

## Que pouvons-nous attendre d'un régime spécial pour les chiens atteints de dermatite atopique ?

De récentes études ont montré que la dermatite atopique (DA) chez le chien peut être attribuée à un défaut primaire de l'épiderme, combiné à une réponse immunitaire hyperactive. Le traitement de la DA est multifactoriel et exige la modulation du système immunitaire, le renforcement de la barrière épidermique et l'élimination du contact avec les allergènes. Une complémentation de l'alimentation avec des acides gras polyinsaturés peut aider à réduire le prurit et à réduire la dose des corticoïdes ou de cyclosporine. Certains phénols et antioxydants pourraient également jouer un rôle dans le maintien d'une peau en bonne santé. Cette étude a étudié si un régime comportant de hautes concentrations en acides gras polyinsaturés, polyphénols, vitamines et autres antioxydants peut améliorer les signes cliniques de la DA.

**48 chiens atteints de DA ont été traités de manière standard** (immunothérapie spécifique à l'allergène, anti-inflammatoires et antibiotiques). Le type de traitement, la dose et la fréquence d'administration sont restés constants pendant l'étude. L'administration de nutraceutiques, de vitamines, de compléments nutritionnels (par exemple vitamine E, acides gras libres, glucosamine/sulfate de chondroïtine, antioxydants) et d'agents homéopathiques n'était pas autorisée.

**Tous les chiens ont reçu un régime spécial** (Hill's® Prescription Diet® DermDefense™ Canine, Hills Pet Nutrition) pendant 8 semaines. Les ingrédients fonctionnels du régime sont des acides gras polyinsaturés (dérivés d'huile de poisson, d'huile de soja et de graines de lin), des polyphénols (dérivés de graines de lin, de thé vert, de pulpe d'agrumes, de romarin et de riz de brasserie) et des antioxydants (dérivés de thé vert, de riz de brasserie, de pulpe de betterave, de romarin, vitamine E, vitamine C et

bêta-carotène).

**Tous les chiens ont été examinés au début de l'étude**, puis à 4 et 8 semaines. L'évaluation de l'efficacité du traitement a été effectuée par le vétérinaire (quantification/score des lésions cutanées) et par le propriétaire (évaluation subjective de la qualité de la peau et du poil, de la qualité de vie et de la prise du régime).

**Une amélioration significative des scores des lésions cutanées a été rapportée chez les 17 chiens ayant terminé l'étude**, à 4 semaines (42%) et à 8 semaines (63%) en comparaison à la situation initiale. De plus, les propriétaires ont observé une amélioration en ce qui concerne le prurit, l'activité de léchage, et l'érythème cutané avec une réduction de respectivement 45%, 41% et 28% après 4 semaines. Après 8 semaines, la réduction de prurit et de l'érythème cutané était de respectivement 44% et 48%. Des études antérieures avaient déjà démontré une amélioration grâce à un apport unique en acides gras oméga-3. Il est donc difficile de déterminer le rôle des autres ingrédients actifs du régime testé.

**L'acceptation du régime testé était très bonne**, presque 90% des chiens ont facilement accepté le régime.

**14 des 31 chiens exclus de l'étude l'ont été en raison d'une modification du traitement pendant l'étude.** Le traitement oral a été arrêté chez 8 chiens (4 ont arrêté les antibiotiques et 5 ont arrêté les immunosuppresseurs), un nouveau traitement a été initié chez 6 chiens (2 chiens ont reçu la cyclosporine, 1 la prednisolone, 3 l'ocloctinib et 1 la dexaméthasone). Outre le faible nombre de chiens ayant terminé l'étude, l'absence de groupe de contrôle constitue un point négatif supplémentaire.

► **Les chiens atteints de dermatite atopique sous régime à base de concentration élevée en acides gras polyinsaturés, antioxydants et polyphénols montrent une nette amélioration des lésions cutanées et des démangeaisons associées, et ce, évalué par le propriétaire et le vétérinaire.**

Réf.: Non-controlled, open-label clinical trial to assess the effectiveness of a dietetic food on pruritus and dermatologic scoring in atopic dogs. Witzel-Rollins A., Murphy M., Becvarova I., Werre S.R., Cadiergues M.-C. and Meyer H. BMC Veterinary Research (2019) 15:220



