

LA PANOSTEITE EOSINOPHILIQUE

- I- Définition**
- II- Synonymes**
- III- Pathogénie**
- IV- Symptômes**
- V- Lésions**
- VI- Examen Hématologique**
- VII- Diagnostic différentiel**
- VIII- Traitement**

I- Définition

La panostéite est une affection qui provoque de la douleur et une boiterie chez les jeunes chiens en période de croissance. Elle atteint surtout les grandes races, en particulier le Berger Allemand entre 5 mois et 2 ans (Alexander, 1991). Le St Bernard, le Pointer, le Doberman et Labrador peuvent être aussi atteints par cette affection.

Bien qu'on la retrouve chez les deux sexes, elle affecte plutôt les mâles dans une proportion de 4/1 (Alexander, 1991). La panostéite est appelée aussi énostose.

L'étiologie est à ce jour inconnue, une infection, des mécanismes auto-immunitaires, le parasitisme et surtout les troubles métaboliques ont été invoqués (Brinker, 1986). La panosteite représente presque 3 % des atteintes ostéoarticulaires rencontrées au niveau du Centre Hospitalier et Vétérinaire de l'IAV Hassan II (Ait Hammou, 1999).

III- Pathogénie

La panostéite relève d'une ostéogénèse en cours à l'intérieur de la cavité médullaire. Il se produit d'abord une nécrose et un oedème de la moelle osseuse grasseuse au niveau du trou nourricier (Lenahan et al., 1985). Après 15 à 20 jours, le processus de l'ostéogénèse intra-membraneuse gagne toute la cavité médullaire diaphysaire et peut être suivie d'une réaction périostée plus ou moins importante. Au cours des 20 à 25 jours qui suivent, l'os trabéculaire nouvellement formé commence à s'effacer au niveau du trou nourricier. 40 à 50 jours plus tard, la cavité médullaire redevient normale et la moelle osseuse grasseuse reprend son

aspect initial. Si l'infection se reproduit plusieurs fois au niveau du même os, celui-ci peut devenir cubique par suite des remodelages endostéo-périostés successifs.

IV- Symptômes

Le tableau clinique est dominé par une apparition subite d'une boiterie intermittente. L'animal présente une douleur à la palpation des os atteints.

Pendant les excès de boiterie et de douleur l'animal est souvent léthargique et présente généralement une hyperthermie. Après avoir atteint un membre pendant un certain temps (2 à 3 semaines), la boiterie et la douleur ont tendance à se déplacer et à atteindre un autre membre, du fait que la lésion guérit au niveau d'un os pour se produire au niveau d'un autre. Parfois plusieurs os ou même plusieurs membres sont atteints simultanément (Milton et Montgomery, 1991).

V- Lésions

Les examens radiographiques permettent généralement de confirmer le diagnostic évoqué. Le cubitus est affecté dans 42% des cas, le radius dans 25%, l'humérus dans 14 % et le tibia dans 8 % des cas (Lenahan, 1985).

Les premiers signes radiographiques mettent en évidence des plages mal délimitées plus opaques et plus trabéculées à l'intérieur de la cavité médullaire. Le contraste entre la corticale et le canal médullaire diminue.

Des densifications irrégulières apparaissent d'abord au niveau du trou nourricier, deviennent plus denses en 1 à 2 semaines pour atteindre la corticale. Si l'atteinte persiste, l'os périosté néoformé devient plus épais et plus dense.

Au cours de la phase de résolution, les plages sclérosées perdent progressivement de leur importance et de leur densité mais les signes radiographiques peuvent persister pendant plusieurs mois après la disparition de la boiterie (Bohing et al., 1970).

VI- Examen Hématologique

Dans de très rares cas l'examen hématologique permet d'observer une éosinophilie franche (Cotard, 1984).

VII- Diagnostic Différentiel

Le diagnostic différentiel fait appel à :

- ➔ L'ostéofibrose juvénile.
- ➔ L'ostéodystrophie hypertrophique.
- ➔ L'ostéochondrite disséquante.
- ➔ La dysplasie de la hanche.

Un diagnostic reste à établir après un examen des membres et surtout du membre atteint, et la radiographie qui est dans la plupart du temps confirmative (Cotard, 1984).

VIII- Traitement

La panostéite éosinophilique évolue en principe favorablement sans traitement.

La corticothérapie est cependant recommandée pour diminuer la douleur importante. Il convient cependant de ne pas distribuer les corticoïdes abondamment afin d'éviter une ostéoporose catabolique.

La Prédnisolone à la dose de 0,5 mg/kg/j pendant une semaine peut améliorer le tableau clinique ou même parfois faire disparaître définitivement les symptômes cliniques. En revanche, les lésions radiographiques persisteront beaucoup plus longtemps. Les salicylés ont également été recommandés, associés aux corticoïdes (Aspirine 25 mg/kg/j) (Cotard, 1984).