

Conjonctivite allergique

A. KACI, M. SULAIMAN, Y. KACIMI, I. ABAYAHIA,
I. TOUILLEB, N. AIT MOULOUD, M. TERAHI;
Service d'Ophtalmologie, CHU Nafissa Hamoud,
Hussein dey, Alger.



Résumé

Les allergies oculaires représentent un motif très fréquent en consultations d'allergologie et d'ophtalmologie. La conjonctivite allergique est souvent mal diagnostiquée et par conséquent, ne reçoit pas toujours le traitement approprié. La recherche, à la fois fondamentale et clinique, a permis de mieux comprendre les mécanismes cellulaires, les médiateurs et les événements immunitaires impliqués dans les allergies oculaires. L'introduction de nouveaux agents pharmacologiques a amélioré l'efficacité et la sécurité des traitements contre les allergies oculaires. Il est indispensable, pour tous les spécialistes, d'avoir une connaissance approfondie des mécanismes immunitaires, des manifestations cliniques et des options thérapeutiques des allergies oculaires pour la prise en charge de ces patients, notamment pour les cas potentiellement graves, tels que les kératoconjonctivites vernales ou atopiques.

>>> Mots-clés :

Conjonctivites allergiques, Kératoconjonctivites vernales, Kératoconjonctivites atopiques, bilan allergologique, éviction, traitements anti-allergiques.

Introduction

La conjonctivite allergique est une réaction inflammatoire de la conjonctive causée par un allergène. Elle s'inscrit dans le cadre d'une réaction atopique systémique plus vaste et est généralement saisonnière. Elle se manifeste par des symptômes des voies respiratoires supérieures, une rougeur et un gonflement de la conjonctive, des démangeaisons sévères et une augmentation de la production de larmes. L'association fréquente d'une rhinite à ce processus est appelée une rhinoconjonctivite allergique.

Abstract

Ocular allergies represent a very common reason for allergology and ophthalmology consultations. Allergic conjunctivitis is often underdiagnosed and, as a result, may not receive appropriate treatment. Both basic and clinical research have improved our understanding of the cellular mechanisms, mediators and immune responses involved in ocular allergies. The introduction of new pharmacological agents has enhanced the effectiveness and safety of treatments for ocular allergies. It is essential for all specialists to have a thorough knowledge of the immune mechanisms, clinical manifestations, and therapeutic options of ocular allergies for the management of these patients, especially in potentially severe cases like vernal or atopic keratoconjunctivitis.

>>> Keywords :

Allergic conjunctivitis, vernal keratoconjunctivitis, atopic keratoconjunctivitis, allergy assessment, allergen avoidance, anti-allergic treatments.

Epidémiologie

Parmi les affections de la surface oculaire, la conjonctivite allergique constitue la pathologie la plus fréquemment observée en consultation. Elle touche aussi bien les adultes que les enfants, mais nous observons une augmentation significative de sa prévalence après l'âge de cinq ans et chez les adultes par rapport aux enfants de moins de cinq ans^[10,18].

La maladie allergique affecte 6 à 30 % de la population générale à l'échelle mondiale, avec une prévalence supérieure

à 30 % des manifestations oculaires seules ou associées (50 à 60 % des cas de rhinite allergique)^[10].

La kératoconjonctivite atopique se manifeste principalement entre la fin de l'adolescence et la cinquième décennie de la vie^[6]. Elle connaît des rechutes et des rémissions sans corrélation saisonnière.

La kératoconjonctivite vernale évolue en fonction des saisons. Elle est fréquemment observée chez les garçons âgés de 5 à 20 ans, avec un pic d'incidence à 11-13 ans. Les garçons sont deux fois plus souvent touchés que les filles. Nous la rencontrons plus fréquemment dans des climats chauds et secs^[3], avec une diminution de l'inflammation et des symptômes en hiver.

Les principaux facteurs incriminés dans la surreprésentation de l'allergie dans les pays industrialisés sont : la

pollution atmosphérique, la vie en atmosphère confinée, l'utilisation des désinfectants, la diversification alimentaire, l'exposition professionnelle à des produits allergisants et de façon moins certaine, le stress.

Rappel histologique

La conjonctive est une muqueuse mince, transparente, rosée, tapissant la face postérieure des paupières et se réfléchissant à la face antérieure du globe, constituée de :

- Un épithélium : malpighien non kératinisé. Double assise profonde cubique et superficielle cylindrique. Comporte des cellules caliciformes, des lymphocytes, des neutrophiles.
- Un chorion : riche en cellules inflammatoires organisées en follicules, neutrophiles, mastocytes.