## Dermatite et panniculite pyogranulomateuses stériles chez le chien : résumé

**La dermatite et la panniculite pyogranulomateuses stériles (DPPS)** est un syndrome peu fréquent et d'étiologie inconnue. La DPPS est rencontrée essentiellement chez le chien adulte, elle est caractérisée par la présence de nodules, de plaques et d'ulcérations pyogranulomateux de taille, étendue et sévérité variables. Le diagnostic se fait par exclusion des autres pathologies, une approche diagnostique complète et rationnelle est donc primordiale. Les lésions cutanées peuvent être aiguës ou se manifester de manière fluctuante. La dermatite pyogranulomateuse stérile (DPS) se caractérise par des lésions souvent situées sur les pavillons des oreilles, la truffe, le contour des yeux et sur les extrémités distales. La panniculite pyogranulomateuse stérile (PPS) est observée le plus souvent sur le tronc. L'auteur constate également une blépharite et une conjonctivite concomitantes. Une association de la PPS et d'une pancréatite a été observée chez le chien. Lors d'association avec de telles pathologies, des symptômes systémiques sont également présents, tels que de la fièvre, des douleurs abdominales ou articulaires.

**Une première étape diagnostique consiste en la ponction de différents nodules** pour un examen cytologique à la recherche de bactéries, de champignons ou éventuellement de mycobactéries (coloration pour bactéries acido-résistantes). Du point de vue cytologique, on s'attend à observer un exsudat pyogranulomateux. De par la réaction inflammatoire sévère, des fibrocytes réactionnels peuvent être observés, ces derniers peuvent entraîner un diagnostic erroné de 'sarcome'. La cytologie d'ulcères ou de canaux lymphatiques peut révéler une infection secondaire avec des bacilles ou des coques. Pour l'examen histologique, différentes biopsies tissulaires doivent être réalisées (de préférence biopsie excisionnelle en coin). Il est conseillé d'éviter les ulcères et canaux lymphatiques. Également dans ce cas, des colorations spécifiques pour champignons et mycobactéries sont conseillées, ainsi que des cultures

bactériennes aérobie et anaérobie et une culture fongique. Pour les mycobactéries, une autre option est l'analyse PCR. Pour un diagnostic définitif d'une infection opportuniste, une analyse cytologique et/ou histopathologique du tissu est également nécessaire. Sur le plan histologique, on observe une dermatite granulomateuse ou pyogranulomateuse dermique et/ou sous-cutanée nodulaire ou diffuse. Dans le cas d'une panniculite ou d'une dermatite dermique profonde, il peut être difficile de faire la différence avec une histiocytose ou un lymphome non épithéliotrope. Des analyses sanguine et urinaire de routine sont nécessaires surtout si des symptômes systémiques sont présents. Souvent, on découvre une légère anémie non régénérative, une hyperglobulinémie et une leucocytose.

**Le traitement de la DPPS consiste en une immunomodulation.** On commence généralement par des doses immunosuppressives de prednisolone. Pour les cas modérés, on peut plutôt choisir la doxycycline, le niacinamide ou la cyclosporine. Dans les cas les plus graves, on associe ces deux traitements. Pour les cas réfractaires, on choisira alors l'azathioprine (avec la surveillance associée) ou le mycophénolate mofétil. Par ailleurs, il est important de veiller à un bon traitement des plaies et à soulager la douleur. Il semble également que la vitamine E peut être bénéfique en tant qu'antioxydant. Une fois les lésions en rémission, un traitement d'entretien avec des agents non stéroïdiens peut être tenté. L'auteur estime que la ciclosporine est la plus efficace pour cet objectif.

**Les lésions solitaires** peuvent être réséquées chirurgicalement pour prévenir la déhiscence des plaies. Le plus souvent, une thérapie d'entretien par immunomodulation est nécessaire afin de prévenir la rechute. Selon l'auteur, un déclencheur possible est un 'immunostimulateur' (par exemple, un vaccin) ou un traumatisme (par exemple, une lésion cutanée).

► **La dermatite et la panniculite stériles pyogranulomateuses sont caractérisées par des nodules, plaques et ulcères pyogranulomateux, de taille et d'étendue variables. Des symptômes systémiques non spécifiques sont également possibles. Le diagnostic se fait par exclusion sur base de la cytologie, de l'histologie, de cultures et éventuellement d'examen complémentaires. On obtient généralement une bonne réponse avec les corticoïdes et les immunomodulateurs non stéroïdiens.**

Réf.: Sterile pyogranulomatous dermatitis and panniculitis. Schissler I. Vet Clin Small Anim 49 (2019) 27-36.



