

La dermatite atopique canine (DAC) est une dermatose inflammatoire chronique nécessitant une prise en charge multimodale et individualisée.

# Le diagnostic allergologique dans la pratique

V. BRUET<sup>(1)</sup>, E. BENSIGNOR<sup>(2)</sup>,  
E. GUAGUÈRE<sup>(3)</sup>, D. HÉRIPRET<sup>(4)</sup>,  
C. PRESSANTI<sup>(5)</sup>, E. VIDÉMONT<sup>(6)</sup>

1- DV, spécialiste en dermatologie,  
Dip. ECVD, PhD, Maître de conférence  
Oniris,  
44300 Nantes

2- DV, spécialiste en dermatologie,  
Dip. ECVD, DESV DV,  
Dermatologie référée  
35510 Rennes-Cesson

3- DV, spécialiste en dermatologie,  
Dip. ECVD, DESV DV  
Clinique Saint-Bernard - 59100 Lomme

4- DV, spécialiste en dermatologie,  
Dip. ECVD  
CHV Frégis - 94110 Arcueil

5- DV, spécialiste en dermatologie,  
Dip. ECVD, Praticien Hospitalier  
ENVN - 31300 Toulouse

6- DV, spécialiste en dermatologie,  
Dip. ECVD  
CHV Saint-Martin  
74370 Saint-Martin-Bellevue

## OBJECTIFS PÉDAGOGIQUES

Être capable d'(e) :

- identifier les étapes de la démarche allergologique ;
- positionner le diagnostic allergologique au moment opportun ;
- différencier l'utilisation des intradermoréactions (IDR) et de la sérologie.

## CRÉDITS DE FORMATION CONTINUE

La lecture de cet article ouvre droit à 0,05 CFC. La déclaration de lecture, individuelle et volontaire, est à effectuer auprès du CFCV (cf. sommaire).

Les allergies cutanées sont multiples et banales chez le Chien. La dermatite atopique est la plus fréquente des dermatites allergiques chez le Chien. Cependant, il faut garder en mémoire, qu'aussi fréquentes qu'elles soient, les dermatoses prurigineuses les plus observées ne sont pas allergiques mais bien infectieuses ou parasitaires. Il faut donc avant d'entamer une démarche allergologique ciblée (régime d'éviction alimentaire, intradermoréactions ou dosage d'IgE) être rigoureux dans sa démarche clinique afin de positionner la prescription d'une désensibilisation au moment opportun.

Afin de mener au mieux cette démarche, il faut jalonner la gestion clinique d'étapes clés. □

## Quelle est la démarche face à une suspicion de dermatite atopique ?

La première étape consiste à considérer les causes majeures de prurit et à établir un diagnostic différentiel.

Il est rare de pouvoir affirmer avec certitude à la fin de cette première consultation que l'animal est atteint de dermatite atopique. Il faudra réaliser un travail d'exclusion préalable (ENCADRE 1).

Celui-ci inclut principalement les dermatoses infectieuses bactériennes

(surpopulation bactérienne, pyodermite superficielle, pyodermite profonde), fongiques (dermatite à *Malassezia*, candidose), parasitaires (pulicose, hypersensibilité aux piqûres de puces, gale sarcoptique, gale otodectique, cheyletiellose, démodécie).

Face à des présentations cliniques inhabituelles, une anamnèse particulière, des hypothèses moins fréquentes de dermatoses prurigineuses doivent être émises :



**Photo 1 :** Fort prurit chez un chien non allergique. Cet animal avait été traité antérieurement avec un régime hypoallergénique sans succès, des glucocorticoïdes sans succès. Une sérologie IgE était en attente de résultat pour désensibilisation. Il était finalement atteint de pulicose, de démodicé, d'otacariose et d'une pyodermite superficielle. Le travail d'exclusion est primordial. Sans lui, des animaux sont diagnostiqués "allergiques" de façon erronée et la désensibilisation est un échec.

### Encadré 1 : Place des séries de critères dans le diagnostic de la dermatite atopique

■ Depuis les années quatre-vingt, plusieurs auteurs ont proposé des séries de critères cliniques pour établir le diagnostic de dermatite atopique canine. Actuellement, les critères de Favrot sont majoritairement utilisés. Des études récentes remettent toutefois en cause l'intérêt clinique de ces séries et leur précision diagnostique [1,2]. Ainsi, il est préférable de fonder son diagnostic principalement sur une démarche d'exclusion (cf. texte). Les risques de faux négatifs et de faux positifs en sont nettement diminués.

maladies auto-immunes, leishmaniose, tumeurs dont les lymphomes T épithélioïdes.

