FOCUS SUR L'ŒIL DANS LA DERMATITE ATOPIQUE

Dr VALEILLE – CCA

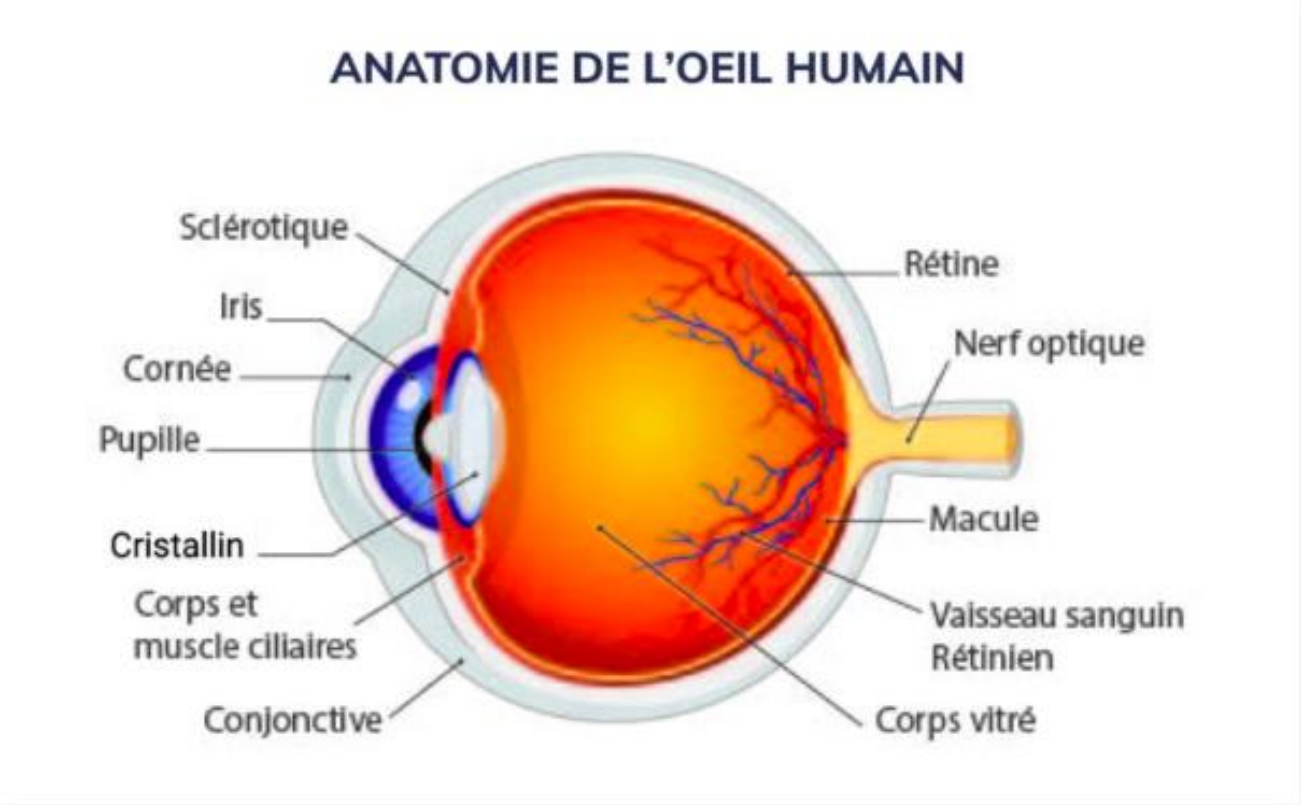
Service d'Immunologie Clinique et d'Allergologie

CHU Lyon Sud

SOMMAIRE

- Anatomie de la sphère oculaire et des paupières
- Panoramas des atteintes oculaires dans la Dermatite atopique (DA)
- Evaluation ophtalmologique systématique dans une cohorte hospitalière
- Comment examiner l'œil de nos patients DA en consultation ?
- Quand adresser chez l'ophtalmologue ?

I. Anatomie de la sphère oculaire



- 2 segments:

-segment antérieur

-segment postérieur

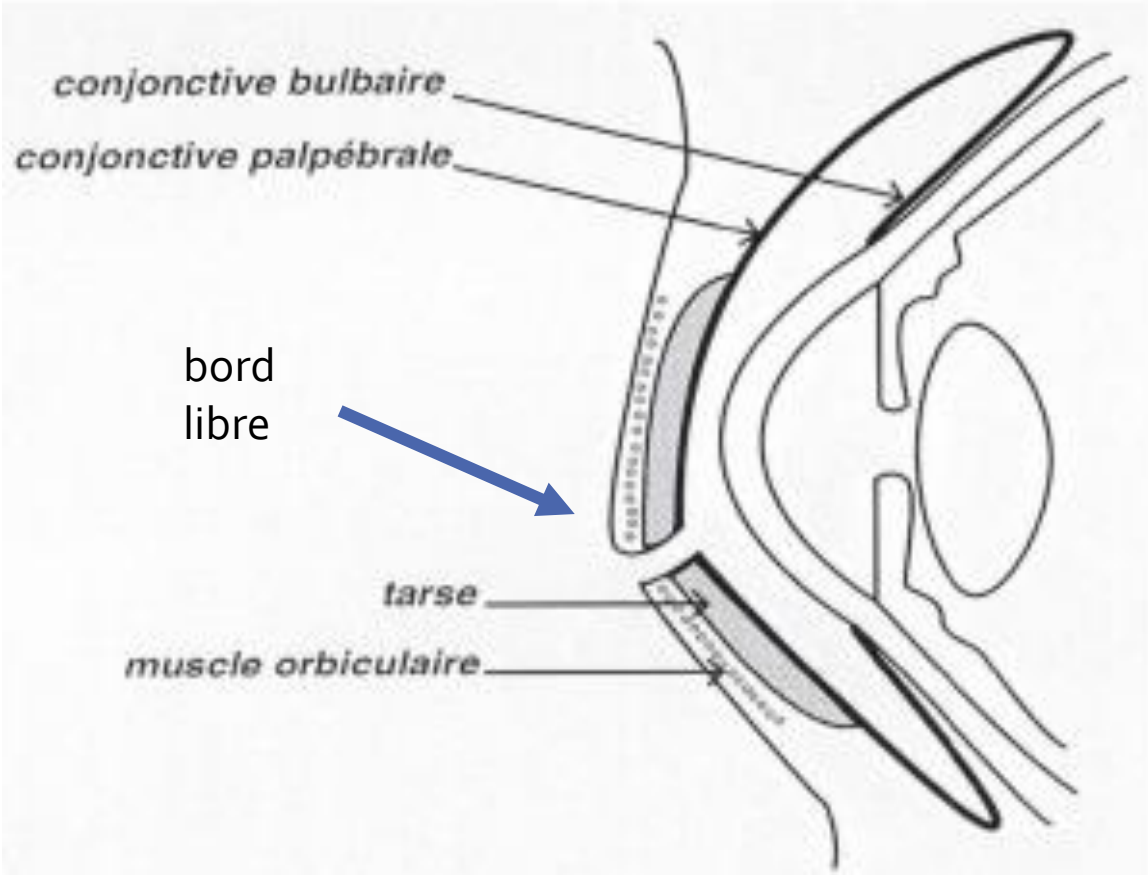
Les paupières

Protègent le globe oculaire

Plan ANTERIEUR: cutanéo-musculaire (muscle orbiculaire)
Plan POSTERIEUR: tarsoconjonctival