## Immunothérapie en cas de dermatite atopique: état des lieux

L'immunothérapie est le seul traitement de la dermatite atopique qui permette d'influencer les mécanismes physiopathologiques. Différents protocoles ont déjà été décrits et testés chez des chiens et dans une moindre mesure, chez des chats. La présente publication présente un état des lieux des faits.

**A condition que les tests soient correctement validés**, les tests sériques ainsi que les tests intradermiques peuvent être utilisés avec le même taux de réussite pour choisir les allergènes corrects pour le traitement. Étant donné l'existence de faux positifs que ce soit avec les tests sériques et les tests cutanés, il est important de tenir compte en plus de l'anamnèse dans le choix des allergènes et préalablement exclure les autres diagnostics possibles.

**Traditionnellement**, on procède à des injections sous-cutanées au cours desquelles, pendant la période d'induction, des concentrations et volumes progressivement de plus en plus élevés d'allergènes sont administrés. Pendant le 'traitement d'entretien' qui suit, la même quantité est injectée à intervalles réguliers pendant plusieurs années. Naturellement, ce protocole doit être adapté à chaque patient. Si les démangeaisons augmentent immédiatement après l'injection, la dose ultérieure doit être réduite. Si les démangeaisons augmentent vers la fin de l'intervalle, cet intervalle doit être raccourci.

**Des médicaments inhibant les démangeaisons** peuvent être temporairement nécessaires. Les shampooings, les acides gras essentiels, les antihistaminiques et le lokivetmab peuvent être utilisés sans influence sur l'induction de la tolérance. L'auteur essaie d'éviter le traitement à long terme par des corticoïdes, la ciclosporine ou l'ocloctinib

pendant la première année de la désensibilisation. Après 1 an, le succès du traitement peut être évalué. On observe une réponse bonne à excellente chez environ 2 chiens sur 3. Les études menées chez le chat sont moins répandues mais laissent supposer une proportion similaire de réussite.

**Si la période d'induction de plusieurs semaines est réalisée** en 1 journée par des injections toutes les heures, on parle d'immunothérapie 'rush'. Cette procédure est assez bien tolérée par les chiens, mais une surveillance étroite est cruciale. Un antihistaminique est par ailleurs injecté, 1 à 2 heures avant le début du traitement. Dans une étude, des résultats significativement plus rapides n'ont pas pu être atteints en comparaison à l'immunothérapie classique. A ce jour, l'immunothérapie 'rush' n'a été décrite que pour 4 chats, ce qui est trop peu pour pouvoir tirer une conclusion sur la sécurité ou l'efficacité.

**Dans le cas de l'immunothérapie oromucuseuse**, l'extrait d'allergène est appliqué 1 à 2 fois par jour entre les lèvres et la gencive. L'immunothérapie intralymphatique est une dernière alternative, qui comprend l'injection mensuelle d'une faible quantité (0,1 ml) d'extrait d'allergène dans un ganglion lymphatique.

**Les réactions locales à l'injection** restent rares et < 1% des patients présentent des réactions systémiques. L'adjuvant peut jouer un rôle dans les effets indésirables. C'est pourquoi on est encore à la recherche d'alternatives.

**Chez les chats asthmatiques**, les résultats sont prometteurs avec l'immunothérapie rush, même si cette approche est actuellement encore en phase expérimentale.

► **L'immunothérapie constitue une bonne option thérapeutique de la dermatite atopique et c'est la seule qui modifie les mécanismes physiopathologiques sous-jacents. Un diagnostic systématique et un choix bien réfléchi des allergènes sont importants. L'immunothérapie sous-cutanée classique présente un taux de réussite satisfaisant et un bon profil de sécurité, tant chez le chien que chez le chat. De plus vastes études sont nécessaires pour les autres protocoles, voies d'administration et compositions.**

Réf. Update on allergen immunotherapy. Mueller R.S. Vet Clin Small Animal 49 (2019) 1-7



## Le palmytoyléthanamide pour les chats souffrant de dermatite allergique ?

**Les chats atteints de dermatite allergique (DA)** (à l'exclusion de l'allergie aux piqûres de puce) souffrent de démangeaisons et d'un des symptômes suivants : lésions cutanées sur la tête et le cou, alopecie auto-induite, plaques éosinophiliques, granulomes et/ou ulcérations des lèvres ou dermatite miliaire. Aucun de ces symptômes n'est pathognomonique pour la DA.

