

SOMMAIRE

Conjonctives allergiques de l'enfant 1

Introduction..... 1

Œil et CA de l'enfant 1

Mécanismes de l'allergie oculaire chez l'enfant 1

Facteurs d'hyperréactivité conjonctivale (HRC)..... 2

Les signes de la conjonctivite allergique 2

Que faire au cabinet ?..... 2

Quand envoyer chez l'ophtalmologue ? 3

Formes cliniques de conjonctivites allergiques et leur traitement 3

L'enquête allergologique..... 5

Les examens complémentaires 5

Conclusion..... 6

La kératoconjonctivite vernale KCV7

Conjonctives allergiques de l'enfant

Chez l'enfant et l'adolescent, l'allergie oculaire se traduit le plus souvent par une conjonctivite, fréquemment associée à une rhinite allergique. L'âge d'apparition est variable, parfois très précoce. Les conjonctivites allergiques (CA) peuvent être bénignes (CA saisonnières et per annuelles) ou sévères (kératoconjonctivites vernales et allergiques). Elles impactent toujours, à des degrés divers, la qualité de vie des enfants. Les caractériser de façon précise et les prendre en charge correctement est indispensable.

Jean-Luc Fauquert, pédiatre allergologue, chef de l'unité d'allergologie de l'enfant au CHU Estaing de Clermont-Ferrand



Introduction

Chez l'enfant, l'allergie oculaire s'exprime le plus souvent par une conjonctivite, très souvent associée à une rhinite. La CA peut précéder la rhinite allergique ou être au premier plan des symptômes. La prévalence des conjonctivites allergiques serait de l'ordre de 25 % de la population générale en Europe. L'âge d'apparition d'une CA est variable. Actuellement il n'est pas rare d'observer des CA chez de jeunes enfants voire des nourrissons. On classe les CA selon 4 formes cliniques. - Deux formes d'évolution bénigne, de loin les plus fréquentes : la conjonctivite aiguë saisonnière (CAS) et la conjonctivite allergique per annuelle (CAP). - Deux formes beaucoup plus rares mais d'évolution sévère avec atteinte cornéenne : la kératoconjonctivite vernale (KCV) et la kératoconjonctivite atopique (KCA). Les conjonctivites allergiques (CA) impactent

est très souvent rouge. Toutes les composantes de la SO (cornée, film lacrymal et paupières) peuvent également être impliquées. L'atteinte cornéenne se traduit par une photophobie, signe d'alerte majeur. L'implication du film lacrymal est responsable de symptômes proches ou comparables à ceux de l'œil sec. Les paupières peuvent être le siège de blépharites.

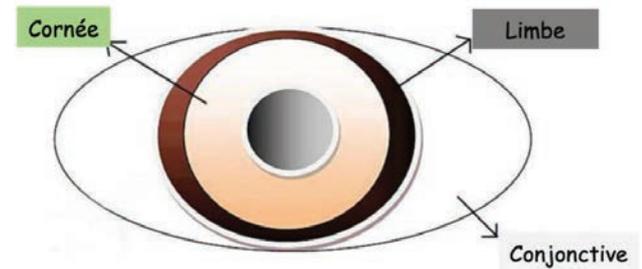
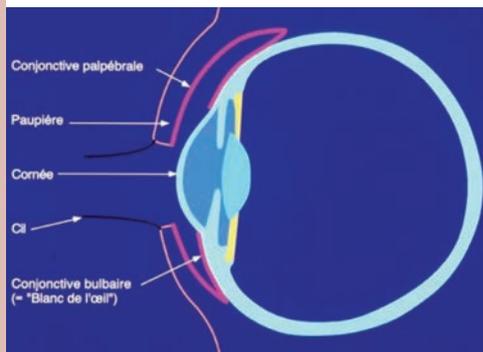


Figure 1 : la surface oculaire

Mécanismes de l'allergie oculaire chez l'enfant

Les mécanismes des CA sont largement dominés par les réactions d'hypersensibilité immédiate IgE dépendantes. Au niveau de la SO, la réaction allergène-anticorps (IgE) induit la dégranulation des mastocytes avec libération de médiateurs (histamine, tryptase). En quelques minutes apparaissent une vasodilatation, un infiltrat vasculaire et un œdème local. Les réactions d'hypersensibilité non immédiate sont beaucoup plus rares chez l'enfant. Elles peuvent être semi-tardées (3 à 6 heures après le contact avec l'allergène avec libération par les mastocytes de médiateurs attractant les cellules inflammatoires, dont les éosinophiles. Ces cellules libèrent des protéines toxiques qui vont être responsables d'une inflammation persistante au-delà de la



fortement la qualité de vie des enfants atteints, même dans leurs formes bénignes.

