

I Revues générales

Œdème du visage : comment s'orienter ?

RÉSUMÉ : Cet article a pour but de décrire les différentes pathologies pouvant se présenter sous forme d'œdème du visage. Elles peuvent être d'ordre immuno-allergologiques, inflammatoires, infectieuses, métaboliques, médicamenteuses, tumorales ou vasculaires. On distingue les œdèmes aigus des œdèmes chroniques où, bien que pouvant être fluctuants, le visage ne revient jamais à un état normal. Les angioœdèmes histaminiques sont les causes les plus fréquentes d'œdème du visage. L'œdème isolé du visage persistant sans signe accompagnateur est rare. Il devra faire évoquer en priorité, et selon la présentation clinique, un syndrome cave supérieur, un lymphome, une granulomatoïse orofaciale, un syndrome du Morbihan ou une parasitose.



J. CASTAGNA

Service de Dermatologie et Allergologie,
hôpital Tenon, PARIS.

Le terme “œdème” vient du grec ancien *oîdēma* qui signifie “gonflement, tumeur”. En médecine, il désigne une enflure non douloureuse, qui est produite par une infiltration séreuse dans les tissus et qui se distingue des autres enflures parce qu'elle garde quelque temps l'impression des doigts. Il est parfois difficile de le distinguer cliniquement des dermatoses avec infiltration cellulaire prédominante responsable d'une tuméfaction mais sans signe du godet. Dans cet article, nous nous intéresserons aux étiologies des “visages gonflés”. Elles peuvent être d'ordre immuno-allergologiques, inflammatoires, infectieuses, métaboliques, tumorales ou vasculaires. Pour nous aider dans la démarche diagnostique, nous séparerons les œdèmes du visage en œdème aigu ou fugace, avec un retour complet à l'état normal entre les éventuelles poussées, et œdème chronique, persistant ou fluctuant, sans retour à l'état normal. Le **tableau I** résume l'ensemble des étiologies.

■ Œdème aigu

La cause la plus fréquente d'œdème du visage est l'**angioœdème histaminique**



Fig. 1 : Angioœdème histaminique.

(également appelé urticaire profonde) dans le cadre d'une urticaire chronique ou aiguë récidivante. Il se présente sous forme d'une tuméfaction ferme, pâle et mal limitée et s'accompagne d'une sensation de tension (parfois douloureuse) plus que d'un prurit en comparaison à l'urticaire superficielle (**fig. 1**). Les lésions sont récidivantes avec toujours un retour à l'état normal en 48 à 72 h environ. Le diagnostic est facile quand il y a des lésions d'urticaire superficielle associées, mais dans 10 % des cas, les angioœdèmes sont isolés. Ils sont responsables d'une altération importante de la qualité de vie des patients du fait de la localisation au visage avec retentissement esthétique, mais aussi fonctionnel s'ils atteignent les paupières ou la région

Revue générale

MÉCANISME	SOUS-TYPE	
	Aigu	Chronique
Immuno-allergologique - médicamenteux	Angioœdème histaminique Angioœdème bradikinique Eczéma de contact allergique Œdème post-vaccination ou infection Covid-19 sur produit de comblement Syndrome d'hypersensibilité médicamenteuse	Iatrogénie médicamenteuse
Infectieux	Erysipèle Staphylococcie maligne de la face Mononucléose infectieuse	Trichinellose Loase
Inflammatoire	Syndrome de Wells Granulomatose orofaciale stade précoce	Granulomatose oro-faciale après plusieurs poussées Syndrome de Morbihan Dermatomyosite Lupus tumidus Granulome post-vaccination ou infection Covid-19 sur injections anciennes de silicone Maladies associées aux IgG4
Vasculaire		Syndrome de compression de la veine cave supérieure Lymphœdème séquellaire
Tumoral		Lymphome cutané ou sous-cutané primitif ou secondaire
Métabolique		Hypothyroïdie Maladie de Basedow Hypercorticisme Syndrome néphrotique

Tableau 1 : Pathologies à évoquer devant un œdème aigu ou chronique du visage.

buccale. Bien qu'impressionnant, il n'y a pas de mise en jeu du pronostic vital (pas de risque d'asphyxie). Le traitement repose sur les antihistaminiques, à dose optimisée si nécessaire, et sur l'omalizumab (anticorps monoclonal anti-IgE) en cas d'échec dans l'urticaire chronique [1].

