

ALLERGIC CONJUNCTIVITIS: DIAGNOSIS AND TREATMENT

CONJONCTIVITE ALLERGIQUE : DIAGNOSTIC ET TRAITEMENT

F. Marmouz ⁽¹⁾, M. Raffard ⁽²⁾

Summary

Allergic conjunctivitis are the most frequent presentation of ocular allergy. They concern two specialists, ophthalmologists and allergists, who must establish a close collaboration, to succeed in an etiological diagnosis and consequent efficacious treatment. On one hand the history of allergy must be deep and on the other a simple pollen etiology giving simple functional signs : skin tests (pricks or epicutaneous) after a flawless questioning, at need completed by the measurement of specific and total IgE titres in the tears and even sometimes by a conjunctival provocation test, minimal other ophthalmological examination, researching anomalies in the tear level and signs of cellular suffering (Break-up time: time of rupture of the tear film). The differential diagnosis falls into the field of the ophthalmologist: traumatic or infectious conjunctivitis (herpes), vernal kerato - conjunctivitis for acute conjunctivitis; dry eye, viral conjunctivitis, anomalies of convergence for the most frequent signs of chronic conjunctivitis. The treatments are symptomatic to relieve the patient, eye lotions without preservatives for long term treatment and etiological that include allergen avoidance, without forgetting specific desensitisation (mites, pollens) that may need a rigorous indication.

Key-words: Allergic conjunctivitis - Conjunctival provocation test - Anti-degranulant and anti-histamine eye lotions - Desensitisation.

Résumé

Les conjonctivites allergiques constituent la manifestation la plus fréquente de l'allergie oculaire. Elles concernent deux spécialistes, l'ophtalmologiste et l'allergologue, qui doivent entretenir une étroite collaboration, pour aboutir à un diagnostic étiologique et par conséquent un traitement efficace. D'un côté le bilan allergologique sera approfondi, en dehors de l'étiologie pollinique simple devant des signes fonctionnels simples : tests cutanés (pricks ou épicutanés), après un interrogatoire sans faille, au besoin complétés par le dosage d'IgE spécifiques sériques et d'IgE totales dans les larmes et même parfois par un Test de Provocation Conjonctival, de l'autre l'examen ophtalmologique minimal, recherchera des anomalies de la couche lacrymale et des signes de souffrance cellulaire (Break Up Time : temps de rupture du film lacrymal). Le diagnostic différentiel est du domaine de l'ophtalmologiste : conjonctivite traumatique ou infectieuse (herpétique), kérato-conjonctivite vernale pour les conjonctivites aiguës ; œil sec, conjonctivites virales, anomalies de convergence pour les manifestations les plus fréquentes des conjonctivites chroniques. Les traitements sont symptomatiques pour soulager le patient, collyres sans conservateurs lors des traitements de longue durée et étiologiques y compris l'éviction allergénique, sans oublier la désensibilisation spécifique (acariens, pollens) qui nécessite une indication rigoureuse.

Mots-clés : Conjonctivite allergique - Test de provocation conjonctival - Collyre anti-dégranulants et anti-histaminiques - Désensibilisation.

Les conjonctivites allergiques représentent environ 15% de l'ensemble des conjonctivites, mais il n'y a pas eu d'études épidémiologiques récentes à notre connaissance. Elles constituent la manifestation la plus fréquente de l'allergie oculaire. Elles se situent à la frontière de deux disciplines : l'OPHTALMOLOGIE et l'ALLERGOLOGIE, ce qui explique **les difficultés dans leur prise en charge.**

Chroniques et traînantes, elles sont gérées au mieux lorsqu'il y a une excellente **collaboration entre l'ophtalmologiste et l'allergologue.**

L'INTERROGATOIRE RIGOREUX EST UNE ÉTAPE CAPITALE

Il oriente très souvent d'emblée vers les diagnostics possibles. Il permet de classer les signes fonctionnels par ordre hiérarchique.

⁽¹⁾ Allergologue - 1, rue Thiers - 95300 Pontoise.

