

LE DOSSIER

Sécheresse oculaire

Sécheresse oculaire et allergie

RÉSUMÉ : Bien que faisant partie des principaux motifs de consultation, l'allergie et la sécheresse oculaire ne sont pourtant pas toujours faciles à différencier, soit parce qu'elles sont confondues, soit parce qu'elles ont de nombreux symptômes et signes en commun. La solution pour permettre d'en faire la différence repose sur un recueil exhaustif d'éléments d'interrogatoire, de signes et symptômes, et leur confrontation.



→ **B. MORTEMOUSQUE**
Service d'Ophtalmologie, CHU,
Hôpital Pellegrin,
BORDEAUX.

Sœurs ennemies ou complices ? Voilà la question que nous sommes en droit de nous poser devant les deux entités que sont la sécheresse oculaire et l'allergie oculaire, tant il est parfois difficile de les séparer ou même de les différencier. Cette difficulté tient avant tout à une symptomatologie souvent proche en particulier lors des pathologies allergiques chronique et plus particulièrement chez le patient adulte. Et parfois même, les deux entités sont intriquées. Il en découle souvent quelques erreurs, aussi bien dans le discours du praticien que dans la prise en charge thérapeutique.

La sécheresse oculaire

Si l'on tient compte du fait que les patients porteurs de sécheresse oculaire n'ont pour certains pas ou peu de symptômes et qu'il n'existe, en routine quotidienne, aucun test diagnostique de terrain (la mesure de l'osmolarité n'étant pas systématique dans tous les cabinets médicaux) ou clinique ne permet de différencier avec fiabilité les individus atteints de sécheresse oculaire de ceux qui ne le sont pas, on estime cependant à 15 % la proportion des sujets de plus de 65 ans qui présenterait un syndrome sec et qui en souffrent, et 10 % la proportion qui prennent régulièrement une substitution lacrymale.

La sécheresse oculaire se définit, conformément au travail du *Dry Eye Workshop*

(DEWS), comme une maladie multifactorielle des larmes et de la surface oculaire entraînant des symptômes d'inconfort, une perturbation visuelle et une instabilité du film lacrymal avec des lésions potentielles de la surface oculaire. Elle est accompagnée d'une augmentation de l'osmolarité du film lacrymal et d'une inflammation de la surface oculaire. Pour le DEWS, la sécheresse oculaire est reconnue comme la perturbation de l'**unité fonctionnelle lacrymale (LFU)**, système intégré comprenant les glandes lacrymales, la surface oculaire (cornée, conjonctive et glandes de Meibomius) et les paupières, ainsi que les nerfs moteurs et sensoriels qui les connectent.

Comme nous le savons par notre pratique quotidienne, l'**influence de l'environnement** intervient également sur le risque, pour un individu, de développer une sécheresse oculaire. Le terme "environnement" est volontairement employé par le DEWS au sens large afin d'inclure les différences physiologiques qui existent entre les individus (leur milieu intérieur), ainsi que les conditions ambiantes auxquelles ils sont exposés (leur milieu extérieur). Le milieu intérieur regroupe des conditions physiologiques propres à chacun et susceptibles d'influencer le risque de sécheresse oculaire (clignements insuffisants, meibomite, influences hormonales...). Le milieu extérieur, lui, fait référence à l'environnement extérieur qui peut représenter des facteurs de risque, dont

LE DOSSIER

Sécheresse oculaire

les allergies font partie, concernant l'apparition de la sécheresse oculaire.

La distinction entre syndromes secs par hyposécrétion et ceux par évaporation a été supprimée de la définition, mais demeure dans la classification de l'étiopathogénie. La sécheresse oculaire peut débuter dans chacune de ces catégories, mais elles ne sont pas réciproquement exclusives. Il est reconnu qu'une maladie qui débute dans une des formes (hyposécrétion ou évaporation) peut exister conjointement avec l'autre ou entraîner des phénomènes qui provoquent la sécheresse oculaire par le biais d'un autre mécanisme. Ce fonctionnement fait partie d'un engrenage qui implique des interactions susceptibles d'amplifier la sévérité de la sécheresse oculaire.

