

**REPUBLIQUE ALGERIENNE DEMOCRATIQUE ET POPULAIRE  
MINISTERE DE L'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR ET DE LA RECHERCHE  
SCIENTIFIQUE**

**UNIVERSITE IBN KHALDOUN - TIARET  
INSTITUT DES SCIENCES VETERINAIRES  
DEPARTEMENT DE SANTE ANIMALE**

**PROJET DE FIN D'ETUDES EN VUE DE L'OBTENTION DU DIPLOME DE  
DOCTEUR VETERINAIRE**

**SOUS LE THEME**

***SYNDROME DES COLIQUES CHEZ LE CHEVAL***

**PRESENTE PAR:**

**Mr. ADDAR HOCINE**

**ENCADRE PAR:**

**Dr. BOUAKKAZ ABD RAHIM**



# *Remerciements*

*Nous remercions d'abord Le bon Dieu pour nous avoir donné la force et la patience afin de réaliser ce projet de fin d'étude.*

*Nous tenons à exprimer nos sincères remerciements et notre vive reconnaissance à Dr. BOUAKKAZ ABD RAHIM Qui nous a fait l'honneur d'encadrer ce travail avec disponibilité et bienveillance,*

*Nos sincères remerciements vont à :*

- ❖ Dr. Benallou .bouabdellah (Président du l'institut des sciences vétérinaire de Tiaret), Dr. SAIM*
- ❖ les étudiants de 5ème année promotion 2014, et que soit associé à ces remerciements, l'ensemble du corps enseignant de Département des sciences vétérinaires de Tiaret.*

*Nous remercions tous ceux qui ont participé de près ou de loin à la réalisation de ce travail.*



# **Dédicaces**

*Je dédie ce modeste travail:*

**A mon père et ma grand mère :**

*Pour toute votre aide et votre amour ; sans vous je n'aurais jamais pu aller aussi loin. Merci pour votre soutien votre patience sans faille. Que mon dieu les garde.*

**A mes frères :**

*Pour votre soutien moral et financier et pour l'amour fraternel qui nous unit.*

**Djilali(Cherifa, Fatimazahra ,Khaira), mohamed ,othmen(Meriem) ,Ibrahim ,Abdelhadi.**

*Qui est à mes cotés à chaque fois que j'en ai besoin.*

*Qui donnent un nouveau sens à ma vie.*

*Que mon dieu le garde.*

**A mes oncles :**

**Aïcha, Halima, Hadj(Rekia, Wardia), Meriem**

**A la famille ADDAR .**

*A tous mes enseignants et professeurs a partir de primaire jusqu'à l'université. Avec tout remerciement.*

**A tous mes amis :**

**Djira hamid, abed djilali,abdou,attou,lounis**

*Qu'ils veuillent trouver ici l'expression de mon amitié indéfectible,*

*Surtout **Bouhaci zohra** qui ma aidé dans mon étude.*

*A tous mes amis de club scientifique er-razi.*

*A toute la promotion 5ème Année Docteur Vétérinaire et tous les étudiants de l'Institut des Sciences Vétérinaires.*

*A tous ceux qui mon aidé de près ou de loin à accomplir mes études.*

**ADDAR HOCINE**

## Listes des figures

**Figure 1** : Anatomie de cheval

**Figure 2** : le cheval regarde à son flanc

**Figure 3** : Position du chien assis

**Figure 4** : Le cheval se roule

**Figure 5** : Le cheval gratte des antérieurs

**Figure 6** : Transpiration

**Figure 7** : flehmen

**Figure 8** : cheval coincé dans le box

**Figure 9** : cheval couché se regardant les flancs

**Figure 10** : le cheval en sudation

**Figure 11** : Escarres sur les reliefs osseux de la tête

**Figure 12** : Diarrhée chez le cheval



## Listes des tableaux:

**Tableaux 01**: Evaluation du pronostic selon Briston(1982) ; Movreetel (1975) ;Parry(1986)

**Tableau 2**: Principales causes de dilatation gastrique chez le cheval (d'après Collobert-Laugie C).

**Tableau 3**: Principales causes de surcharges gastrique chez le cheval (d'après Collobert-Laugier C ).



# Sommaire

Remerciement .....	I
Dédicace.....	II
Sommaire .....	III
Liste de figures .....	IV
Liste des tableaux.....	V
<b>Introduction .....</b>	<b>01</b>
1-Définition .....	02
2-Alimentation de cheval.....	03
<b>I)Rappel anatomiques de l'appareil digestif du cheval .....</b>	<b>05</b>
1-rappelle anatomique .....	05
2-rappelle physiologique.....	08
<b>II) Examen du cheval en colique .....</b>	<b>09</b>
1-Anamnèse .....	09
2-Examen a distance.....	10
2.1- l'état générale.....	11
2.2-présence de sudation .....	14
2.3-présence d'escare .....	14
2.4-la circonférence abdominale .....	15
3-Examen physique.....	16
3.1-prise de température .....	16
3.2-fréquence respiratoire .....	16
3.3-pouls.....	17
3.4-fréquence cardiaque .....	18
3.5-l'examen des muqueuses .....	19
3.6-TRC .....	20

3.7-pli de peau.....	21
3.8-l'auscultation.....	21
3.9-palpation des cordons testiculaire .....	22
3.10-exploration rectale .....	23
3.11- sonde naso-cœsophagien.....	24
3.12-paracentèse abdominale .....	24
3.13-l'examen complémentaire.....	24
3.14-l'examen des crottins.....	25
3.A-gastroscopie .....	26
3.B-l'échographie abdominale .....	26
3.C-radiographie abdominale .....	27
<b>III)Etude anatomo-clinique de chaque type de colique .....</b>	<b>28</b>
A-Les coliques digestives .....	28
1-Les coliques spasmodiques .....	28
2-coliques d'origines gastrique.....	29
2.1-ulcération gastro-duodénale .....	29
2.2-dilatation gastrique .....	29
2.3-surcharge gastrique.....	31
2.4- rupture gastrique.....	32
2.5-néoplasme gastrique .....	33
3- Les surcharges.....	33
3.1-Surcharge du caecum .....	33
3.2-surcharge du grand colon .....	35
3.3-surcharge du petit colon .....	36
3.4-surcharge du rectum.. .....	37
4-Déplacement du colon .....	37
4.1-Déplacement du colon ascendant.....	37

4.1.1-Déplacement du colon ascendant a droite .....	37
4.1.2-Déplacement du colon ascendant à gauche .....	38
5-Obstruction étranglé de l'intestin grêle.....	41
6-Hernie inguinal.....	43
7-Les coliques vermineuses .....	44
8-Grass sickness .....	45
9-renversement du rectum.....	45
10-L'entérite.....	46
11-La colite.....	47
12-La diarrhée chez le cheval adulte.....	48
13-Les coliques thrombo-emboliques .....	50
14-Ulcération gastroduodéнал.....	51
15-Les coliques chez le poulain.....	53
15.1-Particularité des coliques chez le poulain .....	54
15.2-Les affections digestives spécifiques chez le foal .....	55
15.2.1-La rétention du méconium .....	55
15.2.2-Les ulcères gastro-duodéнаux.....	55
15.2.3-Les diarrhées parasitaires ou infectieuses.....	56
15.2.4-Les mal formations congénitales .....	56
<b>IV) Traitement chirurgicale .....</b>	<b>57</b>
<b>Conclusion.....</b>	<b>60</b>
<b>Bibliographie</b>	

# Introduction

---

## **Introduction :**

La curiosité des scientifiques du monde entier a généré une très grande diversité de recherches sur le fonctionnement du tube digestif des différents animaux, parmi eux le cheval.

Le cheval (equus caballus) est un mammifère ongulé appartenant aux sept espèces de la famille des équidés. Il a évolué au cours des dernières 45 à 55 millions d'années à partir d'un petit mammifère possédant plusieurs doigts pour devenir le grand animal à sabot unique que l'on connaît aujourd'hui . L'utilisation de cet animal domestique il y a environ 3000 à 2000 ans avant jésus christ à tonte l'Eurasie comme animal de guerre, commerce et l'aube de civilisation. Cet être est une créature résistante, domestiqué par l'homme, utilisé aux différentes besognes tels que : l'agriculture, le transport, les loisirs, les compétitions sportives et comme source de nourriture. Mais comme tout être vivant, il peut tomber incommodé ou se contusionner. Le but de la présente doctrine n'est pas d'offrir un éventail exhaustif des différentes maladies équines et les moyens de les soigner. Nos lignes ne suffiraient jamais à contenir la prose des milliers d'ouvrages qui garnissent les étagères des bibliothèques de médecine vétérinaire, nous allons présenter ici l'une des principales affections que peut rencontrer le cheval sous nos latitudes et les moyens de les éviter quand cela est possible, car mieux vaut prévenir que guérir.

# Introduction

---

## **Définition :**

Le terme colique est utilisé, non pour décrire une maladie, mais un symptôme de différentes affections provoquant de la douleur dont le siège le plus souvent abdominale (problème gastro-intestinal). Bien qu'elles puissent parfois résulter de l'attente d'autres organes, tel que : la sphère uro-génitale, problème de foie, maladie infectieuses, problème d'oesophage et rarement problème de l'appareil locomoteur. Les coliques ont des causes diverses et multiples qui peuvent se conjuguer, elles sont d'origine multifactorielle. Il est cependant possible de distinguer des facteurs de risques liés au cheval comme suit : la race, le sexe, l'âge, les tics et pica, et l'antécédent de colique. Tandis que les facteurs liés au mode de vie sont : sa vie en box le changement brutal de nourriture, le changement de lieu de vie d'activité, et son niveau d'activité et en dernier les transports répétés.

Tout ceci, provoque l'une des maladies les plus fréquentes et placée dans les trois premières maladies par les propriétaires, numéro un des urgences vétérinaires et très grave car elle fait parti des premières causes de mortalité. Alors, soyons sérieux, laissons aux vétérinaires le soin de tout savoir, si possible, évitons de jouer les érudits pour épater la galerie.

## **Alimentation de chevale :**

Le cheval passe environ 12 heures à se nourrir (réparties sur 24 heures) soit 75 /journée et 50 la nuit ; peut ingérer 60-80 kg d'herbe jeune. Pour les chevaux à l'écurie : sert 3 repas

- ♣ Le matin : normal.
  - ♣ Milieu de journée : un petit.
  - ♣ Le soir : le plus gros.
- ⌘ Quelque soit le cheval ou la qualité du pré ou il se trouve, le cheval a besoin de soins et d'une alimentation complémentaire en fonction des saisons et de son rythme de travail. En fonction du pré, il faut toujours veiller, lorsque les chevaux sont à plusieurs, à ce que chacun ait sa part et que rien ne soit gâché.

## Introduction

---

- ⌘ Les chevaux préfèrent l'herbe rase. Les plantes coriaces ou moins savoureuses ne les intéressent pas et poussent librement. Une fois qu'elles sont hautes, les chevaux ne les mangent pas. Quand il est possible, associez les chevaux à d'autres animaux, genre moutons.
  
- ⌘ Il faut compter un pré d'un demi-hectare par cheval. Un pré riche en plantes comestibles et nutritives. Il faut en principe changer le cheval de pâture tous les mois ; disposer de trois prés de façon à pouvoir établir un cycle sur trois mois.

En liberté, le cheval se déplace constamment et quitte la pâture piétinée et souillée pour de la nouvelle herbe. Les zones broutées peuvent ainsi se régénérer ou convenir à d'autres espèces qui ne mangent pas les mêmes plantes.

