

REVUE DE PRESSE SEPTEMBRE 2012

Par Emmanuelle Carre-Raimondi, journaliste

BREVES

La garde de la nourriture : un comportement modifiable

Lorsque les ressources sont réduites, tous les animaux développent des comportements très agressifs. Et de nombreux refuges ont beaucoup de mal à faire adopter les chiens qui se sont habitués, dans des contextes très différents, à garder leur nourriture de peur qu'on la leur prenne. Peu de refuges tentent de corriger ce défaut, et beaucoup d'entre eux se retrouvent parfois obligés d'euthanasier des chiens jeunes et en bonne santé à cause de ce problème. Mais l'ASPCA (SPA américaine) montrait dans une étude de 2006 que 34% d'entre eux essayaient de mettre en place des méthodes de rééducation. Par ailleurs, seuls 5% des adoptants ramenaient leur chien adopté au refuge à cause de ce problème. Lorsque les refuges ont quelques ressources financières, la rééducation est plus facile à mettre en place. Car la grande majorité des chiens qui possèdent ce trouble du comportement peuvent être « sauvés ».

La clé pour travailler ce problème est de rendre la nourriture facilement accessible. Lorsqu'un refuge a identifié un chien présentant ce trouble du comportement, il doit lui permettre d'accéder à la nourriture en permanence. Autres suggestions, enrichir l'environnement immédiat du lieu où se trouve la nourriture mise à disposition, commencer la rééducation le plus rapidement possible après avoir identifié l'animal, filmer "l'avant" et "l'après", qui constitueront de précieux outils pour mettre une méthode de rééducation au point. Travailler sur ce problème est le meilleur moyen d'assurer aux chiens une bonne préparation pour leur future adoption, et de faire en sorte que celle-ci soit pérenne. (Source : ASPCA Professional website)

Etats-Unis

De l'entraide entre refuges

Voici quelques idées pour améliorer les échanges et la coopération entre refuges :

1/ Jouez le rôle de gîte d'étape : lors du transfert d'un animal pour une adoption, il n'est pas rare d'avoir un long trajet et plusieurs heures de route à faire. Les toutous ou minous ont souvent besoin d'une pause et de se dégourdir les pattes. Avant de partir, renseignez-vous pour savoir si des refuges, cliniques vétérinaires ne se trouvent pas sur votre chemin et s'ils sont d'accord pour vous accueillir le temps d'une pause. Pensez simplement à appeler à l'avance... et n'oubliez pas de rendre la pareille à vos collègues s'ils se retrouvent eux-aussi sur la route!

2/ Essayez d'établir un repérage des zones "à risques", celles où l'on abandonne le plus d'animaux. Rien de plus simple ensuite que d'appeler les refuges voisins et de leur proposer des conseils pour améliorer l'environnement du refuge, sur la rééducation et les problèmes de comportement ou tout simplement pour booster leur taux d'adoption.

3/ Créez un réseau "chien/chat perdu" : cela paraît évident, mais élargir le champ de recherche

mettra plus de chances de votre côté pour retrouver le maître d'un animal perdu. En ce sens, l'utilisation des réseaux sociaux peut être un excellent moyen d'échange entre vous et d'autres refuges. Ainsi, utilisez Twitter et Facebook pour poster des annonces d'animaux perdus que vous avez récupérés. C'est simple, rapide, et cela peut toucher rapidement un maximum de personnes, tout en développant votre relationnel avec d'autres refuges. (Source : ASPCA professional website)

Etats-Unis

Des cliniques vétérinaires spécialistes de l'obésité animale

Une clinique spécialisée dans le traitement de l'obésité chez les animaux de compagnie a ouvert ses portes en août dernier, dans le Massachussets. Dirigée par un vétérinaire nutritionniste, cette clinique s'est fixée pour objectif de traiter le problème grandissant de l'obésité chez les chiens et chats domestiques en se basant sur la recherche clinique, l'éducation et des régimes adaptés à chaque "patient". "Comme nous débutons, nous ne savons pas ce qui sera le plus efficace. Nous devons être capables de nous adapter, et de changer de stratégie selon le propriétaire et l'animal", admet le Dr. Deborah Linder, directrice de la clinique. L'équipe compte 3 autres vétérinaires nutritionnistes. Par ailleurs, la clinique étant liée professionnellement à l'école vétérinaire de l'université de Tufts, elle disposera de tout le matériel de recherche et documentaire possible. Deborah Linder souhaite concentrer son travail sur 3 buts qui pourront évoluer selon les besoins des patients :

1/ Faire en sorte que l'obésité ne soit plus taboue : trop peu de propriétaires osent aborder la question avec leur vétérinaire. D'après une étude de l'Association for Pet Obesity prevention, on compte près de 88,4 millions d'animaux de compagnie en surpoids aux Etats-Unis. La plupart du temps, les propriétaires eux-mêmes ne réalisent pas les problèmes de poids de leur animal tant que le vétérinaire ne leur a pas ouvert les yeux... Une preuve, pour Deborah, de l'influence que les praticiens peuvent exercer sur les propriétaires pour le bien-être de leurs animaux. Banaliser l'abord de l'obésité sera d'autant plus facile avec les arguments (de poids!) de vétérinaires nutritionnistes.

2/Trouver un moyen « d'éduquer » le propriétaire : c'est souvent le premier pas vers des animaux en meilleure santé, mais c'est souvent plus facile à dire qu'à faire. Certains sont dans le déni total et se ferment totalement au moindre argument sur le poids de leur animal, sans doute parce qu'ils se sentent critiqués comme de « mauvais maîtres ». Suite à sa propre expérience, Deborah explique qu'il vaut mieux intégrer le maître comme un membre de l'équipe qui va s'occuper de l'animal, que comme un « ennemi » rejeté à l'extérieur. Une attitude dépourvue de tout jugement et franchement tournée vers l'amélioration de la santé de l'animal est très appréciée et rassurante.

3/ Aider les propriétaires à faire les bons choix en matière d'alimentation. Aujourd'hui, lorsqu'on se trouve au rayon alimentation animale d'un supermarché, l'angoisse monte : que choisir ? Il y a trop de choix ! Prendre les bonnes décisions nutritionnelles est extrêmement compliqué pour les maîtres. Et lire l'étiquette des paquets, lorsqu'on n'a pas les compétences scientifiques pour en comprendre le sens s'avère rapidement inutile.

Les friandises sont une autre cause de l'obésité animale. D'après Deborah, ses patients comptent en moyenne 10% de calories journalières venant de friandises. Chez certains, on atteint même les 90%... Pour combattre ces carences et ces excès, la clinique mettra à disposition des solutions nutritionnelles faciles à mettre en place et développera l'information auprès des maîtres afin de leur apprendre les bonnes pratiques alimentaires.

