

Résumé :

Un hongre (sang belge) de 16 ans, est présenté pour des lésions squameuses et un oedème des membres postérieurs récurrents depuis 9 ans, répondant peu aux traitements. Le jour de la consultation, les signes cliniques sont permanents depuis un an. L'examen clinique général ne révèle aucune anomalie. L'examen dermatologique montre des croûtes, érosions, érythème, alopecie et squamosis aux paturons, boulets et canons ainsi qu'un oedème généralisé des membres postérieurs. L'atteinte est non prurigineuse. Le diagnostic différentiel inclut une vascularite des paturons (infectieuse, leucocytoclasique), une pyodermite superficielle bactérienne, une dermatophilose, une photosensibilisation, un pemphigus foliacé et une gale chorioptique. Les raclages sont négatifs, la cytologie confirme l'hypothèse de pyodermite superficielle. L'examen histopathologique montre une vascularite associée à une élastose solaire compatible avec l'hypothèse de vascularite du paturon. Le traitement repose sur la tonte des extrémités, l'application de solutions antiseptique et anti-inflammatoire (acéponate d'hydrocortisone : HA) et le port de guêtres le jour, et de bandages la nuit. Après 1 mois, les lésions sont améliorées. A 2 mois, les lésions ont nettement régressé. A 5 mois, la fréquence d'administration de HA est progressivement diminuée puis arrêtée. Aucune rechute n'est observée après 6 mois de traitement. Les glucocorticoïdes topiques semblent être efficaces pour gérer une vascularite des paturons et représentent une alternative intéressante pour éviter les effets secondaires d'une thérapie systémique.

Abstract:

A 16-years old, male castrated Belgian Warmblood horse was presented for scales and edema of hindlimbs. Since nine years, the horse presented recurrent episodes of skin lesions on pasterns poorly responding to treatments. With time, edema developed on hindlimbs. Since one year, clinical signs were permanent. At consultation, the horse presented scales, crusts, alopecia, erythema, erosions on pasterns, fetlocks and canons associated with extended edema on hindlimbs. Scrapings were negative, cytology showed superficial pyoderma. Histopathological changes were mainly irregular acanthosis, epidermal and occasionally follicular focal parakeratosis, lymphocytic interface infiltrate, dermal elastosis, vascular lesions (thickening, lymphocytic and neutrophilic mural infiltrate) in superficial, deep plexus and hypodermis, vascular congestion, perivascular edema. The conclusion was vasculitis associated with solar elastosis. The new treatment was hair clipping on extremities, antiseptic (chlorhexidine) (sid), hydrocortisone aceponate (Cortavance®) (HA) (bid) associated with continuation of gaiters (sun protection) during day and bandages at night (edema limitation). After one month, lesions improved. After two months, lesions were dramatically improved. After 5 more months of treatment, frequency of HA was progressively decreased and stopped. No recurrence was observed for 6 months. The management of chronic pastern vasculitis with topical application of glucocorticoids seems an efficient and interesting approach to avoid secondary effects of systemic therapy.

Commémoratifs / Anamnèse :

- Hongre (sang belge) de 16 ans
- Depuis 9 ans : lésions squameuses et oedème des membres postérieurs récurrents
- Absence de contagiosité apparente
- Nombreux traitements testés : antiseptiques , agents cicatrisants, antibiotiques, anti-inflammatoires, antiparasitaires, probiotiques...
- Réponse insuffisante

Examen clinique :

- Signes cliniques permanents depuis un an.
- Examen général : aucune anomalie.
- Examens dermatologique : (Fig.1)
 - Croûtes, érosions, érythème, alopecie et squamosis (paturons, boulets et canons)
 - Oedème généralisé (membres postérieurs)
 - Prurit absent

Diagnostic différentiel :

- Vascularite des paturons (infectieuse, leucocytoclasique)
- Pyodermite superficielle bactérienne
- Dermatophilose
- Photosensibilisation
- Pemphigus foliacé
- Gale chorioptique

Examens complémentaires :

- Raclages : négatifs
 - Cytologie :
 - PNN, cocci, bacilles
 - Absence de cellules acantholytiques
 - Histopathologie : (Fig.2)
 - acanthose irrégulière (Fig.2-a) (*)
 - parakératose épidermique et folliculaire (★)
 - infiltrat lymphocytaire d'interface (¥)
 - élastose dermique (Fig.2-b)
 - lésions vasculaires (plexus superficiel et profond + hypoderme) : (Fig.2-c)
 - ✓ épaissement pariétal
 - ✓ infiltrat lymphocytaire /neutrophilique
 - ✓ congestion vasculaire
 - ✓ oedème périvasculaire
 - ✓ vacuolisation de l'endothélium
- *Vascularite associée à une élastose solaire*

