



Dre Elaine Madore  
DMV, IPSAV, DES, Dipl. ACVS

## Quand et pourquoi devrait-on référer à un chirurgien spécialiste

Il n'est parfois pas toujours évident de savoir quel est le moment idéal pour référer un cas pour une évaluation par un chirurgien spécialiste. Un traitement médical conservateur devrait-il être effectué au préalable? Le temps peut-il aider ou nuire à la condition? Doit-on faire perdre du poids avant d'intervenir chirurgicalement pour une rupture du ligament croisé? Après combien de déblocages urinaires doit-on penser à l'uréthrostomie? Voici quelques-unes des questions fréquemment posées par les vétérinaires référant et propriétaires. Je tenterai donc d'apporter des réponses ou précisions via un survol de certaines pathologies des tissus mous et orthopédiques.

### Pathologies de tissus mous

#### Blocage urinaire

En général, nous recommandons l'uréthrostomie dès le deuxième ou maximum lors du troisième déblocage urinaire. Effectivement, il n'est pas toujours nécessaire d'attendre le troisième blocage avant d'intervenir. Si l'animal est nourri avec une nourriture adaptée, qu'il est jeune, que des analyses urinaires aient été faites correctement et que malgré tout, l'animal souffre d'un deuxième blocage urinaire peu de temps après le premier épisode, l'uréthrostomie peut être recommandée. Si par contre les recommandations suivant le premier déblocage n'ont pas été

suivies, que l'animal est âgé ou qu'il souffre d'une autre condition systémique pouvant augmenter le taux de complications per et post-opératoire, je recommande un deuxième déblocage urinaire. L'animal est parfois référé pour uréthrostomie lors d'un premier blocage, car le calcul est indélogeable. Dans ce cas, un déblocage sera préalablement tenté par le chirurgien et, s'il a été possible et de manière peu traumatique, la décision reviendra au client s'il préfère ou non procéder avec l'uréthrostomie. Dans la majorité de ces cas, il sera recommandé d'attendre le prochain épisode avant d'intervenir.

La technique de rétro-hydropropulsion est très efficace pour déloger un calcul récalcitrant (figure 1) et devrait être tentée avant de référer l'animal pour un calcul indélogeable. L'uréthrostomie n'est jamais recommandée en première intention puisque le taux de complications varie entre 10-50%, ce qui n'est pas négligeable. Les principales complications sont les saignements post-opératoires (en général transitoires), la formation d'une structure permanente (rare si la procédure est réalisée de manière atraumatique, si la dissection est adéquate et que l'anastomose est précise), l'incontinence (très rare), les dermatites de contact entre les cuisses (fréquent si l'animal est obèse) et les infections urinaires ascendantes (jusqu'à 50% des cas à long terme).

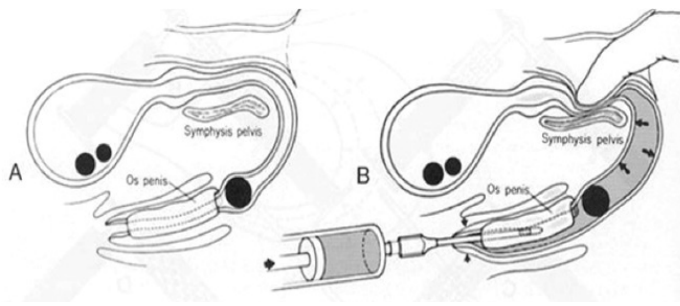


Figure 1 : Rétro-hydropropulsion : Le cathéter est inséré le plus loin possible dans l'urètre. Un doigt est placé dans le rectum afin de comprimer ventralement l'urètre. Une pression modérée est mise sur le piston de la seringue de saline (idéalement tiède avec un peu de KY). Puis la pression sur l'urètre avec le doigt est relâchée subitement afin de créer un effet de vague qui délogera très souvent un calcul récalcitrant. Il peut être nécessaire de s'y reprendre quelques fois, car le calcul peut avancer petit à petit.

