

## FICHE

# Lésions cutanées dans le contexte des symptômes prolongés de la Covid-19

Validée par le Collège le 10 novembre 2021

Les données présentées ci-après sont issues i) des données recueillies lors de la consultation conduite à l'Hôtel Dieu, AP-HP, Paris, dans le cadre de la cohorte PERSICOR, ii) rapportés par les patients dans le cadre de l'association Après j20 et iii) d'après les données rapportées dans la littérature.

## Pseudo-engelures

### Présentation clinique

Les pseudo-engelures prédominent aux pieds mais peuvent également toucher les mains 1,2. Elles se présentent sous la forme de papules inflammatoires rouges ou violettes, parfois annulaires, bulleuses ou purpuriques. Elles peuvent être associées à un prurit ou à des atteintes neuropathiques (douleurs, dysesthésies).

### Évolution

Les patients ayant présenté des pseudo-engelures au moment des différentes vagues de COVID peuvent avoir soit une poussée unique, soit des lésions persistantes, n'ayant jamais régressé, soit des lésions récidivantes. La durée médiane d'évolution des pseudo-engelures en fonction des publications varie de 12 à 20 jours avec des intervalles allant jusqu'à 70 jours.3–6

Plus de la moitié des patients peuvent récidiver avec une durée des épisodes qui semble décroître au cours du temps. 3

Parmi ces patients, la majorité a également des symptômes cutanés persistants en dehors des pseudo-engelures (acrocyanose, érythermalgie, phénomène de Raynaud, livédo et/ou paresthésies acrales, hématomes et pétéchiés).

### Examens complémentaires

Les examens complémentaires préconisés en 1<sup>ère</sup> intention sont : NFS et recherche d'anticorps antinucléaires (titrage et spécificité).

### Prise en charge

La prise en charge de 1<sup>re</sup> intention repose sur i) la mise en place de mesures préventives (protection contre le froid et l'humidité et éviction de chaussures serrées) et ii) la corticothérapie locale très forte par propionate de clobétasol 1 application par jour, en occlusion, jusqu'à régression des symptômes.

## Quand adresser en dermatologie ?

- En cas de persistance malgré un traitement local bien conduit
- En cas de récurrence
- En cas de signes associés à rechercher systématiquement (pouvant faire évoquer une connectivite : Raynaud, arthralgies, photosensibilité, lésions muqueuses, alopecie, ...)



Figure 1. Photographies d'engelures

## Urticaire

### Présentation clinique

L'urticaire compliquant le COVID se présente comme une urticaire classique : papules érythémateuses et œdémateuses, prurigineuses, fugaces et migratrices. Elles peuvent toucher tout le tégument. La localisation palmo-plantaire peut avoir une présentation atypique, parfois profonde.

### Évolution

La majorité des éruptions urticariennes régresse rapidement avec une durée médiane qui varie entre 4 et 7 jours en fonction des publications.

Des cas d'urticaire chronique (durant plus de 6 semaines) ont été décrits par les patients à la suite de l'infection par le SARS-CoV-2 mais aucun cas n'a été rapporté dans la littérature. 1/3 des patients présentant une urticaire chronique a été aggravé par l'infection par le SARS-CoV-2.

### **Examens complémentaires**

Aucun en 1<sup>re</sup> intention

À réaliser avant d'orienter en consultation spécialisée : NFS, VS, CRP, recherche d'AC antithyropéroxydase (et en cas de positivité, dosage de la TSH)

### **Prise en charge**

La prise en charge repose sur l'utilisation d'antihistaminiques, 1 à 4 comprimés par jour en l'absence de contre-indication, comme n'importe quelle urticaire chronique (reco UC SFD).

### **Quand adresser en dermatologie ?**

- En cas de persistance de poussées d'urticaire malgré un traitement de 4 semaines par 4 cp par jour d'antihistaminiques anti H1 de 2<sup>de</sup> génération.
- En cas de fixité des lésions ou de signes associés évocateur de maladie de système (fièvre, atteinte articulaire, digestive, oculaire et signes cutanés associés).

