



كلية الطب
والصيدلة - مراكش
FACULTÉ DE MÉDECINE
ET DE PHARMACIE - MARRAKECH

Année 2026

Thèse N° 37

**Prise en charge des pathologies
dermatologiques graves en Réanimation
Médicale du CHU Mohammed VI de Marrakech**

THÈSE

PRÉSENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 19/01/2026

PAR

Mr. MOUSA Younes

Né Le 25 février 1999 à Marrakech

POUR L'OBTENTION DU DOCTORAT EN MÉDECINE

Mots-clés

Pathologies dermatologiques graves – Réanimation médicale – Syndrome de Lyell
Sepsis – Choc septique – Prise en charge multidisciplinaire – Mortalité

JURY

Mr. S. AMAL

Professeur de Dermatologie

PRESIDENT

Mr. A. HACHIMI

Professeur de Réanimation Médicale

RAPPORTEUR

Mr. Y. ELOUARDI

Professeur d'Anesthésie – Réanimation

JUGE



بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ
اللَّهُ لَا إِلَهَ إِلَّا هُوَ الْحَيُّ الْقَيُّومُ
لَا تَأْخُذُهُ سِنَةٌ وَلَا نَوْمٌ

لَهُ مَا فِي السَّمَوَاتِ وَمَا فِي الْأَرْضِ
مَنْ ذَا الَّذِي يَشْفَعُ عِنْدَهُ إِلَّا بِإِذْنِهِ
يَعْلَمُ مَا بَيْنَ أَيْدِيهِمْ وَمَا خَلْفَهُمْ
وَلَا يُحِيطُونَ بِشَيْءٍ مِنْ عِلْمِهِ إِلَّا بِمَا شَاءَ
وَسِعَ كُرْسِيُّهُ السَّمَوَاتِ وَالْأَرْضَ
وَلَا يَئُودُهُ حِفْظُهُمَا وَهُوَ الْعَلِيُّ الْعَظِيمُ ﴿٢٥٦﴾

وَقُلْ لِّمَن لَّدُنَّ الْفَتْحُ

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

قَالُوا سُبْحَانَكَ

لَا عِلْمَ لَنَا إِلَّا مَا عَلَّمْتَنَا

إِنَّكَ أَنْتَ الْعَلِيمُ الْحَكِيمُ

صَدَقَ اللَّهُ الْعَظِيمُ

Serment d'Hippocrate



Au moment d'être admis à devenir membre de la profession médicale, je m'engage solennellement à consacrer ma vie au service de l'humanité.

*Je traiterai mes maîtres avec le respect et la reconnaissance qui leur sont dus.
Je pratiquerai ma profession avec conscience et dignité.*

La santé de mes malades sera mon premier but.

Je ne trahirai pas les secrets qui me seront confiés.

Je maintiendrai par tous les moyens en mon pouvoir l'honneur et les nobles traditions de la profession médicale.

Les médecins seront mes frères.

Aucune considération de religion, de nationalité, de race, aucune considération politique et sociale, ne s'interposera entre mon devoir et mon patient.

Je maintiendrai strictement le respect de la vie humaine dès sa conception.

***Même** sous la menace, je n'userai pas mes connaissances médicales d'une façon contraire aux lois de l'humanité.*

Je m'y engage librement et sur mon honneur.

Déclaration Genève, 1948





UNIVERSITE CADI AYYAD
FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE
MARRAKECH

Doyens Honoraires

: Pr. Badie Azzaman MEHADJI
: Pr. Abdelhaq ALAOUI YAZIDI
: Pr. Mohammed BOUSKRAOUI

