

MINISTRE DE L'ENSEIGNEMENT
SUPERIEUR ET DE LA RECHERCHE
SCIENTIFIQUE

REPUBLIQUE DU MALI
Un peuple - Un But - Une Foi

**UNIVERSITE DES SCIENCES DES TECHNIQUES ET DES
TECHNOLOGIES DE BAMAKO**



U.S.T.T-B

**FACULTE DE MEDECINE
ET D'ODONTO-STOMATOLOGIE**



ANNEE UNIVERSITAIRE 2023-2024

N°.....

THESE

**MOTIFS D'ADMISSION DES AFFECTIONS
DERMATOLOGIQUES EN REANIMATION A
L'HOPITAL DE DERMATOLOGIE DE BAMAKO**

Présentée et soutenue publiquement le 26/12/2024 devant la
Faculté de Médecine et d'Odonto-Stomatologie.

Par **Malado SIDIBE**

Pour obtenir le grade de Docteur en médecine

(DIPLOME D'ETAT)

JURY

Président : Mr Ousmane FAYE, Professeur titulaire
Membre : Mr Joseph KONE, Anesthésiste-réanimateur
Co-directeur : Mr Mamadou GASSAMA, Maître de conférence
Directeur : Mr Mamadou Karim TOURE, Maître de conférence

DEDICACES :

Je dédie cet humble et modeste travail à :

ALLAH :

Le Grand et le Tout Puissant Miséricordieux, de m'avoir donné la santé, la force, le courage et la chance d'arriver à ce niveau.

A mon père Satigui SIDIBE :

Père, votre générosité, vos conseils, vos sacrifices, votre soutien moral et financier ne m'ont pas manqué durant ces longues années d'étude.

Votre sobriété, votre patience et votre humilité sont pour moi un exemple à suivre.

Vous m'avez enseigné le sens de l'honneur, de la dignité, de la probité morale et surtout le respect de soi.

En ce jour, j'espère réaliser l'un de vos rêves.

Puisse Dieu vous préserver et vous donner santé, longévité et bonheur.

A ma chère et tendre mère Feue Kadidiatou DIALLO :

Mère, aucune dédicace ne pourrait exprimer la profondeur des sentiments que j'éprouve pour vous.

Tant d'amour, de sacrifices, de prières, de conseils et de soutien consentis pour nous,

Tant de larmes versées pour nous, tant de nuits blanches passées,

Vous avez toujours été là pour nous dans les bons et les mauvais moments tel le grand chène au sein de la forêt qui garde à l'abri toute tête en son pied.

J'espère pouvoir vous honorer un jour et faire votre fierté.

Reposez en paix chère mère.

A mes oncles et tantes : Amadou DIALLO, Kissima DIALLO, Djenebou DIALLO, Bintou DIALLO, Mariam DIALLO, Absatou DIALLO, Fatimata DIALLO

A mon grand père chéri : Cheick Tidiane TANDIA

A mon frère : Salla SIDIBE

Notre cher Moro, mon petit papa, toujours là à supporter mes caprices, à réparer mes betises et à me couvrir, merci pour tout

A mes grandes sœurs : Fatoumata SIDIBE et Kadiatou SIDIBE

La chance et le bonheur se résument à avoir des sœurs comme vous.

Tante Coucou et Tante Diatou comme on vous appelle si affectueusement, merci d'être des sœurs, des amies, des mamans pour moi.

Il n'y a aucun mot pour vous exprimer ma gratitude, je suis tellement fière de vous avoir comme famille.

A tous mes ami (e) s : Fatoumata B SAVANE, Djelika S FAYE, Marie M CAMARA, Linda DIAWARA, Mohamed SOUMARE, Amadou D FOFANA, Emilie J DESIRE, Mariam KOUYATE, Josias SAKA, Stefen LOKONON, Ismael SIDIBE, Mandé SIDIBE, Ibrahim TRAORE, Issa KEITA, Sidi OUADIDIE

Merci pour vos encouragements, soutiens et apports inestimables.

REMERCIEMENTS :

A tous les membres de la famille SIDIBE et DIALLO

Aux personnels du service de Dermatologie, de Chirurgie,

A tous mes maitres et professeurs d'école.

Ce travail est l'aboutissement de tous les efforts que vous avez fournis pour ma formation.

A tout le personnel du service d'Anesthésie- Réanimation, de Dermatologie du CHU- Hopital de Dermatologie de Bamako :

Pr Mamadou Karim TOURE, anesthésiste- réanimateur ;

Pr Ousmane FAYE, dermatologue

Pr Mamadou GASSAMA, dermatologue

Dr Youssouf OUEDRAGO, anesthésiste- réanimateur

Dr Mamadou GUINDO, anesthésiste- réanimateur

Dr Mamadou DIAKITE, dermatologue

Dr Mamadou COULIBALY, anesthésiste-réanimateur

Vous avez su harmoniser discipline, humour et rigueur dans le travail

Trouvez ici l'expression de ma profonde gratitude.

A mes aînés :

Dr Fatouma DEGOGA, DES en anesthésie- réanimation

Dr Salimata KONE, DES en anesthésie- réanimation

Je ne saurai vous remercier.

Aux internes du service d'anesthésie- réanimation du CHU- HDB

Ces années à vos cotés ont été submergées d'entraides, de convivialité, d'amour, le tout dans un esprit d'équipe,

Merci pour tout

Aux majors Ousmane DIABATE, Bakary TANGARA

Depuis mes debuts jusqu'à ce jour, vous m'avez épaulée, encouragée et motivée,

Merci infiniment

Au staff des infirmier(e) s du service d'anesthésie-réanimation du CHU-HDB : Mariam M., Aminata S., Mahamane T., Nadjarata K., Noel S., Daniel D., Bakary T., Nènè T., Fatim D., Hawa K., Suzanne D., Sirantou M., Oumar B., Fatoumata L., Mamadou D., Issa C.,)

Je vous remercie pour les moments passés à coté de vous, j'ai beaucoup appris avec vous,

Tous ceux ou celles qui n'ont pas été cités, je ne pense pas moins à vous.

HOMMAGES
AUX
MEMBRES DU JURY

HOMMAGES AUX MEMBRES DU JURY :

A NOTRE MAITRE ET PRESIDENT DU JURY

Pr Ousmane FAYE

- **Professeur titulaire en Dermatologie à la FMOS**
- **Spécialiste en dermato-lépro-vénérologie et en anatomopathologie**
- **PH. D en santé publique épidémiologie et science de l'information biomédicale de l'université Pierre et Marie Curie**
- **Coordinateur du DES de Dermatologie-vénérologie et du projet télé-dermatologie du Mali**
- **President de la société malienne de dermatologie vénéréologie (SOMADEV) et Membre de plusieurs sociétés savantes nationale et internationale**
- **Ancien Vice-doyen de la faculté de médecine et d'odontostomatologie**
- **Ancien Directeur Général de l'Hopital de Dermatologie de Bamako**

Cher Maitre,

Merci pour l'honneur que vous nous avez fait en acceptant de bien vouloir presider ce jury de thèse et juger notre travail malgré vos multiples et importantes occupations.

Nous avons toujours admiré vos qualités scientifiques et sociales.

Veillez croire cher Maitre à notre profond respect.

A NOTRE MAITRE ET MEMBRE DU JURY

Dr Joseph KONE

- **Spécialiste en Anesthésie Réanimation**
- **Diplômé en Pédagogie Universitaire et Médicale**
- **Diplômé en Bio-statistique et Méthodologie de Recherche clinique**
- **Certificat universitaire en Anglais médical**
- **Certifié en Ethique de recherche médicale par le National Institutes of Health (NIH) des USA**
- **Chargé de Pédagogie et Simulation médicale à la FMOS**

Cher Maitre,

Nous avons été marqué par vos qualités humaines et sociales. Votre disponibilité, votre immense gentillesse, votre expérience, votre rigueur scientifique, votre dynamisme et votre contact facile, font de vous un maitre accompli, admirable et respecté.

Cher Maitre, nous vous prions de croire à la sincérité de nos sentiments respectueux.

A NOTRE MAITRE ET CO-DIRECTEUR DE THESE

Pr Mamadou GASSAMA

- **Maitre de conférences agrégé en Dermato-vénéréologie à la faculté de médecine et d'odontostomatologie**
- **Praticien hospitalier à l'HDB**
- **Enseignant-chercheur à la FMOS**
- **Responsable du suivi des personnes atteintes d'albinisme au Mali**

Cher Maitre,

Nous sommes très honoré par votre présence dans ce jury de thèse.

Vos qualités humaines et sociales : de praticien infatigable, votre simplicité, votre amour pour le travail bien fait et votre sens élevé de la responsabilité ont beaucoup attiré notre attention.

Veillez recevoir ici toute notre reconnaissance.

A NOTRE MAITRE ET DIRECTEUR DE THESE

Pr Mamadou Karim TOURE

- **Maitre de conférences en anesthésie réanimation à la FMOS**
- **Spécialiste En neuroanesthésie réanimation**
- **Spécialiste en anesthésie réanimation pédiatrique et maternelle**
- **Spécialiste en anesthésie réanimation oncologique prise en charge de la douleur et soins palliatif**
- **Membres de SARMU Mali**
- **Membres de SMAAR (société marocaine d'anesthésie d'analgésie et de réanimation)**
- **Membres de SARAF (société d'anesthésie réanimation d'Afrique francophone)**
- **Membres de SFAR (Société française d'anesthésie réanimation)**
- **Membres de MSF France (Médecin sans frontières)**
- **Membres de l'African Perioperative Research Group (APORG) Groupe Africain de recherche périopératoire**
- **Membres de Moroccan PAIN Academy (Académie Marocaine de douleur)**
- **Membres de Chef de service d'anesthésie réanimation et du Bloc opératoire de l'Hôpital de Dermatologie de Bamako**

Cher Maitre,

Nous sommes très touché par votre franchise et votre modestie. Votre souci constant pour le progrès de la science ; votre amour du travail bien fait et votre grande disponibilité ont forcé notre admiration.

Soyez assuré cher Maitre de notre profonde gratitude et de notre profond respect.

ABRÉVIATIONS

ABRÉVIATIONS

AcP : Anticorps du Pemphigus

ANTI-ICS : Auto-anticorps spécifiques dirigés contre la Substance intercellulaire épidermique

CAM : Cell adhesion molécule

C I : Contre-indication

CNAM : Centre National d'Appui à la lutte contre la Maladie

Cp : Comprimés

DBAI : Dermatoses bulleuses auto-immunes

ECBU : Examen Cytobactériologique des Urines

EPCSTC : Etablissement public à caractère scientifique et technologique et culturel

Es : Effet secondaire

HTA : Hypertension Artérielle

IFD : Immunofluorescence Directe

IFI : Immunofluorescence Indirecte

Ig : Immunoglobulines

IP : Immunoperoxydases

BNP : Peptide natriuretique de type B

JDE : Jonction dermo-épidermique

KE : Kératinocytes

Mg/kg : Milligramme par kilogramme poids

MGG : May-Grünwald-GIEMSA

NFS-VS : Numération formule Sanguine –Vitesse de Sédimentation

PAI : Pemphigus Auto -Immun

SPSS: Statistical Package for Social Sciences

HDB : Hôpital de Dermatologie de Bamako

Kd: kilo dalton

C3: complément C3

HLA-DR : complexe majeur d'histocompatibilité human leucocytes antigens

VIH : Virus de l'Immunodépression Humaine

UV : ultra –violet

AINS : anti inflammatoire non stéroïdien

LB : Lymphocyte B

LT : Lymphocyte T

IgE : Immunoglobuline E

IgA : Immunoglobuline A

IL: Interleukin

TCR: T cell receptor

Th2: T helper 2

CMH II: complexe Majeur d'histocompatibilité type II

SJS: Syndrome de Stevens Johnson

NET: Nécrolyse épidermique toxique

EPF : Erythème pigmenté fixe

PEAG : Pustulose Exanthématique Aigue Généralisée

DRESS : Drug reaction with eosinophilia and systemic symptoms

NE : Nutrition entérale

IRM : Imagerie par Résonance Magnétique

DHBN-FN : Dermohypodermite Bactérienne Nécrosante- Fasciite Nécrosante

IEC : Inhibiteur des enzymes de Conversion

Sulfamide AB : Sulfamide anti bactérien

°C : degré Celsius

(R) : Registered

Kg : Kilogramme

mg : milligramme

ml : millimètre

CVD : Centre de Développement du Vaccin

MEOPA : mélange équimolaire oxygène- protoxyde d'azote

LISTE DES IMAGES

Image 1: Structure de la peau- Mars 2021 : Le corps 4/4- Fée D'Osa.....	8
Image 2: Règle des 9 de WALLACE:.....	22
Image 3: La table de Lund et Browder.....	23
Image 4: Un appareil de musicothérapie et une caméra de surveillance dans les salles d'hospitalisation, Source : service de réanimation -HDB	69
Image 5: Salles d'hospitalisation de réanimation, Source : service de réanimation - HDB.....	70
Image 6: Ambulance de la réanimation, Source : service de réanimation - HDB	69
Image 7: Syndrome de Lyell avec SC estimée à 90% avec décollement cutané(signe de Nickolsky présent) , Source : service de réanimation- HDB	70
Image 8: Brulure thermique d'un nourrisson de deux mois avec SCB~ 80%, Source : service de réanimation- HDB	70
Image 9: Un cas de pemphigus étendu sur environ 60% de la surface corporelle, Source : service de réanimation - HDB	71
Image 10: fasciite Nécrosante chez un immunodéprimé, Source : service de réanimation- HDB	72
Image 11: DRESS syndrome d'un malade de 54ans, HTA+, DT2 +, OBESE, Source : service de réanimation HDB.....	72
Image 12: Répartition de l'échantillon selon le sexe	33
Image 13: Répartition de l'échantillon selon l'âge	33

LISTE DES TABLEAUX

Tableau I: Score de SCORTEN- Europe PMC	13
Tableau II : Répartition de l'échantillon selon la profession	34
Tableau III: Répartition de l'échantillon selon les comorbidités	34
Tableau IV: Répartition de l'échantillon selon la provenance	35
Tableau V: Répartition de l'échantillon selon les motifs d'hospitalisation	36
Tableau VI: Répartition de l'échantillon selon le service d'origine	36
Tableau VII: Répartition de l'échantillon selon les anomalies biologiques.....	37
Tableau VIII: Répartition de l'échantillon selon les étiologies.....	38
Tableau IX: Répartition de l'échantillon selon les germes retrouvés aux écouvillons (germes isolés)	40
Tableau X: Répartition de l'échantillon selon le devenir.....	41
Tableau XI: répartition de l'échantillon selon le délai de survenu de l'infection	44
Tableau XII: répartition de l'échantillon selon le délai d'admission	44
Tableau XIII: répartition de l'échantillon selon la durée du séjour des patients.....	45
Tableau XIV: Répartition de l'échantillon selon l'âge, le sexe et le devenir.....	45
Tableau XV: Croisement entre le motif d'hospitalisation et le devenir.....	46
Tableau XVI: répartition de l'échantillon selon les antécédents et le devenir.....	46
Tableau XVII: répartition de l'échantillon selon le diagnostic et le devenir	48
Tableau XVIII: répartition de l'échantillon selon les germes isolés et le devenir des patients	49

SOMMAIRE

I. INTRODUCTION :	2
II. OBJECTIFS :	5
III. GENERALITES :	7
IV. RESULTATS	Erreur ! Signet non défini.
V. DISCUSSION :	51
VI. CONCLUSION :	56
VII. RECOMMANDATIONS :	58
VIII. REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES	60
ANNEXES	63

INTRODUCTION

I. INTRODUCTION :

La peau, organe complexe, assure deux fonctions essentielles : la communication avec l'environnement et la protection contre les agressions extérieures. Chez l'homme, elle couvre environ 2 m² et pèse environ 5 kg [1]. La dermatologie était longtemps considérée comme une discipline qui traite des affections non urgentes, avec la plupart des soins essentiellement ambulatoires. Cependant, les urgences dermatologiques en milieu hospitalier sont assez rares. Des études révèlent que 5 à 8 % des consultations aux urgences concernent des problèmes dermatologiques et 21 % des consultations en dermatologie ambulatoire étaient des « urgences dermatologiques vraies » [2].