Physiopathologie

Tableau 1 : Classification physiopathologique des hypersensibilités conjonctivales et leurs facteurs favorisants.

	Type	Mécanisme	Facteurs favorisants
Sans atteinte cornéenne	CAA	IgE médiée	Facteurs environnementaux aéroportés (pollens, acariens, moisissures, phanères d'animaux), chimiques, alimentaires (trophallergènes), médicamenteux, professionnels, etc.
	CAP	IgE médiée	Les allergènes environnementaux qui se produisent tout au long de l'année comprennent notamment les allergènes intérieurs tels que les acariens, les moisissures et les squames d'animaux.
	CAS	IgE médiée	Les allergènes environnementaux qui sont souvent associés aux changements de saison comprennent notamment le pollen.
Avec atteinte cornéenne	KCV	IgE médiée et cellulaire	Les allergènes environnementaux peuvent déclencher une exacerbation aiguë. Ils sont le plus souvent présents au printemps, en lien avec une augmentation des pollens. Nous les trouvons plus fréquemment dans les environnements chauds et secs, avec une diminution de l'inflammation et des symptômes pendant les mois d'hiver.
	KCA	IgE médiée et cellulaire	La prédisposition génétique aux réactions atopiques avec la coexistence de l'asthme et de la dermatite atopique est courante. Les allergènes environnementaux peuvent également provoquer une exacerbation aiguë, sans variation saisonnière.
	GPC	Non spécifique (mécanisme non allergique)	Cet état est fréquemment observé chez les sujets porteurs de lentilles de contact souples lesquelles ne sont pas remplacées fréquemment, un port de lentilles pendant de longues périodes, une mauvaise hygiène des lentilles, chez les sujets qui ont une mauvaise adaptation des lentilles de contact ou qui sont allergiques aux diverses solutions pour lentilles de contact. De même, l'irritation causée par des sutures exposées ou des prothèses augmente le risque de sa survenue.

CAA : conjonctivite allergique aiguë; CAP : conjonctivite allergique perannuelle; CAS : conjonctivite allergique saisonnière; KCV : kératoconjonctivite vernale; IgE : immunoglobuline E; KCA : kératoconjonctivite atopique; GPC : conjonctivite giganto-papillaire

1- Facteurs spécifiques ^[1,2]

L'identification des allergènes est cruciale dans le traitement des conjonctivites allergiques, car elle permet de mettre en place des thérapies ciblées telles que l'évitement et la désensibilisation. Ces allergènes peuvent être classés en plusieurs catégories, notamment les allergènes aéroportés (comme les pollens et les acariens), chimiques (tels que les sulfites et les conservateurs), alimentaires (comme les crustacés et les arachides), médicamenteux et liés à des professions spécifiques. Les allergènes responsables varient en fonction du type de conjonctivite allergique, le pollen étant souvent en cause dans les formes saisonnières, tandis que les acariens sont plus fréquemment associés à la kératoconjonctivite printanière.

2- Facteurs aspécifiques ^[1,2]

- Film lacrymal : composé de phases aqueuse, muqueuse et lipidique, il protège la surface de l'œil. Tout dysfonctionnement de ce film peut entraîner ou aggraver la conjonctivite allergique.
- Pollution : les polluants atmosphériques ne déclenchent pas directement les allergies oculaires, mais ils favorisent et amplifient la réaction aux allergènes en provoquant une inflammation de la conjonctive.
- Conditions météorologiques : les conditions météorologiques influencent la qualité de l'air et le taux de pollution, pouvant ainsi aggraver les symptômes allergiques. De plus, le tabagisme peut également exacerber ces symptômes.
- Travail sur écran : les personnes passant de longues heures devant un écran d'ordinateur sont plus susceptibles de présenter des symptômes oculaires. Cette situation est due à une diminution du réflexe de clignement, augmentant ainsi la sécheresse oculaire. Cette sécheresse peut concentrer les allergènes à la surface de l'œil, déclenchant ou aggravant les réactions allergiques chez les individus prédisposés.

