



Limbo-conjonctivite endémique des tropiques (LCET)



Anthony Hall
Directeur du département



Bernadetha Shilio
Médecin ophtalmologiste

Service d'ophtalmologie, Kilimanjaro Christian Medical Centre, PO Box 3010, Moshi, Tanzanie

Pourquoi l'allergie oculaire est-elle un problème pour les agents de santé oculaire ?

Pourquoi l'allergie oculaire et la kérato-conjonctivite vernale (KCV) ou « printanière », plus souvent dénommée par les auteurs francophones limbo-conjonctivite endémique tropicale (LCET), sont-elles un problème pour les agents de santé oculaire et les patients sous les climats chauds ?

Un grand nombre d'enfants sont affectés

Dans une clinique de soins tertiaires d'ophtalmologie pédiatrique en Afrique orientale, plus d'un quart des 2 250 enfants examinés présentaient une LCET. Un plus grand nombre encore, dans les consultations de cliniques de dépistage, se plaignent de démangeaisons oculaires.

Une situation frustrante et une perte de temps

En général, un enfant atteint de LCET reçoit un flacon de collyre de stabilisateur de membrane et, lorsqu'il consulte à nouveau quelques mois plus tard, son état ne s'est apparemment pas amélioré. Dans d'autres cas, on donne au patient des collyres stéroïdes sans stabilisateur de membrane et on ne lui prodigue aucun conseil. Très souvent, les enfants vont d'une clinique à l'autre, pour recevoir un flacon de collyre stéroïde lorsque les symptômes deviennent insupportables. Cette situation est frustrante pour les patients comme pour les cliniciens. Plus de 50 % des patients présentent encore des symptômes au bout de 5 ans¹.

La maladie peut évoluer vers la cécité (Figure 4)

Jusqu'à 10 % des patients développent des ulcères de la cornée, pouvant entraîner une perte visuelle due à des atteintes cornéennes. Ce chiffre est sans doute plus élevé dans les pays chauds. D'autres patients constatent une gêne visuelle due à un glaucome ou une cataracte² ou encore un pannus cornéen très étendu (Figures 2 et 6).

Comment remédier à cette situation frustrante ?

- 1 En reconnaissant les caractéristiques de la maladie, en particulier les complications potentiellement cécitantes.
- 2 En faisant en sorte que ces patients reçoivent un traitement continu adéquat, grâce à une bonne éducation sanitaire du patient et un suivi régulier à long terme.

Reconnaître la maladie : caractéristiques cliniques

La LCET est une inflammation bilatérale chronique de la conjonctive. Elle est plus fréquente chez les jeunes garçons. La maladie touche les enfants âgés de trois à seize ans, mais elle peut également se manifester à un plus jeune âge et perdurer à l'âge adulte (Figure 1). Dans la majorité des cas, les symptômes disparaissent au moment de la puberté. Bien que l'adjectif « vernal » suggère un survenue saisonnière au printemps, la maladie persiste fréquemment toute l'année, c'est pourquoi dans les pays francophones l'appellation kérato-conjonctivite vernale a été abandonnée au profit de limbo-conjonctivite endémique des tropiques.

Symptômes

La liste des symptômes inclut de très fortes démangeaisons, une irritation, une photophobie (sensibilité à la lumière) et une sensation de brûlure. Le vent, la poussière, une lumière vive ou un climat chaud aggravent les démangeaisons. Certains patients se plaignent de sécrétions mucoïdes collantes et filamenteuses. Lorsque la cornée est atteinte, on observe une baisse de l'acuité visuelle.

Anthony Hall



Figure 1 : Adulte présentant une limbo-conjonctivite endémique tropicale (LCET) grave de longue date

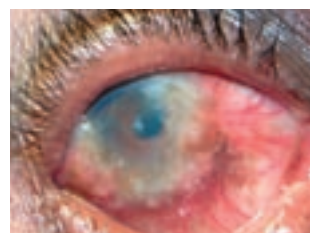


Figure 2 : Œil droit de la patiente de la Figure 1

Notez les vaisseaux dilatés de la conjonctive, les grains de Trantas, la cicatrice cornéenne et la vascularisation. Le tissu blanc dans la portion nasale de la pupille correspond à une opacification de la capsule postérieure après chirurgie de la cataracte.