En cas d'angioœdème de survenue aiguë dans les 2 h suivant le contact avec un allergène (médicament, aliment, piqûre d'hyménoptère, injection de produit de contraste iodé, etc.) il faudra évoquer le diagnostic d'**allergie IgE-médiée**. Généralement, l'œdème n'est pas isolé et s'accompagne d'un rash ou d'une urticaire généralisée et de signes d'anaphylaxie tels qu'une dyspnée, une crise d'asthme, des douleurs abdominales, des vomissements ou débâcles diarrhéiques, voire un véritable choc anaphylactique avec hypotension. Après le traitement en phase aiguë, il faudra adresser le patient en consultation d'allergologie pour bilan spécialisé (prick test ± IDR à lecture

immédiate, s'il s'agit d'un médicament existant sous forme injectable, après une période réfractaire de 6 semaines après l'épisode aigu). L'allergie au cannabis peut également se présenter sous forme d'œdèmes palpébraux récidivants isolés. Le diagnostic est facile par l'interrogatoire et le dosage des IgE spécifiques chanvre.

Les AINS sont volontiers responsables d'angioœdèmes du visage par un mécanisme pharmacologique (déséquilibre entre la synthèse de prostaglandines et leucotriènes par inhibition de la cyclo-oxygénase de type 1) (**fig. 2**) [2].

Le diagnostic différentiel de l'**angioœdème histaminique** est l'angioœdème bradikinique. Il se manifeste également par des angioœdèmes atteignant volontiers le visage (**fig. 3**). Leur durée est plus longue, de l'ordre de plus de 72 h sans traitement, avec toujours un retour à la normale. Ils ne s'accompagnent pas



Fig. 2 : Angioœdème histaminique médicamenteux pharmacologique à la suite de la prise d'un AINS.

de lésion d'urticaire superficielle et ne répondent pas aux traitements habituels des angioœdèmes histaminiques (antihistaminiques, voire corticoïdes et adrénaline souvent prescrits aux urgences pour suspicion d'allergie).



Fig. 3 : Angioœdème bradikinique héréditaire.

L'angioœdème bradikinique est dû à un déséquilibre entre la synthèse et la dégradation de kinines, peptides vasoactifs produits par l'activation de la phase contact de la coagulation. Il faut rechercher à l'interrogatoire des antécédents familiaux d'angioœdèmes, des antécédents personnels de crise abdominale pseudo-occlusive (classique laparotomie blanche) et les prises médicamenteuses (inhibiteur de l'enzyme de conversion de l'angiotensine (IEC), gliptines, estrogènes...). D'un point de vue biologique, on fera un dosage de la fraction C4 du complément et une exploration pondérale et fonctionnelle du C1-inhibiteur. Un angioœdème bradikinique localisé au visage définit une crise grave et nécessite une prise en charge urgente spécifique avec administration par voie sous-cutanée ou intraveineuse de concentré en C1-inhibiteur [3].

Récemment, nous avons vu des patients, principalement des femmes, avec antécédent d'injection de produit de comblement au niveau du visage, présentant des **angioœdèmes en regard des sites d'injection à la suite d'une infection Covid-19 ou à une dose de vaccin anti-Covid-19** (fig. 4) appelés "late onset nodules" ou "delayed inflammatory reaction" (DIR). Ces réactions sont rares. Il s'agirait d'une réaction immunologique médiée par les lymphocytes T, induite par la dégrada-



Fig. 4 : Œdèmes sur les sites d'injection de produit de comblement.

