Numéro Spécial Mai 2016

réalités
Thérapeutiques en DERMATO-VÉNÉROLOGIE

Prise en charge de la pathologie allergique de la surface et du contour oculaires

Jean-Luc Fauquert

Prise en charge de la pathologie allergique de la surface et du contour oculaires

RÉSUMÉ : Les symptômes de l'allergie oculaire, dominés par le prurit local, sont faciles à reconnaître, même s'ils sont partagés par d'autres pathologies non allergiques de la surface oculaire, en particulier la rosacée et la sécheresse oculaire. L'examen de l'ophtalmologiste est important pour éliminer une complication ou une forme frontière.

L'allergie médiée par les IgE est l'étiologie la plus fréquente des conjonctivites allergiques. L'allergie non médiée par les IgE est moins fréquente depuis l'utilisation de collyres sans additifs. La rosacée oculaire et la sécheresse oculaire, lorsqu'elle est isolée, ne nécessitent pas le recours à l'allergologue.

Pour la prise en charge de l'allergie oculaire, le dermatologue doit rester vigilant quant aux effets secondaires des topiques, dermatologiques ou collyres. Les corticoïdes restent les plus efficaces dans cette pathologie. La ciclosporine locale est une voie d'avenir, car bien tolérée. Elle permet une épargne cortisonée et une amélioration de la qualité de vie.

→ **JEAN-LUC FAUQUERT**
Consultation d'Ophtalmologie et Allergie, Service Ophtalmologie, CHU Gabriel-Montpied, CLERMONT-FERRAND.
Unité d'Allergologie de l'enfant, CHU Estaing, CLERMONT-FERRAND.

L'allergie oculaire nécessite une prise en charge pluridisciplinaire. Le dermatologue joue un rôle non négligeable et il importe qu'il connaisse les particularités de l'allergie oculaire, mais aussi celles de la pathologie qui peut simuler l'allergie oculaire.

Clinique de la pathologie de la surface oculaire et dermatologie

Les symptômes de la conjonctivite allergique sont accessibles à tout clinicien. Ils sont dominés par le prurit, auquel peuvent s'associer un larmoiement et une rougeur oculaire. Ces signes peuvent aussi annoncer d'autres pathologies non allergiques de la surface oculaire, comme l'œil sec ou la rosacée oculaire. Lorsqu'ils sont plus intenses, certains symptômes nécessitent une consultation ophtalmologique pour préciser le diagnostic : prurit très intense qui confine à la douleur oculaire, sécrétions qui collent les paupières et, surtout, photophobie constatée dans la vie de tous les jours, voire baisse de l'acuité visuelle. L'œdème local n'atteint parfois que la conjonctive sous forme de chémosis mais, si la pathologie est aiguë, l'œdème palpébral peut être impressionnant (***fig. 1***).

Fig. 1 : Œdème palpébral.

L'examen de l'ophtalmologiste permettra d'optimiser la prise en charge thérapeutique, surtout dans les cas difficiles :

>>> **L'interrogatoire** permet de juger de l'intensité des symptômes, et notamment de la sécheresse oculaire qui peut générer une sensation de brûlure, de sable dans les yeux ou une simple sécheresse ressentie par le patient.

>>> **L'inspection** de la surface oculaire apprécie un éventuel œdème palpébral, la qualité des cils qui peuvent être englués dans des croûtes, l'existence d'une inflammation du rebord palpébral, témoignant d'une blépharite (***fig. 2***), ainsi que l'état cutané des paupières où un eczéma peut n'être visible que sur la paupière fermée. À distance plus ou moins éloignée, une atteinte dermatologique peut orienter le diagnostic vers une rosacée oculaire, qui n'implique pas obligatoirement un déclenchement de nature allergénique (***fig. 3***).

>>> **La palpation** permet d'exprimer les glandes de Meibomius, dont le contenu peut s'extraire plus ou moins difficilement du rebord palpébral, témoignant d'un meibomite (***fig. 4***).

Fig. 2 : Blépharite.

Fig. 3 : Rosacée de faible intensité.

