

MÉDECINE
FÉLINE

**Diagnostic
et traitement
des entéropathies
chroniques**

MÉDECINE
BOVINE

**Fracture
des os longs
Poser une attelle
de Thomas**



N° 602 du 22 avril au 5 mai 2021

L'ESSENTIEL

l'actualité vétérinaire autrement



**Dermatites
à *Malassezia*
Chaque cas est
un défi thérapeutique**

Dermatite à *Malassezia*

Gestion au long cours

La dermatite à *Malassezia* représente une complication fréquente de la dermatite atopique. Elle constitue souvent un défi thérapeutique du fait de la fréquence des récives, qui amène à envisager un traitement d'entretien, tout particulièrement fondé sur des shampoings antifongiques réguliers.



Arnaud Muller
DMV, Dipl. ECVD
Clinique vétérinaire
Saint-Bernard
Lomme (59)



Éric Guaguère
DMV, Dipl. ECVD
Clinique vétérinaire
Saint-Bernard
Lomme (59)

Jessie, chienne berger allemand de 2,5 ans, est présentée pour une dermatose prurigineuse chronique, évoluant depuis un an environ, ne répondant pas ou peu aux différents traitements entrepris (corticoïdes, antibiotiques).

Examen clinique

L'examen clinique montre une chienne en bon état général, mais présentant effectivement une dermatose fortement prurigineuse (prurit évalué à 8/10 sur une échelle visuelle analogique), associée à des lésions siégeant sur le plastron, la face ventrale du thorax et de l'abdomen, les aisselles et les extrémités podales, caractérisées par une alopecie, un squamosis pityriasiforme, un épaissement cutané, une hyperpigmentation, un aspect gras au toucher et une odeur rance (FIG. 1 à 4).

Compte tenu de la localisation et de l'aspect clinique, l'hypothèse diagnostique principale est celle d'une dermatite à *Malassezia*, compliquant potentiellement une dermatite allergique (allergie à la piqûre de puces, allergie alimentaire ou aux aéroallergènes). Une pyodermite, une démodicose et une dermatophytose doivent toutefois être envisagées.

Examens complémentaires

Une série d'examens complémentaires immédiats est donc réalisée :

- les raclages cutanés, le trichogramme et l'examen en lampe de Wood sont négatifs (*Demodex*, *Sarcoptes*, dermatophytes) ;

- les calques cutanés mettent en évidence une prolifération bactérienne (*cocci*) modérée en surface, sans image de phagocytose par des granulocytes neutrophiles ;
- le test à la cellophane adhésive révèle de très nombreuses levures du genre *Malassezia*.

Le diagnostic est donc celui d'une dermatite à *Malassezia*, associée à une prolifération bactérienne de surface. Une cause sous-jacente allergique est envisagée (présence de nombreux critères de Favrot, compatibles avec une dermatite atopique : TAB.), amenant à la mise en place d'un régime alimentaire hypoallergénique à base de protéines de saumon hydrolysées (Specific CDD-HY®) avec suppression de tous les à-côtés (notamment les produits laitiers et les friandises de type os à mâcher), pendant un minimum de 2 mois.

Traitement et suivi

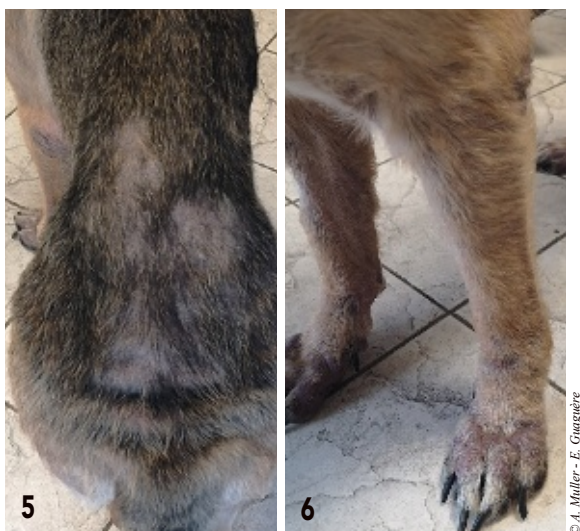
Dès lors, le traitement entrepris est le suivant :