Sur un plan clinique, l'expression de la sécheresse oculaire est variable avec une absence fréquente de corrélation entre symptômes et signes cliniques. La symptomatologie, bien connue, est composée de brûlures oculaires, sensation de corps étranger sous-palpébraux, difficulté d'ouverture des yeux le matin, gêne à la lecture, à la conduite, pour regarder la télévision, inconfort en ambiance climatisée, larmoiements au vent, au froid ou au soleil. L'apparition des symptômes implique la transmission d'informations nociceptives aux nerfs sensoriels à la surface oculaire. L'altération de ces nerfs dans les syndromes secs sévères pourrait expliquer en partie la discordance entre gravité de l'affection et plaintes du patient. Les symptômes semblent liés à l'hyperosmolarité des larmes et de la surface oculaire avec rupture du film lacrymal entre les cignements, forces de cisaillement entre les paupières et le globe en réaction à une diminution du volume lacrymal, et/ou une diminution de l'expression des mucines à la surface oculaire, présence de médiateurs inflammatoires à la surface de l'œil, et enfin hypersensibilité des nerfs sensoriels nociceptifs.

Les signes peuvent être eux quasi inexistant, limités à une vague blépharite ou conjonctivite avec quelques papilles et follicules, ou une simple perturbation du *break up time* (BUT), ou bien explosifs avec une kératite ponctuée superficielle diffuse, une kératite filamenteuse, un BUT et un Schirmer effondrés pour aboutir dans des formes sévères à des ulcères cornéens.

L'allergie oculaire

L'allergie constitue actuellement un problème de Santé publique. En effet, sa prévalence a considérablement augmenté, que l'on considère les manifestations pulmonaires, dermatologiques, ORL ou ophtalmologiques. Toutes les tranches d'âge de la population sont concernées, avec des conséquences socioprofessionnelles parfois importantes. Un sixième de la population mondiale présente des manifestations allergiques, et la prévalence des conjonctivites allergiques augmente en parallèle. L'âge d'entrée dans la pathologie allergique est variable selon la forme clinique considérée. Le profil évolutif de la maladie est variable selon les facteurs environnementaux et en particulier l'exposition aux allergènes. L'interrogatoire trouve souvent un contexte familial ou personnel d'allergie, avec des circonstances déclenchantes individualisables.

La classification actuelle des conjonctivites allergiques ne répond pas à la classification ARIA. Elle distingue :

- conjonctivite allergique aiguë (CAA),
- conjonctivite allergique perannuelle (CAP),
- conjonctivite allergique saisonnière (CAS),
- kératoconjonctivite printanière ou vernale (KCV),
- kératoconjonctivite atopique (KCA).

1. CAA, CAS et CAP

Ce sont les plus fréquentes des conjonctivites allergiques IgE médiées. La CAA

n'est pas à proprement parler une entité à part. Elle s'observe aussi bien sur les terrains. Elle correspond à une manifestation anaphylactique aiguë d'une CAS ou d'une CAP, en rapport avec un contact massif avec l'allergène sensibilisant. La clinique est le plus souvent "bruyante" avec une symptomatologie marquée par une atteinte souvent bilatérale. Les signes et symptômes sont un prurit intense souvent à point de départ caronculaire, un larmoiement, accompagné souvent d'un œdème palpébral, un chémosis parfois important, masquant la rougeur conjonctivale. L'évolution se fait vers une résolution le plus souvent spontanée pouvant se poursuivre par un certain degré de photophobie et/ou de sensation de brûlures oculaires.