Dans un pré clos, le cheval broute et rebroute sans cesse les espèces végétales qu'il préfère laissant se développer d'autres plantes et les boude une fois qu'elles sont hautes. De plus, il piétine l'herbe et répand ses crottins un peu partout. Même si le pré est grand, ce dernier s'appauvrit et ne peut assurer la subsistance du cheval, surtout l'hiver ou l'herbe ne pousse presque pas et durant les périodes de sécheresse. Lors de ces périodes, pensez à augmenter les rations de foin et de grain.

### **Le mangeoire :**

Le plus idéal est d'installer une ou plusieurs mangeoires dans l'abri. Si cela n'est pas possible, éviter de déposer les céréales ou les granulés sur le sol (ils seront gaspillés et l'ingestion de terre ou de sable peut provoquer des coliques). Donner la ration dans un seau large que l'on peut placer au centre d'un pneu pour qu'il ne soit pas renversé.

Choisissez un seau sans anse, sinon les chevaux risquent de se prendre les pieds dedans et compter un seau par cheval. Éloigner les seaux des uns des autres pour que les chevaux ne se battent pas et ne tentent pas de voler la nourriture de leur voisin.

# Introduction

---

## **Le foin et l'eau :**

### Le foin:

Le foin déposé au sol est lui aussi déconseillé. Les râteliers à bestiaux sont dangereux pour les chevaux. Placer le foin dans des filets à foin accrochés dans l'abri ou contre les piquets de la clôture. Attention, le cheval ne pourra attraper le foin s'il ne peut pas appuyer le filet contre un point fixe.

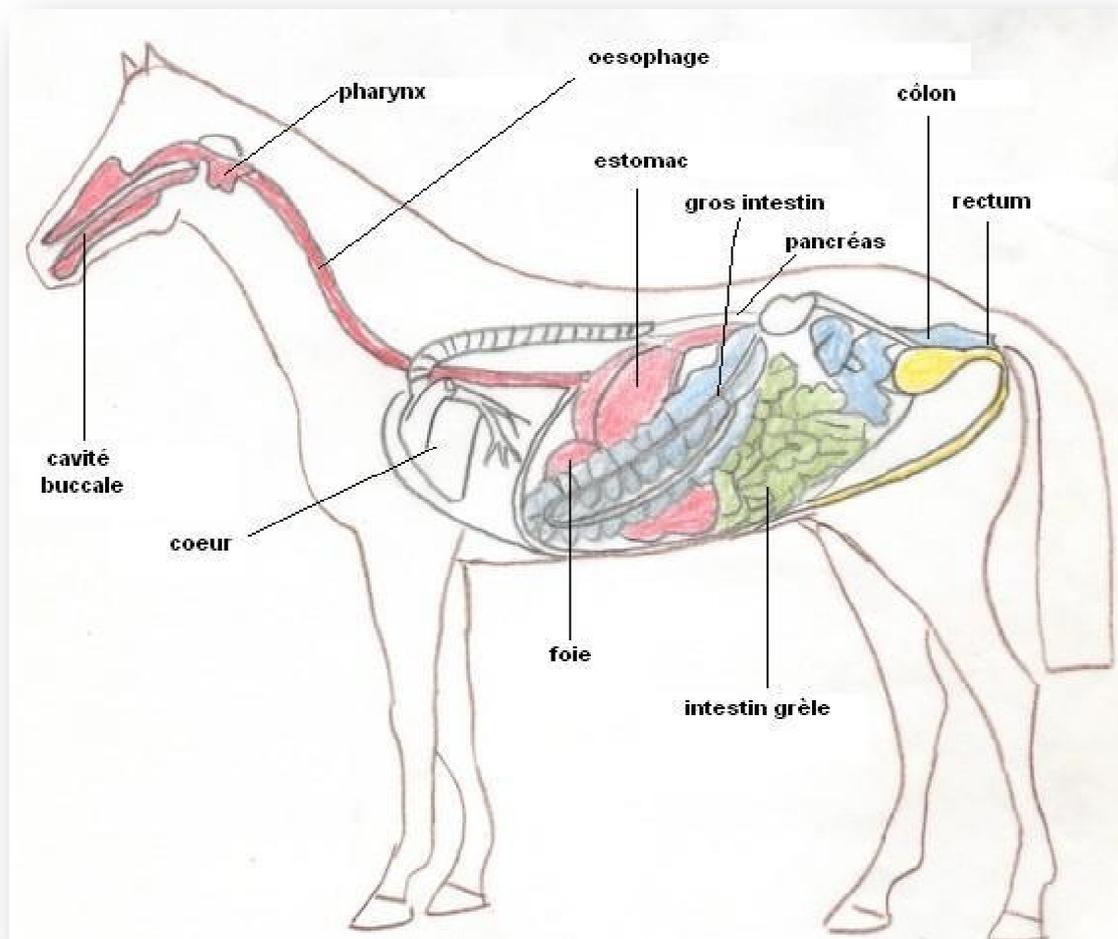
### Eau:

l'eau propre en permanence à sa disposition.

## **Les compléments :**

En fonction de la richesse du pré où se trouve votre cheval ; Ce complément varie selon la race et le tempérament de votre cheval, selon son rythme de travail et les saisons.

**Observation :** Quand il brout, le cheval coupe l'herbe avec ses incisives et l'écrase longuement avec ses molaires. Chaque bouchée est abondamment imprégnée de salive avant de descendre dans l'estomac. Si le cheval fournit des efforts importants, il ne peut avaler en peu de temps assez d'herbe pour compenser la dépense d'énergie. C'est pourquoi un cheval qui travaille régulièrement, même s'il dispose d'une pâture riche, doit recevoir des aliments énergétiques tels que des céréales ou des aliments complets et du foin.

1- Rappel anatomique :système digestif :

**Figure 01: anatomie de cheval**

❖ L'appareil digestif comporte une suite d'organes fait pour absorber puis digérer les aliments ; le tube digestif peut être comparé à un très long tuyau musculéux qui s'étend d'un bout à l'autre du corps en commençant par la bouche et en se terminant par l'anus. On peut distinguer plusieurs compartiments fonctionnels qui sont la bouche, le pharynx ,l'oesophage l'estomac, intestin grêle, le gros intestin et le rectum, avec ses organes accessoires ; les dents, les glandes salivaires , le foie et le pancréas .

Au pâturages le cheval ingère de petites quantités en repas fréquents et nombreux.

### **a-la bouche :**

les lèvres servent à la préhension des aliments et les dents à la coupe et à la mastication, c'est le lieu de la salivation, la lèvre supérieure mobile, permet de brouter l'herbe très ras .

Le broyage des aliments est très poussé: 50% des particules mastiquées sont de taille <1mm.

La production de salive est contenue, mais plus importante pendant les repas car stimulée par la mastication, la salivation est plus importante lors de la consommation de foin que de céréales.

### **b- le pharynx :**

en quelque sorte, le pharynx appartient à la fois à l'appareil digestif et à l'appareil respiratoire, il est comparable à une grosse poche musculuse en forme de tunnel qui se situe entre la bouche et l'œsophage et dont le rôle consiste à faire passer les aliments dans ce dernier, il permet en outre à l'air de circuler entre les fosses nasales et le larynx.

### **c-œsophage :**

L'œsophage est long tube étroit, relativement rigide qui assure le passage de la cavité buccale à l'estomac

### **d-l'estomac :**

il représente 7% du volume total du tube digestif, il débute par le cardia resserré propre au cheval lui confère l'incapacité de vomir, il se termine au niveau du pylore ; le cheval a un petit estomac (15-18l).

### **e-le foie :**

il sert à filtrer le sang qui vient de se changer en nourriture dans le tube digestif, il est situé en avant et en haut de la cavité abdominale, il régule les différents nutriments apportés par l'alimentation.

### **f-intestin grêle :**

il représente 30% du volume totale de tube digestif.

Il est composé de 3 parties : duodénum, jéjunum, iléon le cheval ne possède pas de vésicule biliaire il sécrète de la bile contenu.

L'intestin grêle est un tube long (plus de 25 m) et tortueux, ce qui prédispose le cheval à des torsions peuvent entraîner de graves coliques.

Le temps de séjour des aliments y est court (1-2 h), c'est pourquoi la distribution de petites repas fréquents de concentrés répartis au cours de la journée améliore l'efficacité de la digestion des protéines.

### **G-Gros intestin :**

il représente 60% du volume totale et il est constitué : caecum, colon ascendant (gros intestin), colon descendant (petite colon) et de rectum. Le gros intestin retient les aliments long temps (24-48h), il joue le rôle d'une variable cuve de fermentation par les aliments végétaux riches en cellulose, comme le foin

### **H-Caecum :**

il est long environ 1m et s'étend dans le flanc du cheval, son volume est important puisqu'il contient de 30-35l.

### **I- Le colon :**

il mesure 6-8m et son volume peut atteindre 96l, les aliments séjournent de 18-24h.

**J-Le petit colon :** il forme des crottins.

**K-Le rectum :** c'est le tuyau d'évacuation des crottins , il ne mesure que 30cm

**2-Rappel physiologique :**

La nourriture ingérée reste dans l'estomac environ 20 minutes bien que l'estomac soit rarement vide (15). Il est divisé en 2 parties : la partie squameuse où l'on trouve des bactéries anaérobies et des lactobacilles, ainsi que des streptocoques (21) qui convertissent les sucres en acide lactique, ces fermentations sont arrêtées par le contact du contenu alimentaire avec le contenu acide de la partie glandulaire, l'acidité de la partie glandulaire a d'ailleurs un rôle protecteur en limitant la prolifération des bactéries pathogènes de la même façon, la vidange gastrique est d'autant plus rapide que le volume de repas est important (en g/nim) mais plus lente en pourcentage du volume de repas ingéré, un repas volumineux favorise donc les fermentations, la vidange gastrique est aussi régulée par un Feedback négatif de l'IG enfin la vidange gastrique est aussi un facteur d'activation de la motricité du colon par le biais des réflexes gastro-colonique et gastrocecale(10).

★ Au niveau de l'IG le temps de transit est court 45 min à 3h la dégradation enzymatique des protéines, des lipides et des polysaccharides et des sucres est identique à celle des monogastriques, cependant l'activité enzymatique en particulier des amylases est moins performante, ce qui limite la digestion des polysaccharides. Lorsqu'un repas est très concentré en glucide ou a donc un ralentissement du temps de transit et une partie ne sera pas digérée(15).

★ On trouve aussi de nombreuses bactéries, des anaérobies strictes et des lactobacilles, des streptocoques, des entérocoques, leur rôle nutritionnel est la dégradation des polysaccharides fermentescibles et des glucides (21), ces bactéries ont aussi un rôle protecteur de l'intégrité de la bactérie intestinale.

★ Au niveau de gros colon et de caécum on trouve des bactéries anaérobies strictes des champignons anaérobies des bactéries cellulolytiques (Fibrobacter, ruminococcus) ; Le pH de gros colon environ 7 ce qui est propice à l'adhésion aux particules des champignons et des bactéries pour la dégradation des parois cellulaires.

★ On trouve cependant encore des bactéries amylolytiques comme les streptocoques et les lactobacilles, l'ensemble des micro-organismes participant aussi à l'intégrité de la barrière intestinale.

**Examen clinique :**

les coliques chez le cheval se manifestent par des signes stéréotypés, tels que gratter le sol avec un antérieur, se regarder le flanc, se rouler plus ou moins violemment...elles correspondant à une douleur abdominal aigue, dynamique.

