

■ Revues générales

Conjonctivite allergique : le bilan allergologique doit-il être systématique ?

RÉSUMÉ : Lorsque je vois une conjonctivite allergique, dois-je adresser à l'allergologue ? Telle est la question que l'ophtalmologiste se pose souvent. L'efficacité des traitements anti-allergiques et les délais d'obtention de rendez-vous chez l'allergologue font souvent pencher la balance vers le non. Cependant, l'identification du ou des allergènes responsables vont faciliter la prise en charge la plus souvent réalisée de concert avec l'allergologue. En effet, l'allergie, même si elle ne se manifeste qu'au niveau oculaire, reste une maladie générale à ne pas négliger.



B. MORTEMOUSQUE
Cabinet d'ophtalmologie Foch,
Bordeaux.

Faut-il faire réaliser un bilan allergologique en cas de conjonctivite allergique ? Pour répondre à cette question, il est bon de rappeler le mécanisme responsable de ces manifestations. L'hypersensibilité IgE médiée est en cause dans près de 9 conjonctivites sur 10 vues en cabinet d'ophtalmologie. Ces cas sont de forme bénigne simple ou de forme récidivante persistante. Il existe d'autres mécanismes responsables de kératoconjonctivite de type allergique, bien plus complexes.

Il est donc important de savoir reconnaître les formes à orienter systématiquement à l'allergologue afin de soulager au mieux nos patients.

Les signes et symptômes classiques de conjonctivite allergique oculaire sont le prurit et l'œdème, la rougeur conjonctivale et le larmolement. Ils correspondent à la libération de médiateurs, dont l'histamine, par les mastocytes de la conjonctive. Ces manifestations surviennent quelques minutes après le contact avec l'allergène et s'estompent dans les 2 heures qui suivent pour laisser la place à une phase tardive de la manifestation allergique avec un recrutement d'éosinophiles responsables des atteintes cornéennes de kératite.

■ Intérêt du bilan allergologique

Le bilan allergologique a pour but d'identifier le ou les allergènes responsables du déclenchement de la manifestation oculaire (ou autre). Des facteurs non spécifiques (non allergéniques) sont responsables d'une libération d'histamine pouvant expliquer des manifestations de type allergique à bilan négatif. L'European Academy of Allergy and Clinical Immunology (EAACI) recommande de distinguer les pathologies IgE médiées des autres atteintes [1] et décrit de manière précise les liens entre l'hypersensibilité allergique et les pathologies oculaires [2] (**tableau I**).

La première mesure de la prise en charge thérapeutique du patient est l'éviction de l'allergène lorsqu'elle est possible. L'allergologue pourra prescrire une immunothérapie spécifique : administration de l'allergène par voie orale le plus souvent et à doses progressives afin de créer une tolérance. L'immunothérapie pourra être proposée aussi bien sur des conjonctivites IgE médiées que sur des kératoconjonctivites. L'allergologue surveillera la tolérance et appréciera le succès de la désensibilisation. Un suivi conjoint du patient par l'ophtalmologiste et l'allergologue est indispensable.

Revue générale

Réactions d'hypersensibilité de la surface oculaire		
Allergique		Non allergique
IgE médiée	Non IgE médiée	
● Conjonctivite allergique ● Kératoconjonctivite vernale (KCV) ● Kératoconjonctivite atopique	● Kératoconjonctivite vernale ● Kératoconjonctivite atopique ● Blépharoconjonctivite de contact	● Conjonctivite giganto-papillaire ● Blépharo-conjonctivite associée à un dysfonctionnement meibomien ● Conjonctivite irritative ● ...

Tableau I : Classification des réactions d'hypersensibilité oculaire.

