



Disponible en ligne sur

ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France

EM|consulte
www.em-consulte.com



Les phénotypes des conjonctivites dans la marche allergique

Phenotypes of ocular allergy

M.J. Vasconcelos^a, D. Silva^{a,b}, J. Palmares^c, J.L.D. Delgado^{a,*,b}

^a Service d'allergie et immunologie clinique, Centro Hospitalar Universitário de São João, 4150-378 Porto, Portugal

^b Service d'immunologie basique et clinique, département de pathologie, Faculdade de Medicina, Universidade do Porto, Porto, Portugal

^c Unité d'ophtalmologie, Hospital Lusíadas, Porto, Portugal

INFO ARTICLE

Historique de l'article :

Reçu le 10 février 2020

Accepté le 11 février 2020

Disponible sur Internet le xxx

Mots clés :

Allergie oculaire

Conjonctivites

Hypersensibilité

Surface oculaire

Keywords:

Ocular allergy

Conjunctivitis

Hypersensitivity

Ocular surface

1. Introduction

L'allergie oculaire englobe l'ensemble des entités déclenchées par des mécanismes d'hypersensibilité situés sur la surface oculaire. Environ un cinquième de la population mondiale souffre de maladies allergiques et 40 à 60 % de ces patients présentent des symptômes oculaires, avec un impact potentiel sur la qualité de vie [1,2].

Les symptômes oculaires peuvent être la présentation dominante d'une sensibilisation allergique ou être associés à d'autres manifestations, en particulier la rhinite, allant des formes légères et intermittentes aux formes graves et chroniques qui peuvent affecter la vision.

Il ne s'agit pas d'une seule entité clinique, mais de plusieurs formes d'allergie oculaire qui diffèrent par leurs pathogenèses, leurs mécanismes d'hypersensibilité, leurs critères diagnostiques et leurs prises en charge.

La reconnaissance des signes, symptômes et physiopathologie de ces différentes formes est très utile pour un diagnostic et une stratégie thérapeutique corrects, nécessitant souvent une approche multidisciplinaire.

2. L'allergie oculaire dans la marche allergique

La marche atopique décrit la relation temporelle dans l'histoire naturelle des maladies atopiques, chez des individus prédisposés. La rhinoconjonctivite allergique n'est généralement pas observée au cours des deux premières années de vie. Cependant, les enfants peuvent développer des anticorps IgE spécifiques des années avant et une sensibilisation précoce aux aéroallergènes indique un risque plus élevé de manifestations conjonctivales, nasales et bronchiques dans les années suivantes [3].

Selon le concept de « une voie aérienne, une maladie » dans lequel la rhinite, la conjonctivite et l'asthme sont considérés comme des manifestations différentes de la même maladie, il a été démontré que la présence de symptômes oculaires est associée à un plus grand nombre de sensibilisations aux aéroallergènes et à des manifestations plus graves de la maladie allergique [4].

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : ldelgado@med.up.pt (J.L.D. Delgado).

La classification de l'allergie oculaire est complexe en raison de l'absence d'une nomenclature commune et des études épidémiologiques valables. En 2012, une nouvelle classification des réactions d'hypersensibilité de la surface oculaire basée sur le mécanisme immunologique regroupe sous allergie oculaire (IgE et non-IgE médiée) et sous hypersensibilité oculaire non allergique, les principales phénotypes cliniquement distincts – conjonctivite allergique saisonnière, conjonctivite allergique pérannuelle, kératoconjonctivite vernale, kératoconjonctivite atopique, conjonctivite papillaire-géante et blépharoconjonctivite de contact (Fig. 1). Une classification selon l'évolution des symptômes a été suggérée comme intermittente, persistante, légère, modérée à sévère selon les recommandations d'ARIA. Cependant, cette classification n'est pas encore consensuelle et validé [1].