## Impactions ou infections des sacs annaux

Les 3 conditions non néoplasiques les plus souvent rencontrées sont les impactions, les sacculites et l'abcédation du sac. Ces 3 manifestations sont des variations d'une même pathologie impliquant une vidange inadéquate des sacs annaux. Les petites races sont particulièrement prédisposées aux sacculites et aux abcès, une conséquence de l'impaction chronique. L'impaction du sac est en général non douloureuse et ne nécessite pas d'intervention chirurgicale.

Lors d'un premier épisode de sacculite, le canal devrait être canulé et lavé avec de la saline sous sédation, une culture aérobies-anaérobies devrait idéalement être réalisée et le sac devrait être irrigué avec une solution de chlorhexidine 0,05% suivi ou non d'une dose d'antibiotique topique. Lors d'un abcès, celui-ci devrait être cultivé, drainé et irrigué localement avec la chlorhexidine 0,05% et laissé ouvert pour permettre le drainage. Des traitements locaux d'hydrothérapie seront recommandés jusqu'à la guérison par seconde intention. Des antibiotiques systémiques seront administrés s'il y a des signes importants d'inflammation locale ou s'il y a présence de signes systémiques.

En cas de récurrence de sacculite ou abcès du sac, l'excision des deux sacs sera recommandée (même si seulement un des sacs est problématique). Avant de référer l'animal, une culture devrait à nouveau être réalisée et un traitement local devrait être débuté. L'animal ne devrait être référé que lorsque la condition est sous contrôle et non lorsque l'inflammation ou infection est à son maximum. Effectivement, les risques de complications de la chirurgie en seraient grandement augmentés. Le taux de complication est en général faible lorsque la chirurgie est réalisée au bon moment.

## Hernie périnéale

Une hernie périnéale, qu'elle soit uni ou bilatérale, est une condition chirurgicale. Le traitement médical ne sera recommandé que chez les patients dont le risque anesthésique est très élevé et ne doit pas être considéré comme traitement définitif, il s'agit d'un traitement palliatif temporaire. Un animal souffrant d'une hernie périnéale devrait donc être référé le plus rapidement possible pour une correction chirurgicale.

Plus le traitement chirurgical est retardé, plus les risques d'herniation de la vessie ou d'une anse intestinale (avec possible obstruction ou incarceration nécessitant l'hospitalisation en urgence) augmentent. De plus, la dilatation/sacculisation du rectum s'aggrave avec le temps et une hernie unilatérale peut devenir bilatérale, ce qui peut diminuer les chances de succès de la transposition locale de l'obturateur interne. Un temps abdominal avec colopexie sera alors recommandé afin d'augmenter les chances de succès, mais les coûts en seront également augmentés.

Avant d'intervenir chirurgicalement, une tentative est faite pour déterminer s'il y a une cause primaire causant une constipation ou effort chronique pour déféquer telles une masse abdominale caudale, une infection urinaire, une prostatite ou une atteinte des sacs annaux. La cause primaire doit être traitée afin de diminuer les risques de récurrence locale ou controlatérale de l'hernie périnéale suite à la réparation chirurgicale. Il s'agit d'une condition beaucoup plus rare chez le chat et l'âge de la présentation est plus élevé (moyenne 10 ans). Le traitement recommandé demeure chirurgical dans la grande majorité des cas, bien que le traitement médical pourrait donner des résultats plus satisfaisants que chez le chien pour les cas plus légers. Le mégacolon est une des causes possibles chez le chat et doit obligatoirement être corrigé via une colectomie subtotalaire en même temps que l'herniorraphie.