Allergène	Classe	Prick tests	IgE spécifiques
Pneumallergènes domestiques	Acariens	<i>Dermatophagoides pteronyssinus</i>	D1
		<i>Dermatophagoides farinae</i>	D2
		Blatte	I206
	Phanères d'animaux	Chat	E1
		Chien	E5
	Moisissures	<i>Alternaria alternata</i>	M6
		<i>Cladosporium</i>	M2
		<i>Penicillium</i>	M1
Pneumallergènes saisonniers	Pollens de graminées	Phéoles	G6
		Dactyles	G3
	Pollens d'arbres	Bouleau	T3
		Noisetier	T4
		Chêne	T7
		Cyprès	T23
		Olivier	T9
		Frêne	T15
	Pollens d'herbacées	Armoise	W6
		Ambroisie	W1
Trophallergènes	Aliments	Arachide	F13
		Blanc d'œuf	F1
		Noisette	F17
		Soja	F14

Tableau II : Principaux allergènes impliqués en allergie oculaire IgE médiée.

Quels sont les allergènes les plus souvent en cause ?

Les allergènes impliqués sont le plus souvent présent dans l'air ambiant (pneumallergènes). Ils peuvent être responsables de symptômes respiratoires et/ou d'atteintes oculaires. Certains se trouvent quasiment partout, d'autres sont fonction de l'environnement (habitat, climat, profession...). Lorsque la symptomatologie est perannuelle, les allergènes domestiques ou professionnels seront incriminés. En cas de manifestation saisonnière, les pollens et moisissures sont à rechercher en priorité.

Après un interrogatoire méticuleux sur les signes et symptômes et les circonstances déclenchantes ou calmantes, les méthodes diagnostiques d'hypersensibilité IgE médiée sont largement dominées par les tests cutanés (*prick tests*) et les dosages sériques d'IgE [3-5]. Pour les *prick tests*, on devra inclure un contrôle positif et un contrôle négatif. Ce dernier est le diluant des allergènes testés injectés. Le contrôle positif est en général un *prick test* à l'histamine ou au phosphate de codéine, dont la réponse varie entre 2 et 8 mm. La lecture s'effectue à 15-20 minutes. L'un des critères de positivité est l'apparition d'une papule érythémateuse de plus de 3 mm ou une papule de plus de la moitié de celle du témoin positif, avec un témoin négatif. Pour les dosages d'IgE spécifiques, des valeurs > 0,1 UI/mL seront signe de positivité.

La positivité d'une de ces deux méthodes signera la sensibilisation à l'allergène considéré. Les principaux allergènes impliqués dans les manifestations allergiques oculaires, hors allergènes professionnels, sont regroupés dans le **tableau II**.

Quels patients adresser à l'allergologue ?

Faut-il adresser tous nos patients à l'allergologue ? Pour répondre à cette

Revue générale

question [4], il est important d'identifier la forme clinique de conjonctivite ou kératoconjonctivite et d'identifier sa chronologie. En cas de conjonctivite allergique aiguë et saisonnière non récidivante et bien maîtrisée par un traitement symptomatique, un bilan allergénique ne se justifie pas. Sa cause est souvent évidente dès l'interrogatoire et l'éviction de l'agent causal fera disparaître les manifestations.

En revanche, une conjonctivite allergique bénigne mais persistante (plus de 4 semaines) ou récidivante de façon périodique ou itérative, justifie le recours à l'allergologue. Les résultats des *prick tests* et d'éventuels dosages d'IgE spécifiques seront confrontés aux circonstances de survenue des symptômes. Si la pertinence de la sensibilisation est bonne, le diagnostic d'allergie oculaire est posé. Une éviction allergénique et une éventuelle immunothérapie peuvent être envisagées.

Cependant, dans un grand nombre de cas (formes à manifestation perannuelle ou potentielle polysensibilisation), la preuve de la relation entre l'exposition allergénique et la survenue des symptômes oculaires doit être confirmée.

