



ENTÉRITES AIGUËS CHEZ LE CHIEN ET LE CHAT

RÉSULTAT ATTENDU

- Éviter l'utilisation systématique des antibiotiques lors d'entérite aiguë.
- Citer les critères cliniques et biologiques justifiant l'utilisation d'antibiotique lors d'entérite aiguë.
- Citer les antibiotiques utilisables lors d'entérite aiguë lorsque l'antibiothérapie a été jugée indispensable.

SITUATION ACTUELLE

Contexte

Les causes de diarrhée aiguë sont multiples chez le chien et le chat et regroupent :

- des causes infectieuses virales, parasitaires ou bactériennes ;
- des causes alimentaires ;
- des causes toxiques ;
- des causes métaboliques (insuffisance rénale, maladie d'Addison, pancréatite...).

Les causes alimentaires ou toxiques sont les plus fréquentes et rétrocedent spontanément ou avec de simples mesures hygiéniques. L'utilisation d'un antibiotique est alors inutile voire néfaste par ses effets sur le microbiote intestinal de l'organisme traité (favorise la sélection des populations résistantes notamment).

Pratiques actuelles de traitement

Les pratiques actuelles incluent des mesures diététiques (diète hydrique puis réalimentation hyperdigestible), l'administration de pansements (montmorillonite, smectite...), de modificateurs de la motricité digestive (lopéramide, bromure de prifinium) et beaucoup trop fréquemment d'un antibiotique (sulfaguanidine, framycétine, amoxicilline...).

Pathogènes en cause

Les entérites primitives bactériennes existent mais sont rares chez les carnivores domestiques : *Clostridium difficile*, *Clostridium perfringens*, *Salmonella spp.*, *Campylobacter jejuni*.

TRAITER OU NE PAS TRAITER AVEC UN ANTIBIOTIQUE ?

Les situations où l'antibiothérapie est indiquée se limitent à deux :

1. lors d'entérite aiguë grave avec rupture de la barrière épithéliale, le risque de translocation bactérienne est accru. Une complication de bactériémie est alors à redouter et justifie la mise en place d'une antibiothérapie systémique ;
2. lors de suspicion d'entérite bactérienne (rare).

Les critères de gravité amenant à suspecter une rupture de la barrière épithéliale ou une entérite primitive bactérienne sont les suivants :

- suspicion ou confirmation de parvovirose canine ou féline (jeune animal non vacciné, signes généraux importants, leucopénie, recherche virale positive dans les selles) ;
- signes d'atteinte grêle (selles liquide, borborygmes) avec sang dans les selles (sang rouge ou noir). La pré-



sence de sang dans les selles est un critère de gravité si une atteinte grêle est bien suspectée. Lors d'atteinte colique (selles bouseuses, glaireuses, ténésme, épreinte), la présence de sang n'est pas un critère de gravité ;

- fièvre ;
- signes de choc : abattement, hypothermie, tachycardie... ;
- leucopénie ou leucocytose avec virage à gauche, visualisation de granulocytes neutrophiles toxiques.

RECHERCHER ET IDENTIFIER LE(S) AGENT(S) BACTÉRIEN(S)

Les entérites bactériennes existent mais sont rares chez les carnivores domestiques et leurs méthodes d'identification sont souvent complexes à réaliser et/ou à interpréter (Morley et al. 2005). La mise en évidence d'une bactérie potentiellement pathogène ne prouve pas son implication car les porteurs sains sont nombreux. Sans compter que certaines bactéries potentiellement pathogènes font partie du microbiote normal des chiens et des chats (*Clostridium perfringens* en particulier). Les tests de détection sont relativement peu utilisés à cause des difficultés d'interprétation. Les techniques diffèrent selon l'agent recherché :

- ***Clostridium difficile*** : mise en évidence de l'agent par culture ou ELISA antigène ou PCR, combinée à la recherche de la toxine par ELISA ;
- ***Clostridium perfringens*** : mise en évidence de l'agent par PCR, combinée à la recherche de la toxine par ELISA ;
- ***Salmonella spp.*** : mise en évidence de l'agent par PCR ou cultures répétées ;
- ***Campylobacter jejuni*** : observation directe par cytologie des selles, culture de la bactérie (milieux spéciaux), techniques moléculaires (PCR).

