sont dues à des virus, des bactéries et des formes allergiques. Selon l'agent pathogène en cause, les infections se localisent différemment dans l'appareil respiratoire. **(Reinero et al., 2019).**

Les affections bronchiques peuvent être primaires ou secondaires.

- Lorsqu'elles sont primaires, elles atteignent les bronchioles
- Lorsqu'elles sont secondaires, elles s'étendent aux petites voies respiratoires à partir des grandes voies respiratoires ou du parenchyme pulmonaire **(Reinero et al., 2019).**

I. Bronchopathies et pneumopathies infectieuses chez le chat

I.1. Différents Agents Pathogènes des cavités nasales et des sinus

Chez le chat, les maladies des cavités nasales les plus fréquentes sont les rhinites virales ou bactériennes et les lymphosarcomes **(Allen, 1999)**. Le syndrome coryza félin est considéré comme la maladie respiratoire infectieuse féline la plus importante, du fait de sa contagiosité et du statut de porteur. Les différents virus infectant les cavités nasale et pulmonaire du chat sont répertoriés dans le tableau.

Tableau 1 : Caractéristiques des principaux virus félins à tropisme respiratoire.

Agents pathogènes	Présentation	Modes de transmission	Localisation respiratoire et formes cliniques
Calicivirus félin (Hoskins,1999; Latour,1999).	Virus à ARN	<ul style="list-style-type: none"> • Directe : - Contact, à partir de sécrétions nasales, oropharyngiennes et oculaires . -aérosols :à partir d'éternuements • Indirect environnement, matériel contaminés) 	<p>-Cavités nasales surtout Oropharynx, trachée,grosses bronches</p> <p>-Poumons surtout chez le chaton (souches pneumotrophiques)</p>
Herpesvirus félin type 1 (Dawson et Gaskell ,1998).	Virus à ADN	<ul style="list-style-type: none"> • Directe - contact, à partir de sécrétions orales, nasales, oculaires et conjonctivales . -Aérosols : à partir d'éternuements [• Indirecte environnement, , matériel contaminés 	<p>*Cavités nasales surtout.</p> <p>*Oropharynx, trachée, bronches et bronchioles</p> <p>*Poumons : atteinte primitive très rare sauf chez le chaton, ouvent complication d'une atteinte haute</p>

I.1.1. Calicivirus félin et l'herpesvirus félin de type 1 (HV1).

Sont des pathogènes hautement infectieux du tractus respiratoire supérieur. Le calicivirus félin est l'un des pathogènes viraux les plus courants chez le chat. Après une période d'incubation de deux à cinq jours, la maladie aiguë dure généralement deux à quatre semaines ou devient chronique chez 15-20% des chats. . (Stiles, 2003).

I.1.1.1.Symptômes

Les symptômes cliniques peuvent varier en fonction de plusieurs facteurs tels que l'âge de l'animal, le type d'infection (première infection, réinfection ou réactivation virale) et la souche virale. (Stiles, 2003). Quel que soit la cause primaire d'infection, les symptômes cliniques sont assez semblables ; il s'agit principalement de **jetage oculonasal** souvent bilatéral associé à des **éternuements** (Figure 5 et figure 6).



Figure5 : Calicivirus infection limping syndrome (Gaskell *et al.*,2006).



Figure 6 : Hypersalivation in a cat with FCV infection (Friedl *et al.*,2014).

- HVF-1 entraîne une atteinte respiratoire et oculaire sévère, avec éternuements, jetage nasal, écoulements oculaires séreux, puis mucopurulents, ainsi qu'une conjonctivite marquée. Dans les cas graves, des complications comme la toux, la dyspnée, la pneumonie et des lésions oculaires (kératite, uvéite) peuvent survenir.
- CVF est plus souvent associé à des ulcérations buccales et une atteinte respiratoire moins sévère.

I.1.1.2.Diagnostic

Le diagnostic se base essentiellement sur les commémoratifs (antécédents d'infection aiguë) et sur les symptômes (Bart *et al.*,2000) , c'est un diagnostic habituellement non spécifique, établi par élimination des autres causes .

Des examens complémentaires peuvent cependant être entrepris :

- Radiographies des cavités nasales et des sinus (**Bussieras , Chermette , 1991**)
- Rhinoscopie : difficile de par l'anatomie des cavités nasales du chat, cet examen nécessite une tranquillisation de l'animal (44). (Hawkins,1988).
- Cytologie et bactériologie : que ces examens soient faits à partir d'écouvillons nasaux ou de lavage nasal . (Burk et al.,1990.)

I.1.1.3.Traitement

Le traitement est basé sur une antibiothérapie à large spectre afin de lutter contre les infections et infections bactériennes. Elle est associée à un traitement de soutien.

- ✓ Les antibiotiques les plus fréquemment employés sont l'ampicilline (20mg/kg, 3 fois par jour), l'association triméthoprim + sulfadiazine (15 à 30mg/kg, 2 fois par jour) et l'oxytétracycline (20mg/kg, 3 fois par jour) mais on trouve également l'association amoxicilline + acide clavulanique ou les céphalosporines . Leur utilisation se fait **au long court**, 4 à 6 semaines en moyenne .(**Gabriel et al. 2014**).
- ✓ Les **collyres antibiotiques** peuvent être utiles car ils sont le moyen d'atteindre, par les canaux lacrymaux, les cavités nasales (**LE Bobinnec,1988**).
- ✓ Les **anti-inflammatoires non stéroïdiens** semblent être **efficaces** dans le traitement du coryza chronique, et ce même à une posologie faible afin de limiter leur gastrotoxicité
- ✓ Traitement de soutien varie selon la gravité de l'atteinte clinique nettoyage oculaire et nasal .Certains animaux nécessitent une réhydratation par perfusion ou alimentation par sonde naso-œsophagienne. Œsophagienne ou gastrique .(**Gabriel et al. 2014**).

I.1.2. Bactéries

Les bactéries responsables d'infections primitives de l'appareil respiratoire supérieur chez le chat sont principalement *Bordetella bronchiseptica*, *Chlamydophila felis* et *Mycoplasma* spp. (**Hoskins ,1999; King et al., 1997**). D'autres bactéries, encore appelées bactéries opportunistes, joueraient un rôle de pathogènes secondaires. Ce sont des bactéries Gram négatif comme *Pasteurella multocida*, ou Gram positif comme *Staphylococcus* spp. et *Streptococcus* spp.(**King et al.,1997**). (**Hernandez, 2012**).

Les différentes bactéries pathogènes qui entraînent une infection des cavités nasales et des sinus sont répertoriées dans le Tableau 2.

Tableau 2: Caractéristiques des principales bactéries à tropisme respiratoire retrouvées chez le chat

Agents pathogènes	Présentation	Modes de transmission	Localisation respiratoire et formes cliniques
<i>Bordetella Bronchiseptica</i> (Hoskins,1999; Dawson,1998)	-Coccobacille, aérobie strict,	* Directe -contact direct : écoulement nasal -aérosols * Indirecte : environnement, matériel contaminé)	* Cavités nasales * Pharynx , trachée, grosses bronches * Poumons : souvent isolée de pneumonie sévère chez les chatons .
<i>Chlamydophila felis</i> (Colleran et Lappin ,2001)	- -Parasite anaérobie intracellulaire	* Directe - voie conjonctivo-nasale Sécrétions oculaires - Inhalation * Indirecte : environnement, matériel contaminés)	* Cavités nasales * Poumons : complication d'une atteinte haute
<i>Mycoplasma spp.</i> (Bemis,1992)	////	* Directe - Aérosols de chats contaminé	* Cavités nasales * Oropharynx , trachée, grosses bronches * Poumons
<i>Staphylococcus spp.</i> (Cox,1998; Crissman,1988)	Coque immobile Aérobie facultatif..	* Directe : par contact	* Cavités nasales * Pharynx , trachée, grosses bronches * Poumons
<i>Streptococcus Spp</i> (Greene et Prescott ,1998; Svoboda et Svobodova,1987)	Coque immobile aérobie facultatif	* Membre de la flore normale: isolés de la cavité buccale, du nasopharynx [159], de la peau et du tractus génital de chats sains	* Cavités nasales * Pharynx , trachée, grosses bronches * Plèvres thoraciques
<i>Pasteurella Multocida</i> (Georgieva et al.,2001)	Bacille, immobile aérobie anaérobie facultatif	* isolé à 60-80% de cavité buccale et du tractus respiratoire des chats sains.	* Cavités nasales * Pharynx , trachée, grosses bronches * Poumons : fréquemment isolée [70] * Plèvres thoraciques

I.2.Agents pathogènes du pharynx, de la trachée et des grosses bronches

Le pharynx, la trachée et les grosses bronches sont en continuité linéaire grâce à une seule et unique muqueuse. Les virus pouvant infecter le pharynx, la trachée et les grosses bronches sont essentiellement le calicivirus félin et l'herpesvirus félin type 1 (Hoskins,1999; Latour,1999). Leurs caractéristiques sont regroupées dans le Tableau 3. **II** résume l'étiologie principale des infections pharyngiennes, trachéales et bronchiques chez le chat.

