

ROYAUME DU MAROC
UNIVERSITE SIDI MOHAMED BEN ABDELLAH
FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE
FES



MANIFESTATIONS DERMATOLOGIQUES EN MILIEU DE REANIMATION

MEMOIRE PRESENTEE PAR :

Docteur Ziat Hanae

Né le 06 Février 1986 à Fés

POUR L'OBTENTION DU DIPLOME DE SPECIALISTE EN MEDECINE

Option : DERMATOLOGIE

Sous la direction de :

Professeur MERNISSI FATIMA ZAHRA

Session juin 2013

Introduction

La réanimation est une discipline médicale qui s'attache à prendre en charge les patients présentant ou susceptibles de présenter une ou plusieurs défaillances viscérales aiguës mettant directement en jeu le pronostic vital. Elle implique un monitoring continu des fonctions vitales et, le cas échéant, le recours à des méthodes de suppléance (transfusion de dérivés sanguins, remplissage vasculaire, ventilation mécanique, catécholamines, hémodialyse, circulation extra-corporelle, etc.....). L'objectif final de la réanimation est la restauration de l'homéostasie. On distingue la réanimation d'urgence telle qu'elle est pratiquée par les unités préhospitalières (service mobile d'urgence et de réanimation ou SMUR) et la réanimation hospitalière médicale, chirurgicale ou polyvalente. Les affections relevant de la réanimation sont nombreuses : états de choc, polytraumatismes, comas, insuffisances organiques aiguës, décompensations de maladies chroniques, hémorragies, intoxications, infections sévères, brûlures étendues, période postopératoire de chirurgies lourdes... La dermatologie est la branche de la médecine qui s'occupe de la peau, des muqueuses et des phanères (ongles, cheveux, poils). Elle est associée traditionnellement à la vénérologie, c'est-à-dire l'étude des maladies vénériennes ou infections sexuellement transmissibles (IST).

Généralement ces deux disciplines sont très attachés même si les apparences les séparent, puisque plusieurs maladies cutanées représentent des motifs d'admission en réanimations et plusieurs lésions cutanées sont la conséquence de cette hospitalisation.

Les lésions cutanées observées chez les patients de réanimation et les pathologies qui s'y rattachent sont à la fois très diverses et pour les plus graves peu fréquentes (syndrome de Lyell : 1 cas par million d'habitants/an). Les lésions dermatologiques des patients de réanimation répondent à trois situations distinctes :

- les pathologies dermatologiques justifiant l'admission en réanimation.
- les patients admis en réanimation présentant des lésions dermatologiques aidant au diagnostic de la pathologie initiale.
- les lésions dermatologiques se développant en réanimation, considérées comme des complications.

Le clinicien peut donc être confronté à des lésions dermatologiques qu'il devra reconnaître d'un point de vue séméiologique (macule, papule, bulle, pustule, télangiectasie...) et qu'il devra rattacher à une pathologie primitivement cutanée ou non.

Objectifs

A-objectif général :

Dégager le profil de la pathologie cutanée motivant une hospitalisation en milieu de réanimation ainsi que les lésions cutanées qui apparaissent au cours du séjour en réanimation, et préciser la fréquence et la gravité de ces différentes manifestations dermatologiques pour optimiser la prise en charge thérapeutique.

B- objectifs spécifiques :

1. Apprécier la précocité et la qualité de la prise en charge des malades de dermatologie en milieu de réanimation.
2. Discuter les causes et les conséquences de l'hospitalisation en milieu de réanimation.
3. Connaitre le devenir de chaque patient dont son état cutané et général nécessite son hospitalisation en milieu de réanimation.
4. Eviter tout retard diagnostique et traitement inadapté qui sont des facteurs majeurs de mortalité chez des patients ayants des manifestations dermatologiques en réanimation
5. Comparer nos résultats avec les résultats de différentes structures hospitalières à l'échelle nationale et internationale

Matériels et méthodes

A-Matériels :

1-type de l'étude :

Notre travail est une étude prospective, descriptive et analytique, étalée sur une durée de 3 ans et faite en collaboration entre le service de dermatologie et de réanimations du CHU HASSAN II de FES: réanimation A1, A4 et réanimation pédiatrique.

2- lieu de l'étude :

Le recrutement des malades a été fait à partir de demandes d'avis dermatologiques aux services de réanimation du CHU HASSAN II de Fès par les médecins du service en plus de l'examen systématiques des patients séjournant en réanimation une fois par quinze jours, faite par un médecin dermatologue de notre service de dermatologie.

Le CHU HASSAN II de Fès est composé de trois services de réanimation: deux services de réanimation A1 et A2 qui gèrent tous les malades adultes nécessitant une réanimation médicale ou chirurgicale et un service de réanimation mères-enfants qui gèrent les patients de gynécologie et de pédiatrie nécessitant une prise en charge en milieu de réanimation.

3- Date de l'étude :

Cette étude s'est étendue sur une période de 3ans du mois de mai 2009 au mois de juin 2012.

4- population cible :

-critères d'inclusion:

Tout malade hospitalisé en réanimation présentant des lésions cutanées apparues au cours du séjour en réanimation et/ ou étant le motif d'admission en réanimation.

-critères d'exclusion:

tout patient présentant des lésions apparus avant son hospitalisation en milieu de réanimation.

les nouveau-nés hospitalisés en service de réanimation de néonatalogie.

les escarres n'étaient pas colligés comme manifestation dermatologique en milieu de réanimation mais comme complication de ce séjour

5- Ressources humaines :

Le service de dermatologie et vénérologie du CHU HASSAN II de FES, était composé au cours de la période de cette étude de 15 médecins résidents en cours de formation, disponibles 24h/24 et 7j /7, pouvant répondre à la demande d'avis des médecins de réanimation et remplir la fiche d'exploitation préétablie et standardisée (annexe I), en plus d'un médecin résidant responsable de l'étude et qui examine chaque quinze jours les malades du service de réanimation.les astreintes étaient constitués par deux professeurs universitaires avec deux professeurs assistants et quatre médecins spécialistes. Ce recours à l'astreinte était nécessaire pour des avis difficiles ou pour éventuel transfert au sein du service de dermatologie.

Fiche d'exploitation

Nom et prénom : âge : sexe : m f

Antécédents pathologiques médicaux :

Antécédents pathologiques chirurgicaux :

Antécédents gynéco-obstétricaux :

Antécédents de prise médicamenteuse :

Nom du médicament	Date de prise médicamenteuse	Durée de prise médicamenteuse	Date d'arrêt du médicament

MDH en réanimation :

Mode d'admission en réanimation : urgence dermato autre lequel :

Histoire de la symptomatologie dermato :

date de début :

mode de début :

Signes associées :

Durée d'évolution :

Evolution spontanée : aggravation amélioration stationnaire

Examen général : GCS : TA : FC : FR : O⁰ :

Intubé-ventilé : oui non

Sédaté : oui non médicament utilisé :

Examen dermato :

Cutané :

Phanères : ongles :

Cheveux :

Muqueuses : buccale :

génitale :

conjonctivale :

le reste de l'examen somatique :

diagnostics évoquées :

paraclinique :

biologie :

Date	Examen	résultat

biopsie cutanée : oui non résultat :

autres :

diagnostic retenu :

traitement proposé : arrêt de toute médication :

ATB :

Corticothérapie : orale locale

Bain quotidien aux antiseptiques :

Emollients :

Crème cicatrisante :

Autre :

Evolution : amélioration aggravation stationnaire décès

Complications de réanimation :

Escarres : stade :

Siège :

Evolution :

Thrombophlébite : oui non étendu : siège :

Conjonctivite : oui non origine :

Infection nosocomiale : oui non localisation : germe :

Evolution : sortie guérison aggravation décès

Transfert en :dermato autre service :

L'avis dermato a t- il modifié la prise en charge de réanimation : oui non comment :

B-Méthodes :

1- Paramètres colligés :

Pour chaque patient hospitalisé en milieu de réanimation, on évaluait les paramètres démographiques (l'âge et le sexe), les antécédents pathologiques (présence ou non de maladies chroniques et antécédents de prise médicamenteuses), chronologiques (la date de début de la symptomatologie, la durée de séjour en réanimation), le mode de recrutement (transféré de quel service: urgence, dermatologie ou autre), les motifs d'admission en réanimation, l'histoire de la symptomatologie dermatologique (mode de début, Signes associées, Durée d'évolution, l'évolution spontanée : aggravation ou amélioration), l'examen clinique (général et dermatologique), l'examen paraclinique (biologie, biopsie cutanée et autre imagerie), le diagnostic retenu, le traitement proposé, évolution (amélioration, aggravation ou décès), les complications de réanimation (Escarres, Thrombophlébite, Conjonctivite, Infection nosocomiale) et l'apport du dermatologue (l'avis dermato a-t-il modifié la prise en charge de réanimation ou non?)

2 traitement des données :

Les données recueillies ont été saisies sur le logiciel Excel. Le logiciel Epi info V.3.4 a permis l'analyse statistique descriptive. Pour chacune des principales catégories pathologiques et l'évolution vers le décès ou non ont été croisés dans des tableaux pour estimer la proportion de décès à cause de pathologie dermatologique ou non. Par la suite tous les paramètres recueillis ont été croisés dans des tableaux avec la donnée de décès ou non, afin d'évaluer les paramètres influençant l'évolution des malades en réanimation à part la pathologie dermatologique.

Résultats

Sur une période de 3 ans de Mai 2009 à juin 2012, 352 malades hospitalisés en réanimation, ont été recensés lors de notre étude prospective avec un pourcentage de 9,3% des malades admis pour des motifs dermatologiques (soit 33 cas).

A-Résultats Descriptives :

1-Répartition selon l'âge :

L'âge moyen des patients admis en réanimation et répondant à nos critères d'inclusion, était de 43 ans, avec des extrêmes entre 5 ans et 85 ans.

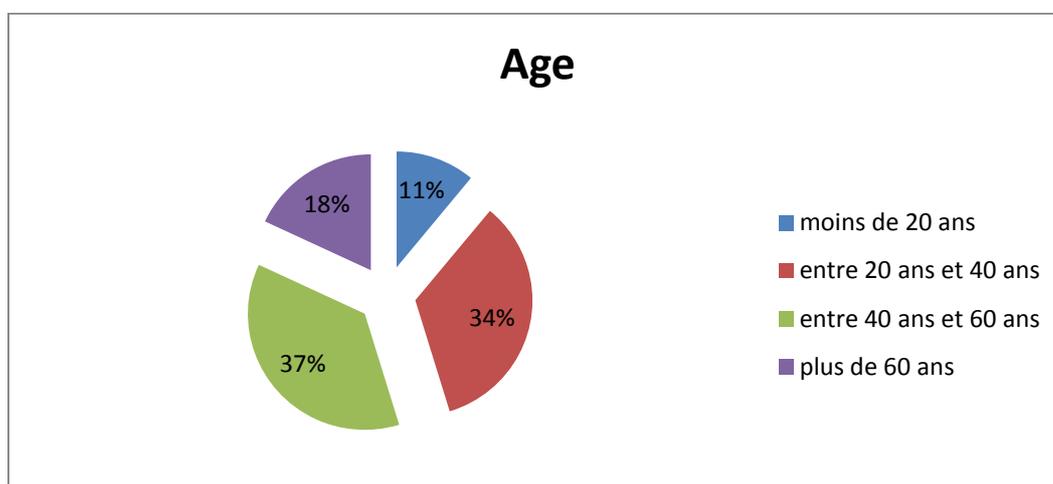


Fig.1: Répartition des malades selon l'âge

2-Répartition selon le sexe:

dans notre étude, les patients séjournant en réanimation et présentant des manifestations dermatologiques étaient dans 52% des cas des hommes.

