

I Revues générales

Sémiologie de l'allergie oculaire

RÉSUMÉ : L'allergie oculaire est fréquente et peut prendre plusieurs formes cliniques parmi lesquelles 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. Dans la kératoconjonctivite vernale et la kératoconjonctivite atopique, la sensibilisation conjonctivale n'est pas le mécanisme principal mais aggrave la maladie. Le bilan allergologique permet de proposer une éviction ou une immunothérapie spécifique. 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 peuvent prendre l'apparence d'une conjonctivite allergique et inversement. Le bilan allergologique est alors un élément important du diagnostic.



S. DOAN

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

L'interrogatoire est un élément clé du diagnostic

On retiendra en faveur de l'allergie :

- le prurit, qu'il faut différencier de la sensation de sable ;
- le 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 (par exemple : 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 ;
- troubles cutanés évoquant une rosacée ou une dermite séborrhéique.

Formes cliniques d'allergie oculaire

On distingue classiquement 5 formes d'allergies oculaires (**tableaux I et II**) :

- la conjonctivite saisonnière ou intermittente ;
- la conjonctivite perannuelle ou persistante ;
- la kératoconjonctivite vernale ;
- la kératoconjonctivite atopique ;
- l'eczéma de contact des paupières.

La conjonctivite gigantomaculaire, liée à un mécanisme irritatif d'une lentille de contact ou d'une prothèse oculaire, ne fait plus partie des allergies oculaires.

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.

	Conjonctivite saisonnière	Conjonctivite perannuelle	Kératoconjonctivite vernale	Kératoconjonctivite atopique	Conjonctivite giganto-papillaire	Blépharoconjonctivite de contact
Saison	Printemps	Perannuelle	Chronique avec aggravation printemps, été, automne	Chronique	Chronique	Selon exposition à l'allergène
Mécanisme allergique	IgE-médiée	IgE-médiée	IgE et non IgE-médiée	IgE et non IgE-médiée	Non allergique	Non IgE-médiée
Terrain	-	-	Enfant, garçon	Adulte > enfant	-	-
Atopie	Oui Rhinite	Oui Rhinite	Atopie 50 %	Atopie ++ Eczéma	Non	Non
Paupières	Œdème	Œdème	Pseudoptosis	Eczéma Blépharite	-	Eczéma
Conjonctive palpébrale	Papilles	Papilles	Papilles géantes	Papilles ± fibrose	Papilles géantes	Follicules
Limbe	-	-	Œdème + grains de Trantas	Œdème + grains de Trantas	-	-
Cornée	-	-	KPS Ulcère Plaques Cicatrices Pannus supérieur Kératocône	KPS Ulcère Plaques Cicatrices Insuf limbique avec néovascularisation Kératocône	-	-

Tableau I : Formes cliniques des allergies oculaires (d'après Leonardi A, Doan S, Fauquert JL *et al.* Diagnostic tools in ocular allergy. *Allergy*, 2017;72:1485-1498).

Signes	Signe de sévérité	Évocateur d'allergie oculaire	Formes cliniques d'allergie oculaire	Diagnostics différentiels
Papilles conjonctive tarsale		++		Conjonctivite bactérienne, rosacée, sécheresse...
Papilles géantes	Oui	++++	KCV, KCA	CGP
Bourrelet limbique	Oui	++++	KCV, KCA	Tumeur limbique
Chémosis, œdème palpébral		+	Toutes	Conjonctivites non allergiques
Sécrétions		++	Toutes, surtout KCV et KCA	Infection, sécheresse sévère, CGP
Sécheresse évaporative			CAP > KCV, KCA, CAS	Dysfonctionnements meibomiens...
Eczéma palpébral		++++	KCA et BCC > KCV	Dermite séborrhéique, psoriasis
Blépharite			Toutes	Rosacée, dermite séborrhéique
KPS	Oui		KCV, KCA	Kératite non allergique
Ulcère/plaque	Oui	+++	KCV, KCA	Aucun

Tableau II : Signes cliniques d'allergie oculaire. BCC: blépharoconjonctivite de contact; CAP: conjonctivite allergique perannuelle; CAS: conjonctivite allergique saisonnière; CGP: conjonctivite giganto-papillaire; KCA: kératoconjonctivite atopique; KCV: kératoconjonctivite vernale; KPS: kératite ponctuée superficielle (d'après Leonardi A *et al.* op. cit.).

Revue générale

Le diagnostic clinique est le plus souvent aisé devant une rhinoconjonctivite bilatérale prurigineuse avec larmolement survenant chaque année à la même période. L'interrogatoire oriente vers un allergène donné en se basant sur le calendrier pollinique. L'examen montre un chémosis, un œdème des paupières, une hyperhémie conjonctivale, des papilles (petites élevures centrées par un axe vasculaire) au niveau de la conjonctive palpébrale supérieure (**fig. 1**) et des sécrétions muqueuses.

2. La conjonctivite perannuelle ou persistante

Elle est liée à des pneumallergènes perannuels domestiques comme les acariens, les moisissures et les phanères animaux ou à 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 chronique évoluant par poussées. 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 (**fig. 3**). 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 (**fig. 4**). 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. Ulcère et plaque cicatrisent avec le 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.