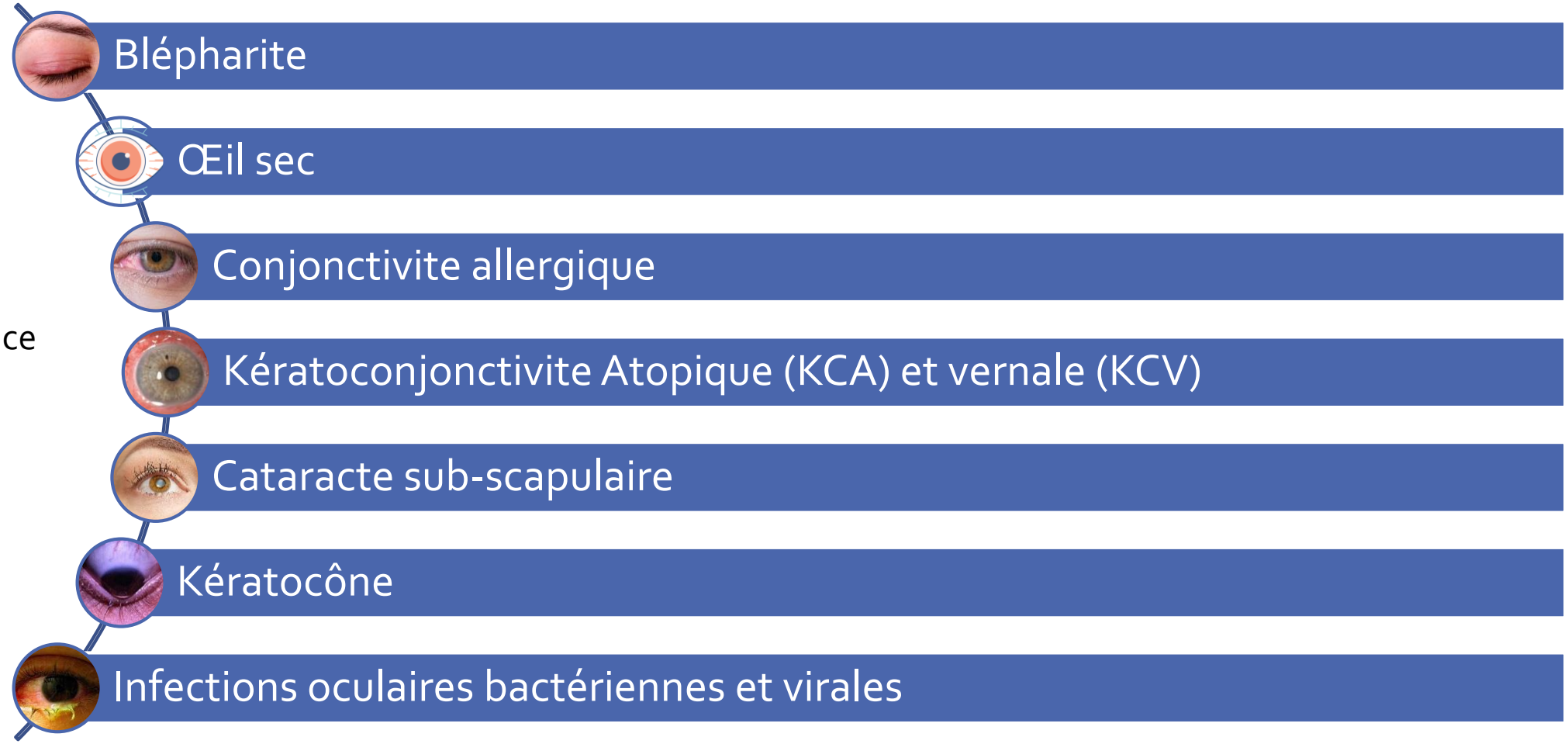
- tarse qui contient glandes Meibomius (film lacrymal)
- conjonctive palpébrale/ bulbaire

Bord libre: zone de transition entre la peau et la conjonctive



Keratos 2007
Limbe
La cornée est la partie transparente
de l'oeil en avant de l'iris et
la pupille
Caroncule
Point Lacrymal
Orifice inférieur
Glandes de Meibomius
situées sur le bord libre des paupières
Conjonctive - membrane"transparente"
qui recouvre la sclère et la paupière interne

