Revues générales
Allergie

Les formes frontières de l'allergie

RÉSUMÉ : L'allergie oculaire est une pathologie courante qui regroupe plusieurs entités distinctes tant au niveau des manifestations cliniques que de leur gravité. Elle siège au sein de la surface oculaire, entité complexe et dynamique où de nombreux médiateurs cellulaires et moléculaires interagissent. La symptomatologie ou les manifestations cliniques témoins de l'allergie oculaire sont parfois peu spécifiques et peuvent être retrouvées dans d'autres pathologies de la surface oculaire. Il est donc parfois difficile d'écarter le diagnostic d'allergie conjonctivale et, inversement, facile de la confondre avec d'autres pathologies, surtout lorsque la chronicité s'est installée. Comprendre les interactions multiples entre l'allergie conjonctivale et l'ensemble des acteurs de la surface oculaire que sont les paupières, la cornée et le film lacrymal est indispensable.

→ **A. MUSELIER, C. CREUZOT-GARCHER**
Service d'Ophtalmologie, CHU, DIJON.

La fréquence des patients allergiques ne cesse d'augmenter depuis quelques années, devenant ainsi un problème de Santé publique. Les raisons de cette évolution sont multiples mais les facteurs environnementaux semblent largement mis en cause.

L'allergie oculaire peut revêtir plusieurs formes cliniques : conjonctivite allergique non spécifique, conjonctivite saisonnière, conjonctivite peranuelle, conjonctivite atopique, etc. Leur diagnostic apparaît parfois simple lorsque la symptomatologie est typique dans un contexte évocateur. Mais pourtant, avec le temps, l'atteinte peut se chroniciser et les mécanismes physiopathologiques à l'origine de la réaction allergique disparaissent pour laisser la place à l'inflammation et au cercle vicieux de la sécheresse oculaire bien décrit par Baudouin *et al.* en 2007 [1].

Nous allons vous présenter au travers de situations cliniques quelques formes frontières de l'allergie qu'il ne faut pas méconnaître lors de la prise en charge de nos patients.

Un prurit et un Break-Up-Time abaissé

Cas

Madame V, 22 ans, étudiante, vient vous consulter, car depuis hier, après une balade avec ses amis, elle présente un prurit important avec larmoiement au niveau des deux yeux. Dans ses antécédents, elle vous rapporte qu'elle est asthmatique. L'examen biomicroscopique (***fig. 1***) révèle la présence d'un chémosis associée à une hyperhémie conjonctivale. La cornée est claire, fluo-négative et la chambre antérieure est calme. Vous posez le diagnostic de conjonctivite allergique saisonnière et vous la traitez par des lavages oculaires associés à un traitement antihistami-

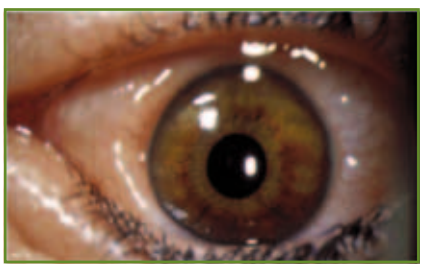

Fig 1 : Chémosis conjonctival associé à une hyperhémie conjonctivale.

Revues générales
Allergie

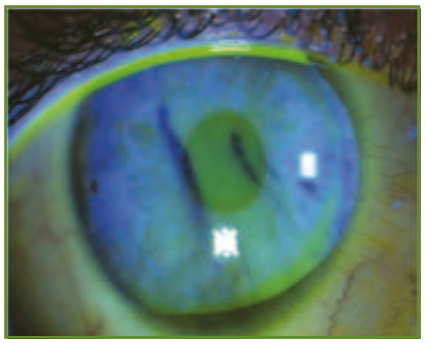

Fig. 2 : BUT abaissé.

nique local. Votre traitement a été très efficace mais la patiente revient vous consulter car elle a l'impression d'avoir de nouveau une conjonctivite allergique. Votre examen retrouve en effet une petite hyperhémie conjonctivale et un BUT abaissé à 5 secondes (***fig. 2***). La patiente vous rapporte qu'elle présente un prurit qui est très invalidant et vous demande de la soulager.

● ***Réflexion***

Cette patiente présente-t-elle une nouvelle poussée de conjonctivite allergique ? Développe-t-elle une forme chronique d'allergie oculaire ? Faut-il traiter avec des collyres antihistaminiques ?

