



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.

P366

Fasciite à éosinophiles induite par le pembrolizumab



Clémence Masseran^{1,*}, Sofia Tzoumpa¹, Béatrice Villette¹, Julie Mazoyer², Marie Mongin², Sophie Ng Wing Tin³, Robin Dhote⁴, Thierry Maisonobe⁵, Sarah Leonard Louis^{6,7}, Eve Maubec¹, Frédéric Caux¹

¹ Service de dermatologie

² Service de neurologie

³ Service de physiologie—explorations fonctionnelles

⁴ Service de médecine interne, hôpital Avicenne, Assistance publique—Hôpitaux de Paris, Bobigny

⁵ Département de neuropathologie

⁶ Service de neurologie

⁷ Service de neuropathologie, hôpital Pitié-Salpêtrière, Assistance publique—Hôpitaux de Paris, Paris, France

* Auteur correspondant.

Introduction Les inhibiteurs du point de contrôle immunitaire (IPCI) sont une avancée majeure du traitement du mélanome métastatique. Cependant ils favorisent des réactions immuno-médiées pouvant être graves. Nous rapportons une patiente ayant développé une fasciite à éosinophiles (FE) sous pembrolizumab.

Matériel et méthodes Une femme de 70 ans ayant un mélanome, d'indice de Breslow 3,5 mm, BRAF sauvage, avec métastase ganglionnaire était traitée par pembrolizumab toutes les six semaines en mai 2020. Le bilan initial montrait une hyperéosinophilie à 3000/mm³ alors que les éosinophiles (Eo) était à 240/mm³ début 2020. Le bilan étiologique était négatif, hormis une restriction d'hétérogénéité des gammaglobulines. Après un déparasitage, les Eo diminuaient à 640/mm³, puis réaugmentaient à environ 2000/mm³. En décembre 2020, la patiente présentait des œdèmes douloureux des extrémités, une asthénie et une prise de poids. L'hypothèse était celle d'un myxoœdème dû à une hypothyroïdie immuno-médiée apparue en août 2020, et difficile à équilibrer. Les Eo étaient > 4000/mm³, les aldolases étaient élevées. En janvier 2021, une diminution des œdèmes, une perte de poids, et la présence d'extrasytostes auriculaires étaient reliés à une hyperthyroïdie iatrogène. En mars 2021, le tableau clinique se majorait d'une faiblesse musculaire avec une marche difficile, de ténosynovites avec limitation de l'extension des avant-bras, des genoux, des doigts. Une FE était évoquée et confirmée par une IRM et une biopsie musculaires objectivant un épaississement et une infiltration lymphocytaire TCD8+ des fascias. L'EMG montrait un tracé myopathique et une neuropathie mixte axono-démyélinisante. Le bilan étiologique était normal excepté un petit pic IgG kappa et des traces de cryoglobulinémie. L'IPCI était stoppé, une corticothérapie forte dose et des veinoglobulines étaient instituées. Alors que les Eo et les aldolases se normalisaient, la patiente avait toujours un déficit et une atrophie musculaire marquée.

Discussion L'hyperéosinophilie sous IPCI est associée à une meilleure survie si elle survient en début de traitement mais aussi à une toxicité grave lorsque le taux devient trop élevé. Les Eo sont un marqueur important de suivi d'un traitement par IPCI. De diagnostic difficile, la FE est un état sclérodérmiforme associé à une hyperéosinophilie et une hypergammaglobulinémie avec une phase œdémateuse puis atrophique. D'origine inconnue, une cause dysimmunitaire est envisagée. Des gammopathies monoclonales peuvent être associées. Quinze patients avec une FE induite par les IPCI ont été décrits. La présence d'un infiltrat TCD8+ renforce l'hypothèse immuno-induite de notre cas avec peut-être un terrain dysimmunitaire préexistant. En conclusion, nous rapportons une FE induite par le pembrolizumab. En absence de biomarqueurs, ce diagnostic doit être évoqué chez un patient sous IPCI avec des œdèmes douloureux des extrémités, des myalgies et/ou une hyperéosinophilie.

Mots clés Fasciite à éosinophiles ; Inhibiteurs de check-point ; Pembrolizumab

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.2021.09.392>.

Déclaration de liens d'intérêts C. Masseran, S. Tzoumpa, B. Villette, J. Mazoyer, M. Mongin, S. Ng Wing Tin, R. Dhote, T. Maisonobe, S. Leonard Louis, F. Caux déclarent ne pas avoir de liens d'intérêts, E. Maubec est consultant pour Sanofi, Pierre Fabre, Novartis, a un conflit d'intérêt avec frais de congrès: Pierre Fabre, Sanofi, MSD.

<https://doi.org/10.1016/j.fander.2021.09.392>

P368

COVID-19 : adhésion à la vaccination chez des patients immunodéprimés de dermatologie



Audrey Lafon*, Claire Mignard, Marion Castel, Anne-Bénédicte Duval-Modeste, Pascal Joly
Dermatologie, CHU Rouen, Rouen, France

* Auteur correspondant.

