

test clinique

les réponses

une panostéite chez un Berger Allemand

Mathieu Manassero

Service de chirurgie
École nationale vétérinaire d'Alfort
7, avenue du Général de Gaulle
94704 Maisons-Alfort Cedex

1 Quelles sont les hypothèses diagnostiques ?

- Le diagnostic clinique est celui d'une boiterie du membre antérieur gauche de stade 2, c'est-à-dire une boiterie discrète, permanente, avec appui, associée à une hyperthermie marquée sans syndrome fébrile.
- Les hypothèses diagnostiques, compte tenu de l'examen et de l'anamnèse, sont une dysplasie ou une ostéochondrose du coude et du grasset, une polyarthrite, une ostéomyélite ou une panostéite.

2 Quelle est la conduite à tenir et quel est le diagnostic étiologique ?

- Une radiographie du radius gauche est réalisée. Celle-ci met en évidence des images d'ostéocondensation.
- La race, l'âge, la présentation clinique et les images radiographiques permettent de conclure à un diagnostic de panostéite.

3 Quel traitement proposez-vous ?

- La prise en charge de la panostéite est uniquement médicale avec repos strict. Un antalgique à base de méloxicam (Metacam®), est prescrit en injection à la dose de 0,2 mg/kg, puis per os à la dose de 0,1 mg/kg en une seule prise quotidienne pendant 1 mois ; puis par cure de 15 jours en cas de réapparition de la boiterie.
- Un mois, puis 2 mois après la consultation, les propriétaires indiquent, à l'occasion du suivi téléphonique, que la boiterie et l'abatement initialement présents ont disparu.

DISCUSSION ET CONCLUSION

- La panostéite, encore appelée panostéite éosinophilique ou énostose est une affection à l'origine de boiterie chez les jeunes animaux de moyenne et de grande race, aussi fréquente que la dysplasie coxofémorale ou l'ostéochondrose de l'épaule.
- Certaines races comme le Berger des Pyrénées, le Basset-Hound, le Shar-Pei, le Mastiff, le Schnauzer Géant, et surtout le Berger Allemand sont prédisposées, avec une incidence plus importante chez le mâle (2/3 des cas). Les animaux atteints sont le plus souvent âgés de 6 à 18 mois. L'origine de la maladie est, pour l'instant, inconnue. Des facteurs héréditaires, des infections virales, bactériennes, parasitaires ou des affections métaboliques, allergiques, ou endocri-

Encadré - Signes cliniques, diagnostic différentiel et examens complémentaires

- L'affection se manifeste par une boiterie d'apparition aiguë, intermittente sans traumatisme associé. Elle peut évoluer de manière cyclique sur des périodes de 2 à 3 semaines.
- Des épisodes d'abatement, d'hyperthermie ou de perte de poids sont parfois associés.
- L'examen orthopédique révèle une douleur à la palpation pression des membres atteints. Les segments osseux souvent touchés sont l'humérus (tiers moyen et tiers distal), le radius (tiers moyen), l'ulna (tiers proximal), le fémur (moitié proximale) et le tibia (tiers proximal). La panostéite peut affecter simultanément plusieurs os ou évoluer d'un os à l'autre.
- Le diagnostic différentiel se fait avec la dysplasie coxofémorale, une dysplasie du coude, une rupture du ligament croisé, une fracture, une luxation rotulienne, une ostéodystrophie hypertrophique ou encore une ostéochondrose.
- Les images radiographiques typiques de panostéite correspondent à des plages de radio-opacité qui commencent au niveau des forams nourriciers, s'étendent à l'intégralité de la cavité médullaire, et sont parfois associées à une réaction périostée. Lorsqu'un doute persiste, des clichés peuvent être réalisés 2 à 3 sem plus tard.
- L'IRM, la scintigraphie, la thermographie ou la tomодensitométrie présentent peu ou pas d'avantage par rapport à la radiographie.
- L'examen histologique met en évidence un remplacement de la moelle osseuse par un tissu fibreux. Malgré le remodelage osseux, la panostéite ne semble pas prédisposer à des fractures.



2 Radiographie face/profil centrée sur le coude gauche, permettant de mettre en évidence une zone d'ostéocondensation du 1/3 proximal à mi-diaphyse ulnaire, compatible avec une lésion de panostéite (photo service des urgences, E.N.V.A.).

Pour en savoir plus

- Bernardé A, Mazetier F. Incidence comparée de la panostéite parmi les causes de boiterie du chien adolescent. Prat. Med. Chir. Anim. Comp. 1998;33:417-23.
- Lafond E, Breur GJ, Austin CC. Breed susceptibility for developmental orthopedic disease in dogs. J Am Anim Hosp Assoc 2002;38:467-77.
- McLaughlin RM. Hind limb lameness in the young patient. Vet. Clin. North. Am. Small. Anim. Pract. 2001;31:101-23.
- Muir P, Dubielzig RR, Johnson KA. Panosteitis. Comp. Cont. Edu. Pract. Vet. 1996;18:29-33.
- Salomon JF. La panostéite éosinophilique du chien. Affections ostéoarticulaire du chien et du chat en croissance. Point. Vet. 2003;34:70-2.