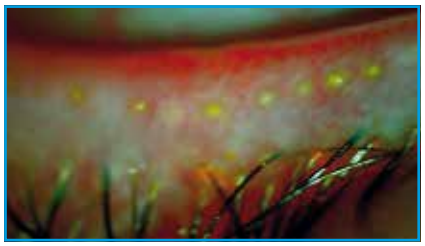


Fig. 4 : Dysfonctionnement meibomien : les orifices des glandes de Meibomius sont bien visibles après application de fluorescéine.

>>> **L'examen à la lampe** à fente évalue, sur la paupière retournée, la qualité de la conjonctive tarsale et bulbaire, l'existence de follicules ou de papilles (***fig. 5***), la présence éventuelle de fibrose, l'aspect du limbe qui peut être le siège d'une tuméfaction circonférentielle ou de granulations dites de Trantas (***fig. 6***). Après instillation d'une goutte de fluorescéine, l'aspect de la cornée est analysé :

Fig. 5 : Paupière retournée : présence de papilles géantes.

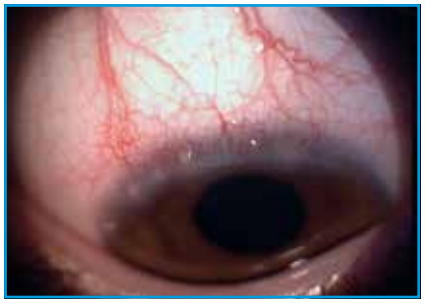


Fig. 6 : Grains de Trantas au niveau du limbe (jonction conjonctivite-cornée).

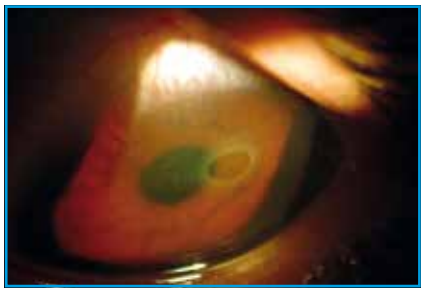


Fig. 7 : Ulcère cornéen.

celle-ci peut être le siège d'une kératite ponctuée, pourvoyeuse de photophobie, voire d'ulcère vernal responsable de douleur oculaire (***fig. 7***) et, dans les cas les plus intenses, de plaque vernale qui justifie le recours à une kératectomie chirurgicale.

>>> **La qualité du film lacrymal** est analysée sur le temps de rupture du film lacrymal (*Break Up Time*, BUT). Sa quantité est jugée sur le test de Schirmer. La mesure de ce BUT est importante, car une sécheresse oculaire s'associe souvent à l'allergie oculaire, en particulier dans les formes sévères. Par ailleurs, même lorsqu'elle est isolée, la sécheresse oculaire peut simuler les symptômes d'une allergie oculaire.

>>> **L'étude de la réfraction** ne fait pas partie de l'examen de la surface oculaire, mais il faut connaître la possibilité d'exacerbation des signes de l'allergie oculaire sous l'effet de troubles de la réfraction mal corrigés.

Les entités pathologiques en cause ne relèvent pas toutes de l'allergie oculaire [1]. En l'absence de signe de gravité, le diagnostic peut être fait par le généraliste, le pédiatre ou le dermatologue. Les **formes bénignes de conjonctivites** sont distinguées selon leur profil évolutif : aiguës, saisonnières ou perannuelles. Elles répondent le plus souvent à une allergie médiée par les IgE vis-à-vis des pneumallergènes d'exposition itérative (phanères d'animaux), saisonnière (pollens), ou plus ou moins permanente (aca-