Concernant les bactéries, sont similaire à celle de l'oropharynx, incluant notamment des streptocoques, des staphylocoques, *Pasteurella multocida*, *Bordetella bronchiseptica*

et *Klebsiella pneumoniae* (Tableau 8). Ceci suggère que la source potentielle des bactéries présentes dans le tractus respiratoire profond est liée à l'aspiration récurrente des bactéries d'origine buccale et pharyngienne. (Georgieva et al.,2001)

Tableau 3 : Etiologie principale des infections pharyngiennes, trachéales et bronchiques chez le chat (Dye et al.,1996).

Virus	Bactéries
Herpesvirus félin type 1	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Bordetella bronchiseptica</i> [• streptocoques, staphylocoques, • <i>Pasteurella multocida</i>, <i>Escherichia coli</i> , <i>Pseudomonas aeruginosa</i> , <i>Klebsiella pneumoniae</i> , <i>Moraxella</i> spp., mycoplasmes, <i>Acinetobacter</i> spp., <i>Alcaligenes</i> spp., <i>Flavobacterium</i> spp

I.3. Agents pathogènes des poumons et plèvres

La broncho-pneumonie bactérienne est caractérisée par une inflammation des voies aériennes profondes causée par une infection bactérienne. Les bactéries les plus fréquemment impliquées sont *Streptococci*, *E. coli*, *Pasteurella* spp, *Mycoplasma* spp, *Mycobacterium* spp et *Bordetella bronchiseptica* dont certains peuvent être des agents primaire d'infection bactériennes (*Mycoplasma* spp, *Bordetella*, *Mycobacterium* spp). (Dear 2020; Schmal-Filius ,2020). **Tableau 4.**

Tableau 4 : Etiologie principale des broncho-pneumopathies infectieuses chez le chat (Dye et al.,1996).

Virus	Bactéries
Calicivirus	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Bordetella bronchiseptica</i> [• streptocoques, staphylocoques, • <i>Pasteurella multocida</i>, • <i>Escherichia coli</i>, <i>Pseudomonas aeruginosa</i>, <i>Klebsiella pneumoniae</i>,

La plupart des bactéries qui causent des broncho-pneumonies appartiennent à la flore résidente du chat et sont considérées comme des pathogènes secondaires, ne causant une infection que lorsqu'elles en ont l'opportunité (Ettinger, 2024).

Les signes cliniques d'une broncho-pneumonie bactérienne dépendent de la cause et de la chronicité de celle-ci. Chez le chat, les signes cliniques sont proches de ceux causés par les

bronchites inflammatoires (Dear, 2020). L'animal présente fréquemment une tachypnée et des efforts respiratoires augmentés. L'évolution, les signes cliniques s'aggravent, impliquant de l'anorexie et de la léthargie (Dear, 2020).

Le diagnostic d'une broncho-pneumonie bactérienne doit pousser le praticien à identifier la cause primaire de l'infection. Figure 7.

- Faiblesse
- Décubitus prolongé
- Immunosuppression systémique
 - Médicamenteuse (ex corticostéroïdes, chimiothérapie)
 - Infectieuse (ex FeLV, FIV).
 - Endocrinienne (ex hyperadrénocorticisme, diabète sucré)
- Statut d'immunodéficience
 - Âges extrêmes
 - Congénital (défaut de phagocytose)
- Défaut des défenses respiratoires
 - Dyskinésie ciliaire primaire
 - Défaut en Ig A
- Atteinte de l'épithélium respiratoire
 - Inhalation de fumées
 - Noyade
 - Infection virale, parasitaire, protozoaire, fongique
- Fausse déglutition
- Infection pleurale/médiastinale
- Corps étranger thoracique pénétrant
- Obstruction des voies aériennes (fonctionnel ou structurel)
- Bronchiectasie
- Sepsis/bactériémie

Figure7 : Causes prédisposantes aux broncho-pneumonies bactériennes, (Dear, 2020).

I.4.Tumeurs bronchiques et pulmonaires chez le chat

Chez les chats, les tumeurs pulmonaires primitives sont rares (Hernandez, 2012 - Ettinger, 2024). Elles concernent surtout les animaux âgés. Elles correspondent principalement aux adénocarcinomes et carcinomes pulmonaires et aux sarcomes notamment histiocytaires (Moore, 2014 ; Maritato, 2014).). L'étude (Hahn, 1997), nous informe que la majorité des tumeurs sont bronchiques et qu'elles concernent principalement les lobes caudaux. Ces tumeurs sont diagnostiquées chez les chats âgés de 12 ans en moyenne (Moulton *et al.*, 1981; Hahn et McEntee, 1997; Bouliez, 2016). Il n'y a pas de prédisposition raciale rapportée chez le chat. Figure 8.

Types de processus néoplasiques pulmonaires primaires chez le chat (et leur prévalence)

- Adénocarcinome bronchique (66%)
- Carcinomes anaplasiques (12%)
- Carcinome bronchioloalvéolaire (10%)
- Carcinome bronchioadénosquameux (8%)
- Histiocytome fibreux malin (1%)
- Sarcome (1%)
- Adénome bronchique (1%)

Figure8 : Processus néoplasiques pulmonaires primaires du chat (Godfinch, 2012).

I.4.1. Signes cliniques

Le signe clinique respiratoire le plus souvent décrit chez le chat est la dyspnee (40-65% des cas) (Mehlhaff et Mooney, 1985; Barr *et al.*, 1987; Hahn et McEntee, 1997). La dyspnee est présente dans les cas où une large portion du poumon est envahie par la tumeur et entraîne des remaniements tissulaires importants, mais également en cas de nécrose d'origine tumorale entraînant un épanchement pleural, ou en cas de maladies concomitantes telles que l'insuffisance cardiaque ou le collapsus trachéal (Mehlhaff et Mooney, 1985). Tableau 5.

Tableau 5 : Signes les plus fréquents rapportés à l'examen du thorax dans le cas de tumeurs pulmonaires primitives chez le chien et le chat. (Bouliez, 2016).

Type d'atteinte pulmonaire	Auscultation	Observation à distance
Hépatisation lobaire avec des bronches perméables	Bruits respiratoires bronchiques augmentés et crépitements	Bruits de cornage
Hépatisation lobaire associée à une obstruction des bronches	Bruits respiratoires bronchiques Diminues Pas de	Pas de bruit de cornage
Obstruction des voies respiratoires	Sifflements, crépitements en début d'inspiration pouvant être présents	Augmentation des temps expiratoires
Épanchement	pleural Bruits respiratoires bronchiques absents ou diminués	Diminution des mouvements respiratoires
Pneumothorax	Bruits respiratoires bronchiques absents ou diminués .	Diminution des mouvements respiratoires

La tachypnee, la cyanose, la toux et l'hémoptysie peuvent également être décrits (Hahn et

McEntee, 1997; Bouliez, 2016). Des signes généraux tels que l'amaigrissement, l'abattement, la fièvre et une dysorexie voire anorexie sont parfois rapportées (**Mehlhaff et Mooney, 1985; Barr *et al.*, 1987; Hahn et McEntee, 1997; Bouliez, 2016).**

Concernant les tumeurs métastatiques, l'appareil vasculaire pulmonaire reçoit l'intégralité du volume de sang contenu dans le cœur droit et celui-ci circule au sein de la vascularisation pulmonaire par de nombreux lits de capillaires bien oxygénés, aux faibles diamètres, faisant du poumon une localisation parfaite pour des métastases (**Fidler, 2003**). Parmi les tumeurs les plus fréquemment identifiées, on retrouve le carcinome mammaire, l'ostéosarcome, le lymphome angio-invasif (**Bacon, 2021**) et le sarcome histiocytaire (**Ettinger 2024**).

Figure 9.

Sites potentiels de métastases des processus néoplasiques pulmonaires primaires félins (par ordre décroissant de prévalence)

- Cavité pleurale
- Noeuds lymphatiques bronchiques
- Digitale (P3)
- Muscle squelettique
- Peau
- Foie
- Rate
- Cœur
- Cerveau
- Rein
- Oeil
- Intestin
- Os
- Omentum/mésentère
- Glande surrénalienne

Figure 9 : Sites des métastases des processus néoplasiques pulmonaires primaires du chat (**Godfinch, 2012**) .