**D'autres symptômes dermatologiques ont été décrits (lésions eczématiformes...) dont le lien avec la COVID n'est pas démontré.**

## **Eczéma**

### **Présentation clinique**

La majorité des lésions eczématiformes décrites apparaissent initialement aux extrémités et principalement aux mains. La présentation est classique : des lésions prurigineuses, érythémateuses et mal limitées, souvent suintantes.

Ces lésions ont été décrites par les patients mais n'ont pas été rapportées dans la littérature, en dehors des eczémas de contacts des mains.

### **Évolution**

L'évolution est très variable.

### **Examens complémentaires**

Aucun

### **Prise en charge**

Elle repose sur :

- L'éviction des facteurs aggravants et de contact (lavage des mains itératifs, application de produits caustiques irritants, etc.)
- L'utilisation de topique émoullissants et de dermocorticoïdes d'activité forte.

### **Quand adresser en dermatologie ?**

- En cas d'extension des lésions > 10% de la surface corporelle
- En cas de persistance des lésions malgré la corticothérapie locale

# Lésions vasculaires

## Présentation clinique

Les manifestations vasculaires décrites au cours des formes prolongées de la COVID sont très diverses. Elles comportent : acrocyanose, phénomène de Raynaud, livédo (cf. figures 2,3 et 4).

La présentation clinique est classique : coloration rouge/violacée des extrémités pour l'acrocyanose, acrosyndrome paroxystique pour le phénomène Raynaud et macules ou papules érythémateuses en maille pour le livédo.

La recherche de signes associés à l'examen clinique est indispensable : recherche des pouls et de souffle vasculaire et manœuvre d'Allen, recherche de troubles trophiques des extrémités, recherche de manifestations pour connectivite associée, caractérisation du livédo à la recherche d'un livédo pathologique (livédo infiltré à grandes mailles ouvertes).

## Évolution

- Acrocyanose : il s'agit d'un symptôme permanent n'évoluant pas par poussées
- Phénomène de Raynaud : évolution par poussées, déclenché par le froid et l'humidité
- Livédo : évolution par poussées le plus souvent, entrecoupé de phases de rémission partielle ou complète.

## Examens complémentaires

- Acrocyanose isolée : aucun
- Phénomène de Raynaud : recherche d'anticorps antinucléaires (titrage et spécificité dont anticorps anti-centromère et anti-Scl70). La place de la capillaroscopie n'a pas été évaluée et pourra être discutée en milieu spécialisé.
- Livédo ramifié : NFS, TP, TCA, ionogramme sanguin, sérologie VIH, VHC et recherche de SAPL.

## Prise en charge

- Acrocyanose : pas de traitement
- Phénomène de Raynaud : éviction des facteurs favorisants, orienter en cas de persistance.
- Livédo ramifié : sera décidé en fonction de l'étiologie retrouvée.

## Quand adresser en dermatologie ?

- Acrocyanose : pas d'indication
- Phénomène de Raynaud : en cas d'anomalie à l'examen clinique, de signes orientant vers une connectivite ou d'anomalie au bilan immunologique.
- Livédo ramifié : systématiquement

## Quand adresser à l'angiologue ?

En cas de symptômes vasculaires atypiques : phénomène de Raynaud atypique, acrocyanose atypique, etc.



**Figure 2. Livédo physiologique**



**Figure 3. Livédo physiologique Covid-19**



**Figure 4. Livédo pathologique**

À noter par ailleurs qu'au cours des formes prolongées de la COVID, environ 20 % des patients décrivent une perte de cheveux.

