

■ Revues générales

Comment prendre en charge un eczéma des paupières ?

RÉSUMÉ : L'eczéma des paupières est un motif fréquent de consultation et touche de façon prédominante les femmes. Les principaux diagnostics différentiels sont la dermatomyosite, la rosacée oculaire et la dermite séborrhéique. La première cause d'eczéma palpébral est l'allergie de contact. Le caractère aigu ou chronique de l'eczéma, la rythmicité en cas d'eczéma récidivant et la topographie des lésions sont autant d'éléments qui guident l'exploration allergologique. La dermite irritative et la dermatite atopique sont les deux autres causes d'eczéma palpébral. Le traitement repose sur les émollients et le tacrolimus topique. Les dermocorticoïdes, utiles pour soulager rapidement les symptômes, doivent être prescrits avec parcimonie dans cette localisation particulière.



F. TÉTART

Centre Erik Satie, Service d'Allergologie,
CHU de ROUEN ;
Clinique dermatologique, CHU de ROUEN.

L'eczéma des paupières est un motif de consultation fréquent, en particulier en dermato-allergologie. Selon les études, il représente entre 5 et 20 % des motifs de consultation en dermatologie [1, 2]. Il existe une nette prédominance féminine. L'eczéma palpébral est une pathologie à la frontière de la dermatologie, de l'allergologie et de l'ophtalmologie. Une pathologie des paupières est d'ailleurs présente chez 78 % des patients consultant en ophtalmologie [3]. Sa compréhension nécessite une bonne connaissance de cette région anatomique particulière et sa prise en charge est un défi étiologique pour le clinicien.

■ Particularités anatomiques des paupières

Le rôle de nos paupières est de protéger la partie antérieure du globe oculaire. La paupière supérieure est plus mobile que la paupière inférieure et recouvre la totalité de la cornée lors de la fermeture de l'œil.

La partie antérieure des paupières est un plan cutané-musculaire. La peau y est très fine et mesure à ce niveau 0,55 mm d'épaisseur, contre 2 mm d'épaisseur en moyenne sur le reste du corps humain [4]. L'hypoderme est très lâche, quasiment absent, ce qui explique le caractère très œdémateux de certains eczémas palpébraux. Du fait de la mobilité de la paupière supérieure, les plis palpébraux supérieurs sont plus prononcés et les allergènes ou les irritants peuvent s'accumuler dans ses replis.

La partie postérieure de la paupière est un plan tarso-conjonctival. Le tarse est l'élément fibreux qui assure la rigidité de la paupière. Le bord libre de la paupière est la zone de transition entre la peau à l'extérieur et la conjonctive à l'intérieur. Les cils sont implantés à la partie antérieure de ce bord libre de la paupière, orientés vers l'avant. À la partie postérieure du bord libre de la paupière viennent s'aboucher les glandes de Meibomius, dont les sécrétions participent à la bonne qualité des larmes [4]. Les frottements répétés des paupières

Revue générale

liés à un eczéma palpébral chronique peuvent non seulement déformer la cornée mais aussi aboutir à un remaniement du bord libre de la paupière avec une implantation des cils anarchique et la survenue de “cils frotteurs” pouvant altérer la cornée. Un bord libre de la paupière peut également être à l’origine d’un dysfonctionnement des glandes de Meibomius responsable d’un éventuel syndrome sec oculaire.

Diagnostics différentiels de l’eczéma palpébral

La première étape de la prise en charge consiste à établir le diagnostic positif d’eczéma palpébral et donc à éliminer les diagnostics différentiels.

Parmi ceux-ci, la **rosacée oculaire** est responsable d’une blépharite avec un érythème franc du bord libre de la paupière et la survenue fréquente de chalazions. La présence d’une rosacée cutanée à type d’érythrocouperose des joues, du menton et du nez ou à type de papules et pustules inflammatoires est un élément en faveur de ce diagnostic (**fig. 1**).