En cas d'adénocarcinome pulmonaire et de carcinome à petites cellules, des métastases digitées la forme de petits nodules cutanées pouvant entraîner une boiterie sont parfois observées : on parle alors de syndrome « doigt-poumon ». Dans une étude menée par Gottfried et al.,2000 sur 36 chats présentant des métastases de carcinome pulmonaire localisées aux extrémités, aucun n'a été présenté pour des troubles respiratoires.

1.4.2. Diagnostic

La méthode diagnostique dépend du type de tumeur, de la taille et de la localisation de la tumeur, de la présence de métastases et de l'état général du patient. Les deux étapes clés dans la démarche diagnostique sont le diagnostic histologique de la tumeur et le bilan d'extension qui permet d'obtenir le stade TNM (Tumeur-Nœud lymphatique-Metastases) clinique.

Tableau 6 : Classification TNM des tumeurs pulmonaires chez le chien et le chat, Organisation mondiale de la santé (**Classification de Owen 1980**).(**Bouliez, 2016**)

T	Tumeur primitive
T1	Masse unique bien delimitée
T2	Masses multiples de taille variable
T3	Tumeur envahissant les tissus voisins
N	Description des nœuds lymphatiques
N0	Pas de signe d'atteinte
N1	Nœud lymphatique bronchique atteint
N2	Nœud lymphatique à distance atteint
M	Métastases à distance
M0	Aucune
M1	Metastas

II. Bronchopathies inflammatoires chez le chat.

Les broncho-pneumopathies inflammatoires rassemblent principalement celles allergiques et celles non allergiques comme la bronchite chronique (**Reinero, 2011, Lee, 2020**). Celles-ci sont difficilement différenciables et sont caractérisées par une inflammation des voies respiratoires inférieures sans cause directement identifiable (**Ettinger, 2024**). Les signes cliniques varient selon la sévérité mais comprennent majoritairement de la toux chronique avec ou sans efforts respiratoires, des bruits respiratoires augmentés et des efforts expiratoires augmentés (**Lee, 2020**). Une dyspnée, une tachypnée et des bruits respiratoires anormaux sont également fréquemment rapportés (Lee-Fowler 2018, Grother 2019).

.

Les deux principales bronchopathies inflammatoires non infectieuses du chat que sont l'asthme et la bronchite chronique. Ces deux affections sont assez proches, il est donc compliqué pour les praticiens de les distinguer. (**Ryu et al., 2003; Reinero et al., 2019**).

II.1.Asthme

L'asthme est une maladie inflammatoire des voies respiratoires inférieures du chat dont l'origine serait allergique (**Reinero, 2011 ; Trzil, 2020**). Elle touche approximativement 1 à

5% de la population feline. Elle est caractérisé par un rétrécissement des bronches et bronchioles avec accumulation importante de mucus aboutissant à une obstruction des voies respiratoires. (**Hernandez *et al* 2014**).cette affection possede une morbidite elevee mais une mortalite faible avec un bon pronostic (**Garrity *et al.*, 2019**).Figure 10.

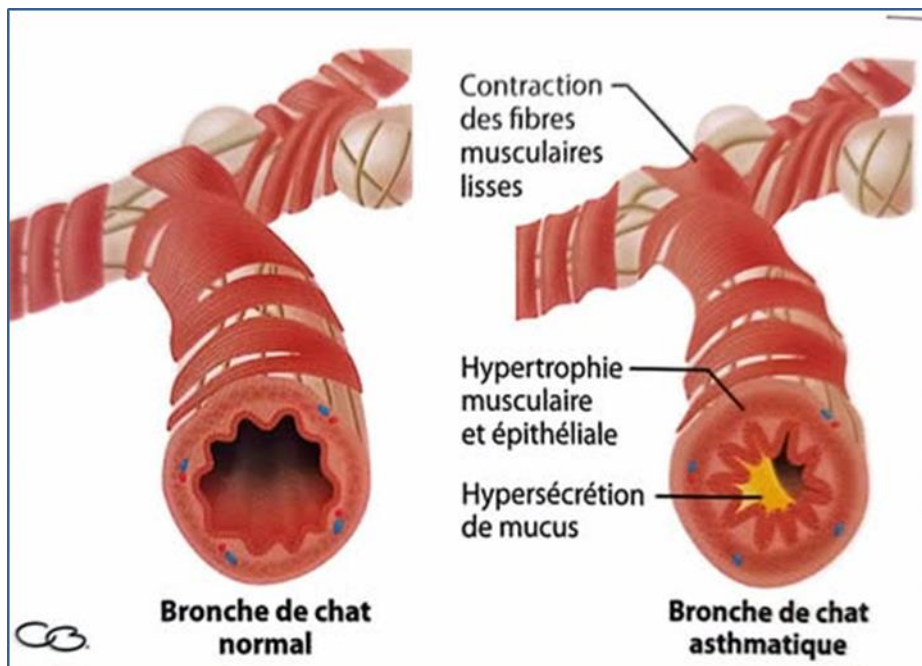


Figure 10: Caractéristiques des bronches d'un chat asthmatique (**Garrity *et al.*, 2019**).

L'asthme félin d'origine allergique est un motif fréquent de consultation vétérinaire. Il se manifeste par une toux, une respiration sifflante et une détresse respiratoire épisodique, cette dernière étant associée à un effort expiratoire accru (ou poussée abdominale).

On estime que 1 à 5 % de la population féline serait touchée . L'asthme apparaît généralement en début de vie, bien que les chats présentant des symptômes légers soient présentés tard à la consultation vétérinaire car l'affection a tendance à évoluer progressivement, en l'absence de soins médicaux. Toutes les races de chats sont potentiellement sensibles, bien qu'une prédisposition soit probable chez le Siamois. (**Busse, 1998**).

Toutefois, les signes cliniques présentés ne sont pas spécifiques de l'asthme félin mais concernent les affections des voies respiratoires basses (**Grother, 2019**). Cependant, il n'existe aucun test permettant de différencier de manière certaine les deux affections à ce jour (Trzil, 2020). Quant à la prévalence des cas, une étude (Reinero, 2009) explique l'importance

des facteurs environnementaux dans l'augmentation de l'incidence des cas d'asthme chez les chats. Une autre étude (Schafer, 2008). Les chats ayant une inflammation éosinophilique sont majoritairement plus jeunes (5 ans) que ceux ayant une inflammation neutrophilique (7 ans) (Lee ,2020). l'inflammation chronique des voies respiratoires peut mener à une obstruction sévère des voies respiratoires basses. Cette obstruction résulte en une rétention d'air dans les poumons, les chats étant incapables d'expirer totalement l'air des poumons par ces voies respiratoires au diamètre diminué que l'on qualifie "d'effet trappe". Cela entraîne une hyperinflation pulmonaire qui peut entraîner un remodelage définitif entraînant de la fibrose, de la bronchectasie ou encore de l'emphysème (Ettinger, 2024). En effet, un remodelage et un épaississement des voies basses respiratoires, des muscles respiratoires et de l'épithélium à cause de l'inflammation locale et de l'obstruction des voies respiratoires par le mucus a été décrit pour les 2 affections (Grotheer, 2019).