Enfin, des cas **d'ecchymoses spontanées** parfois douloureuses ont été décrits. Elles touchent les membres ou le tronc et régressent rapidement spontanément. Elles imposent la réalisation d'une numération plaquettaire et d'un bilan d'hémostase

### **Hypothèses physiopathologiques**

En dehors des pseudo-engelures, la physiopathologie de ces manifestations a été peu étudiée. La physiopathologie des pseudo-engelures associerait une activation immunitaire de la voie interféron de type I et une altération vasculaire. L'activation immunitaire est principalement locale mais aussi systémique et la réponse interféron de type I pourrait expliquer l'absence de marqueurs moléculaires ou virologiques du SARS-CoV-2. Certains auteurs ont mis en évidence la présence de particules virales au sein de l'endothélium mais d'autres équipes ont réfuté cette hypothèse.

## Références bibliographiques

1. Galvan Casas C, Catala A, Carretero Hernandez G, et al. Classification of the cutaneous manifestations of COVID-19: a rapid prospective nationwide consensus study in Spain with 375 cases. *Br J Dermatol* 2020; :bjd.19163.
2. de Masson A, Bouaziz J-D, Sulimovic L, et al. Chilblains are a common cutaneous finding during the COVID-19 pandemic: a retrospective nationwide study from France. *J Am Acad Dermatol* 2020. doi:10.1016/j.jaad.2020.04.161.
3. Moghadam P, Frumholtz L, Jaume L, et al. Frequency of relapse and persistent cutaneous symptoms after a first episode of chilblain-like lesion during the COVID-19 pandemic. *J Eur Acad Dermatology Venereol* 2021; 35:e566–8.
4. Giraud-Kerleroux L, Mongereau M, Cassius C, et al. Detection of a second outbreak of chilblain-like lesions during COVID-19 pandemic through tele dermatology. *J Eur Acad Dermatology Venereol* 2021; 71:2020–2.
5. Mehta P, Bunker CB, Ciurtin C, et al. Chilblain-like acral lesions in long COVID-19: management and implications for understanding microangiopathy. *Lancet Infect Dis* 2021; 21:912.
6. McMahon DE, Gallman AE, Hruza GJ, et al. Long COVID in the skin: a registry analysis of COVID-19 dermatological duration. *Lancet Infect Dis* 2021; 21:313–4.
7. Hedou M, Carsuzaa F, Chary E, et al. Comment on "Cutaneous manifestations in COVID-19: a first perspective " by Recalcati S. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2020; :0–2.
8. van Damme C, Berlingin E, Saussez S, Accaputo O. Acute urticaria with pyrexia as the first manifestations of a COVID-19 infection. *J Eur Acad Dermatology Venereol* 2020; :0–1.
9. Henry D, Ackerman M, Sancelme E, et al. Urticarial eruption in COVID-19 infection. *J Eur Acad Dermatology Venereol* 2020. doi:10.1111/jdv.16472.
10. Tamaro A, Adebajo GAR, Parisella FR, et al. Cutaneous manifestations in COVID-19: the experiences of Barcelona and Rome. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2020; :0–2.
11. Recalcati S. Cutaneous manifestations in COVID-19: a first perspective. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2020; :0–1.
12. Miriam Morey-Olivé, Espiau M, Mercadal-Hally M, et al. Cutaneous manifestations in the current pandemic of coronavirus infection disease (COVID 2019). *An Pediatr* 2020. doi:10.1016/j.jinf.2020.02.020.
13. Molaei H, Allahyari F, Emadi SN, et al. Cutaneous manifestations related to the COVID-19 pandemic: a review article. *Cutan Ocul Toxicol* 2021; 40:168–74.
14. García-Gil MF, Monte Serrano J, Lapeña-Casado A, et al. Livedo reticularis and acrocyanosis as late manifestations of COVID-19 in two cases with familial aggregation. Potential pathogenic role of complement (C4c). *Int J Dermatol* 2020; 59:1549–51.
15. Nalbandian A, Sehgal K, Gupta A, et al. Post-acute COVID-19 syndrome. *Nat Med* 2021; 27:601–15.