



EN PRATIQUE FACE À UN CHAT ICTÉRIQUE

démarche diagnostique

Marie-Laure THÉRON



Photo 1 : Notez la coloration jaune intense de la conjonctive.

Crédit : Marie-Laure THÉRON

L'ictère correspond à une coloration jaune des muqueuses, de la peau et de la sclère due à l'accumulation de bilirubine (cf. [photos 1 et 2](#)). L'ictère est identifiable cliniquement lorsque la bilirubinémie est supérieure à 2 mg/dL (valeur normale : 0,1 à 0,6 mg/dL).

L'ictère n'est pas une maladie en tant que telle, c'est le reflet d'un processus sous-jacent.

De nombreuses affections peuvent être à l'origine d'un ictère chez le chat, ce qui nécessite une démarche diagnostique rigoureuse afin d'en identifier la cause et de proposer la prise en charge la mieux adaptée.

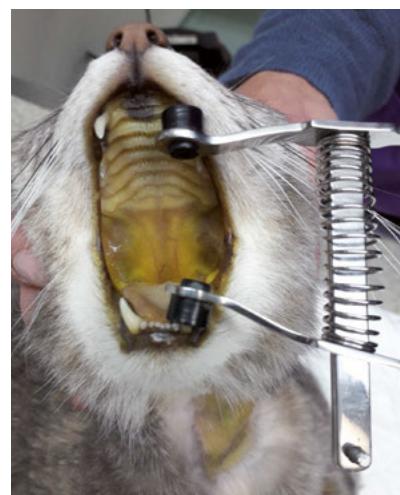


Photo 2 : Examen de la cavité buccale du même chat que sur la photo 1.

Crédit : Marie-Laure THÉRON



CAUSES D'ICTÈRE CHEZ LE CHAT

Un ictère survient lors d'une augmentation de la production de bilirubine (hémolyse) ou bien d'une diminution de son élimination (cholestase). Les causes d'ictère sont donc classées en trois grandes catégories : pré-hépatique, hépatique et post-hépatique. Les causes pré-hépatiques correspondent aux processus hémolytiques (anémies marquées et brutales). L'incapacité du foie à capturer la bilirubine non-conjuguée et son incapacité à l'excéder dans le tractus biliaire correspondent aux causes hépatiques. Enfin, les obstructions intra- ou extraluminale des voies biliaires correspondent aux causes post-hépatiques (cf. encadré 1).

ANAMNÈSE ET COMMÉMORATIFS

SIGNALLEMENT

L'âge et la race sont des informations importantes. En effet, chez un jeune chat, une PIF (péritonite infectieuse féline), une anémie hémolytique et une cholangite seront envisagées en priorité. Chez un chaton développant un ictère dans les premiers jours de vie après ingestion du colostrum, une érythrolyse néonatale doit être suspectée. Il s'agit de chatons de groupe sanguin A ou AB nés de mères de groupe sanguin B. Chez un animal âgé, un processus tumoral (hépatique, pancréatique) et une triade doivent faire partie des hypothèses diagnostiques.

La mutation génétique du déficit en pyruvate kinase (entité rare) a été mise en évidence chez les races suivantes : Bengale, La-Perm, Maine Coon, Chats des forêts Norvégienes, Savannah,

Sibérien, Abyssin, Mau Egyptien et Somali. Cette affection est donc à considérer dans un contexte d'anémie hémolytique chez un chat appartenant à une de ces races.

Le siamois et les chats orientaux sont prédisposés à l'amyloïdose hépatique bien que cette entité reste rare.

De manière générale, quels que soient la race et l'âge du chat, l'hypothèse de lipidose hépatique est évoquée face à tout chat ictérique faisant suite à un épisode anorexique.

Le statut FeLV-FIV, s'il n'est pas connu, doit être établi par un test rapide. En effet, les animaux FeLV-FIV positifs seront plus sensibles aux infections à mycoplasmes et à la survenue d'un processus tumoral. Les rétrovirus sont rarement directement à l'origine de l'ictère, ils sont cependant susceptibles d'aggraver le pronostic de toute maladie concomitante.

SIGNES CLINIQUES

Il faut questionner le propriétaire sur une récente transfusion sanguine, sur l'administration d'un traitement ou le contact avec un toxique pouvant avoir des répercussions hépatiques ou générer une anémie hémolytique (paracétamol, diazépam oral, méthimazole, ail, oignon, poireaux...).

