

Lorsque pris par la femme enceinte, puis par le nouveau-né, ils préviendraient l'apparition des allergies chez l'enfant, significativement, pendant les 2 premières années de vie de l'enfant et pourraient contribuer à prévenir l'eczéma atopique chez les enfants à risque.

- **L'anthroposophie** (moins d'antibiotiques, moins de vaccination et une plus grande consommation de légumes « lacto-fermentés », réduirait la prévalence des allergies chez les enfants qui vivaient selon ces principes.

### 10. Quelle est la place de la désensibilisation ?

La désensibilisation ou immunothérapie spécifique (I.T.S.) selon le consensus de l'O.M.S, est indiquée dans l'hypersensibilité IgE dépendante (conjonctivite, rhinite, asthme, ...).

Introduite dès 1911 par Noon et Freeman pour le traitement des pollinoses, elle consiste à administrer des doses croissantes d'allergène auquel le sujet est sensibilisé ; l'objectif étant d'induire une tolérance à l'allergène incriminé.

L'I.T.S. représente avec les mesures d'éviction allergénique le seul traitement étiologique des maladies allergiques.

L'I.T.S. est efficace lorsqu'elle est administrée de façon optimale : mono sensibilisation, utilisation d'allergène standardisé, mise en route aussi **précocement** que possible mais seulement à partir de cinq ans chez l'enfant. Les dernières études font état d'une efficacité de l'I.T.S. par **voie sublinguale** comparable à celle de la **voie sous cutanée**, en particulier dans les rhinites et/ou conjonctivites polliniques ou allergiques aux acariens. Une désensibilisation efficace doit être prolongée au moins 3 ans.

### Bibliographie :

1. Vervloet D, Magnan A. Traité d'allergologie. Paris : Médecine-Sciences Flammarion ; 2003.
2. De Blay F, Lieutier-Colas F, Lefevre-Balleguier A. Allergies et Environnement intérieur. Editions Margaux Orange 2003, 134 pages.
3. Bessot JC, Pauli G. L'asthme professionnel. Editions Margaux Orange 1999, 571 pages.
4. Demoly P, Bousquet J. Epidemiology of drug allergy. Current Opinion Allergy Clin Immunol. 2001 ;1 :305-310.
5. Bousquet J. Allergy as a global problem ; think globally act globally. Allergy 2000 ;57 :661-662.
6. Rajan T.V, « The Gell-Coombs classification of hypersensitivity reactions: a re-interpretation » Trends in Immunology 2003;24(7):376-9.
7. Report of the Nomenclature Review Committee of the World Allergy Organization. J Allergy Clin Immunol. 2004 ;113 :832-36.
8. Birnbaum J, Vervloet D. Indications de la désensibilisation en fonction des données épidémiologiques récentes. Rev Fr Allergol et Immunol Clin 2004;44:270-275.
9. Etude CHILD (Canadian Healthy Infant Longitudinal Development), conduite sur 2.500 enfants canadiens, visant à identifier les facteurs environnementaux et génétiques favorisant l'allergies.
10. Haute Autorité de santé (HAS). Indication du dosage des IGE spécifiques dans le diagnostic et le suivi des malades allergiques. Site internet : HAS. Saint-Denis La Plaine (France) ; 2005
11. Société française de dermatologie. L'urticaire. Site internet : dermato-info. Paris ; 2015 [consulté le 7 octobre 2015].
12. Étude ISAAC : <http://www.invs.sante.fr/beh/1999/9913/index.html>

## Contrôlez vos connaissances !

### 1. A propos de la réaction allergique, quelles sont les propositions justes :

- A. Elle survient dès le premier contact de l'organisme avec l'allergène.
- B. La réaction allergique ne survient qu'après un premier contact avec l'allergène.
- C. La réaction allergique correspond à l'hypersensibilité de type 2 selon la classification de Gell et Coombs.
- D. C'est une hypersensibilité de type immédiate.
- E. Elle est médiée par les IgE.

### 2. Le meilleur traitement de l'allergie repose sur :

- A. les antihistaminiques
- B. la corticothérapie orale
- C. l'éviction
- D. la désensibilisation
- E. les anti-leucotriènes

### 3. Quel est le seul traitement qui, avec les mesures d'éviction allergénique, constitue le seul traitement étiologique de l'allergie ?