- Généralement ; c'est l'évocation d'une douleur par l'un ou plusieurs des ces signes stéréotypés qui motive la consultation d'un cheval en colique.
- Le 1<sup>er</sup> but de l'examen clinique de cheval en colique est donc de faire la distinction entre des douleurs d'origines digestive ou extradiigestive, le deuxième but de cet examen est d'essayer de classer le type de colique digestive aux quelles le vétérinaire est confirmé et le dernier but est bien sûr l'établir un diagnostic causal précis.

**1-Anamnèse :**

Les trois parties de l'anamnèse qui doivent être prises en considération sont :

- historique générale de l'élevage.
- la gestion de l'élevage agricole.
- l'historique individuel du cas traité.

**❁ Données historiques générales :**

Habitat –nourriture-habitudes quotidiennes-signalement et utilisation du cheval-passé médicale-control parasitaire.

**❁ Données historiques récentes :**

- ✓ Durée de colique.
- ✓ Dernière prise de nourriture et ou d'eau.
- ✓ Consommation d'eau et de nourriture.
- ✓ Changements récents dans la nourriture , eau ,médicament , litière ,voyage ,travail et compagnie.
- ✓ Chances d'ingestion d'un corps étranger.
- ✓ Gestation.
- ✓ Parasites.
- ✓ Blessure ou traumatisme récent.

❁ **Donnes historique en rapport avec la maladie :**

- ↳ Degré et changement dans la douleur.
- ↳ Derniers crottins .
- ↳ Transpiration.
- ↳ Signes perceptibles.
- ↳ La marche aid -t- elle le cheval.
- ↳ Réponse aux traitement.
- ↳ Colique précédents ou chirurgie abdominal.
- ↳ Le signalement du cheval est important car certain colique ont un liée avec l'âge , sexe et l' état de gestation ou lactation .
- ↳ Il est important de demander si d'autre chevaux ont des problèmes similaires .
- ↳ L'anamnèse peut nous apprendre si le cheval a eu l'occasion d'ingère du stable ou de plantes toxique ,de plus certain sols ont tendance a favorise l'apparition d'entérolithe
- ↳ l'anamnèse spécifique du patient peut aider a déterminer le diagnostique ou du moins a classer la maladie

**2-Examen à distance :**

Cet examen à distance fait partie intégrante de l'examen clinique du cheval en colique , pour se faire, il est préférable de laisser le cheval en liberté dans son box ou dans son enclos , afin de l'observer et de pouvoir se faire une idée par soi-même sur les caractères de la douleur , en profitera de ce moment pour noter si le sol a été gratter , ou la paille complètement retournée , si les murs du box présentent des traces de douleur sévères (planches cassées, trainées de Fère sur les parpaings ....) et si des crottins frais sont présents.

-on utilise également ce moment pour procéder au recueil des commémoratifs, et ainsi collecter le maximum d'information sur l'épisode de colique.

-l'observation du cheval doit notamment s'attacher aux points suivants :

**2-1 État générale :**

C'est la première impression ressentie en voyant le cheval ,avant qu'il soit attrapé, ou peut noter son degré d'excitation , ou au contraire son abattement , ses attitudes douloureuses (reconnaissance des signes stéréotypés)

**-Signes stéréotypés :**

- Il tourne la tête vers le flanc.
- Se donner des coups de postérieures dans l'abdomen.
- Le cheval fait mine de se couche mais reste debout et refait les mouvements.
- Prend des positions de campé répétée comme s'il voulait uriner.
- Le cheval qui reste coucher pendant un temps excessif, ou couche en position recourbée.
- Grincements des dents (bruxisme).
- Prendre la position de chien assez.
- Le cheval se laisse tomber et se roule.
- Transpiration.
- Tremblement de la lèvres supérieurs.
- Le cheval émet des plaintes, gémit.
- Le cheval gratte des antérieurs.



**Figure 2:** le cheval regarde à son flanc



**Figure 3 :** Position du chien assis



**Figure 4:** Le cheval se roule.



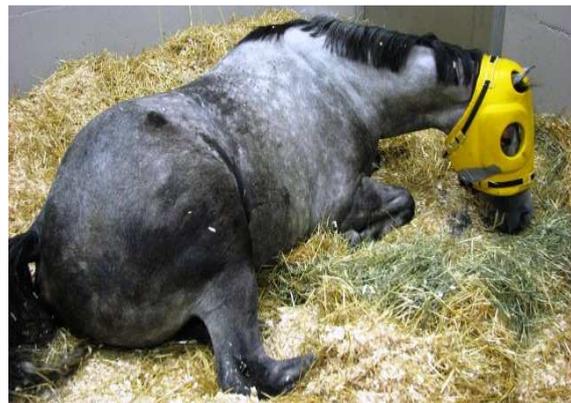
**Figure 5 :** Le cheval gratte des antérieurs



**Figure 6:** Transpiration



**Figure7 :** flehmen



**Figure8 :** cheval coincé dans le box



**Figure9** : cheval couché se regardant les flancs.

**-Remarque :**

A la palpation des oreilles ou des pieds froids sont un signes de déshydratation périphérique sévères et de choc.

-Une fois le cheval tenu en long. L'observation attentive de certains régions peut permettre d'établir un diagnostic de hernie ombilicale chez le poulain, ou de hernie inguinale étranglée chez le cheval entier et ainsi d'orienter la suite de l'examen clique et la conduite à tenir.

**2-2 La présence de sudation :**

Généralement, la sudation est le signe d'un exercice physique ou d'une excitation particulière.

Mais dans le cas de douleur sévère, le cheval peut transpirer très rapidement et de façon importante.

La surface de corps peut également être séchée, traduisant les crises douloureuses antérieures plus importantes que lors de l'examen.



**Figure10** : le cheval en sudation

**2-3 Présence d'escarres :**

Les escarres sont des abrasions cutanée qui se produise en cas de douleur sévère, l'orsque le cheval se roule violement des différents reliefs osseux de la tête, du corps ou des membres.



**Figure 11:** Escarres sur les reliefs osseux de la tête



### 3-Examen physique :

#### 3-1-Prise de température :



Pour avoir une juste idée de la température corporelle, la prise de température se fera bien évidemment avant la palpation transrectale.

- La température normal 37-38°C chez le cheval adulte.
- Une température supérieure à 39°C est rencontrée lors de gastro-entérite ou péritonite.
- Une hyperthermie associée à une tachycardie est par contre indicatrice d'une évolution vers un état de choc sévère.

#### 3-2-La fréquence respiratoire :

Elle est augmentée avec la douleur, et l'excitation, supérieur à 30, elle peut être le signe de :

- Forte douleur.
- L'appui sur le diaphragme du caécum ou de colon distendu
- L'acidose, par compensation.

**3-3-Pouls :**

en plus de donner la fréquence cardiaque, il fournit d'autres enseignements sur le système cardiovasculaire.

- Pouls normal, frappé : pas de compromis cardiovasculaire.
- Pouls faible, filant :- vasoconstriction périphérique
  - Diminution du volume vasculaire
  - Apparition de choc.
- Pouls impalpable : état de choc.
- Irréguliers : gros déséquilibre ionique

**3-4-Fréquence cardiaque :**

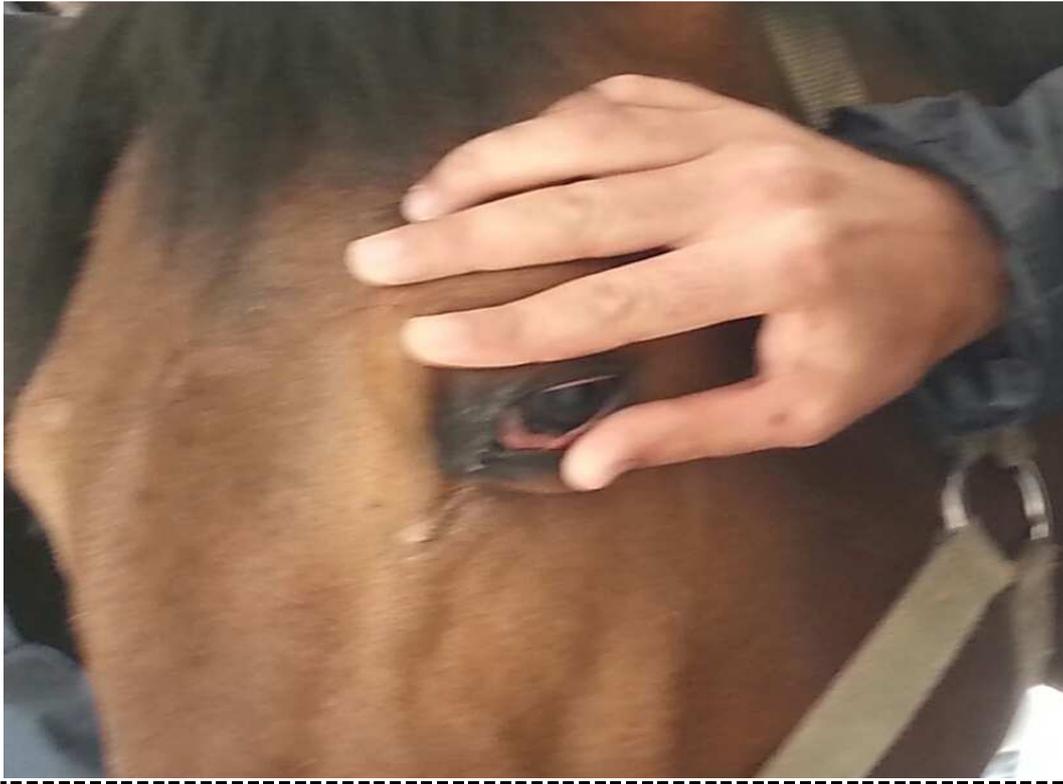
---

Elle peut être augmentée de fait de la douleur, ou de baisse du volume vasculaire circulant ( par déshydratation , le choc , la compression de retour veineux ou réponse cardiovasculaire à l'endotoxémie).

-Plus fréquence cardiaque est élevée plus grave est la lésion plus sombre est le pronostic plus de 90 battements par minute montre une colique grave.

-La fréquence cardiaque peut donner une indication sur la gravité mais permet pas de formuler un diagnostic.

**3-5-Examen des muqueuses :**



- Blanchâtre : rupture viscérale probable, hémorragie interne.
- Rouge brique : début de choc end toxémique.
- Rouge sombre avec lisère gingival : toxémie avancée.
- Muqueuses sèche : déshydratation.

**3-6-Taux de remplissage capillaire :**

Permet d'évaluer la perfusion tissulaire périphérique, le TRC augmente avec hypovolémie

Si > 3 seconde prudence, prévoir perfusion, pronostic réservé.

Si > 5seconde état de choc pronostic mauvais.

**-Remarque** : noter l'évolution de TRC dans le temps, s'il diminue , c'est que ça s'améliore.

**3-7-Pli de peau :**

**Estimation clinique de la déshydratation**

**3-8-Auscultation :****3-8-1-Auscultation cardiaque :**

Auscultation cardiaque permet de confirmer la fréquence la fréquence obtenue par la prise de pouls périphérique.

-Il ya des certains anomalies du rythme ou des souffles peuvent être rencontrés chez les chevaux en colique.

-Il est également à noter qu'il peut exister des bruits surajoutés, d'origine gastrique ou intestinale qui peuvent perturber cette auscultation.

**3-8-2-Auscultation abdominal :**

Bruit du péristaltisme des anses intestinal et du transit noter les bruits dans les 4 cadrans (dorsal droit, ventral droit, dorsal gauche et ventral gauche)

-Hyper motilité : augmentation des bruits.

