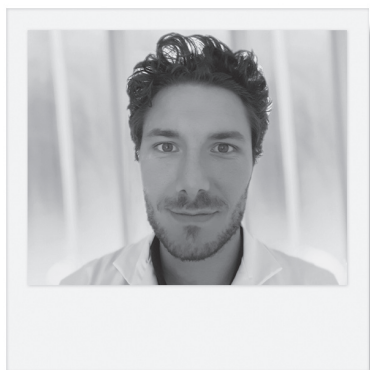


REVUES GÉNÉRALES

Paupières

Conduite à tenir devant un œdème palpébral de l'adulte

RÉSUMÉ : L'œdème palpébral est une des causes les plus fréquentes de consultation en ophtalmologie, en particulier en urgence. Il est la plupart du temps secondaire à une pathologie bénigne (conjonctivites, chalazions...) mais pas toujours... Le caractère uni ou bilatéral oriente d'emblée vers les causes locales pour l'un, et générales pour l'autre. Ainsi, si la cause n'est pas évidente au premier coup d'œil, un examen clinique bien mené, parfois aidé par la biologie et l'imagerie, doit permettre de ne pas passer à côté de certaines étiologies parfois préoccupantes.



→ **Y. MAUCOURANT¹,
C. DROITCOURT², A. DUPUY²,
F. MOURIAUX¹**

¹ Service d'Ophtalmologie, CHU, RENNES.

² Service de Dermatologie, CHU, RENNES.

Anatomie

La peau de la paupière est la plus fine du corps, avec une épaisseur de moins d'1 mm, en raison d'un épiderme qui ne contient que six à sept couches cellulaires, et un hypoderme avec très peu de lobules graisseux. La vascularisation est assurée par les artères palpébrales supérieures et inférieures, avec un retour veineux (les veines ophtalmiques) dépourvu de système valvulaire anti-reflux, et donc vulnérable à toute les causes d'augmentation de pression veineuse. Le drainage lymphatique aboutit aux ganglions parotidiens et sous mandibulaires.

L'œdème palpébral correspond à une accumulation de liquide dans les espaces interstitiels du derme, associée ou non à un œdème orbitaire. La laxité du tissu palpébral et l'absence quasi-totale d'hypoderme favorisent l'accumulation de liquide dans cette région. Une cause locale donnera plutôt un œdème palpébral unilatéral. Une étiologie générale donnera plutôt un œdème palpébral bilatéral, symétrique ou non.

Conduite à tenir diagnostique devant un œdème palpébral unilatéral

Un œdème palpébral unilatéral a souvent une origine locale (**tableau 1**). Les infections cutanées bactériennes et virales sont des causes classiques : érysipèle, impétigo, herpès, zona... (**fig. 1**). L'œdème peut également être dû à une cause locale non infectieuse : eczéma, dermite caustique, urticaire de contact, piqûre d'insecte. Il faut rechercher des lésions cutanées associées à l'œdème : vésicule, érosion, croûte, érythème, dans ces deux situations. Les causes "oculaires" (conjonctivite, épisclérite, sclérite, kératite, chalazion, dacryocystite) permettent un diagnostic aisé pour l'ophtalmologiste (**fig. 2**).

Un œdème inflammatoire réactionnel peut également survenir lors d'une infection de voisinage (mastoiïdite, otite externe ou moyenne, sinusite...). Les causes orbitaires sont à évoquer devant une exophtalmie, et/ou une limitation oculomotrice ou et/ou un déficit pupillaire afférent relatif (qui signe une

Étiologies	
Ophthalmologiques	Blépharite, chalazion, rosacée, conjonctivite aiguë
Péri-oculaires	Dacryocystite, sinusite, atteinte orbitaire, dacryoadénite
Allergies	Eczéma, urticaire, piqûre d'insecte, toxidermies (syndrome d'hypersensibilité médicamenteuse)
Maladies infectieuses	Lèpre, syphilis, érysipèle, staphylococcie, herpès, zona
Maladies endocriniennes	Dysthyroïdies
Traumatisme	Contusion, plaie, irradiation
Gêne au retour veineux	Thrombose du sinus caverneux, fistule artérioveineuse, syndrome cave supérieur, défaut de drainage jugulaire
Maladies générales	Dermatomyosite, polychondrite chronique atrophique, syndrome de Gougerot-Sjögren, sclérodermie, périartérite noueuse, granulomateuse avec polyangéite, lupus
Œdèmes généralisés	Insuffisance cardiaque, néphropathies, hypoprotidémie, insuffisance hépatique
Autres	Blépharochalasis, syndrome de Melkerson Rosenthal, œdème angioneurotique

TABLEAU I : Récapitulatif des étiologies d'œdème palpébral uni et bilatéral (liste non exhaustive).