Les urgences dermatologiques nécessitant une réanimation sont rares, mais elles présentent un taux de létalité élevé et entraînent parfois des conséquences graves à long terme liées aux séquelles. Elles incluent principalement les infections nécrosantes des tissus mous (ou dermohypodermes bactériennes nécrosantes), les toxidermies sévères comme les nécrolyses épidermiques (syndrome de Lyell, syndrome de Stevens-Johnson), les affections auto-immunes comme (les pemphigus, les pemphigoides bulleuses), ainsi que les brûlures, qui sont des traumatismes cutanés [3].

Ces pathologies dermatologiques partagent plusieurs caractéristiques : leur gravité avec un taux de mortalité élevé et un risque important de séquelles fonctionnelles, leur rareté qui entraîne souvent des retards de diagnostic et de traitement, ainsi que la complexité des soins paramédicaux requis, nécessitant fréquemment un transfert dans des unités spécialisées [3].

Dans les pays développés comme l'Europe, 20% de notification spontanées sont des accidents médicamenteux. Ces toxidermies sont responsables environ de 3% de complications hospitalières, 1% de motifs de consultation et 5% des hospitalisations en milieu dermatologique [3].

En Afrique, plusieurs auteurs se sont penchés sur cette question, rapportant des fréquences d'hospitalisation variant entre 0,4 % et 1,53 % selon les études. Au Mali, les recherches se sont principalement concentrées sur des affections isolées et sur des services hors du cadre de la réanimation [4]. L'absence de données nationales précises nous a incité à entreprendre cette étude, dans le but de présenter de manière pragmatique les modalités de diagnostic et de prise

en charge des affections dermatologiques, qu'elles soient infectieuses ou non, pouvant nécessiter une admission en réanimation.

OBJECTIFS

II. OBJECTIFS :

Objectifs spécifiques :

Les objectifs spécifiques de cette étude étaient de :

1. Déterminer les aspects épidémiologiques des affections dermatologiques dans le service de réanimation à l'hôpital de Dermatologie de Bamako (HDB).
2. Identifier les différentes pathologies dermatologiques ayant nécessité une prise en charge en réanimation à l'hôpital de Dermatologie de Bamako (HDB).
3. Déterminer le pronostic des affections dermatologiques dans le service de réanimation à l'hôpital de Dermatologie de Bamako (HDB).

GENERALITES

III. GENERALITES :

A- Structure et anatomie de la peau :

La peau, également appelée tégument (du latin *tegumentum*, signifiant couverture), est l'organe le plus grand et le plus lourd du corps, pesant 5 kg et couvrant une surface d'environ 2 m². Son épaisseur varie, allant de 1 mm sur les paupières (peau fine) à 4 mm sur les paumes et les plantes (peau épaisse), avec une moyenne de 2 mm. Bien plus qu'une simple enveloppe corporelle, la peau joue un rôle essentiel dans plusieurs fonctions, telles que la protection, la régulation thermique, la perception sensorielle, les échanges et les fonctions métaboliques. La peau est composée de trois couches de tissus superposés : l'épiderme, le derme et l'hypoderme. L'épiderme, situé à la surface (du grec « epi », au-dessus, et « derma », peau), est un épithélium de protection, sa principale fonction étant de protéger le corps contre les agressions extérieures. Cette protection est assurée par la cohésion des cellules épithéliales et la production de kératine, une protéine résistante. Les cellules de l'épiderme sont reliées entre elles par des desmosomes et sont fixées au derme par la jonction dermo-épidermique. L'épiderme n'étant pas vascularisé, il reçoit ses nutriments par diffusion depuis le derme. Le derme, situé en dessous, est un tissu conjonctif contenant des fibroblastes, des fibres de collagène et des fibres élastiques. Il est traversé par de nombreux vaisseaux sanguins, ce qui lui permet de remplir à la fois un rôle de soutien et de nutrition. Sous le derme, l'hypoderme est une couche de tissu adipeux. La peau comporte également des annexes, telles que les glandes sudoripares, qui produisent la sueur, et les glandes sébacées, qui sécrètent du sébum. Les phanères, incluant les poils, sont des structures visibles, dérivées de la peau (du grec « phaneros ») et les ongles [5].

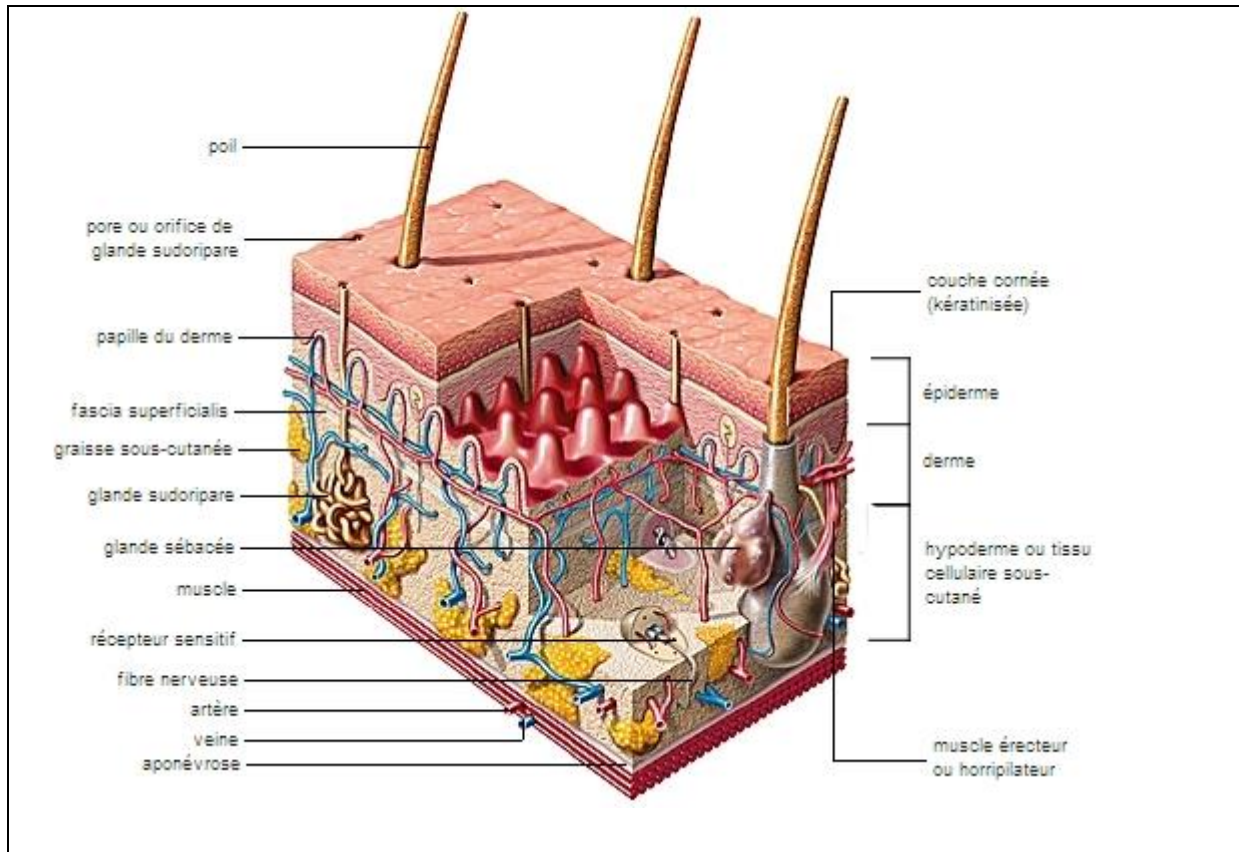


Image 1: Structure de la peau- Mars 2021 : Le corps 4/4- Fée D'Osa 1.

D'Osa F. Fée D'Osa. [cité 3 janv 2025]. Mars 2021 : Le Corps 4/4. Disponible sur:
<https://feedosa.ch/blog/f/mars-2021-le-corps-44>

B- Description de quelques affections dermatologiques nécessitant une prise en charge en réanimation :

1- Les toxidermies :

L'administration d'un médicament est une étape cruciale dans le traitement d'un patient. Elle a pour objectif de guérir, de prévenir certaines maladies ou parfois d'aider au diagnostic. Cependant, l'effet d'un médicament peut parfois dépasser l'effet recherché et entraîner des accidents cutanéomuqueux. Ces incidents, appelés toxidermies, peuvent se manifester de manière isolée ou être associés à des symptômes systémiques. Les toxidermies constituent un véritable enjeu de santé publique du à la polymédication. Les toxidermies, ou réactions cutanées aux médicaments, désignent l'ensemble des manifestations cutanéomuqueuses qui surviennent suite à l'administration systémique de médicaments. Ces réactions peuvent être graves en raison des complications systémiques qui mettent en danger le pronostic vital [6]. Le Syndrome de

Stevens Johnson (SJS) et le Syndrome de Lyell ou nécrolyse épidermique toxique (NET) sont les formes les plus graves des toxidermies et constituent des urgences dermatologiques pouvant compromettre le pronostic vital (syndrome de Lyell ou NET lorsque la surface cutanée décollée/décollable excède 30 %, SJS en dessous de 10 % et syndrome de chevauchement entre 10 et 29 %). Dans le Syndrome de Stevens Johnson, les lésions muqueuses sont absentes ou discrètes.

1-1 Epidémiologie :

En Europe, les toxidermies représentent environ 20 % des signalements spontanés d'accidents liés aux médicaments. Elles compliquent entre 2 et 3 % des traitements hospitaliers et sont à l'origine de 1 % des consultations et de 5 % des hospitalisations en dermatologie. Quelques chercheurs africains ont également examiné cette problématique. Les prévalences observées dans les hôpitaux varient de 0,4 % à 1,53 %. Au Mali, il n'existe pas de données nationales précises à ce sujet. Toutefois, les rapports du service de dermatologie indiquent qu'environ une trentaine de cas sont signalés chaque année, dont la majorité concerne des formes sévères. Toutefois, on peut penser que le risque de survenue d'accidents médicamenteux est très élevé en raison de la consommation locale accrue de médicaments sans avis médical, la multiplication illégale des points de vente de produits pharmaceutiques ('Médicament de la rue') et enfin l'absence d'application de la réglementation en vigueur. En plus, certains auteurs pensent que l'avènement des anti rétroviraux et l'usage des anti-infectieux utilisés pour le traitement des infections opportunistes ont multiplié par 4 voire 30 le risque de toxidermie notamment chez les sujets infectés par le Virus de l'immunodéficience humaine acquise (VIH). Ce même risque peut être observé chez les malades de la lèpre sous traitement PCT : polychimiothérapie (Dapsone, Rifampicine et Clofazimine). En raison du polymorphisme clinique de la toxidermie, le diagnostic basé sur la clinique seule est parfois difficile. La responsabilité d'un médicament dans la survenue d'une réaction n'est également pas facile à établir, car, dans la majorité des cas, plusieurs médicaments sont simultanément administrés avant la survenue de l'éruption. Du fait de l'illettrisme, les malades ont du mal à dresser la liste complète des molécules consommées. A cela il faut ajouter la fréquence élevée de médicaments contrefaits qui circulent aussi bien dans la rue que dans les officines privées [4].

1-2 Physiopathologie:

Le mécanisme physiopathologique des toxidermies n'est pas totalement élucidé. Sont incriminées à la fois des réactions de type immunologiques et des réactions non immunologiques [4]. Le syndrome de Stevens-Johnson (SJS) et la nécrolyse épidermique toxique (NET) se caractérisent par une destruction extensive des cellules de l'épiderme, qui peut également affecter d'autres épithéliums, tels que ceux des bronches et du tube digestif. Ce phénomène relève davantage de l'apoptose que de la nécrose. Leur physiopathologie implique des mécanismes immunologiques de type cytotoxique à médiation cellulaire, ainsi qu'une toxicité directe liée au médicament. Cette toxicité peut être aggravée par des anomalies génétiques du métabolisme médicamenteux (comme un déficit dans la détoxification de certains métabolites réactifs ou un ralentissement de l'acétylation) ou par des infections virales, notamment celle par le VIH. On connaît actuellement trois voies menant à l'apoptose :

- Les cellules T CD8 activées sont présentes dans l'épiderme dès les premiers stades de la nécrolyse. Ces lymphocytes expriment des marqueurs membranaires propres aux cellules « natural killer » et contiennent des perforines (translocation nucléaire et dégradation de l'ADN) et des granzymes (activation des enzymes protéolytiques : cascade des capsases) qui provoquent une dilatation des pores membranaires des kératinocytes.
- L'activation des récepteurs « death receptors » transmembranaires pouvant transmettre rapidement un signal de mort cellulaire par apoptose. Parmi ces « death receptors », le système « Fas et Fas-ligand qui va entraîner une modification de la perméabilité membranaire et une activation des enzymes protéolytiques (capsase 8) et donc une mort cellulaire.
- Le TNF α joue un rôle majeur dans l'apoptose de l'épiderme et les signes systémiques

Les médicaments qui sont les grands inducteurs sont:

Les principaux médicaments inducteurs sont : Les barbituriques, la carbamazépine, le paracétamol dérivés pyrazolés, les sulfamides et disulone, les tétracyclines.

Malgré la rareté des toxidermies graves, leurs connaissances sont indispensables car elles mettent en jeu le pronostic vital. Par conséquent, l'arrêt immédiat du ou des médicaments suspects et une hospitalisation urgente s'impose pour la sauvegarde de la vie du patient.

1-3 La Biologie :

Nous retrouvons une hyperleucocytose, une insuffisance rénale fonctionnelle (déshydratation), peuvent être également retrouvée, des troubles hydro électrolytiques avec une hypo albuminémie et d'hypocalcémie.

1-4 Les manifestations cliniques:

□ L'atteinte cutanée :

En général, le syndrome de Lyell commence une dizaine de jours après le début du traitement inducteur par un syndrome pseudo-grippal avec rapidement des symptômes muqueux : conjonctivite bilatérale, dysphagie haute, et en 24 à 48h apparaissent les signes cutanés. L'éruption initiale est douloureuse et fébrile, prédominant au tronc et aux racines des membres, faites de macules érythémateuses purpuriques et de cocardes atypiques ou pseudo cocardes en raison des bords moins réguliers et non œdémateux. Plus rarement l'éruption initiale est faite d'un exanthème scarlatiniforme. Les lésions s'étendent en deux à trois jours, parfois en quelques heures et rarement en une semaine. Il réalise un décollement en « linge mouillé », le signe de Nikolsky est présent. L'épiderme entier se décolle, en particulier dans les zones de pression ou les zones traumatisées, et fait place à un derme rouge suintant. L'extension de l'épidermolyse doit être appréciée car elle constitue un facteur pronostic essentiel. Elle est exprimée en % de la surface cutanée en utilisant les mêmes tables que pour les brûlés : règle des 9 de Wallace.