-Hypo motilité : en général plus la pathologie intestinale est sévère, plus l'activité péristaltique est diminuée, le pire étant le silence abdominal.

**3-9-palpation Des cordons testiculaires**

Chez le cheval si douloureux, chauds, empâtés : hernie inguinale : contrôler par voie transrectale les anneaux inguinaux (passage d'une anse intestinale)

**3-10 exploitation rectal :**

C'est un examen essentiel, il doit être systématique et méthodique

Technique :

- une bonne contention s'impose : un tord-nez et sédation chimique si c'est possible
- le bras couvert d'un gant de fouiller très lubrifié (huile, gel, gynéco, savon), sera introduit avec la plus grande douceur, mais paume vers le bas, doit être serré et tendu.
- On ne luttera jamais contre les effets expulsifs qui peuvent survenir, on laissera le bras enfoncer à fond sans bouger une dizaine de secondes jusqu'à la décontraction du rectum.
- Les cas d'extrêmes des contractions rectales peuvent être traités par l'instillation de 20 ml de lidocaïne dilués dans 60 ml d'eau dans 16 ml d'eau tiède
- On vidange le rectum de ses crottins, le mieux possible

**3-11 : sonde nasogastrique :**

C'est une étape de diagnostic et thérapeutique a la fois , mais nassériste des précaution pour le patient vétérinaire et les aides .

Le sondage réaliser juste après l'examen clinique et avant la palpation transrectal , se qui permet d'évaluer la décompresses de l'estomac ;noter :

- la Quantité de reflux (2-4l).
- l'aspect macroscopique (verdâtre =normal) et un phénomène normal acide.

**3-12 : paracentèse abdominal :**

Cette technique peut être utilise pour recueillir, dans des condition strictement (aseptique, de liquide abdominal elle ne doit être pratique si l'on a des doutes important de torsion, de déchirure ou de péritonite.

**3-13-Examen complémentaire (biochimies et hématologies) :**

Les examens complémentaires sont peu réalisés sur le terrain en cas de colique aigue mais sont réalisée quand le cheval entre dans un centre hospitalisé.

-Dans la plus part des cas de colique, l'évaluation d'hémogramme, chimie du sang et de gaz sanguins n'aident pas a établir un diagnostic.

- Les exceptions sont les cas des chevaux qui présentent des lésions inflammatoire comme une entérite proximale, une colite ou une péritonite.

-L'importance première des examens de laboratoire dans un cas de colique est de déterminer la sévérité de hypovolémie, du choc de l'acidose et déséquilibres électrolytiques présents.

-Ces données sont utilisés pour guider la thérapie et préciser un pronostic concernant l'animal ; l'hématocrite , la concentration en protéines du plasma le lactate sanguin ainsi que « anion gap » sont des éléments qui permettent un pronostic de survie.

**Tableaux1 : Evaluation du pronostic selon Briston(1982) ; Movrelet (1975) ; Parry(1986)**

% de survie	90%	60-70%	20-50%	<10%
Pression artériel systolique	140mmHg	110mmHg	80mmHg	50mmHg
Lactate	<75mg /dl	<75mg/dl	100mg/dl	>100mg/dl
Urée	14mg/dl	-	42mg/dl	>70mg/dl
Hématocrite	30	40	60	>65

**3-14-Examen des crottins :**

**-Consistance :**

- Dur : obstruction.
- Petit et coiffé : surffarge.
- Mucus : déshydratation.

**-Couleur :**

**Jaune** : paille, foin.

**Vert** : herbe de pâturage.

**■** : rupture d'anévrisme , occlusion.

**Rouge** : saignements.

**3-A-gastroscopie :**

Le praticien que dispose d'un fibroscope de 2 m pourra diagnostiquer de certain surcharge gastrique, impaction ou indigestion.

-La gastroscopie permet aussi de mettre en évidence des ulcères gastriques et en confirmer la suspicion sur un cheval amaigri, présente des coliques moyennes, souvent chroniques.

**3-b- Ecographie abdominal :**

L'échographie abdominale transpariétale des viscères gastro-intestinaux se fait habituellement depuis la partie la plus ventrale de l'abdomen , et pour cette raison, est réalisée au mieux sur le cheval début.

-Elle permet de détecter les accumulations de gaz ou mettre en évidence la présence des tumeurs ou d'entérolithes.



**Figure12:** Échographie de la partie ventrale de l'abdomen

3-C-Radiographie abdominal :

Il est pratique chez le Poulin ou cheval adulte.

Chez le Poulin :les larges dimension de l'abdomen en limite l'intérêt.

-C'est un offre d'avantage de possibilités diagnostiques.

-Chez le cheval adulte : est utilisée comme aide au diagnostic de hernie diaphragmatique, de colique par surcharge de sable et entérolites.

**A -Les coliques digestives :**

**1-les coliques spasmodiques ou hyper péristaltisme (non obstructives) :**

Ce sont les coliques les plus fréquentes en Algérie, notamment chez le pur sang, cheval nerveux par excellence.

Ce type de colique est caractérisé par l'augmentation de la fréquence ou de l'amplitude des contractions ou spasmes de la musculature intestinal, dues à l'augmentation de tonus orthosympathiques.

Cliniquement, la douleur set modéré, intermittent, par fois violente, avec tachycardie et l'augmentation des bruits digestives (borborygmes de l'intestin grêle et du colon).

La douleur viscérale peut être causes par la détention d'une anse intestinal par des aliments fermentés ou la torsion du mésentère, ou encore l'inflammation des muqueuses et des spasmes.

Les effets de cette douleur vont stimuler le systèmes nerveux orthosympathique, provoque une décharge de catécholamines, de la tachycardie et de l'hyperventilation.

C'est ainsi que ces modification métaboliques vont diminuer la motricité intestinal, perturber l'irrigation sanguine allant jusqu'à installer une acidose métabolique et une fatigue cardiaque.

Dans les coliques spasmodiques, les douleurs sont souvent intermittentes et transitoires et répondent relativement bien à une injection d'un anti spasmodique.

**♣ Traitement :**

Faire marché le cheval au moins 10 minutes, administrer une dose d'antalgique

Antispasmodique pour rétablir le péristaltisme (Calmagine 20 à 30 ml en IV), s'il est nécessaire on le réhydrate par une solution isotonique pour rétablir l'équilibre hydro électrolytique

**2-les coliques d'origines gastrique :**

**2-1-Ulcération gastroduodénales :**

Cette affection est essentiellement rencontrée chez les poulains (réputés sensibles au stress) et l'étiologie réelle est encore assez floue.

Chez le cheval adulte, les anti-inflammatoires non stéroïdiens, le stress, le niveau d'entraînement, le comportement alimentaire, les gastérophiles et des agents microbiens sont présents comme faisant partie des causes potentielles d'ulcères.

♣ **Cliniquement :**

Elle est assez discrète et fruste, avec des signes d'inconfort assez irréguliers, des coliques sourdes, un état générale moyen (poil terne, baisse de performance, anorexie) et des signes plus discrets et inconstants (bruxisme, salivation, bâillements).

Ce type d'affection sera rencontré le plus souvent lors de consultation pour coliques chroniques.

♣ **Traitement :**

Le traitement est coûteux, long et astreignant mais donne de bons résultats. On utilise des protecteurs de la muqueuse (sucralfate), des anti-acides(hydroxyde d'aluminium), des anti sécrétoires (cimétidine, ranitidine ) et enfin des inhibiteurs de la pompe à protons (oméprazole).

**2-2-Dilatation gastrique :**

Cette affection, fréquemment rencontrée, est souvent la conséquence d'une autre affection gastro-intestinale, mais peut également être primaire. Les Dilatation gastriques sont dues à une accumulation de gaz ou de liquide.

Il ya de nombreux peuvent être à l'origine d'une dilatation gastrique, et permettent de distinguer des dilatations gastriques primaires et des dilatations gastriques secondaires.

Dilatation gastrique primaire	Dilatation gastrique secondaire
<p><u>Facteurs extrinsèques :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Blé, seigle et orge finement moulus.</li> <li>-Alimentation contenant un excès de pulpe de betterave sucrière.</li> <li>- Abreuvement excessif après l'exercice.</li> <li>-Alimentation juste après l'exercice.</li> </ul> <p><u>Facteurs intrinsèques :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Sténose pylorique.</li> <li>-Ulcération gastrique.</li> <li>-Parasites de la paroi stomacale.</li> <li>-Sténose gastrique.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Obstruction simple ou étranglé de l'intestin grêle.</li> <li>-iléus médicamenteux.</li> <li>-Entérite proximal.</li> <li>-Pancréatite aigue.</li> <li>-Accrochement népheroplénique.</li> </ul>

**Tableau 2 :** Principales causes de dilatation gastrique chez le cheval (d'après Collobert-Laugie C).

♣ **Cliniquement :**

La sévérité de la douleur abdominale est directement proportionnelle et à la durée de dilatation. L'augmentation de la fréquence cardiaque et respiratoire. Une baisse de la perfusion tissulaire (déshydratation) est observée. En cas de dilatation suraiguë, des signes de douleurs sévère et continue. Une position en « chien assez », pathognomonique d'une affection stomacale chez le cheval adulte.

♣ **Traitement :**

La dilatation gastrique aigue est une urgence médicale et l'acte essentiel est le sondage nasogastrique. Si de grande volume de reflux sont obtenus, la sonde nasogastrique peut être laissée en place et l'extrémité libre fixée au licol, avec siphonages peuvent être effectués toutes les 2 à 4 h. L'administration d'huile de paraffine est formellement contre indiquée tant que persiste un reflux. La dilatation gastrique secondaire subsiste, quant à elles, jusqu'à ce que la cause initiale soit résolue. Lorsque celle-ci est une obstruction intestinale, une décision chirurgicale peut être prise après analyse de l'ensemble des paramètres cliniques.

### 2-3 Surcharge gastrique :

Alors que la rétention de gaz et/ou de liquide dans l'estomac entraîne des dilatations gastriques, les surcharges gastriques correspondent, quant à elles, à une accumulation de matières alimentaires, généralement desséchées, dans cet organe. Cette accumulation peut s'effectuer lentement, et être à l'origine de colique chronique, dont la douleur, de légère à modérée et discontinue, devient progressivement sévère, avec établissement d'un état de choc. Dans d'autres cas de surcharge gastrique, aucun symptôme précurseur n'est observé, le cheval étant retrouvé mort le matin.

Les causes de surcharge gastrique chez le cheval peuvent être extrinsèques, intrinsèques, ou secondaire à une autre affection gastro-intestinale.

Surcharge gastrique primaire	Surcharge gastrique secondaire
<p><u>Facteurs extrinsèques :</u></p> <ul style="list-style-type: none"><li>-Ingestion de foin ligneux.</li><li>-Abreuvement irrégulier ou insuffisant.</li><li>-Alimentation irrégulière ou l'ingestion très rapide.</li><li>-Anomalies dentaires ou défaut de la mastication.</li></ul> <p><u>Facteurs intrinsèque :</u></p> <ul style="list-style-type: none"><li>-Sécrétion gastrique insuffisance.</li><li>-Atonie gastrique.</li><li>-Sténose pylorique.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>-Affection gastro-intestinal.</li><li>-Empoisonnement par des plantes contenant des alcaloïdes pyrrolizidiniques.</li></ul>

**Tableau 3 : Principales causes de surcharges gastrique chez le cheval (d'après Collobert-Laugier C ).**

### ♣ Cliniquement :

La douleur est légère, et disparaît spontanément ou après l'administration d'antalgique. Avec une douleur abdominale sévère et des signes de choc. On observe parfois des grincements de dents, une salivation et une réponse au traitement médical analgésique temporaire, le sondage nasogastrique permet parfois la libération de gaz, mais il n'y a généralement aucun reflux liquide, au retrait de la sonde, des matières alimentaires desséchées y adhèrent, alors que le cheval est à jeun depuis plusieurs heures.