FIG. 1 : Œdème palpébral supérieur gauche aigu secondaire à un érysipèle.



FIG. 2 : Œdème palpébral inférieur gauche par plusieurs chalazions.



FIG. 3 : Œdème palpébral supérieur droit avec limitation de l'élévation par inflammation orbitaire idiopathique (inflammation non spécifique sur la biopsie orbitaire).



FIG. 4 : Œdème palpébral supérieur gauche aigu par cellulite pré-septale.

neuropathie optique) (**fig. 3**). L'examen du globe peut être rendu difficile par l'œdème (**fig. 4**), nécessitant alors une imagerie orbitaire, notamment pour différencier une cellulite pré-septale d'une atteinte plus profonde.

Conduite à tenir diagnostique devant un œdème palpébral bilatéral

Un œdème palpébral bilatéral a plutôt une origine générale (**tableau II**). Cependant certaines pathologies "générales" peuvent se manifester par un œdème palpébral unilatéral. À l'inverse, la dispersion de l'œdème unilatéral étant gênée par la paroi orbitaire, qui empêche son évacuation vers les joues et le front, il peut diffuser vers la racine du nez, avec donc une propagation secondaire vers la paupière controlatérale donnant un "faux" œdème bilatéral.

Le diagnostic est en général aisé en ce qui concerne les œdèmes palpébraux accompagnant des conjonctivites. Dans le cas d'une conjonctivite allergique, l'interrogatoire suffit le plus souvent (terrain atopique, exposition à un allergène, prurit au premier plan voire vésicules et érosions cutanées si conjonctivite allergique associée à un eczéma allergique). Dans le cas d'un eczéma de contact, l'œdème est volontiers volumineux, bilatéral, peu inflammatoire, associé à un chémosis et à des papilles sur les conjonctives tarsales (**fig. 5**).



FIG. 5 : Œdème palpébral des 4 paupières secondaire à un eczéma de contact.

REVUES GÉNÉRALES

Paupières

Œdèmes	Aigus	Chroniques
Unilatéraux	Infection cutanée + Piqûre d'insecte + Eczéma de contact, dermite caustique + Urticaire, angioœdème++ Thrombose du sinus caverneux - Atteinte oculaire ++	Lymphœdème ++ Tumeurs palpébrales ou orbitaires + Blépharochalasis+ Dysthyroïdie ++ Lupus – Inflammation orbitaire non spécifique – Sclérodémie –
Bilatéraux	Médicaments ++ Infections systémiques + Syndrome cave supérieur –	Acné, rosacée + Erythrodermie + Syndrome cave supérieur + Blépharochalasis – Gougerot Sjogren, Lupus, Dermatomyosite –
++ Cause très fréquente; + Cause fréquente; – cause rare		

TABEAU II : Classification des œdèmes unilatéraux et bilatéraux en fonction du caractère aigu ou chronique. Adapté de SCRIVENER Y *et al.* *Ann Dermatol Venereol*, 1999 (liste non exhaustive).

L'association à une exophtalmie, axile ou non, à une diplopie, et à une rétraction palpébrale, doit faire évoquer une orbitopathie dysthyroïdienne, dont le premier symptôme peut être un œdème palpébral isolé [1] (*fig. 6*). On doit alors rechercher des signes généraux d'hyperthyroïdie (hypersudation, tremblements, amaigrissement...) et la palpation cervicale peut parfois être très contributive lorsque l'on trouve un goître, classiquement soufflant.

Un œdème bilatéral localisé en supéro-latéral avec une paupière supérieure "en S" orientera vers une dacryoadénite (*fig. 7*), on recherchera plus spécifiquement une sarcoïdose, une mononucléose infectieuse, une granulomateuse avec polyangéite, une maladie à IgG4, un lymphome, un syndrome de Gougerot-Sjögren.

Si l'œdème se localise plutôt aux paupières le matin et s'associe à un œdème des extrémités inférieures le soir (en raison de la gravité et de l'absence de clignement palpébral nocturne), il faut évoquer une insuffisance cardiaque droite, une néphropathie ou encore une hypoprotidémie.

Si l'œdème est récidivant, a débuté à la puberté, et est de transmission fami-

liale, il s'agit peut-être d'un blépharochalasis ou syndrome de Fuchs qui entraîne à la longue une atrophie cutanée, et une hernie de la graisse orbitaire,



FIG. 6 : Œdème palpébral bilatéral chronique secondaire à une orbitopathie dysthyroïdienne.