Œil et CA de l'enfant

Les CA sont une maladie de la surface oculaire (SO). L'atteinte de la conjonctive va déclencher un prurit, seul signe constant des CA. L'œil

Directeur de la publication :
D^r Véronique Desvignes

Rédacteur en chef :
D^r Liliane Cret

Composition et Impression :
Vassel Graphique
Bd des Droits de l'Homme
BP 58 – 69672 Bron cedex
www.vasselgraphique.com

Édité par
l'Association française
de pédiatrie ambulatoire - AFPA

stimulation allergénique (24 heures). Ces réactions sont responsables de symptômes plus marqués tels que ceux retrouvés les *kératoconjonctivites* (KCV et KCA).

Les réactions d'hypersensibilité retardées (12 à 24 heures) impliquent les lymphocytes CD4 et s'expriment plutôt par une *blépharite* (eczéma avec œdème, rougeur et prurit de la paupière). Il s'agit très souvent d'eczéma de contact.

Facteurs d'hyperréactivité conjonctivale (HRC)

Certains facteurs d'HRC sont spécifiques, d'autres non.

Les facteurs spécifiques d'HRC sont essentiellement les pneumallergènes.

Les pneumallergènes domestiques sont les plus fréquemment impliqués dans l'allergie oculaire de l'enfant. L'exposition est soit pérenne (acariens de la poussière de maison), saisonnière (moisissures), ou itérative (phanères animaux).

Les pollens de graminées, de composées (ou astéracées) et de différents arbres sont aussi souvent en cause. Parmi les autres facteurs spécifiques, on peut citer le latex et certains aliments responsables d'allergie alimentaire (arachide, certains fruits...).

Les allergènes de contact sont plus souvent responsables d'eczéma de contact au niveau des paupières que de CA. Les *haptènes*¹ responsables sont des cosmétiques, des substances manipulées d'origine domestique, des additifs des collyres (ammoniums quaternaires...).

Les facteurs non spécifiques sont multiples. Il semble qu'ils viennent provoquer et/ou majorer les symptômes des enfants atteints de CA. On peut citer la pollution, les variations de température, d'humidité, l'air froid, le vent, l'exposition à certains rayonnements UV, aux écrans d'ordinateur ou de télévision ou à des polluants divers...

Les signes de la conjonctivite allergique

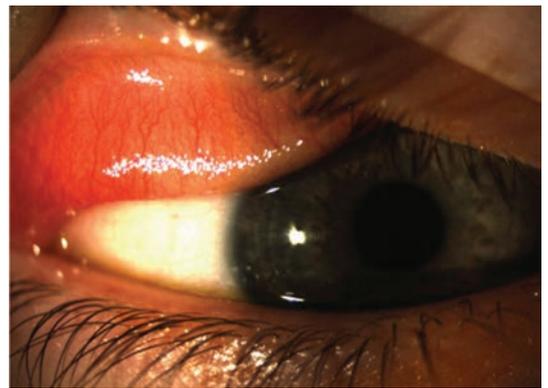
Le prurit domine le tableau clinique. La rougeur de la conjonctive bulbaire manque très rarement. Un larmoiement clair est fréquent. La CA est souvent associée à la rhinite allergique mais pas toujours.

¹ Un **haptène** est une substance de faible masse molaire atomique qui, à elle seule, n'entraîne pas la formation d'anticorps mais la provoque lorsqu'elle se combine à une molécule porteuse. L'haptène possède la propriété de réactivité mais pas celle d'immunogénicité.



Que faire au cabinet ?

L'examen local ne doit pas se limiter à la simple inspection. L'éversion de la paupière supérieure est importante et facile à pratiquer en cabinet. Elle recherche l'existence de follicules ou de papilles pathologiques, bien visibles à l'œil nu.



Les paupières, la marge palpébrale et le limbe doivent aussi être examinés, au besoin en s'aidant de la loupe de l'otoscope. Il est important d'évaluer les sécrétions lacrymales, claires en cas de CA bénignes, épaisses dans les kératoconjonctivites et purulentes dans les CA infectieuses ou les CA surinfectées par le frottement secondaire au prurit.

Le chémosis n'est visible à l'œil nu que lorsqu'il est majeur, donnant un aspect caractéristique de la conjonctive ballonnée, avec aspect « en pneu » autour de l'iris.