Figure 3 : Œil droit de la patiente de la Figure 1

Une semaine après une injection de triamcinolone dans le tarse supérieur : la gêne oculaire et les signes d'inflammation ont disparu.



Figure 4 : Œil gauche de la patiente de la Figure 1
LCET cécitante, avec cicatrice cornéenne et vascularisation.

Signes

Pour découvrir les signes de la maladie, il faut procéder à un examen oculaire au moyen d'un biomicroscope ou de loupes grossissantes. Le test à la fluorescéine permet d'identifier une atteinte cornéenne, susceptible de menacer la vue. La maladie se caractérise par la présence de papilles géantes. Dans la forme palpébrale de la maladie, celles-ci se présentent sur la conjonctive tarsale supérieure comme des papilles géantes et aplaties, avec un aspect en pavage caractéristique. On a constaté des complications cornéennes chez 50 % des patients présentant les manifestations palpébrales de la maladie. L'atteinte cornéenne peut aller d'une kératite ponctuée superficielle à des ulcères en écus³, qui laissent une cicatrice vascularisée.

La forme limbique de la LCET est plus courante chez les patients à peau brune et chez les femmes. Elle se caractérise par une hyperhémie, par la présence de papilles sur le limbe sclérocornéen et par des grains de Trantas. Ces derniers sont des amas de cellules épithéliales et d'éosinophiles. Un pannus gélatineux envahit parfois la cornée (Figure 6), pouvant entraîner sa néovascularisation (Figure 4). Au niveau de la conjonctive, on peut observer les changements suivants : hyperpigmentation (Figure 2), fibrose sous-conjonctivale, kératinisation et symblépharons.

La déficience visuelle est plus marquée chez les patients présentant des ulcères cornéens et des plaques dites « vernaies ». Le médecin doit également être à l'affût des complications majeures que sont le glaucome et la cataracte, en particulier en cas d'utilisation prolongée de stéroïdes.

Proposer un traitement continu adéquat

Conseils

Une fois déterminée la gravité de la maladie, il faut établir un plan de traitement.

Dans les cliniques de district offrant des soins oculaires gratuits, nous examinons de nombreux groupes d'enfants et nous leur offrons des conseils. À ceux qui ne présentent aucun signe d'allergie oculaire, nous conseillons de se laver fréquemment le visage et d'utiliser des compresses froides. Aussi tentant que cela puisse être, il ne faut pas donner à ces patients de collyre à base de stéroïdes ou de cromoglycate. Un collyre, lorsqu'il n'est pas nécessaire, est susceptible d'aggraver leur état (Figure 7).

Les enfants souffrant d'une allergie oculaire, ainsi que ceux, plus gravement atteints, qui se présentent au centre de soins tertiaires sont examinés plus en détail et reçoivent des conseils personnalisés. Ces séances avec un conseiller, renforcées par les prospectus destinés aux patients, sont très importantes car elles permettent de briser le cycle du traitement inadapté et de la frustration qui en résulte.

Les séances de conseils permettent de souligner le caractère chronique de la maladie et d'expliquer que le collyre au cromoglycate de sodium met du temps à agir et qu'il faut donc continuer à l'utiliser même lorsque l'enfant se sent mieux. Lorsqu'on prescrit un collyre stéroïde à un enfant, on recommande de l'instiller fréquemment au départ. Il faut expliquer en outre que ce collyre ne doit être utilisé que pendant une courte durée, afin d'éviter des complications. La majorité des enfants et des parents réagissent très bien aux séances de conseils, de sorte que beaucoup d'entre eux reviennent pour un suivi avant qu'ils ne manquent de collyre ou que leurs symptômes ne s'aggravent. Un conseiller dévoué permet donc au clinicien très occupé de gagner un temps précieux.

Traitement médicamenteux

Le traitement dépend des symptômes et de la gravité de la maladie.

En cas de symptômes assez bénins sans complication cornéenne :

prescrire un stabilisateur de membrane comme le collyre au cromoglycate de sodium ou un nouvel agent comme l'alomide ou le nédocromil. Si vous avez accès à un fabricant de collyre à faible coût, vous pouvez demander un collyre au cromoglycate de sodium à 4 % pour les cas plus graves. Des antihistaminiques topiques sont également efficaces.