Les réponses au quiz sont sur [el-hakim.net](http://el-hakim.net)

# Les conjonctivites allergiques

Pr. LAHLOU-BOUKOFFA O.S  
Cité des Orangers, Annaba.

### RÉSUMÉ :

La conjonctivite allergique est une affection très courante. Elle se manifeste par un œil rouge associé à un prurit.

C'est une entité clinique qui regroupe la Conjonctivite Allergique Aiguë (CAA), la Conjonctivite Allergique Saisonnière (CAS), la Conjonctivite Allergique Per-annuelle (CAP), la Kérato-Conjonctivite Vernale (KCV), la Kérato-Conjonctivite Atopique (KCA) et la Conjonctivite Giganto-Papillaire (CGP).

Les CAS et CAP sont les plus fréquentes, mais aussi les plus bénignes. La KCV est une affection grave car elle est source de malvoyance. Elle touche l'enfant et parfois l'adolescent. Le traitement comporte deux volets : la désensibilisation et l'instillation de collyres antihistaminiques et antidégranulants, de préférence sans conservateurs. Les corticoïdes sont utilisés en cures courtes dans les épisodes graves, notamment dans la KCV.

**Mots clés :** Conjonctivite allergique, IGE médiée, CAA, CAS, CAP, KCV.

### ABSTRACT :

Allergic Conjunctivitis is a very frequent ailment. It is characterized by a red eye associated with a pruritus.

It is a clinical entity comprised of Acute Allergic Conjunctivitis (AAC), Seasonal Allergic Conjunctivitis (SAC), Per-annual Allergic Conjunctivitis (PAC), Vernal Keratoconjunctivitis (VKC), Atopic Keratoconjunctivitis (AKC) and Giant Papillary Conjunctivitis (GPC)

SAC and PAC are the most frequent, but also the most benign. VKC is a serious affliction as it may lead to poor eyesight because of corneal damage. Treatment is twofold: desensitization and instillation of anti-histamine and antidegranulating eye drops, preferably without preservatives. Corticoid therapy is useful in short cures during serious episodes, especially for the VKC.

L'allergie en général est un fléau mondial affectant 15 à 20% de la population. L'œil rouge est une manifestation que rencontre quotidiennement le généraliste, l'allergologue, le pédiatre et l'ophtalmologiste. La pollution atmosphérique, la diversification alimentaire, les conservateurs sont des facteurs incriminés.

### Définition :

On peut définir la conjonctivite allergique comme une inflammation de la surface oculaire, principalement de la conjonctive secondaire à des phénomènes d'hypersensibilité isolés ou associés à d'autres facteurs.

Pour les ophtalmologistes, c'est une entité clinique qui comprend la conjonctivite allergique aiguë (CAA), la conjonctivite allergique saisonnière (CAS) la conjonctivite allergique per-annuelle (CAP), la kérato-conjonctivite vernale (KCV), la kérato-conjonctivite atopique (KCA) et la conjonctivite giganto-papillaire (CGP).

### Rappels anatomiques :

La **conjonctive** est une membrane transparente, vascularisée, constituée d'un épithélium et d'un chorion sous-jacent. Elle est riche en cellules participant à l'inflammation (lymphocytes B, T plasmocytes neutrophiles). **Il n'y a pas d'éosinophiles dans une conjonctive normale.**

La **cornée** est avasculaire. Elle est composée de cinq couches.

Son épithélium est en relation étroite avec le film lacrymal, lui-même constitué de trois couches : couche lipidique superficielle, couche intermédiaire aqueuse et une couche mucoïde profonde. Il contient des moyens de défense spécifiques et non spécifiques, mais les IGE sont absentes dans les larmes. **Leur présence témoigne d'une allergie oculaire.**

Le limbe est la zone de transition entre la cornée et la conjonctive.

**Rappels immunologiques :**

- Les cellules de Langerhans, les cellules épithéliales et les fibroblastes conjonctivaux ont un rôle de cellules présentatrices d'antigènes.

- On distingue essentiellement **deux types de lymphocytes** : les **LB** à l'origine des réactions d'immunité humorale et les **LT** impliqués dans les réactions d'immunité à médiation cellulaire immédiate et retardée.

TH1 → Allergie retardée.

TH2 → Allergie immédiate.

- **Les polynucléaires éosinophiles** sont les principales cellules effectrices de la phase tardive de l'allergie IgE médiée.