## Mégacolon

Il est important de différencier la constipation de l'obstipation. Lors de constipation, le passage des selles est difficile, mais possible, et la consistance est ferme et sèche. Si la constipation persiste, l'obstipation peut se développer. L'animal est alors incapable de passer les selles qui sont très dures et sèches, les contractions longitudinales et circulaires du colon deviennent de plus en plus faibles et inefficaces. Le mégacolon est le stade terminal de l'obstipation, la dilatation est sévère et irréversible, et le colon ne retrouvera pas sa motilité même si un lavement efficace est réalisé. La radiographie latérale de l'abdomen permet le diagnostic définitif du mégacolon. La largeur du colon doit mesurer plus de 1,5 x la longueur de la septième vertèbre lombaire (figure 2). Lorsque l'animal souffre d'une dilatation chronique du colon pour une période de 6 mois et plus, il est peu probable que la fonction du colon redevienne normale, même si une cause primaire est identifiée et traitée.

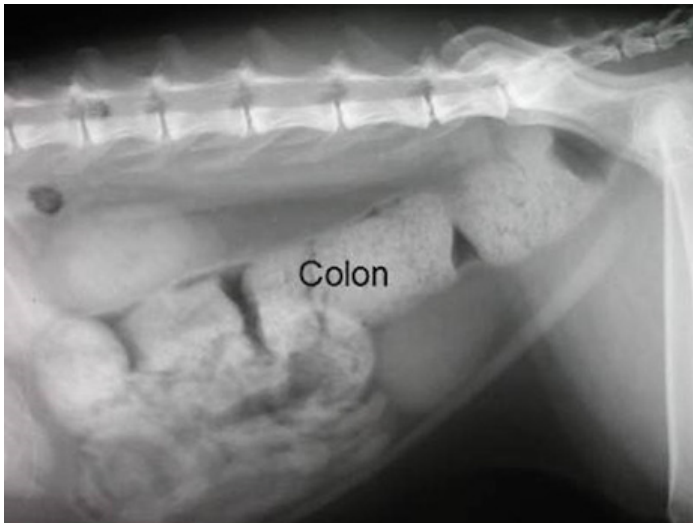


Figure 2 : Mégacolon. La largeur du colon est au moins de 1,5 x la longueur de L7

Il est parfois difficile de savoir si l'animal souffre d'une constipation, obstipation encore quelquefois réversible, ou d'un mégacolon irréversible. Si le diamètre du colon est très élevé à la radiographie et que le problème est présent depuis plusieurs mois avec épisodes de constipations ne répondant que partiellement au traitement médical, la colectomie devrait être recommandée. Si un lavement est nécessaire, c'est que la condition est déjà avancée (probablement obstipation) et que le client doit être préparé à ce que l'animal soit référé pour une colectomie subtotale si le traitement médical ne fonctionne pas. Malheureusement, il n'est pas rare que ces animaux soient présentés un peu tardivement et que leur état général commence à être nettement altéré (déshydratation, acidose, lipidose hépatique, anorexie). Plusieurs de ces cas auraient probablement pu être référés plus tôt afin de diminuer les risques de complications per et post-opératoire et diminuer le coût total des traitements pour le propriétaire.

## Syndrome brachycéphale

La correction du palais mou et des narines doit se faire le plus tôt possible afin d'éviter l'apparition de signes secondaires sévères. La pression négative constante et la turbulence du flux d'air causeront éventuellement l'œdème et l'enflure importante des muqueuses des voies respiratoires supérieures pouvant augmenter grandement le risque chirurgical (principalement au réveil). Ces animaux sont à risque de développer des signes digestifs sérieux (hernie hiatale, reflux oesophagien et oesophagite) de même que des coups de chaleur beaucoup plus facilement. Le collapsus du larynx et l'œdème pulmonaire non cardiogénique sont des complications encore plus sérieuses qui mettent la vie de l'animal en danger. Il est alors trop tard pour penser améliorer significativement la qualité de vie de l'animal avec la chirurgie traditionnelle et les risques de la procédure en seront nettement augmentés. Une trachéostomie permanente peut parfois être la seule option envisageable si l'animal est référé lorsque la condition est au stade terminal.