**Les corticoïdes sont souvent efficaces** bien que souvent associés à des effets indésirables. Ils sont envisagés d'abord pour des traitements de courte durée des prurits saisonniers et à long terme, ils sont souvent associés à d'autres agents.

**Le palmitoyléthanamide (PEA) présente des propriétés** antiallergiques et anti-inflammatoires. Une étude menée sur des chats avec granulomes et plaques éosinophiliques a montré qu'un traitement de 30 jours par le PEA réduit les rougeurs, les démangeaisons et l'alopecie. L'étendue des lésions cutanées est réduite de plus de 60%.

**Cette étude a évalué si le PEA** (sous forme ultra micronisée) peut être combiné aux corticoïdes pour maintenir la rémission induite par l'administration des corticoïdes chez les chats avec DA (à l'exclusion de l'allergie aux piqûres de puces).

**57 chats avec DA ont participé à l'étude.** Une allergie aux piqûres de puce a été exclue chez tous les chats, une allergie alimentaire a également pu être exclue chez 16% des animaux. Tous les chats ont été traités pendant 14 jours avec la méthylprednisolone per os une fois par jour (4 mg pour les chats ≤ 5 kg et 6 mg pour les chats > 5 kg) et le PEA (15 mg/kg) ou un placebo per os une fois par jour. Après 14 jours, la dose de méthylprednisolone a été administrée un jour sur deux alors que le traitement par le PEA ou le placebo est resté inchangé. Après 28 jours, l'administration

de la méthylprednisolone a été stoppée, seul le PEA ou le placebo a été administré jusqu'à ce que les chats récidivent ou jusqu'au jour 84 (fin de l'étude).

**Des évaluations cliniques** ont été effectuées aux jours 0, 14, 28, au jour de la récurrence ou au plus tard, au jour 84 (fin de l'étude). Le vétérinaire traitant a donné un score à l'étendue des lésions cutanées et les propriétaires ont évalué le degré de démangeaisons de leur chat. Il a également été demandé aux propriétaires de noter l'état clinique global de leur chat, par comparaison à l'évaluation précédente (0-3 avec '0' pour inchangé et '3' pour 'beaucoup plus grave').

**Le délai de récurrence a été en moyenne plus long chez les chats du groupe PEA.** Presque la moitié de ces chats (46,2%) n'avait encore présenté de récurrence 1 mois après l'arrêt de l'administration de la méthylprednisolone, alors que cela avait été le cas pour la plus grande partie (83,3%) des chats sous placebo.

**Au jour 28, le score de démangeaison moyen était significativement plus faible** dans le groupe PEA que dans le groupe placebo. Après le jour 28 (arrêt de l'administration de la méthylprednisolone), les scores de démangeaisons ont augmenté dans les deux groupes, mais cette augmentation a été significativement plus importante dans le groupe placebo.

**Au jour 28, aucune différence n'a été constatée entre les deux groupes** concernant le score pour l'étendue des lésions cutanées. Après le jour 28, ce score a augmenté dans les deux groupes sans qu'une différence statistiquement significative puisse être établie.

**Lors de la dernière évaluation, 33% des propriétaires** de chat du groupe PEA estiment que l'état de leur chat était inchangé par rapport à l'état au jour 28, alors que tous les propriétaires de chat du groupe placebo trouvaient que l'état de leur chat s'était aggravé.

► **L'administration de PEA ultramicronisé pendant et après une courte cure par la méthylprednisolone à des chats atteints de dermatite allergique renforce la réduction du prurit et retarde le retour des signes cliniques. Le PEA peut être un composant utile du traitement multimodal des chats atteints de dermatite allergique.**

Ref: Effect of dietary supplementation with ultramicronized palmitoylethanamide in maintaining remission in cats with nonflea hypersensitivity dermatitis: a double-blind, multicentre, randomized, placebo-controlled study. Noli C., della Valle M.F., Miolo A., Medori C., Schievano C. and The Skinalia Clinical Research Group. Vet Dermatol 2019, DOI 10.1111/vde. 12764