Les stabilisateurs de membrane doivent être utilisés régulièrement trois à quatre fois par jour, même après disparition des symptômes, afin de stabiliser les mastocytes et empêcher la sécrétion d'histamine. Il ne sert à rien de les utiliser uniquement lorsque les symptômes sont présents car leur effet n'est pas immédiat. Bien utilisés, les stabilisateurs de membrane peuvent limiter ou éviter le recours à un collyre à base de stéroïdes. Ils ne présentent pas les effets secondaires des stéroïdes et peuvent donc être utilisés pendant une longue durée.

En cas d'atteinte cornéenne et de maladie plus grave :

il devient nécessaire de prendre en charge les patients au niveau secondaire et tertiaire. Il faudra instiller un collyre stéroïde (prednisolone ou dexaméthasone par exemple), le traitement local le plus efficace pour une LCET grave. Il faut administrer également un stabilisateur de membrane à partir du moment où l'on commence le traitement par les stéroïdes. On doit utiliser les stéroïdes fréquemment au départ, puis diminuer leur utilisation jusqu'à l'arrêt complet, une fois que la phase aiguë de la maladie est stabilisée (généralement au bout de quelques semaines). Il faut toujours superviser un traitement à base de stéroïdes, car ceux-ci sont susceptibles d'agir sur la pression intraoculaire.

Lorsque le patient ne réagit pas au traitement classique :

on peut prescrire des injections de stéroïdes⁴ dans le tarse supérieur, administrées par un ophtalmologiste (Figure 5). Les stéroïdes à effet lent comme la triamcinolone ou à effet plus rapide comme la dexaméthasone peuvent juguler efficacement les signes oculaires. Certains résultats suggèrent que l'utilisation de stéroïdes à effet lent de type triamcinolone réduit le taux de récurrence de la maladie. Théoriquement, les stéroïdes à effet lent comportent un risque d'augmentation permanente de la pression intraoculaire. Dans le cas des enfants, les injections doivent être administrées sous anesthésie générale. Cependant, on peut éviter le recours à l'anesthésie générale à partir de l'âge de douze ans, à condition de bien maîtriser l'anesthésie locale et d'expliquer correctement le traitement à l'enfant (Figures 8 à 10).

L'instillation quatre fois par jour d'un collyre à base de cyclosporine A diluée à 0,5-2,5 % dans de l'huile d'olive ou de ricin, si vous en disposez, est une alternative efficace à l'utilisation des stéroïdes dans le traitement des cas graves de LCET⁵.

Un traitement cryothérapeutique de la conjonctive palpébrale peut provoquer une inflammation supplémentaire sans pour autant avoir un effet bénéfique².

Le débridement des plaques de mucus précoces peut accélérer la réparation de défauts tenaces de l'épithélium. Des lentilles molles hydrophiles peuvent également aider à traiter ces défauts.

D'autres thérapeutiques d'appoint, comme les larmes artificielles, les compresses froides et les lunettes de soleil soulagent fréquemment le patient, mais elles sont généralement négligées.



Figure 5 : Technique d'injection dans le tarse supérieur

Notez que l'aiguille est parallèle au bord supérieur du tarse et qu'elle pénètre du côté temporal.



Figure 6 : Enfant présentant une forme limbique grave de LCET

Notez l'hyperhémie marquée, les grains de Trantas et l'envahissement de la cornée par un pannus épais et gélatineux.

