

Animaux de compagnie

>> Gastro-entérologie

L'AUTEUR

Nicolas FAUCHIER

Entéropathies exsudatives : l'absence de signes cliniques digestifs ne permet pas d'écartier cette hypothèse diagnostique

Les entéropathies exsudatives sont des affections souvent rattachées à des maladies inflammatoires chroniques intestinales, bien que d'autres causes soient possibles. Le cas d'un Yorkshire de 6 ans, présenté à la consultation pour simple distension abdominale, illustre la variabilité de l'expression clinique de ces maladies.

Les entéropathies exsudatives (ou entéropathies avec perte de protéines) sont des affections de l'intestin grêle entraînant une fuite anormale de protéines dans la lumière digestive ; leur expression clinique peut être variable. Comme l'a souligné notre confrère Juan Hernandez, avec la présentation d'un cas clinique lors de la soirée de présentation de l'ouvrage *Gastro-entérologie canine et féline** organisée par Pfizer, des cas atypiques, cliniquement peu évocateurs, peuvent constituer des pièges diagnostiques.

Cas clinique

Un chien Yorkshire terrier âgé de 6 ans est présenté à la consultation pour une distension abdominale, sans altération de l'état général.

Lors de l'examen clinique, l'auscultation cardiaque est normale et un touché rectal montre que les selles sont moulées.

La distension abdominale est accompagnée d'un signe du flot très positif.

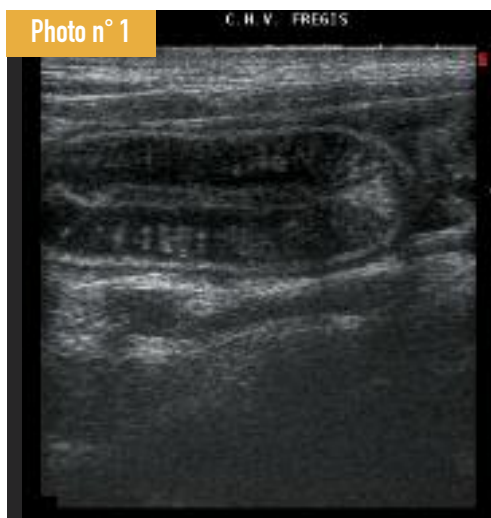
Un liquide abdominal clair et transparent est prélevé par paracentèse abdominale. Ses caractéristiques (densité : 1,009 ; protéines totales : 8 g/l ; très faible cellularité) sont celles d'un transsudat pur et une hypoprotéïnémie sévère à l'origine de cet épanchement constitue donc la principale hypothèse diagnostique.

Celle-ci est confirmée par une analyse sanguine qui révèle des valeurs très diminuées pour les protéines totales-PT (28 g/l) et l'albumine (12 g/l). La cholestérolémie (1,5 g/l) et la numération lymphocytaire ($2,5 \times 10^9/l$) étant dans les valeurs usuelles, ces résultats orientent vers une origine digestive (entéropathie exsudative - EE). Cette suspicion est renforcée par la globulinémie basse (16 g/l). Toutefois, une origine hépatique ou rénale ne peut être écartée à ce stade.

Ce diagnostic différentiel est confirmé par le dosage des sels biliaires à jeun et la mesure du ratio protéine/créatinine urinaire qui ne révèlent pas d'anomalies.

Une échographie abdominale est alors entreprise afin de rechercher des lésions associées à l'EE : en plus de l'ascite, un épaissement du mésentère est observé. Ce dernier contient des vaisseaux qui, à l'examen écho-Doppler, ne montrent pas de flux sanguin. Cette observation est en faveur d'une lymphangiectasie** mésentérique. En outre, la muqueuse intestinale présente des travées hyperéchogènes perpendiculaires à la surface muqueuse (photo n° 1), ce qui est caractéristique d'une lymphangiectasie de la muqueuse intestinale.

Photo n° 1



Lymphangiectasie de la muqueuse intestinale : à l'échographie, la paroi d'une anse intestinale apparaît épaissie et sa muqueuse présente une structure anormale.

