

Pour éviter le risque iatrogène !!

Tenir compte des CI et des interférences médicamenteuses +++ :

• **Biguanides :**

Insuffisance rénale : diminuer la dose de metformine à 1 g si CC < 60ml/min, et arrêter si CC < 30ml/min. (MDRD)

- Les situations d'hypoxie tissulaire ex : insuffisance respiratoire et cardiaque sont aussi des contre-indications (CI).  
- Doit être interrompue avant tout examen avec produit de contraste et, la veille d'une chirurgie pour être reprise que 48h après si bilan rénal correct.

• **Sulfamides hypoglycémiantes :**

- Préférer les SH de demi vie courte et sans métabolites actifs. (**éviter le glibenclamide+++**)

- La dose initiale doit être réduite et progressive.

- Rechercher une contre indication surtout rénale CC < 40 ml/min.

• **Glinides :**

Le Répaglinide doit être utilisé juste au moment du repas, quel qu'en soit l'horaire. Il n'est pas recommandé chez les (+) de 75 ans du fait de l'absence d'étude gériatrique. Il est contre indiqué en cas d'hépatopathies+++

• **Inhibiteurs des alpha glucosidases :**

Malgré l'absence d'hypoglycémie ; les effets et contre indications digestives limitent très souvent la prescription.

• **Incrétines :**

Sont des molécules qui n'ont pas assez de recul chez le sujet âgé .

• **Les analogues du GLP1 :**

ex : exénatide, liraglutide... etc

Le liraglutide est la molécule disponible actuellement en Algérie ; il s'agit d'un traitement injectable par voie S/C, qui ne nécessite pas de réajustement chez le sujet âgé de plus de 65 ans mais l'expérience manque chez les plus de 75 ans. CI : insuffisance rénale modérée à sévère CC < 30 ml/min , et insuffisance hépatique, insuffisance cardiaque congestive, antécédents de pancréatite et antécédents de CMT .

• **Les IDPP4 :**

Les inhibiteurs de la dipeptylpeptidase sont des traitements oraux non pourvoyeurs d'hypoglycémie tels que : sitagliptine, vidagliptine, linagliptine et saxagliptine. La sitagliptine, est la molécule disponible en Algérie sous forme de cp à 100 mg. La biodisponibilité de la molécule est excellente, non influencée par l'alimentation. La demi vie est longue, ce qui permet une monoprise quotidienne indépendamment des repas. Ce traitement est non recommandé si insuffisance rénale modérée à sévère CC < 50 ml/min vu que le dosage approprié n'est pas disponible (50mg) en Algérie.

• **ISGLT2 :**

Représentent une nouvelle entité antidiabétique non encore disponible en Algérie. Ils bloquent la réabsorption rénale du glucose en accélérant son élimination. Ils pourraient trouver une indication chez le sujet âgé vu que le risque d'hypoglycémie est absent en monothérapie.

• **Insuline :**

Les co-morbidités notamment rénales chez le sujet âgé limitent souvent le choix du traitement. L'insulinothérapie ne doit en aucun cas être retardée, ses modalités seront adaptées aux objectifs glycémiques escomptés individuellement !.

**Conclusion :**

Il y a tout à gagner à prévenir l'apparition du diabète sucré chez le sujet âgé ; ou le cas échéant, à en limiter les complications en suivant quelques recommandations !!! La prescription des ADO doit être soumise à une surveillance accrue du risque iatrogène notamment hypoglycémique ; néanmoins, l'insulinothérapie doit être privilégiée chez le sujet fragile +++. Enfin, la maîtrise de l'évaluation gériatrique standardisée constitue la condition sine qua non d'une bonne prise en charge des sujets diabétiques âgés.

**Bibliographie :**

- 1). Recommandations pour la pratique clinique du DT2 de la personne âgée. [ www.alfediam.org ; Novembre 2011 Vol 37.]
- 2).Diabète sucré du sujet âgé :la première enquête algérienne.MA .Chami,L .Zemmour,N ,Midoun ,M,Belhadj :Medecine et maladies métaboliques ,Mars 2015 –vol 9 n°2 .
- 3).Stratégie médicamenteuse du contrôle glycémique du diabète de type 2 :HAS 2013 .

**contrôlez vos connaissances !**

**1. La prévalence du diabète sucré est de plus en plus fréquente chez le sujet âgé, en Algérie :**

- a. raccourcissement de l'espérance de vie
- b. allongement de l'espérance de vie
- c. augmentation de l'auto-immunité avec l'âge
- d. épidémie de l'obésité
- e. toutes ces réponses sont justes.

**2. Parmi les caractéristiques cliniques du DS chez le sujet âgé :**

- a. le syndrome cardinal est sévère
- b. le syndrome cardinal est rare
- c. l'hyperosmolarité est rare mais grave
- d. les troubles du comportement peuvent être révélateurs.
- e. nécessite toujours une insulinothérapie.