riens, moisissures). Les **conjonctivites sévères** (kératoconjonctivite vernale et kératoconjonctivite atopique) imposent le recours à l'ophtalmologiste en vue d'un suivi au long cours. Il s'agit des conjonctivites compliquées d'atteinte cornéenne. Celle-ci peut être modérée (kératite ponctuée superficielle), intense (kératite pancornéenne) ou majeure (ulcère cornée, voire plaque vernale, source de séquelles). En cas d'allergie non médiée par les IgE, la conjonctive peut s'accompagner de **blépharite, d'eczéma des paupières,** qui justifient le recours à l'allergologue pour rechercher une sensibilisation à un allergène de contact. Enfin, les signes d'appel palpébraux peuvent orienter vers une **rosacée oculaire** (blépharite avec meibomite, conjonctivite phlycténulaire), éventuellement associée à une rosacée dermatologique. L'**œil sec** est parfois plus difficile à diagnostiquer. Le contexte de survenue peut faciliter le diagnostic : sujet âgé, polymédicamenté, avec parfois des troubles de la vision mal corrigés, sans contexte d'atopie. Il en est de même pour les **conjonctivites gigantopapillaires** des porteurs de lentilles.

Quels patients adresser à l'allergologue ?

Les patients suspects d'allergie médiée par les IgE justifient la pratique d'un bilan complémentaire. La recherche préalable d'un terrain atopique est essentielle, car elle augmente la suspicion d'allergie immédiate. Le clinicien doit interroger son patient sur ses antécédents personnels ou familiaux proches (père, mère, fratrie) d'atopie, dont pourraient témoigner un eczéma atopique, une rhinite allergique, un asthme allergique, une allergie alimentaire ou une anaphylaxie. En cas de doute, le contrôle de la NFS, à la recherche d'une hyperéosinophilie (> 500/mm^3), et la positivité du Phadiatop® peuvent aider. On peut surseoir à la pratique du bilan allergique lorsque le traitement des symptômes est efficace, ou lorsque le responsable allergénique est évident dès l'interrogatoire car les symptômes succèdent rapidement, dans l'heure, à l'exposition allergénique (par exemple, dans certains cas d'allergie aux phanères d'animaux). Les *prick tests* aux pneumallergènes ainsi que les dosages sériques d'IgE spécifiques indiquent tous deux une sensibilisation systémique chez le patient. La preuve de la responsabilité de l'allergène dans la pathologie en cause est convaincante lorsque l'exposition du patient à l'allergène coïncide avec la survenue des symptômes oculaires. Cela peut être, en particulier, le cas dans les conjonctivites aiguës et les conjonctivites saisonnières.

Lorsque l'interrogatoire n'emporte pas la conviction, devant une forme aiguë récidivante ou une forme perannuelle, un test de provocation conjonctivale allergénique (TPCA) est indiqué. Il en est de même lorsque les pneumallergènes supposés responsables sont nombreux [2]. Ces cas de polysensibilisation sont de plus en plus fréquents. Ainsi, une pollinose peut prendre une allure presque perannuelle lorsque le patient est allergique aux pollens d'arbres (symptômes en février-mars, voire en janvier), de graminées (symptômes en avril-mai-juin) et d'herbacées (symptômes en juillet-août-septembre). Les kératoconjonctivites sont, elles aussi, souvent déclenchées par une allergie médiée par les IgE, ce qui impose un TPCA, souvent pratiqué en milieu hospitalier.

Les patients suspects d'allergie non médiée par les IgE présentent des blépharo-conjonctivites ou de l'eczéma des paupières. Les formes sévères de kératoconjonctivites peuvent aussi bénéficier de l'exploration d'une allergie de contact. L'allergie de contact peut être suspectée dès l'interrogatoire si les symptômes se réduisent en période de congés (allergie professionnelle) ou après l'arrêt d'utilisation de certains traitements (additifs de collyres en particulier), ou de cosmétiques (allergie de contact aux produits de maquillage ou de toilette) [3, 4]. L'allergologue pratique alors une série de *patch tests*, qui seront appliqués à travers des chambres d'occlusion et laissés en place pendant 48 heures (***fig. 8***). Il utilise, par principe, la batterie européenne, qui comporte les allergènes de contact les plus fréquents, et ajoute les allergènes suspectés à l'interrogatoire du patient. La lecture, à 12 heures et 3 jours après l'ablation, doit être interprétée par l'allergologue. La pertinence d'un *patch test* n'est pas toujours évidente. D'autres tests d'application soit isolée, soit répétée peuvent être proposés, comme des tests ouverts ou des tests pour explorer la photosensibilisation.

