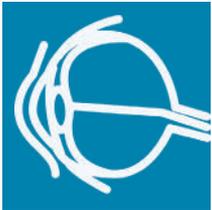


# Rhinite idiopathique

## Intérêt de la tomодensitométrie pour le diagnostic

Les rhinites sont un défi diagnostique pour le praticien. Volontiers chroniques, elles nécessitent un abord rigoureux. Les progrès de l'imagerie permettent désormais de faciliter la démarche afin de proposer si possible un traitement étiologique, médical et/ou chirurgical.



**Marc LECLERC**  
Docteur vétérinaire  
Assistant spécialisé en chirurgie  
Vetagro-Sup  
Campus Vétérinaire de Lyon

Django est régulièrement vacciné mais ne reçoit pas de traitement contre les parasites internes. Il vit en appartement avec un autre chat. Il est nourri avec des croquettes à volonté. Des troubles cutanés sans plus de précision sont les seuls antécédents médicaux rapportés par sa propriétaire.



Django est un chat exotique shortair stérilisé de 18 mois présenté à la consultation de pneumologie de l'ENVL pour troubles obstructifs des voies respiratoires supérieures.

### Anamnèse

Depuis que ses propriétaires l'ont acquis à l'âge de 3 mois, Django a présenté un cornage, des éternuements, du jetage, le tout associé à une gêne lors des prises de nourriture et de boisson. Un premier traitement à base d'antibiotique per os, six mois auparavant, n'a eu pour effet que de fluidifier le jetage. Trois mois plus tard, en septembre 2009, une première consultation en médecine interne à L'ENVL a donc eu lieu dans le but d'explorer les problèmes respiratoires de Django. Des recherches par PCR de calicivirus, herpèsvirus et *Chlamydia* s'avèrent négatives. Il est alors placé sous inhalations à base de gentamicine (Gentaline®), d'un corticoïde (Pulmicort®), de mucolytique (Mucomyst®) et d'un décongestionnant (Gomenol®), pendant 20 minutes, 3 fois par jour. Une amélioration passagère est observée mais survient une dégradation progressive. L'animal est de nouveau présenté.

### Examen clinique d'admission

Lors de son examen clinique, Django est vigile et alerte. Il présente de l'embonpoint avec un score corporel estimé à 4/5. Il est normotherme et ne présente pas de signe

de déshydratation. L'examen de l'appareil respiratoire montre en premier lieu une dyspnée inspiratoire marquée associée à un cornage, l'auscultation confirmera que son origine provient des voies respiratoires supérieures. On note une sévère sténose des narines, un jetage bilatéral muco-purulent abondant et un épiphora bilatéral. Le reste des systèmes investigués lors de l'examen clinique ne révèle pas d'anomalie.

### Hypothèses diagnostiques

La diminution de la perméabilité des voies respiratoires supérieures peut être liée à des malformations anatomiques congénitales telles qu'une sténose des narines et/ou des choanes, une malformation du septum nasal, un déplacement et/ou un allongement du voile du palais, un collapsus laryngé. Une complication inflammatoire (rhinite ou sinusite) est probable.

### Examens complémentaires

Une endoscopie des cavités nasales et de la sphère oropharyngée est réalisée sous anesthésie générale (prémédication : butorphanol 0,3 mg/kg et midazolam 0,3 mg/kg, induction : propofol 4 mg/kg et entretien à l'isoflurane). L'exploration révèle un remaniement marqué des cornets nasaux associé à une inflammation sévère (photo 2). La visualisation du septum nasal n'est pas possible lors de la rhinoscopie antérograde du fait de l'œdème des cornets. L'exploration du larynx ne révèle pas d'anomalie fonctionnelle ou conformationnelle (photo 3). Des biopsies de la muqueuse à des fins histologiques et bactériologiques sont effectuées au cours de l'examen. Les résultats mettent en évidence la présence de *Bordetella bronchiseptica*.



Remaniement marqué des cornets nasaux associé à une inflammation sévère.



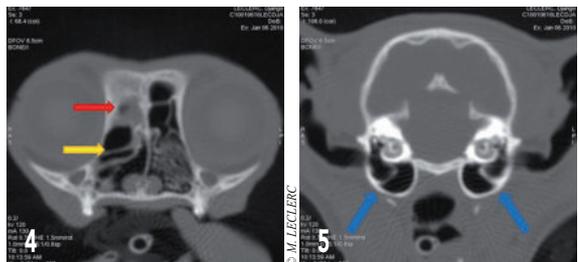
Absence d'anomalie conformationnelle et fonctionnelle du larynx.