4/ Etre un exemple pour d'autres cliniques. Etant la première du genre aux Etats-Unis, Deborah espère que sa méthode et sa recherche de stratégies pourra inspirer d'autres praticiens du pays, qui pourront ainsi lutter plus efficacement contre l'obésité. (source : AAHA septembre 2012).

Pour de nombreux chats, rendre visite au vétérinaire s'apparente à un véritable cauchemar. Et parfois pour leurs maîtres aussi. Si maîtres et félins semblent des créatures si attachées au confort, autant tout faire pour leur éviter une expérience stressante. C'est tout l'objectif d'une clinique californienne, avec un programme baptisé « Cat's Night Out », lancé en février 2012 afin de transformer la visite chez le vétérinaire en promenade de santé ! Senteurs exotiques, serviettes moelleuses sur les tables d'auscultation, et même des paravents pour préserver l'intimité des chats face aux chiens et éviter les trop souvent malencontreuses rencontres inter-espèces... De petites améliorations qui font la différence, puisque la clinique a augmenté le nombre de ses clients félins de 17%, et la fidélisation s'est également renforcée depuis le lancement du programme.

L'initiative est née face au nombre décroissant de visites de patients félins. L'expérience est souvent stressante et compliquée pour les maîtres, quand ils ne s'imaginent pas que les chats sont par nature des animaux « auto-suffisants » qui n'ont pas besoin d'une visite vétérinaire régulière. La pérennité de l'expérience semble se confirmer puisque nombreux sont les propriétaires ravis de constater que leur chat est plus calme à la clinique qu'à la maison... (AAHA septembre 2012).

SYNTHESE

Antiparasitaires externes : questions à un expert

La saison est propice aux parasites externes et le praticien dispose désormais de toute une palette de produits pour les combattre. Pour l'Essentiel, le Professeur Patrick Bourdeau (Oniris) fait le point sur les différentes molécules disponibles et la manière de les utiliser. (in l'Essentiel n°260)

Comment choisit-on un APE ?

Le praticien dispose aujourd'hui d'une panoplie variée d'insecticides/acaricides. Tous les produits répondent aux mêmes critères réglementaires d'exigence d'efficacité. Ils appartiennent à quelques familles chimiques récentes agissant toutes sur la conduction nerveuse chez les arthropodes : avermectines, néonicotinoïdes, oxadiazines, pyréthriinoïdes, phénylpyrazoles, semi carbazones, spinosynes. Les formes galéniques sont également diverses (sprays, spot-on/ lineon topiques ou systémiques, colliers, formes orales). Le choix est donc large mais, pour l'essentiel, non redondant car cette richesse est nécessaire pour couvrir la diversité des situations et/ou des demandes des propriétaires. « Le meilleur traitement n'est pas celui que l'on prescrit le plus souvent mais celui qui sera convenablement réalisé ». De ce point de vue les voies topiques et voies systémiques sont complémentaires. L'orientation du choix dépend initialement en fait de l'une des trois situations suivantes :

- 1) Prévention globale (le choix est le plus large)
- 2) Prévention spécifique (le choix est plus limité)
- 3) Situation curative ou gestion d'un état pathologique pour lesquelles le choix est réfléchi et raisonné et se révèle donc souvent plus restreint.

Quels sont les avantages et les limites des APE topiques ?

- Les traitements topiques peuvent apparaître comme les plus adaptés puisque, appliqués directement sur l'animal, ils agissent au contact de l'arthropode, ici les puces.
- Leur utilisation est particulièrement indiquée si l'objectif précis est la prévention d'une transmission vectorielle (cas notamment des tiques). Néanmoins pour être efficaces, il faut alors viser une efficacité préventive de 100 %, et celle-ci est en fait difficile à obtenir, y compris en conditions optimales expérimentales. Le traitement doit être parfaitement réalisé.
- Malheureusement les performances des topiques sont largement hypothéquées par la mauvaise

qualité de leur utilisation par les propriétaires et ce, même si le vétérinaire prend soin de bien l'expliquer. Nous avons pu montrer (Bourdeau 2000 WCVD) qu'une part importante des animaux activement parasités par les puces sont en théorie sous traitement (environ 50 % traités depuis moins d'un mois) et que, par ailleurs, la concentration des insecticides dans le pelage de chiens traités par leur propriétaire est très inférieure à ce que l'on obtient par un traitement de référence (Bourdeau et al WAAVP 2003).

- En second lieu : les modifications cutanées (états kératoséborrhéiques...), l'emploi de shampoings fréquents sur des animaux à lésions cutanées éventuellement liées aux puces, la réalité de baignades multiples et prolongées interfèrent sans aucun doute avec la diffusion et la rémanence des insecticides sur certains chiens.
- Enfin un grand nombre de propriétaires (environ 30 %, Bourdeau et al. GEDAC 2010) reconnaissent spontanément qu'ils éprouvent des difficultés à appliquer les produits, en particulier les spot-on sur les chats.
- On peut y ajouter deux autres « perceptions » : d'une part, la gêne créée par l'application des spot-on (démangeaisons des animaux, pelage d'aspect gras qui sont en fait les deux éléments négatifs les plus souvent cités par les propriétaires) ou encore le fait d'appliquer un produit chimique qui risquerait de se retrouver sur les mains, notamment des enfants.

Quels sont les avantages et limites des APE systémiques ?

- Les traitements systémiques ont aussi leurs avantages et limites. Leur avantage énorme est de n'être que peu (spot-on systémique) ou pas (formes orales) influencés par les facteurs cités plus haut. Il n'y a donc pas d'échec de diffusion, ni effets marqués de l'eau ou des shampoings.
- En outre, ils sont très intéressants dans le contrôle et la gestion efficace de la DHPP. En effet, et contrairement à ce qui a été longtemps un dogme commun bien que jamais démontré, il est aujourd'hui enfin admis que la DHPP est le plus souvent largement dose-dépendante. L'élimination rapide des puces (ici le repas de sang est fatal à l'arthropode), suivie de celle de toute nouvelle puce dès ses premiers repas entraîne une réduction rapide de la charge et des stimuli allergéniques à l'origine de la régression de la dermatose. On peut dans ce cas réaliser des traitements topiques (shampoings) aussi nombreux que nécessaires sans craindre une perte d'efficacité, et le contrôle pourra être aisément mis en œuvre sur des animaux souffrant de dermatoses complexes (dermatite atopique, pyodermite...)
- La voie systémique est active là où les topiques le sont moins, comme le cas des pelages très denses (ex : akita inu, chow-chow...) ou longs.
- Enfin l'espèce féline pourra représenter une indication de choix, tant le toilettage physiologique mais surtout le léchage pathologique intense (parasitisme, hypersensibilité, comportement) interfèrent avec la rémanence des insecticides topiques censés les protéger.
- Les questions qui persistent tiennent à la pharmacocinétique du systémique et ses variations éventuelles par exemple selon le sexe (montré avec la selamectine), ou l'état d'embonpoint (effet stockage ?). Il faut, bien sûr, vérifier que la prise a été faite correctement !
- Bien entendu ces traitements systémiques ne sont pas à privilégier dans le cas de risques vectoriels avérés puisqu'ils agissent grâce et au travers de la piqûre ou morsure de l'arthropode, elle-même infectante pour l'hôte.