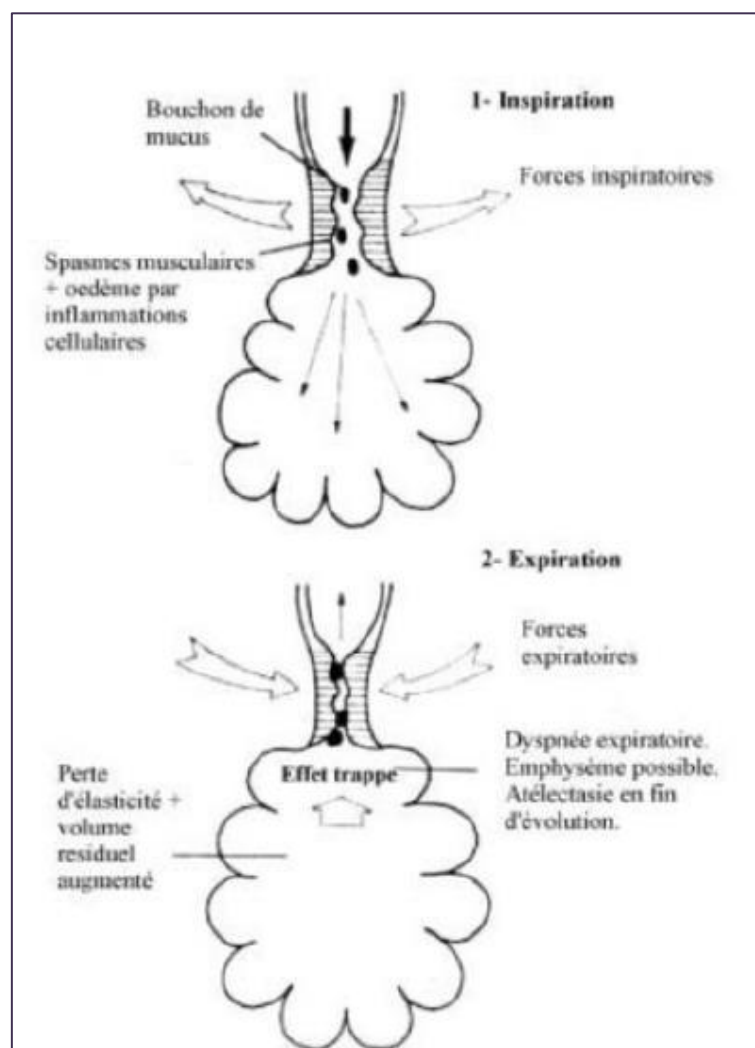


Figure 11 : Schéma représentant “ l’effet trappe” chez un chat (**Corcoran, 2004**).

II.1.1.Diagnostic

la prise en compte des antécédents, des symptômes rapportés par le propriétaire et des résultats de l’examen clinique constitue une première étape essentielle avant de parvenir à un diagnostic d’asthme allergique félin. Il n’existe pas de test unique permettant de poser un diagnostic définitif, mais des examens complémentaires permettront d’exclure ou de rendre moins probables des maladies cliniquement similaires. (**Hernandez et al 2014**).

II.1.2.Traitement

Le traitement de l’asthme félin doit s’adapter à la présentation clinique .Le traitement général consiste à apporter de l’oxygène, à limiter les manipulations et les contraintes, à administrer un sédatif (pour améliorer la respiration) et un bronchodilatateur (avec ou sans glucocorticoïde), puis à laisser le chat se calmer dans une cage isolée. (**Garrity et al., 2019**).

II.1.2.1.Traitement du chat en détresse respiratoire

Un chat présentant une crise d’asthme potentiellement mortelle doit recevoir un bronchodilatateur. La voie injectable est à privilégier dans les cas critiques (terbutaline à 0,01 mg/kg SC ou IM) car un bronchospasme grave gêne l’inhalation du bronchodilatateur dans les voies aériennes inférieures. Lorsque cela n’est pas possible, le bronchodilatateur à inhaler (l’albutérol) sera administré à l’aide d’un aérosol-doseur avec une chambre d’inhalation (90 mcg/bouffée, deux bouffées) à répéter toutes les 15 à 20 minutes ; la première dose permet théoriquement d’obtenir une certaine

II.2.Bronchite chronique

La bronchite chronique est définie comme une inflammation des voies respiratoires inférieures qui entraîne une toux quotidienne (**Padrid, 2009**).Elle se caractérise par une inflammation neutrophilique des voies respiratoires avec la formation d'un œdème local, d'une hypertrophie de la muqueuse et des cellules caliciformes ainsi qu'une production de mucus accrue (**Grotheer et Schulz, 2019**). Ces changements rétrécissent les voies respiratoires ce qui augmente la résistance et diminue le débit d'air expiratoire.

II.2.1 Signes cliniques

Les signes cliniques de la bronchite chronique et de l'asthme sont détaillés dans le Tableau

La toux est le signe clinique le plus retrouve chez les chats asthmatiques (**Moraitou *et al.*, 2004**).

La toux, la respiration sifflante et la lethargie sont generalement secondaires a la diminution du debit d'air due a la secretion excessive de mucus. L'oedeme et le retrecissement des voies respiratoires sont lies a l'infiltration cellulaire. Chez le chat asthmatique, ce retrecissement peut egalement provenir d'une constriction du muscle lisse des voies respiratoires (**Padrid, 2009**).tableau 7

Tableau7 : Signes cliniques de l'asthme et la bronchite chronique (**Garrity *et al.*, 2019**; **Trzil, 2020**).

Asthme	Bronchite chronique
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Toux (sèche, saccadée et non productive en cas de bronchite chronique) ➤ Toux déclenchable a la palpation de la trachée ➤ Augmentation des efforts abdominaux en expiration ➤ Dyspnée (expiratoire) ➤ Tachypnée ➤ Détresse respiratoire 	
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Toux quotidienne ou intermittente ➤ Augmentation de l'effort respiratoire Respiration bouche ouverte	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Toux quotidienne ➤ Tachycardie

I.3.Diagnostic différentiel

Il est important de differencier l'asthme et la bronchite chronique des autres maladies respiratoires inferieures car les traitements sont differents.

Le diagnostic differentiel d'un chat presentant une detresse respiratoire avec un historique de toux, sifflement et tachypnee comprend l'asthme, la bronchite chronique, une myocardiopathie decompensee, une bronchopneumonie infectieuse, un corps etranger bronchique, la fibrose pulmonaire et une tumeur bronchique ou pulmonaire (**Cohn *et al.*, 2004**; **Reinero, 2011**; **Reinero *etal.*, 2019**; **Trzil, 2020**).

Partie expérimentale

1. Description de l'objectif de l'étude

L'objectif de cette étude est de répertorier rétrospectivement les cas des pathologies répertoires chez les chats sur une période déterminée (2 ans).

Nous nous sommes pour cela basés sur différents critères : l'âge, type d'affection et les signes cliniques.

2. Matériels et méthodes

2.1. Lieu d'étude

Notre étude a été réalisée à la clinique canine de l'Ecole Nationale Supérieure Vétérinaire d'Alger (ENSV).

Le choix du lieu d'étude a été motivé pour les raisons suivantes :

- La clinique canine est ouverte au public et donc les consultations des animaux de compagnie sont prises en charge au sein de l'école,
- Réception d'un nombre important de chiens et chats de différents endroits.
- La clinique est dotée d'un bureau d'archive qui renferme la traçabilité de tous les animaux réceptionnés en canine.

Pour le bon déroulement de notre étude, nous avons conçu des fiches d'étude qui nous permettront de recueillir des informations utiles sur les chats réceptionnés en consultation. Ces fiches comportent trois parties ou étapes indispensables:

- ✧ **Première partie** comprend les coordonnées du propriétaire de l'animal : Nom, prénom, et l'adresse et des renseignements sur l'animal: l'âge, le sexe, la race, les caractéristiques de la robe et le poids. Également, sur le mode de vie ou l'environnement de l'animal à savoir l'habitat, l'alimentation, le traitement, le déparasitage et le calendrier vaccinal).
- ✧ **Deuxième partie** est réservée à l'examen clinique, qui permet d'apprécier l'état général du chien ou le chat, ses muqueuses, son pelage ou ses téguments, son réflexe visuel et auditif sans oublier l'état de fonctionnement de chaque appareil (respiratoire, cardiovasculaire, digestif, urinaire et génital).
- ✧ La troisième partie est réservée aux examens complémentaires qui seront établis selon le motif de consultation, le diagnostic qui a été posé afin d'instaurer un traitement. Ces examens peuvent être des prélèvements du sang, d'urine, biopsie, une radiographie ou échographie...ect.

2.2. Animaux de l'étude

Les animaux de l'étude étaient les chats admis au service de canine de l'École Nationale Supérieure Vétérinaire d'Alger (ENSV) entre octobre 2023 et avril 2025 pour une consultation clinique suite à une atteinte répertoriée.

RESULTATS ET DISCUSSION

I. Présentation globale des données

Au total, 74 cas souffrant d'affections respiratoires chez le chat. Les résultats selon les différents facteurs étudiés sont rapportés dans les parties qui suivent. Une prévalence a été effectuée pour chacun des paramètres âge, type d'affection et les signe clinique. tableau 8 et figure 112.

I.1. Présentation globale des signes clinique

Globalement les signes cliniques respiratoires les plus fréquemment observés dans notre étude sont l'écoulement nasale bilatérale purulent avec un taux de 27,02% (20/74), dyspnée avec une prévalence de 22,97 % (17/74) et une tachypnée 18,91% (14/74) . La Figure 12 et le tableau 8, ci-dessous représente les signes cliniques des cas d'affection respiratoire.

Tableau 8 : Présentation globale des signes cliniques des affection respiratoires chez les chats .