⁽²⁾ Allergologue - Institut Pasteur - 209, rue de Vaugirard - 75015 Paris.

Les deux seuls signes évocateurs, mais non pathognomoniques, sont :

- **le prurit** de la surface oculaire et au niveau des angles externes et internes est le maître symptôme ;
- **l'œdème** des paupières, souvent asymétrique, survient par crises imprévisibles.

D'autres signes sont **moins évocateurs** :

- **La rougeur conjonctivale** est un signe variable, dû à l'inflammation quelle qu'en soit l'origine (irritations, sécheresse oculaire, infections, parfois associées à l'allergie) ;
- **la photophobie** est plutôt un signe de kératite ou d'uvéite antérieure présentant a priori un caractère de gravité ;
- enfin, **le larmolement et la fatigue oculaire, les sensations de brûlure ou de cuisson**, souvent présents, sont aussi les signes d'irritation conjonctivale non spécifique.

L'interrogatoire précise **les antécédents allergiques personnels ou familiaux**. Il recherche **les manifestations allergiques associées** : rhinite, asthme, trachéite, urticaire ou eczéma, allergie professionnelle ou médicamenteuse.

■ **L'histoire de la maladie** est décrite minutieusement. On précise le mode évolutif : début aigu (traumatisme, infection), chronique, traînant ou répétitif.

L'évolution se fait d'un seul tenant, perannuelle, saisonnière (saison pollinique), sur un mode intermittent (**kératoconjonctivite vernale ou KCV**, dépendant de l'ensoleillement).

➤ **Le mode de vie** donne des indications sur l'utilisation éventuelle de lentilles de contact, de médicaments, de collyres, de produits cosmétiques ou ménagers surtout **en vaporisation**.

Un tabagisme éventuel, la profession du patient, l'influence du lieu d'habitation ou de travail, du climat humide ou sec (saison pollinique), sont précisés. **La réponse aux traitements antérieurs**, particulièrement anti-allergiques généraux et locaux, doit être évaluée. L'interrogatoire dans l'exploration d'une conjonctivite allergique est **un temps majeur**. Bien conduit, minutieux, il facilite un diagnostic précoce et fait gagner beaucoup de temps.

L'EXAMEN OPHTALMOLOGIQUE

Il comprend toujours :

- **une étude** de l'aspect du visage et surtout du bord des paupières (blépharite associée, eczéma pal-

pébral), des cils, des larmes, de la cornée et, bien entendu, de la conjonctive bulbaire (globe) et palpébrale (sous la paupière) ;

➤ **une évaluation** de l'*acuité visuelle* et de l'*équilibre oculomoteur* avec un éventuel examen orthoptique.

■ **L'examen biomicroscopique**, à la lampe à fente, essentiel, ne peut être pratiqué que par l'ophtalmologiste.

L'évaluation clinique de la conjonctive repose sur l'utilisation de colorants qui permettent d'apprécier la couche lacrymale et la souffrance cellulaire.

■ **"Break up time" (BUT)** ou temps de rupture du film lacrymal : la lésion du film lacrymal se visualise à l'aide d'une lumière bleu cobalt et d'une goutte de fluorescéine. On mesure l'intervalle de temps entre le dernier clignement et la première rupture du film lacrymal recouvrant la cornée.

La paupière supérieure est éversée après luxation du tarse. Les signes sont variables, bilatéraux ou unilatéraux, ne correspondant pas toujours aux signes fonctionnels.

Cet examen permet de différencier par exemple :

➤ **la conjonctivite perannuelle**, le plus souvent due à une allergie aux acariens. Il n'y a pas d'aspect typique. Ce sont surtout les conjonctives palpébrales supérieures qui sont touchées et présentent des formations papillaires non spécifiques ;

➤ **la kératoconjonctivite vernale** n'est pas fréquente chez l'enfant ; **il s'agit d'une pathologie relativement rare, caractéristique chez l'enfant et exceptionnelle chez l'adulte** ;

➤ **la conjonctivite saisonnière aiguë**, due à une allergie aux pollens (d'arbres, ou de graminées, ou d'herbacées...), dont l'aspect est en général papillaire, provoque souvent un chémosis et/ou des gonflements palpébraux.

