

KÉRATO-CONJONCTIVITES ALLERGIQUES NON POLLINIQUES RÉSULTATS DES TESTS ET DE LA DÉSENSIBILISATION

G. FAYOLLE, J. GRANIER, G. BRUTTMANN, A. FABRE,
J. PIN et Y. TERREL (*)

RÉSUMÉ

Les auteurs ont observés 14 kératites, 65 kérato-conjonctivites et 291 conjonctivites allergiques, chez l'adulte ou l'enfant. Les allergènes principalement responsables ont été les pneumallergènes : la poussière de maison (38 p. cent des cas), association poussière-plumes (12 p. cent des cas), les moisissures (7 p. cent), poils de chien et de chat (3,3 p. cent). Viennent ensuite *Candida albicans* (29 p. cent) et les agents bactériens : streptocoque A (15 p. cent), staphylocoque (7 p. cent). Dans 8 p. cent des cas plusieurs allergènes sont responsables des accidents observés.

Une désensibilisation spécifique a été entreprise dans 123 cas. Elle a donné de bons résultats, surtout dans les sensibilités aux pneumallergènes (95 succès sur 99).

MOTS CLES MEDLARS : Kérato-conjonctivites. - Désensibilisation. - Poussières. - Tests cutanés. - Pronostic. - Allergènes. - Allergie.

KEYWORDS : Kerato-conjunctivitis. - Desensitization. - Dust. - Skin tests. - Prognosis. - Allergens. - Hypersensitivity.

Les kérato-conjonctivites allergiques sont mieux connues, depuis ces dernières années, grâce aux travaux de BLAMOUTIER, SARAUX, BLOCH-MICHEL, OFFRET, FONTAINE, et collaborateurs. Nous remercions d'autre part M^{me} le Docteur BRUNET-LANGOT et son équipe qui nous ont transmis les résultats de leurs travaux.

Nous avons voulu limiter notre étude aux atteintes conjonctivales et cornéennes, c'est-à-dire aux atteintes de l'œil externe, d'origine allergique.

(*) Service d'Allergie, CHU de Grenoble, 38700 La Tronche.

Ont été exclues les atteintes oculaires par pollinose, les étiologies professionnelles et les lésions par allergènes de contact (cosmétiques et médicamenteuses), donnant des manifestations aiguës ou reconnues rapidement par l'interrogatoire.

MATÉRIEL

370 cas ayant une étiologie allergique ont été retenus par notre groupe d'allergologues. Parmi ces malades, 123 ont été désensibilisés à un ou plusieurs allergènes.

Ces malades ont été adressés par des ophtalmologistes ayant évoqué une étiologie allergique : l'évolution variait de quelques semaines à quelques mois, pour certains plusieurs années (15 ans maximum) ; les rechutes survenaient malgré les thérapeutiques, ou bien celles-ci étaient inefficaces.

DIAGNOSTIC ALLERGOLOGIQUE

Nous avons pu étudier :

— des conjonctivites (291 cas, soit 78 p. cent de la totalité) : le malade se plaignait de brûlures, sensations de « sable », de larmolement, et surtout de prurit. Les conjonctives sont souvent hyperhémées, le point lacrymal peut être œdématisé ;

— des kératites (14 cas, soit 4 p. cent) à signes fonctionnels minimes, où l'atteinte visuelle dépend du siège plus ou moins central des lésions ; elles peuvent être majorée par la photophobie ;

— des kérato-conjonctivites (65 cas, soit 17 p. cent).

ENQUÊTE ALLERGOLOGIQUE

Interrogatoire

Il note les antécédents allergiques, personnels et familiaux. Mais il ne faut pas oublier la formule de BLAMOUTIER : « dans les conjonctivites allergiques l'hérédité allergique est souvent mineure ou absente ». L'interrogatoire précise aussi la date de début, les circonstances, l'évolution rebelle aux thérapeutiques, les caractères saisonniers, climatiques, professionnels, l'environnement, les facteurs calmants (corticoïdes, antihistaminiques), les facteurs aggravants.

