

Formes cliniques de conjonctivites allergiques : comment les reconnaître ?

Bruno Mortemousque

Le terme conjonctivites allergiques est en fait un grand « fourre-tout » qui regroupe plusieurs entités. Bien que plusieurs d'entre elles présentent des similitudes en termes de physiopathologie, leurs différences cliniques expliquent souvent les échecs de prise en charge thérapeutique. Il est donc capital de déterminer la forme clinique dont souffre le patient pour en permettre une prise en charge adaptée.

Longtemps classées sur des bases cliniques pures, les conjonctivites allergiques ont vu une nouvelle classification naître, prenant en compte les mécanismes physiopathologiques dans le but de proposer une prise en charge thérapeutique plus efficace. Cette classification proposée par A. Léonardi et le groupe d'ophtalmo-allergologie européen distingue les conjonctivites allergiques IgE médiées et non-IgE médiées :

- les conjonctivites allergiques IgE médiées regroupent les conjonctivites allergiques aiguës (CAA), les conjonctivites allergiques saisonnières (CAS) et perannuelles (CAP), certaines kératoconjonctivites vernaes (KCV) et atopiques (KCA) ;

- les conjonctivites allergiques non-IgE médiées regroupent à nouveau les KCV, les KCA et les blépharo-conjonctivites de contact (BCC). Enfin, ne sont pas ou plus considérées comme faisant partie du groupe des conjonctivites allergiques les conjonctivites giganto-papillaires (GPC), les conjonctivites et blépharo-conjonctivites irritatives.

Les conjonctivites allergiques

La CAA, la CAS et la CAP ont une pathogénie commune : une réponse de type anaphylactique.

• La CAA n'est pas proprement dit une entité à part. Elle s'observe aussi bien sur les terrains de CAS que de CAP. Elle correspond à une manifestation anaphylactique aiguë en rapport avec un contact massif avec l'allergène sensibilisant. Son expression clinique est « bruyante », souvent bilatérale, associant un prurit intense souvent à point de départ caronculaire, un larmolement, accompagné souvent d'un œdème palpébral, un chémosis parfois important masquant la rougeur conjonctivale. L'évolution

se fait vers une résolution le plus souvent spontanée pouvant se poursuivre par un certain degré de photophobie et/ou de sensation de brûlures oculaires. En dehors de cet épisode aigu, les manifestations IgE médiées surviennent tout au long de la période de contact avec l'allergène.

• Dans le cas de la CAP, des manifestations mineures sont présentes toute l'année avec des recrudescences à certaines périodes (en fonction de l'allergène responsable). La clinique est plus discrète, associant une hyperhémie conjonctivale souvent légère, des papilles tarsales de petites tailles et plus rarement des follicules (figure 1). Sa symptomatologie est marquée par la sensation de corps étranger, d'œil sec, alors que le prurit est souvent relégué au deuxième plan. Le diagnostic est posé devant une symptomatologie durant depuis plus d'un an associé à des manifestations se déroulant tout au long de l'année.



Figure 1. Conjonctivite allergique perannuelle (CAP) : quelques papilles et follicules.

Service d'ophtalmologie, CHU de Rennes.

Dossier

- La **CAS** est la forme la plus fréquente. Les symptômes sont très discrets (*figure 2*), très voisins de ceux de la CAP. Les signes à la lampe à fente sont souvent peu contributifs, avec le plus souvent une conjonctive très légèrement hyperhémée ou normale. La présence de papilles n'est pas constante.

Pour ces trois formes, l'atteinte ophtalmologique isolée est rare (moins de 6%). Les signes et symptômes extra-oculaires, ORL et/ou bronchiques, seront à rechercher s'ils ne sont pas à l'avant de la manifestation allergique.



Figure 2. Conjonctivite allergique saisonnière (CAS) : aspect quasi normal de la conjonctive.

Les kératoconjunctivites

- Contrairement aux formes précédentes, la **KCV** est de mécanisme immunoallergique plus complexe. Elle fait intervenir des IgE (plus de 50% des patients) et des cellules (lymphocytes T, macrophages, neutrophiles et éosinophiles). C'est une forme qui débute le plus souvent tôt dans l'enfance (dans 80% avant 10 ans), avec un sex-ratio de 2 sur 4 en faveur des garçons. Elle est le plus souvent résolutive à l'adolescence. L'évolution est le plus souvent perannuelle avec dans 77% des cas des recrudescences en période de chaleur et d'ensoleillement, à savoir de février à septembre.

Les symptômes sont souvent bruyants, marqués par une sensation de corps étranger plus ou moins associée à un prurit, un larmolement et une photophobie intense. Un blépharospasme invalidant avec difficulté d'ouverture des yeux le matin est très fréquent. Des épisodes aigus sont présents et marqués par des sécrétions muqueuses conjonctivales abondantes, épaisses, pouvant prendre parfois un aspect de pseudo-membranes.

On identifie plusieurs formes cliniques : la *forme tarsale* caractérisée par la présence de papilles géantes



Figure 3. Kératoconjunctivite vernale (KCV) : forme tarsale.

