

Cas clinique : Dermatite lichenoïde psoriasiforme conséquence possible de l'administration prolongée et à dose élevée de CsA prescrit suite à une pustulose sous cornée stérile.

Chapitre 1

I Commémoratifs :

Badiane est un petit lévrier italien femelle stérilisée de 13 ans qui nous est référée pour la présence de plaques dépilées. Cette chienne de 6,800 Kg est nourrie à base de croquettes RC sénior complétées par du bœuf haché, du lait de soja et des biscuits à visée dentaire. Elle vit sans congénères dans une maison avec accès au jardin et a séjourné plusieurs fois sur la Côte d'Azur. On ne rapporte pas de contamination humaine.

II Anamnèse

Les problèmes de peau sont apparus il y a 6 semaines avec une plaque sur le dos circulaire et dépilée ; le poil à la périphérie partant « par touffe ». Les lésions ont ensuite gagné l'arrière main puis le cou et les pattes. Une lésion au niveau du chanfrein est évoquée quelques temps avant mais sans certitude. Il n'y a pas de réel prurit mais un léchage plus ou moins intense.

On ne note ni otite ni pododermatite ni chéilite ou anite.

Le passé pathologique récent est riche :

Il y a 6 mois Badiane a présenté un épisode d'hyperthermie brutal à 40°2 sans symptôme associé sinon une douleur modérée abdominale. Cette hyperthermie est rebelle aux AINS. Un bilan sanguin montre alors une leucopénie une augmentation de l'urée (0,86 g/l) avec une créatinine normale et des PAL à 526UI/L, on note également une hypercalcémie qui ne sera pas retrouvée dans les bilans les plus récents. Une sérologie leishmaniose se révèle négative et des T4 légèrement basses. Une échographie abdominale montre une discrète augmentation de taille des reins.

Un traitement à base d'Amoxicycline et de cortisone (Prednisolone à 1 mg/kg) permet une amélioration rapide.

Par la suite des épisodes récurrents d'hyperthermie avec anémie faiblement régénérative conduisent à la prescription de Prednisolone à la dose de 0,5 mg/Kg avec récidive si essai de mja. Ce traitement est appliqué pendant 3 mois avec récidive de l'hyperthermie si la dose est inférieure à 0,25 mg/kg.

A l'issue de ces 3 mois l'urée est à 0,96 g/l les PAL à 343 UI/L et une échographie abdominale montre une hépatomégalie conséquence probable de l'administration de corticoïdes et des surrénales de taille normale.

Apparaissent alors les premières plaques dépilées. Le confrère, suspectant un effet II de la cortisone effectue alors des biopsies confiées à son laboratoire.

Résultats de ces biopsies :

- Dermatite chronique hyperplasique (acanthosique) superficielle péri-vasculaire très légère polymorphe.*
- Atrophie dermique avec raréfaction des annexes pilaires (dermatose atrophique).*
- Absence de pyodermite ou de tumeur (lymphome cutané notamment).*
- Absence d'élément figuré parasitaire.*
- Conclusion : lésions peu spécifiques compatibles avec un processus allergique au sens large, l'atrophie cutanée concomitante peut témoigner d'une dysendocrinie débutante (T4/cortisol).*
- Un syndrome paranéoplasique peut être à l'origine de l'hyperthermie et de l'hypercalcémie.*

Badiane est sevrée progressivement de la cortisone sans réapparition d'hyperthermie et, les lésions s'étendant, nous est alors référée.

III examen clinique général :

L'état général de Badiane est bon, il n'y a pas d'hyperthermie ; elle s'alimente bien et ne présente pas de polydipsie.