Formes cliniques

La nouvelle classification élaborée par Leonardi et al. ^[1,2] repose sur la physiopathologie pour catégoriser les divers types de conjonctivite allergique. Un résumé simplifié de cette classification est évoqué ci-dessous :

Conjonctivites allergiques IgE-médiées : cette catégorie englobe les conjonctivites allergiques qui sont déclenchées par une réaction des immunoglobulines E (IgE). Elle inclut la conjonctivite allergique saisonnière (CAA), la conjonctivite allergique pérenne (CAP) et la conjonctivite allergique sévère (CAS).

Conjonctivites allergiques non IgE-médiées : cette catégorie regroupe les formes de conjonctivite allergique qui ne sont pas provoquées par les IgE ^[6]. Elle comprend les

kératoconjonctivites vernales (KCV), les kératoconjonctivites atopiques (KCA) et les blépharoconjonctivites de contact (BCC).

Exclusion des conjonctivites non-allergiques : La nouvelle classification exclut les Conjonctivites Papillaires Géantes (CPG), les conjonctivites et les blépharoconjonctivites irritatives du groupe des conjonctivites allergiques. Ces affections sont désormais considérées comme relevant des hypersensibilités oculaires non-allergiques.

Il est également souligné que les CAA, CAS et CAP partagent une pathogénie commune caractérisée par une réponse de type anaphylactique. Cette classification vise à mieux comprendre les mécanismes sous-jacents à chaque forme de conjonctivite allergique, ce qui peut avoir des implications importantes pour le diagnostic et la prise en charge de ces troubles.

1- La CAA

Elle peut être observée chez les individus atteints de conjonctivite allergique saisonnière (CAS) et chez ceux atteints de conjonctivite allergique perannuelle (CAP).

Il s'agit d'une réaction anaphylactique aiguë qui se déclenche lorsqu'une personne entre en contact massif avec l'allergène auquel elle est sensibilisée. D'un point de vue clinique, cette réaction se manifeste de manière prononcée et bruyante, affectant généralement les deux yeux. Les symptômes comprennent un prurit intense, qui commence souvent au niveau du caroncule (coin de l'œil), un larmoiement important, un œdème palpébral (gonflement des paupières) significatif, ainsi qu'un chémosis marqué (gonflement de la conjonctive) qui peut masquer la rougeur de la conjonctive.

Cette réaction tend à disparaître spontanément, bien qu'elle puisse être suivie d'une sensibilité à la lumière (photophobie) ou d'une sensation de brûlure oculaire. En-dehors des épisodes aigus, les symptômes allergiques peuvent survenir pendant toute la période de contact avec l'allergène.

2- La CAP

Ses symptômes sont de faible intensité tout au long de l'année, avec des périodes durant lesquelles ils peuvent s'aggraver. Les signes cliniques incluent une légère rougeur de la conjonctive, de petites papilles sur les paupières (papilles tarsales), parfois des follicules et des sensations de corps étranger ou d'œil sec, souvent plus marquées que les démangeaisons oculaires, qui peuvent être moins prédominantes.

Le diagnostic est posé lorsque ces symptômes persistent pendant plus d'un an et se produisent régulièrement tout au long de l'année ^[1]. Les principaux allergènes responsables de ces manifestations sont les moisissures, les acariens, les phanères d'animaux et les allergènes liés à certaines professions.



Figure 1 : Conjonctivite allergique perannuelle.

3- La CAS

Elle constitue la forme la plus fréquente des conjonctivites allergiques. En-dehors des épisodes aigus, les symptômes sont généralement légers et sont similaires à ceux décrits précédemment pour la conjonctivite allergique perannuelle (CAP). L'examen biomicroscopique ne fournit que peu d'informations avec une conjunctive légèrement rouge ou normale. Les papilles, lorsqu'elles sont présentes, sont généralement de petite taille. Parfois, nous pouvons observer une légère kératite ponctuée superficielle après une poussée aiguë.

Il est important de noter que, pour ces trois formes de conjonctivite allergique, une atteinte oculaire isolée est rare, ne représentant que moins de 6 % des cas. Il est essentiel de rechercher des signes et symptômes ORL (nez et gorge) et/ou bronchiques, surtout s'ils ne sont pas évidents lors de la manifestation allergique.

4- La KCV

La kératoconjonctivite vernale présente un mécanisme immunoallergique complexe qui fait intervenir des immunoglobulines de type E (IgE) chez environ la moitié des patients, ainsi que différentes cellules, notamment les lymphocytes T, les macrophages, les neutrophiles et les éosinophiles [39]. Il est important de noter que cette affection est rare et ne découle que partiellement d'un mécanisme allergique.