L'aspect de la conjonctive peut être normal ou subnormal (conjonctivite débutante, pollinose hors saison). L'examen ne trouve parfois que des aspects moins spécifiques, tels des zones d'atrophie témoignant de l'ancienneté de la conjonctivite.

Cet examen permet surtout **d'éliminer les nombreux diagnostics différentiels** de cette maladie.

Toute attitude diagnostique et donc thérapeutique sera guidée par les signes fonctionnels, car aucun de ces signes n'est spécifique d'une allergie.

L'ENQUÊTE ALLERGOLOGIQUE AVEC TESTS CUTANÉS

Elle est réalisée par l'allergologue à la demande de l'ophtalmologiste. Elle est demandée par ce dernier s'il trouve des éléments en faveur de l'allergie, avec nécessité de recherche d'allergène(s) précis en vue d'une meilleure prise en charge.

Après avoir repris l'interrogatoire pour le compléter, l'allergologue fait un examen clinique complet et recherche des manifestations allergiques associées extra-oculaires (rhinites, asthme, autres localisations d'eczéma).

■ Les tests cutanés

Ces tests simples et spécifiques sont pratiqués en première intention pour identifier :

- d'éventuel(s) allergène(s) responsable(s) d'allergie de type immédiat (*Prick-tests*) telle qu'une conjonctivite souvent associée à une rhinite ;
- d'éventuels allergènes de contact (*Patch-tests* ou *tests épicutanés*) fréquemment responsables d'allergie de type retardé, telle qu'un eczéma des paupières associé à une conjonctivite ou plus souvent une blépharoconjonctivite.

Le résultat de ces tests doit être confronté à la clinique.

EXAMENS BIOLOGIQUES

EXAMENS GÉNÉRAUX

■ **L'éosinophilie**, de peu de valeur, doit être supérieure à 400 par mm³, ce qui est rare.

■ **Le dosage des IgE totales** est positif s'il est supérieur à 150 UI/ml chez l'adulte. Ce n'est le cas que dans 25 à 30% des conjonctivites allergiques.

■ **Le dosage des IgE spécifiques** est valable pour les pneumallergènes ou les allergènes alimentaires (trophallergènes).

Les résultats peuvent être faussement positifs ou négatifs.

Leur prescription d'emblée ou en complément de tests **multi-allergéniques** (comme le **PHADIATOP®**) n'est justifiée que s'il y a discordance entre la clinique et le résultat des tests cutanés, toujours réalisés préalablement.

Le test multi-allergénique, lorsqu'il est positif, le dosage des IgE spécifiques à un ou plusieurs allergènes ne sont demandés en première intention que si les tests cutanés sont irréalisables. C'est le cas, par exemple, lorsqu'il est impossible d'arrêter les anti-H1 ou en cas de peau à problèmes (dermographisme, eczéma tenace...).

EXAMENS OPHTALMOLOGIQUES

Il existe une production locale d'IgE dans les larmes, à cause de la barrière hémato-lacrymale.

■ **Le dosage des IgE totales** se fait à l'aide de bandelettes pour le test de Schiermer ou d'une micropipette, indispensable pour les IgE spécifiques. Les techniques sont identiques à celles du sérum. Les IgE sériques et lacrymales sont rapportées au taux d'albumine sérique et lacrymale pour mesurer leur production locale. L'inflammation oculaire peut modifier le coefficient de perméabilité de la barrière hémato-lacrymale et donc favoriser le passage des IgE sériques dans l'œil.

■ **La présence d'éosinophiles** dans les larmes est anormale. On peut noter 5 à 10% de réaction positive pour des tests cutanés négatifs.

Au niveau local, le dosage des IgE spécifiques, de l'histamine et d'autres médiateurs n'est pas réalisé en pratique courante.