Juan Hernandez-CHV Frégis

Une endoscopie du duodénum permet de constater que sa muqueuse, normalement lisse et régulière, présente des villosités blanches et dilatées (photo n° 2), caractéristiques d'une lymphangiectasie de la muqueuse intestinale macroscopiquement visible. L'examen histologique des biopsies réalisées lors de l'endoscopie confirme la présence d'une lymphangiectasie muqueuse associée à une infiltration inflammatoire plasmocytaire importante.

Photo n° 2



Juan Hernandez-CHV Frégis

▲ *Lymphangiectasie de la muqueuse intestinale : l'examen endoscopique du duodénum révèle une muqueuse aux villosités dilatées.*

Un diagnostic d'entéropathie exsudative dû à une lymphangiectasie intestinale associée à une maladie inflammatoire intestinale a été établi chez ce chien dont le seul signe clinique était la distension abdominale secondaire à l'ascite. Un traitement corticoïde et antibiotique, ainsi qu'une alimentation hypolipidique ont été prescrits. Le suivi clinique et biochimique (protéines totales/albumine) a montré une régression de l'ascite et une normalisation du taux de protéine. Le traitement corticoïde a été réduit graduellement jusqu'à identifier la plus petite dose efficace.

Discussion

Une hypoprotéinémie marquée peut être à l'origine d'un épanchement abdominal (transsudat pur). Pour que celui-ci soit important, il faut toutefois que l'albuminémie soit inférieure à 15g/l, voire à 10 g/l.

Un syndrome néphrotique, une insuffisance hépatique ou une entéropathie exsudative sont les causes les plus fréquentes d'hypoprotéinémie. Celle-ci est consécutive à la perte de protéines ou à une insuffisance de production de l'albumine lors d'insuffisance hépatique.

Origine des entéropathies exsudatives

De nombreuses études rapportent que certaines races sont surreprésentées pour les cas d'EE : Yorkshire terrier, rottweiler, bichon maltais, etc. Cela laisse suspecter que certaines EE auraient une composante génétique.

Les principales causes d'EE sont les maladies inflammatoires chroniques intestinales (MICI) et les lymphangiectasies intestinales. Il n'est pas rare que ces deux causes soient concomitantes et déterminer laquelle des deux est secondaire à l'autre est souvent difficile. La lymphangiectasie peut en effet être :

- parfois primitive, due à une malformation congénitale diffuse du système lymphatique ;

- plus fréquemment secondaire à une affection digestive ou systémique entravant le drainage veineux : MICI, processus tumoral intestinal ou mésentérique, inflammation chronique régionale (pancréatite, etc.), hypertension veineuse (insuffisance cardiaque congestive droite, etc.), obstruction du canal thoracique, etc.

Certaines lymphangiectasies intestinales sont idiopathiques (notamment chez le Yorkshire), avec très peu d'inflammation concomitante.

Les autres causes d'EE sont variées : entérites lympho-plasmocytaires, parasitaires, bactériennes, processus tumoral (en particulier lymphome digestif), ulcères iatrogènes de l'intestin, maladie des cryptes (plus fréquente chez le rottweiler), etc.

Il s'agit donc surtout d'affections liées à une inflammation diffuse et/ou à des ulcérations de l'intestin.

Expression clinique des EE

Les signes cliniques d'une EE sont variables.

Les signes généraux sont quasi systématiques, une perte de poids, des épanchements (surtout abdominaux, mais parfois pleuraux) et des œdèmes étant les plus fréquemment observés.

Les signes digestifs ne sont pas rares : une diarrhée du grêle est très fréquente mais d'autres signes tels qu'un méléna (par exemple lors d'affections ulcératives) ou des altérations de l'appétit sont parfois notés.

Toutefois, ces signes sont inconstants : il est ainsi possible, comme pour ce cas, d'être confronté à un épanchement abdominal secondaire à une EE, sans autres signes cliniques. L'absence de signes digestifs (notamment de diarrhée) ne permet donc pas d'exclure l'existence d'une entéropathie exsudative.

