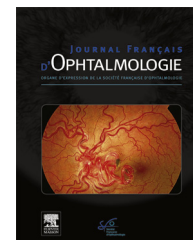




Disponible en ligne sur

ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France

EM|consulte
www.em-consulte.com


LETTRE À L'ÉDITEUR / Poster de la SFO

Interêt de l'omalizumab dans le traitement de la kérato-conjonctivite vernale sévère. Quand une kérato-conjonctivite vernale résiste aux traitements classiques[☆]



Omalizumab for severe vernal keratoconjunctivitis

La kérato-conjonctivite vernale (KCV) est une forme sévère d'allergie oculaire chronique pédiatrique pouvant aboutir à des séquelles notamment cornéennes parfois majeures. L'arsenal thérapeutique a été grandement amélioré depuis le recours facilité aux immunosuppresseurs notamment la ciclosporine en collyre ; cependant certaines formes sévères et cortico-résistantes posent problème.

L'Omalizumab est un anticorps monoclonal anti-IgE humanisé qui se fixe de manière sélective aux immunoglobulines E (IgE) humaines. Son efficacité dans le domaine de l'asthme allergique sévère et dans le traitement de l'urticaire chronique sévère spontané et résistant a été prouvée. Administré par voie générale en injection, il constitue un traitement d'exception à réserver aux cas sévères et résistants.

Nous rapportons une série de 2 enfants qui souffraient de KCV sévère et d'asthme atopique. Tous deux présentaient une résistance aux traitements avec échec des traitements par anti-dégranulants mastocytaires, anti-histaminiques, ainsi qu'une cortico-dépendance et une résistance aux immunosuppresseurs locaux et généraux.

Le premier cas (garçon de 7 ans) présentait une KCV de stade 5 (stade ultime de la pathologie) avec une plaque vernale bilatérale ayant nécessité une chirurgie de déterision à deux reprises malgré un traitement local maximal (Ciclosporine collyre 2 %, Dexaméthasone collyre 8×/jour, collyres anti-histaminique et anti-dégranulant mastocytaire, agents mouillants à la demande et protection solaire) et par Ciclosporine par voie orale. Il a notamment présenté une hypertonie cortisonique bilatérale (avec une pression intra oculaire mesurée à 36 mmHg à droite et 34 mmHg à gauche) ayant nécessité un traitement local hypotonisant. Cette hypertonie a été compliquée de neuropathie optique bilatérale sévère confirmée avec un déficit des fibres confirmé à l'OCT RNFL et a imposé l'arrêt immédiat de toute cortico-thérapie locale comme générale. Le second enfant (garçon

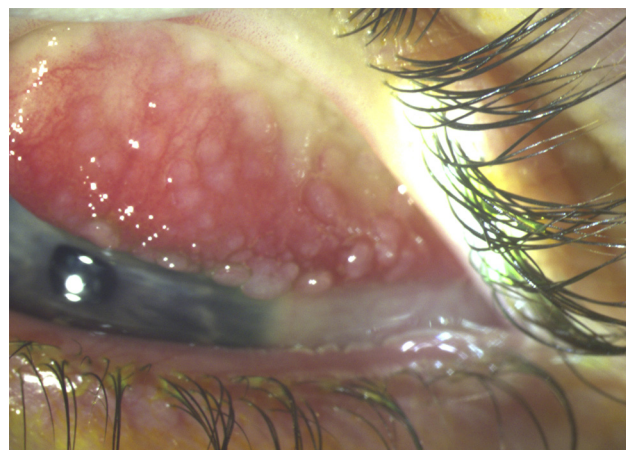


Figure 1. Aspect en lampe à fente avant introduction de l'Omalizumab : conjonctivie giganto-papillaire.

de 9 ans) présentait une KCV stade 4 caractérisé par une photophobie sévère, une conjonctivite giganto-papillaire (Fig. 1), des grains de Trantas et l'apparition d'une atteinte cornéenne importante à type d'ulcère vernal chronique avec en plus une importante dermatite atopique diffuse résistante au traitement par Tacrolimus par voie générale.

Le bilan biologique sanguin retrouvait dans les deux cas une hyper éosinophilie mesurée respectivement à 1786/mm³ et 2532/mm³ (pour une normale < 500/mm³) et une mesure des IgE sériques à 2366kui/L et 934 kui/L (pour une normale < 20kui/L). Les épreuves fonctionnelles respiratoires confirmaient le trouble ventilatoire obstructif sévère réversible sous Ventoline. Devant la mise en jeu du pronostic visuel à court terme (notamment en raison du glaucome cortisonique pour le premier cas) et l'impasse thérapeutique, il a été décidé au terme d'une réunion de concertation pluridisciplinaire, l'introduction d'un traitement systémique par Omalizumab. Les deux enfants ont tous deux bénéficié d'un traitement par administration mensuelle sous-cutanée de 300 mg d'Omalizumab sur 6 mois consécutifs administré par un pédiatre en milieu hospitalier pneumo-pédiatrique. Le suivi ophtalmologique était mensuel avec surveillance de l'état cornéen, de l'évolution de la conjonctive tarsale supérieure et d'une évaluation des symptômes subjectifs de l'enfant (photophobie, larmoiement, prurit et rougeur oculaire, recours aux agents mouillants à la demande).

