Revues générales

Comment diagnostiquer une allergie oculaire devant un œil rouge ?

RÉSUMÉ : L'allergie oculaire est fréquente et peut prendre plusieurs formes cliniques où les réactions allergiques vraies sont soit prépondérantes, soit un facteur d'aggravation. La place du bilan allergologique varie en fonction de la forme clinique.
Dans la conjonctivite saisonnière, le diagnostic est en général aisé et le bilan allergologique ne fait que confirmer l'allergène suspecté à l'interrogatoire.
La conjonctivite perannuelle est parfois de diagnostic clinique plus difficile, le bilan allergologique étant alors un élément clé du diagnostic.
Dans la kératoconjonctivite vernale et la kératoconjonctivite atopique, la sensibilisation conjonctivale n'est pas le mécanisme principal, mais elle aggrave la maladie. Le bilan allergologique permet de proposer une éviction ou une immunothérapie spécifique qui peut améliorer l'évolution de la maladie.
L'eczéma de contact nécessite souvent un bilan cutané lorsque l'allergène n'est pas évident.
Enfin, certaines conjonctivites chroniques liées à un syndrome sec ou à une blépharite comme la rosacée oculaire peuvent prendre l'apparence d'une conjonctivite allergique et inversement. Le bilan allergologique est alors un élément important du diagnostic.
Le bilan allergologique occupe une place souvent importante dans la prise en charge des conjonctivites allergiques et de certains diagnostics différentiels non allergiques.

S. DOAN
Service d'Ophtalmologie,
Hôpital Bichat et
Fondation de Rothschild, PARIS.

L'allergie oculaire est une cause fréquente de consultation ophtalmologique. Le terme même d'allergie implique une réaction d'hypersensibilité immédiate IgE médiée, avec présence d'IgE spécifiques d'un allergène et dégranulation mastocytaire lors du pontage allergène-IgE-mastocyte. La réaction allergique s'intègre dans plusieurs pathologies oculaires bien distinctes, en étant soit le mécanisme principal, soit un facteur aggravant de celles-ci. Par ailleurs, plusieurs pathologies oculaires non allergiques comme la sécheresse oculaire, peuvent se présenter comme des diagnostics différentiels d'une conjonctivite allergique. Le bilan allergologique est un outil important pour l'ophtalmologiste, car la clinique et les examens complémentaires ophtalmologiques ne sont pas toujours ni sensibles, ni spécifiques.

L'interrogatoire est un élément clé du diagnostic

On retiendra en faveur de l'allergie :
– le prurit ;
– terrain personnel ou familial d'atopie ;
– asthme, dermatite atopique, et surtout rhinite (éternuements, rhinorrhée, obstruction). Tout œil rouge accompagné d'une rhinite est fortement suspect d'allergie, sauf contexte infectieux ;
– une unité de temps : une survenue chaque année à la même période ;
– une unité de lieu : des crises déclenchées par certains lieux ;
– un facteur déclenchant (ex : maquillage) ;
– un bilan allergologique positif ;
– l'efficacité des antiallergiques.

On pourra rechercher également des arguments en faveur d'une sécheresse oculaire :

– sensation de brûlure ou de sécheresse oculaires ;
– sécheresse buccale, cutanée, vaginale ;
– arthrites, dysthyroïdie, maladie auto-immune ;
– troubles hormonaux, ménopause ;
– prise de médicaments neurotropes ou d'acide isotrétinoïque (Roaccutane) ;
– troubles cutanés évoquant une rosacée ou une dermite séborrhéique.

Les formes cliniques d'allergie oculaire

On distingue classiquement 5 formes d'allergies oculaires :
– la conjonctivite saisonnière ou intermittente ;
– la conjonctivite perannuelle ou persistante ;
– la kératoconjonctivite vernale ;
– la kératoconjonctivite atopique ;
– l'eczéma de contact des paupières.