□ L'atteinte muqueuse :

Elle est présente dans 85 à 95 % des cas et survient généralement 1 à 3 jours avant l'apparition des lésions cutanées. Toutes les muqueuses peuvent être affectées, notamment celles de la cavité oropharyngée, des yeux, ainsi que les régions génitale et anale. Cette affection se manifeste par des érosions douloureuses, entraînant des lésions croûteuses sur les lèvres, une hypersalivation, une photophobie et des brûlures lors de la miction.

□ **Atteinte génitale :**

On observe des érosions et des ulcérations vulvovaginales, provoquant des douleurs, des brûlures, des démangeaisons, de la sécheresse ou un écoulement purulent. Cette condition peut évoluer de manière compliquée, entraînant des cicatrices synechiales et un phimosis.

□ **Atteinte oculaire :**

Elle se caractérise par l'adhérence des paupières, la perte des cils et une conjonctivite bilatérale. Les principales complications incluent le symblépharon, l'entropion, le trichiasis et le syndrome de l'œil sec.

□ **Atteinte extra dermatologique :**

– **Les signes généraux :**

Elles se manifestent par la fièvre, l'hypothermie, l'asthénie, l'anxiété, l'agitation et confusion traduisant un trouble hémodynamique ou un sepsis.

– **Atteinte respiratoire :**

Cette atteinte se manifeste par une douleur à la déglutition, de l'hypoxémie sévère par encombrement bronchique dans 27% des cas.

– **Atteinte rénale :**

Elle se caractérise par une insuffisance rénale fonctionnelle (39%).

– **Atteinte digestive :**

On note une dysphagie, des douleurs abdominales, les diarrhées et méléna, la rectorragie et une hépatite grave dans environ chez 10% des patients.

– **Atteinte hématologique :**

Cette atteinte est caractérisée par une lymphopénie (90%), une neutropénie (30%), et une thrombopénie [6].

Critères d'hospitalisation :

Signes de sévérité d'une toxidermie :

La gravité des toxidermies est caractérisée par une érythrodermie, une atteinte cutanée étendue avec fièvre, une adénopathie, une altération de l'état général, un décollement cutané (signe de Nikolsky), une atteinte des muqueuses, une dyspnée et des signes d'atteinte systémique.

Le SCORTEN score(Severity-of-illness Score for Toxic Epidermal Necrolysis) est le score de gravité de la maladie pour la nécrolyse épidermique toxique. Un plus grand nombre de facteurs de risque est associé à un score et à une mortalité plus élevée(%) comme suit : 0-1=3,2% (intervalle de confiance :0,1 à 16,7).

Tableau I: Score de SCORTEN- Europe PMC

SCORTEN ET MORTALITE PREDITE				
Paramètre	SCORTEN (0 à 7)		MORTALITE	
	0	1	Score	% Décès
Age	<40 ans	>40 ans	0-1	3.2
Cancer évolutif	Non	Oui	2	12.1
Fréquence cardiaque	< 120/mn	>120/mn	3	35.3
Surface décollée	< 10 %	>10 %	4	58.3
Urée (mMol/L)	<10	>10	>5	>90%
HCO3- (mMol/L)	>20	< 20		
Glycémie (mMol/L)	<14	>14		

□ **Formes cliniques justifiant une hospitalisation en réanimation:**

Certaines formes cliniques de toxidermies nécessitent une hospitalisation à savoir : le syndrome de Stevens- Johnson et le syndrome de Lyell.

1-B Drug reaction with eosinophilia and systemic symptoms (DRESS):

1-B-a) Diagnostic :

Le DRESS survient deux à six semaines après exposition médicamenteuse. Le diagnostic de DRESS est souvent plus difficile que celui des SJS/NET, et les patients peuvent être admis en réanimation pour des défaillances d'organes sans étiologie identifiée. Il associe de façon inconstante et évolutive des atteintes viscérales, une éruption cutanée et des anomalies biologiques. Globalement, il faut évoquer le diagnostic de DRESS devant l'association d'une éruption cutanée dont l'aspect peut être très variable (œdème facial et rash sur plus de 50 % de la surface corporelle sont présents dans environ 75 % des cas), associée à une ou plusieurs atteintes d'organes (le plus souvent une hépatite cytolitique), une fièvre et des anomalies de la numération (hyperéosinophilie, présence de lymphocytes hyperbasophiles ou thrombopénie) et une répllication virale inconstante (HHV6, CMV, EBV). Il n'existe pas de test pathognomonique, et les scores diagnostiques existants n'ont été développés que pour la validation rétrospective des diagnostics de DRESS. La mortalité en réanimation peut atteindre 47 %, principalement du fait des atteintes viscérales par infiltration éosinophilique ou lymphocytaire, essentiellement myocardiques, pulmonaires ou hépatiques, voire de syndromes d'activation macrophagique secondaires.

1-C- La pustulose exanthématique aiguë généralisée :(PEAG) :

Elle est caractérisée par la survenue soudaine et habituellement simultanée d'une fièvre élevée, d'une éruption disséminée œdémateuse, rapidement couverte de centaines de pustules non folliculaires superficielles de petite taille allant de 0.3 à 0.5mm de diamètre, prédominant au tronc et dans les grands plis. Un purpura et des cocardes atypiques peuvent être associés. La pustulose est rapidement spontanément résolutive ; fièvre et pustules durent de 7 à 10 jours suivies d'une desquamation. L'évolution est généralement favorable en moins de 15 jours. Le

délai d'apparition est le plus souvent moins de 2 jours, voire quelques heures. Plus rarement le délai est de 2 à 3 semaines correspondant probablement à une première exposition [4].

2- Dermohypodermes bactériennes nécrosantes et non nécrosantes : l'érysipèle et la fasciite nécrosante

• Données épidémiologiques

Les DHBN-FN sont des infections rares, dont l'incidence est estimée à 4/100 000 habitants par an aux États-Unis, associées à une mortalité importante, variant de 25 à 50 % selon les études. Les facteurs de risque connus sont l'âge supérieur à 60 ans, le sexe masculin, l'obésité, le diabète, la consommation d'alcool, l'insuffisance rénale, les hépatopathies et l'immunosuppression, dont les néoplasies et la corticothérapie. Il faut ajouter à cela les facteurs locaux comme les ulcérations chroniques, les dermatoses préexistantes et les injections ou piqûres. Cependant, des cas de DHBN-FN ont été rapportés suite à des traumatismes fermés.

La prise d'anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) entraîne probablement un retard dans la thérapie en diminuant l'intensité initiale des symptômes. Plusieurs séries rapportent l'utilisation fréquente d'AINS à la phase initiale des DHBN-FN, plus souvent dans les localisations cervico-faciales et généralement quand le diagnostic n'est pas encore établi, mais il n'est pas facile de conclure à une relation entre l'exacerbation de l'infection et la prise d'AINS. Plusieurs auteurs ont rapporté le lien entre les formes graves de DHBN-FN et la prise d'AINS, par conséquent la contre indication de ces molécules en cas de suspicion clinique de DHBN-FN. Dans ces études l'âge, la présence des tares, l'atteinte diffuse ou multifocale étaient associées à un grand risque de mortalité. Les principaux facteurs pronostiques modifiables sont la précocité du débridement chirurgical et celle de l'antibiothérapie efficace [3].

Les DHBN-FN intéressent les membres, généralement inférieurs, dans 70 % des cas environ. Les autres formes cliniques sont les DHBN-FN abdominopérinéales, cervicothoraciques (généralement d'origine dentaire) et orbitaires qui nécessitent une prise en charge en centre spécialisé. A cause de la variété des terrains sous-jacents, des localisations et des agents infectieux, les présentations cliniques peuvent être très diverses. Les signes cutanés indicatifs incluent, en plus de l'érythème et de l'œdème caractéristiques des dermohypodermes non nécrosantes, la présence de zones cyanosées, nécrotiques, bulleuses, parfois hémorragiques, ainsi qu'une hypoesthésie, une crépitation et une douleur intense. L'extension rapide des lésions, même sous antibiothérapie efficace, est un signe clé pour différencier une DHBN-FN d'un érysipèle. Les signes cliniques les plus marquants, tels que la nécrose, les bulles et la crépitation,

peuvent être absents au début, comme le montre une étude récente où ils n'étaient présents que dans 23 %, 44 % et 5 % des cas, respectivement. Leur absence ne doit en aucun cas faire écarter le diagnostic. Environ la moitié des patients présentent des signes de retentissement systémique (sepsis ou choc septique). Toute infection cutanée associée à une ou plusieurs défaillances d'organes, ou s'aggravant brutalement, doit faire considérer le diagnostic d'infection nécrosante, même en l'absence de signe local de gravité selon les recommandations internationales. Le diagnostic repose sur le constat opératoire de tissus atones, parfois nécrotiques, se décollant facilement au doigt et la présence d'un exsudat caractéristique en « eau de vaisselle », nauséabond. Le chirurgien constatera une nécrose du derme et de l'hypoderme qui sera isolée ou associée à une nécrose du fascia, voire du muscle. Hormis la confirmation du diagnostic d'infection nécrosante, ces constatations opératoires ne modifient pas la stratégie générale de cure. En cas d'incertitude, et pour éviter de réaliser un geste chirurgical inutilement délabrant, l'association de l'examen extemporané de biopsies tissulaires et d'un examen direct bactériologique peut s'avérer utile. Pour certaines formes cliniques de DHBN-FN, il est crucial de préciser la porte d'entrée, car elle conditionnera en partie la thérapeutique. Ainsi, les DHBN-FN abdominopérinéales ont la plupart de fois une cause digestive, urinaire ou périnéogénitale (« gangrène de Fournier ») et peuvent nécessiter une colostomie pour éviter la contamination du site opératoire par des selles. Les DHBN cervico-faciales ont une origine dentaire ou pharyngée dans respectivement 50 et 20 % des cas. Une extension médiastinale, présente dans 30 % des cas, associée à une surmortalité et pouvant nécessiter un drainage est également à rechercher systématiquement.

- **Examens paracliniques :**

Il n'existe pas de bilan permettant de retenir ou d'éliminer avec certitude le diagnostic de DHBN-FN. Ces examens ne doivent jamais se substituer à l'exploration chirurgicale en cas de forte suspicion clinique. Un score composite (le Laboratory Risk Indicator for Necrotizing Fasciitis [LRINEC]) comportant six variables biologiques de routine (CRP, leucocytes, natrémie, hémoglobine, créatininémie, glycémie) a été proposé comme aide pour savoir si un érysipèle peut évoluer vers une fasciite nécrosante. La littérature est discordante quant à ses performances diagnostiques réelles, et il semble clair qu'un score bas ne doit certainement pas faire surseoir à une exploration chirurgicale en cas de suspicion clinique élevée de DHBN-FN. L'élévation de la créatinine-kinase et celle du lactate artériel ont été associées au diagnostic de DHBN-FN dans des cohortes à effectif limité. Cependant, aucun bio marqueur de DHBN-FN

n'a de performance diagnostique lui permettant d'être intégré dans un algorithme de prise en charge. Concernant les examens radiologiques, l'imagerie par résonance magnétique (IRM) peut être utile pour les DHBN-FN des membres ayant une présentation clinique douteuse et bien sûr en l'absence de signe clinique de gravité (sepsis, choc septique). Des anomalies de signal ou un épaissement du fascia musculaire en utilisant des séquences en « suppression de graisse » et l'absence de rehaussement du fascia après injection de produit de contraste semblent suggérer une probabilité élevée de DHBN-FN. Le scanner a peu d'intérêt pour les DHBN-FN des membres, hormis celui de mettre en évidence des bulles d'air dans 10 % des cas environ, et peut même être faussement rassurant. En revanche, il est indispensable pour les DHBN-FN abdominopérinéales et cervico-faciales, car il permet souvent de documenter la porte d'entrée ou l'extension notamment médiastinale de l'infection, comme discuté plus haut. Exploration microchirurgicale au lit du malade (finger test) En cas de doute diagnostique faisant remettre en cause la nécessité d'une prise en charge au bloc opératoire, il est possible de réaliser un finger test. Celui-ci ne doit en aucun cas être une simple ponction à l'aiguille qui se voudrait rassurante en cas de saignement. Il consiste en une véritable exploration microchirurgicale au lit du malade. Après avoir réalisé une anesthésie locale et une incision de 2 cm jusqu'au fascia musculaire, on recherchera une atonie tissulaire, l'absence de saignement, un exsudat nauséabond et surtout un décollement aisé du fascia au doigt. Si l'un de ces signes est présent, il fournit un argument supplémentaire pour un débridement chirurgical extensif en urgence au bloc opératoire. Microbiologie Prélèvements Hormis les hémocultures, positives dans 25 % des cas environ, la culture de fragments de biopsie cutanée et du liquide de ponction-aspiration sous-cutanée à l'aiguille est recommandée par l'IDSA (Infectious Diseases Society of America), notamment en cas d'immunosuppression. La ponction-aspiration sous-cutanée consiste à injecter 1 ml de soluté salé isotonique en sous-cutané puis à ré aspirer pour mettre le liquide en culture. Ses performances diagnostiques n'ont pas été bien évaluées dans les DHBN-FN, mais les experts s'accordent sur le fait qu'une culture positive a une bonne valeur diagnostique. Des prélèvements peropératoires multiples seront envoyés en bactériologie pour tous les patients, et en mycologie chez les patients immunodéprimés, diabétiques, ayant subi un traumatisme sévère et/ou avec souillure tellurique ou présentant une infection autour d'un site d'injection.

- **Agents pathogènes :**

On retrouve une documentation microbiologique dans environ 90 % des cas, avec en moyenne un tiers d'infections mono microbiennes et deux tiers d'infections poly microbiennes. Streptococcus pyogènes est mis en évidence dans plus de la moitié des cas mono microbiens et dans un tiers des cas poly microbiens. Les infections poly microbiennes retrouvent essentiellement des entérobactéries, des bacilles à Gram négatif non fermentants et des cocci à Gram positif. Enfin, les tableaux de « gangrène » sont volontiers associés à des germes anaérobies du genre Clostridium. Les infections fongiques, plus rares, sont essentiellement l'apanage des patients immunodéprimés, ayant subi des traumatismes sévères ou présentant une infection autour d'un site d'injection.

3- LE PEMPHIGUS :

Le pemphigus est une maladie auto-immune touchant la peau et les muqueuses. Histologiquement, nous rencontrons un clivage intra épidermique secondaire à une perte d'adhésion interkératinocytaire appelé « acantholyse ».

Il s'agit d'une maladie auto-immune spécifique d'organe, caractérisée par la production d'auto-anticorps pathogènes dirigés contre les protéines, les desmosomes.

a) **Intérêt :** L'intérêt réside dans,

- **Epidémiologie :** c'est la 2ème cause d'hospitalisation dans le service de dermatologie de l'HDB

- **le pronostique :** par sa mortalité élevée (70%) sans la corticothérapie.