Pour ces raisons, il est recommandé de faire évaluer l'animal dès l'âge de 6 mois. Dans les cas sévères, la chirurgie peut même être envisagée chez des animaux plus jeunes. Il n'est pas recommandé d'attendre que les signes cliniques s'aggravent pour intervenir, car ces animaux sont plus à risque de complications per et post-opératoire immédiat et les bénéfices de la chirurgie peuvent être diminués voir inexistant s'il y a présence de changements secondaires permanents (collapsus de larynx).

## Orthopédie

### Luxation médiale de la rotule

En règle générale la stabilisation chirurgicale de la rotule est recommandée lorsque l'animal démontre des signes cliniques. Dans la très grande majorité des cas, un animal avec une luxation médiale grade I ne démontre pas de symptôme. Les grades II peuvent être symptomatiques ou asymptomatiques tandis que les grades III et IV présentent majoritairement des signes cliniques. Ces signes peuvent être autant une boiterie intermittente ou permanente qu'une faiblesse musculaire du membre atteint. Effectivement, lorsque la rotule est luxée, l'efficacité du muscle quadriceps diminue, car la rotule joue moins bien son rôle de bras de levier. Ce sont en général des animaux qui ne sautent pas ou peut et sont moins actifs. Voici quelques exceptions :

- Grade III asymptomatique : S'il s'agit d'un jeune adulte de moyenne à grande taille, je préfère stabiliser chirurgicalement la rotule, même en l'absence de signe clinique. La principale raison est le risque de rupture du ligament croisé cranial (environ 15-20%) des chiens souffrant d'une luxation de rotule. Deuxièmement, bien que l'arthrose évolue en général lentement et jamais de manière très marquée, les chiens de grandes tailles peuvent en souffrir davantage que les chiens de petite taille (observation personnelle). Pour les animaux de petite taille, il s'agira alors d'une décision cas par cas. Il est alors tout à fait raisonnable de référer pour une évaluation et la décision d'intervenir sera prise après discussion avec le propriétaire.
- Grade II asymptomatique : Je recommande souvent la stabilisation chirurgicale s'il s'agit d'un jeune chien de grande race prédisposé aux ruptures de ligament croisé cranial. Pour la raison décrite ci-haut : jusqu'à 20% de risque de rupture du ligament croisé cranial secondaire à la luxation médiale de la rotule. De plus, le pronostic de la chirurgie est très bon et le taux de complication faible. Par contre, il s'agit aussi dans ce cas d'une décision qui sera prise avec le propriétaire, car l'option du traitement conservateur demeure tout à fait possible et adéquate.
- Grade II asymptomatique d'un genou et grade III symptomatique de l'autre genou : Je recommande la chirurgie bilatérale en une seule procédure si l'animal est de

petite taille et qu'il est relativement jeune. La principale raison est qu'il n'est pas rare de constater l'apparition de signes cliniques au niveau du genou qui était asymptomatique lorsque le genou symptomatique opéré a bien récupéré de la chirurgie. De plus, le taux de complication n'est pas plus élevé lorsque la chirurgie est réalisée sur les deux genoux en même temps et le pronostic tout aussi bon. Cela permet de diminuer les coûts de même que la durée totale de la période de repos.

## Rupture du ligament croisé cranial (RLCC)

Pour tous les animaux, qu'importe l'âge, l'espèce (chat ou chien) ou le poids, la stabilisation chirurgicale devrait être recommandée au moment du diagnostic. Même pour un animal de petite taille, je recommande la stabilisation chirurgicale puisque la récupération a été démontrée plus rapide et plus complète. De plus, les lésions méniscales ne sont pas rares lors d'une rupture du ligament croisé et l'excision de la portion du ménisque lésée est souvent nécessaire pour obtenir une récupération satisfaisante. Par contre, même s'il ne s'agit pas de l'option idéale, le traitement conservateur demeure une option tout à fait acceptable pour les animaux de moins de 10 kg.

