

REPUBLIQUE ALGERIENNE DEMOCRATIQUE ET POPULAIRE

الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية

MINISTERE DE L'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR ET DE LA

RECHERCHE SCIENTIFIQUE

وزارة التعليم العالي و البحث العلمي

ECOLE NATIONALE VETERINAIRE – ALGER

المدرسة الوطنية للبيطرة- الجزائر

PROJET DE FIN D'ETUDES

EN VUE DE L'OBTENTION

DU DIPLOME DE DOCTEUR VETERINAIRE

**Conduite à tenir face à un épanchement
abdominal chez le chien**

Présenté par :

Anou Mohamed amine

Guettab Djalel

Amraoui Mohamed hanafi

Soutenu le 06-07-2011

Le jury :

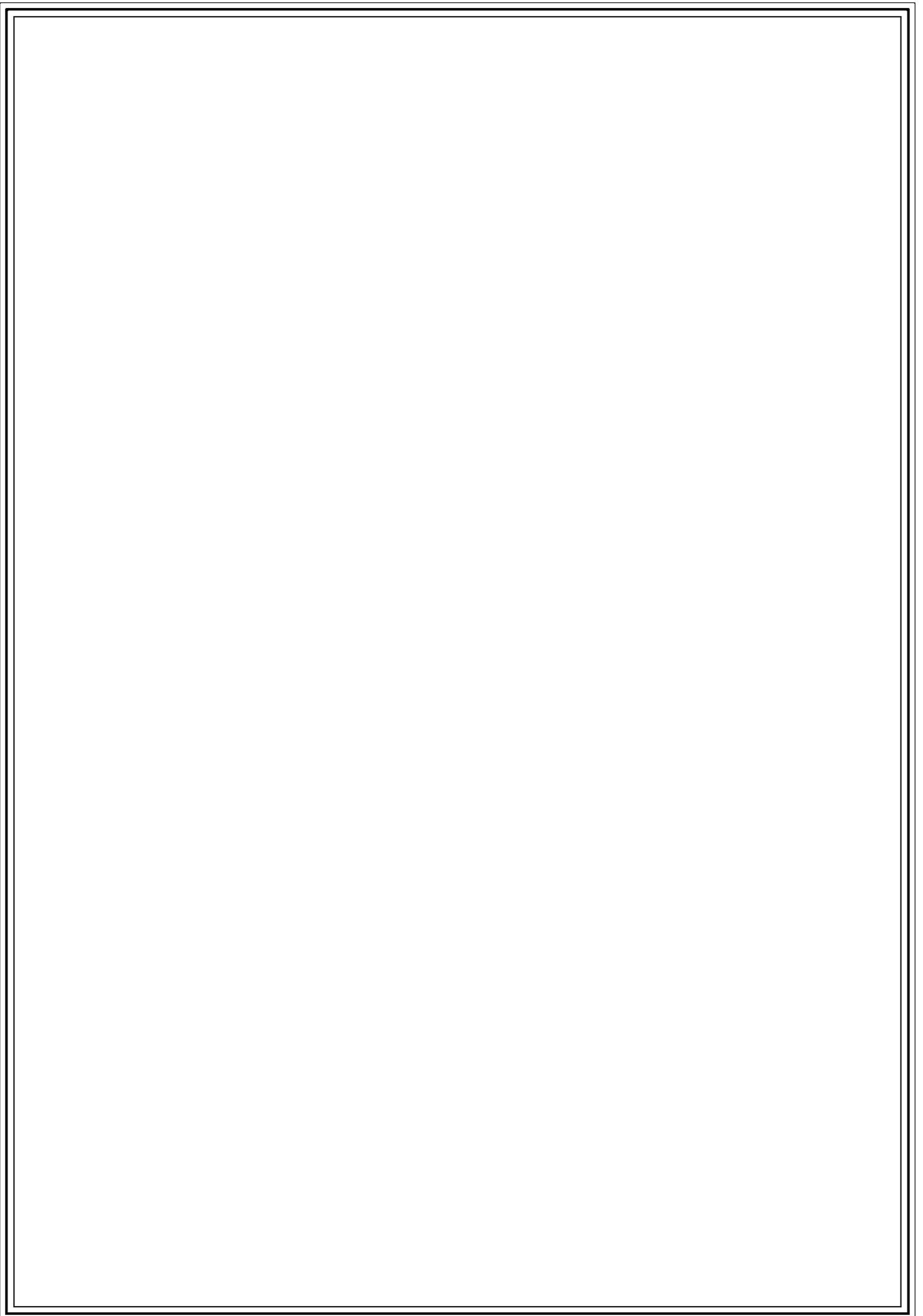
Présidente : D^r REBOUH.M (maitre assistante l'ENSV)

Promotrice : D^r REMICHI.H (maitre assistante l'ENSV)

Examineur : D^r BOUABDALLEH.R (maitre assistante l'ENSV)

Examineur : D^r OUSSLIMANIS (Maître assistant à l'ENSV)

Année universitaire : 2010/2011



REMERCIEMENTS :

Au seuil de ce mémoire de fin d'études, qu'il nous soit permis d'adresser nos sincères remerciements à tous ceux qui de près ou de loin ont participé à la réalisation de ce mémoire, particulièrement :

A notre promotrice [Mme Remichi H.](#), que nous remercions vivement pour toutes les informations qu'elle nous a donné, ses efforts, sa disponibilité, ses précieux conseils.

A [Mme Rebouh](#), , qui nous fait l'honneur de présider ce jury.

A [Mme Bouabdallah](#) . qui nous fait l'honneur d'examiner ce travail.

A [Mme Ouslimani](#) qui nous fait l'honneur d'examiner ce travail.

A tous les personnels de la bibliothèque et de la salle d'informatique

A tous ceux, qui nous ont enseigné pendant toute notre vie.

Dédicaces

Je dédie ce modeste travail à :

- Ma très chère mère Fatima El Zohra, pour tous tes sacrifices, tes engagements envers tes fils, pour tout ce que tu as fait pour nous, et spécialement pour moi, pour ton amitié, la vocation de mère que tu as bien jouée. Tous les mots, toutes les belles et sincères expressions n'expriment pas ma gratitude, ma reconnaissance envers toi.

- Mon très cher père Djilali, pour tout ce que tu as fait pour moi..

- Mes chers frères Kamel et Abd El Djilil.

- Tous les membres de la famille Annou et de la famille Moudjari pour vos sacrifices, vos encouragements et pour votre soutien permanent.