Cette étape primordiale doit être réalisée avec beaucoup de rigueur, puisque c'est la base de toute la démarche allergologique (PHOTO 1).

Ainsi, il faut recueillir une anamnèse et des commémoratifs détaillés, réaliser un examen cutané et auriculaire minutieux ainsi qu'un examen général, et étayer ou exclure toutes les hypothèses diagnostiques par des examens complémentaires (immédiats ou retardés).

Il faut également traiter spécifiquement chaque dermatose identifiée en limitant le recours aux traitements antiprurigineux symptomatiques à de courtes périodes (quelques jours).

Ce travail d'exclusion réalisé, la deuxième étape est le travail d'inclusion. Il arrive que face à un historique très en faveur, une sensibilisation à des aéroallergènes tels que des pollens ou aux acariens de poussière de maison soit recherchée en priorité dans le but de la mise en place d'une désensibilisation.

Cependant, bien que moins fréquente chez le Chien que la dermatite atopique liée aux acariens et aux pollens, la dermatite atopique liée aux allergènes alimentaires (trophallergènes) devrait être recherchée de prime abord en cas de prurit non saisonnier, de par la rapidité du test diagnostique (régime d'éviction de 2

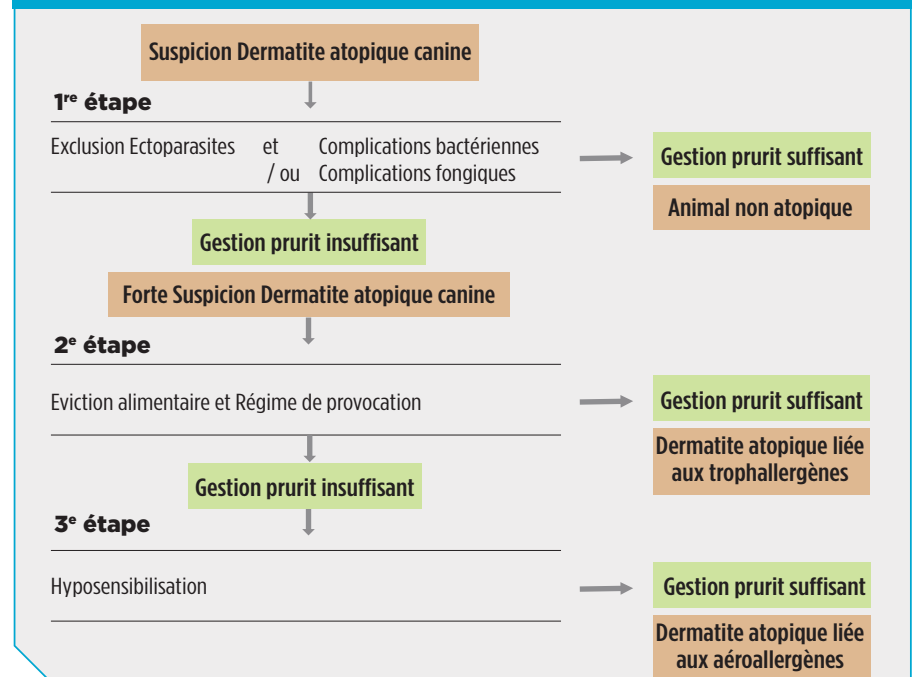
à 3 mois suivi d'un régime de provocation si réponse positive).

Il faut garder en mémoire que, dans cette phase de diagnostic d'hypersensibilité alimentaire, ni les intradermoréactions, ni la sérologie ne sont fiables (pour mémoire, la positivité de la sérologie IgE à des allergènes alimentaires n'a aucune spécificité diagnostique et le régime d'éviction est donc incontournable).

Ainsi, très majoritairement, la désensibilisation ne trouve sa place que chez un chien pour lequel des lésions et des démangeaisons persistent après exclusion des dermatoses prurigineuses non allergiques et exclusion d'une hypersensibilité alimentaire à répercussion cutanée.

Ces étapes sont résumées dans la FIGURE 1. □

**Figure 1 :** Schéma récapitulatif des grandes étapes de la démarche face à une suspicion de dermatite atopique canine.



# Quelles sont les méthodes diagnostiques allergologiques ?

Le diagnostic allergologique pour la mise en évidence d'une sensibilisation à des acariens ou à des pollens ne se positionne donc qu'assez tardivement (sauf exception) dans la démarche diagnostique.

Aujourd'hui, il n'existe que deux méthodes utiles en pratique quotidienne pour mettre en évidence des sensibilisations chez le Chien : l'intradermoréaction (IDR) et la sérologie IgE.