Il n'est pas recommandé d'attendre qu'il y ait rupture complète du ligament croisé, car dès l'apparition des premiers signes cliniques, même si le genou n'est pas cliniquement instable, l'arthrose commence à évoluer. Donc une légère boiterie avec présence d'une effusion articulaire aux radiographies (figure 3), même sans instabilité ou signe évident d'arthrose, est une indication pour référer l'animal. Il n'est pas nécessaire, ni recommandé, de tenter au préalable un traitement médical. Plus on attend, plus le risque de lésion méniscal augmente, plus la cuisse s'atrophie et plus le genou s'ankylose.



Figure 3 : Effusion articulaire d'un genou avec très légères lésions d'arthrose

Il est également très difficile de faire perdre du poids à un animal qui souffre d'une RLCC et quelques livres en moins de diminueront pas significativement le taux de complications. Les implants chirurgicaux utilisés pour la TPLO sont maintenant très performants et mieux adaptés à la taille des patients, ce qui nous permet d'être plus confiants sur les animaux souffrant d'embonpoint. Les anti-inflammatoires, les antidouleurs, les nutraceutiques, la physiothérapie, l'ostéopathie et l'acupuncture n'élimineront pas le besoin d'une stabilisation chirurgicale, mais seront des modalités très intéressantes pour la récupération et le contrôle de la douleur post-opératoire.

Principalement pour des raisons financières, ce ne sont pas tous les patients qui pourront être stabilisés chirurgicalement, mais le traitement chirurgical devrait au moins être offert rapidement afin que les clients puissent avoir le choix. Contrairement à ce que certains pensent, il existe peu de contre-indication à la stabilisation chirurgicale d'un genou. L'âge avancé (jusqu'à 10-12 ans même pour un chien de grande race), l'hyperactivité, l'obésité, la présence d'une dysplasie des hanches concomitante et plusieurs pathologies systémiques (cushing, diabète, hypothyroïdie, etc.) ne sont pas nécessairement des contre-indications à la chirurgie.

## Dysplasie de la hanche

L'âge est un facteur très important à considérer lors d'un diagnostic de dysplasie de la hanche, car il déterminera (en partie) la procédure chirurgicale indiquée ou le choix des tests diagnostics. Les dates importantes à retenir pour la dysplasie de la hanche sont:

**16-20 semaines :** Moment idéal pour la symphysiodèse. Il est important de proposer une évaluation avec un chirurgien pour tous les chiens prédisposés à la dysplasie qui démontrent des signes de laxité articulaire (signe d'Ortolani), sans nécessairement la présence d'une laxité dynamique ou de signes cliniques. Les chiens plus âgés n'ont pas un potentiel de croissance suffisant pour espérer une augmentation adéquate du recouvrement acétabulaire.

**6-12 mois :** Moment idéal pour une évaluation pour la TPO. Avant 6 mois, le bassin n'est pas assez développé pour subir une TPO et après 1 an les signes d'arthrose sont souvent trop sévères pour un bon résultat chirurgical. Les deux facteurs importants pour être un bon candidat pour une TPO sont :

1. La présence d'une laxité articulaire suffisante pour avoir la certitude que cet animal souffrira effectivement d'une dysplasie à l'âge adulte.
2. L'absence d'arthrose et/ou d'usure acétabulaire afin que la chirurgie donne des résultats optimaux.

L'évaluation par le chirurgien spécialiste pour déterminer si l'animal est un bon candidat pour la TPO implique :

- Un examen orthopédique complet avec évaluation de la laxité passive et dynamique.
- Un examen radiographique incluant une vue ventro-dorsale du bassin, une vue DAR (qui évalue l'usure des rebords acétabulaires dorsaux) et une vue grenouille (qui évalue le remplissage acétabulaire).
- Une évaluation goniométrique (angle de subluxation et angle de réduction) afin d'évaluer le degré de laxité articulaire et l'usure du rebord acétabulaire dorsal.

