

Diagnostic clinique des dermatites allergiques du chien

P. PRÉLAUD

Cabinet de dermatologie vétérinaire, 62 avenue Maurice Clétras, 44300 Nantes

RÉSUMÉ

Il est possible d'effectuer un diagnostic clinique de quasi-certitude d'urticaire, de dermatite atopique et de dermatite par allergie aux piqûres de puces chez le chien sans recours à des examens lourds. Ce diagnostic repose sur des éléments anamnestiques (âge aux premiers symptômes, corticostéroïde-sensibilité pour la dermatite atopique) et cliniques (aspect des lésions pour l'urticaire, topographie des lésions pour la dermatite atopique, les dermatites de contact et la DAPP) et l'élimination d'une cause parasitaire au prurit.

Les explorations allergologiques - régime d'éviction, intradermoréactions, dosages d'IgE spécifiques - ne sont utilisées que dans le cadre du diagnostic étiologique.

MOTS-CLÉS : chien - allergie - hypersensibilité - atopie - dermatite atopique - D.A.P.P. - dermatite de contact - urticaire - puce - diagnostic.

SUMMARY

Clinical diagnosis of allergic skin diseases in the dog. By P. PRÉLAUD.

It is possible to make a clinical diagnosis of urticaria, canine atopic dermatitis (CAD), of flea allergy dermatitis (FAD) without specific diagnostic tests. Such a diagnosis is based on history (age of onset for or steroid sensitive pruritus for CAD) and clinical signs (type of lesions for urticaria, localization of lesions for CAD, FAD and contact dermatitis) and eviction of ectoparasites other than fleas as a cause of pruritus. Allergy testing - skin tests, eviction diet, IgE dosages - are only used for etiological diagnosis.

KEY-WORDS : dog - allergy - hypersensitivity - atopy - atopic dermatitis - pruritus - flea allergy dermatitis - urticaria - contact dermatitis.

Les principales causes de prurit chez le chien sont les ectoparasitoses, les dermatites allergiques et les dermatoses infectieuses (pyodermites et dermatites à *Malassezia*) [31]. Le diagnostic des ectoparasitoses et des dermatoses infectieuses est aisé et fait appel à des examens simples de résultat immédiat : raclages cutanés, brossage, cytologie de surface [3]. Le diagnostic des dermatites allergiques est plus complexe, aucun examen ne permettant de confirmer avec certitude ce type de diagnostic [25]. L'histopathologie ne permet pas de faire de distinction entre ectoparasitose, dermatite allergique et dermatose infectieuse et les tests allergologiques (intradermoréactions de lecture immédiate et dosages d'IgE spécifiques) manquent de sensibilité et de spécificité dans le cadre de ce diagnostic [8, 25]. C'est pourquoi aujourd'hui on considère que les tests allergologiques ne doivent plus être utilisés comme outils de diagnostic de dermatite allergique, mais uniquement dans le cadre d'un choix thérapeutique (désensibilisation par exemple) [4]. Comme en médecine humaine, le diagnostic de dermatite allergique repose donc sur des données du questionnaire et de l'examen clinique, en dernier recours sur le résultat d'une épreuve d'éviction et/ou de provocation. Des données récentes sur la dermatite atopique canine (D.A.C.) et la dermatite allergique

par piqûres de puces (D.A.P.P.) permettent désormais d'établir un diagnostic de quasi-certitude sur la base des données anamnestiques et cliniques.

Urticaire

L'urticaire est une dermatose due à la vasodilatation de vaisseaux dermiques sous l'influence d'une dégranulation mastocytaire (d'origine allergique ou non). Les autres types d'urticaire ne sont pas décrits chez le chien [31].

TABLEAU CLINIQUE

Les lésions d'urticaire apparaissent brutalement sous la forme d'élevures circulaires de taille variable (0,5 à 5 cm) localisées ou étendues sur tout le corps (figure 2). Elles ne sont pas toujours prurigineuses. Ces lésions peuvent être visibles directement dans les zones glabres et sont accompagnées le plus souvent d'un érythème. Dans les zones velues, on observe des élevures circulaires des poils. Une exsudation peut être observée et lors de forme chronique, des excoriations et des croûtes compliquent le tableau clinique. Les lésions sont fugaces lors d'urticaire aiguë et peuvent persister plusieurs semaines lors d'urticaire chronique.

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

Le diagnostic différentiel des plaques d'urticaire comprend essentiellement des lésions de folliculite chez les chiens à pelage court. Lors de folliculite, les lésions évoluent vers la formation d'une croûte puis d'une alopecie nummulaire. En cas de doute, on peut effectuer un examen cytologique qui met en évidence la présence de granulocytes neutrophiles lors de folliculite bactérienne.

Les lésions d'urticaire chronique n'étant pas fugaces, elles peuvent être difficiles à distinguer de lésions en plaques d'une autre origine, notamment néoplasique [31]. C'est la raison pour laquelle il est indispensable d'effectuer un examen histopathologique pour confirmer un diagnostic d'urticaire chronique. Il ne peut pas reposer sur les seuls éléments sémiologiques.

CRITÈRES DE DIAGNOSTIC

Les principaux éléments concourant au diagnostic clinique sont le caractère éphémère des lésions et leur aspect en macules. Lors d'urticaire chronique, il est nécessaire d'effectuer un examen histopathologique pour confirmer le diagnostic d'urticaire et rechercher des lésions de vascularite éventuellement associées [17].