## Urticaire du chien : état des lieux des connaissances actuelles

L'urticaire est caractérisé par la présence d'une éruption cutanée et/ou d'un angioedème. L'urticaire se manifeste par gonflement passager de la peau suite à un œdème dermique. L'angioedème est un gonflement érythémateux vaste et sévère du derme profond et de l'hypoderme. Associé à des rougeurs (souvent des pavillons auriculaires) et des démangeaisons, l'urticaire peut également être un des symptômes cutanés de l'anaphylaxie. Dans ce cas, une réaction d'hypersensibilité systémique, grave, pouvant potentiellement mettre le pronostic vital en jeu peut survenir. Dans les deux cas, des cytokines et des médiateurs inflammatoires (entre autres, l'histamine) sont libérés par les mastocytes et les basophiles, ce qui déclenche une cascade de réactions. Bien que chaque cabinet ait ses propres procédures, il existe actuellement peu d'articles scientifiques traitant des facteurs déclenchants et des facteurs de risque, ainsi que des caractéristiques cliniques de l'urticaire.

**En 1 an, sur environ 20 000 chiens examinés**, 24 ont été diagnostiqués présentant de l'urticaire, l'âge se situant entre 0,7 et 11 ans. Les femelles semblaient plus concernées (2,4:1) sans que ce soit statistiquement significatif ( $p=0,06$ ). Une étude sur souris a montré que l'œstrogène n'est pas un facteur déclenchant, mais qu'il peut aggraver la réaction anaphylactique. Les boxers, les braques hongrois et les chiens de Rhodésie à crête dorsale étaient significativement surreprésentés par comparaison à la population générale. De même, les beagles, les Jack Russel et les bouledogues français étaient également surreprésentés dans le groupe affecté, mais de manière non significative.

**8 chiens étaient atteints d'urticaire sans anaphylaxie** alors que l'association a été observée chez les 16 autres chiens. Les premiers signes cliniques observés dans le groupe avec anaphylaxie étaient

l'urticaire ou l'angioedème chez 8/16 chiens (50%) et des vomissements/diarrhée chez 9/16 chiens (56%). Chez 3 chiens (19%), l'ensemble des signes cliniques sont apparus simultanément. Chez 8 chiens sur 16, des modifications cardiovasculaires ont été rapportées et chez 10 chiens, une conscience réduite en tant que (seule) altération neurologique. Le foie et le tractus gastro-intestinal semblent être les principaux organes touchés. Outre une élévation du taux d'ALT (chez 87,5% des animaux), une élévation de la lipase sérique a également été constatée chez 50% des chiens. Selon les chercheurs, cela plaide pour une atteinte du pancréas, également parce que chez l'homme, les mastocytes semblent jouer un rôle dans la pancréatite sévère.

**Une probable étiologie a pu être identifiée chez 17 chiens.** Les piqûres d'insecte étaient la cause la plus fréquente (53%), suivie de l'alimentation (29,5%) (pommes de terre, riz, bœuf, noix, fromage) et les médicaments (12%). Chez 1 chien, le froid a été la cause à plusieurs reprises. Il semble également que les chiens souffrant de dermatite atopique présentent un risque plus élevé de développer de l'urticaire ou une anaphylaxie, indépendamment de la cause. Chez 5 chiens, il pourrait être question d'anaphylaxie induite par l'effort, comme cela peut survenir dans l'espèce humaine.

**Bien que l'adrénaline soit considérée comme la part la plus importante du traitement de l'anaphylaxie**, son administration ne semble pas nécessaire chez ces chiens. Des antagonistes H1 et H2 et/ou des glucocorticoïdes ont été initiés en parallèle de la fluidothérapie. En moyenne, les chiens ont été pris en charge pendant 1,5 jours pendant lesquels aucune réaction biphasique (telle qu'elle peut survenir chez l'homme) n'a pu être observée.

► **Dans de nombreux cas, l'urticaire (éruption cutanée et/ou angioedème) est un bon marqueur de l'anaphylaxie. Les femelles semblent plus souvent atteintes, les boxers, les braques hongrois et les chiens de Rhodésie à crête dorsale sont significativement plus souvent représentés. Parmi les causes principales, on compte les piqûres d'insectes, l'alimentation et les médicaments. Outre les lésions cutanées, les affections gastro-intestinales et cardiovasculaires sont les plus fréquentes en cas d'anaphylaxie. Les chiens atteints de dermatite atopique présentent un risque plus élevé d'urticaires et/ou d'anaphylaxie.**

Réf.: Triggers, risk factors and clinico-pathological features of urticaria in dogs – a prospective observational study of 24 cases. Rostaher A. Vet Dermatol 2017; 28: 38-e9



## **Vous suspectez une leishmaniose chez un chien mais vous ne détectez pas d'amastigotes ? Penser à effectuer un test qPCR.**

La leishmaniose chez le chien est très souvent associée à des problèmes cutanés. Bien que le tableau clinique puisse être très diversifié, on observe dans la plupart des infections, une onychogryphose et/ou une dermatite.

