

La kératoconjonctivite vernale

Rare, mais au traitement contraignant

Dr Daniel Pereira*, Dr Serge Doan*

INTRODUCTION

Également qualifiée de “printanière”, cette forme sévère de conjonctivite allergique (1) est une pathologie rare et bien individualisée. La gravité de cette forme clinique repose sur l’atteinte cornéenne et sur son traitement, contraignant et potentiellement iatrogène.

DÉMOGRAPHIE

La kératoconjonctivite vernale (KCV) débute généralement avant l’âge de 10 ans. Un terrain atopique n’est retrouvé que dans 50 % des cas. Elle touche préférentiellement les garçons (2/3 des cas) avant l’âge de 20 ans, par la suite le sex-ratio se rapproche de 1. Classiquement perannuelle et rythmée par des périodes d’exacerbation lors des périodes de chaleur et d’ensoleillement, la KCV évolue généralement entre l’âge de 2 et 10 ans. Si la maladie s’éteint le plus souvent en fin de la puberté, **10 % des cas de KCV se chronicisent et prennent la forme d’une kératoconjonctivite atopique de l’adulte.**

Sur le plan géographique, la KCV atteint en premier lieu les jeunes patients habitant les climats secs et chauds, et c’est en Afrique et dans le bassin méditerranéen que sont observés les cas les plus sévères et les plus grandes concentrations de KCV.

* Fondation Rothschild, Hôpital Bichat, service du Pr Cochereau, Paris

PHYSIOPATHOLOGIE

Le mécanisme physiopathologique de la KCV est complexe et fait intervenir des réactions d’hypersensibilité de type 1 et 4 de la classification de Gell et Coombs. Ainsi on retrouve **des taux élevés d’histamine et de tryptase** dans les larmes et des IgE et IgG spécifiques (2) peuvent également être détectées.

Sur le plan histologique, l’épithélium conjonctival et le chorion sous-jacent sont le siège d’un **infiltrat inflammatoire** composé de nombreux mastocytes, de polynucléaires (basophiles, éosinophiles et neutrophiles) et des cellules mononuclées (3). Parmi les lymphocytes, seuls les CD4+, stimulant la synthèse d’IgE et sécrétant l’IL4, ont été détectés.

SYMPTÔMES

La symptomatologie est généralement bruyante et associée à **un prurit et une photophobie intenses**, une sensation de corps étranger, un larmolement, des sécrétions, un ptosis voire un blépharospasme. La KCV, par son expression clinique envahissante, peut avoir un retentissement psychologique et social qu’il conviendra d’évaluer en consultation (absentéisme scolaire, isolement, etc.).

SIGNES CLINIQUES

L’examen à la lampe à fente permet de différencier 3 formes cliniques de KCV : palpébrale, limbique et mixte. Quel que soit le tableau,

l’œdème palpébral et l’hyperhémie conjonctivale sont quasiment constants, et des sécrétions (parfois pseudomembraneuses) sont également rencontrées lors des phases actives.

- La forme la plus fréquente est la **forme palpébrale** : la conjonctive tarsale supérieure est tapissée de nombreuses papilles (Fig. 1A) dont le diamètre est supérieur à 1 cm (papilles dites “géantes”). Le sommet de ces excroissances conjonctivales est plat, donnant ainsi l’impression d’un pavage du tarse supérieur et leur accumulation peut être responsable d’un pseudoptosis. Cette entité clinique est l’apanage des cas rencontrés en Europe et en Amérique du Nord.

- Dans sa **présentation limbique**, la KCV se caractérise par la présence de papilles limbiques, confluentes, formant un bourrelet gélatineux, qui prend dans certains cas, l’aspect d’un véritable pneu périkératique. Le limbe peut aussi être le siège de formations blanchâtres dites “grains de Horner-Trantas” (Fig. 1B) correspondant à une accumulation de cellules épithéliales et d’éosinophiles. La présence de ces grains témoigne d’une activité de la maladie et leur disparition peut s’accompagner d’une néovascularisation cornéenne superficielle. Cette forme de KCV est plus rare et touche plus particulièrement les patients mélanodermes.