Chez un animal anorexique (ou dysorexique) depuis plusieurs jours, une lipidose hépatique doit absolument être évoquée, bien qu'une maladie sous-jacente expliquant l'anorexie soit souvent présente et complique le tableau clinique. En effet, moins de 20 % des lipidoses hépatiques sont considérées comme idiopathiques (primaires). Cette affection doit rapidement être prise en charge médicalement. Le taux de survie est de 60 % avec un traitement adapté.

La présence de vomissements et de diarrhée peut accompagner

Encadré 1 : Causes d'ictère chez le chat (les causes les plus fréquentes sont en caractères gras)

Pré-hépatique (hémolyse)

- Infectieux : FeLV, FIV, PIF, ***Mycoplasma haemofelis***, ***Cytauxzoon felis***
- Stress oxydatif : paracétamol*, ail, oignon, bleu de méthylène, zinc, **lipidose hépatique**
- AHMI secondaire (paranéoplasique, maladie inflammatoire, infectieuse) ou primaire (auto-immune)
- Métabolique : hypophosphatémie

- Déficit enzymatique : syndrome de fragilité osmotique, déficit en pyruvate kinase
- Réaction transfusionnelle : transfusion d'un chat groupe B avec le sang d'un chat groupe A
- Isoérythrolyse néonatale

Hépatique

- **Lipidose hépatique (primaire et secondaire)**
- **Cholangite (lymphocytaire, neutrophilique, mixte)**
- Processus tumoral (lymphome)
- Infectieux : PIF, toxoplasmose, yersiniose, salmonellose, mycobactérie, bartonellose

- Toxique : cycas du japon, aflatoxine, amanite, méthimazole, paracétamol*
- Hépatopathie cuprique
- Amyloïdose

Post-hépatique

- **Pancréatite (contexte de triade)**
- **Tumeur du pancréas**
- **Tumeur du cholédoque (carcinome)**
- Inflammation de la papille duodénale (chirurgie, inflammation,

- traumatisme)
- Lithiases biliaires
- Rupture biliaire (traumatisme, cholécystite nécrosante)
- Douve (non endémique en France)

* L'ictère chez les chats ayant ingéré du paracétamol est dû à la fois à l'hémolyse et à l'atteinte hépatique. La cyanose prédomine au début, et dans un deuxième temps, l'ictère peut survenir...

une pancréatite, une cholangio-hépatite ou toute autre maladie digestive (tumorale, infectieuse ou inflammatoire).

Il faut questionner les propriétaires sur la couleur des selles. En effet, une cholestase post-hépatique peut, dans certain cas, provoquer la présence de selles décolorées par l'absence de stercobiline.

EXAMEN CLINIQUE

POIDS/ÉTAT GÉNÉRAL

L'animal est tout d'abord pesé et son état général évalué à distance. Une perte de poids, un poil piqué orientent davantage vers une maladie chronique (cholangite, pancréatite, PIF...) plutôt que vers une anémie hémolytique ou une hépatopathie d'origine toxique. Une alopecie paranéoplasique non prurigineuse peut être observée lors de carcinome pancréatique et hépatique.

EVALUATION CARDIO-CIRCULATOIRE

Des muqueuses pales et ictériques, une tachycardie, un souffle cardiaque, un pouls fémoral augmenté, une tachypnée et un abattement peuvent accompagner une anémie et doivent motiver la réalisation d'un hémogramme avant tout autre examen.

TEMPÉRATURE RECTALE

Une hyperthermie peut accompagner une cholangite neutrophilique, un processus tumoral, une pancréatite, une rupture de la vésicule biliaire, une PIF et une anémie hémolytique d'origine infectieuse ou à médiation immunitaire.

PALPATION ABDOMINALE

Une douleur abdominale peut être présente lors de pancréatite, d'obstruction ou de rupture des voies biliaires ou d'une masse abdominale. Une hépatomégalie est possible lors de lipidose hépatique, d'infiltration tumorale (lymphome, carcinome...). Une masse abdominale crâniale peut être palpée dans un contexte de tumeur pancréatico-intestinale.

