

Dermatose prurigineuse chez un shar-peï

Un diagnostic inattendu de gale sarcoptique

Face à un shar-peï présenté pour prurit récidivant corticosensible, le praticien pense naturellement à l'atopie, en raison de la prédisposition connue de cette race à cette affection. Pour autant, il est nécessaire de passer en revue tous les diagnostics possibles, et ce systématiquement. Ce cas illustre la nécessité de cette démarche, puisqu'un diagnostic de gale sarcoptique a été porté.



Un shar-peï mâle non castré de deux ans, pesant 23 kg présente des problèmes de peau depuis un an avec aggravation très nette ces dernières semaines.

Cet animal a été acquis dans un élevage à l'âge de deux mois. Il vivait seul en Lozère dans une maison. Depuis cinq mois, il a déménagé et habite désormais dans la campagne roannaise.

Son alimentation n'est constituée que de poisson et de riz car il présente très facilement des troubles digestifs. Plusieurs types de croquettes ont été essayés par le propriétaire, sans succès. Il est vacciné régulièrement et ne présente pas de troubles autres que cutanés.

Depuis deux mois, il vit avec un spitz femelle de sept mois acquise également dans un élevage.

Les troubles cutanés ont commencé environ un an auparavant, alors que le chien avait neuf mois. Il « se grattait et avait la peau rouge ». Divers corticoïdes, antibiotiques et anti-histaminiques ont été prescrits successivement.

Trois mois plus tard, en l'absence d'amélioration durable du prurit, un dosage de T4 basale à 4,8 (VU 9- 19) a motivé la prescription d'Euthyral® à la dose de 20 µg/kg/j. Le traitement a été poursuivi pendant trois mois, puis arrêté.

Par la suite, l'amélioration n'était toujours que passagère sous antibiotiques et corticoïdes.

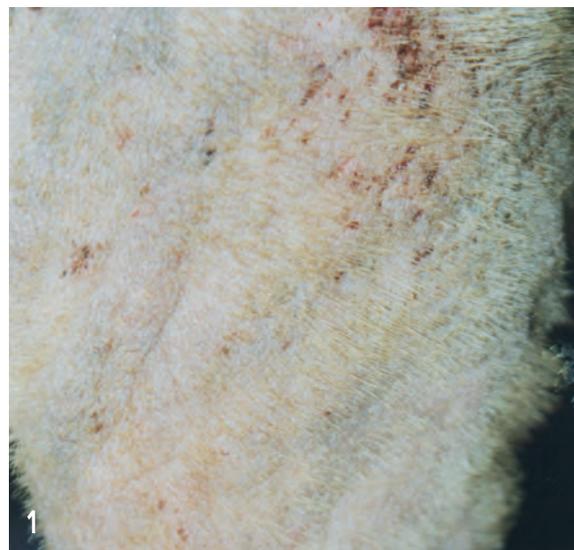
Après son déménagement, le chien devient anxieux et se gratte beaucoup. Il est placé sous Anafranil®, des bains d'Allermyl® et d'Hibitan® lui sont prescrits, plusieurs fois par semaine si nécessaire. Une thérapie à base d'anti-histaminique est instaurée à la place des corticoïdes. L'état de la peau s'améliore pendant trois mois. Assez soudainement, un mois environ avant la présentation à la consultation, le chien recommence à se gratter tout d'abord les flancs, puis les aisselles et les épaules. Le prurit devient ensuite quasi-généralisé. Le chien se gratte au sang. Le congénère est alors arrivé à la maison depuis deux mois et se gratte depuis le début, mais de façon « normale » selon le propriétaire : il ne présente en outre aucune lésion.

Examen clinique et dermatologique

Le chien apparaît anxieux et plutôt agressif, les propriétaires

signalent une perte de poids d'environ trois kilos. L'examen général ne révèle sinon aucune anomalie autre que les troubles cutanés.

On note une alopecie diffuse, des croûtes et des papules concernant essentiellement la ligne inférieure du corps, les membres et la face (photo 1).

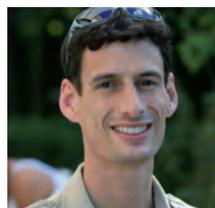


Membre postérieur droit : la peau est épaisse, alopecique et excoriée.

L'érythème est généralisé mais reste assez discret. Des croûtes et des excoriations linéaires et profondes, en particulier sur les faces latérales du thorax, laissent deviner l'intensité du prurit (photo 2). La peau est malodorante et séborrhéique.



L'alopecie diffuse sur les faces latérales du thorax et de l'abdomen laisse apparaître un érythème et une hyperpigmentation. Les nombreuses lésions d'excoriations sont révélatrices de l'intensité du prurit.