Dermatite atopique

La dermatite atopique a été décrite pour la première fois chez des chiens allergiques au pollen d'ambrosie [22, 37]. Cette allergie est si fréquente aux États-Unis que le diagnostic de dermatite atopique chez le chien est longtemps resté un diagnostic allergologique et non clinique. Ainsi, jusqu'à la fin des années 1980, on considère qu'un chien souffre de dermatite atopique s'il présente une dermatite prurigineuse non-parasitaire associée à des résultats positifs de tests allergologiques (intradermoréactions de lecture immédiate ou dosages d'IgE spécifiques) [29]. Cette approche diagnostique a été à l'origine de dérives commerciales importantes qui ont occulté totalement l'approche clinique du diagnostic de dermatite atopique [23]. Aujourd'hui, la définition de la dermatite atopique canine a évolué et se rapproche de celle proposée pour l'homme [18, 24]. Ainsi, les résultats des tests allergologiques ne sont pas des éléments incontournables du diagnostic. L'*International Task Force on Canine Atopic Dermatitis* (I.T.F.C.A.D.) définit aujourd'hui la dermatite atopique canine comme «une dermatite allergique prurigineuse inflammatoire, d'aspect clinique caractéristique, à prédisposition génétique, fréquemment associée à une sensibilisation à des allergènes environnementaux» [18]. Une telle définition demeure assez floue et montre à quel point il est encore aujourd'hui difficile d'obtenir un consensus sur la définition même de cette dermatite. Toutefois, elle insiste sur le caractère génétique de l'affection (prédisposition familiale et raciale) et sur la symptomatologie, bien qu'elle ne précise pas la topographie de l'affection. Certains auteurs voulant privilégier le caractère allergique de la dermatite atopique ne parle plus de dermatite atopique chez le chien mais de manifestations cutanées de l'atopie [31]. Toutes ces ambiguïtés ont eu cours en dermatologie humaine. C'est la raison pour laquelle divers groupes de travail ont établi des définitions des différents termes utilisés (encadré I) [12].

- * Hypersensibilité : Tout symptôme provoqué par un stimulus qui ne provoque aucune réaction dans la population générale.
- * Allergie : Hypersensibilité d'origine immunitaire (on doit donc dire D.A.P.P. et non D.H.P.P.).
- * Atopie : Prédisposition héréditaire à développer des réactions allergiques vis-à-vis d'antigènes environnementaux.

ENCADRÉ I. — Définitions adoptées par l'*European Academy of Allergy and Clinical Immunology* [12].

TABLEAU CLINIQUE

Tout comme en médecine humaine, il serait plus judicieux de parler de syndrome ou de diathèse dermatite atopique [1], tant les manifestations cliniques sont variées, notamment en fonction des races de chiens [26]. On peut distinguer aisément des formes classiques avec atteinte de la face et de l'extrémité des membres, des formes mineures avec des atteintes très localisées et peu ou pas de symptômes et des formes graves ou étendues dans lesquelles prédominent les phénomènes infectieux et les troubles de la kératogenèse.

Forme classique

Il s'agit de la forme qui répond le mieux aux critères de diagnostic fixés dans les différentes études [28, 34]. Le prurit, systématique, est localisé à la face (oreilles, lèvres, yeux) (Figures 3 et 4) et/ou aux doigts (Figures 5 et 6) et/ou aux grands plis (région inguinale, ars, périnée). Dans cette forme, les lésions sont primaires, érythème ou papules, avec parfois un changement de coloration des poils due au léchage. C'est la forme la plus facilement identifiable. Lors d'évolution ancienne de la forme classique, les lésions sont plus étendues et deviennent secondaires au prurit : excoriations, alopecie, lichénification, hypermélanose. La plupart des chiens atopiques évoluent vers cette forme en l'absence de traitement. Rares sont ceux qui développent ensuite une forme généralisée ou grave.

Forme atténuée

Nombre d'auteurs ont rapporté que 3 à 5 % des animaux atteints de dermatite atopique ne présentent sur le plan clinique qu'une otite bilatérale érythémateuse ou une pododermatite bilatérale [6, 7, 25, 30]. En pratique, ces manifestations isolées existent bien avant que le prurit ne devienne un motif de consultation. On peut donc définir une forme mineure de la dermatite atopique qui se caractérise par la discrétion des symptômes et des lésions.

Le prurit, modéré, peut ne pas être observé par le propriétaire de l'animal. Les lésions sont discrètes - érythème, papules, changement de couleur des poils - et strictement localisées à une seule zone de prédilection (bilatérale) de la dermatite atopique : oreilles, lèvres, paupières, doigts, ars, abdomen, plis de flexion des membres (tarses et/ou carpes), mamelons.

Cette forme mineure est importante à identifier chez les animaux de races prédisposées qui ne consultent pas pour une dermatite prurigineuse. On peut ainsi prévenir le proprié-

taire de l'animal de la probable évolution des symptômes vers une forme plus étendue (forme classique).

Chez l'homme les formes atténuées sont aussi considérées comme des signes d'appel qui ne nécessitent pas forcément un traitement : xérose cutanée et prurit lors du déshabillage, eczéma du pouce sucé chez l'enfant, eczéma du mamelon, double replis des paupières inférieures, fissure sous les oreilles [1].