Chez le mélanoderme, la forme limbique avec bourrelet inflammatoire du limbe est la plus fréquente. Elle peut évoluer vers un pannus néovascularisé qui peut menacer la vision.

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

vernale est en fait une pathologie inflammatoire complexe d'étiologie indéterminée, pour laquelle l'allergie est un facteur

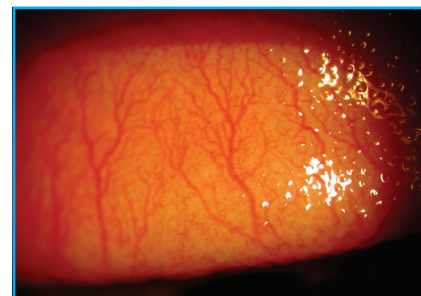


Fig. 1 : Conjonctivite perannuelle aux acariens avec conjonctivite papillaire.



Fig. 2 : Conjonctivite vernale avec papilles géantes.

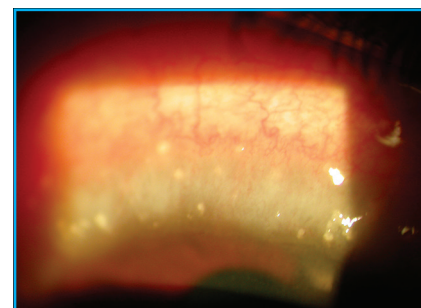


Fig. 3 : Bourrelet limbique avec grains de Trantas.

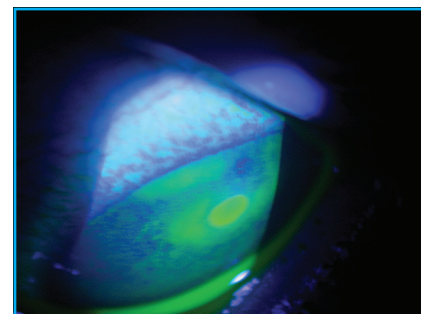


Fig. 4 : Ulcère vernal.

POINTS FORTS

- L'interrogatoire orienté est capital pour le diagnostic positif et pour évaluer la sévérité de la maladie allergique oculaire.
- La sémiologie des allergies oculaires permet de classer un cas donné parmi les 5 formes cliniques (allergie saisonnière, allergie perannuelle, kératoconjonctivite vernale, kératoconjonctivite atopique, blépharoconjonctivite de contact). Le pronostic et le traitement varieront selon la forme clinique.
- Le bilan allergologique est indispensable dans les cas douteux.

aggravant mais non causal. Cela 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.

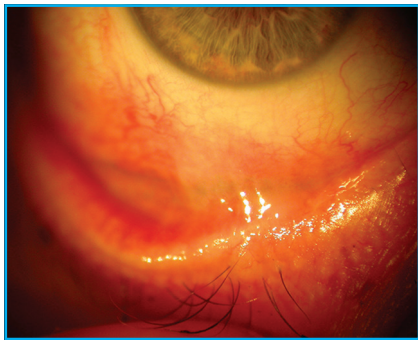


Fig. 5 : Kératoconjonctivite atopique avec fibrose conjonctivale.



Fig. 6 : Kératoconjonctivite atopique avec eczéma palpébral.

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. 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, des néovaisseaux cornéens ou un kératocône. Les atteintes cornéennes font la gravité de la maladie car elles sont potentiellement cécitantes (**fig. 5**).

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. 6**). 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 ongles, teinture de cheveux par exemple). Dans les cas où l'allergène n'est pas connu, le bilan allergologique est nécessaire.

■ Bilan allergologique

L'allergologue est notre ami. Il prend le temps nécessaire pour l'indispensable

I Revues générales

interrogatoire policier, puis oriente les tests allergologiques selon le type 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 en évidence 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 s'effectue après quelques minutes et montre une papule érythémateuse, témoin d'une réaction positive. 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 ils 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 est un argument 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-quantitatives 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 hématoconjunctivale, 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 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.

On dispose de plusieurs dilutions de l'allergène standardisé. On débute

en instillant la concentration la plus faible dans un œil et un placebo 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'autorisation de mise sur le marché (AMM) en France.

2. Le bilan pour les allergies de contact

Les allergènes 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.

■ Conclusion

Le diagnostic d'allergie est souvent évident pour une conjonctivite

allergique saisonnière ou une kérato-conjonctivite vernale ou atopique. C'est dans les conjonctivites perannuelles qu'il faut discuter le diagnostic différentiel avec une sécheresse oculaire par dysfonctionnement meibomien. La sémiologie permet de classer les formes

cliniques afin d'en définir le pronostic et de proposer le traitement adapté.

POUR EN SAVOIR PLUS

- DOAN S, MORTEMOUSQUE B, PISELLA PJ. *L'allergie oculaire : du diagnostic au traitement*. Paris : Medcom ; 2011.

- PISELLA PJ, BAUDOUIN C, HOANG-XUAN T (ed.). *Surface oculaire*. Rapport de la Société Française d'Ophtalmologie. Paris : Elsevier-Masson ; 2015.

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