

test clinique

les réponses

un corps étranger gastrique chez un chiot

Laurie Baron¹
Marion Fusellier-Tesson²
Arnaud Colson
Alexandre Chebroux

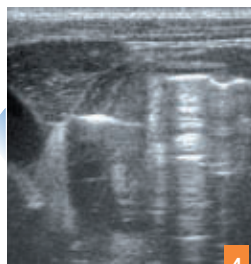
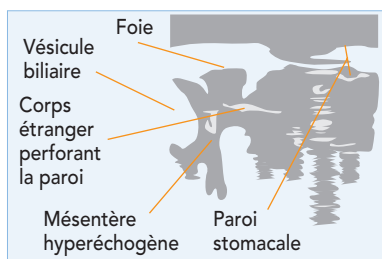
¹ Service des Urgences
² Imagerie Médicale
Centre Hospitalier Universitaire
Vétérinaire, ONIRIS
BP 40706, 44307 Nantes Cedex 3



2 Radiographie ventro-dorsale de l'abdomen (photo Service des Urgences, ONIRIS).



3 Radiographie de profil de l'abdomen (photo Service des Urgences, ONIRIS).



4 Échographie abdominale (photo Service d'Imagerie, ONIRIS).

1 Quelles sont vos principales hypothèses diagnostiques ?

- D'après les commémoratifs du chiot, la première hypothèse est un corps étranger gastrique, associé ou non à une occlusion intestinale ou à une intussusception.
- Les autres causes possibles de cette gastrite sont une intoxication, un hyperparasitisme, une intolérance alimentaire, ainsi qu'une anomalie congénitale de type hernie hiatale ou sténose pylorique, qui s'inscrivent dans le cadre d'un syndrome brachycéphale.

2 Quels sont les examens complémentaires à effectuer ?

1. Une radiographie abdominale

- Afin de confirmer la première l'hypothèse, des radiographies ventro-dorsale et de profil de l'abdomen sont réalisées.
- Elles mettent en évidence la présence d'un corps étranger de densité métallique dans l'estomac, en forme de trombone déplié, dont l'une des extrémités semble traverser la paroi gastrique. Cependant, aucun signe d'iléus ou de péritonite n'est visible sur la radiographie (photos 2, 3).

2. Une échographie abdominale

- Une échographie abdominale est effectuée, étant donné la forte suspicion de perforation gastrique. Cet examen permet également d'avoir un bilan d'extension lésionnel abdominal.
- Les images échographiques montrent un corps étranger linéaire gastrique perforant la paroi crâniale vers le foie, et ne dépassant que de quelques millimètres la séreuse. Une gastrite localisée secondaire (paroi de 15 mm) est visible autour du corps étranger, et les nœuds lymphatiques régionaux sont bien visibles (5 mm d'épaisseur) (photo 4).

Tableau - Bilan biochimique

Paramètres sanguins	Valeurs	Valeurs usuelles
• Glycémie	- 1,1 g/L	- 0,7 - 1,1 g/L
• Alanine amino-transférase (ALAT)	- 62 UI/L	- 0 - 80 UI/L
• Gamma glutamyl transpeptidase (GGT)	- < 8 UI/L	- 0 - 20 UI/L
• Albumine	- 31 g/L	- 25 - 35 g/L
• Protéines totales	- 55 g/L	- 55 - 80 UI/L

- Une zone de mésentère hyperéchogène est identifiée entre le foie et l'estomac, mais aucun épanchement n'est noté, et le parenchyme hépatique est exempt d'anomalie macroscopique.

3. Un bilan biochimique

- Un bilan biochimique est effectué pour adapter le protocole anesthésique : glycémie, concentrations sanguines en alanine amino-transférase (ALAT), en gamma glutamyl transpeptidase (GGT), en protéines totales et en albumine. Ces paramètres sont dans les valeurs usuelles (tableau).

3 Quels sont les traitements à envisager ?

- Un traitement chirurgical est nécessaire.
- Le chiot reçoit donc une antibiothérapie pré-opératoire à base de céfalexine (30 mg/kg) par voie intra-veineuse et, en parallèle, un traitement anti-émétique et anti-acide pré-anesthésique : métoclopramide (0,33 mg/kg) et ranitidine (2,5 mg/kg), par voie intra-veineuse.

Le protocole anesthésique

- Le chiot est tranquilisé avec du diazépam (0,25 mg/kg) associé à du chlorhydrate de morphine (0,1 mg/kg). Du thiopental (10 mg/kg) par voie intra-veineuse est utilisé pour induire l'anesthésie. Après intubation endotrachéale, un relai gazeux à l'isoflurane autorise une anesthésie de longue durée. L'intubation permet aussi une bonne ventilation de ce chiot qui présente un syndrome brachycéphale.

- L'anesthésie dure environ une heure (3/4 d'heure de chirurgie et préparation opératoire).
- La douleur per-opératoire est gérée avec des bolus de morphine (0,1 mg/kg), par voie intra-veineuse ; deux administrations sont réalisées, une au début de l'intervention chirurgicale et une autre au réveil.