Signe clinique		Type d'infection					
		Rhinite	coryza	Hernie diaphragmatique	Asthme feline	Tracheite	bronchopneumonie
Écoulement nasale bilatérale purulent	20/74 (27,02%)	4 /20 (20%)	10 /20 (50%)	/	/	/	6/20 (30%)
tachypnée	14/74 (18,91%)	/	/	4/14 (28 ,57%)	6/14 (42,85 %)		3/14 (21,42%)
Toux	6/74 (8,10%)				3/6 (50%)	2/6 (33 ,33%)	1/6 (16,66%)
Odeur buccale	10/74 (13,51%)	4 /10 (40%)	6/10 (60%)				
anorexie	7 (9,45%)			4/7 (57,14 %)			3/7 (42,85%)
dyspnée	17/74 (22,97%)				10/17 (58,83%)		7 /17 (41,17%)

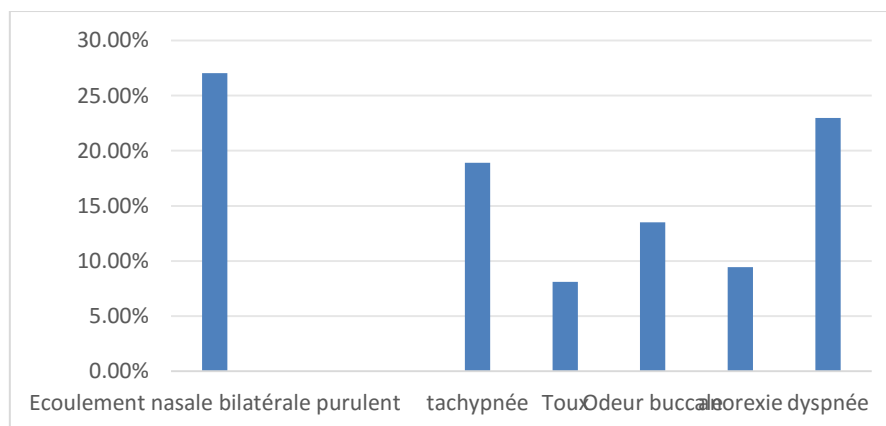


Figure12 : Présentation globale des signes cliniques des affections respiratoires chez les chats.

I.2. Présentation globale des affections respiratoire

Globalement les affection respiratoires les plus fréquemment observés dans notre étude sont les rhinite , coryza, hernie diaphragmatique , asthme féline , trachéite et bronchopneumonie La Figure 13 et tableau 9.ci-dessous représente les signes cliniques des cas d'affection respiratoire.

Tableau 9 ; Présentation globale des affections respiratoire

Type d'infection	Nombre de cas (N=74)
Rhinite	10/74 (13,5%)
coryza	30/74 (33,78%)
Hernie diaphragmatique	4/74 (5 ,40%)
Asthme féline	13/74 (5,4%)
Tracheite	4/74 (5,4%)
bronchopneumonie	13/74 (10,81%)

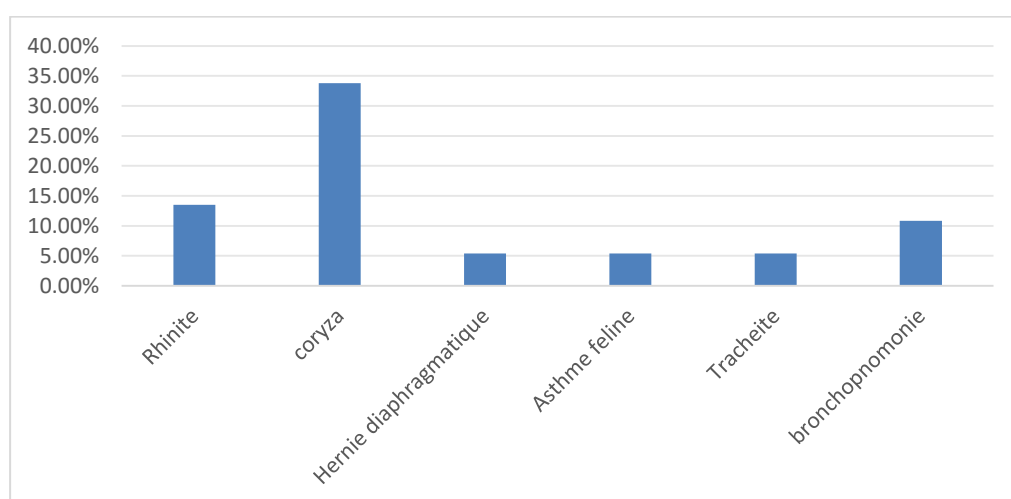


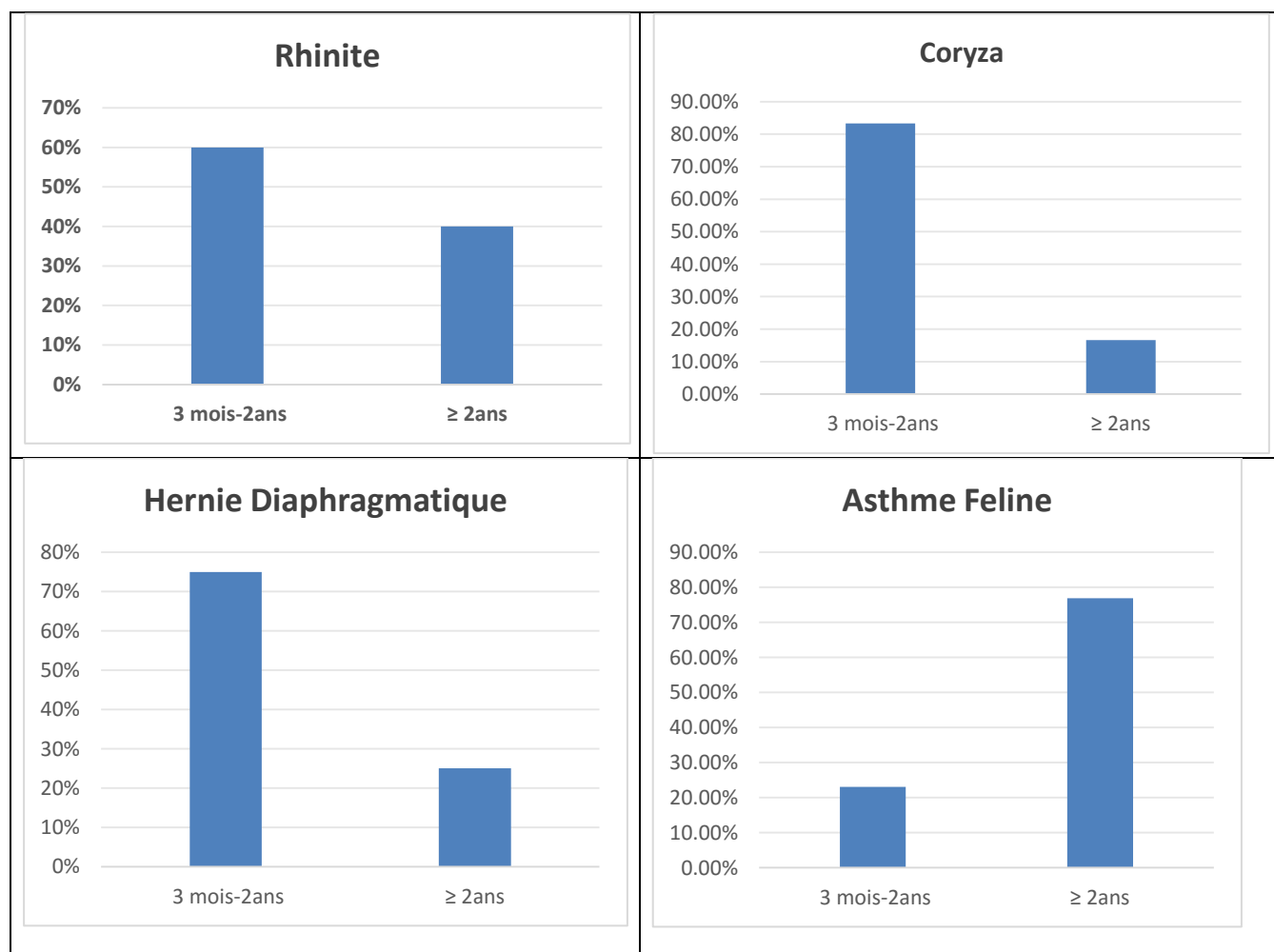
Figure 13 : Présentation globale des affections respiratoire

I.3.Description des pathologies respiratoire

➤ Le syndrome d'asthme félin a été décrit dès le début des années 1900. On estime que l'asthme félin touche environ 1 à 5% de la population féline et que l'âge moyen à la présentation chez le vétérinaire est entre 4 et 5 ans (Trzil et Reinero, 2014). Dans notre etude les signes cliniques comprennent de la toux (50%) , de la dyspnée (58,83%) et la tachypnée (42,85%) . Selon , Corcoran *et al.*, 1995, confirme que les chat presentent des épisodes de toux, de dyspnée, de respiration sifflante et une augmentation de la frequence respiratoire . En fonction de l'exposition a des allergènes sensibilisants, les signes cliniques s'estompent

fréquemment avec des périodes de normalité intermédiaire ce qui explique qu'un examen clinique normal ne permet pas d'exclure l'asthme. Enfin, cette affection possède une morbidité élevée mais une mortalité faible avec un bon pronostic (Garrity *et al.*, 2019).