IV Examen dermatologique

1/A distance :

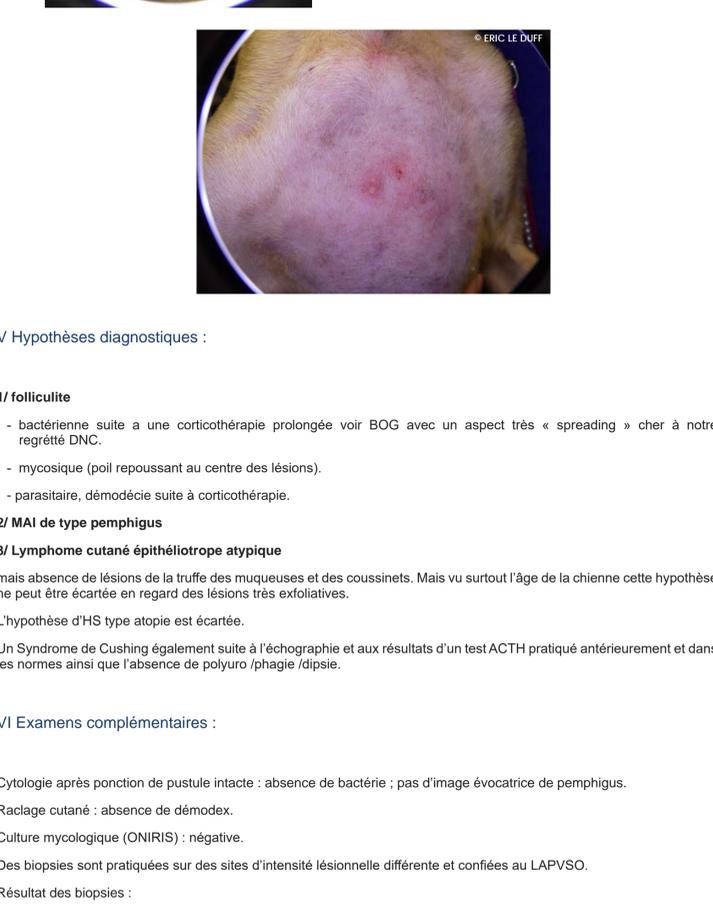
Les lésions s'étendent sur une grande partie du corps. Le dos la tête et les membres sont atteints. Les lésions les plus graves concernent la croupe. Les extrémités sont épargnées ainsi que les pavillons auriculaires. On ne note pas d'atteinte des muqueuses.



2/ Rapproché :

On note de larges plages dépilées et érythémateuses mais non suintantes. Le poil à la périphérie des lésions s'épile facilement et on constate une repousse spontanée et centrifuge au centre de certaines plaques. Sont également présentes des papules et pustules dont certaines intactes au contenu jaunâtre qui sont ponctionnées pour une cytologie ultérieure.

En périphérie des plaques on note des zones desquamées évoquant des pustules géantes.



V Hypothèses diagnostiques :

1/ folliculite

- bactérienne suite à une corticothérapie prolongée voir BOG avec un aspect très « spreading » cher à noter régrégité DNC.
- mycosique (poil repoussant au centre des lésions).
- parasitaire, démodécie suite à corticothérapie.

2/ MAI de type pemphigus

3/ Lymphome cutané épithéliotrope atypique

mais absence de lésions de la truffe des muqueuses et des coussinets. Mais vu surtout l'âge de la chienne cette hypothèse ne peut être écartée en regard des lésions très exfoliatives.

L'hypothèse d'HS type atopie est écartée.

Un Syndrome de Cushing également suite à l'échographie et aux résultats d'un test ACTH pratiqué antérieurement et dans les normes ainsi que l'absence de polyuro /phagie /dipsie.

VI Examens complémentaires :

Cytologie après ponction de pustule intacte : absence de bactérie ; pas d'image évocatrice de pemphigus.

Raclage cutané : absence de démodex.

Culture mycologique (ONIRIS) : négative.

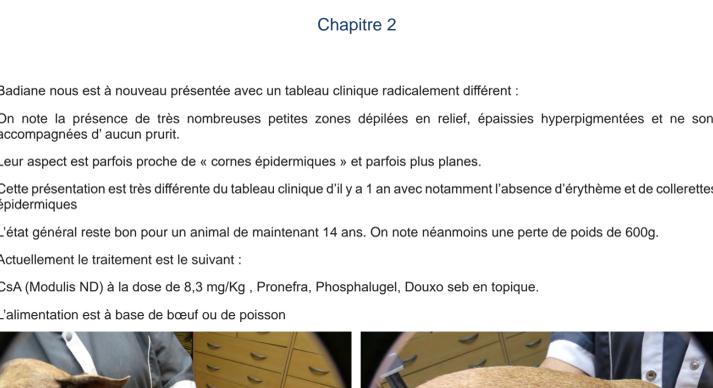
Des biopsies sont pratiquées sur des sites d'intensité lésionnelle différente et confiées au LAPVSO.