Fig. 8 : *Patch tests* aux allergènes de contact.

Dans certains cas, le bilan allergique est inutile car il ne contribue pas à la prise en charge. En effet, certaines pathologies de la surface oculaire, dont l'expression clinique est proche de celle des conjonctivites allergiques, ne sont en réalité pas liées à une exposition allergénique. Elles ne justifient pas de pratiquer un bilan allergique : il s'agit de la conjonctivite gigantopapillaire des porteurs de lentille, autrefois classée parmi les conjonctivites allergiques, ainsi que de la rosacée oculaire et de l'œil sec [1].

En consultation spécialisée d'ophtalmo-allergologie, des bilans comparatifs, sanguin et lacrymal, permettent de juger plus précisément de l'inflammation allergique locale. Pour ce faire, la recherche locale d'éosinophiles, des dosages lacrymaux d'ECP, d'IgE totales

POINTS **FORTS**

- Les symptômes de l'allergie oculaire – prurit, rougeur oculaire, larmoiement – sont partagés par d'autres pathologies, non allergiques, de la surface oculaire.
- L'allergie médiée par les IgE est l'étiologie la plus fréquente des conjonctivites aiguës et saisonnières, ainsi que des conjonctivites perannuelles. L'allergie non médiée par les IgE provoque des blépharo-conjonctivites et de l'eczéma de contact qui justifient la recherche d'allergènes de contact.
- Un test de provocation conjonctivale allergénique peut être nécessaire pour prouver la responsabilité d'un allergène aéroporté.
- Les soins d'hygiène sont importants dans la prise en charge de l'allergie oculaire. La tolérance aux soins locaux hydratants et émollients doit toujours être analysée.
- Le dermatologue doit rester vigilant quant aux effets secondaires des topiques, dermatologiques ou collyres.
- Les corticoïdes locaux sont réservés aux périodes d'activation des symptômes des formes sévères d'allergie oculaire, sous prescription ophtalmologique.
- La ciclosporine permet une épargne de stéroïdes et réduit le risque d'effets secondaires des corticoïdes.

ou spécifiques, voire des dosages de médiateurs de l'inflammation allergique, peuvent être proposés [5].

Comment prendre en charge l'allergie oculaire et son impact cutané ?

La prise en charge thérapeutique de l'allergie oculaire est par nature multidisciplinaire. L'altération de la qualité de vie est souvent importante chez les patients atteints de conjonctivite. Les intervenants de première ligne sont les pharmaciens, les médecins généralistes et les pédiatres. Les allergologues, les ophtalmologistes et les dermatologues sont impliqués dans la prise en charge initiale ainsi que dans le suivi au long cours.

Le principal rôle du dermatologue concerne la tolérance locale et les effets secondaires des traitements. L'évolution des symptômes à l'arrêt de certains traitements est donc un élément essentiel à recueillir par l'interrogatoire. Chaque spécialiste doit connaître les principaux traitements, leurs intérêts et leurs limites, afin d'assurer une cohérence et une hiérarchie dans la thérapeutique.

1. Les soins d'hygiène et d'entretien sont importants

>>> **Le lavage oculaire** est essentiel. Il réduit la charge allergénique recueillie par la surface oculaire, limite l'accumulation souvent mal vécue de secrétions et de facteurs inflammatoires divers. Appliqués rafraîchis, ces soins sont souvent très appréciés par les patients.

>>> **Les larmes artificielles** peuvent être indiquées même en l'absence d'altération quantifiée du film lacrymal. Elles réduisent à la fois les symptômes et les signes de l'allergie conjonctivale [6]. En pratique, le patient utilisera les formes non conservées ou celles avec réabsorption des additifs, 3 à 6 fois par jour, selon le confort ressenti.