tion de l'acide hyaluronique réticulé injecté, en acide hyaluronique de bas poids moléculaire fortement pro-inflammatoire. Les antihistaminiques semblent peu efficaces. Dans la littérature, des traitements par corticothérapie générale, injections de hyaluronidase, ou lisinopril (IEC) ont été rapportés comme efficaces [4, 5]. La plupart de ces œdèmes sont transitoires et guérissent complètement. Les recommandations actuelles sont d'éviter les injections de produit de comblement dans les 15 jours à 1 mois suivant une infection Covid-19 ou une vaccination. Plus rarement, l'induration peut être persistante comme cela a été rapporté chez cette patiente de 73 ans ayant eu des injections de silicone du visage il y a plus de 30 ans avec œdème induré du visage d'apparition brutale quelques semaines après une infection Covid-19. La biopsie cutanée confirmait une granulomatose sur injection. Après échec de traitement par corticothérapie générale associée à de la doxycycline et hydroxychloroquine, c'est finalement le méthotrexate qui a permis une régression complète des lésions [6].

L'eczéma de contact allergique aigu, localisé au visage, peut se présenter initialement sous forme d'un œdème parfois volumineux et de diagnostic trompeur (fig. 5). Ce diagnostic est à



Fig. 5 : Eczéma de contact allergique du visage (résine époxy).

connaître des dermatologues. Il faudra rechercher des signes épidermiques en bordure de lésion et une évolution vers une desquamation. Les allergènes responsables d'eczéma de contact aigu du visage sont principalement la para-phénylène diamine (après teinture capillaire), les fragrances et huiles essentielles, et les photo-allergènes (écran solaire, lactones sesquiterpènes...). Un bilan allergologique par patch-test à distance est recommandé pour préciser le diagnostic. L'éviction de l'allergène est de rigueur pour éviter les récurrences.

Le syndrome d'hypersensibilité médicamenteuse ou *drug reaction with eosinophilia and systemic symptoms* (DRESS) est une forme grave de toxicodermie qui associe des manifestations cutanées et une atteinte systémique. On observe volontiers chez les patients un œdème du visage qui nous aidera pour évoquer le diagnostic mais ne sera pas isolé (fig. 6).

L'érysipèle de la face peut se présenter sous forme d'œdème du visage. Le dia-

Revue générale



Fig. 6 : A : Œdème du visage dans le cadre d'un syndrome d'hypersensibilité médicamenteuse (DRESS). B : Après guérison.



Fig. 7 : Erysipèle de la face.

gnostic sera aisé puisqu'il sera accompagné d'une hyperthermie, d'un placard érythémateux, douloureux et chaud en regard, et classiquement d'une bordure périphérique saillante d'extension centrifuge (**fig. 7**). Il faudra rechercher une porte d'entrée, telle qu'une lésion manipulée. Le traitement repose sur l'antibiothérapie par amoxicilline pendant 7 jours en l'absence d'allergie [7]. La complication redoutée est la **staphylococcie maligne de la face**, à la suite de



Fig. 8 : Signe de Hoagland dans le cadre d'une mononucléose infectieuse.

la manipulation d'un furoncle, entraînant une thrombophlébite suppurée des veines de la face avec septicémie et risque d'atteinte du sinus caverneux. Elle se caractérise par un œdème majeur du visage, rouge vineux, avec signe de sepsis et altération de l'état général. Une prise en charge en hospitalisation sera nécessaire.

Toujours dans les causes infectieuses, on peut observer un œdème palpébral bilatéral inaugural dans la **mononucléose infectieuse** (MNI), le signe de Hoagland, (**fig. 8**) [8].

La **cellulite à éosinophiles** ou **syndrome de Wells** peut se présenter sous forme d'œdèmes récidivants du visage, unilatéraux, bilatéraux ou parfois à bascule. Les

poussées peuvent être accompagnées de signes systémiques tels que la fièvre ou des myalgies, et d'un syndrome inflammatoire biologique. Cet aspect clinique est trompeur car il peut mimer une cellulite infectieuse. Le diagnostic repose sur un faisceau d'arguments comme l'absence d'amélioration sous antibiotiques, l'hyperéosinophilie sanguine (inconstante) et des images histologiques évocatrices (éosinophiles en flammèches) [9].