Résultat des biopsies :

Cinq biopsies cutanées sont examinées selon différents niveaux de section et après PAS.

L'épiderme est le siège d'une acanthose irrégulière d'intensité discrète à modérée. Il présente, sur plusieurs biopsies, une à plusieurs pustules uniloculaires extensives le plus souvent semblant ne pas vraiment concerner les structures folliculaires, se localisant dans la couche cornée superficiellement au-dessus de la couche granuleuse ou plus rarement pouvant atteindre cette dernière. Leur toit est fragile formé de fines lamelles de kératine alvéolaire du stratum disjunctum. Leur plancher est formé d'un épiderme hyperplasique parfois spongiotique, avec un afflux de granulocytes neutrophiles et formation de micropustules neutrophiliques sans nette acantholyse au plancher de la pustule. Le contenu est formé de sérosités, de granulocytes neutrophiles rarement altérés, de cornéocytes anguleux et de cellules épithéliales acantholytiques en quantité variable. Les pustules qui sont superficielles et extensives donnent ainsi l'impression « d'être posées sur l'épiderme » peu modifié (souvent « peu creusé » en lui-même). Si des follicules s'abouchent, le contenu pustuleux n'engaine pas les tiges pilaires qui restent séparées de ce contenu par de discrets manchons kératosiques. Dans le derme superficiel, sous les pustules, on observe une congestion vasculaire et une leucostase neutrophilique, avec un infiltrat périvasculaire exsudatif et une extravasation érythrocytaire. Les annexes épidermiques sont normalement représentées. Le cycle folliculaire est normal. Aucun élément figuré, ni parasitaire, ni fongique n'a été détecté sur les différents plans de section effectués, ni sur la réaction au PAS.

© LAPVSO



Conclusion : Mise en évidence d'une pustulose sous-cornée granulocytaire uniloculaire extensive non folliculaire, faiblement spongiotique, apparemment non hiérarchisée, sans éléments figurés ni parasitaires ni fongiques.

Hypothèses diagnostiques non hiérarchisées :

- 1- Pustulose sous-cornée stérile (PSC) ou maladie de Sneddon-Wilkinson appartenant au groupe des dermatoses/maladies neutrophiliques.
- 2- Dermatose neutrophilique sous-cornée à Iga (pemphigus à Ig A, variante sous-cornée, décrite uniquement chez l'Homme).
- 3- Pemphigus foliacé auto-immun ou médicament-induit modifié suite à la corticothérapie en cours.

VII Diagnostic :

Parmi les différentes hypothèses de LAPVSO nous privilégions celle de la PSC.

Le pemphigus foliacé nous semble moins probable car on ne retrouve pas les squames-croûtes épaisses classiques et il n'y a pas de localisation aux pavillons auriculaires ou au chanfrein ; de la même façon il n'a pas été administré de médicaments classiquement responsables de pemphigus médicament-induits dans la période précédant l'apparition des troubles.

La période d'hyperthermie rebelle dont l'origine reste indéterminée est elle compatible avec la PSC.

VIII Traitement :

Dans l'attente de résultats des biopsies de la céfalaxine est administrée et apporte un début d'amélioration.

Nous décidons d'employer la CsA (Cyclavance ND) à la dose préconisée par l'AMM. La Dapsone qui est classiquement employée ayant des effets II notables est pour l'instant inutilisée.

Extrait du CR du Dr Degorces :

« La CsA semble beaucoup plus intéressante que la Dapsone avec des effets secondaires rares, toutefois son arrêt a été à l'origine d'une récidive ce qui nécessite la recherche d'une posologie minimale efficace ».

