



ALGORITHME DIAGNOSTIQUE ET THÉRAPEUTIQUE DE LA KÉRATO-CONJONCTIVITE VERNALE



LA KÉRATO-CONJONCTIVITE VERNALE (KCV) EN BREF¹⁻⁴

- Réaction allergique inflammatoire de l'oeil au niveau de la conjonctive et de la cornée
- Touche principalement les enfants et les adolescents avec une prédominance masculine (ratio 2:1)
- **Évolution** : débute durant l'enfance et disparaît dans la majorité des cas à la puberté. Peut devenir chronique et évoluer vers la kérato-conjonctivite atopique
- **Facteurs de risque** : exposition à des allergènes, climat chaud et sec, printemps
- **Comorbidités** : asthme, rhinite allergique, eczéma

SYMPTOMATOLOGIE CLINIQUE^{2,4,5}

Signes d'appel

- Prurit
- Larmoiement
- Œdème palpébral et conjonctival (chemosis)
- Rougeur conjonctivale

Signes évocateurs de gravité

- Photophobie
- Sécrétions conjonctivales
- Douleurs oculaires
- Troubles de la vision
- Blépharospasme

LES DIFFÉRENTES FORMES DE KCV^{2,3,5,6}

Forme palpébrale

- Forme la plus fréquente dans les pays occidentaux
- Papilles géantes (> 1 mm de diamètre) au niveau de la conjonctive palpébrale supérieure
> visible après éversion de la paupière supérieure

Forme limbique

- Forme fréquente dans les pays subtropicaux
- Bourrelets limbiques inflammatoires d'aspect blanchâtre et gélatineux parfois associés à des nodules de Trantas jaunâtres

Forme mixte

- Différentes formes : kératite ponctuée superficielle, ulcère cornéen, ulcère vernal, plaque vernale...

GRADES DE SÉVÉRITÉ^{2,3}

	Symptômes	Photophobie	Sécrétions conjonctivales	Nodules de Trantas	Atteinte cornéenne
Grade 0 (quiescent)	Absents	Non	Absentes	Absents	Aucune
Grade 1 (léger)	Légers et occasionnels	Non	Absentes à légères	Absents	Aucune
Grade 2 (modéré)	Légers à modérés et intermittents	Oui	Légères	Absents	Aucune
Grade 3 (sévère)	Modérés à sévères et persistants	Oui	Modérées à sévères	Quelques nodules	Kératite ponctuée superficielle
Grade 4 (très sévère)	Sévères et persistants	Oui	Sévères	Nombreux nodules	Érosion ou ulcération cornéenne

DIAGNOSTICS DIFFÉRENTIELS^{2,4,6}

Conjonctivites allergiques chroniques

- Conjonctivite allergique saisonnière
- Conjonctivite allergique perannuelle
- Kérato-conjonctivite atopique
- Conjonctivite giganto-papillaire

Autres affections

- Blépharite sévère
- Rosacée oculaire
- Conjonctivite infectieuse ou phlycténulaire
- Sécheresse oculaire

La présence de papilles hypertrophiques (forme palpébrale) ou de nodules de Trantas (forme limbique) est fortement évocatrice mais non pathognomonique. Seul le contexte associé aux signes cliniques permet de poser le diagnostic.





DIAGNOSTIC³⁻⁸

Prick-tests et dosage biologique

Prick-tests

- Systématiques pour une batterie d'allergènes standards (pollens, acariens, poils d'animaux, *Alternaria*)
- Autres allergènes testés en fonction de l'histoire médicale du patient

Dosage des IgE spécifiques

- En cas de non-concordance des *prick-tests* avec les antécédents médicaux du patient
- Des valeurs normales n'excluent pas un diagnostic d'allergie

Test de provocation conjonctivale allergénique

Indications

- Sensibilisation non-concordante avec les antécédents médicaux, patient polysensibilisé, tests précédents négatifs ou contradictoires avec les antécédents médicaux

Principe

- Test réalisé dans un centre spécialisé
- Instillation d'allergène dilué dans l'œil toutes les 30 minutes
- Œil controlatéral : témoin négatif après instillation de sérum physiologique
- Lecture des résultats : 15 minutes après instillation

Critères évalués

- Prurit, rougeur, larmolement, chémosis

Score de positivité

- Addition de la valeur de chaque critère, après 20 minutes, au niveau de l'œil testé
- Résultat compris entre 0 et 13
- Score positif ≥ 5

Dosage lacrymal

- Recherche d'éosinophiles dans les larmes
- Dosage de la protéine cationique des éosinophiles
- Dosage quantitatif des IgE totales dans les larmes



PRISE EN CHARGE DE LA KCV^{3-5,9}

Objectifs

- Éviter la survenue de complications irréversibles de la maladie elle-même
- Éviter les complications liées au traitement
- Améliorer le confort de vie du patient

Mesures générales

- Protection contre les UV (port de lunettes, casquette, choix de la destination de vacances...)
- Éviction allergénique
- Lavages oculaires fréquents avec du sérum physiologique froid

Traitement de fond

- Collyre antiallergique sans cortisone (antidégranulant, antihistaminique)
- Association possible avec un antihistaminique H1 *per os* en cas de rhinite

Corticoïdes topiques

- Privilégier les cures courtes et intensives
- Instaurer un suivi spécialisé pour éviter l'apparition d'une dépendance et la survenue de complications iatrogéniques (cataracte, glaucome cortisonique)

Immunomodulateurs

- Prise en charge des formes sévères d'inflammation devenues corticodépendantes

Traitement des crises

Immunothérapie spécifique

- Prescription par l'allergologue
- Nécessité de connaître l'allergène impliqué
- Initiation du traitement en dehors de la période symptomatique
- Initiation par de faibles doses puis augmentation progressive (traitement symptomatique de secours si besoin)

Biothérapie par anti-IgE

- Prise en charge des formes réfractaires
- Injections sous-cutanées toutes les 2 à 4 semaines en fonction du taux d'IgE totales et du poids du patient

Chirurgie

- Prescription par l'ophtalmologue
- Différentes interventions possibles : grattage de la plaque vernale, greffe d'une membrane amniotique pour le traitement d'un ulcère cornéen, injection intra-palpébrale de corticoïdes...

1. EAACI. *Global atlas of allergy*. 2014. 2. Mathys KC. and Barry lee W. *Vernal Keratoconjunctivitis*. 2013. 3. Sachetti M. et al. *Current and emerging treatment options for vernal keratoconjunctivitis*. *Exp Opin Orphan Drugs* 2017. 4. Fauquet J.L. *Corresponding and managing allergic conjunctivitis in childhood : the allergist's perspective*. *Ped Allergy Immunol* 2019. 5. Doan et al. *Omalizumab in severe refractory vernal keratoconjunctivitis in children: case series and review of the literature*. *Ophthalmol Ther* 2017, 6:195-206. 6. Leonardi et al. *Ocular allergy: recognizing and diagnosing hypersensitivity disorders of the ocular surface*. *Allergy* 2012, 1327-1337. 7. Fauquet J.L. et al. *Exploration des conjonctivites allergiques : comment explorer ?* *Rev Fr allergol Immunol Clin* 2007, 1224-2271. 8. Fauquet J.L. et al. *Conjunctival allergen provocation test: guidelines for daily practice*. *Allergy* 2017, 72:43-54. 9. Helleboid L. *Conduite à tenir : conjonctivites et kératoconjunctivites allergiques*. *Rev Fr Allergol Immunol Clin* 2004, 71-75.