

Le dossier – Œdèmes palpébraux

Œdèmes palpébraux : dermatites de contact ou autres étiologies ?

Deuxième partie

RÉSUMÉ : En dehors du “cadre” des dermatites de contact, plusieurs autres étiologies doivent être évoquées et envisagées face un œdème palpébral. L’absence de composante érythémato-squameuse doit systématiquement faire suspecter l’existence d’une maladie systémique. Le dermatologue doit rechercher dans un premier temps tous les signes associés (locaux ou systémiques) à l’œdème palpébral. Les principales affections à mettre en évidence sont les dermatoses auto-immunes (lupus érythémateux systémique, dermatomyosite et dysthyroïdies en particulier), la sarcoïdose, certaines affections rénales, hépatiques ou cardiaques. Les étiologies médicamenteuses sont classiques (antagonistes calciques et psychotropes en particulier). Le masque de la CPAP (*continuous positive airway pressure*) dans le cas des apnées du sommeil peut également être responsable. Plus rarement, les angioœdèmes (héréditaires ou acquis) peuvent se cantonner aux paupières.



**J. DUBOIS¹, I. SPANUDI-KITIRIMI²,
D. TENNSTEDT³**

¹ Service de Dermatologie et Vénéréologie, CHUV de LAUSANNE (Suisse).

² Service de Dermatologie, KUL de LEUVEN (Belgique).

³ Cabinet de Dermatologie, NIVELLES (Belgique).

Autres étiologies des œdèmes palpébraux

En dehors du “cadre” des dermatites de contact, plusieurs autres étiologies doivent être envisagées face un œdème palpébral. Le dermatologue doit rechercher dans un premier temps tous les signes associés à celui-ci, qu’ils soient locaux ou généraux.

1. Dermatites inflammatoires [1, 2]

Les antécédents du patient ainsi que les signes cutanés à distance sont essentiels pour établir un diagnostic différentiel précis des “eczémas” des paupières. Par exemple, la présence de grandes squames (avec ou sans atteinte des sillons nasogéniens ou du cuir chevelu) oriente vers une dermatite séborrhéique (**fig. 1**), un sébopsoriasis, voire un véritable psoriasis. La présence de papulo-pustules



Fig. 1 : Dermatite séborrhéique.

érythémateuses périoculaires et de télangiectasies aiguille vers une rosacée ou une dermatite “cortisonique” (**fig. 2**).

La rosacée et l’acné peuvent également être responsables d’un œdème palpébral dans de rares cas *via* la création d’un lymphœdème. En effet, la rosacée (motif fréquent de consultation dermatologique) peut s’accompagner d’œdèmes palpébraux bilatéraux. Cependant, au-delà de l’œdème palpébral, le cli-

Le dossier – Œdèmes palpébraux



Fig. 2 : Œdème surtout localisé au niveau des paupières inférieures dans le cadre d'une dermatose mixte de la face (lésions de rosacée et de dermatite séborrhéique).

nicien doit toujours rester vigilant face aux autres complications oculaires, en particulier l'atteinte cornéenne qui peut évoluer vers une possible cécité.

Le *floppy eyelid syndrome* (ou syndrome des paupières hyperlaxes) est une pathologie qui se caractérise par une laxité anormale de la paupière supérieure. Elle est, suivant les cas, asymptomatique ou sévère. Souvent bilatérale, cette hyperlaxité peut mener à une éversion de la paupière sur elle-même avec apparition d'une irritation à type de conjonctivite du tarse palpébral supérieur. Des œdèmes palpébraux associés sont fréquents. L'utilisation d'un matériel CPAP anti-apnées du sommeil peut favoriser l'apparition d'un *floppy eyelid syndrome*.

2. Dermatitis infectieuses [3]

Les infections oculaires sont fréquentes et nécessitent la plupart du temps une collaboration avec les ophtalmologues.

>>> Les conjonctivites et kératites virales ou bactériennes associent une atteinte conjonctivale et un œdème palpébral ainsi qu'un larmolement.

>>> Le zona et l'herpès simplex peuvent être la cause d'un œdème palpébral unilatéral qu'il faut systématiquement évoquer chez des patients immunodéprimés ou atteints de dermatite atopique. Une atteinte oculaire doit systématiquement être recherchée par l'ophtalmologue.