- **la thérapeutique :** par sa prise en charge multidisciplinaire, la chronicité et le cout élevé de la prise en charge.

b) **Physiopathologie :** La physiopathologie des pemphigus, c'est-à-dire les mécanismes à l'origine des lésions cutanées, n'est encore qu'imparfaitement comprise. Les auto-anticorps sont de classe IgG et peuvent activer le complément (voie classique) avec production du complexe d'attaque membranaire capable d'altérer la viabilité et les fonctions des kératinocytes. Cela est valable pour les auto-anticorps de classe IgG1, mais ne peut s'appliquer aux IgG4 anti-desmogléine 1 et 3, toujours retrouvées in situ

sur les desmosomes. Or ces IgG4 sont pathogènes et la molécule entière ainsi que leur Fab peuvent induire un pemphigus expérimental après transfert à la souris. Cela suggère qu'un mécanisme autre que l'activation du complément serait impliqué dans la genèse des lésions cutanées. Cet autre mécanisme ferait intervenir les protéases produites par les kératinocytes stimulés lors de l'interaction auto-anticorps-protéines desmosomiales. Les IgG se lieraient dans un premier temps à l'antigène de la surface des kératinocytes qui activerait le plasminogène, libérant de la plasmine dans l'espace intercellulaire. La plasmine permettrait la dissociation du ciment intercellulaire par clivage des protéines desmosomiales, entraînant le processus acantholytique. In vivo, il est probable que les deux mécanismes se complètent [7].

c) **SIGNES :**

Il débute souvent de façon insidieuse par des lésions muqueuses érosives :

- **Buccales** : érosions douloureuses, trainantes et récidivantes pouvant gêner l'alimentation (dysphagie) et entraîner un amaigrissement ;
- **Génitales** (Vulve, Pénis) moins fréquente que l'atteinte buccale ;
- **Œsophagiennes, intra vaginales, anales et oculaires**, parfois.
- **L'atteinte cutanée** est généralement secondaire, des semaines ou des mois après les érosions muqueuses, avec des bulles :

Flasques à contenu clair, siégeant en peau saine ;

Fragiles, laissant rapidement place à des érosions post bulleuses cernées par une collerette épidermique, siégeant volontiers dans les plis de flexion et le cuir chevelu, mais d'autres localisations sont possibles ;

Et un signe de Nikolsky présent en peau péri lésionnelle, et parfois en peau saine.

4- La brûlure :

La brûlure est une destruction aigue plus ou moins complète du revêtement cutané par une source thermique, chimique ou électrique.

La gravité d'une brûlure est définie par :

- **La surface de la brûlure:**

perte de la couverture cutanée sur plus de 10% de la surface corporelle totale (SCT), au-delà de 30 % elle engage le pronostic vital.

- **La localisation :**

c'est le cas du périnée où les complications septiques sont fréquentes, des brûlures de la face où les voies aériennes peuvent être compromises dans les premières heures, et où s'engagent le pronostic esthétique et le devenir social, enfin des mains et des pieds, pour lesquels le pronostic fonctionnel est au premier plan.

- **Les lésions associées :** que ça soit les brûlures respiratoires, ou les lésions traumatiques.

- **Mécanisme :** brûlures par flamme, brûlures électriques.

- **Terrain :**

Age moins de 4 ans, et l'existence d'un terrain pathologique. Les brûlures sont une cause importante de mortalité, et constituent un problème de santé publique dans le monde. Le nombre d'enfants brûlés chaque année dans le monde est estimé à plus de 500 000 tous les ans, et concernent dans un tiers des cas la population entre 0-15 ans, avec une incidence trois fois plus élevée chez les enfants de 0 -4 ans. La plupart de ces brûlures sont accidentelles, évitables, et occupent une place particulière parmi les accidents domestiques de l'enfant du fait de la lourdeur de leurs séquelles, et leur fréquence parmi les accidents domestiques est de 3-8 %; leurs mécanismes sont multiples, et sont dominés par ébouillantage (eau et liquides chauds).

1- Anatomo-pathologie de la brûlure :

La brûlure comprend 3 zones de réactions tissulaires. Ces zones sont en rapport avec le degré de sévérité des lésions et de la viabilité des tissus lésés. Les 3 zones sont :

- Une zone centrale qui a eu le plus grand contact avec la source de chaleur. Elle est caractérisée par une nécrose de coagulation des cellules. Elle est appelée zone de coagulation.

- A la périphérie de cette première zone, se trouve la zone de stase. Elle est marquée par des lésions tissulaires mais surtout vasculaires qui sont potentiellement réversibles. Sans réanimation adéquate, cette zone évolue au bout de 24 à 48 heures vers la mort cellulaire.

- Hors de ces zones, se trouve la zone d'hyperthermie similaire à une brûlure superficielle. Elle est caractéristique de la réponse inflammatoire. Elle comprend des lésions minimales qui guérissent en moins d'une semaine. Le but du traitement précoce est d'empêcher la transformation d'une zone de stase en zone de coagulation [8].

2- Examen clinique : Il doit comme à l'habitude être systématique. L'interrogatoire recherche les habitudes toxiques. L'examen doit se faire de la tête aux pieds. On peut

retenir trois points particuliers : La brûlure n'induit pas de lésion neurologique, l'existence de trouble de conscience impose donc de chercher une autre étiologie : intoxication aux benzodiazépines, au monoxyde de carbone, alcool, trauma crânien. Il n'y a pas de lésion respiratoire liée à la brûlure, une détresse respiratoire inaugurale doit faire rechercher un traumatisme associé (pneumothorax dans un contexte d'explosion). En revanche, la brûlure respiratoire avec inhalation de fumées d'incendie est souvent associée à la brûlure cutanée thermique, en particulier dans un espace clos. Il n'y a pas de trouble hémodynamique dans les 1ere minutes. Leur présence doit faire évoquer un saignement occulte.

3- Surface brûlée : C'est l'élément visuel immédiat sur le terrain, La surface brûlée ainsi calculée est essentielle pour la réanimation initiale du brûlé, elle l'est moins pour le pronostic vital. On distingue plusieurs méthodes d'évaluation de la SCB :

□ **Paume de main :** La surface de la paume de la main du patient, représente 1% de sa surface corporelle. Cet outil simple permet dans les situations extrêmes d'estimer soit la faible étendue de la brûlure soit la faible quantité de peau saine résiduelle par déduction ($100 - X$ % de peau saine). Elle est utilisable quel que soit l'âge du patient

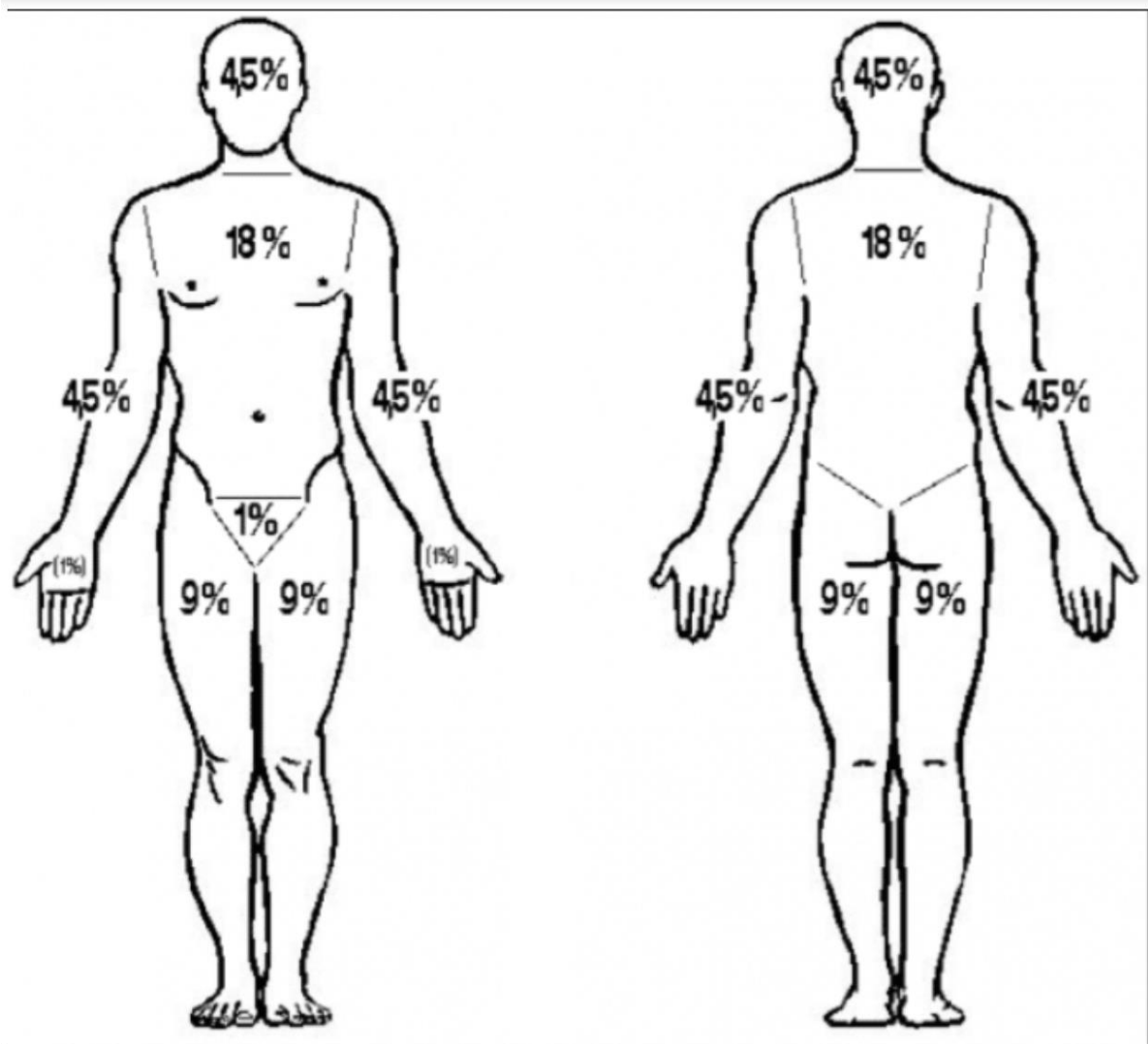
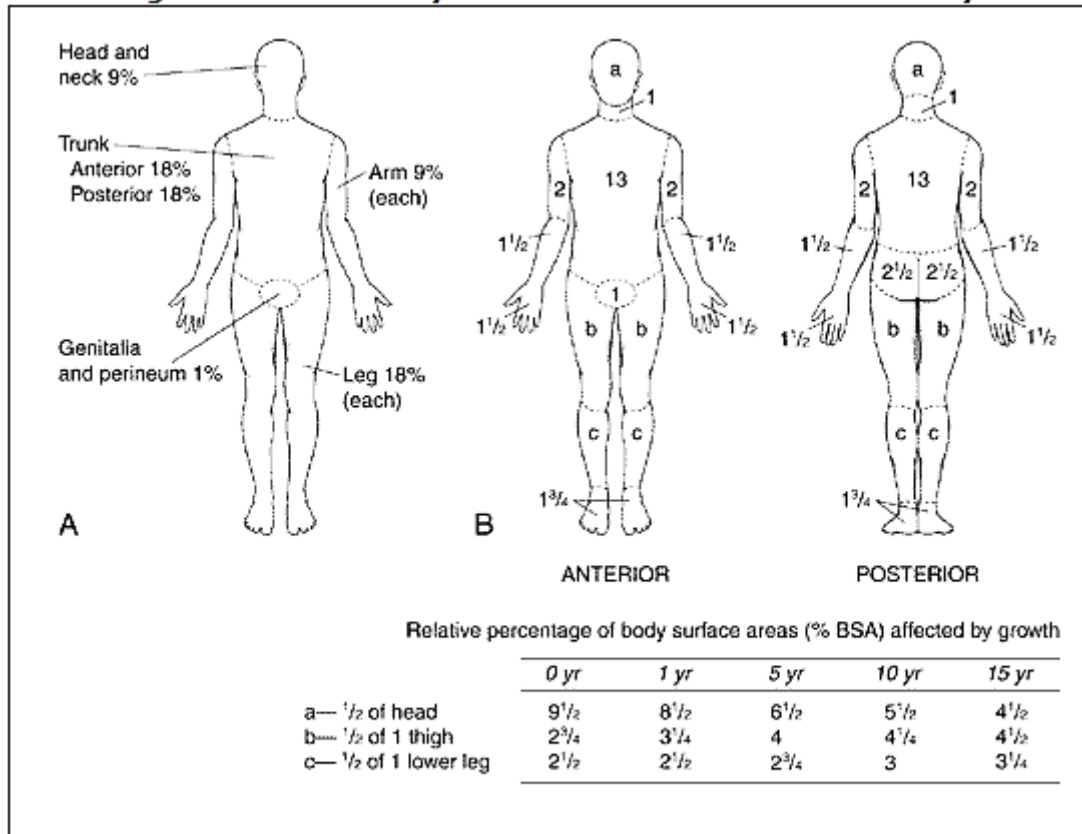


Figure 2: Règle des 9 de WALLACE:

Cette règle consiste à affecter 9% de la surface corporelle sur 11 portions de la surface corporelle. Les membres supérieurs représentent chacun 9%, soit 18% au total. Les membres inférieures représentent deux fois 9% chacun soit 36% au total. Le tronc représente quatre fois 9% (face antérieure et postérieure) soit 36%. La tête dans son intégrité représente 9%. Le restant correspond aux organes génitaux externes.

Estimating Percent Total Body Surface Area in Children Affected by Burns



(A) Rule of "nines"

(B) Lund-Browder diagram for estimating extent of burns

Figure 3: La table de Lund et Browder

: Cet outil permet de représenter schématiquement la surface, la localisation et la profondeur de la brûlure. Il permet d'obtenir un calcul précis de la SCB, avec un facteur de correction en fonction de l'âge (enfant et adulte). C'est un outil précis.

4- Profondeur de la brûlure :

C'est un paramètre qui intervient dans le pronostic fonctionnel que dans le pronostic vital car c'est de la profondeur que dépendent les capacités de cicatrisation cutanée ainsi que sa qualité.

1er degré : Elle correspond à une lésion isolée de l'épiderme qui guérit spontanément en quelques jours sans séquelle. Nous retrouvons un érythème douloureux.

2ème degré : Le 2e degré equivaut à une lésion complète de l'épiderme associée à une atteinte plus ou moins profonde du derme, dont la caractéristique pathognomonique est la présence de phlyctène. On décrit le degré superficiel lorsque l'épiderme est détruit jusqu'à la membrane basale. La guérison est obtenue en une à deux semaines, habituellement sans séquelles.

Le deuxième degré profond se caractérise par une atteinte importante du derme, laissant intactes les annexes pilo-sébacées et les glandes sudoripares. Dans ce cas, la cicatrisation est incertaine, demande plus de deux semaines et entraîne une cicatrice indélébile. La distinction clinique de ces deux profondeurs se fait sur l'aspect et la sensibilité du plancher de la phlyctène après son excision. Dans les superficielles, ce plancher apparaît rouge, bien vascularisé, excessivement sensible et spontanément douloureux. Au contraire, dans les lésions du deuxième degré profond, le plancher est blanc rosé, mal vascularisé et présente une sensibilité diminuée.