A ce jour, il n'existe aucune approche diagnostique standardisée et différentes techniques sont utilisées, lesquelles doivent toutes être interprétées en considérant les observations cliniques. La sérologie (caractérisation des anticorps) peut être utilisée en première intention : un grand nombre d'anticorps confirme la maladie, mais la présence d'un faible nombre n'exclut pas la maladie. La recherche d'amastigotes par cytologie ou histologie est probablement une meilleure option. La sensibilité de ces techniques est déterminée en grande partie par la qualité de l'échantillon, l'expertise du cytologiste ou de l'histopathologiste et le temps consacré à l'examen, en particulier en cas de faibles nombres d'amastigotes.

Pour contourner ces limites, un test qPCR spécifique des *Leishmania* peut être utilisé. Chez l'homme, cette technique a déjà été appliquée sur des frottis colorés ou sur des calques avec papier filtre. Chez les chats également, l'utilisation d'un test qPCR sur échantillons cutanés cytologiques colorés a été décrite. Rien n'a été publié pour le moment à propos du chien.

Cette étude a été menée sur 33 chiens présentant des lésions cutanées suggérant une leishmaniose. Des prélèvements sanguins et urinaires ont été effectués dans le but de réaliser un bilan général et une analyse sérologique quantitative des anticorps contre *L. Infantum*. Les échantillons cytologiques ont été réalisés à l'aide de grattages cutanés et par étalement du liquide des pustules sur des lames porte-objets, colorées au Diff-Quick. Au niveau de ces mêmes sites, on prélève également des échantillons à l'aide d'un papier

filtre stérile (papier filtre Whatman n°3). Une biopsie cutanée a également été effectuée chez un certain nombre de chiens. L'analyse qPCR a été effectuée sur tous les échantillons cytologiques et tissulaires. Tous les chiens présentant un diagnostic présumé de *Leishmania* ont été traités et suivis pendant 2 mois.

**Une infection par *Leishmania* a été confirmée pour 13 des 33 chiens suspectés.** Des amastigotes ont été identifiés par cytologie chez 8 chiens (61,5%), 2 chiens étaient positifs à l'examen histopathologique, des anticorps contre *Leishmania* ont été mis en évidence chez 9 chiens. Les 13 chiens ont réagi positivement au traitement.

**L'analyse qPCR des échantillons cytologiques et du papier filtre a donné les résultats suivants :** 14 des échantillons cytologiques et 16 des échantillons sur papier filtre étaient positifs. Tous les chiens avec diagnostic de *Leishmania* (13) étaient positifs par analyse qPCR des échantillons de papier filtre et 11/13 étaient positifs par analyse qPCR des échantillons cytologiques. La sensibilité de l'analyse qPCR des échantillons cytologiques s'élève donc à 84,6%, elle se situe à 100% pour les échantillons sur papier filtre. Parmi les 20 chiens pour lesquels la leishmaniose a été exclue, 1 animal était positif par analyse qPCR de l'échantillon cytologique, 1 chien était positif pour l'échantillon de papier filtre et 2 chiens étaient positifs pour les deux échantillons. La spécificité de l'analyse qPCR se situe donc à 85% (tant pour les échantillons cytologiques que sur papier filtre). Dans les zones endémiques, on peut retrouver l'ADN de *Leishmania* chez des chiens infectés de manière subclinique. Un test qPCR positif signifie que le chien est infecté, mais ne certifie pas que *Leishmania* est la seule cause des signes cliniques. C'est pourquoi les résultats de la qPCR doivent également être interprétés en tenant compte des observations cliniques et pathologiques, surtout dans les régions endémiques.