Jusqu'à aujourd'hui, les études tendent à montrer une équivalence en termes d'efficacité de la désensibilisation entamée suite à la réalisation de l'une ou l'autre des méthodes, et ce malgré des résultats de sensibilisation différents sur un même animal [3,4].



**Photo 2 :** Lecture immédiate d'une IDR – Le choix des allergènes inclus dans le kit de désensibilisation doit être lié à l'anamnèse, aux commémoratifs, au mode de vie, à l'environnement et non uniquement à l'observation d'une sensibilisation.

Tableau 1. Récapitulatif des différences entre intradermoréaction et sérologie.

	IDR	Sérologie IgE
<b>Positivité du test</b>	Mise en évidence, <i>in vivo</i> , d'une chaîne de réactions biologiques	Mise en évidence, <i>in vitro</i> , d'une concentration en IgE spécifiques élevée
<b>Réalisation du test</b>	Contention de l'animal Tonte nécessaire Rarement tranquillisation/anesthésie Matériel spécifique Expérience nécessaire	Prise de sang
<b>Réponse</b>	En 20 minutes (réaction immédiate) En 24 ou 48 heures (réaction retardée)	En une semaine
<b>Interprétation</b>	Expérience nécessaire	Expérience nécessaire
<b>Allergènes testés</b>	Panel choisi	Panel préétabli
<b>Fenêtre thérapeutique avant test</b>	Glucocorticoïdes systémiques (action courte) 15 jours Glucocorticoïdes topiques cutanés entre 0 et 15 jours Glucocorticoïdes topiques auriculaires entre 0 et 15 jours Antihistaminiques entre 2 et 7 jours Ciclosporine aucune Oclacitinib aucune Lokivetmab aucune  Remarque : il est toujours préférable de tester la réaction de l'histamine (témoin positif) avant de réaliser l'IDR afin d'identifier une fenêtre thérapeutique trop courte (réactivité absente ou insuffisante)	Glucocorticoïdes systémiques (action courte) aucune Glucocorticoïdes topiques cutanés aucune Glucocorticoïdes topiques auriculaires aucune Antihistaminiques aucune Ciclosporine aucune Oclacitinib aucune Lokivetmab aucune
<b>Efficacité de la désensibilisation</b>	Identique entre les deux méthodes diagnostiques	

L'IDR reste toutefois encore aujourd'hui la méthode de référence car la positivité à un allergène nécessite une chaîne de réactions biologiques (réactions d'hypersensibilités) et non pas une augmentation isolée d'immunoglobulines E. De plus, l'IDR permet d'objectiver à la fois des réactions d'hypersensibilité immédiate (lecture à 20 minutes) mais également retardée (lecture à 24, 48 heures) (même si aucune étude ne montre l'impact de l'inclusion de ces réactions retardées dans l'efficacité de la désensibilisation).

Il faut rappeler que ces méthodes diagnostiques ne sont pas suffisantes à elles seules pour faire un diagnostic de dermatite atopique, il ne faut donc pas conclure sur un simple résultat d'IDR ou de sérologie IgE [5].

C'est pourquoi, la mise en place des tests allergologiques s'insère principalement dans la phase de choix des allergènes lors de désensibilisation [6].

Les conditions de réalisation de ces tests diffèrent (TABLEAU 1). L'IDR nécessite du matériel spécifique dont les allergènes testés et des témoins (positifs et négatifs). Il faut également préparer l'animal avec une tonte sur le thorax plus ou moins importante selon le nombre d'allergènes à tester.

Ces tests peuvent généralement être réalisés sur un animal vigile (sauf exception liée au caractère de l'animal).

L'opérateur injecte un volume de 0,05 mL de chaque produit à tester (à concentrations différentes selon les allergènes) par voie intradermique à l'aide d'une aiguille de 25 ou 26 Gauges.

Après 20 minutes, le clinicien réalise une lecture immédiate, par comparaison aux réactions des témoins, de façon objective (quantification de la taille, de l'érythème, de la palpation) ou subjective (PHOTO 2).

Aujourd'hui, même si l'on sait qu'il y a des variations entre les résultats objectifs et subjectifs (et encore plus entre deux interprétations subjectives) d'une même IDR, il n'y a pas de donnée sur l'impact de ces interprétations dans le choix des allergènes et de l'efficacité clinique de la désensibilisation [7].

Une lecture supplémentaire à 24 et/ou 48 heures peut être effectuée pour mettre en évidence les réactions d'hypersensibilité retardée. Les lectures sont des étapes

déliçates ainsi que le choix des allergènes à inclure dans la désensibilisation.