Quel est le mode d'action des insecticides sur les puces ?

- Le mode d'action réel des insecticides in vivo est assez mal connu. Pour les topiques l'effet contact est essentiel. Toutefois la notion de « plaque chauffante » ou « Hot foot » utilisée pour expliquer la toxicité est probablement insuffisante, les tarsi des pattes des insectes ne représentant que moins de 1 % de la surface cuticulaire ; en revanche les puces se déplacent souvent dans le pelage et s'y frottent en permanence. C'est donc par le contact du corps de la puce aux poils que se fait probablement l'intoxication par les insecticides topiques.
- L'ingestion est la voie logique de l'intoxication par les systémiques, même s'il n'est pas exclu que quelques molécules systémiques puissent être intégrées au cycle épidermique et puissent se retrouver sur la peau ou dans les follicules et donc sur les poils.

Comment fait-on pour comparer la rapidité d'action des antiparasitaires ?

Aujourd'hui les insecticides sont équivalents sur le plan réglementaire en termes d'efficacité pour les espèces visées, car celle-ci est mesurée en fait tardivement (24 heures puces, 24 ou 48 heures tiques). Ces performances sont toujours démontrées dans des conditions expérimentales ou à partir d'essais terrains soigneusement « monitorés », dont la première caractéristique est fondée sur des critères d'exclusion très restrictifs. Mais la situation réelle de la pratique est toute différente et c'est l'ensemble des animaux qu'il faut traiter (pas d'exclusion) et par l'ensemble des propriétaires (pas de motivation particulière). Ceci rend l'ensemble des données expérimentales très théoriques et le résultat est toujours une performance très nettement inférieure, en particulier pour les topiques.

Or l'action létale (i.e. = insecticide) n'est pas la seule qui interfère avec l'activité des puces et la vitesse d'action peut jouer un rôle. Un produit efficace, mais assez lentement, risque d'être insuffisamment actif s'il est mal appliqué, par exemple en n'empêchant pas la ponte des puces même si elles sont finalement tuées. Ceci surviendra dès que le produit diminuera de concentration dans le pelage (avec le temps ou à distance de l'application). Très peu d'études sont disponibles concernant la vitesse de létalité des différents insecticides. Enfin, avec le temps, l'activité de tous les insecticides diminue (efficacité obtenue plus lentement et/ou incomplète), ce qui amplifie les conséquences en cas d'administration initiale inappropriée.

Existe-t-il un APE permettant une gestion globale des ectoparasites ?

Il serait séduisant de pouvoir concevoir une gestion globale (avec un unique produit préventif insecticide - ixodicide etc), si l'on songe aux contraintes d'un propriétaire dans le cadre de la prévention (il lui faut : vacciner au moins annuellement, vermifuger au moins quatre fois par an, lutter contre les puces régulièrement, voire les tiques, les phlébotomes...). Cependant, aujourd'hui, l'insecticide-acaricide idéal n'existe pas.

Il faut donc abandonner le concept « tout en un » et s'atteler, au contraire, à une approche du risque réel pour chaque animal, quitte ensuite à retrouver dans une présentation les qualités requises pour cet animal et cette situation. Un client est en droit d'attendre cela de son vétérinaire qui doit être l'expert en la matière. Puces et tiques n'ont pas de lien épidémiologique : certains animaux devront être protégés seulement contre les unes ou les autres et parfois seulement les deux. S'il y a un risque vectoriel (phlébotomes, tiques et plus secondairement puces) le vétérinaire devra informer et guider le propriétaire dans son choix.

Dans le cas des puces la situation de prévention globale peut s'accommoder de tout produit actif (systémique ou topique). Le choix peut aussi être influencé par la perception et l'acceptation de chaque propriétaire vis-à-vis d'un produit appliqué sur la peau de son animal ou administré par voie générale. En revanche dans la situation d'un chien à DHPP, une situation de gestion du prurit et/ou allergie combinée, non seulement la valence puce est la seule nécessaire mais il est clair que le choix par exemple d'un systémique peut présenter des avantages sur certains animaux en permettant toute liberté en matière de traitement dermatologique.

SYNTHESE

Chirurgie des animaux de compagnie : utilisation des pinces de suture

La chirurgie des tissus mous fait partie des actes courants en médecine vétérinaire et plus particulièrement en urgence. La fiabilité et la rapidité des techniques opératoires revêtent une importance primordiale sur des animaux débilisés. Les dispositifs de sutures automatiques telles que les agrafeuses chirurgicales sont déjà largement utilisés en chirurgie humaine et prennent aujourd'hui une place grandissante dans les chirurgies des petits animaux. (in l'Essentiel n°260)

Le premier dispositif d'agrafeuse chirurgicale a été inventé par le Dr Hüttl en 1909 en Hongrie (Pavletic 1990). Une version améliorée fut par la suite développée et utilisée en clinique par le Dr De

Petz en 1927. Cependant les avancées les plus notables ont eu lieu après la Seconde guerre mondiale en Union Soviétique. Le Dr Ravitch et son équipe ont ainsi introduit aux États-Unis dans les années 1950 des dispositifs avec des cartouches d'agrafes métalliques stériles jetables pour une utilisation rapide. Ce n'est qu'en 1979 que les premières utilisations cliniques de ces matériels ont été décrites en médecine vétérinaire (Tobias 2007). De multiples tailles et formes d'instruments sont maintenant disponibles et permettent au chirurgien vétérinaire de s'adapter à des utilisations toujours plus diverses.