Fig. 3 : Signe de Hoagland (mononucléose infectieuse), œdème surtout marqué à la moitié inférieure des paupières supérieures.



Fig. 4 : Signe de Hoagland, œdème surtout marqué à la moitié inférieure des paupières supérieures (fort grossissement).



Fig. 5 : Signe de Hoagland, œdème surtout marqué à la moitié inférieure des paupières supérieures (fort grossissement).

>>> Le signe de Hoagland, œdème palpébral bilatéral, est souvent inaugural de la mononucléose infectieuse. Il est surtout remarqué à la moitié inférieure des paupières supérieures (**fig. 3 à 9**).

>>> L'orgelet et le chalazion sont provoqués par l'infection pour le premier et l'inflammation pour le second d'une ou plusieurs glandes pilosébacées d'un cil ou des glandes de Meibomius, respectivement. Ils peuvent s'accompagner d'un œdème.

>>> La dacryocystite entraîne une douleur importante et une tuméfaction de topographie le plus souvent limitée au canthus interne.



Fig. 6 : Signe de Hoagland: autre patient.



Fig. 7 : Signe de Hoagland: autre patient (fort grossissement).



Fig. 8 : Signe de Hoagland (mononucléose infectieuse).



Fig. 9 : Même patiente que sur la **figure 8**: angine nécrotique associée (mononucléose infectieuse).

>>> Les infections bactériennes peuvent présenter un tableau clinique parfois très impressionnant avec atteinte importante de l'état général et accès fébriles.

>>> Le véritable érysipèle de la face est marqué par un placard érythémateux douloureux accompagné d'un bourrelet périphérique et d'un œdème facial pouvant atteindre les paupières.

>>> La dermohypodermite (cellulite préseptale périorbitaire) est une atteinte située en avant du septum oculaire. Elle se manifeste par un œdème souvent unilatéral, parfois bilatéral (**fig. 10**), inflam-



Fig. 10 : Cellulite préseptale périorbitaire.

matoire, sans bourrelet périphérique. Elle peut évoluer secondairement vers l'orbite et se compliquer d'une cellulite rétroseptale (avec exophtalmie, troubles de la mobilité de l'orbite et déficit pupillaire). Un avis ophtalmologique est toujours recommandé.

Il s'agit d'une affection potentiellement sévère en raison du risque de complications: douleurs oculaires, méningite, thrombophlébite du sinus caverneux, ophtalmoplégie, atteinte de l'acuité visuelle. Une IRM cérébrale est fortement recommandée dans ces cas ainsi qu'une hospitalisation pour prise en charge de l'infection par antibiothérapie intraveineuse et surveillance rapprochée. La porte d'entrée est souvent liée à une infection des voies respiratoires supérieures, une sinusite ou un traumatisme.

>>> Beaucoup plus rarement, la fasciite nécrosante, au départ d'un furoncle centro-facial "manipulé", d'une chirurgie ou encore d'un traumatisme s'étend vers le sinus caverneux et nécessite une prise en charge urgente (débridement et antibiothérapie intensive).

>>> Sans oublier que les mycoses (dermatophyties en particulier) peuvent mimer une dermatite de contact (**fig. 11**).



Fig. 11 : Trichophytie de la paupière supérieure "traitée" par corticoïdes locaux!



Fig. 12 : Hypothyroïdie: œdème blanc, mou et bilatéral ainsi que signe de la queue du sourcil.

Le dossier – Œdèmes palpébraux

>>> Finalement, les causes parasitaires, plus rares, incluent les trichinoses, l'onchocercose, l'œdème de Calabar ou encore la maladie de Chagas (signe de Romana).

3. Dermatitis auto-immunes [4]

Plusieurs maladies auto-immunes sont à l'origine d'un œdème palpébral, pouvant en être parfois le signe inaugural. Le dermatologue doit donc rester vigilant afin de ne pas méconnaître une pathologie systémique et rechercher tous les signes cliniques et biologiques qui peuvent y être associés.

