

# Jetage et port de tête penché chez un Maine coon

## Approche diagnostique et thérapeutique

Les otites moyennes ne sont pas toujours des complications d'otites externes. Chez le chat en particulier il est possible de trouver simultanément des atteintes de la bulle tympanique et des voies respiratoires supérieures. D'où une association de signes cliniques et la nécessité de procéder à une investigation la plus complète possible pour obtenir le diagnostic étiologique et lui associer un traitement optimal.



**Yoann Jouannet**  
Étudiant vétérinaire  
Vetagro-Sup Campus  
Vétérinaire de LYON



**Marc Leclerc**  
DMV  
Ancien Interne et assistant  
du service de chirurgie  
Vetagro-Sup Campus  
Vétérinaire de LYON  
Clinique RIC et RAC  
06110 LE CANNET  
[dr.marcleclerc@hotmail.fr](mailto:dr.marcleclerc@hotmail.fr)

Grizzly, chaton Maine coon de trois mois, mâle non castré, est correctement vacciné et vermifugé. Il vit en appartement avec un autre chat qui ne présente aucun signe clinique.



Grizzly est un chat Maine coon mâle non castré de 3 mois amené en consultation d'urgence à la clinique vétérinaire RIC et RAC au Cannet (06) pour un port de tête anormal d'apparition aiguë.

tête penché du côté droit. Aucune anomalie n'est révélée par l'examen neurologique. L'examen du canal auditif externe révèle quant à lui la présence de cérumen en quantité discrète.

### Hypothèses diagnostiques

Au vu de l'examen clinique, une atteinte de l'appareil respiratoire supérieur peut être fortement suspectée. Le port de tête penché sans signe neurologique nous oriente quant à lui vers un syndrome vestibulaire périphérique à droite très probablement lié à une atteinte de l'oreille moyenne. La principale hypothèse diagnostique est donc une rhinite d'origine bactérienne ou virale associée à un syndrome vestibulaire périphérique à droite. Les rhinites infectieuses sont le plus souvent dues aux Herpesvirus (FHLV1), Calicivirus et *Chlamydomphila*. Elles peuvent être également mycosiques (*Cryptococcus neoformans*) allergiques, lymphoplasmocytaires, idiopathiques et chroniques hyperplasiques ; l'existence de polypes nasopharyngés pouvant également chez le jeune chat être à l'origine des symptômes. L'hypothèse néoplasique est dans un premier temps écartée au vu du jeune âge de l'animal.

### Évolution

Un traitement est mis en place à base d'enrofloxacin 5 mg / kg une fois par jour pendant 21 jours, une injection de prednisolone à la dose anti-inflammatoire de 0,5 mg / kg est réalisée ainsi que la poursuite des inhalations de Perubor® auxquelles de la gentamicine est rajoutée. Un contrôle est fait 4 jours plus tard. Grizzly n'a plus de jetage cependant le port de tête penché persiste.

### Examens complémentaires

#### Radiographie

Une radiographie des bulles tympaniques est réalisée sous anesthésie générale et permet de noter la présence d'une augmentation de la radiodensité de la bulle tympanique droite comparée à la gauche (photos 2 et 3). Une otoscopie vidéo assistée est alors programmée dans le but d'investiguer l'intégrité du tympan.

#### Otoscopie

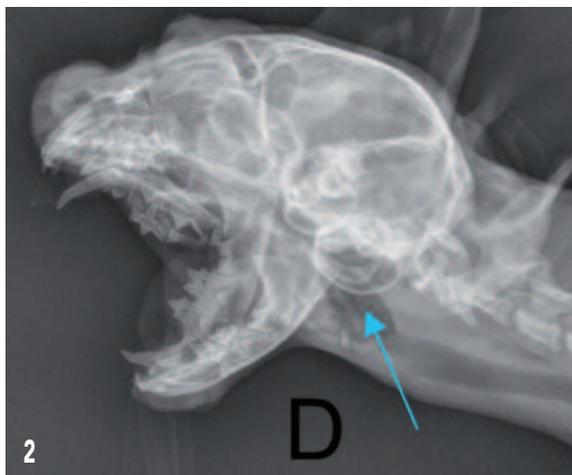
Une otoscopie vidéo-assistée de l'oreille droite est réalisée sous anesthésie générale (prémédication : buprénorphine à 20 µg / kg, dexmédétomidine à 10 µg / kg, induction :

