

Masses cutanées chez un chien

La démarche diagnostique

Les tumeurs cutanées, parmi les plus fréquentes tumeurs chez le chien, méritent toutes un examen approfondi, même chez un jeune chien, et d'autant plus s'il appartient à une race à risque. Le vétérinaire doit garder à l'esprit que plusieurs types tumoraux peuvent coexister chez un même animal.



Cooper, boxer mâle de 2 ans, est présenté en consultation de cancérologie pour deux nodules cutanés, l'un à l'oreille gauche et l'autre à la cuisse droite. Il est également suivi régulièrement à la clinique pour ses vaccinations et des problèmes oculaires (ectropion).

Examen clinique

Cooper est en bon état général. Les deux nodules sont morphologiquement semblables : ce sont des nodules cutanés à bords bien délimités, indurés, légèrement érythémateux, alopéciques et non ulcérés (cf. photos 1 et 2). Les nœuds lymphatiques de drainage sont de consistance et de taille normale à la palpation.



Florence HUET
Vétérinaire



Delphine RIVIERE
Département des Sciences
Cliniques des Animaux de
Compagnie et de Sport
ENVT



Didier LANORE
DVM, Praticien à
Plaisance du Touch et chargé
de cours et de consultation
de cancérologie à l'École
Nationale Vétérinaire
de Toulouse



1
Nodule sur l'oreille gauche.

Didier Lanore



2
Nodule sur la cuisse droite.

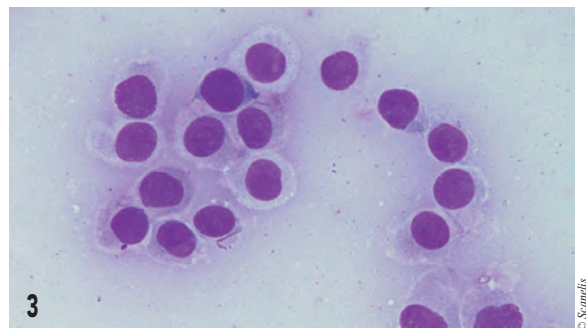
Didier Lanore

la plus probable. L'histiocytome (jeune âge du chien) et le mastocytome (race boxer) sont les deux principales tumeurs cutanées suspectées.

Examens complémentaires

L'analyse cytologique permet dans un premier temps de faire le diagnostic de deux tumeurs à cellules rondes. Le diagnostic différentiel de ce type de tumeurs comprend les lymphomes, plasmocytomes, histiocytomes, mastocytomes, mélanomes et sarcomes de Sticker.

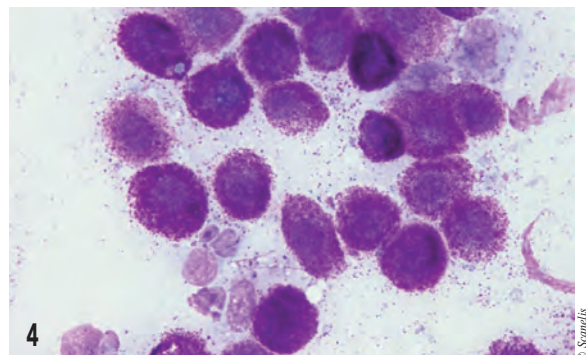
L'observation à plus fort grossissement permet d'affiner le diagnostic pour chacune des masses. La population cellulaire du nodule de l'oreille se caractérise par un rapport nucléocytoplasmique moyen, un cytoplasme basophile clair et un noyau souvent excentré, ovoïde et parfois irrégulier. Ces cellules évoquent des histiocytes (cf. photo 3).



3

© Scandis

Les cellules de l'autre masse sont rondes, avec un noyau rond, le plus souvent central et contiennent des granulations cytoplasmiques azurophiles, compatibles avec des mastocytes (cf. photo 4).