Forme grave

Lors d'évolution ancienne ou lors d'association à des troubles de la kératogenèse importants, les lésions se généralisent à l'ensemble du corps, le prurit est violent et l'état général peut être altéré (Figures 7 et 8). Des proliférations bactériennes et/ou fongiques (*Malassezia sp.*) de surface sont quasi systématiques [9, 26]. Dans ces cas, le diagnostic étiologique est parfois difficile. Il est nécessaire d'effectuer un contrôle complet des surinfections. Ce contrôle permet de faire régresser les symptômes, mais la rechute est systématique à l'arrêt des traitements anti-infectieux.

Formes compliquées de dermite atopique

- *Pyodermite superficielle (folliculite bactérienne et syndrome de prolifération bactérienne)*

Chez le chien atopique, l'adhérence des Staphylocoques aux cornéocytes est augmentée et leur pénétration trans-épidermique est facilitée d'où une prédisposition de ces animaux aux pyodermites superficielles récidivantes [5]. Ces pyodermites peuvent même être le premier motif de consultation chez un chien atteint de dermatite atopique. Les lésions sont celles d'une pyodermite superficielle ou d'une prolifération bactérienne de surface (*B.O.G. pour bacterial overgrowth*) avec des lésions qui apparaissent en premier lieu au niveau de l'abdomen et des plis : papules, pustules puis colerettes épidermiques lors de folliculite bactérienne, érythème, lichénification, squamosis lors de «*BOG*». Par conséquent, chez un animal présentant une pyodermite superficielle récidivante, il est nécessaire de rechercher les critères cliniques et épidémiologiques de la dermite atopique.

- *Pyodermite profonde*

Il est rare qu'une dermite atopique soit compliquée d'une pyodermite profonde sauf lors d'immunodéficit acquis au cours d'une corticothérapie au long cours. Dans certaines races, on observe fréquemment des complications de furonculose localisée (Boxer, Bull terrier, Sharpeï par exemple) [26]. Les lésions - pustules, furoncles, fistules - sont d'abord localisées aux doigts, carpes ou tarses et ne sont qu'exceptionnellement généralisées. L'aspect spectaculaire des lésions et du prurit occultent souvent les critères de diagnostic d'une dermatite atopique.

- *Dermite à *Malassezia pachydermatis**

La dermatite atopique est la première cause de dermatite à *Malassezia* chez le chien [2, 9, 10]. Il s'agit de formes localisées (espaces interdigités (Figure 6), conduits auditifs externes, lèvres, plis de la face ou de la région inguinale) ou généralisées, ces dernières étant fréquemment associées à des troubles importants de la kératogenèse. Les lésions sont un érythème plus ou moins associé à un squamosis. Lors d'évo-

lution ancienne, on observe une lichénification et une hypermélanose (Figures 7 et 8).

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

Le diagnostic différentiel de la dermatite atopique est celui de toutes les dermatites prurigineuses. Toutefois, les lésions faciales et podales limitent le diagnostic différentiel à celui des principales ectoparasitoses. Les infections bactériennes et fongiques sont un autre élément du diagnostic différentiel qui ne permet en fait pas d'exclure l'hypothèse d'une dermatite atopique.

CRITÈRES DE DIAGNOSTIC

Divers systèmes ont été proposés mais jamais choisis en fonction de leur pouvoir discriminant par une étude comparant des chiens atopiques et non-atopiques et ils n'ont surtout jamais été validés. La première approche proposée par WILLEMSE [33] a consisté à rechercher, chez des chiens atteints de D.A.C. les critères de diagnostic utilisés chez l'homme pour la même affection (critères de HANIFIN et RAJKA [11]). Ces critères sont divisés en critères majeurs et mineurs et l'auteur propose de considérer comme atteint de dermatite atopique tout chien présentant au moins trois critères majeurs et trois critères mineurs (encadré II). Ces critères sont ceux utilisés dans la plupart des études thérapeutiques sur la dermatite atopique [20, 21]. Curieusement, tous les auteurs ajoutent à ces critères l'existence de tests allergologiques positifs vis-à-vis d'aéroallergènes. Toutefois, ces critères n'ont jamais été validés et certains sont de définition vague (atteinte de la face et/ou des membres, érythème facial, dermite chronique), d'autres sont très rares (hyperhidrose, lichénification du pli du jarret ou de la face crâniale du carpe), ou fréquemment observés chez des animaux non atopiques (conjonctivite, pyodermite) ou redondants (intradermoréactions positives, IgE spécifiques élevées, IgGd spécifiques élevées). Enfin, certaines observations cliniques fréquentes lors de dermite atopique ne sont pas reprises dans les critères définis par T. WILLEMSE (otite, dermite à *Malassezia*). Les critères de HANIFIN et RAJKA ont été réévalués chez l'homme pour établir des critères simples et fiables utilisables dans le cadre d'études épidémiologiques (encadré III) [36]. La technique utilisée pour définir des critères discriminants a été appliquée au chien dans le cadre du diagnostic de la dermatite atopique. Le principe est de comparer un lot de chiens atteints de dermatite atopique à un lot de chiens présentant une dermatite prurigineuse d'origine différente. Cette comparaison permet de trouver des éléments cliniques ou anamnestiques très significativement plus fréquents dans le groupe de chiens souffrant de dermatite atopique. En comparant les deux groupes de chien, on peut définir la sensibilité et la spécificité de chacun de ces critères. La seconde étape consiste à s'assurer de l'indépendance de chacun des critères. Ainsi, 5 critères dits majeurs ont été retenus chez le chien (encadré IV). Une courbe comparant la sensibilité et la spécificité de ces critères cumulés permet de considérer que l'observation d'au moins trois critères majeurs est une bonne approche diagnostique de la dermatite atopique (sensibilité = 79 %, spécificité = 81 % ; Figure 1). Cette étude permet de préciser certains critères proposés par WILLEMSE. Ainsi l'atteinte de la face peut se résumer à une