### Anamnèse

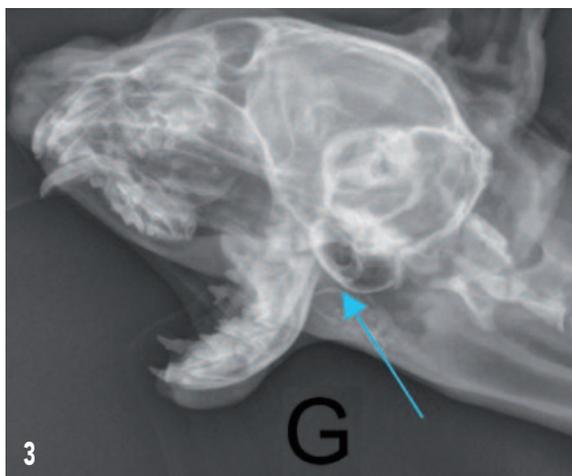
Suite à son acquisition, Grizzly a présenté un épisode d'éternuements associé à du jetage. Les propriétaires l'ont alors amené chez un vétérinaire qui a diagnostiqué une rhinite. Il s'est vu prescrire du méloxicam ainsi que des inhalations à base de Perubor®. Face à l'absence d'amélioration et à l'apparition soudaine d'un port de tête penché sur le côté droit il est amené en urgence à la clinique RIC et RAC au Cannet (06).

### Examen lors de l'admission

À l'examen clinique Grizzly est désorienté. Il n'a pas de fièvre, de signes de déshydratation ni d'adénomégalie. Grizzly présente un jetage mucopurulent avec perte de la perméabilité de la narine droite. L'auscultation pulmonaire est sans anomalie. En outre, il présente un port de

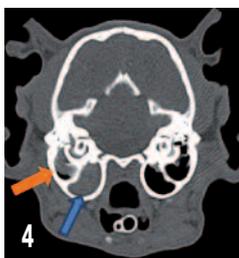


On note l'opacification liquidienne de la bulle tympanique droite (flèche).

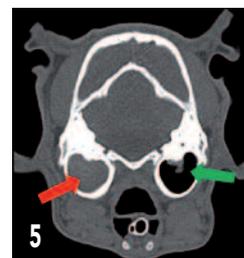


On note l'opacification aérique de la bulle tympanique gauche (flèche).

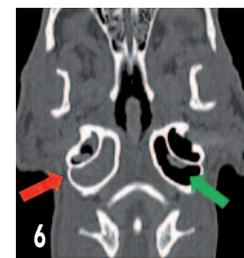
que la présence d'un élément tissulaire visible dans le compartiment ventro-médial de la bulle tympanique gauche. On note également un épaississement de la paroi de la bulle tympanique droite.



Coupe transversale, les compartiments dorso-latéral (flèche orange) et ventro-médial (flèche bleue) de la BT droite présentent une densité liquidienne. On note également une augmentation de l'épaisseur des parois de la BT droite.



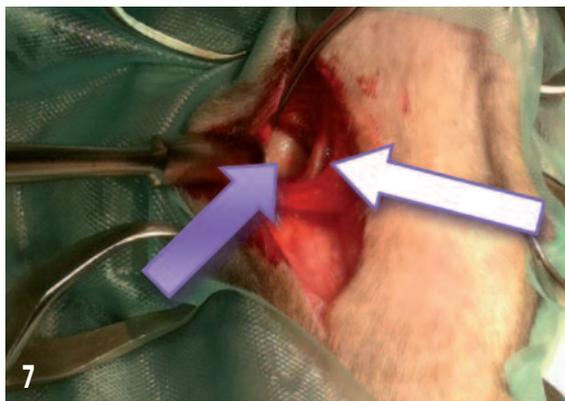
Coupe transversale, densité liquidienne de la BT droite (flèche rouge) et présence d'un élément polypoïde dans le compartiment ventro-médial de la BT gauche (flèche verte).



Coupe frontale, densité liquidienne des 2 compartiments de la BT droite (flèche rouge) et présence d'un élément polypoïde dans le compartiment ventro-médial de la BT gauche (flèche verte).