- tonte lésionnelle large ;
- shampoings antiseptiques et antifongiques bihebdomadaires (chlorhexidine et miconazole), en insistant bien sur le protocole d'application, en 2 phases avec un temps de pose obligatoire de 10 minutes avant le dernier rinçage ;
- antiseptie locale quotidienne à l'aide de lingettes imbibées de chlorhexidine ;
- antifongique oral (kétoconazole) à la posologie de 5 mg/kg/j en une prise pendant 20 jours, pendant le repas.

Le contrôle à 2 semaines montre une très nette amélioration des lésions cutanées avec disparition du squamosis, repousse



La localisation et l'aspect des lésions sont caractéristiques : alopecie, squamosis pityriasiforme, épaissement cutané, hyperpigmentation, aspect gras et odeur rance.



© A. Müller - E. Giuguère

Discussion

Malassezia pachydermatis est une levure naturellement présente sur la peau (conduit auditif, lèvres, aisselles, espaces interdigités...) et les muqueuses du chien. Le passage d'élément commensal à parasite est déterminé par diverses conditions, principalement liées à l'hôte : caractéristiques anatomiques comme les plis favorisant la macération, troubles de la cornéogenèse (séborrhée primaire du cocker par exemple), dysendocrinies, processus inflammatoires comme les dermatites allergiques, prédispositions raciales (westie, setter anglais, shih-tzu, basset hound, cocker américain, boxer, teckel, caniche).

Pathogénie

La pathogénie de développement d'une dermatite à *Malassezia* a fait l'objet de nombreuses études, qui ont notamment mis en évidence les facteurs de virulence de cette levure et les interactions avec la flore bactérienne, principalement les staphylocoques cutanés, mais aussi le système immunitaire (inné et acquis). Ainsi, une hypersensibilité immédiate (IgE-médiée) et retardée a bien été démontrée, suggérant la probable nécessité d'un contrôle strict de la population de *Malassezia* chez un chien à terrain allergique. En revanche, l'immunothérapie spécifique ciblée sur *Malassezia* n'a pas prouvé à ce jour son efficacité dans des études suffisamment solides.

Tableau clinique et diagnostic

Même si des formes plus localisées ou plus frustes peuvent être observées (érythème du menton, périoral ou interdigité par exemple), la présentation clinique de la dermatite à *Malassezia* est assez caractéristique : érythème, squamosis « gras », hyperpigmentation, lichénification, odeur rance, prurit variable allant de faible à intense. Une otite érythématocérumineuse est régulièrement présente, l'atteinte des griffes étant plus rare, mais probablement sous-diagnostiquée (érythème et gonflement du bourrelet unguéal, s'accompagnant parfois d'un exsudat brunâtre et d'une discoloration de la griffe qui apparaît rouge brun). Le diagnostic est essentiellement clinique et cytologique : mise en évidence, préférentiellement par le test à la cellophane adhésive (« scotch-test »), d'éléments ovalaires ayant une forme typique, dite en « bouteille de Perrier », due à un bourgeonnement unipolaire. Le nombre minimal de levures permettant un diagnostic de dermatite à *Malassezia* reste sujet à controverse et doit être interprété en fonction de la suspicion clinique.

Traitement

Le protocole thérapeutique communément admis comprend un traitement topique de 3 à 4 semaines et/ou un antifongique oral pendant 2 à 4 semaines, suivi nécessairement d'un contrôle clinique et cytologique :

- en cas de guérison clinique et cytologique, le diagnostic de dermatite à *Malassezia* est posé, mais ne doit pas amener à négliger la recherche d'une cause sous-jacente (anatomique, environnementale) ;

Les signes cliniques sont améliorés, mais le prurit, le pelage gras et l'odeur associée persistent.

partielle des poils, diminution significative du prurit (4/10), de l'épaississement cutané, de l'aspect gras et de l'odeur rance. Le traitement est modifié en poursuivant uniquement les shampoings bihebdomadaires.