**3. Quels sont les 03 principaux risques du DS chez le sujet âgé ?**

- a. risque ophtalmologique
- b. risque hypoglycémique
- c. risque podologique
- d. risque d'hyperosmolarité
- e. risque d'acidocétose

# Tour d'horizon des pathologies allergiques en dix questions

F. Atoui ; R. Yakoubi ; H.H. Cherkaski ; R. Benali  
Service de Pneumophysiologie du CHU Dorban, Annaba.

**RÉSUMÉ :**

L'allergie, mot relativement récent imaginé en 1906 par Clemens Von Pirquet, dérive des mots grecs «Allos » et « Ergos » qui signifient « autre façon de réagir ». Et pourtant, l'histoire de l'allergie remonterait aux anciens temps avec de multiples anecdotes dont celle du roi Richard II et du pharaon Menes. L'intérêt du monde médical pour l'allergie ne cesse de croître au fil des ans ; et pour cause, plus un pays s'industrialise, plus un peuple s'émancipe, plus les allergies semblent gagner du terrain ; d'autant que cette pathologie, de part les conséquences néfastes sur l'équilibre et la vie sociale des patients peut aboutir à une altération de la qualité de vie de ces derniers. Nous tenterons de faire le tour du sujet en répondant à dix questions clés en matière de pathologies allergiques, sans que toutefois tous les aspects de l'allergie n'aient encore été élucidés.

**Mots clés :** allergène, rhinite, eczéma, immunothérapie

**ABSTRACT :**

Allergy, since relatively recent word imagined in 1906 by Clemens Von Pirquet, derives from the Greek words «Allos» and «Ergos» which mean «another way to react.» Yet, allergy history dates back to ancient times with multiple anecdotes that of King Richard III and Pharaoh Menes. The interest of the medical world for allergy continually grow over the years; and for good reason, the more a country becomes industrialized, a people emancipated, most allergies appear to be gaining ground ; particularly since this pathology, because of the adverse effects on the balance and social lives of patients can lead to an alteration of the quality of life of the latter. We try to go around the topic by answering ten key issues of allergic diseases, without, however, all aspects of allergy have not been elucidated.

**Key words :** allergen, rhinitis, eczema, immunotherapy

**Introduction :**

L'allergie, mot relativement récent puisque imaginé en 1906 par Clemens Von Pirquet, dérive des mots grecs «Allos » et « Ergos » qui signifient « autre façon de réagir ».

Et pourtant, l'histoire de l'allergie remonterait aux anciens temps avec de multiples anecdotes dont celle du roi Richard II et du pharaon Ménès.

L'intérêt du monde médical pour l'allergie ne cesse de croître au fil des ans; et pour cause, plus un pays s'industrialise, plus un peuple s'émancipe, plus les allergies semblent gagner du terrain ; d'autant que cette pathologie, de par les conséquences néfastes sur l'équilibre et la vie sociale des patients peut aboutir à une altération de la qualité de vie de ces derniers.

Nous tenterons de faire le tour du sujet en répondant à dix questions clés en matière de pathologies allergiques, sans que toutefois tous les aspects de l'allergie n'aient encore été élucidés.

**1. L'allergie, c'est quoi ?**

L'allergie est une réaction anormale, inadaptée et excessive du système immunitaire face à une substance généralement étrangère, habituellement bien tolérée par l'organisme, qui, pour une raison inexpliquée est considérée à tort par notre système immunitaire comme ennemie.

**2. Quel est le poids de l'allergie ?**

Les maladies allergiques sont une des causes les plus fréquentes de maladies chroniques dans le monde et prédominant dans les pays développés. L'étude ISAAC, en particulier, confirme cette observation pour l'asthme, la rhinite, la conjonctivite allergique et l'eczéma atopique.

Selon l'OMS, la prévalence de cette affection est en hausse constante dans le monde.

Selon les statistiques de la Société algérienne d'immunologie clinique, d'allergologie et d'asthmologie, la rhinite allergique touche quelque trois millions d'Algériens.

### 3. Pourquoi fait-on de l'allergie ?

Pour qu'une allergie se manifeste, il faut être génétiquement prédisposé, sensibilisé, puis ensuite rencontrer l'allergène déclenchant.

Deux conditions sont donc essentielles : l'organisme doit être sensible à une substance (allergène) et cette substance doit se trouver dans l'environnement de la personne.

L'allergie implique une réaction, en deux étapes, entre l'organisme et l'allergène :

#### - 1er contact :

Phase de reconnaissance de l'allergène par l'organisme.

#### - 2ème contact :

Phase de réaction contre cet allergène : c'est la réaction allergique.

