

CAS CLINIQUE

Diagnostic d'allergie alimentaire chez un Labrador

Arnaud MULLER, DV, Dip.ECVD, CES Derm
Clinique Vétérinaire Saint-Bernard (59)

Bagheera, chienne Labrador retriever stérilisée de 4 ans, est présentée à la consultation de Dermatologie pour une dermatose prurigineuse chronique évoluant depuis 3 ans.

Divers traitements antibiotiques (céfalexine, amoxicilline-acide clavulanique) et anti-inflammatoires (prednisolone) administrés régulièrement ont apporté une amélioration clinique partielle et transitoire.

De plus, des otites bilatérales récidivantes sont également rapportées.

Cette chienne est correctement vaccinée, vermifugée et traitée contre les puces. Elle est nourrie essentiellement avec un aliment sec du commerce.

RÉSULTATS DES EXAMEN PRATIQUES

Examen clinique

L'examen clinique montre une chienne en bon état général, mais présentant effectivement un prurit important (évalué à 9/10 sur une échelle visuelle analogique), centré principalement sur la face, les extrémités podales et l'abdomen ventral caudal (régions périanale et périvulvaire), ainsi que la face interne des cuisses. Les lésions sont dominées par un épaissement cutané et une hyperpigmentation (Photos 1 à 3).

Un état kératoséborrhéique important est également noté sur la ligne du dos, de même qu'une otite érythémato-cérumineuse bilatérale (Photo 4).



Photo 1

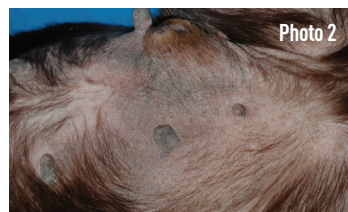


Photo 2

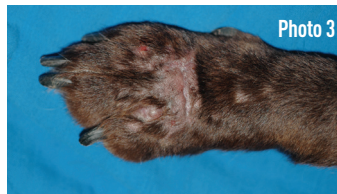


Photo 3



Photo 4

Hypothèses diagnostiques

Les principales hypothèses diagnostiques à envisager sont une dermatose parasitaire (gale sarcoptique, démodécie, dermatophytose) ou une prolifération fongique et/ou bactérienne (fréquemment associée à une dermatose allergique sous-jacente)

Examens complémentaires

Les raclages cutanés superficiels et profonds ne mettent en évidence aucun parasite (demodex, sarcoptes).

Le trichogramme et l'examen en lumière de Wood ne révèlent aucune infestation dermatophytique.

Les calques cutanés montrent des bactéries (cocci) en nombre assez important, mais uniquement en position extracellulaire (pas d'image de phagocytose par des polynucléaires neutrophiles activés), signant plutôt une prolifération de surface.

Le test à la cellophane adhésive et l'examen d'un écouvillonnage auriculaire permettent d'observer de nombreuses levures du genre *Malassezia* (Photo 5).

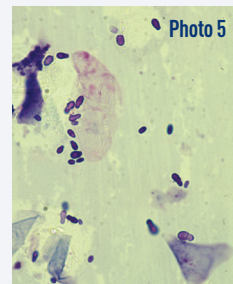


Photo 5

DIAGNOSTIC

Le diagnostic est donc celui d'une dermatite et d'une otite à *Malassezia*, associées à une prolifération bactérienne de surface (BOG pour Bacterial Over Growth). Ces proliférations microbiennes sont le plus souvent secondaires à un processus allergique sous-jacent : allergie à la piqûre de puce, allergie alimentaire ou aux aéroallergènes. La prévention antipuce étant tout à fait adaptée, l'étape diagnostique suivante consiste en l'évaluation d'une composante allergique alimentaire par la mise en place d'un régime d'élimination, d'autant plus que la chienne reçoit régulièrement des morceaux de fromage. Ce régime fait appel à un aliment hypoallergénique (ROYAL CANIN® Anallergenic) prescrit pour 8 semaines avec suppression de tous les à-côtés (en particulier tout produit laitier).

Traitement

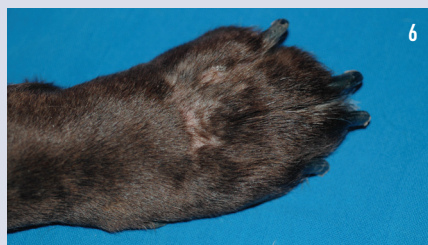
Le traitement prescrit initialement est le suivant :

- shampoings antiseptiques et antifongiques (chlorhexidine et miconazole) bihebdomadaires pendant 1 mois minimum,
- antifongique (kétoconazole à 10 mg/kg/j en une prise orale) pendant 20 jours,
- nettoyant et topique auriculaire (acéponate d'hydrocortisone, gentamicine, clotrimazole) pendant 2 semaines,
- traitement antipuce oral mensuel (pas de perturbation de l'efficacité par les baignades fréquentes).

