



## Les urgences dermatologiques au service de Dermatologie du Centre Hospitalier Universitaire Joseph Raseta Befelatanana

### Dermatological emergencies in the dermatological unit of the Joseph Raseta Befelatanana Academic Medical Center

M ANDRIANARISON <sup>(1)\*</sup>, O RAHAROLAHY <sup>(1)</sup>, M F RAKOTOARISAONA <sup>(1)</sup>, F A SENDRASOA <sup>(1)</sup>, I M RANAIVO <sup>(2)</sup>,  
L S RAMAROZATOVO <sup>(3)</sup>, F RAPELANORO RABENJA <sup>(3)</sup>

<sup>(1)</sup> Service de Dermatologie, Centre Hospitalier Universitaire Joseph Raseta, Befelatanana, 101 Antananarivo Madagascar

<sup>(2)</sup> Service de Dermatologie, Centre Hospitalier Universitaire Morafeno, 501 Toamasina Madagascar

<sup>(3)</sup> Faculté de Médecine d'Antananarivo, BP 375, Antananarivo Madagascar

Soumis le 12 mai 2019  
Accepté le 16 juin 2019  
Disponible en ligne le 30 juin 2019

#### RESUME

**Introduction :** L'urgence dermatologique constitue une face cachée de la dermatologie. Elle constitue une partie non négligeable en urgence médicale car sa méconnaissance entraînerait des conséquences désastreuses. Notre objectif était de décrire le profil épidémiologique et évolutif des situations d'urgences en dermatologie. **Matériels et Méthodes :** Une étude rétrospective, descriptive était menée dans les deux services de Dermatologie du Centre Hospitalier Universitaire Joseph Raseta de Befelatanana, Antananarivo, de 2015 à 2017. Etaient inclus tous les patients hospitalisés présentant une urgence dermatologique vraie ou relative de tout âge. **Résultats :** Sur 634 patients hospitalisés, 113 patients présentaient une urgence dermatologique, soit 17,82%. Les pathologies observées étaient : les toxidermies (37%), les dermatoses infectieuses (20%), les maladies systémiques compliquées (11,7%), les dermatoses bulleuses auto-immunes (8%) et les réactions lépreuses (8%). Le taux de mortalité était de 7,8%. **Conclusion :** La toxidermie est la première pathologie grave en Dermatologie. La connaissance de ces principales urgences dermatologiques serait une aide précieuse pour les praticiens travaillant loin des centres hospitaliers de Dermatologie.

**Mots clés :** Toxidermie - Madagascar - Urgences dermatologiques.

#### ABSTRACT

**Background:** The dermatological emergency is a hidden side of dermatology. It is a significant part in a medical emergency because its ignorance would lead to disastrous consequences. The aim of this study was to describe the epidemiological and clinical characteristics of emergencies in Dermatology. **Materials and Methods:** A retrospective, descriptive study was conducted in two departments at the Joseph Raseta Befelatanana Academic Medical Center (Antananarivo, Madagascar) from 2015 to 2017. All hospitalized patients with a true or relative dermatological emergency was included in the study. **Results:** During this period, of 634 hospitalized patients, 113 patients had a dermatological emergency (17.82%). The mortality rate was 7.8%. The most highly dermatological emergency observed were: severe cutaneous drug eruption (37%), infectious dermatological diseases (20%), complicated systemic diseases (11.7%), bullous skin lesions (8%) and leprosy reactions (8%). The mortality rate remains acceptable (7.8%). **Conclusion:** Toxidemy is the first serious pathology in Dermatology. Knowledge of these major dermatological emergencies would be of great help to practitioners working away from Dermatology hospitals.

**Keywords:** Drug eruptions - Madagascar - Dematological emergencies.

#### INTRODUCTION

La dermatologie est souvent considérée comme une spécialité où les pathologies sont non urgentes et les traitements prescrits et suivis en ambulatoire. Pourtant, la prévalence des urgences dermatologiques en milieu hospitalier n'est pas négligeable. Des études avaient montré que 5 à 8% des consultations en service d'urgence étaient motivées par des plaintes dermatologiques, et 21 cas sur 100 consultations en ambulatoire dermatologique étaient des « urgences dermatologiques vraies » [1].