Elle correspond, selon la classification de Gell et Coombs, à l'Hypersensibilité de type 1 dépendant de la reconnaissance par les IgE. Aussi appelée hypersensibilité immédiate, elle regroupe l'ensemble des phénomènes d'anaphylaxie décrite par Richet et Portier (1902) et des maladies dites « atopiques » (Coca et Cooke 1923)

### 4. Quels sont les facteurs incriminés dans la survenue des allergies ?

On en sait encore peu sur l'origine des allergies. Les experts s'entendent à dire que les allergies sont causées par une variété de facteurs.

Par conséquent, bien qu'il existe une prédisposition génétique, d'autres facteurs sont impliqués, parmi lesquels : la fumée du tabac, la modernisation du mode de vie et l'environnement.

Aussi, les allergènes les plus fréquemment incriminés dans la survenue des allergies sont :

- **Des allergènes aériens** : pollen, déjections des acariens et squames et salives d'animaux domestiques,...

- **Des allergènes alimentaires** : arachides, lait de vache, œufs, blé, soja, noix, sésame, poissons, crustacés, ...

- **D'autres allergènes** : médicaments, latex, venin d'insectes (abeilles, guêpes, bourdons, frelons).

D'autres d'hypothèses sont envisagées :

- L'hypothèse hygiéniste :

Le fait que les enfants contractent **moins d'infections virales** en bas âge contribuerait aux allergies.

- **Le délaissement de l'allaitement** : relation inverse entre consommation de lait maternel et risque d'allergies.

- La faible consommation de fruits et légumes et l'excès d'oméga 6 rendraient les individus plus sensibles aux allergies.

### 5. Pourquoi la prévalence des allergies est-elle en continuelle augmentation ?

Il n'est pas possible d'attribuer l'augmentation de la fréquence des maladies allergiques à des causes exclusives ; c'est de la conjonction de plusieurs facteurs que naît l'allergie, à savoir :

- Les facteurs génétiques : risque allergique de 30% si un des parents est allergique et de 60 à 70 % si les deux parents le sont.

- L'environnement (pollution atmosphérique, qualité de l'air intérieur, modification des modes de vie, pollution domestique)

- L'exposition professionnelle (boulangerie, peinture, coiffure, professionnels de santé, ....)

- Les comportements à risque (tabagisme, cuisinières et cheminées à gaz, parfum d'ambiance, encens, ....)

Autant de facteurs qui contribuent à la pérennisation voire à la recrudescence de la pathologie allergique avec potentialisation d'un effet sur l'autre.

### 6. Comment se manifeste l'allergie ?

La présentation clinique d'un phénomène allergique n'est pas toujours typique.

Les expressions cliniques de l'allergie sont aussi multiples et variées que les organes concernés sont divers et nombreux et les allergènes ubiquitaires et

abondants. Les principales expressions allergiques sont :

#### Les allergies alimentaires :

Plaques cutanées, démangeaisons, enflure des yeux, de la langue et du visage apparaissant dans les 30 minutes suivant la consommation de l'aliment. Les principaux aliments incriminés étant : le blanc d'œuf, l'arachide, le lait de vache, les légumineuses, le poisson, les aliments du « groupe noix », les aliments du « groupe latex », les céréales et les ombellifères.

#### L'urticaire :

Éruption passagère de papules rosées ou blanchâtres, avec démangeaisons et sensation de brûlure.

#### L'eczéma atopique :

Plaques rouges avec croûtes de peaux sèches et squames, démangeaisons, siégeant avec prédilection au niveau du visage et du cou; mais aussi au niveau des pieds et mains (dyshidrose) et plis des coudes et genoux.

Bien que disparaissant le plus souvent dans les premières années de vie, environ 30% des patients présenteront encore des signes à l'âge adulte, ce qui a un impact psychologique indéniable.

#### L'asthme allergique :

Respiration sifflante, oppression thoracique, toux sèche de survenue épisodique.

#### La rhinite allergique :

À évoquer devant l'acronyme « PAREO » pour : Prurit (nez qui démange), Anosmie, Rhinorrhée, Eternuements, Obstruction nasale.

A noter que 20 % des rhinites allergiques souffraient d'asthme et que 80% des asthmatiques souffraient de rhinite allergique.

#### Une conjonctivite allergique :

S'accompagne souvent d'une rhinite et de paupières gonflées ; la démangeaison et le larmolement dominant, les sécrétions sont peu abondantes.

#### Le choc anaphylactique est :

La manifestation la plus grave de l'allergie, le plus souvent secondaire à l'ingestion d'un aliment ou à la piqûre d'un insecte. Il débute souvent par une sensation de malaise, avec démangeaisons suivies d'urticaire, d'une gêne respiratoire, parfois d'une perte de connaissance associée à une chute de tension. C'est une extrême urgence médicale nécessitant une prise en charge immédiate en unité de soins intensifs.