CONDUITE DU TRAITEMENT

Traitement antibiotique

Si, et uniquement si, un critère de gravité est clairement identifié (parvovirose, fièvre, leucopénie, signes de choc...), une antibiothérapie est indiquée. Elle vise à traiter ou à prévenir l'épisode bactériémique. Le traitement est nécessairement débuté par une antibiothérapie de 1^{re} intention et ne peut être complété par une antibiothérapie de 2nd intention que si l'on a de bonnes raisons de suspecter que les molécules de 1^{re} intention ne sont pas efficaces. L'évolution clinique est seule guide dans cette situation et aucun critère objectif ne peut être avancé. L'antibiothérapie devra être la plus courte possible (le temps de l'hospitalisation souvent). La dose sera calculée au plus juste afin de bannir tout sous-dosage.

	Molécule	Posologie
Traitement initial	Amoxicilline / Ac. clavulanique	12,5 mg/kg toutes les 12 heures, voie IV, IM ou PO
	Métronidazole en association amoxicilline / ac. clavulanique	10-15 mg/kg toutes les 12 heures, voie IV ou PO
	Triméthoprime-sulfamide	15 mg/kg toutes les 12 heures, voie IV, IM, SC ou PO
	Lincomycine + spectinomycine	1 ml/5 kg 1 à 2 fois par jour, voie IM, fréquence 3 à 7 jours
Traitement en cas d'évolution défavorable malgré le traitement initial	Enrofloxacin	5 mg/kg toutes les 24 heures, voie IV, IM, PO
	Gentamicine	7 mg/kg/j SID voie IV toutes les 24 heures (animaux hospitalisés, sous perfusion, non déshydratés avec suivi urée / créatinine)
	Marbofloxacin	2 mg/kg toutes les 24 heures, voie IV, SC ou PO

Le respect du RCP des spécialités utilisées dans le traitement de cette affection bactérienne est la règle jusqu'à éventuelle évolution et/ou réévaluation.



Mesures alternatives et complémentaires

Les mesures complémentaires sont fondamentales :

- 1. mesures alimentaires** : une diète hydrique (absence de nourriture mais eau à disposition) pendant 24 heures est indiquée mais la réintroduction d'une alimentation entérale doit être faite à l'issue de ce délai. Le jeûne naturellement imposé par une anorexie avant la présentation doit être pris en compte et un animal qui n'a pas mangé depuis plus de 24 heures doit être immédiatement alimenté dès que la déshydratation est corrigée ;
- 2. réanimation médicale** : si des signes de déshydratation ou choc sont présents, une perfusion intraveineuse est mise en place afin de corriger les perturbations hydro-électrolytiques ;
- 3. pansements digestifs** ;
- 4. modificateurs de la motricité digestive** ;
- 5. pro et prébiotiques.**

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

Marks SL. Diarrhea. In : RJ Washabau, Day MJ, eds, *Canine and Feline Gastroenterology*. St Louis : Elsevier Saunders ; 2013 : 99-108.



ENTÉROPATHIES CHRONIQUES CHEZ LE CHIEN ET LE CHAT

RÉSULTAT ATTENDU

- Eviter l'utilisation systématique des antibiotiques lors d'entéropathie chronique.
- Connaître le seul antibiotique préconisé lors de certaines entéropathies chroniques.

SITUATION ACTUELLE

Contexte

L'appellation « entéropathie chronique » désigne l'ensemble des affections des animaux présentant de la diarrhée depuis au moins 3 semaines. La classification actuelle des entéropathies chroniques inclut :

Les entéropathies infectieuses (giardiose, coccidiose...)