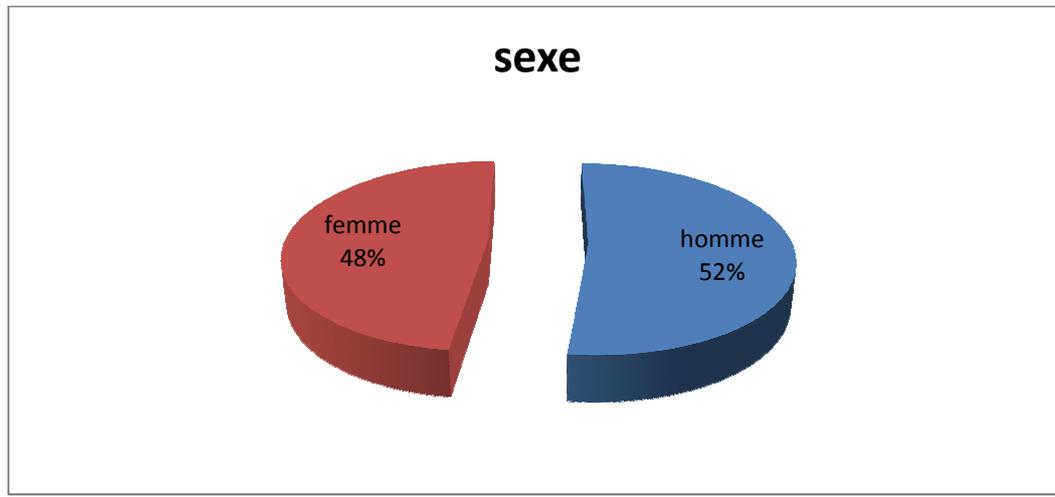


Fig.2: Répartition des malades selon le sexe

3-Antécédents pathologiques:

Nos patients présentaient dans 48% des cas une maladie chronique dans leurs histoires de maladie.

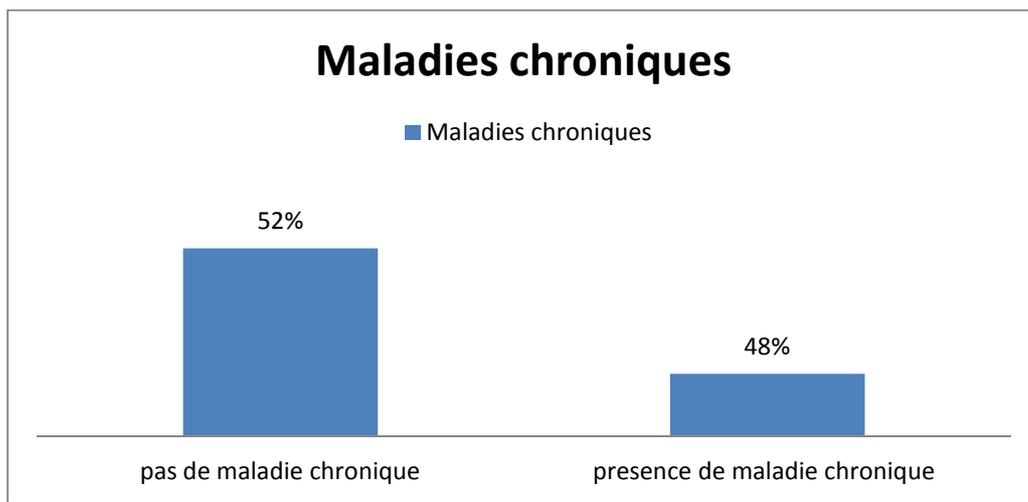


Fig.3: Répartition des malades selon leurs antécédents pathologiques

4-Prise médicamenteuse:

Dans notre série, 65,5% des malades prenaient des médicaments de façon chronique ou non avant l'hospitalisation en réanimation.

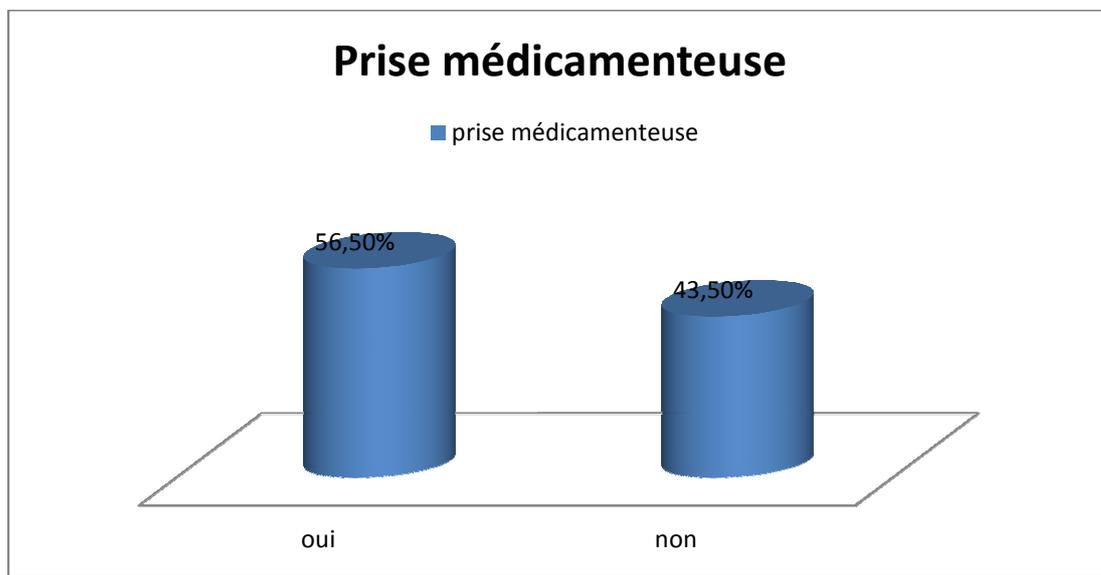


Fig.4: Répartition des malades selon la prise médicamenteuse

5-Délai de prise médicamenteuse/ symptomatologie cutanée:

le délai de prise médicamenteuse précédant la symptomatologie cutanée était dans 9.9% des cas moins de 1 mois, dans 33.5% des cas entre 1 mois et 1 an et dans plus de 56.6% des cas plus d'un an

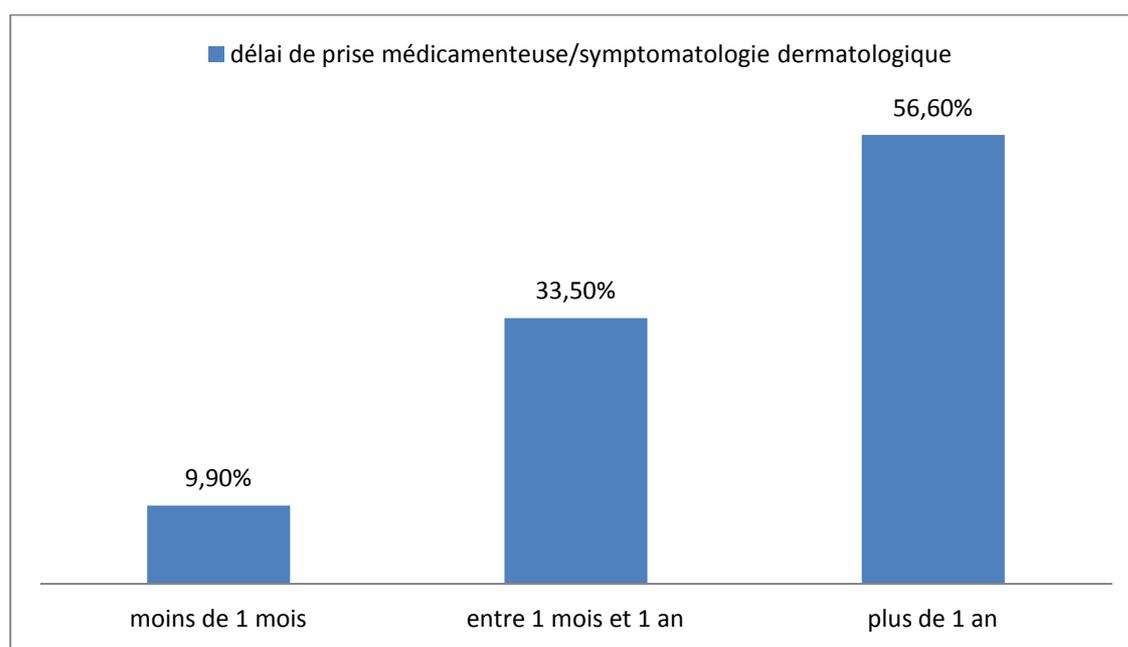


Fig.5: Répartition du délai de la prise médicamenteuse par rapport à la symptomatologie cutanée

6-Répartition des motifs d'admission en réanimation:

Les motifs d'admission en réanimation étaient divers: dans 22.7% des cas neurologiques, 22.5% infectieuses, 16,5% post opératoires et dans 9.3% dermatologiques

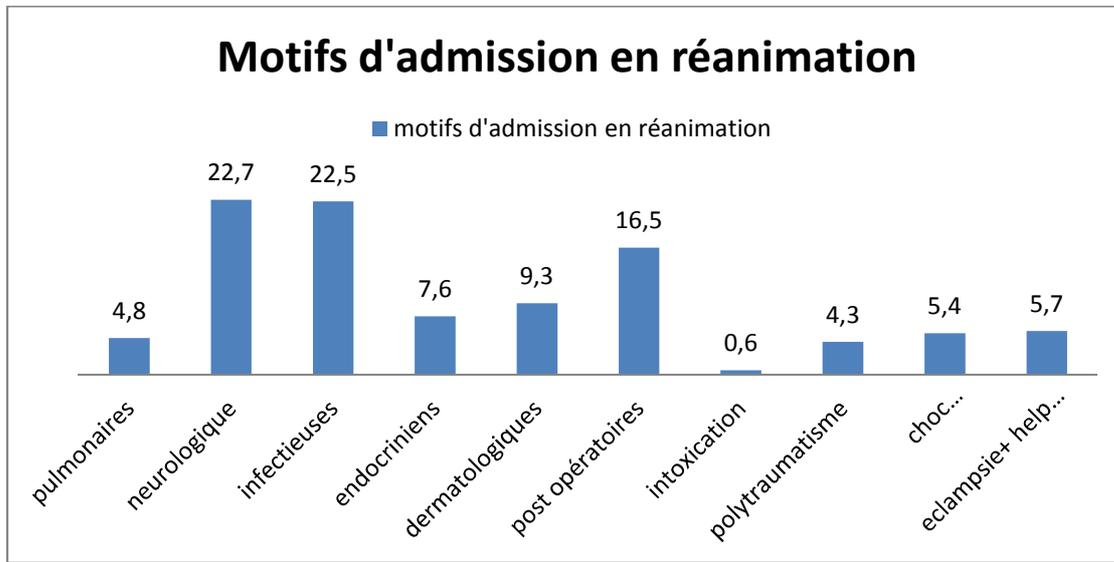


Fig.6: Répartition des motifs d'admission en réanimation

7-Répartition des modes de recrutement:

Dans notre série, les patients hospitalisés en réanimation et présentant des les lésions dermatologiques, ont été recruté dans 60.8% des cas du service des urgences, dans 9.4% des cas de la neurochirurgie et dans 3.4% des cas de la dermatologie.

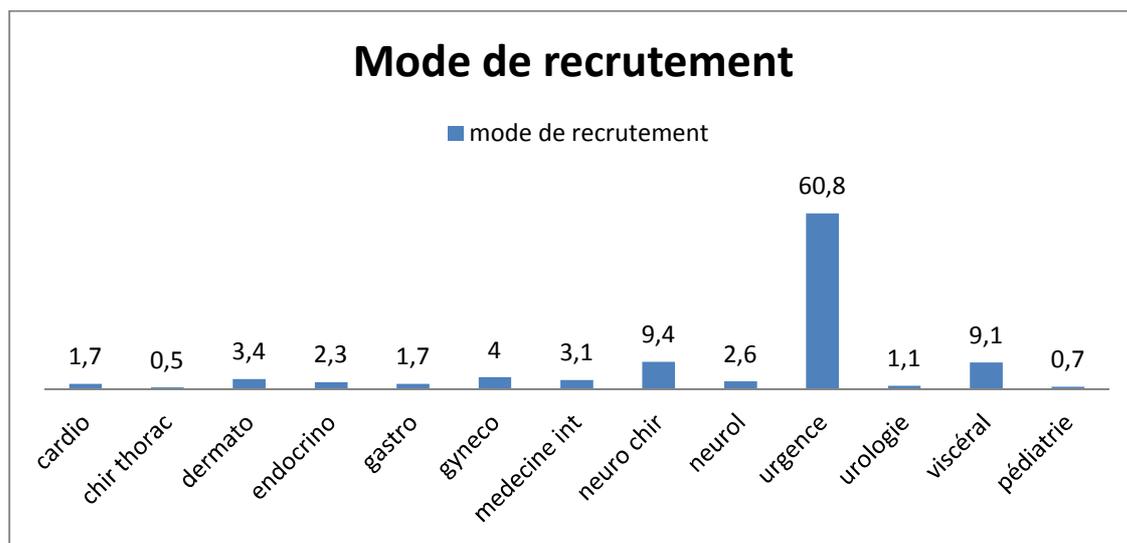


Fig.7: Répartition des modes de recrutement

8-Répartition de durée de séjour:

Dans notre étude, la durée de séjour de nos malade était dans 48% des cas entre une semaine et 1 mois, dans 36% moins d'une semaine et dans 16% des cas plus d'un mois.