L'âge des animaux de notre étude était de 3mois à quatre ans (Figure 14). Il s'agissait d'animaux jeunes. L'étude de Stokhof (1986), où les jeunes chats (médiane de 2 ans) asthmatiques présentent un historique de signes respiratoires ce qui laisserait supposer que la maladie apparaîtrait beaucoup plus tôt dans la vie de ces individus. Les propriétaires rapportent généralement des épisodes de toux, de dyspnée, de respiration sifflante et une augmentation de la fréquence respiratoire (Corcoran *et al.*, 1995). En fonction de l'exposition à des allergènes sensibilisants, les signes cliniques s'estompent fréquemment avec des périodes de normalité intermédiaire ce qui explique qu'un examen clinique normal ne permet pas d'exclure l'asthme. Enfin, cette affection possède une morbidité élevée mais une mortalité faible avec un bon pronostic (Garrity *et al.*, 2019).



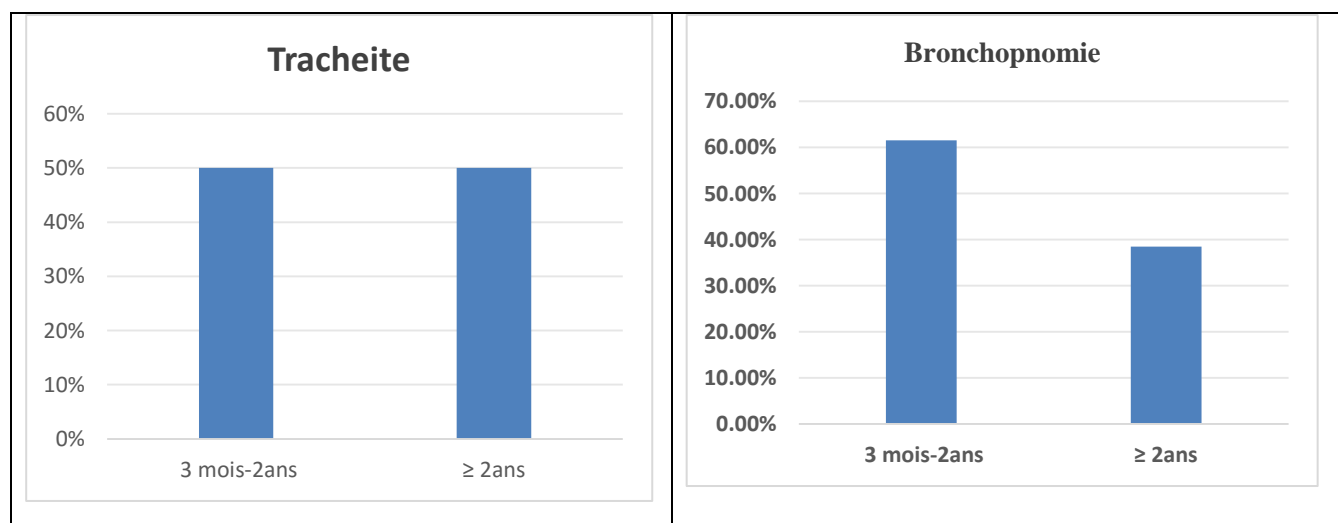


Figure 14 : Comparaison entre les Types differents type d'infection et l'âge.

- Concernant l'hernie diaphragmatique l'ensemble des signes cliniques respiratoires présentés par les chats de cette étude sont regroupés dans le Tableau 7 et figure 15. L'anorexie (57,14 %), et une dyspnée (28,57%) étaient les principaux signes respiratoires rencontrés dans cette étude. Nos resultats sont inferieure a ce de **Schmiedt et al. (2003)**, la tachypnée était rapportée chez 79,4% des chats et la dyspnée 41 % des chats, pour **Gibson et al. (2005)**, 72,4 % des chats et 41 % des chiens présentaient une dyspnée à l'admission. Dans l'étude de **Boulet (2006)**, une dyspnée était rapportée chez 87,5 % des animaux et une tachypnée/polypnée chez 72 %. La dyspnée était le signe le plus souvent rapporté dans l'étude de **Besalti et al. (2011)** ainsi que pour l'étude de **Ergin et al. (2017)**.
- Concernant les bronchopneumonies, L'ensemble des signes cliniques respiratoires présentés par les chats de cette étude sont regroupés dans le Tableau 7 et figure 15. Ecoulement nasale bilatérale purulent (30%), L'anorexie (42,85%) et une dyspnée (41,17%) étaient les principaux signes respiratoires rencontrés dans cette étude. Les signes cliniques d'une broncho-pneumonie dépendent de la cause et de la chronicité de celle-ci. Chez le chat, les signes cliniques sont proches de ceux causés par les bronchites inflammatoires (**Dear, 2020**). L'animal présente fréquemment une tachypnée et des efforts respiratoires augmentés (Dear, 2021).

- Dans notre étude le syndrome coryza présente une prévalence de 33,87% .Ecoulement nasale bilatérale purulent (50%), Odeur buccale L'anorexie (60%) et une dyspnée (41,17%) étaient les principaux signes respiratoires rencontrés dans cette étude.Plusieurs enquêtes épidémiologiques montrent que 80% à 90% des affections de l'appareil respiratoire supérieur du chat sont dues à l'herpesvirus félin type 1 et au calicivirus félin (Johnson et al.,1988). Les deux virus sont très répandus dans la population féline, malgré la vaccination (**RAMSEY , STILES ,2000**) La rhinotrachéite infectieuse féline, due à l'herpesvirus félin type 1, et la calicivirose féline sont des maladies mondiales très fréquentes, particulièrement en collectivité. Seules, elles représentent environ 40% des infections respiratoires félines (**Ramsey , stiles,200**). La séroprévalence du calicivirus félin est élevée, surtout dans les populations de chats vivant en collectivité . Elle est d'environ 80% chez les adultes et 50-55% chez les jeunes . Des études récentes ont montré que le calicivirus félin serait plus fréquent aujourd'hui, sans doute à cause de sa diversité antigénique . (**Johnson et al.,1988**).

Conclusion

Les maladies infectieuses impliquées dans la pathologie respiratoire féline sont nombreuses leur étiologie reste très variées, mais les plus fréquentes sont dues à des virus, des bactéries et des formes allergiques, certains microorganismes peuvent infecter primitivement le système respiratoire.

La prise en charge des maladies respiratoires chez le chat reste souvent difficile, il. représentent un défi majeur en médecine vétérinaire et il reste à ce jour l'un des domaines les plus importants de la médecine féline.

leurs **expressions cliniques** sont souvent **très proches**, rendant le **diagnostic différentiel laborieux**, elles se caractérisent souvent par une toux. Les expressions cliniques sont parfois identique bien que le pronostic demeure différent. très souvent le clinicien devra faire appel à des **examens complémentaires**.