ADMINISTRATION

Doyen

: Pr. Said ZOUHAIR

Vice doyen de la Recherche et la Coopération

: Pr. Mohamed AMINE

Vice doyen des Affaires Pédagogiques

: Pr. Redouane EL FEZZAZI

Vice doyen Chargé de la Pharmacie

: Pr. Oualid ZIRAOU

Secrétaire Générale

: Mr. Azzeddine EL HOUDAIGUI

Liste nominative du personnel enseignants chercheurs
permanant

N°	Nom et Prénom	Cadre	Spécialités
01	ZOUHAIR Said (Doyen)	P.E.S	Microbiologie
02	CHOULLI Mohamed Khaled	P.E.S	Neuro pharmacologie
03	BOUSKRAOUI Mohammed	P.E.S	Pédiatrie
04	KHATOURI Ali	P.E.S	Cardiologie
05	NIAMANE Radouane	P.E.S	Rhumatologie
06	AIT BENALI Said	P.E.S	Neurochirurgie
07	KRATI Khadija	P.E.S	Gastro-entérologie
08	SOUMMANI Abderraouf	P.E.S	Gynécologie-obstétrique
09	RAJI Abdelaziz	P.E.S	Oto-rhino-laryngologie
10	SARF Ismail	P.E.S	Urologie
11	MOUTAOUAKIL Abdeljalil	P.E.S	Ophtalmologie
12	AMAL Said	P.E.S	Dermatologie
13	ESSAADOUNI Lamiaa	P.E.S	Médecine interne
14	MANSOURI Nadia	P.E.S	Stomatologie et chirurgie maxillo faciale
15	MOUTAJ Redouane	P.E.S	Parasitologie
16	AMMAR Haddou	P.E.S	Oto-rhino-laryngologie
17	CHAKOUR Mohammed	P.E.S	Hématologie biologique

18	EL FEZZAZI Redouane	P.E.S	Chirurgie pédiatrique
19	YOUNOUS Said	P.E.S	Anesthésie-réanimation
20	BENELKHAÏAT BENOMAR Ridouan	P.E.S	Chirurgie générale
21	ASMOUKI Hamid	P.E.S	Gynécologie-obstétrique
22	BOUMZEBRA Drissi	P.E.S	Chirurgie Cardio-vasculaire
23	CHELLAK Saliha	P.E.S	Biochimie-chimie
24	LOUZI Abdelouahed	P.E.S	Chirurgie-générale
25	AIT-SAB Imane	P.E.S	Pédiatrie
26	GHANNANE Houssine	P.E.S	Neurochirurgie
27	OULAD SAIAD Mohamed	P.E.S	Chirurgie pédiatrique
28	DAHAMI Zakaria	P.E.S	Urologie
29	EL HATTAOUI Mustapha	P.E.S	Cardiologie
30	AMINE Mohamed	P.E.S	Epidémiologie clinique
31	EL ADIB Ahmed Rhassane	P.E.S	Anesthésie-réanimation
32	ELFIKRI Abdelghani	P.E.S	Radiologie
33	ARSALANE Lamiae	P.E.S	Microbiologie-virologie
34	KAMILI El Ouafi El Aouni	P.E.S	Chirurgie pédiatrique
35	MAOULAININE Fadl mrabih rabou	P.E.S	Pédiatrie (Néonatalogie)
36	MATRANE Aboubakr	P.E.S	Médecine nucléaire
37	ADMOU Brahim	P.E.S	Immunologie
38	CHERIF IDRISSE EL GANOUNI Najat	P.E.S	Radiologie
39	MANOUDI Fatiha	P.E.S	Psychiatrie
40	BOURROUS Monir	P.E.S	Pédiatrie
41	TASSI Noura	P.E.S	Maladies infectieuses
42	NEJMI Hicham	P.E.S	Anesthésie-réanimation
43	LAOUAD Inass	P.E.S	Néphrologie
44	FOURAIJI Karima	P.E.S	Chirurgie
45	BOUKHIRA Abderrahman	P.E.S	Biochimie-chimie

