

## **La Pollinose oculaire de l'enfant et son traitement,**

Jean-Luc Fauquert Unité d'allergologie de l'enfant CHU Estaing F 63003 Clermont-Ferrand,  
[jlfauquert@chu-clermontferrand.fr](mailto:jlfauquert@chu-clermontferrand.fr)

**La pollinose oculaire** est une pathologie fréquente qui peut altérer de façon importante la qualité de vie.

Elle s'exprime essentiellement au niveau du nez et de la surface oculaire. La conjonctivite possède toutes les cellules nécessaires à la réaction allergique. Le diagnostic est habituellement facile devant un prurit oculaire associé à un rougeur de la surface oculaire, un fréquent larmoiement clair. L'œdème peut atteindre la conjonctive (chemosis) ou se limiter en périoculaire. L'association à une rhinite vasomotrice est habituelle mais non obligatoire. La recherche d'un asthme associé est essentielle. Le terrain atopique est souvent présent.

Le diagnostic différentiel se fait avec la conjonctivite perannuelle avec laquelle elle partage les symptômes. L'œil sec peut aussi s'associer à la conjonctivite allergique, ou survenir seul et en partager les symptômes. Le diagnostic d'œil sec se fait par la mesure du temps de rupture du film lacrymal (Break Up Time ; BUT). Il faut cependant connaître la possibilité de formes sévères de conjonctivite. La kérato-conjonctivite vernale s'exprime au printemps et en été et peut simuler au début une conjonctivite saisonnière. La présence de photophobie traduisant une atteinte cornéenne et de troubles de la vision et/ou de douleur oculaire doit faire orienter le patient vers l'ophtalmologiste.

La pollinose est responsable de rhino conjonctivite aigue puis persistante. La conjonctivite isolée est beaucoup plus rare. L'association à un asthme est possible et doit être recherchée (1). Le rôle de l'allergologue est de préciser les allergènes en cause, et l'importance de leur implication, pour décider le moment optimal pour mettre en place une immunothérapie allergénique.

**La prise en charge efficace de cette pathologie doit être multidisciplinaire.** Les intervenants de première ligne sont les pharmaciens, les médecins généralistes et les pédiatres. Les allergologues et les ophtalmologistes sont impliqués dans la prise en charge initiale ainsi que dans le suivi au long cours. Chaque spécialiste doit donc connaître les principaux traitements, leurs intérêts et leurs limites afin d'assurer une cohérence et une hiérarchie dans la thérapeutique.

### **Les traitements symptomatiques**

#### 1. Lavages oculaires

L'irrigation de la surface oculaire est un élément simple et primordial du traitement : elle limite la charge allergénique en contact avec la surface oculaire et élimine les sécrétions dont l'importance peut altérer la qualité de vision. Les lavages se font avec des dosettes stériles de sérum physiologique. On n'hésitera pas à recommander les instillations « à grande eau ».

#### 2. Les larmes artificielles

Les agents lubrifiants ont un rôle protecteur et de rinçage de la surface oculaire. Il s'agit de substituts lacrymaux dont l'objectif commun est de restituer un film lacrymal dont la qualité est souvent altérée dans la pathologie allergique. Ils sont plus ou moins visqueux selon leur mode d'action et leur durée d'action, longue ou courte. Ils réduisent à la fois les symptômes et les signes de l'allergie conjonctivale (2). En pratique, le patient les utilisera 3 à 6 fois par jour, selon le confort qu'il ressent avec certains types de larmes artificielles. Lors de la réapparition des symptômes d'hyperréactivité conjonctivale, elles peuvent être utilisées à la demande et fraîches car conservées au réfrigérateur. Elles sont dénuées de toxicité mais on préférera les formes sans conservateurs pour éviter les réactions d'allergie non IgE médiée. Les

décongestionnants locaux sont une autre classe de molécules, rarement utilisée en pratique. Ils n'interviennent pas non plus sur les médiateurs de l'inflammation allergique oculaire.