- A tous mes amis, sans exception, particulièrement mohamed09, djalel, hanafi, ali, et mon cousin hamza

*-A la personne que j'aime beaucoup **Maissa***

Annou mohamed amine

Dédicaces

Je dédie cet humble travail à :

- *Ma très chère mère. Aucune dédicace ne saurait être assez éloquente pour exprimer ce que tu mérites pour tous les sacrifices que tu as consentis. Tu as fait plus qu'une mère pour que tes enfants suivent le bon chemin dans leur vie et leurs études.*
- *Mon très cher père. Ce travail est le fruit des sacrifices que tu as approuvés pour mon éducation et ma formation.*
- *A la personne que j'aime beaucoup « Ines »*
- *Mes adorables sœurs : Souad et wafa (son mari et son fils)*
- *Tous mes proches et toute ma famille.*
- *Tous ceux qui ont collaboré de près ou de loin à l'élaboration de ce travail.*
- *Toutes mes amies, sans exception. Particulièrement amine, mohamed09, hanafi, ali, ramzi, zaki, hadjouti et hamza cousin de amine .*

Guettab djalel

Dédicaces

Je dédie ce modeste travail à :

- Ma très chère mère Akila, pour tous tes sacrifices, tes engagements envers tes fils, pour tout ce que tu as fait pour nous, et spécialement pour moi, pour ton amitié, la vocation de mère que tu as bien joué. Tous les mots, toutes les belles et sincères expressions n'expriment pas ma gratitude, ma reconnaissance envers toi.

- Mon très cher père Fodil, pour tout ce que tu as fait pour moi..

- Mes chers frères Sami et Younes.

- Tous les membres de la famille Amraoui et de pour vos sacrifices, vos encouragements et pour votre soutien permanent.

- A tous mes amis, sans exception, particulièrement mohamed09, djalel, Amine, ali, zo, bolboul, stouf, fateh nsibi, touri, moustach,.....

Amraoui mohamed hanafi

I.	Introduction.....	1
II.	Partie bibliographique :	
	II.1.Définition.....	2
	II.2.Symptomatologie	2
	II.3.Etio-pathogénie	3
	II.4.Diagnostic	
	II.4.1.Diagnostic clinique.....	4
	II.4.2.Examens complémentaires	
	II.4.2.1.Diagnostic radiographique....	5
	II.4.2.2. Diagnostic échographique.....	6
	II.4.2.3.Diagnostic d'abdominocenthés.....	8
	II.5. Traitement	11
III.	Partie expérimentale :	
	III.1. Premier cas :	
	III.1.1. Présentation.....	11
	III.1.2. Examen clinique.....	11
	III.1.3. Examen complémentaire.....	12
	III.1.4. Hypothèse diagnostic.....	13
	III.1.5. Traitement.....	16
	III.2. Deuxième cas :	
	III.2.1. Présentation.....	17
	III.2.2. Examen clinique.....	17
	III.2.3. Examen complémentaire.....	17
	III.2.4. Hypothèse diagnostic	18
	III.2.5. Traitement.....	18

III.3. Troisième cas :	
III.3.1.Présentation.....	19
III.3.2.Examen clinique.....	19
III.3.3.Examen complémentaires.....	19
III.4. Quatrième cas :	
III.4.1.Présentation.....	21
III.4.2.Examen clinique.....	21
III.4.3.Examen complémentaire.....	21
III.4.5.Traitement.....	22
VI. conclusion	

Partie bibliographie

I.INTRODUCTION

La cavité abdominale est tapissée par une membrane séreuse composée de cellules mésothéliales appelée péritoine. Le péritoine recouvre la paroi abdominale et les viscères. En situation homéostatique, seule une faible quantité de liquide est présente assurant une lubrification des organes, essentielle au péristaltisme digestif.

Toute perturbation dans les mécanismes gérant les échanges hydriques, peut conduire à la constitution d'un épanchement abdominal. Cette affection possède cependant une symptomatologie particulière qui doit être connue de tout praticien et l'application d'une bonne propédeutique permet aisément d'en faire le diagnostic étiologique. L'examen et l'analyse de ce liquide apportent une contribution au diagnostic.

Dans un premier temps nous allons aborder l'étiopathogénie, la symptomatologie, le diagnostic et le traitement instauré lors d'un épanchement abdominal.

La deuxième partie de ce PFE sera consacrée à l'exposée de quelques cas qui ont été présentés au service de consultation de l'ENSV, pour un épanchement abdominal ainsi que leur prise en charge.

II.1.Définition

Epanchement abdominal est une accumulation anormale de liquide dans la cavité abdominale, ce dernier peut être un transsudat, un exsudat, de l'urine, du sang, de la bile, ou du chyle

Chez le chien l'épanchement abdominal ne doit jamais être sous-estimé, en effet une ascite est souvent révélatrice d'un dysfonctionnement organique ou d'une pathologie grave.(NIEMAND H. G. ; SUTRE P.F., 1992).

II.2.Symptomatologie

Les propriétaires de l'animal peuvent être alertés par l'anorexie, anémie (TOMIYASER.H, et al). Une distension abdominale, une léthargie (FLOOD.J.A, HOOVER.J.P), une polypnée et une fatigabilité (R.FABRE, G.ROUGIER, 1965) L'augmentation du volume symétrique et la consistance molle de l'abdomen se modifiant selon la position du corps et s'accompagnant souvent d'ondulations de la paroi abdominale au moment de la respiration. Une section transversale sur l'animal debout montre un abdomen de forme piriforme. (RELLIER.R, 1987)

Si l'on percute un coté de l'abdomen avec le doigt, la main posée à plat sur la paroi opposée perçoit les ondes transmises par le liquide.

Selon le volume de l'épanchement et sa cause, on constate de plus une tachypnée accompagnée d'une faiblesse physique (LEDUC D, A. DETROYER), des souffles cardiaques à l'auscultation avec un pouls rapide et faible ainsi qu'un œdème de la face inférieure du corps ou des membres, une polydipsie et parfois une fièvre. Les organes sont difficiles à délimiter par la palpation, celle-ci est parfois douloureuse ou on peut sentir des organes déformés ou augmentés de volume dans le liquide (foie; tumeurs de la rate; reins). (RELLIER.R, 1987)

II.3.Etio-pathogénie

L'ascite n'est pas une entité pathologique définie par une étiologie ou une pathogénie unique mais un symptôme ou une complication de nombreuses affections.

Elle peut être classée comme suit :

- L'ascite faisant suite à une atteinte du péritoine lui-même due à des pathologies d'origine infectieuse (parasite, virus ou bactérie) soit d'origine cancéreuse, il s'agit alors d'exsudat infectieux ou non infectieux.

Les exsudats se forment suite à une vasodilatation des vaisseaux de la séreuse au niveau lésé, ce qui va conduire à une augmentation de la perméabilité de la paroi des capillaires, et exsudation de plasma et de fibrine avec sortie de neutrophiles, de macrophages, de lymphocyte et éventuellement d'hématies dans la cavité abdominale.(université d'Alger . institut des sciences médicales , 1982)

Le liquide est généralement trouble et opaque, densité >1.030 , taux de protéines >25 g/l. La cause la plus importante d'exsudat non infectieux est la présence d'une tumeur.