>>> **L'application cutanée de traitements hydratants et émollients** est essentielle lorsque les paupières sont le siège de lésions eczématisées chroniques ou irritatives. Là aussi, le confort ressenti par le patient est le principal critère d'utilisation, une fois éliminées les molécules susceptibles de réactions irritatives ou d'effets secondaires par hypersensibilité non IgE médiée. La sécurité d'emploi doit être au premier rang des préoccupations du thérapeute chez ces patients en proie à un inconfort oculaire souvent intense.

>>> **Les soins des paupières** sont importants lorsqu'une meibomite a été mise en évidence. Ils permettent de fluidifier les secrétions issues des glandes de Meibomius et de réduire ainsi l'altération qualitative du film lacrymal, facteur important de la pérennisation de la rosacée oculaire. Ils peuvent être facilités par l'utilisation de lunettes chauffantes. Ils peuvent générer une aggravation transitoire des symptômes de la surface oculaire. On leur associe souvent un traitement local séquentiel par une antiobiothérapie à visée anti-inflammatoire [7].

2. Les traitements symptomatiques locaux sont la base du traitement de fond et la principale modalité du traitement des formes bénignes de conjonctivites [8]

>>> **Les stabilisants de la membrane du mastocyte** inhibent la dégranulation des mastocytes et la libération de médiateurs préformés pro-inflammatoires, ainsi que la synthèse de certains médiateurs inflammatoires. Ils interviennent ainsi sur la phase précoce et la phase tardive de la réaction allergique médiée par les IgE, en particulier sur le prurit et l'hyperhémie. Ils sont plus efficaces

s'ils sont instillés avant le contact avec l'allergène. Leur durée d'action courte impose de nombreuses instillations. En dehors des exceptionnelles réactions d'irritation à l'instillation, leurs effets secondaires sont rares.

>>> **Les antihistaminiques locaux** agissent par antagonisme sur les récepteurs à l'histamine et bloquent ainsi les effets inflammatoires de l'histamine endogène. Ils réduisent donc les symptômes consécutifs à la libération d'histamine. Certains d'entre eux ont une action supplémentaire sur les médiateurs responsables de la phase tardive de l'inflammation allergique. Ils exposent très peu au risque d'effets secondaires et ont une action plus rapide et plus intense que les précédents. On préférera les formes les plus récentes et non conservées.

>>> **Les collyres à double action,** à la fois anti-H1 et antidégranulants, agissent d'une part en inhibant la dégranulation des mastocytes et, d'autre part, en tant qu'anti-récepteurs H1. Leur action rapide favorise l'observance thérapeutique. Leur durée d'action permet une seule instillation matin et soir. Ils sont donc très largement utilisés actuellement car bien tolérés, y compris au long cours (formulations sans conservateurs).

>>> **Les anti-inflammatoires locaux** agissent sur l'inflammation allergique, en inhibant la production et le relargage des médiateurs de l'inflammation, et sont extrêmement efficaces. Sous forme de collyre, ils sont utilisés dans les conjonctivites sévères en cas de complication cornéenne, avec l'accord de l'ophtalmologiste, souvent en association avec les pommades cicatrisantes. Leur utilisation au long cours est exclue dans cette pathologie du fait de leurs effets secondaires : glaucome cortisonique (qui s'autonomise parfois même à l'arrêt des corticoïdes) et cataracte précoce. Les flashs de corticoïdes prescrits par l'ophtalmologiste permettent de passer un cap pour le patient, mais leur répétition doit orienter vers un traitement de fond plus incisif. L'association de corticoïdes et d'antibiotiques locaux sous forme de pommade ophtalmique est utilisée dans les formes sévères de blépharites et blépharo-conjonctivites. Les collyres non stéroïdiens sont peu utilisés en pratique quotidienne, car il sont assez mal tolérés à l'instillation et peuvent induire au long cours des décompensations cornéennes avec œdèmes chroniques.

>>> **Les dermocorticoïdes** sont utilisés pour le traitement local des eczémas. La qualité du revêtement cutané palpébral impose de limiter les applications aux formes à activité faible ou modérée, et d'assurer une surveillance dermatologique.