II. Panoramas des atteintes oculaires dans la Dermatite Atopique (DA)



Prévalence variable 25-50%

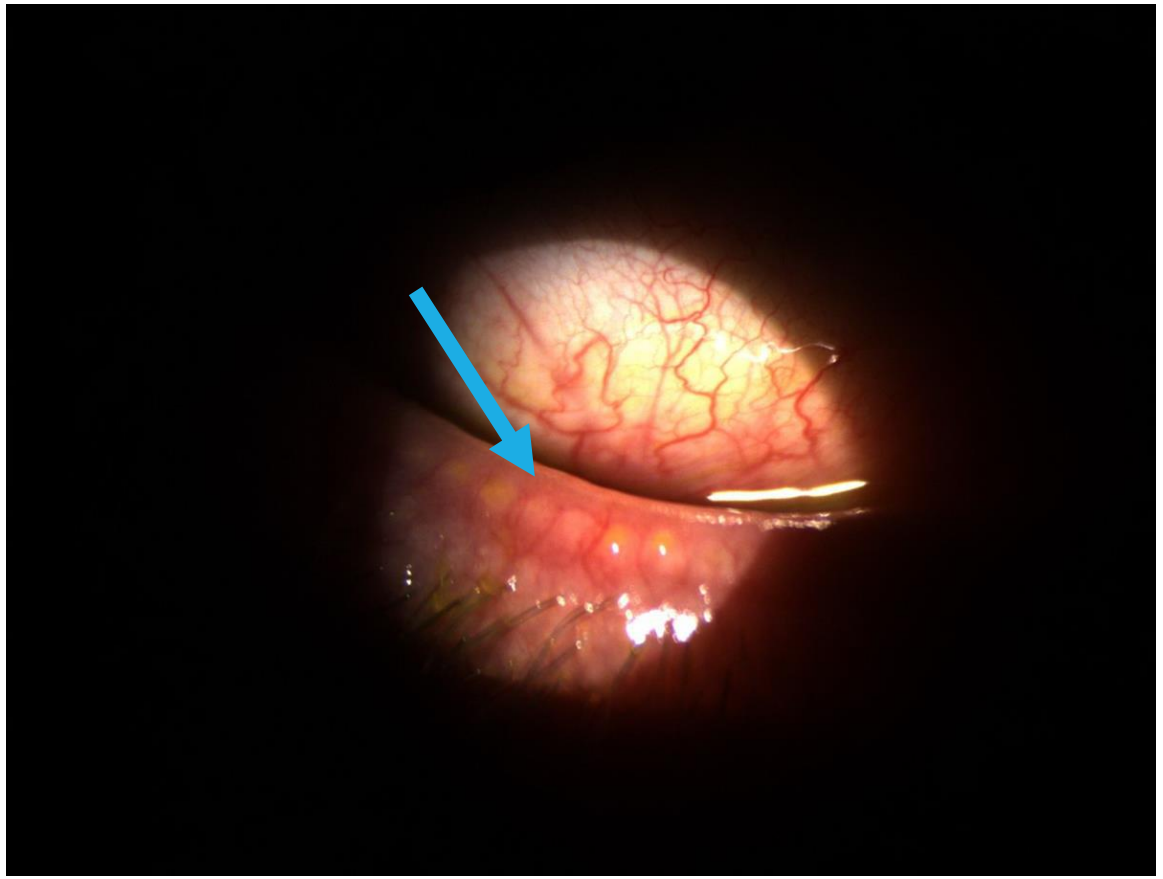
BLEPHARITE

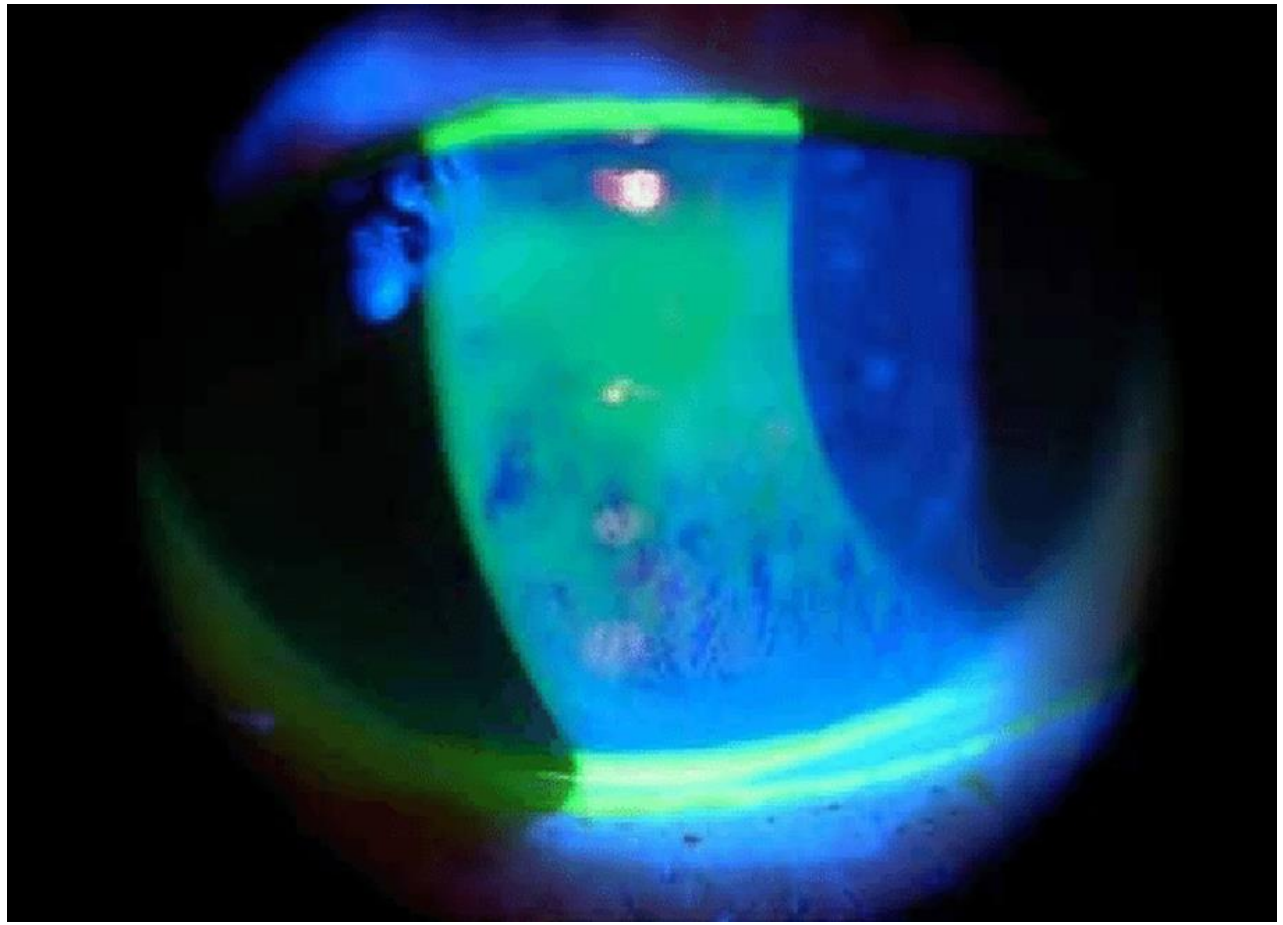
Inflammation de la paupière

- blépharite ANT➔ Ectropion rétractionnel
- blépharite POST= Meibomite ➔ instabilité

film lacrymal ➔ Œil sec

Examen du bord libre +++





OEIL SEC

Fluorescéine ➔ Mesure du BUT (temps de rupture film lacrymal)

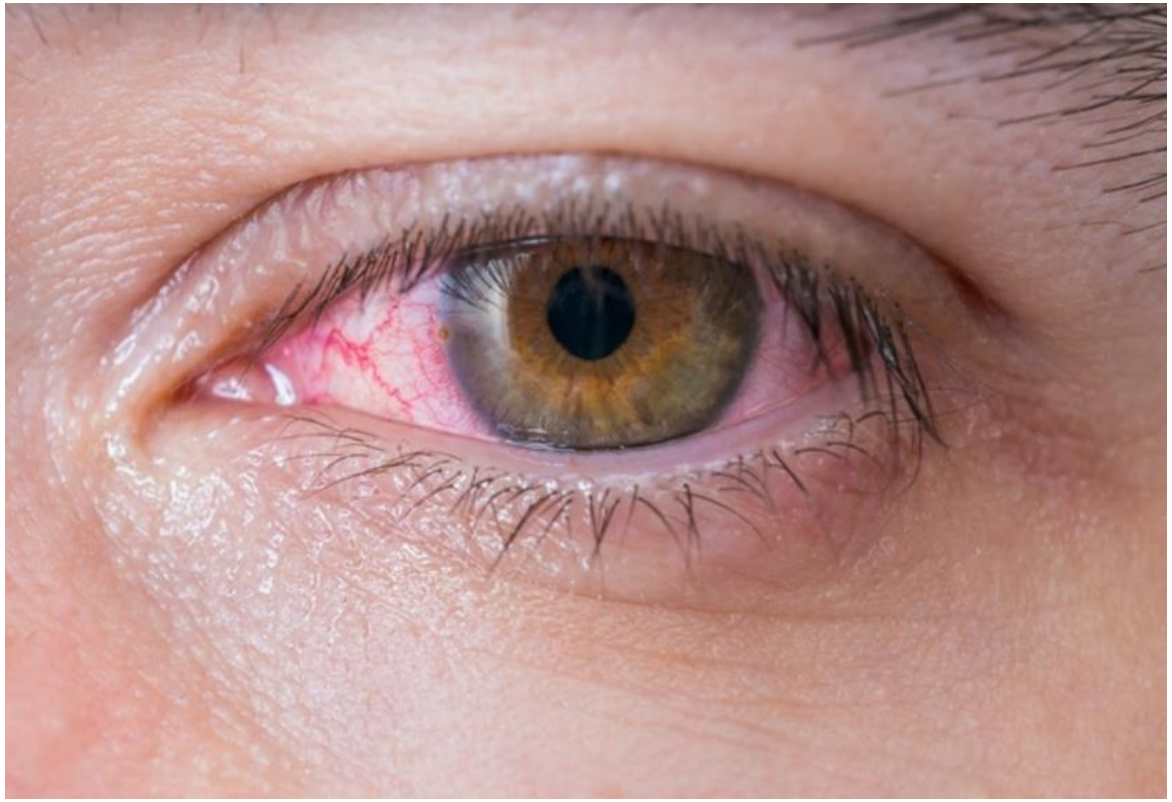
Œil sec BUT <10 sc

CONJONCTIVITE ALLERGIQUE

25-50% des DA (vs 15 à 20 % de la population générale)
Forme la plus fréquente d'allergie oculaire

CA Saisonnière (CAS)
CA Per annuelle (CAP)

souvent associée à la rhinite



CONJONCTIVITE ALLERGIQUE

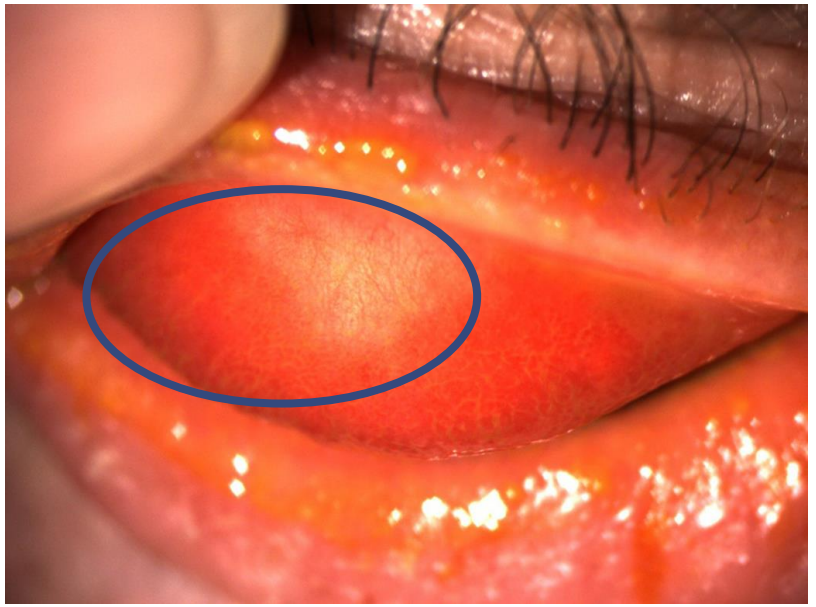
- **P.L.Oe.R.:** lié à la liberation d'histamine, bruyant et rapide, qq min après le contact avec l'allergène