Suite à la page 10 ►

Allergies aux médicaments

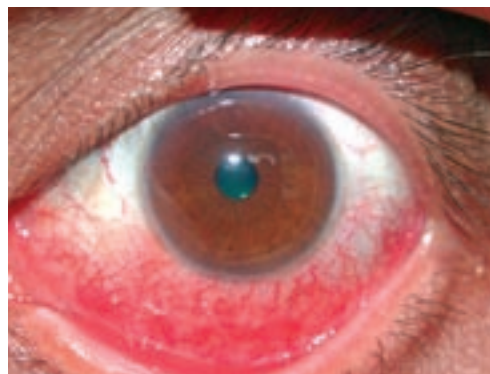
Les réactions allergiques de la conjonctive peuvent être provoquées par un médicament ou par son agent de conservation. La néomycine et la gentamicine sont des médicaments fréquemment allergéniques. Elles sont souvent prescrites en post-opératoire sous forme de collyre. À l'examen, on observe une tuméfaction des conjonctives et des paupières inférieures. La peau est parfois concernée par le processus allergique. La première mesure de traitement consiste à arrêter l'utilisation de l'allergène. On peut également avoir recours à des stéroïdes en traitement local pour soulager les symptômes. Dans bien des cas, malheureusement, le médicament responsable de l'allergie est prescrit pour un symptôme mineur parce que le patient réclame un collyre. Cela fait souvent plus de mal que de bien (Figure 7).

Références

1. S. Bonini, S. Bonini, M. Schiavone, M. Centofanti *et al.*, « Vernal keratoconjunctivitis revisited : a case series of 195 patients with long-term follow-up », *Ophthalmology*, 2000, **107**(6), 1157-63.
2. S. Bonini, M. Coassin, S. Aronni, A. Lambiase, « Vernal keratoconjunctivitis », *Eye*, 2004, **18**, 345-51.
3. J. A. Cameron, « Shield ulcers and plaques of the cornea in vernal keratoconjunctivitis », *Ophthalmology*, 1995, **102**, 985-93.
4. J. S. Saini, A. Gupta, S. K. Pandey, V. Gupta, P. Gupta, « Efficacy of supratarsal dexamethasone versus triamcinolone injection in recalcitrant vernal keratoconjunctivitis », *Acta Ophthalmol. Scand.*, 1999, **77**, 515-8.
5. N. Pucci, E. Novembre, A. Cianferoni *et al.*, « Efficacy and safety of cyclosporine eye drops in vernal keratoconjunctivitis », *Annal Allergy Asthma Immunol.*, 2002, **89**, 298-303.

Remerciements

Les auteurs tiennent à remercier le docteur Amos Kibata pour ses commentaires très utiles sur une première version de ce manuscrit. Le docteur Debbie Carmichael a mis en place les protocoles de prise en charge efficace de la LCET au KCMC et a préparé un prospectus d'information pour les patients.



Anthony Hall

Figure 7 : Conjonctivite allergique iatrogène

Ce patient s'est présenté à un centre de santé. Il se plaignait d'yeux secs et de démangeaisons. On lui a prescrit de la gentamicine et un collyre à la prednisolone, qu'il a ensuite utilisés en continu pendant trois semaines. Il est revenu à la consultation, se plaignant que ses yeux étaient maintenant rouges et douloureux et que leur état s'aggravait avec l'instillation du collyre. Notez l'hyperhémie conjonctivale dans la moitié inférieure du globe. La partie supérieure est blanche et ne présente aucun symptôme.

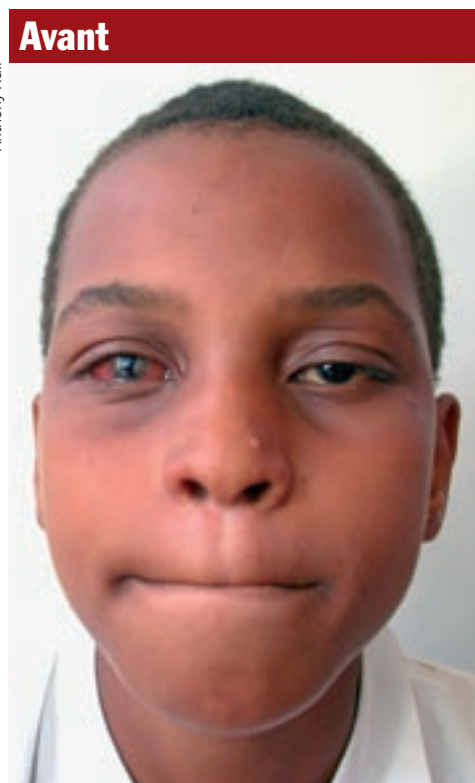


Figure 8.