C'est pourquoi l'IDR est souvent un examen complémentaire effectué chez un vétérinaire dermatologue lors de consultation référée car celui-ci possède à la fois le matériel et l'expérience.

Pour la sérologie IgE, les conditions de réalisation sont simples et nécessitent seulement une prise de sang.

Associées à ces conditions pratiques de réalisation, il existe des contraintes sur les traitements antiprurigineux utilisables lors des tests. Des données, parfois parcellaires, permettent de conseiller sur le temps d'arrêt des molécules avant test (IDR ou sérologie) (TABLEAU 1) [8].

Dans les deux cas, la dernière étape est de choisir les allergènes à utiliser dans la désensibilisation. Il est primordial d'étudier les résultats en fonction de l'historique de l'animal (nécessité de connaître l'évolution sur une année), de son mode de vie, de son environnement et du calendrier pollinique local.

Malgré les connaissances actuelles, de nombreuses questions restent encore aujourd'hui sans réponse. En plus de celles déjà exprimées dans le texte, on peut s'interroger sur l'intérêt d'une combinaison des méthodes (sérologie, IDR) pour affiner la recherche des sensibilisations et pour augmenter l'efficacité de la désensibilisation, sur l'intérêt thérapeutique de répéter les tests pour élire uniquement les allergènes répétables, sur la durée des fenêtres thérapeutiques, majoritairement estimées à partir de l'histamine et non des allergènes eux-mêmes. □

## Conclusion

Le diagnostic allergologique, par IDR ou sérologie, s'intègre dans une démarche rigoureuse et raisonnée qui doit être jalonnée d'étapes clés. Le diagnostic allergologique est inutile voire contre-productif si engagé trop tôt sans connaissance de l'impact des saisons sur les signes cliniques de l'animal.

Il doit être proposé sur des animaux sélectionnés majoritairement après exclusion des dermatoses prurigineuses non allergiques et des hypersensibilités alimentaires à répercussion cutanée. Ce bon positionnement permet de limiter les échecs de la désensibilisation et d'améliorer l'observance du propriétaire. □

### POINTS FORTS

- Une désensibilisation s'intègre dans une démarche allergologique structurée.
- Mal positionnée dans la démarche, une désensibilisation risque d'être inefficace.
- Bien positionnée dans la démarche, une désensibilisation est souvent efficace (cf. article "place de la désensibilisation dans la prise en charge de la DAC").
- La composition du coffret de désensibilisation s'appuie à la fois sur un diagnostic allergologique (sérologie IgE, IDR) et sur un choix d'allergènes guidé par l'anamnèse.
- Malgré de nombreuses différences, une désensibilisation mise en place par sérologie ou par IDR semble tout aussi efficace.

**Déclaration publique d'intérêts sous la responsabilité du ou des auteurs :** Tous les auteurs : rémunération par CEVA pour le groupe de travail allergologie du conseil scientifique du GEDAC.

### >> A LIRE...

1. Bruet V et coll. Sensitivity, specificity of the different sets of canine atopic dermatitis criteria on 250 dogs in a university dermatology unit. *Vet Dermatol.* 2017 ; 28 : 533-53.
2. Bensingor E, Merven F. A better characterization of clinical signs of canine atopic dermatitis in a speciality practice : a prospective study of 300 cases. *Vet Dermatol.* 2016 ; 27 (Suppl 1) : 6-121.
3. Park S et coll. Comparison of response to immunotherapy by intradermal skin test and antigen-specific IgE in canine atopy. *J Vet Med Sci.* 2000 ; 62 : 983-8.
4. Popiel J, Cekiera A. Comparison of IgE test results with intradermal skin tests for dust mites and storage mites in atopic dogs. *Pol J Vet Sci.* 2015 ; 18 : 351-6.
5. Koebrich S et coll. Intradermal and serological testing for mites in healthy beagle dogs. *Vet Dermatol.* 2012 ; 23 : 192-e39.
6. Muller RS. Allergen-specific immunotherapy. In : Noli C, Foster A, Rosenkrantz W, eds, *Veterinary Allergy*. 1st ed. Chichester : Wiley Blackwell ; 2014 : 85-9.
7. Hubbard TL, White PD. Comparison of subjective and objective intradermal allergy test scoring methods in dogs with atopic dermatitis. *J Am Anim Hosp Assoc.* 2011 ; 47 : 399-405.
8. Olivry T, Saridomichelakis M. Evidence-based guidelines for anti-allergic drug withdrawal times before allergen-specific intradermal and ige serological tests in dogs. *Vet Dermatol.* 2013 ; 24 : 225-e49.