Fonctionnement et indications

Il existe différents dispositifs actuellement utilisés en pratique chirurgicale courante. Tous sont équipés de cartouches d'agrafes en acier chirurgical ou en titane à fermeture en forme de B, ce qui a pour avantage de préserver la microcirculation au sein des agrafes. Les dimensions des agrafes varient en fonction des cartouches, ce qui permet de s'adapter à l'épaisseur des tissus à traverser. Des codes couleur permettent de classer ces cartouches en fonction de la hauteur (avant mise en place) des agrafes : vert pour une hauteur de 4,8 mm, bleu pour une hauteur de 3,5 mm (3,8 mm pour les pinces GIA) et blanc pour une hauteur de 2,5 mm. Elles sont stériles et conçues pour une utilisation unique. Les pinces, quant à elles, existent sous forme d'instruments réutilisables (elles sont alors en acier inoxydable) ou sous forme d'instruments à usage unique (même s'il est possible de les réutiliser à quelques reprises après stérilisation à froid).

Les agrafeuses de type TA (Thoraco-Abdominal) sont constituées de deux ou trois rangées d'agrafes en quinconces les unes par rapport aux autres. Ce type d'agrafeuse possède une ouverture en U au travers de laquelle les tissus sont insérés. Ses cartouches stériles sont disponibles en différentes longueurs : 30, 45, 60 et 90 mm. Son utilisation se fait en trois temps :

- la pince est fermée sur les deux tissus à apposer, ou à ligaturer/oblitérer, en les comprimant l'un par rapport à l'autre,
- les agrafes sont ensuite déployées au travers des tissus en question par pression sur la gâchette de la pince automatique,
- les tissus à réséquer sont ensuite retirés en faisant courir une lame de bistouri le long du sillon de coupe prévu à cet effet sur la cartouche de la pince automatique.

Les indications décrites pour l'utilisation de ces pinces TA sont les suivantes :

- la résection partielle d'organes parenchymateux : lobectomies hépatiques et pulmonaires, splénectomies partielles néphrectomies, prostatectomies, résection de masses néoplasiques,
- l'occlusion linéaire d'organes creux: fermetures du moignon utérin ou vaginal durant des hystérectomies, desanastomoses intestinales termino-terminales fonctionnelles, des déchirures rectales, des fermetures d'incisions de cystotomies, d'entérotomies ou de gastrotomies.

Les agrafeuses de type GIA (Gastro-Intestinal Anastomosis) permettent de déposer 4 rangées d'agrafes et sont équipées d'une lame qui divise les tissus en deux entre la deuxième et la troisième rangée d'agrafes. Les cartouches existent en 50, 60, 80 ou 100 mm de longueur. L'agrafeuse se compose de deux éléments distincts, qui s'articulent l'un à l'autre ; chacun des éléments peut donc, par exemple, être inséré dans une portion d'intestin lors d'anastomose termino-terminale fonctionnelle. Après la fermeture de la pince GIA, le déplacement d'un curseur permet de déployer les agrafes et de faire coulisser la lame. La pince GIA permet ainsi d'effectuer des anastomoses digestives (son utilisation est alors couplée avec l'utilisation d'une pince TA, ou d'une autre pince GIA (White 2009) pour suturer les deux extrémités libres de l'intestin). Elle permet également de réaliser des résections partielles d'organes creux abdominaux et a pour avantage dans cette indication d'éviter le risque de contamination péritonéale. Ce dispositif a été utilisé pour des anastomoses dans de multiples localisations du tube digestif, mais aussi pour des gastrectomies partielles, des gastropexies, des cholécysto-entérostomies, des résections de kystes prostatiques, des cystectomies partielles, des hystérectomies. Une version endoscopique (pince endo-GIA) existe à présent et permet notamment de réaliser l'exérèse de diverticules œsophagiens ou rectaux.

Sur le même principe, il existe également des dispositifs d'agrafeuses chirurgicales circulaires permettant de réaliser des anastomoses termino-terminales de l'œsophage, du côlon et du rectum. Il s'agit des pinces EEA (End-to-End Anastomosis).

Avantages et inconvénients

Le premier avantage de ces dispositifs de suture automatique réside dans le gain de temps chirurgical qu'ils permettent de réaliser par rapport à des sutures manuelles ; ceci est un avantage non négligeable quand il s'agit de minimiser le temps anesthésique de patients dans un état critique. Une étude ex-vivo sur des intestins de porc a démontré que ce gain de temps était significatif (Vick 2007). Cette même étude a montré que des chirurgiens non-expérimentés ne mettaient pas plus de temps que des chirurgiens expérimentés à réaliser une anastomose à l'aide de ces matériels de suture automatique alors que ce n'était pas le cas pour des sutures manuelles. Une autre étude portant sur 30 cas d'entérectomies sur des chiens a montré que l'anastomose termino-terminale fonctionnelle par pinces GIA et TA est une technique sûre même dans les mains de chirurgiens novices, avec ici aussi le bénéfice supplémentaire d'un gain de temps opératoire significatif (Jardel 2010). Sur les 30 cas opérés, seuls une fuite et un abcès ont été observés au niveau de l'anastomose, ce qui constitue des taux de complications légèrement inférieurs à équivalents de ceux obtenus avec des sutures manuelles. La résistance à la déhiscence de l'anastomose réalisée avec les agrafeuses chirurgicales est par ailleurs supérieure à celle des sutures manuelles et ce notamment dans les premiers jours suivant l'opération, lors de la phase critique de la cicatrisation digestive (Bundy 1993).

Il a aussi été observé une diminution des traumatismes tissulaires s'expliquant par un moins grand nombre de manipulations, ainsi qu'une réduction de l'inflammation et de la nécrose tissulaire. Le placement des agrafes est automatiquement régulier et standardisé, contrairement au placement des sutures manuelles qui est, pour sa part, opérateur-dépendant, avec une variabilité de l'espacement ou de la tension des sutures.

Enfin, cette technique permet de réaliser des anastomoses sur des portions intestinales de diamètre différent, elle est donc simple à pratiquer lors de cas présentant des disparités luminales notables. Plusieurs complications ont néanmoins été décrites avec l'utilisation de ce type de matériel. Certaines d'entre elles sont spécifiques à l'utilisation de ces instruments.

Il a ainsi été constaté que leur utilisation est impossible sur des animaux de petit gabarit (chats et chiens de moins de 4 kg), le diamètre de l'intestin étant trop réduit pour insérer les mors de la pince GIA.

De plus il faut prendre garde aux tissus œdématisés que les agrafes peuvent avoir du mal à traverser. Des fuites peuvent ainsi en résulter. Il faut donc dans ce cas choisir une hauteur d'agrafe supérieure. Il a aussi été décrit par le Dr Carobbi en 2009 l'apparition de signes d'occlusion digestive par des trichobézoars bloqués au niveau des agrafes chirurgicale, après des anastomoses digestives réalisées à l'aide des pinces GIA. D'autres complications sont non spécifiques mais ont été rapportées lors de l'utilisation de ces pinces automatiques. Leurs incidences sont comparables à celles obtenues avec des sutures manuelles.