46	KHALLOUKI Mohammed	P.E.S	Anesthésie-réanimation
47	BSISS Mohammed Aziz	P.E.S	Biophysique
48	EL OMRANI Abdelhamid	P.E.S	Radiothérapie
49	SORAA Nabila	P.E.S	Microbiologie-virologie
50	KHOUCHANI Mouna	P.E.S	Radiothérapie
51	JALAL Hicham	P.E.S	Radiologie
52	EL ANSARI Nawal	P.E.S	Endocrinologie et maladies métaboliques
53	AMRO Lamyae	P.E.S	Pneumo-phtisiologie
54	OUALI IDRISSE Mariem	P.E.S	Radiologie
55	ZAHLANE Mouna	P.E.S	Médecine interne
56	BENJILALI Laila	P.E.S	Médecine interne
57	NARJIS Youssef	P.E.S	Chirurgie générale
58	RABBANI Khalid	P.E.S	Chirurgie générale
59	SAMLANI Zouhour	P.E.S	Gastro-entérologie
60	LAGHMARI Mehdi	P.E.S	Neurochirurgie
61	ABOUSSAIR Nisrine	P.E.S	Génétique
62	BENCHAMKHA Yassine	P.E.S	Chirurgie réparatrice et plastique
63	CHAFIK Rachid	P.E.S	Traumato-orthopédie
64	ABKARI Imad	P.E.S	Traumato-orthopédie
65	EL BOUIHI Mohamed	P.E.S	Stomatologie et chirurgie maxillo faciale
66	LAKMICHI Mohamed Amine	P.E.S	Urologie
67	AGHOUTANE El Mouhtadi	P.E.S	Chirurgie pédiatrique
68	HOCAR Ouafa	P.E.S	Dermatologie
69	EL KARIMI Saloua	P.E.S	Cardiologie
70	EL BOUCHTI Imane	P.E.S	Rhumatologie
71	QAMOUISS Youssef	P.E.S	Anesthésie réanimation
72	ZYANI Mohammad	P.E.S	Médecine interne

73	QACIF Hassan	P.E.S	Médecine interne
74	BEN DRISS Laila	P.E.S	Cardiologie
75	MOUFID Kamal	P.E.S	Urologie
76	EL BARNI Rachid	P.E.S	Chirurgie générale
77	KRIET Mohamed	P.E.S	Ophtalmologie
78	BOUCHENTOUF Rachid	P.E.S	Pneumo-phtisiologie
79	ABOUCHADI Abdeljalil	P.E.S	Stomatologie et chirurgie maxillo faciale
80	BASRAOUI Dounia	P.E.S	Radiologie
81	RAIS Hanane	P.E.S	Anatomie Pathologique
82	BELKHOUE Ahlam	P.E.S	Rhumatologie
83	ZAOUI Sanaa	P.E.S	Pharmacologie
84	MSOUGAR Yassine	P.E.S	Chirurgie thoracique
85	EL MGHARI TABIB Ghizlane	P.E.S	Endocrinologie et maladies métaboliques
86	DRAISS Ghizlane	P.E.S	Pédiatrie
87	EL IDRISSE SLITINE Nadia	P.E.S	Pédiatrie
88	RADA Noureddine	P.E.S	Pédiatrie
89	BOURRAHOUE Aicha	P.E.S	Pédiatrie
90	MOUAFFAK Youssef	P.E.S	Anesthésie-réanimation
91	ZIADI Amra	P.E.S	Anesthésie-réanimation
92	ANIBA Khalid	P.E.S	Neurochirurgie
93	TAZI Mohamed Ilias	P.E.S	Hématologie clinique
94	ROCHDI Youssef	P.E.S	Oto-rhino-laryngologie
95	FADILI Wafaa	P.E.S	Néphrologie
96	ADALI Imane	P.E.S	Psychiatrie
97	ZAHLANE Kawtar	P.E.S	Microbiologie- virologie
98	LOUHAB Nisrine	P.E.S	Neurologie