• Épidémiologie

Les symptômes de cette affection commencent généralement dans l'enfance et atteignent leur pic vers l'âge de 11 à 13 ans, avec des exacerbations aiguës plus fréquentes au printemps et en été. Il est courant que les patients finissent par «surmonter» la maladie car elle est résolutive à l'adolescence, mais dans 10 % des cas, nous observons une chronisation avec évolution vers la KCA.

L'évolution est le plus souvent perannuelle avec dans 77 % des cas, des recrudescences en période de chaleur et d'ensoleillement, soit de février à septembre [2].

• Clinique

Une rougeur bilatérale de la conjunctive bulbaire avec un écoulement aqueux et mucoïde associé, sont observés. Les patients développent une hypertrophie papillaire géante uniquement sur la conjunctive tarsale supérieure, ce qui ressemble à des pavés. Des caractéristiques spécifiques qui permettent de la distinguer de la kératoconjonctivite atopique : les grains de Horner-Trantas qui sont des petites concrétions blanches-jaunes autour du limbe cornéen; des plaques cornéennes vernaes; des ulcères cornéens en forme de bouclier (Togby).

En l'absence de traitement, les patients peuvent développer des cicatrices de la conjunctive ou une néovascularisation de la cornée, ainsi que des cicatrices ou des érosions/ulcères cornéens. L'inconfort ressenti par l'enfant peut avoir des répercussions sur son comportement et son avancement scolaire.

Étant donné les préoccupations qui en résultent, tant au niveau individuel que familial, cette variante de conjonctivite requiert un soutien psychologique.



Figure 2 : Kératoconjonctivite vernale en poussée.



Figure 3 : Kératoconjonctivite vernale en poussée (papilles géantes et sécrétions).



Figure 4 : Papilles géantes d'une kératoconjonctivite vernale.

5- La KCA

Il s'agit d'une affection qui affecte la cornée et la conjonctive associée à une dermatite atopique et/ou à un asthme.

• Épidémiologie

Les symptômes de cette forme clinique se manifestent dès l'enfance, atteignent leur intensité maximale pendant la jeunesse adulte et persistent généralement jusqu'à la cinquième décennie de la vie [14]. La KCA est une maladie à évolution chronique, caractérisée par des périodes de poussées.

Elle affecte fréquemment les adultes jeunes, en particulier les hommes âgés de 30 à 40 ans et est observée dans environ 25 à 40 % des cas de dermatite atopique.

• Clinique

Elle se manifeste par une rougeur bilatérale de la conjonctive associée à une inflammation cutanée de type eczématiforme au niveau des paupières et un écoulement de liquide aqueux ou mucoïde. Cette situation peut également conduire à une augmentation de la taille des papilles, présentes sur la conjonctive, que ce soit sur la paupière supérieure ou inférieure. Cela augmente le risque de durcissement et de formation de cicatrices sur les paupières. Dans les cas plus graves et non traités, les patients peuvent subir une perte de cils, développer des cicatrices sur la conjonctive, présenter une néovascularisation de la cornée, une altération de la couche épithéliale de la cornée, ainsi que des complications iatrogènes telles que la cataracte et le glaucome induit par l'utilisation de corticoïdes. Le kératocône est fréquemment associé à cette pathologie [2].

6- La blépharoconjonctivite allergique

C'est une forme de blépharite ou de blépharoconjonctivite qui se développe à la suite du contact avec une substance appelée haptène. Un haptène est un antigène incomplet qui devient immunogène une fois lié aux protéines des tissus.

Les symptômes de cette forme clinique comprennent un eczéma sur les paupières, fréquemment observé également sur les joues (zones de contact avec l'allergène). Souvent, une conjonctivite s'associe à ces symptômes, caractérisée généralement par la présence de follicules. La réponse immunitaire à cette réaction est de type retardé, ce qui signifie qu'elle survient plusieurs heures à plusieurs jours après le premier contact avec l'haptène.

Bilan de l'allergie [19]



Figure 5 : Technique d'éversion de la paupière supérieure.

A- Interrogatoire :

L'examen clinique joue un rôle essentiel dans l'évaluation de la conjonctivite allergique et doit être mené de manière systématique et approfondie, impliquant le patient, sa famille et son environnement.

Certains symptômes peuvent orienter vers une réaction allergique, notamment le prurit (démangeaisons), la rougeur et le chémosis (gonflement de la conjonctive).

