



Cas clinique : Démarche diagnostique sur un chylothorax



VALENTIN Suzy

DMV, MSc, Dip ACVIM, Dip ECVIM-CA
Spécialiste en Médecine Interne Vétérinaire
AFFINIVETS, 15 rue la Boétie, 75008 PARIS



Introduction

Nous rapportons ici le cas d'une chatte européenne stérilisée, âgée de 7 ans. C'est une chatte d'intérieur uniquement, qui n'est ni vaccinée, ni vermifugée.

Elle est présentée en consultation d'urgence, pour des difficultés respiratoires depuis 10 jours, une toux forte, quinteuse, intermittente et un abattement.

Intérêt du SNAP® Combo Plus FIV/FeLV dans l'exploration d'un chylothorax félin



Examen clinique

L'examen clinique met en évidence un animal abattu, avec des difficultés respiratoires se manifestant par une discordance et une dyspnée restrictive silencieuse.

La toux, décrite par les propriétaires, n'est pas déclenchable.

La patiente est normotherme, déshydratée à 5%, avec une fréquence cardiaque de 160 bpm, l'auscultation cardio-respiratoire est assourdie. La fréquence respiratoire est augmentée : 60 mpm. Le reste de l'examen clinique est dans les valeurs usuelles.

Hypothèses diagnostiques

Basées sur l'assourdissement des bruits cardio-respiratoires et la présence d'une discordance :

- Affection pleurale
- Affection pulmonaire étendue
- Affection pariétale
- Affection médiastinale

Examens complémentaires

Radiographie thoracique de profil :

Photo 1 en annexe (seule car le décubitus dorsal n'était pas toléré par la patiente pour une incidence de face) : épanchement pleural volumineux entraînant un déplacement trachéal dorsal.

Thoracocentèse : retrait de 60 ml d'un liquide d'épanchement couleur "lait fraise".

Analyse du liquide d'épanchement :

- Protéines 40 g/L
- Densité 1.030
- Triglycérides 3,36 g/L (triglycémie 4,3 g/L)
- Cholestérol 1,19 g/L (cholestérolémie 1,78 g/L)
- Cytologie : hématies et petits lymphocytes matures

Ces éléments permettent de conclure à un chylothorax, dont l'origine est à déterminer.

Les causes les plus fréquentes de chylothorax chez le chat sont : néoplasique (masse médiastinale : lymphome, thymome), cardiaque, traumatique, idiopathique.

Origine du chylothorax

Radiographie post-ponction (Photos 2a et b en annexe)

- Persistance de l'opacité crâniale et du déplacement dorsal de la trachée

- Elargissement du médiastin crânial

➔ Signes indirects de masse médiastinale

Echographie thoracique (photo 3 en annexe)

- Masse médiastinale crâniale (3x2x1,5 cm), infiltrant la jonction du canal thoracique avec la circulation veineuse

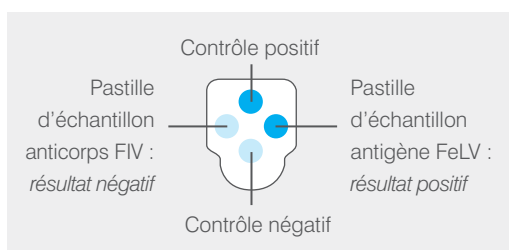
Cytoponctions de la masse médiastinale

Analyse cytologique de la masse médiastinale + liquide d'épanchement :

- Population cellulaire monomorphe, rapport nucléo-cytoplasmique élevé
- Anisocaryose et poïkilocaryose marquées

➔ Lymphome médiastinal (photo 4 en annexe) et épanchement lymphomateux

Test FeLV/FIV (ELISA SNAP® Combo Plus FIV/FeLV)



Bilan d'extension

- Bilan hémato-biochimique : dans les valeurs usuelles
- Echographie abdominale : pas d'anomalie échographiquement visible
- Cytoponctions du foie et de la rate (d'aspect échographiques normaux)
- Analyse cytologique hépatique et splénique :
 - « ... rares cellules lymphoïdes d'allure blastique **faisant suspecter l'infiltration du parenchyme hépatique par un lymphome malin** »

Conclusion et discussion

L'intérêt de ce cas réside dans sa présentation clinique, mais également dans les résultats du bilan d'extension et de la recherche de la cause du chylothorax.