4

© Scandis

Hypothèses diagnostiques

Compte tenu de l'aspect clinique et des données épidémiologiques, l'hypothèse d'une origine néoplasique semble

Les deux nodules sont donc suspectés cytologiquement comme un histiocytome pour l'oreille et un mastocytome sur la cuisse. La nature tumorale des deux lésions cutanées étant définie, la seconde étape de la démarche diagnostique est la réalisation du bilan d'extension tumoral. Ce dernier est réalisé uniquement pour le mastocytome, l'histiocytome étant généralement une tumeur bénigne chez le jeune.

Bilan d'extension

La première étape du bilan d'extension (examen des nœuds lymphatiques loco-régionaux) a été réalisée de la manière suivante :

- cytoponction du nœud lymphatique poplité palpable qui s'est révélé non infiltré
- examen clinique du nœud lymphatique inguinal superficiel non palpable et donc non ponctionné

Le bilan d'extension à ce stade a été considéré comme négatif. Les deux nodules sont retirés chirurgicalement avec une exérèse simple sur la suspicion d'histiocytome (nodule à l'oreille) et une exérèse large sur la suspicion de mastocytome (nodule de la cuisse). L'examen histologique confirme par la suite les suspicions cytologiques et précise également le caractère sain des marges d'exérèse pour les deux tumeurs. Le mastocytome présente des critères architecturaux et cytologiques de malignité intermédiaire entre le grade I et le grade II mais un Ki67 supérieur à 10 %.

Deux nodules d'aspect clinique identique ont donc été observés sur une même chien. La cytologie diagnostique deux tumeurs à cellules rondes dans un premier temps et émet deux hypothèses différentes pour le type cellulaire. L'orientation cytologique et l'intensité du bilan d'extension permettent d'adapter d'emblée la technique chirurgicale : large pour le mastocytome et *a minima* pour l'histiocytome cutané.

Discussion

Epidémiologie

Le mastocytome est la principale tumeur cutanée rencontrée chez le chien représentant approximativement 10 % des tumeurs canines et 20 % des tumeurs cutanées du chien⁶. Il concerne préférentiellement les animaux d'âge moyen, sans prédisposition de sexe. En revanche, certaines races semblent prédisposées : les Boxer en particulier, ainsi que le Labrador et le Golden retriever par exemple. L'histiocytome cutané est également une tumeur fréquente, le plus souvent rencontrée chez les jeunes chiens, bien que des cas chez des chiens âgés aient aussi été décrits.

Morphologie

Le mastocytome est connu pour être un grand imitateur. En effet, il peut prendre l'apparence de nombreuses lésions. Dans sa forme clinique classique, le mastocytome prend l'aspect d'un ou plusieurs nodule(s) dermique(s) érythémateux et alopecique(s), tout comme l'histiocytome cutané. A l'inverse, certains mastocytomes peu caractéristiques se présentent comme des infiltrats diffus, plus ou moins ulcérés. Cette tumeur peut donc être unique ou multicentrique, nodulaire ou diffuse, ulcérée ou non. L'aspect, la consistance et la taille sont extrêmement variables. Les mastocytomes peuvent ressembler à n'importe quoi : ils sont polymorphes et de gravité variable. Il faut donc souvent les inclure dans le diagnostic différentiel de toute masse cutanée.

Localisation

Les localisations préférentielles du mastocytome et de l'histiocytome cutané³ sont le tronc, puis les extrémités, la tête et le cou. Initialement, il était considéré que les mastocytomes localisés en région périnéale, prépucciale, scrotale ou à la racine des membres étaient de moins bon pronostic que les autres localisations, or des études récentes ont réfuté cette hypothèse⁷. Le mastocytome du museau serait plus agressif⁸.

