

Uvéite et allergie aux acariens : entité discutée

Ludovic D., 11 ans, consulte pour une baisse de l'acuité visuelle. Celle-ci est mesurée avec sa correction à 5/10 au test de Monoyer avec Parinaud 2 à droite, et 4/10 à gauche avec Parinaud 5. On constate un Tyndall vitréen et de la chambre antérieure. Le diagnostic d'uvéite antérieure et intermédiaire avec hyalite gauche est posé chez cet enfant myope. Le bilan étiologique est dans l'ensemble négatif mais pose le problème de la relation entre l'uvéite et une allergie aux acariens de la poussière de maison, mise en évidence au préalable.

En effet l'examen général est satisfaisant de même que le contrôle oto-rhino-laryngologique et stomatologique. De nombreux examens sont normaux : numération globulaire, formule leucocytaire, électrophorèse des protéines sériques, dosage pondéral des immunoglobulines G, A et M, dosage de l'activité du complément par la voie classique et alterne, recherche d'anticorps antinucléaires, d'immuns complexes circulants, d'anticorps antitoxoplasmose, de toxocara canis en immuno-électrophorèse, dosage de l'enzyme de conversion de l'angiotensine, groupages tissulaires HLA. L'intra-dermoréaction à la tuberculine est positive (+) chez cet enfant qui a reçu le BCG antérieurement.

Le problème posé est la relation entre l'uvéite et l'allergie chez cet enfant qui a par ailleurs présenté un syndrome asthmatique apparu à l'âge de 6 ans ainsi que de fréquentes infections ORL dès la petite enfance. La grand-mère de Ludovic est asthmatique mais il n'y a aucun autre antécédent proche ou lointain. Son père élève des canaris. Cet enfant avait déjà bénéficié d'un bilan à l'âge de 6 ans : les IgE totales étaient normales à 96 KUI/l, le RAST *D. Pteronyssinus* en classe 3 avec un test cutané modérément positif (+). Ludovic accuse depuis quelques mois une toux mais l'auscultation pulmonaire est normale. La muqueuse nasale est évocatrice d'allergie. Un nouveau bilan allergique est pratiqué qui confirme le terrain atopique (éosinophilie à 630/mm³ et IgE totales à 190 KUI/l. On constate une hyper-réactivité cutanée intense (+++) et élective vis-à-vis des acariens de la poussière de maison. Les RAST *Dermatophagoides pteronyssinus* et *farinae* sont en classe 3. Les autres allergènes ne donnent pas de réaction cutanée ni d'augmentation des IgE spécifiques (pollens de graminées et d'herbacées, moisissures, phanères animales). La fonction respiratoire est subnormale avec en particulier une réduction de l'ensemble des débits expiratoires notés sur la courbe débits-volumes, situés entre 60 et 80 p. cent de la normale. Le test de provocation bronchique au Carbachol est positif lorsqu'on administre 1 000 microgrammes, ce qui témoigne d'une réactivité bronchique non spécifique sensiblement normale.

Le traitement de la hyalite gauche est mis en place par corticothérapie générale. On note la récurrence de la baisse de l'acuité visuelle et des signes ophtalmologiques dès l'arrêt de la corticothérapie. Devant l'absence d'arguments étiologiques précis, nous décidons de pratiquer une désensibilisation spécifique accélérée au *D. pter.* purifié en soluté aqueux (mélange n° 315 Alyostal de Stallergènes). Les doses d'allergènes sont augmentées de 0,01 IR jusqu'à 10 IR en 5 jours. Un contrôle ophtalmologique au quatrième jour de ce protocole n'objective pas d'aggravation. Trois mois après la désensibilisation, le bilan allergique est inchangé avec des éosinophiles toujours élevées à 1 235/mm³, des IgE totales à 200 KUI/l, des RAST *D. pter.* et *D. farinae* en classe 3 mais des tests cutanés devenus identiques au témoin. Plus de trois mois après la désensi-

bilisation, la persistance de la hyalite, fait pratiquer une vitrectomie après cryoapplication des trois orifices d'entrée du vitréotome. Un mois après Ludovic présente un décollement de rétine qui nécessite une nouvelle intervention. Au décours de cet incident, l'acuité visuelle a récupéré à 5/10 des deux côtés. La corticothérapie n'est plus nécessaire.

L'observation d'uvéite en rapport avec une allergie aux pollens présentée par F. Favennec [1] illustre la difficulté d'affirmer la responsabilité d'un allergène dans ce type de manifestation oculaire. Dans notre cas, en l'absence d'étiologie certaine, nous avons tenté une désensibilisation. L'absence de récurrence de la hyalite pendant le protocole permet d'infirmer la relation entre l'uvéite et l'allergie aux acariens. Celle-ci a tout juste pu intervenir dans la réactivation de la hyalite. Si l'on accepte les critères diagnostiques décrits par Bloch-Michel [2], notre observation ne peut être considérée comme une uvéite aux acariens même si nous avons mis en évidence une allergie élective avec forte sensibilisation aux acariens.

L'analyse de la littérature invite à douter de l'entité « uvéite par sensibilisation aux acariens » car il n'existe pas de preuve formelle du diagnostic [3]. La réaction allergique ayant comme porte d'entrée la voie respiratoire et comme organe cible l'uvée, organe peu accessible, est très discutable. La ponction d'humeur aqueuse est considérée comme inutile par Chatillon [4] qui décrit un cas d'uvéite avec sensibilisation aux acariens sans apporter la preuve de la relation entre les deux phénomènes. Seule l'analyse du vitré pendant le temps opératoire pourrait permettre de confirmer la responsabilité de l'allergène.

J.L. FAUQUERT *, A. LABBE *,
F. BACIN **, H. DALENS **

* Clinique Médicale Infantile A, Hôtel-Dieu,
Centre Hospitalier Régional,
BP 69,
63003 CLERMONT-FERRAND CEDEX.

** Service d'ophtalmologie,
Hôpital Saint-Jacques,
BP 69,
63003 CLERMONT-FERRAND CEDEX.

REFERENCES

1. Favennec F. — Uvéite et allergie aux pollens. *Rev. fr. Allergol.*, 1988, 28 (3), 233.
2. Bloch-Michel E. — Uvéite par allergie humorale. In : *L'uvéite : phénomènes immunologiques et allergiques*, pp. 385-387. Paris, Masson, 1970.
3. Le Hoang P. — Uvée. In : Pouliquen H., *Précis d'ophtalmologie*, pp. 266-289. Paris, Masson, 1984.
4. Chatillon H. — *Vascularites rétinienues au cours des uvéites ; à propos de 20 cas*. Thèse, Toulouse, 1985.