Fréquentes chez les jeunes animaux, les causes infectieuses de diarrhée doivent rigoureusement être exclues dès les premières étapes de la démarche diagnostique. Pour cela, une analyse coprologique (trois analyses augmentent la sensibilité de détection d'agents infectieux) suivi d'un traitement empirique avec un vermifuge à large spectre sont indispensables.

Les entéropathies répondant au changement alimentaire

Le traitement des entéropathies répondant à un changement alimentaire est a priori simple puisqu'il suffit de changer de type d'aliment. En pratique, il peut être assez compliqué à mettre en œuvre et la progression suivante est conseillée :

- si l'animal reçoit un aliment « bas de gamme », le passage à un aliment « premium » peut suffire à améliorer le dysfonctionnement intestinal ;
- si l'animal reçoit déjà un aliment « premium », le passage à un aliment de type hyperdigestible est l'étape logique ;
- si l'animal reçoit un aliment hyperdigestible, le passage à un aliment hypoallergénique (hydrolysats protéiques ou véritable régime d'éviction ménager) est recommandé.

Dans cette circonstance, l'utilisation de probiotiques est recommandée par le comité scientifique du GEMI.

Les entéropathies répondant au métronidazole

Les chiens atteints de ce type d'entéropathie présenteraient une anomalie de la perméabilité muqueuse intestinale exposant ainsi le système immunitaire intestinal aux antigènes bactériens intra-luminaux. L'administration d'un antibiotique modifierait les interactions bactérie-hôte et limiterait l'exposition du système immunitaire local aux antigènes bactériens. Cette entité n'est pas reconnue chez le chat.

Le traitement passe par l'administration de métronidazole (20 à 25 mg/kg/j en 2 prises quotidiennes. L'utilisation d'autres antibiotiques (tylosine, tétracyclines, fluoroquinolones...) est également rapportée mais n'est pas recommandée.

Les entéropathies répondant aux immunomodulateurs

L'administration de predniso(lo)ne est souvent nécessaire. La dose de predniso(lo)ne est de 1-2 mg/kg/j lors d'entéropathie sans pertes de protéines et de 2-4 mg/kg/j lors d'entéropathie avec pertes de protéines. Un



protocole dégressif lent est réalisé sur plusieurs mois. Si la réponse clinique n'est pas satisfaisante et qu'une inflammation importante est identifiée sur les biopsies digestives, l'ajout d'un autre agent immunodépresseur est possible. Chez le chien, la ciclosporine a fait l'objet d'une étude montrant une efficacité dans 75 % des cas de MICI rebelles. Empiriquement, le chlorambucil, le méthotrexate ou l'azathioprine peuvent être utilisés. Chez le chat, le chlorambucil (Chloraminophène® 0,2 mg/kg/j ou 1 gélule de 2 mg tous les 2 ou 3 jours selon le poids du chat) est préféré.

Une alimentation hyperdigestible et hypoallergénique est nécessaire pour réduire la présence de molécules antigéniques intra-luminales. Un aliment diététique hypoallergénique utilisant une source de protéine originale et/ou des protéines fractionnées est souvent privilégiée. Une ration ménagère constituée de protéines particulières (poisson, viande de cheval, porc, lapin, canard...) peut être proposée selon la volonté des propriétaires et les manœuvres diététiques précédentes.

Les entéropathies exsudatives

Le traitement consiste à traiter la cause lorsqu'elle est identifiée (traitement de l'insuffisance cardiaque ou de la tamponnade, traitement de la tumeur...). Lors de lymphangiectasie idiopathique ou secondaire à un processus inflammatoire chronique, le traitement comporte les trois mêmes volets que lors d'entéropathie répondants aux immunomodulateurs. Quelques particularités sont toutefois à connaître : une alimentation hyperdigestible et hypolipidique peut réduire la dilatation des canaux lymphatiques. L'administration de prednisolone qui se révèle nécessaire. La dose de prednisolone est de 2-4 mg/kg/j. Un protocole dégressif lent est réalisé sur plusieurs mois avec suivi des protéines totales et de l'albumine sérique. Lors de lésions de cryptites, un traitement à base de ciclosporine peut être indiqué.