Un abdomen distendu peut être la conséquence d'un épanchement abdominal dans un contexte de PIF, de cholangite lymphocytaire, de pancréatite, d'un processus tumoral, d'une rupture des voies biliaires ou d'un hémoabdomen faisant suite à une rupture hépatique dans un contexte d'amyloïdose.

AUTRES

Un examen neurologique anormal peut être le reflet d'une encéphalose hépatique lors d'atteinte hépatique sévère (lipidose, hépatite, toxique).

EXAMENS COMPLÉMENTAIRES

L'approche communément adoptée face à un ictère est de tout d'abord exclure une anémie hémolytique en réalisant un hémogramme (à minima un microhématocrite). Ensuite, afin de faire la différence entre un ictère hépatique et post-hépatique, l'échographie abdominale est nécessaire. Toutefois, certains éléments

dans le signalement, l'historique, l'examen clinique et le bilan biologique permettent d'orienter les hypothèses diagnostiques.

Une voie veineuse périphérique est mise en place (certains traitements seront administrés par voie veineuse) et du sang directement récupéré au niveau du cathéter. De faibles volumes sont désormais nécessaires avec la plupart des automates d'hémato-biochimie. Un prélèvement dans un tube EDTA (hématologie, PCR, test d'agglutination) et dans un tube hépariné (biochimie plasmatique) sont nécessaires.

HÉMATOLOGIE

► LIGNÉE ROUGE

L'hématocrite est évalué à partir d'un microhématocrite ou à partir de l'hématocrite fourni par l'automate d'hématologie :

- > 15%, une cause hépatique ou post-hépatique doit être recherchée ;
- < 15%, une hémolyse doit être investiguée.

Si l'animal anémique est instable, il est impératif de lui administrer des produits sanguins après réalisation d'un groupage sanguin avant d'effectuer tout autre examen.

La présence d'une anémie macrocytaire hypochrome régénérative témoigne d'une hémolyse dans un contexte d'ictère. Chez le chat, les caractéristiques de régénération ne sont pas systématiques dans les anémies hémolytiques. Une microcytose sans anémie a été rapportée chez un nombre important de chats atteints de PIF.

L'examen du frottis sanguin peut permettre d'identifier la cause de l'anémie. Les mycoplasmes *M. haemofelis* peuvent être visualisés à la surface des globules rouges (la sensibilité est d'environ 40 %). Les petites formes de mycoplasmes (*M. haemominutum* et *M. turicensis*) ne sont, quant à elles, pas visibles. Une recherche par PCR sur sang EDTA est plus sensible afin de confirmer le diagnostic.

Des corps de Heinz, des kératocytes et des eccentrocytes témoignant d'un stress oxydatif doivent faire envisager une intoxication ou une lipidose hépatique. En effet, les chats présentant une lipidose hépatique peuvent développer une anémie régénérative à corps de Heinz (stress oxydatif).

Un test d'agglutination sur lame peut permettre d'orienter rapidement vers une anémie hémolytique à médiation immunitaire (AHMI). La sensibilité étant faible, un test négatif n'exclut pas une AHMI. Un test de Coombs peut être envoyé en laboratoire pour approfondir cette hypothèse.

Des tests génétiques existent pour l'exploration du déficit en pyruvate kinase. Un test de fragilité osmotique peut également être demandé en laboratoire.

► LIGNÉE BLANCHE

Une leucocytose neutrophilique peut être rencontrée lors de cholangite neutrophilique, de tumeurs volumineuses avec un centre nécrotique, de péritonites secondaires à une pancréatite ou à une rupture de la vésicule biliaire.

ECHOGRAPHIE ABDOMINALE

Les structures à évaluer en priorité sont le foie, la vésicule biliaire, le canal cholédoque, la papille duodénale et les structures adjacentes: les intestins, le pancréas et les nœuds lymphatiques.



Si un épanchement abdominal est présent, il doit être ponctionné pour une analyse cyto-biochimique (densité, cellularité, cytologie).

La paroi de la vésicule biliaire peut être épaisse, irrégulière avec un contenu échogène lors de cholangite neutrophilique.