3ème degré : Elle correspond à une atteinte de la totalité des structures de la peau, détruisant l'épiderme, le derme et parfois l'hypoderme, les muscles ou même les tendons et les os sous-jacent. La peau brûlée reste adhérente, de couleur variable et n'a plus aucune sensibilité. Aucune cicatrisation n'est possible : la guérison ne peut être obtenue que par la réalisation d'une excision de la nécrose suivie de la pose d'auto greffe. Une brûlure du premier degré affecte uniquement l'épiderme, alors qu'une brûlure du second degré atteint le derme à un niveau variable (superficiel ou profond). Dans une brûlure du troisième degré, l'épiderme et le derme sont complètement détruits .

5- Diagnostic étiologique :

5-1- Brûlure thermique :

La brûlure thermique est causée par le contact de la peau avec un agent chaud solide ou liquide dont la température dépasse les 60° Celsius pendant un temps d'exposition de plusieurs secondes. Les agents solides entraînent des lésions limitées et profondes, alors que les agents liquides entraînent des lésions étendues dont la profondeur dépend du point d'ébullition et de la viscosité du liquide concerné.

5-2- Brûlure électrique : Les brûlures électriques sont celles dues aux passages de courant électrique, les lésions sont toujours profondes. Le point d'entrée souvent minuscule, cache la véritable lésion, sont toujours associées à de nombreuses thromboses vasculaires qui aggravent la lésion électrique. La gravité de la brûlure est fonction de l'intensité et de la tension du courant ainsi que de sa localisation et du temps de contact. Les brûlures électriques entraînent une brûlure au point de contact dit point d'entrée mais aussi tout le long du trajet que la décharge électrique va suivre dans le corps et au niveau du point de sortie. Les points d'entrées et de sorties du courant sont souvent des brûlures du troisième degré à type de plaques noires, sèches, de petites dimensions. Sur le trajet parcouru, le courant peut provoquer des lésions tissulaires qui

peuvent être cutanées musculaires, cardiaques, viscérales, rénales, vasculaires ou neurologiques aggravant le pronostic vital. Ces lésions de transit mettent parfois du temps à se manifester. Ainsi, il convient de réévaluer régulièrement l'état local aussi bien que général pour déceler toute aggravation secondaire.

5-3- **Brûlure chimique** : Les brûlures chimiques sont causées par des acides ou des bases. La gravité de la brûlure est corrélée aux propriétés chimiques du produit, à sa concentration et au temps de contact. Les brûlures chimiques se limitent aux zones de contact avec la peau.

5-4- **Brûlure par radiation** ; La brûlure par radiation se produit essentiellement par les rayons X et Y. L'aspect des lésions est semblable à celui des lésions thermiques [8]. Les brûlures chez l'enfant affectent souvent certaines zones anatomiques importantes, telles que le visage, le cou et les mains, et comparativement aux adultes, les enfants ont une peau fine, donc de petites quantités de liquides chauds peuvent infliger des brûlures graves. En outre les effets d'immunodéficience des brûlures graves, le séjour à l'hôpital ; les procédures diagnostiques et thérapeutiques augmentent les risques des morbidités et de mortalité, ces risques ont été améliorés dans les pays développés, par contre l'absence des centres spécialisés, d'une prise en charge extra-hospitalière précoce sont responsables des taux élevés de mortalité dans les pays en développement. L'infection reste la cause la plus retrouvée des morbidités et de mortalité à la suite des brûlures. Cette mortalité varie en fonction de différents facteurs : comme l'âge des patients, en particulier la population pédiatrique âgée de moins de 4 ans qui restent la plus exposée. En outre le type, les mécanismes des brûlures et le délai d'admission ont été associés à une élévation des taux de mortalité avec des morbidités physiques, fonctionnelles et psycho-sociale à long et à court terme, ceci est d'autant plus grave que la brûlure survient au moment où le développement fonctionnel et psychologique de l'enfant est important [9].

6- Indices pronostiques :

□ Indice de Baux :

La règle de Baux évalue le pronostic vital d'un patient brûlé en fonction de son âge, de la surface et de la profondeur de la brûlure (à partir du second degré intermédiaire), ainsi que des pathologies associées comme le diabète. Le calcul consiste à additionner l'âge à la surface corporelle brûlée (SCB) et à ajouter 15 en cas de pathologie. Un indice supérieur à 100 indique

un pronostic vital engagé, guidant ainsi la prise en charge : hospitalisation dans un centre spécialisé, en chirurgie plastique, ou soins ambulatoires avec suivi à domicile.

< 50 : Survie à 100%

51-75 : Survie à 90%

76-100 : Survie à 35%

101-125 : Survie à 20%

>125 : Survie peu probable

□ **Score UBS :**

Il prend en compte 2 paramètres : l'étendue et la profondeur.

Son mode de calcul est le suivant : $UBS = SCBT + 3 \times SCB$ au 3ème degré en fonction de l'UBS, les brûlures sont classées en 3 groupes de gravité croissante :

- UBS > 50 : brûlures graves

- UBS > 100 : brûlures très graves

- UBS > 200 : survie impossible

La prise en charge en réanimation :

Elle est souvent similaire dans toutes ces pathologies une fois admises en réanimation

- La mise sous ventilation artificielle et l'oxygénation si nécessaire suivant trois critères : neurologique (score de Glasgow), respiratoire (saturation en oxygène, la fréquence respiratoire) et hémodynamique
- La lutte contre la douleur par les antalgiques
- La réhydratation par des solutés de remplissage et la prévention des troubles ioniques
- Les soins locaux en fonction de l'atteinte cutanée
- L'antibiothérapie si nécessaire
- La prévention de la maladie thrombo-embolique par l'anticoagulation
- La prévention de l'ulcère de stress
- **La musicothérapie :**

La publication de nombreux travaux scientifiques nous amène à une meilleure compréhension des mécanismes impliqués dans la relation « musique et douleur ». Des études récentes ont mis

en évidence l'impact de l'écoute musicale sur la production de dopamine stimulant naturellement les zones de récompense du cerveau. Les principaux modes d'action ont pu ainsi être identifiés. L'impact peut être dû à des effets neurophysiologiques, spécifiques à la douleur et à la musique, agissant sur les composantes :

- **Sensorielle** (provoquant une contre-stimulation des fibres afférentes se référant ainsi à la théorie du « gate control ») ;
- **Cognitive** (détournant l'attention souvent en créant des images et en éloignant les pensées de la douleur) ;
- **Affective** (modifiant l'humeur associée à des états tels que la dépression ou l'anxiété et diminuant ainsi les tensions et les affects négatifs liés à ces états) ;
- **Comportementale** (agissant sur l'hypertonie musculaire et la psychomotricité) ;
- **Psychosociale** (intervenant aussi dans la réduction du phénomène douloureux chronique : la musique étant choisie en fonction des goûts personnels du patient, elle permet de répondre à la demande d'écoute individuelle. La verbalisation des émotions du patient à l'issue de la séance permet ainsi d'évacuer les tensions et favoriser la communication entre soignant-soigné) [12].

MALADES ET METHODES

MALADES ET METHODES :

1. Cadre et lieu d'étude : L'étude a été réalisée dans le service d'Anesthésie-Réanimation de l'Hopital de Dermatologie de Bamako. Cet hôpital a été créé selon la carte nationale hospitalière 2016-2020 par l'ordonnance n°2019-010/P-RM du 27 Mars 2019 ratifiée par la loi n°2019-022 du 03 juillet 2019. Il résulte des récentes réformes du ministère de la sante qui ont conduit à la scission du centre national d'Appui à la lutte contre la Maladie (CNAM) et à la redistribution de ces différents services entre deux nouvelles structures : une a vocation santé publique, l'Institut National de santé Publique (INSP) et l'autre à vocation hospitalière, l'Hôpital de Dermatologie de Bamako (HDB). L'Hôpital de Dermatologie de Bamako (HDB) hérite de facto de tous les services restant en plus de l'ensemble des biens meubles et immobiliers du CNAM. Il s'agit des services et départements suivants : Dermatologie vénéréologie, Anesthésie-Réanimation, Léprologie, Chirurgie, Unité de Soins d'Accompagnement et de Conseils pour les personnes vivant avec le VIH (PVVIH), Réhabilitation, Laboratoire d'analyses biologiques, Pharmacie, Appui aux programmes, Formation et enfin Administration et Ressources Humaines.

Le service de réanimation et de soins intensifs de l'Hopital de Dermatologie de Bamako

La réanimation et soins intensifs est une unité du service d'anesthésie réanimation et médecine d'urgence de l'Hopital de Dermatologie de Bamako chargée de la prise en charge des patients avec une ou plusieurs défaillances d'organes mettant en jeu le pronostic vital à moyen ou court terme.

Il est constitué de deux blocs : (Aile A) compose de 06 boxs ; chaque box équipé de bouches d'oxygène, de vide et d'air comprimé, un monitoring multiparamétrique, une seringue auto-pousseuse et un respirateur de réanimation. (Aile B) compose de 05 boxs ; chaque box équipé d'un monitoring multiparamétrique, une seringue auto-pousseuse et un respirateur.

□ Personnels

Le personnel médical est composé d'un (01) médecin anesthésiste réanimateur assisté de médecins en formation du D.E.S d'anesthésie-réanimation, de thésards qui assurent les gardes.

Le personnel paramédical est composé de 02 assistants médicaux, 07 techniciens supérieurs de sante, 05 techniciens de santé et 03 aides-soignantes.

Le personnel de soutien est composé de 03 techniciennes de surface.

□ **Equipements :**

-Le matériel disponible en salle de réanimation se compose comme suit :

- 30 respirateurs dont 05 de la marque DRAGER, 01 CARESCAPE ET 06 AEOMED, 07 STERNMED, 05 MEKICS, 03 SIARE, 01 PRUNUS, 01 PERLONG MEDICAL, 01 SS

- 17 seringue auto pousseuses à deux pistes et 1 piste, de la marque AGILIA 10, ASCOR 04, ESP-300 03,

- (11) scopes multiparamétriques (FC ; FR, SPO2, température, ECG) pour la surveillance de l'activité électrique du cœur des paramètres vitaux.

- 07 extracteurs d'oxygène

- 05 aspirateurs mobiles,

- 04 insufflateurs type ballon auto gonflable,

- 02 appareils de gazométrie

02 appareils de stérilisations de type AEROSEPT

- Une trousse d'intubation,

- Un réfrigérateur pour la conservation des médicaments,

- Un glycomètre,

-Un chariot d'urgence,

- plusieurs barboteurs pour oxygénation nasale,

- 27 respirateurs dont 04 de la marque CARESCAPE ET 01 AEOMED

-un defibrillateur électrique,

Un saturomètre mobile

-consommables ;

2. Type et durée d'étude :

Il s'agissait d'une étude transversale descriptive qui s'est déroulée sur la période allant de Janvier 2022 à Février 2024.

3. Population d'étude :

Elle concernait tous les patients hospitalisés dans le service de réanimation de l'Hôpital de Dermatologie de Bamako.

4. Définitions des cas : Tous les patients admis en réanimation pour pathologie dermatologique.

5. Critères d'inclusion:

Ont été inclus, tous les patients répondant à la définition de cas.

6. Critères de non inclusion:

- Patients non consentants ou ayant d'autres pathologies;

7. Collecte et analyse des données :

Les données ont été collectées à partir d'une fiche d'enquête pré établie, analysées sur le logiciel SPSS version 7 français et saisie sur le logiciel Word 2013.

Données éthiques :

Il s'agissait d'une étude observationnelle sur les données collectées chez les malades consultés à l'hôpital, tous les examens réalisés étaient motivés par l'état des patients. Au total, l'étude ne représentait aucun risque pour les malades et les données collectées ont été analysées de façon anonyme.

Définitions opérationnelles :

-Anémie : Lorsque le taux d'hémoglobine est inférieur à 14g/dl chez l'enfant, 13g/dl chez l'homme, 12g/dl chez la femme.

-Obésité : Lorsque l'indice de masse corporelle est supérieur à 30kg/m².

-Enfant : de 0 à 15ans

-Adolescent : de 16 à 24ans

- Adulte jeune : de 25 à 38 ans

-Adulte : de 40 à 58ans

-Personne âgée : de 60 à 105ans

RESULTATS

IV - RESULTATS

- **Caractéristiques socio-démographiques des patients**

Au total, nous avons inclus 75 patients sur 246 hospitalisations pendant la période d'étude soit 30,48% de fréquence hospitalière.

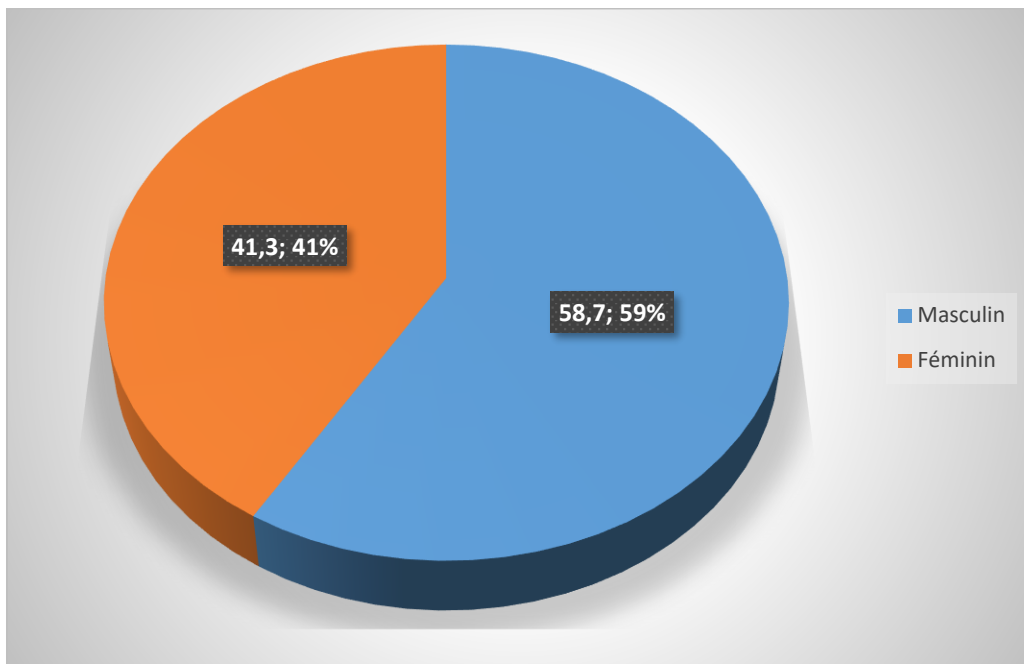


Figure IV: Répartition des patients selon le sexe

Le sexe masculin était prédominant avec un pourcentage de 59 %, soit un sex ratio de 1,44.