Œdème chronique

De nombreuses dermatoses et maladies générales peuvent se manifester par un œdème persistant du visage. Le caractère persistant, parfois fluctuant, mais sans jamais de retour à la normale est important à rechercher.

En cas de tuméfaction couleur peau normale, il faudra en premier lieu rechercher les antécédents de chirurgie de la zone orofaciale pouvant être responsable de dommages lymphatiques et d'un **lymphœdème séquellaire**. L'œdème est alors souvent plus important le matin au réveil, car aggravé par la position déclive, et peut s'améliorer au cours de la journée.

Les classiques causes métaboliques que sont l'**hypothyroïdie** avec **myxoœdème**, la **maladie de Basedow** et le **syndrome de Cushing**, incluant le traitement par corticostéroïdes forte dose au long cours, sont à évoquer de façon systématique. L'œdème est alors accompagné d'autres signes aidant au diagnostic.

Dans le myxoœdème, l'infiltration diffuse cutanéomuqueuse est ferme, capitonnée et ne prend pas le godet. Le visage prend un aspect caractéristique pâle et jaunâtre, inexpressif, lunaire. Les paupières sont volontiers infiltrées par l'œdème.

L'œdème palpébral supérieur et/ou inférieur peut être un signe d'orientation vers une maladie de Basedow débutante.

Dans l'hypercorticisme, il y a une répartition faciotronculaire des graisses qui donne au visage un aspect bouffi, lunaire, associé à une bosse nuchale et un comblement des creux sus-claviculaires.

En cas de **syndrome néphrotique**, un signe clinique est le syndrome œdémateux, le plus souvent généralisé. Cependant, ce dernier peut être frustre et se manifester par un œdème palpébral, notamment le matin au réveil.

De nombreux **médicaments** peuvent avoir comme effet secondaire l'apparition d'un œdème du visage. Il s'agit notamment des inhibiteurs de tyrosine kinase comme l'imatinib ou de certaines chimiothérapies comme le pemetrexed [10].

Une cause non rare d'œdème du visage est le **syndrome de compression de la veine cave supérieure**. L'œdème du visage résulte ici de la stase et d'une hyperpression veineuse au niveau cervico-facial. Il s'accompagne volontiers d'un comblement des creux sus-claviculaires (**fig. 9**). L'identification rapide de cette pathologie est primordiale d'un point de vue thérapeutique mais aussi pronostique puisque les étiologies sont souvent d'ordre néoplasique (cancer pul-

monaire, lymphome et autres tumeurs médiastinales). En cas de suspicion clinique, un examen d'imagerie avec radiographie thoracique ou scanner cervico-thoracique devra être réalisé [11].

Plus rarement, des **lymphomes cutanés** peuvent se présenter sous forme d'œdème du visage. Il s'agit notamment des lymphomes T sous-cutanés type panniculite et des lymphomes NK/T cutanés extra-nodaux primitifs ou secondaires [12].

La dermatose la plus souvent responsable d'œdème chronique du visage est la **granulomatose orofaciale (GOF)**. Initialement l'œdème peut être spontanément résolutif mais il se chronicise après quelques poussées. La prévalence exacte de la GOF est inconnue mais elle est considérée comme rare.

Des maladies systémiques peuvent donner une **GOF secondaire**, il s'agit notamment de la **sarcoïdose (fig. 10)** et de la **maladie de Crohn**. Ces diagnostics seront à éliminer en cas de diagnostic de GOF.

Sinon, on parle de **GOF idiopathique**. Dans cette entité sont regroupés le **syn-**

drome de Melkersson-Rosenthal et la **chéilite granulomateuse de Miescher**. Le syndrome de Melkersson-Rosenthal est un syndrome neuro-muco-cutané rare incluant un œdème orofacial, une paralysie faciale et une langue plicaturée. Quand ces trois signes sont présents, on parle de forme complète, sinon on parle de syndrome de Melkersson-Rosenthal mono- ou oligo-symptomatique. Dans la chéilite granulomateuse de Miescher, on retrouve un œdème labial de la lèvre supérieure et/ou inférieure isolé (**fig. 11**).