- **Les monocytes-macrophages** ont un rôle de phagocytose, un rôle présentateur d'antigène, une activité sécrétoire, une capacité cytotoxique, et une activité immunologique effective.

- **Les mastocytes** situés dans le tissu conjonctif sont caractérisés par les récepteurs de surface et par leur produit de synthèse, soit préformés (l'histamine), soit néo formés (cytokines, leucotriènes et prostaglandines).

- **L'histamine** est un médiateur majeur de la réaction allergique immédiate.

Seuls les types **I** et **IV** de la classification de l'hypersensibilité de Gell et Coombs participent au mécanisme de la conjonctivite allergique.

**Classification :**

La classification adoptée actuellement est celle de Leonardi (2012), basée sur la physio-pathologie. Elle distingue les conjonctivites allergiques :

- IGE Médiée : CAA, CAS et CAP

- IGE Médiée et non médiée :

**KCV et KCA**

- IGE non médiée : **CGC**

**Sémiologie :**

- **Interrogatoire** : très important car il oriente le diagnostic. C'est un temps essentiel du diagnostic de l'allergie oculaire dans le but de préciser :

- Un terrain atopique, un allergène,

- La fréquence et la chronologie des symptômes,

- La périodicité éventuelle,

- L'effet de l'environnement (pollution, tabac, lieu confiné, etc.),

- Les habitudes (lentilles de contact),

- **Signes fonctionnels** : ils comportent,

- Les signes **spécifiques** : le prurit (maître symptôme), la rougeur oculaire, le chémosis dans les formes aiguës,

- Les signes marquant la **sévérité** : la **photophobie**, le **blépharospasme**, la **difficulté à ouvrir les yeux**,

- Les signes fonctionnels non spécifiques : Sensations de brûlure, de picotement, irritation oculaire, larmoiement,

- **L'examen à la lampe à fente** : il permet de rechercher les follicules les papilles, la vaso-dilatation, les atteintes cornéennes dans les formes graves (KCV et KCA),

- Les follicules : ce sont des nodules opaques translucides sous-épithéliaux, non vascularisés,

- Les papilles sont des éléments pyramidaux centrés par un axe vasculaire s'épanouissant à la surface,

- La vaso-dilatation est responsable de la rougeur.

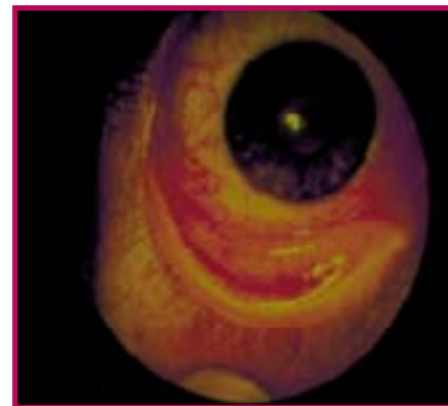


Fig.1 : Hyperhémie conjonctivale + papilles

**Explorations para-cliniques :**

Le bilan allergologique doit être systématique à la recherche d'une sensibilisation à des pneumallergènes et éventuellement à des allergènes alimentaires.

- Tests cutanés : le Prick test ou IDR est le moyen le plus couramment utilisé pour l'identification d'un éventuel allergène responsable d'une allergie de type immédiat. Les résultats doivent être confrontés à la clinique.

**Le pratique des prick-test :**

- Déposer une goutte de l'allergène.

- Ponction dans le derme.



- Lecture à 10 min (10 à 20).

- Induration +++

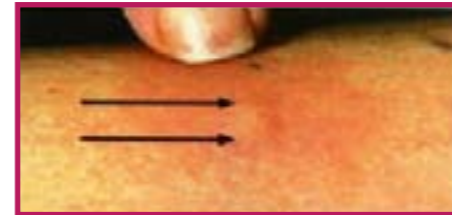


Fig. n° 2 : Source : J.L. Fauquert dans L'Allergie Oculaire, Doan et coll, p 186.

Allergènes généralement recherchés : acariens, phanères d'animaux, moisissures, pollens, herbacées, arbres, aliments, blattes.

