

LES CONJONCTIVITES ALERGIQUES DE L'ENFANT

I- Généralité :

Définition :

Inflammation aigüe ou chronique de la **conjonctive**, liée à une **infection bactérienne** ou à une **irritation** par un corps étranger (**poussières, substances** chimiques). Le terme « **conjonctivite granuleuse** » se dit pour le **trachome**.

La **conjonctive, membrane** muqueuse transparente qui revêt la partie antérieure du bulbe oculaire (conjonctive **scléroticale** et **cornéenne** ou **oculaire**) et qui se replie à la face interne des **paupières** jusqu'à leur bord libre (conjonctive **palpébrale**).

Certaines conjonctivites de l'enfant par la **chronicité** et l'intensité de leurs **symptômes** fonctionnels, posent de difficiles problèmes aux **pédiatres** et aux **ophtalmologistes**. L'application des **méthodes diagnostiques** et **thérapeutiques** antérieurement utilisées en **allergologie** respiratoire a permis de préciser l'**étiologie** et d'apporter une solution thérapeutique heureuse à la plupart d'entre elles.

Si l'on s'en tient à la **clinique**, **trois groupes** sont individualisés : les **conjonctivites polliniques** aux **graminées**, se manifestant uniquement de **mai** à **juillet**, dans la région parisienne tout au moins, les **conjonctivites périodiques** dites **printanières** de **mars** à **septembre** et les **conjonctivites apériodiques** évoluant tout au long de l'année sans intervalles libres bien définis.

II- Conjonctivites printanières polliniques :

Elles sont bien connues et le diagnostic en est pour ainsi dire évident sur le seul interrogatoire. Nous rappellerons cependant :

- que la grande saison pollinique de la floraison des graminées ne dure que **8 à 10 semaines**, elle représente les **3/4** de toutes les **pollinoses** ;
- que les conjonctivites en période prépollinique (dès **avril**) doivent faire évoquer le rôle des **pollens** de **platane**, de **marronnier**, et dans le **midi** celui de la **pariétaire** ;
- que les conjonctivites de l'arrière-saison font soupçonner les pollens des composées

(armoise) ;

- qu'il n'y a pas d'**allergie** croisée entre les pollens des différentes familles : par conséquent on devra tester à tous les pollens si les symptômes fonctionnels débordent sur la saison pollinique proprement dite ;

- que l'association à d'autres **pneumallergènes** est possible. Elle est soupçonnée si, en plus de la **pollinisation**, de la **toux**, de la **dyspnée asthmatiforme** apparaissent : la **poussière** de maison est alors pratiquement toujours en cause ;

- qu'en principe, la pollinose associe des signes de **rhinite spasmodique** à ceux de la conjonctivite. Mais, chez l'**enfant**, dans les **premières années**, il est fréquent d'observer la conjonctivite seule, dont le caractère périodique reste constant.

Les **deux autres** groupes de conjonctivites nous retiendront plus longtemps, parce qu'il nous a semblé qu'elles devenaient bien plus fréquentes ces **dernières années**.

III- Conjonctivites périodiques non polliniques :

Elles évoluent en fait de **février-mars** à **septembre-octobre** et seraient donc mieux dénommées **printano-estivales**. Ce sont les plus fréquentes (la moitié de nos cas) et elles affectent plus souvent les **garçons**. L'âge moyen d'apparition est de **5 ans**. L'atteinte conjonctivale est symétrique, même si au début elle débute par un seul côté, très souvent lors d'une infection de la paupière, **chalazion** infecté ou **orgelet**.

La conjonctive **palpébrale** inférieure est constamment atteinte (**microfoliculose**), celle de la paupière supérieure est plus rare, mais l'**hypertrophie** peut alors devenir considérable, réalisant l'aspect classique en **frai de grenouille**, bien visible lorsque l'on retourne complètement la paupière autour de son cartilage. C'est dans ces cas que sont au maximum la **photophobie**, le **larmolement** qui font de ces enfants de véritables petits **infirmes** qu'il importe à tout prix de soulager par un traitement symptomatique.

La conjonctivite peut se compliquer d'une **kératite** superficielle, ponctuée, qui accroît encore la photophobie et la douleur oculaire. C'est une éventualité assez rare heureusement (risque de **taie**). L'association à la **rhinite** est par contre très fréquente, ce qui s'explique aisément puisque la **muqueuse** naso-sinusienne et celle des paupières ne forment qu'un et même **organe-cible** sécrétant de fortes quantités d'**IgE**, et doué par conséquent du même potentiel **réactogène**.