Au décours du traitement, les deux enfants (4 yeux) ont présenté une diminution nette des symptômes subjectifs oculaires, une amélioration clinique ophtalmologique à l'examen : diminution de la photophobie, du pseudo ptosis

[☆] Cette lettre à l'éditeur est issue d'un e-poster présenté au congrès annuel de la Société Française d'Ophtalmologie.

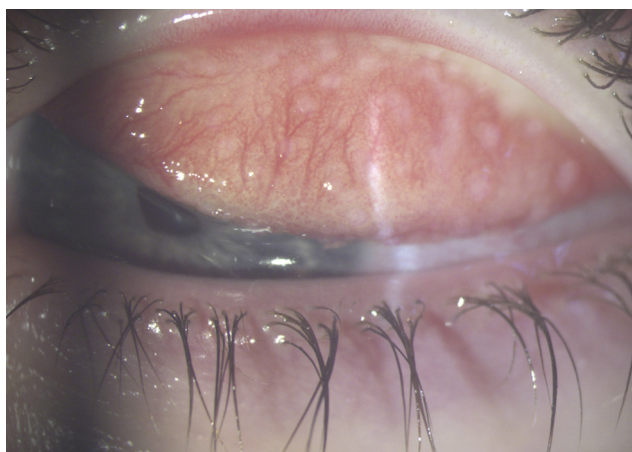


Figure 2. Amélioration clinique après 3 cures d'Omalizumab : nette régression des papilles géantes.

et des sécrétions, disparition de la kératite et cicatrisation de l'ulcère vernal, disparition du bourrelet limbique et une diminution conséquente du nombre et de la sévérité de l'asthme (Fig. 2).

La pression intra oculaire du premier enfant s'est normalisée (10 mmHg à droite et 11 mmHg à gauche) permettant de s'affranchir du traitement hypotonisant.

Les collyres anti-dégranulants mastocytaires et anti-histaminiques ont été maintenus de même que les agents mouillants, les rinçages et la protection solaire. Un sevrage progressif de collyre de Dexaméthasone a pu être effectué avec une décroissance lente.

L'amélioration a également concerné la sphère respiratoire et cutanée avec une diminution du nombre d'exacerbations asthmatiques, une amélioration des épreuves fonctionnelles respiratoires et une diminution de l'eczéma.

Le traitement par Omalizumab a été poursuivi au long cours. Une tentative de suspension à la période hivernale sera suivie d'une récurrence avec nécessité de ré-introduction du traitement.

Le traitement de la KCV peut se révéler parfois insuffisant voire même inducteur d'effets secondaires non négligeables

dans la population pédiatrique (céphalées, douleurs abdominales et articulaires, fièvre, thrombopénie). En formant un complexe immunitaire inactif dans le plasma qui est ensuite éliminé, l'Omalizumab peut réduire jusqu'à 99 % des IgE libres [1]. Leur blocage s'oppose à l'activation des mastocytes, des basophiles et des cellules présentatrices de l'antigène ce qui limite la libération des médiateurs inflammatoires et l'infiltration tissulaire par les éosinophiles. Peu d'études démontrent l'effet de l'Omalizumab (dont le recours hors AMM dans la KCV doit rester exceptionnel et purement hospitalier) dans le traitement de ces formes sévères qui peuvent constituer une impasse thérapeutique [2]. Cependant, le recul vis-à-vis de ce traitement est faible et les effets observés restent purement suspensifs et régressent dès l'arrêt du traitement, c'est-à-dire, au 6^e mois.

Déclaration de liens d'intérêts

Les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêts.

Références

- [1] Doan S, Amat F, Gabison E, Saf S, Cochereau I, Just J. Omalizumab in severe refractory vernal Keratoconjunctivitis in children: case series and review of the literature. *Ophthalmol Ther* 2017;6:195–206.
- [2] Heffler E, Picardi G, Liuzzo MT, Provvidenza Pistorio M, Crimi N. Omalizumab treatment of vernal Keratoconjunctivitis. *JAMA Ophthalmol* 2016;134:461–3, <http://dx.doi.org/10.1001/jamaophthalmol.2015.5679>.

M. Callet, N. Stolowy, E. Zanin, D. Denis*
Service d'ophtalmologie, CHU Nord Chemin des Bourrely, 13015 Marseille, France

* Auteur correspondant.

Adresses e-mail : marie.callet@hotmail.com
(M. Callet), stolonat@yahoo.fr (N. Stolowy),
emilie.zanin@ap-hm.fr (E. Zanin),
daniele.denis@ap-hm.fr (D. Denis)

Disponible sur Internet le 23 novembre 2018

<https://doi.org/10.1016/j.jfo.2018.06.001>

0181-5512/© 2018 Publié par Elsevier Masson SAS.