99	HAROU Karam	P.E.S	Gynécologie-obstétrique
100	BOUKHANNI Lahcen	P.E.S	Gynécologie-obstétrique
101	FAKHIR Bouchra	P.E.S	Gynécologie-obstétrique
102	BENHIMA Mohamed Amine	P.E.S	Traumatologie-orthopédie
103	HACHIMI Abdelhamid	P.E.S	Réanimation médicale
104	EL KHAYARI Mina	P.E.S	Réanimation médicale
105	AISSAOUI Younes	P.E.S	Anesthésie-réanimation
106	BAIZRI Hicham	P.E.S	Endocrinologie et maladies métaboliques
107	ATMANE El Mehdi	P.E.S	Radiologie
108	EL AMRANI Moulay Driss	P.E.S	Anatomie
109	BELBARAKA Rhizlane	P.E.S	Oncologie médicale
110	ALJ Soumaya	P.E.S	Radiologie
111	OUBAHA Sofia	P.E.S	Physiologie
112	EL HAOUATI Rachid	P.E.S	Chirurgie Cardio-vasculaire
113	BENALI Abdeslam	P.E.S	Psychiatrie
114	MLIHA TOUATI Mohammed	P.E.S	Oto-rhino-laryngologie
115	MARGAD Omar	P.E.S	Traumatologie-orthopédie
116	KADDOURI Said	P.E.S	Médecine interne
117	ZEMRAOUI Nadir	P.E.S	Néphrologie
118	EL KHADER Ahmed	P.E.S	Chirurgie générale
119	DAROUASSI Youssef	P.E.S	Oto-rhino-laryngologie
120	BENJELLOUN HARZIMI Amine	P.E.S	Pneumo-phtisiologie
121	FAKHRI Anass	P.E.S	Histologie-embryologie cytogénétique
122	SALAMA Tarik	P.E.S	Chirurgie pédiatrique
123	CHRAA Mohamed	P.E.S	Physiologie
124	ZARROUKI Youssef	P.E.S	Anesthésie-réanimation
125	AIT BATAHAR Salma	P.E.S	Pneumo-phtisiologie

126	ADARMOUCH Latifa	P.E.S	Médecine communautaire (médecine préventive, santé publique et hygiène)
127	BELBACHIR Anass	P.E.S	Anatomie pathologique
128	HAZMIRI Fatima Ezzahra	P.E.S	Histologie–embyologie cytogénétique
129	EL KAMOUNI Youssef	P.E.S	Microbiologie–virologie
130	EL MEZOUARI El Mostafa	P.E.S	Parasitologie mycologie
131	SERGHINI Issam	P.E.S	Anesthésie–réanimation
132	ABIR Badreddine	P.E.S	Stomatologie et chirurgie maxillo faciale
133	GHAZI Mirieme	P.E.S	Rhumatologie
134	ZIDANE Moulay Abdelfettah	P.E.S	Chirurgie thoracique
135	LAHKIM Mohammed	P.E.S	Chirurgie générale
136	MOUHSINE Abdelilah	P.E.S	Radiologie
137	TOURABI Khalid	P.E.S	Chirurgie réparatrice et plastique
138	ARABI Hafid	P.E.S	Médecine physique et réadaptation fonctionnelle
139	BELHADJ Ayoub	P.E.S	Anesthésie–réanimation
140	BOUZERDA Abdelmajid	P.E.S	Cardiologie
141	ABDELFETTAH Youness	P.E.S	Rééducation et réhabilitation fonctionnelle
142	REBAHI Houssam	P.E.S	Anesthésie–réanimation
143	BENNAOUI Fatiha	P.E.S	Pédiatrie
144	ZOUIZRA Zahira	P.E.S	Chirurgie Cardio–vasculaire
145	SEBBANI Majda	P.E.S	Médecine Communautaire (Médecine préventive, santé publique et hygiène)
146	FENANE Hicham	Pr Ag	Chirurgie thoracique
147	ABDOU Abdessamad	P.E.S	Chirurgie Cardio–vasculaire
148	HAMMOUNE Nabil	P.E.S	Radiologie
149	ESSADI Ismail	P.E.S	Oncologie médicale
150	ALJALIL Abdelfattah	P.E.S	Oto–rhino–laryngologie