1. La conjonctivite saisonnière ou intermittente

C'est la forme la plus fréquente d'allergie oculaire. Elle est en général associée à la rhinite dans le cadre d'une pollinose. Le diagnostic clinique est le plus souvent aisé, devant une rhino-conjonctivite bilatérale prurigineuse avec larmoiement survenant chaque année à la même période. L'examen montre un chemosis, un œdème des paupières, une hyperhémie conjonctivale, des papilles au niveau de la conjonctive palpébrale supérieure (***fig. 1***) et des sécrétions muqueuses. L'interrogatoire

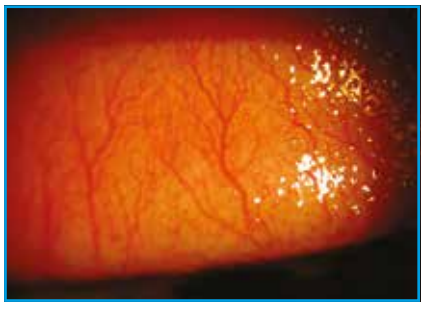

Fig. 1 : Conjonctivite papillaire dans une conjonctivite perannuelle aux acariens.

oriente vers un allergène donné en se basant sur le calendrier pollinique. Le bilan allergologique n'est pas systématique mais conseillé. La pertinence du bilan allergologique est le plus souvent excellente, mais celui-ci ne fait que confirmer le diagnostic. Il reste cependant indispensable pour proposer une désensibilisation ou immunothérapie spécifique.

2. La conjonctivite perannuelle ou persistante

Elle est liée à des pneumallergènes perannuels domestiques comme les acariens, les moisissures, les phanères animaux ou des allergènes professionnels. Cette forme clinique est souvent plus difficile à diagnostiquer. En effet, les signes oculaires sont souvent modérés voire non spécifiques. Les signes fonctionnels peuvent être le prurit, mais aussi une sensation de brûlure oculaire, de corps étranger oculaire, d'œil larmoyant, d'œil sec. L'examen peut montrer une conjonctivite papillaire le plus souvent œdémateuse (***fig. 1***) mais parfois minime. Le film lacrymal est souvent de mauvaise qualité avec un temps de rupture des larmes diminué (inférieur à 10 secondes) témoignant d'une instabilité lacrymale. Il peut exister une blépharite secondaire associée, caractérisée par une inflammation du bord libre des paupières et en particulier des glandes de Meibomius.

On comprend alors que le tableau d'allergie perannuelle puisse être confondu avec un syndrome sec ou une rosacée qui sont des diagnostics différentiels classiques. De plus, ces pathologies peuvent aussi être intriquées dans une pathologie chronique complexe où l'allergie entraîne un syndrome sec qualitatif et une blépharite secondaire. Devant ces difficultés diagnostiques, les explorations allergologiques sont souvent la clé du diagnostic.

3. La kératoconjonctivite vernale

C'est une pathologie rare touchant plutôt le garçon avant la puberté. Elle se caractérise par une conjonctivite

Fig. 2 : Papilles géantes dans une conjonctivite vernale.

chronique évoluant par poussée. Les signes fonctionnels lors des poussées inflammatoires sont souvent majeurs avec une photophobie intense, les yeux collés au réveil, une sensation de prurit et de brûlure oculaire intense. L'examen montre des papilles géantes au niveau de la conjonctive palpébrale supérieure (***fig. 2***), ou parfois une inflammation limbique sous forme d'un bourrelet gélatineux hyperhémique accompagné de grains de Trantas. Il existe souvent une kératite ponctuée superficielle supérieure lors des poussées. Si l'inflammation cornéenne est importante, il existe un risque de complication à type d'ulcère vernal, qui est typiquement supérieur, ovalaire, épithélial, à bords très nets. Il peut évoluer en l'absence de traitement vers une plaque vernale qui est caractérisée par un dépôt blanc grisâtre au fond de l'ulcère. Ulcères et plaques cicatrisent sous traitement sous forme d'une taie plus ou moins néovascularisée, responsable d'un astigmatisme irrégulier. Un kératocône peut être associé et doit être suspecté en cas d'astigmatisme évolutif.

