



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.

l'enfant. Nous rapportons ici le cas d'une maladie de Kawasaki de l'adulte dans les suites d'une infection à COVID-19, avec un pseudo choc septique comme mode de révélation.

**Observation** Femme de 33 ans, assistante de direction dans un collège, admise initialement pour un rash fébrile [1]. On notait un antécédent d'infection respiratoire non sévère documenté au SARS-CoV-2 par PCR nasale cinq semaines avant. La patiente ne fumait pas. Apparition d'une fièvre en plateau à 41 °C avec adénopathies cervicales sensibles (max 1,5 cm) rapidement suivie d'un rash morbiliforme généralisé. Elle était traitée en ambulatoire par l'association amoxicilline/acide clavulanique puis azithromycine, sans succès. Au 5<sup>e</sup> jour, dégradation clinique avec installation d'une insuffisance circulatoire justifiant l'introduction d'amines et d'une surveillance en réanimation. Le tableau clinique s'enrichissait d'une conjonctivite bilatérale, d'une glossite, d'un érythème palmaire, de lésions périnéales et d'une diarrhée profuse. La biologie retrouvait un syndrome inflammatoire majeur (CRP 500 mg/L, neutrophiles 37 000/mm<sup>3</sup>) avec une éosinophilie (1700/mm<sup>3</sup>) et une troponinémie à 425 ng/L. Les prélèvements infectieux étaient normaux. Le scanner thoraco-abdomino-pelvien et la fibroscopie recto-sigmoïdienne n'apportaient pas plus d'information. L'échographie cardiaque rapportait une hypokinésie diffuse modeste. La probabilité d'activation lymphohistocytaire était faible. On notait l'absence de réponse à l'antibiothérapie à large spectre. Au 9<sup>e</sup> jour, apparition d'une desquamation des extrémités après amélioration clinique partielle (sevrage des amines). Au 13<sup>e</sup> jour, le coroscanner retrouvait une dilatation anévrysmale de l'artère interventriculaire antérieure de 5,6 mm. Le traitement par immunoglobulines à 2 g/kg et l'aspirine permettaient l'amélioration clinique et une normalisation des paramètres biologiques.

**Discussion** La maladie de Kawasaki (MK) est une vascularite systémique des vaisseaux de moyen calibre, dont la prévalence chez l'adulte se limite à une centaine de cas-reports. L'insuffisance circulatoire aiguë est un mode de révélation rare de la maladie, appelé syndrome de choc de la maladie de Kawasaki. Elle est retrouvée dans 7 % des cas chez l'enfant et sa prévalence chez l'adulte n'est pas connue. Le syndrome inflammatoire avec atteinte multisystémique de l'enfant (MIS-C), initialement dénommé "pseudo-Kawasaki", a été décrit très tôt après le début de l'épidémie COVID-19 et apparaît en moyenne 4 semaines après l'infection par le SARS-CoV-2. C'est une pathologie rare avec une prévalence en France en 2020 chez les moins de 21 ans de 15,4 cas/million d'habitant. La moitié des patients présente une insuffisance circulatoire aiguë au diagnostic [2]. Il existe des critères diagnostiques du MIS-C selon l'OMS, mais pas chez l'adulte de plus de 21 ans. En comparaison avec la forme classique, les patients atteints de MIS-C semblent plus âgés, avec d'avantage d'atteinte cardiaque, d'insuffisance circulatoire, de signes fonctionnels digestifs, résistent plus aux immunoglobulines et justifient davantage d'une corticothérapie [3]. Les diagnostics différentiels à évoquer sont généralement le syndrome de choc toxique ou le syndrome d'activation lymphohistocytaire. Une sidération myocardique dans un contexte hyperinflammatoire est l'une des hypothèses physiopathologiques de l'insuffisance circulatoire (dysfonction systolique et/ou diastolique sans myocardite, corrélation de l'état de choc avec l'élévation des marqueurs de l'inflammation et des marqueurs cardiaques). La plupart des patients répondent correctement à l'association immunoglobulines-corticothérapie. Dans notre cas, la patiente satisfaisait les critères de classification de l'American Heart Association pour la MK avec une évolution coronarienne caractéristique et avait un antécédent documenté à SARS-CoV-2 cinq semaines auparavant.