Introduction La pandémie COVID-19 a été responsable d'une mortalité importante, d'autant plus chez les patients immunodéprimés. La vaccination contre le COVID a suscité des doutes chez les patients, la récente technique de vaccination par ARN messenger étant méconnue du grand public.

Nous avons observé la prévalence de la vaccination chez des patients immunodéprimés suivis en hôpital de jour de dermatologie et les éventuels freins à cette vaccination chez les patients ayant refusé.

Matériel et méthodes Nous avons inclus l'ensemble des patients suivis en HDJ depuis le mois de mai 2020 pour une pathologie traitée par immunosuppresseur rentrant dans les critères de vaccination au 15 mai 2021. Nous avons recueilli rétrospectivement la date de vaccination, le type de vaccin, l'éventuelle raison du refus de vaccination et l'antécédent d'infection par le COVID-19.

Résultats Nous avons inclus 65 patients suivis en HDJ au CHU de Rouen (37 F et 28 H) âgés de 23 à 90 ans (moyenne 68,3 ans). Cinquante et un sur 65 (78,4 %) étaient atteints de maladie bulleuse et 11/65 (16,9 %) d'un cancer cutané. Quarante (61,5 %) patients étaient traités par rituximab. Deux patients ont été perdus de vue. Cinquante-trois (81,5 %) patients ont été vaccinés par vaccin à ARN messenger.

Les 10 patients non vaccinés étaient traités pour une maladie bulleuse par rituximab ou mycophénolate mofétil. La raison était : manque de confiance dans le vaccin (5/10), perfusion de rituximab trop proche (2/10), examens ou chirurgie programmés (2/10) et infection au COVID récente (1/10).

Vingt-huit patients ont été vaccinés dans le service.

Seulement 2/65 patients ont déclaré être testés positifs au COVID-19 avant le vaccin, 1 seul a été infecté après la 1^{re} dose.

Les 2/3 des patients avaient accompli l'ensemble de leur vaccination à la fin du mois d'avril 2021.

Discussion Notre étude montre :

- 80 % de vaccinés dans une population à risque témoignant d'une sensibilisation accrue des patients malgré un climat de scepticisme ; du bénéfice de l'organisation d'une campagne vaccinale dans le service permettant un meilleur accès aux vaccins notamment chez les plus âgés ;
- 3/65 infections symptomatiques : chiffre en dessous de l'incidence de la population générale montrant une importante vigilance des immunodéprimés sensibilisés aux gestes barrières. La plupart des patients nous ont confié s'être isolés de leurs proches pour se protéger ;
- les patients ayant refusé la vaccination étant les plus jeunes de la cohorte (54 ans en moyenne). La vague de défiance contre la vaccination trouve plutôt un public chez des jeunes ayant facilement

accès à internet et aux « fake news » remettant en question le principe de la vaccination, la protection individuelle et collective. En conclusion, la vaccination reste un moyen sûr de protéger les patients sous immunosuppresseur à la condition d'avoir un discours clair et rassurant quitte à leur proposer un environnement plus facile d'accès pour la réaliser.

Mots clés COVID-19 ; Immunodépression ; Vaccin COVID-19

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.2021.09.393>.

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

<https://doi.org/10.1016/j.fander.2021.09.393>

P370

Intérêt de l'aprémilast dans le traitement de l'érythème polymorphe chronique



Vincent Descamps*, Nour Mekki, Jihane El Khalifa, Catherine Picard-Dahan

Dermatologie, Bichat, AP-HP, Paris, France

* Auteur correspondant.

Introduction L'érythème polymorphe (EP) est le plus souvent post-infectieux (herpes, mycoplasme). La forme chronique sub-intrante est de prise en charge particulièrement difficile. Nous rapportons deux observations de patientes traitées efficacement par aprémilast après arrêt de la thalidomide du fait d'effets secondaires.

Matériel et méthodes Une patiente de 36 ans était suivie pour un psoriasis évoluant depuis l'âge de 12 ans et un EP chronique dont le diagnostic avait été porté en 10/2016 (lésions cutanées typiques et érosions muqueuses buccales). Ces poussées n'étaient pas précédées de récurrence herpétique et le valaciclovir était inefficace. La recherche d'anticorps anti-plakine était négative. La thalidomide était débutée en 09/2017 avec un bon contrôle de l'EP mais une mauvaise tolérance (état dépressif, prise pondérale +6 kg) et sans aucune efficacité sur le psoriasis. L'aprémilast était proposé en 11/2017 en traitement de son psoriasis et afin d'évaluer son efficacité sur l'EP. L'efficacité était remarquable avec un contrôle complet du psoriasis et de l'EP. Le traitement était arrêté en 9/2018 pour des troubles dépressifs persistants et la réapparition de son psoriasis sous traitement. À l'arrêt de l'aprémilast l'EP récidivait motivant la reprise à mi-dose (30 mg/j) en 04/2019 avec de nouveau une bonne efficacité.

