

La kératoconjonctivite vernale de l'enfant

Mathieu Laforest,
Adrien Coutu,
Frédéric Chiambaretta,
Jean-Luc Fauquert.
Consultation
d'ophtalmologie et allergie,
Service d'ophtalmologie
CHU Clermont Ferrand

Introduction

La kératoconjonctivite vernale est une pathologie de la surface oculaire dont l'intensité et la chronicité retentissent de façon importante sur la qualité de vie. Le pronostic fonctionnel peut être mis en jeu soit du fait des complications évolutives de la maladie soit du fait de l'utilisation intempestive de collyre corticoïdes.

Il faut penser au diagnostic dès l'apparition des premiers signes et adresser l'enfant chez un ophtalmologiste pour éviter la survenue de complications. Le début des manifestations a lieu dans 80 % des cas avant 10 ans avec une prédominance chez le garçon et la résolution est habituelle à l'adolescence. L'évolution peut cependant se faire vers une kératoconjonctivite atopique dans 10 % des cas. Même si la kératoconjonctivite vernale est classée parmi les conjonctivites allergiques, le déclenchement par un allergène n'explique qu'en partie les symptômes. La chaleur, les ultraviolets sont d'autres facteurs de survenue des crises.

Signes d'appel

Les symptômes ressentis associent les signes cardinaux de l'allergie oculaire et, du fait de l'association à une kératite, des signes de gravité. Les poussées surviennent surtout entre mars et octobre avec une période d'accalmie hivernale. Les **signes cardinaux** de l'allergie oculaire sont le prurit, le larmoiement, l'œdème palpébral et la rougeur oculaire. Seul le prurit est constant et doit faire penser à une allergie oculaire. Il est responsable chez l'enfant d'une altération de la qualité de vie. Le larmoiement n'est pas spécifique et s'accompagne volontiers d'une rhinite aqueuse. On retrouve également un œdème palpébral et conjonctival d'aspect variable pouvant aller jusqu'à un volumineux chémosis. L'hyperhémie conjonctivale est causée par la vasodilatation des vaisseaux conjonctivaux. Les signes ophtalmologiques peuvent s'accompagner de rhinite ou d'éternuements. Ces symptômes peuvent être absents, légers, modérés ou sévères et s'associer entre eux, donnant des tableaux cliniques variés et rendant le diagnostic difficile dans les formes débutantes. Les **signes de gravité** sont la photophobie, l'apparition de sécrétions, les douleurs oculaires et les

troubles visuels. Leur présence permet de distinguer la KCV des formes bénignes d'allergie oculaire (conjonctivite aiguë ou saisonnière et conjonctivite perannuelle). Devant l'apparition de tels signes de gravité, une atteinte cornéenne doit être évoquée et l'orientation vers un ophtalmologiste doit être systématique.

Le diagnostic ophtalmologique

L'examen ophtalmologique confirme le diagnostic. Il retrouve une inflammation des conjonctives bulbiaires et tarsales. La forme palpébrale se manifeste par la présence de papilles géantes (photo 1a), bien visibles à l'œil nu ou avec la loupe de l'otoscope sur une paupière supérieure retournée (photo 2). Elle constitue un pavage de la conjonctive tarsale supérieure. La forme limbique se manifeste par des granulations jaunâtres superficielles nommées grains de Trantas, voire un bourrelet hyperhémique du limbe (photo 1b)



Photo 1a - Papilles tarsales supérieures.

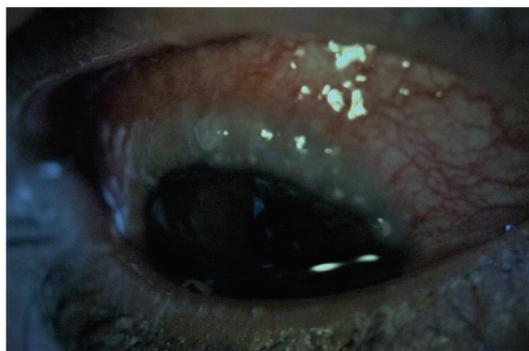


Photo 1b - Grains de Trantas.