### ♣ Traitement :

Le traitement spécifique de cette affection consiste à déliter le contenu gastrique. Cela se fait en réalisant un sondage nasogastrique et en pratique de nombreux siphonages.

Ce traitement est complété par un traitement médical symptomatique, à base d'analgésique, de fluidothérapie, et éventuellement d'administration d'huile de paraffine après avoir terminé les essais de vidange de l'estomac. Les stimulateurs de la motricité stomacale sont déconseillés, car ils peuvent entraîner une rupture stomacale, le traitement peut être chirurgical et consiste à essayer de ramollir le contenu de l'estomac en instillant une solution saline et en massant l'estomac.

### 2-4-La rupture gastrique :

#### ♣ Étiologie :

C'est une complication assez fréquente des deux premières entités. Elle est dans tous les cas mortelle. Elle peut survenir spontanément suite à la distension ou être secondaire à une chute (due à la douleur ou, beaucoup plus rarement, à une perforation lors d'un sondage naso-gastrique).

#### ♣ Clinique :

Lors de rupture gastrique on observe souvent un soulagement très rapide suite à une douleur sévère suivie d'un état d'anxiété, de dépression puis de choc avec forte sudation et détérioration cardiovasculaire et hématologique rapide et irréversible (déshydratation, TRC très augmenté, muqueuses cyanosées). La mort est alors très rapide (2 à 4 h après rupture).

### ♣ Traitement :

Il n'existe aucune traitement, c'est pourquoi est important de prévenir au maximum les risque lors de dilatation gastrique ou de suspicion de dilatation par des sondes naso-gastrique répétés et par une analgésie puissante.

### 2-5-Néoplasme gastrique :

#### ♣ Étiologie :

L'étiologie est à ce jour inconnu, même si certains facteurs favorisant l'irritation de la muqueuse gastrique ont été évoqués. On rencontre le carcinome gastrique à cellules squameuses chez les chevaux âgés de plus de 6 ans, et essentiellement chez les vieux chevaux. Les males et les hongres sont plus fréquemment atteints que les femelles.

#### ♣ Signes cliniques :

L'évolution de cette affection est chronique et asymptomatique, On observer une anorexie progressive, une dépression et une perte de poids régulières. Les autres paramètres cliniques sont normaux, n'existe aucune douleurs abdominale.

#### ♣ Traitement :

Une fois que le néoplasme est découvert, il n'existe pas de traitement.

### 3-Les surcharges :

#### 3-1 Surcharge du caecum :

La surcharge du caecum met en jeu dans les cas graves trois mécanismes différents. il se produit primitivement un spasme du sphincter caecal provoquant une accumulation des matières alimentaires dans sa base en avant de l'orifice caecocolique. La distension de la paroi de l'intestin qu'en résulte, étire l'orifice caecocolique en forme de fente et le rétrécit ainsi progressivement. Enfin, du fait de sa réplétion accrue, la partie surplombante de la base (cul de sac) s'enroule en direction de la petite courbure et comprime le col de caecum. Le péristaltisme ne s'interrompt pas immédiatement mais au contraire il se produit des contractions répétées de la base de caecum cherchent à éliminer les matières alimentaires accumulées. Les éléments liquides et gazeux sont chassés à travers l'orifice rétréci et, en cas d'administration répéter d'eau,

### Chapitre III : Etude anatomo-clinique de chaque type de colique

il peut même apparaître une diarrhée (interprétée à tort comme un début de guérison). Le caractère spasmodique de la surcharge se traduit également par de légères coliques, par une hypertonie de la paroi de la base de caecum perceptible à l'exploration rectale et par une hypertrophie des muscles circulaires visible à l'autopsie, en particulier au niveau de la caecum. On n'observe que rarement une dilatation nette de l'intestin

Les commémoratifs rapportent souvent un tableau clinique caractéristique. Les animaux sont malades depuis quelques jours, mangent et boivent peu et restent souvent couchés. De légères coliques (grattage du sol avec la patte, tête tournée vers le flanc droit) se produisent à de longs intervalles. Elles sont rarement d'intensité moyenne ou forte (surcharge de la partie surplombante de la base). L'état général reste longtemps peu modifié et il ne s'altère généralement qu'au bout de 14 jours (nécrose). Les borborygmes sont diminués ou disparaissent et la défécation deviennent rares. Une diarrhée liquide peut apparaître ultérieurement. Comme dans l'autre obstruction du gros intestin, il n'existe pas de modification sanguine caractéristique.

L'exploration rectal permet de différencier trois formes de surcharge du caecum, soit l'ensemble du caecum, soit la base du caecum, soit la partie surplombante de la base (cul de sac)

On peut confondre le cul de sac de la base avec des tumeurs, des concrétions ou des métastases de gourme dans cette région mais celles-ci cependant généralement plus fermes et plus irrégulières. □

#### ➤ **Traitement :**

Le traitement commence par un lavage de l'estomac (7-8 seaux d'eau) suivi de l'administration d'un purgatif salin en solution isotonique (900-1000g de sulfate de soude ou de magnésium dans 11-12L d'eau) en renouvelle l'administration d'eau 2 ou 3 fois à 2-3 heures d'intervalle

On peut administrer des médicaments spasmolytiques et régulateurs du péristaltisme (noramidopyrine ...).

Un traitement chirurgical de la surcharge de caecum est possible par enterotomie et vidange du contenu (ou par massage sans enterotomie mais il est rarement nécessaire

## Chapitre III : Etude anatomo-clinique de chaque type de colique

dans les cas primaires ou récentes. la surcharge récidivante il faut s'y attendre au même taux de récurrence qu'avec un traitement médical.

### **3-2 : Surcharge du gros colon :**

La surcharge du gros colon provoque généralement des coliques faibles à moyennes et discontinues, le cheval frappe l'abdomen avec les postérieurs, il prend souvent des attitudes en extension avec camper et tourne la tête vers l'abdomen, et typiquement vers le côté gauche, en cas de surcharge de colon gauche. L'état général n'est le plus souvent que peu ou pas altéré, le péristaltisme est diminuée ou supprimée, les animaux refusent généralement l'eau et les aliments (*hanns-jurgen wintzer dès 1991*)

Plusieurs facteurs expliquent l'origine de cette affection :

1- Une cause anatomique, le diamètre intestinal passant de 25 à une dizaine de centimètres au niveau de la courbure pelvienne.

2- Dysfonctionnement des pacemakers de la paroi de la courbure pelvienne. Il en résulterait une diminution de la motricité propulsive, et une augmentation de la motricité rétropropulsive, aboutissant à une accumulation d'ingesta dans le colon ventrale gauche.

3- la réduction de l'abreuvement, par exemple par temps froid, ou lorsque l'eau est gelée, conduirait à une insuffisance d'hydratation du contenu du colon.

4- De récent changement dans les conditions de vie, tels que une soudaine restriction de l'exercice suite à une affection locomotrice, un changement d'écurie, confinement en box ou en stalle.

5- une qualité de nourriture insuffisante, des anomalies dentaires, un défaut de mastication ou du parasitisme ont également été proposés comme facteurs de risque vis-à-vis de la surcharge de la courbure pelvienne. (*Xavier Gluntz et Marc Gogny 2007*).

6- L'ingestion de corps étranger par exemple le sable, elle arrive suite à une administration de nourriture directement sur un sol sableux, ou suite à du pica, le plus souvent dans des régions où le sol est sableux, En général, cela peut se produire sur

n'importe quel cheval ayant accès à un paddock en sable et sans herbe ou alimentation à disposition. (*Laure Walter 1994-2004*).

### **Traitement :**

On injecte en intraveineuse 1-2g de thiamine dans 100ml environ d'une solution glucosés sec et en renouvelle cette injection tous les jours ou tous les deux jours, en cas d'échec on peut essayer les parasympathomimétiques .en même temps qu'un purgatif salin .on control l'effet sur péristaltisme par exploration rectal. (*Hanns-jurgen wintzer1991*).

### **3-3 : Surcharge du petit colon :**

La nature des aliments joue un rôle dans son apparition .la surcharge du petit colon est favorisée par les fourrages fibreux a tiges longues comme la luzerne, les paille de colza ou de haricot et également par la consommation a l'état frais de luzerne de trèfle jeune et de siège absorbés avec avidité et insuffisamment mastiqués.

Les animaux présentes des coliques intermittentes légères a modères a une légère diminution du péristaltisme, l'état général reste généralement bon.

On trouve par fois des excréments desséchés a l'exploration rectale .cependant le rectum est généralement vide et couvert d'un mucus collant

Le petit colon surchargé apparait comme une formation cylindrique de 10-15 cm de diamètre portant deux hanches charnues découverte fait saillie sur la paroi de l'intestin et elle est facile a palper .l'autre bande charnue est généralement couverte par la graisse mésentérique et elle est difficile ou impossible a sentir .

### **Traitement :**

Dans les surcharges très important un grand lavement sous pression est préférable, éventuellement associe a l'administration de paraffine liquide .et l'atropine.

On peut aussi fragmenter par voie rectal les masses d'excrément responsables de la surcharge. . . (*Hanns-jurgen wintzer1991*)

**3-4- Surcharge de rectum :**

La surcharge du rectum est généralement due a une paralysie d la queue de cheval , a des cicatrices ou a des inflammations ou des abcès pèirectaux gênant mécaniquement la déification ou la rendant douloureuse .une autre cause en est des déchirures du méso rectum a la suite de renversement du rectum ou de dystocie avec nécrose de la paroi ,qui peuvent entrainer des surcharges secondaires a la jonction du petit colon et de rectum.

Les chevaux sont généralement en bon état mais présentent une certaines agitation et des efforts expulsifs répétés mais vains .on trouve des quantités considérables d'excréments dans l'ampoule rectale et le rectum, la muqueuse est congestionnes, oedimaties et d'aspect vitreux et elle est facilement lèses et peut se renverser.

Si la surcharge est plus en amont, la paroi de rectum peut être couverte du mucus collant caractéristiques des occlusions intestinales.

L'évolution est généralement favorable, sauf en cas d'obstacles irrémédiables (sténose cicatricielle) ou de paralysie irréversible.

**Traitement :**

Consiste a des lavement répètes (eau, sulfates de magnésium, paraffine liquide )a la température du corps destinés a ramollir les excréments et a faciliter leur éventuelle extraction manuelle .

- ♣ On pratique ensuite des lavements froids pour stimuler le péristaltisme
- ♣ On traite les lésions de la muqueuse par des applications locales d'astringents (acide tannique).

**4-Déplacement du colon :**

**4-1-Déplacement du colon ascendant :**

**4-1-1-Déplacement de colon ascendant à droite :**

Ce déplacement se définit par le passage du colon ascendant entre le caecum et la paroi abdominale droite qui provoque obstruction extraluminale non étranglé du colon

### Chapitre III : Etude anatomo-clinique de chaque type de colique

ascendant. (*Xavier Gluntz et Marc Gogny 2007*).