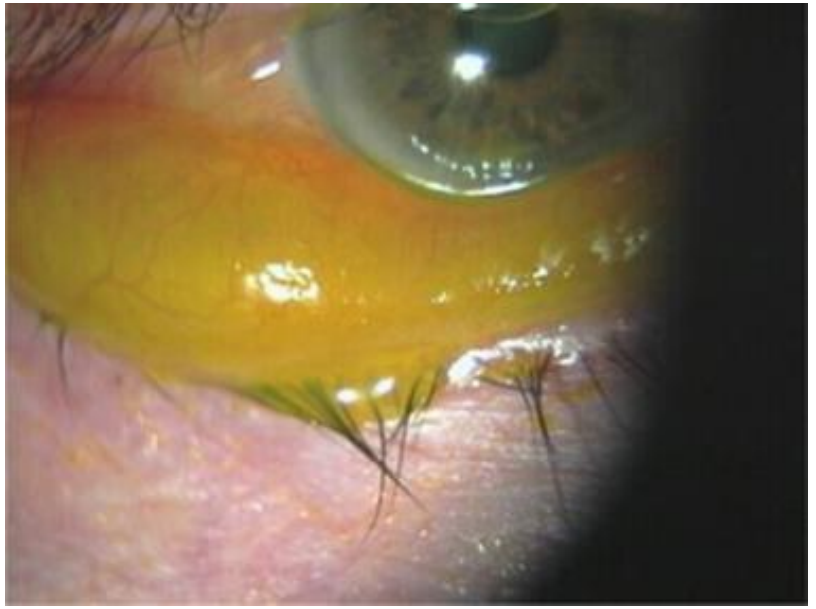
Prurit
Larmoiement
Oedeme
Rougeur conjonctivale

➔ Altération de la qualité de vie

- augmentation des papilles tarsales

- Bilan allergologique necessaire afin d'identifier l'allergène





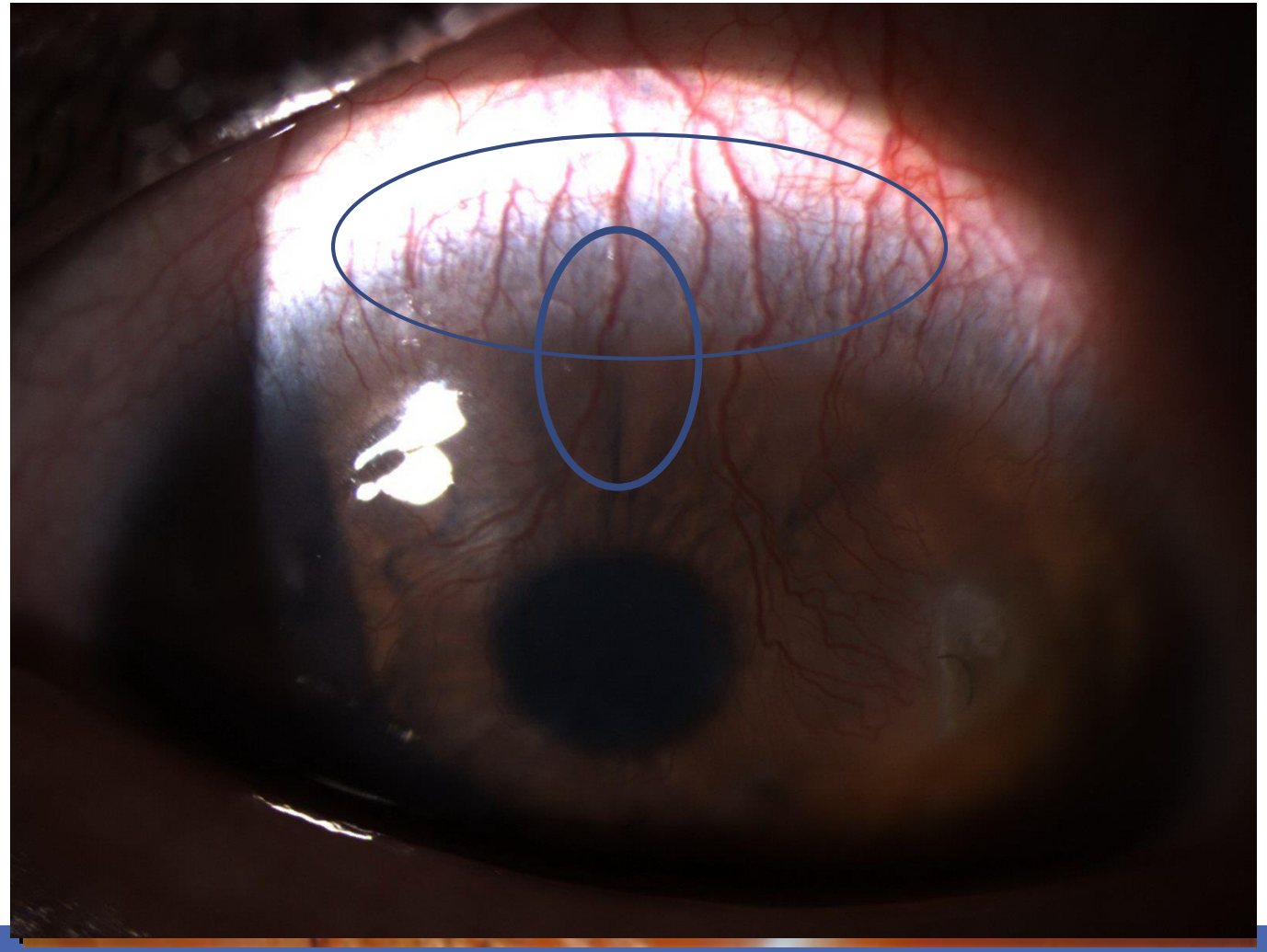
Traitements CAS/CAP

- Lavages oculaires
- Soins locaux avec des collyres antihistaminiques
- Antihistaminiques H1 per os si ttt local inefficace ou si rhinite associée
- Eviction des allergènes lors ce que cela est possible
- Immunothérapie allergénique = désénsibilisation

Kératoconjonctivite Atopique (KCA)

Complication oculaire la plus redoutée
30-50 ans
Atteintes paupière/conjonctive/ cornée
Evolue par poussée sur fond chronique

- Blépharite chronique, madarose
- Hyperhémie, comblement cul de sac inf, fibrose
- Papille géante
- Nodule de Trantas
- Cornée: KPS, ulcère, néovaisseaux, sclérose ➔ cécité



Kératoconjonctivite Vernale (KCV)

garçons d'âge pré pubère

évolue par poussée (printemps-été) sur un fond chronique

Signes fonctionnels invalidants (photophobie, prurit intense) altèrent fortement la qualité de vie

Atteinte de la conjonctive palpébrale et/ou limbique ➔ conduit à des séquelles visuelles dans près de la moitié des cas

Absence d'atteinte des paupières

➔Bilan allergologique nécessaire: identifier les allergènes responsables des poussées inflammatoires

Évolution: guérison à la puberté ou KCA

Traitement KCV

- Eviction facteurs déclenchants non spécifiques: soleil, le vent, eau (lunettes, casquette)
- Lavage fréquent mains et visage
- Substituts lacrymaux utiles pour stabilisation film lacrymal et diluer la concentration allergènes et médiateurs pro inflammatoires larmes
- Désensibilisation
- Cures corticoïdes locaux faible, durée courte
- Suivi ophtalmologique régulier +++

Traitement KCA

- Bilan allergologique nécessaire afin d'identifier allergènes à éviter +/- désensibilisation
- Lavage fréquent mains et visage
- Substituts lacrymaux +++
- Corticoïdes locaux de faible puissance en cure courte

