

Diagnostic différentiel de l'allergie oculaire

Differential diagnosis of ocular allergy

S. Doan

Service d'ophtalmologie, fondation A de Rothschild, hôpital Bichat, 46, rue Henri-Huchard, 75018 Paris, France

Disponible sur Internet le 15 mars 2012

Résumé

Le diagnostic d'allergie oculaire est avant tout basé sur l'interrogatoire, la clinique et le bilan allergologique. Les diagnostics différentiels varient en fonction de la forme clinique d'allergie oculaire. Les conjonctivites allergiques perennelles peuvent être de diagnostic difficile en raison de l'hyperréactivité conjonctivale non spécifique, du caractère modéré et souvent non spécifique des symptômes et des signes cliniques, et de la présence constante d'une sécheresse qualitative. On discute alors les sécheresses oculaires par hypoproduction lacrymale et les sécheresses qualitatives, représentées avant tout par les dysfonctionnements meibomiens et les blépharites. Une pollution intérieure ou extérieure rentre aussi dans ce cadre. Plus rarement, il peut s'agir d'infections chroniques à *Chlamydia trachomatis* ou *Molluscum contagiosum*. Dans ces cas difficiles, le bilan allergologique et les tests locaux, en particulier le dosage d'IgE lacrymales totales et le test de provocation conjonctivale, sont autant d'informations précieuses pour le binôme ophtalmo-allergologue.

© 2012 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

Mots clés : Conjonctivite ; Environnement ; Pollution ; Blépharite ; Sécheresse oculaire

Abstract

The diagnosis of ocular allergy is based mainly on the medical history, the clinical examination and the allergy workup. The differential diagnosis varies according to the clinical form of the condition. Diagnosis of perennial allergic conjunctivitis may be difficult because of non-specific conjunctival hyper-reactivity, poor specificity of moderate clinical signs and symptoms, and the constant presence of evaporative ocular dryness. One can then consider dry eye due to lacrimal hypo-productivity, mainly caused by Meibomian gland dysfunction and blepharitis. Interior or exterior air pollution may also cause the same clinical picture. Less often, there may be a chronic infection due to *Chlamydia trachomatis* or *Molluscum contagiosum*. In difficult cases, the general allergy workup and localized tests such as assay of total lacrimal IgE and conjunctival provocation tests can provide significant information for the duo ophthalmologist-allergist.

© 2012 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

Keywords: Ocular allergy; Conjunctivitis; Ocular dryness; Diagnosis; Pollution; Infection

1. Introduction

Les allergies oculaires sont fréquentes, représentant 15 % des consultations pour motif ophtalmologique chez le médecin généraliste [1]. Cependant, si le diagnostic d'une conjonctivite allergique saisonnière typique ne pose que peu de problème, celui d'une allergie persistante est souvent plus difficile. En effet, les symptômes et les signes cliniques sont peu spécifiques et peuvent évoquer de nombreux diagnostics

différentiels au premier rang desquels figurent les sécheresses oculaires au sens large.

2. Le diagnostic positif d'allergie oculaire

2.1. L'interrogatoire

À l'interrogatoire, la présence d'un terrain atopique, l'unité de temps et de lieu, la présence d'une rhinite associée, et bien sûr le prurit oculaire, sont très évocateurs d'une allergie. Une réponse positive à un traitement anti-allergique confirme le diagnostic, même si un effet véhicule peut se voir, surtout en cas de sécheresse oculaire.

Adresse e-mail : serge.doan@bch.aphp.fr.

2.2. L'examen clinique

L'examen clinique est au mieux réalisé par l'ophtalmologiste, car les signes d'allergie sont difficilement visibles à l'œil nu. Il s'agit avant tout d'une conjonctivite (hyperhémie et œdème conjonctival/palpébral) avec présence de papilles conjonctivales visibles au niveau des conjonctives palpébrales surtout supérieures (après éversion palpébrale) et parfois inférieures [2]. Elles ne sont pas spécifiques et sont rencontrées dans de nombreuses autres étiologies. Les papilles géantes sont caractéristiques d'une kératoconjonctivite vernale ou d'une kératoconjonctivite atopique, mais peuvent aussi se voir dans les conjonctivites gigantomaculaires non allergiques liées aux lentilles de contact.