D'autres symptômes, tels que la photophobie (sensibilité à la lumière), le blépharospasme (contraction involontaire des paupières), la vision floue, la baisse de l'acuité visuelle et les difficultés à ouvrir les yeux au réveil, sont déjà des signes de gravité de l'atteinte oculaire.

De plus, des symptômes moins spécifiques de l'allergie, tels que la sensation de brûlure oculaire, la sensation de corps étranger dans l'œil, la sécheresse oculaire et les larmoiements, peuvent indiquer une irritation oculaire.

Il est également crucial d'explorer les manifestations extra-oculaires, comme les éternuements, le jetage nasal postérieur, etc. En ce qui concerne l'évolution des symptômes, il est important de recueillir des informations sur la date et les conditions de leur apparition, la durée des symptômes, leur caractère récurrent ou chronique, ainsi que toute tendance cyclique en fonction de l'emplacement, du climat, de la saison, de l'activité, etc.

B- Tests cutanés :

Prick-test ou Patch-test.

C- Test de provocation conjonctivale spécifique (TPC)

Le Test de Provocation Conjonctivale (TPC) vise à établir un lien fonctionnel entre la pathologie conjonctivale et l'exposition à l'allergène en exposant le sujet à l'allergène auquel il est sensibilisé ou semble l'être.

D- Explorations biologiques :

Elles peuvent porter sur le sang et/ou les larmes.

- Dosages sanguins (veineux)

Éosinophilie : Peu spécifique ; pathologique si supérieure à 400/mm³.

Ig E sériques : Les IgE totales sériques sont un témoin valable, mais non spécifique de l'état d'atopie contrairement aux IgE sériques spécifiques.

L'examen des protéines sériques, réalisé à l'aide de l'électrophorèse, présente un intérêt spécifique, en particulier lorsqu'il est effectué simultanément avec des dosages lacrymaux, en mettant en avant l'importance de l'albumine.

- **Dosages dans les larmes :** la présence d'éosinophiles, qui sont normalement absents dans les larmes et les couches superficielles de l'épithélium conjonctival, indique une possible réaction de nature allergique. Cependant, leur absence ne permet pas d'exclure le diagnostic, car ces cellules apparaissent souvent pendant la phase tardive de la réaction allergique dépendante des IgE.

IgE lacrymales : la production locale d'IgE est difficile à apprécier.

E- Explorations cytologiques :

Raclage de la conjonctive à la recherche des éosinophiles et des mastocytes. Biopsie conjonctivale. Cytologie des larmes.

• En pratique, devant une conjonctivite allergique, il faut :

- Faire un interrogatoire détaillé.

- Identifier la forme clinique.

- En présence d'un tableau clinique typique de conjonctivite allergique, il est recommandé d'orienter le patient vers un allergologue pour un bilan étiologique. Il convient de spécifier la forme clinique suspectée (saisonnière ou per-annuelle). Des tests cutanés et sériques sont généralement réalisés, tandis qu'un test de provocation conjonctivale (TPC) peut être envisagé selon les résultats pour adapter le traitement.

Dans le cas d'une présentation clinique atypique, il est suggéré de reprendre l'interrogatoire du patient et de procéder à un examen minutieux des paupières, des bords libres et du film lacrymal afin de rechercher la cause sous-jacente. Si des incertitudes persistent quant à la nature allergique, des analyses biologiques du liquide lacrymal peuvent être envisagées. Si les doutes persistent, une orientation vers un allergologue est recommandée pour des investigations complémentaires comme les tests cutanés, les tests sériques et éventuellement, un TPC, dans le but de confirmer ou d'exclure une réaction allergique.

Traitement

Avant de mettre en place une stratégie thérapeutique adaptée, il convient de prévenir, éliminer et éviter l'allergène. Si ce n'est

pas possible, les solutions de lavage oculaire sans conservateurs deviennent particulièrement utiles.

A- Conjonctivites allergiques aiguës

Les solutions de lavage oculaire sont essentielles, car elles prennent tout leur intérêt dans l'élimination des allergènes et des médiateurs de l'inflammation des yeux.

Les antihistaminiques H1, qu'ils soient utilisés localement ou par voie générale (en cas de symptômes nasaux associés), sont particulièrement efficaces pour soulager rapidement le prurit et la rougeur des yeux, car ces symptômes sont directement liés à la libération d'histamine.