151	LAFFINTI Mahmoud Amine	P.E.S	Psychiatrie
152	RHARRASSI Issam	P.E.S	Anatomie–patologique
153	ASSERRAJI Mohammed	P.E.S	Néphrologie
154	JANAH Hicham	P.E.S	Pneumo–phtisiologie
155	NASSIM SABAH Taoufik	P.E.S	Chirurgie réparatrice et plastique
156	ELBAZ Meriem	P.E.S	Pédiatrie
157	SEDDIKI Rachid	P.E.S	Anesthésie–réanimation
158	BELGHMAIDI Sarah	Pr Ag	Ophtalmologie
159	GEBRATI Lhoucine	MC Hab	Chimie
160	FDIL Naima	MC Hab	Chimie de coordination bio–organique
161	LOQMAN Souad	MC Hab	Microbiologie et Toxicologie
162	BAALLAL Hassan	Pr Ag	Neurochirurgie
163	BELFQUIH Hatim	Pr Ag	Neurochirurgie
164	AKKA Rachid	Pr Ag	Gastro–entérologie
165	BABA Hicham	Pr Ag	Chirurgie générale
166	MAOUJOUD Omar	Pr Ag	Néphrologie
167	SIRBOU Rachid	Pr Ag	Médecine d’urgence et de catastrophe
168	DAMI Abdallah	Pr Ag	Médecine Légale
169	AZIZ Zakaria	Pr Ag	Stomatologie et chirurgie maxillo faciale
170	ELOUARDI Youssef	Pr Ag	Anesthésie–réanimation
171	LAHLIMI Fatima Ezzahra	Pr Ag	Hématologie clinique
172	NASSIH Houda	Pr Ag	Pédiatrie
173	LAHMINI Widad	Pr Ag	Pédiatrie
174	BENANTAR Lamia	Pr Ag	Neurochirurgie
175	EL FADLI Mohammed	Pr Ag	Oncologie médicale
176	AIT ERRAMI Adil	Pr Ag	Gastro–entérologie
177	CHETTATI Mariam	Pr Ag	Néphrologie

178	BOUTAKIOUTE Badr	Pr Ag	Radiologie
179	SAYAGH Sanae	Pr Ag	Hématologie
180	EL FAKIRI Karima	Pr Ag	Pédiatrie
181	EL FILALI Oualid	Pr Ag	Chirurgie Vasculaire périphérique
182	EL- AKHIRI Mohammed	Pr Ag	Oto-rhino-laryngologie
183	HAJJI Fouad	Pr Ag	Urologie
184	JALLAL Hamid	Pr Ag	Cardiologie
185	ZBITOU Mohamed Anas	Pr Ag	Cardiologie
186	RAISSI Abderrahim	Pr Ag	Hématologie clinique
187	EL HAKKOUNI Awatif	Pr Ag	Parasitologie mycologie
188	ACHKOUN Abdessalam	Pr Ag	Anatomie
189	DARFAOUI Mouna	Pr Ag	Radiothérapie
190	EL-QADIRY Rabiyy	Pr Ag	Pédiatrie
191	ELJAMILI Mohammed	Pr Ag	Cardiologie
192	HAMRI Asma	Pr Ag	Chirurgie Générale
193	ELATIQI Oumkeltoum	Pr Ag	Chirurgie réparatrice et plastique
194	BENZALIM Meriam	Pr Ag	Radiologie
195	ABOULMAKARIM Siham	Pr Ag	Biochimie
196	LAMRANI HANCHI Asmae	Pr Ag	Microbiologie-virologie
197	HAJHOUI Farouk	Pr Ag	Neurochirurgie
198	EL KHASSOUI Amine	Pr Ag	Chirurgie pédiatrique
199	CHAHBI Zakaria	Pr Ag	Maladies infectieuses
200	MEFTAH Azzelarab	Pr Ag	Endocrinologie et maladies métaboliques
201	BELLASRI Salah	Pr Ag	Radiologie
202	ATMANI Noureddine	Pr Ag	Chirurgie Cardio-vasculaire
203	AABBASSI Bouchra	Pr Ag	Pédopsychiatrie
204	DOUIREK Fouzia	Pr Ag	Anesthésie-réanimation