Chémosis avec conjonctive ballonnée



Chémosis avec aspect en pneu

Attention aux signes de gravité (photophobie et troubles de la vision) qui font redouter une atteinte cornéenne et qui imposent l'avis urgent d'un ophtalmologiste.



Photophobie, signe de gravité

Un œdème palpébral doit faire rechercher une allergie générale à expression oculaire. Il faut savoir enfin qu'il existe en matière d'allergie oculaire de l'enfant, une dissociation habituelle entre signes fonctionnels et signes physiques. Les plaintes peuvent être importantes alors que CA semble bénigne. C'est notamment le cas des CA qui évoluent depuis longtemps ou qui sont associées à des facteurs irritatifs environnementaux décrits plus haut. À l'inverse des enfants atteints de formes sévères peuvent accuser des symptômes modérés.

Quand envoyer chez l'ophtalmologue ?

Un examen à la lampe à fente est nécessaire en cas de symptômes évoquant une atteinte cornéenne (photophobie, douleur) et/ou de retentissement sur la vie quotidienne. Il permet d'avoir un constat précis de l'état de la conjonctivite, du limbe mais surtout de la cornée et du film lacrymal.

Le Break Up Time (instillation d'une goutte de fluorescéine et calcul du temps de rupture du film lacrymal) permet de rechercher une sécheresse oculaire. La qualité de la réfraction, de l'équilibre oculomoteur, cause ou conséquence éventuelle d'une aggravation des symptômes sont également recherchés.

Formes cliniques de conjonctivites allergiques et leur traitement [1]

Il existe 2 formes bénignes et 2 formes sévères de CA. **Les formes bénignes de CA sont la conjonctivite aiguë saisonnière (CAS) et la conjonctivite aiguë per annuelle (CAP)**

▷ La conjonctivite aiguë saisonnière est la forme la plus fréquente, en particulier chez l'enfant. Elle est souvent, mais non systématiquement, associée à une rhinite allergique. Les allergènes les plus fréquemment en cause sont les pollens et les phanères d'animaux. L'évolution est habituellement résolutive après l'éviction de l'allergène. Dans le cas contraire, les traitements symptomatiques sont utilisés en première intention : antidégranulants mastocytaires (cromoglycate de sodium, NAAGA, nédocromil sodique, lodoxamide), antihistaminiques locaux ou généraux.

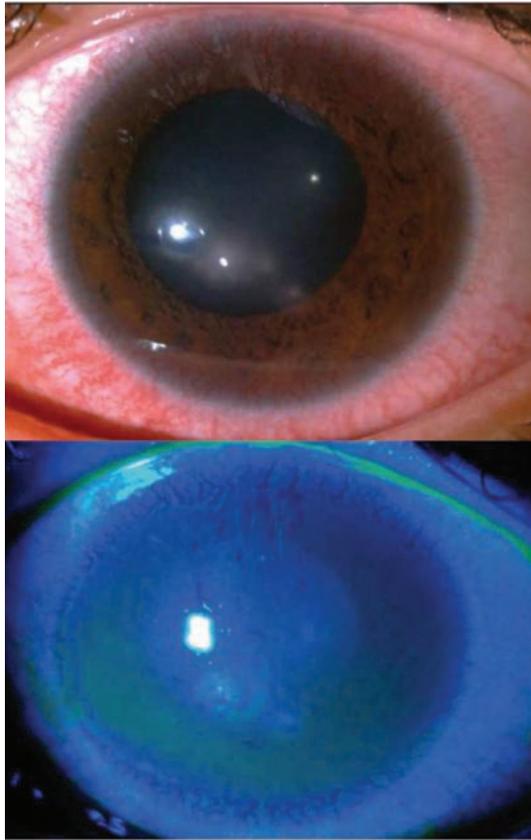
– Un traitement antihistaminique H1 peut être proposé juste avant les expositions à l'allergène. L'immunothérapie spécifique est justifiée dans la pollinose de l'enfant de plus de 6 ans [2]. Actuellement, la voie sublinguale est la plus utilisée chez l'enfant et l'adolescent.

▷ La conjonctivite allergique per annuelle (CAP) partage avec la précédente la majorité de ses symptômes mais ceux-ci persistent plus de 6 semaines. Les signes d'appel sont ceux d'une hyperréactivité conjonctivale non spécifique dont la fréquence semble s'accroître chez l'enfant notamment en milieu urbain : rougeur conjonctivale, prurit voire douleur oculaire, sensation de sable dans les yeux, larmoiement, œil sec, œdème palpébral. L'examen clinique peut ne montrer qu'une conjonctivite papillaire banale.