**Conclusion** La forme adulte du syndrome d'inflammation multisystémique associée à la COVID19 est rare mais semble grave, avec l'insuffisance circulatoire comme mode d'entrée et les anévrysmes coronariens comme complications, tout comme la MK classique.

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

*Pour en savoir plus*

- [1] Bajolle F. Multisystem inflammatory syndrome associated with SARS-CoV-2 in children : Diagnosis and management. Perfectionnement en Pédiatrie 2020.
- [2] Grimaud, et al. Acute myocarditis and multisystem inflammatory emerging disease following SARS-CoV-2 infection in critically ill children. Ann Intensive Care 2020.
- [3] Verdoni, et al. An outbreak of severe Kawasaki-like disease at the Italian epicentre of the SARS-CoV-2 epidemic : an observational cohort study. Lancet 2020.

<https://doi.org/10.1016/j.revmed.2021.03.066>

CA131

## Forme rare de maladie de Kawasaki post-SARS-CoV-2, avec orchite et pancréatite, chez un adulte

A. Maczyta\*, J. Zordan, J. Despres, X. Boumaza, M. Godart, F. Guinard-Brun, D. Bonnet, G. Pugnet, L. Alric  
*Médecine interne-pôle digestif, CHU Toulouse, Toulouse*  
 \* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : [anastasia.maczyta@gmail.com](mailto:anastasia.maczyta@gmail.com) (A. Maczyta)

**Introduction** Une augmentation de fréquence de survenue de maladie de Kawasaki (MK) est rapportée depuis le début de l'épidémie de SARS-CoV-2. Nous présentons un cas de MK de l'adulte de présentation atypique survenant après une infection par le SARS-CoV-2.

**Observation** Un patient de 24 ans s'est présenté aux urgences pour un syndrome douloureux abdominal dans un contexte de syndrome inflammatoire biologique. Dans ses antécédents, on retrouvait deux mois plus tôt une infection à SARS-CoV-2 avec fièvre et toux, objectivée par PCR naso-pharyngée ; puis un mois plus tard, une fièvre avec douleur épigastrique ayant conduit à la découverte d'une pancréatite de stade C, d'évolution favorable, mais dont l'étiologie restait indéterminée. Il avait ensuite présenté à domicile une conjonctivite et uvéite bilatérale, des arthralgies des genoux, épaules et poignets, une desquamation palmaire, puis une douleur testiculaire à bascule. À son arrivée dans le service, il présentait un œdème testiculaire avec douleurs hypogastriques, une conjonctivite bilatérale et une desquamation palmaire. Il était apyrétique depuis sa pancréatite trois semaines plus tôt, ne présentait pas de défaillance hémodynamique, et n'avait pas d'adénopathies palpables. Biologiquement, on retrouvait une CRP à 145 mg/L, une anémie normocytaire à 12 g/dL, des PNN à 10,9 g/L, une cholestase anictérique à 2 N, et des anticorps anti-nucléaires à 1/160 sans spécificité. Le bilan infectieux réalisé était négatif, et la PCR SARS-CoV-2 négative. L'échographie pelvienne retrouvait une orchite bilatérale avec infarctissement testiculaire et funiculite. Cette association d'une orchite et d'une pancréatite a fait rechercher une infection ourlienne. Le patient était cependant vacciné, avec sérologie vaccinale protectrice contrôlée deux fois. Une maladie à IgG4 a été éliminée par un dosage sérique des IgG4 à la limite supérieure de la normale et une absence de plasmablastes circulants. L'autre hypothèse était celle d'une vascularite, l'absence d'ANCA nous orientant plutôt vers une périartérite noueuse. Cependant, il n'y avait pas d'autre signe clinique en faveur de cette étiologie : l'ENMG ne retrouvait pas de myosite ou de multinévrite et il n'existait pas d'atteinte rénale. Puis le patient a présenté une desquamation de la plante des pieds. Le diagnostic de MK a alors été évoqué, et confirmé devant la présence d'ectasies coronaires évocatrices sur le coroscanner. Dès l'apparition de l'orchite nécrosante, le patient a reçu 3 bolus de méthyl-prednisolone de 250 mg après cryoconservation de sperme, puis 1 mg/kg de prednisone per os. Suite au diagnostic de MK, le patient a reçu 2 g/kg d'immunoglobuline IV sur 4 jours. La corticothérapie a été poursuivie avec décroissance progressive sur deux mois, avec de l'aspirine à dose anti-agrégante plus inhibiteurs de la pompe à protons. À la sortie du patient, son syndrome inflammatoire et ses douleurs avaient régressé. Concernant le suivi, une échographie cardiaque a été prévue à un mois, puis



un coroscanner de réévaluation à deux mois, ainsi qu'une réévaluation urologique à distance.