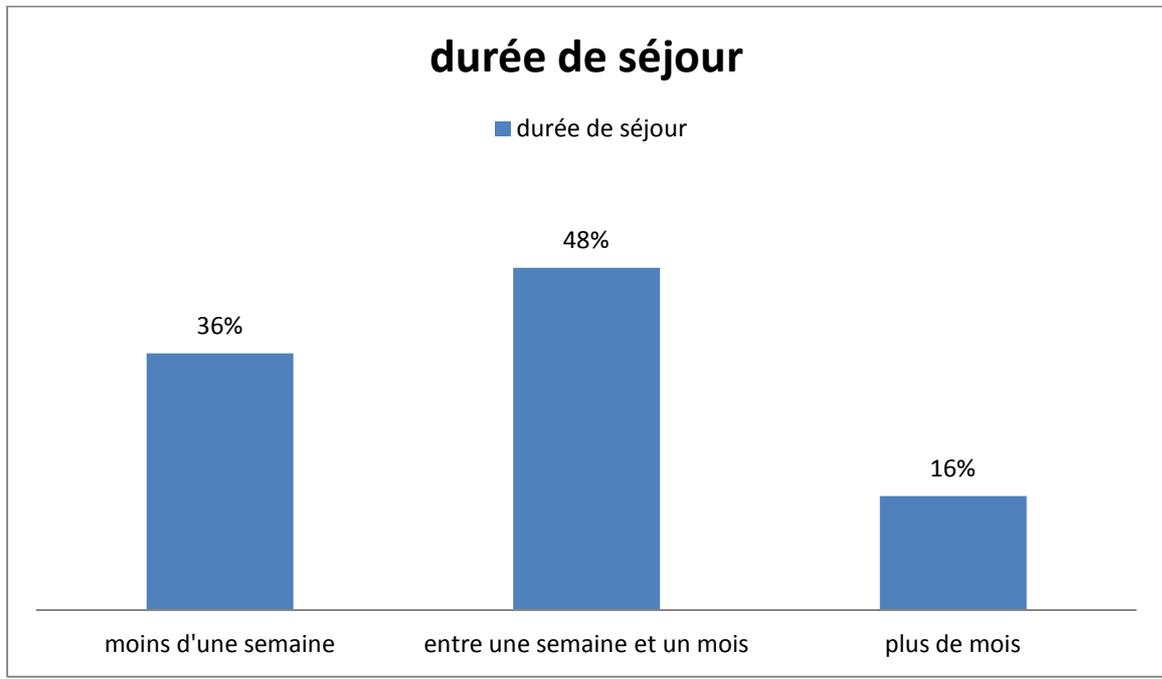


Fig.8: Répartition des durées de séjour en réanimation

9-Mode de début de la symptomatologie dermatologique:

Dans notre série, la symptomatologie dermatologique a débuté de façon brutale dans 64,5% des cas et dans 35% des cas de façon progressive.

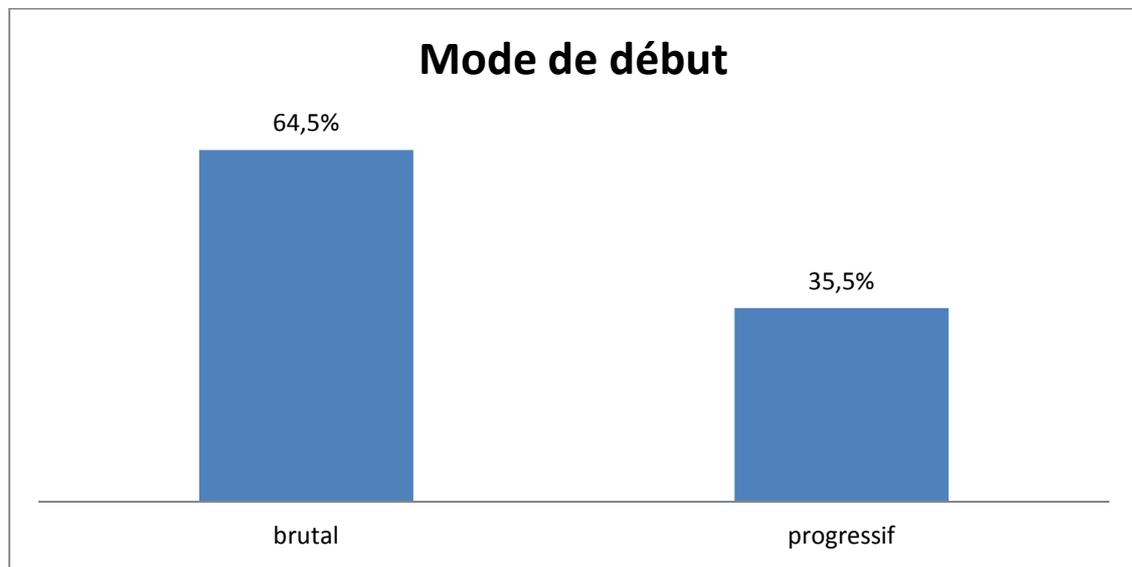


Fig.9: Répartition du mode de début de la symptomatologie dermatologique

10-Evolution spontanée de la symptomatologie:

Dans notre étude, l'évolution spontanée de la symptomatologie dermatologique sans intervention médicale était dans 97,2% des cas vers l'aggravation.

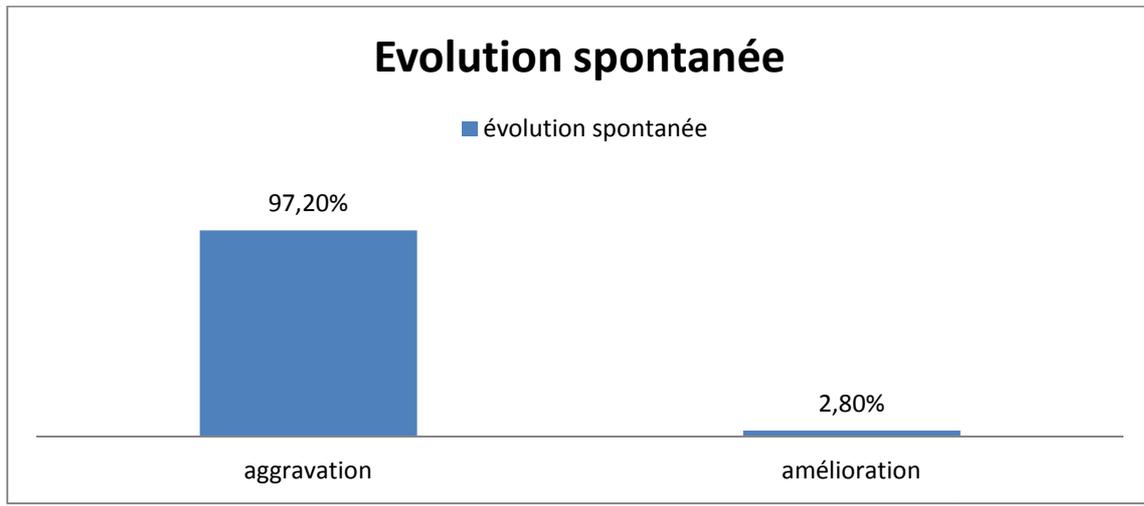


Fig.10: Répartition de l'évolution spontanée de la symptomatologie dermatologique

11-Examen général des patients en réanimation:

Nos malades étaient fébriles dans 40.1% des cas, présentant un trouble de conscience dans 34.1% des cas, hypotendus dans 6.3% des cas et hypothermes dans 4%, alors que l'examen général était normal dans 13.1% des cas.

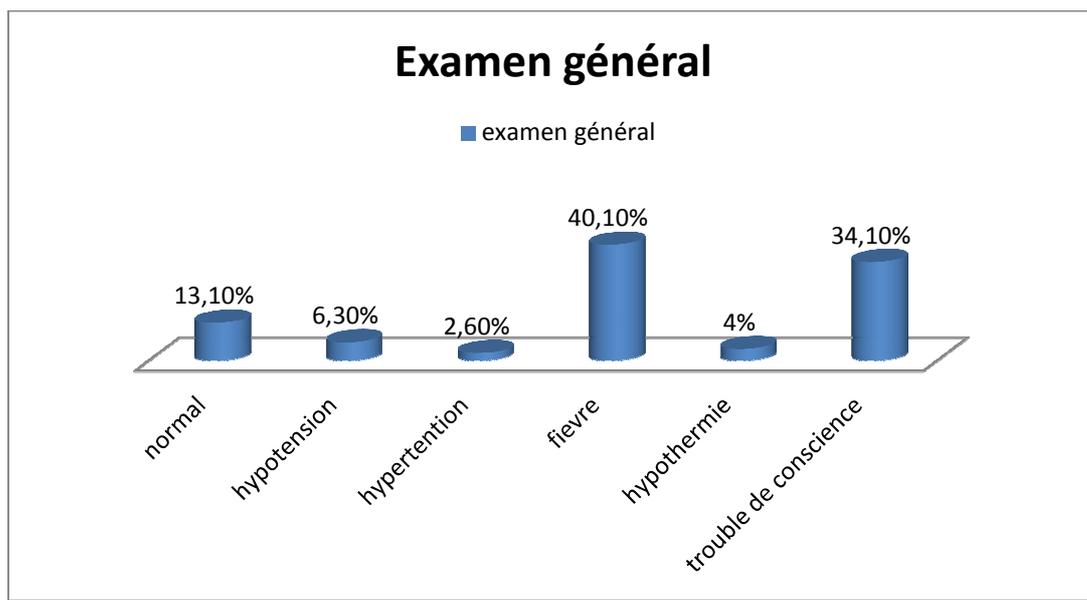


Fig.11: Répartition de l'examen général des patients en réanimation

12-Répartition des lésions cutanées en réanimation:

les lésions dermatologiques chez les patients hospitalisés en réanimation étaient divers: 23.3% de vesiculo-bulles, 18.2% de rashes, 10.5% d'éruption papuleuse, 10.2% de purpuras et 9.7% de décollements.

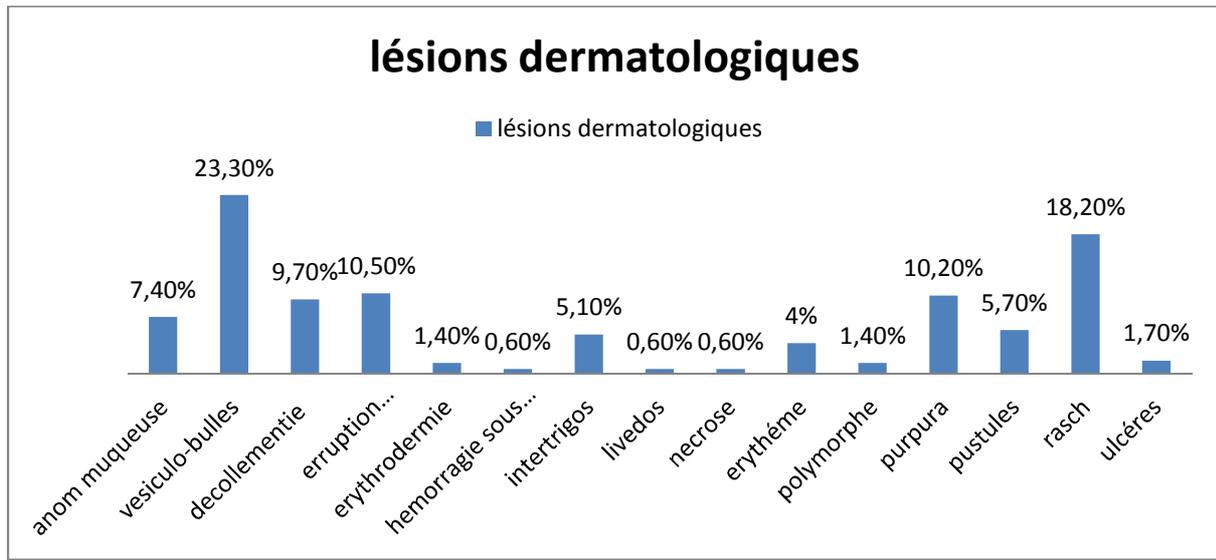


Fig.12: Répartition des lésions cutanées en réanimation

13-Répartition des diagnostics dermatologiques:

les diagnostics dermatologiques retenues dans notre série, variaient entre toxidermie dans 12.2% des cas, dermatophytie dans 8.8% des cas, sudamina dans 8% des cas, candidose buccale dans 7.4% des cas et rash toxinique dans 6.5% des cas.