On peut notamment constater une diminution du diamètre luminal lors de la fermeture d'incisions de gastrotomies ou d'entérectomies. Des adhérences aux tissus adjacents ont également été décrites mais ne semblent pas avoir de conséquences cliniques dans l'espèce canine. Des fuites au niveau du site d'anastomose sont possibles mais elles sont le plus souvent liées à des erreurs techniques, des tensions excessives, une vascularisation modifiée ou encore une taille inappropriée des agrafes. Des cas d'hémorragies ont aussi été rapportés avec l'utilisation des pinces GIA.

Il a aussi été décrit des ulcérations de la muqueuse intestinale. Ceci s'explique par le fait que, contrairement aux sutures manuelles qui sont apposantes, les sutures automatiques par pinces TA et GIA sont éversantes. La continuité de la muqueuse peut mettre jusqu'à trois mois à s'établir à nouveau. Des ulcères peuvent donc apparaître à ce niveau, ces derniers étant liés à une insuffisance de développement du tissu de granulation cicatriciel. On ne connaît toutefois pas l'incidence clinique de cette complication. Les matériels de suture automatique apparaissent donc comme étant sûrs, utilisables dans de nombreuses indications et permettent un gain de temps bénéfique en cas de

chirurgie sur des animaux dont l'anesthésie est difficile. La diminution des contaminations peropératoires permet aussi une réduction de la morbidité, voire de la mortalité postopératoire. Ces techniques sont relativement simples d'utilisation mais nécessitent tout de même une formation préalable adaptée. Un des freins potentiels à leur utilisation généralisée en chirurgie vétérinaire reste leur coût plus important comparé à celui de techniques traditionnelles.

Bibliographie (pour cet article).

- MM. Pavletic; *Surgical stapling devices in small animal surgery*; Compendium on Continuing Education dec 1990; 12:1724-1741
- KM. Tobias; *Surgical stapling devices in veterinary medicine: A review*; Veterinary Surgery 2007; 36:341-349
- L. Vick; *Face, content and construct validities of inanimate intestinal anastomosis simulations*; J. Surg Educ 2007; 64:365-368
- N. Jardel; *One stage functional end-to-end stapled intestinal anastomosis and resection performed by nonexpert surgeons for the treatment of small intestinal obstruction in 30 dogs*; Veterinary Surgery 2011; 40:216-222
- CA. Bundy; *Comparison of bursting pressure of sutured, stapled and BAR anastomoses*; Int J Colorectal Dis 1993; 8:1-3
- R. N. White; *Modified functional end-to-end stapled intestinal anastomosis: technique and clinical results in 15 dogs*; Journal of Small Animal Practice 2008; 49, 274–281
- B. Carobbi; *Trichobezoar obstruction after stapled jejunal anastomosis in a dog*; Veterinary Surgery. Avril 2009; 38(3):417-20

SYNTHESE

Lymphome digestif : ne pas confondre avec une maladie inflammatoire

Le lymphome digestif est la forme la plus fréquente de lymphome chez le chat. Cet article fait le point sur la classification, les facteurs de risques, la clinique et le traitement des lymphomes digestifs chez le chat. (in l'Essentiel n°260)

Le lymphome est le principal cancer intestinal du chat. Une étude concernant 1129 chats atteints de tumeur intestinale fait état de 55 % de lymphomes, 32 % d'adénocarcinomes et 4 % de mastocytomes. Il existe 4 formes de lymphome digestif : le lymphome digestif de bas grade de malignité (LDBG), de grade intermédiaire (LDGI), de haut grade (LDHG), en fonction du nombre de mitoses observées, et le lymphome à grands lymphocytes T granuleux (LGLG). Ces différents lymphomes ont des signes cliniques, un pronostic et un traitement différents.

Immunophénotypes et localisation

Le lymphome digestif se caractérise par l'infiltration du tractus digestif par des lymphocytes néoplasiques, avec ou sans infiltration des nœuds lymphatiques. Le LDBG représente environ un tiers des lymphomes digestifs et son incidence est en nette progression ces dernières années, probablement du fait de l'amélioration des techniques diagnostiques. En fonction des classifications utilisées, le LDBG est aussi qualifié de lymphome bien différencié, lymphocytaire, à petites cellules, à petits lymphocytes, à petits lymphocytes T épithéliotropes. Le LGLG est une entité spécifique et peut être de tous grades histologiques (bas, intermédiaire, haut). 90 % des LGLG et des LDBG sont d'immunophénotype T. Les LDGI et LDHG sont d'immunophénotype B ou T. Or, l'immunophénotype et la localisation du lymphome sont fortement associés. Les lymphomes à LB prédominent dans l'estomac et le gros intestin (cæcum et côlon), alors que les lymphomes à LT sont plus courants dans l'intestin grêle. Lors de LDBG, le jéjunum et l'iléon sont impliqués dans 90 % des cas, le duodénum dans 70 % des cas et l'estomac dans 7 à 40 % des cas. La localisation des lésions est similaire pour le

LDBG et pour la maladie inflammatoire chronique.

Facteurs de risque

La séropositivité pour le FeLV et le FIV augmente le risque de développer un lymphome de, respectivement, 60 et 5 fois. Cependant, le lymphome digestif est le moins fréquemment associé au FeLV (0 à 12 % selon les études), par rapport aux autres formes de lymphome. L'immunophénotype T est le plus fréquent lors de séropositivité au FeLV. Le lymphome associé au FIV est typiquement extranodal, de haut grade de malignité, à lymphocyte B et comprend les lymphomes atypiques (nasopharyngé par exemple) et les lymphomes mixtes. Un lymphome a été diagnostiqué chez 21 % de chats FIV+, la forme digestive étant la plus fréquente. Le tabagisme passif augmente le risque de développer un lymphome de 2,4 à 3,2 en fonction du temps d'exposition à la fumée. Une inflammation du tractus digestif pourrait être à l'origine du développement d'un lymphome digestif à LT ou d'un LGLG. En effet, 60 % des chats à lymphome intestinal à LT et 33 % des chats à LGLG présentent également des signes de maladie inflammatoire de l'intestin. De plus, une entérite lymphoplasmocytaire a été identifiée chez 41 % des chats à LDBG et d'immunophénotype T.