Une dilatation du cholédoque > 4 mm témoigne d'une obstruction extra-hépatique (cf. [photo 3](#)) (OVBEH). Elle peut faire suite à des calculs biliaires (cf. [photo 4](#)), à une tumeur du cholédoque, une inflammation de la papille duodénale, une tumeur pancréatico-duodénale... La zone de striction n'est pas toujours facilement visualisable et il est difficile de différencier un processus tumoral d'un processus inflammatoire. La dilatation de la vésicule biliaire n'est visualisée que dans 50 % des chats avec une obstruction biliaire extra-hépatique.

Une lipidose hépatique peut être suspectée lors d'hépatomégalie homogène et hyperéchogène. L'aspect n'est pas spécifique et le diagnostic différentiel inclut une infiltration lymphomateuse, une infiltration inflammatoire (cholangite) et d'autres maladies de surcharge que la lipidose (amyloïdose).

Le pancréas peut apparaître hypoéchogène avec des graisses adjacentes hyperéchogènes et un épanchement abdominal lors de pancréatite. Le duodénum peut également apparaître plissé. L'absence d'anomalie du pancréas n'exclut pas une pancréatite. Un dosage de la lipase spécifique du pancréas est plus sensible pour explorer cette affection chez le chat.

Une adénomégalie est non spécifique puisqu'elle peut accompagner un processus tumoral, une PIF, une pancréatite ou une cholangite.

Il est à noter que l'absence d'anomalie échographique ne permet pas d'éliminer une affection hépatobiliaire ou pancréatique.



Photo 3 : Cholédoque dilaté à 0.8 mm témoignant d'une obstruction des voies biliaires extra-hépatiques.

Crédit : Marie-Laure Théron



Photo 4 : Visualisation d'un calcul au niveau de la papille duodénale responsable d'une cholécystose extra-hépatique.

Crédit : Marie-Laure Théron

ANALYSES SANGUINES

Le bilan biochimique plasmatique, comprenant l'activité des enzymes hépatiques PAL, GGT, ALT et AST, peut permettre d'orienter les hypothèses. Une augmentation faible des GGT face à une augmentation marquée des PAL et de la bilirubine est très évocatrice d'une lipidose hépatique primaire. A contrario, les chats avec une maladie du tractus biliaire primaire ont une augmentation marquée des PAL et des GGT. Il est à noter qu'un chat avec une lipidose hépatique secondaire à une pancréatite ou une cholangio-hépatite peut avoir une augmentation marquée des GGT. De ce fait, une augmentation des GGT n'exclut pas une lipidose hépatique mais doit encourager la recherche d'une cause sous-jacente.

Un rapport albumine/globuline < 0,4 peut orienter vers une PIF ou un processus inflammatoire sévère (cholangite lymphocytaire par exemple).

Les temps de coagulation, notamment le temps de Quick, peuvent être augmentés par diminution de l'absorption de vitamine K en raison de l'absence de sels biliaires lors de cholécystose ou d'un défaut de production des facteurs de coagulation lors d'hépatopathie aiguë.

PRÉLÈVEMENTS

Avant d'entreprendre toutes ponctions ou biopsies, il est important de limiter le risque de saignements avec une administration de vitamine K par voie intraveineuse (3 injections à 0,5 mg/kg à 12 heures d'intervalle) car les troubles de la coagulation sont fréquents chez les chats avec une cholécystose.

Les cytoponctions hépatiques à l'aiguille fine échoguidées sont utiles dans l'exploration d'une infiltration tumorale diffuse (lymphome) et d'une lipidose hépatique. Elles ne sont pas appropriées pour explorer une maladie inflammatoire (cholangite, hépatite...). L'exploration d'une cholangite lymphocytaire, d'une hépatite ou d'une amyloïdose nécessite la réalisation de biopsies hépatiques.

Lors de suspicion de cholangite neutrophilique, une ponction de bile sous échographie pour une analyse cytologique et une bactériologie aéro- et anaérobique est indiquée.

Un épanchement abdominal peut accompagner une pancréatite, une PIF, une cholangite, une rupture de la vésicule biliaire, un processus tumoral ou une amyloïdose hépatique. Son analyse cytologique et biochimique est importante. Les épanchements causés par une PIF ou une cholangite lymphocytaire peuvent avoir les mêmes caractéristiques biologiques et cytologiques : riche en protéines et pauvre en cellules. Une recherche de coronavirus dans l'épanchement aidera au diagnostic définitif. L'analyse cytologique peut permettre de mettre en évidence des cellules tumorales. Face à un hématoabdomen dans un contexte d'ictère, une amyloïdose hépatique doit être évoquée.

