

Equidés

>> Dermatologie

>> L'AUTEUR

Emmanuel Bensignor

Suspecter une vascularite cutanée chez le cheval

La dermatologie est une discipline dont l'abord peut paraître parfois délicat dans l'espèce équine. Il est important toutefois de connaître certaines dermatoses qui, bien que rares, peuvent être responsables de lésions cutanées chroniques invalidantes. C'est le cas de la vascularite cutanée.

Une jument âgée de 4 ans est référée à la consultation de dermatologie pour des lésions cutanées évoluant depuis plusieurs mois. Les lésions sont localisées au niveau des extrémités des membres. Elles sont apparues brutalement, pendant l'été, alors que le cheval était au pré, et ont lentement progressé. Aucun prurit n'est rapporté. Les animaux en contact ne présentent pas de lésion dermatologique.

Différents traitements topiques (pommades antibiocoïdes, désinfectants à base d'iode) ont été appliqués localement, sans amélioration notable. Un diagnostic de gale de boue a été effectué par le vétérinaire traitant, qui a conseillé une tonte des lésions et l'application répétée de fipronil en lotion, sans succès. Un traitement antibiotique avec une association de sulfamides et de triméthoprime, utilisé pendant une semaine, n'a pas permis de guérison. Finalement, une injection de corticoïdes a amélioré passagèrement la dermatose.

L'examen clinique montre des lésions exclusivement localisées au niveau des paturons. Il s'agit d'un fond alopecique et érythémateux, avec gonflement (photo n° 1), et surtout de lésions érodées, bien délimitées, recouvertes de croûtes épaisses.

Absence de parasites

Le diagnostic différentiel inclut une vascularite, une ectoparasitose, une folliculite bactérienne, une dermatite auto-immune (pemphigus) et une photosensibilisation. Un bilan biochimique est dans les normes. Les raclages et brossages ne montrent pas de parasites. Les cytologies par test au ruban adhésif coloré ne montrent pas de prolifération microbienne. Des biopsies cutanées sont réalisées pour examen histologique. Ce dernier montre des images marquées de vascularite, avec une infiltration éosinophilique, lymphocytaire et histiocytaire des vaisseaux cutanés (photo n° 2). Le diagnostic de vascularite, peut-être photo-aggravée, est posé. Un traitement topique avec un dermocorticoïde en spray (acéponate d'hydrocortisone, Cortavance ND) est prescrit, à la posologie de 8 pressions par jour sur chaque membre. Le propriétaire décrit une nette amélioration des lésions après une semaine de traitement. Les applications sont alors progressivement espacées.

Ce cas clinique illustre la diversité de la dermatologie chez le cheval. Une récente étude* rétrospective s'est intéressée à mieux caractériser les vascularites dans cette espèce. Les auteurs ont étudié 72 cas, diagnostiqués dans des races variées sur une période de plusieurs années.

Présentations cliniques moins typiques

Les lésions étaient le plus souvent localisées au niveau des membres (64 %), mais elles pouvaient également toucher la face (8/72) et/ou le cou (6/72). Des lésions buccales ont été observées dans un cas. Il s'agissait le plus souvent, comme pour notre cheval, de croûtes et de squames (38 %), d'œdème visualisable sous la forme d'un gonflement avec ou sans signe du godet (30 %), d'alopécie (14 %), d'érythème (7 %). Il est intéressant de noter que des présentations cliniques moins typiques peuvent être observées : urticaire (11 %) ou nodules (4 %). Le prurit est en général absent. Lorsque les lésions touchent à la fois les zones pigmentées et les zones non pigmentées, cet élément clinique permet d'éliminer l'hypothèse de photosensibilisation. Il est en effet important de rechercher une cause sous-jacente expliquant la survenue de la vascularite: réaction anormale aux ultra-violets, réaction médicamenteuse, irritation locale, etc. Des associations de maladies peuvent également être notées, sans qu'un rapport de cause à effet ne soit évident : pemphigus foliacé et vascularite, sarcoïdose et vascularite par exemple.

Le diagnostic passe par la réalisation de biopsies cutanées, qui doivent être profondes. L'examen histopathologique montre des images d'inflammation vasculaire. L'infiltrat inflammatoire est variable : pauvre en cellules (*cell-poor vasculitis*) dans la plupart des cas diagnostiqués dans cette étude, souvent lymphocytaire ou histiocytaire, leucocytoclasique ou moins fréquemment éosinophilique. Une association de plusieurs « patrons » histopathologiques est observée dans la plupart des cas. Le type cellulaire en cause ne semble pas permettre d'évoquer une cause sous-jacente. Notons toutefois qu'aucun des cas présentant une vascularite photo-aggravée ne présentait d'inflammation éosinophilique dans cette étude.

Traitement aux dermocorticoïdes

Le traitement fait appel aux anti-inflammatoires. Sont cités par les auteurs par voie locale les dermocorticoïdes et le tacrolimus et par voie systémique, parfois avec une couverture antibiotique, la dexaméthasone, la prednisolone, la phénylbutazone, la pentoxifylline et l'hydroxyzine. Il semble également important de conseiller une protection contre le soleil lorsque les lésions sont photo-aggravées.

Le pronostic des vascularites est variable, dépendant de l'identification et du traitement de la cause sous-jacente lorsqu'elle est présente et de la réponse thérapeutique. Un diagnostic précoce permet sans doute d'améliorer le pronostic. La motivation du propriétaire à réaliser le traitement topique et à protéger son cheval des effets délétères du soleil mérite également d'être soulignée. ■

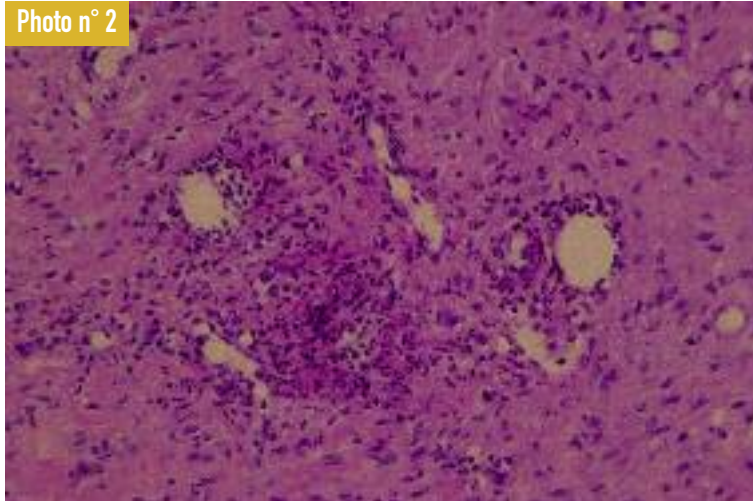
*White SD et al. Cutaneous vasculitis in equines : a retrospective study of 72 cases. *Vet Dermatol*, 2009, 20, 600-606.

Photo n° 1



Gonflement, érythème et croûtes recouvrant des érosions ; le diagnostic différentiel doit être fait avec une ectoparasitose, une folliculite bactérienne, une vascularite et un pemphigus notamment.

Photo n° 2



▲ Examen histopathologique (HE, G x 400) d'un cas de vascularite montrant l'infiltration inflammatoire des vaisseaux cutanés.