

Dans certaines localisations, les érythèmes ont des causes spécifiques ou particulièrement fréquentes. Il s'agit notamment des plis (« intertrigo »), de la face, des extrémités, du scrotum et du siège chez les nourrissons. De la même façon, un érythème d'arrangement ou de configuration annulaire est facilement reconnaissable et constitue une aide au diagnostic. Pour cette raison, un chapitre particulier leur est dédié.

Lésions érythémateuses de la face

Les lésions rouges du visage sont fréquentes. L'érythème télangiectasique médiofacial, respectant les zones mobiles des paupières et des lèvres, est typique de la rosacée. L'érythème squameux des zones riches en sébum

des régions sourcillières, de la glabella et des sillons nasogéniens est caractéristique de la dermatite séborrhéique. Ces deux affections sont, avec l'acné, les causes les plus fréquentes des dermatoses faciales, avec une prévalence estimée de 2 à 4 %.

Cependant, il existe de nombreuses autres causes d'un visage rouge qu'il faut savoir diagnostiquer. Les bouffées vasomotrices avec érythème facial paroxystique doivent être distinguées des érythèmes permanents (encadrés 20.1 et 20.2). Certains érythèmes paroxystiques ont une topographie particulière conférant une piste diagnostique comme l'érythème hémifacial du syndrome Arlequin orientant vers une lésion du 2^e ganglion sympathique. D'autres ont une circonstance d'apparition particulière, comme pendant les repas, et peuvent

ENCADRÉ 20.1 Principales causes d'un érythème facial

Érythème paroxystique*

- Anaphylaxie
- Cancer médullaire de la thyroïde
- Cryoglobulinémie
- Dengue et autres arboviroses (aspect de coup de soleil)
- Dumping syndrome
- Dysautonomie familiale de Riley-Day
- Érythème pudique et émotif
- Flush hémifacial (syndrome Arlequin) par atteinte du 2^e ganglion sympathique et rarement par thrombose jugulaire
- Hémopathie
- Homocystinurie
- Hyperthyroïdie
- Hypoglycémie
- Mastocytose
- Médicaments : ac. nicotinique, nitrite d'amyle, disulfiramine + alcool, anticalciques, tacrolimus topique, etc.
- Ménopause
- Mucinose folliculaire ortiée
- Phéochromocytome
- *Red ear syndrome*
- Rosacée
- Syndrome carcinoïde
- Syndrome du choc toxique staphylococcique (aspect de coup de soleil)
- Syndrome de Frey
- Toxique : trichloréthylène, cyanamide calcique, etc.
- Tumeurs endocriniennes du pancréas

Érythème permanent

- Acrokératose paranéoplasique
- Angiosarcome

- « Cellulite bleue » hémifaciale à *Haemophilus influenzae* (plus rarement pneumocoque) du nourrisson et de l'enfant
- Chondrite (toute cause) (zone cartilagineuse des oreilles et du nez, habituellement tuméfaction)
- Dermatomyosite
- Dermatophytose (en général squameux)
- Dermatite atopique
- Dermatite périorale (en général papules)
- Dermatite séborrhéique (squameux)
- Eczéma aigu de la face
- Érythème solaire (« coup de soleil »)
- Folliculites pustuleuses à éosinophiles
- Homocystinurie
- Intolérance protéique lysinurique (pseudo-lupus néonatal)
- Infection de contiguïté : ethmoïdite, sinusite
- Interféronopathies (syndrome d'Aicardi-Goutières, SAVI [STING-Associated Vasculopathy with onset in Infancy], syndrome CANDLE [Chronic Atypical Neutrophilic Dermatitis with Lipodystrophy and Elevated temperature], etc.)
- Lèpre
- Lucite (polymorphe, habituellement papuleux)
- Lupus érythémateux
- Lupus tuberculeux (généralement atrophique)
- Maladies infectieuses : staphylococcie maligne, érysipèle, zona ou herpès, etc.
- Mégalérythème épidémique (et autres exanthèmes)
- Mucinose folliculaire ortiée
- Mycosis fongoïdes