Grâce à l'endoscopie nous avons pu déduire que Django

est atteint d'un syndrome obstructif des voies respiratoires supérieures avec sténose des narines, associé à une rhinite proliférative et obstructive. Django est rendu à ses propriétaires sous doxycycline 10 mg/kg/j et prednisolone 0,25 mg/kg/j, le tout pendant 3 semaines. Un rendez-vous est également pris pour un examen tomodensitométrique afin d'objectiver de manière plus approfondie l'ensemble de la sphère ORL, ce qui ne peut être fait directement après l'endoscopie en raison de l'inflammation provoquée par cet examen.

## Examen tomodensitométrique

Trois semaines plus tard, un examen tomodensitométrique de la sphère ORL et du thorax est pratiqué sur Django. Les images mettent en évidence une rhinite érosive d'intensité modérée latéralisée à droite, compatible avec un processus inflammatoire dont l'origine reste à déterminer (photo 4) ; une absence d'anomalie visible en regard des bulles tympaniques (photo 5) et du thorax ; et aucun argument en faveur d'un polype nasopharyngé.



Flèche jaune : ostéolyse modérée des cornets nasaux associée à une discrète augmentation de la muqueuse nasale signalée par la flèche rouge.

Flèches bleues : les bulles tympaniques ont un contenu aérien et leurs parois ne sont pas épaissies.

## Plan thérapeutique

Le traitement proposé aux propriétaires de Django est chirurgical : il consistera en une intervention de correction de la sténose des narines. Le pronostic postopératoire est généralement bon.

## Evolution post-opératoire

Dès son retour du bloc opératoire, il est à noter que Django ne présente plus de dyspnée ni de cornage, il sera rendu le soir même à sa propriétaire sans traitement médical.

Deux semaines plus tard, Django est présenté pour suivi et retrait des points. Son état s'est nettement amélioré.

Aujourd'hui, il ne présente plus de jetage, de cornage ou autre difficulté respiratoire.

## Discussion

Django est présenté en consultation pour deux symptômes prédominants que sont la dyspnée inspiratoire et le jetage. Il est important de savoir interpréter avec précaution ces manifestations, ce qui permettra d'orienter les hypothèses diagnostiques et de choisir les examens complémentaires appropriés.

En effet, il est essentiel de savoir qualifier la dyspnée pour pouvoir l'interpréter au mieux. En temps normal, les temps respiratoires sont plus ou moins égaux, avec le temps inspiratoire sensiblement plus court (3/7) que le temps expiratoire (4/7). Etiologiquement, la dyspnée peut être obstructive lors de la présence d'un obstacle sur les voies respiratoires, ou restrictive lors d'un déficit respiratoire provoqué par une diminution du tissu pulmonaire fonctionnel (réel ou relatif comme par exemple lors de fractures de côte). Elle se traduit essentiellement dans ce cas par de l'hyperventilation. Une dyspnée inspiratoire sera principalement issue d'une obstruction des voies respiratoires supérieures ou d'une atteinte pleurale ou diaphragmatique, alors qu'une atteinte des voies respiratoires profondes aura pour conséquence une dyspnée expiratoire. Ce phénomène trouve son explication dans les rapports de pression existants au cours des différents temps de la respiration. L'inspiration résulte essentiellement d'un phénomène actif par la contraction des muscles intercostaux, et du diaphragme qui repousse les organes abdominaux. Il en résulte une pression fortement négative dans la cavité thoracique dans laquelle l'air s'engouffre via les voies respiratoires supérieures. Un phénomène obstructif de ces voies aura donc pour conséquence de rendre encore plus active l'inspiration. L'expiration quant à elle est un phénomène passif résultant de la restitution de l'énergie accumulée au cours de l'inspiration. Lors de ce temps respiratoire, la pression régnant dans le thorax est supérieure à la pression atmosphérique. Si l'expiration devient active cela traduira un phénomène obstructif ou restrictif des voies respiratoires inférieures. La meilleure technique pour différencier et qualifier la dyspnée est d'observer avec attention la respiration de l'animal et de respirer en même temps que lui.

Le jetage est le deuxième symptôme rencontré ici. Sa description doit comporter sa nature (séreux, muqueux, muco-purulent, plus ou moins hémorragique), son volume (rare ou abondant), sa fréquence (permanant ou intermittent), sa localisation (unilatéral ou bilatéral) et son évolution. Lorsque le jetage est constitué uniquement de sang, on le dénomme épistaxis. A ces caractères s'ajoutent d'éventuels signes associés tels qu'une dépigmentation de la truffe dans le cadre de l'aspergillose, une

déformation plus ou moins localisée de la face, un épiphora, des ronflements, des étternuements, une dyspnée plus ou moins importante, parfois de la toux, éventuellement une dysphonie, des expectorations ou encore une hémoptysie. Le jetage peut résulter d'une affection locale de la cavité nasale et/ou des sinus. Mais il peut aussi être le signe extérieur d'une affection plus profonde telle qu'une bronchopneumonie, voire systémique lors de coagulopathies.