Une deuxième catégorie englobe les épanchements ayant des causes extra péritonéales et peuvent avoir comme origine :

- Les augmentations de pression hydrostatique (obstacle au retour veineux),
- Les chutes de pression oncotique (hypoalbuminémie),
- Un hémopéritoine,
- Un uropéritoine ou un chylopéritoine.

1. Les augmentations de pression hydrostatiques :

Aboutissent à la formation de transsudats purs ou modifiés. Si la transsudation s'effectue au travers des capillaires de la séreuse intestinale, l'effusion sera un transsudat pur. En revanche, si la transsudation s'effectue au travers des capillaires sinusoides du foie, l'effusion sera un transsudat modifié.

Les obstacles pré-sinusoidaux et les obstacles post-sinusoidaux contribuent aussi à l'augmentation de la pression hydrostatique.

- Lors d'obstacle pré-sinusoidal, le liquide qui s'accumule est un transsudat pur (toutes les causes d'hypertension portale). (JAMES.F.E, ET AL., 2008)

- Lors d'obstacle post-sinusoidal, le liquide qui s'accumule est un transsudat modifié (les insuffisances cardiaques droites), (Jinks.J, 2001).

Les obstructions intra-luminales de la veine cave caudale (thrombose, dirofilariose) et les obstructions extra-luminales de la veine cave caudale (tumeur pulmonaire, œsophagienne). (Flood Ja, Hoover Jp 2009)

2. L'hypo protéinémie :

Conduit à la formation de l'ascite. Une diminution de la concentration plasmatique en protéines (en particulier l'albumine) entraîne une chute plus que proportionnelle de la pression oncotique, ce qui peut être la conséquence d'une perte rénale de protéines (glomérulopathies), d'une synthèse hépatique insuffisante des protéines plasmatiques (insuffisance hépatique) ou bien lors d'une carence en protéines (malnutrition), d'une dégradation accrue des protéines plasmatiques pour couvrir les besoins en acides aminés

Le drainage capillaire est par conséquent très diminué et aboutit à l'accumulation d'un liquide de type transsudat pur.

3. L'Hémopéritoine :

Est due à des hémorragies péritonéales qui peuvent faire suite à une rupture de la rate, une déchirure de la veine splénique ou rupture de tumeur

4. L'uropéritoine :

Est un épanchement abdominal qui est causée par une rupture des voies urinaires, le liquide d'ascite est de nature urinaire

II.4.Diagnostic

II.4.1.Diagnostic clinique:

L'inspection de l'abdomen doit permettre de suspecter une distension abdominale. Il faut alors déterminer si elle est due à la présence de gaz, de liquide, de graisse ou de tissu.

La percussion de l'abdomen aidera à différencier une distension abdominale liée à la présence de liquide et des autres causes.

Le signe du flot positif est pathognomonique d'une accumulation de liquide intra-abdominal.

La détection d'une ascite à l'examen clinique doit amener à rechercher les éléments cliniques pouvant orienter sur son origine. La détection d'un souffle cardiaque, d'un pouls jugulaire

ou d'une tachyarythmie chez un chien amène toute naturellement vers une suspicion d'insuffisance cardiaque droite. Un assourdissement des bruits cardiaques fait suspecter une effusion péricardique. La présence d'œdèmes sous-cutanés du poitrail ou des membres oriente vers une hypoalbuminémie. La mise en évidence d'un ictère restreint le diagnostic différentiel aux causes d'insuffisance hépatique ou aux ruptures des voies biliaires. Une polyadénomégalie périphérique ou une splénomégalie importante sont évocateurs de lymphome multicentrique.]

II.4.2. Examens complémentaires

II.4.2.1. Diagnostic radiographique

- principe

Cet examen est une aide précieuse car il permet de compléter la palpation abdominale, dans le cas de femelle trop grasse pour obtenir une palpation fiable, la radiographie est d'un grand secours.

- technique

La radiographie ne nécessite normalement pas de tranquillisation de l'animal, le chien est placé en décubitus latéral droit ou gauche selon si on veut une vue de profil droit ou gauche : les deux profils apportent les mêmes renseignements mais, le profil droit est le plus utilisé car les gaz contenus dans l'estomac migrent vers le sommet cul de sac gauche de celui-ci permettant un meilleur tracé du foie et de l'estomac. Une vue de face peut aussi être réalisée en plaçant l'animal en décubitus ventro-dorsal (Sophie Verhelst)

Le degré de contraste dépend des préférences du manipulateur mais aussi de l'état d'embonpoint de l'animal

Il est préférable d'effectuer les radiographies sur des chiens mis à la diète hydrique 12 à 24 heures Il convient de régler l'appareil de radiographie de manière à avoir un temps de pose le plus court possible. La vitesse d'exposition doit être inférieure à 1/20ième de seconde pour arrêter le mouvement du diaphragme et les mouvements de péristaltisme intestinal (MORGAN J.P., SILVERMAN S., et al, 1981)

Lors d'épanchement abdominal, le contraste radiographie est très altéré par la présence de liquide. L'ascite se traduit par une perte de contraste abdominal et une mauvaise visualisation des organes abdominaux. L'examen radiographique reste toutefois assez peu sensible puisqu'il faut au moins 2 ml/kg de liquide pour qu'il soit détectable. Cependant la radiographie peut avoir un intérêt dans la détermination de l'étiologie de l'ascite (Park IC,2007)



Figure 1: Radiographie thoracique de profil (ENSV. Clinique canine originale 2011)

II.4.2.2. Diagnostic échographique

L'échographie ou échotomographie (littéralement « écriture d'une coupe formée d'échos ») est constituée d'une sonde munie d'un cristal piézo-électrique qui engendre un train d'ondes sonores. Ces ondes sonores ou ultrasons se propagent dans les parenchymes et sont réfléchies par les différentes structures de l'organisme formant des échos qui reviennent vers la sonde. Les ondes réfléchies sont reçues par le cristal qui les transforme en différences de potentiels à ses bornes. Celles-ci seront traitées par l'appareil et transcrites sur l'écran selon le mode choisi : A, B ou M. (BARR F., 1990)

1. L'interprétation des images obtenues :

La vitesse de propagation des ondes dans les tissus dépend de leur nature et que le passage des ondes entre deux milieux répond aux lois de la réflexion et par la suite à la différence d'impédance entre les deux milieux.

On distingue alors des images données pour les tissus et des artéfacts c'est-à-dire des images qui ne traduisent pas la véritable structure des tissus étudiés.