Les urgences dermatologiques regroupent de nombreuses affections telles que les dermatoses infectieuses, les toxidermies, les dermatoses auto-immunes. Les unités de soins intensifs et d'urgences en dermatologie existent dans les pays développés et la demande en consultation d'urgence dermatologique est croissante à la fois en pratique libérale et hospitalière avec une augmentation de 20% en 10 ans, puis de 10% en un an [2]. A Madagascar, cette structure n'existe pas encore. Et à notre connaissance, aucune étude n'avait décrit ces urgences dermatologiques. Nos objectifs

étaient double : d'une part de rapporter le profil épidémiologique et évolutif des situations d'urgences en dermatologie ; et d'autre part, de décrire les dermatoses graves les plus fréquentes vues dans les deux services de Dermatologie d'Antananarivo.

#### MATERIELS ET METHODES

Une étude rétrospective descriptive était menée dans les deux services de Dermatologie du Centre Hospitalier Universitaire Joseph Raseta de Befelatanana, Antananarivo Madagascar, sur une période de 2 ans allant de janvier 2015 à janvier 2017. Etaient inclus dans cette étude, tous les patients hospitalisés

Du Centre Hospitalier Universitaire d'Antananarivo, et de l'Université d'Antananarivo, Madagascar.

\*Auteur correspondant :

Dr. ANDRIANARISON Malalaniaina

Adresse : Service de Dermatologie  
Centre Hospitalier Universitaire Joseph Raseta  
Befelatanana

101 Antananarivo Madagascar

Téléphone : +261 34 13 080 10

E-mail : aina\_andrianarison@yahoo.fr

présentant une urgence vraie ou relative, quel que soit leur âge ou leur sexe. L'urgence dermatologique vraie est définie comme toute pathologie aiguë ou grave nécessitant un traitement immédiat et évoluant depuis moins de 48 heures. Les urgences dermatologiques relatives sont les dermatoses invalidantes évoluant depuis moins de 5 jours. Les paramètres étudiés étaient : l'âge, le genre, le type (auto-référés, ou référés par des médecins libres/urgentistes) et le motif d'admission, les facteurs de gravité, le diagnostic final et l'évolution de la pathologie. Les dermatoses diagnostiquées étaient ensuite regroupées en six grands groupes : les dermatoses infectieuses, les toxidermies graves, les dermatoses systémiques compliquées, les dermatoses bulleuses auto-immunes, l'angioedème et l'œdème de Quincke. Les patients porteurs de dermatoses graves mais ayant refusé l'hospitalisation étaient exclus de l'étude pour un souci de suivi. Les données étaient recueillies sur Excel et les résultats étaient exprimés en effectif et en pourcentage.

## RESULTATS

Sur un total de 634 patients hospitalisés, 113 patients présentaient une urgence dermatologique, soit un taux de 17,82%. Les « urgences dermatologiques vraies » concernaient 52 patients, soit 46,42% des cas. Soixante patients (53%) s'étaient adressés spontanément au service de dermatologie, 28 patients (25%) étaient adressés par le service des urgences médicales et 25 patients adressés par des médecins en exercice libéral. Une prédominance féminine a été observée (sex-ratio H/F de 0,76). Les enfants âgés de moins de 15 ans étaient au nombre de 11 (9,73%) (*cf.* tableau I). L'âge moyen des patients était de 35,9 ans.

Les motifs d'hospitalisation étaient dominés par l'érythrodermie chez 40 patients (35%), le décollement cutané chez 26 patients (23%). Par ailleurs, 18 patients (16%) présentaient une jambe rouge et 12 (11%) présentaient une dermatose bulleuse. Les autres motifs étaient un érythème facial, une nouure fébrile, une sclérose cutanée.

Par ordre de fréquence les principales causes d'urgences dermatologiques étaient les toxidermies graves (38%), les dermatoses infectieuses (24%), les maladies systémiques compliquées (13%), les angioedèmes (12%), et les dermatoses bulleuses auto-immunes (10%) (*cf.* tableau II).

Les toxidermies graves constituaient la première cause d'urgence en dermatologie. Le syndrome de Lyell (*cf.* figure 1) était le principal type de toxidermie, observé chez 22 patients (19,46%). Le DRESS syndrom touchait 12 patients (10,60%) et l'érythrodermie concernait 7 patients (6,19%). Le principal médicament imputé était la carbamazépine, retrouvé chez 90% des cas de toxidermie.