**Discussion** L'épidémie de SARS-CoV-2 a provoqué une hausse (jusqu'à trente fois) de l'incidence de la MK et des syndromes inflammatoires multisystémiques (MIS) simulant une MK chez les enfants. Cette association est plus rare chez l'adulte : seuls cinq cas sont rapportés où une infection par le SARS-CoV-2 objectivée par PCR remplissait de façon concomitante les critères de MK. Un seul autre cas était chronologiquement similaire au nôtre, avec une infection peu symptomatique par le SARS-CoV-2 chez une femme de 19 ans, suivie un mois plus tard d'un MIS associé à une MK. Il faut également noter l'originalité de la présentation clinique de ce patient. L'orchite et la pancréatite sont atypiques dans la MK, et n'ont été décrites que chez l'enfant. C'est à notre connaissance le premier cas où l'on retrouve ces deux atteintes associées, de surcroît chez un adulte.

**Conclusion** Malgré la rareté de la MK post SARS-CoV-2 chez l'adulte, il est important d'en évoquer le diagnostic face aux signes cliniques cardinaux, même lorsqu'ils sont accompagnés de symptômes atypiques, afin de ne pas méconnaître une atteinte coronaire.

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

*Pour en savoir plus*

Cogan E, Foulon P, Cappeliez O, Dolle N, Vanfraechem G, De Backer D. Multisystem Inflammatory Syndrome With Complete Kawasaki Disease Features Associated With SARS-CoV-2 Infection in a Young Adult. A Case Report. *Front Med.* 14 juill 2020 ;7:428.

Jean-Baptiste Fraison, Pascal Seve, Claire Dauphin, Alfred Mahr, Emeline Gomard-Mennesson, et al. Kawasaki disease in adults: observations in France and literature review Short title: Kawasaki disease in adults in France. *Autoimmunity Reviews*, Elsevier, 2015, In press. 10.1016/j.autrev.2015.11.010. hal-01240471.

Kabeerdoss J, Pilaian RK, Karkhele R, Kumar TS, Danda D, Singh S. Severe COVID-19, multisystem inflammatory syndrome in children, and Kawasaki disease: immunological mechanisms, clinical manifestations and management. *Rheumatol Int.* janv 2021 ;41(1):19-32.

<https://doi.org/10.1016/j.revmed.2021.03.067>

### CA132

#### Kyste de l'ouraque révélé par un botriomycome à l'âge adulte

R. Saïd El Mabrouk<sup>1,\*</sup>, I. Lahouel<sup>1</sup>, H. Belhadjali<sup>1</sup>, S. Daada<sup>2</sup>, M. Youssef<sup>1</sup>, J. Zili<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Dermatologie, CHU Fattouma Bourguiba, Monastir, Tunisie

<sup>2</sup> Médecine interne, CHU Fattouma Bourguiba, Monastir, Tunisie

\* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : [saidranda@yahoo.fr](mailto:saidranda@yahoo.fr) (R. Saïd El Mabrouk)

**Introduction** Le kyste de l'ouraque est une pathologie congénitale rare due à un défaut d'oblitération du canal de l'ouraque. Il est habituellement diagnostiqué au cours des premiers mois de la vie. Nous rapportons un cas de kyste de l'ouraque révélé par un botriomycome à l'âge adulte.

**Observation** Un patient âgé de 17 ans, sans antécédents pathologiques notables, consultait en dermatologie pour un nodule ombilical évoluant depuis 2 mois. Le patient rapportait la notion de douleurs abdominales. À l'examen, il présentait un botriomycome ombilical avec un suintement associé. Une anomalie d'involution du canal de l'ouraque était suspectée et une échographie abdominale a confirmé le diagnostic en objectivant un kyste de l'ouraque surinfecté. Le patient a été traité par antibiothérapie et adressé pour exérèse chirurgicale.