Certains auteurs considèrent la GOF idiopathique comme un variant de la maladie de Crohn localisée à la cavité buccale. En effet, environ 40 % des patients pédiatriques et 20 à 50 % des patients adultes avec GOF ont un diagnostic de maladie de Crohn avec atteinte intestinale. Le diagnostic est difficile, d'autant plus que la



Fig. 11 : Granulomatose orofaciale type chéilite de Miescher chez un patient atteint de maladie de Crohn.



Fig. 9 : Syndrome de compression de la veine cave supérieure secondaire à une thrombose extensive de la veine cave supérieure.



Fig. 10 : Granulomatose orofaciale secondaire à une sarcoïdose.

Revue générale

POINTS FORTS

- La cause la plus fréquente d'œdème du visage est l'œdème aigu de type angioœdème.
- L'interrogatoire, l'examen clinique et le bilan biologique permettent le plus souvent de distinguer l'angioœdème histaminique de l'angioœdème bradikinique.
- L'eczéma de contact allergique aigu du visage se présente volontiers sous forme d'œdème et ne doit pas être confondu avec un angioœdème histaminique ou bradikinique.
- Il faut éliminer de façon systématique un syndrome cave supérieur devant un visage bouffi avec comblement des creux sus-claviculaires.
- Parmi les dermatoses inflammatoires se présentant sous forme d'œdème du visage, il faut savoir évoquer la granulomatose orofaciale et le syndrome du Morbihan.

GOF peut précéder de plusieurs années l'atteinte intestinale.

Dans tous les cas, la biopsie cutanée est utile au diagnostic puisqu'elle montre un infiltrat cellulaire fait de granulomes épithélioïdes et géantocellulaires sans nécrose caséuse [13, 14].

Le **syndrome du Morbihan** est une maladie rare caractérisée par l'apparition progressive d'un érythème et d'un œdème induré de la partie supérieure du visage (**fig. 12**). Il atteint surtout les hommes de plus de 50 ans et est majoritairement asymétrique. La biopsie cutanée aide au diagnostic avec des images histologiques de rosacée compliquée d'un lymphœdème chronique. Son traitement est difficile et mal codifié. Les traitements classiques de la rosacée sont souvent peu efficaces. Dans une série de cas, les traitements les plus efficaces étaient l'isotrétinoïne orale faible dose, les injections intra-lésionnelles de corticoïdes et la chirurgie de debulking [15].

La **maladie associée aux IgG4** est une maladie caractérisée par une infiltration de certains tissus ou organes du corps par



Fig. 12: Syndrome du Morbihan.

des cellules du système immunitaire. Au niveau du visage, l'envahissement tissulaire peut se manifester sous forme d'œdème. Le diagnostic repose sur des critères cliniques (atteinte d'organe), immunohistochimiques (infiltrat tissulaire lymphoplasmocytaire, expression augmentée d'IgG4) et biologiques (taux sérique d'IgG4 augmenté) [16].



Fig. 13: Œdème palpébral chez une patiente atteinte de dermatomyosite.



Fig. 14: Lésions de lupus tumidus se manifestant sous forme d'œdème du visage.

L'œdème fait également partie des lésions élémentaires de la **dermatomyosite** et accompagne volontiers l'érythème dans les formes aiguës. Au niveau du visage, on peut ainsi observer un œdème des paupières avec réduction de la fente palpébrale (**fig. 13**) [17].

Plus rarement, le **lupus tumidus** au niveau du visage peut se manifester sous forme de lésions œdémateuses (**fig. 14**).

Enfin, n'oublions pas que certaines parasitoses peuvent être responsables d'un œdème persistant du visage. C'est le cas de la **trichinellose** (rechercher la consommation de gibier) [18, 19] et de la **loase**, filariose cutanéodermique à tropisme oculaire responsable de l'œdème de Calabar (voyage en zone endémique).