205	SAHRAOUI Houssam Eddine	Pr Ag	Anesthésie-réanimation
206	RHEZALI Manal	Pr Ag	Anesthésie-réanimation
207	ABALLA Najoua	Pr Ag	Chirurgie pédiatrique
208	MOUGUI Ahmed	Pr Ag	Rhumatologie
209	ZOUITA Btissam	Pr Ag	Radiologie
210	HAZIME Raja	Pr Ag	Immunologie
211	SALLAHI Hicham	Pr Ag	Traumatologie-orthopédie
212	BENCHAFI Ilias	Pr Ag	Oto-rhino-laryngologie
213	EL JADI Hamza	Pr Ag	Endocrinologie et maladies métaboliques
214	AZAMI Mohamed Amine	Pr Ag	Anatomie pathologique
215	FASSI FIHRI Mohamed jawad	Pr Ag	Chirurgie générale
216	AMINE Abdellah	Pr Ag	Cardiologie
217	CHETOUI Abdelkhalek	Pr Ag	Cardiologie
218	ROUKHSI Redouane	Pr Ag	Radiologie
219	ARROB Adil	Pr Ag	Chirurgie réparatrice et plastique
220	MOULINE Souhail	Pr Ag	Microbiologie-virologie
221	AZIZI Mounia	Pr Ag	Néphrologie
222	BOUHAMIDI Ahmed	Pr Ag	Dermatologie
223	YANISSE Siham	Pr Ag	Pharmacie galénique
224	KHALLIKANE Said	Pr Ag	Anesthésie-réanimation
225	ZIRAOUI Oualid	Pr Ag	Chimie thérapeutique
226	IDALENE Malika	Pr Ag	Maladies infectieuses
227	LACHHAB Zineb	Pr Ag	Pharmacognosie
228	ABOUDOURIB Maryem	Pr Ag	Dermatologie
229	AHBALA Tariq	Pr Ag	Chirurgie générale
230	EL AOUAME Amal	Pr Ag	Orthodontie et orthopédie dento-faciale
231	WARDA Karima	MCHab	Microbiologie

232	SBAI Asma	MCHab	Informatique
233	ABISSY Meriem	MC	Microbiologie
234	SLIOUI Badr	MC	Radiologie
235	CHEGGOUR Mouna	MC	Biochimie
236	BELARBI Marouane	MC	Néphrologie
237	EL AMIRI My Ahmed	MC	Chimie de Coordination bio- organnique
238	LALAOUI Abdessamad	MC	Pédiatrie
239	ESSAFTI Meryem	MC	Anesthésie-réanimation
240	RACHIDI Hind	MC	Anatomie pathologique
241	FIKRI Oussama	MC	Pneumo-phtisiologie
242	EL HAMDAOUI Omar	MC	Toxicologie
243	EL HAJJAMI Ayoub	MC	Radiologie
244	BOUMEDIANE El Mehdi	MC	Traumato-orthopédie
245	RAFI Sana	MC	Endocrinologie et maladies métaboliques
246	JEBRANE Ilham	MC	Pharmacologie
247	LAKHDAR Youssef	MC	Oto-rhino-laryngologie
248	LGHABI Majida	MC	Médecine du Travail
249	AIT LHAJ El Houssaine	MC	Ophtalmologie
250	RAMRAOUI Mohammed-Es-said	MC	Chirurgie générale
251	EL MOUHAFID Faisal	MC	Chirurgie générale
252	AHMANNNA Hussein-choukri	MC	Radiologie
253	AIT M'BAREK Yassine	MC	Neurochirurgie
254	ELMASRIOUI Joumana	MC	Physiologie
255	FOURA Salma	MC	Chirurgie pédiatrique
256	LASRI Najat	MC	Hématologie clinique
257	BOUKTIB Youssef	MC	Radiologie
258	MOUROUTH Hanane	MC	Anesthésie-réanimation