Au moins 3 critères majeurs
1 - Prurit 2 - Aspect et localisation des lésions: a) atteinte de la face et/ou des membres b) lichénification du pli du jarret et/ou de la face crâniale du carpe 3 - Dermite chronique ou récidivante 4 - Race prédisposée ou antécédents familiaux
Au moins 3 critères mineurs
1 - Début entre 1 et 3 ans 2 - Érythème facial 3 - Conjonctivite bilatérale 4 - Pyodermite superficielle 5 - Hyperhidrose 6 - Tests cutanés positifs 7 - IgE spécifiques élevées 8 - IgGd spécifiques élevées

ENCADRÉ II. — Critères de diagnostic de la dermatite atopique canine d'après WILLEMSE [34].

Historique de dermatite des zones de flexion Début avant 2 ans Présence d'un érythème prurigineux Historique personnel d'asthme Historique de peau sèche Dermite visible des plis
--

ENCADRÉ III. — Critères de diagnostic de la dermatite atopique humaine [36].

1. Apparition des symptômes entre 6 mois et 3 ans 2. Prurit cortico-sensible 3. Pododermatite bilatérale érythémateuse interdigitée antérieure 4. Érythème de la face interne des conques auriculaires 5. Chéilite
--

ENCADRÉ IV. — Critères de diagnostic majeurs de la dermatite atopique canine [28]

atteinte des conques auriculaires et des lèvres, celle des membres à une pododermatite. D'autres critères peuvent être abandonnés comme la pyodermite.

Dermatite allergique aux piqûres de puces (D.A.P.P.)

TABLEAU CLINIQUE

D.A.P.P. proprement dite

Le prurit est constant et peut parfois être très violent. Sa

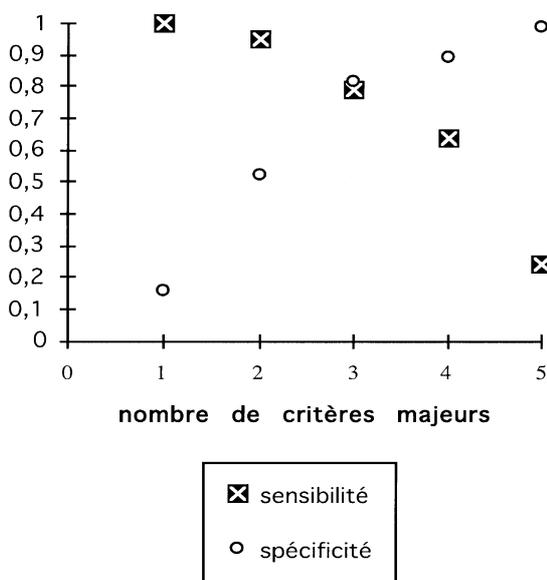


FIGURE 1. — Sensibilité et spécificité des critères majeurs de diagnostic de la dermatite atopique canine évalués sur 101 chiens atteints de dermatite atopique et 81 chiens présentant une dermatite prurigineuse autre [28].

localisation et celle des lésions sont caractéristiques. Les démangeaisons débutent le plus souvent à la base de la queue, puis s'étendent à la région dorso-lombaire, au périnée, aux cuisses (faces postérieures) et à l'abdomen. Les lésions, papuleuses, papulo-croûteuses, apparaissent dans les mêmes localisations associées souvent à un érythème et un squamosis. Chez les animaux à pelage clair, on peut observer une coloration ocre des poils due à la salive. Parfois, les lésions sont généralisées. Dans les cas d'évolution ancienne, on peut observer une alopecie et une pyodermite secondaires (Figure 9), voire une hyperpigmentation et une lichénification.

Formes particulières de D.A.P.P.

La D.A.P.P. est probablement une des principales causes de **dermatite pyotraumatique** récidivante [31]. Ces lésions douloureuses que l'on nommait autrefois «eczéma suitant suraigu» sont observées essentiellement chez des animaux à sous-poil dense.

Lors de forme ancienne, plus particulièrement chez le berger allemand âgé (de plus de 8 ans), la D.A.P.P. peut s'extérioriser sous la forme de **nodules fibroprurigineux**. Cette dermatose rare se présente sous la forme de nodules multiples de 0,5 à 2 cm en région dorso-lombaire. Ils sont fermes, alopeciques et parfois pédiculés.

Complications de la D.A.P.P.

Lors de troubles sévères de la kératogenèse, la D.A.P.P. peut être compliquée d'une dermatite à *Malassezia* qui exacerbe le prurit et l'inflammation. Cette complication est toutefois beaucoup moins fréquente que lors de dermatite atopique.

La complication par une pyodermite superficielle est par contre très fréquente. Le traitement au long cours d'une D.A.P.P. par des corticoïdes peut progressivement aboutir au développement d'une pyodermite profonde à localisation dorsolombaire.

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

Le diagnostic différentiel inclut toutes les dermatites prurigineuses et donc principalement des ectoparasitoses et les autres dermatites allergiques. S'il est simple dans les cas typiques avec atteinte localisée à la seule région dorso-lombaire, il devient plus délicat lors d'évolution ancienne avec remaniement et extension des lésions.