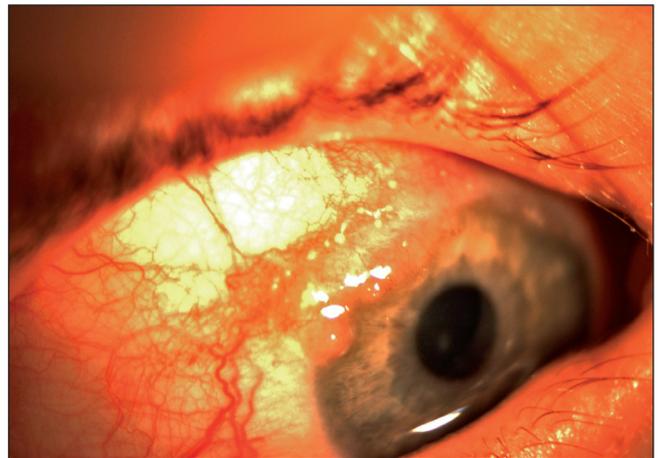


Figure 4. Kératoconjunctivite vernale (KCV) : forme limbique (avec grains de Trantas).

(diamètre > 1 mm) sur la conjonctive tarsale, le plus souvent supérieure (*figure 3*) ; la *forme limbique* qui peut être isolée ou associée à la forme palpébrale. Elle est la plus fréquemment rencontrée chez les sujets mélanodermes. Elle prend un aspect de bourrelet gélatineux du limbe au sein duquel on peut individualiser des nodules blancs jaunâtres appelés grains de Trantas (*figure 4*), amas d'éosinophiles qui par le biais de leurs protéases, des chémokines et autres médiateurs de l'inflammation, entraînent des lésions cornéennes parfois sévères. Les lésions cornéennes compliquent souvent la maladie et peuvent prendre plusieurs formes : celle d'une kératite ponctuée superficielle, qui peut se compliquer d'un ulcère cornéen, dit vernal, souvent épithélial, ovalaire ou pentagonal, peu profond, avec des bords surélevés. Des cellules et du mucus peuvent remplir l'ulcération, conduisant à une formation blanchâtre homogène, indurée, adhérente au fond de l'ulcère appelée plaque vernale.

La KCV est une entité à part, qui ne résulte que partiellement d'un mécanisme allergique. En fait, l'allergie n'est qu'un facteur aggravant ou déclenchant la maladie, tout comme la sécheresse oculaire, la chaleur et les rayons ultraviolets, la corticothérapie au long cours. D'où son appartenance aux deux groupes dans la classification tout comme la KCA.

- La **KCA** se caractérise par une atteinte cornéo-conjonctivale associée à une dermatite atopique et/ou un asthme. Elle touche le plus souvent l'adulte jeune (30 à 40 ans) de sexe masculin et est rapporté dans 25 à 40 % des dermatites atopiques. Cependant, l'existence de cette entité chez l'enfant fait débat actuellement. Elle est potentiellement cécitante par ses complications cornéennes.

D'évolution chronique, ses symptômes associent une photophobie, un larmolement et un prurit le plus souvent importants. Comme dans la KCV, les sécrétions y sont abondantes et épaisses. Les signes sont marqués par un eczéma des paupières quasi constant, associé fréquemment à une meibomite, une madarose et une inflammation conjonctivale marquée par la présence de follicules et de papilles de la conjonctive tarsale. Les papilles sou-

vent géantes ne sont pas constantes. Le tableau se complique souvent d'une fibrose conjonctivale et de symblépharon au stade avancé de la maladie. Les complications cornéennes sont multiples et fréquentes (75 % des cas).

L'évolution est souvent marquée par les complications iatrogènes et en particulier le glaucome et la cataracte cortisoniques (sous-capsulaire postérieure, alors que la KCA est associée spontanément à l'apparition de cataracte sous-capsulaire antérieure en écusson), ainsi que les surinfections en cas de forme corticodépendante. Le kératocône est fréquemment associé à la maladie.

La blépharo-conjonctivite allergique

Elle est la nouvelle venue dans la grande famille des « conjonctivites allergiques ». Le tableau associe un eczéma des paupières et souvent des joues (zones de contact avec l'allergène), avec une conjonctivite souvent folliculaire. Par opposition aux manifestations IgE médiées, les signes et symptômes ne surviennent que plusieurs heures à plusieurs jours après le contact avec l'agent causal.

Pour en savoir plus

Leonardi A, Bogacka E, Fauquet JL *et al.* Ocular allergy: recognizing and diagnosing hypersensitivity disorders of the ocular surface. *Allergy*. 2012; 67(11):1327-37.

Leonardi A, Secchi AG. Vernal keratoconjunctivitis. *Int Ophthalmol Clin*. 2003;43(1):41-58.

Motterle L, Diebold Y, Enriquez de la Salamanca A *et al.* Altered expression of neurotransmitter receptors and neuromediators in

vernal keratoconjunctivitis. *Arch Ophthalmol*. 2006;124(4):462-8.

Leonardi A. Vernal keratoconjunctivitis: pathogenesis and treatment. *Prog Retin Eye Res*. 2002;21(3):319-39.

Bonini S. Atopic keratoconjunctivitis. *Allergy*. 2004;59(Suppl 78):71-3.

Mortemousque B. Conjonctivites allergiques. *EMC - Ophthalmologie* 2013;10(4):1-11 [Article 21-130-E-10].