### 3. Les stabilisants de la membrane du mastocyte

Ils inhibent la dégranulation des mastocytes et la libération de médiateurs préformés pro inflammatoires, ainsi que la synthèse de certains médiateurs inflammatoires. Ils interviennent donc sur la phase précoce et la phase tardive de la réaction allergique médiée par les IgE, en particulier sur le prurit et l'hyperhémie (3). Ils sont plus efficaces s'ils sont instillés avant le contact avec l'allergène. Leur durée d'action courte impose de nombreuses instillations. En dehors des rares réactions d'irritation à l'instillation, leurs effets secondaires sont rares.

### 4. Les Antihistaminiques

Ils agissent par antagonisme sur les récepteurs à l'histamine et bloquent ainsi les effets inflammatoires de l'histamine endogène. Ils réduisent ainsi les symptômes consécutifs à la libération d'histamine. Certains d'entre eux ont une action supplémentaire sur les agents responsables de la phase tardive de l'inflammation allergique.

- a. Utilisés par voie générale, ils favorisent la réduction des symptômes mais ils exposent, en particulier pour les moins récents, à des effets secondaires systémiques voire locaux, comme une accentuation de la sécheresse oculaire. En pratique ils sont surtout utilisés en cas de conjonctivite associée à la rhinite.
- b. Les antihistaminiques locaux ont un effet plus rapide et plus intense, et n'exposent pas au risque d'effet secondaire. Cependant des réactions locales d'irritation lors de l'instillation ou d'intolérance voire d'allergie ont été décrites. Les antihistaminiques topiques de première génération doivent être évités pour leurs effets secondaires potentiels (paralysie de muscles ciliaires, mydriase, photophobie et glaucome à angle fermé) et peuvent exacerber la sécheresse oculaire par dysfonctionnement du film lacrymal.

### 5. Les collyres à double action

A la fois antiH1 et antidégranulants, ils agissent d'une part en inhibant la dégranulation des mastocytes et ont une action antiH1 par liaison compétitive avec le récepteur H1. Leur action est rapide, généralement en quelques minutes après l'application, ce qui permet d'améliorer l'observance thérapeutique, et prolongée, ce qui permet une seule instillation matin et soir (4). Ces molécules sont donc très largement utilisées actuellement d'autant qu'elles sont habituellement bien tolérées y compris au long cours (formulations sans conservateurs).

### 6. Les antiinflammatoires locaux

Les corticoïdes locaux agissent sur la phase tardive de l'inflammation allergique en inhibant la production et le relargage des médiateurs de l'inflammation et sont extrêmement efficaces à la fois sur les symptômes et signes cliniques notamment l'hyperhémie conjonctivale. Ces traitements ne doivent être employés qu'avec l'accord de l'ophtalmologiste qui éliminera une infection locale. Leur utilisation au long cours est exclue dans cette pathologie du fait de leurs effets secondaires: glaucome cortisonique (qui s'autonomise parfois même à l'arrêt des corticoïdes) et cataracte précoce. En pratique, ils ne sont utilisés qu'en cas de complication cornéenne de fait exceptionnelle, en association avec les pommades cicatrisantes. Devant une conjonctivite sans kératite il importe donc de ne jamais céder à la facilité de délivrer des ordonnances « à utiliser si besoin pendant 6 mois ». Les collyres non stéroïdiens sont peu utilisés en pratique quotidienne car assez mal tolérés à l'instillation et peuvent induire au long cours des décompensations cornéennes avec œdèmes chroniques.

## **L'immunothérapie allergénique**

La désensibilisation allergénique est le seul traitement à visée étiologique. Ses mécanismes d'actions ont été décrits pour la rhino conjonctivite et l'allergie respiratoire dans son ensemble. Il faut toutefois connaître la particulière réactivité de la conjonctive qui est riche en mastocytes, dont l'activation peut être déclenchée par de faibles doses d'allergène.

Le préalable indispensable est la mise en évidence d'un pollen responsable. Il est facile de conclure à la responsabilité d'un pollen lorsqu'il y a concordance entre la période d'exposition et l'allergène positif en tests cutanés et à la lumière d'éventuels dosages sériques d'IgE spécifiques. Lorsqu'un doute persiste ou en cas de polysensibilisation, on vérifiera le lien entre l'allergène suspecté et les symptômes, par la pratique d'un test de provocation conjonctivale allergénique (5).