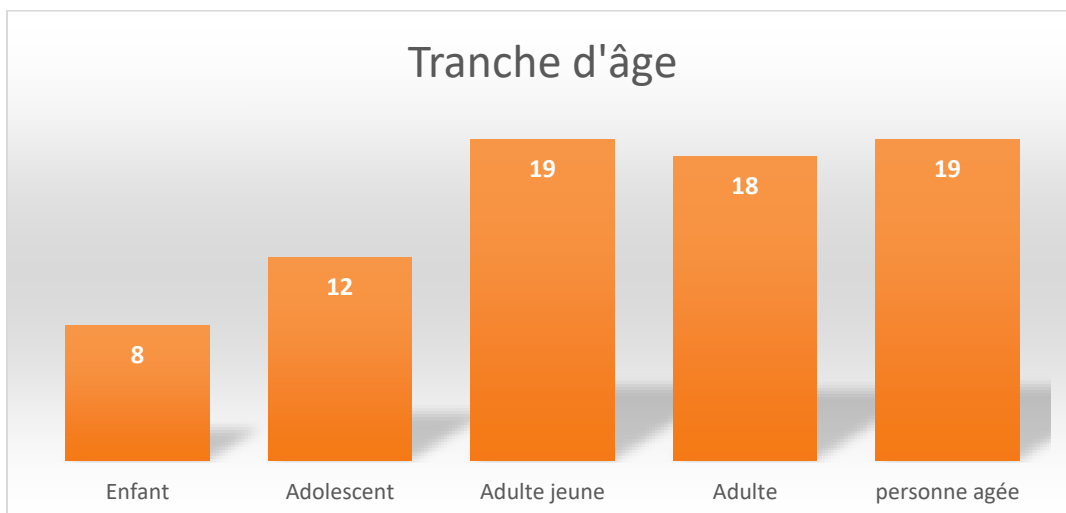


Figure V: Répartition des patients selon l'âge

Les personnes âgées et l'adulte jeune représentaient respectivement 19/75 cas.

L'âge moyen était de 40,1 ans avec des extrêmes de 0 mois à 105 ans.

Tableau II : Répartition de l'échantillon selon la profession

Profession	Fréquence	Pourcentage
Agent de santé	4	5,3
Commerçant	36	48,0
Cultivateur	1	1,3
Enfant	8	10,7
Enseignant	4	5,3
Entrepreneur	2	2,7
Etudiant	3	4,0
Ménagère	16	21,3
PA	1	1,3
Total	75	100,0

Les commerçants, les ménagères étaient les plus touchés par les affections dermatologiques avec un pourcentage de 48% et 21,3 %.

Tableau III: Répartition de l'échantillon selon les comorbidités

Comorbidités	Fréquence	Pourcentage
HTA	11	14,7
Diabète	6	8,0
Obésité	8	10,7
Sédentarité	40	53,3
Néoplasie	2	2,7
Alcoolisme	6	8,0
VIH	4	5,3
Atopique	2	2,7
Tabagisme	3	4,0
Corticothérapie au long cours	8	10,7
Auto-immunité	3	4,0
Tuberculose	4	5,3

Les malades sédentaires étaient les plus touchés avec un pourcentage de 53,3% suivis des hypertendus 14,7%.

Tableau IV: Répartition de l'échantillon selon la provenance

Provenance	Fréquence	Pourcentage
Bougouni	1	1,3
Kangaba	3	4
Kati	2	2,7
Kayes	1	1,3
Kita	3	4
Koulikoro	2	2,7
Koutiala	2	2,7
Mopti	2	2,7
Rive droite Bamako	30	40
Rive gauche Bamako	26	34,7
Ségou	3	4
TOTAL	75	100

Les affections dermatologiques touchent plus les habitants de Bamako avec un pourcentage de 74,7 % que dans les régions.

Tableau V : Relation entre la référence et certaines pathologies

Référence	brulure thermique	Fasciite	Lyell	Syndrome de chevauchement	
CHU- GT	13	7	0	2	26
CHU- Hopit	0	1	0	0	2
CHU- Kayes	0	0	0	0	1
CHU- Point	3	0	0	0	3
Csref de	1	0	1	0	3
Csref Kala	1	0	0	0	1
Csref Kout	1	0	0	0	1
Csref Segou	0	1	0	0	1
Dermatolog	10	5	2	0	24
Domicile	4	4	2	0	13
Total	33	18	5	2	75

13/33 des cas de brûlés provenaient du CHU- GT, 10/33 provenaient du service de dermatologie, 7/18 des cas de fasciite nécrosante provenaient du CHU-GT, 5/18 des cas de fasciite nécrosante provenaient du service de dermatologie

Tableau VI: Répartition de l'échantillon selon les motifs d'hospitalisation

Motifs	Fréquence	Pourcentage
Anémie sévère	35	46,7
Détresse respiratoire	10	13,3
Altération de la conscience	10	13,3
Sepsis	57	75
Etat de choc	44	58,7
Hypotension artérielle	35	46,7

Les motifs d'hospitalisation en réanimation étaient dominés par les sepsis, les états de choc, les anémies décompensées.

Tableau VII: Répartition de l'échantillon selon le service d'origine

Service d'origine	Fréquence	Pourcentage
CHU- Gabriel Touré	26	34,7
CHU- Hôpital du Mali	2	2,7
CHU- Kayes	1	1,3
CHU- Point-G	3	4,0
Cs réf de Kita	2	2,7
Cs réf de Koutiala	2	2,7
Cs réf de Mopti	2	2,7
Dermatologie- HDB	24	32,0
Domicile	13	17,3
Total	75	100

L'hôpital de Gabriel Touré et l'hôpital de dermatologie représentaient respectivement 34,7% et 17,3%.

Tableau VIII: Répartition de l'échantillon selon les anomalies biologiques

Anomalies	Fréquence	Pourcentage
Hypoprotidémie	36	48
Hyponatrémie	15	20
Hypernatrémie	15	20
Hypocalcémie	31	41,3
Hypercalcémie	12	16
Hypomagnésémie	30	40
Hypermagnésémie	9	12
Hypochlorémie	11	14,7
Hyperchlorémie	11	14,7
Hypokaliémie	18	24
Hyperkaliémie	33	44
Leucopénie	9	12
Leucocytose	45	60
Hémoglobinopénie	31	41,3
Hémoglobinoïse	9	12
Thrombocytose	13	17,3
Neutropénie	7	9,3
Neutrocytose	38	50,7
Lymphopénie	20	26,7
Lymphocytose	3	4
Écuvillonnage	55	73,3
ASAT	25	33,3
ALAT	25	33,3
CRP	63	84

Parmi les anomalies biologiques observées dans les bilans, la CRP, les écouvillonnages infectés, la leucocytose, la neutrocytose, l'hyperkaliémie, l'hypocalcémie et l'hémoglobinopénie étaient les plus observés

Tableau IX : Relation entre le devenir, l'âge et l'hypoprotidémie

Décès	catage	Hypoprotidémie		Total
		Non	Oui	
Non	Adolescent	2	3	5
	Adulte	3	2	5
	adulte jeune	5	3	8
	Enfant	2	1	3
	personne agée	4	1	5
	Total	16	10	26
Oui	Adolescent	3	4	7
	Adulte	5	8	13
	adulte jeune	6	5	11
	Enfant	2	3	5
	personne agée	7	6	13
Total	23	26	49	

8/13 adultes en hypoprotidémie sont décédés, 4/7 adolescent en hypoprotidémie sont décédés, 6/13 personnes âgées en hypoprotidémie sont décédés

Tableau X : Relation entre le devenir, l'âge et la natrémie

Décès	catage	Natrémie			Total
		Hyper	Hypo	Normale	
Non	Adolescent	1	0	4	5
	Adulte	0	1	4	5
	adulte jeune	0	0	8	8
	Enfant	0	0	3	3
	personne agée	0	0	5	5
	Total	1	1	24	26
Oui	Adolescent	0	3	4	7
	Adulte	3	5	5	13
	adulte jeune	6	3	2	11
	Enfant	0	0	5	5
	personne agée	4	2	7	13
Total	13	13	23	49	

5/13 adultes en hyponatrémie sont décédés, 6/11 adultes jeunes en hypernatrémie sont décédés, 7/13 personnes âgées avec une natrémie normale sont décédés.

Tableau XI : Relation entre le devenir, l'âge et la kaliémie

Décès	catage	Kaliémie			Total
		Hyper	Hypo	Normale	
Non	Adolescent	1	1	3	5
	Adulte	2	0	3	5
	adulte jeune	2	4	2	8
	Enfant	1	1	1	3
	personne agée	1	2	2	5
	Total	7	8	11	26
Oui	Adolescent	2	4	1	7
	Adulte	6	2	5	13
	adulte jeune	6	1	4	11
	Enfant	2	1	2	5
	personne agée	8	1	4	13
Total	24	9	16	49	

8/13 personnes âgées en hyperkaliémie sont décédés, 6/13 et 6/11 adultes et adultes jeunes en hyperkaliémie sont décédés.

Tableau VIII: Répartition de l'échantillon selon les étiologies

Etiologies	Fréquence	Pourcentage
Brulure électrique	1	1,3
Brulure thermique	33	44
Escarres	2	2,7
Fasciite nécrosante	18	24
Gangrène	9	12
Pemphigus	4	5,3
Syndrome de chevauchement	2	2,7
Syndrome de Lyell	5	6,7
DRESS	1	1,3
Total	75	100

Les cas de brulures et les fasciites nécrosantes représentaient respectivement 44% et 24 %.

Tableau IXIII: Répartition de l'échantillon selon les germes retrouvés aux écouvillons (germes isolés)

Germes	Fréquence	Pourcentage
Eschérichia coli	10	13,3
Klebsiella pneumonia	12	16
Pseudomonas aeruginosa	11	14,7
Acinetobacter baumannii	7	9,3
Candida albicans	3	4
Staphylococcus aureus	2	2,7
Proteus mirabilis	4	5,3
Providencia stuartii	3	4
Staphylococcus à coagulase négative	1	1,3
Enterobacter cloacae	1	1,3
Proteus hauseri	1	1,3
Stérile	20	26,7
Total	75	100,0

Les germes les plus retrouvés étaient : Eschérichia coli, Klebsiella pneumonia, Pseudomonas aeruginosa, Acinetobacter baumannii, Staphylococcus aureus. Le reste des malades avaient les écouvillons stériles : 26,7 %.

Tableau XIV : Relation entre les germes et certaines pathologies

Germes	Brulure électrique	brulure thermique	Fasciite	Lyell	Syndrome de chevauchement	Total
	0	8	5	1	0	20
Acinetobacter baumannii	0	3	1	1	1	7
Candida albicans	0	2	1	0	0	3
Enterobacter cloacae	0	1	0	0	0	1
Escherichia coli	0	3	4	0	1	10
Klebsiella pneumonia	1	5	3	0	0	12
Proteus hauseri	0	1	0	0	0	1
Proteus mirabilis	0	3	0	0	0	4
Providencia stuartii	0	2	1	0	0	3
Pseudomonas aerugina	0	0	0	0	0	1
Pseudomonas aeruginosa	0	4	2	2	0	10
Staphylococcus à coagulase négativ	0	0	0	1	0	1
Staphylococcus aureus	0	1	1	0	0	2
Total	1	33	18	5	2	75

5/12 cas de brulures thermiques étaient infectés par Klebsiella pneumonia, 4/10 de brulures thermiques étaient infectés pseudomonas aeruginosa, 4/10 cas de fasciites nécrosantes étaient infectés par escherichia coli

Tableau XIV: Répartition de l'échantillon selon le devenir

Devenir	Fréquence	Pourcentage
Guéris	26	34,7
Décédés	49	65,3
Total	75	100

Lors de l'étude 34,7% des malades sont guéris et malheureusement 65,3% sont décédés

Tableau XV : Relation entre le devenir et certaines pathologies

Décès	brulure thermique	Fasciite	gangrène	Lyell	Syndrome de chevauchement	Total
Non	11	5	6	1	0	26
Oui	22	13	3	4	2	49
Total	33	18	9	5	2	75

22/33cas de brulures thermiques sont décédés, 13/18 cas de fasciites nécrosantes sont décédés

Tableau XVI : Relation entre le devenir, l'âge et certaines pathologies

Décès	catage	Brulure électrique	brulure thermique	Fasciite	Lyell	Syndrome de chevauchement	Total
Non	Adolescent	1	2	2	0		5
	Adulte	0	0	1	1		5
	adulte jeune	0	5	1	0		8
	Enfant	0	2	0	0		3
	personne agée	0	2	1	0		5
	Total	1	11	5	1		26
	Oui	Adolescent		6	1	0	0
Adulte			4	4	1	1	13
adulte jeune			6	4	0	0	11
Enfant			5	0	0	0	5
personne agée			1	4	3	1	13
Total			22	13	4	2	49
catage	Adolescent	1	8	3	0	0	12
	Adulte	0	4	5	2	1	18
	adulte jeune	0	11	5	0	0	19
	Enfant	0	7	0	0	0	8
	personne agée	0	3	5	3	1	18
	Total	1	33	18	5	2	75

6/7 adolescents brulés sont décédés, 5/5 enfants brulés sont décédés

Tableau XVII: répartition de l'échantillon selon le délai de survenu de l'infection

Délai de survenu de l'infection (jour)	Fréquence	Pourcentage
-120	1	1.3
-60	3	4
-30	7	9.3
-21	2	2.7
-15	4	5.3
-7	3	4
-4	1	1.3
-3	3	4
-2	5	6.7
0	19	25.3
1	8	10.7
2	7	9.3
3	5	6.7
4	1	1.3
16	1	1.3
Non infecté	5	6.7
Total	75	100

Le délai moyen de survenu de l'infection était de 15.7 jours \pm 5 avant l'admission des malades avec des extrêmes de -120 à 16 jours ; 5 malades n'ont pas développé d'infection.

Tableau XVIII : répartition de l'échantillon selon le délai d'admission

Délai d'admission (jour)	Fréquence	Pourcentage
0	9	12
1	6	8
2	8	10.7
3	6	8
4	4	5.3
5	2	2.7
7	7	9.3
15	8	10.7
21	4	5.3
30	11	14.7
60	4	5.3
90	2	2.7
120	1	1.3
180	1	1.3
365	1	1.3
1825	1	1.3
Total	75	100

Le délai moyen d'admission était de 170.5 jours \pm 5 avec des extrêmes de 0 à 1825 jours chez les patients.

Tableau XIX: répartition de l'échantillon selon la durée du séjour des patients

Durée du séjour(jour)	Fréquence	Pourcentage
1	6	8
3	10	13.3
4	13	17.3
5	9	12
6	10	13.3
7	6	8
8	5	6.7
9	3	4
10	2	2.7
11	2	2.7
13	2	2.7
14	1	1.3
17	1	1.3
18	1	1.3
19	1	1.3
20	1	1.3
27	1	1.3
51	1	1.3
Total	75	100

La durée moyenne du séjour était à 13.5 jours \pm 5 avec des extrêmes de 1 à 51

Tableau XX: Répartition de l'échantillon selon l'âge, le sexe et le devenir

Caractéristiques sociodémographiques	Décédé		
	Oui	Non	p
Sexe			
Homme	28	16	0.36
Femme	21	10	
Tranche d'âge			
Enfant	5	7	0.40
Adulte jeune	5	13	0.34
Jeune adolescent	8	11	0.22
Adulte	3	5	0.57
Personne âgée	5	13	0.34

Il y a un lien d'association entre le sexe masculin et la guérison des patients avec un $p=0,0000005$.