2. Images de la structure des tissus :

On observe classiquement des images en niveau de gris sur un fond noir caractérisées par les termes suivants : hyperéchogènes, hypoéchogènes et anéchogène.

- Les structures hyperéchogènes sont représentées par des points brillants blancs, elles sont créées par des interfaces très réfléchives avec des structures d'impédances différentes comme les os ou les gaz.
- Les structures hypoéchogènes sont gris foncé et résultent du passage des échos dans des tissus où la réflexion et la transmission sont intermédiaires comme dans les tissus mous. Le réglage du gain est ici très important pour distinguer les tissus mous d'échogénicité proche.
- Enfin, les structures anéchogène traduisent l'absence d'échos et sont noires sur l'écran. Le son est totalement transmis comme c'est le cas pour les fluides (BARR F., 1990)

L'examen échographique est plus sensible quant à la détection d'infimes quantités d'ascite C'est l'examen le plus intéressant (0,2 ml/kg) et permet souvent d'identifier la cause.

La détection d'une masse, d'une splénomégalie ou une anomalie de forme, taille ou contour du foie suggère une hépatopathie. La visualisation d'une veine gonadique gauche dilatée est une observation qui conforte la présence d'une hypertension portale. Des signes de congestion des veines hépatiques sont fréquents lors d'obstacle post-diaphragmatique (insuffisance cardiaque droite, tamponnade cardiaque, masse sur le trajet de la veine cave caudale thoracique).(Ref) (SOPHIE VERHELST)

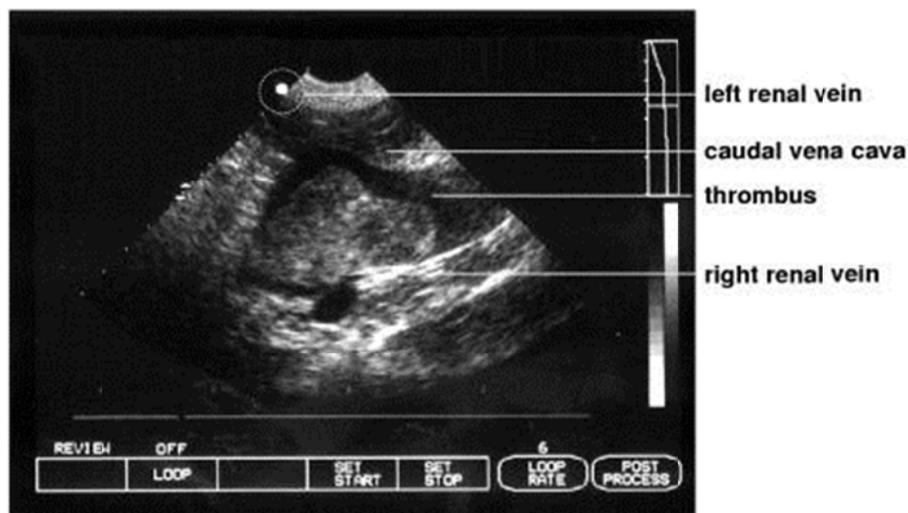


Figure02 : Image échographique d'une thrombose de la veine cave caudale (Harder MA;2002)

II.4.2.3. Abdominocentèse, Abdocentese ou Paracentèse Abdominale (Fabrice HEBERT, 2006)

Cette technique permet d'aspirer, dans un but diagnostique ou thérapeutique, un liquide dans la cavité péritonéale.

a) Matériel :

- Seringue de 2 à 10 ml montée avec une aiguille de 6 à 12 /10

b) Technique :

- Théoriquement, les 4 quadrants abdominaux (quart antérieur gauche et droit, quart postérieur gauche et droit) sont ponctionnés.
- L'anesthésie de l'animal n'est généralement pas nécessaire, on préfère dans les situations d'urgence et si nécessaire effectuer une anesthésie locale.
- La ou les zones ponctionnées sont tondues et désinfectées.
- La ponction est réalisée l'animal placé en décubitus latéral ou dorsal ; la position debout peut être intéressante pour faire descendre l'épanchement en région caudale.
- L'aiguille ou le cathéter est introduit sous la peau sur 1 à 2 centimètres puis orienté vers la cavité abdominale pour pénétrer les muscles.
- Si la ponction est réalisée à l'aveugle (sans contrôle échographique), elle a lieu sur la ligne blanche juste en arrière de l'ombilic.
- Une fois les muscles abdominaux passés, une aspiration douce est réalisée ; il arrive fréquemment sur les ponctions de grands volumes que l'épiploon vienne se coller sur le cathéter ou l'aiguille ; il suffit dans ce cas de repousser une petite quantité de liquide encore dans la seringue ou de retirer de quelques millimètres l'ensemble et de respirer.
- Le maximum de liquide est aspiré en effectuant des vidanges de la seringue par l'intermédiaire du prolongateur de perfusion via le robinet à trois voies.
- Il peut être utile de changer l'animal de position lorsque le liquide n'est plus aspiré.
- Le liquide doit être collecté dans différents tubes pour analyses.
- EDTA pour la cytologie.
- Tube sec pour la bactériologie

Tableau 1 : Diagnostic différentiel d'un épanchement abdominal

<u>Transsudat</u>	<u>Transsudat modifié</u>	<u>Exsudat</u>			<u>Chylopéritoine</u> (rare chez le chien) Trouble, opaque, laiteux. Densité >1.025 Protéine>20g/L Cellules: 1000-1700 (petits lymphocytes) Triglycérides (ascite)>triglycérides (sérum) Cholestérol(ascite) <Cholestérol (sérum) Cholestérol(ascite)/Triglycéride(ascite) <1.
Limpide, peu coloré. Densité<1.015 Protéines<25 g/l Cellules<1500/ μ L (Surtout cellules mésothéliale et macrophages)	Clair, peu coloré. 1.015<Densité <1.025 25g/l<Protéines <60 g/l 1000<Cellules / μ L< 7000 (Plus de neutrophiles et de petits lymphocytes)	Trouble. Densité>1.025 Protéines>25g/L Cellules/ μ L>7000 (Surtout neutrophiles, +/- bactéries)			
pur	Modifié	Hémorragique	Séro-hémorragique	Suppuré septique	
		Densité>1.025 25g/l<Protéines <75g/L. Cellularité: macrophages, cellules mésothéliales, lymphocytes, hématies, parfois cellules néoplasiques	Densité>1.025 Protéines>25g/l -Créatinine (effusion) >Créatinine (sérum) = <u>Uropéritoine</u> . -Pigments orange, jaune ou vert dans les macrophages + bilirubine = <u>Bile</u> . Cellularité: macrophages, cellules mésothéliales, lymphocytes, hématies et parfois cellules néoplasiques	Protéines>25g/l Bactériologie positive -Glucose (sang) supérieur à 0,2g/L par rapport à glucose (ascite) -Lactates sang(ascite) supérieur à 2mmol/L à lactates (sang) Cellularité riche: neutrophile, macrophages, cellules mésothéliales, hématies, parfois cellules néoplasiques.	

