

**Zeitschrift:** Schweizer Archiv für Tierheilkunde SAT : die Fachzeitschrift für Tierärztinnen und Tierärzte = Archives Suisses de Médecine Vétérinaire  
ASMV : la revue professionnelle des vétérinaires

**Herausgeber:** Gesellschaft Schweizer Tierärztinnen und Tierärzte

**Band:** 143 (2001)

**Heft:** 10

**Artikel:** Résolution du mégaoesophage après traitement de l'hypothyroïdie concomitante chez une chienne

**Autor:** Huber, E. / Armbrust, W. / Forster, J.-L.

**DOI:** <https://doi.org/10.5169/seals-592988>

### **Nutzungsbedingungen**

Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften auf E-Periodica. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Zeitschriften und ist nicht verantwortlich für deren Inhalte. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern beziehungsweise den externen Rechteinhabern. Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen sowie auf Social Media-Kanälen oder Webseiten ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. [Mehr erfahren](#)

### **Conditions d'utilisation**

L'ETH Library est le fournisseur des revues numérisées. Elle ne détient aucun droit d'auteur sur les revues et n'est pas responsable de leur contenu. En règle générale, les droits sont détenus par les éditeurs ou les détenteurs de droits externes. La reproduction d'images dans des publications imprimées ou en ligne ainsi que sur des canaux de médias sociaux ou des sites web n'est autorisée qu'avec l'accord préalable des détenteurs des droits. [En savoir plus](#)

### **Terms of use**

The ETH Library is the provider of the digitised journals. It does not own any copyrights to the journals and is not responsible for their content. The rights usually lie with the publishers or the external rights holders. Publishing images in print and online publications, as well as on social media channels or websites, is only permitted with the prior consent of the rights holders. [Find out more](#)

**Download PDF:** 13.01.2026

**ETH-Bibliothek Zürich, E-Periodica, <https://www.e-periodica.ch>**

# Résolution du mégaoesophage après traitement de l'hypothyroïdie concomitante chez une chienne

E. Huber, W. Armbrust<sup>1</sup>, J.-L. Forster, T. Ribière, P. Grosclaude

Clinique vétérinaire SVS, Montcherand, <sup>1</sup>Cabinet vétérinaire des Beaux-Arts, Neuchâtel

## Résumé

Le cas d'une chienne adulte souffrant d'un mégaoesophage est décrit. Le traitement d'une hypothyroïdie concomitante a permis de faire régresser totalement le mégaoesophage. Une revue de la littérature récente essaie de faire le point sur les possibilités diagnostiques et thérapeutiques de ces deux pathologies.

**Mots clés:** mégaoesophage-hypothyroïdisme-chien

## Megaoesophagus in the dog: a case report

An adult mixbreed female dog is presented with a megaoesophagus. The treatment of a concomitant thyroidism allowed the total regression of the megaoesophagus. A literature overview is presented, dealing with the correlation between megaoesophagus and hypothyroidism. Diagnostic and therapeutic possibilities are discussed.

**Key words:** megaoesophagus-hypothyroidism-dog

## Introduction

Le mégaoesophage est caractérisé par une insuffisance ou une absence de motilité résultant en une dilatation de l'œsophage (Mears et Jenkins, 1997; Mears et De Novo, 1999). Il peut être congénital ou acquis.

Un grand nombre de neuropathies centrales ou périphériques, des maladies de la jonction neuromusculaire ou des myopathies peuvent être à l'origine du mégaoesophage. La recherche d'une étiologie est de ce fait assez difficile et généralement incomplètement réalisable. Souvent, le mégaoesophage est idiopathique.

Quelques maladies devraient cependant être systématiquement envisagées comme cause possible. Il s'agit de la myasthénie grave, focale ou généralisée, présente dans le quart environ des cas (Shelton, 1992; Mears et Jenkins, 1997). Occasionnellement, le mégaoesophage peut être observé lors d'hypoadrénocorticisme (Bartges, Nielsen, 1992). Enfin il est possible, très rarement, d'observer un mégaoesophage lors d'hypothyroïdisme, sans que cependant une relation causale puisse être clairement établie, pour l'instant. Le pronostic pour les patients souffrant d'hypothyroïdie et de mégaoesophage est sombre (Jaggy et al., 1994).