De loin les formes les plus fréquentes, la CAS et la CAP ne diffèrent entre elles que par l'allergène en cause et la durée de contact avec ce dernier. Les signes cliniques sont pauvres et peu contributifs, avec le plus souvent une conjonctive très légèrement hyperhémée ou normale. La présence de papilles qui n'ont rien de spécifique n'est pas constante, et si elle l'est, les papilles sont de petites tailles. Parfois une kératite ponctuée superficielle discrète est visualisée à distance d'un épisode aigu. Pour ces trois formes, l'atteinte ophtalmologique isolée est rare et les signes et symptômes ORL et/ou bronchiques seront à rechercher s'ils ne sont pas à l'avant de la manifestation allergique.

2. KCV

Contrairement aux formes précédentes, la KCV est de mécanisme immuno-allergique plus complexe. Elle fait intervenir des mécanismes de types I et IV selon Gell et Coombs. C'est une forme bien individualisée, qui débute le plus souvent tôt dans l'enfance (dans 80 % avant 10 ans). Avant l'âge de 20 ans, le sex-ratio est de 2 sur 4 en faveur des garçons. Après 20 ans, la maladie atteint autant les hommes que les femmes. Elle est le

plus souvent résolutive à l'adolescence, mais dans 10 % des cas on observe une chronicisation avec évolution vers la forme atopique. L'évolution est le plus souvent chronique avec, dans trois cas sur quatre, des recrudescences en période de chaleur et d'ensoleillement, à savoir de février à septembre. La symptomatologie est marquée par une sensation de corps étranger, plus ou moins associée à un prurit, un larmolement et une photophobie intense. On y trouve également un blépharospasme et une difficulté d'ouverture des yeux le matin. Lors des poussées aiguës, des sécrétions muqueuses conjonctivales abondantes et épaisses sont présentes et peuvent prendre jusqu'à un aspect de pseudo-membranes. Il faut garder à l'esprit que la gêne ressentie par l'enfant peut être responsable de véritables troubles du comportement et de retard scolaire.

De plus, plusieurs formes cliniques sont individualisables :

>>> La forme tarsale est caractérisée par la présence de papilles géantes (diamètre > 1 mm) sur la conjonctive tarsale, le plus souvent supérieure. Ces papilles, parfois jointives, peuvent réaliser un véritable pavage. Elles aboutissent souvent à un épaississement palpébral responsable d'une ptôse de la paupière supérieure.

>>> La forme limbique peut être isolée ou associée à la forme palpébrale et est fréquemment rencontrée chez les sujets mélanodermes dans sa forme limbique pure. On y observe un aspect de bourrelet gélatineux du limbe au sein duquel on peut individualiser des nodules blancs jaunâtres appelés "grains de Trantas".

Un infiltrat cornéen stromal peut être retrouvé en regard de ces lésions limbiques réalisant un pseudo-gérontoxon. Une kératite complique souvent la maladie, plus liée à la libération des médiateurs des cellules inflammatoires (éosinophiles++) qu'au rôle mécanique des papilles géantes. Celle-ci peut prendre

plusieurs formes : celle d'une kératite ponctuée superficielle, voire d'un ulcère cornéen, dit "vernal", souvent épithélial, ovalaire ou pentagonal, peu profond, avec des bords surélevés. Ces ulcères sont peu à peu douloureux, situés le plus souvent dans le tiers supérieur de la cornée. Des cellules et du mucus vont peu remplir l'ulcération. Cela aboutit à une formation blanchâtre homogène, indurée, adhérente au fond de l'ulcère. Elle est appelée "plaque vernale". Dans la kératoconjonctivite vernale, l'allergie (IgE médiée) n'est qu'un facteur aggravant ou déclenchant la maladie, tout comme la sécheresse oculaire, la chaleur et les rayons ultraviolets, la corticothérapie au long cours. Une blépharite est souvent associée.

3. KCA

Enfin, la KCA se caractérise par une atteinte cornéo-conjonctivale associée à une dermatite atopique et/ou un asthme. Elle touche le plus souvent l'adulte jeune (30 à 40 ans) de sexe masculin, et est rapportée dans 25 à 40 % des dermatites atopiques. Elle est potentiellement cécitante par ses complications cornéennes.