En revanche, les corticoïdes, sont principalement prescrits pour réduire rapidement le chémosis.

B- Conjonctivites allergiques per annuelles et saisonnières ^[1,2,7]

Il est important d'identifier les allergènes responsables et de les éviter.

L'utilisation de larmes artificielles ou de solutions de lavage oculaire est fortement recommandée pour le soulagement des symptômes.

Les antihistaminiques H1, qu'ils soient administrés par voie générale ou locale, ainsi que les médicaments antidégrenulants mastocytaires, sont souvent prescrits.

Dans les cas de conjonctivites plus sévères, les corticoïdes topiques peuvent être nécessaires.

Dans les formes aiguës graves et invalidantes, des anti-inflammatoires non-stéroïdiens (AINS) peuvent parfois être proposés pour éviter le recours aux corticoïdes topiques.

C- Kératoconjonctivite vernale ^[1,4,5,9]

1. En dehors des périodes de poussées inflammatoires

Le traitement de fond doit être adapté en fonction du niveau d'inflammation sous-jacent.

Pour les formes moins sévères, il est conseillé de porter des lunettes de soleil avec protection UV et une casquette. L'utilisation de lubrifiants oculaires à base de sérum physiologique ou de larmes artificielles non conservées, ainsi que des antidégrenulants mastocytaires locaux, est généralement suffisante.

En présence d'allergies concomitantes, l'utilisation d'un collyre antihistaminique, éventuellement associé à un antihistaminique par voie orale, peut être nécessaire. Si l'ouverture des yeux au réveil est difficile, l'application d'une pommade (comme la pommade à base de vitamine A) avant le coucher peut être bénéfique, formant ainsi un film protecteur sur la cornée qui prévient l'action des protéases libérées par les éosinophiles.

2. Pendant les périodes de crise

Il est impératif de porter des lunettes de soleil et d'utiliser des lubrifiants oculaires à base de sérum physiologique frais, voire

d'appliquer un cataplasme froid sur les yeux.

L'administration d'un antihistaminique local en combinaison avec des antidégranulants mastocytaires est recommandée.

Les anti-inflammatoires non-stéroïdiens (AINS) sous forme de collyres peuvent être prescrits, même s'ils sont souvent mal tolérés.

Les corticoïdes locaux ne sont généralement pas indiqués en l'absence de kératite, mais en cas de gêne fonctionnelle significative, leur utilisation peut être envisagée, en privilégiant les corticoïdes à faible puissance pour une durée limitée.

3. Traitement des complications

- En présence d'une kératite ponctuée sévère et confluyente, il est recommandé de prescrire des corticoïdes topiques (CTC) en cure courte (maximum 2 semaines) ^[5], avec une diminution progressive des doses. Une surveillance de la pression intraoculaire est nécessaire, en particulier chez les enfants.

- Pour les ulcères vernaux :

Une corticothérapie locale à fortes doses, à base d'un CTC puissant tel que la dexaméthasone ou la bétaméthasone (une goutte 8 à 12 fois par jour), est souvent nécessaire. Les doses doivent être réduites progressivement dès que l'ulcère cicatrise.

Une prophylaxie antibiotique locale est souvent associée en raison du risque de surinfection.

La fermeture de l'ulcère doit faire l'objet d'une surveillance presque quotidienne afin de détecter toute surinfection ou amincissement cornéen.

Un grattage chirurgical peut être requis, soit sous anesthésie générale en cas d'enfant non-coopératif, soit parfois sous anesthésie topique chez les enfants plus âgés. Dans les cas difficiles à traiter, une greffe de membrane amniotique peut être envisagée.

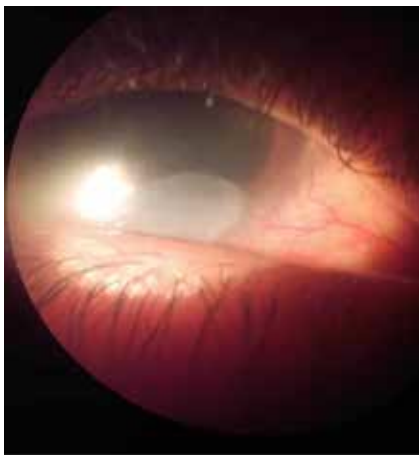


Figure 6 : Plaque vernale.