BIBLIOGRAPHIE

1. ZUBERBIER T, ABERER W, ASERO R *et al.* The EAACI/GA²LEN/EDF/WAO guideline for the definition, classification, diagnosis and management of urticaria. *Allergy*, 2018;73:1393-1414.
2. KOWALSKI ML, MAKOWSKA JS, BLANCA M *et al.* Hypersensitivity to nonsteroidal anti-inflammatory drugs (NSAIDs) - classification, diagnosis and management: review of the EAACI/ENDA(®) and GA²LEN/HANNA*. *Allergy*, 2011; 66:818-829.
3. MAURER M, MAGERL M, BETSCHEL S *et al.* The international WAO/EAACI guideline for the management of hereditary angioedema-The 2021 revision and update. *Allergy*, 2022;77:1961-1990.
4. OSMOND A, KENNY B. Reaction to dermal filler following COVID-19 vaccination. *J Cosmet Dermatol*, 2021;20:3751-3752.
5. BACHOUR Y, BEKKENK MW, RUSTEMEYER T *et al.* Late inflammatory reactions in patients with soft tissue fillers after SARS-CoV-2 infection and vaccination: a systematic review of the literature. *J Cosmet Dermatol*, 2022;21:1361-1368.
6. BERNIGAUD C, BERTOLD C, SEITZ-POLSKI B *et al.* Granulomatose faciale 38 ans après des injections de produits de comblement: rôle précipitant de la COVID-19 et intérêt du méthotrexate. *Ann Dermatol Venereol*, FMC. 2021;1: A238.
7. Haute Autorité de Santé. Prise en charge des infections cutanées bactériennes courantes. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2019.
8. INOKUCHI R, IIDA H, OHTA F *et al.* Hoagland sign. *Emergency Medicine Journal*, 2014;31:561.
9. COSTEDOAT I, LEROY-COLAVOLPE V, DOUSSET L *et al.* Douvre, Cellulite de Wells à type d'œdème récidivant du visage: 3 cas. 2021;7128:A1-A218.
10. BADAQUI A, MAHE E. Œdème palpébral induit par le pemetrexed (Almint®). *Ann Dermatol Venereol*, 2018;145:769-772.
11. WILSON LD, DETTERBECK FC, YAHALOM J. Clinical practice. Superior vena cava syndrome with malignant causes. *N Engl J Med*, 2007;356:1862-1869.
12. LEE WJ, MOON IJ, WON CH *et al.* Facial swelling: an atypical presentation of cutaneous lymphoma. *Int J Dermatol*, 2016;55:e440-6.
13. GALDIERO MR, MAIO F, ARCOLEO F *et al.* Orofacial granulomatosis: Clinical and therapeutic features in an Italian cohort and review of the literature. *Allergy*, 2021;76:2189-2200.
14. CRITCHLOW WA, CHANG D. Cheilitis granulomatosa: a review. *Head Neck Pathol*, 2014;8:209-213.
15. YVON C, MUDHAR HS, FAYERS T *et al.* Morbihan Syndrome, a UK Case Series. *Ophthalmic Plast Reconstr Surg*, 2020; 36:438-443.
16. STONE JH, ZEN Y, DESHPANDE V. IgG4-related disease. *N Engl J Med*, 2012;366: 539-551.
17. RAFAILIDIS PI, KAPASKELIS A, FALAGAS ME. Periorbital and facial swelling due to dermatomyositis. *CMAJ*, 2007;176: 1580-1581.
18. PARIER V, RANGUIN M, PISELLA P. Trichinose révélée par des douleurs oculaires: à propos d'un cas. *J Fr Ophtalmol*, 2008;25:168.
19. BOUREE P, DUPOUY-CAMET J. Diagnostic de la trichinellose. *Revue francophone des laboratoires*, 2014;464:71-76.

Remerciements : Dr François Chasset, Dr Jean-Benoît Monfort, Pr Angèle Soria et l'ensemble des médecins du service de dermatologie et allergologie de l'hôpital Tenon, Dr Fabien Pelletier et les patients, pour leur contribution aux illustrations présentées.

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