

# Reconnaître et traiter une allergie oculaire



## → B. MORTEMOUSQUE

Service d'Ophtalmologie,  
CHU Bordeaux, Hôpital Pellegrin,  
BORDEAUX.

La première chose est de définir ce que l'on appelle "expression ophtalmologique d'une allergie". Pour l'allergologue, il s'agit d'une entité étiologique qui regroupe toutes les conjonctivites déclenchées par un ou plusieurs allergènes. Le mécanisme physiopathologique retenu est une réponse de type immédiat (anaphylaxie). Ces manifestations peuvent être aiguës ou chroniques. Pour l'ophtalmologiste, il s'agit d'une entité clinique regroupant les conjonctivites saisonnières et perannuelles, et les kérato-conjonctivites vernaes et atopiques. Les allergies de contact peuvent également être retenues.

## Signes et manifestations

Bien que très variée, la clinique des manifestations oculaires allergiques ne présente que peu de signes et symptômes spécifiques. C'est avant tout la combinaison des signes et symptômes, ainsi que des données recueillies à l'interrogatoire qui vont orienter le diagnostic.

>>> Ainsi, le **prurit oculaire** est le principal symptôme d'allergie. Il est lié à la libération d'histamine. Il est présent dans toutes les manifestations allergiques oculaires avec cependant une expression plus ou moins marquée.

>>> Le **larmolement** aussi fait partie des signes. Il évoque une conjonctivite mais aussi une kératite.

>>> La **rougeur oculaire** est non spécifique de l'allergie mais pourra orienter vers elle malgré tout lorsqu'elle est isolée.

>>> La **photophobie** orientera vers une kératite épithéliale tout comme la douleur.

Enfin, certains signes et symptômes moins spécifiques et communs à d'autres pathologies de la surface oculaire (comme la sécheresse oculaire), comme les sécrétions matinales, les sensations de corps étranger, de brûlures oculaires peuvent se rencontrer lors d'allergie oculaire.

L'**interrogatoire** prend donc toute son importance. Il recherchera les

antécédents personnels ou familiaux d'allergie, la notion d'unité de temps et de lieu (qui permettra d'orienter vers un allergène), des éléments sur l'environnement du patient (professionnel, personnel, habitus...). Il s'intéressera aussi à la prise en charge antérieure de la maladie allergique, si elle est connue. Enfin, les autres antécédents médicaux seront à rechercher (ex. : prise antérieure de collyre, maladie auto-immune, pathologie dermatologiques, traitements généraux pouvant altérer la surface oculaire...).

Pour finir, l'ophtalmologiste s'attardera sur l'**aspect clinique** : hyperhémie conjonctivale, les papilles de petites tailles ou géantes, les follicules, le chémosis, les sécrétions, la limbite, sans oublier les signes lacrymaux, en particulier l'instabilité du film lacrymal (raccourcissement du *Break-up time*). Seront également à rechercher : les kératites (dont la topographie sera tout aussi importante que la présence pour l'orientation diagnostique), l'eczéma des paupières, la blépharite associée et la baisse d'acuité visuelle.

## Prise en charge et traitement

### 1. Première étape

La prise en charge thérapeutique passe d'abord par l'**identification de la forme clinique** de la conjonctivite allergique et par là-même de la physiopathologie des manifestations. Les mécanismes ainsi identifiés conduiront à l'utilisation

## MISES AU POINT INTERACTIVES

adaptée des moyens thérapeutiques mis à notre disposition.

D'un point de vue logique et évident, l'identification d'un allergène causal va orienter en priorité vers l'éviction ou l'évitement de l'allergène et vers des règles hygiéniques simples (ex. : douche) mais efficaces. Cette identification passe par le bilan allergologique (prick-test, Rast, test de provocation conjonctivale...). Les autres moyens symptomatiques à notre disposition sont : les lavages oculaires et substituts lacrymaux utiles, quelle que soit la forme clinique de la conjonctivite ou de la kératoconjonctivite allergique ; les cataplasmes froids calmant le prurit ; les protections solaires, capitales dans les kératites ; les hydratants cutanés et la prise en charge des dysfonctionnements meibomiens. On peut aussi conseiller d'éviter de se frotter les yeux. Ces moyens simples seront à préconiser dans la majorité pour ne pas dire la totalité des manifestations allergiques oculaires.

### 2. Deuxième étape

Le deuxième temps de la prise en charge va passer par **la pharmacopée**.

**Les antidégranulants mastocytaires**, dont l'utilisation est topique, sont de loin les premiers traitements uti-

lisés dans les manifestations oculaires allergiques. Leur caractère non conservé, l'implication des mastocytes et leur effet préventif les ont placés au premier rang. Certains avancent en plus des effets autres (anti-leucotriène, anti-complément...). Cette suprématie va peut-être être mise à mal avec l'arrivée de nouvelles molécules anti-histaminiques locales non conservées, ou d'anti-H1 à effet multiple (anti-H1, antidégranulant, anti-inflammatoire au sens large...) conservés ou non.

**Ces anti-H1 locaux** vont bloquer l'expression de l'histamine (prurit et rougeur conjonctivale), diminuant fortement les manifestations cliniques. En cas d'effet multiple, ils bloqueront la réponse allergique à plusieurs endroits de la cascade, procurant en théorie des effets comparables à l'utilisation de plusieurs classes thérapeutiques.

**Les anti-H1 généraux** ont aussi leur place dans l'arsenal. Ils seront à prescrire en priorité en cas de manifestations oculaires associées à d'autres manifestations allergiques générales (rhinite, asthme...).

**Les corticoïdes locaux (ou généraux)** vont prendre tout leur intérêt lors d'atteintes cornéennes mettant en jeu le pronostic visuel du patient, ou lors d'atteintes palpébrales sévères. Leur uti-

lisation inappropriée expose le patient à une corticodépendance faisant courir des risques de complications iatrogènes importantes (cataractes, glaucomes, risques infectieux...).

**L'apport des immunosuppresseurs** est alors un outil capital pour économiser l'utilisation des corticoïdes.

**Les anti-inflammatoires non stéroïdiens** ne sont encore que très peu utilisés pour la prise en charge des manifestations allergiques oculaires.

### 3. Troisième étape

Le troisième volet de la prise en charge passera par l'immunothérapie spécifique, qui prendra toute sa place lorsque l'allergène causal sera identifié. Elle est le seul traitement causal susceptible de modifier l'histoire naturelle de la maladie allergique. La prise en charge psychologique du patient et de son entourage sera indispensable en cas de formes sévères invalidantes. Tout comme le recours à la chirurgie s'imposera en cas de plaque vernale, complication cornéenne des kératoconjonctivites du même nom.

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