Papilles de la CA (conjonctive tarsale supérieure éversée)

On retrouve parfois une kératite ponctuée superficielle (KPS).



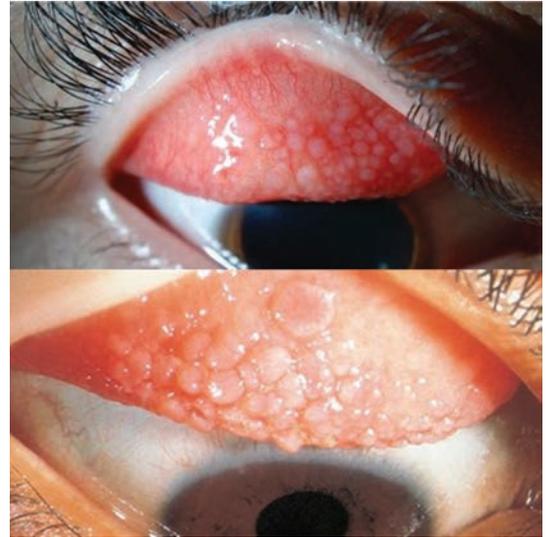
Kératite ponctuée superficielle

Le bilan allergénique s'orientera vers les allergènes pérennes. Les traitements locaux symptomatiques sont efficaces mais leur utilisation prolongée est difficile. L'immunothérapie spécifique doit être envisagée si un allergène est clairement mis en cause. La collaboration entre le pédiatre, l'ophtalmologue et l'allergologue est indispensable.

Les deux formes sévères de CA sont la kérato-conjonctivite vernale (KCV) et la kérato-conjonctivite allergique (KCA).

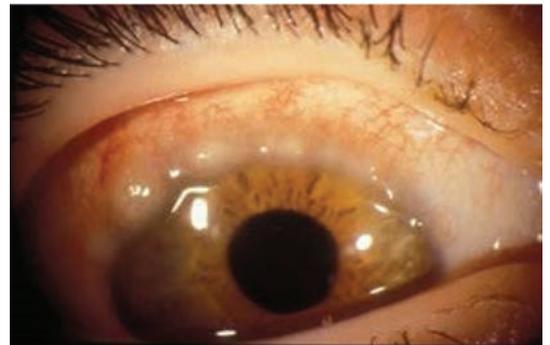
► *La kérato-conjonctivite vernale* s'exprime surtout en période chaude (on l'appelait autrefois la CA « printanière »). Elle reconnaît des facteurs génétiques, sexuels, (le garçon est bien plus souvent atteint que la fille), géographiques (dans les zones tropicales elle est connue sous le nom de limbo-conjonctivite endémique des tropiques), environnementaux (allergènes) et hormonaux (classiquement elle s'éteint vers la puberté). *Le prurit et la photophobie sont majeurs, très invalidants et confinant parfois à la douleur. Le blépharospasme, fréquent, est très évocateur. Le larmoiement est intense souvent épais. Les troubles de la vue altèrent souvent la vie sociale de ces jeunes enfants. Il existe une forme*

palpébrale avec des papilles dites « géantes », en forme de « pavés » polyédriques qui tapissent la conjonctive tarsale supérieure.

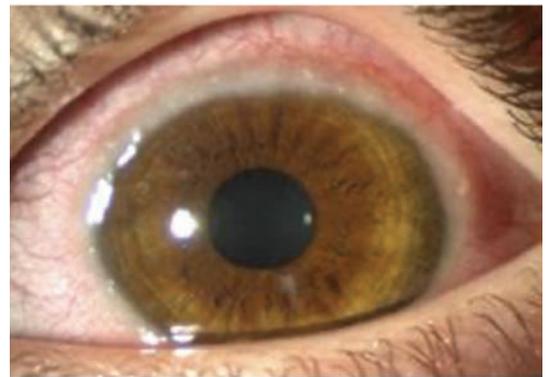


Papilles géantes de la kératoconjonctivite vernale (conjonctive tarsale supérieure éversée)

Dans la forme limbique, on observe des nodules de Trantas ou un bourrelet gélatineux limbique plus ou moins circonférentiel



Nodules de Trantas au niveau du limbe.



Bourrelet gélatineux limbique

* La plaque vernale.