On distingue ainsi cinq formes d'allergie oculaire :

- les conjonctivites allergiques saisonnières, les plus fréquentes. Elles sont souvent associées à une rhinite saisonnière intermittente. Le diagnostic est en général aisé, devant une conjonctivite prurigineuse bilatérale d'évolution saisonnière ;
- les conjonctivites allergiques perannuelles sont également très fréquentes. La symptomatologie peut être moins marquée que pour une saisonnière et le prurit plus discret ;
- les kératoconjonctivites vernales sont rares mais très invalidantes et sévères. Elles touchent plutôt les garçons et se manifestent par des poussées inflammatoires prurigineuses évoluant dès les beaux jours, de mars à octobre. La photophobie et les sécrétions matinales sont utiles au diagnostic. Le diagnostic positif, posé par l'ophtalmologiste, est en général aisé, devant la présence de papilles conjonctivales géantes, d'une inflammation du limbe conjonctivocornéen, et d'une kératite lors des poussées. Le bilan allergologique n'est positif que dans la moitié des cas ;
- les kératoconjonctivites atopiques sont également rares, mais souvent très sévères. Elles concernent l'adulte atopique atteint le plus souvent de dermatite atopique avec atteinte périoculaire. La conjonctivite est très invalidante, avec prurit et brûlures importants, larmolement et photophobie, d'évolution chronique avec souvent exacerbation saisonnière. Une baisse de vision peu survenir, par atteinte cornéenne ;
- les blépharoconjonctivites de contact sont fréquentes, et de diagnostic positif souvent aisé en présence d'un eczéma périoculaire survenant après exposition allergénique. Un bilan dermatoallergologique est indispensable si l'allergène n'est pas identifié par l'interrogatoire.

2.3. Le bilan allergologique

Le bilan allergologique, basé sur l'interrogatoire, les tests cutanés et éventuellement les IgE spécifiques sériques, permet d'identifier le/les allergènes. La spécificité d'organe peut expliquer des bilans discordants ou des échecs thérapeutiques :

- la négativité des patch tests a peu de valeur car elle peut simplement être liée à la différence d'épaisseur de la peau du dos par rapport à celle des paupières ;

- L'allergène mis en évidence (ou non) par les pricks tests et IgE spécifiques sériques n'est pas forcément en cause au niveau oculaire. Un bilan systémique négatif n'élimine par une allergie oculaire. Une sensibilisation purement oculaire est rencontrée chez 30 % des patients présentant une conjonctivite allergique [3].

2.4. Les tests oculaires

Les tests oculaires sont les plus pertinents dans les cas douteux :

- la présence de polynucléaires éosinophiles dans les larmes, les sécrétions et le grattage conjonctival, est spécifique d'allergie [4] ;
- une production d'IgE lacrymales totales évoque une réaction allergique locale. Les IgE spécifiques lacrymales sont peu réalisées actuellement mais prouvent la sensibilisation oculaire ;
- c'est le test de provocation conjonctivale spécifique qui permet d'affirmer ou non la responsabilité d'un allergène candidat [5] ;
- les autres marqueurs biologiques d'allergie comme l'ECP, l'éotaxine, la tryptase, le récepteur CCR4 ... ne sont pas dosés en routine dans les prélèvements oculaires.

3. Les diagnostics différentiels de l'allergie oculaire

Les diagnostics différentiels varient selon la forme d'allergie oculaire.

3.1. Conjonctivites allergiques saisonnières

Les diagnostics différentiels sont surtout représentés par les conjonctivites infectieuses aiguës virales ou bactériennes. Un contage, un contexte infectieux ORL associé à une adénopathie prétragienne et des sécrétions (surtout purulentes), sont autant d'arguments pour une infection. Des prélèvements conjonctivaux avec culture microbiologique peuvent être utiles. Les conjonctivites virales sont fréquentes, surtout liées à l'adénovirus dans un contexte viral ORL avec adénopathies. Elles sont très contagieuses et nécessitent une hygiène et une éviction. L'évolution vers une kératite immunologique nécessite de consulter en cas de baisse visuelle différée. Les conjonctivites bactériennes sont plus rares chez l'adulte. Les sécrétions purulentes sont évocatrices. Le traitement repose sur la prévention, les lavages oculaires, les antiseptiques en collyre. Les antibiotiques locaux sont réservés aux formes sévères de conjonctivite bactérienne [6].

3.2. Conjonctivites allergiques perannuelles

Les conjonctivites allergiques perannuelles sont les formes posant le plus de problèmes diagnostiques.

En effet, il existe, d'une part, une hyperréactivité conjonctivale non spécifique qui explique des réactions irritatives lors d'agressions environnementales [7]. Le diagnostic en est

très difficile, avant tout basé sur l'interrogatoire. Il n'y a pas de traitement spécifique en dehors des rinçages oculaires. L'effet des antiallergiques et des anti-inflammatoires locaux est variable.