Photo 2 - Comment retourner la paupière supérieure ?

1. Demander au patient de regarder vers le bas.
2. Appliquer une surface dure (abaïsse langue, ou ici flacon unidose de collyre) sur la base de la paupière supérieure, en prenant appui doucement sur le cartilage tarsal.
3. Prendre les cils entre votre pouce et votre index et retourner la paupière autour l'axe de l'abaïsse langue.

L'atteinte cornéenne induit une photophobie. Elle n'est visible qu'à l'examen de l'ophtalmologiste à la lampe à fente. Elle est quasiment systématique lors des poussées de kératoconjonctivite vernale et peut entraîner des séquelles. Cette atteinte peut aller de la simple kératite ponctuée superficielle à l'ulcération cornéenne dite vernale. L'ulcère cornéen vernal peut évoluer vers la formation d'une plaque vernale, complication entraînant des séquelles visuelles permanentes avec risque d'amblyopie. Une prise en charge ophtalmologique est alors urgente. Le diagnostic est donc aisé pour l'ophtalmologiste et les diagnostics différentiels que sont la kératoconjonctivite atopique et la rosacée sont rapidement éliminés par un examen en lampe à fente.

À l'adolescence, les poussées s'espacent et la guérison survient, la plupart des cas sans séquelle significative. Les papilles géantes régressent et peuvent laisser place à une fibrose tarsale. Comme dans toute pathologie de la surface oculaire, on note souvent une sécheresse oculaire qui diminue le temps de rupture du film lacrymal à moins de dix secondes. La supplémentation par des larmes artificielles permet dans ce cas d'améliorer la qualité de vie du patient (tableau 1).

Conduite à tenir

Un terrain atopique doit être recherché devant une suspicion d'allergie oculaire.

Un interrogatoire systématique à la recherche d'antécédents personnels et familiaux de dermatite atopique, de rhinite allergique, d'asthme allergique, d'allergie alimentaire, d'anaphylaxie ou d'urticaire allergique doit être réalisé. Un terrain atopique est

associé à la kératoconjonctivite vernale dans environ 70 % des cas.

La prise en charge repose sur la pratique d'un bilan allergologique systématique qui ne reviendra positif que dans 65 % des cas. Des tests de provocation conjonctivaux peuvent également être réalisés pour confirmer l'allergie oculaire. En cas de positivité, une désensibilisation peut être proposée.

Au plan thérapeutique, l'arsenal de base associe un traitement antihistaminique par voie générale et traitement par collyre (tableau 2). L'hygiène oculaire stricte avec réalisation des soins de paupières quotidiens doit être expliquée au patient. L'instillation deux à trois fois par jour des collyres antihistaminiques et/ou antidégranulants permet une réduction des signes fonctionnels. L'ajout de larmes artificielles trois à cinq fois par jours aidera plus encore à l'amélioration de la qualité de vie.

En cas de poussée de kératite, l'ophtalmologiste prescrira un traitement corticoïde en cure courte et rapidement dégressive pour mettre fin à la poussée. La consultation spécialisée permettra également de rechercher la survenue d'une atteinte cornéenne, d'éviter les complications ulcéreuses et l'évolution vers la plaque vernale. L'ophtalmologiste devra alors intervenir en urgence pour ablation de la plaque par grattage.

L'utilisation répétée de corticoïdes locaux expose au développement d'un **glaucome ou d'une cataracte cortisonée iatrogène**. Dans les formes les plus sévères, l'ophtalmologiste pourra avoir recours à la ciclosporine dont la délivrance est hospitalière, pour assurer une épargne cortisonée.

Conclusion

La kératoconjonctivite vernale est une pathologie grave de l'enfant par son impact sur la qualité de vie et par le risque de complications visuelles. Il faut y penser lorsque la pathologie n'est pas encore évoluée afin d'en diminuer le retentissement. Le pédiatre est un acteur essentiel de son dépistage et de sa prise en charge qui nécessite une collaboration étroite avec l'ophtalmologiste pour le diagnostic et le traitement des poussées. Les traitements locaux non cortisonés, prescrits par le pédiatre permettent très souvent une nette amélioration de la qualité de vie du patient.