## Traitement

Le traitement proposé aux propriétaires de Grizzly est chirurgical. Un abord ventral de la bulle tympanique droite est pratiqué. Le chat est placé en décubitus dorsal. La palpation de la bulle tympanique peut être réalisée au travers des structures sous cutanées, elle peut également être localisée en prenant comme point de repère le triangle formé par le larynx, la symphyse mandibulaire et le bord caudal de la mandibule. Une incision de la peau et du muscle peaucier de 4 centimètres est pratiquée en région paramédiane du larynx. L'artère linguale et la veine linguofaciale sont préservées et rétractées médialement. Les muscles digastrique et mylohyoïdiens sont séparés et les muscles hyoglosse et styloglosse sous-jacents sont latéralisés. Le nerf hypoglosse est préservé latéralement. On accède alors à la bulle tympanique (photo 7).



Accès au compartiment ventro-médial de la bulle tympanique (flèche violette). Le nerf hypoglosse est identifié et préservé (flèche blanche).

propofol à 4 mg / kg, entretien à l'isoflurane). Elle révèle une rupture tympanique et la présence d'un nodule polypoïde qui est retiré. Un examen cytologique du conduit auditif est réalisé mais celui-ci ne permet pas la mise en évidence de bactérie ou de levure. Le compartiment dorsolatéral de la bulle tympanique est abondamment rincé. Grizzly est alors mis sous prednisolone à dose anti-inflammatoire pendant 2 jours et enrofloxacin 5 mg / kg. Son plan thérapeutique prévoit le nettoyage de l'oreille (Epi-otic®) 2 fois par jour pendant 7 jours.

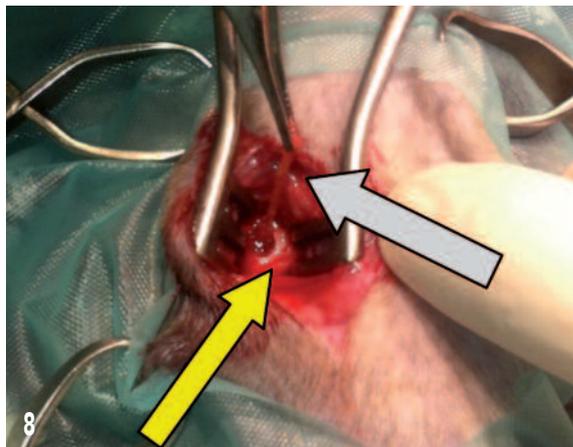
Une amélioration transitoire du port de la tête est constatée par le propriétaire. L'examen du conduit auditif externe de contrôle ne révèle pas d'anomalie. Un examen tomodensitométrie est alors prévu afin d'explorer les bulles tympaniques dans leur intégralité.

### Examen tomodensitométrie (scanner)

Il est mis en évidence une otite moyenne marquée concernant les deux compartiments de la bulle tympanique droite caractérisée par un contenu liquidien ainsi

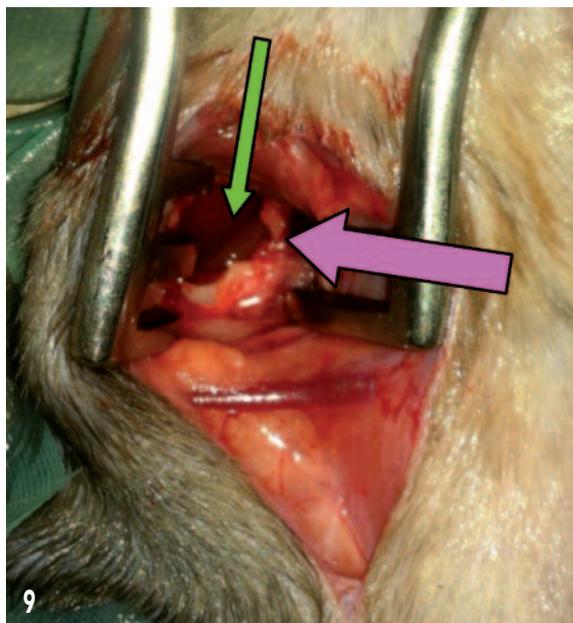
Une élévation du périoste est pratiquée. La bulle tympanique est forée avec des broches de diamètre croissant pour éviter son affaissement en cas d'infection sous-jacente. Un liquide séro-muqueux jaillit dès la perforation, l'accès

est alors agrandi à l'aide d'un rongeur. Une grande quantité de mucus est extraite du compartiment ventromédial (photo 8).



Contenu muqueux (flèche grise) extrait du trou de forage (flèche jaune).