L'inflammation peut être perannuelle mais les poussées sont plus fréquentes et plus importantes du printemps à l'automne. Cette chronologie fait souvent suspecter à tort par l'allergologue une sensibilisation aux pollens ou aux moisissures, voire aux acariens. Or ce sont en réalité la chaleur et les ultraviolets qui sont les facteurs d'aggravation expliquant les poussées estivales. En effet, bien que classée dans les conjonctivites allergiques, la kératoconjonctivite ver-

Revues générales

nale est en fait une pathologie inflammatoire complexe d'étiologie indéterminée pour laquelle l'allergie est un facteur aggravant mais non causal. Ceci explique l'absence de terrain atopique et la négativité du bilan allergologique dans 40 à 50 % des cas, ainsi que l'absence fréquente d'effet des antidégranulants et des antihistaminiques lors des poussées sévères qui ne sont en général contrôlées que par les corticoïdes locaux. Ce point est important à expliquer aux parents des enfants souffrant de cette maladie, car il s'agit d'un facteur majeur d'incompréhension si le diagnostic simpliste d'allergie oculaire est avancé. Le bilan allergologique reste cependant important pour mettre en évidence une sensibilisation à un allergène qui aggraverait la maladie. Le traitement de la composante allergique améliore en général la kératoconjonctivite vernale sans guérir totalement la maladie. Une immunothérapie spécifique en particulier peut être proposée lorsqu'elle est possible. Un test de provocation conjonctivale est souhaitable avant de proposer un tel traitement. À noter enfin que la conjonctivite vernale disparaît en général après la puberté.

4. La kératoconjonctivite atopique

Elle survient chez l'homme entre 30 et 50 ans. Des antécédents de dermatite atopique ou d'asthme sont constants. Il s'agit d'une conjonctivite chronique évoluant par poussées. Les signes fonctionnels sont souvent invalidants et majeurs, à type de photophobie, larmoiement et prurit ou brûlure oculaire. L'examen retrouve une conjonctivite très œdémateuse parfois fibrosante, et souvent des complications comme une kératite ponctuée superficielle, un ulcère cornéen, un abcès de cornée, une cicatrice non transparente et des néovaisseaux cornéens, un kératocône. Les atteintes cornéennes font la gravité de la maladie car sont potentiellement cécitantes (***fig. 3***). Un point clé du diagnostic est la présence d'un eczéma chronique des paupières, typique car induisant un épaississement cutané souvent important, avec une peau cartonnée, squameuse et avec des fissures au niveau des canthi (***fig. 4***). Une perte des cils et une blépharite postérieure sont fréquentes. Un traitement par corticoïdes est souvent nécessaire lors des poussées. Il n'est pas rare d'observer des complications iatrogènes liées à la corticodépendance (glaucome chronique à angle ouvert, cataracte, surinfection). Dans cette pathologie, l'allergie a probablement un rôle initial, mais apparaissent rapidement des réactions inflammatoires médiées par des lymphocytes de type TH1, c'est-à-dire non allergiques. L'allergie joue alors un rôle en aggravant de la maladie. Le bilan allergologique est bien sûr utile dans ce cadre, à la recherche d'une allergie aux pneumallergènes ou d'une allergie de contact.

5. La blépharoconjonctivite de contact

Les paupières sont la localisation la plus fréquente des eczémas de contact du visage. Le diagnostic clinique est le plus souvent aisé, mais parfois plus difficile lorsque la phase aiguë est passée et qu'il ne reste qu'une desquamation ou une sécheresse cutanée post-inflammatoire. À noter que des conjonctivites "de contact" peuvent survenir en l'absence d'eczéma. Il s'agit de conjonctivites caractérisées par la présence de follicules conjonctivaux. Le mécanisme n'est pas ici une allergie IgE médiée, mais plutôt une hypersensibilité retardée à médiation cellulaire. L'allergène peut être un produit topique appliqué directement sur la peau ou un collyre oculaire. Les allergènes peuvent être masqués car volatils ou à distance des paupières (vernis à ongle, teinture de cheveux par exemple). Dans les cas où l'allergène n'est pas connu, le bilan allergologique est nécessaire.

Le bilan allergologique

L'allergologue est notre ami. Il prend le temps nécessaire pour l'indispensable interrogatoire policier. Puis il oriente les tests allergologiques selon le type

Fig. 3 : Cicatrices cornéennes dans une kératoconjonctivite atopique.