Les contrôles à 1,5 puis 2,5 mois confirment la stabilisation clinique, mais également la persistance du prurit (entre 4 et 6/10) et de l'odeur associée au pelage gras (Fig. 5 et 6).

L'implication de l'alimentation dans les signes cliniques ne semblant pas prépondérante, des intradermoréactions sont réalisées et confirment une sensibilisation marquée aux acariens domestiques : acariens de la poussière de maison (*Dermatophagoides farinae* et *Dermatophagoides pteronyssinus*) et acariens de stockage (*Acarus siro* ici). Une immunothérapie spécifique (ciblée sur *D. farinae*) est donc mise en place pour un minimum de 18 mois.

Les contrôles effectués lors des 18 mois suivants mettent en évidence l'absence d'amélioration significative, avec des rechutes de dermatite à *Malassezia* (parfois même associées à des pyodermites) après diminution de la fréquence des shampoings (une fois par semaine à une fois toutes les 2 semaines), nécessitant un retour à 2 applications hebdomadaires et parfois la prise de kétoconazole pendant 10 à 20 jours. La désensibilisation est donc stoppée.

Le suivi à 3 ans confirme une bonne tolérance et une bonne efficacité du protocole d'entretien à 2 shampoings par semaine (avec possibilité de périodes à un shampoing par semaine), associés régulièrement à une tonte des zones le plus fréquemment concernées (la discussion avec les propriétaires est nécessaire pour les convaincre du bien-fondé de cette tonte régulière). Un émoullient est parfois ajouté en cas de sécheresse cutanée trop importante.

Critères de Favrot (2010) chez Jessie

(à considérer après exclusion des causes parasitaires et infectieuses)

1. Premiers symptômes avant l'âge de 3 ans	Oui
2. Mode de vie principalement en intérieur	Oui
3. Prurit initialement alésionnel (souvent corticostensible)	Oui
4. Atteinte des antérieurs	Oui
5. Atteinte des pavillons auriculaires	Oui
6. Absence d'atteinte du bord des pavillons auriculaires	Oui
7. Absence d'atteinte de la zone dorsolombaire	Oui

- en cas d'amélioration clinique partielle ou nulle avec une guérison cytologique, il convient de rechercher d'emblée une dermatose associée (séborrhée primaire par exemple) ou une dermatose inflammatoire (allergie en particulier) ;
- en cas de réponse clinique et cytologique partielle, il faut revoir le traitement initial (observance, choix des molécules, résistance antifongique) avant de décider de l'intensifier ou de le modifier.

Malassezia pachydermatis est réputée sensible à la plupart des antifongiques : azolés (miconazole, clotrimazole, kétoconazole, itraconazole, posaconazole) et terbinafine, mais pas à la griséofulvine. Toutefois, le seul traitement validé par la médecine fondée sur les preuves (*evidence-based medicine*), est l'application bihebdomadaire sur 3 semaines d'un shampoing associant miconazole à 2 % et chlorhexidine à 2 %. Ce protocole montre un haut niveau de preuves, alors qu'il est seulement correct pour le shampoing à la chlorhexidine à 3 %. Le traitement local peut être suffisant lors de dermatite localisée, mais aussi lors de certaines formes généralisées peu sévères.

Même si le niveau de preuves n'est que correct pour le traitement oral à base de kétoconazole (5-10 mg/kg, 1 à 2 fois par jour pendant 3 semaines) ou d'itraconazole (5 mg/kg/j pendant 3 semaines ou 2 jours de suite par semaine pendant 3 semaines), le recours à ces molécules est assez fréquent, en association avec le traitement topique. Le coût est significativement inférieur avec le kétoconazole, même si la possibilité d'une utilisation intermittente de l'itraconazole (2 jours de suite par semaine ou une semaine sur deux comme dans le traitement des dermatophytoses) réduit notablement l'écart.