• Test de Provocation Conjonctival : le TPC spécifique doit être réalisé en milieu hospitalier pour affiner un bilan allergologique. Il est indiqué dans la Conjonctivite Per Annuelle (CAP)

**Explorations biologiques :**

- **Sang** : Rechercher Hyperéosinophilie sanguine, IGE totale, IGE spécifique, protéines sériques

- **Larmes** : Rechercher éosinophiles, IGE totale, dosage d'ECP (eosinophil cationic factor)

**Formes cliniques :**

**1) Les conjonctivites IGE médiée (CAA,CAS,CAP) :**

Ce sont les conjonctivites allergiques les plus fréquentes : elles représentent plus de la moitié de l'allergie oculaire. Elles sont bénignes car il n'y a pas d'atteinte cornéenne. Elles sont généralement bilatérales.

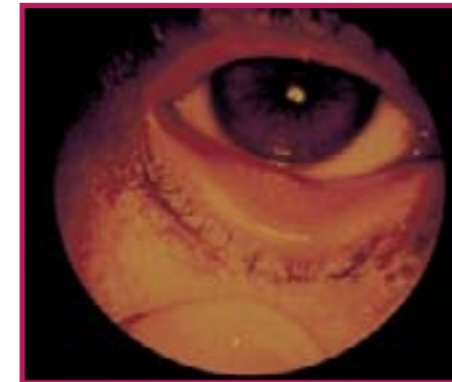


Fig 3 : Conjonctivite Allergique Aiguë (CAA)

**- La Conjonctivite Aiguë Allergique (CAA) :**

Il s'agit en fait d'un épisode aigu sur terrain de CAS ou de CAP. Le tableau est bruyant et apparaît quelques minutes après l'exposition à l'allergène. L'œil devient subitement rouge et le prurit est intense. En général, ces symptômes sont associés à une rhinite ou un asthme.

**- La Conjonctivite Allergique Saisonnnière (CAS) :**

Le facteur saisonnier est primordial. Elle débute en général au printemps. Elle est liée essentiellement au pollen des graminées, d'arbres et d'herbacées. Elle est annuellement périodique. Le prurit est le maître symptôme. Il est associé à un larmoiement. L'examen retrouve des petites papilles. En dehors de la poussée, l'examen est normal.

**- La Conjonctivite Allergique Perannuelle (CAP) :**

Il s'agit d'une conjonctivite chronique

qui se manifeste toute l'année avec recrudescence à certaines périodes. Les signes cliniques sont plus discrets, à type de picotement, de gêne, de sensation de corps étranger, mais le prurit est plus discret. Les principaux allergènes sont les acariens, les moisissures, les phanères (poils et plumes d'animaux), les blattes. Le TPC trouve la meilleure indication et permet de déterminer le ou les allergènes.

**- Traitement de fond :**

Enquête allergologique, éviction de l'allergène, désensibilisation si l'allergène est identifié.

**- Traitement symptomatique :**

- Lavage oculaire au sérum physiologique afin d'éliminer l'allergène lors des poussées aiguës.

- Collyres anti-histaminiques et anti-dégranulants, seuls ou en association.

- **Les corticoïdes locaux ne sont pas indiqués.**

- En cas de syndrome sec, ajouter des larmes artificielles.

- Préférer les collyres **sans conservateur.**

**2) La Kérato-Conjonctivite Vernale (KCV) :**

Autrefois appelée « conjonctivite printanière », la KCV est une forme particulière d'allergie chronique de la surface oculaire. Elle est classée dans les allergies sévères **puisqu'elle touche la conjonctive et la cornée**. Elle est rare en Europe et fréquente dans les pays méditerranéens, ainsi que dans les climats tempérés et chauds. Elle atteint surtout **les enfants et les adolescents.**

Elle prédomine chez les garçons. C'est une affection à recrudescence saisonnière qui récidive en période chaude pendant huit à dix ans, et s'épuise en général après la puberté.

C'est une affection bilatérale, souvent asymétrique, les signes fonctionnels sont **exacerbés (prurit intense,**

**larmoiement filamenteux, photophobie** parfois intense, difficulté à ouvrir les yeux le matin). Ces symptômes peuvent avoir un impact négatif sur la qualité de vie de l'enfant, sa scolarité et sa vie familiale. Son diagnostic ne pose pas de problème : il se fait à la biomicroscopie qui permet de mettre en évidence les papilles palpébrales et/ou la limbite.

Les papilles peuvent être géantes et réaliser un véritable pavage au niveau de la conjonctive tarsale supérieure. Le limbe est le siège d'un bourrelet d'aspect gélatineux avec des nodules de Trantas.