Les entéropathies tumorales

Le diagnostic des entéropathies tumorales (lymphome, carcinome, GIST...) requiert la réalisation d'examens d'imagerie (échographie) et de prélèvements pour analyses histopathologiques.

Pratiques actuelles de traitement

Une pratique actuelle qui peut être considérée comme dangereuse consiste à faire réaliser une coproculture. Cet examen met naturellement en évidence des bactéries (*E. coli* le plus souvent) et l'écueil, parfois observé, consiste à prescrire un traitement antibiotique sur la base de l'antibiogramme fourni par le laboratoire. Outre l'inefficacité thérapeutique de cette pratique, le traitement prescrit expose l'ensemble du microbiote intestinal de l'animal à l'antibiotique et fait prendre le risque de sélection de germes résistants.

TRAITER OU NE PAS TRAITER AVEC UN ANTIBIOTIQUE ?

Lors d'entéropathie chronique, seule la suspicion d'entéropathie répondant au métronidazole justifie une antibiothérapie.

CONDUITE DU TRAITEMENT

Traitement antibiotique

Même si de nombreux antibiotiques sont potentiellement efficaces (tylosine, tétracycline, ...), il est recommandé de se limiter à la seule utilisation du métronidazole lors d'entéropathie chronique.

Cas particulier de la colite histiocytaire

La colite histiocytaire du boxer est une affection inflammatoire chronique du côlon caractérisée par une infiltration de sa muqueuse par de nombreux histiocytes. Cette inflammation provoque l'apparition d'ulcérations



marquées de la muqueuse colique. La cause de cette inflammation n'est pas totalement élucidée, mais il semblerait que la colite histiocytaire soit la conséquence d'un envahissement de la muqueuse par une souche entéro-invasive de *E. coli* dans le colon chez certains chiens génétiquement prédisposés.

La colite histiocytaire affecte principalement les jeunes boxers (moins de 2 ans en général) et les bouledogues français. Des signes similaires ont été décrits dans d'autres races (Bulldog anglais, Doberman, Malamute d'Alaska, Mastiff).

Lors de colite histiocytaire, l'inflammation et les ulcérations coliques provoquent une diarrhée mucoïde avec du sang frais. Les défécations sont alors fréquentes, urgentes, et parfois douloureuses. Après plusieurs mois, on peut observer une perte de poids et une baisse d'état général. En l'absence de prise en charge, le décès peut survenir.

Une analyse sanguine est recommandée pour exclure des causes métaboliques de diarrhée, ainsi qu'une recherche de parasites digestifs dans les selles.

Le diagnostic de colite histiocytaire nécessite cependant obligatoirement la réalisation d'une coloscopie qui révèle des lésions de colite proliférative et/ou ulcérate. Des biopsies viennent compléter l'examen et permettent d'obtenir un diagnostic de certitude par mise en évidence d'une infiltration histiocytaire. L'implication d'une souche invasive d'*Escherichia coli* ayant été prouvée, l'analyse bactériologique d'une biopsie avec obtention d'un antibiogramme est recommandée. En revanche, l'analyse bactériologique des selles ne présente aucun intérêt diagnostique.

Le traitement de la colite histiocytaire fait appel à l'utilisation de fluoroquinolone pendant six semaines qu'il est conseillé d'utiliser **uniquement quand le diagnostic est confirmé par biopsies et que l'on dispose de l'antibiogramme du *E. coli* pariétale**. En effet, la résistance aux fluoroquinolones est possible si l'antibiothérapie n'est pas correctement menée. Les signes cliniques s'améliorent en général rapidement après quelques jours. Le pronostic est favorable dans 60-70 % des cas (Davies 2004).