L'affection évolue sur un mode chronique. La symptomatologie est caractérisée par une photophobie, un larmolement et un prurit le plus souvent importants. Comme dans la KCV, les sécrétions sont abondantes et épaisses. Les signes sont marqués par un eczéma quasi constant des paupières, une méibomite, une madarose (perte des cils) fréquente et une inflammation conjonctivale marquée par la présence de follicules et de papilles de la conjonctive tarsale. Ces papilles souvent géantes ne sont inconstantes. La conjonctive est souvent le siège d'une fibrose et de symblépharon au stade avancé de la maladie. Les complications cornéennes sont multiples et fréquentes (3 patients sur 4) à type de kératite ponctuée superficielle, d'ulcération et au maximum une

insuffisance limbique. L'évolution est souvent marquée par les complications iatrogènes, en particulier le glaucome et la cataracte cortisoniques (sous-capsulaire postérieure, alors que la KCA est associée spontanément à l'apparition de cataracte sous-capsulaire antérieure en écusson), ainsi que les surinfections en cas de forme corticodépendante. Le kératocône ainsi qu'une incidence plus marquée de décollement de rétine rhégmato-gène sont fréquemment associés à la maladie.

Sécheresse oculaire et allergie, peut-on encore les confondre ?

À la lecture des deux chapitres précédents, le problème ne devrait pas se poser pour des patients présentant des conjonctivites allergiques aiguës, une KCV ou une KCA. Le tableau clinique suffisamment bruyant doit permettre d'orienter vers une cause allergique, même si des signes de sécheresse oculaire peuvent être associés (effondrement du BUT). Et ce d'autant plus que, comme nous l'avons vu, la sécheresse oculaire altère le bouclier lacrymal, permettant un contact plus facile avec les allergènes. La principale difficulté diagnostique est devant une CAP en dehors des épisodes aigus et plus rarement devant une CAS. Quels sont les éléments qui permettent de faire la différence ?

En premier lieu, **l'âge du patient** : bien que l'allergie existe à tout âge, ses manifestations oculaires sont plus rares à débiter après 50 ans. À l'inverse, la sécheresse oculaire est plus fréquente après la cinquantaine. Les syndromes secs du sujet jeune et de l'enfant existent, mais sont statistiquement beaucoup moins fréquents. L'interrogatoire apparaît là comme l'élément clé du diagnostic dans de nombreux cas. Les éléments recueillis sont capitaux : des antécédents familiaux ou personnels d'allergie (rhinite, asthme, eczéma...) orienteront plus vers une symptomatolo-

LE DOSSIER

Sécheresse oculaire

gie allergique. Par opposition, des antécédents de maladies cutanées (rosacée, ichtyose...), de maladies générales ou de système (greffe de moelle osseuse, polyarthrite rhumatoïde, lupus...), de prise médicamenteuse (somnifères, neuroleptiques, antihistaminiques, isotrétinoïne, instillation chronique de collyre en particulier conservés...), maladies infectieuses conjonctivales (conjonctivites virales, bactériennes, chlamydiennes...), de chirurgies oculaires ayant agressé la conjonctive (cryo-application, décollement de rétine opérés de façon répétée...) ou des troubles hormonaux (ménopause, anti-androgéniques...) seront des éléments faisant penser à une sécheresse oculaire.

La notion de temps et de lieu est aussi importante. Des manifestations oculaires prurigineuses survenant à chaque contact avec un élément, ou survenant de façon répétée chaque fois à la même période de l'année sont plus évocatrices d'allergie. Des symptômes survenant à la lecture, à la conduite, lors d'un travail sur ordinateur, en ambiance climatisée, lors de contact au froid ou au vent, en fin de journée ou au réveil orientent plus vers une sécheresse oculaire.

