

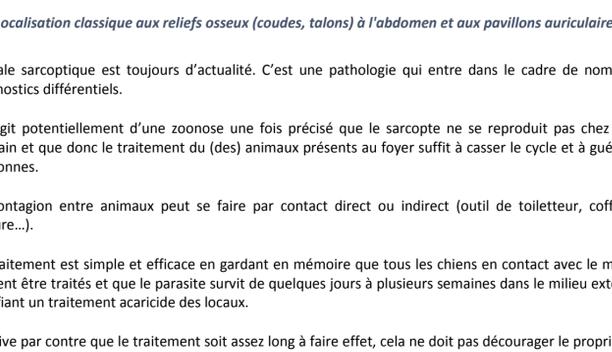


## La lettre Vétérinaire de Biolog

### La gale sarcoptique canine : un tableau lésionnel classique... ou pas



Le "bouton de gale" classique



Localisation classique aux reliefs osseux (coudes, talons) à l'abdomen et aux pavillons auriculaires.

La gale sarcoptique est toujours d'actualité. C'est une pathologie qui entre dans le cadre de nombreux diagnostics différentiels.

Il s'agit potentiellement d'une zoonose une fois précisé que le sarcopte ne se reproduit pas chez l'être humain et que donc le traitement du (des) animaux présents au foyer suffit à casser le cycle et à guérir les personnes.

La contagion entre animaux peut se faire par contact direct ou indirect (outil de toiletteur, coffre de voiture...).

Le traitement est simple et efficace en gardant en mémoire que tous les chiens en contact avec le malade doivent être traités et que le parasite survit de quelques jours à plusieurs semaines dans le milieu extérieur justifiant un traitement acaricide des locaux.

Il arrive par contre que le traitement soit assez long à faire effet, cela ne doit pas décourager le propriétaire ou le vétérinaire.

Enfin il est possible que le prurit soit exacerbé lors des quelques jours suivant le traitement, il faut anticiper cela et expliquer qu'il ne s'agit pas d'une « réaction au médicament » mais que « le parasite au moment de mourir bouge ses petites pattes et que cela provoque encore plus de prurit ».

A travers quelques cas nous allons décrire des tableaux lésionnels plus ou moins classiques montrant que la gale doit être suspectée dans de nombreuses situations.

On notera que les cas présentés ne concernent pas des chiots lesquels sont souvent surreprésentés dans les études anciennes. Selon une étude américaine de 2013 aucune prédisposition de sexe de race ou d'âge n'est prouvée. Les populations de renards pourraient jouer le rôle de réservoir vis-à-vis des chiens de chasse.

#### Cas N°1



#### Hartur, Epagneul breton male de 11 ans.

Prurit depuis 4 mois.  
Il vit dans une maison à la campagne et chasse très souvent avec d'autres chiens.  
L'état général est bon.  
Le prurit est décrit comme « à sang ».

Les zones atteintes sont les pointes des coudes, l'arrière des cuisses et les bords des pavillons auriculaires ainsi que les talons. Le dos est épargné.

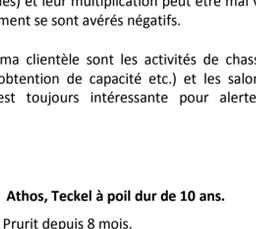
On note la présence de papules érythémateuses non folliculaires très caractéristiques.

Un reflexe otopodal net est présent évocateur sans être pour autant pathognomonique.

L'animal est traité par du fipronil en pipette de manière régulière, 1 fois par mois.

#### Atteinte de l'arrière des cuisses

#### Atteinte des coudes



Les raclages effectués sont négatifs.

La sérologie, très spécifique et très sensible (variable selon les auteurs) est négative en début de contamination, pendant environ 3 semaines, avant la séroconversion et il est toujours délicat d'expliquer que, même après un résultat négatif et couteux on va quand même mettre en place un traitement antiacarien. De plus sa valeur prédictive positive est très moyenne si on l'emploie sur des chiens asymptomatiques. Elle n'est donc pas recommandée pour dépister d'éventuels congénères contaminés.

Devant le tableau clinique un diagnostic thérapeutique est proposé : Selamectine (Stronghold ND) 3 fois à 15 jours d'intervalle (fréquence hors AMM) et Parastop spray pour la voiture et les lieux de couchage.