Examen

Il tend à rechercher un foyer infectieux (ORL, dermique, digestif). La rhinoscopie peut montrer, même en l'absence de signes rhino-pharyngés, une muqueuse pituitaire de type allergique.

KÉRATO-CONJONCTIVITES

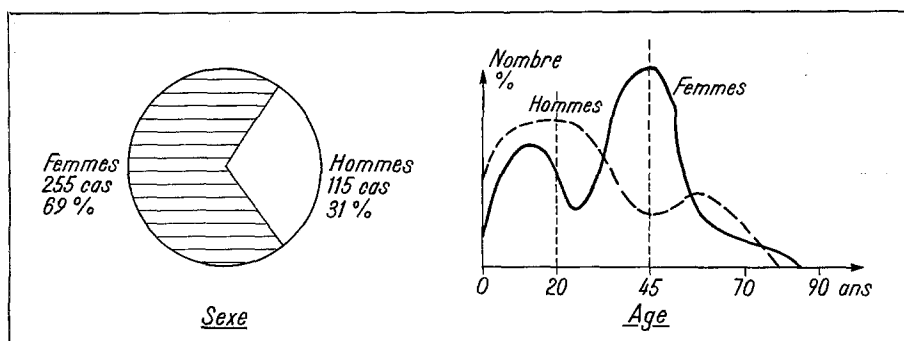


FIG. 1

Test cutanés

Ils ont été pratiqués par voie intradermique aux doses habituelles ; on a utilisé dans un premier temps, la tuberculine, les allergènes microbiens (Pasteur) et mycosiques (Hollister-Stier) ; dans un deuxième temps, les pneumallergènes (Allergènes Pasteur). Une troisième séance est nécessaire pour confirmer l'allergène responsable ; la réaction syndromique guide notre diagnostic, elle est recherchée après chaque série.

Nous rappellerons que tous nos malades nous furent adressés par des ophtalmologistes et que toute cause non allergique avait été traitée antérieurement.

Dans notre étude ces tests ont été pratiqués sur 370 patients dont l'âge variait entre 2 et 82 ans. 255 malades étaient de sexe féminin (69 p. cent), et 115 malades (31 p. cent) de sexe masculin (fig. 1). Remarquons que l'âge moyen est électivement de 20 ans chez l'homme, de 45 ans chez la femme (ménopause).

Résultats des tests

Les bilans négatifs n'ont pas été retenus parmi les observations présentées.

Les bilans positifs : l'allergène mis en cause n'a été retenu qu'en fonction des réactions syndromiques présentées par la malade.

Les allergènes en cause sont les suivants :

— les pneumallergènes viennent en premier lieu, avec 178 cas sur 370 (48 p. cent). On note parmi eux :

Poussières de maison : 140 cas (38 p. cent du total).

Moisissures : 26 cas (7 p. cent du total).

Poils de chat - chien : 11 cas (3 p. cent du total).

Farine : 1 cas (0,25 p. cent du total).

Nous constatons que la poussière de maison prédomine dans l'étiologie des allergies par pneumallergènes puisque nous la retrouvons dans 140 cas sur 178 (79 p. cent).

A ces allergies oculaires sont fréquemment associées des manifestations respiratoires (93 fois, soit 26 p. cent).

— Les allergènes microbiens et fongiques (à réponse retardée) :

Candida albicans : 107 cas (29 p. cent).

Streptocoque A : 57 cas (15 p. cent).

Staphylocoque : 24 cas (7 p. cent).

Tuberculine : 2 cas (0,50 p. cent).

Epidermophyton : 1 cas (0,25 p. cent).

Dans 20 p. cent des cas cités, nous avons retrouvé des allergies associées : 45 fois (soit 12 p. cent) plumes et poussières ; 29 fois (soit 8 p. cent) une association de la poussière avec un autre pneumallergène ou un agent microbien.

La répartition des allergènes, en fonction de la localisation conjonctivale ou cornéenne, est la suivante :

— Dans les conjonctivites (291 testées), les pneumallergènes ne représentent que 103 cas (soit 35 p. cent), un chiffre légèrement inférieur à celui trouvé pour l'ensemble des lésions (38 p. cent) ; *Candida albicans*, 90 cas (30 p. cent) ; les agents microbiens, en particulier le streptocoque A, 46 cas (16 p. cent).