La clinique est aussi contributive. Même si les symptômes entre conjonctivite allergique chronique (type CAP) et sécheresse oculaire sont identiques, il existe quelques différences, en particulier le prurit. En effet, il n'existe pas de réaction allergique sans prurit (mais attention, un prurit oculaire n'est pas obligatoirement allergique). En dehors d'une blépharite importante associée, la notion de démangeaison orientera vers une manifestation allergique. Il faut rechercher les autres signes d'allergie, qui peuvent être discrets : éternuements, nez bouché, nez qui coule, jetage postérieur, difficultés respiratoires... La pré-

sence d'une blépharite n'est pas toujours discriminante.

L'examen de la surface oculaire est capital. La présence de papilles s'associe souvent plus avec une allergie qu'avec une sécheresse oculaire. Cependant, il faut garder à l'esprit qu'après 50 ans, l'existence de prolifération conjonctivale est rare et que l'on peut avoir de réelles allergies sans ces proliférations.

L'étude de la rivière lacrymale est intéressante car elle est souvent très diminuée dans les sécheresses oculaires et augmentée dans les allergies. Le BUT est souvent altéré dans les deux entités. Isolé, il est donc peu contributif. Il devra être pris en considération avec le test de Schirmer, dont la diminution signera une sécheresse oculaire.

L'étude des lésions érosives de la cornée peut aussi être très informative. Lors des conjonctivites allergiques, les micro-ulcérations intéressent la totalité de la surface cornéenne, y compris sous les paupières, et plus rarement la conjonctive (test au vert de lissamine souvent négatif). En revanche, ces lésions sont situées, le plus souvent, dans l'aire de la fente palpébrale pour la sécheresse oculaire. Les zones couvertes par les paupières sont fréquemment épargnées.

Si malgré tout cela un doute persiste, les examens paracliniques pourront aider. Ainsi, la recherche d'éosinophiles, normalement absents des larmes et des couches superficielles de l'épithélium conjonctival, peut orienter vers une manifestation de type allergique, en cas de positivité. La mesure de l'osmolarité lacrymale pourra aussi être contributive avec une hyperosmolarité orientant vers une sécheresse. Le bilan allergologique (tests cutanés et sériques) permet de mettre en évidence l'existence d'une ou

plusieurs sensibilisations. Si ces résultats sont pertinents avec l'interrogatoire, la clinique et les circonstances de survenue des manifestations oculaires, l'hypothèse allergique sera retenue. Dans le cas contraire et si la clinique est malgré tout en faveur de l'allergie, un test de provocation conjonctival spécifique s'imposera. En cas de négativité de la totalité du bilan, la sécheresse oculaire sera retenue.

Conclusion

Si lors de tableaux cliniques typiques allergiques (CAA, KCV, KCA) ou de sécheresse oculaire évidente (kératite filamenteuse, BUT et Schirmer effondrés), il n'est pas difficile de faire la différence entre ces deux entités, il n'en est pas toujours le cas dans la pratique quotidienne. Ces deux pathologies, assez fréquemment intriquées, partagent de nombreux signes et symptômes. Aussi faut-il lors du diagnostic prendre son temps pour les différencier. Ce diagnostic se fera sur un interrogatoire policier et un examen clinique détaillé. Tous les éléments recueillis devront être confrontés afin d'aboutir à l'une ou à l'autre des étiologies, débouchant sur une meilleure prise en charge thérapeutique du patient.

Bibliographie

1. PISELLA PJ, FAUQUERT JL. L'allergie oculaire. *Bull Soc Ophthalmo*, Rapport annuel 2007.
2. Research in dry eye: report of the Research Subcommittee of the International Dry Eye Workshop. *Ocul Surf*, 2007; 5: 179-193.
3. DOAN S, MORTEMOSQUE B, PISELLA JP. L'Allergie oculaire: de la clinique au traitement. Editions Med'com, 2011.
4. DOAN S. La Sécheresse oculaire: de la clinique au traitement. Editions Med'com, 2010.

L'auteur a déclaré ne pas avoir de conflits d'intérêts concernant les données publiées dans cet article.