Aspects cliniques

Le chat atteint de lymphome digestif est typiquement âgé (10-13 ans). Une prédisposition sexuelle pour les mâles a été identifiée pour le LDHG. Les signes cliniques présentés lors de LDBG sont chroniques et comprennent : amaigrissement (> 80 %), vomissement (> 70 %), diarrhée (> 60 %), anorexie/dysorexie (> 50 %), moins fréquemment PUPD, abattement. La palpation abdominale est anormale : épaissement diffus des anses intestinales (30 à 50 % des cas), masse palpable (20-30 % des cas), attribuable à une adénopathie mésentérique, plus rarement à une masse intestinale. Les signes cliniques présentés lors de LDHG, LDGI ou de LGLG sont similaires à ceux présentés lors de LDBG mais généralement plus aigus et plus intenses. Contrairement au LDBG, une masse est palpable dans la plupart des cas. Les lésions extra-digestives sont fréquentes : adénomégalie, hépatomégalie, rénomégalie. Les intussusceptions, obstructions et perforations intestinales sont fréquentes. La principale modification hématologique est une anémie, inflammatoire ou par pertes sanguines intestinales chroniques. Une leucocytose neutrophilique marquée est souvent présente lors de LGLG ainsi qu'une éventuelle lymphocytose périphérique. L'hypoalbuminémie est fréquente lors de lymphome digestif ; elle est d'autant plus importante que le lymphome est de haut grade. Lors de LDBG, 80 % des chats présentent une hypocobalaminémie (vit B12), les folates ont une concentration normale, abaissée (lymphome intestinal proximal) ou augmentée. L'échographie abdominale est incontournable. Le diagnostic échographique est généralement aisé pour les formes de haut grade : épaissement intestinal avec destruction des couches intestinales normales, hypomobilité, adénomégalie. La présence de lésions extra-intestinales est fréquente lors de LDHG et LDGI. L'épaississement intestinal est généralement symétrique ou concentrique lors de LDHG et LDGI, alors qu'il est asymétrique ou excentrique lors de mastocytome et d'adénocarcinome intestinal. Les lésions sont similaires lors de LGLG. L'examen cytologique après aspiration à l'aiguille fine de la lésion intestinale ou des lésions périphériques suffit généralement pour établir le diagnostic lors de LDHG ou de LDGI.

Le diagnostic est difficile lors de lymphome de bas grade. Lors de LDBG, l'épaississement intestinal est modéré (voire absent) et les couches intestinales sont préservées. Les nœuds lymphatiques mésentériques sont le plus souvent hypertrophiés. La différence entre une maladie inflammatoire chronique et un LDBG n'est pas faisable à l'échographie et d'autres examens sont nécessaires. L'aspiration à l'aiguille fine, même échoguidée, lors d'épaississement diffus est techniquement difficile et généralement non diagnostique. De la même façon, la cytologie des nœuds lymphatiques n'est pas significative et ne permet pas de différencier maladie inflammatoire et lymphome de bas grade. Des biopsies intestinales sont alors requises. Il est conseillé de réaliser des biopsies de toute l'épaisseur de l'intestin, à la faveur d'une laparotomie, au niveau du duodénum descendant, du jéjunum et de l'iléon. Les techniques d'endoscopie classiquement utilisées chez le chat ne permettent pas d'accéder au jéjunum et ne prélèvent qu'une partie de l'intestin (muqueuse et sousmuqueuse), ce qui explique que bon nombre de lymphomes de bas grade ne sont pas diagnostiqués. De plus, le

diagnostic histologique des LDBG est difficile car les infiltrats de petits lymphocytes se distinguent mal des lymphocytes présents lors de maladie inflammatoire. Un immunophénotypage est alors recommandé : une population lymphocytaire monomorphe est en faveur d'un lymphome alors qu'une population lymphocytaire mixte est en faveur d'une maladie inflammatoire. Lorsqu'un doute subsiste, l'étude de la clonalité des lymphocytes T (par PCR) permet de faire la distinction entre LDBG et maladie inflammatoire.

Traitement

De nombreux LDBG répondent bien au traitement oral de prednisolone (1-3 mg / kg tous les 2 jours ou 5 mg / chat /jour) et de chlorambucil (10 mg / kg / 3-4 semaines, 225 mg / m²/ 3 semaines ou 200-250 mg / m²/ 2 semaines).

La rémission complète est obtenue pour 36 à 96 % des chats et la durée de survie médiane est de 15 à 25 mois, en fonction des études. Les études sont moins nombreuses concernant la survie lors de LDHG et LDGI. Une survie médiane de 7 à 10 mois peut être espérée lors de traitement par polychimiothérapie, l'ajout de doxorubicine (protocole CHOP) au traitement COP classique augmentant significativement la médiane de survie. Il est à noter que les chats dont la rémission est complète à l'issue de l'induction ont une durée de survie supérieure. La réponse au traitement est donc une donnée essentielle pour le pronostic. Lors de masse intestinale, la résection chirurgicale de celle-ci n'améliore pas la durée de survie par rapport à une polychimiothérapie seule.

Les LGLG sont de sombre pronostic et répondent peu à la chimiothérapie. Selon une étude concernant 24 chats sous chimiothérapie (protocoles COP ou CHOP), la rémission complète est obtenue pour un chat, la rémission partielle concerne 6 chats. La durée de survie médiane est seulement de 45 jours. La radiothérapie pourrait être intéressante lors de lymphome intestinal mais elle nécessite d'être validée par de plus nombreuses études. Les traitements de soutien ne doivent pas être négligés : perfusion, antiémétiques, protecteurs des muqueuses gastrique et intestinale, antimicrobiens, alimentation assistée, supplémentation en vitamine B12. Le lymphome intestinal représente donc la tumeur intestinale la plus fréquente chez le chat. La détermination précise du type de lymphome est indispensable pour une prise en charge thérapeutique efficace. La réponse au traitement, notamment la rémission, est un facteur pronostique capital mais variable d'un chat à l'autre et peu prévisible.

SYNTHESE

Atteintes neuromusculaires : neuropathies, jonctionopathies, myopathies

Le système nerveux périphérique (SNP) est composé des nerfs, des racines nerveuses, des jonctions neuromusculaires et des muscles. À l'occasion du congrès AFVAC Arcachon consacré notamment à la neurologie féline, le Dr Cauzinille a fait le point sur les principales affections neuromusculaires du chat. (in l'Essentiel n°261)

L'atteinte du SNP se traduit par une présentation clinique de type motoneurone périphérique (MNP) : hypo/atonie musculaire (animal fatigué, ventroflexion de la tête, diminution du tonus musculaire, mouvements d'amplitude anormale), hypo/aréflexie, atrophie musculaire grave et rapide. Les différents niveaux pouvant être lésés sont le muscle (myopathies), la jonction neuromusculaire (jonctionopathies), le corps cellulaire ou l'axone du MNP (neuropathies).

