



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.

une évolution favorable en 8 jours. Cas 2 un patient de 6 ans présentait 24 h après une baignade en bain à remous, une folliculite du corps associée à des nodules plantaires douloureux des points d'appui du pied gauche. Après 48 h, la bilatéralisation de l'érythème plantaire et nodules sous-cutanés multiples entraînait une impossibilité à la marche. Il n'y avait ni anomalie de la numération formule sanguine ni syndrome inflammatoire. Un prélèvement de pustule était positif à *Pseudomonas aeruginosa*, faisant diagnostiquer un « *Pseudomonas hot foot syndrome* ». Du repos, un antalgique de palier 1 et une toilette antiseptique permettait une évolution favorable en 6 jours.

**Discussion** La « folliculite du spa » survient en moyenne 48 h après l'exposition à une eau contaminée par *Pseudomonas aeruginosa* et s'associe parfois à une mastite d'intensité modérée, ou à des nodules plantaires douloureux dénommés « *Pseudomonas hot foot syndrome* ». Ces infections cutanées superficielles semblent indiquer une affinité de la bactérie pour les glandes sudoripares : les pustules de la folliculite se concentrent dans les zones riches en glandes sudoripares apocrynes. La mastite à *Pseudomonas aeruginosa* est une atteinte des tubercules de Montgomery considérés comme des glandes apocrynes modifiées. La distribution des glandes sudoripares eccrines est de plus forte densité au niveau de la paume des mains et la plante des pieds. Leur traumatisme facilité par le revêtement antidérapant et abrasif des bains pourrait favoriser l'inoculation. La couche cornée plantaire plus mince des enfants peut expliquer une majorité de cas rapportés pédiatriques. La démocratisation du bain à remous chez les particuliers non informés des normes sanitaires requises rend la dermite du spa plus courantes et ses formes atypiques importantes à connaître afin de ne pas les surmédicaliser.

**Mots clés** Dermatite des spas ; Dermite du baigneur ; Mastite à *Pseudomonas aeruginosa* ; *Pseudomonas Hot Foot Syndrome*

**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.2021.09.215>.

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

<https://doi.org/10.1016/j.fander.2021.09.215>

P178

### Infection cutanée du visage à *Ochroconis mirabilis*

Raphaël André<sup>1,\*</sup>, Béatrice Ninet-Bescher<sup>2</sup>, Lionel Fontao<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Dermatologie

<sup>2</sup> Médecine de laboratoire, hôpitaux universitaires de Genève, Genève, Suisse

\* Auteur correspondant.

**Introduction** *Ochroconis mirabilis*, également appelé *O. musae*, espèce du genre mélanisé *Ochroconis* (Sympoventuriaceae, Venturiales) est un pathogène opportuniste chez l'homme immunocompétent. Son rôle dans la survenue d'une affection cutanée n'est que très peu connu.

**Matériel et méthodes** Nous rapportons ici le premier cas de mycose superficielle par *O. mirabilis* en Suisse.

**Résultats** Un homme de 26 ans en bonne santé s'est présenté à notre clinique dermatologique pour un prurit facial évoluant depuis 10 jours. Une desquamation diffuse du visage sans érythème sous-jacent était présente. Il n'y avait pas d'hyperkératose folliculaire et aucune autre lésion cutanée. Le patient n'avait aucun contact direct avec des animaux et n'avait réalisé aucun voyage récent, ni aucune activité aquatique. Il n'avait appliqué aucun traitement topique sur son visage. L'analyse des squames de la peau a montré des spores sans filaments. La culture a montré un champignon dématé et du *Candida parapsilosis* se développant à partir de presque toutes les squames. L'examen microscopique du mycélium a montré

des hyphes bruns avec quelques conidies bicellulaires, ce qui était évocateur d'*O. mirabilis*. L'identification a été confirmée par le séquençage de l'ADNr. La sensibilité aux antifongiques de la souche isolée a été déterminée montrant : itraconazole : 0,06 mg/mL ; amphotéricine B : 1 mg/mL ; kétoconazole : 2 mg/mL ; terbinafine : 2 mg/mL ; griséofulvine > 16 mg/mL et fluconazole : > 256 mg/mL. Ces résultats concordent avec les études in vitro et cliniques jusque-là décrites dans la littérature. Une guérison a été obtenue après un régime combiné de 15 jours de crème et shampooing au kétoconazole.

**Discussion** *C. parapsilosis* est un saprophyte connu de la peau qui, lorsqu'il est présent en grande quantité, peut induire des intertrigos, des pustules ou des lésions muqueuses. À ce jour, la présentation clinique superficielle que nous rapportons ici, n'a jamais été décrite pour *Candida*, ce qui nous a conduits à le considérer comme un contaminant. Notre observation indique que chez l'homme, *O. mirabilis* peut soit induire une mycose superficielle sous forme d'une desquamation prurigineuse diffuse sans inflammation, soit induire une mycose profonde sous forme de papules et nodules comme ceci a été décrit dans la littérature.