Parmi les dermatoses infectieuses, dix-sept patients infectés (15%) présentaient un érysipèle, six patients (5,30%) une staphylococcie maligne de la face (*cf.* figure 2a) et 4 (3,53%) patients présentaient une réaction lépreuse (*cf.* figure 2b).

Les dermatoses auto-immunes étaient dominées par les complications de lupus systémique (7,96%) (*cf.* figure 2c), dont 4 patientes étaient atteintes de la tuberculose, une patiente une défaillance cardiaque compli-

quée de tamponnade et les 3 dernières présentaient une septicémie sévère. La sclérodermie systémique avec atteinte multi viscérale était la deuxième cause d'urgence de dermatose inflammatoire intéressant 6,19% des patients. L'érythrodermie psoriasique touchait 3,53% des patients. L'angioedème était retrouvé chez 13% des patients. Les dermatoses bulleuses représentaient 10% des patients dont la principale cause était le pemphigus vulgaire. Des mesures d'urgence étaient effectuées dans tous les cas associés à un traitement étiologique. Le taux de mortalité était de 7,19% dont 4 patients décédés de toxidermie grave par défaillance multi viscérale et 3 patientes lupiques décédées suite à une septicémie sévère.

**Tableau I** : Répartition des patients selon le genre.

Genre	n (%)
Masculin	46(40,70)
Féminin	67(59,29)



**Figure 1** : Syndrome de Lyell : décollement épidermique en ligne mouillée, signe de Nicholski.

**Tableau II** : Les principales pathologies dermatologiques urgentes des patients.

Principales pathologies	n (%)
<b>Toxidermie grave</b>	
<i>Syndrome de Lyell</i>	22(19,46)
<i>DRESS syndrom</i>	12(10,60)
<i>Erythrodermie</i>	7(6,19)
<b>Dermatoses infectieuses</b>	
<i>Erysipèle</i>	17(15)
<i>Staphylococcie maligne de la face</i>	6(5,30)
<i>Réaction lépreuse</i>	4(3,53)
<b>Dermatoses inflammatoires systémiques</b>	
<i>Lupus érythémato-systémique</i>	9(7,96)
<i>Sclérodermie systémique</i>	7(6,19)
<i>Erythrodermie psoriasique</i>	4(3,53)
<b>Angioedème</b>	
<i>Angioedème et œdème de Quincke</i>	14(13)
<b>Dermatoses bulleuses</b>	
<i>Pemphigoïde vulvaire</i>	11(10)

## DISCUSSION

Dans cette étude, sur une durée de deux ans, 113 patients présentaient une urgence dermatologique. Ces résultats sont moins nombreux comparés à ceux de la littérature, notamment le Sénégal qui recevait 215 patients en service d'urgences dermatologiques sur une période de 10 mois [3]. La France enregistrait une prévalence de 2209 consultations en 1 an dans un service de consultation dermatologique d'urgence régionale

[1]. Les Etats-Unis notaient un nombre de 181 consultations d'urgence dermatologique en 3 ans [4]. Cette disparité entre notre étude et les autres pays s'explique en grande partie par le fait que, le service de Dermatologie d'Antananarivo est le seul centre de dermatologie de la grande île. Il est peu accessible aux patients venant des provinces et des campagnes. Si dans les autres pays (notamment dans les pays développés), un service d'urgence dermatologique est implanté dans chaque région du pays, à Madagascar, le service hospitalier se trouve uniquement dans la capitale. La province située à l'extrême nord de l'île (Antsiranana) se trouve à 1093 kilomètres de distance en voiture par rapport à la capitale, imposant un voyage sur route d'une durée moyenne de 14 heures. Tandis que la province à l'extrême Sud (Fort-Dauphin) nécessite une durée de 21 heures 40 minutes de voyage, sur une distance routière de 1110 kilomètres. Malheureusement, le nombre infime de dermatologue s'ajoute à ce problème. Ce chiffre est donc sous-estimé et ne reflète pas la réalité du pays.

Les femmes sont plus nombreuses, du fait de la fréquence des maladies systémiques en dermatologie. Ceci explique également la moyenne d'âge jeune des patients retrouvé dans notre étude (35,9 ans) et dans la littérature 33 ans en France [1], 43 ans aux Etats-Unis [4], 49 ans au Sénégal [3].