**Discussion** L'ouraque est un vestige fibreux du cloaque qui fait communiquer la vessie et l'ombilic. L'involution de cette structure se fait généralement après la naissance sous forme d'un cordon fibreux oblitéré. Cependant, un défaut d'oblitération de ce canal entraîne la formation du kyste de l'ouraque qui est une forma-

tion liquidienne sous ombilicale due à l'accumulation de sécrétions séreuses et de sang. Le kyste de l'ouraque est diagnostiqué en règle par un écoulement ombilical ou un botriomycome ombilical. Il peut rester exceptionnellement latent et être diagnostiqué à l'âge adulte. La persistance de ce kyste se manifeste par des douleurs abdominales et peut être révélée par des complications telles que l'infection, comme dans notre cas. Son exploration repose essentiellement sur l'échographie abdomino-pelvienne. Le traitement repose sur l'exérèse chirurgicale afin de prévenir à la fois les risques d'infection et de dégénérescence néoplasique.

**Conclusion** Les pathologies de l'ouraque, bien qu'exceptionnelles, doivent être connues et évoquées devant un nodule ou un suintement ombilical chez l'enfant mais également chez l'adulte.

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

<https://doi.org/10.1016/j.revmed.2021.03.068>

### CA133

#### Une localisation exceptionnelle de démodécidose en post infection COVID-19

I. Lahouel<sup>1</sup>, R. Saïd El Mabrouk<sup>1,\*</sup>, R. Hadhri<sup>2</sup>, S. Daada<sup>3</sup>, M. Youssef<sup>1</sup>, H. Belhadjali<sup>1</sup>, J. Zili<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Dermatologie, CHU Fattouma Bourguiba, Monastir, Tunisie

<sup>2</sup> Anatomopathologie, CHU Fattouma Bourguiba, Monastir, Tunisie

<sup>3</sup> Médecine interne, CHU Fattouma Bourguiba, Monastir, Tunisie

\* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : [saidranda@yahoo.fr](mailto:saidranda@yahoo.fr) (R. Saïd El Mabrouk)

**Introduction** Depuis son apparition, la maladie COVID-19 a entraîné une recrudescence imprévisible des manifestations dermatologiques. Nous rapportons une première observation de démodécidose localisée au niveau du cuir chevelu apparue en post infection par le coronavirus SARS-COV-2.

**Observation** Un patient âgé de 45 ans, sans antécédents médicaux particuliers, s'est présenté à la consultation de dermatologie pour une lésion du cuir chevelu apparue 10 jours après une infection par le coronavirus SARS-COV-2 confirmée par réaction de polymérisation en chaîne (PCR). À l'examen, le patient présentait une plaque érythémateuse papuleuse localisée au niveau de la région occipitale du scalp avec une légère raréfaction des cheveux. L'examen histopathologique montrait un épiderme surmonté d'une hyperkératose orthokératosique avec une hyperpigmentation de sa basale et la plupart des follicules pileux renfermaient des demodex. Il s'y associait au niveau du derme un infiltrat inflammatoire de siège péri-pilaire et périvasculaire fait essentiellement de lymphocytes. En se basant sur les signes cliniques et l'histopathologie, le diagnostic de démodécidose du cuir chevelu a été retenu. Le patient a été traité par métronidazole topique avec une nette amélioration de sa lésion.

**Discussion** Nous rapportons une localisation exceptionnelle de démodécidose chez un sujet immunocompétent apparue en post COVID-19, maladie ayant entraîné plusieurs manifestations dermatologiques telles que des éruptions érythémato-papuleuses, morbilliformes ou pseudo-urticariennes. Aussi, plusieurs cas d'engelures, de manifestations vasculaires, livédoïdes et des vascularites purpuriques ont été rapportés. Ces manifestations dermatologiques sont expliquées par la réaction immunitaire induite et par une microvascularopathie. D'autres dermatoses à type de dermatites séborrhéiques, pelade et effluvium télogène causées par le stress dans le contexte de la maladie COVID-19 ont été rapportées. À notre connaissance, une démodécidose du cuir chevelu en post infection par le coronavirus n'a pas été décrite auparavant. La démodécidose est une ectoparasitose secondaire à une forte infestation du follicule pileux par le demodex, un parasite commensal de l'unité pilosébacée, se manifestant typiquement par une dermatose faciale. L'immunodéficience semble créer un environnement favo-