Comme dans d'autres maladies allergiques, différents stades évolutifs de l'inflammation allergique sur la surface oculaire externe peuvent être trouvés. La réaction peut consister principalement d'une inflammation aiguë et transitoire, généralement déclenchée par des aéroallergènes et des IgE liés aux mastocytes ou d'une réaction retardée en raison de la persistance du contact avec l'allergène par une inflammation chronique dominée par des éosinophiles et des lymphocytes T ou même sous d'une forme chronique et persistante qui progresse avec la fibrose et le remodelage des tissus, avec formation de papilles, cicatrisation et blépharite [5].

La conjonctivite allergique saisonnière ou pérannuelle est la forme la plus fréquente d'allergie oculaire et est une réaction allergique typique IgE médiée, généralement associée à une rhinite. Il a été démontré que cette manifestation particulière chez les enfants, contrairement à d'autres formes d'allergie oculaire, est associée à un risque élevé de manifestation future de l'asthme. Les signes et symptômes sont identiques dans les formes saisonnières et pérannuelles et son intensité dépend de l'importance de l'exposition aux allergènes déclenchants. La présentation clinique typique est généralement bilatérale, atteignant rarement la cornée [6].

La kératoconjonctivite vernale est une forme rare d'allergie oculaire, plus répandue et plus grave dans les régions arides du globe. Il s'agit d'une forme persistante et sévère d'allergie oculaire avec une prédominance chez les enfants et adolescents de sexe masculin. Elle apparaît généralement entre les 4 et 12 ans et disparaît à la puberté, par opposition à la conjonctivite allergique saisonnière/pérannuelle.

La présentation clinique est généralement bilatérale, avec des papilles géantes et souvent une atteinte cornéenne [1,5,6]. La moitié des patients présentent une sensibilisation allergique, plus fréquente sous forme tarsienne que sous la forme limbique. Ainsi, l'hypothèse d'une pathogenèse différente entre les phénotypes se pose. La sensibilisation allergique n'explique pas entièrement la sévérité et l'évolution clinique de la maladie [7]. Sont impliqués également les lymphocytes-T, l'activation et l'infiltration massive des éosinophiles, et une hyperréactivité non spécifique.

Bien que la maladie soit le plus souvent spontanément résolutive, certains patients peuvent développer des complications menaçant la vue. Chez les patients sensibilisés aux aéroallergènes, il a été démontré une amélioration des signes et des symptômes avec l'immunothérapie sous-cutanée spécifique aux allergènes et de nouveaux développements sur la sensibilisation allergique dans cette maladie pourraient s'avérer être la prochaine innovation du traitement [8].

La kératoconjonctivite atopique est l'expression oculaire de la dermatite atopique. Elle est la forme d'allergie oculaire présentant le risque de cécité le plus élevé. C'est une maladie rare, mais sa prévalence n'est pas entièrement connue. Elle survient généralement chez les jeunes adultes et persiste jusqu'à la cinquantaine, avec un pic d'incidence entre 30 et 50 ans [1,5].

Sa physiopathologie implique les IgE, les lymphocytes Th1 et Th2, bien que 45 % des patients aient des tests cutanés et des IgE spécifiques pour les aéroallergènes négatifs.

La présentation clinique est généralement bilatérale persistante affectant les paupières, la conjonctive et éventuellement la cornée. Cliniquement similaire à la kératoconjonctivite vernale mais avec un temps d'évolution plus long, qui peut persister tout au long de la vie. Le signe caractéristique est la lésion eczémateuse de la paupière, qui s'épaissit, se durcit et se fissure [1,5].

La kératoconjonctivite papillaire-géante est un syndrome inflammatoire de la conjonctive associé à l'utilisation de lentilles de contact, de prothèses oculaires ou de sutures postopératoires. Elle résulte d'un traumatisme mécanique dû à une agression physique qui conduit à la libération de médiateurs inflammatoires par les cellules épithéliales lésées et pas à un mécanisme immunologique typique [1].