<u>Transsudat</u>	<u>Transsudat modifié</u>	<u>Exsudat Hémorragique</u>	<u>Exsudat Séro-hémorragique</u>	<u>Exsudat Suppuré septique</u>	<u>Chylopéritoiné</u>
<p>Hypoprotéïnémie:</p> <p>-Insuffisance hépatique</p> <p>-Affection glomérulaire</p> <p>-</p> <p>Malabsorption intestinale.</p> <p>-Entéropathie exsudative</p> <p>-</p> <p>Lymphangiectasie</p> <p>-Pertes protéiques</p> <p>Néoplasie</p> <p>Obstruction lymphatique</p> <p>Hypertension portale, hépatique ou préhépatique</p> <p>Insuffisance cardiaque congestive droite</p>	<p>Néoplasie abdominale obstruant les vaisseaux lymphatiques et/ou sanguin</p> <p>Insuffisance cardiaque congestive droite</p> <p>Hypertension portale, hépatique ou préhépatique</p>	<p>Coagulopathie</p> <p>Néoplasie</p> <p>Thrombose</p> <p>Traumatisme</p> <p>Torsion splénique ou gastrique</p>	<p>Pancréatite</p> <p>Rupture des voies urinaires</p> <p>Rupture des voies biliaires</p> <p>Néoplasie</p> <p>Hépatopathie</p>	<p>Perforation intestinale</p> <p>Corps étranger</p> <p>Rupture de pyomètre</p> <p>Extension de foyer infectieux.</p> <p>Plaie perforante</p>	<p>Traumatisme.</p> <p>Obstruction des voies lymphatiques:</p> <p>-Néoplasie</p> <p>-Infection (tuberculose)</p> <p>-Cardiopathie *épanchement péricardique *péricardite constrictive</p> <p>-Obstruction intestinale</p> <p>-Pancréatite</p> <p>-</p> <p>Lymphangiectasie</p> <p>-Cirrhose hépatique</p>

Tableau2 : Hypothèses de diagnostic différentiel d'un épanchement abdominal

II.5.Traitement

Le traitement initial doit être un traitement étiologique, l'intervention doit avoir pour but l'amélioration et la stabilisation de l'état de l'animal.

Les diurétiques sont indiqués dans le traitement de l'ascite. Le furosémide est souvent utilisé initialement pour induire une perte hydrique et sodée et réduire ainsi la pression hydrostatique vasculaire. Le suivi de la kaliémie et de la natrémie est recommandé. L'utilisation chronique de furosémide n'est pas indiquée car elle aboutit à une exacerbation de l'activation du système rénine-angiotensine-aldostérone.

Le traitement d'entretien est généralement effectué avec de la sprironolactone. (J. HERNANDEZ DPL. ACVIM)

Les corticoïdes représentent une classe importante des médicaments utilisés dans des indications très variées. Ce sont des anti inflammatoires, des anti allergiques, des immunodépresseurs et ils sont utilisables lors d'états de choc et en cas d'œdème. (GOGNY M. 2009)

Intérêt et limites de la corticothérapie, elle peut être utilisée dans le traitement palliatif de certains cancers ou lors de maladies inflammatoires (hépatite chronique ...). Pour éviter tout effet minéral corticoïde susceptible de contribuer à la rétention hydro-sodée, la dexaméthasone reste le glucocorticoïde de choix. (J. HERNANDEZ DIPL. ACVIM, jhernandez@fregis.com)

Partie expérimentale

III.1.PREMIER CAS

III.1.1.PRESENTATION

Joyce est une chienne de race berger allemand âgé de 7 ans, qui vit en collectivité, non vaccinée elle a été présentée en consultation au niveau du service de clinique canine de l'école nationale supérieure vétérinaire pour une distension abdominale. Le propriétaire a rapporté que cette dernière a constaté 3 mois avant.

III.1.2.EXAMEN CLINIQUE

L'examen de loin a révélé un poil terne, piqué, un mauvais état général avec un abdomen distendu, une fréquence cardiaque de 120 bat/mn, avec un rythme cardiaque irrégulier, une fréquence respiratoire de 32 mv/min, et une température rectale de 38,9°C. Les muqueuses sont pâles

La palpation abdominale a confirmé la dilatation, La percussion abdominale a révélé un signe de flot positif ce qui a confirmé la présence de liquide.

III.1.3.EXAMENS COMPLEMENTAIRES

Abdominocentèse :

Cette technique a permis de prélever le liquide d'épanchement, qui avait un aspect jaune pâle.

Liquide de ponction :

- Aspect : liquide légèrement trouble.
- Taux de protéines totales : 22,89 g/l.
- Nature : transsudat modifié.

III.1.4. Hypothèses de diagnostic :

On a suspecté l'insuffisance hépatique, une insuffisance cardiaque, une insuffisance rénale

L'échographie : un examen échographique a été réalisé avec un échographe portable (Titan). L'animal est placé en décubitus dorsal, l'abdomen tendu, un gel est appliqué sur la proie abdominale afin de chasser l'air entre la peau et la sonde. C'est un examen qui nous a permis de confirmer en un premier temps la présence de liquide et aussi de visualiser les organes abdominaux.



Figure03 : ENSV. Clinique canine original, 2011

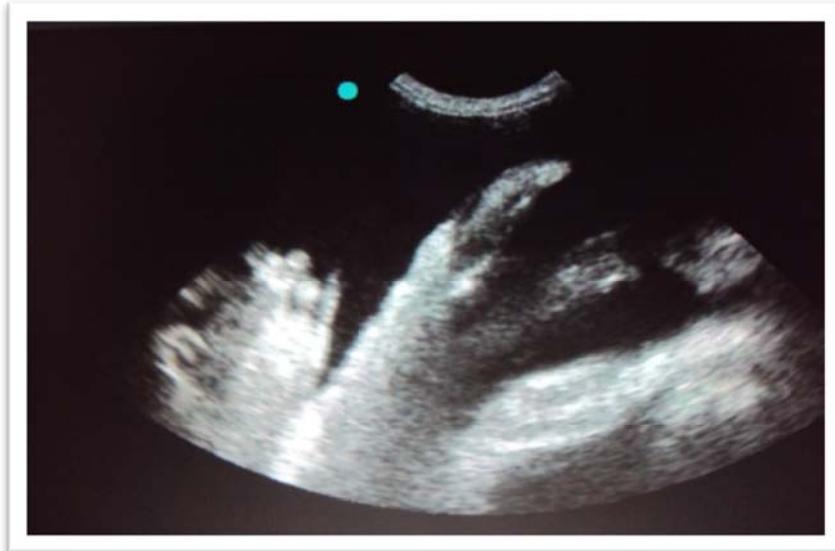


Figure04 : ENSV. Clinique canine original, 2011

Observation : La présence du liquide est représentée une image anéchogène, du fait de l'ascite la surface du foie est visible.