Si la présence d'un épanchement abdominal rend souvent la palpation peu instructive, elle révèle parfois un épaississement des anses intestinales (maladie inflammatoire et lymphangiectasie) ou la présence d'une masse abdominale (processus tumoral, etc.).

Diagnostic différentiel et étiologique des EE

Face à un épanchement de type transsudat pur consécutif à une hypoprotéinémie, la conduite à tenir débute par le diagnostic différentiel des causes les plus fréquentes : EE, syndrome néphrotique et insuffisance hépatique.

Celui-ci est fondé sur des analyses biochimiques : albuminémie, globulinémie, cholestérolémie, numération lymphocytaire, acides biliaires, urée, ratio protéines/créatinine urinaire.

La réalisation de toutes ces analyses est rarement nécessaire car les résultats des quatre premiers paramètres cités suffisent souvent à déterminer l'origine de l'hypoprotéinémie :

- ainsi, une albuminémie et des globulines effondrées sont plutôt en faveur d'une EE qui entraîne une diminution de toutes les fractions des PT, tandis que la globulinémie est le plus souvent normale ou modérément diminuée lors de syndrome néphrotique ou d'insuffisance hépatique ;

- une cholestérolémie augmentée est en faveur d'un syndrome néphrotique ;

- la numération lymphocytaire peut être très diminuée lors d'EE ; cette anomalie n'étant pas systématique, une valeur usuelle ne permet pas d'exclure une atteinte digestive.

L'échographie abdominale peut être utile : elle apporte des informations sur les reins et le foie (taille et échostructure) et peut révéler des anomalies de la paroi intestinale (structure et épaisseur) et/ou du mésentère.

Le diagnostic étiologique de l'EE est important pour le choix d'un traitement, mais n'est pas aisé sans analyse histologique d'échantillons de biopsies intestinales.

La laparotomie exploratrice semble être l'examen idéal car il est possible d'inspecter les autres organes abdominaux et de réaliser des biopsies transmurales sur l'ensemble de l'intestin, tandis que l'endoscopie ne donne qu'un aperçu de la muqueuse et ne permet de prélever que des échantillons superficiels et de petite taille du duodénum et de l'iléon distal (par coloscopie).

Toutefois, lors d'hypoprotéinémie, le chien est hémodynamiquement instable. De plus, le processus de cicatrisation est très altéré et des déhiscences de plaies sont fréquentes (site de biopsie et site de laparotomie).

En pratique, une approche endoscopique est donc à privilégier. Des lésions assez caractéristiques sont parfois observées, notamment lors de lymphangiectasie.

Traitement de l'EE

Chaque fois qu'il est possible, le traitement étiologique de l'EE doit être privilégié. La cause précise de l'EE étant souvent difficile à établir, les traitements mis en place sont généralement ceux des affections sous-jacentes les plus fréquentes.

Comme pour le chien de ce cas, ils comportent habituellement une partie anti-inflammatoire ou immunosuppressive, une partie antibiotique +/- antiparasitaire et une partie diététique.

Lors de lymphangiectasie, une ration hypolipidique doit être proposée pour éviter la dilatation des vaisseaux lymphatiques.

La guérison est possible mais souvent la maladie est seulement contrôlée. Des complications parfois fatales peuvent survenir et, en l'absence d'amélioration ou lors de récurrences multiples, les demandes d'euthanasie ne sont pas rares.

Le pronostic des entéropathies exsudatives est donc toujours réservé.

Conclusion

Les entéropathies exsudatives chez le chien peuvent avoir des origines multiples et sont caractérisées par une panhypoprotéinémie. L'observation d'un épanchement abdominal, d'un amaigrissement et de signes digestifs est fréquente et évocatrice, mais des tableaux cliniques atypiques peuvent constituer des pièges dont il convient de connaître l'existence. ■

* Freiche V. Hernandez J. ; Gastro-entérologie canine et féline. De la clinique à la thérapeutique ; Première Edition ; Masson-Elsevier ; 2010.

** Lymphangiectasie : dilatation localisée des vaisseaux lymphatiques.