La **dermite séborrhéique** est également un diagnostic différentiel : elle se manifeste par des squames grasses, notamment dans les sourcils, et une éruption plus finement squameuse des paupières. Une atteinte du cuir chevelu, des sillons nasogéniens et un antécédent personnel ou familial de psoriasis sont des arguments en faveur de ce diagnostic. Il existe des formes mixtes mêlant symptômes de rosacée et de dermite séborrhéique.

Au cours de la **dermatomyosite**, les paupières sont marquées par un érythème



Fig. 2 : Dermatomyosite : érythème liliacé des paupières, érythème en bandes et signe de la “manucure”.

liliacé, parfois légèrement squameux, parfois très œdémateux. L’examen clinique des mains permet en général de mettre en évidence un érythème en bandes en regard des articulations métacarpo-phalangiennes, interphalangiennes proximales et distales, des papules de Göttron et un érythème périunguéal ou “signe de la manucure” (**fig. 2**).

Un **angioœdème** peut également être évoqué devant certains eczémats aigus très œdémateux. En général, l’évolution permet de trancher : dans l’eczéma, les antihistaminiques sont peu efficaces et une desquamation est constatée lors de la guérison, alors que les angioœdèmes histaminiques répondent aux antihistaminiques et guérissent sans desquamation.

Les **infections herpétiques**, herpès oculaire ou zona ophtalmique, sont de

diagnostic facile devant la présence de douleurs et brûlures intenses et celle de vésicules ombiliquées typiques.

Caractéristiques cliniques de l’eczéma palpébral

Il n’existe pas un eczéma des paupières mais bien plusieurs formes d’eczéma palpébral et seuls un interrogatoire minutieux et un examen clinique soigneux permettent de faire un diagnostic précis.

Il convient de définir la rythmicité de l’eczéma : s’agit-il d’un eczéma aigu ou chronique ? récidivant ou permanent ? En cas d’eczéma récidivant, celui-ci suit-il une saisonnalité particulière ou est-il rythmé par le travail ?

Une atteinte conjonctivale doit être recherchée, notamment un érythème conjonctival, des larmoiements ou une sensation de grain de sable dans les yeux.

L’examen clinique doit déterminer s’il s’agit d’un eczéma isolé des paupières ou si, au contraire, il existe une atteinte



Fig. 1 : Rosacée oculaire : blépharite avec érythème franc du bord libre de la paupière.

du visage ou des mains associée, voire d'autres localisations. L'interrogatoire doit rechercher une association éventuelle à un terrain atopique : rhinite allergique, asthme allergique.

L'ensemble de ces données permet d'orienter le clinicien vers un diagnostic d'eczéma de contact allergique, de dermite d'irritation des paupières ou d'atteinte palpébrale d'une dermatite atopique.

■ L'eczéma de contact allergique

Selon les études de cohorte, l'allergie de contact reste la première cause d'eczéma des paupières (29 à 74 % des cas) [5, 6]. Dans les eczémas palpébraux allergiques, les lésions sont peu spécifiques, érythémato-squameuses symétriques, rarement vésiculeuses. Les eczémas aigus sont volontiers très œdémateux et une hyperpigmentation et/ou une lichénification sont souvent notées dans les formes chroniques. Le prurit est important dans l'eczéma de contact, alors que la sensation de brûlure prédomine dans la dermite irritative des paupières.

Les allergènes les plus fréquemment responsables sont le nickel, les ingrédients des cosmétiques et les composants des topiques à usage ophtalmique. Les allergènes professionnels sont plus rares (environ 5 %) [7]. Selon une étude américaine récente, les sept allergènes les plus fréquemment retrouvés dans la dermite des paupières sont par ordre décroissant : les métaux, le shellac, les conservateurs, les antibiotiques topiques, les parfums, les acrylates (contenus dans les vernis à ongles) et les agents tensioactifs [8]. La topographie de l'eczéma peut orienter vers un allergène manuporté (atteinte de la paupière supérieure), vers un allergène aéroporté (atteinte des plis supérieurs palpébraux), vers un collyre (atteinte de la conjonctive et de la paupière inférieure) ou vers un allergène appliqué directement sur les paupières (**tableau I**).