■ **Test de provocation conjonctival (TPC)** : le TPC, comme tout test de provocation allergénique, permet d'affirmer un diagnostic étayé sur les autres moyens diagnostiques (tests cutanés et biologiques), lorsqu'il y a discordance entre le bilan et la clinique. Il peut également être indiqué au décours d'une immunothérapie qui n'aurait pas fait sa preuve.

Les allergènes utilisés sont les acariens, les pollens et parfois les moisissures.

Il se pratique avec des allergènes lyophilisés à doses progressivement croissantes, dans le même œil, l'autre œil étant le témoin. Le temps de lecture du test est de 10 mm. Les dilutions sont effectuées extemporanément avec généralement cinq concentrations progressivement croissantes de 1 IR à 100 IR.

L'éviction médicamenteuse est de 4 à 8 jours pour les anti-H1 par voie orale et de 15 jours pour le Zaditen®, de 2 à 4 jours pour les collyres.

Cet examen ne peut s'effectuer qu'en dehors des poussées.

Les résultats sont évalués à l'aide d'un score clinique qui est positif à partir de 5 : la rougeur de la conjon-

tive, le larmoiement, le chémosis et le prurit sont évalués à l'aide d'une échelle allant de 0 à 3 chacun (aucun = 0 ; faible = 1 ; modéré = 2 ; sévère = 3).

La **rougeur** conjonctivale et le **larmoiement** sont notés par l'opérateur : le chémosis nécessite l'utilisation de la lampe à fente ; le **prurit**, symptôme subjectif ressenti par le patient, est coté de la façon suivante : 1 = sensation intermittente de picotements, 2 = gêne permanente sans désir de se frotter les yeux, 3 = gêne permanente avec désir de se frotter les yeux et 4 = douleur insupportable.

Le contrôle de la réaction se fait sans difficulté à l'aide d'un collyre antihistaminique.

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

■ Pour la conjunctivite aiguë :

- conjunctivite traumatique,
- conjunctivites infectieuses.
- Kératite herpétique avec photophobie douloureuse, baisse de l'acuité visuelle, aspect caractéristique à la lampe à fente ; contre-indication absolue des corticoïdes.
- Kératoconjunctivite à adénovirus avec, à l'examen physique, une adénopathie satellite dans le territoire prétragien ou sous-maxillaire.
- Kératite de Thygeson d'évolution brève et récidivante, du jeune adulte, calmée par les corticoïdes et de pathogénie inconnue.
- La kératoconjunctivite vernale (KCV) survient au printemps, comme les conjunctivites saisonnières, mais se différencie par les lésions pavimenteuses de la conjunctive et une atteinte de la cornée qui peut être très grave.

■ Pour la conjunctivite chronique :

- L'œil sec est le principal diagnostic différentiel. Mais la conjunctivite allergique chronique peut entraîner une certaine sécheresse oculaire. Le BUT aide au diagnostic, l'empreinte conjunctivale est plus spécifique et plus sensible. Elle précise le degré de souffrance cellulaire par le prélèvement de la couche la plus superficielle de l'épithélium conjunctival à l'aide d'un petit patch en cellulose. Les causes les plus fréquentes sont médicamenteuses, post-virales, consécutives aux blépharites et à la rosacée, au décours de la ménopause (involution des glandes lacrymales), l'environnement (climatisation, pollution, travail sur écran).
- Conjunctivite virale à *Chlamydia trachomatis* ou *pneumoniae* et à *Molluscum contagiosum* (point de départ : petite tumeur du bord libre de la paupière).
- Les irritations chroniques comme la pollution atmosphérique, les fumées de tabac, des particules irritantes : sciures, maquillage...

➤ Des anomalies de la convergence, les fixations difficiles entraînant une fatigue oculaire lors du travail sur écran.

➤ Des concrétions sous la conjunctive palpébrale, débris cellulaires accumulés à extraire.

➤ Le "floppy eyelid syndrome" : ouverture partielle prolongée chez des personnes dormant sur le côté ou sur le ventre et ayant une hyperlaxité du bord de la paupière.