Le déplacement le plus fréquemment rencontré correspond à un mouvement de la courbure pelvienne dans une direction crânio-caudale droite entre le caecum et la paroi abdominale. Ce type de déplacement est qualifié de déplacement avec flexion latérale, et peut être accompagné par une torsion à 180° du colon ascendant. (*Xavier Gluntz et Marc Gogny 2007*).

Occasionnellement, la courbure pelvienne peut progresser en s'insinuant entre le caecum et la paroi abdominale dans une direction caudo- crâniale.

Dans ces deux types de déplacement, la courbure pelvienne entraîne dans son mouvement les colons gauches, la courbure sternale et diaphragmatique.

À l'inverse, la courbure pelvienne peut se déplacer sans que la courbure sternale et diaphragmatique ne bougent, celle-ci restant en région abdominale crâniale : ces mouvements sont appelés rétroflexion de la courbure pelvienne.

Comme dans les cas de déplacement dorsale du colon à gauche, une torsion à 180° peut être associée aux déplacements à droite du colon ascendant celle-ci provoque la formation d'un site d'obstruction en amont duquel s'accumule le contenu digestif, très riche en bactéries. Une fermentation se produit proximale à ce site, et du tympanisme se développe plus ou moins rapidement. La torsion à 180° peut par ailleurs provoquer un œdème de la paroi intestinale. (*Xavier Gluntz et Marc Gogny 2007*)

#### **Traitement :**

Le traitement de cette affection peut être médical ou chirurgical. Un traitement conservateur peut être envisagé dans les formes chroniques pendant 48 à 72 heures, lorsqu'il n'existe ni tympanisme ni torsion associée. En cas de douleur sévère rebelle

### Chapitre III : Etude anatomo-clinique de chaque type de colique

à toute thérapeutique médical, ou lorsque des signes de choc sont présents, un traitement chirurgical doit être instauré. Le traitement médical vise essentiellement à essayer de restaurer une motricité digestive normale grâce à l'utilisation de laxatifs (huile de paraffine). En cas de douleur abdominale, il convient de la supprimer, essentiellement par l'injection d'alpha-2 agonistes. Il faut de plus à maintenir une volémie correcte. Si les coliques durent plus de 48 heures avec un traitement médical adéquat, une chirurgie doit être envisagée. (*Xavier Gluntz et Marc Gogny 2007*).

#### 1/ Déplacement dorsal du colon à gauche :

cette entité pathologique est bien définie chez le cheval, se traduit cliniquement par des coliques d'intensité modérée à forte.

Caractérisé par un accrochement néphrosplénique, cette affection correspond à la migration du colon ascendant, le plus souvent au niveau de ces parties gauche, entre la rate et la paroi abdominale gauche. Cette migration aboutit finalement au positionnement du colon ascendant dans l'espace néphrosplénique, véritable gouttière provoquant une obstruction extraluminale non étranglé de celui-ci, stade correspondant vraiment à l'accrochement néphrosplénique (*Xavier Gluntz et Marc Gogny 2007*).

Plusieurs hypothèses ont été émises pour expliquer ce déplacement :

1° La dilatation de l'estomac, parce qu'elle induit un déplacement médiale de la rate, a également été proposé comme hypothèse déplacement à gauche du colon ascendant.

2° Décubitus latérale droit prolongé.

Ce déplacement provoque une obstruction extraluminale, celle-ci est non étranglé même si le colon ascendant subit une torsion à 180°, sa partie dorsale repose centralement dans l'espace néphrosplénique, alors que sa partie ventrale s'y situe dorsalement.

### Chapitre III : Etude anatomo-clinique de chaque type de colique

L'association de ces deux phénomènes (obstruction extraluminaire et torsion à 180°) entraîne la formation de deux sites d'obstruction, un au niveau du colon ventrale et l'autre au niveau du colon dorsale. (*Xavier Gluntz et Marc Gogny 2007*).

Le contenu digestif s'accumule en amont de chacun de ces deux sites d'obstruction, celui-ci étant très riche en bactéries, on assiste à une fermentation conduisant à l'apparition de tympanisme qui peut intéresser le caecum et même l'estomac qui contribue à l'aggravation du tableau clinique. La torsion à 180° peut par ailleurs provoquer un œdème de la paroi intestinale, à l'origine d'un iléus. Le tableau clinique de ce déplacement dépend de la longueur d'intestin impliqué, ainsi que l'importance de la distension gazeuse et de celle de la surcharge alimentaire. (*Xavier Gluntz et Marc Gogny 2007*).

L'état général est la plupart du temps correct, l'observation du cheval au box révèle une légère augmentation de volume de son flanc gauche, qui se généralise par la suite à toute la circonférence abdominale, parallèlement à la distension gazeuse intra-abdominale.

L'intensité de la douleur est très variable en fonction de la tension exercée par la dilatation. Le statut cardio-vasculaire est la plupart du temps peu modifié. Cependant la fréquence cardiaque peut être dramatiquement élevée concomitamment à la douleur, ou encore de la dilatation gastrique. Le sondage naso-oesophagien est pratiqué systématiquement lors de déplacement, car il permet de recueillir de reflux gastrique dans environ 50% des cas, et qu'il soulage efficacement l'estomac lorsque celui-ci est distendu à l'extrême par du gaz ou un contenu liquidien. La paracentèse permet la plupart du temps de recueillir un liquide abdominal normal, lorsque celui-ci est modifié, il signe un début de souffrance intestinale, et peut être une indication de décision chirurgicale. La palpation transrectale peut permettre d'établir un diagnostic de certitude : le ligament néphrosplénique n'est pas palpable, puisqu'il recouvert par le colon ascendant. (*Xavier Gluntz et Marc Gogny 2007*).

#### **Traitement :**

En fonction de l'état générale du cheval, différents types de traitement peuvent être envisagés. En première intention le traitement peut être purement médical. Lorsqu'aucune amélioration n'est notée, un traitement spécifique par roulage peut lui succéder. Un traitement chirurgical est envisagé, soit du fait de l'inefficacité des traitements précédents, soit en première intention lors de dégradation trop importante de l'état général du cheval.

**1-Traitement médical :** administration d'analgésique à l'aide d'A.I.N.S. et/ou d'alpha-

2 agoniste et par la décompression de réservoirs digestifs distendus. Ainsi en cas de tympanisme du caecum secondaire à cette affection, le trocardage de celui-ci est indiqué. Le sondage nasogastrique est à pratiquer systématiquement dans ce cas là.

Une fluidothérapie en cas de dégradation des paramètres sanguins. À ces traitements médicaux classiques s'ajoutent des thérapeutiques plus spécifiques, comme l'utilisation de phényléphrine en perfusion, ou la mobilisation indirecte de l'intestin, grâce à des promenades en camion, un exercice à la longe au trot au galop, le saut de cavalettis,... La technique de roulage sous anesthésie générale. (*Xavier Gluntz et Marc Gogny 2007*).

**2-Traitement chirurgical :** consiste en laparotomie classique, suivie d'une réduction manuelle de l'accrochement néphrosplénique. Généralement il convient de vider le colon ascendant de son contenu au travers d'une colotomie. (*Xavier Gluntz et Marc Gogny 2007*)

#### **5- Les obstructions intestinales :**

Il s'agit de l'occlusion soudaine de la lumière de l'intestin par un corps étrange organisé.

### Chapitre III : Etude anatomo-clinique de chaque type de colique

L'obstruction est une forme rare des coliques ( 0,5 de nos cas de coliques )

Les causes en sont des éléments se formant dans la cavité de l'intestin comme les calculs intestinaux, les pelotes stercorales ou des produits inflammatoires, des pelotes de parasites, ou des corps étrangers ingérés.

le taux de protéines et de calcium des aliment joue également un rôle, de même que le PH de intestin, il se forme ainsi des masses dures arrondies ou facettes sur la section desquelles on voit nettement une stratification .un calcul de la taille du poing doit prendre sans doute un ans pour former .

de faux entérites peuvent être se former par l'agglomération de grains de sable absorbés avec les aliments (sablose) .on peut rencontrer également des pelotesde fibres végétatives ou de poils animaux généralement imprégnées de sels organiques ou minéraux.

L'obstruction se produit généralement a la suite d'une augmentation de péristaltisme (vagotomie) rétrécissant la lumière intestinale ou chassant le corps étranger dans un segment moins large .il s'agit généralement de la transition entre la dilatation terminale du colon dorsal droit et le petit colon .

L'excitation par distension provoque un spasme des muscles circulaires .qui peut bloquer le corps étranger.

si le corps étranger est plus petit ou plus mou (pelote stercorale) ,il peut progresser dans le petit colon ou même ne se bloquer qu'au niveau du rectum .une surcharge et une météorisme secondaires se produisent en amont de l'obstruction .la compression exercée sur la paroi par corps étranger y provoque des troubles de circulation avec toutes leurs conséquences (nécrose ischémique circulaire ,rupture péritonite )

A l'exploration rectale le rectum et le petit colon apparaissent vides et la muqueuse couverte du mucus collant caractéristiques des obstructions intestinales.

Les obstructions complètes de l'intestin grêle provoquant des signes graves d'intoxication et la mort en 1 a 3 jours. Dans les autres obstructions il n'apparaît qu'au bout de plusieurs jours des troubles de l'état général et des signes d'auto intoxication et finalement de péritonite, la mort survient en une a deux semaines .une guérison spontanée est possible quand la paroi intestinale se relâche et que le corps

étranger repasse dans un segment d'intestin plus large ou est éliminé par les voies naturelles

### **Traitement :**

En peut administrer de plus de des lubrifiants comme la paraffine liquide par voie buccale ou rectal en peut aussi fractionne les pelotes stercorales a la main par voie rectale ou après laparotomie

Le meilleur traitement médical est le grand lavement sous pression préconisé par Gratzl .

### **6 Hernie inguinale :**

Ce terme désigne le passage anormal d'un viscère de la cavité abdominale dans le canal inguinal. Celui de l'hernie scrotale désigne la présence d'un élément abdominal dans le scrotum. En pratique, on nomme hernie inguinale l'ensemble de ces deux affections. La très grande majorité des hernies inguinales intestinales du cheval adulte sont étranglées. (*Xavier Gluntz et Marc Gogny2007*).

Les hernies inguinales congénitales se rencontrent chez les poulains nouveau-nés. Elles ont généralement tendances à ce résorbé spontanément dans les trois à quatre mois qui suivent leur naissance. Chez les chevaux adultes, les hernies inguinales peuvent survenir spontanément, mais sont souvent la conséquence d'un exercice (enparticulier saut d'obstacle) ou d'une saillie. L'hernie inguinale étranglée du cheval entier produit une obstruction intestinale étranglée, dont le tableau clinique est variable. L'animal peut manifester un légère inconfort abdominal, ou être atteint de colique sévère et violentes.

Certains chevaux présentent même un état de dépression avancée. La fréquence cardiaque varie beaucoup d'un cas à l'autre, de 36 à de plus de 100 battement/minutes. Le scrotum du coté affecté est généralement ferme, enflé et fréquemment froid au toucher. Le diagnostic de l'hernie inguinale étranglée est confirmé par palpation transrectale, dans les stades précoces de cette affection, il

### Chapitre III : Etude anatomo-clinique de chaque type de colique

n'existe pas encore de dilatation de l'intestin grêle en amont de l'hernie, mais une palpation transrectale attentive permet de sentir l'intestin grêle entrant dans le trajet inguinal. De plus, les anneaux vaginaux sont asymétrique l'un par rapport à l'autre, en raison de cette anse herniée. Après quelques heures d'évolution, la palpation transrectale permet d'identifier des anses intestinales distendues. (*Xavier Gluntz et Marc Gogny 2007*).