## Anamnèse

Tequila est une chienne stérilisée de type beauceron de huit ans, pesant 40kg. Depuis quelques mois, la chienne régurgite de plus en plus souvent

son repas, ou vomit de la bile. Ces dernières semaines, malgré la prescription de dompéridone<sup>1</sup>, de cimetidine<sup>2</sup> et de clindamycine<sup>3</sup>, la situation empire et la chienne s'affaiblit. Le cas est référé à la clinique avec une suspicion de mégaoesophage, pour de plus amples investigations.

## Examen clinique

La chienne est faible et apathique, le poil est terne, une légère séborrhée sèche et une alopecie diffuse ventrale sont notées. La chienne montre de l'obésité et une atrophie musculaire généralisée marquée. Elle régurgite pendant l'examen clinique. L'examen ne montre pas d'autres symptômes, en particulier neurologiques et les signes vitaux (pouls, température, respiration, coloration des muqueuses) sont dans la norme.

Le bilan hématologique révèle une légère anémie, une neutrophilie, un cholestérol augmenté et une phosphatase alcaline très légèrement élevée (Tab. 1).

Tableau 1: Bilan sanguin, valeurs anormales

Hémoglobine	130 g/l	(norme: 150–190g/l)
Hématocrite	0,39	(norme: 0,4–0,55)
Leucocytes	$27.2 \times 10^9/l$	(norme: $6–12 \times 10^9/l$ )
Neutrophiles	$25 \times 10^9/l$	(norme: $1–7 \times 10^9/l$ )
Cholestérol	11.73 mmol/l	(norme: 2.84 à 8.27 mmol/l)
Phosphatase alc.	257 U/l	(norme: 23–212 U/l)

<sup>1</sup> Motilium®, Janssen-Cilag

<sup>2</sup> Tagamet®, Smithkline-Beecham

<sup>3</sup> Antirobe®, Upjohn



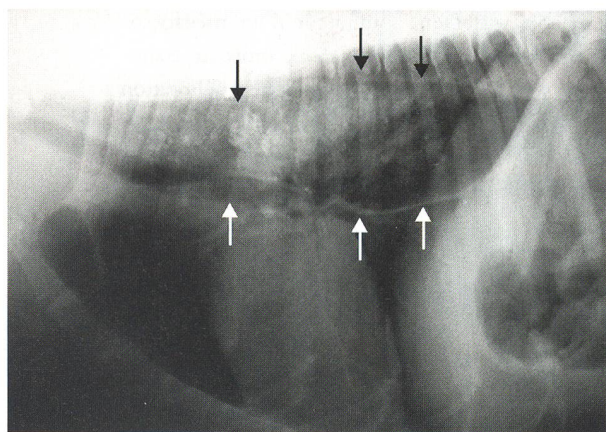


Figure 1: Radio de thorax, mégaoesophage. Les flèches délimitent l'oesophage.

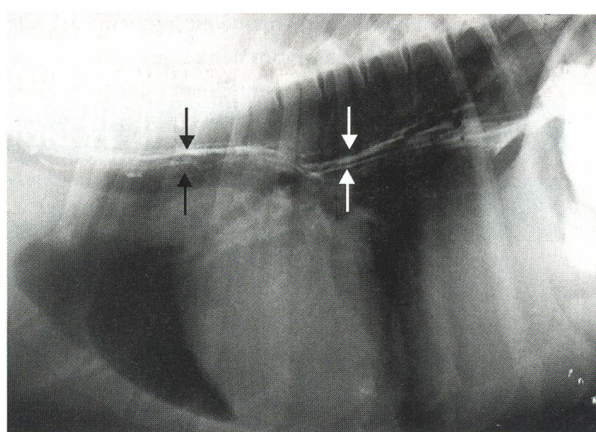


Figure 2: Radio de thorax, résolution complète du mégaoesophage. Les flèches délimitent l'oesophage.

La radio du thorax (Fig. 1) montre un mégaoesophage généralisé très important. A l'occasion de cet examen, lors de l'intubation, une paralysie du larynx peut être exclue.