**Mots clés** Mycose ; *Ochroconis mirabilis* ; *Ochroconis musae*

**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.2021.09.216>.

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

**Pour en savoir plus**

André R, Ninet-Bescher B, Fontao L. J Mycol Med 2021;31(2):101126.

<https://doi.org/10.1016/j.fander.2021.09.216>

P180

### Infection à SARS-Cov 2 chez l'enfant : deux cas de syndrome inflammatoire multisystémique pédiatrique avec manifestations cutanées



Julie Boulanger\*, Estelle Moreau, Anne-Claire Bursztejn  
CHRU de Nancy, Vandœuvre-lès-Nancy cedex, France

\* Auteur correspondant.

**Introduction** Le syndrome inflammatoire multisystémique pédiatrique (PIMS) est une nouvelle entité nosologique, encore mal connue, apparue les mois suivant le début de l'épidémie à SARS-Cov-2 chez l'enfant. Nous rapportons deux cas de PIMS avec manifestations cutanées et rebond à la décroissance de la corticothérapie.

**Matériel et méthodes** Cas 1. Un garçon de 9 ans était admis en réanimation pédiatrique pour myocardite dans le cadre d'un PIMS survenu 5 semaines après une infection asymptomatique au SARS-Cov-2. Il présentait également des troubles digestifs avec éruption cutanée fébrile ; pseudo-engelures, chéilite et érythème pharyngé. Un traitement par cure d'immunoglobulines intraveineuses (2 g/kg), aspirine à dose anti-inflammatoire et une corticothérapie intraveineuse pendant 48 h (2 mg/kg) avec relai per os (1 mg/kg) était proposé. Une asthénie fébrile associée à la réapparition d'une chéilite, conjonctivite, éruption érythématomaculeuse du dos et aggravation des pseudo-engelures était constatée 24 h après le début de la décroissance de la corticothérapie, justifiant la majoration de la corticothérapie pour permettre une régression des symptômes. Cas 2. Un garçon de 7 ans était admis en réanimation pédiatrique pour myocardite dans le cadre d'un PIMS survenu 3 semaines après une infection asymptomatique au SARS-Cov-2. Il présentait une adénolymphite méésentérique, des adénopathies multiples et une éruption cutanée fébrile faite de macules érythémateuses du tronc, conjonctivite et érythème pharyngé. Un traitement par immunoglobulines, aspirine et corticothérapie était proposé avec réapparition de la fièvre, de lésions érythémateuses

en cocardes généralisées et pseudo-cocardes palmaires et péri-orificielles, d'une anite, chéilite et conjonctivite, 24h après la décroissance de la corticothérapie. La majoration de la corticothérapie permettait un amendement des symptômes.

**Discussion** L'infection à SARS-Cov-2 est en général peu sévère chez l'enfant. Cependant, elle peut entraîner un syndrome inflammatoire avec atteinte multisystémique environ 4 semaines après une infection asymptomatique ou pauci-symptomatique par le virus. Le pronostic est grevé par l'atteinte cardiaque. Les manifestations cutanées sont présentes dans la majorité des cas de PIMS mais sont encore mal définies et ne font pas partie des critères diagnostiques de la maladie. L'atteinte dermatologique peut mimer celle d'un syndrome de Kawazaki ou être plus polymorphe ; éruption vésiculeuse, pustuleuse, scarlatiniforme, pseudo-engelure, urticaire, exanthème maculopapuleux, érythème palmoplantaire... L'érythème polymorphe comme chez notre 2<sup>e</sup> patient en est une expression plus rare. Ces deux cas illustrent la variété des symptômes cutanéomuqueux au cours du PIMS.

**Mots clés** PIMS ; SARS-Cov-2 ; Syndrome inflammatoire multisystémique pédiatrique

**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.2021.09.217>.

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

<https://doi.org/10.1016/j.fander.2021.09.217>

P182

### **Pseudo-engelures après vaccination anti-SARS-CoV2 par le vaccin à ARN messager BNT162b2 : nouvelle observation soutenant le rôle de la réponse immunitaire antivirale à l'origine des « COVID toes »**



Basma Karrakchou<sup>1,2</sup>, Léa Donzier<sup>1</sup>, Jean Kanitakis<sup>1,3</sup>, Denis Jullien<sup>1</sup>, Cecile Lesort<sup>1,\*</sup>

<sup>1</sup> Dermatologie, hôpital Edouard-Herriot, Lyon, France

<sup>2</sup> Dermatologie, hôpital Ibn Sina, université Mohammed V, Rabat, Maroc

<sup>3</sup> Anatomopathologie, centre hospitalier Lyon Sud, Pierre-Bénite, France

\* Auteur correspondant.

**Introduction** Plusieurs manifestations cutanées satellites de la COVID-19 ont été rapportées ces derniers mois, notamment de multiples cas de pseudo-engelures (les « COVID-toes »), sans que le rôle direct du SARS-CoV-2 dans leur développement ait été formellement démontré. L'hypothèse la plus probable est celle de l'existence chez ces patients d'une réponse antivirale interféron de type 1 exacerbée, expliquant d'une part l'absence de manifestations cliniques de la COVID-19 et la négativité des tests sérologiques, et d'autre part le développement de ces lésions cutanées, similaires à celles observées dans les interféronopathies de type 1. Les quelques observations récentes de pseudo engelures post vaccinales supportent cette hypothèse : nous en rapportons un nouveau cas.