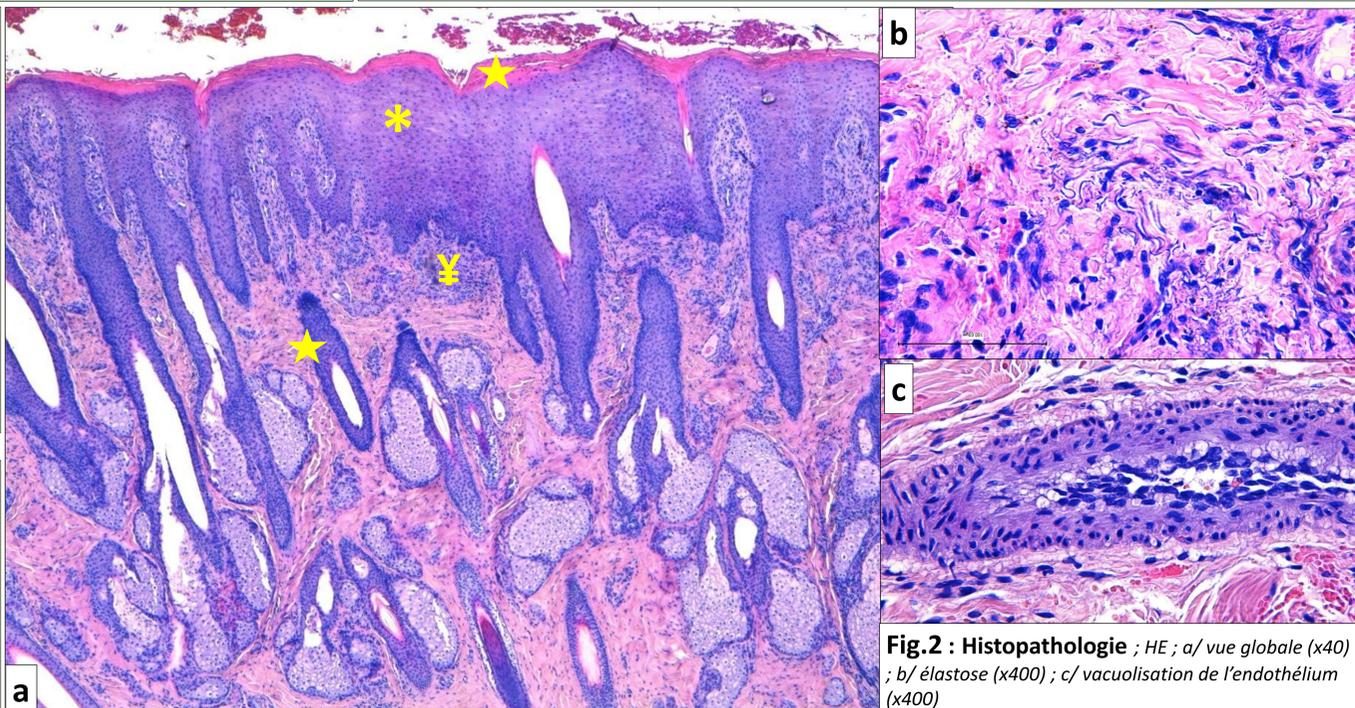


Fig.2 : Histopathologie ; HE ; a/ vue globale (x40) ; b/ élastose (x400) ; c/ vacuolisation de l'endothélium (x400)



Fig.1 : Aspect lésionnel à J0



Fig.3 : Aspect lésionnel à J60

Diagnostic final → Vascularite des paturons

Traitement :

- Arrêt de tout traitement topique et systémique en cours
- Tonte des extrémités
- Chlorhexidine 5% SID
- Acéponate d'hydrocortisone (HA) (Cortavance®) BID
- Protection solaire (guêtres) le jour
- Réduction de l'oedème (bandages) la nuit

Suivi :

- J0 + 1 mois : nette amélioration des lésions → passage à : HA (SID) et chlorhexidine (2 fois par semaine) sans changer le reste.
- J0 + 2 mois : disparition de l'oedème, persistance d'un érythème modéré (Fig.3)
- J0 + 5 mois : HA progressivement diminué puis arrêté
- J0 + 6 mois : guérison clinique
- Recul à 1 an : absence de rechute observée

Discussion :

- Vascularite des paturons = patron réactionnel^{2,3}
- Etiologie multifactorielle : génétique, environnementale (photoactivation), iatrogènes, infectieuses, immunitaires^{1, 4}
- Traitement :
 - Habituellement décrits : antibiotiques et glucocorticoïdes (GC) systémiques
 - GC topiques mentionnés mais pas de donnée publiée^{4, 5}
- Originalité du cas → Gestion incluant un GC topique : l'acéponate d'hydrocortisone (Cortavance®)

Conclusion :

L'intégration de GC topiques dans la gestion d'une vascularite des paturons, représente une alternative thérapeutique intéressante aux traitements systémiques (limite les effets secondaires)

Références :

- 1/ Psalla et al., The Veterinary Journal 198 (2013) 524–530 ; 2/ Scott, D.W., Miller, W.H., 2003. Pastern dermatitis. In: Vinoth, J. (Ed.), Equine Dermatology. Saunders Elsevier, St. Louis, MO, USA, pp. 687–689. ; 3/ White et al., Veterinary Dermatology, 2009, 20, 600–606 ; 4/ Yu A., Vet Clin Equine 29 (2013) 577–588 ; 5/ Yu AA. In: Robinson NE, editor. Current Therapy in Equine Medicine. 5th edition. Philadelphia, PA: WB Saunders; 2002. p. 201-3.