>>> Les dysthyroïdies s'accompagnent fréquemment d'un œdème palpébral. Celui-ci est blanc, bilatéral et chronique en ce qui concerne l'hypothyroïdie, souvent lié à l'infiltration myxoédémateuse (fig. 12 à 14). Parfois, le seul signe cutané d'une maladie de Basedow correspond à un œdème rougeâtre. Une exophtalmie

et une paralysie oculomotrice peuvent y être associées (fig. 15). Cet œdème peut être causé par une hypertrophie des muscles périorbitaires.

>>> En cas de dermatomyosite, l'œdème palpébral peut constituer le signe inaugural. Il est généralement bilatéral et violacé. Il est classiquement dénommé "œdème en lunettes" (fig. 16 à 19).

>>> Le lupus systémique et le lupus érythémateux chronique peuvent se traduire par un œdème aigu ou chronique, uni- ou plus souvent encore bilatéral (fig. 20 et 21).

>>> Beaucoup plus rare, le syndrome IgG4, maladie systémique caractérisée par une atteinte fibro-inflammatoire d'un ou plusieurs organes et une élé-



Fig. 13: Hypothyroïdie : œdème blanc, mou et bilatéral (fort grossissement).



Fig. 14: Hypothyroïdie : œdème mou et bilatéral.



Fig. 15: Œdème bilatéral, rougeâtre, avec atteinte des 4 paupières dans le cadre d'une maladie de Basedow.



Fig. 16: Dermatomyosite (néo. du larynx). Fort grossissement et lésion du coude.



Fig. 17 : Dermatomyosite (néo. du larynx) et lésions des mains.



Fig. 20 : Œdème palpébral bilatéral dans un contexte de lupus systémique.



Fig. 22 : Œdème palpébral et paralysie faciale périphérique dans le cadre d'un syndrome de Melkersson-Rosenthal.



Fig. 18 : Œdèmes "pseudo-bulleux" des paupières. Dermatomyosite (néo. du poumon).



Fig. 21 : Œdème palpébral bilatéral dans un contexte de lupus systémique (fort grossissement).



Fig. 23 : Œdème palpébral et paralysie faciale périphérique dans le cadre d'un syndrome de Melkersson-Rosenthal (fort grossissement).



Fig. 19 : Dermatomyosite (néo. du poumon). lésions des coudes (même patient que sur la **figure 18**).

vation sérique des IgG4, peut atteindre les paupières. Le diagnostic se fait alors par biopsie de la paupière : infiltration lymphoplasmocytaire (à IgG4 surtout) et fibrose sont mises en évidence.

4. Dermatitis granulomateuses

La sarcoïdose peut provoquer un œdème palpébral, tout comme le syndrome de Melkersson-Rosenthal caractérisé par une paralysie faciale périphérique et une langue plicaturée (**fig. 22 et 23**).

5. Causes générales

Des atteintes systémiques diverses peuvent être à l'origine d'un œdème palpébral, souvent accompagné d'un

œdème plus généralisé ou d'autres signes systémiques.

Ainsi, une insuffisance rénale, cardiaque ou hépatique peut créer des œdèmes par différents mécanismes, comme l'hypoalbuminémie dans le syndrome néphrotique et l'insuffisance hépatocellulaire, ou la rétention hydrosodée en cas d'insuffisance cardiaque/rénale et/ou de cirrhose hépatique.

6. Causes tumorales

Les lésions tumorales primitives (paupières, orbites) ou secondaires (métastases, notamment cancer du sein) peuvent provoquer un œdème palpébral,

Le dossier – Œdèmes palpébraux

il faut donc y penser lors du diagnostic différentiel. À titre d'exemple, l'infiltration des paupières peut être révélatrice d'une leucémie lymphoïde.

Il convient de ne pas oublier le syndrome cave supérieur qui résulte d'une compression médiastinale, responsable d'un œdème des paupières, d'un œdème "en

pèlerine" et de l'apparition d'une circulation collatérale.