TABLEAU 1 : Examens complémentaires idéalement recommandés dans l'exploration de l'ictère chez le chat.

EXAMENS COMPLÉMENTAIRES DE L'ICTÈRE DU CHAT

EXAMENS RECOMMANDÉS	ORIENTATIONS DIAGNOSTIQUES
Hémogramme - Si Ht<15% : Frottis sanguin Test agglutination, test Coombs PCR mycoplasme Test FIV-FeLV Groupage sanguin Test fragilité osmotique Test génétique	• Stress oxydatif, mycoplasmes • AHMI • Mycoplasmose • Anémie hémolytique infectieuse • Erythrolyse néonatale • Fragilité osmotique • Déficit en pyruvate kinase
Biochimie plasmatique - Bilan hépatique (ALT, AST, PAL, GGT, bilirubine totale, NH3, TQ, TCA) - Ionogramme - fPLI - Folatémie/cobalaminémie - TQ, TCA	• Lipidose hépatique, cholangite, tumeur hépatique, encéphalose hépatique • Désordres électrolytiques secondaires • Pancréatite • Maladie intestinale • Coagulopathie secondaire
Echographie abdominale - Foie/vésicule biliaire - Cholédoque/papille duodénale - Pancréas - Duodénum - Nœuds lymphatiques - Epanchement abdominal	• Tumeur, lipidose, cholangite, cholangite • OVBEH (tumeur, inflammation, lithiasie) • Pancréatite, tumeur, abcès • Tumeur, maladie intestinale • Tumoral, infectieux • PIF, cholangite, hypertension portale, amyloïdose, pancréatite
Epanchement abdominal - Analyse cyto-biochimique - PCR Coronavirus	• PIF, cholangite, tumoral, hémobabdomen, rupture des VB • PIF
Ponction bile - Cytologie - Bactériologie aéro-anaérobie	• Infection bactérienne
Ponctions hépatiques	• Tumeur, lipidose
Biopsies hépatiques (dosage cuivre, PCR)	• Cholangite, hépatite (infectieuse, cuprique), maladie de surcharge, amyloïdose
Biopsies masse (PCR)	• Tumeur, granulome (toxoplasmose, PIF, mycobactéries...)

Encadré 2 : Supplémentation nutritionnelle possible lors de lipidose hépatique

(en complément de la réalimentation)

- L-carnitine : 250 – 500 mg/jour
- S-adénosylméthionine : 20mg/kg/jour
- Vitamine E : 10 UI/kg/jour
- Taurine : 250 mg/jour
- Vitamine K1 : 0.5 mg/kg 3 fois à 12 h d'intervalle (voie parentérale)
- Vitamine B1 : 100 mg/jour
- Vitamine B12 : 1000µg/semaine voie sous-cutanée

PRISE EN CHARGE

Une hospitalisation est le plus souvent nécessaire pour les animaux présentant un ictère. Le traitement est bien évidemment à adapter en fonction de la maladie causale. Dans certains cas, la restriction budgétaire des propriétaires ne permet qu'une exploration minimaliste et la prise en charge médicale en est donc impactée. Les deux cas de figure sont résumés dans les tableaux 1 et 2.

Dans les contextes d'hémolyse, l'état de l'animal peut parfois justifier le recours à une transfusion de produits sanguins (sang total, concentré de globules rouges). Un groupage est alors nécessaire afin d'éviter des réactions transfusionnelles. Le traitement à base de doxycycline peut être initié dans l'hypothèse d'une mycoplasmose ou dans l'attente des résultats PCR. Face à un test d'agglutination ou de Coombs positif, une réaction à médiation immunitaire est alors suspectée et un traitement corticoïde justifié. Il n'existe pas de traitement pour les animaux présentant un déficit enzymatique ou une fragilité osmotique. Un traitement antioxydant peut être administré lors de stress oxydatif (N-acétyl cystéine, S-adénosyl méthionine). Dans ces cas, le suivi de l'hématocrite est nécessaire. Un hématocrite de 25% avec un animal cliniquement stable et se nourrissant seul permet une sortie d'hospitalisation.