4- Autres thérapeutiques

- La ciclosporine en collyre, à des concentrations de 0,5 à 2 %, peut-être une option pour les formes sévères de kératoconjonctivite vernale qui sont corticodépendantes et se manifestent par des papilles cornéennes géantes. Son utilisation doit se limiter aux périodes d'inflammation et elle constitue une alternative visant à réduire la dépendance aux corticoïdes.
- Les antileucotriènes par voie orale peuvent être efficaces en cas d'asthme associé.
- L'aspirine administrée par voie orale semble avoir une certaine efficacité, mais les doses requises sont très élevées (25 à 50 mg/kg/jour), ce qui limite la durée du traitement.
- Les procédures telles que la cryothérapie des papilles géantes, la résection des papilles et l'application de mitomycine doivent être réservées aux cas les plus réfractaires et limités en nombre d'interventions, sous peine d'altérer de façon irréversible la surface oculaire du patient, pouvant entraîner un syndrome sec invalidant.

Les corticoïdes topiques administrés par voie orale peuvent être nécessaires dans de très rares cas de kératoconjonctivite vernale qui ne répondent à aucun autre traitement et qui représentent un risque pour la vision. La durée du traitement doit être la plus courte possible en raison des risques de corticodépendance et de complications oculaires iatrogènes chez les enfants ^[5], il est également crucial d'exclure une allergie médicamenteuse, en particulier chez les patients atopiques.

D. Kératoconjonctivite atopique

La kératoconjonctivite atopique est souvent associée à des manifestations systémiques qui peuvent nécessiter une prise en charge médicale.

Le traitement de fond est recommandé lorsque l'éviction des allergènes est impossible. Il inclut des antidégranulants mastocytaires associés à des antihistaminiques par voie orale. Les lavages des culs-de-sac conjonctivaux et l'utilisation de substituts lacrymaux sont également utiles en complément. Les blépharites, souvent associées, doivent également être traitées et le tacrolimus peut être utilisé localement.

Pendant les périodes inflammatoires, le traitement local peut s'avérer insuffisant et des corticostéroïdes topiques en cure courte peuvent être prescrits. La ciclosporine en collyre est envisagée en cas de dépendance aux corticostéroïdes. Pour le traitement général, des antihistaminiques par voie orale sont utilisés. La ciclosporine A par voie orale peut être nécessaire dans les formes sévères.

Le traitement des complications, telles que les perforations cornéennes, peut nécessiter des kératoplasties transfixiantes ou lamellaires. Les cicatrices palpébro-conjonctivales peuvent être prises en charge chirurgicalement, notamment par la chirurgie des symblépharons.

E. Blépharoconjunctivites de contact

La prise en charge de la blépharoconjunctivite est généralement simple, impliquant principalement l'identification et l'élimination de l'allergène responsable.

Après avoir évité le contact avec cet allergène, les symptômes s'améliorent naturellement sur plusieurs semaines.

En cas de prurit intense, l'utilisation de corticoïdes topiques et d'émollients en combinaison avec des antihistaminiques par voie orale peut être utile pour soulager les symptômes.

Conclusion

La grande majorité des sujets souffrant d'une inflammation oculaire causée par des allergies présentent une affection symptomatique, mais qui n'est pas sévère. Cette affection peut être soulagée efficacement grâce à l'utilisation de médicaments topiques simples et à la mise en place de mesures de contrôle des allergènes et elle peut être prise en charge par des professionnels de la santé non spécialisés. En revanche, une petite proportion de patients, notamment ceux atteints de formes graves de kératoconjunctivite vernal et de kératoconjunctivite atopique, requièrent une prise en charge spécialisée ainsi que l'utilisation de médicaments ou d'interventions pouvant entraîner des dommages oculaires. Dans ces situations, une thérapie appropriée dispensée par un clinicien expérimenté peut contribuer à minimiser les risques de modifications oculaires permanentes, qu'elles soient causées par le traitement médical ou qu'elles résultent d'affections pathologiques.

Date de soumission

26 septembre 2023.

Liens d'intérêts

Les auteurs déclarent ne pas avoir de conflits d'intérêt.

