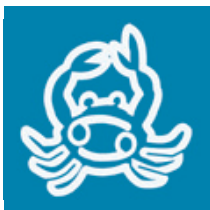


Diagnostic d'une exophtalmie

Quelques examens complémentaires simples

Les causes d'exophtalmie sont nombreuses chez le Chat. Il arrive que le propriétaire n'ait pas les moyens ou le désir de s'engager dans la mise en œuvre d'examens complémentaires poussés. Ce cas illustre les possibilités qui s'offrent néanmoins au praticien, de manière à parvenir à un diagnostic de certitude, à la clinique.



Fifi, chat mâle castré européen et âgé de 12,5 ans, est présenté pour divers symptômes apparus, selon sa propriétaire, après une bagarre remontant à plusieurs semaines avec un congénère. Les lésions observées sont situées à droite : pavillon auriculaire déformé et épiphora. Le chat est, par ailleurs, en bonne santé et mange normalement.

L'examen clinique révèle rapidement deux éléments marquants. La déformation fibreuse du pavillon auriculaire est peu marquée et correspond probablement à un ancien othématome cicatrisé. Une exophtalmie unilatérale droite est nettement visualisée par le non alignement des surfaces cornéennes, avec déviation du globe droit vers l'extérieur (photo 1) et par une résistance à la rétropulsion du globe.



Didier LANORE
Docteur vétérinaire
Exercice exclusif
de la cancérologie

Clinique vétérinaire
de la Rivière
1, rue Pierre Loti
31830 PLAISANCE
DU TOUCH

Clinique vétérinaire Alliance
8, Bd Godard
33300 BORDEAUX



Delphine RIVIERE
Docteur vétérinaire,
SCANELIS
9 allée Charles Cros
31770 COLOMIERS



1
Observation du dessus de la tête du chat. Une exophtalmie droite est nettement visualisée par le non alignement des surfaces cornéennes, avec déviation du globe droit vers l'extérieur.

Ces signes oculaires évoquent la présence d'une lésion rétro-orbitaire. L'examen de la cavité buccale est difficile à réaliser et laisse entrevoir une possible déformation du palais à droite. Le reste de l'examen clinique ne montre pas d'anomalie, l'animal est normotherme.

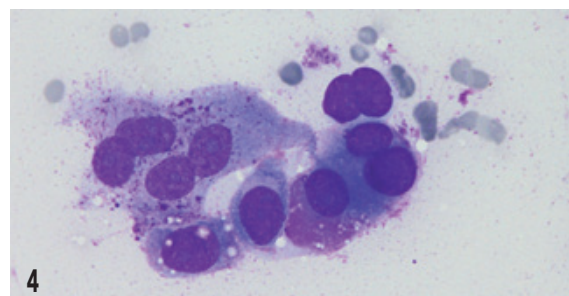
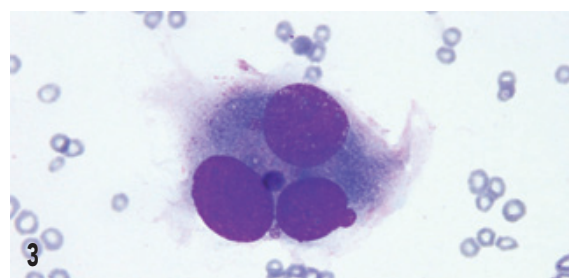
Les moyens financiers de la propriétaire sont limités mais elle souhaite néanmoins connaître le diagnostic exact de la lésion et surtout ne pas manquer une cause d'exophtalmie qui serait facilement curable. Il est donc décidé de réaliser deux examens complémentaires simples sous anesthésie générale (AG) : radiographie du crâne et ponction rétro-orbitaire avec cytologie. Un bilan sanguin pré-anesthésique ne montre aucune contre-indication majeure à cette AG. Une insuffisance rénale de stade 2 est cependant diagnostiquée et justifie une mise sous perfusion pendant la journée de l'AG.

La radiographie des cavités nasales et des sinus est réalisée selon l'incidence ventro-dorsale « gueule ouverte ». Une opacification droite est bien visible avec des images de lyse osseuse (photo 2).