La réponse à ces questions n'est pas toujours aisée en pratique courante. La phase aiguë allergique est secondaire à la présence d'allergènes et à une cascade de mécanismes cellulaires et biologiques. Cependant, il existe souvent des phénomènes inflammatoires non spécifiques surajoutés qui entraînent une véritable sécheresse oculaire secondaire avec atteinte des trois composantes du film lacrymal dans les suites d'un épisode aigu [2]. En effet, l'inflammation va entraîner une meibomite chronique (atteinte de la phase lipidique), une diminution des mucocytes par mécanisme cytotoxique (atteinte de la phase mucinique) et atteinte de la phase aqueuse de façon réactionnelle (larmoiement irritatif).

La prise en charge thérapeutique consiste donc à supprimer tous les collyres antiallergiques (et notamment avec conservateurs) qui vont aggraver l'atteinte du film lacrymal et mettre en route un traitement lubrifiant pour aider la surface oculaire à retrouver son équilibre homéostasique. Il n'existe aucun test paraclinique nous permettant de différencier une sécheresse oculaire secondaire d'une allergie conjonctivale chronique mais l'interrogatoire et l'examen ophtalmologique restent les éléments clés pour établir un diagnostic. L'amélioration de la symptomatologie ressentie par Madame V prendra quelques semaines en favorisant un traitement symptomatique sans conservateurs.

Un prurit et des paupières rouges

● ***Cas***

Vous connaissez depuis quelques années déjà Madame J, 74 ans, que vous suivez pour un glaucome primitif à angle ouvert. Celui-ci est bien contrôlé grâce à une monothérapie par collyre bêtabloquant. Lors de sa consultation de suivi, vous constatez qu'elle présente une paupière rouge associée à quelques croûtes au niveau du bord libre (***fig. 3***). Elle vous rapporte qu'elle présente un prurit au niveau des paupières qui a débuté depuis quelques semaines, mais étant encore peu gênée, elle attendait son rendez-vous programmé. Par ailleurs, vous êtes satisfait car sa pression intraoculaire est bien contrôlée et il n'y a pas de progression de l'atteinte du champ visuel. Vous suspectez un eczéma de contact et vous l'adressez à votre confrère dermatologue afin qu'il réalise des tests allergologiques. Ceux-ci sont positifs pour les collyres bêtabloquants. Vous décidez alors de réaliser un *switch* du traitement.

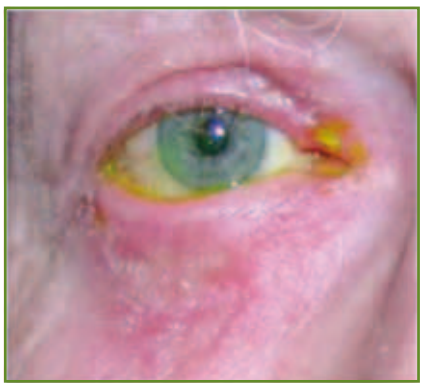

Fig. 3 : Eczéma de contact au timolol contenu dans différents collyres (patch-tests positifs ++) (Dr E. Collet).

● ***Réflexion***

L'allergie de contact associe fréquemment conjonctivite et eczéma des paupières. Les aspects cliniques sont variés, parfois évidents lors d'eczémas aigus ou plus discrets lorsque les lésions deviennent chroniques. Le bilan allergologique revêt alors toute son importance afin de mettre en évidence les sources de sensibilisation en cause. Ces dermatites de contact sont irritatives à 90 % et allergiques dans seulement 10 % des cas. Les réactions d'irritation sont non immunologiquement spécifiques et résultent des propriétés physico-chimiques du produit : pH, concentration ou liposolubilité. Ces réactions de nature irritative peuvent n'apparaître qu'au bout de plusieurs années d'utilisation, alors même que le produit ne posait pas de problème jusque-là. Lorsque l'eczéma devient chronique, la peau prend alors un aspect plus sec, avec une atteinte mal limitée et érythémato-squameuse. Les vésicules doivent être soigneusement recherchées en périphérie des lésions, mais peuvent être totalement absentes. Lorsqu'il passe à la chronicité, l'eczéma est parfois discret. Une inspection soigneuse des bords palpébraux permet alors de le localiser aux canthus interne ou externe. Il est alors difficile à différencier d'une dermatite d'irritation. Quand le prurit est intense, l'évolution se fait vers la lichénification, donnant un aspect épaissi, quadrillé des paupières. Etant donné la variété et l'absence de spécificité des signes cliniques présents

malgré un contexte souvent évocateur, il est parfois difficile de poser le diagnostic d'allergie de contact [3].