— Dans les kératites (14 cas), les pneumallergènes sont en cause dans 6 cas (43 p. cent) ; *Candida albicans* dans 4 cas (28 p. cent), les agents microbiens dans 21 p. cent des cas (streptocoque A : 14 p. cent, staphylococque : 7 p. cent).

— Dans les kérato-conjonctivites (65 cas), les pneumallergènes interviennent dans 56 cas (86 p. cent) ; *Candida albicans* dans 13 cas (20 p. cent), le streptocoque dans 9 cas (14 p. cent). Dans ce groupe nous avons noté les deux allergies tuberculiniques. Les allergènes microbiens semblent moins fréquemment retrouvés ici que dans les autres localisations.

TRAITEMENTS (fig. 2)

247 malades (66 p. cent) n'ont pas été désensibilisés ; ils ont été renvoyés au médecin spécialiste pour traitement, en conseillant un traitement du terrain, du foyer infectieux s'il y a lieu, des antihistaminiques, des corticoïdes ou des globulines non spécifiques.

Seuls 123 malades (34 p. cent) nous furent confiés pour désensibilisation spécifique :

— 80 p. cent des conjonctivites : 99 cas sur 291,

— 3,5 p. cent des kératites : 4 cas sur 14,

— 16 p. cent des kérato-conjonctivites : 20 cas sur 65.

KÉRATO-CONJONCTIVITES

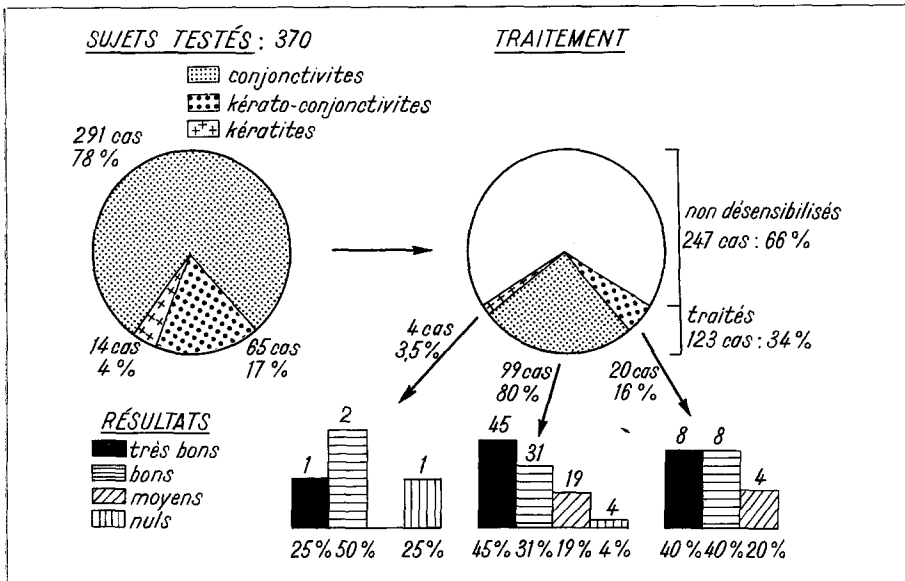


FIG. 2

Cette désensibilisation a été faite le plus souvent avec un seul allergène : poussière de maison (61 cas), moisissures (5 cas), poils d'animaux (3 cas), *Candida* (40 cas), streptocoque (8 cas), staphylocoque (5 cas), épidermophyton (1 cas). Nous n'avons pas pratiqué la désensibilisation spécifique tuberculinique. Certains allergènes, en cas d'allergie associée, ont été ajoutés par la suite. Chaque fois il nous a fallu employer les dilutions les plus faibles d'allergène ; les réactions syndromiques, lors des premières injections, nous guidant sur la dose à employer : la poussière de maison au 1/500 millionième, ou même au 1/5 milliardième, pour arriver au 1/5 millième ; les agents microbiens : 200 à 2 000 germes/ml. Le rythme des injections fut, au début, de deux par semaine, en espaçant progressivement. En fin de traitement, il fut d'une injection par mois. La durée de traitement a été de 1 à 5 ans. Ces traitements furent entrepris sous contrôle ophtalmologique (tous les quinze jours).