La violence du prurit peut faire suspecter la gale sarcopitique. Toutefois, cette ectoparasitose épargnant le dos dans la majeure partie des cas, le diagnostic différentiel n'est envisagé que dans une forme généralisée.

L'existence d'une démodécie doit toujours être recherchée.

Une cheylétiellose peut mimer une D.A.P.P., le prurit et les lésions étant essentiellement dorsaux. Toutefois, les lésions lors de cheyletiellose sont très discrètes (squamosis), la contagion à l'homme est fréquente (prurigo des avant-bras ou du tronc) et les animaux atteints sont généralement jeunes.

La localisation du prurit et des lésions lors de dermatite atopique est très différente (face et extrémité des membres).

CRITÈRES DE DIAGNOSTIC

Les tests allergologiques sont d'une efficacité diagnostique médiocre dans des conditions de terrain et ce, quel que soit l'extrait allergénique (corps total, salive, peptide recombinant) et la technique utilisée (intradermoréactions, dosages d'IgE spécifiques à l'aide d'anticorps polyclonaux, monoclonaux ou FceRI humain recombinant). Par conséquent, la plupart des auteurs reconnaissent que l'on peut considérer comme D.A.P.P. toute dermatite prurigineuse répondant à une éviction parasitaire [29, 31]. Toutefois, une telle définition n'est pas satisfaisante si l'on veut obtenir un diagnostic, ou du moins une approche diagnostique, rapide. En effet, la réponse au traitement peut être très lente [15] et celle-ci est rarement prescrite seule, sans traitement anti-infectieux ou anti-inflammatoire.

Une étude, menée sur les mêmes bases que celle effectuée pour la définition des critères de diagnostic de la D.A.C. [28] a été entreprise en France [27]. Son but est de rechercher des critères de diagnostic de D.A.P.P. très discriminants, permettant une approche diagnostique très simple, rapide et fiable pour être utilisables dans le cadre d'études épidémiologiques. Plusieurs centres ont recruté des chiens consultant pour prurit, les chiens étant répartis en deux groupes sur la base d'une suspicion effectuée par le clinicien. Puis, la réponse à un traitement insecticide permet de garder ou de ne pas garder les animaux dans chaque groupe à savoir un groupe «D.A.P.P.» d'animaux contrôlés par le traitement anti-parasitaire et un groupe «non-D.A.P.P.» d'animaux non contrôlés par un traitement anti-parasitaire. Cette étude a permis de dégager un très petit nombre de caractères discriminants. Ces caractères n'étant pas indépendants, seul le plus puissant est conservé, à savoir l'existence de lésions et d'un prurit dorso-lombaires [27]. La sensibilité (92 %) et la spécificité (84 %) de la seule observation de ce critère dans le cadre d'un diagnostic différentiel de prurit sont excellentes et suffisantes pour envisager d'utiliser un tel outil dans des études épidémiologiques sur la

D.A.P.P. On peut noter que les seuls cas pour lesquels des lésions sont observées en région dorso-lombaire chez des chiens ne souffrant pas de D.A.P.P. sont les dermatoses suivantes : folliculite bactérienne, cheylétiellose et adénite sébacée. Les caractéristiques cliniques de ces affections sont telles qu'un diagnostic différentiel est aisé.

Dermatites de contact

Les dermatites de contact allergique demeurent rares chez les carnivores domestiques. Cela est probablement lié à la protection offerte par le pelage, au comportement de toilette, à un mode de vie qui limite les contacts avec des produits allergisants (contactants). Les lésions sont peu spécifiques, mais leur évolution et leur localisation sont, elles, très évocatrices.

TABLEAU CLINIQUE

La topographie lésionnelle dépend du type de produit en contact avec le corps. Certaines localisations peuvent ainsi être très évocatrices d'une dermatite de contact chez le chien [13, 16, 19, 25].

Le prurit est un signe constant, d'intensité très variable. Il est en principe perannuel, mais peut être saisonnier lors d'allergie à des plantes ou des pollens. Comme dans la dermatite atopique, le propriétaire de l'animal peut rapporter une amélioration ou une aggravation des symptômes lors de voyages.

Lésions

Contrairement à de nombreuses dermatites allergiques du chien, ici, les lésions primaires sont systématiques : érythème, papules, plaques et, plus rarement, pustules ou vésicules. Toutefois, des lésions secondaires au grattage viennent rapidement se surajouter : excoriations, alopecie, croûtes. Dans les cas les plus anciens, on peut observer une hyperpigmentation, une lichénification et un squamosis. Dans 40 % des cas les dermatites de contact sont compliquées d'une folliculite bactérienne [16, 19].

Il s'agit donc de lésions non-spécifiques. Par contre, leur localisation est, elle, très évocatrice. Elle dépend du type d'allergène et donc des zones de contact avec l'animal.

Lésions généralisées

L'atteinte peut être généralisée si l'allergène ou la substance irritante est utilisée sur tout le corps, shampoing, poudre, bain etc... Parmi les réactions irritantes les plus souvent observées, celle qui suit l'application de préparations à base de peroxyde de benzoyl [31] est à relever.

Dermite scrotale

Les dermatites scrotales, très fréquentes, et parfois sévères, sont presque toujours des dermatites de contact par irritation [31, 32]. Elles sont, le plus souvent, consécutives à un contact avec des substances chimiques sur le sol lorsque le chien s'assoit, ou à des reliquats de savon ou de shampoing si le rinçage n'est pas fait soigneusement après un bain.