La gastrotomie

- Une laparotomie xypho-ombilicale est pratiquée, afin d'extérioriser l'estomac. La visualisation d'une zone d'adhérence entre la paroi stomacale et l'épiploon permet de localiser la perforation gastrique, colmatée par cette portion d'épiploon.
- Nous avons tenté d'extraire le corps étranger par le trou de perforation préexistant, mais une gastrotomie sur quelques millimètres s'est révélée nécessaire pour extraire la partie repliée du corps étranger.
- La suture de la gastrotomie nécessite un surjet apposant en regard de la plaie de gastrotomie ; il est complété de trois points simples au niveau de la perforation où la paroi est plus friable, et d'un surjet enfouissant.
- Un rinçage abdominal avec 500 mL de sérum physiologique tiédi est effectué avant de suturer la paroi abdominale et la peau.

Les soins post-opératoires

- Une réalimentation précoce, à base d'eau sucrée dans les 8 premières heures, puis d'alimentation hyperdigestible, permet d'éviter une hypoglycémie sévère chez ce chiot (minimum à 0,6 g/L, 5 h après l'intervention).
- Le chiot est rendu à ses propriétaires le lendemain de l'intervention, avec un traitement médical :
 - une alimentation hyperdigestible (Hill's I/D®) ;
 - un anti-vomitif : métoclopramide *per os* (Émétrid®), 0,5 mg/kg, deux fois par jour, pendant 5 jours ;
 - un antibiotique : céfalexine *per os* (Therios®), 15 mg/kg, deux fois par jour, pendant 7 jours ;
 - un pansement digestif : phosphate d'alumine *per os* (Phosphaluvet®), 4 mL trois fois par jour, pendant 4 jours.

Le suivi

Le chiot revient en consultation 8 jours après la chirurgie, pour le retrait des points. Il est en très bon état général. Depuis sa dernière visite, il a déjà ingéré une feuille de papier ; il est recommandé vivement aux proprié-

res d'effectuer une surveillance accrue de leur chiot.

DISCUSSION

- Les corps étrangers gastro-intestinaux sont des urgences digestives, car ils peuvent engendrer des conséquences plus ou moins graves (perforations, péritonite, choc septique, occlusion, intussusception, ...) [1].
 - Ils sont le plus souvent rencontrés chez les jeunes chiens, en moyenne 3,5 ans, en raison de leur comportement [2].
 - Le diagnostic d'un corps étranger gastro-intestinal repose tout d'abord sur les commémoratifs des propriétaires : vomissements, absence de selles ou diarrhée, pica, voire constat de l'ingestion du corps étranger.
 - Lors de l'examen clinique, la palpation abdominale peut être tendue, douloureuse ou révéler une distension abdominale.
 - Le choix d'un examen complémentaire pour confirmer la présence d'un corps étranger repose sur la disponibilité du matériel, les compétences du vétérinaire, la rapidité et le coût de l'examen.
 - La radiographie est en général utilisée en première intention en pratique courante, car elle est plus souvent disponible, plus rapide et moins coûteuse pour les propriétaires. L'échographie ne sert qu'en seconde intention, pour les cas douteux [4].
- La radiographie est cependant moins sensible que l'échographie pour détecter les corps étrangers gastro-intestinaux [4]. En effet, cette technique d'imagerie ne permet pas de visualiser certains corps étrangers, radio-transparents, notamment ceux en bois [3].

CONCLUSION

- Ce cas clinique illustre les avantages et les inconvénients des deux techniques d'imagerie médicale les plus courantes dans le diagnostic des corps étrangers.
- En effet, la radiographie abdominale pratiquée a permis d'identifier un corps étranger gastrique, de suspecter une perforation, et d'exclure d'autres corps étrangers intestinaux radio-opaques. L'échographie a confirmé la perforation gastrique, et a permis d'effectuer un bilan d'extension lésionnel (notamment hépatique) et d'exclure une éventuelle péritonite secondaire.
- La prise en charge rapide et l'absence de complications ont rendu la gestion thérapeutique de ce cas aisée.



5 Visualisation du corps étranger gastrique après extraction de la partie dépliée.



6 Corps étranger gastrique après extraction (photos service des urgences, Oniris).

Références

1. Huguet T, Poudroux L, Collard F, coll. Un cas de choc septique secondaire à une perforation digestive par corps étranger. *Revue Med Vet* 2007;158(1):19-26.
2. Papazoglou LG, Patsikas MN, Rallis T. Intestinal foreign bodies in dogs and cats. *Compend Contin Educ Pract Vet* 2003;25(11):830-44.
3. Penninck D, Mitchell SL. Ultrasonographic detection of ingested and perforating wooden foreign bodies in four dogs. *J Am Vet Med Assoc* 2003;223(2):206-9.
4. Tyrrell D, Beck C. Survey of the use of radiography vs. ultrasonography in the investigation of gastrointestinal foreign bodies in small animals. *Radiography and Ultrasonography* 2006;47(4):404-8.