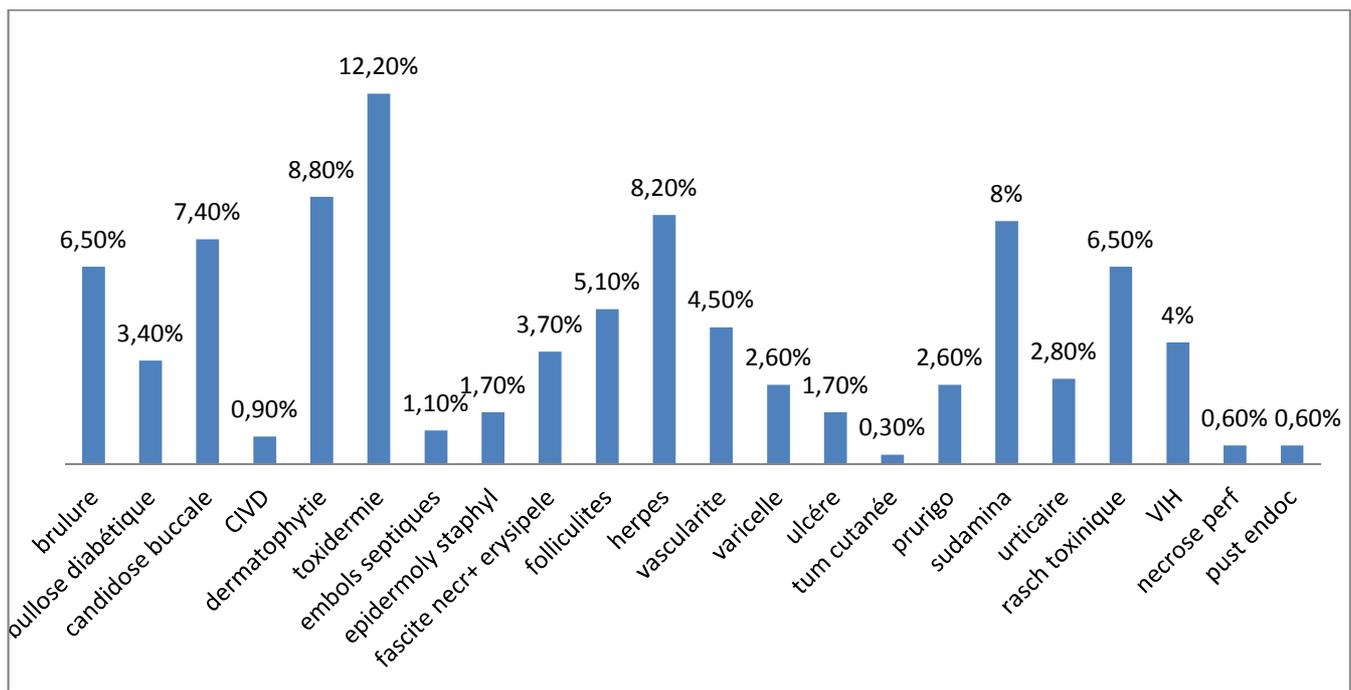


Fig.13: Répartition des diagnostics dermatologiques en réanimation

14-Répartition des résultats Biologiques des malades en réanimation:

sur le plan biologique, les patients dans notre série présentaient une hyperleucocytose dans 46.9% des cas, une thrombopénie dans 18.2% des cas, une anémie dans 10.8% des cas et une pancytopénie dans 5.4% des cas.

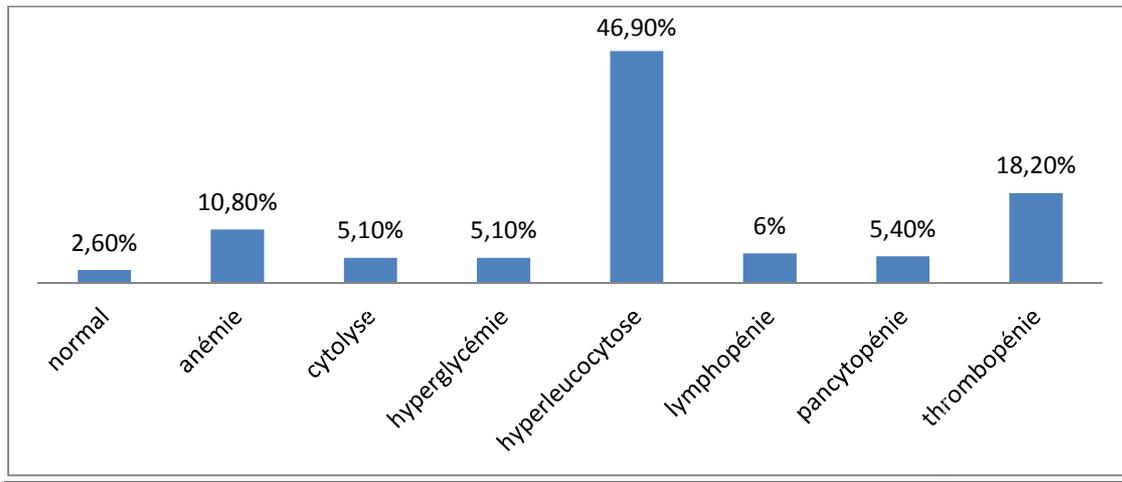


Fig.14: Répartition des résultats de biologie

15-Evolution des manifestations dermatologiques après traitement

84% de nos patients s'amélioraient après traitement adéquat de leur symptomatologie cutané alors que 16% s'aggravent même sous traitement.

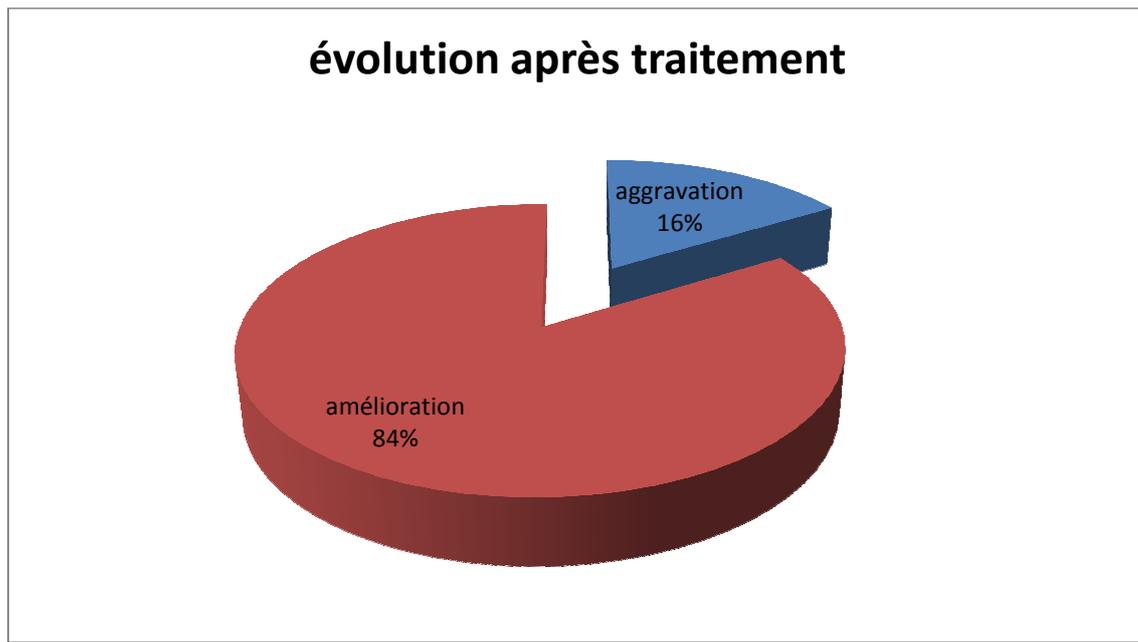


Fig.15: Evolution des manifestations dermatologiques après traitement

16-Complications de réanimations:

les patients dans notre série, présentaient dans 29% des cas des escarres, dans 27% des infections nosocomiales et dans 19% une conjonctivite.

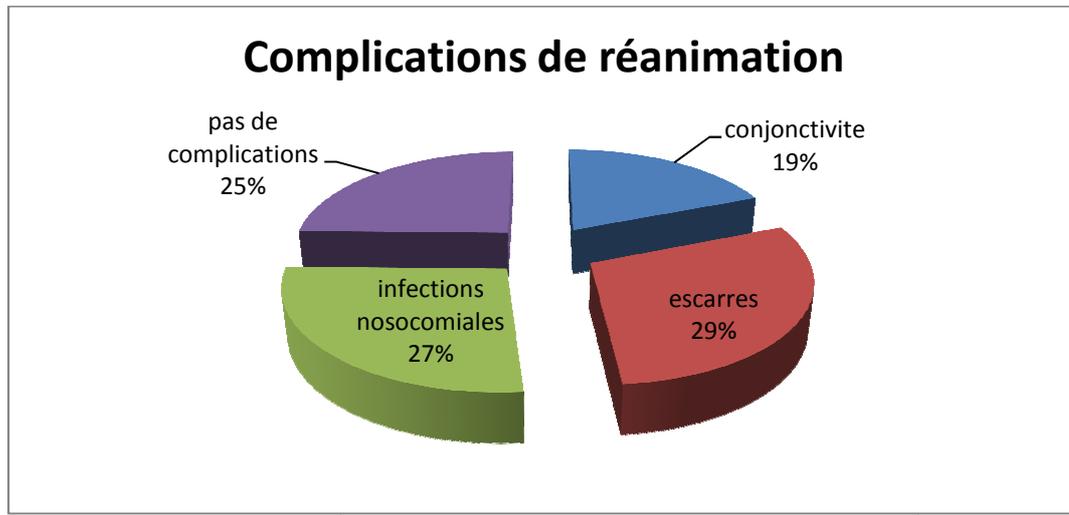


Fig.16: Complications de réanimation

17-Evolution des malades en réanimation

34% des patients dans notre série décédaient alors que 66% se transféraient vers d'autres services pour complément de prise en charge.