* Cf. aussi les causes des vraies bouffées vasomotrices dans l'encadré 20.2

- Nourrisson :
 - Interféronopathies (syndrome d'Aicardi-Goutières, SAVI [STING-Associated Vasculopathy with onset in Infancy], syndrome CANDLE [Chronic Atypical Neutrophilic Dermatitis with Lipodystrophy and Elevated temperature], etc.)
 - Lupus érythémateux néonatal (annulaire)
 - Syndrome de Bloom (télangiectasies)
 - Syndrome de Rothmund-Thomson (poïkilodermie)
 - Pellagre, carence en vitamine B2, B6
 - Pemphigus séborrhéique/érythémateux
 - Polyglobulie
 - Prurigo actinique (surtout chez les Mestizo)
 - Réticulohistiocytose multicentrique à type de dermatomyosite
 - Rosacée
 - Sarcoidose (« lupus pernio », « angioloïde »)
 - Sébopsoriasis
 - Syndrome carcinoïde au stade chronique
 - Syndrome cave supérieur
 - Syndrome de Cushing
 - Syndrome de Haber
 - Ulérythème ophriogène
- Papule(s) et/ou plaque(s) érythémateuse(s)**
- Acné
 - Angiosarcome
 - Conidiobolomycose
 - Covid-19 (SARS-CoV-2)
 - Dermatomyosite
 - Dermatophytose
 - Dermatite séborrhéique
 - Dermatoses discoïde faciale
 - Eczéma (de contact, photoallergique, aéroallergie, atopie, etc.)
 - Entomophthoromycose
 - Érythème annulaire du syndrome de Sjögren
 - Érythème polymorphe
 - Érysipèle et staphylococcie maligne de la face
 - Granulome facial de Lever
 - Hyperplasie angiolymphoïde avec éosinophilie (HALE)
 - Kimura, maladie de
 - Léiomyome de la face
 - Leishmaniose
 - Lèpre
 - Lucite polymorphe
 - Lupus engelure de Hutchinson
 - Lupus érythémateux
 - Lupus tuberculeux
 - Lymphadénite cervicofaciale à mycobactéries atypiques (face latérale du cou)
 - Lymphome cutané
 - Lymphocytome borrélien
 - Maladie de Jessner-Kanof (lupus érythémateux dermique)
 - Mucinose folliculaire ortiée
 - Pemphigus érythémateux
 - Pseudo-lymphome (dont borrélien)
 - Pyodermite froide
 - Réaction du greffon contre l'hôte
 - Rosacée
 - Sarcoidose (lupus pernio, angioloïde, pseudo-lymphome de Spiegler et Fendt)
 - Syndrome cave supérieur
 - Syndrome de Melkersson-Rosenthal
 - Zona ou herpès prévésiculeux

s'accompagner d'une hyperhidrose. Il en est ainsi au cours du syndrome de Frey après lésion du nerf auriculotemporal et régénération aberrante des fibres sympathiques qui innervent les glandes sudorales à la place de la parotide. Parfois, l'heure est évocateur, comme l'érythème postprandial du dumping syndrome, complication classique de la chirurgie œsophagogastrique. D'autres circonstances d'apparition caractéristiques sont le froid (cryoprotéines) et le chaud (*red ear syndrome*, une variante d'érythermalgie) ou le déclenchement par certaines prises médicamenteuses.



Attention

Érythème paroxystique

Il peut révéler une tumeur endocrine bénigne (phéochromocytome, syndrome carcinoïde) ou

maligne (cancer médullaire de la thyroïde). Il peut être le signe d'une hypoglycémie. Il ne faut pas le confondre avec l'érythème facial « en coup de soleil », de survenue brutale qui peut se voir au cours du syndrome du choc toxique staphylococcique, de la dengue et d'autres arboviroses.