7. Causes iatrogènes médicamenteuses ou non [5-7]

Les médicaments (**tableau I**) sont bien connus pour favoriser des œdèmes palpébraux *via* différents mécanismes

Antagonistes calciques	Diltiazem, nifédipine, vérapamil
Anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS)	Ibuprofène, acide acétylsalicylique
Chimiothérapies	Imatinib mésylate, rituximab, cyclophosphamide
Psychotropes	Neuroleptiques, antidépresseurs tricycliques, benzodiazépines, inhibiteurs de la recapture de la sérotonine
Inhibiteurs de la phosphodiesterase de type 5	Sildénafil, tadalafil, vardénafil
Antiviraux	Aciclovir, valaciclovir

Tableau I : Principales causes médicamenteuses.



Fig. 24 : Œdème palpébral à prédominance unilatérale lié à la prise de fluoxétine (côté préférentiel sur lequel le patient dort).



Fig. 25 : Œdème palpébral à prédominance unilatérale lié à la prise de fluoxétine (côté préférentiel sur lequel le patient dort) (fort grossissement).



Fig. 26 : Œdème palpébral bilatéral prédominant le matin suite à la prise d'un antagoniste calcique.



Fig. 27 : Œdème palpébral bilatéral prédominant le matin suite à la prise d'antagonistes calciques (fort grossissement).

parfois complexes et non entièrement élucidés (absence ou diminution de clignement des paupières au cours de la nuit ?). La plupart du temps, il s'agit d'un œdème bilatéral, mais le décubitus latéral lors du sommeil induit souvent un œdème en défaveur de la paupière droite/gauche, selon le côté positionnel habituel des patients (**fig. 24 à 27**).

De nombreux auteurs ont publié des *case reports* suspectant un lien entre les œdèmes des paupières et le port nocturne d'un masque CPAP (*Continuous Positive Airway Pressure*), principalement chez les patients atteints de syndrome des apnées obstructives du sommeil (SAOS) (**fig. 28 et 29**). Néanmoins, aucune étude n'a actuellement été conduite pour confirmer le lien entre ces deux événements. Plusieurs hypothèses sont évoquées chez les patients développant



Fig. 28 : Œdème palpébral bilatéral prédominant le matin lié à l'utilisation d'un masque CPAP. À remarquer la plaie nasale correspondant à une friction chronique de la base du nez liée au port d'un masque "mal adapté". Un floppy eyelid syndrome est présent aux parties supéro-internes des paupières supérieures.



Fig. 29 : Patient de la **figure 28** pourvu de son masque CPAP.

des œdèmes palpébraux depuis l'utilisation d'un masque CPAP alors qu'ils n'en avaient jamais connu par le passé. La première, qui semble être la plus plausible, est celle d'une réduction du drainage lymphatique et d'une congestion veineuse inhérente à la pression que le masque de la CPAP applique sur les tissus mous du visage. La seconde serait celle d'un lien direct entre la pathologie du SAOS et les œdèmes palpébraux. Cependant, cette hypothèse semble moins plausible car très souvent si le patient change de masque CPAP (pression faciale moindre ou mieux répartie), il constate une disparition des œdèmes.

8. Angioœdèmes [8]

Les angioœdèmes correspondent à une tuméfaction d'apparition plus ou moins rapide des tissus sous-cutanés et/ou sous-muqueux pouvant atteindre les paupières. La durée de l'œdème est de quelques heures à quelques jours, de résolution spontanée sans laisser de séquelles. Les angioœdèmes sont accompagnés ou non d'une urticaire. Ils peuvent être divisés en deux groupes selon le médiateur responsable : angioœdèmes histaminiques et bradykiniques.

Les angioœdèmes histaminiques sont souvent érythémateux, prurigineux, fugaces, souvent associés à de l'urticaire et retrouvés la plupart du temps dans un contexte allergique ou atopique (**fig. 30 et 31**). Ils répondent en général aux antihistaminiques et/ou aux corticoïdes (**tableau II**).

Les angioœdèmes bradykiniques sont blancs, peu voire non prurigineux, circonscrits. Ils durent quelques jours et ne répondent pas aux corticoïdes. Ils peuvent être héréditaires (par exemple, déficit congénital ou acquis en C1 inhibiteur).