A Madagascar, les toxidermies graves, notamment le syndrome de Lyell, étaient les premières causes d'urgence dermatologique mais également les premières causes de décès. Ceci est dû principalement au mésusage médicamenteux dont la carbamazépine. La carbamazépine constitue, en effet, le premier médicament imputé dans les toxidermies graves des malgaches car intéresse 90% des patients. La prescription inappropriée, particulièrement sur les doses et les indications, de ce médicament constitue un grand facteur de risque de survenue d'une toxidermie grave. D'après la littérature, 24% des toxidermies graves étaient évitables, liées à la prescription d'une molécule pour une mauvaise indication (essentiellement allopurinol et cotrimoxazole) et à une réintroduction accidentelle du médicament [5]. Par ailleurs, l'automédication aggrave les dangers de la toxidermie surtout à Madagascar [6]. Les dermatoses infectieuses sont fréquentes en urgence dermatologique dans la littérature comme au Sénégal (37%), Etats-Unis (46,7%), Espagne (47,49%) [3, 7, 8].

Comme tout pays tropical, les infections cutanées demeurent fréquentes et graves à Madagascar, les infections bactériennes sont les plus dangereuses dans notre étude. Les dermatoses auto-immunes sont surtout compliquées d'infection telle que la tuberculose, et celle-ci est majorée par la perte de vue de la patiente. L'arrêt volontaire du traitement pour diverses raisons, surtout financière, aggrave la maladie jusqu'à un stade très avancé.

Le taux de mortalité (7,19%) est faible par rapport aux autres pays développés doté de service de consultation d'urgence dermatologique comme la France (avec un taux de mortalité de 17%) et les Etats-Unis (taux de mortalité de 10,6%). Ce faible taux s'explique par petite taille de notre échantillonnage ne reflétant

pas la population du pays.



**Figure 2** : Urgences dermatologiques : staphylococcie maligne de la face (a) ; érythème noueux lépreux (b) ; lupus érythémateux systémique (c).

## CONCLUSION

Les urgences en dermatologie constituent une face cachée et souvent sous estimées en milieu hospitalier. La toxidermie grave est la première pathologie grave à Madagascar, due principalement à une prescription inappropriée de carbamazépine. Les infections ne sont pas négligeables et deviennent fatales si associées à une maladie systémique. Même peu fréquentes par rapport aux autres pays, la connaissance de ces principales pathologies urgentes à Madagascar, serait d'une grande utilité autant pour les urgentistes que les cliniciens, qui seront au premier plan des décisions avant les dermatologues.

## REFERENCES

1. Wakosa A, Roussel A, Delaplace M, et al. Intérêt d'une consultation dermatologique d'urgence dans un centre hospitalier régional. *La Presse Médicale* 2013;42(12):e409-15. DOI: 10.1016/j.lpm.2013.07.017.
2. Isnard C, Oro S, Fardet L, et al. Dermatologie d'urgence : évolution 2008-2014 et mise en perspective. *Ann Dermatol Vénéréol* 2015;142(12S):S489-90. DOI: 10.1016/j.annder.2015.10.131.
3. 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.
4. Jack AR, Spence AA, Nichols BJ, et al. Cutaneous conditions leading to dermatology consultations in the emergency department. *West J Emerg Med* 2011;12(4):551-5. DOI: 10.5811/westjem.2010.4.1653.
5. Chaby G, Valeyrie-Allanore L, Duong T-A, et al. Toxidermies sévères liées à une prescription inappropriée des médicaments : étude nationale rétrospective. *Ann Dermatol Vénéréol* 2017;144(12S):S54. DOI: 10.1016/j.annder.2017.09.028.
6. Ramorasata JAC, Raveloson NE, Tohaina D, et al. Caractéristiques épidémiocliniques des nécrolyses épidermiques toxiques dans le service de réanimation de l'Hôpital de Soavinandriana Antananarivo. *Rev Anest Réa Méd Urg* 2009;1(2):21-5.
7. Nadkarni A, Domeisen N, Hill D, Feldman SR. The most common dermatology diagnoses in the emergency department. *J Am Acad Dermatol* 2016;75(6):1261-2. DOI: 10.1016/j.jaad.2016.07.054.
8. Martínez-Martínez ML, Escario-Travesedo E, Rodríguez-Vázquez M, Azaña-Defez JM, Martín de Hijos-Santos MC, Juan-Pérez-García L. Dermatology consultations in an emergency department prior to establishment of emergency dermatology cover. *Actas Dermosifiliogr* 2011;102(1):39-47. DOI: 10.1016/j.ad.2010.04.011.