Références

1. Mortemousque B. Conjunctivites allergiques. EMC - Ophtalmologie 2020; 37(3): 1-11 [Article 21-130-E-10].
2. Mortemousque B. Conjunctivites allergiques. EMC - Ophtalmologie 2013; 10(4): 1-11 [Article 21-130-E-10].
3. Kaur K, Gurnani B. Vernal Keratoconjunctivitis. [Updated 2023 Jun 11]. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): Stat Pearls Publishing; 2023 Jan-. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK576433/>.
4. L. Boustany, P. Bouschon, R. Mouchel, B. Ben-Said, Prise en charge d'une conjunctivite vernal de l'adulte par Xolair® (Omalizumab), Revue Française d'Allergologie, Volume 60, Issue 4, 2020, Page 342.
5. F. El Ibrahim, H. El Orche, Z. Jebbar, A. Kouisbahi, T. Baddou, M. Oudbib, A. El Hassan, A. Berraho, Glaucome cortisonique dans les kérato-conjunctivites vernal, Journal Français d'Ophtalmologie, Volume 42, Issue 5, 2019, Pages e195-e197.
6. Baab S, Le PH, Kinzer EE. Allergic Conjunctivitis. [Updated 2022 May 23]. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): Stat Pearls Publishing; 2023 Jan-.
7. J.-L. Fauquert, A. Coutu, É. Michaud, F. Chiambareta, Les diverses formes de l'allergie oculaire de l'enfant et de l'adolescent, revue Française d'Allergologie, Volume 60, Issues 6-7, 2020, Pages 484-490.
8. Ocular Pathology Atlas. American Academy of Ophthalmology Web site. <https://www.aao.org/resident-course/pathology-atlas>. Published 2016. Accessed January 4, 2017.
9. Bonini S, Bonini S, Lambiasi A, Marchi S, Pasqualetti P, Zuccaro O, et al. Vernal keratoconjunctivitis revisited: a case series of 195 patients with long-term follow-up. Ophthalmology 2000; 107: 1157-63.
10. Leonardi A, Castegnaro A, Valerio AL, Lazzarini D. Epidemiology of allergic conjunctivitis: clinical appearance and treatment patterns in a population-based study. Curr Opin Allergy Clin Immunol 2015; 15: 482-8.
11. Calderon MA, Penagos M, Sheikh A, Canonica GW, Durham S. Sublingual immunotherapy for treating allergic conjunctivitis. Cochrane Database Syst Rev 2011;(7). CD007685.
12. Buckley, RJ., Vernal keratoconjunctivitis. Int Ophthalmol Clin, 1988. 28(4): p. 303-8.
13. Deiner MS, McLeod SD, Chodosh J. Clinical age-specific seasonal conjunctivitis patterns and their online detection in twitter, blog, forum, and comment social media posts. Invest Ophthalmol Vis Sci 2018; 59: 910-20.
14. Backman H, Räisänen P, Hedman L, Stridsman C, Andersson M, Lindberg A, et al. Increased prevalence of allergic asthma from 1996 to 2006 and further to 2016-results from three population surveys. Clin Exp Allergy 2017; 47: 1426-35.
15. Ojeda P, Sastre J, Olaguibel JM, Chivato T, investigators participating in the National Survey of the Spanish Society of Allergy and Clinical Immunology Alergológica 2015. Alergológica 2015: A National Survey on Allergic Diseases in the Adult Spanish Population. J Invest Allergol Clin Immunol 2018; 28: 151-64.
16. Smith AF, Pitt AD, Rodriguez AE, Alio JL, Marti N, Teus M, et al. The economic and quality of life impact of seasonal allergic conjunctivitis in a Spanish setting. Ophthalmic Epidemiol 2005; 12: 233-42.
17. Ocular Pathology Atlas. American Academy of Ophthalmology Web site. <https://www.aao.org/resident-course/pathology-atlas>. Published 2016. Accessed January 4, 2017.
18. Singh K, Axelrod S, and Bielory L. The epidemiology of ocular and nasal allergy in the United States, 1988-1994. Journal of Allergy and Clinical Immunology. 2010; 126(4): 778-783.
19. Fauquert JL. Exploration de l'allergie oculaire. Rapport de la SFO 2015. p. 259-64.
20. Doan S, Mortemousque B, Pisella PJ. L'allergie oculaire de la clinique au traitement. Paris: Medcom éditions; 2010 233_40.
21. Chrysavgi Adamopoulou, MD, Vatinée Y. Bunya, MD, MSCE, Christina Moon, M.D., S. Grace Prakalapakorn, MD, MPH, Donny W. Suh, MD, FAAP, MBA, FACS, Seth Bricel, MD, A. Paula Grigorian, MD, Allison Umfress, MD. Allergic Conjunctivitis. https://eyewiki.aao.org/Allergic_Conjunctivitis.