RÉSULTATS (fig. 2)

Les très bons résultats : dans certains cas, dès les premières injections, nous avons pu constater des améliorations spectaculaires, les signes subjectifs régressaient, puis réapparaissaient avant l'injection suivante pour s'amender de nouveau.

Les bons résultats sont ceux où l'on observe une amélioration moins rapide des signes fonctionnels.

Les résultats moyens sont des cas de rechute, ou stabilisés après plusieurs mois (3 ans pour l'une de nos malades).

Enfin il y a des *résultats nuls*.

Répartition des résultats

- très bons : 54 cas (43 p. cent),
- bons : 41 cas (33 p. cent),
- moyens : 23 cas (19 p. cent),
- nuls : 5 cas (4 p. cent).

Répartition selon les affections

- conjonctivites (99 cas) : très bons : 45 p. cent ; bons : 31 p. cent ; moyens : 19 p. cent ; nuls : 4 p. cent.
- kératites (4 cas) : très bon : 1 cas ; bons : 2 cas ; nul : 1 cas.
- kérato-conjonctivites (20 cas) : très bons : 8 cas ; bons : 8 cas ; moyens : 4 cas.

COMMENTAIRES

Nous avons été frappés par le nombre des malades non désensibilisés (66 p. cent). Notre enquête ne nous a pas permis de connaître le pourcentage des malades guéris médicalement. Dans neuf cas, nous avons appris par l'ophtalmologiste la guérison de ces malades. Nous avons été amenés à tester deux jumeaux homozygotes à neuf mois de distance, atteints l'un et l'autre d'une kérato-conjonctivite aux poussières de maison. Nous n'avons pas eu à déplorer de séquelles oculaires lors de kératites, même lorsqu'elles évoluaient depuis longtemps.

Nous n'avons pas parlé du psychisme de ces malades, très perturbés par une affection handicapante, cause d'arrêts de travail prolongés. Ce point de vue n'est pas à négliger dans les indications de désensibilisation.

CONCLUSIONS

Il est regrettable que de nombreux malades soient perdus de vue et ne puissent bénéficier d'une désensibilisation spécifique.

L'enquête allergologique peut aboutir, dans les affections allergiques des enveloppes de l'œil, à une conduite thérapeutique efficace. La désensibilisation permet, dans la majorité des cas, la sédation d'affections chroniques évoluant, malgré les traitements locaux et généraux, depuis plusieurs mois ou années, et toujours susceptibles de provoquer des lésions, graves parfois, et, par leur retentissement psychologique, définitives.

KÉRATO-CONJONCTIVITES

Devant une kératite ou une conjonctivite allergique, nous constatons que la poussière de maison est l'allergène le plus souvent responsable (48 p. cent), puis, par ordre de fréquence, *Candida albicans* (29 p. cent), le streptocoque A (15 p. cent), le staphylocoque et les moisissures (7 p. cent). Notons la nette prévalance (deux tiers des cas) de ces affections chez la femme (âge électif : 45 ans) par rapport à l'homme (âge électif : 20 ans).

NON-POLLINIC ALLERGIC KERATO-CONJUNCTIVITIS. RESULTS OF DESENSITIZATION TESTS

The authors describe 14 keratites, 65 kerato-conjunctivitis and 291 allergic conjunctivitis in adults and children. The allergens mainly responsible were pneumallergens : house dust (38 per cent of the cases, dust and feathers combined in 12 per cent of the cases), moulds (7 per cent), dog and cat hairs (3.3 per cent). Then *Candida albicans* (29 per cent) and bacterial agents : streptococcus A (15 per cent), staphylococcus (7 per cent). In 8 per cent of the cases, several allergens were responsible for the conditions found.

Specific desensitization was undertaken in 123 cases. Good results were obtained, especially in cases of sensitivity to pneumallergens (95 successful results out of 99).