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Davies DR et coll. Successful management of histiocytic ulcerative colitis with enrofloxacin in two Boxer dogs. *Aust Vet J*. 2004;82:58-61.
2. German A j et coll. Comparison of Direct and Indirect Tests for Small Intestinal Bacterial Overgrowth and Antibiotic-Responsive Diarrhea in Dogs. *J Vet Intern Med*. 2003;17:33-43. doi:10.1111/j.1939-1676.2003.tb01321.x
3. Walker D et coll. A Comprehensive Pathological Survey of Duodenal Biopsies from Dogs with Diet-Responsive Chronic Enteropathy. *J Vet Intern Med*. 2013 ;27:862-74. doi:10.1111/jvim.12093
4. Westermarck et coll. Effect of Diet and Tylosin on Chronic Diarrhea in Beagles. *J Vet Intern Med*. 2005;19:822-7. doi:10.1111/j.1939-1676.2005.tb02771.x
5. Westermarck E et coll. Tylosin-Responsive Chronic Diarrhea in Dogs. *J Vet Intern Med*. 2005;19:177-86. doi:10.1111/j.1939-1676.2005.tb02679.x



AFFECTIONS HÉPATOBLIAIRES CHEZ LE CHIEN ET LE CHAT

RÉSULTAT ATTENDU

- Identifier les critères cliniques et biologiques justifiant l'utilisation d'antibiotiques lors d'affection hépatobiliaire chez le chien et le chat
- Connaître les antibiotiques à utiliser en priorité lors d'infection hépatobiliaire chez le chien et le chat

SITUATION ACTUELLE

Contexte

Chez le chien, les infections hépatobiliaires (cholécystite ou cholangite infectieuse) sont généralement attribuables à des germes d'origine intestinale, qui colonisent les voies biliaires de manière ascendante. Les cholécystites représentent environ 25 % des affections de la vésicule biliaire chez le chien (Crews et coll. 2009) parmi lesquelles 50 % sont d'origine bactériennes (Wagner et coll. 2007).

Chez le chat, les cholangites (anciennement dénommées cholangiohépatites) sont des affections hépatobiliaires relativement fréquentes. On distingue deux principales entités : les cholangites lymphocytaires et les cholangites neutrophiliques. Les formes neutrophiliques sont souvent d'origine infectieuse (infection ascendante d'origine intestinale, comme chez le chien) et justifient alors d'une antibiothérapie prolongée.

Les signes cliniques d'une affection hépatobiliaire sont peu spécifiques : dysorexie ou anorexie, vomissements/diarrhée, abattement, ictère. Des examens complémentaires d'orientation sont généralement nécessaires pour en préciser l'origine hépatobiliaire : augmentation des enzymes hépatiques, élévation de la bilirubine plasmatique, bilirubinurie chez le chat. L'échographie abdominale est souvent incontournable.

Pratiques actuelles de traitement

Lors de cholécystite chez le chien et lorsque les répercussions sur l'état général sont limitées, un traitement médical est généralement instauré, associant cholérétique (acide ursodéoxycholique) et antibiotiques. En cas d'échec du traitement médical ou si les données cliniques et biologiques, ou l'imagerie médicale laissent craindre une rupture des voies biliaires, une prise en charge chirurgicale est indiquée.

Lors de cholangite féline, le traitement associe généralement traitement symptomatique (anti-émétiques, parfois stimulants d'appétit...), hépatotrope (S-adénosylméthionine, silybine...), cholérétiques (acide ursodéoxycholique) et antibiotiques.

Pathogènes en cause

Les bactéries les plus fréquemment isolées (Wagner et coll. 2007, Crews et coll. 2009) lors d'infection hépatobiliaire chez le chat et le chien sont les suivantes :

- bacilles à Gram - : *Escherichia coli* ;
- coques à Gram + : *Enterococcus spp.*, *Streptococcus spp.* ;
- anaérobies : *Bacteroides spp.*, *Clostridium spp.*



Résistances connues (Wagner et coll. 2007)

- *E.coli* : résistance aux aminopénicillines et aux céphalosporines de première génération chez 35 à 55 % des souches, mais bonne sensibilité des entérobactéries Gram - aux quinolones et aminoglycosides.
- *Bacteroides spp.* : identification fréquente de bêta-lactamase.

TRAITER OU NE PAS TRAITER AVEC UN ANTIBIOTIQUE ?