Benoît SOUBAGNÉ
Docteur vétérinaire
CES de Dermatologie
4 rue d'Albon
42300 ROANNE

Hypothèses étiologiques

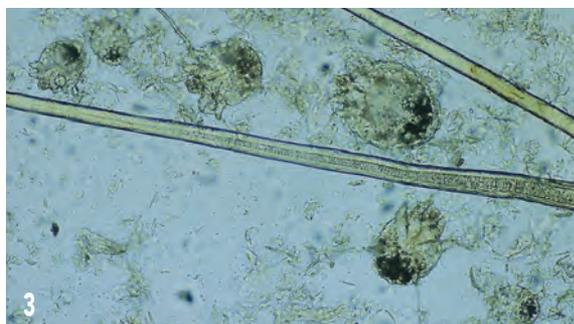
Hypothèses étiologiques	Éléments en faveur	Éléments en défaveur	Examens complémentaires
Causes parasitaires Gale sarcoptique	Prurit intense Localisation ± commémoratifs	Aucun	Raclages cutanés, Diagnostic thérapeutique
Etats allergiques Atopie	Age apparition, prurit corticosensible, extrémités des pattes et jarrets Race	Jamais d'otite ni de chéilite	Enquête allergologique
DAPP	Prurit	Localisation, traitement correct	Éviction des puces
Allergie alimentaire	Troubles digestifs, prurit facial	Pas de prurit facial au début	Régime d'éviction

Hypothèses étiologiques

Plusieurs hypothèses étiologiques peuvent être envisagées (voir tableau). Par ailleurs, des causes infectieuses (infection bactérienne, dermatite à *Malassezia*) doivent être recherchées comme complications secondaires.

Examens complémentaires

Plusieurs raclages cutanés sont réalisés sous l'œil gauche, au niveau de l'olécrâne, sur la face latérale de l'abdomen et au niveau du jarret. Ils permettent de mettre en évidence une très importante population d'acariens, il s'agit de *Sarcoptes scabiei*.



Raclage cutané, chloral-lactophéno, x 40. Nombreux acariens globuleux, au rostre court et carré. Les pattes sont courtes et terminées par une ventouse portée par un pédicule long.

De nombreux œufs de ce même parasite et des pellets sont également visualisés.

Les calques cutanés ne mettent en évidence ni infection bactérienne, ni population fongique importante.

Traitement et évolution

Deux injections d'ivermectine (Ivomec® 400 µg/kg) sont réalisées à 15 jours d'intervalle.

Bien que les calques n'aient pas permis de mettre en évidence de surinfection bactérienne, une antibiothérapie (céfalexine, Rilexine® 30 mg/kg/j en deux prises) est instaurée. Le chien est lavé en alternance avec des shampoings hypoallergéniques (Allercalm® shampoing) et antiseptiques et kératorégulateurs (Pyoderm®), tous les deux jours pendant 8 jours, puis deux fois par semaine.

Enfin, des croquettes hypoallergéniques (Hypoallergenic® Royal Canin) sont préconisées du fait des troubles digestifs persistants et de l'éventualité d'une allergie alimentaire sous-jacente.

Le congénère reçoit également deux injections d'ivermectine à 15 jours d'intervalle, à la même dose que précédemment.

Quinze jours plus tard, le chien est revu pour sa deuxième injection d'ivermectine. Le prurit a diminué de façon très nette. Les shampoings, en particulier l'Allercalm®, sont très bien supportés et permettent de bien contrôler le prurit : les propriétaires n'hésitent pas à faire un shampoing dès que le chien recommence à se gratter.



Contrôle à 15 jours. L'alopecie et l'hyperpigmentation n'épargnent plus que la ligne du dos. Par contre, l'érythème et les lésions d'excoriations ont bien régressé.

La peau est plus souple. On note une hyperpigmentation très étendue sur toute la face latérale du thorax et de l'abdomen. L'érythème est beaucoup moins marqué. L'alopécie est en revanche très étendue et les poils ne persistent quasiment que sur la ligne du dos (photo 4). Les excoriations et les lésions croûteuses ont disparu (photo 5). Parallèlement, le chien est moins anxieux. De façon spectaculaire, les troubles digestifs disparaissent complètement suite au changement d'alimentation. L'antibiothérapie est prolongée et la fréquence des bains est laissée à l'appréciation des propriétaires.



5
Contrôle à 15 jours. La peau apparaît plus souple et moins érythémateuse sur la cuisse droite.

Deux mois plus tard, le chien ne se gratte plus du tout, le poil a complètement repoussé et la peau a retrouvé une grande souplesse (photos 6 et 7).



6
Contrôle à deux mois. Le poil a complètement repoussé et la peau a retrouvé toute sa souplesse.



7
Contrôle à deux mois. La guérison est également complète au niveau du postérieur gauche : on note cependant l'importance de la mucinose...