Cliniquement elle est caractérisée par sa forme ovale, son aspect grisâtre, son allure torpide résistant à tout traitement. L'étude histologique, optique et ultra-structurale montre qu'elle est constituée de dépôts de fibrine adhérant à une membrane de Bowman bien conservée. Ces dépôts entravent la progression latérale de l'épithélium et s'opposent à la cicatrisation spontanée de la lésion qui ne cède qu'à la kératectomie superficielle.

Le pronostic visuel peut être engagé par l'atteinte cornéenne (néovascularisation, opacités stromales, ulcères cornéens, voire plaque vernale*) et par les effets secondaires de la corticothérapie locale prolongée (glaucome avec baisse de l'acuité visuelle plus ou moins réversible avec le traitement, cataracte). Un suivi ophtalmologique est donc indispensable. Une sensibilisation allergénique est retrouvée dans un peu plus de la moitié des cas. Le diagnostic différentiel peut se poser avec la blépharite de la rosacée oculaire. Le traitement associe les mesures d'éviction spécifique et non spécifique, le port permanent (même à l'intérieur des maisons) de lunettes filtrantes, l'instillation répétée de larmes artificielles unidoses ou avec réabsorption des adjuvants (système Abak), et les traitements symptomatiques dont l'efficacité est généralement rapidement insuffisante. La corticothérapie locale est efficace mais expose au risque d'automédication. Elle justifie une surveillance ophtalmologique pour éviter les complications citées plus haut. La ciclosporine locale permet de réduire le recours à la corticothérapie locale. Les ophtalmologistes utilisent le *Verkacia*® ou des formes préparées par les pharmacies des hôpitaux. D'autres traitements peuvent être tentés au cas par cas : tacrolimus local, immunothérapie spécifique, médications anti-leucotriènes et biothérapies comme les anti-IgE (omalizumab) et les anti ILR4 (dupilumab).

▷ *La kératoconjonctivite atopique (KCA)* est encore plus rare chez l'enfant. Elle atteint les adolescents avec un lourd passé de dermatite atopique. Elle expose aux mêmes complications que la précédente avec laquelle il existe des formes de passage. Les principales caractéristiques des formes cliniques de CA sont résumées dans le tableau 1.

L'enquête allergologique

Elle peut tout à fait débiter en cabinet libéral par un interrogatoire minutieux. Elle sera complétée par des examens complémentaires et/ou le recours à l'allergologue si nécessaire.

▷ *La recherche du terrain atopique* est un préalable indispensable car l'hypersensibilité médiée par les IgE atteint tout particulièrement les sujets avec terrain atopique. Cette prédisposition génétiquement déterminée à développer des anticorps de type IgE après exposition à un allergène peut être suspectée devant des antécédents personnels ou familiaux proches (père, mère, fratrie) de dermatite atopique, d'asthme, de rhinite ou de conjonctivite allergique, d'allergie alimentaire ou d'anaphylaxie. Les circonstances de survenue (au domicile, dans l'environnement scolaire, sportif...), l'évolution des symptômes, l'efficacité des différents traitements permettent d'orienter vers une allergie médiée par les IgE.

Les examens complémentaires

La pertinence d'un bilan allergologique doit être évaluée. Le bilan n'apparaît pas justifié dans les formes bénignes non récidivantes. En revanche la persistance des signes oculaires au-delà de 6 semaines, les récurrences survenues notamment dans les mêmes circonstances que l'atteinte initiale, la présence de signes de gravité, l'impact sur le quotidien, l'association à une rhinite allergique voire à un asthme justifient la pratique d'un bilan complémentaire.

▷ *Un bilan biologique de dépistage (NFS, Phadiatop)* peut être pratiqué en ambulatoire et apporter une orientation en objectivant une hyperéosinophilie et

Tableau 1

		CA bénignes		Kératoconjonctivites allergiques	
		Conjonctivite aiguë et saisonnière (CAS)	Conjonctivite allergique perannuelle (CAP)	Kératoconjonctivite vernale (KCV)	Kératoconjonctivite atopique (KCA)
Clinique	Fréquence	+++	+	+/-	-
	Mécanisme	HSI	HSI	HSI / HSR	HSI / HSR / Mécanique
	Terrain	Atopique	Atopique	Enfant ± atopique	Eczéma +++
	Paupières		± Oedème palpébral		Eczéma + blépharite
	Conjonctive	Follicules	Papilles et/ou follicules	Papilles géantes, fibrose	Papilles géantes
	Limbe			Nodules de Trantas, limbe épaissi	
	Cornée		± KPS	KPS ± ulcère ± plaque vernale	Ulcère, opacités, néovascularisation

une sensibilisation *in vitro* aux pneumallergènes. La caractérisation précise de la sensibilisation revient ensuite à la pratique des prick-tests et des dosages d'IgE spécifiques sériques pour les allergènes courants, ainsi que pour les allergènes soupçonnés par le contexte clinique.