La blépharoconjonctivite de contact est due à une réaction allergique ou irritative à différentes substances appliquées sur la surface

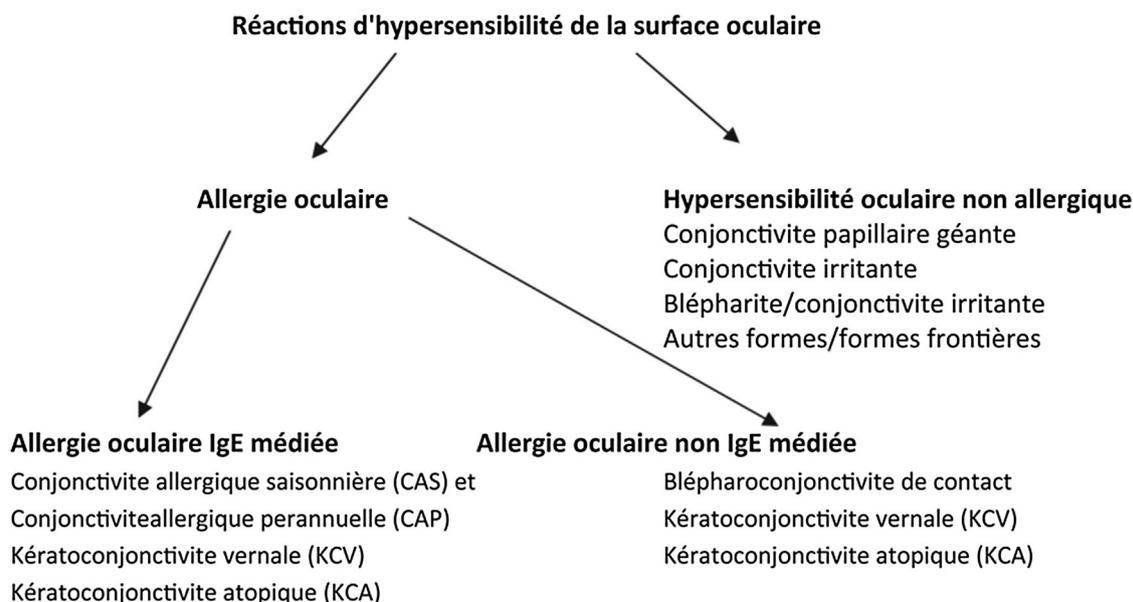


Fig. 1. Classification basée sur la physiopathologie et la terminologie de l'hypersensibilité proposée par la EAACI Task Force [1].

de la paupière ou la conjonctive, comme des médicaments, de conservateurs ou de cosmétiques. Son étiologie est une hypersensibilité de type IV (tardive, non médiée par les IgE) [1,8].

3. Conclusion

Certaines formes d'allergie oculaire comme la conjonctivite allergique saisonnière/pérannuelle, et éventuellement certaines formes particulières de kératoconjonctivite vernale et atopique, participent à la marche allergique. Cependant, d'autres entités telles que la conjonctivite papillaire-géante et la blépharoconjonctivite de contact ne correspondent pas à ce concept.

Déclaration de liens d'intérêts

Les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêts.

Références

- [1] Leonardi A, et al. Allergie oculaire : reconnaître et diagnostiquer les réactions d'hypersensibilité de la surface oculaire. *Rev Fr Allergol* 2014;54(5): 377–88.
- [2] Palmares J, et al. Allergic conjunctivitis: a national cross-sectional study of clinical characteristics and quality of life. *Eur J Ophthalmol* 2010;20(2): 257–64.
- [3] Han H, Roan F, Ziegler SF. The atopic march: current insights into skin barrier dysfunction and epithelial cell-derived cytokines. *Immunol Rev* 2017;278(1):116–30.
- [4] Amaral R, et al. Disentangling the heterogeneity of allergic respiratory diseases by latent class analysis reveals novel phenotypes. *Allergy* 2019;74(4):698–708.
- [5] Bielory L, et al. ICON: diagnosis and management of allergic conjunctivitis. *Ann Allergy Asthma Immunol* 2020;124(2):118–34.
- [6] Leonardi A, et al. Diagnostic tools in ocular allergy. *Allergy* 2017;72(10): 1485–98.
- [7] Fauquert JL, et al. Conjunctival allergen provocation test: guidelines for daily practice. *Allergy* 2017;72(1):43–54.
- [8] Leonardi A, et al. Management of ocular allergy. *Allergy* 2019;74(9):1611–30.