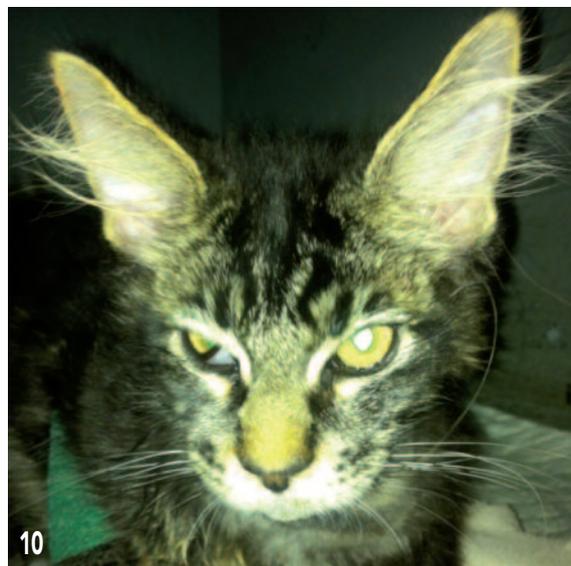
La bulle tympanique est ensuite curetée avec précaution. Grâce à la même technique, une perforation du septum séparant les deux compartiments est réalisée (photo 9). On retire de nouveau un contenu séro-muqueux. Des prélèvements en vue d'une analyse bactériologique qui reviendront stériles sont pratiqués avant de procéder à un rinçage abondant par du sérum physiologique tiédi. Les différents plans musculaires sont suturés sans poser de drain.



Visualisation de l'intérieur de la BT après agrandissement du trou de forage du compartiment ventro-médial (flèche rose) et du septum (flèche verte).

## Évolution postopératoire

A son réveil Grizzly présente un syndrome de Claude Bernard-Horner (photo 10) caractérisé par une procidence



Syndrome de Claude Bernard-Horner (anisocorie et procidence de la troisième paupière unilatérale).

de la membrane nictitante droite ainsi qu'un myosis qui régressera dans les 24h. Le port de la tête est sensiblement amélioré. Grizzly est ainsi rendu le lendemain à son propriétaire sous prednisolone 0,5 mg / kg une fois par jour durant 5 jours et céfalexine 15 mg / kg deux fois par jour durant 7 jours.

Deux semaines plus tard Grizzly est présenté pour une visite de contrôle et le retrait des points. La seule anomalie persistante est un port de la tête discrètement penché de façon intermittente.

## Discussion

Le cas présenté n'est pas rare. En effet une étude faite en 2004<sup>1</sup> montre qu'environ 30 % des chats atteints de rhinite chronique présentent une atteinte de la bulle tympanique. L'investigation de l'oreille moyenne n'est donc pas à négliger. Les signes cliniques associés à ce type d'atteinte sont aléatoires et l'on retrouve principalement un port de tête penché, un secouement de la tête et un syndrome de Claude Bernard-Horner avec procidence de la troisième paupière. Il faudra donc dans le cas d'atteinte des voies respiratoires supérieures toujours garder à l'esprit qu'une atteinte de la bulle tympanique est possible.

L'otoscopie vidéo-assistée est le premier examen complémentaire s'offrant à nous, dans le cas où une atteinte de l'oreille moyenne est suspectée. C'est un outil diagnostique et thérapeutique permettant la visualisation de l'intégrité du tympan, un rinçage du conduit auditif externe voire du compartiment dorso-latéral dans le cas où la membrane tympanique est lésée. Cependant dans le cas où le tympan est intact rien ne peut être conclu quant à l'état de l'oreille moyenne<sup>4</sup>.

L'examen radiographique, bien que peu sensible (25 % de

faux négatifs)<sup>7</sup> et manipulateur dépendant, reste de par son faible coût et son accessibilité la technique de base. Elle permet un examen complet de l'oreille et une bonne appréciation des bulles tympaniques bien que des erreurs liées aux superpositions anatomiques puissent être possibles. Elle est le plus souvent utile pour des otites chroniques avec déformations osseuses.

L'examen tomodensitométrique est l'examen de choix. Il est non invasif et permet une visualisation intégrale des 2 bulles tympaniques sous des angles différents avec une grande précision. Les images obtenues après injection de produit de contraste peuvent également apporter des informations précieuses sur la nature des lésions observées. Il devra autant que possible être utilisé en première intention pour l'examen de l'oreille moyenne.

Enfin l'Imagerie par Résonnance Magnétique est un examen plus spécifique que le scanner. Il présente un intérêt supplémentaire lorsque l'on suspecte une atteinte de l'oreille interne.