#### **Traitement :**

Lorsque l'hernie est récente, certains auteurs décrivent une tentative de réduction de celui-ci par voie transrectale. Mais les dommages potentiels d'une telle manoeuvre sont :

- Une perforation rectale.
- Une déchirure au niveau de l'anse incarcérée.
- Le retour d'une anse dévitalisé dans la cavité abdominale.

C'est pourquoi un traitement chirurgical est généralement préconisé. (*Xavier Gluntz et Marc Gogny 2007*).

#### **7-Coliques vermineuses :**

Ce trouble s'observe de plus souvent chez le jeune cheval, et plus particulièrement chez le Pur sang de 2 à 4 ans.

- Leur cause infestation massive de vers ronds (nématodes strongles) ou d'œstres.

#### **Les signes cliniques :**

-Ce type de colique accompagnent un transit intestinal apparemment normal.

-Le cheval mange et boit fort peu.

-Il gratte le sol avec l'un ou l'autre des antérieur et se regarde le flanc.

-migration rapide de cheval et les douleurs peuvent persister des jours, voire des semaines.

### **-Traitement :**

Passage de sonde naso-œsophagien pour débarrasser des œstres et à anthelminthique active contre les strongle.

### **8-Maladie d'herbe (Grasse sickness) :**

La grasse sickness est sans doute la plus meurtrière des maladies du cheval.

L'origine exacte est encore inconnue, mais bon nombre de cliniciens sont enclins à penser que cette maladie est liée à la présence d'un virus.

Symptômes :

#### **♣ Forme aigue :**

Une douleur abdominales avec le cortège des manifestations habituelles : suer par zones, tremblements musculaires, pouls accéléré, rythme respiratoire augmente.

Un arrêt total des mouvements de l'intestin.

La morte se produit au bout de deux à trois jours.

#### **♣ Forme subaigües :**

Le malade peut trainer pendant 3 à 4 semaines ou même plus.

La stase intestinale du début est bientôt suivie d'une paralysie de tous le tractus digestif.

Le liquide reflux par les narines, l'haleine est fétide.

Le cheval a le ventre de plus en plus retroussé et cette situation ne fait qu'empirer jusqu'à la mort.

### **Traitement :**

Aucune traitement satisfaisants n'a pu être proposé et tant que la cause de la maladie ne sera pas connue il ne sera de même.

### **9- Renversement du rectum :**

Résulte d'une faiblesse du sphincter ou d'un relâchement de l'union entre la muqueuse et la musculature ou la paroi de l'intestin et les tissus perirectaux .les causes sont les affections s'accompagne d'effort expulsifs ; diarrhée, rectites, constipation, corps étrangers, tumeurs, et rectum , et des les blessures du rectum, renversement de l'anus

### Chapitre III : Etude anatomo-clinique de chaque type de colique

ou renversement du muqueuse est rouge ou cyanosé, elle s'ondemètre rapidement et devient luisante et tendue

La muqueuse se déchire ou se nécrose ensuite (prudence a la palpation).le cheval a du mal a défèque ou ne le peut plus et fait des efforts expulsifs permanent aggravant le renversement .le rectum facile a distingue de la muqueuse anale oedematie et gonflée grâce a sa musculouse ferme

S'il existe une invagination simultané, la masse cylindrique renverse est plus charnue et sa paroi plus épaisse. on reconnait facilement les renversement de la partie antérieure du rectum et de la partie distale du petit colon au fait qu'on peut introduire les doigts entre la masse renversée et le bord de l'orifice anal

On pratique la réduction après nettoyage de la muqueuse avec une solution salé isotonique tiède et sous anesthésie épidural destinée a supprimer les efforts. on applique une compresse humide sur le renversement pour y exercer avec les mains sur son sommet. Une couvrir le renversement d'une compresse imprégnée d'une solution hypertonique de sulfate de magnésium et renouvelle la tentative au bout de quelques minutes

En cas de nouvel échec on peut renouveler les tentative deux fois par jour ,après la réduction on applique une suture en bourse laissée en place 6a8 heures ,sauf si elle provoque une irritation et des efforts expulsifs .

**Traitement** : Le traitement n'est pas nécessaire dans les petits renversement de la muqueuse on traite les lésions de la muqueuse et on combat l'œdème par lavement astringent ou antiseptiques, on réduit les efforts expulsifs par des lavements d'huile minérale et de lidocaine associe a des laxatifs par voie oral et a des analgésiques généraux. si l'intestin renverse est gravement lèse et que l'animal fait des efforts expulsifs permanents. Une opération nécessaire la résection sous muqueuse. (*Hannsjurgen wintzer1991*)

#### **10-L'entérite :**

L'entérite est l'inflammation de l'intestin , ou plus exactement de la muqueuse intestinal .quand elle s'installe , les mouvements péristaltique de la paroi intestinale s'accélèrent et obligent le contenu de l'intestin a transiter plus rapidement.

### Chapitre III : Etude anatomo-clinique de chaque type de colique

- Les glandes de la paroi intestinal sécrètent plus qu' l'habitude et , en meme temps , l'absorption des liquide se fait dans de mois bonnes condition en raison du passage rapide .

- Les résultat de tout ces dérèglement caractérise L'entérite .

Dans les formes aiguës : colique spasmodique et diarrhée, Cette diarrhée peut être abondante au point que le cheval donne l'impression de ne prendre rien d'autre que l'eau tiède.

#### **Traitement :**

L'entérite peut être l'une des affections les plus ennuyeuses chez le cheval. Définir l'origine du trouble, administration des antispasmodiques ou des sédatifs et des antibiotiques. (Les purgatifs sont interdits dans ce cas). On donne une bonne quantité de kaolin, cette substance forme un pansement protecteur de la muqueuse intestinale enflammée. Comme tous les animaux, le cheval accusera les effets de la déshydratation qui peut conduire à la mort. Il peut nécessaire alors de recourir aux injections intraveineuses de soluté (physiologiques ou normal glucosé). Un astringent classique (dérivé des opiacés) peut être utile pour parachever le traitement. (*Farming Press 1980*).

#### **11- la colite :**

la colite est l'inflammation de colon , qui la parte la plus importante du gros intestin . observée surtout chez les jeunes sujets , pendant ou après une infestation massive de nématode .

Dans certain cas , une colite aiguë ou chronique peut faire suite a un traitement anthelminthique et se terminer en diarrhée chronique .

#### **Traitement :**

### Chapitre III : Etude anatomo-clinique de chaque type de colique

Il est difficile et nécessaire l'intervention du vétérinaire. Un sondage naso-oesophagien avec 2 kg de fèces normaux de cheval ,préalablement filtrés, permet d'apporter une amélioration .

#### **12- La diarrhée chez le cheval adulte :**

La diarrhée est une augmentation de la fréquence d'émission et du contenu en eau des fèces, qui peut être liée à une maladie intestinale primaire et peut être aiguë ou chronique. Lors de diarrhée aiguë, elle peut être d'origine infectieuse (Salmonellose, Entéocolite, à *Clostridium Perfringens*) ou non infectieuse (du à des médicaments comme les antibiotiques et des anti-inflammatoires, au stress, à des toxiques ou à une action mécanique comme une intussusception du caecum dans le colon ou du caecum dans le caecum par exemple). Lors de diarrhée chronique, cela peut être dû à une inflammation de l'intestin (entérite), une irritation mécanique (corps étranger, sable), une tumeur et à des parasites comme les petits strongles par exemple (cyathostomes). Par ailleurs, la diarrhée peut être également due à l'alimentation suite à une transition alimentaire trop rapide ou à une alimentation inadaptée ou encore à des lésions d'autres organes comme le foie ou le rein par exemple. La diarrhée entraîne une déshydratation qui peut être évaluée par la perte d'élasticité du pli de peau. Lorsque la diarrhée devient chronique, elle peut entraîner un amaigrissement, un œdème sous le ventre (perte des protéines) mais également une queue et des postérieurs souillés avec présence de dermatites sur les postérieurs. La palpation transrectale peut permettre déceler des anomalies et peut être complétée par une échographie transrectale mais également transabdominale qui permettra de visualiser les différents organes et les intestins et de déceler d'éventuelles anomalies. Des testes peuvent être effectués sur les fèces : recherche de parasites, de bactéries ou

### Chapitre III : Etude anatomo-clinique de chaque type de colique

de virus, recherche de sang occulte. Un teste d'absorption au glucose ou à la xylose peut être réalisé pour évaluer la capacité du système digestif à digérer et absorber les nutriments. Des biopsies rectales peuvent également être réalisés et en dernier lieu, on peut procéder à une laparoscopie/ coelioscopie ou laparotomie exploratrice. (Dr Jean-Yves Gauchot 2010).



**Figure 12:** Diarrhée chez le cheval

#### **Traitement :**

Les soins de support sont très importants dans le cas d'un cheval en diarrhée. En effet, il faut le tenir propre et changer régulièrement sa litière afin qu'elle soit confortable et propre. Il faut réhydrater le cheval soit par voie orale dans les cas les moins sévères ou par perfusion. Si le cheval ne présente pas de signes de coliques, on peut le nourrir avec du foin à volonté et lui laisser de l'eau à volonté. Il est évité les granulés et les céréales qui occasionnent des fermentations. Certains anti-inflammatoires et antibiotiques ne sont pas recommandés dans les cas des diarrhées. (Dr Jean-Yves Gauchot 2010).

Le pronostic d'une diarrhée aïgue est de favorable à très réservé selon l'intensité des

signes cliniques, les complications éventuelles et la réponse au traitement instauré. Le pronostic d'une diarrhée chronique est réservé à défavorable. (*Dr Jean-Yves Gauchot 2010*).

#### **13 Les coliques thrombo-embolique :**

Ce type de colique est du aux trouble de la motilité et aux spasmes anoxiques de l'intestin résultant de l'obstruction des artères intestinales terminales et des troubles de l'irrigation qu'elle entraîne. Les lésions vasculaires d'inflammation pariétale, d'anévrysmes, de thromboses et d'embolie sont dues a la migration des larves 4 et 5 de *Strongylus vulgaris*. Bien que la plupart des chevaux presentent un anévrysme vermineux des artères mésentériques, les coliques thromboemboliques, indépendamment du fait qu'elles sont difficiles a diagnostiquer in vivo, semblent être rare. Les lésions vasculaires et les nécroses très localisées n'ayant provoqué de troubles cliniques de l'activité de l'intestin les lésions plus étendue provoquent par hypoxie des contractions douloureuses ou une augmentation spasmodique du péristaltisme. Ultérieurement et en fonction de l'importance des troubles circulatoires, les mouvements de l'intestin diminuent ou cesse complètement. (*H-J. Wintzer, W. Jaksch Déc 1991*).