Les signes cliniques présentés par un chat atteint d'une neuropathie, d'une jonctionopathie ou d'une myopathie sont similaires : le chat fait quelques pas puis se couche, sa fatigue est extrême, une raideur est souvent perçue en début de mouvement, les décubitus sont inhabituels : pattes croisées, position anormale non corrigée, les muscles semblent douloureux. Le diagnostic s'appuie sur l'acronyme VITAMIN D et sur les examens complémentaires.

Les neuropathies

L'avulsion nerveuse résulte d'un arrachement traumatique des racines nerveuses, suite à une forte traction d'un membre antérieur ou postérieur : chute, écartèlement, patte coincée. L'avulsion nerveuse postérieure se traduit par une plantigradie, une paralysie de la queue, une incontinence urinaire et/ou fécale. L'avulsion nerveuse antérieure se manifeste par un membre pendant, un déficit proprioceptif et généralement un syndrome Claude-Bernard-Horner sur l'œil ipsilatéral. Le diagnostic s'appuie sur des commémoratifs de traumatisme, l'examen clinique et les examens complémentaires. Une radiographie de la région lombo-sacrée peut révéler une fracture des vertèbres sacrales. Un hématome peut être visualisé par IRM au niveau du plexus concerné. Enfin, en cas de doute, l'étude électrodiagnostique montre une activité musculaire spontanée et une conduction nerveuse anormale.

Le traitement est souvent conservateur pour l'avulsion brachiale. En revanche, l'exploration chirurgicale rapide de la région lombo-sacrée lésée permet de visualiser les racines nerveuses (sont-elles intactes ? Y a-t-il un hématome ?) et d'amputer la queue si besoin. Si les racines nerveuses sont étirées, une incontinence est probable mais doit être améliorée, voire résolue, après 4 à 6 semaines de soins conservateurs. En revanche, lorsque les racines nerveuses sont rompues, la guérison est impossible et le chat sera incontinent à vie. Il s'agit généralement d'une incontinence à vessie pleine, celle-ci étant incapable de se contracter et le sphincter urétral étant fermé. La vidange manuelle est alors assez difficile. L'administration d'alfuzosine (relâchement du sphincter urétral interne) et de bétanéchol (vidange vésicale) facilite la miction.

Les tumeurs se développant au niveau des plexus brachial et pelvien sont des tumeurs des gaines nerveuses, des tumeurs du neurone ou du tissu conjonctif entourant les nerfs. La présentation clinique est une parésie ou paralysie progressive. Le diagnostic s'appuie essentiellement sur l'imagerie : tomодensitométrie, IRM. La radiographie peut éventuellement montrer une masse sous-vertébrale anormale. Le traitement est chirurgical : amputation du membre antérieur, mais la récurrence est fréquente en quelques mois. L'amputation du membre postérieur doit être associée à une hémipelvectomie. Ces tumeurs sont généralement peu radiosensibles.

Les jonctionopathies

Les principales jonctionopathies rencontrées chez le chat sont les intoxications, le tétanos et la myasthénie. Les organophosphorés et les carbamates sont des insecticides anti-cholinestérasiques : l'acétylcholine n'est plus dégradée et reste au niveau de la jonction neuromusculaire, stimulant ainsi continuellement les récepteurs musculaires. Les signes d'intoxication sont nicotiques et muscariniques : convulsions, tremblements, spasmes, salivation, miction. Le traitement fait appel aux anticonvulsivants (diazépam), à l'atropine et à l'oxyme, chélateur des organophosphorés. Le lavage gastrique peut être pratiqué si l'ingestion est récente. L'hospitalisation (+ perfusion) peut être longue, 2 à 3 jours pour les cas les plus sérieux. Le pronostic est fonction de la quantité ingérée et de la rapidité de la prise en charge. Le tétanos est dû à l'intoxication par la tétanosospasme, toxine libérée par *Clostridium tetani*. La contamination s'effectue à l'occasion d'une plaie souillée, d'un corps étranger. La toxine bloque l'inhibition de la neurotransmission, ce qui se traduit par une hypertonie, une raideur des membres. La prise en charge commence par le débridement de l'abcès, le retrait du corps étranger et le nettoyage de la plaie. Les antibiotiques à utiliser sont la pénicilline injectable et le métronidazole. Le sérum antitétanique peut entraîner un choc anaphylactique. Le pronostic est bon chez le chat, car l'espèce est peu sensible. à la toxine, la récupération étant complète en quelques semaines à quelques mois.

La myasthénie résulte du blocage des récepteurs nicotiques post-synaptiques, par destruction des récepteurs ou par occupation par des anticorps dont la structure est analogue à celle de l'acétylcholine, lors de thymome par exemple (syndrome paranéoplasique). Les races prédisposées sont l'Abyssin et le Somali. Les signes cliniques sont une fatigabilité excessive à l'effort, une ventroflexion de la tête, plus rarement un mégacœsophage. L'examen nerveux est généralement normal mais les stimulations répétées fatiguent le muscle et le réflexe disparaît. Par exemple, si le réflexe palpébral est initialement présent, lorsqu'on le provoque 10-15 fois, rapidement, la paupière

finit par ne plus se fermer. Si l'on administre un anticholinestérasique (néostigmine IM), l'attitude et la posture du chat redeviennent normales en quelques minutes. Le diagnostic s'appuie sur plusieurs examens complémentaires. Lors de thymome, la radiographie thoracique met en évidence une masse médiastinale crâniale au cœur.

L'électroneurographie met en évidence une réponse décrémente à la stimulation répétitive. Il est possible de doser les anticorps dirigés contre les plaques motrices et ainsi de poser un diagnostic de certitude. Lorsque l'origine est tumorale, l'exérèse du thymome aboutit à une régression des signes cliniques. L'administration orale de pyridostigmine (2-3 mg / kg, 2-3 fois/jour) permet de traiter les formes idiopathiques, dont la rémission est souvent spontanée après quelques semaines ou quelques mois. La prescription de corticoïdes se justifie lorsque des anticorps anti-récepteurs à l'acétylcholine sont mis en évidence.

Les myopathies

Les thrombo-embolies aortiques (ou axillaires) font suite à une thrombose au niveau de la trifurcation aortique. Le caillot est généré au niveau du cœur, lors de cardiomyopathie hypertrophique dans 50 % des cas. Les chats mâles sont prédisposés, l'âge moyen est de 8,5 ans. Les signes cliniques apparaissent généralement de façon brutale : douleur, inconfort, parésie à paralysie d'un ou des deux postérieurs, cyanose des extrémités, absence de pouls ou pouls faible, absence de nociception dans les cas les plus graves. L'échographie Doppler met en évidence le thrombus au niveau de l'aorte et la cardiopathie responsable. L'augmentation de la concentration sérique de la CPK (créatine phosphokinase) confirme l'ischémie musculaire. Le traitement est celui de la cardiopathie et vise à restaurer la perfusion (héparine, clopidogel, aspirine, inhibiteurs calciques). La douleur doit être prise en charge rapidement et efficacement. Cependant, le pronostic est très réservé et les récives sont fréquentes.