Fig. 4 : Eczéma palpébral dans une kératoconjonctivite atopique.

POINTS **FORTS**

- L'allergie oculaire est une cause fréquente d'œil rouge.
- Un interrogatoire orienté permet souvent de suspecter le mécanisme allergique.
- L'identification de la forme précise d'allergie oculaire parmi les 5 formes cliniques (allergie saisonnière, allergie perannuelle, kératoconjonctivite vernale, kératoconjonctivite atopique, blépharoconjonctivite de contact) est importante.
- Le bilan allergologique est indispensable dans les cas douteux.

d'allergie suspectée. Il distingue ainsi les allergies IgE médiées vis-à-vis des pneumallergènes, et les allergies retardées non IgE médiées, liées à un allergène de contact comme un collyre, un cosmétique ou un produit chimique.

1. Le bilan pour les allergies médiées par les IgE

Elles sont surtout liées aux pneumallergènes, les allergènes responsables de l'asthme : pollens, acariens, moisissures, phanères animaux. Plus rarement, les aliments peuvent être en cause.

>>> Les tests allergologiques généraux

- **Le prick test**

C'est un test fondamental qui permet de mettre une sensibilisation par provocation d'une réaction allergique cutanée. On le réalise au niveau de l'avant-bras en piquant l'épiderme après avoir déposé une goutte d'allergène. La lecture d'effectue après quelques minutes et montre une papule érythémateuse, témoin d'une réaction positive (***fig. 5***). Une batterie standard est réalisée, éventuellement complétée en fonction de l'interrogatoire et des allergènes suspectés.

- **Les IgE sériques spécifiques**

Les tests multi allergéniques de dépistage tels que le Phadiatop ne sont pas conseillés par les allergologues car ne permettent pas de spécifier l'allergène en cause.

Une recherche d'IgE spécifiques unitaires, c'est-à-dire dirigées contre un allergène donné, est réalisée lorsque les prick tests sont douteux.

Le bilan allergologique permet d'affirmer une sensibilisation systémique mais pas une réaction allergique au niveau oculaire. Dans les cas douteux, des tests oculaires peuvent être utiles.

>>> Les tests oculaires

- **La recherche de polynucléaires éosinophiles**

La présence de polynucléaires éosinophiles dans les larmes ou sur un grattage conjonctival sont des arguments en faveur d'une étiologie allergique.

- **La recherche d'IgE totales dans les larmes**

Les IgE totales des larmes peuvent être dosées de façon semi-quantitative en prélevant les larmes sur bandelette de papier buvard. Cette méthode est sensible mais parfois non spécifique car ne prenant pas en compte le phénomène de transsudation. En effet, les IgE lacrymales comprennent les IgE synthétisées localement et les IgE sériques qui ont traversé la barrière hématoconjonctivale qui est d'autant plus perméable qu'il existe une inflammation conjonctivale. Ces dernières ne peuvent pas être évaluées par la méthode de la bandelette. La méthode quantitative de recueil des larmes permet cette correction en utilisant le rapport de Liotet qui associe la mesure des IgE

