

PODODERMATITES CHRONIQUES CANINES

Dominique HERIPRET

Dr Vét, Dip ECVD

Spécialiste en Dermatologie Vétérinaire

CHV Frégis, Arcueil

CHV Pommery, Reims

Les pododermatites canines sont très fréquentes et posent régulièrement des problèmes diagnostiques et thérapeutiques et cela pour de nombreuses raisons :

1) **raisons biomécaniques :**

- le pied est un organe souple qui amortit le poids de l'animal lors du déplacement ; les contraintes exercées sur les tissus interdigitaux sont très importantes et toute anomalie locale aura des répercussions pro-inflammatoires sur les tissus environnants
- le pied est exposé à de multiples traumatismes au quotidien, ce qui occasionne de l'inflammation et d'éventuelles voies d'entrées pour des agents de surinfection

2) **raisons anatomiques :**

- la conformation digitée (espaces interdigitaux, coussinets, espaces palma-plantaires) en font un milieu clos favorable à la macération d'autant que des impuretés ou de mini corps étrangers peuvent y subsister après une promenade.
- le léchage de cette région est extrêmement facile pour les chiens, que ce soit spontanément (« nettoyage »), pour des raisons comportementales ou dermatologiques, ce qui aggrave bien évidemment la macération et l'inflammation

3) **raisons dermatologiques :**

- la démarche diagnostique est toujours délicate d'autant que les pododermatites font fréquemment partie d'une dermatite à expression plus générale
- l'anatomie de cette région facilite les surinfections bactériennes et/ou fongiques
- l'expression clinique est assez monomorphe avec érythème, nodules hémorragiques
- les prélèvements ne sont pas simples (anesthésie systématique pour biopsies, qualité aléatoire des prélèvements bactériologiques)
- avec la chronicité, les complications dermatologiques sont fréquentes : intertrigo, pododermatite à *Malassezia*) mais aussi les complications comportementales (ritualisation, ...) et surtout anatomiques (fibrose, hyperplasie, inclusion de poils dans les nodules furonculeux, ...)

4) **raisons thérapeutiques :**

- les traitements topiques sont délicats (léchage, persistance aléatoire avec les sorties, souillures des locaux, ...)
- les traitements anti-infectieux doivent être très prolongés (donc astreignants et coûteux)

5) **raisons pratiques :**

- l'observance des soins n'est pas toujours parfaite (soins locaux, bains de pattes, ..)
- les chiens atteints de pododermatite chronique ne se laisse pas forcément facilement manipuler
- un découragement et une impatience peuvent naître avec la chronicité

A - ETUDE SPECIALE

• Pododermatite parasitaire :

- la démodécie peut affecter le pied de manière isolée ou dans le cadre d'une atteinte plus générale. Toute pododermatite doit faire l'objet de raclages.
- trombiculose
- ankylostomose et strongyloïdose (chiens d'enclos avec conditions d'hygiène douteuses). Le diagnostic est coproscopique.
- pododermatite à *Peladora strongyloides*
- leishmaniose

• **Pododermatite bactérienne primaire** : intertrigo, furunculose. Il s'agit plutôt de colonisation sur fond inflammatoire.

• **Pododermatite fongique** : la pododermatite à *Malassezia* est très fréquente, mais est également plutôt secondaire à un état inflammatoire pré-existant. Les dermatophytoses peuvent créer des lésions nodulaires suppurées (kérions). Beaucoup plus rarement, mycoses sous-cutanées (sporotrichose, mycétomes, phaeohyphomycose) ou mycoses profondes (cryptococcose).

• **Pododermatites allergiques** : l'atteinte des doigts fait partie intégrante du diagnostic allergologique (critère majeur de dermatite atopique). Une pododermatite inflammatoire bi ou quadripodale érythémateuse chronique avec surinfection bactérienne et/ou fongique est quasiment la règle dans la dermatite atopique. Quelques cas de dermatite allergique de contact. Rare implication de la DAPP.