Les myopathies acquises félines sont les polymyosites inflammatoires (idiopathiques) ou infectieuses (toxoplasmose) et la polymyopathie hypokaliémique (photo 2). Les signes cliniques sont une position en décubitus anormale, une fatigue importante, une ventroflexion, une douleur musculaire. Le diagnostic s'appuie sur le dosage des CPK (augmentées lors de polymyosite), la kaliémie (abaissée) et la biopsie musculaire qui met en évidence des toxoplasmes ou des cellules inflammatoires. Le traitement est, si possible, étiologique : clindamycine lors de toxoplasmose (sérologie IgM positive), supplémentation nutritionnelle en potassium (gluconate de potassium 1 ml matin et soir, per os) et recherche d'une cause sous-jacente (tumeur surrénalienne, pertes rénales chez le Birman). Lors de polymyosite inflammatoire, les corticoïdes (1 mg / kg / jour) peuvent être associés à un immunomodulateur (chloraminophène 0,1-0,2 mg / kg / jour). Le pronostic est généralement bon. La présentation clinique de ces diverses maladies est donc similaire et le diagnostic étiologique nécessite une démarche diagnostique rigoureuse.

PROFESSION

Animation du « Wall Facebook » : 10 astuces cruciales

Le « mur » ou « journal » de la page Facebook est un élément essentiel de visibilité. Susciter des réactions, envisager des « call to action », créer des moments clé sont entre autres des armes efficaces pour générer du trafic, de la viralité, en un mot de l'efficacité. Pour autant, le Code de Déontologie n'autorise pas l'ensemble des fonctionnalités permises par Facebook et il appartient au praticien d'en respecter les règles. (in l'Essentiel n°261)

Ce quatrième article sur Facebook va tenter de faire le point sur les meilleures pratiques en termes d'animation du mur (ou « Journal »). Oui ! La « Timeline » est la clé de voûte de la page...

Rédiger pour les fils d'actualités et non pour le journal

Il faut bien comprendre que près de 98 % des publications d'une page sont vues au travers des fils d'actualités des fans et de leurs amis. Une autre manière de dire que les fans, une fois qu'ils ont aimé

vosre page, ne reviennent jamais vous voir. Ils interagissent via leur propre « Newsfeed ». De fait, votre « post » est mélangé avec une multitude d'autres et selon un algorithme baptisé « EdgeRank ». Une publication, sous Facebook, est appelé un « Edge » et le terme « Rank » peut être traduit par « Position ».

Toute la difficulté du travail de « Community Manager » est de se distinguer de la masse des autres publications. Et c'est le choix de la photo ou de la vidéo qui, logiquement, fera tout.

Miser sur le multimédia

Facebook est une économie de l'image. Les liens vers des pages externes ou des publications qui ne sont pas illustrées suscitent beaucoup moins d'interactions. Vous devez vous appuyer sur des visuels forts qui permettent à la marque de se connecter émotionnellement avec ses fans. À partir de là, ces derniers voudront partager vos publications et l'effet de « Buzz » fera que votre page bénéficiera d'une visibilité maximale.

Poser des questions

Puisque tout le propos est de s'appuyer sur les mécanismes de viralité, vos publications vont devoir susciter le plus de réactions possible. Comme dans la vie courante, lorsque nous disons quelque chose, notre interlocuteur nous écoute religieusement. Si, par contre, nous lui posons une question, il se sentira obligé d'y répondre et, donc, de participer à la conversation. Bien entendu, les « posts » qui sont formulés sous forme de questions suscitent plus de commentaires que les autres : « Où est-ce que votre chien dort la nuit ? »

Terminer par un « Call-To-Action »

Les « Facebookers » sont, par définition, paresseux. Il faut leur expliquer ce qu'ils doivent faire (commenter, aimer, partager) et l'indiquer en toutes lettres à la fin d'une publication. C'est toute la force des « Call-To-Action » ou appels à l'action. Un appel à l'action suscite un « Lift » de 300 % en termes d'interactions. Vous auriez tort de vous en priver !

Faire des phrases à compléter

Paradoxalement, plus les publications des pages sont courtes, plus elles provoquent de réactions. Voici un type de « post » qui fonctionne très bien : « Le truc le plus dingue que mon chien ait fait est _____ »

Suivre l'actualité

Tout le propos est de renforcer l'impact d'une publication en trouvant de nouvelles légitimités. Et les dates clés pendant l'année (fêtes de Pâques, de Noël, week-end qui approche) sont un excellent moyen de créer des « posts » qui touchent les fans dans leur affect. En conséquence, ils seront plus à même d'interagir avec la publication et de la partager auprès de leurs amis.

S'engager pour des grandes causes

Au travers de Facebook, vous mettez en avant les valeurs qui sont propres à votre entreprise. En bref, la marque s'appuie sur ses éléments affinitaires pour fédérer, autour d'elle, une communauté. Fort logiquement, les campagnes de type « Grande cause » rencontrent un succès très important sur ce média.

Organiser des événements

Facebook offre une interface qui vous permettra d'organiser des événements. Il y a deux intérêts :

- Une fois que le « Facebooker » a indiqué s'il participe, ou non, à l'événement, il a la possibilité d'inviter ses amis ; De cette façon, votre événement peut être relayé auprès d'un très grand nombre de personnes et votre marque bénéficier d'une notoriété importante.
- La page peut modifier un des éléments de l'événement : l'ensemble des personnes qui y participent seront prévenues par une notification. Bien entendu, cet outil est aussi utile pour avoir une

approximation du nombre de participants et prévoir, en conséquence, la logistique nécessaire à la réussite de votre événement.

Créer des moments-clés

Les moments-clés sont des dates-clés dans la vie de votre entreprise : création, date « anniversaire », journées « portes ouvertes », lancement de nouveaux produits, etc. Ces mêmes moments seront listés dans la « Timeline » (« ligne de vie ») de la page.

Faire des sessions de type « FAQ »

Il y a trois thématiques qui passionnent les « Facebookers » : ce qu'ils aiment ; ce qui les révolte ; ce qui les intrigue. Un type de publication qui remporte une vive adhésion est une réponse à la question que tout le monde se pose.