L'aspect clinique de la chienne, l'hypercholestérolémie, la légère anémie, sont des signes d'appel d'une éventuelle hypothyroïdie. Fréquente lors de mégaoesophage, une myasthénie grave focale est également à envisager.

L'analyse du sérum<sup>4</sup> montre des valeurs anormales de thyroxine, de TSH canine (cTSH) et de T<sub>4</sub> libre (Tab. 2).

La recherche d'auto-anticorps contre les récepteurs de l'acétylcholine est négative<sup>5</sup>, soit 0.0 nmol/l (norme: < 0.6 nmol/l).

Ces examens, associés aux signes cliniques indiquent la présence d'un hypothyroïdisme. La chienne reçoit donc de la L-Thyroxine<sup>6</sup> par voie orale, soit 20 µg/kg matin et soir de manière continue, et de l'enrofloxacin<sup>7</sup> à raison de 5 mg/kg/jour pendant 10 jours en raison de la neutrophilie et des risques d'une infection pulmonaire par fausse déglutition. Elle est nourrie dans une assiette surélevée.

Un mois plus tard, la chienne est vive, hyperactive selon les propriétaires et n'a plus régurgité. Une radio de contrôle est effectuée avec contraste baryté: le diamètre du mégaoesophage a diminué de plus de deux tiers. La thyroxinémie étant trop élevée, à 5.3 µg/100 ml, le dosage de L-Thyroxine est diminué de moitié, soit à 20 µg/kg en une prise journalière. Un mois plus tard, la thyroxinémie est normale, soit 2.4 µg/100 ml. La titration a été effectuée dans le sang prélevé chaque fois au moins 12 heures après la dernière prise de thyroxine.

Onze mois plus tard, l'état général de la chienne est toujours aussi bon. La radiographie montre une résolution complète du mégaoesophage (Fig. 2). L'administration de L-Thyroxine est maintenue à 20 µg/kg et par jour.

## Discussion

Le diagnostic d'hypothyroïdie est difficile à poser de manière absolument certaine. Pour le faire, il faudrait avant tout pouvoir disposer d'un test de stimulation sûr et fiable. Le test de stimulation avec de la TSH demeure la méthode de diagnostic de référence: il n'est plus disponible en Suisse. La stimulation au moyen de TrH semble assez peu fiable (Panciera D.L, 1998). Le développement d'un test visant à doser la TSH canine endogène (cTSH) est intéressant. Dans notre cas, les résultats sont très clairs. Une valeur basse de T<sub>4</sub> sérique n'est pas une preuve d'hypothyroïdisme et elle est influencée par l'âge, la race, la prise de médicaments (par exemple: glucocorticoïdes, triméthoprime, certains anti-inflammatoires non-stéroïdiens et certains anesthésiques). Le fait que le chien réponde favorablement à la prise quotidienne de L-Thyroxine n'est également pas suffisant pour poser un diagnostic, puisqu'il faudrait pour cela interrompre le traitement et voir si les symptômes réapparaissent.

Il faut donc accumuler un certain nombre d'indices permettant de suspecter fortement la présence d'une hypothyroïdie. Selon certaines recommandations (Gaynor et al., 1997), le diagnostic peut être posé en l'absence d'un test de stimulation lorsque

Tableau 2: Bilan thyroïdien

Thyroxine	< 0.05 µg/100ml	(Norme: 1.3–3.7 µg/100ml)
TSH canine (cTSH)	0.75 ng/ml	(Norme: 0–0.32 ng/ml)
T <sub>4</sub> libre	< 1.93 µmol/l	(Norme: 9–33 µmol/l)

<sup>4</sup> Laboratoire Laupenack, Berne

<sup>5</sup> Dr. Diane Shelton, Comparative Neuromuscular Laboratory, Basic Science Bldg, Room 105, Univ. of California San Diego, La Jolla, CA 92093-0612.

<sup>6</sup> L-Thyroxinum natricum, Streuli

<sup>7</sup> Baytril®, Bayer



la valeur basale de thyroxine est inférieure à 1 µg/100 ml, lorsque au moins deux signes cliniques ou hématologiques communément attribuables à l'hypothyroïdie sont présents, alors que d'autres maladies pouvant entrer en ligne de compte peuvent être exclues.