Une patiente de 41 ans ayant comme principaux antécédents une thyroïdite d'Hashimoto, avait un EP chronique connu depuis 2015 avec atteinte cutanée et muqueuse. La recherche d'anticorps anti-plakine était négative. Elle signalait des récurrences herpétiques mais non systématiquement associées aux poussées d'EP. Le traitement par valaciclovir était d'ailleurs inefficace sur l'EP. Un traitement par thalidomide était débuté en 10/2019 avec une excellente efficacité. La posologie de la thalidomide était diminuée en 3/2020 du fait de troubles à types de sensations vertigineuses puis arrêt du traitement en 5/2020 avec réapparition la semaine suivante de lésions cutanées typiques d'EP. Un traitement par aprémilast était débuté en relais de la thalidomide en 03/2021. En 06/2021 elle ne signalait aucune nouvelle poussée témoignant d'une efficacité complète. La tolérance était bonne.

Discussion L'aprémilast, un inhibiteur de la phosphodiesterase utilisé principalement dans la prise en charge du psoriasis, a récemment obtenu une autorisation de mise sur le marché dans la prise en charge des ulcérations buccales au cours de la maladie de Behçet. Cette efficacité est observée dans les aphtoses chroniques en dehors de la maladie de Behçet. Une publication de 3 observations a récemment rapporté l'efficacité de l'aprémilast dans l'érythème polymorphe chronique. Ces deux nouvelles observations témoignent

de son excellente efficacité et de sa meilleure tolérance par rapport à la thalidomide dans cette rare indication qui justifie d'être évaluée dans une étude contrôlée.

Mots clés Aprémilast ; Érythème polymorphe ; Thalidomide

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

<https://doi.org/10.1016/j.fander.2021.09.394>

P372

Une approche multimodale du traitement précoce des cicatrices du visage



Jennifer Akl*, Maya Basilius Habre

Dermatologie, hôpital Saint-Georges, Beyrouth, Liban

* Auteur correspondant.

Introduction La cicatrization des plaies est un processus complexe pouvant aboutir à des cicatrices inesthétiques. Ceci peut affecter la qualité de vie surtout quand les cicatrices sont visibles. La combinaison de différentes méthodes de traitement de cicatrices est nécessaire pour l'obtention de meilleurs résultats.

Matériel et méthodes Suite à l'explosion du 4 août 2020 et l'onde de choc qui a ravagé et détruit Beyrouth, une jeune fille de 27 ans se présentait une semaine plus tard avec une plaie frontale perpendiculaire de 12 cm de longueur. Les sutures ont été faites avec un fil résorbable, et ont été retirés 6 jours plus tard. Un plan de traitement combinant injection de toxine botulinique et laser a été décidé. Un traitement par un total de 56 unités de toxine botulinique (onabotulinum toxin A) a été réalisé à j14. Les unités étaient réparties entre la glabella, le front, la patte d'oie et le long des berges de la plaie à raison de deux unités espacées de 1 cm. Ceci a été suivi par 4 séances de traitements au laser séparées d'un intervalle de 4 semaines (Laser Fotona Dynamis Pro). Chaque session laser comportait 3 étapes. La première étape consistait à réaliser 2 passages de laser Nd:YAG 1064 nm (mode frac3 : Fluence 15 J, spot 9 mm, durée d'impulsion 0,6 ms) pour induire un remodelage cutané. La deuxième étape impliquait un passage du laser ablatif Er:YAG 2940 nm (Fluence 2 J, spot de 5 mm et une fréquence de 2 Hz). Enfin, la troisième et dernière étape comprenait 3 passages de resurfacement fractionné au laser Er:YAG 2940 nm (fluence 30 J, fréquence de 1,4 Hz, durée d'impulsion de 200 ms). Une nette amélioration a été notée lors du suivi, avec une diminution significative de l'érythème, de la largeur, de l'épaisseur et de l'apparence générale de la cicatrice. Une crème cicatrisante et un écran solaire SPF 50 ont été utilisés après chaque séance.

Discussion Le traitement précoce au laser des cicatrices sert à améliorer l'apparence terminale d'une cicatrice. Ceci est réalisé par l'induction d'une lésion thermique qui à son tour conduit à un renouvellement épidermique, à une augmentation de la production de collagène et remodelage dermique. D'autre part, il a été démontré que l'injection intralésionnelle de toxine botulique améliore les résultats cicatriciels. Il est postulé que la toxine botulinique permet l'immobilisation de la plaie et par conséquent diminue la tension et conduit à une meilleure cicatrization. Chez notre patiente, l'association de différentes modalités thérapeutiques et l'instauration précoce du plan du traitement a rendu la cicatrice presque imperceptible. Un tel résultat, espérons-le, effacera les souvenirs de l'événement traumatique qui a causé la blessure.

Mots clés Cicatrices ; Laser Er:YAG ; Laser Nd:Yag ; Laser resurfacement ; Toxine botulinique

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.2021.09.395>.

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

<https://doi.org/10.1016/j.fander.2021.09.395>