Cytologie/Histologie

Face à une lésion cutanée suspecte, une cytoponction s'avère indispensable. En effet, le diagnostic clinique du mastocytome est très souvent possible sur la base d'une cytoponction. La cytologie peut être très caractéristique, avec une prolifération de mastocytes (cellules rondes avec des granulations cytoplasmiques caractéristiques). Des éosinophiles sont parfois présents à cause du chimiotactisme lié aux mastocytes. Dans le cas de tumeurs indifférenciées, le diagnostic cytologique peut s'avérer difficile, voire impossible. Par conséquent, même si l'examen cytologique d'une lésion permet le plus souvent d'établir un diagnostic de mastocytome, seul l'examen histopathologique permet de confirmer le diagnostic et surtout d'établir un grading et donc un pronostic. De plus, l'histologie est toujours nécessaire pour vérifier que les marges d'exérèse sont saines. Le mastocytome est classiquement gradé selon le grading de Patnaik (grade I à III). Les critères retenus dans ce grading sont l'index mitotique, la cellularité et la morphologie cellulaire. Le pronostic est essentiellement fonction de ce grading⁵. L'utilisation du marqueur de prolifération cellulaire Ki67 permet de faire un grading immuno-histochimique et de préciser l'agressivité potentielle de la tumeur surtout pour les grades II. A l'inverse du mastocytome, l'histiocytome cutané est une tumeur bénigne qui est due à la multiplication de cellules de Langerhans dans la peau².

Conduite du traitement d'un mastocytome en fonction de son grade histologique

Grade I	Grade II	Grade III
Chirurgie large avec réintervention si marges infiltrées	<ul style="list-style-type: none"> • Si comportement bénin (Ki67 < 10 %) : Chirurgie large avec réintervention éventuelle ± corticothérapie et cimétidine • Si comportement péjoratif (Ki67 > 10 %) : chimiothérapie indiquée (Vinblastine) 	<ul style="list-style-type: none"> • Pour agressivité locale : chirurgie large plus radiothérapie adjuvante • Pour risque généralisation : chimiothérapie obligatoire

Bilan d'extension

Les capacités métastatiques des mastocytomes sont très variables et parfois précoces. Les principaux sites métastatiques sont les nœuds lymphatiques de drainage, le foie, la rate et la moelle osseuse. Les métastases pulmonaires sont rares. Le bilan d'extension doit donc comprendre un examen cytologique par ponction du foie, de la rate et des nœuds lymphatiques, un bilan sanguin (qui peut révéler une anémie, une éosinophilie), un myélogramme et une échographie abdominale (foie, rate, nœuds lymphatiques internes). L'examen cytologique du nœud lymphatique loco-régional est un examen indispensable à cause des métastases ganglionnaires fréquentes. L'absence de métastase à ce niveau permet d'exclure avec une quasi certitude l'existence d'autres métastases à distance. La cytoponction du nœud lymphatique de drainage doit donc être systématique lors du bilan d'extension. Contrairement au mastocytome, l'histiocytome cutané est une tumeur bénigne qui a tendance à régresser en quelques mois sans traitement.

Thérapeutique

L'attitude thérapeutique face à un histiocytome cutané varie entre une exérèse chirurgicale précoce et une surveillance régulière de la masse. Le pronostic est bon. Pour le mastocytome, le traitement de choix est la chirurgie.

Celle-ci peut être considérée comme curative dans les grades I et II en absence de métastases⁶. L'exérèse doit être large (2-3 cm autour de la tumeur) et profonde car la tumeur est souvent très infiltrante malgré un aspect bien délimité. Les marges d'exérèse doivent systématiquement être analysées. Les nœuds lymphatiques infiltrés doivent être retirés. La radiothérapie est très efficace dans les mastocytomes de haut grade et peut être utilisée comme traitement adjuvant dans les formes récidivantes ou lorsque l'exérèse est incomplète ou impossible. La chimiothérapie (vinblastine, lomustine) est indiquée pour gérer les risques de récives et le développement de métastases pour les formes agressives (grade III ou Ki67 > 10 %)¹.