➤ Causes rares :

- pemphigoïde oculaire cicatricielle, maladie auto-immune pouvant conduire à la cécité en l'absence de traitement anti-inflammatoire et d'immunosuppresseurs ;
- tumeurs conjunctivales, lymphosarcome qui impose une biopsie ;
- kératoconjunctivite limnique, entité d'origine inconnue, avec conjunctive papillaire palpébrale supérieure avec plage de kératite ponctuée superficielle, survenant chez la femme de la quarantaine.

LES FORMES CLINIQUES

Les formes cliniques ne seront pas développées ici. Elles découlent en partie de la classification française.

Traitement des conjunctivites allergiques

Il doit prendre en compte tous les facteurs :

- éradication des foyers infectieux ;
- éviction des allergènes quand elle est possible, notamment à la maison.

Il comporte aussi :

- les collyres antidégranulants dont il existe plusieurs sortes. Le cromoglycate de sodium (DSCG) en est la plus classique ;
- les collyres antihistaminiques, souvent efficaces dans les formes aiguës ;
- les collyres anti-inflammatoires, souvent à base de cortisone, conseillés dans les cas plus sévères, en évitant tout traitement prolongé ;
- le traitement des facteurs associés (troubles de la réfraction et de la convergence, hétérophories, phototosensibilisation, syndrome sec...) ;
- des anti-H1 par voie générale, surtout en cas de rhinite allergique associée.

■ **La désensibilisation spécifique (DS)**, si l'allergène est identifié, apporte un confort considérable au patient. Les doses sont augmentées progressivement jusqu'à la dose optimale efficace et tolérée. Mais environ 25% des conjunctivites échappent à cette méthode thérapeutique. La **DS** concer-

ne surtout les acariens, les pollens et les phanères d'animaux (chien, chat...).

CONCLUSION

Les conjonctivites allergiques souvent rencontrées, saisonnières ou perannuelles, représentent la première localisation de l'allergie oculaire en consultation.

Leur prise en charge nécessite d'abord **un diagnostic précis par l'ophtalmologiste et un bilan allergologique rigoureux** pour orienter un traitement.

Une collaboration étroite et suivie entre l'ophtalmologiste et l'allergologue est d'autant plus nécessaire que ces conjonctivites sont souvent associées à l'atteinte d'autres organes (rhinite,

asthme ou eczéma), ou à des phénomènes non allergiques. Le succès thérapeutique est à ce prix.

BIBLIOGRAPHIE

1. Abelson M.-B., George M., Grant K.-K. - Comparison of the conjunctival allergen challenge model with the environmental model of allergic conjunctivitis. In : MB Abelson. *Allergic diseases of the eye*. Philadelphia, WB Saunders, 2000;251-260.
2. Baudouin C., Pisella P.-J., De Saint Jean M. - Syndromes secs et surface oculaire. *J Fr Ophtalmol*, 1999;22:893-902.
3. Bertel F., Mortemousque B., Sicard H., André C. - Test de provocation conjonctival au Dermatophagoides pteronyssinus dans le diagnostic des conjonctivites allergiques aux acariens domestiques. *J Fr Ophtalmol*, 2001;24:581-589.
4. Bloch-Michel E., Leboid L. - Conjonctivites allergiques. Editions Techniques. *Encycl Méd. Chir Ophtalmologie*, Paris, 1994;21-130-E-10, 10 pages.
5. Bonini S., Berruto A. et al. - Conjunctival provocation test as a model for the study of allergy and inflammation in humans. *Int Arch Allergy Appl Immunol*, 1989;88:144-148.
6. Helleboid L., Allergie oculaire ; Vervloet D., Magnan A. In : *Traité d'allergologie*. France. Flammarion 2003;705-723.
7. Léonardi A., Smith L.-M., Secchi A.-G. - Vernal Keratoconjunctivitis. In : MB Abelson. *Allergic diseases of the eye*, Philadelphia, WB Saunders, 2000;179-196.