Tableau XXI: Croisement entre le motif d'hospitalisation et le devenir

Motif d'hospitalisation	Décès		P. value
	Oui	Non	
Anémie	20	11	0.45
Pneumopathie	10	26	0
Inconscience	9	25	0
Sepsis	35	4	0.000003
Choc	38	20	0.47
Hypotension	32	23	0.02

Il y'a un lien entre le sepsis, l'hypotension et la survenue de décès chez nos patients avec un p respectivement à 0.00003 ;0.02

Tableau XI: répartition de l'échantillon selon les antécédents et le devenir

Antécédents	Décès		p. value
	Oui	Non	
HTA	8	23	0.31
Diabète	3	23	0.67
Obésité	7	25	1.94
Sédentarité	27	13	0.17
Néoplasie	1	25	0.21
Tuberculose	4	26	2.24
Corticothérapie	7	25	1.94
Terrain d'atopie	1	25	0.21
Tabagisme	3	26	1.65
Alcoolisme	6	26	3.46
Auto-immunité	2	25	0.002
Immunodépression	4	26	2.24
Pneumopathie	10	26	6.12

Il y'a un lien entre l'auto-immunité et le devenir

Tableau XXIII : Relation entre le devenir, les germes et certaines pathologies

Décès	Germes	brulure thermique	Fasciite	Lyell	Syndrome de chevauchement	Total
Non		3	4	0		10
	Acinetobacter baumanii	2	0	0		3
	Escherichia coli	1	0	0		2
	Klebsiella pneumonia	2	1	0		5
	Proteus hauseri	1	0	0		1
	Proteus mirabilis	0	0	0		1
	Pseudomonas aeruginosa	1	0	0		2
	Staphylococcus à coagulase negativ	0	0	1		1
	Staphylococcus aureus	1	0	0		1
	Total	11	5	1		26
	Germes	5	1	1	0	10
	Acinetobacter baumanii	1	1	1	1	4
	Candida albicans	2	1	0	0	3
	Enterobacter cloacae	1	0	0	0	1
	Escherichia coli	2	4	0	1	8
Oui	Klebsiella pneumonia	3	2	0	0	7

Proteus mirabilis	3	0	0	0	3
Providencia stuartii	2	1	0	0	3
Pseudomonas aerugina	0	0	0	0	1
Pseudomonas aeruginosa	3	2	2	0	8
Staphylococcus aureus	0	1	0	0	1
	22	13	4	2	49

Tableau XXIV: répartition de l'échantillon selon le diagnostic et le devenir

Diagnostic	Décès		P. value
	Oui	Non	
B. thermique	18	18	0.26
B. chimique	0	0	-
B. électrique	0	24	0.38
S. Johnson	0	0	-
S. chevauchement	0	24	0.23
S. Lyell	4	25	0.50
PAGE	0	0	-
DRESS	1	26	0.53
Escarres	12	23	0.17
Gangrène	11	17	0.12
Fasciite	13	21	0.49

Il n'y a pas de lien entre le diagnostic et le devenir chez les patients

Tableau XXV: répartition de l'échantillon selon les germes isolés et le devenir des patients

Germes isolés par la culture	Décès		P. value
	Oui	Non	
Acinetobacter baumannii	4	3	0.46
Candida albicans	3	0	0.27
Enterobacter cloacae	1	0	0.65
Escherichia coli	8	2	0.25
Klebsiella pneumonia	7	5	0.40
Proteus hauseri	0	1	0.34
Proteus mirabilis	3	1	0.56
Providencia stuartii	3	0	0.27
Pseudomonas aeruginosa	9	2	0.18
Staphylococcus à coagulase négative	0	1	0.34
Staphylococcus aureus	1	1	0.57

Il y'a un lien entre Candida albicans, Escherichia coli, Providencia stuartii, Pseudomonas aeruginosa et le devenir avec des valeurs de p respectivement à 0.03, 0.002, 0.03, 0.0008

DISCUSSION ET COMMENTAIRES

IV - DISCUSSION :

Discussion de l'approche méthodologique

Nous avons mené une étude transversale descriptive sur le motif d'hospitalisation des affections dermatologiques au service de Réanimation de l'hôpital de Dermatologie de Bamako sur une période de deux ans. En effet, le CHU HDB est le plus grand centre de référence dans le traitement des affections de la peau. Depuis deux ans le service de réanimation est fonctionnel dans ledit hôpital. La plupart des affections cutanées sont bénignes et la prise en charge est ambulatoire. Parfois, certaines d'entre elles sont graves et mettent en jeu le pronostic vital. D'où la prise en charge nécessite des gestes urgents pour sauver ces malades. Les études portées sur ces affections dermatologiques graves sont étudiées de façon isolée. Peu d'étude s'intéresse à la cure complète des affections dermatologiques nécessitant une réanimation. Raison pour laquelle nous nous sommes fixés l'objectif de décrire le profil des patients hospitalisés en service de réanimation pour affection dermatologique.

Les limites de cette étude étaient la capacité limitée d'accueil en réanimation, le plateau technique limité pour la prise en charge de certaines affections, la rareté des pathologies et le délai de séjour des malades dans d'autres services avant leur admission en réanimation.

Toutefois cette étude nous a permis de connaître le profil des patients hospitalisés en réanimation pour les affections dermatologiques.

Caractéristiques sociodémographiques :

La fréquence : Dans notre étude nous rapportons une fréquence hospitalière de 30,04% à l'hôpital de dermatologie de Bamako. Cette forte incidence pourrait être due au fait que le lieu d'étude est le centre de référence des grands brûlés.

Sexe : nous avons retrouvé une prédominance masculine avec un sex ratio de 1,44 dans notre étude. Ces résultats sont similaires à ceux rapportés par Diouf à Dakar, Konan en Côte d'Ivoire et Daddy H au Niger avec respectivement un sex-ratio de 1,2, 1,15 et 1,6 en faveur des hommes [Diouf, Konan, Daddy H]. Par contre Fatoumata Ly à Dakar en 2015 et Adrianison M en Madagascar en Afrique tropicale ont rapporté une prédominance féminine. Ces disparités peuvent être attribuées au critère d'inclusion des cas. En milieu dermatologique, les femmes sont plus touchées en raison de l'étiologie de certaines affections dermatologiques, notamment d'origine auto-immune et inflammatoire. Dans notre série, il ya quelques possibilités que cette

prédominance masculine soit due au retard de consultation, ce qui les expose à des complications redoutables.

Age : toutes les catégories d'âge étaient touchées dans notre série. Les adultes jeunes et les personnes âgées étaient les couches les plus touchées dans notre étude avec un âge moyen de 40,1 ans. Ces résultats étaient en accord avec les séries de la sous-région notamment 49 ans à Dakar, 35,4 ans à Madagascar. (Fatoumata Iy, Adrianison M). On observait la même tendance dans les séries des pays développés comme la France et les États-Unis, avec respectivement 33 ans et 43 ans. La fréquence élevée des adultes jeunes dans notre série peut être due à l'étiologie de nos cas dominés par les brûlures. Les personnes âgées sont souvent admises en service de réanimation en raison de leur immunité déficiente et/ou de la décompensation de leurs tares.

Caractéristiques cliniques :

Les antécédents des patients : parmi nos patients, le diabète, l'HTA, la néoplasie et la corticothérapie au long cours étaient les principaux antécédents. La peau est la première barrière de protection de l'organisme contre le milieu extérieur, donc toute altération cutanée peut entraîner des complications infectieuses ou troubles électrolytiques (Moissan H.). La présence de ces tares est un des éléments qui contribuent énormément à la défaillance organique, d'où l'admission dans le service de réanimation.

Le motif de l'admission : Dans notre cohorte les principaux motifs étaient l'anémie décompensée, la détresse respiratoire, le choc septique et l'altération de la conscience. Cette situation est un motif courant en milieu de réanimation (Bertrand). Dans la littérature, les principaux motifs d'hospitalisations pour les affections cutanées sont en général quatre circonstances : les complications liées à l'immunosuppression et/ou au traitement, les manifestations cliniques graves en rapport avec une crise de la maladie systémique ou réaction lépreuse, une atteinte viscérale et la surinfection (Robert R). Lors d'une hospitalisation en milieu dermatologique, il est impératif de maintenir une surveillance rigoureuse pour détecter rapidement ces situations et les traiter rapidement, afin d'éviter l'hospitalisation en service de réanimation.

La provenance des patients : La référence par les structures hospitalières était la principale procédure d'admission, notamment 32% des cas provenait du service de dermatologie de l'hôpital de dermatologie de Bamako. **Ouédrago** a rapporté que 54% des admissions étaient des transferts dans une étude réalisé au service de réanimation à l'hôpital de dermatologie de

Bamako (thèse Ouédraogo). **Konaté A** au Gabriel Touré dans l'étude sur les motifs d'admission au service réanimation rapportait 96% de ces patients qui provenait des services intra hospitaliers (thèse Konaté A). Ces disparités des chiffres pourraient s'expliquer par le lieu de recrutement et le critère d'inclusion. Cependant, cette concentration élevée de références de service de dermatologie doit alerter les dermatologues sur la qualité des soins. Pour éviter l'admission des patients en réanimation, il est essentiel de sensibiliser la population sur l'importance d'une consultation rapide en service de dermatologie pour les affections cutanées.

Les constantes cliniques :

Nous avons observé des anomalies de l'hémogramme affectant toutes les lignées (érythrocytaires, leucocytaires, plaquettaires), ainsi que des troubles électrolytiques et ioniques. Ces anomalies résultent de la perte de la barrière cutanée, qui déclenche une réponse inflammatoire et immunitaire et une destruction cellulaire (Mehmet). La perte de cette barrière provoque une perte de fluides et d'électrolytes : la peau normale agit comme une barrière contre la perte de liquides. Lorsque cette barrière est compromise, il y a une perte importante de liquide extracellulaire riche en électrolytes (sodium, potassium, calcium, magnésium), ce qui conduit à des déséquilibres ioniques. La peau endommagée peut provoquer également une déshydratation, affectant la pression sanguine et entraînant des troubles hémodynamiques (Bertrand). Ces situations cliniques doivent être surveillées lors de séjour en milieu dermatologique pour prévenir ces admissions en réanimation. Il faut savoir aussi que presque tous nos patients avaient séjourné dans un service médical avant leur admission. Seulement les cas graves qui nécessitent un soin intensif sont transférés en réanimation.

Le diagnostic retenu :

Les étiologies étaient dominées par les brûlures 45,3%, les toxidermies graves faites de syndrome de Lyell 6,7% et syndrome de chevauchement 2,7%, les fasciites nécrosantes 24% et les pemphigus 5,3%. Le syndrome de Lyell est un grand pourvoyeur des patients en réanimation par son décollement cutané et les défaillances organiques qu'il entraîne le plus souvent. Les études sur les urgences dermatologiques réalisées à Dakar et Madagascar ont rapporté une fréquence de 19,6% et 38% (Fatoumata Ly et Adrianison M). Mais dans ces études ils ont constaté une mortalité due aux manques de services de soins intensifs. La fasciite nécrosante peut rapidement évoluer en sepsis, une réponse inflammatoire systémique potentiellement mortelle à une infection (Stevens). Le sepsis peut progresser en choc septique, caractérisé par

une hypotension sévère réfractaire à la réanimation liquidienne, entraînant une hypoperfusion tissulaire et une défaillance multi-organique. Ces patients peuvent développer également une insuffisance respiratoire aigue due à une septicémie sévère, un œdème pulmonaire non cardiogénique (syndrome de détresse respiratoire aiguë, SDRA) ou une atteinte des muscles respiratoires. (Stevens). Dans une étude ultérieure au service de réanimation à l'Hôpital de dermatologie de Bamako en 2024, les brûlures et les toxidermies représentaient 8% et 4%

(Thèse Ouédraogo).

Le taux de mortalité :

Dans notre cohorte le taux de mortalité était de 65,3%. Ces résultats sont supérieurs à ceux rapportés par Ouédraogo 45% et au taux de mortalité de l'étude Dakaroise qui était environ 7%. Ces disparités pourraient s'expliquer par le lieu de recrutement et le critère d'inclusion. L'étude d'**Ouédraogo** concernait tous les motifs d'admission en réanimation sur une année et celle de Dakar était uniquement les urgences dermatologiques en service d'urgence (Fatoumata ly et Thèse Ouédraogo).

Le taux élevé de décès en service de réanimation est principalement dû à la gravité des conditions médicales traitées, la complexité et les dangers associés aux interventions en soins intensifs, la résistance aux traitements, la présence de dysfonctionnement multi-organique, et les facteurs démographiques tels que l'âge avancé et les comorbidités. Ces conditions sont autant en exergue pour les affections cutanées liées principalement par la fonction de la peau. Les soins en réanimation nécessitent une approche multidisciplinaire et continue pour optimiser les chances de survie des patients les plus gravement malades.

CONCLUSION

IV. CONCLUSION :

Les affections dermatologiques sont un motif rare d'admission en réanimation. Les principaux antécédents étaient le diabète, l'HTA, la corticothérapie à long court, la néoplasie.

Les pathologies majoritaires dans notre étude étaient les cas de brûlure, les fasciites nécrosantes et les toxidermies graves.

Il serait nécessaire de faire une étude multicentrique sur les facteurs de risque de motifs d'admission des affections cutanées en service de réanimation.

RECOMMANDATIONS

V. RECOMMANDATIONS :

Aux autorités administratives

- Appliquer les réglementations en vigueur en matière de vente des médicaments ;
- Equiper le plateau technique du laboratoire (ecouvillonnage, hémoculture, examen cyto-bactériologique des urines) et sa disponibilité 24h/24 ;
- Renforcer les personnels : soignant et médical ;
- Equiper les salles d'hospitalisation en réanimation (MEOPA, salle unique pour les brûlés) ;
- Ouverture d'une banque de sang ;
- Ouvrir un service spécialisé dans la prise en charge des urgences dermatologiques ;
- Assurance - maladie pour les malades indigents.

Aux personnels soignants :

- Renforcer la surveillance des malades hospitalisés (score de Glasgow, température, tension artérielle, glycémie, saturation, fréquence cardiaque, fréquence respiratoire...), des bilans de contrôle tous les 3 jours (NFS, ionogramme sanguin complet, créatinine, urée...) pour détecter précocement les signes de complication ;
- Prise en charge pluridisciplinaire des malades
- Penser à une toxidermie après toute réaction cutanéomuqueuse survenant après administration systémique d'un médicament
- Transférer à temps en réanimation les urgences dermatologiques pour éviter les complications et les pertes.

A la population :

- Eviter l'automédication
- Consulter devant toute réaction à un médicament afin d'obtenir une prise en charge précoce et éviter les complications.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

VI. REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Dréno, B. Anatomie et physiologie de la peau et de ses annexes. *Annales de Dermatologie et de Vénérologie*. 2009-10-01. S247-S251. DOI : 10.1016/S0151-9638(09)72527-X
2. Andrianarison, M ; Raharolahy, O ; Rakotoarisaona, M F ; Sendrasoa, F A ; Ranaivo, I M ; Ramarozatovo L S ; Rabenja, F Rapelanoro ; Les urgences dermatologiques au service de Dermatologie du Centre Hospitalier Universitaire Joseph Raseta Befelatanana ; 2019
3. Urbina, T ; Hua, C ; Sbidian, E ; Ingen-Housz, S ; Duong, T, -A ; Urgences dermatologiques en réanimation : infections nécrosantes de la peau et des parties molles et toxidermies graves ; *Médecine Intensive Réanimation* ; 09/18 ; 461-474 ; DOI :10.3166/rea-2018-0064
4. Privat Y. Toxidermies médicamenteuses, diagnostic et prévention. *Ann Dermatol Venereol* ; 2003 ; 130 :3 159-3
5. Méliopoulos, Alexandre ; Levacher, Christine ; *La peau : structure et physiologie* ; 2012
6. Doumbia, M Seydou ; Sylla, Mme Mariam ; Faculté de Médecine et D'Odontostomatologie année universitaire 2020-2022 ; 2020
7. Siah S, Baite A, Bakkali H, Atmani M, Ababou K, Ihray H. Prise en Charge du Syndrome de Lyell ou Necrolyse Epidermique Toxique. *Annals of Burns and Fire Disasters*. 9 sept 2009;22(3):142.
8. Bamba, Ismaila ; Aspects épidémiologiques, cliniques et évolutifs du pemphigus à l'HDB ; 2021, 52-65
9. D-Wassermann ; critères de gravité des brûlures épidémiologie, pré- organisation de la prise en charge. *Pathologie biologique* 2(50), 65-73
10. Moissan H, Brûlure : définition, étiologie, physiopathologie, diagnostic. *La conférence Hippocrate*, 1998, 98,1-6
11. Gueugniaud P. Prise en charge des brûlés graves pendant les 72 premières heures. *Annales Françaises d'Anesthésie et de Réanimation*. 1 janv 1997;16(4):354-69.
12. Guétin S, Touchon J. La musicothérapie en anesthésie réanimation. *Le Praticien en Anesthésie Réanimation*. 1 juin 2020;24(3):135-40.