Fréquent

Érythème paroxystique

Bouffées vasomotrices de la rosacée. Érythème pudique.

Pour les lésions permanentes, non paroxystiques (encadré 20.2), il faut séparer celles qui sont d'apparition soudaine de celles qui sont apparues de façon progressive, insidieuse. Il est essentiel de déterminer par l'examen physique la

ENCADRÉ 20.2 Principales causes des bouffées vasomotrices (ou « flushs »)

Neurogénique, *wet flushing* car accompagné d'hyperhidrose

- Exposition à la chaleur
- Fièvre
- Maladies neurologiques avec dysautonomie : syndromes post-encéphalopathiques et maladie de Parkinson
- Ménopause

Pharmacologique et substances vasoactives (p. ex. histamine, substance P, prostaglandine D2) = *dry flushing* sans hyperhidrose associée

Causes exogènes

- Aliments
 - Pharmacologique : capsaïcine, éthanol, sulfites, monosodium glutamate
 - Toxique : scombroidose histaminique et *via* ac. cis-urocanique formés dans des poissons contaminés par des bactéries (thon, maquereau, mahimahi)
- Anaphylaxie : circonstance (exposition), urticaire, angio-œdème, atteinte respiratoire
 - Immunologique : *via* IgE et FcεR1 (pénicilline, venin d'insecte, latex, sérum hétérologue...); non-IgE : produits san-

guins, ac. acétylsalicylique, produits de contraste, certains médicaments

– Non immunologique : exercice physique, froid, opiacés, curares

– Primaire ou idiopathique

- Médicaments : ac. nicotinique, anticalciques, inhibiteurs phosphodiesterase (p. ex. théophylline), vancomycine, IEC

Causes endogènes

- Carcinome médullaire de la thyroïde
- Érythème paroxystique au cours du syndrome de tachycardie posturale
- Mastocytose
- Mutation *TPSAB1* avec duplication ou triplication du gène encodant l'alpha-tryptase
- Phéochromocytome
- Sepsis
- Syndrome carcinoïde (poussées souvent induites par consommation d'alcool ou de chocolat)
- Syndrome de fuite capillaire
- VIPome

présence de lésions cutanées associées : pustules, papules, plaques et de signes extra-cutanés, notamment fièvre ou frissons, et douleurs articulaires. Parfois, c'est seulement à l'interrogatoire que l'on peut établir l'existence de lésions associées, car elles peuvent être absentes au moment de l'examen. Il faut préciser si les lésions sont photo-induites et/ou photoexposées ou si la distribution suggère un aéroportage et/ou un contact (*cf.* chapitre 11). L'examen physique attentif permet aussi de reconnaître certaines atteintes anatomiquement spécifiques, par exemple une chondrite qui résulte d'une atteinte inflammatoire du cartilage et qui entraîne donc un érythème des zones cartilagineuses comme les ailes nasales ou le pavillon de l'oreille, en respectant le lobule. Les causes des papules et plaques érythémateuses du visage sont également résumées ici pour des raisons didactiques.

staphylococcie maligne, infection à *Haemophilus influenzae* chez le nourrisson, phase initiale d'un zona, mais aussi syndrome du choc toxique staphylococcique, dengue et autres arboviroses. L'érythème facial d'une infection de contiguïté en regard d'une sinusite ou d'une ethmoïdite peut être d'apparition brutale ou progressive. Il en est de même pour l'érythème facial qui est un signe fréquent au cours du lupus érythémateux ou de la dermatomyosite. Un érythème infiltré et/ou violacé du visage peut être la première manifestation d'un angiosarcome. Un érythème kératosique, surtout s'il touche d'abord les hélix et le nez doit faire évoquer une acrokératose paranéoplasique. Un syndrome cave supérieur est généralement plus œdémateux qu'érythémateux.



Attention

Érythème permanent

Lorsqu'il est de survenue brutale, il ne faut pas méconnaître les causes infectieuses : érysipèle,



Fréquent

Érythème permanent

Rosacée et dermatite séborrhéique.