Topographie de l'eczéma des paupières	Allergènes suspectés
Paupières supérieures sans atteinte des replis	Allergènes manuportés : Vernis à ongles, cosmétiques, nickel, tous les allergènes professionnels...
Paupières supérieures avec atteinte des replis	Allergènes aéroportés : Parfums en spray, substances en aérosol, peintures, pollens Allergènes appliqués en contact direct avec la paupière et qui "s'accumulent" dans les replis
Paupières inférieures avec atteinte conjonctivale	Principe actif ou conservateurs des collyres qui "coulent" sur le bas du visage Actuellement de moins en moins de conservateurs dans les collyres avec des formes monodoses
Localisation "évidente"	Topiques appliqués directement sur les paupières, lunettes de vue, lunettes de protection, lunettes ou masque de plongée, produits de maquillage pour les yeux...

Tableau I : Allergènes responsables en fonction de la localisation de l'atteinte palpébrale.

L'exploration allergologique est nécessaire pour prouver le diagnostic et trouver l' (ou les) allergène(s) en cause. Il faut au cours de cette exploration tenir compte de la finesse de la peau des paupières. En effet, un allergène manuporté peut donner un eczéma des paupières sans donner d'eczéma des mains. De plus, la peau du dos (sur laquelle vont être posés les tests épicutanés) est beaucoup plus épaisse que la peau des paupières. Il peut ainsi exister des faux négatifs. L'exploration doit donc associer les tests épicutanés et des méthodes particulières de test telles que les *scratch-patch tests* ou les ROAT (*repeated open application test*), notamment pour les collyres et les produits personnels du patient [9, 10].

Les *scratch-patch tests* consistent à scarifier la peau sur laquelle l'allergène va être posé en vue d'augmenter sa pénétration dans la peau et de diminuer le risque de faux négatifs. Le **ROAT** consiste à appliquer 2 fois par jour pendant 2 semaines le produit à tester au pli du coude. Le test est positif si une réaction d'eczéma survient à l'endroit du test. Une étude prospective française récente montre qu'il n'y a pas d'intérêt à tester une batterie spécifique "paupières". Cette étude incluait 264 patients (238 femmes, 26 hommes) d'âge moyen 50 ans. Un ou plusieurs

allergènes pertinents étaient retrouvés chez 84 patients (31 % des cas). La batterie standard était positive dans 56 cas, les ROAT étaient positifs dans 7 cas. La batterie spécifique "paupières" ne permettait de retrouver l'allergène que dans 4 cas. Les produits apportés par le patient étaient testés positifs dans 16 cas. Cela montre à nouveau l'importance de tester les produits personnels des patients. Les produits cosmétiques étaient en cause dans 67 % des cas (**fig. 3**) [11].



Fig. 3 : Eczéma palpébral de contact aux isothiazolinones, parfums et agents tensioactifs contenus dans les cosmétiques rincés. Eczéma axillaire associé.

Revue générale

POINTS FORTS

- La peau des paupières est très fine, ce qui facilite la pénétration des allergènes et l'irritation.
- L'allergie de contact est la cause la plus fréquente d'eczéma des paupières, devant la dermite irritative et l'atteinte palpébrale de la dermatite atopique. Les sources allergéniques les plus fréquemment en cause sont les cosmétiques, les collyres et les métaux.
- L'eczéma aigu peut se manifester par un volumineux œdème des paupières.
- Les frottements répétés des yeux peuvent être responsables de complications oculaires.
- L'exploration allergologique doit comprendre des tests épicutanés, les tests des produits apportés par le patient. Des *prick tests* aux pneumallergènes et des ROAT sont souvent utiles.
- Les dermocorticoïdes doivent être utilisés avec parcimonie en raison de possibles complications oculaires cécitantes. Le tacrolimus topique est très utile dans la prise en charge de l'eczéma des paupières.