Discussion

La gale est une maladie parasitaire prurigineuse, contagieuse due à un acarien psorique : *Sarcoptes scabiei*. Le diagnostic en est délicat et nécessite une démarche rigoureuse. Les éléments figurés ne sont en effet mis en évidence que dans 30 à 50 % des cas : dès lors, un recueil consciencieux de l'anamnèse et des commémoratifs constituent souvent un signe d'appel important, et l'examen dermatologique doit être soigné pour recueillir des signes, des localisations et des lésions évocateurs de cette affection. Malgré cela, le recours à un diagnostic thérapeutique reste parfois la seule issue (Carlotti, 1997). Le shar-peï est fortement prédisposé à l'atopie (Prélaud, 2001). Cependant, les particularités et les prédispositions de cette race ne doivent pas égarer le clinicien et le conduire à restreindre ses hypothèses diagnostiques. Le cas clinique présenté souligne l'importance du diagnostic différentiel de dermatite atopique, même dans une race fortement prédisposée.

Tout d'abord, tous les éléments ne plaident pas en faveur d'une gale sarcoptique.

Les commémoratifs et l'anamnèse n'étaient pas très précises : le chien se grattait depuis toujours, et les injections de corticoïdes répétées résolvaient au moins momentanément les symptômes. De même, le congénère, introduit récemment, ne se grattait pas et ne présentait aucune lésion au moment de la première consultation. D'un point de vue clinique, on ne notait pas la présence de

sable conchylien, et le réflexe oto-podal, présent dans plus de 50 % des cas, n'était pas présent (Carlotti, 1997).

De plus, plusieurs critères d'atopie, outre la race, étaient présents : âge d'apparition, prurit corticosensible, érythème interdigité bilatéral antérieur, prurit facial (Prélaud et coll., 1998)... Ainsi, les commémoratifs, l'anamnèse et l'examen dermatologique, sans exclure l'hypothèse de gale sarcoptique, étaient tout à fait compatibles avec une suspicion de dermatite atopique (Alhaidari et Guaguère, 1998).

Cependant, l'introduction récente d'un congénère, même si il ne se gratte pas, doit alerter le clinicien : la sensibilité individuelle aux sarcoptes est très variable du fait de l'intervention de phénomènes d'hypersensibilité. La topographie des lésions avec une atteinte de la face et de la ligne inférieure du corps n'est certes pas pathognomonique, mais tout au moins évocatrice. Associée au prurit très important (comme dans notre cas), elle doit conduire à la recherche minutieuse de papulo-croûtes, et à la réalisation de raclages cutanés profonds et nombreux. Ainsi, les prédispositions raciales ne doivent pas faire oublier que l'hypothèse de gale doit être avancée devant toute dermatose prurigineuse d'apparition rapide (Carlotti, 1997) : elles ne doivent pas agir comme des œillères, gage d'un diagnostic sûr et rapide, mais sont tout au plus un élément d'orientation. À l'inverse, les prédispositions et les particularités cliniques raciales sont importantes à connaître et peuvent constituer une aide précieuse au diagnostic.

Chez le shar-peï toujours, le diagnostic de pyodermite par exemple est compliqué par l'épaisseur de l'épiderme : l'observation de papules est très rare et le stade pustule est fugace si bien que les pyodermites ne se manifestent le plus souvent que comme des dépilations nummulaires donnant un aspect mité au pelage (Prélaud, 2001).

Finalement, les prédispositions raciales doivent être conçues comme une aide au diagnostic par le clinicien, leur connaissance et les présentations cliniques particulières sont même parfois indispensables pour ne pas faire fausse route, mais elles ne doivent en aucun cas faire oublier la nécessité absolue d'une démarche diagnostique rigoureuse. ■

Bibliographie

Alhaidari Z, Guaguère E (1998). *Allergologie clinique. Diagnostic différentiel de la dermatite atopique canine. Pratique Médicale et chirurgicale de l'Animal de Compagnie*, 33 : 345-356.

Carlotti DN, Bensignor E (1997). *La gale sarcoptique du chien : étude rétrospective de 38 cas. Pratique Médicale et chirurgicale de l'Animal de Compagnie*, 32 : 117-127.

Prélaud P, Guaguère E, Alhaidari Z, Faivre N, Héripret D, Gayerie A (1998) *Réévaluation des critères de diagnostic de la dermatite atopique canine. Revue de Médecine vétérinaire*, 149 : 1057-1064.

Prélaud P (2001). *Dermatoses héréditaires et à prédisposition raciale chez le chien et le chat. Shar-peï. Pratique Médicale et chirurgicale de l'Animal de Compagnie*, 36 : 169-176.