Traitement des formes sévères: KCA-KCV

Corticodépendance:

- Tacrolimus collyre 0,1%
- Ciclosporine collyre 2%

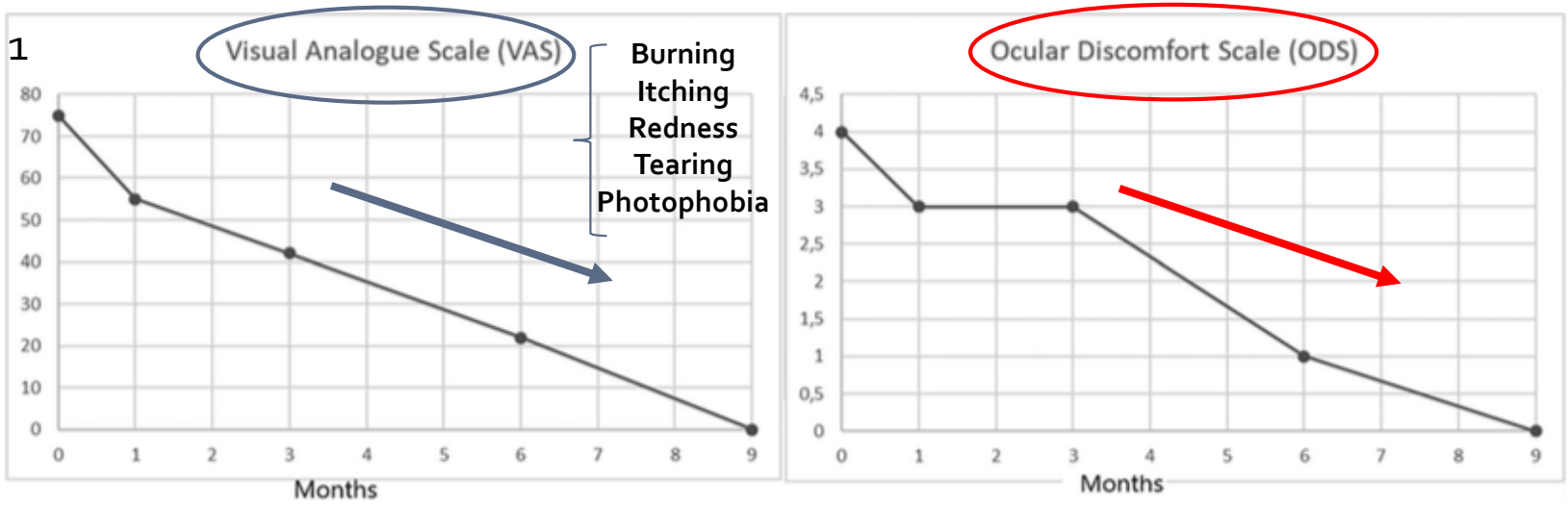
Traitement systémique

- Ciclosporine
- Dupilumab (anti IL4 et IL13)
- Omalizumab (anti IgE)
- Upadacitinib (anti JAK)

Clinical efficacy of omalizumab in conventional treatment-resistant vernal keratoconjunctivitis

Child 1

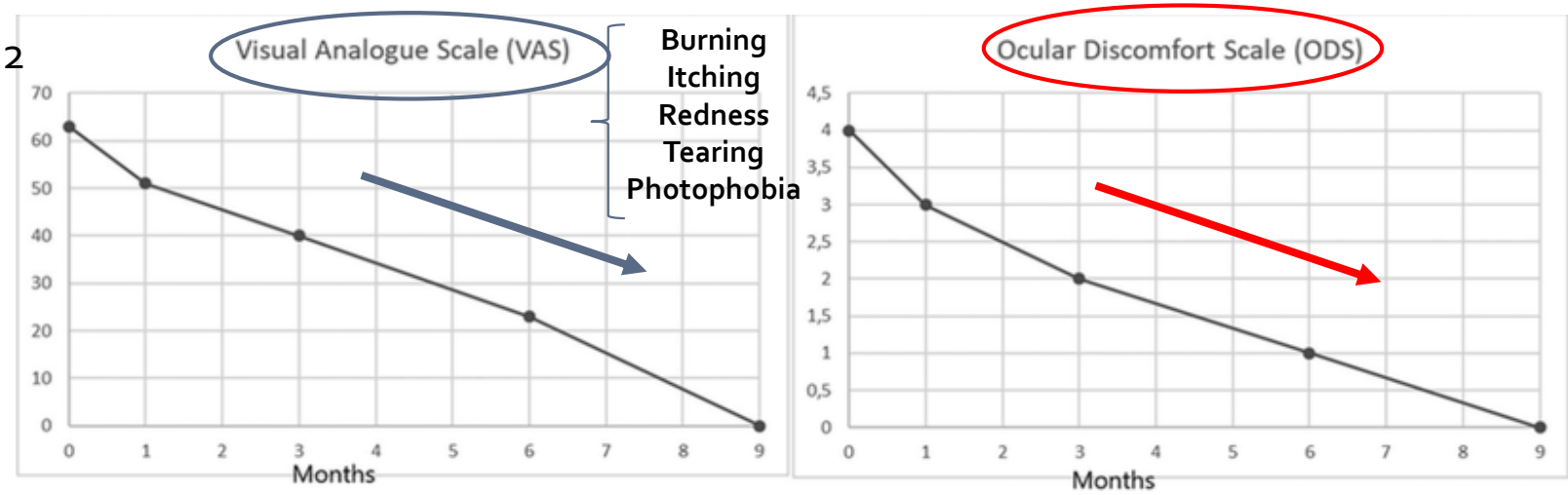
Asthme
KCV
9 mois Xolair



Decrease of eye symptoms and improve eye comfort in patients treated with Omalizumab

Child 2

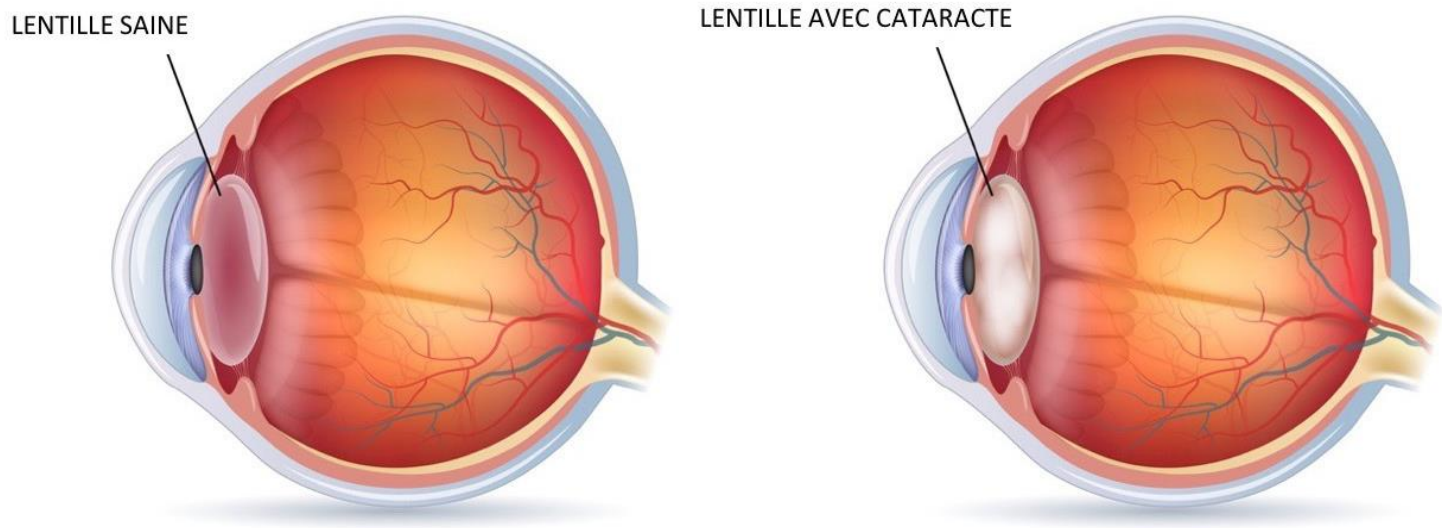
Asthme
KCV
Xolair



Sara Manti, Clinical efficacy and safety of omalizumab in conventional treatment-resistant vernal keratoconjunctivitis: Our experience and literature review, Immunity, Inflammation and Disease, 2021 Mar

