

Comment prendre en charge un eczéma des paupières

MICHEL CASTELAIN ⁽¹⁾, STÉPHAN FAUQUIER ⁽²⁾

1 : Dermato-Allergologue

2 : Ophtalmologiste

Consultation d'ophtalmo-allergie

Service de Dermatologie (Professeurs J.-J. Grob et M.-A. Richard) - Hôpital de la Timone - Marseille

résumé

L'eczéma des paupières est un problème fréquent auquel est confronté l'ophtalmologiste et dont le diagnostic positif pose rarement de gros problèmes. Un bilan allergologique fouillé comprenant une étude de la sensibilité de contact retardée et immédiate est nécessaire. Les causes sont très nombreuses et une étroite collaboration entre l'ophtalmologiste et l'allergologue est indispensable, afin d'explorer toutes les pistes, notamment médicamenteuses. Le traitement passe par l'éviction de l'allergène ou des allergènes en cause qui peuvent être très divers et par des conseils de restrictions en matière d'applications locales (cosmétiques notamment) par toujours bien reçus par les patientes. Les traitements locaux par dermocorticoïdes doivent être brefs pour en éviter les effets secondaires tels que surinfection, rosacée stéroïdienne, corticodépendance et dans ces localisations péri oculaires, glaucome cortisoné et cataracte sur une utilisation prolongée.

mots-clés

Allergie de contact,
Eczéma,
Paupières,
Tests épicutanés

L'eczéma des paupières est l'exemple typique d'une pathologie à la frontière de trois spécialités : Dermatologie, Allergologie et Ophtalmologie. Si l'on évite quelques pièges diagnostiques, la difficulté essentielle est d'en retrouver l'étiologie et d'en faire accepter le traitement par le patient et ses différents médecins, car il repose sur l'éviction de la ou des causes, volontiers cosmétiques ou iatrogènes.

Diagnostic positif

Il est relativement facile la plupart du temps, l'eczéma est classiquement une dermatose érythémateuse, vésiculo-suintante, prurigineuse, évoluant ensuite vers une fine desquamation^[1]. Toutefois, la finesse des téguments au niveau des paupières entraîne dans les cas aigus l'apparition d'un œdème fréquent, qui peut faire penser à tort à un angio-œdème. C'est ce que l'on peut voir avec des allergènes forts comme la paraphénylènediamine (PPD) des teintures de cheveux. De plus, dans les formes subaiguës ou chroniques, il ne faudra pas compter sur les vésicules et l'on sera plutôt confrontés à une dermatose érythé-

mato-squameuse dont il faudra chercher les autres localisations, parfois plus typiques et pouvant mettre sur la voie de l'allergène en cause (par exemple les allergies au vernis à ongles associent souvent un eczéma des paupières à un eczéma du cou).

L'association à une conjonctivite doit faire envisager soit un allergène iatrogène ophtalmologique (collyre, pommade ophtalmique), soit l'intervention d'un aéroallergène (pollen, poil d'animaux, acarien, moisissure), mais alors une rhinite est fréquemment associée ou parfois un asthme.

Diagnostic différentiel

Le plus fréquent et le plus rebelle est celui de l'hyperréactivité des paupières, qui est à la limite du diagnostic différentiel. Elle fait suite souvent à une allergie de contact prolongée, volontiers sur un terrain atopique, qui a entraîné l'accumulation locale de cellules de l'immunité telles que des mastocytes, des éosinophiles. Le frottement répété induit par le grattage fait dégranuler certaines de ces cellules et pérennise l'inflammation locale. D'autres dermatoses vésiculeuses peuvent survenir comme l'herpès, dont

le caractère douloureux et unilatéral ne trompe guère.

D'autres dermatoses squameuses peuvent coexister comme la dermite séborrhéique, qui s'accompagne souvent de blépharite et d'une rosacée dont le caractère papulo-pustuleux sur fond de couperose est souvent évocateur. Il faut penser à la rosacée stéroïdienne devant une dermite chronique traitée de façon répétée et prolongée par les corticoïdes locaux. Enfin un œdème palpébral peut être secondaire à un véritable angio-œdème avec son caractère brutal, ses autres localisations, ou au contraire, dans un contexte inflammatoire parfois accompagné d'une altération de l'état général, d'une connectivite (lupus systémique ou subaigu, dermatomyosite).