Pododermatite

Les dermatites de contact allergiques sont une des causes de pododermatite chronique. Contrairement à la D.A.C., il



FIGURE 2. — Lésions d'urticaire aiguë chez un Yorkshire terrier : plaques plus ou moins confluentes d'apparition soudaine non-prurigineuses.



FIGURE 6. — Pododermatite érythémateuse bilatérale chez un chien atopique compliquée d'une dermatite à *Malassezia* localisée



FIGURE 3. — Otite externe érythémateuse bilatérale chez un Bull terrier, critère majeur de diagnostic de la dermatite atopique canine.



FIGURE 7. — Forme grave de dermatite atopique chez un Bouledogue français : lésions étendues de lichénification avec surinfections bactériennes et fongiques



FIGURE 4. — Chéilite érythémateuse chez un Bull terrier, critère majeur de diagnostic de la dermatite atopique canine.



FIGURE 8. — Forme grave de dermatite atopique chez un Shar peï : lésions étendues de lichénification et importantes excoriations.



FIGURE 5. — Pododermatite érythémateuse bilatérale, critère majeur de diagnostic de la dermatite atopique canine.



FIGURE 9. — DAPP chez un West Highland White terrier : lésions alopéciques et érythémateuses en région dorsolumbaire.

n'y a généralement pas d'atteinte de la face crâniale des doigts, mais uniquement de la face plantaire et des espaces interdigités. Il s'agit le plus souvent d'irritation ou d'allergie de contact à des substances présentes sur le sol ou au revêtement lui-même.

Dermite de contact aux zones de repos

Lors d'allergie à des substances sur lesquelles l'animal se couche, les lésions peuvent être localisées à tout l'abdomen jusqu'aux ars et aux flancs. Des cas ont été décrits avec le ciment, de la toile de jute, des bois exotiques ou des plantes comme les feuilles de pissenlit (*Taraxacum*) ou de laurier (*Laurus*) [25].

Chéilite

Les dermatites de contact à des récipients en plastique peuvent provoquer des chéilites. Il s'agit généralement d'une alopecie et d'un érythème localisés au bout des lèvres et du menton.

Colliers

Les dermatites de contact aux colliers insecticides, localisées autour du cou, seraient dues au dichlorvos ou à une irritation si le collier est trop serré. Il peut aussi exister des allergies aux colliers en cuir (chrome présent dans les produits de tannage) ou en métal (nickel) [19].

Blépharite, Otite

L'application de topiques peut provoquer des dermatites de contact allergiques. Les cas les plus fréquents sont les préparations auriculaires et les collyres contenant de la néomycine ou les collyres anesthésiques. Lors d'otite, avec allergie aux topiques auriculaires, on observe une extension à tout le pavillon auriculaire de lésions érythémateuses hyperplasiques et lors d'allergie de contact à un collyre, d'une kératite et une conjonctivite très sévères.

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

Le diagnostic différentiel est très variable selon les localisations. Pour les pododermatites, dermatites des parties déclives, abdominales et généralisées, les principaux éléments du diagnostic différentiel sont les dermatites parasitaires (démodécie, gale sarcoptique, trombiculose), fongiques (dermatite à *Malassezia*) et allergiques (dermatite atopique).

Les lésions périonificielles évoquent les mêmes causes mais aussi des dermatoses auto-immunes. Enfin, les dermatites scrotales doivent être systématiquement biopsiées afin d'effectuer le diagnostic différentiel d'une éruption médicamenteuse fixe.

CRITÈRES DE DIAGNOSTIC

Ces dermatoses sont si rares ou pour le moins si peu diagnostiquées qu'il est difficile d'établir des études de recherche de critères discriminants comme cela a été fait pour la dermatite atopique et la D.A.P.P.. Tout au plus peut-on relever des éléments de suspicion qui doivent amener à suspecter l'existence d'une dermatite de contact.

Éléments anamnestiques

La présence de plantes à fort pouvoir contactant - *Tradescantia* (misère) p. ex - est à rechercher. L'existence de

substances irritantes ou contactantes (ciment, huile de vidange...) sur le lieu de couchage est un élément important du diagnostic lors de dermatite scrotale ou abdominale.

L'aggravation ou l'extension des lésions lors de l'application de topiques ou suite à un shampooing un élément très fortement évocateur d'une dermatite de contact, mais aussi d'une dermatophytie ou d'une démodécie.

Éléments cliniques

Dermatite scrotale

Les dermatites scrotales, érythémateuses ou érosives, peuvent avoir de nombreuses origines chez le chien (éruption médicamenteuse fixe, dermatite atopique notamment), mais il s'agit le plus souvent de dermatites de contact allergiques ou orthoergiques [25].

Atteinte des seules zones glabres

L'atteinte exclusive des zones glabres est très évocatrice d'une dermatite de contact. Toutefois, cette observation n'est pas toujours fiable, de nombreuses lésions pouvant être occultées par le pelage.

Blépharite ou otite aggravées par des traitements topiques

Une aggravation par des topiques est un élément de suspicion, mais il faut tenir compte de nombreux autres facteurs dans le cas des otites (macération, infection non contrôlée...).

