

LES CONJONCTIVITES APERIODIQUES

I- Généralité :

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- Syndrome :

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**, inconfort contre lequel nous restons démunis.