Diagnostic étiologique

L'eczéma des paupières résulte la plupart du temps d'une **allergie de contact retardée**, sauf parfois dans le cadre de l'eczéma atopique où la xérose et la fragilité cutanées peuvent suffire à induire l'eczéma, aggravé par le grattage^[2].

L'allergène peut être ophtalmologique, les collyres et pommades ophtalmiques peuvent provoquer une conjonctivite de contact associée dans les formes aiguës à un eczéma des paupières^[3-7]. Le produit actif peut être en cause (bêta-bloqueur ou autre anti-glaucomateux, aminoglycoside, AINS, corticoïde...) mais il peut s'agir aussi d'un conservateur (ammonium quaternaire, plus que mercuriel de moins en moins utilisé), ces derniers sont moins souvent en cause à l'heure actuelle, du fait de l'utilisation de plus en plus répandues de sans conservateur. A noter que dans le cas d'une allergie de contact aux cosmétiques, les paupières supérieures sont plus souvent atteintes, alors que dans

les allergies iatrogènes, les paupières inférieures sont aussi souvent touchées. Les produits pour lentilles de contact sont moins souvent en cause à l'heure actuelle qu'il y a une dizaine d'années. La cause de l'eczéma peut être un cosmétique, appliqué directement sur les paupières ou à proximité (maquillage, démaquillage, produits hydratants et anti-rides), ou véhiculée par les mains ou « manu-portée » tel que le vernis à ongles, ou aéroportée tel que les parfums en spray par exemple. Il peut même s'agir d'un allergène utilisé par le conjoint.

Tous les allergènes professionnels peuvent être manu-portés jusqu'aux paupières.

De même tout ce qui est en suspension dans l'air peut parvenir jusqu'aux paupières, c'est le cas de tous les aéro-allergènes, mais aussi des sprays, poudres, vapeurs etc...

Enfin un allergène de contact tel qu'un aminoglycoside peut être administré par voie systémique et induire un eczéma diffus dont les premiers symptômes apparaîtront là où les lymphocytes mémoire sont les plus nombreux, par exemple les paupières en cas d'antécédent d'allergie de contact à un collyre contenant de la néomycine, la plupart des aminoglycosides étant responsables d'allergie croisée.

C'est dire s'il existe des cas a priori de diagnostic aisé et d'autres où seule une **enquête allergologique** fouillée peut découvrir la ou les causes. Celle-ci repose à la fois sur d'excellentes informations fournies par l'ophtalmologiste (diagnostic et antécédents oculaires, liste chronologique des médicaments prescrits...), sur un interrogatoire « policier » et des tests cutanés approfondis réalisés par l'allergologue ou le dermatologues.

Les tests cutanés sont de type :

- immédiat ou prick tests, lus en 20 minutes, avec les aéroallergènes, éventuellement les aliments, le latex, utilisés pour tous les types d'allergie immé-



Figure 1 : Eczéma palpébral (lotion démaquillante)



Figure 2 : Eczéma aigu à un collyre contenant de la néomycine



Figure 3 : Dermite irritative chez une atopique, hyperréactivité palpébrale



Figure 4 : Patch tests fortement positif à la paraphénylène diamine (PPD) de la teinture de cheveu

diate, urticaire, rhinite, conjonctivite saisonnière,

- retardés ou patch tests, utilisés pour le diagnostic étiologique de l'eczéma, lus en 48 et 72 heures ou 96 heures, avec les produits de contact utilisés par le patient (cosmétiques, médicaments, produits professionnels, aéroallergènes...).

Un des problèmes pratiques est que la pénétration dans la peau des allergènes testés (au niveau du dos en règle générale) est plus difficile qu'au niveau des paupières où la peau est très fine ou même au niveau de la conjonctive. C'est une des raisons des tests faussement négatifs auxquels on s'expose en matière d'allergie oculaire. On peut rendre les tests plus sensibles en faisant des tests répétés ouverts biquotidiens sur l'avant bras pendant 7 à 10 jours, mais bien sûr le nombre de tests réalisés de cette façon est forcément limitée et la méthode chronophage.