DISCUSSION

Il est possible et même indispensable d'effectuer un diagnostic de dermatite allergique sur la base des données anamnestiques et cliniques. Les examens complémentaires mis en œuvre ont dans un premier temps pour seule fonction d'effectuer un diagnostic différentiel d'une ectoparasitose et d'identifier les complications bactériennes ou fongiques. La mise à disposition de critères de diagnostic pour la dermatite atopique canine et la dermatite par allergie aux piqûres de puces permet d'effectuer efficacement des études épidémiologiques de ces affections. En effet, ces critères sont très efficaces et très simples à utiliser. Toutefois, leur validation définitive passe par des essais de reproductibilité dans différents pays (travaux en cours au sein l'I.T.F.C.A.D.). Ces critères ne sont pas des outils qui doivent être utilisés comme une panacée diagnostique ; ils ne représentent pas un outil de diagnostic absolu et ne dispensent donc pas le clinicien du travail de diagnostic différentiel. Toutefois, ils permettent en cours de consultation d'obtenir des orientations diagnostiques très rapides.

L'apport de l'immunologie au développement récent de la dermatologie canine est indéniable. Il a permis la mise en évidence des dermatites allergiques et des dermatoses auto-immunes puis l'étude de la pathogénie de nombreuses affections. Toutefois, ce succès a amené une véritable surenchère de l'utilisation des outils immunologiques pour tenter de diagnostiquer et expliquer de nombreuses entités cliniques, repoussant toutes les autres voies de diagnostic et de recherche. Un diagnostic clinique n'est pas moins noble et pas moins efficace qu'un diagnostic reposant sur l'utilisation d'outils sophistiqués inadaptes. Les tests allergologiques ne

représentent qu'une approche partielle du diagnostic de dermatite allergique, celle de la recherche de la cause de la maladie. Or la recherche de la cause de la maladie suppose que le diagnostic de la maladie elle-même ait déjà été établi par d'autres moyens. D'autre part, en assimilant le diagnostic des dermatites allergiques aux tests allergologiques, on limite souvent leur traitement à une immunothérapie et des traitements symptomatiques, ignorant les mesures hygiéniques et le contrôle de facteurs aggravants (troubles de la kératogénèse, infections, troubles du comportement).

L'utilisation des critères de diagnostic clinique devrait être faite de façon plus systématique dans les essais cliniques effectués sur la D.A.C.. En effet, en ne tenant compte que des animaux présentant un grand nombre de critères de diagnostic et des tests allergologiques positifs, on ne prend jamais en compte les animaux peu ou, au contraire, très atteints, ni les 20 à 30 % de chiens atopiques ne présentant pas d'allergie à des aéroallergènes [4, 14, 35].