La radiographie :

Ils ont réalisé une radiographie thoracique de profil, afin de rechercher d'éventuelles modifications de la silhouette cardiaque.



Figure05 : radiographie thoracique de profil (ENSV clinique canine Original, 2011)

Interprétation : nous pouvons remarquer que le cliché n'est pas bien contrasté, cependant il est possible de l'interpréter. L'hypothèse de l'insuffisance cardiaque émise peut être confirmée nous apercevons que la largeur du cœur dépasse trois espaces intercostaux et que l'apex du cœur est posée sur plus de deux sternèbres.

Conclusion : la présence d'un transsudat modifié est probablement due à l'augmentation de la pression en amont du cœur droit. Les examens réalisés confirment, l'hypothèse étiologique retenue est l'insuffisance cardiaque.

III.1.5.TRAITEMENT

Une ponction abdominale a été réalisée pour soulager l'animal, nous avons recueilli 600ml de liquide.

Nous avons ensuite instauré le traitement suivant :

- Un Diurétique : Furosémide 20mg 1cp 2fois par jour, avec un control hebdomadaire.
- Un Toni- cardiaque : Digoxine en soluté pédiatrique : dont les effets respecte la règle des trois R : ralenti, régularise et renforce 04 mg/kg 2 fois par jour.
- Un vasodilatateur veineux : qui facilite le travail du cœur.

L'animal a été revu une semaine après. Une nette amélioration a été observée.

III.2.DEUXIEME CAS

III.2.1.PRESENTATIO

Prélude une chienne âgée de 10 ans, de race berger allemand qui vit en collectivité. Elle a été présentée en consultation au niveau service clinique canine de l'école national supérieure vétérinaire pour une distension abdominale. Il est rapporté que cette dernière a été constatée 21 jours avant et qu'elle faisait probablement suite à une constipation.

Les traitements mis en place ont été : **Charbon** et **Norgolax**.

Le propriétaire rapporte aussi que la chienne avait une difficulté à respirer, qu'elle était fatiguée et toujours constipée.

III.2.2.EXAMEN CLINIQUE

Nous avons observé un poil terne, cassant, un mauvais état général avec un abdomen distendu.

A l'auscultation nous avons révélé une fréquence cardiaque de 100 btm/min avec un rythme irrégulier et un pouls filant. la fréquence respiratoire est de 32 mvt/min suivi par une dyspnée inspiratoire. la température rectale est de 37°,2°C. Les muqueuses étaient pâles

La palpation abdominale montre une réaction douloureuse et confirme la dilatation et abdominale.

La percussion abdominale a révélé un signe de flot positif.

III.3.3.EXAMENS COMPLEMENTAIRES

Abdominocentèse : cette technique a permis de prélever le liquide d'épanchement qui avait un aspect séro-hémorragique.

Liquide de ponction :

- Aspect : liquide d'aspect hémorragique.
- Taux de protéines totales : 30,33 g/l.
- Nature : exsudat inflammatoire.

III.3.4.HYPOTHESES DE DIAGNOSTIC :

Nous avons émis les hypothèses suivantes :

- une gestation.
- Un pyomètre a col fermé.
- une glomérulopathies.
- une insuffisance cardiaque.

III.3.5.TRAITEMENT :

Une ponction abdominale ainsi qu'une fluidothérapie en été faite palace, dans le but de stabiliser l'état de l'animal. Un diurétique a été administré.

L'animal devrait être vu le lendemain pour d'autres explorations dans le cadre de poser un diagnostic étiologique définitif, mais il n ya pas eu de suites.

III.3. TROISIEME CAS

III.3.1.PRESENTATION

Beauty Un chien de race caniche âgé de 12ans. Il a été présenté en consultation au niveau du service de médecine canine de l'école nationale supérieure vétérinaire pour une toux et accélération du rythme respiratoire

Le propriétaire a remarqué que son chien présente depuis six mois une toux et une dyspnée qui ne cesse de s'accroître.

III.3.2.EXAMEN CLINIQUE

Nous avons révélé une tachycardie, accompagnée d'une tachypnée et une température rectale de 39 ,5°C. Les muqueuses sont rosâtres

III.3.3.EXAMENS COMPLEMENTAIRES

Radiographie : ils ont réalisé deux radiographies ; une abdominale de profil et thoracique de profil.

Le cliché abdominal a montré une splénomégalie ainsi qu'une hépatomégalie. Nous ne pouvons confirmer la présence d'ascite sur le négatif.



Figur06 : Radiographie de face de l'abdomen (ENSV originale2011)

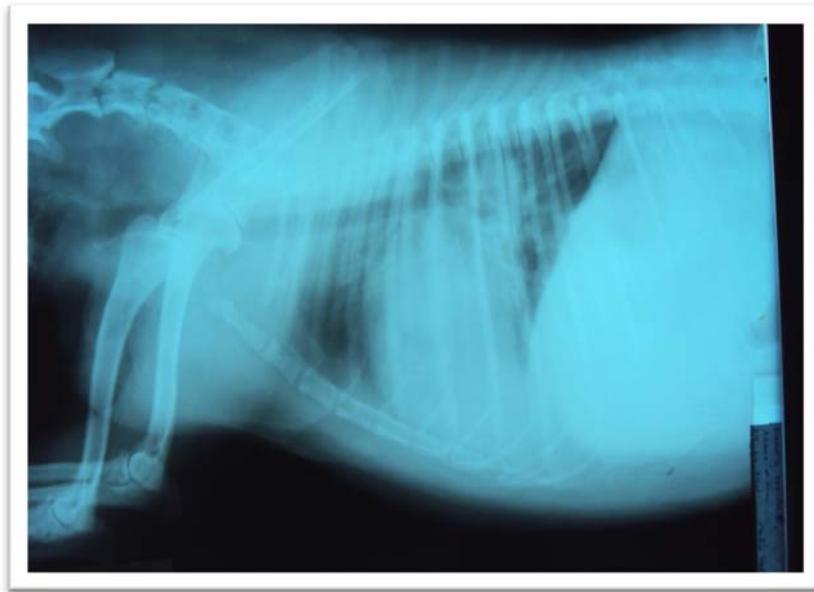


Figure07 : Radiographie de face de la cage thoracique (ENSV originale 2011)

La radiographie thoracique montre clairement une cardiomégalie, avec présence d'œdème pulmonaire défini par une opacité diffuse formant un voile sur le champ pulmonaire.