▷ *Les prick-tests* peuvent être faits par les pédiatres formés et les allergologues. La présence d'un test cutané supérieur à la moitié du témoin positif est évocateur d'une hypersensibilité spécifique.

▷ *Un dosage quantitatif d'IgE spécifiques* supérieur à 0,35 UI/mL est en faveur d'une hypersensibilité spécifique. Trois dosages d'IgE spécifiques sont actuellement remboursés par la Sécurité sociale.

La pratique des tests de provocation conjonctivaux (TPC) n'est plus possible en 2023, faute d'extraits allergéniques purifiés.

En cas de doute, le recours à une consultation spécialisée auprès d'un allergologue peut se justifier. La recherche des autres pathologies allergiques doit enfin être systématique devant une forme sévère et/ou récidivante.

Conclusion

La connaissance des formes cliniques de l'allergie oculaire est nécessaire pour orienter le diagnostic. L'allergie est souvent en cause dans les formes bénignes de CA. La physiopathologie de l'allergie oculaire, encore mal connue, permet une approche plus rationnelle des conjonctivites allergiques de l'enfant. La confrontation des données ophtalmologiques et allergologiques pourrait conduire à une classification plus rationnelle des conjonctivites de l'enfant, prenant en compte, à l'instar de la classification ARIA pour la rhinite, la gravité des symptômes et leur caractère intermittent ou persistant.

Messages essentiels

- La conjonctivite allergique est la forme la plus fréquente de l'allergie oculaire.
- Elle peut être bénigne dans la CA saisonnière et per annuelle mais parfois sévère dans la kératoconjonctivite vernale et la kératoconjonctivite allergique.
- Elle peut être associée à une rhinite allergique, une blépharite et/ou des manifestations atopiques.
- Dans la grande majorité des cas elle est en rapport avec une hypersensibilité immédiate IgE médiée. Elle peut être aggravée par de nombreux facteurs irritants
- Le retentissement sur la qualité de vie est fréquent, même dans les formes apparemment bénignes.
- Le diagnostic précis de la forme de CA doit être établi en tenant compte des signes cliniques, de la gravité des symptômes, de leur caractère intermittent ou persistant et des examens complémentaires éventuels afin de proposer une prise en charge adaptée qui limitera l'impact de la CA sur le quotidien des enfants et des adolescents.

Bibliographie

- [1] Friedlaender MH. Conjunctivitis of allergic origin: clinical presentation and differential diagnosis. *Surv Ophthalmol*, 1993, 38:105-114.
- [2] Mortemousque B, Bertel F, De Casamayor J et al. House-dust mite sublingual-swallow immunotherapy in perennial conjunctivitis: a double-blind, placebo-controlled study. *Clin Exp Allergy*, 2003, 33:464-9.

La kératoconjonctivite vernale KCV

Synthèse extraite du Protocole National de Diagnostic et de Soins (PNDS) ; octobre 2022.
Centre de Référence des Maladies Rares en Ophtalmologie – OPHTARA

Caractéristiques de la kératoconjonctivite vernale

La kératoconjonctivite vernale (KCV) est une maladie allergique inflammatoire chronique sévère de la surface oculaire. Elle affecte la conjonctive oculaire et la cornée, et impacte la vue. C'est une pathologie rare et sous-estimée, dont le retard diagnostique peut entraîner la survenue de complications oculaires avec des séquelles, voire une déficience visuelle si elle n'est pas reconnue et traitée de manière adéquate. La KCV affecte principalement les enfants de sexe masculin, dans leur première décennie [De Smedt S, Wildner G, Kestelyn et al. 2013], avec un terrain atopique [Leonardi A, 2013]. Dans la plupart des cas, la KCV est caractérisée par une inflammation chronique de la surface oculaire avec des exacerbations saisonnières au printemps et en été [Vichyanond P, Pacham P, Pleyer U, et al. 2014]. Cependant, plus de 60 % des patients ont des récurrences répétées tout au long de l'année et 23 à 48 % des patients ont une forme perannuelle de la maladie [Bonini S, Sacchetti M, Mantelli F, et al., 2007]. La KCV se résout à l'adolescence dans la plupart des cas avec des risques de séquelles.

