

Dactylite distale accompagnée de vésicules

Li-wen Zhang MD, Wen-ju Wang MD, Tao Chen MD PhD

■ Citation : *CMAJ* 2022 February 7;194:E167. doi : 10.1503/cmaj.210685-f

Voir la version anglaise de l'article ici : www.cmaj.ca/lookup/doi/10.1503/cmaj.210685

Une fillette de 4 ans s'est présentée à notre clinique de dermatologie avec un érythème et des bullae au pied droit depuis 4 jours. Elle ne se plaignait pas de douleur ni de prurit. Elle ne présentait pas d'antécédents récents d'infection des voies respiratoires supérieures, de traumatisme, ni de prise de médicaments. L'examen physique montrait que la patiente était afebrile et semblait bien se porter; elle ne souffrait pas de lymphadénopathie superficielle. Nous avons observé de multiples bullae tendues remplies de liquide et accompagnées d'érythème œdémateux couvrant la première articulation métatarsophalangienne et la plante du pied droit (figure 1). La numération de ses globules blancs et ses taux de neutrophiles étaient normaux. Nous avons diagnostiqué une dactylite distale accompagnée de vésicules; nous avons traité la patiente par une ponction des bullae de même que l'administration d'une solution de polyvidone iodée topique à 5 % et d'amoxicilline par voie orale. Une culture bactérienne obtenue du liquide bulleux a par la suite révélé des streptocoques β -hémolytiques du groupe A. Les lésions se sont complètement résorbées en 10 jours.

La dactylite distale accompagnée de vésicules est une infection bactérienne superficielle, typiquement causée par des streptocoques β -hémolytiques du groupe A ou des staphylocoques dorés. Elle touche habituellement les enfants de 2–16 ans¹, mais peut aussi survenir chez les nourrissons et les adultes. Elle se manifeste généralement par la présence de bullae tendues sur un fond érythémateux couvrant la face palmaire du doigt ou de l'orteil, qui peut s'étendre à la face dorsale et toucher les sillons de l'ongle tout comme les mains et les pieds².

Les patients se portent bien au niveau systémique, sont afebriles et ne souffrent pas de lymphadénopathie. Les lésions se manifestent généralement en quelques jours et ne sont pas douloureuses, prurigineuses, ni fragiles, contrairement à l'impétigo géant phlycténulaire. Les vésicules sont habituellement uniloculaires, contrairement au panaris herpétique³. Les autres diagnostics différentiels comprennent une dermatite de contact, des ampoules post-traumatiques, des brûlures, un érythème multiforme, des morsures et des piqûres d'insectes ainsi qu'une épidermolyse bulleuse⁴. Une coloration de Gram et une culture bactérienne du liquide contenu dans les bullae constituent le diagnostic.

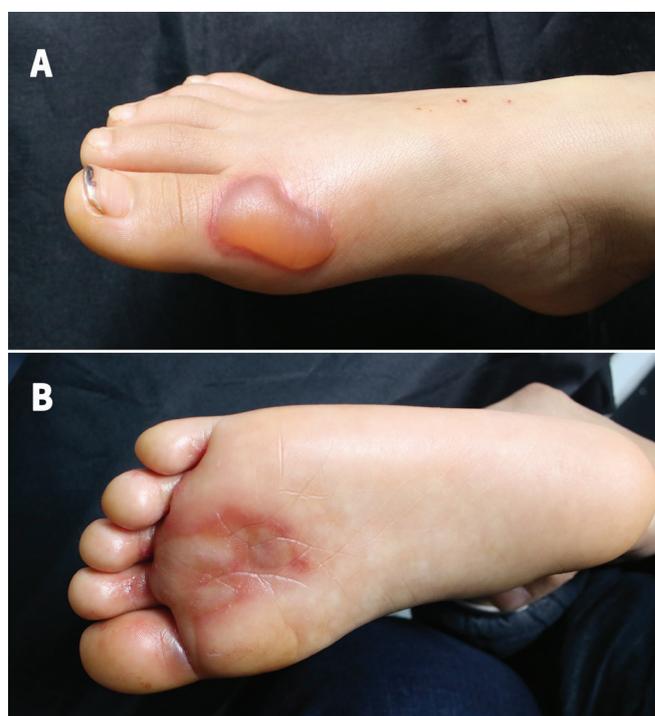


Figure 1 : Des bullae tendues, remplies de liquide, accompagnées d'un érythème œdémateux (A) couvrant la première articulation métatarsophalangienne droite et (B) et la plante du pied droit d'une fillette de 4 ans atteinte d'une dactylite distale accompagnée de vésicules.

Dans le cas de bullae tendues, on suggère un drainage réalisé à l'aide d'une aiguille stérile, conservant la paroi de la vésicule intacte. On peut employer des pansements humides accompagnés d'une solution antibiotique. On devrait traiter les patients par une antibiothérapie systémique contre le streptocoque β -hémolytiques du groupe A et le staphylocoque doré. On a aussi traité avec succès des patients à l'aide d'amoxicilline, de céfalexine ou de triméthoprime en association avec du sulfaméthoxazole, mais aussi de l'amoxicilline en association avec de l'acide clavulanique dans le cas d'une résistance à la β -lactamase^{1,2,4,5}. On signale rarement une récurrence de la maladie.

Références

1. Jung C, Amhis J, Levy C, et al. Group A streptococcal paronychia and blistering distal dactylitis in children: diagnostic accuracy of a rapid diagnostic test and efficacy of antibiotic treatment. *J Pediatric Infect Dis Soc* 2020;9:756-9.
2. Veraldi S, Schianchi R, Nazzaro G, et al. Seven cases of blistering dactylitis. *Acta Derm Venereol* 2020;100:adv00196.
3. Ney AC, English JC III, Greer KE. Coexistent infections on a child's distal phalanx: blistering dactylitis and herpetic whitlow. *Cutis* 2002;69:46-8.
4. Scheinfeld NS. Is blistering distal dactylitis a variant of bullous impetigo? *Clin Exp Dermatol* 2007;32:314-6.
5. Kowtoniuk R, Bednarek R, Maroon M. Blistering distal dactylitis. *JAMA Dermatol* 2018;154:1480.

Intérêts concurrents : Aucun déclaré.

Cet article a été révisé par des pairs.

Les auteurs ont obtenu le consentement des parents.

Affiliations : Service de dermato-vénérologie, Hôpital du peuple numéro 2 de Chengdu, Chengdu, Sichuan, Chine

Propriété intellectuelle du contenu : Il s'agit d'un article en libre accès distribué conformément aux modalités de la licence Creative Commons Attribution (CC BY-NC-ND 4.0), qui permet l'utilisation, la diffusion et la reproduction dans tout médium à la condition que la publication originale soit adéquatement citée, que l'utilisation se fasse à des fins non commerciales (c.-à-d., recherche ou éducation) et qu'aucune modification ni adaptation n'y soit apportée. Voir : <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.fr>

Correspondance : Tao Chen, 13980427003@163.com

Les images cliniques sont choisies pour leur caractère particulièrement intéressant, classique ou impressionnant. Toute soumission d'image de haute résolution claire et bien identifiée doit être accompagnée d'une légende aux fins de publication. On demande aussi une brève explication (300 mots maximum) de la portée éducative des images, et des références minimales. Le consentement écrit du patient au regard de la publication doit être obtenu avant la soumission.