### 7. Comment fait-on le diagnostic d'allergie ?

L'hypothèse allergique doit être évoquée devant des situations cliniques parfois complexes. La confirmation du lien de causalité entre les symptômes et le ou les allergènes soupçonnés est la règle.

L'association des symptômes et des marqueurs biologiques (tests cutanés, IgE) permet le plus souvent d'affirmer le diagnostic d'une allergie. La présence d'IgE détectées par tests cutanés ou dans le sang n'a aucune signification si elle n'est pas accompagnée de signes cliniques d'allergie.

Le diagnostic est donc tributaire de :

- **Un interrogatoire minutieux**, à la recherche d'antécédents personnels ou familiaux d'allergie, des circonstances de survenue de l'allergie, des symptômes rapportés, des différents allergènes auxquels le patient aurait pu être exposé au cours des derniers jours, du délai entre l'exposition au dit allergène et l'apparition des symptômes.

- **Des tests cutanés d'allergie** : Prick-test, tests intra-dermiques, Patch test.

- **Un prélèvement sanguin** dosant les anticorps (IgE) totaux ou spécifiques à un allergène donné.

### 8. Quel est le traitement de l'allergie ?

La première étape du traitement contre les allergies consiste à identi-

fier l'allergène et à l'éviter autant que faire se peut, obligatoirement en cas d'allergie alimentaire pouvant entraîner un choc anaphylactique.

Certains médicaments peuvent néanmoins atténuer les symptômes d'allergies et ainsi améliorer la qualité de vie. Les médicaments utilisés dépendent de la fréquence des symptômes et de leur intensité :

- Les antihistaminiques

- Les décongestionnants nasaux, actifs uniquement sur l'obstruction nasale, ne doivent être utilisés qu'en cure courte (maximum 5 à 7 jours de suite)..

- Les anti-leucotriènes utilisés pour traiter les patients asthmatiques ayant une rhinite allergique associée.

- Les corticoïdes nasaux actifs sur tous les symptômes de la rhinite allergique et en particulier sur l'obstruction nasale.

- Les dermocorticoïdes pour l'eczéma atopique

- Les corticostéroïdes per os, réservés aux allergies graves.

- La douche nasale avec solution saline qui soulage de la congestion naso-sinusienne.

- L'auto-injecteur d'épinéphrine : pour les allergies alimentaires afin de prévenir les chocs anaphylactiques.

### 9. Comment peut-on prévenir ou limiter l'exposition allergénique ?

Le meilleur traitement est la prévention. Certaines mesures permettraient de limiter l'exposition allergénique et de prévenir la survenue des crises allergiques :

#### Pour les allergies aux acariens :

Utiliser une housse anti-acariens au niveau du matelas, des oreillers et de la couette, éviter de poser le matelas à même le sol, laver régulièrement la literie, traiter régulièrement la moquette ou tapis par un acaricide avant de passer l'aspirateur. Éviter les tissus muraux, les doubles rideaux, les descentes de lit en peau d'animal, et

réduire dans une chambre d'enfant le nombre de peluches.

#### Pour l'allergie aux moisissures :

Aérer régulièrement les pièces et maintenir une humidité faible dans les pièces propices au développement des moisissures (salle de bain) diminue leur développement.

#### Pour l'eczéma atopique :

L'hydratation cutanée pluriquotidienne avec utilisation de produits d'hygiène adaptés non détergents et sans savon ; le port de vêtements en coton, l'habillement léger pour limiter la transpiration.

**Dans tous les cas**, les purificateurs d'air avec filtre réduisent la densité des allergènes dans l'air et la fumée de tabac est à bannir.

Depuis qu'il a été établi que les allergènes pouvaient traverser le placenta et atteindre le fœtus, les chercheurs insistent sur l'importance d'intervenir avant que le système immunitaire ne devienne mature et que l'exposition aux allergènes (aliments, pollen, herbe à puce, etc.) ne provoque d'allergies.

En effet, certaines mesures pourraient aider à prévenir les allergies chez les enfants à risque (dont un parent ou les 2 souffrent d'allergies) ; parmi ces règles, nous citerons :

#### - L'allaitement maternel exclusif :

Pratiqué durant les 3 à 6 premiers mois de vie, il réduirait le risque d'allergies durant la petite enfance; sans certitude sur l'effet préventif à long terme.

- **La diète hypoallergène** (lait de vache, œufs et noix), **sous suivi médical**, pendant l'allaitement pourrait contribuer à la réduction du risque d'allergie.

- **L'utilisation de médicaments probiotiques** (micro-organismes vivants, ajoutés comme compléments à certains produits alimentaires) favoriserait une saine maturation du système immunitaire de l'enfant, en défaveur des réactions allergiques.

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'allergie.
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.