CATARACTE SUB-SCAPULAIRE

- **ANT**: spécifique de la DA
- **POST** : cortico-induite ou liée à la DA
- HTIO ➔ Glaucome cortico-induit

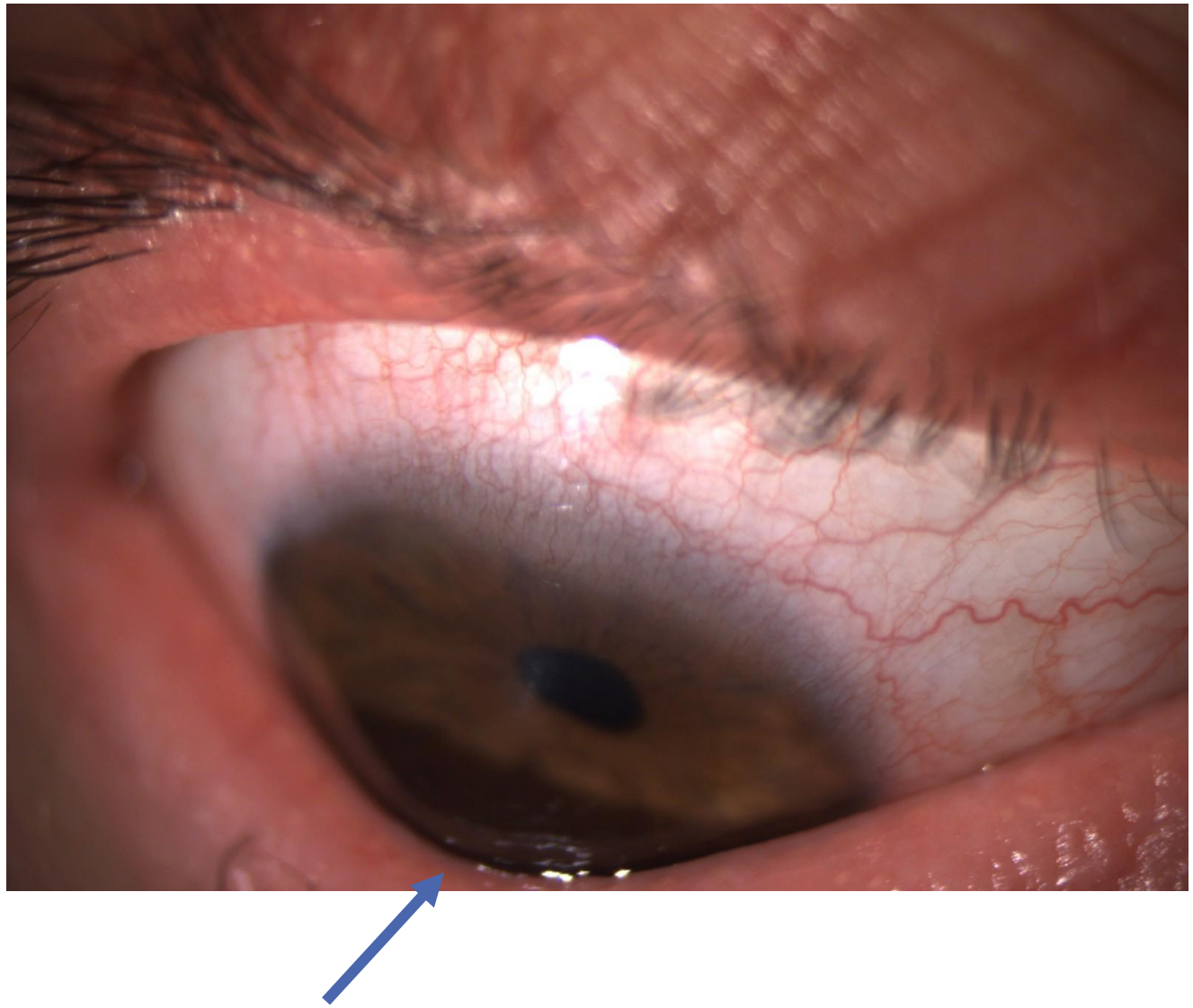


KERATOCONE

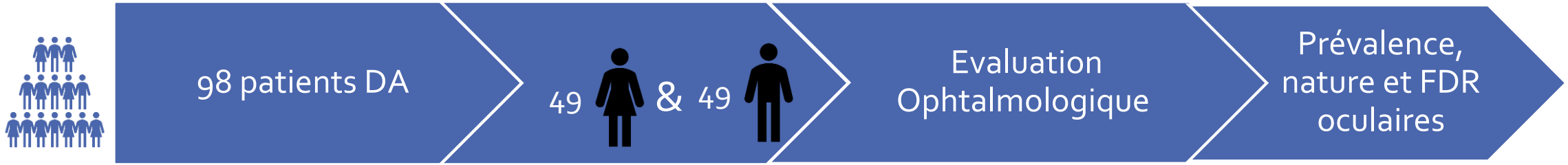
Déformation conique de la cornée

Physiopathologie mal connue (hérédité, atopie, contrainte mécanique: frottement oculaire et les altération du tissu conjonctif)

➔Altération possible de l'acuité visuelle



III. Etude rétrospective



- Âge moyen: 36 ans

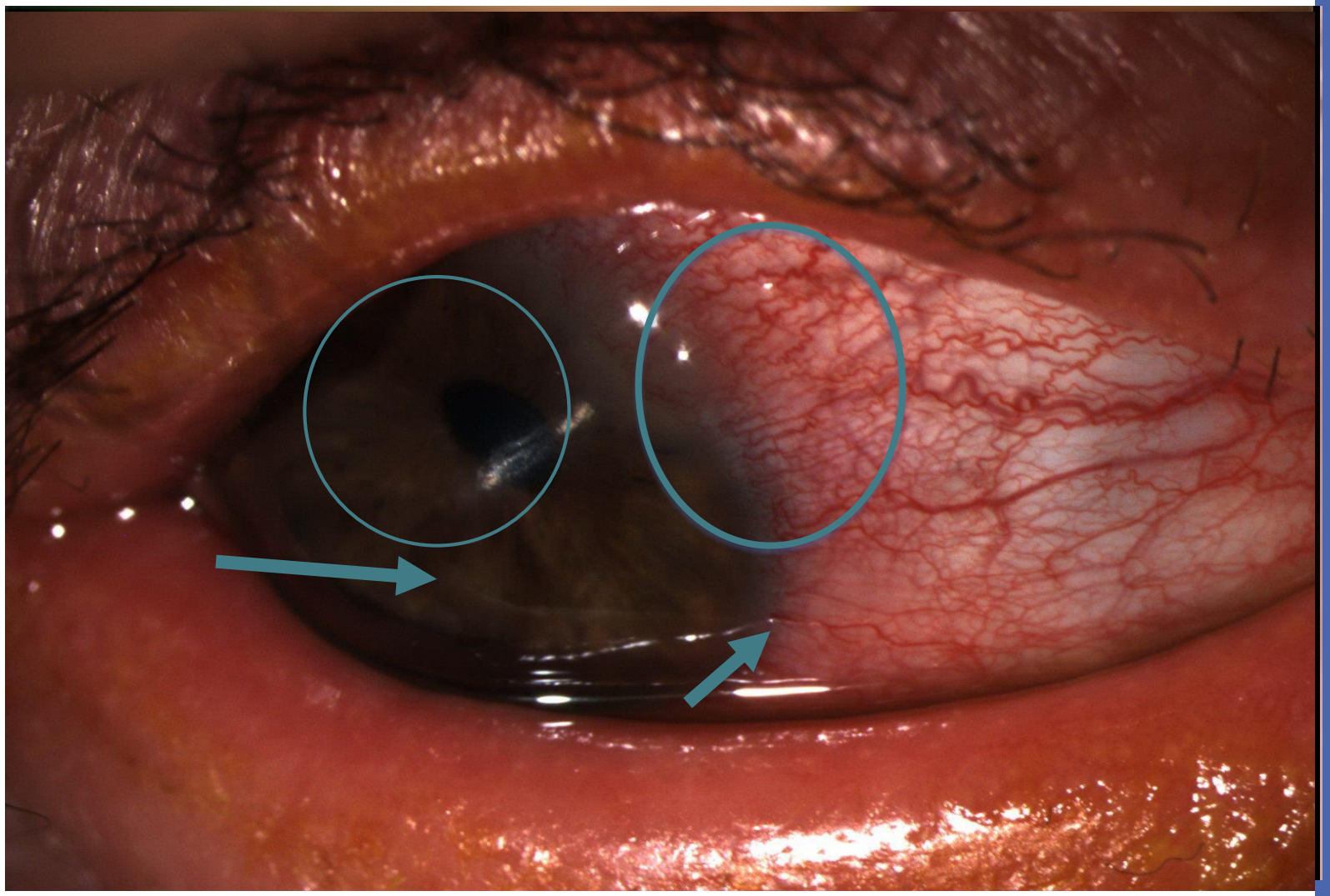
RESULTATS: CARACTERISTIQUES DE LA POPULATION