Les modalités de l'immunothérapie à visée oculaire sont particulières. Elle ne doit pas être débutée en période de symptômes au risque d'accroître transitoirement les symptômes et de dégrader la qualité de vie. La voie sublinguale sera préférée. L'extrait allergénique ne doit contenir que des pollens, de même nature si possible. La dose initiale doit être faible et les incréments doivent être lents. Les réactions syndromiques doivent être traitées par collyres. Elles imposent exceptionnellement d'interrompre le protocole. A défaut d'étude prospective importante, l'efficacité de la désensibilisation opposée aux cas de pollinose isolée est mal connue. Une seule étude Cochrane concerne la rhino conjonctivite et met en évidence un bénéfice significatif pour ces patients (6). L'analyse de la qualité de vie de nos patients désensibilisés pour une pollinose isolée plaide pour le développement de l'immunothérapie.

### **Les Indications**

**Le traitement de première intention** de la pollinose oculaire isolée est basé sur les antidégranulants et les antihistaminiques locaux. L'utilisation de collyre à action double est recommandée, surtout si le traitement est prévu sur une longue période. Si la qualité de vie du patient n'est pas significativement altérée par les symptômes et la prise des traitements, ce dernier peut être reproduit chaque année. Les traitements adjuvants ne doivent pas être négligés, en particulier les lavages oculaires et les larmes artificielles, car aucun moyen ne permet de réduire significativement l'exposition allergénique. Les molécules utilisées localement de façon prolongée doivent ne pas être associées à des conservateurs, ou être présentées avec un système de réabsorption (type « abak® »), en particulier chez le sujet âgé.

**En deuxième intention**, en cas d'échec du traitement symptomatique, il est possible d'ajouter un antiH1 par voie générale. Sauf complication cornéenne il n'y a pas d'indication pour, les corticoïdes locaux dans le pollinose oculaire isolée.

**Lorsque la qualité de vie du patient s'altère** malgré un traitement bien conduit de sa pollinose, soit parce que les symptômes sont invalidants en particulier dans certaines professions, ou par ce que les traitements sont mal tolérés ou mal acceptés, il faut envisager la désensibilisation allergénique.

Enfin il ne faut pas omettre l'impact oculaire des traitements prescrits pour une autre pathologie allergologique. Les **antihistaminiques par voie générale** constituent dans ce cas fréquent une bonne indication.

**Resumé:** Le traitement de la pollinose oculaire isolée est bien codifié. En première intention, le traitement symptomatique a pour but de limiter l'altération de la qualité de vie. Les collyres utilisés ont une action antidégranulante ou antihistaminique locale. Mis à disposition plus récemment, les collyres qui associent les 2 actions précédentes sont plus faciles à utiliser car ils sont bien tolérés et d'action prolongée. Il ne faut pas négliger les lavages oculaires et l'instillation répétée de larmes artificielles. En cas d'utilisation prolongée, il est préférable d'utiliser les collyres sans conservateur. Il n'y a pas de place pour la collyres corticoïdes dans le cadre de cette pathologie non compliquée. Dans les cas résistants aux traitements locaux, des antihistaminiques par voie générale peuvent être associés. L'immunothérapie spécifique est recommandée lorsque la qualité de vie s'altère. Ses modalités doivent être adaptées à la pathologie de la surface oculaire.

## Bibliographie

- 1- 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;67:1327-37.
- 2- Bilkhu PS, Wolffsohn JS, Naroo SA, Robertson L, Kennedy R. Effectiveness of nonpharmacologic treatments for acute seasonal allergic conjunctivitis. *Ophthalmology*. 2014;121:72-8.
- 3- Bielory BP, O'Brien TP, Bielory L. Management of seasonal allergic conjunctivitis: guide to therapy. *Acta Ophthalmol*. 2012;90(5):399-407.
- 4- Bielory L. Ocular allergy treatment. *Immunol Allergy Clin North Am*. 2008;28:189-224.
- 5- Fauquert JL, Jedrzejczak-Czechowicz M, Rondon C, Calder V, Silva D, Kvenshagen BK, et al. Conjunctival Provocation Test: guidelines for daily practice. *Allergy*. 2015 on press
- 6- Calderon MA, Penagos M, Sheikh A, Canonica GW, Durham SR. Sublingual immunotherapy for allergic conjunctivitis: Cochrane systematic review and meta-analysis. *Allergy*. 2011;41:1263–72.
- 7- 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.