D'autre part, la symptomatologie d'une conjonctivite perannuelle peut être peu typique avec un prurit plus discret, et des symptômes d'irritation oculaire peu spécifiques : picotements, sable ou corps étranger, brûlure, sécheresse, larmolement paradoxal déclenché par le vent ou le froid. Une sécheresse oculaire qualitative est quasiment toujours associée, avec diminution du temps de rupture des larmes (break up time-BUT, inférieur à dix secondes), synonyme d'une mauvaise qualité des larmes, encore appelée instabilité lacrymale.

3.2.1. Sécheresses oculaires

Ainsi, les diagnostics différentiels sont dominés par les sécheresses oculaires au sens large du terme [8]. En l'absence de prurit, les symptômes de sécheresse ou d'allergie chronique sont indistinguables. Les signes de sécheresse peuvent être une diminution du test de Schirmer (sécheresse quantitative par hypoproduction), une diminution du BUT (sécheresse qualitative ou instabilité lacrymale), et dans les formes sévères, une coloration cornéenne (kératite) ou conjonctivale par les colorants vitaux (fluorescéine, vert de lissamine) et des filaments. Si une sécheresse sévère avec kératoconjonctivite ne pose pas de problème diagnostique, une forme modérée peut être confondue avec une allergie.

3.2.1.1. Les sécheresses quantitatives. Les sécheresses quantitatives ont des causes multiples, dont en particulier :

- la ménopause et l'âge, qui sont les causes les plus fréquentes. Les traitements antiandrogéniques et les troubles hormonaux répondent au même mécanisme ;
- les médicaments anticholinergiques sont une cause très classique devant être recherchée à l'interrogatoire ;
- le syndrome de Gougerot-Sjögren primitif ou secondaire est classiquement responsable de sécheresses sévères, mais doit être évoqué devant une irritation oculaire rebelle. Un xérostomie et sécheresse des autres muqueuses est évocatrice, de même que des arthralgies ou tout autre signe de maladie auto-immune. Les anticorps anti-SSA/SSB sont spécifiques, et la biopsie des glandes salivaires accessoires caractéristique.

En présence d'une dysthyroïdie, il faut également rechercher une kératoconjonctivite limbique supérieure de Théodore, marquée par une épithéliopathie cornée conjonctivale supérieure chronique.

Le traitement des sécheresses par hypoproduction fait appel aux larmes artificielles, aux bouchons méatiques, voire à la ciclosporine en collyre et aux sécrétagogues.

3.2.1.2. Les sécheresses qualitatives. Les sécheresses qualitatives avec instabilité lacrymale sont également très fréquentes et de causes très variées :

- les blépharites avec dysfonctionnement meibomien représentent la première cause de sécheresse tous mécanismes confondus. Elles accompagnent souvent deux pathologies cutanées fréquentes que sont la rosacée et la dermite séborrhéique. La rosacée est une maladie fréquente touchant le visage et comportant à différents stades des bouffées vasomotrices, une érythro-couperose, des éruptions papulopustuleuses, voire un rhinophyma. La dermite séborrhéique touche également le visage et le tronc, avec une prédilection pour les sourcils, les ailes du nez et le cuir chevelu. On note des épisodes d'irritation cutanée (brûlure, prurit) avec rougeur et squames grasses.

Toute conjonctivite chronique sévère peut s'accompagner d'une blépharite : allergies chroniques, pemphigoïdes des muqueuses, Lyell, Gougerot... Il en est de même pour les rétinoides comme l'isotrétinoïne.

L'atteinte palpébrale est liée à une inflammation avec anomalie de fonctionnement des glandes sébacées ciliaires ou meibomiennes. Ces dernières produisent le meibum, lipide empêchant l'évaporation des larmes. La blépharite se traduit par une irritation du bord libre palpébral avec hyperhémie, croûtes, éventuellement perte des cils. Des chalazions (granulomes meibomiens sous forme de kystes palpébraux douloureux) ou orgelets (furuncles des cils) sont très évocateurs. Une atteinte de la surface oculaire est quasi-constante avec surtout des symptômes d'irritation non spécifiques et une sécheresse qualitative par hyperévaporation. Une inflammation conjonctivale voire cornéenne est plus rare mais classique. Le traitement repose sur les soins des paupières (réchauffement-massage-toilette palpébrale), les larmes artificielles, voire les antibiotiques oraux (cyclines) ou les anti-inflammatoires locaux (AINS, corticoïdes, ciclosporine) ;

- les lentilles de contact ;
- les conservateurs de collyres (benzalkonium surtout) peuvent induire une sécheresse évaporative, une réaction allergique ou toxique ;
- les polluants intérieurs ou extérieurs peuvent déstabiliser le film lacrymal par effet mécanique ou chimique [9]. Une enquête sur les lieux de vie peut être utile.