• **Pododermatites irritatives, corps étrangers,**

• **Pododermatites comportementales** (primaires ou secondaires par ritualisation)

• **Pododermatite à médiation immune** : lupus érythémateux disséminé (rare), lupus cutané (« discoïde »), pemphigus et pemphigoïde bulleuse, réaction cutanée médicamenteuse et dermite lichénoïde idiopathique, vasculite, onychodystrophie lupoïde (ongles)

• **Dyskératose podale** : dermatose répondant à l'administration de zinc, acrodermatite du Bull Terrier, ichthyose, hyperkératose palmo-plantaire du Dogue de Bordeaux, dermatite nécrolytique superficielle

• **Tumeur** : souvent un seul pied sauf lors de carcinome épidermoïde

• **Autres** : pyogranulomes stériles, calcinose, dermatofibrose nodulaire, épidermolyse bulleuse

B – DERMARCHE DIAGNOSTIQUE

- Anamnèse et commémoratifs : âge, race (Boxer, Labradors, Bull terriers), statut pondéral (surpoids), mode de vie, activité, séjours en zone d'endémie leishmanienne, contagiosité, ancienneté, alimentation, traitements effectués, vermifugation, prurit, évolution du léchage, évolution des lésions (saisonnalité), antécédents de traumatismes ou de boiterie...
- Atteinte uniquement podale ou également corporelle
- Caractère uni ou multipodal
 - pododermatite unipodale : corps étranger, parasite, dermatophytose, comportement (côté gauche > côté droit), tumeur
 - pododermatite bipodale (antérieure) : allergie générale possible surtout si autres localisations, comportement, irritation, corps étranger, parasites. Envisager lésions biomécaniques si bipodale symétrique
 - pododermatite quadripodale : allergie, surinfection, maladie générale
- Atteinte des coussinets ou non, atteinte des ongles ou non
- Atteinte interdigitée ou palmo-plantaire ou mixte
- Aspect :
 - érythème interdigité
 - alopecie sans prurit
 - coussinets croûteux
 - lésions nodulaires
 - atteinte des griffes
 - néo-coussinets
 - hyperplasie cutanée palmaire ou plantaire

C - PODODERMATITES CHRONIQUES ISOLEES

Il s'agit de pododermatites récidivantes ou permanentes, pour lesquelles il n'y a pas d'atteinte corporelle. Certaines races sont sur-représentées (Labrador, Boxer, Bull Terrier, Bulldog anglais, Am Staff, ...). Les lésions sont généralement douloureuses, nodulaires, multiples avec exsudat hémorragique plutôt que purulent et souvent une modification des coussinets en périphérie voire une prolifération cornée (néo-coussinets). Le léchage est important. L'extrémité des pattes peut apparaître gonflée. Adénomégalie satellite fréquente.

1) Examens complémentaires potentiels

- Examens complémentaires systématiques : raclages (ou épilation), calques cutanés, cytologie d'exsudat ou de contenu d'un nodule fermé
- Culture bactérienne : il faut rechercher un *Staph. pseudintermedius* qui est en général à l'origine de l'infection quand elle existe. Les cultures de nodules ouverts donnent souvent des bacilles secondaires (*Proteus*, *E coli*, ...) ou un résultat négatif. L'idéal est de mettre en culture un tissu prélevé par biopsie en éliminant la couche cornée du prélèvement.
- Biopsie : elles ne sont intéressantes que lors de maladie particulière (médiation immunitaire, dyskératose, tumeur, ...) ou lorsqu'on souhaite une bactériologie significative. Dans les autres

cas, il y aura une inflammation non spécifique de type allergique avec des lésions pyogranulomateuses ou furonculeuses, ce qui n'apporte pas grand chose en dehors de l'élimination d'hypothèses. Il faut s'attacher à vérifier la présence ou l'absence de fibrose cicatricielle (cf impact biomécanique).

- Autres : coproscopie, contrôle sanguin (protéines, bilan hépatique, ...), recherche hormonale (hypothyroïdie ?), échographie abdominale (foie pour la dermatite nécrolytique superficielle, reins pour la dermatofibrose nodulaire), cytoponction ganglionnaire, régime d'élimination.

2) Que faire

- éliminer l'éliminable : s'assurer qu'on a suivi une démarche logique dans le diagnostic. En cas de présence d'infection cytologique, toujours l'éliminer :

- *Malassezia* : kétoconazole ou itraconazole 20 à 30 jours, soins locaux antiseptiques (bains), -azolés locaux (lingettes, shampooings)
- Staphylocoque : antibiothérapie prolongée : céfalexine 15-20 mg/kg bid, amoxy-acide clavulanique. Soins locaux : trempage des pattes, tonte régulière, topique antibiotique (acide fusidique)

- en l'absence de diagnostic précis, on ne peut que proposer des tentatives thérapeutiques voire des biopsies ; cependant, les biopsies nécessitent une anesthésie générale et permettent rarement de conclure, mais peuvent avoir un intérêt d'élimination et d'évaluation des lésions (fibrose, pyogranulome, ...) (cf plus haut)

- fusion-podoplastie : cette technique chirurgicale consiste à ôter l'ensemble du tissu interdigital et à souder les doigts et les coussinets. Il peut parfois s'agir d'une solution intéressante, surtout lors d'atteinte unipodale ou bipodale avec forte gêne de l'animal. Le succès est de l'ordre de 85%. Lors d'atteinte quadripodale, cela est un peu lourd et doit être effectué en au moins deux interventions (diagonale).





