



Dre Dominique Paquette
DMV, Dipl. ACVIM (Neurologie)

Les encéphalites chez le chien

Une **encéphalite** signifie une inflammation de l'encéphale (i.e. cerveau). On parle de **myélite** si la moelle épinière est impliquée et de **méningite** si les méninges sont affectées. En conséquence, selon les signes cliniques présents, on peut parler d'encéphalite, de myélite, de méningo-encéphalite, de méningo-myélite ou de méningo-encéphalo-myélite si les trois sont composantes sont présentes.

Les encéphalites sont relativement fréquentes chez l'espèce canine et plus rarement chez le chat. Les chiens de petites races sont prédisposés (ex. pug carlin, le terrier yorkshire, le bichon maltais, le chihuahua, Lhasa apso, shih tzu). Les jeunes femelles sont plus à risque. La plupart des encéphalites chez le chien sont de type auto-immunitaire. La cause exacte ou

l'élément déclencheur pour l'encéphalite auto-immunitaire demeure incertain. Plus rarement, il y a aussi des encéphalites de type infectieuses (Cryptococcus, Neospora, Distemper, herpèsvirus, autres).

Les signes cliniques

Habituellement, les signes cliniques sont d'apparition aiguë et progressive. Ils sont très variables et peuvent être focaux ou multifocaux. Les signes cliniques reflètent la région neurologique atteinte. Lors d'encéphalite, on peut noter des changements de comportement, des crises épileptiformes, des troubles d'équilibre ou de la démarche, des déficits de nerfs crâniens, etc. Lors de myélite seule, on peut noter des difficultés locomotrices, de l'ataxie et/ou de la parésie. Une pure méningite ne cause que de la douleur (cervicale principalement et thoracolombaire) sans déficit neurologique associé. La composante méningée est celle qui cause de la douleur. De façon surprenante, le cerveau et la moelle sont peut/pas innervés. D'un point de vue systémique, l'animal atteint d'une encéphalite présente souvent un examen physique relativement normal. La fièvre est rare dans les cas d'encéphalite auto-immunitaire. Des signes non spécifiques peuvent aussi être observés tels que l'anorexie et léthargie.

Une imagerie par résonance magnétique (IRM) du cerveau et/ou une analyse du liquide céphalo-rachidien (LCR) sont nécessaires afin d'obtenir un diagnostic définitif. L'IRM peut démontrer des lésions d'hyperintensité en pondération T2-WI et en FLAIR avec parfois un rehaussement suite à l'injection



du milieu de contraste Gadolinium. Il existe différentes formes d'encéphalite : granulomateuse, nécrosante ou autres. Des lésions caractéristiques de nécrose et/ou de cavitation peuvent être observées lors d'encéphalite nécrosante. À noter que seule l'analyse histopathologique (nécropsie) peut différencier avec certitude les différentes formes d'encéphalite. L'analyse du LCR peut démontrer ou non la présence d'inflammation : le changement classique observé est une pléocytose mononucléaire (augmentation des cellules mononucléaires) avec augmentation des protéines. Les bilans sanguins standards sont souvent normaux (absence de leucocytose sanguine).

Certaines races sont reconnues pour leur prédilection à faire la forme nécrosante de cette maladie : le pug carlin et le bichon Maltais (méningo-encéphalite nécrosante) et le terrier yorkshire et le chihuahua (leucoencéphalite nécrosante). Toutefois, ces races peuvent aussi être atteintes par la forme granulomateuse, considérée moins agressive. On ne peut donc pas se fier sur la race seule pour en venir à un tel diagnostic. La méningo-encéphalite nécrosante affecte principalement les hémisphères cérébraux (causant ainsi des signes de thalamocortex) et la leucoencéphalite nécrosante cause de la nécrose diffuse de la matière blanche au niveau du cortex, du tronc cérébral et du cervelet (causant ainsi des signes multifocaux).

Le traitement

Le traitement en première ligne inclut des doses immunosuppressives de corticoïde. En deuxième ligne, pour les cas plus sévères ou réfractaires, d'autres agents immunosuppresseurs peuvent être utilisés (ex. chimiothérapie). Puis, selon les signes cliniques, d'autres traitements symptomatiques tels que des diurétiques (ex. mannitol) et/ou des anticonvulsivants si présence de crises épileptiformes.

Le pronostic demeure réservé dans la plupart des cas, du moins dans la phase initiale. La plupart des cas vont démontrer une certaine amélioration avec les médicaments. La forme granulomateuse peut potentiellement être traitée. La forme nécrosante est invariablement fatale. Toutefois, il existe une grande variation individuelle sur la sévérité de la condition et la réponse au traitement. Des récurrences sont aussi possibles en cours de sevrage des traitements. Un diagnostic précoce augmenterait probablement les chances de guérison.

Si vous avez des questions à ce sujet, n'hésitez pas à contacter le service de neurologie.



Dre Dominique Paquette
514 633-8888 poste 222
dpaquette@centredmv.com