2
*Radiographie ventro-dorsale « gueule ouverte ».
Noter l'opacification avec ostéolyse à droite (flèche).
SF : Sinus frontal
PZ : Processus zygomatique*

Des cytoponctions de la zone rétrobulbaire sont effectuées par les deux voies classiques (sous conjonctivale et intra-buccale), une zone légèrement gonflée derrière la dernière molaire a servi de point de repère pour la voie orale. Les lames obtenues par la ponction par voie sous conjonctivale sont les plus riches et permettent de poser un diagnostic de sarcome rétrobulbaire (photos 3 et 4).



3
4
Cellules géantes nettement fusiformes, anisocytose, plurinucléation avec anisocaryose intracellulaire et plurinucléation. En faveur d'un sarcome.

Le diagnostic étant posé, le pronostic est sombre et les seules possibilités thérapeutiques sont trop onéreuses pour la propriétaire (radiothérapie externe, orbitotomie, exentération ou chimiothérapie palliative) ; une corticothérapie palliative à base de prednisolone à 1 mg/kg/jour est seulement mise en place. Deux mois après le diagnostic, le chat se porte toujours bien, ne semble pas souffrir ni l'exophtalmie s'aggraver.

Etiologie des exophtalmies

Les causes d'exophtalmie sont nombreuses. Pour les exophtalmies d'installation chronique, les tumeurs orbitaires sont les affections les plus fréquentes. Elles se produisent cependant rarement chez le Chien et le Chat et représentent environ 4 % de toutes les tumeurs. Elles peuvent être primaires mais sont le plus souvent secondaires surtout chez le Chat (50 à 75 % des cas environ) et correspondent alors soit à une extension locale d'un processus tumoral adjacent, soit à une métastase orbitaire d'un site primitif à distance. 90 % de ces tumeurs sont malignes chez le chat. Les types histologiques sont variés mais les plus fréquents sont le carcinome épidermoïde (le plus fréquent) et le lymphome. Les autres types décrits sont : le fibrosarcome, le carcinome baso-cellulaire, le plasmocytome, l'hémangiome... et même récemment un cas de tératome.

Même si les tumeurs orbitaires font partie des principales causes d'exophtalmie, un diagnostic différentiel doit être établi avec les affections inflammatoires et chez le Chat les pseudotumeurs. Les affections inflammatoires sont le plus souvent d'origine infectieuse (abcès ou cellulite) et ont des causes variées (progression d'un corps étranger végétal dans l'orbite, morsures, maladie dentaire, dissémination par voie hématogène...). Une pseudotumeur orbitaire sclérosante idiopathique a récemment été décrite dans cette espèce. Son diagnostic repose sur une biopsie, le plus souvent obtenue pour l'instant après énucléation. Sa pathogénie et son traitement restent à déterminer.

Examens complémentaires

Les examens complémentaires d'exploration d'une exophtalmie sont la radiographie, la cytoponction à l'aiguille fine, l'échographie, le scanner et éventuellement l'IRM. Pour des raisons financières, nous avons choisi, en première intention, les examens les plus simples, les moins onéreux et les plus accessibles. La radiographie ventro-dorsale dite « gueule ouverte » doit être réalisée sous AG, mais sa réalisation pratique est simple et nécessite

uniquement la présence d'une aide et de liens. Son interprétation est cependant parfois difficile et uniquement 60 % des tumeurs orbitaires entraînent des signes radiologiques évidents. Dans notre cas, la radiographie a permis de visualiser des signes fortement évocateurs de tumeur (radio-opacification et ostéolyse). La cytoponction est également un geste simple, peu onéreux, donnant un résultat rapide qu'il ne faut pas avoir peur d'effectuer (encadré), son taux de complications étant très faible.

Réalisation d'une cytoponction

- Réaliser l'examen sous anesthésie générale.
- Utiliser une seringue de 5 ml avec une aiguille 23G (0,6 mm de Ø) de 2 à 4 cm de longueur.
- Voie trans-conjonctivale : insérer l'aiguille à travers la conjonctive (en principe du côté opposé à la déviation du globe), le long de la sclère et des structures osseuses de l'orbite en suivant.
- Voie intrabuccale : ponctionner derrière la dernière molaire, en direction du plancher orbitaire à travers le muscle ptérygoïdien médial.

Son rendement diagnostique n'est pas parfait et avoisine les 50 % selon la plupart des auteurs. Pour notre cas, elle a permis un diagnostic rapide. L'échographie oculaire sous anesthésie locale est également un examen intéressant d'exploration du contenu orbitaire mais elle nécessite un matériel adapté (sonde) et une certaine expérience du manipulateur. Elle permet de confirmer la masse rétrobulbaire, de la localiser avec précision, d'exclure les abcès et enfin de réaliser une cytoponction échoguidée en évitant les structures vasculaires.