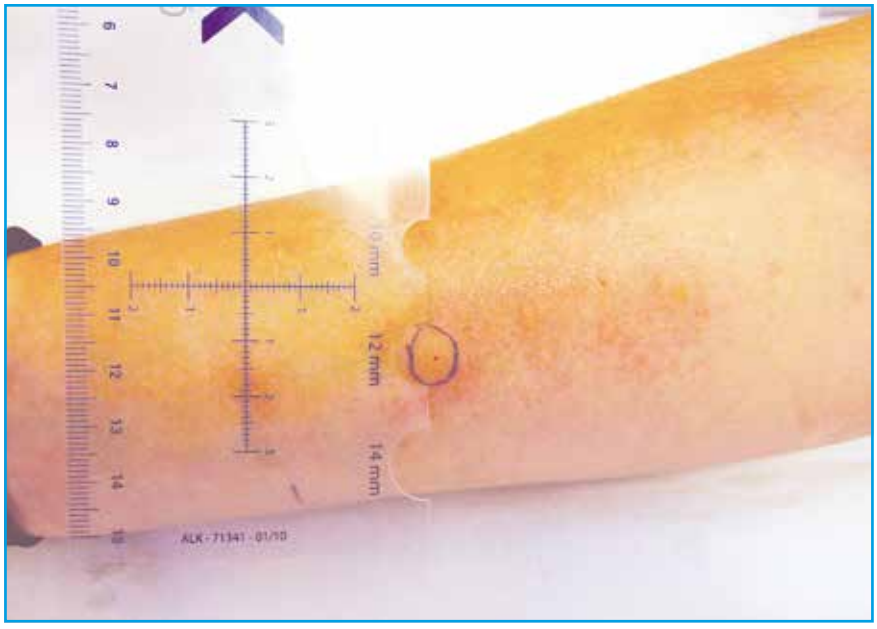

Fig. 5 : Prick tests (photo Dr Castelain).

Revues générales

sériques totales ainsi que les taux d'albumine dans le sang et dans le sérum. La présence d'une sécrétion locale d'IgE totales dans les larmes oriente simplement vers un diagnostic de conjonctivite allergique sans préjuger de l'allergène. Le dosage des IgE lacrymales spécifiques n'est en pratique pas réalisé en routine.

- **Le test de provocation conjonctivale**

En cas de doute sur la pertinence oculaire du bilan allergologique pour un allergène donné, la responsabilité de cet allergène peut être formellement objectivée grâce à un test de provocation conjonctivale. Cet examen consiste à objectiver la réaction allergique au niveau conjonctival après instillation de l'allergène dans le cul de sac conjonctival. En pratique, on dispose de plusieurs dilutions de l'allergène standardisé. On débute en instillant la concentration la plus faible dans un œil, et un placébo dans l'autre œil. La réaction conjonctivale est cotée après 10 minutes selon le score d'Abelson, Chambers et Smith. En cas de négativité, la concentration supérieure est utilisée. La spécificité et la sensibilité du test de provocation conjonctivale avoisinent les 100 %. Il s'agit donc du test de référence pour prouver la présence d'une conjonctivite allergique à un allergène donné. En pratique, un seul allergène est théoriquement testé lors d'un test de provocation conjonctivale du fait de la longueur du test. C'est pourquoi le bilan allergologique systémique est indispensable car il permet d'abord d'objectiver un allergène candidat. À noter que les kits permettant de réaliser ces tests sont pour le moment indisponibles auprès du laboratoire Stallergènes, seul fournisseur ayant l'AMM en France.

2. Le bilan pour les allergies de contact

Les allergènes sont peuvent être des médicaments, des cosmétiques, ou des chimiques professionnels.

>>> Les patch tests

Ils consistent à reproduire la réaction eczémateuse par application des allergènes candidats sur la peau du dos pendant 48 heures puis lecture. L'allergologue teste en général une batterie standard européenne, éventuellement complétée selon l'interrogatoire. Dans le cas d'une suspicion d'allergie à un collyre, le patient doit amener chez l'allergologue ses collyres pour effectuer les patch tests. La peau du dos étant plus épaisse que celle des paupières, le bilan peut être faussement négatif.

En conclusion, le diagnostic d'allergie est souvent évident dans une conjonctivite allergique saisonnière, ou une kératoconjonctivite vernale ou atopique. C'est dans les conjonctivites perannuelles qu'il faut discuter le diagnostic différentiel avec une sécheresse oculaire par dysfonctionnement meibomien. La collaboration entre ophtalmologistes et allergologues est nécessaire pour la prise en charge globale des conjonctivites allergiques.

POUR EN SAVOIR PLUS

- Doan S, Mortemousque B, Pisella PJ. L'allergie oculaire: du diagnostic au traitement, 2011. Édition Medcom.
- Pisella PJ, Baudouin C, Hoang-Xuan T, editors. Surface oculaire. Rapport de la Société Française d'Ophtalmologie. Paris: Elsevier-Masson; 2015.

L'auteur a déclaré exercer des fonctions de consultant pour les laboratoires Alcon, Allergan, Bausch + Lomb, Horus, Santen et Thea.