Il n'existe pas de différence significative entre des chiens traités au kétoconazole à 5 et à 10 mg/kg/j pendant 3 semaines. Il a également été observé une efficacité intéressante de la terbinafine orale (30 mg/kg/j en une prise), mais cela reste à confirmer par des études plus larges.

Récidives et résistance

Les cas de dermatite à *Malassezia* récidivante sont les plus complexes à gérer, ils nécessitent souvent une exploration de causes sous-jacentes et une thérapeutique d'entretien,

qui doit privilégier les soins locaux (shampoings antifongiques réguliers). La tonte lésionnelle est alors extrêmement importante pour mieux visualiser l'ensemble des lésions et améliorer significativement l'efficacité des traitements, notamment topiques.

L'administration pulsée d'itraconazole (2 jours de suite par semaine) a été rapportée comme pouvant diminuer les récurrences (effet préventif), mais elle présente plus de risques d'intolérance que le shampoing. À notre connaissance, ce même protocole avec le kétoconazole n'a pas fait l'objet d'études publiées.

La possibilité d'émergence d'une résistance antifongique est réelle, même si elle est peu rapportée dans les conditions cliniques. Cela doit amener à rester vigilant lors d'usage prolongé ou répété de ces molécules antifongiques, tout particulièrement lors de dermatite atopique surinfectée ou d'otite récidivante. ■

Bibliographie

1. BENSIGNOR E., « Comparaison de deux posologies de kétoconazole pour le traitement de la dermatite à *Malassezia* chez le chien », *Annales de Médecine Vétérinaire*, 2001, 145, pages 311-316.
2. BENSIGNOR E., « Oral itraconazole as a pulse therapy for the treatment of canine *Malassezia* dermatitis : a randomized, blinded, comparative trial », *Prat. Méd. Chir. Anim. Comp.*, 2006, 41, pages 69-72.
3. BOND R. et al., « Biology, diagnosis and treatment of *Malassezia* dermatitis in dogs and cats, Clinical Consensus Guidelines of the World Association for Veterinary Dermatology », *Vet. Dermatol.*, 2020, 31, pages 73-77.
4. CARLOTTI D.N. et al., « Dermatite à *Malassezia* chez le chien : étude bibliographique et rétrospective de 12 cas généralisés traités par des dérivés azolés », *Prat. Méd. Chir. Anim. Comp.*, 1996, 31, pages 297-307.
5. FOSTER A.P., « A review of topical therapy for skin infections with bacteria and yeast », *Vet. Dermatol.*, 2012, 23, pages 330-341.
6. GROSS T.L. et al., *Veterinary Dermatopathology*, Mosby Year Book, St Louis, 1992.
7. MAYNARD L. et al., « Comparison of two shampoos for the treatment of canine *Malassezia* dermatitis : A randomised controlled trial », *J. Small Anim. Pract.*, 2011, 52, pages 566-572.
8. NÈGRE A. et al., « Evidence-based veterinary dermatology : a systematic review of interventions for *Malassezia* dermatitis in dogs », *Vet. Dermatol.*, 2008, 20, pages 1-12.
9. PINCHBECK L.R. et al., « Comparison of pulse administration versus once daily administration of itraconazole for the treatment of *Malassezia pachydermatis* dermatitis and otitis in dogs », *J. Am. Vet. Med. Assoc.*, 2002, 220, pages 1807-1812.
10. ROSALES M.S. et al., « Comparison of the clinical efficacy of oral terbinafine and ketoconazole combined with cephalexin in the treatment of *Malassezia* dermatitis in dogs – a pilot study », *Vet. Dermatol.*, 2005, 16, pages 171-176.
11. SCOTT D.W. et al., *Small Animal Dermatology*, 6th edition, Muller and Kirk's, W.B. Saunders company, Philadelphia, 2000.