- Les **formes mixtes** associent, à divers degrés, les signes cliniques

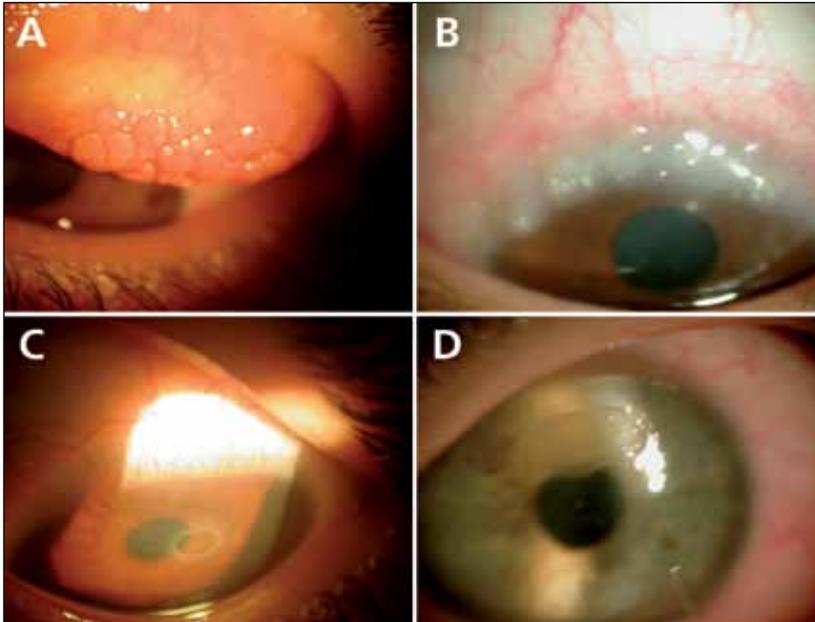


Figure 1 - A : Papilles géantes. B : Grains de Trantas. C : Ulcère vernal. D : Plaque vernale.
(Photos du Dr Doan)

des deux présentations décrites précédemment.

► Devant toute KCV, l'atteinte cornéenne doit être recherchée car elle fait toute la gravité de la maladie. Elle est la conséquence de la libération par une conjonctive pathologique de nombreux médiateurs de l'inflammation qui se retrouvent en concentration importante à la surface de l'épithélium cornéen.

- La **kératite ponctuée superficielle** (KPS) est la lésion la plus fréquemment rencontrée. Elle peut se compliquer d'un **ulcère vernal** (Fig. 1C), un défaut épithélial situé le plus souvent sur la moitié supérieure de la cornée. À la lampe à fente, il s'agit d'un ulcère bien limité, non-infiltré, superficiel, à bords ovalaires et qui peut se remplir de fibrine et de mucus. L'ulcère devient alors une **plaque dite vernale** (Fig. 1D) dont le fond induré entrave la cicatrisation épithéliale. À ce stade, un traitement retardé, inadapté ou une évolution prolongée seront responsables

d'une taie cornéenne parfois néo-vascularisée.

EXAMENS COMPLÉMENTAIRES

Le diagnostic de KCV est clinique, cependant certains examens complémentaires ont un intérêt dans la prise en charge car ils permettent d'orienter le traitement.

- **Le bilan allergologique** : il est négatif dans la moitié des cas, mais il reste systématique car il objective une sensibilisation à un allergène donné.

- **Le test de provocation conjonctivale** : si la place de cet examen est discutée, il permet d'isoler un allergène au niveau oculaire, motivant ainsi une désensibilisation spécifique.

TRAITEMENT

Un aspect fondamental dans la prise en charge de la KCV est **l'adhésion de l'enfant et des parents**

au traitement. Cela passe par un entretien initial au cours duquel sera évalué le retentissement de la maladie sur la qualité de vie de l'enfant et qui fournira aux intéressés les explications indispensables pour comprendre la maladie (évolution, risque amblyopie, facteurs déclenchants, motifs de consultation urgente, intérêt du traitement, risque de l'automédication...). **La compliance au traitement et l'absence de complications iatrogènes** devront être vérifiées à chaque consultation de contrôle et les explications rappelées si besoin.

► Le traitement de la KCV comporte 3 versants : les mesures symptomatiques, le traitement médicamenteux et le traitement chirurgical.