L'examen tomодensitométrique reste, dans tous les cas, l'examen de choix mais plus onéreux et pas toujours accessible. Il permet de bien visualiser les structures osseuses de l'orbite en 3D, de confirmer et définir avec précision la masse rétrobulbaire. Dans le cas de tumeur confirmée, il permet de plus un excellent bilan d'extension local (pour planifier la chirurgie ou la radiothérapie) mais aussi un bilan d'extension loco-régional (nœuds lymphatiques de la tête et du cou) et systémique (détection de métastases pulmonaires de petite taille).

Pour Fifi, il n'a pas été nécessaire car le diagnostic avait été établi par d'autres moyens et la propriétaire ne souhaitait pas de traitement plus important. ■

NEUROLOGIE

Les paralysies laryngées sont associées à une polyneuropathie

Les paralysies laryngées peuvent provoquer des dyspnées graves par défaut d'abduction des cartilages aryténoïdes au cours de l'inspiration. Les signes cliniques en sont bien connus : dysphonie, cyanose, intolérance à l'effort, toux, syncopes, etc. Dans certains cas, on note des troubles associés, comme une faiblesse généralisée, une parésie, une dysphagie, qui peuvent précéder la paralysie du larynx. Certaines races sont prédisposées : bouvier des Flandres, Siberian husky, bull terrier, Dalmatien, leonberg, montagne des Pyrénées, rottweiler, Labrador retriever. Pour autant, si déterminisme génétique il y a, il n'est pas identifié. Il s'agit classiquement d'une maladie des chiens de grand format, survenant habituellement après l'âge de six ans. Cette affection est le plus souvent idiopathique, bien qu'elle puisse survenir dans un contexte de traumatisme, cancer, d'infection, d'hypothyroïdie, de diabète. La paralysie du larynx peut être également concomitante d'une *myasthenia gravis* mais d'autres signes sont alors présents. Des

études récentes ont suggéré que les paralysies laryngées idiopathiques étaient en réalité des manifestations d'une polyneuropathie et cette étude semble le confirmer. Elle porte sur onze chiens, dont huit Labrador retrievers. L'âge moyen des animaux était de 12,5 ans. La paralysie était bilatérale dans tous les cas. Mises à part des anomalies caractéristiques de l'appareil respiratoire supérieur, des symptômes associés ont été relevés : faiblesse musculaire (1), diminution de la proprioception des membres postérieurs (1), hyporéflexie des postérieurs (2), difficultés à grimper (1). Des anomalies électromyographiques ont été relevées chez deux chiens sur six pour lesquels cet examen a été pratiqué. En revanche, des lésions ont été notées chez tous les chiens lors de l'observation des biopsies musculaires des muscles cricoaryténoïdien dorsal et tibial crânial. On observe une atrophie des fibres, mais aussi des lésions de dégénérescence axonale, une fibrose endoneurale. Chez certains chiens seulement, on note des lésions de démyélinisation. Ces lésions sont arégénératives. Neuf chiens ont survécu à la chirurgie et ont présenté diverses complications dont dysphagie (2), mégacœsophage (1), tétraparésie (1), hyporéflexie des postérieurs (1), diminution

de la proprioception des membres thoraciques (1) ou postérieurs (2). Six chiens sur onze sont morts ou ont été euthanasiés dans les 15 mois suivant le diagnostic. Pour les auteurs, la paralysie laryngée serait dès lors un signe précoce de polyneuropathie généralisée mais les lésions observées n'ont rien de spécifique. L'histologie classique n'est pas la méthode idéale pour identifier des lésions nerveuses, des coupes congelées permettaient de mieux qualifier une éventuelle atrophie musculaire neurogène. Du point de vue pathogénique, les premières lésions entraînant un déficit fonctionnel surviendraient au niveau du nerf laryngé récurrent. Ce nerf est particulièrement long et l'expression clinique serait dès lors favorisée. Dans la mesure où les lésions sont arégénératives, le pronostic doit être réservé. Dans ces conditions, les auteurs estiment que l'observation d'une paralysie laryngée doit évoquer systématiquement une polyneuropathie qui a toutes les chances d'évoluer défavorablement et de s'étendre à d'autres nerfs. Néanmoins, cette évolution est lente et ne doit pas dispenser d'une chirurgie correctrice qui soulagera l'animal.