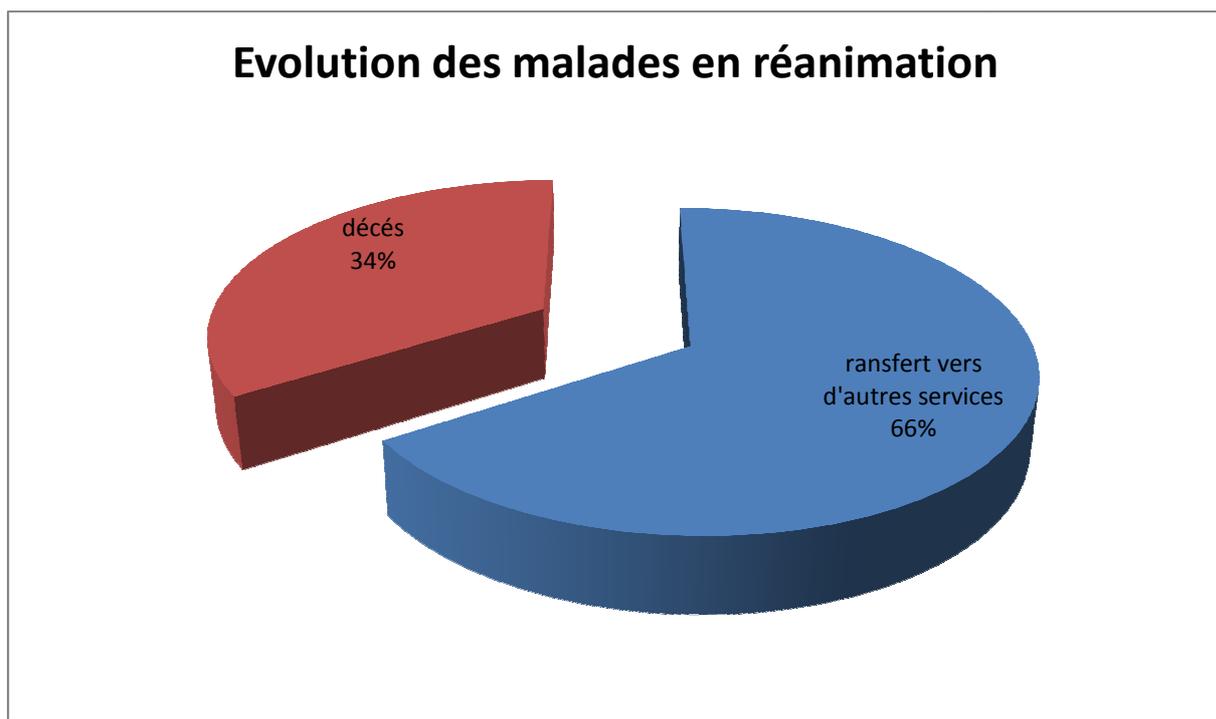


Fig.17:Evolution des malades en réanimation

B-Résultats analytiques:

1-Corrélation entre la durée de séjour et la présence de manifestations dermatologiques:

dans notre série, les patients séjournant plus d'un mois en réanimation présentaient dans 51.2% des cas des lésions cutanées, versus 42.5% pour les patients séjournant entre 1 semaine et 1 mois et 6.3% pour ceux séjournant moins d'une semaine.

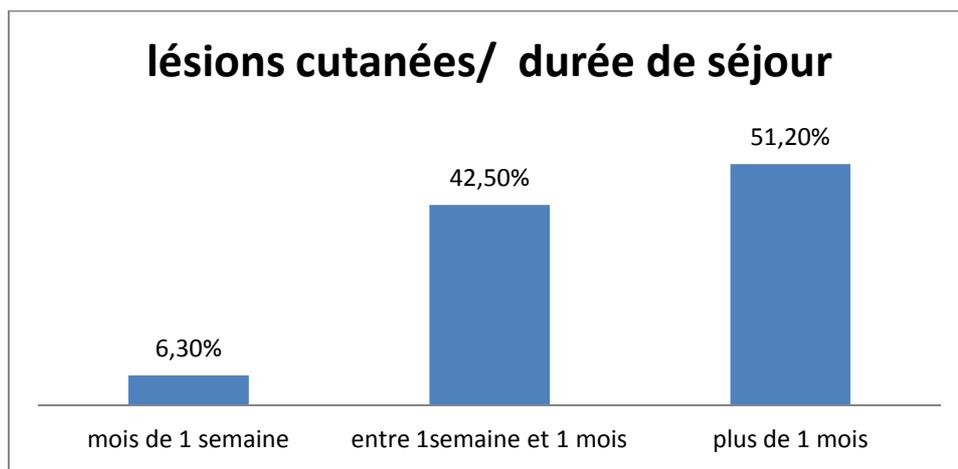


Fig.18:Corrélation entre le la durée de séjour et les manifestations dermatologiques

2-Corrélation entre le décès et l'âge

Dans notre étude, le taux de décès augmentait progressivement avec l'âge puisque les patients âgés de plus de 60 ans décédaient dans 34.7%, ceux âgés entre 40 ans et 60 ans décédaient dans 26.1% et ceux moins de 20 ans décédaient dans 14.2% des cas.

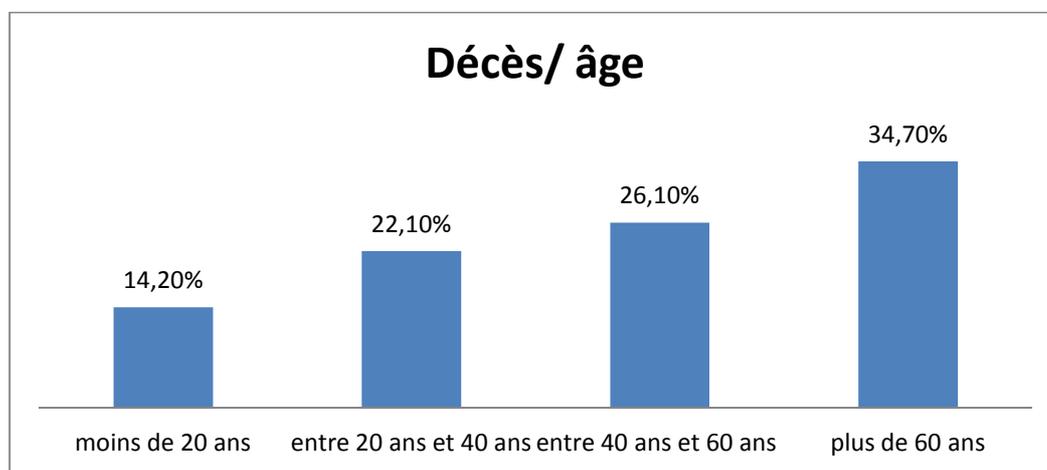


Fig.19:Corrélation entre le décès et l'âge

3-Corrélation entre décès et le sexe:

Dans notre étude, les hommes décédaient plus que les femmes avec un taux de 60.8% versus 39.2%.

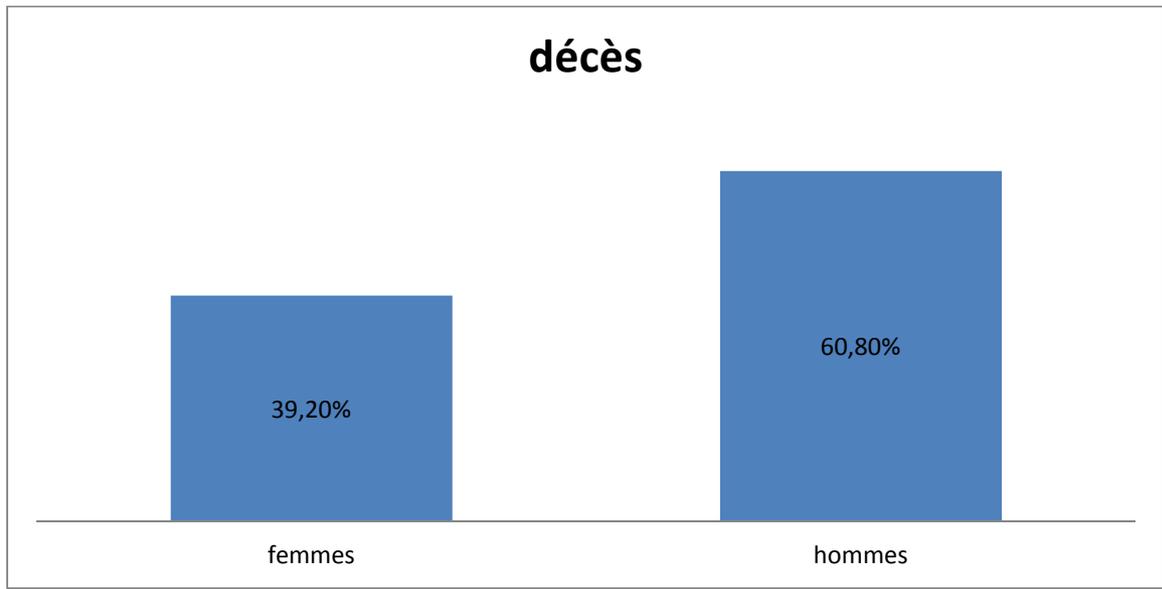


Fig.20:Corrélation entre le décès et le sexe

4-Corrélation entre décès et prise médicamenteuse:

Dans notre série, les patients qui prenaient des médicaments décédaient dans 60.8% des cas versus 39.2% des patients qui ne consommaient pas de médicaments.

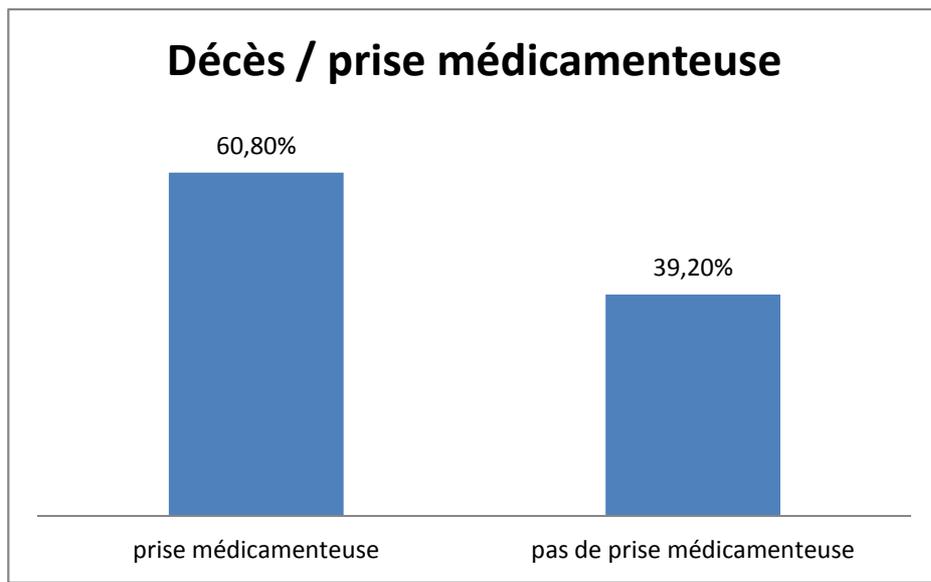


Fig.21:Corrélation entre le décès et prise médicamenteuse

5-Corrélation entre le décès et le mode début de la symptomatologie dermatologique:

Dans notre série, le taux de mortalité est plus élevé chez les patients qui présentent des manifestations dermatologiques de façon brutale par rapport à ceux qui les présentent d'une façon progressive avec un taux de 64.2% versus 35.8%.

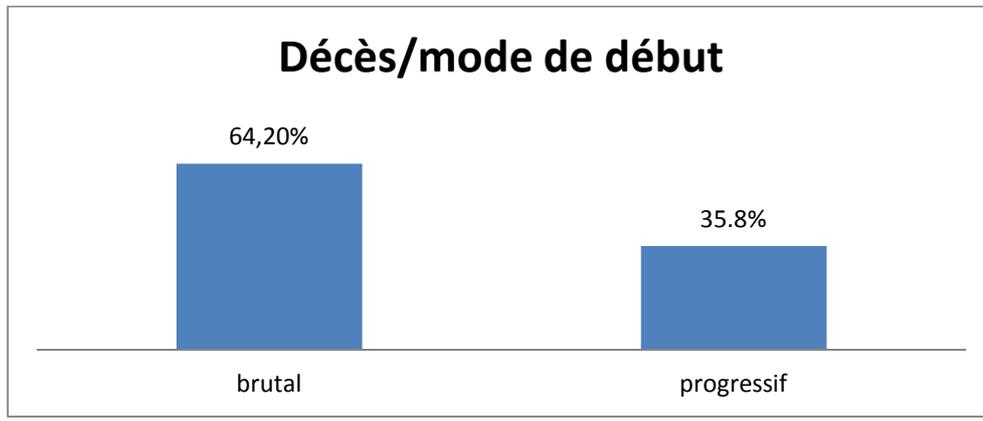


Fig.22:Corrélation entre le décès et le mode de début de la symptomatologie dermatologique

6-Corrélation entre le décès et les diagnostics dermatologiques

Dans notre étude, les patients qui ont décédé présentaient dans 16.7% un rash toxinique, dans 15.7% des cas des toxidermies, dans 12.5% une dermatophytie et dans 11.7% des sudamina.