Fig. 4 : Eczéma des plis palpébraux supérieurs en période pollinique chez une patiente multi-allergique aux pneumallergènes (*prick tests* positifs aux acariens, pollens de bouleau et de graminées, et aux phanères d'animaux).

Les ***prick tests*** aux pneumallergènes (acariens, pollens de graminées, pollens de bouleau...) sont également intéressants dans l'exploration d'un eczéma des paupières. En effet, lors des pics polliniques, certains patients atopiques peuvent présenter un eczéma palpébral associé à la rhino-conjonctivite (**fig. 4**).

La dermite de contact aux protéines est très rare dans cette localisation mais peut survenir notamment avec des allergènes aéroportés tels que le latex, les protéines animales, la farine, en particulier au cours d'exposition professionnelle [12].

Dermite irritative des paupières

L'eczéma irritatif des paupières est également fréquent. Les sensations de brûlure sont au premier plan. L'eczéma n'est pas vésiculeux et volontiers très squameux. Il s'agit le plus souvent d'irritation chronique survenant ou non sur un terrain atopique. Les agents irritants peuvent



Fig. 5 : Dermite irritative des paupières chez un patient atopique travaillant à l'usinage de pièces métalliques dans une ambiance de "brouillard" d'huile de coupe.

bien sûr être d'origine chimique (par exemple, agents tensioactifs des shampoings, brouillard d'huile de coupe en milieu professionnel...) (**fig. 5**). L'irritation est également très souvent mécanique, telle que les frottements excessifs lors du démaquillage.

Atteinte palpébrale d'une dermatite atopique

La prévalence de l'atteinte palpébrale au cours de la dermatite atopique est mal connue. Selon une étude nord-américaine récente, la dermatite atopique est la cause de l'eczéma des paupières dans environ 13 % des cas, qu'il s'agisse d'une atteinte palpébrale isolée ou associée à une atteinte de la tête et du cou [13]. Elle peut être favorisée par les irritants. Il faut rechercher une atteinte oculaire associée. En effet, il peut exister une kérato-conjonctivite responsable de sécrétions purulentes, de larmoiements, de photophobie, d'hyperhémie conjonctivale.

Les frottements répétés des yeux peuvent aussi être responsables d'une déformation de la cornée ou kératocône, d'un remaniement du bord libre des paupières avec madarose (perte des cils) ou inversion des cils et cils frotteurs responsables eux-mêmes d'une kératite.

De plus, une atteinte palpébrale chronique peut aboutir à une lichénification importante des paupières décrites comme "cartonnées", source d'inconfort et de préjudice esthétique (**fig. 6**).



Fig. 6 : Atteinte palpébrale chez une patiente porteuse de dermatite atopique. Présence du signe de Dennie-Morgan, double repli sous-palpébral typique de dermatite atopique.

Prise en charge thérapeutique de l'eczéma des paupières

Le nettoyage des paupières doit être doux et soigneux, par exemple au moyen de pulvérisations d'eau thermale. Il faut bien sûr limiter les irritants chimiques et mécaniques et notamment proscrire les démaquillages "énergiques". Une éviction complète des allergènes mis en cause doit être prescrite. Les paupières doivent être bien hydratées au moyen de crèmes hydratantes spécifiques. Les dermocorticoïdes peuvent être utilisés avec parcimonie pour soulager les démangeaisons et les brûlures. Les dermocorticoïdes de classe I (très forte) tels que le clobétasol sont à proscrire. En effet, les dermocorticoïdes appliqués sur la paupière traversent la peau très fine de celle-ci et peuvent engendrer des complications oculaires parfois cécitantes (cataracte cortisonique, glaucome cortisonique). Leur usage doit donc être limité. Le tacrolimus topique à 0,03 % ou 0,1 % est, dans ce contexte, particulièrement intéressant dans la prise en charge de l'eczéma des paupières. Il peut également soulager les atteintes oculaires associées [14]. En cas de dermatite atopique modérée à sévère associée, un traitement systémique peut être indiqué pour traiter l'ensemble des lésions.