Les éléments cliniques et biologiques devant conduire à suspecter une cause bactérienne lors d'affection hépatobiliaire sont les suivants : fièvre, leucocytose neutrophilique, déplacement à gauche de la courbe Harnett avec présence de métamyélocytes neutrophiles en circulation, présence de neutrophiles toxiques au frottis.

La confirmation de l'origine infectieuse est préférable, dans la mesure où le traitement d'une infection hépatobiliaire requiert une antibiothérapie prolongée. L'obtention de prélèvements diagnostiques est réalisable relativement aisément chez le chat, mais présente plus de difficultés chez le chien en l'absence d'indication chirurgicale (voir ci-dessous). Ce sont alors les données cliniques, biologiques et l'imagerie médicale qui doivent guider le clinicien dans la décision de mettre ou non en place une antibiothérapie.

RECHERCHER ET IDENTIFIER LE(S) AGENT(S) BACTÉRIEN(S)

Chez le chat, la cholécystocentèse échoguidée est un geste réalisable assez aisément par un manipulateur expérimenté. Le prélèvement est réalisé sous tranquillisation avec un risque faible de complication chez le chat. Elle est donc fortement recommandée lorsqu'une affection hépatobiliaire est suspectée (sauf obstruction des voies biliaires ou suspicion de cholécystite emphysémateuse) ; elle est généralement couplée à la réalisation de biopsies du parenchyme hépatique, requises pour caractériser la cholangite et écarter d'autres causes d'affection hépatique. La bile doit être soumise en priorité pour analyse bactériologique aéro- et anaérobie ; une biopsie hépatique peut également faire l'objet de l'analyse bactériologique mais avec une sensibilité inférieure (Wagner et coll. 2007).

Chez le chien, le risque de rupture de vésicule biliaire n'est pas négligeable en présence de cholécystite infectieuse (Crews et coll. 2009). La cholécystocentèse échoguidée apparaît donc comme un geste plus risqué que dans l'espèce féline et n'est pas recommandée en première intention. La réalisation d'une culture est en revanche indispensable si une exploration chirurgicale est réalisée. Des prélèvements de bile, de tissu hépatique et de paroi vésiculaire devraient alors être envoyés au laboratoire pour culture aérobie et anaérobie.

Il convient d'interpréter avec prudence un résultat bactériologique négatif, en raison de la présence fréquente et probablement sous-estimée de germes anaérobies pouvant être difficiles à cultiver.

CONDUITE DU TRAITEMENT

Traitement antibiotique

Les infections hépatobiliaires nécessitent généralement un traitement antibiotique prolongé (4 à 6 semaines) (Rondeau 2013), d'où l'intérêt d'identifier autant que possible l'agent bactérien et sa sensibilité aux antibiotiques. L'utilisation de doses d'antibiotique supérieures à celles préconisées dans le RCP peut se justifier dans la mesure où la distribution des antibiotiques dans les tissus hépatobiliaires peut être faible. Cet ajustement



de dose est bien rapporté dans la littérature (Simpson and Washabau, 2013) mais n'a fait l'objet d'aucune étude pharmacologique permettant de déterminer la dose la plus adaptée.

Lorsqu'un traitement sans antibiogramme doit être utilisé, le schéma suivant est recommandé :

- L'association d'amoxicilline-acide clavulanique 10-20 mg/kg 2 fois par jour (ou 3 fois par jour en cas d'administration IV) en association avec du métronidazole (10-15 mg/kg 2 fois par jour).
- En l'absence d'amélioration ou d'emblée en cas de sepsis grave, et en accord si possible avec le résultat de l'antibiogramme, l'ajout d'une fluoroquinolone* (marbofloxacin* 2 mg/kg 1 fois par jour, enrofloxacin* 5 mg/kg 1 fois par jour, pradofloxacin 3 mg/kg 1 fois par jour). Tel que mentionné plus haut, l'administration de doses supérieures aux RCP se justifie - rappelons toutefois que chez le chat l'utilisation d'enrofloxacin à des doses supérieures à 5 mg/kg/j est contre-indiquée de par sa toxicité rétinienne. Les aminoglycosides (gentamicin 7 mg/kg IV une fois par jour) peuvent également être envisagés mais attention à leur néphrotoxicité.