DA modérée à sévère dans **80%,** DA visage **71%** avec paupières **59%**

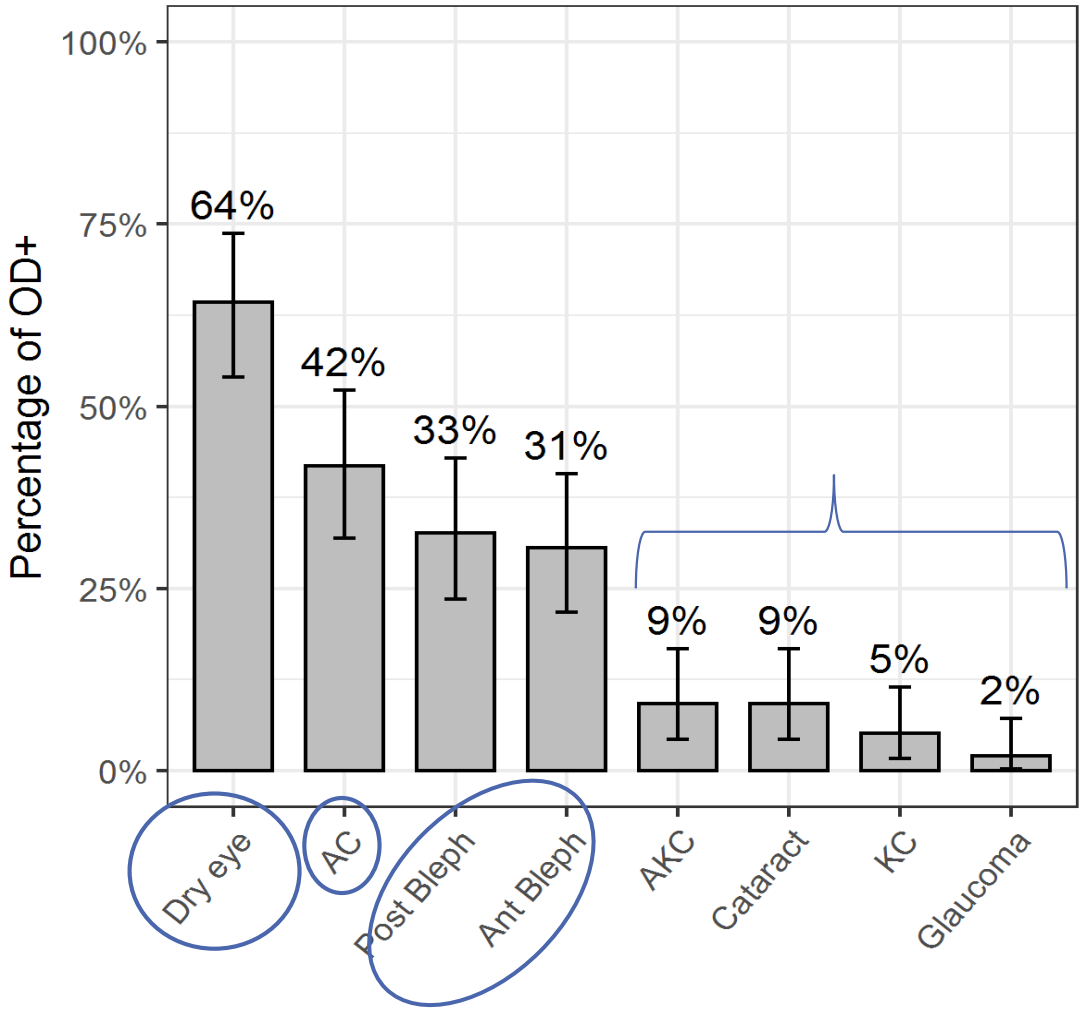
Symptômes oculaires **81%** *(prurit>CE>brulures>photophobie> larmoiement>flou visuel)*

Examen ophtalmologique

30% lésions cornées (**KPS**+++)



RESULTATS



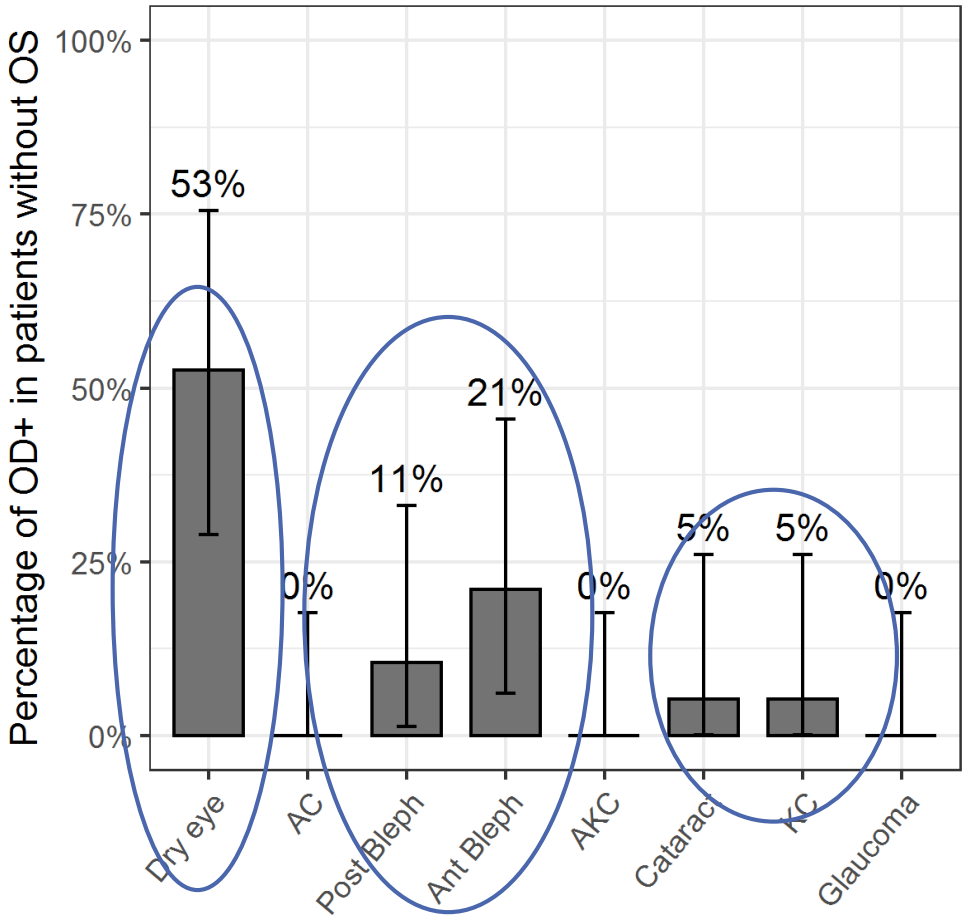
Sur l'ensemble de la cohorte DA:

85% de pathologies oculaires

Aucune infection oculaire

4 ectropions rétractionnels

RESULTATS



Chez les **asymptomatiques**

13% d'atteintes infracliniques

RESULTATS

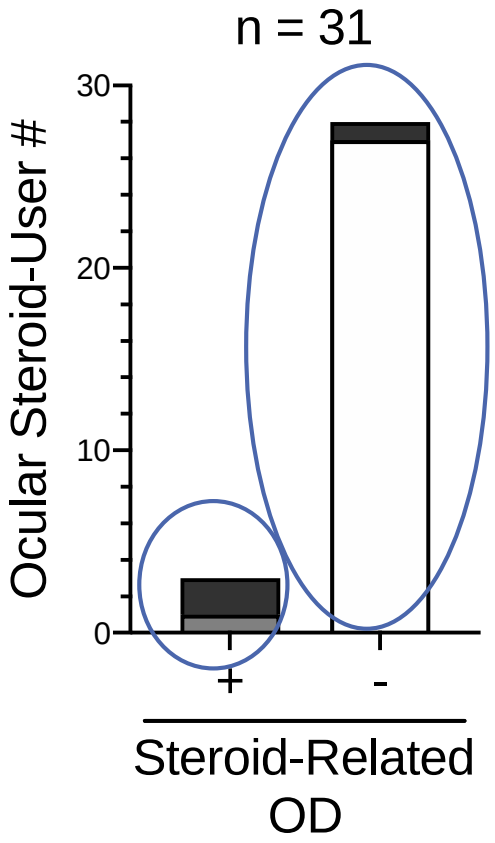
Facteurs de Risque

- Rhinite allergique
- Sensibilisation aux PNA
- Localisation tête et cou
- Sensation corps étranger, brûlure, photophobie
- Taux d'igE totales >3000 kU/L

Examen ophtalmologique

	OD+ Patients, n (%)		
	With the parameter	**Without the parameter**	**P-value**
Personal Atopy History			
Allergic Rhinitis	70 (91)	13 (62)	0.003
Allergic Asthma	47 (87)	36 (82)	0.666
Food Allergy	31 (94)	52 (80)	0.130
Allergic Conjunctivitis	22 (92)	61 (82)	0.347
Allergic Sensitization	61 (90)	13 (65)	0.014
AD Onset			
Early and Childhood Onset	69 (86)	14 (78)	0.467
AD Localization			
Head and Neck	63 (90)	20 (71)	0.030
Diffuse	60 (88)	23 (77)	0.221
Periorbital	52 (90)	31 (78)	0.175
AD Severity			
Moderate-to-Severe*	67 (86)	16 (80)	0.500
EBC >500 U/mm3	27 (33)	56 (68)	0.790
Total IgE >3000 kU/L	29 (35)	54 (65)	0.005
AD Current Treatments			
TCS on Eyelids	24 (86)	59 (84)	1
Methotrexate and/or Cyclosporine	9 (82)	74 (85)	0.674
Ocular Symptoms			
Itching	52 (91)	31 (76)	0.067
Foreign body sensation	37 (97)	46 (77)	0.013
Burning	35 (97)	48 (77)	0.020
Photophobia	35 (97)	48 (77)	0.020
Tearing	28 (90)	55 (82)	0.376
Visual blur	25 (96)	58 (81)	0.065

RESULTATS



Steroid Eyedrop
TCS + Steroid Eyedrop
TCS

3 cataractes SCP
1 glaucome

Vigilance aux collyres corticoides à la difference des dermocorticoides seuls

TAKE HOME MESSAGE ŒIL ET DA

85% de pathologies oculaires

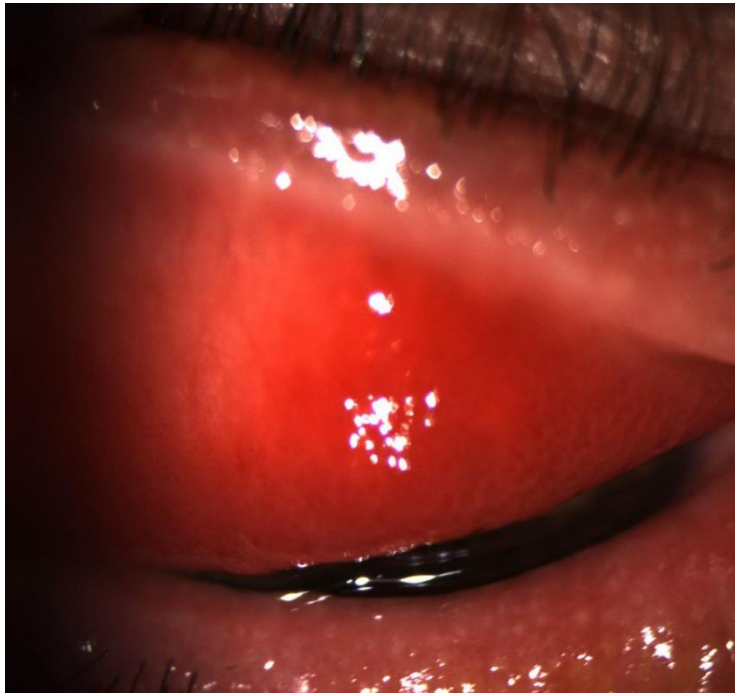
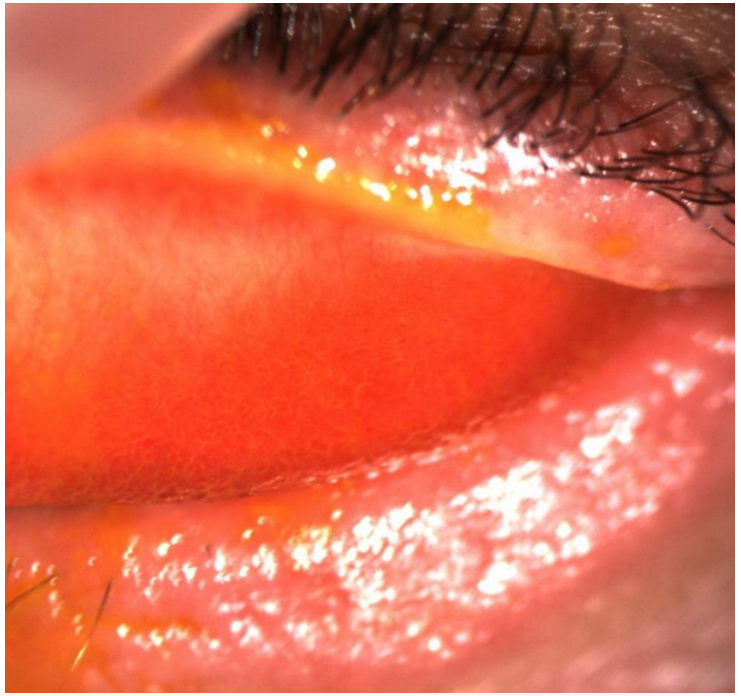
13% d'atteintes infracliniques

Identification de **facteurs de risque** d'atteintes oculaires

Vigilance accrue pour les **collyres corticoides** vs dermocorticoides

- ✓ Rhinite allergique
- ✓ Sensibilisation aux PNA
- ✓ Localisation tête et cou
- ✓ Sensation corps étranger, brûlure, photophobie
- ✓ Taux d'IgE totales >3000 kU/L

IV. COMMENT EXAMINER L'ŒIL DE NOS PATIENTS DA EN CONSULTATION ?

Quand adresser à l'ophtalmologue ?

- DA et symptômes oculaires invalidants (KCA+++) : photophobie, douleurs
- FDR d'atteintes oculaires et DA modérée/ sévère
- Avant mise en place d'un traitement systémique

➔ Collaboration allergo/dermato/opthalmo

Merci de votre attention

Questions: anais.valeille@chu-lyon.fr

Hospices Civils de Lyon