3. Les traitements systémiques

>>> **Les antihistaminiques *per os*** ont une action sur le prurit. De plus, leur effet sur les autres composantes de la réaction allergique, en particulier nasale, fait d'eux une base du traitement de l'allergie oculaire, mais aussi de l'ensemble des affections inflammatoires de la surface oculaire [9]. Utilisés par voie générale, ils favorisent la réduction des symptômes, mais ils exposent, en particulier pour les moins récents, à des effets secondaires systémiques voire locaux, comme une accentuation de la sécheresse oculaire. En pratique, ils sont surtout utilisés en cas de conjonctivite associée à la rhinite.

>>> **L'immunothérapie allergénique** est le seul traitement à visée étiologique [10]. Elle est basée sur la mise en évidence d'un allergène responsable. Lorsqu'un doute persiste sur la responsabilité d'un allergène, ou en cas de polysensibilisation, on pratiquera un test de provocation conjonctivale allergénique [2]. Les modalités de l'immunothérapie à visée oculaire sont particulières. La dose initiale doit être faible, les incrémentations doivent être lentes. On préférera la voie sublinguale.

4. Les traitements d'exception sont utilisés en particulier dans les formes sévères de l'allergie oculaire.

>>> **La ciclosporine,** par son action sur la calcineurine, intervient sur la différenciation lymphocytaire B. Les formes topiques n'ont pas les effets secondaires constatés avec les formes systémiques. Le collyre à 0,05 % est utilisé dans la sécheresse oculaire. Des formes galéniques à 0,5, 1 % et 2 %, préparées par des pharmacies centrales des hôpitaux, permettent son utilisation en tant que traitement de fond de la rosacée oculaire et de certaines kératoconjonctivites sévères [11].

>>> **Le tacrolimus** (FK 506) est employé en dermatologie en cas d'eczéma résistant à un traitement corticoïde local bien conduit. Le principe actif a été utilisé pour réduire le traitement de fond immunosuppresseur avec des résultats discutés. L'eczéma sévère des paupières reste donc une indication de ce traitement, dont la prescription est réservée aux dermatologues et aux pédiatres. Son indication est par conséquent réservée à des cas particuliers, par exemple lorsqu'une atteinte inflammatoire locale majeure ne peut être limitée, ou devant une kératoconjonctivite atopique résistante.

>>> **L'omalizumab** est un anti-IgE monoclonal, dont les indications sont limitées actuellement à l'asthme sévère et à l'urticaire chronique lorsque ces affections ne sont pas contrôlées par le traitement conventionnel. La prescription est restreinte aux pneumologues et pédiatres, à partir d'un dosage sérique d'IgE totales. Cette molécule suscite des espoirs pour certaines formes de kératoconjonctivites résistantes au traitement.

Conclusion

En pratique, la prise en charge de l'allergie oculaire est donc difficile, car

elle nécessite une collaboration étroite entre l'ophtalmologiste, l'allergologue et le dermatologue. Pour ce dernier, le contrôle des effets secondaires des traitements locaux est important, car il devra assurer le suivi des signes dermatologiques associés à la pathologie oculaire.