C'est la rhinite spasmodique avec **hydrorrhée** et **obstruction**, mais dans le tableau, la conjonctivite garde la première place.

L'atteinte du bas appareil respiratoire (**toux spasmodique, asthme**) doit être heureusement exceptionnelle, car nous ne l'avons jamais encore retrouvée. L'étude **allergologique** par la **méthode** des **tests cutanés** intradermiques est, faut-il le rappeler, à la fois sans danger et tout à fait valable puisque au-delà de **4 ans** le tissu cutané réagit au complexe **antigène-anticorps** pour donner des réactions locales satisfaisantes.

1- Causes :

Deux allergènes déclenchent des réactions de façon quasi constante : ce sont la **poussière de maison** et le **divasta** (assez souvent le **staphylocoque doré**), aux **poussières de céréales**, à celles de **maïs, orge** et **avoine**.

La **première** témoigne du fond de terrain **atopique** et le **second** rend compte d'une **hypersensibilité** bactérienne surajoutée, à partir d'un foyer staphylococcique. Il faut insister sur ce point. Le foyer en question est retrouvé **une fois sur deux** à l'interrogatoire sous forme d'une petite infection de la paupière dans les mois précédents (chalazion, orgelet). Plus souvent, il apparaît comme une complication de l'**irritation locale** due au **prurit** et dans ces cas il est intéressant de rechercher le **germe** dans le **frottis lacrymal**.

IV- Conjonctivites a périodiques :

Ce sont celles qui évoluent tout au long de l'**année**, sans influence bien manifeste des **saisons**. Moins fréquentes, elles représentent **1/3** de nos cas et affectent également les **garçons** comme les **filles**. Elles apparaissent un peu plus tardivement que les précédentes vers la **neuvième année**.

La **symétrie** de l'atteinte conjonctivite est très souvent à bascule, **une fois sur deux** environ, avec prédominance d'un côté, toujours le même chez un malade donné. L'écoulement y est volontiers **purulent**, surtout le matin au réveil, la **folliculose** paraît plus fréquente que dans les conjonctivites printano-estivales, de même que l'atteinte de la couche superficielle de la **cornée**.

La rhinite est absolument constante, variant au gré de la conjonctivite et soumise comme elle aux mêmes poussées de purulence. L'affection est souvent infirmante et surtout désespérément chronique, le moindre **rhume**, la plus brève tentative de baignade en piscine réactivant les symptômes.

Au cours de l'examen, une bonne règle est d'examiner au **rhinoscope** l'état de la muqueuse nasale. La **muqueuse pituitaire** est pratiquement toujours hypertrophiée, luisante, d'aspect **succulent** et décoloré, rose pâle, parfois même délavée, blanche et même brillante au niveau des **cornets** moyens. La sinusite est parfaitement exceptionnelle même en période de surinfection et, dans la pratique, il est inutile de demander des **clichés**.

L'intérêt des tests est de mesurer l'intensité des **réactions** pour déterminer la dose initiale correcte de la **désensibilisation** et aussi pour ne pas passer à côté d'un autre germe que le staphylocoque.

La désensibilisation sera donc ici toujours mixte, associant à la poussière de maison, un **antigène bactérien** dilué, staphylocoque le plus souvent, **streptocoque** plus rarement et assez fréquemment un **polyvaccin (CCB ou MRV)**. Et on doit rappeler ici un fait d'observation très habituel en **pathologie oculaire** allergique : le caractère unilatéral ou tout au moins à bascule, d'une affection de l'**œil** ou de ses annexes est un excellent argument clinique en faveur d'une participation bactérienne, exclusive ou dominante.

En résumé, cette distinction entre conjonctivites périodiques printano-estivales et conjonctivites apériodiques au long cours, est un peu artificielle, elle ne se justifie pas sur le plan de la conduite pratique à tenir. Le fond de terrain atopique est le même (les antécédents familiaux de syndromes dermo-respiratoires le confirment) les conjonctivites apériodiques ont une recrudescence lors de l'ensoleillement à partir du mois de **mars** jusqu'à la fin de l'**été**, les résultats de l'enquête allergologique sont tout à fait superposables, l'hypersensibilité est très souvent mixte et relève par conséquent des mêmes indications.

Dans les **deux groupes**, la désensibilisation est l'essentiel du traitement ; les **collyres locaux** adoucissants sans **corticoïdes** apportent une aide utile dans les **premières semaines**, de même que les **antihistaminiques**.

Enfin, les enfants à **iris** clairs restent, quels que soient les allergènes en cause et l'intensité initiale de l'affection, très sensibles à la **lumière**, inconfortable contre lequel nous restons démunis.