259	BOUZID Fatima zahrae	MC	Génétique
260	MRHAR Soumia	MC	Pédiatrie
261	QUIDDI Wafa	MC	Hématologie
262	BEN HOUMICH Taoufik	MC	Microbiologie-virologie
263	FETOUI Imane	MC	Pédiatrie
264	FATH EL KHIR Yassine	MC	Traumato-orthopédie
265	NASSIRI Mohamed	MC	Traumato-orthopédie
266	AIT-DRISS Wiam	MC	Maladies infectieuses
267	AIT YAHYA Abdelkarim	MC	Cardiologie
268	DIANI Abdelwahed	MC	Radiologie
269	AIT BELAID Wafae	MC	Chirurgie générale
270	ZTATI Mohamed	MC	Cardiologie
271	HAMOUCHE Nabil	MC	Néphrologie
272	ELMARDOULI Mouhcine	MC	Chirurgie Cardio-vasculaire
273	BENNIS Lamiae	MC	Anesthésie-réanimation
274	BENDAOU D Layla	MC	Dermatologie
275	HABBAB Adil	MC	Chirurgie générale
276	CHATAR Achraf	MC	Urologie
277	OUMGHAR Nezha	MC	Biophysique
278	HOUMAID Hanane	MC	Gynécologie-obstétrique
279	YOUSFI Jaouad	MC	Gériatrie
280	NACIR Oussama	MC	Gastro-entérologie
281	BABACHEIKH Safia	MC	Gynécologie-obstétrique
282	ABDOURAFIQ Hasna	MC	Anatomie
283	TAMOUR Hicham	MC	Anatomie
284	IRAQI HOUSSAINI Kawtar	MC	Gynécologie-obstétrique
285	EL FAHIRI Fatima Zahrae	MC	Psychiatrie
286	BOUKIND Samira	MC	Anatomie

287	LOUKHNATI Mehdi	MC	Hématologie clinique
288	ZAHROU Farid	MC	Neurochirurgie
289	MAAROUFI Fathillah Elkarim	MC	Chirurgie générale
290	EL MOUSSAOUI Soufiane	MC	Pédiatrie
291	BARKICHE Samir	MC	Radiothérapie
292	ABI EL AALA Khalid	MC	Pédiatrie
293	AFANI Leila	MC	Oncologie médicale
294	EL MOULOUA Ahmed	MC	Chirurgie pédiatrique
295	LAGRINE Mariam	MC	Pédiatrie
296	DAFIR Kenza	MC	Génétique
297	CHERKAOUI RHAZOUANI Oussama	MC	Neurologie
298	ABAINOU Lahoussaine	MC	Endocrinologie et maladies métaboliques
299	BENCHANNA Rachid	MC	Pneumo-phtisiologie
300	EL GUZZAR Ahmed (Militaire)	MC	Chirurgie générale
301	OULGHOUL Omar	MC	Oto-rhino-laryngologie
302	AMOCH Abdelaziz	MC	Urologie
303	ZAHLAN Safaa	MC	Neurologie
304	EL MAHFOUDI Aziz	MC	Gynécologie-obstétrique
305	CHEHBOUNI Mohamed	MC	Oto-rhino-laryngologie
306	LAIRANI Fatima ezzahra	MC	Gastro-entérologie
307	SAADI Khadija	MC	Pédiatrie
308	TITOU Hicham	MC	Dermatologie
309	EL GHOU L Naoufal	MC	Traumato-orthopédie
310	BAHI Mohammed	MC	Anesthésie-réanimation
311	RAITEB Mohammed	MC	Maladies infectieuses
312	DREF Maria	MC	Anatomie pathologique
313	ENNACIRI Zainab	MC	Psychiatrie