FIG. 7 : Œdème de paupière supérieure gauche aigu secondaire à une dacryoadénite virale.

voire un ptosis. On recherche classiquement une agénésie rénale, des anomalies vertébrales et une cardiopathie congénitale. Pour conforter le diagnostic, on dose les immunoglobulines A, et on propose une biopsie cutanée à la recherche d'une anomalie du tissu élastique.

Si l'œdème palpébral s'associe à un œdème labial ou des douleurs abdominales (liées à un œdème de la muqueuse digestive), on évoque l'angioœdème héréditaire (ou œdème angioneurotique). Un contexte familial orientera également vers ce diagnostic. Dans cette pathologie, l'œdème peut atteindre les voies aériennes supérieures, avec un risque d'asphyxie. L'œdème angioneurotique se produit spontanément ou en réaction à des facteurs déclenchants mineurs tels qu'un traumatisme bénin. Dans 85 % des cas, les taux de C1 inhibiteur estérase (voie du complément) sont faibles. Il existe des formes acquises d'angioœdème (médicaments, auto-immunité).

L'urticaire profonde du visage peut être associée à une atteinte des muqueuses de l'oropharynx et du larynx qui en font toute la gravité. Elle est classiquement bilatérale mais peut commencer par un seul côté. L'apparition rapide

POINTS FORTS

- ⇒ Un œdème unilatéral est le plus souvent secondaire à une pathologie locale ou de voisinage. L'examen clinique cutané (à la recherche d'autres lésions cutanées que l'œdème) et ophtalmologique permet d'identifier les principales causes d'œdème palpébral unilatéral. Une imagerie orbitaire permettra de compléter l'examen clinique si nécessaire.
- ⇒ Un œdème palpébral bilatéral est en faveur d'une maladie générale. L'examen doit se focaliser sur les antécédents personnels et familiaux et ne doit surtout pas se contenter d'un examen du visage mais du corps entier.

d'une dysphonie et d'une hypersalivation par troubles de la déglutition sont des signes d'alarme qui peuvent précéder l'asphyxie si l'œdème siège sur la glotte.

L'association à une paralysie faciale fait évoquer le syndrome de Melkersson-Rosenthal. Le syndrome est défini par l'association d'une langue plicaturée, d'une macrochéilite (augmentation de volume des lèvres) ainsi que d'une paralysie faciale périphérique récidivante, uni ou bilatérale. D'autres signes sont classiques : asthénie, atteinte d'autres paires crâniennes, adénopathies. Le diagnostic différentiel est la sarcoïdose. Une biopsie retrouve des granulomes inflammatoires épithélioïdes sans nécrose caséuse, semblables à ceux observés en cas de sarcoïdose.

Des papules et/ou nodules rosés du visage et des extrémités ou un aspect d'ecchymose en lunettes font plutôt évoquer une amylose, des arthrites et un érythème noueux font évoquer une sarcoïdose [2,3], une éruption photodistribuée et un syndrome de Raynaud font évoquer un lupus [4]. Un érythème liliacé des paupières peut évoquer une dermatomyosite. L'examen clinique permettra de rechercher les autres signes caractéristiques, sur la face dorsale des mains (érythèmes en bandes, papules de Gottron...) ainsi qu'une faiblesse musculaire proximale.

Une tumeur primitive ou métastatique peut donner un œdème loco-régional inflammatoire par obstruction lymphatique : maladie de Kaposi, lymphome cutané, métastase, en particulier d'un cancer bronchique, digestif ou d'une leucémie, ou plus rarement d'un myélome.

Enfin plus rarement, la Ventilation en Pression Positive Continue (VPP) est potentiellement responsable d'œdèmes palpébraux chroniques [5]. Un œdème palpébral peut être la manifestation d'auras migraineuses, précédant le plus souvent les céphalées [6], la plupart du temps bilatérales. Certains médicaments peuvent donner un œdème palpébral bilatéral : corticoïdes, par une rétention hydro-sodée, enzyme de conversion de l'angiotensine par une rétention hydro-sodée ou un œdème angioneurotique, inhibiteurs calciques par vasodilatation, benzodiazépines, lithium et tricycliques par une diminution du clignement et donc du drainage lymphatique et enfin le Glivec (imatinib) par une probable action inhibitrice des récepteurs PDGFR des cellules dendritiques du derme [7].

Les lymphœdèmes sont liés à une obstruction lymphatique, dont la cause la plus fréquente est la rosacée ou "maladie du Morbihan" [8], et dont le diagnostic est purement clinique (blépharite antérieure et meibomite, télangectasies des bords libres, instabilité lacrymale)



FIG. 8 : Œdème palpébral supérieur bilatéral chronique. La biopsie était en faveur d'une rosacée.

(fig. 8). La rosacée cutanée peut s'accompagner d'un œdème centro-facial, dur, blanc, chronique, souvent asymétrique [9].