L'hospitalisation de chats ictériques avec une cause hépatique ou post-hépatique nécessite une réalimentation forcée s'ils ne s'alimentent pas d'eux-mêmes afin de traiter une éventuelle lipidose ou d'éviter sa survenue. Le moyen le plus simple et moins onéreux est une sonde naso-esophagienne. Ceci dit, le recours à une sonde d'oesophagostomie peut être un moyen de sortir rapidement le chat d'hospitalisation et de faire réaliser les repas et les soins par les propriétaires. La réalimentation doit se faire progressivement (sur au moins 5 jours) afin d'éviter les vomissements et un éventuel syndrome de renutrition. Ce syndrome correspond à des anomalies biologiques (carences électrolytiques, déficit en thiamine) et cliniques qui surviennent lors de la renutrition de patients dénutris ou ayant subi un jeûne prolongé. Il reflète la transition métabolique d'un état catabolique à un état anabolique. L'hypophosphatémie peut être à l'origine d'une anémie hémolytique grave.

Une complémentation en vitamine B1 (thiamine) est effectuée à raison de 100 mg de thiamine/chat/jour. L'administration de vitamine B12 par voie SC (1000µg/semaine) est également conseillée (cf. encadré 2). Une complémentation en potassium (PO ou IV) est nécessaire afin d'éviter qu'une hypokaliémie survienne suite à la réalimentation et de corriger une éventuelle hypokaliémie pouvant faire suite à l'anorexie. Des anti-vomitifs (maropitant, métoclopramide) sont également à administrer afin d'éviter ou de traiter les vomissements et les nausées.

EXAMENS COMPLÉMENTAIRES À BUDGET RÉDUIT ET PRISE EN CHARGE ASSOCIÉE

EXAMENS MINIMUMS	ORIENTATIONS DIAGNOSTIQUES	PRISE EN CHARGE
Microhématocrite Si Ht<15% : frottis sanguin, test agglutination	• Stress oxydatif, mycoplasmes, AHMI	Doxycycline, glucocorticoïde, antioxydants -> suivi de l'Ht
Biochimie plasmatique - Bilan hépatique (ALT, AST, PAL, GGT, bilirubine totale) - PT, alb.	• Lipidose hépatique, cholangite, tumeur hépatique, encéphalose hépatique • alb/glob. < 0,4 (PIF)	Réalimentation, antibiothérapie, glucocorticoïde, vitamines B12, B1 et K, réhydratation, anti vomitifs, analgésiques.
Echographie abdominale - Ponction épanchement si présent	• Affection hépatique, cholangite, triade, PIF • OVBEH	Réalimentation, antibiothérapie, glucocorticoïde, vitamines B12, B1 et K, réhydratation, anti vomitifs, analgésiques. Laparotomie exploratrice si absence de réponse au traitement médical

TABLEAU 2 : Examens complémentaires dans une situation à budget réduit et prise en charge associée.



Lors de suspicion de cholangite neutrophilique ou d'abcès pancréatique, une antibiothérapie est nécessaire après réalisation des prélèvements de bile ou des lésions cavitaires pour analyses bactériologiques aéro- et anaérobies. Le recours à l'amoxicilline/clavulanate en première intention est préféré par son spectre relativement large. L'antibiothérapie sera adaptée en fonction des résultats.

Une analgésie (buprénorphine, méthadone) est nécessaire dans les cas de pancréatite, ou toute autre affection générant de la douleur abdominale.

Lors d'obstruction des voies biliaires extra-hépatiques, la prise en charge est chirurgicale : cathétérisation du cholédoque, exérèse de masse, choléduodénostomie... Si la cause de l'obstruction n'est pas identifiée facilement à l'examen échographique, une laparotomie exploratrice est justifiée après stabilisation de l'animal. Il est conseillé de réaliser des biopsies hépatiques, digestives et de toutes masses visualisées si leur résection complète n'est pas possible afin d'explorer une maladie favorisante (cholangite, MCL, tumeur). Le pronostic est sombre dans les cas de tumeurs et lors d'un recours à une choléduodénostomie.

Le traitement de la PIF n'est pas encore possible à ce jour. Le pronostic de la toxoplasmose avec une atteinte hépatique est mauvais. Les mycobactéries, bien que rares, ne seront pas traitées d'un point de vue de santé publique et il est conseillé d'identifier le type de mycobactéries afin de faire prendre les mesures nécessaires aux propriétaires auprès de leur médecin.