La prévalence de la KCV dépend fortement de l'origine géographique. Elle est estimée à 3,2 pour 10 000 habitants en Europe occidentale [Bremond-Gignac D, Donadieu J, Leonardi A, et al., 2008], comprise entre 0,7 et 3,3 pour 10 000 habitants en France [Bremond-Gignac D, Donadieu J, Leonardi A, et al., 2008], tandis qu'elle atteint 500 pour 10 000 habitants en Afrique centrale [De Smedt SK, Nkurikiye J, Fonteyne YS, et al., 2012]. Elle est plus répandue dans les climats chauds, secs et venteux, et a souvent un impact substantiel sur la qualité de vie (QoL) des patients [Ghauri AJ, Biswas S, Manzouri B, et al., 2022].

Diagnostic de la kératoconjonctivite vernale

Les manifestations cliniques de la KCV

regroupent des signes cliniques oculaires sévères : prurit intense, photophobie intense et difficulté d'ouverture palpébrale le matin (signant une atteinte cornéenne), œil rouge (hyperhémie conjonctivale), larmolement, sécrétions oculaires, sensation de corps étranger, œdème palpébral et chémosis [Ono SJ, Abelson MB., 2005]. Le début de la maladie peut être confondu avec une conjonctivite allergique saisonnière ou perannuelle classique. C'est le caractère récidivant, sévère et réfractaire au traitement qui permet de poser le diagnostic. A fortiori en cas d'exacerbations du printemps à l'automne.

Le diagnostic est clinique

À l'examen, des papilles géantes sont observées sur la conjonctive tarsale (aspect pavé), tandis que des infiltrations gélatineuses avec des nodules de Horner-Trantas sont observés au niveau du limbe, le plus souvent supérieur. L'hyperhémie conjonctivale est souvent sévère, accompagnée de sécrétions muqueuses épaisses. L'examen par l'ophtalmologiste permettra de déterminer si la KCV atteint la conjonctive palpébrale (KCV tarsale),

la région périphérique de la cornée appelée limbe (KCV limbique), ou les deux (KCV mixte) [Leonardi A, 2013]. L'atteinte cornéenne (kératite) doit être recherchée par l'ophtalmologiste car elle fait toute la gravité de la maladie. Elle est la conséquence de la libération de médiateurs de l'inflammation qui se retrouvent à des concentrations importantes à la surface de l'épithélium cornéen, pouvant provoquer la survenue d'ulcères ou de plaques vernales. La physiopathologie de la KCV est encore controversée et probablement multifactorielle. Elle impliquerait à la fois les IgE spécifiques des aéro-allergènes, et des facteurs déclenchant non allergiques (soleil, poussière, vent, climatisation, ...) [Esposito S, Fior G, Mori A, et al., 2016].

Prise en charge de la kératoconjonctivite vernale, prévention des complications secondaires et surveillance

La prise en charge et la surveillance clinique régulière du patient par l'ophtalmologiste, permet de prévenir les complications secondaires. Les médecins généralistes, les pédiatres, les allergologues, les dermatologues, souvent impliqués en premier recours, ne sont cependant pas familiarisés avec les symptômes la KCV et ses complications potentielles, dont la baisse d'acuité visuelle permanente.

Sur le plan ophtalmologique

La consultation a pour objectif de confirmer le diagnostic, d'exclure les diagnostics différentiels et de rechercher des complications. L'examen par l'ophtalmologiste doit comporter :

- 1- un examen ophtalmologique complet bilatéral qui comportera la mesure de l'acuité visuelle (AV) avec réfraction sous cycloplégique ;
- 2- un examen à la lampe à fente avec recherche d'atteinte cornéenne (kératite et atteinte limbique avec nodules de Trantas) et éversion des paupières (recherche de papilles géantes) ;
- 3- dépistage du glaucome en particulier si corticothérapie
- 4- un fond d'œil (FO) ;
- 5- un bilan orthoptique.

Les complications de la KCV

Elles émaillent souvent l'évolution de la maladie :
- kératoconjonctivite sévère avec ulcérations cornéennes qui sont suspectées devant une photophobie intense ;
- ulcère vernal de cornée ;
- plaque vernale ;
- complications iatrogènes.

Elles nécessiteront un traitement spécifique par l'ophtalmologiste.