Plusieurs chiens « collègues de chasse » présentant également un prurit net il est conseillé vivement de consulter un vétérinaire.

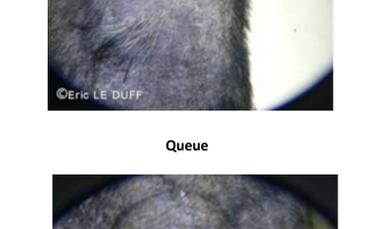
Un contrôle téléphonique est effectué quelques jours après l'application de la 2eme pipette, le chien ne se gratte plus du tout.

Au regard d'un tel tableau clinique le diagnostic thérapeutique me semble, dans le cadre d'une clientèle généraliste, justifié pour 3 raisons.

Les raclages sont souvent négatifs (de 50 à 75% selon les études) et leur multiplication peut être mal vécue par le propriétaire surtout si des raclages effectués précédemment se sont avérés négatifs.

Les conditions classiques de contamination, à l'échelle de ma clientèle sont les activités de chasse en commun, les clubs d'agility ou d'autres activités canines (obtention de capacité etc.) et les salons de toilettage. La recherche d'une contamination possible est toujours intéressante pour alerter les propriétaires de congénères.

#### Cas N°2



#### Athos, Teckel à poil dur de 10 ans.

Prurit depuis 8 mois.  
Il vit dans une maison à la campagne avec un autre chien épagneul breton décédé une semaine plus tôt. Il chasse très occasionnellement.

Les problèmes ont commencé 3 semaines après une épilation chez un toiletteur chez qui le chien se rendait pour la 1ere fois.

La croupe a été atteinte en 1er puis la tête avec présence de plaies et enfin une quasi généralisation. Seul le ventre n'est pas concerné.

Le prurit, initialement modéré s'est accentué au fur et à mesure de l'extension des lésions mais est parfois absent pendant un temps modéré sans qu'aucun traitement ne puisse être mis en relation.

La corticothérapie a un effet transitoire et modéré.

Différents traitements antibiotiques n'ont eu aucun effet.

Des raclages effectués précédemment se sont révélés négatifs.

Des biopsies effectuées il y a 3 mois montrent « une absence de pyodermite, de dermatophytes et de levures ».

A la consultation on note une « carapace » de croûtes sur le dos initialement confondue par le propriétaire avec de la terre.

L'atteinte est quasi généralisée avec érythème et exulcérations liées au prurit. Seule la région abdominale est moins atteinte.

#### La peau est extrêmement épaissie.

#### Vue dorsale avant et après shampoing.



Queue



Pavillon auriculaire



Extrémités antérieures



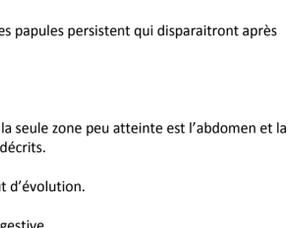
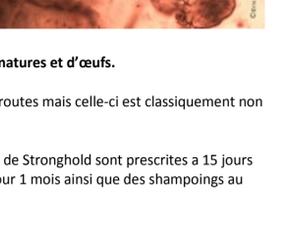
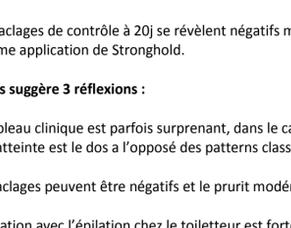
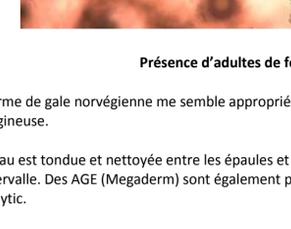
Face inférieure de l'encolure



Face oeil gauche

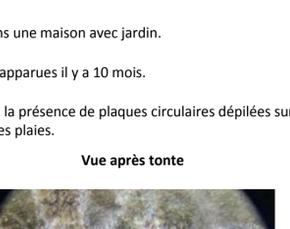


Zone sternale



Le chien est décrit comme fatigué sans doute suite à un prurit devenu démentiel.

Les raclages sont particulièrement probants avec une population très importante de sarcoptes et d'œufs.



#### Présence d'adultes de formes immatures et d'œufs.

Le terme de gale norvégienne me semble approprié vu les croûtes mais celle-ci est classiquement non prurigineuse.