► **L'analyse qPCR de frottis cutanés obtenus par grattage ou prélèvement du liquide des pustules peut être utilisée pour le diagnostic de la leishmaniose chez le chien. Avec une sensibilité de 84,6% (grattage) à 100% (claque avec papier filtre) et une spécificité de 85%, le test semble être très fiable.**

*Ref.: Diagnostic performance of a qPCR for *Leishmania* on stained cytological specimens and on filter paper impressions obtained from cutaneous lesions suggestive of canine leishmaniosis. Lima T., Martinez-Sogues L., Montserrat-Sangra S., Solano-Gallego L. and Ordeix L. Vet Dermatol 2019, DOI:10.1111/vde.12757*



## Qu'est-ce que la "dermatite éosinophilique aiguë avec œdème" chez le chien ?

**La dermatite éosinophilique aiguë avec œdème est un syndrome peu fréquent chez le chien.** Dans la plupart des cas, des symptômes gastro-intestinaux (vomissements et/ou diarrhée) apparaissent avant les lésions cutanées ou simultanément. Les lésions cutanées, principalement localisées sur l'abdomen, sont souvent des lésions en cible. Des macules, papules ou plaques avec ou sans érythème généralisé et œdème sont également observées. Les réactions d'hypersensibilité de type I ou les réactions médicamenteuses sont des étiologies possibles.

**Le diagnostic est basé sur le tableau clinique** ainsi qu'un examen histopathologique. La biopsie cutanée révèle une infiltration inflammatoire d'éosinophiles avec œdème dont la sévérité et l'étendue peuvent varier.

**Le diagnostic différentiel principal** est la dermatose neutrophilique stérile. Cette pathologie

présente également des symptômes systémiques (fièvre, neutrophilie, pneumonie, arthrite, ...) et des lésions cutanées essentiellement ventrales, probablement un peu plus pustulaires. D'un point de vue histologique, une infiltration essentiellement neutrophilique du derme est observée, pouvant être accompagnée d'éosinophiles. Cela complique parfois la distinction entre les deux affections. En outre, les éosinophiles peuvent être dégranulés, ce qui les différencie difficilement des neutrophiles. Pour colorer les granules des éosinophiles, une coloration Luna peut être utilisée.

**Concernant le traitement**, il est conseillé de stopper toute médication entamée avant l'apparition des lésions et démarrer un traitement à base de corticoïdes ou d'antihistaminiques. Les symptômes gastro-intestinaux disparaissent en général après 1 semaine, il faut toutefois environ 3 semaines pour la cicatrisation des lésions cutanées.

Réf.: *Canine acute eosinophilic dermatitis with edema (Wells-like syndrome)*. Mauldin E.A. *Vet Clin Small Anim* (2019)47-51

## La prednisolone a-t-elle un effet diabétogène chez le chat ?

**Les chats semblent mieux résister que les chiens aux effets indésirables des corticoïdes.** On observe toutefois chez eux, une atrophie et une fragilité de la peau, une sensibilité accrue au diabète et l'apparition soudaine d'une insuffisance cardiaque congestive (ICC) lors d'une corticothérapie. L'ICC résulterait de l'induction de l'hyperglycémie qui augmente le volume plasmatique par un déplacement hydrique de la région extravasculaire vers la région intravasculaire.

**Cette étude cherche à déterminer si l'administration orale de prednisolone** (1 ou 2 mg/kg/j) durant 7 jours à des chats souffrant de dermatite allergique, occasionne des modifications cliniques pathologiques, hémodynamiques ou échocardiographiques, qui pourraient induire l'ICC.

**Cela ne semble pas être confirmé :** la glycémie, le rapport insuline/glucose sérique et le volume plasmatique n'ont pas varié par comparaison aux

mesures initiales, excepté dans le groupe à 2 mg/kg, où la glycémie a modérément augmenté. La concentration moyenne en fructosamine augmente chez les chats traités par prednisolone, mais reste dans les valeurs limites de la normale chez tous les chats. La tension artérielle ne change pas et les mesures des paramètres échographiques sont restées inchangées.

**L'administration orale de corticoïdes à durée d'action intermédiaire à faible dose** (1 mg/kg/j) n'influence pas la glycémie chez le chat alors que des doses supérieures ( $\geq 2$  mg/kg/j) ont un effet modéré sur le métabolisme du glucose. Des administrations intramusculaires de corticoïdes à longue durée d'action (méthylprednisolone à 5 mg/kg) peuvent par contre engendrer de fortes augmentations des concentrations en glucose sanguin.