Devant une atteinte combinée conjonctivale et palpébrale, surtout lorsqu'une blépharite est associée, le diagnostic de rosacée oculaire est difficilement écarté. Un bilan allergologique peut être proposé afin de mettre en évidence les composants en cause et permettre une éviction si besoin. Il s'agira dans ce cas de test type *patch-test* testant l'hypersensibilité retardée.

Un nez révélateur

● ***Cas***

Madame G, 43 ans, horticultrice, vient vous consulter pour une rougeur oculaire permanente associée à un prurit intense surtout au niveau de l'angle interne. Elle vous raconte qu'elle est gênée par une sensation de grain de sable qui lui impose de devoir cligner plus souvent afin que sa vision s'améliore. Cette situation dure déjà depuis quelques mois mais s'est aggravée ces derniers temps. Dans ses antécédents, elle a déjà eu une allergie aux poils de chat. L'examen biomicroscopique (***fig. 4***) révèle la présence d'une hyperhémie conjonctivale et vous constatez un bord palpébral épaissi avec une meibomite importante. Vous évoquez le diagnostic de conjonctivite allergique devant le terrain, le prurit et la profession de la patiente et vous la traitez par des lavages oculaires associés à un traitement antihistaminique local et antidégranulant

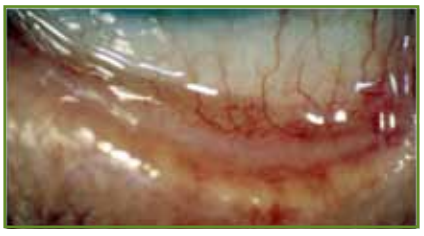

Fig. 4 : Meibomite postérieure.

Fig. 5 : Rosacée cutanée.

mastocytaire. Elle revient vous voir car malheureusement la situation n'a pas beaucoup évolué. Lorsqu'elle passe la porte de votre box de consultation, vous l'observez, notamment son visage (***fig. 5***), et vous constatez la présence de télangiectasies au niveau du nez et des pommettes. Vous effectuez alors le diagnostic de rosacée oculaire.

● ***Réflexion***

Il est primordial de se rappeler que le prurit n'est pas un symptôme spécifique d'une atteinte allergique et qu'il peut être le témoin d'une atteinte de la surface oculaire en général. De même, la présence d'un terrain atopique sous-jacent ne doit pas nous faire conclure de façon obligatoire au diagnostic d'allergie oculaire [4].

L'inspection du patient reste une étape primordiale afin de ne pas méconnaître une pathologie dermatologique avec retentissement ophtalmologique comme la rosacée oculaire. La recherche de télangiectasies au niveau du nez et des pommettes est évocatrice tout comme la sensation de *flushes* au niveau du visage [5]. Lors de l'examen ophtalmologique, la constatation d'une meibomite postérieure avec télangiectasies du bord libre et bouchons meibomiens doit attirer notre attention, surtout s'il existe une atteinte cornéenne inférieure à type de

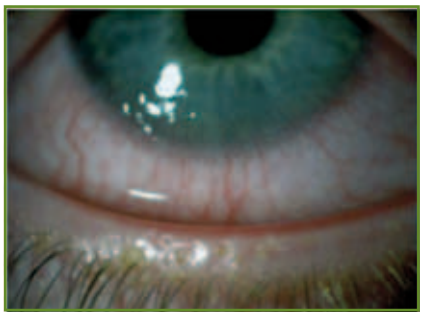

Fig. 6 : Néovaisseaux sur rosacée.

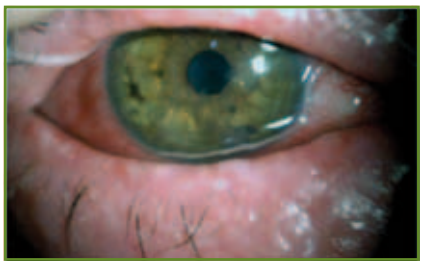

Fig. 7 : Meibomite secondaire chez un patient présentant une kératoconjonctivite atopique.

néovascularisation inférieure ou d'infiltrats stromaux antérieurs (***fig. 6***). Il est cependant possible de constater la présente d'une meibomite postérieure sévère en cas d'inflammation chronique importante telle que l'on peut en voir dans les kératoconjonctivites atopiques (***fig. 7***).

La prise en charge thérapeutique repose alors sur l'arrêt des collyres antiallergiques, l'utilisation de substituts lacrymaux sans conservateurs associés à une hygiène palpébrale, voire à des cures de cyclines afin de permettre la reconstitution d'un film lacrymal de bonne qualité.