Les angioœdèmes bradykiniques acquis sont principalement liés à des médicaments (inhibiteurs de l'enzyme de conversion, sartans, gliptines, rapamycine, inhibiteurs de mTOR...) (**fig. 32**),

- Anamnèse médicamenteuse détaillée (inhibiteurs calciques, somnifères et antidépresseurs en particulier).
- Examen cutané complet à la recherche de signes à distance (dermatite atopique, urticaire...).
- Paramètres vitaux et température (infections aiguës, atteinte thyroïdienne...).
- Laboratoire sanguin : formule sanguine complète, CRP, tests hépatiques, fonction rénale, thyroïdienne, enzymes musculaires, ANA, anticorps anti-ADN, ECA, calcémie, (C1Inh, C1q)...
- Bilan allergologique (batterie standard européenne et batterie cosmétique ou professionnelle selon l'anamnèse), *prick tests*.
- Avis ophtalmologique si douleurs oculaires, conjonctivite, baisse de l'acuité visuelle...
- Scanner/IRM (érysipèle, recherche paranéoplasique).
- Autres : radiographie du thorax, ECG, échographie cardiaque.

Tableau II : Bilan à réaliser en cas d'œdème des paupières en fonction des éventuels signes cliniques associés.



Fig. 30 : Angioœdème héréditaire.



Fig. 32 : Angioœdème bradykinique (prise d'IEC).



Fig. 31 : Angioœdème héréditaire (fort grossissement).

où l'activité C1inhibitrice se situe dans la norme, mais ils peuvent aussi être secondaires à une maladie auto-immunitaire ou à une hémopathie, avec une activité inhibitrice abaissée. Les angioœdèmes liés à un médicament surviennent généralement dans les 3 premiers mois de son administration mais ils peuvent perdurer jusqu'à 6 mois après son arrêt.

9. Maladies génétiques [9]

Des syndromes rares, tel le *tumor necrosis factor receptor-associated periodic syndrome* (TRAPS), sont caractérisés par un tableau clinique étendu (fièvre, myalgies, fasciites inflammatoires, adénopathies, douleurs abdominales) comprenant également des atteintes cutanéomuqueuses, dont des érythèmes annulaires, des éruptions maculo-papuleuses ainsi qu'un œdème périorbitaire qui peut être uni- ou bilatéral.

La dystrophie endothéliale de Fuchs (œdème cornéen chronique) peut engendrer des œdèmes palpébraux de courte durée, auto-résolutifs et récidivants, aboutissant à une atrophie de la paupière.

■ Le dossier – Œdèmes palpébraux

BIBLIOGRAPHIE

1. BEAUDOUIN E. Les œdèmes des paupières pas toujours allergiques! Le point de vue de l'allergologue. *Réflex ophtalmol*, 2013;161:34-38.
2. SALINAS R, PUIG M, FRY C *et al*. Floppy eyelid syndrome: A comprehensive review. *Ocul Surf*, 2020;18:31-39.
3. HAMERSTEHLE A, VERSTAPPEN M, DEL GUIDICE P. Dermatoses infectieuses des paupières. *Ann Dermatol Vénéréol*, 2021;1:543-553.
4. DARJANI A, RAFIEI R, MESBAH A *et al*. Discoid Lupus Erythematosus presenting as upper eyelid edema and erythema. *Acta Med Iran*, 2017;55: 474-476.
5. VILLEE C, TENNSTEDT D. Les œdèmes des paupières d'origine médicamenteuse. *Nouv Dermatol*, 2006;25:621-626.
6. DANDEKAR F, CAMACHO M, VALERIO J *et al*. Periorbital edema secondary to positive airway pressure therapy. *Case Rep Ophthalmol Med*, 2015;2015:1-3.
7. CHIAM PJ, HUBBARD A. Elephantoid eyelid edema associated with continuous positive airway pressure treatment. *Ophthalmic Plast Reconstr Surg*, 2013; 29:e51-e52.
8. MULLER Y, HARR T. Traitement de l'angioœdème à bradykinine non héréditaire d'origine médicamenteuse. *Rev Med Suisse*, 2016;12:11-12.
9. GEORGIN-LAVIALLE S, KONE-PAUTE I, DELALEU J *et al*. La fièvre récurrente liée au récepteur 1 du TNF (TNF receptor associated periodic syndrome – TRAPS). *Rev Med Interne*, 2018;39:256-264.

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