Conclusion : une insuffisance cardiaque, une hépatomégalie ainsi qu'une splénomégalie ont été confirmés

Le pronostic vital de ce chien était réservé. L'aspect chronique des symptômes rendait le traitement étroitement lié à la disponibilité du propriétaire, qui a préféré avoir recours à l'euthanasie de son chien.

Les résultats après l'autopsie ont confirmé

- la présence d'un épanchement abdominal.
- cardiopathie.
- hépatomégalie.
- splénomégalie.

III.4 .QUATRIEME CAS

III.4.1.PRESENTATION

Rita est une chienne de race berger belge âgé de 8 ans. Elle a été présentée en consultation au niveau service clinique canine de l'école nationale supérieure vétérinaire pour un manque d'appétit, vomissement et la présence d'un écoulement vaginal hémorragique.

Les écoulements vaginaux et les vomissements sont apparus depuis une semaine et les vomissements sont d'une moyenne de deux fois par jour

III.4.2.EXAMEN CLINIQUE

On observe une cachexie, un mauvais état général avec un abdomen distendu.

A l'auscultation nous avons constaté une fréquence cardiaque est de 110 btm/min avec un rythme régulier, une fréquence respiratoire est de 32 mvt/min et une température rectale de 37,7°C. Les muqueuses oculaires congestionnées, buccale et vulvaire étaient roses pales.

La palpation abdominale a confirmé la dilatation qui accompagne par une douleur.

La percussion abdominale a révélé un signe de flot positif.

III.4.3.EXAMENS COMPLEMENTAIRES

III.4.3.1.Abdominocentese : Cette technique a permis de prélever le liquide d'épanchement de nature exsudat hémorragique.

III.4.3.2.Radiographie : nous avons réalisé une radiographie abdominale, incidence de profil et sans préparation. Nous avons obtenus une image avec un gris diffus qui masque tous les organes abdominaux.

III.4.3.3.Echographie : Le pyomètre est donc confirmé par la visualisation de nombreux kystes de grande taille dans tout l'utérus, paroi utérine irrégulière et un endomètre hypertrophique. Un contenu utérin de caractéristique hypoéchogènes est également visible

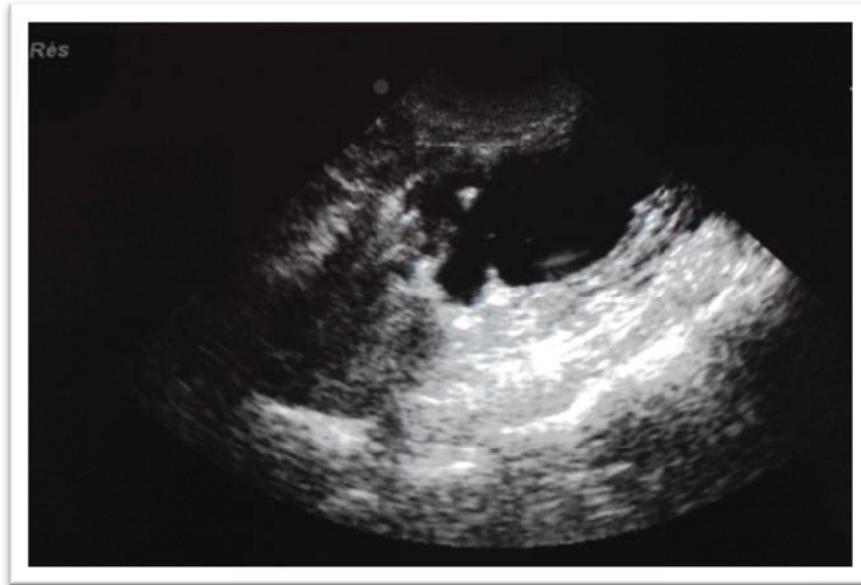


Figure08 : ENSV , Original, clinique canine 2011

L'échographie a révélé la présence du liquide au niveau des trompes, les organes abdominaux baignant dans un liquide, la vessie est semi remplie.

Conclusion : le diagnostic était un pyomètre à col ouvert. Le pronostic était réservé ; l'animal était en très mauvais état général.

III.4.5.TRAITEMENT

Le premier geste pour traiter cette chienne présentant un pyomètre est la mise en place d'une fluidothérapie, afin de corriger la déshydratation et éventuellement l'état de choc et la souffrance rénale. pour cela nous avons utilisés du chlorure de sodium 0,9%

Débit : Besoins d'entretien + correction de la déshydratation.

Soit **Débit : 60mL/kg/jr (soit 2,5mL/kg/h) + % déshydratation x poids en kg.**

Des antibiotiques à large spectre étaient administrés

Les répercussions organiques induites par le pyomètre résultent d'une libération systémique de toxines accompagnant la prolifération de bactéries au sein de la matrice utérine. L'urgence consiste alors à freiner cette prolifération et à retirer le matériel purulent d'où a découlé la décision des chirurgiens de pratiquer une (ovariohystérectomie)
Le poids de la matrice après l'ablation est de 04 kg.

VI. Conclusion :

L'épanchement abdominal est une affection qui possède une symptomatologie particuliers, ce qui n'est pas suffisant pour déterminer l'étiologie principale .l'examen clinique et l'examen complémentaire sont nécessaire pour confirmer le diagnostic

Parmi les examens complémentaires l'abdominocentèse est toujours nécessaire pour la détermination de la nature du liquide ponctionné cependant l'utilisation d'autres examens complémentaire tels que la radiographie et l'échographie est indispensable pour le diagnostic de confirmation et étiologique.

La prise en charge des chiens atteints, doit être rapide afin d'éviter l'installation de l'état de choc. Cette prise en charge comprend l'application d'une ponction abdominale, l'administration de diurétique et de corticoïdes.

LISTE D'ABREVIATIONS

1. EDTA : éthyle diamine tétra acétique
2. bat/min : battement par minute.
3. mvt/min : mouvement par minute.
4. g/l : gramme par litre.
5. mg/l : milligramme par litre.
6. mg/kg : milligramme par kilogramme.
7. ml : millilitre.
8. Mg : milligramme.
9. Cp : comprimé
10. Kg : kilogramme.
11. cc : centimètre cube.
12. Na cl : chlore de sodium.
13. % : pourcentage.