Mesures alternatives et complémentaires

- Médicaments « » (S-adénosylméthionine, silybine) et cholérétiques (acide ursodéoxycholique, néanmoins contre-indiqué en cas d'obstruction biliaire).
- Prise en charge chirurgicale en cas de rupture ou obstruction des voies biliaires.
- Prise en charge des affections concomitantes chez le chat (pancréatite, MICI).

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- 1 - Crews. et coll. *Clinical, ultrasonographic, and laboratory findings associated with gallbladder disease and rupture in dogs : 45 cases (1997-2007)*. *J Am Vet Med Assoc*. 2009 ; 234 : 359-66.
- 2 - Wagner KA et coll. *Bacterial culture results from liver, gallbladder, or bile in 248 dogs and cats evaluated for hepatobiliary disease : 1998-2003*. *J Vet Intern Med*. 2007 ; 21 : 417-24.
- 3 - Rondeau MP. *Intrahepatic biliary disorders*. In : RJ Washabau, Day MJ, eds, *Canine and Feline Gastroenterology*. St Louis : Elsevier Saunders ; 2013 : 927-30.
- 4 - Simpson KW et Washabau RJ. *Infection*. In : RJ Washabau, Day MJ, eds, *Canine and Feline Gastroenterology*. St Louis : Elsevier Saunders ; 2013 : 628.

*Attention, antibiotique d'importance critique !



PANCRÉATITES CHEZ LE CHIEN ET LE CHAT

RÉSULTAT ATTENDU

- Éviter l'utilisation systématique des antibiotiques lors de pancréatite.
- Connaître les critères cliniques et biologiques justifiant l'utilisation d'antibiotiques lors de pancréatite.
- Connaître les antibiotiques utilisables lors de pancréatite lorsque l'antibiothérapie a été jugée nécessaire.

SITUATION ACTUELLE

Contexte

Une pancréatite est une inflammation, la plupart du temps stérile, du pancréas. La distinction entre une pancréatite aiguë et une pancréatite chronique repose exclusivement sur des critères histologiques mais n'a pas vraiment d'importance dans la décision de traiter avec des antibiotiques ou pas. En effet, un animal atteint de pancréatite chronique peut présenter des signes cliniques importants d'expression aiguë qui nécessitent un traitement antibiotique. A contrario, un animal atteint de pancréatite aiguë peut présenter des signes récurrents de faible intensité mimant une évolution chronique et ne nécessitant pas d'antibiothérapie. C'est essentiellement l'intensité des signes cliniques et biologiques qui guide la décision thérapeutique.

Pratiques actuelles de traitement

Les antibiotiques sont actuellement quasi systématiquement utilisés alors que l'affection est inflammatoire non septique initialement. Il convient donc ici de replacer les pancréatites dans leur contexte exclusivement inflammatoire et de n'envisager l'antibiothérapie que lorsqu'une complication septique est suspectée.

Pathogènes en cause

Lors de complication septique, ce sont les bactéries commensales du tube digestif qui sont en cause avec une importante prédominance de *E. coli* et plus anecdotiquement des bactéries anaérobies.

TRAITER OU NE PAS TRAITER AVEC UN ANTIBIOTIQUE ?

L'intensité clinique des pancréatites est très variable. Certains animaux ne présentent que des signes d'hyporexie passagère et de vomissements cycliques alors que d'autres présentent de graves répercussions générales (abattement, anorexie, déshydratations, hypo- ou hyperthermie, ictère...).

Les complications qui assombrissent le pronostic incluent la survenue d'une insuffisance rénale aiguë, une détresse respiratoire, une CIVD, des troubles du rythme ou une nécrose pancréatique étendue. Dans les cas les plus complexes, une défaillance multi-organique s'exprime rapidement. La palpation abdominale peut ne pas être douloureuse et l'ictère est moins fréquent que dans l'espèce féline lors d'un processus inflammatoire.