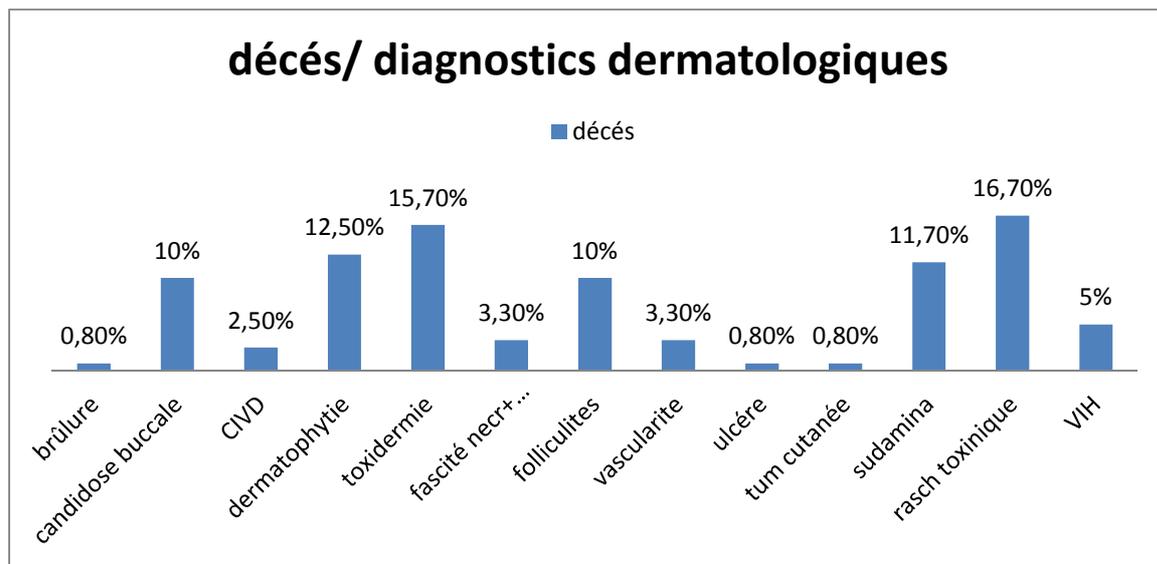


Fig.23:Corrélation entre le décès et les diagnostics dermatologiques.

Discussion

La peau est un organe sensoriel extrêmement diversifié comme le montre la complexité de son anatomie. Elle est aussi une enveloppe protectrice contre les agressions du milieu, un régulateur thermique et mécanique, ce qui explique que la peau est originale, en plus c'est un vaste organe de plus de 1,75m², composé de trois couches: l'épiderme, le derme et l'hypoderme.

La grande particularité de cet organe est sa visibilité à l'œil nu puisque toute lésion est gênante pour le patient, son entourage et son médecin traitant.

La dermatologie qui est une spécialité au large champ d'action s'intéresse à résoudre l'énigme de la peau puisque les lésions dermatologiques sont soit primitifs soit révélateurs de maladies internes.

La dermatologie s'intéresse aussi aux urgences dermatologiques nécessitant parfois une hospitalisation en unité de soins intensifs.

Ces urgences dermatologiques se divisent en deux types: Celles qui révèlent une maladie générale ou extra cutanée sévère à risque vital et celles où l'atteinte cutanée est en elle-même source de sévérité et de risque vital.

Notre étude est la première à l'échelle nationale à étudier les manifestations dermatologiques au milieu de réanimation. Par ailleurs, à l'échelle internationale il existe que quelques articles réalisés dans ce sens, à notre connaissance actuelle.

A-Discussion des résultats descriptifs :

1-Résultats descriptifs

a-Répartition selon l'âge :

Dans notre étude, l'âge moyen de nos patients admis en réanimation et répondant à nos critères d'inclusion, était de 43 ans, avec des extrêmes entre 5 ans et 85 ans.

On notait que le taux le plus élevé d'admission se situait dans la tranche d'âge de 40-60ans soit 37%, ce qui répond aux données de la littérature en ce qui concerne l'âge des patients admis en réanimation.

ceci est en rapport probablement avec une augmentation rapide de la proportion des personnes âgées dans le monde [1]. En fait, la moyenne d'âge des patients réanimés a augmenté de 5 ans en 10 ans. Les projections futures font augurer plus de 2/3 des patients de réanimation âgés de plus de 72 ans dès 2015 [2].

b-Répartition selon le sexe :

Dans notre étude, on note une légère prédominance masculine avec un pourcentage de 52% ce qui s'approchait aux résultats de l'étude d'Uwe Wollina et al. (56% d'hommes) [3], alors que dans l'étude de J. Henk et al. , le sexe féminin représentait

54% de leurs malades [4], ce qui pourrait être expliqué par le recrutement uniquement pédiatrique. ce résultat est due tout d'abord à la prédominance masculine en milieu de réanimation [5].

c-Antécédents pathologiques:

48% de nos patients avaient une maladie chronique ce qui concordait avec l'étude de Susannah MC. George et al. qui reste la seule étude qui a colligé ce paramètre[5]. ce pourcentage reste élevé cependant c'est normal vue le type de malades recrutés en réanimation ainsi que la prédominance des sujets âgés.

d-Prise médicamenteuse:

ce paramètre n'a été colligé par aucune étude pareille à notre connaissance. dans notre série, 65,5% des malades prenaient des médicaments de façon chronique ou non avant l'hospitalisation en réanimation. ce paramètre était important à colliger afin d'analyser les critères d'imputabilité chronologique de tout médicament pris et sa relation de cause effet avec la symptomatologie cutanée.

ce pourcentage relativement élevé des patients qui prennent des médicaments est expliqué par l'âge élevé des patients qui ont des maladies chroniques et par le recrutement des malades qui ont une toxidermie grave nécessitant une hospitalisation en milieu de réanimation.

e-Délai de prise médicamenteuse/ symptomatologie cutanée:

le délai de prise médicamenteuse précédant la symptomatologie cutanée était dans 56.6% des cas plus d'un an dans 33.5% des cas entre 1 mois et 1 an et dans 9.9% des cas mois de 1 mois. ce pourcentage élevé de prise médicamenteuses précédant de loin la symptomatologie cutané est expliqué par le fait que nos malades souffrent de maladies chroniques pour les quelles ils prenaient des médicaments de façon chronique. Dans 9.9% des cas la prise médicamenteuse précédait de moins de 1 mois la symptomatologie cutanée et ceci pourrait être en rapport avec le traitement de la pathologie pour laquelle le patient a été admis en réanimation soit au sein de service soit en dehors.

f-Répartition des motifs d'admission en réanimation:

Les motifs d'admission en réanimation étaient divers: dans 22.7% des cas neurologiques, 22.5% infectieuses, 16,5% post opératoires et dans 9.3% dermatologiques. Dans l'étude d' Uwe Wollina 18.82% des admissions étaient

d'ordre neurologique [3], suivis dans 10% des cas par une pathologie infectieuse et dans 9% des cas par une insuffisance pulmonaire ou anémie hémorragique.

Dans l'étude de Susannah MC George [6], les patients ont été admis dans 23.8% des cas pour des problèmes infectieuses suivis dans 7.7% des cas pour des pathologies pulmonaires et dans 6.8% des cas pour des pathologies rénales.

nos résultats concordent avec l'étude d'Uwe Wollina et ceci pourrait être en rapport avec la fréquence des accidents vasculaires cérébrales chez les sujets âgés qui restent une tranche importante dans notre étude.

g-Répartition des modes de recrutement:

Aucune étude à notre connaissance actuelle, concernant les manifestations dermatologiques en réanimation, n'a colligé ce paramètre du mode de recrutement. Dans notre série, les patients hospitalisés en réanimation et présentant des lésions dermatologiques, ont été recrutés dans 60.8% des cas du service des urgences, dans 9.4% des cas de la neurochirurgie et dans 3.4% des cas de la dermatologie.

En fait, l'organisation du CHU HASSAN II est particulière et différente des autres CHU et hôpitaux, puisque les services de réanimation étaient répartis en trois : deux réanimations du bâtiment central, recrutant un plus grand nombre de malades adultes et réanimation du bâtiment mère-enfant recrutant les malades des urgences pédiatriques et gynéco-obstétricales.

Les malades présentant des pathologies nécessitant une prise en charge urgente consultent au service des urgences qui reste le service qui recrute le plus de malades pour tous les autres services.

heureusement les maladies dermatologiques nécessitant une prise en charge en milieu de réanimation restent limitées ce qui explique le faible recrutement des malades à partir du service de dermatologie. cependant ce pourcentage de recrutement reste élevé par rapport aux autres services de médecine (gastrologie, médecine interne, cardiologie, neurologie et pédiatrie) ce qui pourrait être expliqué en premier par le biais de recrutement des patients présentant des lésions dermatologiques.

h-Répartition de durée de séjour:

Dans notre étude, la durée de séjour de nos malades était dans 48% des cas entre une semaine et 1 mois, dans 36% moins d'une semaine et dans 16% des cas plus d'un mois. Nos résultats s'approchaient de celles de la littérature puisque dans l'étude de Susannah MC George [7], la durée de séjour des malades était d'une

moyenne de 13 jours, variait entre 13 jours et 24 jours dans l'étude de Mariona Badia MD [8], et d'une moyenne de 16 jours dans l'étude de Uwe Wollina [3]. Ces résultats appuient la théorie selon laquelle les malades ayant séjournés plus longtemps en milieu de réanimation, sont plus susceptibles de développer des problèmes de peau. Ce long séjour implique aussi un niveau supérieur de gravité et un plus grand besoin de procédures de soins intensifs.

i-Mode de début de la symptomatologie dermatologique:

Aucune étude similaire n'a colligé ce paramètre. Dans notre série, la symptomatologie dermatologique a débuté de façon brutale dans 64,5% des cas et dans 35% des cas de façon progressive. Ce résultat était attendu puisque la plupart des dermatoses nécessitant une prise en charge en milieu de réanimation sont d'apparition et d'aggravation rapides.

j-Evolution spontanée de la symptomatologie:

Dans notre étude, l'évolution spontanée de la symptomatologie dermatologique sans intervention médicale était dans 97,2% des cas vers l'aggravation. Ceci pourrait être en rapport avec la gravité de la maladie dermatologique qui pourrait le motif d'hospitalisation ou à cause de la nature de cette pathologie survenant sur un terrain d'immunodépression.

k-Examen général des patients en réanimation:

Nos malades étaient fébriles dans 40.1% des cas, présentant un trouble de conscience dans 34.1% des cas, hypotendus dans 6.3% des cas et hypothermes dans 4%, alors que l'examen général était normal dans 13.1% des cas. C'est la gravité des malades nécessitant une prise en charge en milieu de réanimation qui explique cet examen général anormal dans la plupart des cas.

l-Répartition des lésions cutanées en réanimation:

Les lésions dermatologiques chez les patients hospitalisés en réanimation étaient divers: 23.3% de vésiculo-bulles, 18.2% de rashes, 10.5% d'éruption papuleuse, 10.2% de purpuras, 9.7% de décollements (Fig.2 et 3) et 1.4% d'erythrodermie (Fig.4).

Dans la littérature, une seule étude similaire a colligé ce paramètre sur une population pédiatrique. Cependant ses résultats étaient loin des nôtres puisque

45,23% des lésions étaient représentés par le purpura et 26,19% par l'érythème et l'exanthème avec 9.52% de vésiculo–bulles et 11.9% des ulcérations. Cette différence des pourcentages des lésions vues en réanimation pourrait être expliquer par la différence des populations incluses: adulte dans la nôtre et pédiatrique dans l'étude de J. Henk Silleviss Smitt.

m-Répartition des diagnostics dermatologiques:

Les diagnostics dermatologiques retenues dans notre série, variaient entre toxidermie dans 12.2% des cas (Fig.7 et 10), dermatophytie dans 8.8% des cas (Fig.12), sudamina dans 8% des cas (Fig.11) , candidose buccale dans 7.4% des cas et rash toxinique dans 6.5% des cas (Fig.1).