Bibliographie

1. Leonardi A, Bogacka E, Fauquert JL *et al.* Ocular allergy: recognizing and diagnosing hypersensitivity disorders of the ocular surface. *Allergy*, 2012;67:1327-1237.
2. Fauquert JL, Jedrzejczak-Czechowicz M, Rondon C *et al.* Conjunctival Provocation Test: guidelines for daily practice. *Allergy*, 2016. À paraître.
3. Collet E, Castelain M, Milpied B. Œil, paupières et allergènes de contact. *Revue française d'allergologie,* 2011;51:318-322.
4. Giordano-Labadie F, Lepoittevin JP, Calix I *et al.* Allergie de contact aux bêta-bloqueurs en collyre: allergie croisée? *Ann Dermatol Venereol*, 1997;124:322-324.
5. Dalens H, Fauquert JL, Chatron P *et al.* Kératoconjonctivite vernale de l'enfant: clinique et exploration complémentaire à propos de 22 cas. *J Fr Ophtalmol*, 1998; 21:471-478.
6. Bilkhu PS, Wolffsohn JS, Naroo SA *et al.* Effectiveness of nonpharmacologic treatments for acute seasonal allergic conjunctivitis. *Ophthalmology*, 2014;121:72-78.
7. Doan S, Gabison E, Chiambaretta F *et al.* Efficacy of azithromycin 1.5% eye drops in childhood ocular rosacea with phlyctenular blepharokeratoconjunctivitis. *J Ophthalmic Inflamm Infect*, 2013; 22;3:38.
8. Bielory BP, O'Brien TP, Bielory L *et al.* Management of seasonal allergic conjunctivitis: guide to therapy. *Acta Ophthalmol*, 2012;90:399-407.
9. Ackerman S, Smith LM , Gomes PJ. Ocular itch associated with allergic conjunctivitis: latest evidence and clinical management. *Ther Adv Chronic Dis,* 2016;7: 52-67.
10. Calderon MA, Penagos M, Sheikh A *et al.* Sublingual immunotherapy for allergic conjunctivitis: Cochrane systematic review and meta-analysis. *Clin Exp Allergy*, 2011;41:1263-1272.
11. Doan S, Gabison E, Abitbol O *et al.* Efficacité de la ciclosporine A en collyre à 2 % en tant qu'épargneur de corticoïdes dans le traitement de la kératoconjonctivite vernale corticodépendante. *J Fr Ophtalmol*, 2007;30:697-701.

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

Réalités Thérapeutiques en Dermato-Vénérologie – Numéro Spécial – Mai 2016
Éditeur : Performances Médicales – 91, avenue de la République – 75011 Paris
Numéro de commission paritaire : 0117 T 81119 – ISSN : 1155-2492
Directeur de la publication : Dr Richard Niddam
Tél. : 01 47 00 67 14 – Fax : 01 47 00 69 99 – E-mail : info@performances-medicales.com
Imprimerie Bialec – Nancy
Image de couverture : © Re_Sky @ Shutterstock

LA ROCHE-POSAY
LABORATOIRE DERMATOLOGIQUE

Irritations palpébrales, eczéma de contact, dermatite atopique et dermite séborrhéique.

TOLERIANE ULTRA CONTOUR YEUX

SOIN APAISANT ANTI-POCHES ANTI-IRRITATIONS

Apaisement immédiat
[Neurosensine™]

Réduction des poches
[Niacinamide]

Hydratation
[Glycerine]

Haute sécurité
Pack hermétique / Formule épurée

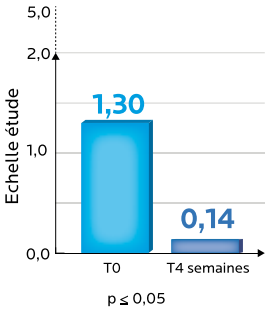
Testé sous contrôle dermatologique et ophtalmologique

Recommandé par l'AFPRAL
Association Française pour la Prévention des Allergies

Efficacité démontrée dans une étude clinique*

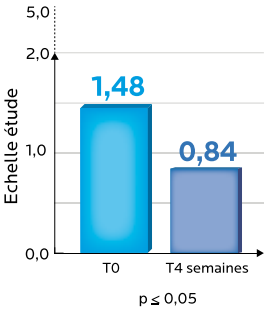
Réduction significative sur

LES IRRITATIONS PALPÉBRALES



p ≤ 0,05

LES POCHES PÉRIOCULAIRES



p ≤ 0,05

Utilisation :
1 application matin & soir sur le contour des yeux

À utiliser seul ou en complément de vos traitements

Ceci est un produit cosmétique
* Étude clinique sur 105 personnes à la peau sensible (26 personnes pour l'eczéma de paupière, 26 personnes pour la dermatite séborrhéique, 27 pour la dermatite atopique, 26 pour l'eczéma de contact.). Application de TOLERIANE ULTRA CONTOUR YEUX matin et soir pendant 4 semaines.