Le diagnostic différentiel inclut de nombreuses affections d'origine métabolique et toutes les maladies gastro-intestinales au sens large, ainsi que tout syndrome abdominal aigu. Le diagnostic étiologique ne peut être établi qu'au terme d'une prise en charge médicale impliquant une séquence complète d'examens complémentaires (analyses biologiques et échographie abdominale).



En situation aiguë, dès lors que les répercussions générales sont significatives et qu'un processus de translocation bactérienne paraît possible, une antibiothérapie systémique est indiquée. Les formes bénignes (pas ou peu de répercussions générales) de pancréatite ne nécessitent pas d'antibiothérapie.

RECHERCHER ET IDENTIFIER LE(S) AGENT(S) BACTÉRIEN(S)

Les bactéries en cause ne sont quasiment jamais recherchées (à l'exception de l'abcès pancréatique qui fait l'objet d'une vidange per-échographique ou per-opératoire).

CONDUITE DU TRAITEMENT

Traitement antibiotique

L'utilisation des antibiotiques est assez controversée en médecine vétérinaire puisqu'il est admis que l'inflammation pancréatique découle d'un processus chimique et non septique [1]. Toutefois, nombreux sont les auteurs qui s'accordent pour recommander la mise en place d'une antibiothérapie dont l'objectif est de traiter d'éventuelles translocations bactériennes digestives. Elle est donc réservée aux pancréatites avec répercussions cliniques significatives. L'administration d'une bêta-lactamine (amoxicilline, ampicilline, céfalexine...) et de métronidazole est l'association la plus utilisée. L'utilisation des fluoroquinolones ou de la gentamicine est réservée aux cas suspects de bactériémie pouvant évoluer vers un état de choc septique.

« Le respect du RCP des spécialités utilisées dans le traitement de cette affection bactérienne est la règle jusqu'à éventuelle évolution et/ou réévaluation »

Mesures alternatives et complémentaires

Éliminer un éventuel facteur favorisant

Même si de nombreuses pancréatites canines surviennent spontanément, des facteurs de risque ont été identifiés. Il convient donc de les rechercher afin de les éliminer.

- Si l'animal reçoit une alimentation trop riche en graisse, la ration alimentaire doit être corrigée. Ceci est particulièrement important chez les animaux présentant une hypertriglycéridémie ou une endocrinopathie.
- L'interruption de médicaments potentiellement à l'origine de la pancréatite est indiquée : azathioprine, bromure de potassium, L-asparaginase... Les corticoïdes ne semblent pas être clairement impliqués dans l'apparition de pancréatites.
- La lutte contre une éventuelle hypercalcémie est également indiquée.

Maintenir la volémie

Le maintien de la volémie grâce à la mise en place d'une perfusion adaptée est une étape incontournable.

Lutter contre la douleur

Cette étape est également cruciale car, outre le confort de l'animal, une importante douleur viscérale peut participer à l'état de choc et la survenue de troubles du rythme cardiaque. L'analgésie est donc systématique lors de pancréatite aiguë. Les morphiniques sont souvent nécessaires.

Réalimenter : quand et comment ?

En situation aiguë, la maladie est principalement prise en charge par des thérapies de soutien de l'organe et de ses fonctions. En situation chronique, la prise en charge vise à limiter les risques de récurrence. L'alimentation fait partie intégrante de la thérapie médicale.



La réalimentation doit se faire le plus vite possible, dès que la réanimation médicale a été mise en place et a rétabli les désordres hydriques et électrolytiques.

Transfusion de plasma

La transfusion de plasma frais apporte de nombreux éléments potentiellement bénéfiques au traitement des chiens atteints de pancréatite aiguë (alpha-Macroglobuline, albumine, nombreux facteurs de la coagulation...).

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

Marks SL. Diarrhea. In : Washabau RF, Day MJ, eds, *Canine and Feline Gastroenterology*. St Louis : Elsevier Saunders ; 2013 : 99-108.