Tableau 1 : répartition des diagnostics dermatologiques chez les enfants en réanimation selon l'étude de J. Henk Silleviss Smitt :

Cause	Diagnosis	Number ^a
Iatrogenic	Complications of indwelling lines	8
	Drug eruption	4
	Pressure ulcer	2
	Complication tracheotomy	2
	Friction blister (due to fixation intravenous line splint)	1
	Total 17	
Infectious	Meningococcal sepsis/meningitis	5
	Toxic shock syndrome	4
	Necrotizing fasciitis	2
	Complications varicella zoster infection	3
	Staphylococcal scalded skin syndrome	1
	Streptococcal meningitis	1
	Others	3
	Total 19	
Others	Henoch Schönlein vasculitis	2
	Haemangioma	2
	Haematoma	4
	Toxic epidermal necrolysis (TEN)	1
	Dystrophic epidermolysis bullosa	1
	Total 10	

tableau 2: répartition des diagnostics dermatologiques chez les patients en réanimation selon l'étude de Uwe Wollina:

psoriasis	1 cas
Pemphigoïde bulleuse	1 cas
toxidermie	7 cas
ulcère	3 cas
Lésions post traumatiques	5 cas
Herpes et zona	3 cas
érysipèle	2 cas
phlegmon	1 cas
abcès	2 cas
intertrigo	2 cas
eczéma	5 cas

tableau 3: répartition des diagnostics dermatologiques chez les patients en réanimation selon l'étude de Susannah MC George:

Condition	ICU admissions, n (%*)
Infective conditions:	
Necrotising fasciitis	1,133 (0.24)
Cutaneous cellulitis	658 (0.14)
Orbital cellulitis	48 (0.01)
Wound infection†	28 (0.01)
Infected ulcer†	27 (0.01)
Abscess†	23 (< 0.01)
Gangrene†	6 (< 0.01)
Infected eczemat	3 (< 0.01)
Dermatological malignancies:	
Cutaneous melanoma	80 (0.02)
Basal cell carcinoma	96 (0.02)
Squamous cell carcinoma†	15 (< 0.01)
Acute skin failure:	
Toxic epidermal necrolysis	86 (0.02)
Stevens–Johnson syndrome	46 (0.01)
Erythema multiforme	19 (< 0.01)
Psoriasis and pustular psoriasis	19 (< 0.01)
Exfoliative dermatitis	16 (< 0.01)
Pemphigus vulgaris	9 (< 0.01)
Cutaneous T cell lymphoma†	2 (< 0.01)
Staphylococcal scalded skin syndrome†	1 (< 0.01)
Epidemolysis bullosa†	1 (< 0.01)

Les diagnostics dermatologiques en réanimations sont très divers aussi bien dans notre étude que dans les autres études similaires de la littérature.

si on analyse soigneusement nos résultats avec celles de la littérature, on va conclure à une similitude des deux puisque:

1- la pathologie infectieuse qui reste la plus fréquente dans les autres séries est aussi la plus fréquente dans notre série si on rassemble toutes les infections bactériennes, virales et fongiques sous la même classe.

2- dans notre série on n'a pas réparti la toxidermie en sous classes comme dans les autres études en complication iatrogène au sein du service de réanimation d'une part et en motif d'admission d'autre part. Ceci explique le pourcentage plus élevé dans notre étude par rapport aux autres.

La sudamina qui est retrouvée avec un pourcentage élevé dans notre série, est une pathologie qui se voit plus fréquemment chez les malades alités pendant une longue durée ce qui est le cas chez nos patients. A noter la présence dans notre série, de pathologies dermatologiques secondaires à des maladies graves représentant des motifs d'admission en réanimation comme la CIVD (Fig.8), purpuras fulminans meningococcique (Fig.5), rash toxinique, VIH, pathologie tumorale (Fig.6).

En outre, l'hospitalisation en milieu de réanimation, peut conduire à un état d'immunosuppression latente qui se rajoute à des facteurs tels que l'immobilité, les oedèmes, l'ischémie tissulaire, et les agressions extérieures pour favoriser l'apparition de différentes manifestations dermatologiques [9].

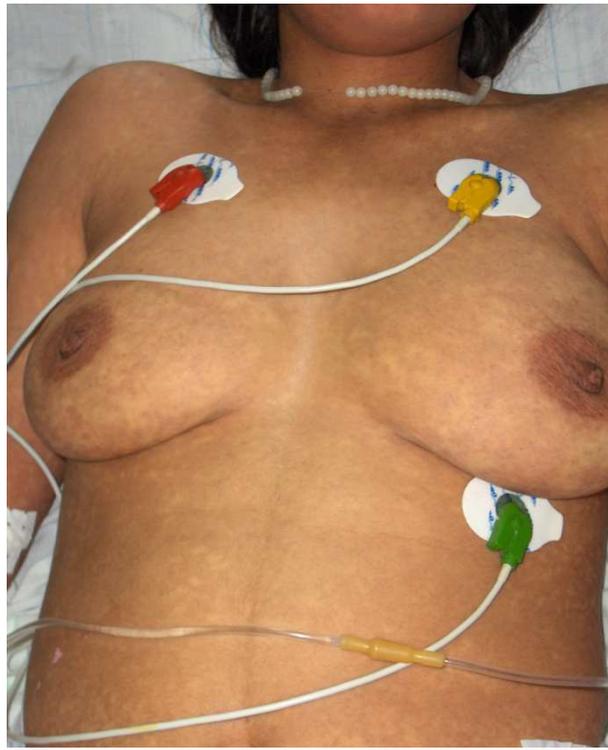


Fig.1: rash toxinique



Fig.2: brûlure grave



Fig3: epidermolyse staphylococcique



Fig.4: érythrodermie psoriasique



Fig.5: purpuras fulminans



Fig.6: mycosis fungoide



Fig.7: toxidermie lichénoide



Fig.8: purpura dans le cadre de CIVD



Fig.9: syndrome de lyell



Fig.10: escarre sacré



Fig.11: sudamina



Fig.12: dermatophytie

n-Répartition des résultats Biologiques des malades en réanimation:

Sur le plan biologique, les patients dans notre série présentaient une hyperleucocytose dans 46.9% des cas, une thrombopénie dans 18.2% des cas, une anémie dans 10.8% des cas et une pancytopénie dans 5.4% des cas. Aucune étude similaire n'a colligé ce paramètre mais c'était utile de le rapporter dans notre série puisque dans les cas qui nécessitaient parfois le recours à une biopsie cutanée, on se heurtait avec une thrombopénie assez profonde qui la rend difficile voire impossible. La biologie nous a aidé aussi pour orientation diagnostique.

o-Complications de réanimations:

Les patients dans notre série, présentaient dans 29% des cas des escarres (Fig.10), dans 27% des infections nosocomiales et dans 19% une conjonctivite. L'escarre est définie comme une lésion cutanée ischémique secondaire à une compression de la peau et des tissus sous-cutanés entre les saillies osseuses et un plan dur [10]. L'ischémie se développe dès que la pression dépasse la pression capillaire (35 mmHg pour un adulte sain). Pour un adulte sain sur un plan dur (matelas), la totalité de son poids repose sur 10 % de la surface corporelle avec des pressions supérieures à 40 mmHg au niveau des talons et du sacrum[11]. Les tissus sous-cutanés et les muscles sont plus sensibles à l'anoxie que le derme et l'épiderme.

Ceci explique que les lésions peuvent être masquées au début par une peau d'aspect normal ou légèrement érythémateux. Les localisations sont les parties où l'interposition de tissus entre l'os et le plan d'appui sont les moins importantes (sacrum, occiput, talons). Il existe différents stades cliniques en fonction de l'évolution des lésions et de leur profondeur. Il existe de nombreux facteurs de risques d'escarre : grabataire, sévérité de la pathologie aiguë ayant motivé l'hospitalisation, macération, état nutritionnel, âge, etc. Plusieurs échelles ont été proposées pour évaluer ces facteurs de risque. La présence de complications à type d'escarres ou d'infections nosocomiales en pourcentage élevé dans notre série est expliqué en premier par l'augmentation de durée de séjour en milieu de réanimation pour nos malades malgré la qualité des soins et des mesures associées. En fait la peau d'un patient en état critique est également soumise à une série de facteurs tels que l'immobilité, l'humidité, la macération, le diabète, les corticoïdes et les traitements multiples, le long du séjour en réanimation altérant sa fonction barrière ce qui favorise les escarres et sa colonisation par des infections bactériennes, virales et fongiques.

p-Evolution des malades en réanimation

34% des patients dans notre série décédaient alors que 66% se transféraient vers d'autres services pour complément de prise en charge. Dans la série de Mariona Badia MD., le taux de mortalité était d'environ 38.3% et de l'ordre de 28,1% dans l'étude de Susanna MC George alors que dans l'étude pédiatrique de J. Henk Sillevius, ce taux était de 16.6%. Ce taux relativement élevé confirme la théorie selon laquelle la défaillance cutanée ayant comme conséquence non pas seulement l'augmentation de durée de séjour mais aussi le taux de décès.

Ce décès est due soit à des pathologies dermatologiques menaçant le pronostic vital comme les toxidermies ou les infections graves, soit à la gravité de la pathologie non dermatologique pour la quelle le patient est hospitalisé et à qui se rajoute une complication cutanée, aggravant le pronostic.

En fait la réanimation est un environnement spécial pour les malades en phase critique menant à diverses complications cutanées qui pourraient être préjudiciable à la santé du patient en raison de l'immobilité, de la transpiration et de la diminution de la perfusion d'organes.

2-Discussion des résultats analytiques:

C'était important à notre avis, de faire une corrélation entre les différentes données colligées dans notre série avec le décès afin de connaître les différents paramètres influençant le taux de mortalité de point de vue dermatologique.

a-Corrélation entre la durée de séjour et la présence de manifestations dermatologiques:

Dans notre série, les patients séjournant plus d'un mois en réanimation présentaient dans 51.2% des cas des lésions cutanées, versus 42.5% pour les patients séjournant entre 1 semaine et 1 mois et 6.3% pour ceux séjournant moins d'une semaine. Nos résultats confirment qu'il ya une corrélation étroite entre la durée de séjour et la présence de manifestations dermatologiques. Ceci a deux sens: d'une part les malades qui séjournent longtemps en réanimation sont plus susceptibles à présenter des lésions cutanées et d'autre part ces manifestations dermatologiques prolongent ce séjour en milieu de réanimation [11].

Ce long séjour est expliqué en premier par le niveau de gravité de la pathologie pour laquelle le patient est admis en réanimation et un plus grand besoin de procéder à des soins et des traitements qui peuvent altérer la fonction barrière de la peau [12].

b-Corrélation entre le décès et l'âge

Dans notre étude, le taux de décès augmentait progressivement avec l'âge puisque les patients âgés de plus de 60 ans décédaient dans 34.7%, ceux âgés entre 40 ans et 60 ans décédaient dans 26.1% et ceux moins de 20 ans décédaient dans 14.2% des cas. Le pronostic du patient hospitalisé en réanimation dépend d'éléments présents le premier jour et d'événements survenant durant le séjour. parmi les facteurs pronostiques du premier jour il ya l'âge qui fait partie de plusieurs scores de gravité [13]. La mortalité en unité de réanimation des patients âgés apparait supérieure à celle des patients plus jeunes, même à gravité identique. Mais la différence est très variable, parfois non significative [14]. La mortalité hospitalière est elle aussi évaluée régulièrement plus élevée chez le sujet âgé (67 vs 47% pour Saccanella [15]; 39 vs 19% pour Vosylius [16]), mais là aussi, l'âge n'apparaît pas toujours comme un facteur indépendant.

