



Since January 2020 Elsevier has created a COVID-19 resource centre with free information in English and Mandarin on the novel coronavirus COVID-19. The COVID-19 resource centre is hosted on Elsevier Connect, the company's public news and information website.

Elsevier hereby grants permission to make all its COVID-19-related research that is available on the COVID-19 resource centre - including this research content - immediately available in PubMed Central and other publicly funded repositories, such as the WHO COVID database with rights for unrestricted research re-use and analyses in any form or by any means with acknowledgement of the original source. These permissions are granted for free by Elsevier for as long as the COVID-19 resource centre remains active.

de l'avant-bras montrait un infiltrat inflammatoire du derme superficiel et moyen, composé de neutrophiles altérés, de lymphocytes CD3+ et d'histiocytes matures CD68+, CD163+, myéloperoxydase négatifs, une leucocytoclasie et de rares extravasations érythrocytaires sans vascularite. L'immunomarquage (CD56–, CD34–, CD117–) excluait un myéloprolifération ou une leucémie cutanée. Au 14^e jour, l'éruption s'aggravait associée à une hyperthermie et une altération de l'état général nécessitant une hospitalisation. Le bilan biologique et radiologique montrait un syndrome inflammatoire marqué avec une CRP à 147 mg/L et écartait une maladie auto-immune, paranéoplasique ou infectieuses. La sérologie COVID-19, réalisée deux semaines après l'injection, montrait des IgG positifs sans IgM, en faveur d'une réaction immunitaire efficace à la première dose.

Résultats Un syndrome de Sweet histiocytique post-vaccinal était diagnostiqué. Une corticothérapie orale, prednisolone 1 mg/kg/jour, permettait une résolution des symptômes en 48 heures et une normalisation de la CRP en quatre jours.

Discussion Notre cas répond à 1 critère majeur (apparition brutale de plaques érythémateuses douloureuses) et aux 4 critères mineurs (précédé d'une vaccination, fièvre > 38 °C, CRP élevée et excellente réponse aux corticoïdes systémiques) de diagnostic du SS (von den Driesch, 1994). Sur le plan histologique, nous observons une variante histiocytique du SS avec neutrophiles et histiocytes matures, sans cellule blastique immature, suggérant une lésion tardive de SS conventionnel. Le délai de survenue en quelques jours est très évocateur d'une origine vaccinale. Les réactions cutanées classiques après vaccination Moderna et Pfizer contre la COVID-19 sont bénignes et locales, avec un délai médian de 7 jours et plus rarement systémiques avec urticaire, éruptions morbilliformes, ou érythromélgie, pernio/engelures. Ainsi, nous rapportons à notre connaissance le premier cas de SS post-vaccin COVID19, diagnostic à garder à l'esprit lors d'une réaction dans les jours qui suivent cette vaccination.

Mots clés COVID-19 ; Syndrome de Sweet ; Syndrome de Sweet histiocytique ; Vaccination

Supplément en ligne Matériel complémentaire

Le matériel complémentaire accompagnant la version en ligne de cet article est disponible sur <https://doi.org/10.1016/j.fander.2021.09.278>.

Déclaration de liens d'intérêts Les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêts.

<https://doi.org/10.1016/j.fander.2021.09.278>

P250

Syndrome de Sweet secondaire à une infection sévère à SARS-CoV-2

Simar Berro^{1,*}, Albane Calas¹, Pierre Sohier², Delphine Darbord¹, Selim Aractingi¹, Nicolas Dupin¹

¹ Dermatologie, hôpital Cochin, AP–HP Centre

² Pathologie, hôpital Cochin, AP–HP Centre, université de Paris, Paris, France

* Auteur correspondant.

Introduction De nombreuses manifestations cutanées associées au COVID-19 ont été décrites parmi lesquelles les engelures et les exanthèmes sont les plus fréquentes. Nous rapportons ici le cas d'un syndrome de Sweet survenant 3 semaines après le début d'infection sévère à SARS-CoV-2.