La peau est tondue et nettoyée entre les épaules et 3 pipettes de Stronghold sont prescrites à 15 jours d'intervalle. Des AGE (Megaderm) sont également prescrits pour 1 mois ainsi que des shampoings au Sebolytic.

Quelques jours après la 1ere application le prurit est amendé.

Des raclages de contrôle à 20j se révèlent négatifs mais de rares papules persistent qui disparaîtront après la 3eme application de Stronghold.

#### Ce cas suggère 3 réflexions :

Le tableau clinique est parfois surprenant, dans le cas d'Athos la seule zone peu atteinte est l'abdomen et la plus atteinte est le dos à l'opposé des patterns classiquement décrits.

Les raclages peuvent être négatifs et le prurit modéré en début d'évolution.

La relation avec l'épilation chez le toiletteur est fortement suggestive.

#### Cas N°3 :

#### Atlas, croisé beauceron de 9 ans.

Il vit dans une maison avec jardin.

Lésions apparues il y a 10 mois.

On note la présence de plaques circulaires dépilées sur tout le rachis dorsal avec des croûtes recouvrant de véritables plaies.

#### Vue après tonte

#### Vue rapprochée



En début d'évolution aucun prurit n'a été signalé.

Une possible relation est envisagée avec la prise d'anti inflammatoires (previcox) 2 à 3 semaines avant l'apparition de la 1ere plaque sur le dos.

Les raclages sont négatifs, une culture mycologique (ONIRIS) également.

Une cytologie par apposition ne montre aucune bactérie.

Une première série de biopsies est confiée au LAPVSO qui révèle une « dermatite hyperplasique caractérisée par une forte kératose parakératosique épidermique et folliculaire, des lésions de nécrose kératinocytaire, des lésions de satellitose et un aspect de dermatite d'interface et lichénoïde lymphocytaire » compatible avec une toxidermie (EPM) ou une dermatose lichénoïde idiopathique.

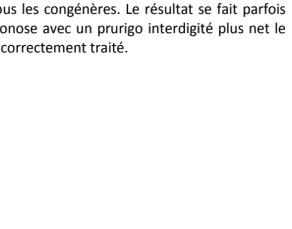
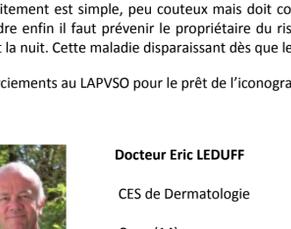
Une corticothérapie (prednisolone 2 mg/kg) est mise en place sur 8j puis sera progressivement diminuée. Seront également prescrits du Pyoderm suivi d'Humiderm.

L'état du chien s'améliore rapidement.

2 mois plus tard Atlas nous est représenté pour un érythème prurigineux sur le flanc avec présence de papules.

#### Erythème sur le flanc gauche

#### Multiples papules



Les raclages sont à nouveau négatifs et de nouvelles biopsies sont pratiquées qui mettent en évidence la présence de sarcoptes.



#### Présence de sarcopte dans les couches superficielles de l'épiderme. Cliché LAPVSO

Un traitement au Strongold est mis en place avec un excellent résultat.

On peut supposer que la corticothérapie, agressive au début, a pu favoriser l'émergence cette gale sarcoptique qui était jusque là subclinique.

Le mode de contamination initial n'a pas pu être mis en évidence.

Le diagnostic par histologie de la gale sarcoptique n'est bien sûr pas conseillé en première intention.

Dans notre exemple, face à un tableau clinique lié à une autre pathologie, et en présence de raclages négatifs, l'histologie a été déterminante.

#### Conclusion :

La gale sarcoptique est une hypothèse à toujours prendre en compte sur un chien qui se gratte même si le tableau clinique ne répond pas aux « canons » de la littérature.

Le traitement est simple, peu couteux mais doit concerner tous les congénères. Le résultat se fait parfois attendre enfin il faut prévenir le propriétaire du risque de zoonose avec un prurigo interdigité plus net le soir et la nuit. Cette maladie disparaissant dès que le chien est correctement traité.

Remerciements au LAPVSO pour le prêt de l'iconographie.



**Docteur Eric LEDUFF**  
CES de Dermatologie  
Caen (14)