Bibliographie

1. — BELTRANI V.S. : The clinical spectrum of atopic dermatitis. *J. Allergy Clin. Immunol.*, 1999, **104**, S87-S98.
2. — BENSIGNOR E., CARLOTTI D.N. et PIN D. : Comparaison de quatre techniques cytologiques pour la mise en évidence de *Malassezia pachydermatis* sur la peau du chien. *Prat. Méd. Chir. Anim. Comp.*, 1999, **34**, 33-41.
3. — CARLOTTI D.N. et PIN D. : Diagnostic Dermatologique - Approche Clinique et Examens Immédiats, 99 pages, Masson-PMCAC, Paris, 2002.
4. — DEBOER D.J. et HILLIER A. : The ACVD task force on canine atopic dermatitis (XV) : fundamental concepts in clinical diagnosis. *Vet. Immunol. Immunopathol.*, 2001, **81**, 271-276.
5. — DEBOER D.J. et MARSELLA R. : The ACVD task force on canine atopic dermatitis (XII) : the relationship of cutaneous infections to the pathogenesis and clinical course of canine atopic dermatitis. *Vet. Immunol. Immunopathol.*, 2001, **81**, 239-249.
6. — GRIFFIN C.E. : Otitis externa and otitis media. In Griffin CE, Kwochka KW, MacDonald RW. Current Veterinary Dermatology, the science and art of therapy. Saint Louis: Mosby Year Book, 1993, 245-64.
7. — GRIFFIN C.E. et DEBOER D.J. : The ACVD task force on canine atopic dermatitis (XIV) : clinical manifestations of canine atopic dermatitis. *Vet. Immunol. Immunopathol.*, 2001, **81**, 255-269.
8. — GROSS T.L., IHRKE P.J. et WALDER E.J. : Veterinary Dermatopathology. St Louis : Mosby Year Book, 1992.
9. — GUAGUERE E. et PRELAUD P. : Étude rétrospective de 54 cas de dermatite à *Malassezia pachydermatis* chez le chien : résultats épidémiologiques, cliniques, cytologiques et histopathologiques. *Prat. Méd. Chir. Anim. Comp.*, 1996, **31**, 309-323.
10. — GUILLOT J., GUEHO E., MIALOT M. et CHERMETTE R. : Importance des levures du genre *Malassezia* en dermatologie vétérinaire. *Point Vét.*, 1998, **29**, 691-701.
11. — HANIFIN J.M. et RAJKA G. : Diagnostic features of atopic dermatitis. *Acta Derm. Venerol. (Stockh)*, 1980, **Suppl. 92**, 44-47.
12. — JOHANSON S.G.O., HOURIHANE O.B. et BOUSQUET J. : A revised nomenclature for allergy : an EAACI position statement from the EAACI nomenclature task force. *Allergy*, 2001, **56**, 813-24.
13. — KUNKLE G.A. : Contact dermatitis. *Vet. Clin. N. Amer.*, 1988, **18**, 1061-8.
14. — LIAN T.M. et HALLIWELL R.E.W. : Allergen-specific IgE and IgGd antibodies in atopic and normal dogs. *Vet. Immunol. Immunopathol.*, 1998, **66**, 203-223.
15. — MEDLEAU L., CLEKIS T., MC ARTHUR T.R., ALVA R., BARRICK R.A., JEANNIN P. et IRWIN J. : Evaluation of fipronil spot-on in the treatment of flea allergic dermatitis in dogs. *J. Small Anim. Pract.*, 2003, **44**, 71-75.
16. — NESBITT G.H. et SCHMIDTZ J.A. : Contact dermatitis in the dog : a review of 35 cases. *J. Am. Anim. Hosp. Assoc.*, 1982, **18**, 961-964.
17. — NICHOLS P.R., MORRIS D.O. et BEALE K.M. : A retrospective study of canine and feline cutaneous vasculitis. *Vet. Dermatol.*, 2001, **12**, 255-264.
18. — OLIVRY T., DEBOER D.J., GRIFFIN C.E., HALLIWELL R.E.W., HILLIER A., MARSELLA R. et SOUSA C.A. : The ACVD task force on canine atopic dermatitis : forewords and lexicon. *Vet. Immunol. Immunopathol.*, 2001, **81**, 143-146.
19. — OLIVRY T., PRELAUD P., HERIPRET D. et ATLEE B.A. : Allergic Contact dermatitis in the dog : principle and diagnosis. *Vet. Clin. N. Am.*, 1990, **20**, 1443-1456.
20. — OLIVRY T., RIVIERRE C., JACKSON H.A., MURPHY K.M., DAVIDSON G. et SOUSA C.A. : Cyclosporine decreases skin lesions and pruritus in dogs with atopic dermatitis : a blinded randomized prednisolone-controlled trial. *Vet. Dermatol.*, 2002, **13**, 77-87.
21. — OLIVRY T., STEFFAN J., FISCH R.D., PRELAUD P., GUAGUERE E., FONTAINE J. et CARLOTTI D.N. : Randomized controlled trial of the efficacy of cyclosporine in the treatment of atopic dermatitis in dogs. *J. Am. Vet. Med. Assoc.*, 2002, **221**, 370-377.
22. — PATTERSON R. : Ragweed allergy in the dog. *J. Am. Vet. Med. Assoc.*, 1959, **135**, 178-180.
23. — PRELAUD P. : Diagnostic allergologique *in vitro*. In Guaguère E. Les Indispensables de l'Animal de Compagnie - Dermatologie. Paris : PMCAC, 1991, 145-150.
24. — PRELAUD P. : Diagnostic de la dermatite atopique canine : un diagnostic clinique. *Prat. Méd. Chir. Anim. Comp.*, 1998, **33**, 331-342.
25. — PRELAUD P. : Allergologie Canine. 150 pages, Masson, Paris, 1999.
26. — PRELAUD P. : Dermatite atopique : particularités raciales. *Prat. Méd. Chir. Anim. Comp.*, 2001, **36**, 301-307.
27. — PRELAUD P., ALHAIDARI Z., GUAGUERE E., DENEROLLE P. et LAUMONIER M. : Discriminant diagnostic criteria for the clinical diagnosis of canine FAD. Proceedings of the 18th annual ESVD-ECVD Congress. Nice, 2002, 249.
28. — PRELAUD P., GUAGUERE E., ALHAIDARI Z., HERIPRET D., FAIVRE N. et GAYERIE A. : Réévaluation des critères de diagnostic de la dermatite atopique canine. *Rev. Méd. Vét.*, 1998, **149**, 1057-1064.
29. — REEDY L.M., MILLER JR W.H. et WILLEMSE T. : Allergic skin diseases of dogs and cats. 2^e édition. 144 pages, Saunders, Philadelphia, 1997.
30. — SCOTT D.W. : Observations on canine atopy. *J. Am. Anim. Hosp. Assoc.*, 1981, **17**, 91-100.
31. — SCOTT D.W., MILLER JR W.H. et GRIFFIN C.E. : Muller & Kirk's Small Animal Dermatology. 6th edition. 1528 pages, Saunders, 2001.
32. — SCOTT D.W. et MILLER JR W.H. : Idiosyncratic cutaneous adverse drug reactions in the dog : Literature review and report of 101 cases (1990-1996). *Canine Practice*, 1999, **24**, 16-22.
33. — WILLEMSE T. : Investigation of symptomatology and the significance of immediate skin test reactivity in canine atopic dermatitis. *Res. Vet. Sci.*, 1984, **34**, 261-265.
34. — WILLEMSE T. : Atopic dermatitis : a review and reconsideration of diagnostic criteria. *J. small Anim. Pract.*, 1986, **27**, 771-778.
35. — WILLEMSE T. et VAN DEN BROM WE. : Evaluation of the intradermal allergy test in normal dogs. *Res. Vet. Sci.*, 1982, **32**, 57-61.
36. — WILLIAMS H.C., BURNEY P.G.J., HAY R.J., ARCHER C.B., SHIPLEY M.J., HUNTER J.J., BINGHAM E.A., FINLAY A.Y., PEMBROKE A.C., GRAHAM-BROWN R.A.C., ATHERTON D.A., LEWIS-JONES M.S., HOLDEN C.A., HARPER J.I., CHAMPION R.H., POYNER T.F., LAUNER J. et DAVID T.J. : The U.K. working party's diagnostic criteria for atopic dermatitis. I. Derivation of minimum set of discriminators for atopic dermatitis. *Br. J. Dermatol.*, 1994, **131**, 383-396.
37. — WITTICH F.W. : Spontaneous allergy in the lower animal. *J. Allergy*, 1941, **62**, 236-242.