



Dre Nadia Pagé
DMV, MSc, Dipl. ACVD

Cellulite juvénile chez le chien



Figure 1. Enflure faciale et péri-oculaire avec alopecie et croûtes.

La cellulite juvénile est une maladie peu fréquente qui survient habituellement chez des chiots âgés de moins de quatre mois. Dans une étude rétrospective, elle comptait pour 0,1% des patients dermatologiques canins vus dans un hôpital de référence, sur une période de 30 ans (Scott et Miller, Jpn J Vet Dermatol 2007). La pathogénie de cette condition est inconnue. Le fait qu'elle survienne plus souvent chez certaines races de chiens et qu'il y a parfois une histoire familiale pourrait suggérer que l'hérédité y joue un rôle. Jusqu'à maintenant, les tentatives d'identification d'un agent pathogène ont été infructueuses. Un lien avec la vaccination préalable a aussi été suspecté, étant donné

l'âge d'apparition. Cependant, certains développent la maladie avant la première vaccination et les vaccinations subséquentes ne semblent pas provoquer de rechutes. Comme la plupart des cas sont ramenés à la normale avec l'administration de glucocorticoïdes à dose immunosuppressive, une dysfonction immunitaire sous-jacente est suspectée.

Typiquement, la maladie se manifeste chez des chiots âgés entre 3 semaines et 4 mois, quoique la condition a été décrite sporadiquement chez des chiens plus âgés. Un ou plusieurs chiots d'une portée peuvent être touchés et il y a des rapports de couples de chiens reproducteurs qui ont produit plusieurs portées affectées. Quelques races plus susceptibles sont listées, notamment le golden retriever, le teckel et le setter Gordon.

Le premier signe clinique est habituellement une enflure faciale. En 24 à 48 heures, des papules, vésicules et pustules se développent. La peau affectée est souvent douloureuse mais non prurigineuse. On peut observer de l'érythème et avec le temps, les lésions deviennent exsudatives, avec des sécrétions séreuses à purulentes et des croûtes. Généralement, les lésions se localisent au niveau des lèvres, au menton, au chanfrein et au pourtour des yeux. Une otite externe avec des sécrétions séreuses à purulentes est aussi fréquemment présente. Plus rarement, les pattes peuvent être lésionnelles. Une lymphadénopathie sous-mandibulaire fait aussi partie des signes cliniques, et parfois, elle peut être la seule anomalie notable. Certains chiens développeront une atteinte pré-scapulaire ou

généralisée, des fistules des nœuds lymphatiques peuvent aussi apparaître. À l'occasion, quelques individus auront une panniculite stérile pyogranulomateuse, qui se manifestera par des nodules sous-cutanés parfois douloureux et qui peuvent aussi être accompagnés de fistules. Ces masses seront habituellement localisées au tronc ou dans la région péri-anale et du prépuce.



Figure 2. Papules croûtées et alopécie affectant le museau; le pourtour des yeux est érythémateux, œdémateux et en hypotrichose.

Une léthargie est présente dans environ 50% des cas. Une diminution d'appétit, une hyperthermie et une douleur articulaire surviendraient dans jusqu'à 25% des cas. Quelques rapports sont publiés décrivant des patients qui ont développé d'autres conditions concomitantes aux lésions de cellulite: deux chiens shetland avec une panniculite et des lésions à la moelle épinière, un berger australien qui a développé une ostéodystrophie hypertrophique deux semaines avant la cellulite, ainsi que trois cocker spaniel anglais avec une parésie des membres postérieurs.

Le diagnostic différentiel pour les lésions débutantes est un angio-œdème facial, qui ne devrait habituellement pas être associé à une lymphadénopathie. Par la suite, les autres possibilités incluent une infection bactérienne sévère, une démodécie et une réaction cutanée médicamenteuse. Le diagnostic se base généralement sur une anamnèse et des trouvaillles compatibles à l'examen clinique et par l'exclusion des diagnostics différentiels: histoire médicamenteuse préalable, raclages cutanés négatifs, cytologies cutanées révélant typiquement une inflammation pyogranulomateuse stérile, sauf si une infection secondaire s'est établie. À moins de suspecter qu'une souche bactérienne résistante soit impliquée, les cultures bactériennes sont rarement requises d'emblée, tout comme l'aspiration des nœuds lymphatiques et les biopsies cutanées.

Le traitement doit être mis en place rapidement, pour éviter les cicatrices. Habituellement, la prednisone ou la prednisolone sont utilisées, au dosage initial de 2 mg/kg/jour jusqu'à ce que la maladie ne soit plus active, ce qui nécessite la plupart du temps entre une à quatre semaines. Certains patients vont mieux répondre à la dexaméthasone (0.2 mg/kg/jour). Par la suite, pour éviter les récives, le dosage est sevré graduellement sur une période d'environ 4 à 5 semaines. Si la

cytologie révèle une surinfection bactérienne, un traitement antibiotique concomitant est requis, généralement pour une période de 3 à 4 semaines (ex: céphalexine, amoxicilline-acide clavulanique). Des compresses avec de l'eau tiède et une solution de chlorhexidine peuvent être faites pour aider à enlever les croûtes et les sécrétions, si le patient est coopératif.



Figure 3. Lésions de cellulite affectant la peau autour de la truffe et le menton, avec érythème, léger œdème et petites croûtes.

D'autres options thérapeutiques sont aussi possibles. Pour les cas plus récalcitrants, la cyclosporine orale peut être considérée et peut être combinée initialement à un glucocorticoïde. Dans une étude, un traitement oral de griséofulvine a été administré à une série de 6 chiots affectés, ramenant tous les patients en rémission en 3 semaines. L'hypothèse sous-jacente à cet essai thérapeutique reposait sur les propriétés immunomodulatrices de ce médicament.

Le pronostic de la cellulite juvénile est habituellement favorable si la réponse survient dans les premiers 4 à 5 jours de traitement. Les patients sévèrement affectés peuvent développer des cicatrices permanentes. Bien que des rémissions spontanées soient rapportées, la médication est recommandée, la mortalité est possible chez les chiots non traités.

Références:

- Côté E. Clinical Veterinary Advisor Dogs and Cats. 3e édition. St. Louis, Elsevier, 2015: 576-577.
- Hnilica KA. Small Animal Dermatology: A Color Atlas and Therapeutic Guide, 3e édition. St. Louis, Elsevier; 2011: 345-347.
- Miller WH Jr, Griffin CE, Campbell KF. Muller & Kirk's Small Animal Dermatology, 7e édition. St. Louis, Elsevier, 2013: 708-709.
- Park C, Jong-Hyun Y, et al. Combination of cyclosporin A and prednisolone for juvenile cellulitis concurrent with hindlimb paresis in 3 English cocker spaniel puppies. CVJ 2010; 21: 1265-1268.
- Scott DW, Miller Jr WH. Juvenile Cellulitis in Dogs: A Retrospective Study of 18 Cases (1976-2005). Jpn J Vet Dermatol 2007; 13: 71-79.
- Shibata K, Nagata M. Efficacy of griseofulvin for juvenile cellulitis in dogs. Vet Dermatol 2004; 15(s1): 26.
- Wentzell ML. Hypertrophic osteodystrophy preceding canine juvenile cellulitis in an Australian shepherd puppy. CVJ 2011; 52: 431-434