Dans des formes rebelles, à bilan initial négatif, des investigations plus spécialisées peuvent être demandées. Le bilan est basé sur le prélèvement de larmes

POINTS FORTS

- Les conjonctivites allergiques sont l'expression locale d'une maladie générale.
- L'intérêt d'un bilan allergologique est d'identifier l'agent causal pour une meilleure prise en charge.
- L'arrivée des biothérapies, prescrites par l'allergologue, fait de ce dernier un confrère incontournable dans la prise en charge des conjonctivites allergiques.

et permet d'argumenter un conflit IgE-dépendant au niveau de la surface oculaire par la recherche d'éosinophiles et d'IgE.

Outre le bilan et la mise en place d'une immunothérapie, l'allergologue occupe une place importante dans l'éducation thérapeutique du patient et de son entourage, en particulier pour les allergies sévères (alimentaires) et les éventuelles allergies croisées (**tableau III**). Il peut également prescrire des biothérapies, dont certaines nécessaires à la prise en charge de kératoconjonctivites sévères [6, 7].

Conclusion

La prise en charge des conjonctivites allergiques passe par l'identification de la forme clinique et du ou des allergènes responsables. Déceler le caractère IgE médié d'une conjonctivite est souvent facile lorsqu'il s'agit d'un phénomène bénin récidivant ou persistant. Cela devient plus compliqué lorsqu'il s'agit d'une forme sévère ou associée à une atteinte cornéenne. Une collaboration entre ophtalmologiste et allergologue est alors nécessaire pour une meilleure prise en charge des patients.

BIBLIOGRAPHIE

1. JOHANSSON O, BIEBER T, DAHL R *et al.* Revised nomenclature for allergy for global use: report of the Nomenclature

Allergènes	Possible réaction croisée
Pollen de bouleau	Abricot, amande, avocat, banane, betterave, brugnon (nectarine), carotte, céleri, cerise, châtaigne, concombre, épinard, figue, kiwi, melon, noisette, noix, papaye, pêche, pomme, raisin, sarrasin, orange, litchi, tomate, poivron, mangue, poire
Pollen d'armoise	Aneth, carotte, cumin, céleri, coriandre, fenouil, persil
Pollen de plantain	Banane, melon, pastèque
Pollen de graminées	Melon
Latex	Arachide, farine de blé, melon, orange, petits pois, pomme de terre, poivron, tomate
Acariens	Escargot, crevette, crustacés, blattes
Plumes d'oiseau	Jaune d'œuf
Poils et squames de chat	Viande de porc
Poils et squames de cheval	Viande de cheval
Graines de sésame	Kiwi
Kiwi	Latex, avocat, banane, graines de sésame
Pêche	Abricot, amande, cerise, pomme, prune

Tableau III : Principales allergies croisées (non exhaustif).

- Review Committee of the World Allergy Organization, October 2003. *J Allergy Clin Immunol*, 2004;113:832-836.
2. LEONARDI A, BOGACKA E, FAUQUERT JL *et al.* Ocular allergy: recognizing and diagnosing hypersensitivity disorders of the ocular surface. *Allergy*, 2012;67:1327-1337.
 3. FAUQUERT JL. Exploration de l'allergie oculaire. Rapport SFO 2015, *Surface oculaire*, Elsevier: 259-264.
 4. FAUQUERT JL. Le bilan allergologique et le désensibilisation. Pourquoi, quand, comment et pour quel patient? *Les Cahiers d'Ophtalmologie*, 2014, n°183:52-55.
 5. LEONARDI A, DOAN S, FAUQUERT JL *et al.* Diagnostic tools in ocular allergy. *Allergy*, 2017;72:1485-1498.
 6. MERCIER M, DOAN S, ELAOUANE I *et al.* Omalizumab for severe allergic keratoconjunctivitis: A case series. *J Allergy Clin Immunol Pract*, 2023;22: S2213-2198.
 7. DOAN S, PAPADOPOULOS NG, LEE JK *et al.* Vernal keratoconjunctivitis: Current immunological and clinical evidence and the potential role of omalizumab. *World Allergy Organ J*, 2023;15;16.

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