Liste des figures

Figure1 : radiographie de profil de la cage thoracique	6
Figure2 : Image ultra sans de la thrombose caudal de la veine cave	7
Figure3 : ENSV. Clinique canine original, 2011.....	13
Figure4 : ENSV. Clinique canine original, 2011	14
Figure5 : radiographie thoracique de profil (ENSV clinique canine Original, 2011).....	15
Figure6 : Radiographie de face de l'abdomen (ENSV originale2011.....	19
Figure7 : Radiographie de face de la cage thoracique (ENSV originale 2011).....	20
Figure8 : ENSV, Original, clinique canine 2011.....	22

Liste de tableau

Tableau01 : Diagnostic différentiel d'un épanchement abdominal	09
Tableau02 : Hypothèse de diagnostic différentiel d'un épanchement abdominal.....	10

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

BARR F., (1990) Diagnostic ultrasound in the dog and the cat. London: Library of veterinary. Cardiologie par R.Rullière, 4eme Edition.

Fabrice HEBERT ; Guide pratique de Médecine interne canine et féline, 2006, 2eme édition.

Flood JA,et al . Improvement in myocardial dysfunction in a hypothyroid dog. Can Vet J. 2009

GOGNY.M la manuelle du vétérinaire édition tsunami 2009 page 2873 par 3045

H.G. Niemand et P.F Suter, Guide pratique de la clinique canine. Edition VICO, 1992, page556.

James FE, et al. Ascites due to pre-sinusoidal portal hypertension in dogs:. 2008 May.

Jinks J. Pericardial effusion in a mixed breed dog.Can Vet J. 2001.

MA, Fowler D,et al. Segmental aplasia of the caudal vena cava in a dog. Can Vet J. 2002

MORGAN J.P.et al. Le Point Vétérinaire. (1981) page218.

Park IC,et al, Pentalogy of Fallot in a Korean Sapsaree dog. 2007 Jan .

Physio-pathologie,université d'alger . institut des sciences medicale ; 1982 .

practice.Blackwell Scientific Publication.

R.fabre,G.rougier , 1965, physiologie médicale, 5eme édition, pages 394-395

Sophie Verhelst ,Livre d'examen complémentaire, , page : 93-100.

REFERENCES WEBOGRAPHIQUE

JA FLOOD, JP HOOVER. Département des sciences vétérinaires cliniques, Centre de sciences de la santé vétérinaire, Université d'Etat de l'Oklahoma, Stillwater, Oklahoma 74078, USA.

drjflood@earthlink.net

J. HERNANDEZ Dipl. ACVIM Service de médecine interne C.H.V. Frégis 43 av. Aristide Briand 94110 Arcueil (jhernandez@fregis.com)

J. HERNANDEZ Dipl. ACVIM

http://www.hemobartonellose;canine.com/IMG/pdf/Maladies_Hepatiques_Chroniques_Du_Chien_Et_Du_Chat.pdf

<http://www.academie-veterinaire-defrance.org/academie/2010/hernandez.pdf>

H TOMIYASU, ET AL. Département de Médecine Interne vétérinaire, Ecole supérieure des sciences de l'agriculture et de la Vie, de l'Université de Tokyo, au Japon., 2009. consulter le 31/03/2010 ,(pubmed)

LEDUC D, A. DE TROYER ; Laboratoire de physiologie cardio-respiratoire, Brussels School of Medicine, Bruxelles, Belgique.(pubmed)

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- BARR F., (1990) Diagnostic ultrasound in the dog and the cat. London: Library of veterinary. Cardiology par R.Rullière, 4eme Edition.
- Fabrice HEBERT ; Guide pratique de Médecine interne canine et féline, 2006, 2eme édition.
- Flood JA,et al . Improvement in myocardial dysfunction in a hypothyroid dog. Can Vet J. 2009
- GOGNY.M la manuelle du vétérinaire édition tsunami 2009 page 2873 par 3045
- H.G. Niemand et P.F Suter, Guide pratique de la clinique canine. Edition VICO, 1992, page556.
- James FE, et al. Ascites due to pre-sinusoidal portal hypertension in dogs:. 2008 May.
- Jinks J. Pericardial effusion in a mixed breed dog.Can Vet J. 2001.
- MA, Fowler D,et al. Segmental aplasia of the caudal vena cava in a dog. Can Vet J. 2002
- MORGAN J.P.et al. Le Point Vétérinaire. (1981) page218.
- Park IC,et al, Pentalogy of Fallot in a Korean Sapsaree dog. 2007 Jan .
- Physio-pathologie,université d'alger . institut des sciences medicale ; 1982 .
- practice.Blackwell Scientific Publication.
- R.fabre,G.rougier , 1965, physiologie médicale, 5eme édition, pages 394-395
- Sophie Verhelst ,Livre d'examen complémentaire, , page : 93-100.

REFERENCES WEBOGRAPHIQUE

JA FLOOD, JP HOOVER. Département des sciences vétérinaires cliniques, Centre de sciences de la santé vétérinaire, Université d'Etat de l'Oklahoma, Stillwater, Oklahoma 74078, USA.

drjflood@earthlink.net

J. HERNANDEZ Dipl. ACVIM Service de médecine interne C.H.V. Frégis 43 av. Aristide Briand 94110 Arcueil (jhernandez@fregis.com)

J. HERNANDEZ Dipl. ACVIM

http://www.hemobartonellose;canine.com/IMG/pdf/Maladies_Hepatiques_Chroniques_Du_Chien_Et_Du_Chat.pdf

<http://www.academie-veterinaire-defrance.org/academie/2010/hernandez.pdf>

H TOMIYASU, ET AL. Département de Médecine Interne vétérinaire, Ecole supérieure des sciences de l'agriculture et de la Vie, de l'Université de Tokyo, au Japon., 2009 .consulter le 31/03/2010 ,(pubmed)

LEDUC D, A. DE TROYER ;Laboratoire de physiologie cardio-respiratoire, Brussels School of Medicine, Bruxelles, Belgique.(pubmed)

Résumé :

L'épanchement abdominal est l'accumulation de liquide dans la cavité péritonéale. Cette affection possède cependant une symptomatologie particulière qui doit être connue de tout praticien et l'application d'une bonne propédeutique permet aisément d'en faire le diagnostic étiologique.

La réalisation d'une radiographie, échographie et une abdominocentèse sont des examens indispensables dans le diagnostic d'une ascite et le diagnostic étiologique.

Summary:

The abdominal effusion is the accumulation of fluid in the peritoneal cavity. This condition, however, has a particular symptom that must be known to all practitioners and application of good propaedeutic makes it easy to make etiological diagnosis.

The realization of an X-ray, ultrasound and abdominocentèse are necessary examinations in the diagnosis of ascites etiology and diagnosis.

ملخص :

والانصباب في البطن هو تراكم السائل في التجويف البريتوني هذا الشرط ، لكن لديه أعراض معينة يجب أن تكون معروفة لجميع الممارسين وتطبيق تمهيدي جيد يجعل من السهل إجراء التشخيص المسببة إعمال الموجات فوق الصوتية والأشعة هيالفحوصات اللازمة في تشخيص مسببات استسقاء والتشخيص