**Matériel et méthodes** Une patiente de 82 ans consultait en urgence pour des lésions palmoplantaires. Elle n'avait pas d'antécédents de syndrome de Raynaud ou d'engelures, n'avait présenté aucun symptôme général évocateur de COVID-19 et ne rapportait pas de contact récent. Ces lésions douloureuses avaient débuté 24 h après la première injection du vaccin à ARNm BNT162b2 (Pfizer), en dehors de toute exposition au froid. L'examen clinique retrouvait des macules érythémato-violacées acrales évocatrices de pseudo-engelures sans autre signe associé. Le bilan biologique standard était normal, le bilan auto-immun négatif (ACAN, cryoglobulinémie, cryoglobulinogène). L'examen histologique d'une lésion palmaire retrouvait un infiltrat lymphocytaire dermique dense(a)

formant des agrégats péri-vasculaires(b), péri-sudoraux(c) et péri-nerveux, caractéristique d'engelures. L'immunofluorescence directe était négative. La recherche sérologique d'anticorps IgG anti-SARS-CoV-2 était négative mais positive pour les anticorps anti-Spike, évoquant le début d'une immunité vaccinale sans immunité préalable. La signature interféron sanguine était positive.

**Discussion** Des manifestations cutanées post-vaccins à ARN anti-SARS-CoV-2 commencent à être rapportées, au premier rang desquelles des réactions locales retardées et des réactions au point d'injection, mais également des éruptions urticariennes et morbilliformes. Quelques cas de pseudo-engelures ont également été signalés dans les jours suivant ce type de vaccination. Chez notre patiente, les caractéristiques cliniques et histologiques des lésions étaient indiscernables de celles des pseudo-engelures observées lors de la première vague pandémique. L'absence d'antécédents d'engelures et d'exposition au froid allait à l'encontre d'engelures classiques. Ceci, associé à la positivité de la signature Interféron sanguine de notre patiente, renforce donc l'hypothèse d'une origine immunitaire, plutôt que celle d'un rôle cytopathogène direct du SARS-CoV-2, dans le développement de ces lésions.

**Mots clés** Manifestations cutanées ; Pseudo-engelures ; SARS-CoV-2 ; Vaccin COVID-19

**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.2021.09.218>.

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

<https://doi.org/10.1016/j.fander.2021.09.218>

P184

### **Mycétome actinomycosique de la nuque: une présentation particulière type « buffalo neck »**



Maodo Ndiaye<sup>1</sup>, Aminata Deh<sup>1,\*</sup>, Coumba Ndiaye<sup>1</sup>, Saer Diadie<sup>1</sup>, Mamadou Sarr<sup>1</sup>, Boubacar Ahy Diatta<sup>1</sup>, Khadim Diop<sup>1</sup>, Niar Ndour<sup>1</sup>, Assane Diop<sup>2</sup>, Moussa Diallo<sup>1</sup>, Fatimata Ly<sup>2</sup>, Susanne Oumou Niang<sup>2</sup>, Susanne Oumou Niang<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Dermatologie, hôpital Aristide Le Dantec

<sup>2</sup> Dermatologie, institut d'hygiène et social, Dakar, Sénégal

\* Auteur correspondant.

**Introduction** Les mycétomes se définissent comme un processus pathologique au cours duquel des agents fongiques ou actinomycosiques d'origine exogène produisent des grains. Ils sévissent essentiellement dans les zones tropicales semi-arides. Leur localisation préférentielle est le membre inférieur. Nous rapportons un cas de mycétome particulier par sa présentation clinique et sa topographie au niveau de la nuque.

**Matériel et méthodes** Un patient sénégalais âgé de 22 ans, habitant à Sangalkam (zone ouest du Sénégal), sans profession consultait pour une tuméfaction inflammatoire polyfistulisée siégeant à la nuque évoluant depuis quatre ans. L'interrogatoire rapportait la notion d'émission de grains rouges. L'examen clinique objectivait une tumeur inflammatoire polyfistulisée émettant du pus contenant des grains rouges, intéressant toute la région de la nuque et présentant une rondeur décrivant l'aspect en « buffalo neck ». Il existait une limitation des mouvements du cou. Par ailleurs, il n'y avait pas d'adénopathies satellites et l'examen neurologique était normal. L'histologie cutanée était en faveur d'un mycétome et la culture confirmait la nature actinomycosique par la mise en évidence d'*Actinomadura pelletiéri*. La tomodensitométrie cérébro-cervico-thoracique montrait une atteinte osseuse vertébrale sans signes d'extension intra-canalair rachidienne ni intracrânienne du processus pathologique. Un traitement médical associant cotrimoxazole et amoxicilline-acide clavulanique était instauré et l'évolution était favorable au bout de sept mois.