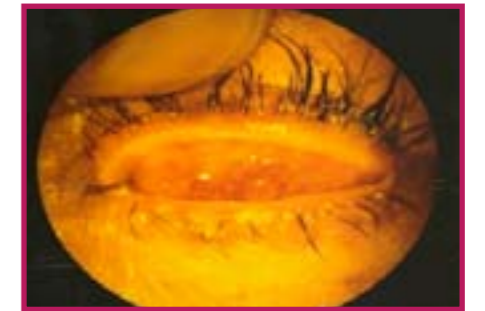


Fig. 4 : Forme palpébrale, papilles géantes



Fig.5: Limbite, nodules de Trantas

L'atteinte cornéenne est fréquente et constitue un élément de sévérité. Elle peut prendre plusieurs aspects : Kératite Ponctuée Superficielle (KPS), ulcère vernal, plaque vernal, pathognomonique de la KCV.

Il s'agit un ulcère vernal profond recouvert de cellules et de mucus.



Fig 6 : Plaque vernale + mucus

Le mécanisme de la KCV est complexe et multifactoriel. Il est mal connu. La luminosité est incriminée (UV).

**Traitement de la KCV : il est difficile.**

- Conseiller le port de lunettes solaires  
- Prescrire des collyres anti-allergiques, de préférence sans conservateur : antidégranulants, antihistaminiques ou molécules à action multiple, ainsi que des anti-inflammatoires non stéroïdiens.

- Les collyres corticoïdes peuvent être associés en cure de courte durée dans les grandes crises, de manière dégressive notamment dans la plaque vernale. L'ulcère vernal est le seul ulcère qui nécessite des corticoïdes.

- **L'utilisation abusive de corticoïdes à long cours surtout par voie locale peut entraîner les complications graves que sont la cataracte cortisonique, le glaucome cortisonique, ou les deux à la fois.**

- La ciclosporine en collyre peut être utilisée dans les formes rebelles.

**3) La Conjonctivite Giganto-Papillaire :**

Elle est caractérisée par la présence de grandes papilles associées à une hyperhémie, sans atteinte cornéenne ni nodules de Trantas. Le mécanisme est lié à une irritation associée à des phénomènes immunitaires. Elle survient chez les **porteurs de lentilles de contact** et de prothèses oculaires.

Le traitement repose sur la suppression du facteur étiologique (arrêt temporaire du port de lentilles avec collyres anti-allergiques), l'utilisation de produits d'entretien sans conservateur, et l'utilisation de lentilles de contact à usage unique.

**4) La Kératoconjonctivite atopique (KCA)**

La KCA est manifestation oculaire de la maladie atopique. C'est une affection conjonctivale sévère car elle peut se compliquer d'une atteinte cornéenne. Elle touche essentiellement **l'adulte**. Les signes sont toujours bilatéraux, des papilles géantes peuvent être présentes ainsi que le bourrelet limbique gélatineux. L'eczéma chronique des paupières est pratiquement constant. Le traitement comporte plusieurs volets : traitement de l'eczéma palpébral, traitement de la surface oculaire (identique à celui de la KCV), traitement général (antihistaminiques, corticothérapie générale, immunosuppresseurs dans les formes graves)

**Diagnostic différentiel :**

Le diagnostic différentiel se fait essentiellement avec les conjonctivites virales à adénovirus, où le **prurit est absent**. Elles surviennent dans un contexte épidémique et sont caractérisées par la présence d'adénopathies prétragiennes.

**Conclusion :**

La conjonctivite allergique est très fréquente en Algérie. Sa prise en charge doit être rigoureuse afin d'éviter les prescriptions abusives de corticoïdes pouvant mener aux complications graves que sont la cataracte et le glaucome cortisoniques.

**Bibliographie :**

- 1) L'allergie oculaire, de la clinique au traitement. Doan S., Mortemousque B., Pisella P.J., Ed Med'Com, 2010
- 2) Surface Oculaire. Pisella P.J., Baudouin C., Hoang-Xuan T., Rapport SFO 2015.

**Contrôlez vos connaissances !**

**1. La conjonctivite allergique se manifeste par :**

- a. Une baisse de la vision.
- b. Un prurit oculaire.
- c. Des céphalées.
- d. Des douleurs oculaires.
- e. Une diplopie binoculaire.

**2. Dans la conjonctivite IGE médiée (CAA, CAS, CAP), on retrouve :**

- a. Des papilles au niveau de la conjonctive.
- b. Une hyperhémie conjonctivale.
- c. Un ulcère cornéen.
- d. Une taie cornéenne.
- e. Des adénopathies prétragiennes.