Démarche diagnostique

Histiocytome³ :

- suspicion clinique (jeune chien, masse localisée sur la face, tendance à régresser spontanément)
- analyse cytologique par ponction de la masse à l'aiguille fine
- analyse histopathologique éventuelle
- surveillance régulière et attente de la régression spontanée, ou exérèse chirurgicale simple

Mastocytome :

- suspicion clinique

Différences entre un histiocytome cutané et un mastocytome

	Histiocytome cutané	Mastocytome
Comportement	Bénin	Potentiellement malin (cf. grade)
Bilan d'extension	Le plus souvent inutile	Nécessaire, au moins ponction du nœud lymphatique de drainage
Chirurgie	<i>A minima</i> , voire non nécessaire (guérison spontanée possible)	Large (2-3 cm + un plan en profondeur)
Traitement adjuvant	Inutile	Possible chimiothérapie ou radiothérapie (cf. conditions de mise en place)
Syndrome paranéoplasique	Non	Possible, recherche de l'ulcère gastro-duodénal

- analyse cytologique par ponction de la masse à l'aiguille fine
- analyse cytologique par ponction du nœud lymphatique de drainage :
 - si nœud lymphatique non infiltré, le bilan d'extension s'arrête là,
 - si nœud lymphatique infiltré, bilan d'extension complet (échographie abdominale avec ponction hépatique et splénique, ponction de moelle osseuse)
- détermination du stade clinique : stade 1 à 4
- intervention chirurgicale : exérèse large (2-3 cm autour et un plan en profondeur)
- analyse histologique de la masse, détermination du grade histologique (grade I à III) et Ki67 pour le grade II *a minima*
- traitement variable selon le grade : chimiothérapie ou radiothérapie éventuelle.

Conclusion

Dans le cas de Cooper, seule la ponction du nœud lymphatique de drainage (poplité) a été réalisée. Celui-ci n'étant pas infiltré, il a été jugé inutile de compléter le bilan

d'extension avec l'échographie hépatique et splénique et avec la ponction de moelle osseuse⁸.

Cet exemple illustre le fait que deux nodules, pourtant très proches morphologiquement, peuvent être différents histologiquement et par conséquent leur pronostic et leur traitement aussi. Il ne faut donc jamais se contenter d'une simple observation clinique pour établir un diagnostic. L'analyse cytologique montre ici toute son importance. ■

Bibliographie

1. Cahalane A.K., Payne S., Barber L.G., et al. Prognostic factors for survival in dogs with inguinal and perineal mast cell tumors treated surgically with or without adjunctive treatment : 68 cases (1994-2002). *JAVMA*, 2004, 225 (3), 401-408.
2. Fernandez N.J., West K.H., Jackson M.L., Kidney B.A. Immunohistochemical and histochemical stains for differentiating canine cutaneous round cell tumors. *Vet. Pathol.*, 2005, 42, 437-445.
3. Fulmer A.K., Mauldin G.E. Canine histiocytic neoplasia : an overview. *Can. Vet. J.*, 2007, 48, 1041-1050.
4. Gieger T.L., Theon A.P., Werner J.A., et al. Biologic behavior and prognostic factors for mast cell tumors of the canine muzzle : 24 cases (1990-2001). *J. Vet. Intern. Med.*, 2003, 17, 687-692.
5. Patnaik A.K., Ehler W.J., MacEwen E.G. Canine cutaneous mast cell tumor : morphologic grading and survival time in 83 dogs. *Vet. Pathol.*, 1984, 21, 469-474.
6. Seguin B., Leibman N.F., Bregazzi V.S., et al. Clinical outcome of dogs with grade II mast cell tumors treated with surgery alone : 55 cases (1996-1999). *JAVMA*, 2001, 218 (7), 1120-1123.
7. Sfiligoi G., Rassnick K.M., Scarlett J.M., et al. Outcome of dogs with mast cell tumors in the inguinal or perineal region versus other cutaneous locations : 124 cases (1990-2001). *JAVMA*, 2005, 226 (8), 1368-1374.
8. Le Boulch Y. Choix du bilan d'extension dans le mastocytome cutané canin : étude rétrospective. Thèse Med. Vet. : Toulouse, 2008.