Les crises de coliques apparaissent généralement sans cause extérieure et indépendamment de toute influence météorologique ou alimentaire. Dans les formes légères on observe une augmentation du péristaltisme avec rejet fréquent d'excréments normaux ou seulement légèrement ramollis. A l'exploration rectale l'intestin apparaît normal ou légèrement météorisé. L'état général n'est généralement pas modifié et l'animal se calme en quelques heures. Dans les formes graves les

coliques sont violentes et le péristaltisme disparaît au bout d'une ou deux heures. La défécation cesse et l'abdomen est météorisé. A l'exploration rectale on perçoit des anses intestinales fortement météorisées et élastiques. Dès les premières heures la ponction de l'abdomen donne en quantité fortement augmentée d'un liquide hémorragique souvent impossible de différencier du sang à l'examen macroscopique. Les troubles généraux s'aggravent et l'animal meurt par auto-intoxication, choc hypovolémique et collapsus circulatoire. Tous les intermédiaires existent entre ces extrêmes. Chez certains chevaux l'évolution est lente et s'étale sur plusieurs jours, sans manifestation de coliques ou avec seulement des coliques légères avec diminution du péristaltisme et troubles généraux peu importantes. A l'exploration rectale on sent un léger météorisme, plus rarement une surcharge ou l'intestin est normal. Cependant la ponction de l'abdomen révèle dès le premier jour un liquide hémorragique devenant ensuite rouge orangé ou jaune foncé à la suite de la migration des leucocytes. Il apparaît finalement des signes de péritonite aiguë avec troubles généraux très graves. Respiration surtout costale, sudation localisée au niveau de l'abdomen, tremblement musculaire et mort. Le tableau clinique des coliques thromboemboliques ressemble à de nombreuses autres formes de coliques mais comporte presque toujours transsudat abdominal plus ou moins hémorragique. (*H-J. Wintzer, W. Jaksch Déc 1991*).

#### **14- Ulcérations gastroduodénales (Le syndrome EGUS) :** la sécrétion

acide, chez le cheval comme dans beaucoup d'autres espèces (à l'exception des carnivores), est continue même quand l'estomac est vide, une sécrétion basale, dite d'abstinence, est décrite. (*Xavier Gluntz et Marc Gogny 2007*).

Les signes cliniques chez les chevaux adultes sont relativement frustes et non spécifiques, et comprennent un ou plusieurs des symptômes suivants :

- Un appétit capricieux, avec un animal mangeant lentement, ne finissant pas sa

ration, ou présentant parfois de l'anorexie

Des signes de coliques sourdes, le plus souvent lors de la prise d'un repas, ou immédiatement après celui-ci, avec une douleur légère à modérée et parfois un décubitus latéral prolongé.

- Une condition physique relativement pauvre, avec un cheval qui a du mal à prendre de l'état, qui maigrit et/ou qui présente une baisse des performances.
- Des signes plus ou moins vagues de salivation, de bâillements, de grincement de dents.

Plus rarement, de la diarrhée ou de l'hyperthermie. (*Xavier Gluntz et Marc Gogny 2007*).

- Une ulcération de la paroi du duodénum peut ralentir le transit et causer une obstruction, en provoquant une striction de la lumière à ce niveau. La cause est inconnue (sans doute à relier aux ulcères gastriques) et le diagnostic difficile.

Il est intéressant de noter que la corrélation entre la sévérité des lésions et les signes est faible. Ainsi, des chevaux présentant des ulcères profonds et étendus peuvent ne développer que des signes cliniques légers, alors que d'autres ayant des érosions superficielles peuvent montrer des signes d'inconfort plus importants. Le diagnostic de certitude fait appel à un examen visuel direct de la muqueuse gastrique par l'intermédiaire d'une gastroscopie. (*Xavier Gluntz et Marc Gogny 2007*).

#### **Traitement :**

La stratégie de traitement du syndrome EGUS dépend des éléments cliniques et gastroscopiques qui ont été identifiés. Les objectifs prioritaires sont en effet différents en fonction de la cause primaire qui paraît la plus probable.

### Chapitre III : Etude anatomo-clinique de chaque type de colique

- Modifier l'alimentation, par une distribution plus fréquente des repas, voire une nourriture ad libitum, et l'augmentation du taux de fibres ;
- Modifier si possible les conditions d'environnement et de travail, en réduisant l'intensité des entraînements, voire en mettant au repos, en limitant les transports, et en limitant au mieux le confinement ;
- Utiliser des médicaments qui permettent de réduire la sécrétion acide ou d'augmenter la protection de la muqueuse.

Plusieurs études montrant la supériorité de l'oméprazole par rapport aux autres traitements. Si l'on considère également son innocuité, c'est le traitement de choix. L'huile de maïs a montré une certaine efficacité, en complément des traitements pharmacologiques. (*Xavier Gluntz et Marc Gogny 2007*).

#### **15-Les coliques du poulain :**



Le poulain est susceptible de présenter les mêmes coliques que l'adulte. Cependant, il présente également des affections digestives assez spécifiques que nous allons développer quelque peu.

**15-1-Particulaires des coliques chez le poulain :**



Le problème majeur de la consultation pour colique chez le poulain est double . tout d'abord , exploitation des signes cliniques varie quelque peu de l'adulte . ils se résument à ces symptômes :

- régurgitation du lait par les naseaux .
- bruxisme .
- posture anormale (sur le dos , campé.....)
- hyperactivité.
- Ténésme
- Efforts de miction.
- Distension abdominale.
- Diarrhée.

Deuxièmement la palpation transrectale, examen de choix dans la démarche diagnostique chez l'adulte ne peut pas être réalisée, ce qui représente un obstacle important pour parvenir au diagnostic définitif . les examens d'imagerie , comme l'échographie abdominale, la gastroscopie mais aussi la radiographie abdominale qui peut facilement être employée chez le foal prennent alors toute leur valeur . cependant, lorsqu'un doute existe quant au diagnostic et à la gravité de l'affection , le laboratoire exploratoire doit souvent être envisagé .

## Chapitre III : Etude anatomo-clinique de chaque type de colique

Notons que l'hématologie et la biochimie prennent elles aussi toute leur valeur, tant il est vrai que les modifications telles que l'acidose se mettent en place très rapidement chez le foal en colique et sont souvent fatales dans un délai assez bref.

### **15-2-Les affections digestives spécifiques du foal :**

Le foal peut présenter les mêmes entités que l'adulte mais certaines autres lui sont spécifiques.

#### **15-2-1-La rétention de méconium :**

La première des causes de colique chez le foal est la rétention de méconium. Elle peut être favorisée par un boulinage difficile ou un détroit pelvien étroit et survient dans les 24 premières heures de la vie.

Le toucher rectal et la palpation transabdominale permettent généralement le diagnostic. Son traitement est essentiellement médical mais peut nécessiter une intervention chirurgicale.

#### **15-2-2-Les ulcères gastro-duodénaux :**

Les foals y sont particulièrement sensibles. Les anti-inflammatoires non stéroïdiens et le stress semblent jouer un rôle important dans leur genèse.

Leur diagnostic de certitude est gastroscopique mais du bruxisme, des bâillements et un décubitus dorsal peuvent être des signes d'appel qui ne sont pas forcément pathognomoniques pour autant.

Le traitement de telles affections se calque sur celui de l'adulte mais leur présence complique souvent une autre entité pathologique qu'il s'agit aussi de traiter.

#### **15-2-3-Les diarrhées parasitaires :**

Elles peuvent générer des coliques douloureuses. *Parascaris equorum* très présent chez les poulains peut occasionner des diarrhées ou des bouchons vermineux.

### Chapitre III : Etude anatomo-clinique de chaque type de colique

Les salmonelloses ou autres infections intestinales peuvent générer les coliques et des diarrhées qui doivent être suivies de très près car l'évolution vers le choc hypovolémique et l'end toxémie peut être rapide.

#### **15-2-4-Les malformations congénitales :**

Les anomalies majeurs telles les atrésies(jéjunale, colique, rectale ou anale) sont généralement diagnostiquées chez les foals dans les premières jours de la vie car elles sont incompatibles avec la vie . La laparotomie est quasiment le seul moyen diagnostic , à l'exception de l'imagerie médicale, qui peut permettre certains diagnostics. Les traitements sont souvent décevants.

### **Le traitement chirurgical :**

la chirurgie intervient soit d'emblé sur les patients critiques soit après échec de traitement médical et avant dégradation du patient les alternatives au traitement chirurgical sont peut nombreuses et ne peuvent être utilisés que dans certaines circonstances.

la première est le traitement médical mené jusqu' a ce terme ; c'est-à-dire la guérison du cheval ou bien sa mort .c'est un choix qui ne peut être pris que lorsque la chirurgie ne peut être financièrement envisager et lorsque la douleur, qui reprisant la principale limite temporelle la plus part de temps reste contrôlable

### **Le déroulement d'une chirurgie :**

la chirurgie se déroule en décubitus dorsal sur une table sous l'anesthésie général gazeuse après l'induction avec des anesthésie injectables

Il existe un certains nombre d'étapes qui sont quasi systématique début de l'induction de l'anesthésie dans le box de couchage après l'induction, le cheval prêt pour le transport sur la table opératoire préparation chirurgicale stérile du site de laparotomie incision médiane de la paroi abdominale décompression gazeuse du coecum lors de la chirurgie extériorisation de coecum et du colon lors d'une laparotomie exploratrice

### **Les Sions postopératoire et prévention des complications**

la période postopératoire est critique dans les trois a cinq premier jours après la chirurgie(la plus part des complication se Mettet en place) parmet ces Sions ;

- ↪ un suivi clinique rapproché est essentiel
- ↪ consiste une évaluation des paramètres vitaux, du transit, du confort.
- ↪ nécessite la perfusion périphérique et des paramètres hématologiques et biochimiques.
- ↪ Antibiothérapie a large spectre et des anti-inflammatoire non stéroïdien  
(Dr; pierre cirier 2004).

### **COMPLICATIONS :**

Comme pour toute intervention chirurgicale, des complications peuvent survenir durant la période postopératoire.

Certaines de ces complications ont peu de conséquences mais certaines nécessitent une hospitalisation prolongée et des soins plus onéreux. Les principales complications sont la douleur (30%), les problèmes de plaies (26%), l'iléus (arrêt du transit digestif) (13%) et l'endotoxémie (désordres métaboliques causés par des toxines bactériennes passant au travers de la muqueuse intestinale endommagée (12%).

## Conclusion

---

### **Conclusion :**

Les coliques sont la première cause de mortalité subite chez le cheval. Les coliques sont des douleurs abdominales qui peuvent survenir en cas de stress de parasitisme, ou due à une ingestion trop rapide des aliments.

Un effort violent pendant la digestion, un brusque changement de régime alimentaire ou un excès de légumineuse peut aussi en être la cause.

Certaines de ces coliques provoquent des complications pouvant jusqu'à entraîner la mort.

Il est bon de ne pas paniquer devant un cheval atteint de coliques et d'agir avec calme et de manière réfléchie.

Ainsi un bon éleveur doit être à l'écoute de son cheval pour décrire tous les symptômes, et faciliter ainsi la tâche au vétérinaire.

Ce dernier pourra vous indiquer les gestes à faire avant qu'il arrive jusqu'à chez vous.

Cette intervention primaire pourra sauver la vie de votre cheval.

## Référence bibliographiques :

- Les coliques chez le cheval (Atlas) (*Xavier Gluntz et Marc Gogny Avril 2007*).
- Les coliques digestives du cheval abordées sur le terrain (*Noppe Elisabeth Juin 1996*).
- Les coliques digestives du cheval. (*Dr Pierre Cirier Novembre 2004*)
- Le cheval et ces maladies. (*Farming Press 1980*).
- Maladies des chevaux (1<sup>er</sup> édition) (R. Wolter 1994)
- Maladies des chevaux (2<sup>e</sup> édition) (*Dr Jean-Yves Gauchot Février 2010*)
- Maladie du cheval (*H-J. Wintzer, W. Jaksch 1989*)
- Mag vet path équine (*Dr K. Rahal 2008*).
- Etude épidémiologique descriptive de 831 cas de coliques médicales en France dans le département des Yvelines (*Laure Walter 1994-2004*).
- Conduite à tenir face au coliques du cheval (Benoit Grosfils 1999).