En effet, l'examen clinique oriente assez rapidement vers la présence probable d'un épanchement pleural. Le propriétaire décrivait de la toux à l'admission, non mise en évidence lors de la consultation, et rarement décrite lors d'épanchement pleural chez le chat. Cependant, par la suite, cette toux s'explique facilement par un effet de compression trachéale par la masse médiastinale mise en évidence.

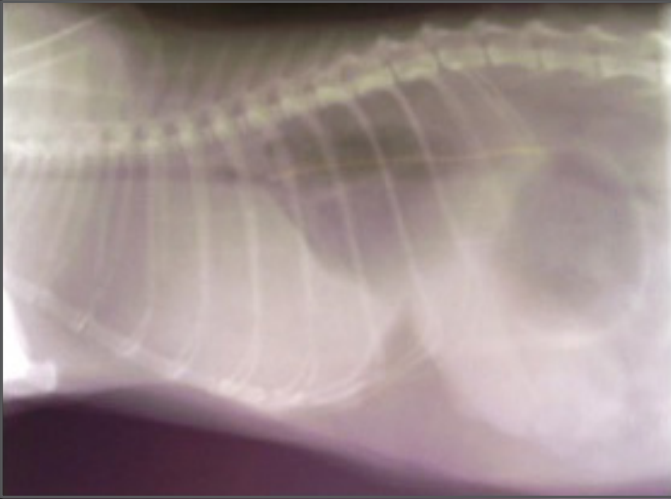
L'approche clinique est ensuite classique mais ce cas illustre l'importance de la mener jusqu'au bout, et de manière organisée. En effet, la mise en évidence du chylothorax indique qu'il est nécessaire d'en rechercher une cause. Dans ce cas, c'est la masse médiastinale. **La démarche ne doit cependant pas s'arrêter là.**

En effet, la positivité du SNAP® Combo Plus pour le FeLV, associée à la présence d'un infiltrat lymphomateux splénique et hépatique, assombrissent le pronostic. La positivité au FeLV est également un facteur de résistance au traitement chimiothérapeutique, ou de moindre durée de rémission.

Il est également fondamental de noter l'aspect échographiquement normal des parenchymes splénique et hépatique malgré leurs infiltrations respectives. Il est en effet recommandé de réaliser des ponctions de ces deux organes lors de l'établissement d'un bilan d'extension, et ce, quels que soient leurs aspects échographiques. Ceci est également démontré lors de mastocytome.

Annexe

Photo 1



Crédit photo : Service des urgences de l'ENVA

Photo 2a



Crédit photo : Service d'Imagerie Médicale de l'ENVA

Photo 2b



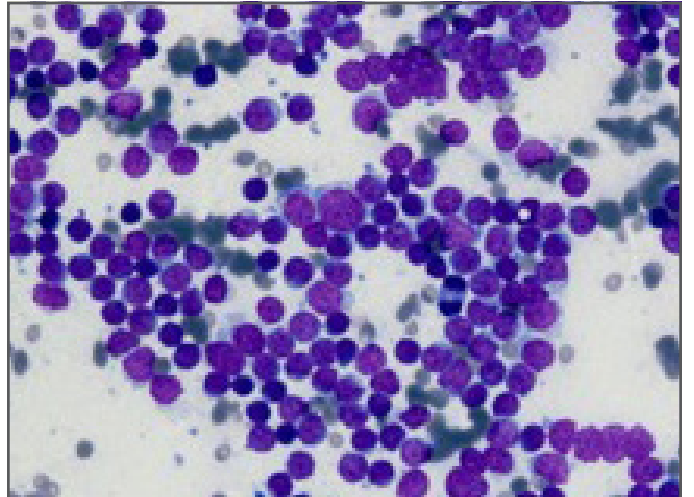
Crédit photo : Service d'Imagerie Médicale de l'ENVA

Photo 3



Crédit photo : Service d'Imagerie Médicale de l'ENVA

Photo 4



Crédit photo : Dr AL Bauchet