13. Ly FF, diop MTN, Kane A. Urgences dermatologiques en zone tropicale : étude de 162 cas. *Ann Dermatol Vénéréol* 2015;142 (12S):S435. DOI: 10.1016/j.annder.2015.10.031.
14. Konan. K.J, Babo. C.J, Ayé. Y.D, Bouh.K.J, Kouamé.Y.S, Soro.L et coll. Aspects épidémiologiques des admissions dans le service de réanimation du CHU de Yopougon au cours du conflit armé post électoral en Côte d'Ivoire. *Rev Afr. Anesth Med urgence*. 2013 ; 18 : 33- 38.
15. Diouf. E, Leye. P.A, Bah. M.D, Ndiaye. P.I, Fall. M.L, Traoré. M.M et coll. Modalités d'admission des patients dans un service de réanimation en Afrique et conséquences sur l'évolution. *Rev Afr Anesth Med Urgence*. 2014; 19: 79-84.
16. Daddy H , Adehossi E , Gagara M , Bako Maiga A F , Foumakoye Gado A , Sani R , Sanoussi S. Epidemiological aspects of patients admitted in the intensive care unit of Niamey National Hospital. *Rev Afr Anesth Med Urgence*. 2014; 19.
17. J.a.ch Ramorasata, N.E RavelosoN, D Tohaina, A.M Riel J.J Andrianjatovo , J.M Randriamiarana, F Sztark. Epidemiological and clinical features of Toxic Epidermal Necrolysis at the resuscitation's unit of the Hospital of Soavinandriana Antananarivo. *Rev Afr Anesth Med Urgence*. 2009(Mai-June); 1(2): 21-25.
18. M Andrianarison, O Raharolahy, M F Rakotoarisaona, F A Sendrasoa, I M Ranaivo, L S Ramarozatovo, F Rapelanoro Rabenja. Dermatological emergencies in the dermatological unit of the Joseph Raseta Befelatanana Academic Medical Center.*Rev. Anesth.-Réanim. Med. Urg. Toxicol*. 2019 (Janvier-Juin);11(1): 19-21
19. Bertrand Guided, Philippe Aegerter. Severity scores in Intensive Care Medicine. *Le Praticien en anesthésie reanimation*. 2009; 13, 6—18.
20. Mehmet Haberal, A. Ebru Sakallioglu Abali, Hamdi Karakayali. Fluid management in major burn injuries. *Indian J Plast Surg Supplement*. 2010; Vol 43.
21. Stevens D. L., Bryant A. E. "Necrotizing soft-tissue infections." *New England Journal of Medicine*. 2017; 377 (23), 2253-2265).
22. Youssouf OUEDRAGO. Profil des patients Hospitalisés en reanimation à l'Hopital de Dermatologie de Bamako.2024; 1-40
23. Touré MK, Coulibaly M, Koné J, Diarra MS, Coulibaly BB, Beye SA, et al. [Acute Complications Of Snakebite Envenomation In Department Resuscitation Of CHU-Mother Child « Luxembourg » Of Bamako]. *Mali Med*. 2019;34(1):48-52.
24. D'Osa F. Fée D'Osa. [cité 3 janv 2025]. Mars 2021 : Le Corps 4/4. Disponible sur: <https://feedosa.ch/blog/f/mars-2021-le-corps-44>

ANNEXES

ANNEXES

FICHE SIGNALÉTIQUE

Nom: SIDIBE

Prenom: Malado

Titre de la thèse: Motifs d'admission des affections dermatologiques en réanimation au CHU-HDB de Bamako.

Adresse mail: malado.sidibe98@gmail.com

Année Universitaire: 2023-2024

Ville de soutenance: Bamako

Nationalité: Malienne

Pays de soutenance: Mali

Lieu de depot: Bibliothèque de la faculté de médecine et d'odonto-stomatologie

Secteur d'intérêt: Médecine

RESUME DE THESE :

INTRODUCTION : Les urgences dermatologiques nécessitant une réanimation sont rares, mais elles présentent un taux de létalité élevé et entraînent parfois des conséquences graves à long terme liées aux séquelles. Nous pouvons citer les dermohypodermes bactériennes nécrosantes, les toxidermies sévères, les affections auto-immunes, ainsi que les brûlures, qui sont des traumatismes cutanés. En Afrique, plusieurs auteurs se sont penchés sur cette question, rapportant des fréquences d'hospitalisation variant entre 0,4 % et 1,53 % selon les études. Au Mali, les recherches se sont principalement concentrées sur des affections isolées et sur des services hors du cadre de la réanimation. L'absence de données nationales précises nous a incité à entreprendre cette étude, dans le but de présenter de manière pragmatique les modalités de diagnostic et de prise en charge des affections dermatologiques pouvant nécessiter une admission en réanimation.

Patients et méthodes : C'est une étude transversale descriptive qui s'est déroulée sur la période allant de Janvier 2022 à Février 2024. Dans le recueil des données, étaient inclus tous les patients admis dans le service de réanimation pour affection dermatologique. **Résultats :** Au total, 246 patients ont été hospitalisés en réanimation, parmi lesquels nous avons dénombré 75 cas de pathologies dermatologiques. L'âge moyen était de 40,1 ans et une prédominance masculine a été notée (une fréquence de 59 %, soit un sex ratio de 1,44). Le délai moyen d'admission était de quelques heures. L'ensemble des affections dermatologiques étaient dues aux traumatismes cutanés : 45,3%, les toxidermies : 10,7%, les pemphigus : 5,3%, les dermo-hypodermes bactériennes : 38,7%. Les principaux germes isolés étaient : Escherichia coli (13,3%), Klebsiella pneumonia (16 %), Pseudomonas aeruginosa (14,7 %), Staphylococcus aureus (2,7 %), Acinetobacter baumannii (9,3 %), Candida albicans (4 %), Providencia stuartii (4 %), Proteus mirabilis (5,3 %) et Staphylococcus à coagulase négative (1,3 %). La durée moyenne d'hospitalisation était de 13,5 + - 5 jours avec des extrêmes de un et 51 jours. Des complications étaient survenues chez la plupart de ces patients : anémie (46,7%), détresse respiratoire (13,3%), altération de la conscience (13,3%), hypotension artérielle (46,7%), sepsis (75%), état de choc (58,7%). La mortalité était de 65,3% et était liée aux complications. **Conclusion :** Les affections dermatologiques sont un motif fréquent d'admission en réanimation raison pour laquelle il est nécessaire de faire une étude multicentrique sur leurs facteurs de risque.

Mots clés : motif d'hospitalisation, affection dermatologique, réanimation, Bamako.

THESIS ABSTRACT:

INTRODUCTION: Dermatological emergencies requiring resuscitation are rare, but they have a high case fatality rate and sometimes lead to serious long-term consequences related to sequelae. We can cite necrotizing bacterial dermohypodermatitis, severe toxidermia, autoimmune diseases, as well as burns, which are skin trauma. In Africa, several authors have looked into this issue, reporting hospitalization frequencies varying between 0.4% and 1.53% depending on the study. In Mali, research has mainly focused on isolated conditions and on services outside the framework of resuscitation. The absence of precise national data prompted us to undertake this study, with the aim of presenting in a pragmatic manner the methods of diagnosis and management of dermatological conditions that may require admission to intensive care.

Patients and methods: This is a descriptive cross-sectional study that took place over the period from January 2022 to February 2024. The data collection included all patients admitted to the intensive care unit for dermatological conditions. **Results:** A total of 246 patients were hospitalized in intensive care, among whom we counted 75 cases of dermatological pathologies. The average age was 40.1 years and a male predominance was noted (a frequency of 59%, or a sex ratio of 1.44). The average admission time was a few hours. All dermatological conditions were due to skin trauma: 45.3%, toxidermia: 10.7%, pemphigus: 5.3%, bacterial dermohypodermatitis: 38.7%. The main germs isolated were: *Escherichia coli* (13.3%), *Klebsiella pneumonia* (16%), *Pseudomonas aeruginosa* (14.7%), *Staphylococcus aureus* (2.7%), *Acinetobacter baumannii* (9.3%), *Candida albicans* (4%), *Providencia stuartii* (4%), *Proteus mirabilis* (5.3%) and coagulase-negative *Staphylococcus* (1.3%). The average length of hospitalization was 13.5 + - 5 days with extremes of 1 and 51 days. Complications occurred in most of these patients: anemia (46.7%), respiratory distress (13.3%), impaired consciousness (13.3%), arterial hypotension (46.7%), sepsis (75%), shock (58.7%). Mortality was 65.3% and was related to complications. **Conclusion:** Dermatological conditions are a frequent reason for admission to intensive care, which is why it is necessary to conduct a multicenter study on their risk factors.

Key words: reason for hospitalization, dermatological condition, intensive care, Bamako.

FICHE D'ENQUETE N°

Date d'enregistrement :

Numéro de dossier :

Données sociodémographiques

Profession :

Résidence :

Age :

Sexe :

Numéro de téléphone :

Facteurs de risque

HTA : Oui /_/ Non /_/

Diabète : Oui /_/ Non /_/

Obésité (IMC \geq 30, périmètre abdominal \geq 102cm/ 88cm) : Oui /_/ Non /_/

Sédentarité : Oui /_/ Non /_/

Alitement prolongé de plus de 72heures : Oui /_/ Non /_/

Antécédents

Antécédents personnels :

Antécédents médicaux :

HTA : Oui : /_/ Non /_/

Diabète : Oui /_/ Non /_/

Anémie : Oui /_/ Non /_/

Pneumopathie : Oui /_/ Non /_/

Intoxication médicamenteuse : Oui /_/ Non /_/

Néoplasie évolutive : Oui /_/ Non /_/

Tuberculose : Oui /_/ Non /_/

Corticothérapie : Oui /_/ Non /_/

Notion d'allergie : Oui /_/ Non /_/

Tabagisme : Oui /_/ Non /_/

Alcoolisme : Oui /_/ Non /_/

Antécédents familiaux :

HTA : Oui /_/ Non /_/

Diabète : Oui /_/ Non /_/

Antécédents chirurgicaux

Opéré : Oui /_ / Non /_ /

Motifs d'hospitalisation :

Perte de connaissance : Oui /_ / Non /_ /

Eruption cutanée de boutons : Oui /_ / Non /_ /

Eruption de bulles : Oui /_ / Non /_ /

Eruption de vésicules : Oui /_ / Non /_ /

Notion de brûlure :

➤ Thermique : Oui /_ / Non /_ /

➤ Electrique : Oui /_ / Non /_ /

➤ Chimique : Oui /_ / Non /_ /

Intoxication médicamenteuse :

➤ Steven Johnson : Oui /_ / Non /_ /

➤ Syndrome de Lyell : Oui /_ / Non /_ /

➤ PAGE syndrome : Oui /_ / Non /_ /

➤ DRESS syndrome : Oui /_ / Non /_ /

Démangeaisons cutanées : Oui /_ / Non /_ /

Urticaires : Oui /_ / Non /_ /

Syndrome infectieux :

➤ Erysipèle : Oui /_ / Non /_ /

➤ Fasciite nécrosante : Oui /_ / Non /_ /

➤ Septicémie : Oui /_ / Non /_ /

Examen clinique

Etat de choc : Oui /_ / Non /_ /

Hypotension artérielle : Oui /_ / Non /_ /

Trouble ionique : Oui /_ / Non /_ /

Hypoprotidémie : Oui /_ / Non /_ /

Lésions dermatologiques :

➤ Eruption cutanée : Oui /_ / Non /_ /

➤ Eruption bulleuse : Oui /_ / Non /_ /, Nombre de bulles :

➤ Ulcération : Oui /_ / Non /_ /

➤ Vésicules : Oui /_ / Non /_ /

➤ Pourcentage corporel atteint :

Examens complémentaires :

Ecouvillonnage : Oui /_ / Non /_ /

Numération formule sanguine : Oui /_ / Non /_ /

Ionogramme sanguin complet : Oui /_ / Non /_ /

Biopsie cutanée : Oui /_ / Non /_ /, Résultat :

Diagnostic positif retenu :

Traitement institué :

Traitement médicamenteux :

Oxygénothérapie : Oui /_ / Non /_ /

Remplissage vasculaire : Oui /_ / Non /_ /

Pansement : Oui /_ / Non /_ /

Antibiothérapie : Oui /_ / Non /_ /

Corticothérapie : Oui /_ / Non /_ /

Traitement chirurgical :

Grefte cutanée (reconstruction) : Oui /_ / Non /_ /

Nécrosectomie : Oui /_ / Non /_ /

Amputation : Oui /_ / Non /_ /

Pronostic :

Persistance de la symptomatologie : Oui /_ / Non /_ /

Jusqu'à quand ?

Régression de la symptomatologie : Oui /_ / Non /_ /

A partir de quand ?

Aggravation de la symptomatologie : Oui /_ / Non /_ /

ICONOGRAPHIE:



Image 4: Un appareil de musicothérapie et une caméra de surveillance dans les salles d'hospitalisation, Source : service de réanimation -HDB



Image 5: Ambulance de la réanimation, Source : service de réanimation – HDB

Image 6: Salles d'hospitalisation de réanimation, Source : service de réanimation - HDB



Image 7: Syndrome de Lyell avec SC estimée à 90% avec décollement cutané (signe de Nickolsky présent) , Source : service de réanimation- HDB



Image 8: Brûlure thermique d'un nourrisson de deux mois avec SCB~ 80%, Source : service de réanimation- HDB



Image 9: Un cas de pemphigus étendu sur environ 60% de la surface corporelle, Source : service de réanimation - HDB



Image 10: DRESS syndrome d'un malade de 54ans, HTA+, DT2 +, OBÈSE, Source : service de réanimation HDB



Image 11: fasciite Nécosante du bras chez un immunodéprimé, Source : service de réanimation- HDB

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des Maitres de cette faculté, de mes chers condisciples, devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au dessus de mon travail ; je ne participerai à aucun partage clandestin d'honoraires.

Admise à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime.

Je ne permettrai pas que des considérations de religion, de nation, de race, de parti ou de classe sociale viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient.

Je garderai le respect absolu de la vie humaine dès la conception.

Même sous la menace, je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois de l'humanité.

Respectueuse et reconnaissante envers mes maitres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçu de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.

Que je sois couverte d'opprobre et méprisée de mes confrères si j'y manque.

Je le jure !