**3. Le traitement de la conjonctivite allergique médiée comprend :**

- a. L'éviction de l'allergène.
- b. La désensibilisation.
- c. Le lavage oculaire au sérum physiologique.
- d. Les corticoïdes locaux.
- e. Les collyres antihistaminiques et antidégranulants.

**Les réponses au quiz sont sur el-hakim.net**

**Allergie alimentaire chez l'enfant**

Benhalla-Djadoun Nafissa  
Clinique de Pédiatrie «A» - CHU Beni messous

**RÉSUMÉ :**

Les allergies alimentaires ont pris ces dernières années une place de plus en plus importante dans le cadre des maladies allergiques. Leur prévalence a augmenté depuis une vingtaine d'années en grande partie en raison des progrès de dépistage et aux profonds bouleversements de nos habitudes alimentaires. Le diagnostic repose sur l'anamnèse, élément clé, précisant le moment d'introduction de l'aliment. L'expression clinique de l'allergie alimentaire est très variée. Les symptômes peuvent être digestifs, cutanés, respiratoires, la manifestation la plus grave étant le choc anaphylactique. Les examens qui aident à poser le diagnostic sont les suivants : tests cutanés aux trophallergènes, (prick tests, tests épicutanés) et les IgE spécifiques mais le test de provocation orale (TPO) reste le gold standard. Cependant, comme il est difficile à réaliser, plusieurs stratégies diagnostiques ont été proposées pour en diminuer les indications. En cas d'allergie confirmée, l'éviction de l'aliment en cause permet de faire disparaître les symptômes. La réintroduction de certains aliments est possible à un âge variant avec l'aliment en cause et les signes cliniques initiaux. Cependant, les formes prolongées sont de plus en plus fréquentes ; il s'agira alors de déterminer la dose minimale tolérée. Lorsque l'allergie persiste différentes formes d'immunothérapie pourraient être proposées ; elles sont encore à l'étude.

**Mots clés :** Allergie alimentaire, prick tests, IgE spécifiques, test de provocation orale, régime d'éviction

**ABSTRACT :**

Food allergies have in recent years a more important place within the framework of allergic diseases. Their prevalence has increased since 20 years, due to the advances in screening and the profound modifications of our eating habits. The diagnosis is based on a careful dietary history, specifying the time of the food's introduction. The clinical presentation of food allergy involves a large spectrum of symptoms ranging from gastro-intestinal, skin, respiratory to the most serious manifestation, anaphylaxis. The determination of sensitization is based on skin testing (prick testing, Atopy patch testing) and specific IgE but the oral food challenge remains the gold standard. However, as it is resource intensive and difficult to achieve, several diagnosis strategies have been proposed. The key of management in food allergy is the dietary avoidance which allows the removal of symptoms. Reintroducing certain foods is possible, the age of reintroduction depends on the type of food and the initial symptoms. However, persistent food allergies are more and more frequent and then the oral food challenge will determine threshold dose of causative allergen. When allergy persists various forms of immunotherapy is an attractive option but its clinical application remains controversial.

**Key words :** Food allergy, skin prick tests (SPT), specific IgE, oral food challenge, dietary avoidance.

L'allergie alimentaire (AA) a été définie par un panel d'experts comme étant « un ensemble de manifestations cliniques néfastes pour la santé, résultant d'une réaction immunologique spécifique et qui peut se reproduire à chaque exposition à l'aliment en cause » (1). Elle est à distinguer de l'intolérance alimentaire : « réaction anormale à la suite de l'ingestion d'un aliment mais d'origine non immunologique, qui peut être due à des désordres métaboliques, des toxines, des composants pharmacologiques ou d'origine indéterminée » (2). L'AA est, comme les autres manifestations allergiques, une pathologie en constante augmentation. Chez l'enfant c'est une des premières expressions de la marche allergique (3). Elle est responsable d'une morbidité importante et peut mettre en jeu le pronostic vital à tout âge (4). Cependant, 75% des allergies se manifestent avant l'âge de 15 ans.

**Quelques définitions :**

- Allergie : réaction anormale et exagérée du système immunitaire envers une protéine. Cette réaction est le plus souvent IgE dépendante.
- Allergène : protéine pouvant causer une réaction allergique.
- Atopie : prédisposition héréditaire à développer des anticorps aux allergènes.