Réf.: *Clinicopathologic, hemodynamic, and echocardiographic effects of short-term oral administration of anti-inflammatory doses of prednisolone to systemically normal cats*. Khelik I.A., Berger D.J., Mochel J.P., Seo Y-J., Palermo J-S., Ware W.A. and Ward J.L. *AJVR*, Vol. 80, N°8, August 2019



## Un régime à base d'insectes pour le chien présentant de l'allergie alimentaire

**Les insectes en tant que source alternative de protéines pour l'alimentation des hommes et des animaux ont de plus en plus de succès.** De nombreux types d'insectes comestibles peuvent être élevés dans un espace limité, ils sont très féconds. Ils disposent de concentrations élevées en protéines, énergie, acides gras insaturés, biotine, acide folique, riboflavine, acide pantothénique et divers minéraux et constituent une source alimentaire de haute qualité.

**Il n'existe actuellement aucune étude** évaluant l'efficacité de cette source alimentaire chez les chiens présentant de l'allergie alimentaire.

**Seize chiens avec allergie alimentaire** et placés sous régime spécial ont reçu pendant 14 jours, un régime à base de farine de larves de ver de farine dégraissée (InsectDog, Josera GmbH). Au début et à la fin de l'étude, les lésions ont été évaluées par le vétérinaire. Les démangeaisons et la qualité du poil ont été évaluées par le propriétaire. A leur entrée dans l'étude, la plupart des

chiens présentait du prurit et une inflammation cutanée.

**Un chien a développé des problèmes gastro-intestinaux** (flatulences et vomissements) quelques jours après la mise en place du régime à base d'insectes, il a été retiré de l'étude. Les lésions cutanées se sont nettement améliorées chez 12 des 15 chiens restants. Une réduction du prurit (non significative) a été rapportée pour 8 chiens sur 15, aucun changement n'a été observé chez 4 chiens, une détérioration minimale a été observée chez 2 chiens et une détérioration plus sévère chez 1 chien. Une amélioration significative de la qualité du poil a été constatée chez 6 chiens sur 14 chiens évalués, aucun changement n'a été observé chez les 8 autres chiens.

**Une alimentation à base d'insectes pourrait être une alternative aux régimes d'éviction actuellement utilisés.**

Réf.: *Effekt eines Insektenprotein-basierten Futters auf die Symptomatik von futtermittelallergischen Hunden.* B"hm T.M., Klinger C.J., Gedon N., Udraitė L., Hiltenkamp K. & Mueller R.S. *Tierarztl Prax Ausg K Kleintiere Heimtiere* 2018; 46:297-302

## Quelle est la fiabilité des tests d'allergie basés sur les poils et la salive ?

**Chez le chien, les affections cutanées prurigineuses** sont un motif important de visite chez le vétérinaire. Le diagnostic différentiel comprend entre autres, l'allergie alimentaire et l'atopie. Certaines sociétés proposent des tests permettant d'identifier les allergies alimentaires et environnementales pour lesquels, seuls les poils et/ou la salive sont nécessaires. Ces tests ne sont toutefois pas validés. Ce qui justifie cette étude.

**10 échantillons de poils et de salive** ont été prélevés sur un Labrador atopique âgé de 3 ans, atteint d'allergie alimentaire et 10 échantillons similaires ont été prélevés sur un chien sain. En parallèle, 6 échantillons de poils d'un ours en peluche et des frottis d'eau ont également été analysés. Pour chaque échantillon, 117 allergènes alimentaires et 11 allergènes environnementaux ont été testés.

**Le test n'a pas été en mesure d'identifier le chien allergique**, ni de différencier un échantillon animal d'un échantillon factice. En médecine humaine

également, différentes études ont démontré l'inefficacité des procédés de test basés sur les cheveux. Par ailleurs, les tests d'allergie effectués sur la salive n'ont été ni décrits, ni acceptés en tant que méthode diagnostique chez l'homme. De même, il existe des rapports contradictoires en ce qui concerne les IgA qui pourraient protéger ou au contraire accroître le risque de développement d'une allergie dans le futur.

**Bien que la société (ImmuneIQ) à la base de cette étude ait entre-temps disparu**, il existe actuellement des études menées sur des tests similaires proposés par d'autres sociétés. Les résultats provisoires de ces études mènent à des conclusions comparables à celle de la présente étude.

**Les tests d'allergie alimentaire ou d'allergie environnementale basés sur la salive ou les poils de chien ne sont pour le moment pas en mesure de fournir un diagnostic correct.**

Réf.: *Hair and saliva test fails to identify allergies in dogs.* Coyner K. and Schick A. *Journal of Small Animal Practice* (2019) 60, 121-125.