MESURES SYMPTOMATIQUES

- **Éviction de l'allergène** (si allergène identifié).
- **Protection solaire** (insister auprès des parents +++): port de verres teintés avec filtre UV + casquette.

TRAITEMENT MÉDICAMENTEUX

- **Désensibilisation** (si allergène identifié).
- **Lavages répétés au sérum physiologique froid sans conservateur** : systématique, efficace par effet de lavage et dilution des allergènes et médiateurs, à réaliser toute l'année (fréquence des lavages plus importante en période de crise).
- **Antiallergiques (antidégrenulants mastocytaires, anti-H1 locaux ± per os)** : systématiques en saison chaude, ils peuvent être maintenus toute l'année dans les formes perannuelles. Les collyres sans conservateurs sont à privilégier, les anti-H1 per os ont surtout un intérêt en cas d'autres signes d'allergie associés (rhinite).

- **Corticoïdes en collyres** : indiqués dans les atteintes cornéennes. Une décroissance rapide devra être réalisée et les risques de l'automédication exposés (glaucome, cataracte, corticodépendance). La posologie initiale dépendra de la gravité : 4 gouttes/j de fluorométholone ou rimexolone pour une KPS dense, jusqu'à 8 gouttes de dexaméthasone par jour pour les ulcères et plaques vernaies.

- **Ciclosporine en collyre (0,5 ou 2 %)** : indiquée en cas de corticodépendance (4) ou d'emblée dans les formes graves. La posologie varie entre 2 et 4 gouttes par jour en fonction de la gravité. Un sevrage pendant la saison froide est souhaitable mais n'est pas toujours possible.

- **Antileucotriènes oraux** : à réserver aux formes sévères (5), sous surveillance biologique.

TRAITEMENT CHIRURGICAL

Indiqué dans les formes très sévères, il est utilisé comme adjuvant au traitement médical.

- **Grattage de plaque vernale** : à réaliser en urgence lors du diagnostic de plaque, cet acte est le préalable indispensable à une cicatrisation épithéliale. Ce geste peut être pratiqué à la lampe à fente mais étant donné l'âge des patients, il a le plus souvent lieu au bloc opératoire sous anesthésie générale.

- **Grefte de membrane amniotique** : indiquée lors des retards de cicatrisation, après arrêt des collyres à toxicité épithéliale (AINS et aminosides notamment).

- **Injection intratarsale de corticoïdes** : à réserver aux formes rebelles, peut être réalisée en complément d'un grattage de plaque ou

d'une greffe de membrane amniotique, dans le même temps opératoire.

CONCLUSION

La kératoconjonctivite vernale est une entité pathologique bien définie au diagnostic le plus souvent aisé. Le problème de sa prise en charge est posé par son évolution prolongée et par les contraintes imposées par son traitement. ■

Mots-clés :

Papilles géantes, Grains de Trantas, Ulcère vernal, Plaque vernale, Ciclosporine en collyre, Grattage de plaque

BIBLIOGRAPHIE

- 1- Doan S, Hourvitz D, Voigt M, Hoang-Xuan T. La kératoconjonctivite vernale. In L'allergie oculaire. Pisella PJ, Fauquert JL (eds) - Rapport annuel des sociétés d'ophtalmologie de France. Marseille, Lamy, 2007 : 198-200.
- 2- Ballou M, Mendelson L. Specific immunoglobulin E antibodies in tear secretions of patient with vernal conjunctivitis. J Allergy Clin Immunol 1980 ; 66 : 112-8.
- 3- Allansmith MR, Baird RS, Greiner JV. Vernal conjunctivitis and contact lens-associated giant papillary conjunctivitis compared and contrasted.

Am J Ophthalmol 1979 ; 87 : 544-55.

- 4- BenEzra D, Pe'er J, Brodsky M, Cohen E. Cyclosporine eyedrops for the treatment of severe vernal keratoconjunctivitis. Am J Ophthalmol 1986 ; 101 : 278-82.

- 5- Lambiase A, Bonini S, Rasi G, Coassin M, Bruscolini A. Montelukast, a leukotriene receptor antagonist, in vernal keratoconjunctivitis associated with asthma. Arch Ophthalmol 2003 ; 121 : 615-20.