Références Bibliographiques

1. **ALLEN H.S., BROUSSARD J., NOONE K.** 1999. Nasopharyngeal diseases in cats: a retrospective study of 53 cases (1991-1998), *J. Am. Anim. Hospit. Assoc.*, , **35:6**, 457-461.
2. **Barone, R., Simoens, P.** 1986. Anatomie comparée des mammifères domestiques. Paris, Vigot Freres.
3. **Barr, F., Gruffydd-Jones, T.J., Brown, P.J., et al.** 1987. Primary lung tumours in the cat. *Journal of Small Animal Practice* vol. 28, n° 12, p. 1115-1125 [<https://doi.org/10.1111/j.1748-5827.1987.tb01336.x>]
4. **Aughey, E., Frye, F.L.** 2001. Comparative veterinary histology: with clinical correlates. London, Manson Publ.
5. **Bart M., Guscetti F., Zurbriggen A., Pospischil A., Schiller I.** 2000. Feline infectious pneumonia: a short literature review and a retrospective immunohistological study on the involvement of *Chlamydia* spp. and distemper virus, *Vet. J.*, **159:3**, 220-230.
6. **Bemis D.A.** 1992. *Bordetella* et *Mycoplasma* respiratory infections in dogs and cats, *Vet. Clin. North Am., Small Anim. Pract.*, , **22:5**, 1173-1186.
7. **Besalti et al.** (2011)
8. **Boulet**, 2006.
9. **BOULIEZ, C.** 2016. Les tumeurs pulmonaires primitives chez le chien et le chat : étude retrospective des caractéristiques anatomo-cliniques et des facteurs pronostiques. Pathologie comparée avec l'homme. Thèse de Médecine vétérinaire. Nantes, Ecole nationale vétérinaire de Nantes
10. **Burk R.L., Joseph R., BAER K.** 1990. Systemic aspergillosis in a cat, *Vet. Radiol.*, , **31:1**, 26-28
11. **BUSSIERAS J., CHERMETTE R.** 1991 *Abrégé de Parasitologie Vétérinaire, Fascicule I. Parasitologie générale*, Ecole Nationale Vétérinaire d'Alfort, Service de Parasitologie, , 75.
12. **Caccamo. R. et al.**, 2007. *Endoscopic bronchial anatomy in the cat*, *Journal of Feline Medicine and Surgery*. Vol. 9, n° 2, pp. 140-149.
13. **Corcoran B.M.** 2004. *Chapter 77 - Idiopathic Pulmonary Fibrosis*, In : *Textbook of Respiratory Disease in Dogs and Cats*. Saint Louis : W.B. Saunders. pp. 581-586.
14. **Colleran E.J., Lappin M.R.** 2001. Respiratory parasites, *In: Feline Internal Medicine Secrets*, , 47-50.

15. **Cowell R.L. et al. 2006.** *Diagnostic Cytology and Hematology of the Dog and Cat (second edition)*, Elsevier Inc, New York, New York, USA.
16. **Cox H.U. 1998.** Section II, Chapter 36: Staphylococcal Infections, *In: Infectious Diseases of the Dog and Cat*, 2nd ed. : Greene, , 214-217.
17. **Curtis P.E., Olerhead G.E.** *Pasteurella multocida* infection of cats on poultry farms,
18. **Dawson S., GASKELL R., 1998.** Section I, Chapter 16: Feline Respiratory Disease, *In: Infectious Diseases of the Dog and Cat*, 2nd ed.: Greene, , 97-106.
19. **Dear, J.D. 2020.** Bacterial pneumonia in dogs and cats. *Veterinary Clinics of North America: Small Animal Practice* vol. 50, n° 2, p. 447-465. [<https://doi.org/10.1016/j.cvsm.2019.10.007>].
20. **Dear, J.D., Vernau, W., Johnson, E.G., et al. 2021 .** Clinicopathologic and radiographic features in 33 cats with aspiration and 26 cats with bronchopneumonia (2007-2017). *Journal of Veterinary Internal Medicine* vol. 35, n° 1, p. 480-489. [<https://doi.org/10.1111/jvim.16005>]
21. **Dellmann, H.-D., Eurell, J.a.c., Frappier, B.L. 2006.** Dellmann's textbook of veterinary histology, 6th ed. Ames, Blackwell.
22. **Dye J.A., Mc Kiernan B.C., Rozanski E.A., Hoffmann W.E., Losonsky J.M., HOMCO L.D., Weisiger R.M., Kakoma I. 1996 .** Bronchopulmonary disease in the cat: historical, physical, radiographic, clinicopathologic, and pulmonary functional evaluation of 24 affected and 15 healthy cats, *J. Vet. Intern. Med.*, , **10:6**, 385-400.
23. **Ettinger S.J. et al. 2024.** *Ettinger's Textbook of Veterinary Internal Medicine 9th Edition*,.
24. **Friedl, Y.; Schulz, B.; Knebl, A.; Helps, C.; Truyen, U.; Hartmann, K. 201.** Efficacy of passively transferred antibodies in cats with acute viral upper respiratory tract infection. *Vet. J.* 201, 316–321.
25. **Garrity, S., Lee-Fowler, T., Reinero, C. 2019.** Feline asthma and heartworm disease: Clinical features, diagnostics and therapeutics. *Journal of Feline Medicine and Surgery* vol. 21, n° 9, p. 825-834. [<https://doi.org/10.1177/1098612X18823348>]
26. **Gaskell, R.M , Dawson, S.; Radford, A.D. , 2006.** Feline respiratory disease. In *Infectious Diseases of the Dog and Cat*; Greene, C.E., Ed.. Saunders Elsevier: Philadelphia, PA, USA. 145–154.
27. **Georgieva D., Ivanov A., Kirkova Z., 2001.** A study on the incidence and diagnostics of dirofilariosis (heartworm disease) in carnivores, *Bulg. J. Vet. Med.*, , **4**, 231-236.

28. **Goldfinch, N., Argyle, D. 2012.** Feline lung–digit syndrome: Unusual metastatic patterns of primary lung tumours in cats. *Journal of Feline Medicine and Surgery* vol. 14, n° 3, p. 202-208. [<https://doi.org/10.1177/1098612X12439267>].
29. **Greene C.E., 1998.** Chapter 88 : Respiratory infections, *In: Infectious Diseases of the Dog and Cat*, 2nd ed.: Greene, 582-593.
30. **Greene C.E., Prescott J.F. 1998.** Section II, Chapter 35 : Streptococcal and other grampositive bacterial infections, *In: Infectious Diseases of the Dog and Cat*, 2nd ed.: Greene, ,205-207.
31. **Grotheer M. et Schulz. 2019.** *Feline asthma and chronic bronchitis—an overview of diagnostics and therapy.*, Tierarztl Prax Ausgabe K Kleintiere Heimtiere ;47(3):175-187.
32. **Hahn K.A. et al. 1997.** *Primary lung tumors in cats: 86 cases (1979- 1994)*, J Am Vet Med Assoc.;211:1257–1260.
33. **HAWKINS E.C. :** Chronic viral upper respiratory disease in cats : differential diagnosis and management. *Compend., Cont. Educ. Pract. Vet.* (Special focus : Feline medicine), 1988, **10** (n°9), 1003-101.
34. **Juan Hernandez, Cyrill Poncet, Et al. 2012.** *Maladies respiratoires du chien et du chat*, Editions du Point Vétérinaire, Rueil-Malmaison, 440 p.
35. **Hill, J.W.,** Diseases of the Respiratory Organs, in *The Diseases of the Cat*, J. WR, Editor. 1906: New York. p. 11-21.
36. **Hoskins J.D.,** Feline respiratory diseases, *Vet. Clin. North Am., Small Anim. Pract.*, 1999,**29:4**, 945-958.
37. **Hoskins J.D.,** Feline respiratory diseases, *Vet. Clin. North Am., Small Anim. Pract.*, 1999,**29:4**, 945-958.
38. **Johnson L., Lappin M.R., Stein J.E., Dullard S.J. 1988.** Cardiopulmonary disorders, *In: BARLOUGH J.E., Manual of Small Animal infectious Diseases*, Ed. New York:Churchill Livingstone Inc., ,1-15.
39. **KING L., DRAKE D., SCOTT F., LAPPIN M., NORSWORTHY G., WEXLER-MITCHELL E.,** Feline respiratory disease. Part I, *Feline Pract.*, 1997, **25:5-6**, 19-23.
40. **Klein B. 2013.** *Cunningham's Textbook of Veterinary Physiology*, , 5th Edition.pdf.
41. **Latour S. 1999.** Pathologie respiratoire infectieuse, *Pathologie féline. Prat. Med. Chir. Anim. Comp.*, **34: supp 3**, 289-297

