



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.

Supplément en ligne Matériel complémentaire

Les matériels complémentaires accompagnant la version en ligne de cet article sont disponibles sur <https://doi.org/10.1016/j.fander.2021.09.208>.

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

<https://doi.org/10.1016/j.fander.2021.09.208>

**P205**

**Zona après l'administration du vaccin ChAdOx1 nCoV-19**



Sarah Sarah\*, Fatimaezzahra Amakha, Ouafa Hocar, Said Amal Dermatologie-vénéréologie, centre hospitalier universitaire Mohammed VI, laboratoire de bioscience et santé FMPM université Cadi Ayyad, Marrakech, Maroc

\* Auteur correspondant.

**Introduction** La nouvelle infection par le SRAS-CoV-2 a récemment été déclarée pandémie par l'Organisation mondiale de la santé (OMS). En réponse à la propagation mondiale du virus, de nombreux vaccins ont été développés, comme le vaccin ChAdOx1 nCoV-19. Bien que ce vaccin ait un bon profil de sécurité, ses effets secondaires ne sont pas encore complètement caractérisés. Nous décrivons onze cas de zona après vaccination.

**Matériel et méthodes** De mars à mai 2021, onze cas de zona après vaccination ont été observés dans notre institution.

**Résultats** Sur les onze patients atteints de zona, 6 étaient des hommes et 5 des femmes. L'âge moyen des patients était de 56,8 ans. À l'exception d'un patient qui avait des antécédents d'hypertension et d'un autre qui était diabétique, aucun n'avait d'antécédents médicaux. L'atteinte thoracique était la plus fréquente, suivie par l'atteinte du trijumeau. Neuf patients ont développé l'éruption après la première dose du vaccin et 2 patients après la deuxième dose. Tous les patients ont reçu du valaciclovir (3 g/jour) pendant dix jours avec un traitement symptomatique. Un seul patient a été hospitalisé et traité par ceftriaxone (2 g/jour) pendant 10 jours en association avec la gentamicine (160 mg/jour) pendant 3 jours. L'évolution était sans complication pour 10 patients, un patient a développé un syndrome régional complexe.

**Discussion** Le zona est particulièrement fréquent au cours des hémopathies malignes, des cancers, des déficits immunitaires, notamment le VIH, et des traitements immunosuppresseurs, l'immunité à médiation cellulaire jouant un rôle important dans la défense antivirale. Des zonas ont également été observés dans plusieurs cas de COVID-19. Ceci pourrait être expliqué par la diminution du nombre absolu de lymphocytes, secondaire à l'infection. Dans la littérature, hormis la réactivation du zona après la vaccination contre la varicelle, il existe très peu de publications associant la vaccination et la survenue du zona. Jusqu'à présent, l'infection par le zona n'a pas été signalée comme étant un effet indésirable de vaccins contre la COVID-19. Il est possible que le zona observé chez nos patients ait été causé par l'immunomodulation induite par le vaccin, car le moment de l'infection a coïncidé avec l'administration du vaccin.

**Conclusion** Notre étude suggère que l'immunomodulation secondaire à l'administration du vaccin contre la COVID-19 peut augmenter le risque de zona. Cependant, ces cas ne prouvent pas la causalité et des études approfondies sont nécessaires pour élucider le lien possible entre la vaccination contre la COVID-19 et la réactivation de l'infection VZV.

**Mots clés** COVID-19 ; Vaccin anti-COVID-19 ; Zona

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.2021.09.209>.

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

<https://doi.org/10.1016/j.fander.2021.09.209>

**P207**

**Leishmaniose cutanée du nourrisson : une série de 188 cas**



Nadine Kammoun\*, Chaima Kouki, Khadija Sellami, Emna Bahloul, Sonia Boudaya, Mariem Amouri, Abderrahmen Masmoudi, Madiha Mseddi, Hamida Turki Dermatologie, CHU Hedi Chaker, Sfax, Tunisie, Sfax, Tunisie  
\* Auteur correspondant.

**Introduction** La leishmaniose cutanée (LC) est un problème de santé publique en Tunisie. Les nourrissons sont aussi sensibles au parasite que les adultes. Nous étudions les particularités épidémiocliniques et thérapeutiques de la LC du nourrisson.

**Matériel et méthodes** Étude rétrospective colligeant tous les cas de LC du nourrisson (âge ≤ 2 ans) diagnostiqués au service de dermatologie, CHU Hédi Chaker de Sfax pendant 4 ans (2016–2020).

**Résultats** Cent quatre-vingt-huit nourrissons (14,4 % de tous les cas de LC, 41 % des cas infantiles) étaient inclus. L'âge moyen était de 12,5 mois (1 mois–2 ans) et le sex-ratio H/F de 1,5. Une prépondérance hivernale était notée (54,8 %). Le délai moyen de consultation était de 54 jours (7 jours–180 jours). Un séjour en zone d'endémicité était rapporté dans 89 % des cas associé à des cas familiaux dans 57,4 % des cas. Les lésions étaient multiples (60 % des cas) avec un nombre moyen de 3,5 et une taille moyenne de 1,6 cm. Les formes cliniques étaient ulcéro-croûteuses (67,1 %), papulo-nodulaires (17,6 %), ulcéreuses (9,6 %), érysipéloïdes (3,2 %), lupoiïdes (2,7 %). Les lésions étaient infiltrées dans 86 % des cas, siégeant au niveau de la face (62,1 %), des membres (32,8 %) et du tronc (3,1 %). Une surinfection bactérienne était notée dans 12 cas. Le diagnostic était confirmé par un frottis dermique (98,4 %) ou une PCR (1,6 %). La cryothérapie représentait le traitement de choix, utilisée seule (35 %) ou associée à une antibiothérapie (37,2 %) dont la clarithromycine (86 %). Le Glucantime® était préconisé dans 17,6 % des cas (intralésionel GIL (8,3 %) et intra musculaire GIM (91,7 %)) avec une bonne tolérance (85,3 %). La durée moyenne de traitement par GIM était de 14 jours. Les effets indésirables étaient : un rash cutané (n = 1), érythème au site d'injection (n = 1), douleur abdominale (n = 1), une lymphopénie (n = 1) et une élévation des enzymes pancréatiques (n = 2). L'évolution était marquée par la désinfiltration des lésions (70 % des cas) au bout de 50 jours en moyenne.

**Discussion** Seules quelques études ont été publiées sur l'épidémiologie de la LC pédiatriques et en âge préscolaire, et aucune étude ne concernait les nourrissons seuls (âge ≤ 2 ans). Contrairement aux autres séries tunisiennes et marocaines, une prédominance masculine était notée dans notre série. Une fréquence des formes multiples était objectivée dans notre population (60 % vs 48,7 % dans une série iranienne). Malgré le caractère fréquemment récidivant chez l'enfant, aucune récurrence n'était rapportée chez le nourrisson. Le faible recours au GIL est expliqué par la fréquence des formes multiples. Le délai de consultation tardif, la saison hivernale, le siège céphalique et la bonne tolérance au Glucantime® rejoignent les données de la littérature. En conclusion, les spectres cliniques et épidémiologiques de la LC du nourrisson semblent être similaires à ceux du groupe d'âge pédiatrique et adulte. L'évolution est habituellement favorable.

**Mots clés** Antimoine ; Glucantime® ; Leishmaniose cutanée ; Nourrisson

Supplément en ligne Matériel complémentaire

Les matériels complémentaires accompagnant la version en ligne de cet article sont disponibles sur <https://doi.org/10.1016/j.fander.2021.09.210>.