Après avoir diagnostiqué une lésion de la bulle tympanique vient le temps du traitement qui sera essentiellement chirurgical. Il convient de revenir sur le choix de l'abord pour l'accès à la bulle tympanique. Dans le cas de Grizzly nous avons choisi de pratiquer une trépanation ventrale de la bulle tympanique, alors que chez le chien il est usuel de réaliser un abord latéral. En effet chez le chien les otites moyennes sont généralement des complications d'atteintes du conduit auditif externe (mieux exposé par l'abord latéral) alors que chez le chat une origine nasopharyngée semble être plus courante<sup>8</sup>. En outre la bulle tympanique chez le chat est composée de deux compartiments, un dorso-latéral et un ventro-médial, séparés par un septum osseux. L'abord ventral permet un meilleur accès aux deux compartiments et un drainage optimal. De plus il diminue les complications liées à la proximité du nerf facial.

Pour notre part nous n'avons pas opté pour la mise en place d'un drain. En effet chez le chat, le drain augmente le temps d'hospitalisation sans pour autant agir sur la vitesse de guérison. De plus des complications supplémentaires sont observées, notamment des paralysies faciales en post opératoire immédiat ainsi qu'un risque d'infection non négligeable à long terme. Les seules motivations qui pourraient rendre la mise en place d'un drain utile seraient une origine infectieuse de la maladie ou la crainte d'une collection importante<sup>2</sup>.

Grizzly présentait un syndrome de Claude Bernard-Horner en post opératoire immédiat avec procidence de la membrane nictitante et anisocorie. Celui-ci est causé par un traumatisme du nerf oculosympathique pouvant être la conséquence d'un curetage trop agressif de la partie dorso-médiale de la bulle tympanique.

Notre patient présentait également malgré une amélioration

sensible, un discret port de tête penché qui peut être lié à un syndrome vestibulaire. Celui-ci est, comme le syndrome de Claude Bernard-Horner, le plus souvent transitoire et censé s'améliorer dans les semaines suivant l'opération. Les informations collectées dans la littérature ont tendance à ne pas noter d'amélioration supplémentaire au-delà de 6 semaines post-opératoires<sup>3</sup>.

D'autres complications peuvent être associées à cette chirurgie de manière beaucoup plus rare. La paralysie faciale par exemple est exceptionnelle du fait de l'abord réalisé. Le chat peut également être sourd du côté opéré en cas de traumatisme sur un des trois osselets ou de la cochlée. Beaucoup plus rarement une diminution des sécrétions salivaires peut s'observer s'il y a une lésion du nerf hypoglosse. Enfin une récurrence est possible si le curetage réalisé s'avère insuffisant.

En conclusion il convient de retenir une fois de plus l'intérêt de l'examen tomodensitométrique lors de rhinite chronique chez le chat. Cet examen devient quasiment incontournable lorsqu'un syndrome vestibulaire y est associé. Enfin lors d'atteinte de la bulle tympanique chez le chat le traitement de choix reste chirurgical *via* un abord ventral. ■

#### 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. Dewitt C. M. et al. *Passive drainage versus primary closure after total ear canal ablation-lateral bulla osteotomy in dogs : 59 dogs (1985-1995) Vet. Surg. 26 (1996) 210-216.*
3. Fossum T.W. *Small animal surgery Third Edition. Surgery of the ear. Ventral Bulla Osteotomy 2006. Ed Mosby Elsevier.*
4. Hernet, P. *Nouvelle technique : l'endoscopie du conduit auditif : réalisation pratique et indications lors d'otites chroniques chez le chien et le chat. Nouv. Prat. vét. canine féline., 2006, (27), 49-52.*
5. Jossier, R. ; Laborde, A. ; Fusellier-Tesson, M. *Imagerie des cavités nasales et des sinus : avantages et inconvénients des différentes techniques. Nouv. Prat. vét. canine féline, 2010, vol. 9, (44), p. 17-24.*
6. Kuehn, Ned F. *Chronic rhinitis in cats. Clinical techniques in small animal practice. 2006 (21), pp. 69-75.*
7. Remedios A.M., Fowler J.D., and Pharr J.W. *A comparison of radiographic versus surgical diagnosis of otitis media. J Am Anim Hosp Assoc 1991;27:183-188.*
8. Pin, D. *Les affections à l'origine d'otites externes et moyennes chez le chien et le chat. Nouv. Prat. vét. canine féline, 2006, (27), 13-17.*
9. Slatter. *Textbook of small animal surgery, Volume2. Ear, Surgery for Middle Ear Disease p1764.*