42. **LE Bobinnec G. 1988.** Le coryza chronique du chat, approche thérapeutique. *Point Vét.*, **20** (n° spécial médecine féline).
43. **Lee E.A. et al. 2020.** *Clinical features and radiographic findings in cats with eosinophilic, neutrophilic, and mixed airway inflammation (2011-2018)*, Journal of Veterinary Internal Medicine Vol. 34, n° 3, pp. 1291-1299.
44. **Levy J.K. et Ford R.B. 1994.** Diseases of the upper respiratory tract. In SHERDING R.G. editor. *The Cat Diseases and Clinical Management*. 2nd ed. New-york : Churchill Livingstone, , 947-978.
45. **Light G.S. 1993.** Respiratory system. In: HUDSON L.C., HAMILTON W.P. editors. *Atlas .of Feline Anatomy for Veterinarians*. Philadelphia: Saunders W.B., 287 p.
46. **Maritato K.C et al.2014.** *Outcome and prognostic indicators in 20 cats with surgically treated primary lung tumors.*, Journal Feline Medecine Surgery 16:979–984.
47. **Mirhish et al. 2013.** *Anatomical and histological study of trachea and lung in local breed cats Felis Catus domesticus L.*, International Journal of Advanced Biological .Research. Vol. 3, n° 2, pp. 266-272.
48. **Mitten R.W. 1992** .Acquired nasopharyngeal stenosis in cats. In: *Current Vetinary Therapy, Small Animal Practice XI*. Philadelphia: Saunders W.B., 801-803.
49. **Moore P.F., A review of histiocytic diseases of dogs and cats, 2014.** Vet Pathol;51:167–18
50. **Moulton, J.E., Tscharnner, C.V., Schneider, R. 1981.** Classification of Lung Carcinomas in Dog and Cat. *Veterinary Pathology* vol. 18, n° 4, p. 513-528. [<https://doi.org/10.1177/030098588101800409>]
51. **Padrid P.A.,2009.** *Chronic bronchitis and asthma in cats.*, Philadelphia: WB Saunders.
52. **Pilet C., 2000.** *Bactériologie spéciale*, Polycopié, Ecole Nationale Vétérinaire d’Alfort, Chaire de Microbiologie immunologie – Pathologie générale, 60p.
53. **Radhakrishnan A. et al. 2007.** *Community-acquired infectious pneumonia in puppies: 65 cases (1993-2002)*, J Am Vet Med Assoc. ;230:1493–1497
54. **Reinero, C. 2019.** Interstitial lung diseases in dogs and cats part I: The idiopathic interstitial pneumonias. *The Veterinary Journal* vol. 243, p. 48-54. [<https://doi.org/10.1016/j.tvjl.2018.11.010>]

- 55. Reinero, C.R. 2011.** Advances in the understanding of pathogenesis, and diagnostics and therapeutics for feline allergic asthma. *The Veterinary Journal* vol. 190, n° 1, p. 28-33. [<https://doi.org/10.1016/j.tvjl.2010.09.022>].
- 56. RAMSEY D.T., STILES J. 2000.**Feline *Chlamydia* and calicivirus infections, *Vet. Clin. NorthAm., Small Anim. Pract.*, , **30:5**, 1015-1028.
- 57. Ross, M.H., Pawlina, W. 2020.** Histology: a text and atlas: with correlated cell and molecular biology, 8th edition, international edition. Philadelphia, Wolters Kluwer Health.
- 58. RYU, J.H., MYERS, J.L., SWENSEN, S.J. 2003.** Bronchiolar disorders. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine* vol. 168, n° 11, p. 1277-1292. [<https://doi.org/10.1164/rccm.200301-053SO>].
- 59. Schmal-Filius E. et al., A 2020.***retrospective study on the presence of selected infectious agents in lung samples of cats with pneumonia.*, *Acta Vet Hung.* ;68:275–284.
- 60. Svoboda M., Svobodova V. 1987.** Effects of breed, sex, age, management and nutrition on the incidence of *Toxoplasma gondii* antibodies in dogs and cats, *Acta Vet. Brno*, , **56:3**,315-330.
- 61. Trzil J.E.,2020.***Feline asthma: diagnostic and treatment update*, 2020. *Vet Clin North Am Small anim pract.*;50:375–391.
- 62. Vargas Vargas, R.A., Varela Millan, J.M., Fajardo Bonilla, E. 2022.** Renin-angiotensin system: Basic and clinical aspects—A general perspective. *Endocrinología, Diabetes Nutrición (English ed.)* vol. 69, n° 1, p. 52-62. [<https://doi.org/10.1016/j.endien.2022.01.005>].
- 63. Zachary J.F. et al 2012.***Chapter 9 : Respiratory System, Mediastinum, and Pleurae.*. In : *Pathologic basis of veterinary disease*. 5th ed. St.Louis : Elsevier; pp. 458-588.

Résumé

En médecine vétérinaire, les affections respiratoires sont des motifs fréquents de consultation. La présence de nombreuses maladies avec des symptômes similaires nous a incité à réaliser cette étude afin de connaître l'étendue de l'influence des facteurs précédents et comment distinguer, diagnostiquer et traiter ces maladies. Dans le cadre de cette étude, nous avons réalisé une enquête rétrospective sur les maladies respiratoires ayant présentée la clinique des petits animaux (Service Canine) de l'Ecole Nationale Supérieure de Vétérinaire d'Alger durant une période octobre 2023-avril 2025. Au total, 74 cas souffrant d'affections respiratoires chez le chat. Globalement les signes cliniques respiratoires les plus fréquemment observés dans notre étude sont l'écoulement nasal bilatéral purulent avec un taux de 27,02% (20/74), dyspnée avec une prévalence de 22,97 % (17/74) et une tachypnée 18,91% (14/74). Les affections respiratoires les plus fréquemment observés dans notre étude sont les rhinite (13,5%) , coryza (33,78%), hernie diaphragmatique (5,40%), asthme féline (5,4%) trachéite (5,4%) et bronchopneumonie (10,81%). En conclusion, La prise en charge des maladies respiratoires chez le chat reste souvent difficile, ils représentent un défi majeur en médecine vétérinaire et il reste à ce jour l'un des domaines les plus importants de la médecine féline.

Mots clés : étude rétrospective , chat , clinique canine , ENSV.

Abstract

In veterinary medicine, respiratory diseases are a frequent reason for consultation. The presence of numerous diseases with similar symptoms prompted us to carry out this study to find out the extent of the influence of the above factors and how to distinguish, diagnose and treat these diseases. As part of this study, we conducted a retrospective survey of respiratory diseases presenting to the small animal clinic (Canine Service) of the National Veterinary School of Algiers during the period October 2023-April 2025. In all, 74 cases of respiratory diseases in cats were reported. Overall, the respiratory clinical signs most frequently observed in our study were bilateral purulent nasal discharge with a rate of 27.02% (20/74), dyspnoea with a prevalence of 22.97% (17/74) and tachypnoea 18.91% (14/74). The respiratory conditions most frequently observed in our study were rhinitis (13.5%), coryza (33.78%), diaphragmatic hernia (5.40%), feline asthma (5.4%), tracheitis (5.4%) and bronchopneumonia (10.81%). In conclusion, the management of respiratory diseases in cats is often difficult, but they represent a major challenge in veterinary medicine and to this day remain one of the most important areas of feline medicine.

Key words : retrospective study , cat , dog clinic , ENSV.

ملخص

في الطب البيطري، تعد أمراض الجهاز التنفسي سببًا متكررًا للاستشارة. دفعنا وجود العديد من الأمراض ذات الأعراض المتشابهة إلى إجراء هذه الدراسة من أجل معرفة مدى تأثير العوامل المذكورة أعلاه وكيفية تمييز وتشخيص وعلاج هذه الأمراض. كجزء من هذه الدراسة، أجرينا دراسة استقصائية بأثر رجعي لأمراض الجهاز التنفسي التي قدمت إلى عيادة الحيوانات الصغيرة (خدمة الكلاب) بالمدرسة الوطنية للطب البيطري بالجزائر العاصمة خلال الفترة من أكتوبر 2023 إلى أبريل 2025.

إجمالاً، تم الإبلاغ عن 74 حالة من الأمراض التنفسية في القطط. وبشكل عام، كانت أكثر العلامات السريرية التنفسية التي لوحظت في دراستنا هي الإفرازات الأنفية القيحية الثنائية بنسبة 27.02% (74/20)، وضيق التنفس بنسبة 22.97% (74/17) وضيق التنفس بنسبة 18.91% (74/14). وكانت أكثر الحالات التنفسية التي لوحظت في دراستنا هي التهاب الأنف (13.5%) والزركام (33.78%) والفتق الحاجز (5.40%) والربو لدى القطط (5.4%) والتهاب القصبات الهوائية (5.4%) والالتهاب القصي الرئوي (10.81%). في الختام، فإن إدارة أمراض الجهاز التنفسي في القطط غالبًا ما تكون صعبة، لكنها تمثل تحديًا كبيرًا في الطب البيطري ولا تزال حتى يومنا هذا واحدة من أهم مجالات طب القطط.

الكلمات المفتاحية: دراسة بأثر رجعي، قطط، عيادة الكلاب، فيروس الورم الحليمي البشري.