Un prurit qui ne passe pas malgré les collyres

● ***Cas***

Madame O, 55 ans, se présente en urgence car malgré ses nombreuses consultations auprès de son médecin généraliste et de son ophtalmologiste

Revues générales
Allergie

POINTS FORTS

- Le prurit oculaire n'est pas synonyme d'allergie.
- Se méfier de la toxicité des traitements.
- Le film lacrymal est au cœur des mécanismes physiopathologiques.
- Un interrogatoire et un examen clinique bien conduit restent les éléments clés pour établir un diagnostic.
- Les examens complémentaires n'apportent pas d'aides diagnostiques.

traitant, elle présente toujours une hyperhémie conjonctivale avec une irritation importante. Elle vous rapporte qu'elle est traitée depuis quelques mois pour de l'allergie, puis de la sécheresse oculaire. Elle ne sait plus quels traitements elle a reçus, mais en tout cas, ils étaient nombreux et elle mettait dernièrement un collyre (une petite bouteille violette) dont elle ne se souvient plus du nom. Vous l'examinez et vous constatez à l'examen biomicroscopique une hyperhémie conjonctivale, une kératite ponctuée superficielle surtout inférieure. Vous retournez la paupière et vous constatez une ligne blanchâtre qui pourrait vous évoquer une fibrose sous-tarsale. De plus, dans le cul-de-sac inférieur, vous constatez la présence de multiples follicules.

Réflexion

Les atteintes inflammatoires de la surface oculaire, quelle que soit leur origine, nécessitent souvent un traitement au long cours. Ces traitements parfois inadéquats sont parfois plus néfastes que régénérateurs, surtout s'ils contiennent des conservateurs [6]. En effet, il est reconnu que le chlorure de benzalkonium présente une toxicité locale entraînant une destruction des mucocytes et des cellules épithéliales et qu'il auto-entretient une inflammation locale [7, 8]. Le cercle vicieux est alors entamé et il est difficile d'attribuer la clinique à une cause spécifique puisque le mécanisme initiateur a disparu et a été chronicisé [1]. Il faut avoir la force de stopper tous les traitements locaux et de mettre en route un traitement par collyres lubrifiants de viscosités diverses pendant de nombreuses semaines. La restitution d'une surface oculaire ad integrum prendra plusieurs mois, mais parfois une atteinte plus ou moins importante pourra persister au long cours.

Conclusion

Les atteintes de la surface oculaire sont fréquentes et peuvent se révéler difficiles à étiqueter, surtout lorsque la chronicisation est apparue. La multiplicité des médiateurs et acteurs cellulaires et biologiques rend les mécanismes physiopathologiques difficiles à appréhender. Tout prurit oculaire n'est pas synonyme d'allergie conjonctivale. Il faut savoir stopper tous les traitements toxiques et renoncer aux molécules antiallergiques lorsque la clinique n'est pas toujours typique afin de pas auto-entretenir ou initier des phénomènes cytotoxiques à l'origine d'une atteinte du film lacrymal qui lui-même est alors responsable de symptômes parfois invalidants.

Bibliographie

1. Baudouin C. A new approach for better comprehension of diseases of the ocular surface. *J Fr Ophtalmol,* 2007 ; 30 : 239-246.
2. Toda I, Shimazaki J, Tsubota K. Dry eye with only decreased tear break-up time is sometimes associated with allergic conjunctivitis. *Ophthalmology*, 1995 ; 102 : 302-309.
3. Valsecchi R, Imberti G, Martino D *et al.* Eyelid dermatitis : an evaluation of 150 patients. *Contact Dermatitis,* 1992 ; 27 : 143-147.
4. Pisella PJ FJ. L'allergie oculaire. Bulletin des Sociétés d'Ophtalmologie de France, 2007.
5. Cribier B. Physiopathology of rosacea. Redness, telangiectasia, and rosacea. *Ann Dermatol Venereol,* 2011 ; 138 : S129-137.
6. Baudouin C, Labbe A, Liang H *et al.* Preservatives in eyedrops : the good, the bad and the ugly. *Prog Retin Eye Res,* 2010 ; 29 : 312-334.
7. Baudouin C. Allergic reaction to topical eyedrops. *Curr Opin Allergy Clin Immunol,* 2005 ; 5 : 459-463.
8. Brignole-Baudouin F, Ott AC, Warnet JM *et al.* Flow cytometry in conjunctival impression cytology : a new tool for exploring ocular surface pathologies. *Exp Eye Res,* 2004 ; 78 : 473-481.

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