On peut recourir aussi en cas de conjonctivite associée à l'eczéma des paupières et de doute sur la positivité d'un prick ou à un patch à un aéroallergène, à un test de provocation conjonctivale (TPC), qui permet d'affirmer en cas de positivité, la responsabilité de cet aéroallergène dans la genèse des symptômes et donc sa pertinence (mais surtout pour l'allergie immédiate, donc en général moins intéressant pour le diagnostic d'un eczéma).

La pertinence est le problème majeur de l'allergie de contact. Il ne suffit pas d'avoir un ou plusieurs tests positifs, il faut pouvoir affirmer le rapport de cause à effet entre l'allergène positif et l'eczéma des paupières.

C'est là toute la difficulté de l'enquête allergologique qui démontre la nécessité de recourir à un allergologue en cas d'eczéma des paupières.

Traitement

Le traitement étiologique est univoque, il faut éliminer la cause lorsque c'est possible. Seule cette éviction est susceptible de guérir l'eczéma, avec cependant trois restrictions :

- certains allergènes sont ubiquitaires et d'éviction illusoire, pouvant amener à des régimes (nickel), ou des désensibilisations (aéroallergènes), dont l'efficacité est imprévisible (comme pour les TPC, la désensibilisation concerne surtout l'allergie immédiate et donc moins les problèmes d'eczéma) ;
- dans la dermatite atopique, le patient gardera cette peau fragile et sèche. On doit donc l'hydrater avec des crèmes de composition simple (de manière à réduire le nombre de composants éventuellement allergisants) comme par exemple Tolériane Ultra® de Roche Posay, Physiogel AI® de Stiefel, Topialyse palpébral® de SVR ou Tolérance extrême®

d'Avène ; il existe d'autres crèmes de bonne qualité, on ne peut être exhaustif en la matière.

- Dans l'hyperréactivité palpébrale, il est capital d'arrêter toute application locale pendant plusieurs semaines (4 en général), le simple frottement étant à même de dégranuler les mastocytes locaux. Cette absence d'utilisation de tout maquillage, démaquillage ou hydratant ou traitement local est un message très difficile à faire passer, en pratique avec nos patientes. Dans un second temps, on pourra recourir à des crèmes hydratantes comme précédemment.

En dehors de ces cas particuliers, le traitement reste celui d'un eczéma^[6], avec un nettoyage soigneux et répété des paupières sans savon avec de l'eau thermale en pulvérisateur, l'application locale brève (moins d'une semaine) d'un dermocorticoïde, en évitant les plus forts, relayée ensuite par un hydratant simple (cf ci-dessus). L'utilisation des antihistaminiques per os n'est pas obligatoire, et ne sert éventuellement qu'à diminuer un peu le prurit.

Une fois l'eczéma traité il peut être utile de recommander pour les femmes des démaquillants peu irritants. ■

Conflits d'intérêts : aucun

RÉFÉRENCES

1. Collet E, Castelain M. *Dermatites de contact des paupières*. *Ann Dermatol Venerol*. 2002; 129: 928-30
2. Castelain M, Fauquier S. *Œil et Hypersensibilité retardée de contact*. In *L'allergie Oculaire*. PJ Pisella, JL Fauquet Eds. *Bulletin des Sociétés d'Ophthalmologie de France*. Nov 2007, pp 103-6
3. Herbst RA, Maibach HI. *Allergic contact dermatitis from ophthalmics : update 1997*. *Contact Dermatitis* 1997; 37: 252-253
4. Cooper SM, Shaw S. *Eyelids dermatitis: an evaluation of 232 patch-test patients over 5 years*. *Contact Dermatitis*. 2000; 42: 291-3.
5. Guin JD. *Eyelid dermatitis: experience in 203 cases*. *J Am Acad Dermatol* 2002; 47: 755-65
6. Goossens A. *Contact allergic reactions on the eyes and eyelids*. *Bull Soc Belge Ophthalmol*. 2004; 292: 11-7
7. Castelain M, Collet E. *Œil et paupières : exploration de l'allergie de contact*. In *L'allergie Oculaire*. PJ Pisella, JL Fauquet Eds. *Bulletin des Sociétés d'Ophthalmologie de France*. Nov 2007, pp 142-8
8. Butrus S, Portela R. *Ocular allergy: diagnosis and treatment*. *Ophthalmol Clin North Am*. 2005 Dec; 18: 485-92