Nous sommes ici en présence d'un jetage bilatéral muqueux et parfois purulent, abondant et chronique sans répercussion sur l'état général. Ce type de jetage est caractéristique des races brachycéphales. Il résulte d'une affection obstructive des voies respiratoires supérieures telle qu'une sténose des narines, une longueur excessive du voile du palais, l'éversion des ventricules laryngés, voire un collapsus trachéal. Ce type de jetage peut chez le chat être évocateur de polypes nasopharyngés provoquant une obstruction de la cavité nasale et un ronflement qui se modifie en fonction de la position de la tête, mais aussi de rhinites lymphoplasmocytaires ou encore de lymphome nasal.

Après l'interprétation des symptômes vient le temps du choix des examens complémentaires qui devront être pertinents et nous permettre de parvenir au diagnostic lorsque cela est possible. Nous avons à notre disposition plusieurs examens d'imagerie dont nous ne retiendrons que l'endoscopie et la tomodensitométrie.

En effet, une récente étude<sup>1</sup> démontre que 30 % des chats atteints de rhinites chroniques ont également des atteintes de la bulle tympanique. Ainsi, des anomalies anatomiques ou fonctionnelles des trompes d'Eustache pourraient jouer un rôle majeur dans les affections des cavités nasales, sans pour autant qu'il n'y ait de manifestation clinique d'atteinte de l'oreille.

Ce diagnostic est essentiel pour le choix du traitement et l'obtention de résultats optimaux. La tomodensitométrie est une technique d'imagerie médicale beaucoup plus précise que la radiographie : elle est rapide, non invasive, permet une visualisation précise en profondeur du fait de la désuperposition des structures, et offre, à l'inverse de l'IRM, la possibilité de reconstitutions tridimensionnelles.

Il est aussi intéressant de coupler l'examen tomodensitométrique à l'endoscopie qui, quant à elle, permet une visualisation des anomalies conformationnelles et fonctionnelles, ainsi que la possibilité de réaliser des biopsies.

Il ressort d'une étude récente<sup>4</sup> que l'association de tech-

niques d'imagerie médicale et de médecine instrumentale telles que la tomodensitométrie et l'endoscopie avec biopsies permet d'obtenir le meilleur pourcentage de diagnostic étiologique. Il faut cependant veiller à ce que les examens soient faits dans un ordre précis. Hormis lors de suspicion d'un corps étranger ou de cryptococcose (auxquels cas l'endoscopie pourra être thérapeutique) la tomodensitométrie devra intervenir avant l'endoscopie pour éviter que les lésions occasionnées par cette dernière ne dégradent la qualité des images.

Les différentes études disponibles<sup>3, 4</sup> sur les causes de rhinites chroniques chez le chat sont à interpréter avec délicatesse. En effet, certaines sont issues de centres de référés et ne sont donc pas réellement représentatives de ce qui est rencontré en pratique courante (biais de recrutement). Il ressort malgré tout que les deux atteintes les plus fréquemment rencontrées restent les processus néoplasiques (carcinomes ou lymphomes) et la rhinite chronique idiopathique.

En conclusion, nous devons retenir que les animaux présentés pour troubles respiratoires chroniques nécessitent une approche clinique systématique et minutieuse afin de choisir des examens complémentaires appropriés pour parvenir au diagnostic anatomique voire étiologique. Le traitement de la cause restant évidemment la seule et unique solution pour arriver à bout de la pathologie. ■

*L'auteur et la rédaction remercient  
le Dr. L. GUILBAUD du service de médecine interne  
du campus vétérinaire de Lyon (VetAgro-Sup),  
le Dr. T. Chuzel de Voxscan et le Dr. P. Maitre  
du service de chirurgie du campus vétérinaire de Lyon  
(VetAgro-Sup).*

#### Bibliographie

1. Detweiler, David A, et al. Computed tomographic evidence of bulla effusion in cats with sinonasal disease : 2001-2004. *Journal of veterinary internal medicine*. 2006 (20), 5, pp. 1080-1084.
2. Kuehn, Ned F. Chronic rhinitis in cats. *Clinical techniques in small animal practice*. 2006 (21), pp. 69-75.
3. Henderson SM, Bradley K, Day MJ, Tasker S, Caney SM, Hotston Moore A, Gruffydd-Jones TJ. Investigation of nasal disease in the cat - a retrospective study of 77 cases. *J Feline Med Surg*, 2004;6:245-57.
4. Demko JL, Cohn LA. Chronic nasal discharges in cats : 75 cases (2003-2004). *J Am Vet Med Assoc*. 2007;230:1032-7.