3.2.1.3. Rôle de l'environnement. Quelle que soit la cause de sécheresse, les facteurs environnementaux peuvent avoir un impact important. La climatisation, le degré d'hygrométrie, le vent, l'empoussièrement, toute pollution intérieure ou extérieure, aggravent les symptômes.

3.2.2. Les causes infectieuses

Une conjonctivite à *Chlamydia trachomatis*, souvent associée à une infection basse transmissible, est marquée par une irritation oculaire chronique avec sécrétions et conjonctivite folliculaire souvent unilatérale. Le diagnostic repose sur les prélèvements locaux (grattage conjonctival) avec analyse en PCR. L'azithromycine orale en traitement minute (aussi chez les partenaires) est efficace.

Dans tous ces cas de doute sur une allergie perannuelle, le bilan allergologique est d'une grande aide.

3.3. Kératoconjonctivites vernales

Les kératoconjonctivites vernales n'ont pas de diagnostic différentiel pour les formes typiques en poussée. En cas de papilles géantes, on éliminera une conjonctivite gigantomaculaire liée à un port de lentilles de contact. Dans les formes sans papille géantes, on peut discuter une conjonctivite allergique saisonnière sévère, mais la longueur de la saison et l'implication quasi-constante de l'ensoleillement dans les poussées fait évoquer le diagnostic. Le bilan allergologique n'est positif que dans la moitié des cas.

3.4. Kératoconjonctivites atopiques

Les kératoconjonctivites atopiques n'ont pas de diagnostic différentiel autre qu'une pathologie de contact.

3.5. Blépharoconjonctivites de contact

Les blépharoconjonctivites de contact doivent faire éliminer une kératoconjonctivite atopique. À noter quelques diagnostics différentiels peu fréquents comme un *Molluscum contagiosum* palpébral (reconnaissable sous forme d'un nodule palpébral cutané ombiliqué), une pédiculose palpébrale (examen des paupières à la loupe), une dermite séborrhéique palpébrale, une dermatopolymyosite...

4. Conclusion

Les diagnostics différentiels des allergies oculaires sont nombreux et nécessitent un interrogatoire orienté et un examen ophtalmologique précis. Dans les cas difficiles, la recherche

d'IgE dans les larmes et le test de provocation conjonctivale sont d'un grand secours. La coopération ophtalmo-allergologique est alors précieuse.

Déclaration d'intérêts

L'auteur déclare ne pas avoir de conflits d'intérêts en relation avec cet article.

Références

- [1] Mannes T. Managing eye conditions in general practice. *BMJ* 1997; 315:816–7.
- [2] Doan S, Mortemousque B, Pisella PJ. L'allergie oculaire: du diagnostic au traitement. Paris: Medcom; 2011.
- [3] Leonardi A, Battista MC, Gismondi M, et al. Antigen sensitivity evaluated by tear-specific and serum-specific IgE, skin tests, and conjunctival and nasal provocation tests in patients with ocular allergic disease. *Eye* 1993; 7(Pt 3):461–4.
- [4] Batellier L, Doan S, Brignole-Baudouin F, et al. Diagnostic biologique des conjonctivites. *EMC Ophtalmologie* (Elsevier Masson SAS) 2011;21-130-B-10.
- [5] Mortemousque B, Fauquet JL, Chiambaretta F, et al. Le test de provocation conjonctivale: recommandations pratiques pour le diagnostic des conjonctivites allergiques. *J Fr Ophtalmol* 2006;29:837–46.
- [6] AFSSAPS. Recommandations. Collyres et autres topiques antibiotiques dans les infections oculaires superficielles. 2004.
- [7] Ciprandi G, Buscaglia S, Pesce G, et al. Effects of conjunctival hyperosmolar challenge in allergic subjects and normal controls. *Int Arch Allergy Immunol* 1994;104:92–6.
- [8] Doan S. La sécheresse oculaire : de la clinique au traitement. Paris: Medcom; 2009.
- [9] Doan S. Atteinte oculaire et environnement : clinique et physiopathologie. *Rev Fr Allergol* 2009;49:416–9.