Les hépatites par surcharge cuprique nécessitent le recours à un traitement chélateur à base de D-pénicillamine. Il s'agit d'une entité rare chez le chat. L'amyloïdose hépatique est de pronostic sombre. Un traitement avec de la colchicine (0,02 mg/kg q 24h) peut être initié.

Les tumeurs nécessitent une exérèse chirurgicale et/ou une chimiothérapie en fonction de leur nature et de leur grade.

Dans les cas avec des restrictions budgétaires importantes, une prise en charge médicale large est alors entreprise afin de couvrir le plus largement possible les hypothèses les plus fréquentes et traitables (lipidose, pancréatite, cholangite pour les icteres hépatiques et post-hépatiques; mycoplasmoses et AHMI pour les icteres pré-hépatiques). Il est certain que le pronostic dépendra de la réponse au traitement, traitement potentiellement lacunaire.

Face à un ictere d'origine hépatique et post-hépatique, réalimentation, antibiothérapie, anti-vomitifs, vitamine B1, vitamine B12, vitamine K1, corticoïdes, analgésiques seront mis en place. Certaines causes provoquant une OVBEH ne pourront pas être correctement traitées sans approche chirurgicale. Une laparotomie exploratrice peut être proposée afin d'affiner le pronostic.

Lors d'anémie hémolytique, doxyxycycline, corticoïdes et antioxydant seront administrés.

PARAMÈTRES À SURVEILLER LORS DE L'HOSPITALISATION

Quelle que soit l'affection sous-jacente, l'état général des animaux est un indicateur fort pour juger de la réponse au traitement : retour de l'appétit, absence de vomissements, absence de fièvre, absence de douleur, retour du comportement habituel.

La cinétique de la bilirubinémie est un marqueur intéressant dans le suivi des animaux icteriques quelle qu'en soit la cause sous-jacente. Si celle-ci augmente malgré tous les moyens mis en place lors de l'hospitalisation, le pronostic est mauvais.

Si l'état clinique de l'animal se dégrade au cours de l'hospitalisation après l'initiation de la réalimentation, il faut envisager : une encéphalose hépatique, une anémie secondaire à une hypophosphatémie, une hypokaliémie, une hypomagnésémie ou une évolution négative du processus sous-jacent.

CONCLUSION

Une approche systématique face à un ictere chez le chat permet le plus souvent d'obtenir un diagnostic de la maladie sous-jacente et ainsi proposer le traitement le mieux adapté.

Il faut dans un premier temps exclure une anémie hémolytique en réalisant un hémogramme. L'échographie abdominale associée aux examens sanguins permettent ensuite d'explorer les causes hépatiques et post-hépatiques.

Il ne faut pas négliger l'importance du signalement, de l'anamnèse et de l'examen clinique qui peuvent fournir des éléments précieux dans l'orientation du diagnostic.

Pièges à éviter

- La palpation abdominale n'est pas systématiquement douloureuse lors de pancréatite
- La taille du canal pancréatique ne constitue pas un critère diagnostique pour la pancréatite
- Un examen échographique normal ne permet pas d'exclure une pancréatite, une cholangite ou un lymphome
- La lipidose hépatique est le plus souvent secondaire à une autre affection

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

Ettinger S et al. Textbook of veterinary Internal Medicine, 8th Ed. Saunders 2017.

Boland L et al. Feline Cholangitis. Vet Clin North Am Small Anim Pract. 2017;47:703-724.

Valtolina C et al. Feline Hepatic Lipidosis. Vet Clin North Am Small Anim Pract. 2017;47:683-702.

Weingarten M et al. Acute liver failure in dogs and cats. J Vet Emerg Crit Care. 2015;25:455-473.

Center S. Diseases of the gallbladder and biliary tree. Vet Clin North Am Small Anim Pract. 2009;39:543-598.

Van Geffen C et al. Bilirubin cholelithiasis and haemosiderosis in an anaemic pyruvate kinase-deficient Somali cat. J Small Anim Pract. 2008;49: 479-482.

Ottenjann M et al. Pyothorax in 26 cats: clinical signs, laboratory results and therapy (2000-2007). Berl Munch Tierarztl Wochenschr. 2008;121:365-373.

Sharon K et al. Veterinary Record. 2017; 181:512-522.