Matériel et méthodes Une femme de 51 ans était hospitalisée en réanimation pour une pneumopathie sévère à SARS-CoV-2 compliquée d'embolie pulmonaire. La PCR SARS-CoV-2 nasopharyngée était positive. Une anticoagulation curative, une antibiothérapie par ceftriaxone et rovamycine ainsi que de la dexaméthasone étaient introduits. Trois semaines plus tard, des papulonodules érythémato-violacés apparaissaient sur les membres supérieurs, le tronc et les cuisses. Elle n'avait pas de fièvre ni

d'atteinte muqueuse. La CRP était à 186 mg/L sans hyperleucocytose. La PCR SARS-CoV-2 sanguine était négative mais la sérologie positive avec un index d'IgG à 7,96. La biopsie cutanée montrait un infiltrat dermique de polynucléaires neutrophiles, associé à un œdème du derme papillaire, sans vascularite leucocytoclasique confirmant le diagnostic de syndrome de Sweet. Il n'existait pas d'argument clinicobiologique pour une hémopathie ni pour une maladie inflammatoire du tube digestif. Le TEP scanner était sans particularité. On ne retrouvait pas de médicament imputable. Une corticothérapie par voie orale était introduite à 0,5 mg/kg/jour, avec une réponse spectaculaire, sans effet rebond à l'arrêt.

Discussion Une équipe turque (Taksin et al.) a décrit le premier cas de syndrome de Sweet lié au COVID-19. Les lésions cutanées étaient concomitantes aux symptômes respiratoires typiques. Nous rapportons ici le deuxième cas d'un syndrome de Sweet lié au COVID-19 survenant 22 jours après l'apparition des symptômes respiratoires. Chez notre patiente, il n'y avait pas d'argument pour une néoplasie, ni pour une atteinte inflammatoire digestive, ni pour une cause médicamenteuse. Le diagnostic de syndrome de Sweet post-infectieux lié au COVID-19 était ainsi proposé. L'infiltration du derme par des polynucléaires neutrophiles a été rapportée au cours de certaines manifestations comme les éruptions maculopapuleuses purpuriques et les éruptions d'érythème polymorphe associées au COVID-19. Des séries d'autopsies de poumons de patients décédés en réanimation ont montré une infiltration neutrophilique assez importante. La sévérité de l'infection pourrait être corrélée à l'intensité de la réponse neutrophilique associée. Ainsi le syndrome de Sweet, même si très rarement décrit jusqu'à présent, pourrait être considéré comme un marqueur de sévérité de l'infection, à l'inverse des lésions d'engelures décrites comme étant un facteur de bon pronostic.

Mots clés COVID-19 ; SARS-CoV-2 ; Syndrome de Sweet

Supplément en ligne Matériel complémentaire

Le matériel complémentaire accompagnant la version en ligne de cet article est disponible sur <https://doi.org/10.1016/j.fander.2021.09.279>.

Déclaration de liens d'intérêts Les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêts.

<https://doi.org/10.1016/j.fander.2021.09.279>

P252

Un pyoderma gangrenosum multiple et une maladie de Verneuil révélant un syndrome lymphoprolifératif lié à l'X de type 2

Simar Berro^{*}, Félix Ackermann, Julien Rohmer
Médecine interne, hôpital Foch, université de Versailles-Saint-Quentin-en-Yvelines, Suresnes, France
^{*} Auteur correspondant.

Introduction Les syndromes lymphoprolifératifs liés à l'X (XLP) sont des déficits immunitaires rares caractérisés par une réponse immunitaire exagérée au cours de l'infection par l'EBV, la survenue fréquente d'un syndrome d'activation macrophagique ainsi que l'apparition d'une hypogammaglobulinémie. La forme la plus fréquente ou type 1 correspond à un déficit en *SLAM-associated protein* (SAP) et est associée à un surrisque de lymphome tandis que le type 2 (XLP-2), décrit plus récemment, est lié à une mutation du gène *X-linked inhibitor of apoptosis* (XIAP), et se caractérise par la présence d'une splénomégalie et une atteinte inflammatoire de l'intestin.

Matériel et méthodes Un patient âgé de 39 ans consultait aux urgences pour des lésions multiples d'allure abcédée évoluant de façon extensive depuis 3 jours et résistant à une bi-antibiothérapie par amoxicilline–acide clavulanique et métronidazole. Il avait comme antécédents une maladie de Verneuil traitée par doxycycline et une notion de fièvre récurrente associée à une diarrhée depuis l'enfance traitée par colchicine. L'examen clinique mon-