3) Option anti-inflammatoire

Etant donné les remarques faites en introduction concernant les contraintes bio-mécaniques et anatomiques locales, il ne faut pas oublier que des lésions nodulaires (donc profondes) récidivantes vont créer des cicatrices localement dans un tissu qui doit normalement rester complètement élastique pour assurer son rôle d'amortisseur. La fibrose, souvent révélée par l'histologie, est en fait le stade cicatriciel des lésions précédentes ; cette fibrose peut sans doute, en l'absence de tout agent infectieux ou de maladie pro-inflammatoire, entretenir et ré-initier un processus local pathologique. L'infection ne serait alors que secondaire ce qui expliquerait les difficultés de contrôle, les rechutes systématiques dès arrêt des traitements.

Cette théorie évoquerait donc

- soit un processus initial dermatologique accidentel ou infectieux, voire même allergique, à l'origine de lésions locales elles-mêmes à l'origine de lésions cicatricielles et fibrotiques, pyogranulomateuses avec inclusion de poils et de kératine responsable d'une réaction de type corps étranger, qui, chez certains individus, seraient susceptibles d'entraîner des lésions stériles à répétition, indépendamment du processus initial avec complication bactérienne secondaire
- soit un processus primitivement mécanique avec modifications des appuis (cf atteinte symétrique des espaces interdigités extérieurs ou intérieurs chez certains chiens, déformation des coussinets, ...) entraînant un surcroît de contrainte locale sur des espaces non préparés à cela et responsable d'emblée de lésion nodulaire inflammatoire, en dehors de tout processus dermatologique initial. A l'heure actuelle, on privilégie cette hypothèse pour plusieurs raisons
 - on rencontre essentiellement ces anomalies chez des chiens à poils courts et durs, avec une proportion masse corporelle/taille des pattes élevée (gros corps, petites pattes)
 - en regardant systématiquement les coussinets de jeunes chiens de ces races, on peut voir des anomalies débutantes des coussinets
 - le suivi des animaux atteints montre une évolution de l'extension des coussinets et de l'hyperplasie cutanée
 - l'hyperplasie cutanée palmaire et/ou plantaire en regard de la déformation des coussinets entraîne la formation de kystes folliculaires avec pousse pilaire sous-cutanée, fragilité cutanée, formation de replis cutanés favorables à la macération microbienne
 - la fibrose serait alors un facteur aggravant de ce phénomène
 - une pododermatite pyogranulomateuse stérile est décrite et pourrait correspondre à cette anomalie

La constance de la modification d'appui entraîne une inflammation (stérile) qui se traduit alors par des lésions interdigitales dorsales. Dans ce cas, l'aspect est très souvent complètement symétrique (atteinte IV-V surtout ou II-III et III-IV). Le trajet fistuleux de ces lésions est vertical (en direction des coussinets) et non horizontal comme majoritairement lors de corps étranger

Dans ce contexte et après bien sûr élimination des autres causes classiques, on peut proposer un traitement anti-inflammatoire topique (corticoïde puissant), ou systémique : corticoïde (prednisolone à 0,5-1 mg/kg/j ou 25 mg/m² quelques jours) voire ciclosporine si besoin d'un traitement au long cours.

On manque encore de recul pour cette attitude thérapeutique, mais nous conseillons de regarder systématiquement la forme des coussinets sur ces chiens atteints de pododermatite chronique.





Lectures conseillées

- DECLERCQ (J) - The diagnostic approach of interdigital furunculosis
In Proceedings GEDAC-GEMI, Avignon 2012, 121-122
- PAPAZOGLU (LG) et al, Fusion podoplasty for the management of chronic pedal conditions in seven dogs and one cat
JAAHA, 2011, 47 (6), 199-205
- BREATNACH (RM) et al – Canine pododermatitis and idiopathic disease.
Vet J, 2008, 176 (2), 146-157
- PIN (D), PRELAUD (P), GUAGUERE € - Conduite diagnostiques des pododermatites
In Guide pratique de dermatologie canine, Guaguère & Prélaud Ed, Kalianxis, 2006, 543-551
- BREATNACH (RM) et al – Clinical, immunological and histopathological findings in a subpopulation of dogs with pododermatitis
Vet Dermatol, 2005, 16 (6), 364-372