Dans le cas présent, l'accumulation des signes cliniques comme l'apathie, la faiblesse, la séborrhée sèche, l'alopécie et des signes hématologiques comme l'anémie, l'hypercholestérolémie et les valeurs anormales de thyroxine, de cTSH et de T<sub>4</sub> libre, indiquent la présence d'un hypothyroïdisme. L'étiologie du mégaoesophage acquis est laborieuse à établir. Dans une étude des facteurs de risque pour l'apparition d'un mégaoesophage chez le chien (Gaynor et al., 1997), les auteurs impliquent la myasthénie grave, la paralysie du larynx, les oesophagites ainsi que des neuropathies diverses parmi lesquelles celles causées par l'intoxication au thallium et au plomb. Enfin le mégaoesophage est idiopathique, lorsque l'étiologie reste obscure. Dans cette même étude, une relation certaine entre hypothyroïdie et mégaoesophage n'a pas pu être établie.

Dans le cadre d'une étude rétrospective portant sur 29 chiens associant des symptômes neurologiques à une hypothyroïdie (Jaggy et al., 1994),

4 chiens seulement souffraient d'un mégaoesophage concomitant. Après deux mois de traitement, seul 1 chien montrait une nette amélioration des symptômes et tous montraient radiologiquement la persistance du mégaoesophage. A long terme (16 mois), seul un chien était cliniquement et radiologiquement guéri; deux chiens montraient encore un mégaoesophage, régurgitaient de temps en temps tout en étant cliniquement beaucoup mieux; enfin un chien avait dû être euthanasié en raison de l'aggravation des symptômes.

Par principe, l'hypothyroïdisme pourrait provoquer une neuropathie métabolique se manifestant sous la forme d'un mégaoesophage. D'autre part, ces deux manifestations cliniques pourraient être l'expression simultanée de deux maladies à médiation immune indépendantes l'une de l'autre, une thyroïdite et une neuropathie à médiation immune. Dans le cas, ici décrit, la guérison complète du mégaoesophage après traitement de l'hypothyroïdie suggère une réelle relation entre le mégaoesophage et l'hypothyroïdie. Cette relation pourtant demande à être encore éclaircie.

A la vue de la littérature cependant l'issue favorable telle qu'elle a été ici décrite est un phénomène singulièrement rare.

## Bibliographie

Bartges J.W., Nielson D.L.: Reversible megaoesophagus associated with atypical primary hypoadrenocorticism in a dog. J.Am.Vet.Med.Assoc. 1992, 201:889.

Gaynor A.R., Shofer F.S., Washabau R.J.: Risk factors for acquired megaoesophagus in dogs. J.Am.Vet.Med.Assoc. 1997, 211:1406–1412.

Jaggy A., Oliver J.E., Ferguson D.C., Mahaffey E.A., Glaus T.: Neurological manifestations of hypothyroidism: a retrospective study of 29 dogs. J.Vet. Int. Med. 1994, 8: 328–336.

Jaggy A., Glaus T., Tipold A.: Neurologische Ausfallerscheinungen im Zusammenhang mit Hypothyreose beim Hund: Literaturübersicht und Fallbeschreibung. Schweiz. Arch. Tierheilk. 1994, 136 : 257–264.

Mears E.A., Jenkins C.C.: Canine and feline megaoesophagus. Comp. Contin. Vet. Educ. 1997, 19: 313–325.

Mears E.A. and De Novo R.C.: Canine megaoesophagus, in Bonagura, Kirk's Current Veterinary Therapy, XIII Small Animal Practice, W.B. Saunders & Co 2000, 602–607.

Panciera D.L.: Canine Hypothyroidism in Manual of Small Animal Endocrinology, BSAVA, 2nd ed., 1998, p. 111.

Shelton G.D.: Megaoesophagus secondary to acquired myasthenia gravis, in Kirk Bonagura, Kirk's Current Veterinary Therapy, XI Small Animal Practice, W.B. Saunders & Co, 1992, 580–583.

## Adresse de correspondance:

Clinique vétérinaire Les Grillières, Dr Edouard Huber, dipl. ECVS, 1354 Montcherand/Orbe  
Tél. +41 24 441 27 20, Fax +41 24 441 53 16, E-Mail: cliniquevet-les-grillieres@bluewin.ch.