Le traitement anti-infectieux n'empêchera pas les récurrences si la cause sous-jacente n'est pas identifiée et contrôlée, d'où la mise en place concomitante du régime d'éviction.

Evolution clinique

3 semaines



Le contrôle à 3 semaines montre une très nette amélioration des lésions cutanées et une disparition de l'otite (Photo 6). Le prurit est alors estimé à 5/10 et le traitement reste identique dans sa composition mais pas dans sa fréquence d'administration : shampoing hebdomadaire et kétoconazole 2 jours de suite par semaine.

8 semaines

Le contrôle à 8 semaines permet de constater une disparition de toute lésion cutanée et un prurit très faible (2/10). Le régime est poursuivi 1 mois, de même que les shampoings hebdomadaires. Le kétoconazole est stoppé.

12 semaines



Le contrôle à 12 semaines ne révélant plus aucun prurit ni aucune récurrence de lésion cutanée (Photos 7 et 8), une épreuve de provocation alimentaire est effectuée avec réintroduction de morceaux de fromage dans l'alimentation. La réapparition d'un prurit est rapportée par les propriétaires 5 jours après le début de cette provocation, permettant d'affirmer l'existence d'une allergie alimentaire.

Après stabilisation (disparition du prurit) suite à la suppression du fromage, la chienne est placée sous alimentation hypoallergénique : ROYAL CANIN® Hypoallergenic.

Mais après un mois d'absence de symptômes, un prurit modéré (6/10) et des lésions similaires à celles initialement observées sont rapportés par le propriétaire et constatés à la consultation, amenant à reprendre un traitement anti-infectieux (oral et topique) pendant un mois, de même que l'aliment Anallergenic. Les tentatives de remplacer ce dernier par divers aliments hypoallergéniques d'autres fabricants se sont par la suite systématiquement soldées par la réapparition de symptômes cutanés et la chienne reçoit donc l'aliment Anallergenic (pourtant normalement prescrit uniquement dans un but diagnostique) depuis maintenant 2 ans sans aucun autre épisode d'otite ou de dermatite à Malassezia.

DISCUSSION

Quelques points importants semblent à souligner à partir de ce cas clinique :

1. L'importance du questionnement des propriétaires sur l'alimentation administrée, compte tenu de la grande fréquence des petits à-côtés à base de produit laitier ou des produits « contre le tartre » contenant des protéines animales potentiellement allergisantes. Il n'est de régime d'élimination valable sans l'arrêt impératif de ces à-côtés (non perçus d'emblée comme un écart au régime par les propriétaires).
2. La similarité clinique de l'expression de l'allergie alimentaire et de la dermatite atopique stricto sensu (allergie aux

aéroallergènes), qui amène parfois malheureusement à « oublier » d'explorer une allergie alimentaire et de se « précipiter » sur des tests allergologiques et/ou une désensibilisation. La présence de signes de dermatite atopique ne doit pas être conclue avant le recours à une démarche rigoureuse et notamment le régime d'éviction afin d'évaluer la possibilité d'une allergie alimentaire (seule ou associée à une allergie à des aéroallergènes) (Tableau 1).

3. Le manque de spécificité des tests allergologiques sanguins pour l'allergie alimentaire, dont le diagnostic reste fondé exclusivement sur la réalisation d'un

régime d'éviction de 8 à 12 semaines.

4. La nécessité de réaliser un test de provocation pour pouvoir conclure définitivement à une allergie alimentaire (réapparition des symptômes dans les jours qui suivent la réintroduction de l'aliment en cause)
5. L'intérêt d'utiliser l'aliment Anallergenic, de par son appétence, son caractère hypoallergénique démontré et son coût similaire à celui d'un régime ménager (Cadiergues et coll. AFVAC 2015). L'Anallergenic semble présenter une puissance diagnostique supérieure à l'Hypoallergenic, tout du moins pour le cas présenté ici.

TABLEAU 1 : CRITERES DE FAVROT DE DIAGNOSTIC DE LA DERMATITE ATOPIQUE CANINE (Set 1)

1. Age au début des symptômes < 3 ans
2. Chien vivant principalement à l'intérieur
3. Prurit alésionnel au début de la maladie
4. Atteinte des extrémités podales antérieures
5. Atteinte des pavillons auriculaires
6. Pas d'atteinte du bord des oreilles
7. Pas d'atteinte de la zone dorso-lombaire

5 critères :
Se 77,2%, Sp 83%

6 critères :
Se 42%, Sp 93,7%

La fiabilité de ces critères est conditionnée à la vérification préalable de l'absence de parasites (puces, demodex, sarcoptes) et d'une potentielle allergie alimentaire.