IX Suivi :

La dose de 5mg/Kg s'est révélée insuffisante, les vétérinaires traitent augmente donc la dose à 7 mg/kg et la propriétaire constate une amélioration insensible et décide de l'arrêter le traitement au propre chef. La rechute est rapide et nécessite alors une dose de 8 mg/Kg. Cette nouvelle dose se révèle efficace et est prolongée pendant 10 mois.

Chapitre 2

Badiane nous est à nouveau présentée avec un tableau clinique radicalement différent :

On note la présence de très nombreuses petites zones dépilées en relief, épaissies hyperpigmentées et ne sont accompagnées d'aucun prurit.

Leur aspect est parfois proche de « cornes épidermiques » et parfois plus planes.

Cette présentation est très différente du tableau clinique d'il y a 1 an avec notamment l'absence d'érythème et de collerettes épidermiques.

L'état général reste bon pour un animal de maintenant 14 ans. On note néanmoins une perte de poids de 600g.

Actuellement le traitement est le suivant :

CsA (Modulis ND) à la dose de 8,3 mg/Kg, Pronefra, Phosphalugel, Douxo seb en topique.

L'alimentation est à base de bœuf ou de poisson



De nouvelles biopsies sont effectuées et envoyées au LAPVSO :

Résultat : Elles révèlent des lésions en plaque, de survenue relativement abrupte au sein d'un tégument sain. Il s'agit de lésions caractérisées par une hyperplasie régulière, psoriasiforme ; de l'épiderme, hyperplasie pouvant intéresser également l'infundibulum des follicules pileux. L'hyperplasie épidermique s'accompagne d'une hyperpigmentation, d'une hyperkératose parakératosique et d'une kératose folliculaire parakératosique. On observe, dans l'épiderme, des microabcès, soit de granulocytes neutrophiles ou d'éosinophiles, soit de cellules pâles mononucléées, compatibles avec des cellules de Langerhans. Il existe une discrète évacuation des cellules épithéliales basales, parfois de rares corps apoptotiques. On observe un infiltrat inflammatoire en large bande sous-épidermique, lichénoïde, mêlant de nombreux plasmocytes, de plus rares lymphocytes, macrophages, parfois neutrophiles et éosinophiles. Il forme également des manchons inflammatoires, notamment plasmocytaires périnaxiels.

Pas de mise en évidence d'élément figuré pathogène, ni parasitaire, ni fongique.

Conclusion : Aspect histologique d'une dermatite hyperplasique psoriasiforme parakératosique vésiculo-pustuleuse spongiotique lichénoïde cellulaire lympho-plasmocyttaire et neutrophilique sans franche atteinte d'interface, sans détection d'éléments figurés pathogènes, ni parasitaires, ni fongiques.

L'aspect histologique évoque une dermatite lichénoïde psoriasiforme.

Certains auteurs ont décrit cette dermatose comme pouvant survenir chez des chiens recevant un traitement à base de ciclosporine, depuis 3 à 6 semaines voire des années. Il semblerait que cette dermatose survienne alors plus fréquemment lorsque de fortes doses de ciclosporine sont administrées (par exemple 10 mg/kg, PO, q 24h) ou sur de longues périodes.

La dermatite lichénoïde psoriasiforme est une dermatose rare décrite initialement chez de jeunes chien de race springer âgés de 4 à 18mois. Son étiopathogénie est obscure mais un déterminisme génétique est suspecté.

Il est demandé de progressivement réduire la dose de CsA à 7 mg/Kg en surveillant de près l'évolution pour éviter une récurrence de la PSC : une semaine après les lésions ne sont pas plus nombreuses mais plus en relief. Nous prescrivons alors de la Céfalexine (RilixineND) à la dose de 20 mg/Kg BID. Une semaine après les lésions ont pratiquement disparues.

Remerciements :

LAPVSO pour son aide et l'iconographie

Dr A Mahé pour m'avoir référé ce cas.

Dr Eric LEDUFF
CÉS DERMATOLOGIE
14000 CAEN