Attention

Lésions palpables

- Érysipèle et autres infections peuvent être en plaques, notamment sur la face. Toujours évoquer l'angiosarcome et les autres cancers, comme le mélanome achromique ou les carcinomes cutanés, surtout si les lésions sont ulcérées et/ou croûteuses.
- Lupus érythémateux, pseudo-lymphome et sarcoïdose siègent souvent sur le visage.



Fréquent

Lésions palpables

Acné, rosacée.

Érythème et œdème des paupières

L'œdème des paupières est une situation clinique assez fréquente (encadré 20.3). Il peut toucher uniquement une ou les deux paupières, être uni- ou bilatéral, mou ou induré, permanent ou transitoire, érythémateux ou non, d'installation soudaine ou insidieuse. Un œdème aigu unilatéral est le plus souvent dû à une piqûre d'insecte ou survient dans le contexte d'une urticaire. Il peut aussi être lié à la migration d'une filaire. Il doit faire éliminer une inflammation de contiguïté liée à un processus pathologique sous-jacent (ethmoïdite, thrombose du sinus caverneux, tumeur orbitaire, etc.). Un œdème aigu bilatéral se voit notamment au cours des connectivites, dermatomyosites et lupus érythémateux, plus rarement au cours de la maladie de Still de l'adulte. Le plus souvent, il est néanmoins lié à une irritation ou à un eczéma de contact allergique ou atopique. Un œdème mou matinal suggère une hypoprotidémie, notamment une glomérulonéphrite. Un purpura des paupières suggère une amylose AL. Un œdème mou des paupières inférieures est fréquent chez les sujets âgés et pourrait être favorisé par les psychotropes. Une induration progressive d'une paupière est suspecte de néoplasie (carcinome, métastase, lymphome).



Attention

Cancers et lymphomes, maladies systémiques (dermatomyosite, lupus érythémateux, maladie de Still de l'adulte notamment), inflammation de contiguïté (ethmoïdite, thrombophlébite du sinus caverneux, etc.), maladie d'inoculation.



Fréquent

Piqûre d'insecte, eczéma de contact allergique et atopique, dermatite d'irritation, urticaire, médicaments psychotropes.

ENCADRÉ 20.3 Principales causes d'un érythème/œdème des paupières

- Amylose AL (souvent purpurique)
- Angiosarcome, lymphome, métastase, autres cancers et hémopathies
- Blépharochalasis
- Carcinome, notamment sébacé, carcinome à cellules en bague à chaton (carcinome histiocytoïde) et carcinome eccrine mucipare
- Chalazion
- Chikungunya
- Dermatomyosite
- Dirofilariose et autres filarioses, ascaridiase
- Dysthyroïdie
- Eczéma de contact allergique
- Fistule artérioveineuse, malformations vasculaires
- Hypoprotidémie
- Inflammation de contiguïté (ethmoïdite, thrombophlébite du sinus caverneux, tumeurs orbitaires, foyer apico-dentaire, etc.)
- Lupus érythémateux
- Maladie à IgG4 (*IgG4-related systemic disorder*)
- Maladies d'inoculation (rickettsiose, tularémie, etc.)
- Maladie de Kimura
- Maladie de Still de l'adulte
- Maladies auto-inflammatoires (notamment TRAPS [*Tumor Necrosis Factor Receptor-Associated Periodic Syndrome*], syndrome CANDLE [*Chronic Atypical Neutrophilic Dermatitis with Lipodystrophy and Elevated temperature*])
- Médicaments (psychotropes)
- Mononucléose infectieuse (signe de Hoagland) et autres viroses (parvovirus B19)
- Piqûre d'insecte
- Sarcoïdose
- Scléroœdème de Buschke
- Signe de Romaña (de la trypanosomiase américaine)
- Syndrome cave supérieur
- Syndrome de Melkersson-Rosenthal
- Syndrome néphrotique, insuffisance rénale
- Urticaire profonde
- Vasculite