À partir de la puberté l'évolution se fait vers la guérison. Cependant, les kératoconjonctivites vernales se compliquent dans 36 % des cas de troubles de la vue, soit par les complications propres de la maladie, soit principalement des conséquences de la corticothérapie locale mal utilisée. Les corticoïdes

locaux sont le seul traitement réellement efficace des poussées aiguës mais leur prescription doit passer par l'ophtalmologiste et les cures doivent être courtes et rapidement dégressives.

Le développement de consultations spécialisées d'ophtalmologie/allergologie permet une prise en charge optimale des patients avec un bon pronostic à long terme.

Tableau 1 : Larmes artificielles que le pédiatre peut prescrire

Sérum physiologique		Larmabak, Unilarmes, LA Martinet
Polymères de vinyl	Acide polyvinylique (PVA) ou Polyvinylpyrrolidone (povidone) (PVP)	Dulcilarmes, Fluidabak, Nutrivisc, Unifluid, Refresh
Dérivés celluloseux	hypromellose (HPMC) ou Carmellose (CMC)	Artelac, Celluvisc
Carbomères	Carboxyméthylcellulose (CMC)	Aquarest, Lacrifluid, Lacrigel, Lacrinorm, Lacryvisc, Liposic, Siccafluid, Gel larmes,
Hyaluronate de Na (HS)		Hyaline, Hylovis, Vismed, Olixia, Vitadrop
Hydroxypropyl-Guar		Systane,
Émulsions lipidiques		Aquarest, Cationorm, Liposic, Sytane
Osmorégulateur		Optive, Thealose

Tableau 2 : Collyres anti H1 et anti dégranulants que le pédiatre peut prescrire

	Dénomination	DCI	Utilisation chez l'enfant
Anti H1 locaux	Levophta, Levofree	Levocabastine	Oui
	Allergodil	Azelastine	> 6 ans
	Purivist	Epinastine	> 12 ans
	Zaditen, Zalerg, Monoketo	Ketotifène	> 3 ans
	Opatanol	Olopatadine	
Anti dégranulants locaux	Allergocomod, Cromabak, Cromadoses, Cromedil, Cromopti, Humex, Multicrom, Ophtalcalm, Opticron	Acide cromoglicique	Oui
	Tilavist	Acide nécrodomil	
	Naaxia, Naabak	Acide spaglumique	

Références bibliographie

- Leonardi A, Bogacka E, Fauquert JL et al. Ocular allergy: recognizing and diagnosing hypersensitivity disorders of the ocular surface. *Allergy* 2012; 67:1237-1237.
- Lambiase A, Minchiotti S, Leonardi A, Secchi AG, Rolando M, Calabria G, et al. Prospective, multicenter demographic and epidemiological study on vernal keratoconjunctivitis: a glimpse of ocular surface in Italian population. *Ophthalmic Epidemiol* 2009; 16(1):38-41.
- Fauquert JL, Jedrzejczak-Czechowicz M, Rondon C, Calder V, Kvenshagen BK, Silva D, Caillebaut I, Allegri P, Santos N, Perez Formigo D, Doan S, Chiambaretta F, Delgado L, Leonardi A. Conjunctival Provocation Test: guidelines for daily practice. *Allergy*. 2017 Jan;72(1):43-54. doi: 10.1111/all.12986.
- 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.
- 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.
- 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
- Leonardi A, Bogacka E, Fauquert JL, Kowalski ML, Groblewska A, Jedrzejczak-Czechowicz M, et al. Ocular allergy: recognizing and diagnosing hypersensitivity disorders of the ocular surface. *Allergy*. 2012; 67(11):1327-37.
- Fauquert JL, Jouaville L, Chiambaretta F. How should allergic conjunctivitis be investigated? *Rev Fr Allergol Immunol Clin*, 2007;47:224-227.