Lorsque l'eczéma des paupières est chronique et que de multiples topiques ont été appliqués sur les paupières, il existe parfois une hyperréactivité palpébrale qui déclenche des démangeaisons à la moindre application. Une éviction totale et prolongée de tous les topiques permet alors de rompre le cercle vicieux.

Conclusion

L'eczéma des paupières est une pathologie fréquente et complexe. L'exploration allergologique est indispensable et les produits personnels du patient doivent être testés. Une collaboration étroite avec l'ophtalmologue est utile.

BIBLIOGRAPHIE

1. LANDECK L, JOHN SM, GEIER J. Periorbital dermatitis in 4779 patients - patch test results during a 10-year period. *Contact Dermatitis*, 2014;70:205-212.
2. AYALA F, FABBROCINI G, BACCHILEGA R *et al.* Eyelid dermatitis: an evaluation of 447 patients. *Am J Contact Dermat*, 2003;14:69-74.
3. DOAN S, ZAGORSKI Z, PALMARES J *et al.* Eyelid Disorders in Ophthalmology Practice: Results from a Large International Epidemiological Study in Eleven Countries. *Ophthalmol Ther*, 2020;9:597-608.
4. DUCASSE A. Anatomie chirurgicale des paupières et de sourcils. *EMC Ophtalmologie*, 2018;15:1-18.
5. GUIN JD. Eyelid dermatitis: experience in 203 cases. *J Am Acad Dermatol*, 2002;47:755-765.
6. COOPER SM, SHAW S. Eyelid dermatitis: an evaluation of 232 patch test patients over 5 years. *Contact Dermatitis*, 2000; 42:291-293.
7. OCKENFELS HM, SEEMANN U, GOOS M. Contact allergy in patients with periorbital eczema: an analysis of allergens. Data recorded by the Information Network of the Departments of Dermatology. *Dermatology*, 1997;195: 119-124.
8. HUANG CX, YIANNIAS JA, KILLIAN JM *et al.* Seven Common Allergen Groups Causing Eyelid Dermatitis: Education and Avoidance Strategies. *Clin Ophthalmol*, 2021;15:1477-1490.
9. HERRO EM, ELSAIE ML, NIJHAWAN RI *et al.* Recommendations for a screening series for allergic contact eyelid dermatitis. *Dermatitis*, 2012;23:17-21.
10. HERBST RA, UTER W, PIRKER C *et al.* Allergic and non-allergic periorbital dermatitis: patch test results of the Information Network of the Departments of Dermatology during a 5-year period. *Contact Dermatitis*, 2004;51:13-19.
11. ASSIER H, TETART F, AVENEL-AUDRAN M *et al.* Is a specific eyelid patch test series useful? Results of a French prospective study. *Contact Dermatitis*, 2018;79:157-161.
12. JANSSENS V, MORREN M, DOOMS-GOOSSENS A *et al.* Protein contact dermatitis: myth or reality? *Br J Dermatol*, 1995;132:1-6.
13. WARSHAW EM, VOLLER LM, MAIBACH HI *et al.* Eyelid dermatitis in patients referred for patch testing: Retrospective analysis of North American Contact Dermatitis Group data, 1994-2016. *J Am Acad Dermatol*, 2021;84:953-964.
14. BENAÏM D, TETART F, BAUVIN O *et al.* Tacrolimus ointment in the management of atopic keratoconjunctivitis. *J Fr Ophtalmol*, 2019;42:e147-e151.

L'auteure a déclaré ne pas avoir de conflits d'intérêts concernant les données publiées dans cet article.