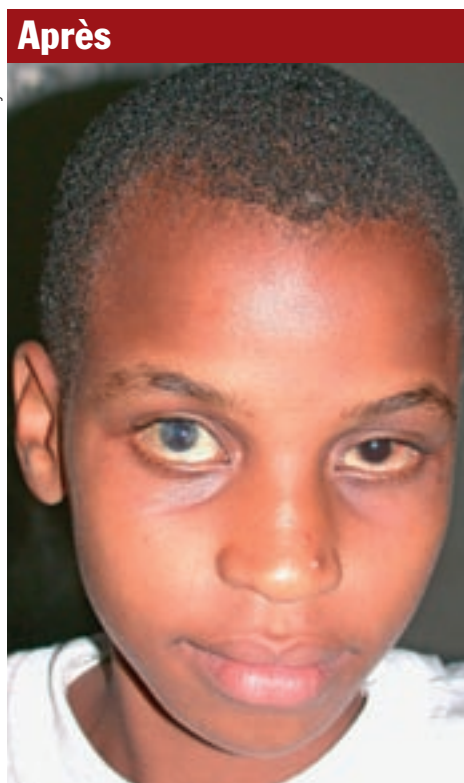


Figure 9.

Figure 8.

Une enfant de 13 ans présentant une LCET grave, essentiellement unilatérale. Notez la tuméfaction des paupières, l'hyperpigmentation autour de la paupière et la rougeur de la conjonctive. L'œil est larmoyant et la patiente paraît gênée. L'autre œil semble relativement normal en comparaison.

Figure 9.

L'enfant de la figure 8, un mois après une injection sous-conjonctivale de triamcinolone dans le tarse supérieur, sous collyre anesthésique local. Elle est heureuse et détendue. La tuméfaction des paupières a disparu. Elle peut maintenant ouvrir son œil, qui est blanc et sans symptômes. Son œil gauche, qui paraissait normal auparavant, est de toute évidence modérément atteint par une LCET également. Les paupières sont légèrement tuméfiées et la conjonctive limbique est rouge et épaissie. La patiente est tellement satisfaite du traitement de son œil droit qu'elle réclame une injection dans l'œil gauche.

Figure 10.

Enfant atteinte de LCET limbique grave. Ceci est un gros-plan de l'œil droit de l'enfant de la figure 8. Notez l'hyperhémie conjonctivale très nette, les grains de Trantas et l'envahissement de la cornée par un pannus gélatineux et épais.

Figure 11.

Œil droit de l'enfant des figures 8 et 9, un mois après une injection sous-conjonctivale de triamcinolone dans le tarse supérieur, sous collyre anesthésique local. Notez que l'hyperhémie conjonctivale a disparu. Le pannus épaissi et vascularisé s'est résorbé et a laissé une cicatrice plate légèrement pigmentée. Le pannus vasculaire accompagnant le pannus s'est également résorbé, à l'exception du plus gros vaisseau proche du nez. L'acuité visuelle s'est améliorée, passant de 3/10 à 10/10.

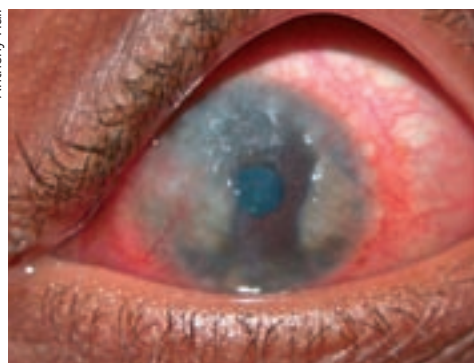


Figure 10.

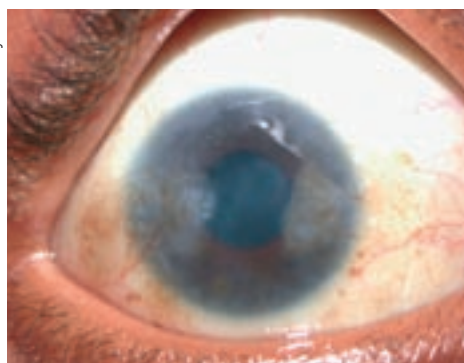


Figure 11.