Les lymphœdèmes sont parfois traumatiques mais peuvent également être d'origine iatrogène : chirurgie et radiothérapie, en particulier cervicale [10].

[Aigu ou chronique ?

L'ancienneté et l'évolution de l'œdème doivent être précisées à l'interrogatoire : ces éléments sont essentiels en nous orientant vers certaines causes, et en guidant le bilan paraclinique s'il est nécessaire : le tableau 2, adapté de Krenkel *et al.* [11], classe les étiologies d'œdème palpébral et orbitaire en fonction de leur localisation uni ou bilatérale, et de leur évolution aiguë ou chronique.

[Quel bilan ?

Il n'est pas possible de délivrer un bilan "clé en main". L'examen clinique conduira à demander tel ou tel examen. La présence d'une tachycardie, de diarrhées motrices, des mains chaudes et moites, font évoquer une orbitopathie dysthyroïdienne : on dosera la TSH, la T4, les anticorps anti-récepteurs de la TSH, anti-thyroglobuline et les anti-TPO. Les pathologies auto-immunes citées plus haut pourront être recher-

REVUES GÉNÉRALES

Paupières

chées, en première intention, en dosant les anticorps anti-nucléaires, les anticorps anti-DNA natif et anti-ENA et en réalisant une NFP, une fonction rénale, une bandelette urinaire et un dosage des CPK. Les causes générales d'œdèmes peuvent être cherchées simplement par un bilan rénal et hépatique, et une protéinurie des 24 h, qui éliminera un syndrome néphrotique. Une atteinte orbitaire, se présentant par une exophtalmie, en particulier non axile et unilatérale, une limitation oculomotrice avec ou sans diplopie, un déficit pupillaire afférent, doivent faire demander une imagerie orbitaire, en première intention un scanner, surtout si on évoque une cellulite orbitaire.

Conclusion

Le spectre étiologique des œdèmes palpébraux est large, mais l'examen clinique permet la plupart du temps en quelques minutes d'orienter vers

une pathologie orbitaire et/ou générale. L'examen du tégument détermine souvent l'orientation diagnostique. La recherche des signes d'atteinte orbitaire doit être systématique, puisqu'ils pourront nous orienter tantôt sur des pathologies chroniques avec des répercussions générales comme la sarcoidose, le lymphome ou la maladie de Basedow, tantôt sur des urgences infectieuses, comme les cellulites orbitaires.

Bibliographie

1. IMAIZUMI M. Recurrent upper eyelid edema as first sign of graves' disease thyroid, 2006;16:95-96.
2. PETRAROLHA SM, RODRIGUES BS, FILHO FD *et al.* Unilateral eyelid edema as initial sign of orbital sarcoidosis. *Case Reports in Ophthalmological Medicine*, 2016: 6912927. PMC. Web.
3. LEE JK, MOON NJ *et al.* Orbital Sarcoidosis Presenting as Diffuse Swelling of the Lower Eyelid. *Korean Journal of Ophthalmol*, 2016:52-54.
4. SILVA LL, ROMITI R, NICO MM *et al.* Persistent eyelid edema and erythema as mani-

- festation of lupus erythematosus: a series of six cases. *Journal der Deutschen Dermatologischen Gesellschaft*, 2015;13:917-920.
5. DANDEKAR F, CAMACHO M, VALERIO J *et al.* Periorbital edema secondary to positive airway pressure therapy. *Case Reports in Ophthalmological Medicine*, 2015:126501. PMC. Web. 26 Sept. 2016.
6. TORIBIO-DÍAZ ME, CUADRADO-PÉREZ ML, PELÁEZ A *et al.* Migraine with prolonged eyelid edema: a series of 10 cases. *Rev Neurol*, 2014;58:385-388.
7. ESMAELI B, PRIETO VG, BUTLER CE *et al.* Severe periorbital edema secondary to STI571 (Gleevec). *Cancer*, 95:881-887.
8. CHALASANI R, McNAB A. Chronic lymphedema of the eyelid: case series. *Orbit*, 2010;29: 222-226.
9. CHEN DM, CROSBY DL. Periorbital edema as an initial presentation of rosacea. *J Am Acad Dermatol*, 1997;37:346-348.
10. SAGILI S, SELVA D, MALHOTRA R. Eyelid lymphedema following neck dissection and radiotherapy. *Ophthalmic Plastic & Reconstructive Surgery*, 2013;29:146-149.
11. SCRIVENER Y, EL ABOUBI-KÜHNE S, MARQUART-ELBAZ C *et al.* Diagnosis of orbito-palpebral edema, 1999;126:844-888.

Les auteurs ont déclaré ne pas avoir de conflits d'intérêts concernant les données publiées dans cet article.