Avec toutes ces informations en main, le chirurgien décidera s'il s'agit ou non d'un bon candidat pour cette chirurgie.

Plus de 1 an : En général, si un animal adulte présente des signes cliniques de dysplasie de la hanche, un traitement multimodal de l'arthrose sera débuté et optimisé le plus possible. Lorsque ce traitement n'est plus, ou pas assez efficace, une intervention chirurgicale pourrait être indiquée. Les options seront alors :

- Prothèse totale de hanche : si le client est intéressé par cette option, il est très important de ne pas attendre trop longtemps, car un remodelage trop important de l'acétabulum pourrait augmenter la difficulté de la chirurgie de même que le taux de complication.
- Arthroplastie : Il s'agit d'une chirurgie de sauvetage pour les chiens de grandes races, car le résultat est très variable. Par contre, s'il s'agit d'un jeune animal actif, que la masse musculaire est encore adéquate et que la prothèse de hanche n'est pas une option pour les propriétaires, l'arthroplastie peut être une option envisageable. Il est donc important de ne pas attendre que la masse musculaire soit complètement atrophiée pour référer, car le résultat pourrait être moins satisfaisant.
- Dénervation : En général cette chirurgie n'est réalisée que chez l'animal âgé, mais pourrait être une alternative à l'arthroplastie.

## Ostéochondrite disséquante (OCD) de l'épaule

L'épaule est l'articulation la plus souvent atteinte par les lésions d'OCD. Par chance, il s'agit également de l'articulation ayant le meilleur pronostic si le fragment est retiré rapidement. Les signes cliniques apparaissent normalement entre 6-9 mois et une simple vue radiographique latérale de l'épaule est nécessaire pour le diagnostic (figure 4). Il est important de radiographier les deux épaules, car il s'agit d'une condition pouvant être bilatérale. L'animal devrait être référé pour arthroscopie, retrait du fragment et curetage de la lésion dès le diagnostic afin de limiter le plus

possible l'évolution de l'arthrose. Le pronostic de cette condition est bon, même à long terme, et le retrait du fragment améliore en général rapidement et efficacement la boiterie. Une petite lésion asymptomatique pourrait être traitée de manière conservatrice, mais une consultation avec un spécialiste devrait être recommandée afin que la condition soit suivie de près.



Fig. 4a

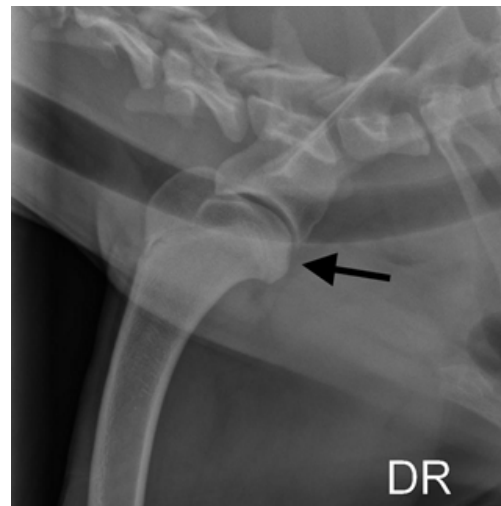


Fig. 4b

Figure 4a et 4b: 2 cas d'OCD de l'épaule (lésion centro-caudale de la tête humérale)

Pour toutes questions, n'hésitez surtout pas à communiquer avec un(e) chirurgien(ne) spécialiste. Il nous fait toujours un grand plaisir de répondre à vos questions, vous assister dans vos diagnostics et vous informer sur les différentes options chirurgicales possibles.



Élaine Madore, DMV, IPSAV, DES, Dipl. ACVS  
Chirurgienne spécialiste

514 633-8888 poste 222  
emadore@centredmv.com