En fait, les manifestations dermatologiques survenant chez un sujet âgé présentant déjà une peau sèche sénile, sont susceptibles d'induire une défaillance cutanée plus rapide [17].

c-Corrélation entre décès et le sexe:

Dans notre étude, les hommes décédaient plus que les femmes avec un taux de 60.8% versus 39.2%. Dans la littérature il n'y a pas de différence de taux de mortalité entre les hommes et les femmes mais nos résultats peuvent être expliqués par la prédominance masculine dans notre échantillon et par la gravité de la pathologie dermatologique ou non sous-jacente.

d-Corrélation entre décès et prise médicamenteuse:

Dans notre série, les patients qui prenaient des médicaments décédaient dans 60.8% des cas versus 39.2% des patients qui ne consommaient pas de médicaments. Ces patients qui prennent des médicaments sont soit porteurs de tares qui aggravent le pronostic vital en se rajoutant à la pathologie pour laquelle ils sont admis en réanimation soit présentant une forme de toxidermie grave qui était le principal motif d'admission en réanimation.

e-Corrélation entre le décès et le mode début de la symptomatologie dermatologique:

Dans notre série, le taux de mortalité est plus élevé chez les patients qui présentent des manifestations dermatologiques de façon brutale par rapport à ceux qui les présentent d'une façon progressive avec un taux de 64.2% versus 35.8%. Généralement les dermatoses menaçant le pronostic vital sont de début brutal et remarquables par des signes fonctionnels bruyants [18], ce qui explique nos résultats.

f-Corrélation entre le décès et les diagnostics dermatologiques

Dans notre étude, les patients qui ont décédé présentaient dans 16.7% un rash toxique, dans 15.7% des cas des toxidermies, dans 12.5% une dermatophytie et dans 11.7% des sudamina. Le rash toxique se définit par l'apparition d'un exanthème dans le cadre d'une infection systémique pouvant mener à un choc septique, c'est une maladie infectieuse rare et aiguë, potentiellement létale, causée

par une toxine bactérienne qui pénètre dans la circulation sanguine à la suite d'une infection par un agent pathogène [19]. La toxidermie dans sa forme grave est représenté essentiellement par le syndrome de Stevens Johnson ou Lyell ou le Dress syndrome. Ces entités sont les plus graves des urgences dermatologiques. cependant, ils restent rares (incidence de 0,1 % de la population générale), touchent tous les âges, mais augmentent après 40 ans. Les terrains à risque identifiés sont :

- les patients infectés par le VIH : susceptibilité due au VIH et exposition fréquente aux sulfamides (Cotrimoxazole) [20].
- les patients ayant bénéficié d'une greffe de moelle allogénique : réaction de greffon contre l'hôte et effet secondaire médicamenteux [21].

La présentation clinique est assez stéréotypée et donc aisément reconnaissable, associant des manifestations cutanéomuqueuses et viscérales. C'est la gravité de cette pathologie qui explique sa présence avec un taux significatif en milieu de réanimation et son lien avec un taux élevé de mortalité. Les dermatophytoses sont les mycoses cutanées les plus fréquentes chez l'homme. Elles sont responsables de lésions superficielles, de la peau glabre, des paumes et plantes des pieds, des plis (intertrigos), des cheveux ou des poils (teignes tondantes, folliculites, kérions), ainsi que des lésions unguéales (onyxis). Les dermatophytoses sont en général bénignes chez un sujet immunocompétent et évoluent souvent sur un mode chronique et volontiers récidivant.

Lors d'une déficience du terrain (contexte d'immunosuppression) le derme peut être envahi et même les viscères comme dans la situation extrême d'une maladie dermatophytique [20]. Les dermatophytoses prennent des aspects cliniques très variés, parfois atypiques. Elles sont reconnues désormais comme des infections fréquentes chez les patients de réanimation chirurgicale ou médicale [18]. Les facteurs de risque d'une dermatophytie sont: les corticostéroïdes, l'âge, la chimiothérapie, les Cancers, la neutropénie $<500/mm^3$, la malnutrition, la sévérité de la maladie, l'hémodialyse, l'hyperglycémie, la ventilation mécanique, l'antibiotiques et l'hospitalisation en réanimation [10]. Tous ces facteurs augmentent aussi bien le séjour en réanimation que le taux de mortalité [9]. La sudamina est une pathologie de la glande sudorale qui se voit dans les zones d'appuie des patients alités une longue durée. En fait les patients qui séjournent une longue durée en milieu de réanimation à cause de la gravité de leurs pathologies ou à cause des infections nosocomiales présentent un taux de mortalité plus élevé [21] et plus de lésions de sudamina.

Limites et perspectives

A-Limites :

Au cours de cette étude prospective, les difficultés qui ont entravé ce travail sont :

- L'impossibilité de visiter régulièrement les différentes unités de soins intensifs au CHU vue la disparité des locaux et l'activité chargé du résident réalisant le travail.
- Le diagnostic était parfois difficile à confirmer vue l'impossibilité de réaliser une biopsie ou à cause du décès rapide du patient.

B-Perspectives :

Points forts :

- les manifestations dermatologiques en milieu de réanimation sont divers.
- ces troubles cutanées peuvent être une cause ou conséquence d'hospitalisation en réanimation.
- la durée d'hospitalisation et taux de décès chez les patients présentant des manifestations dermatologiques en réanimation restent augmentés.
- la nécessité d'une collaboration étroite entre les médecins dermatologues et les réanimateurs pour le diagnostic et le traitement de ces pathologies cutanées.

Conclusion

La réanimation est un environnement spécial pour les malades en phase critique menant à divers problèmes de peau qui pourraient être préjudiciables à la santé du patient en raison de l'immobilité, de la transpiration et une diminution de la perfusion.

Ces troubles cutanés observés en réanimation peuvent représenter un élément diagnostique d'une pathologie motivant une hospitalisation en réanimation ou survenir secondairement comme une complication de la réanimation.

Notre étude, nous avons constaté que les manifestations dermatologiques en milieu de réanimation sont divers ne se limitent pas seulement aux infections ou toxidermies graves.

Ces lésions cutanées sont liés à une durée de séjour prolongé ainsi qu'à un taux élevé de mortalité ce qui confirme que la défaillance cutanée est considérée de mauvais pronostic comme les autres défaillances viscérales.

Résumé

Introduction: les lésions cutanées observées chez les patients en réanimation et les pathologies qui s'y rattachent sont à la fois très diverses et pour les plus graves peu fréquentes. Peu d'études réalisées qui s'intéressent à ce type de lésions d'où l'intérêt de notre travail.

Matériels et méthodes: étude prospective, descriptive et analytique faite en collaboration entre le service de dermatologie et des réanimations du CHU HASSAN II de FES sur une durée de 3 ans du mois 06/2009 au mois 06/2012 incluant tout malade présentant des lésions cutanées comme motif d'admission ou apparues au cours de son hospitalisation en réanimation.

Résultats: 352 cas ont été colligés, dont 48% étaient des femmes et 52% des hommes, l'âge moyen était de 43 ans avec des extrêmes d'âge de 85 ans et 5 ans, les motifs d'admission en réanimation étaient divers, dermatologiques dans 11% des cas, les lésions cutanées apparues au cours du séjour en réanimation étaient très variés : infectieuses, vasculaires, médicamenteuses et traumatiques. 34% de nos patients avaient une évolution fatale, soit à cause de leurs dermatoses dans 6.2% ou à cause de leur pathologie initiale dans le reste des cas.

Discussion: les lésions dermatologiques des patients en réanimation répondent à deux situations distinctes: les pathologies dermatologiques justifiant une admission en réanimation, les patients admis en réanimation présentant des lésions dermatologiques aidant au diagnostic de la pathologie initiale et les lésions dermatologiques se développant en réanimation considérées comme des complications. Le clinicien peut donc être confronté à des lésions dermatologiques qu'il devra reconnaître d'un point de vue sémiologique et qu'il devra rattacher à une pathologie primitivement cutanée ou non. Dans notre étude, on avait une diversité des diagnostics dermatologiques, illustrant les données de la littérature. Le pourcentage élevé du décès dans notre série, est expliqué par la gravité des pathologies nécessitant une prise en charge en milieu de réanimation et confirme l'existence de dermatoses mettent en jeu le pronostic vital et fonctionnel.

Conclusion: la liste des lésions dermatologiques en réanimation reste large mais surtout importante à connaître afin de mettre en route un traitement adéquat et guetter d'autres complications parfois difficiles à gérer.

Références

S

1. Dunnill MG, Handfield-Jones SE, Treacher D, McGibbon DH: Dermatology in the intensive care unit. *Br J Dermatol*. 1995;132:226–35.
2. Barillo DJ, Goodwin CW: Dermatologists and the burn center. *Dermatol Clin*. 1999;17:61–75.
3. Uwe Wollina, Andreas Nowak: Dermatology in the Intensive Care Unit. *Our Dermatol Online*. 2012; 3(4): 298–303
4. Sillevis Smitt JH, van Woensel JB, Bos AP: Skin lesions in children admitted to the paediatric intensive care unit: an observational study. *Eur J Pediatr*. 2011;170:1263–5
5. Wetter DA, Camilleri MJ: Clinical, etiologic, and histopathologic features of Stevens–Johnson syndrome during an 8–year period at Mayo Clinic. *Mayo Clin Proc*. 2010;85:131–8.
6. George SM, Harrison DA, Welch CA, Nolan KM, Friedmann PS: Dermatological conditions in intensive care: a secondary analysis of the Intensive Care National Audit and Research Centre (ICNARC) Case Mix Programme database. *Crit Care*. 2008;12(Suppl 1):S1.
7. Eshik M, Allanore L, Musette P, Mipied B, Grange A, Guillaume J–C, et al: Twelve–year analysis of severe cases of drug reaction with eosinophilia and systemic symptoms. A cause of unpredictable multiorgan failure. *Arch Dermatol*. 2009;145:67–72.
8. Gerdts B, Vloemans AF, Kreis RW: Toxic epidermal necrolysis: 15 years' experience in a Dutch burns centre. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2007;21:781–8.
9. Wolf R, Orion E, Marcos B, Matz H: Life–threatening acute adverse cutaneous drug reactions. *Clin Dermatol*. 2005;23:171–81.
10. Rzany B, Mockenhaupt M, Baur S, Schröder W, Stocker U, Mueller J, et al: Epidemiology of erythema exsudativum multiforme majus, Stevens–Johnson syndrome, and toxic epidermal necrolysis in Germany (1990–1992): structure and results of a population–based registry. *J Clin Epidemiol*. 1996;49:769–73.

11. Fischer M, Donath C, Radke J, Marsch WC, Soukup J: Skin function parameters in intensive-care patients. *Skin Res Technol.* 2005;11:268–71.
12. Trivalle C, Cartier T, Verny C, Mathieu A–M, Davrinche P, Agostini H, et al.: Identifying and preventing adverse drug reactions in elderly hospitalised patients: A randomised trial of a program to reduce adverse drug effects. *J Nutr Health Aging.* 2010;14:57–61.
13. Inamadar AC, Palit A: Acute skin failure: Concepts, causes, consequences and care. *Indian J Dermatol Venereol Leprol.* 2005;71:379–85.
14. Rojeau JC, Revuz J: Intensive care in dermatology. In: Champion RH, Pye RJ (eds): *Recent Advances in Dermatology.* Edinburgh: Churchill–Livingstone; 1990: p. 85–99.
15. Creamer D, Allen MH, Groves RW, Barker JN: Circulating vascular permeability factor/ vascular endothelial growth factor in erythroderma. *Lancet.* 1996;348:1101.
16. Elias PM, Feingold KR: Does the tail wag the dog? Role of the barrier in the pathogenesis of inflammatory dermatoses and therapeutic implications. *Arch Dermatol.* 2001;137:1079–81.
17. Shen HN, Lu CL: Skin and soft tissue infections in hospitalized and critically ill patients: a nationwide population–based study. *BMC Infect Dis.* 2010;10:151.
18. VanGilder C, Amlung S, Harrison P, Meyer S: Results of the 2008–2009 International Pressure Ulcer Prevalence Survey and a 3–year, acute care, unit–specific analysis. *Ostomy Wound Manage.* 2009;55:39–45.
19. Kaitani T, Tokunaga K, Matsui N, Sanada H: Risk factors related to the development of pressure ulcers in the critical care setting. *J Clin Nurs.* 2010;19:414–21.
20. Manzano F, Navarro MJ, Roldán D, Moral MA, Leyva I, Guerrero C, et al: Pressure ulcer incidence and risk factors in ventilated intensive care patients. *J Crit Care.* 2010;25:469–76.
21. Cox J: Predictors of pressure ulcers in adult critical care patients. *Am J Crit Care.* 2011;20:364–75.

22. Eigsti JE: Innovative solutions: beds, baths, and bottoms: a quality improvement initiative to standardize use of beds, bathing techniques, and skin care in a general critical-care unit. *Dimens Crit Care Nurs.* 2011;30:169-76.