Le traitement comporte

- Des mesures préventives environnementales (lunettes avec verres teintés, lavages oculaires, éviter la climatisation et les allergènes. . .).
- Un traitement médicamenteux par collyre. Les classes thérapeutiques regroupent les agents mouillants, les collyres antihistaminiques/anti-dégranulants, les cor-

ticoides topiques et les immuno-modulateurs topiques.

- Un traitement anti-allergique par voie générale peut être utile pour les formes survenant sur un terrain atopique marqué. Ces anti-allergiques vont des plus simples antihistaminiques aux immunothérapies et biothérapies anti-allergiques ;

- Un traitement chirurgical : injection supra-tarsale de corticoïdes ou prise en charge chirurgicale des plaques vernales et/ou des ulcères cornéens, par un ophtalmologiste spécialisé [Vichyanond P, Pacham P, Pleyer U, et al., 2014].

Les complications iatrogènes sont essentielles à éviter. L'utilisation non contrôlée des corticoïdes topiques peut entraîner une cortico-dépendance, une augmentation de la pression intraoculaire avec glaucome induit, une cataracte, une kératite herpétique.

L'ensemble de ces complications peut conduire à la cécité. Les traitements d'épargne cortisonique sont essentiels pour la KCV et comprennent des immuno-modulateurs tels que la ciclosporine A et le tacrolimus. Le traitement doit donc être adapté en fonction des caractéristiques cliniques du patient afin d'améliorer sa prise en charge et sa qualité de vie [Brindisi G, Cincola B, Anania C, et al., 2021].

Sur le plan allergologique et pédiatrique

La prise en charge doit comporter :

- une consultation chez un allergologue avec prick-tests afin de rechercher le ou les allergènes responsables ;
- une consultation avec un pédiatre et/ou un dermatologue pour rechercher les autres manifestations atopiques (dermatite atopique, rhino-conjonctivite allergique, asthme allergique, allergie alimentaire IgE-médiée) ;
- si nécessaire, un accompagnement psychologique de l'enfant avec la famille.

Les aides mises en œuvre pour prévenir et limiter les situations de handicap

Les aides ne seront nécessaires qu'en cas de complications sévères entraînant une baisse majeure de l'acuité visuelle. Un projet d'accueil individualisé (PAI) sera utile pour la mise en place du traitement en milieu scolaire.

Les rôles du médecin généraliste et du pédiatre

- Reconnaître les manifestations de la KCV et adresser en urgence à l'ophtalmologiste.
- Informer les patients et les parents de la sévérité potentielle de la KCV, des risques de complications mais aussi de l'existence de traitements adaptés ; expliquer l'histoire naturelle, et les grandes lignes de la prise en charge [Leonardi A, 2013].
- Être en lien avec l'ophtalmologiste pour le traitement et le suivi ; et les autres médecins spécialistes dans la prise en charge des autres manifestations pour l'atopie.
- Rechercher et prendre en charge les comorbidités atopiques éventuellement associées.
- Orienter le patient vers les acteurs et/ou structures adaptées.
- Mettre en place si besoin un PAI, soutien psychologique.

Source • https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2022-10/pnds_kcv_.pdf

Informations utiles • OPHTARA : www.maladiesrares-necker.aphp.fr/ophtara/ • Association de patients : Association Française de l'Eczéma (Association de soutien aux personnes atteintes d'eczéma et de pathologies rares associées) : www.associationeczema.fr • Orphanet : <http://www.orpha.net> • Génétique DataBase OMIM : <https://www.omim.org> • F5MR : www.sensgene.com

Traitement des manifestations modérées des conjonctivites et blépharconjonctivites d'origine allergique. La première mesure est l'éviction de l'allergène. Lorsqu'elle n'est pas possible, l'allergène, de même que les médiateurs de l'allergie, peuvent être dilués ou éliminés à l'aide de solutions de lavage. Secondairement, on aura recours aux traitements médicamenteux locaux. Les formulations sans conservateur sont à privilégier.

NAABAK®

Acide N-acétyl aspartyl glutamique (sel de sodium) 4,9%

ÇA PIQUE, ÇA GRATTE, ÇA BRÛLE ?



1 goutte
2 à 6 fois par jour



Sans
conservateur



Innovation
française



Remb. Sec. Soc. 30% et Collect

Pour une information complète, consultez le Résumé des Caractéristiques du Produit sur la Base de Données Publique des Médicaments en flashant ce QR Code ou directement sur le site internet : <http://base-donnees-publique.medicaments.gouv.fr>

 **Théa**

Théa Pharma - 12, rue Louis Blériot - 63100 Clermont-Ferrand