314	BOUSSAIDANE Mohammed	MC	Traumato-orthopédie
315	JENDOUI Omar	MC	Urologie
316	MANSOURI Maria	MC	Génétique
317	ERRIFAIY Hayate	MC	Anesthésie-réanimation
318	BOUKOUB Naila	MC	Anesthésie-réanimation
319	OUACHAOU Jamal	MC	Anesthésie-réanimation
320	EL FARGANI Rania	MC	Maladies infectieuses
321	IJIM Mohamed	MC	Pneumo-phtisiologie
322	AKANOUR Adil	MC	Psychiatrie
323	ELHANAFI Fatima Ezzohra	MC	Pédiatrie
324	MERBOUH Manal	MC	Anesthésie-réanimation
325	BOUROUMANE Mohamed Rida	MC	Anatomie
326	IJDDA Sara	MC	Endocrinologie et maladies métaboliques
327	GHARBI Khalid	MC	Gastro-entérologie
328	ATBIB Yassine	MC	Pharmacie clinique
329	MOURAFIQ Omar	MC	Traumato-orthopédie
330	ZAIZI Abderrahim	MC	Traumato-orthopédie
331	HENDY Iliass	MC	Cardiologie
332	HATTAB Mohamed Salah Koussay	MC	Stomatologie et chirurgie maxillo faciale
333	DEBBAGH Fayrouz	MC	Microbiologie-virologie
334	OUASSIL Sara	MC	Radiologie
335	KOUYED Aicha	MC	Pédopsychiatrie
336	DRIOUICH Aicha	MC	Anesthésie-réanimation
337	TOURAIK Mariem	MC	Chirurgie pédiatrique
338	BENNAOUI Yassine	MC	Stomatologie et chirurgie maxillo faciale
339	SABIR Es-said	MC	Chimie bio organique clinique

340	LAATITIOUI Sana	MC	Radiothérapie
341	IBBA Mouhsin	MC	Chirurgie thoracique
342	SAADOUNE Mohamed	MC	Radiothérapie
343	TLEMCANI Younes	MC	Ophtalmologie
344	SOLEH Abdelwahed	MC	Traumato-orthopédie
345	OUALHADJ Hamza	MC	Immunologie
346	BERGHALOUT Mohamed	MC	Psychiatrie
347	EL BARAKA Soumaya	MC	Chimie analytique-bromatologie
348	KARROUMI Saadia	MC	Psychiatrie
349	EL-OUAKHOUMI Amal	MC	Médecine interne
350	AJMANI Fatima	MC	Médecine légale
351	ZOUITEN Othmane	MC	Oncologie médicale
352	MENJEL Imane	MC	Pédiatrie
353	BOUCHKARA Wafae	MC	Gynécologie-obstétrique
354	ASSEM Oualid	MC	Pédiatrie
355	ELHANAFI Asma	MC	Médecine physique et réadaptation fonctionnelle
356	ABDELKHALKI Mohamed Hicham	MC	Gynécologie-obstétrique
357	ELKASSEH Mostapha	MC	Traumato-orthopédie
358	EL OUAZZANI Meryem	MC	Anatomie pathologique
359	HABBAB Mohamed	MC	Traumato-orthopédie
360	KHAMLIJ Aimad Ahmed	MC	Anesthésie-réanimation
361	EL KHADRAOUI Halima	MC	Histologie-embryologie-cyto-génétique
362	ELKHETTAB Fatimazahra	MC	Anesthésie-réanimation
363	SIDAYNE Mohammed	MC	Anesthésie-réanimation
364	ZAKARIA Yasmina	MC	Neurologie
365	BOUKAIDI Yassine	MC	Chirurgie Cardio-vasculaire

366	NABIL Mehdi	MC	Anesthésie-réanimation
367	KAAKOUA Mohamed	MC	Oncologie médicale
368	FIQHI Mohammed Kamal	MC	Stomatologie et chirurgie maxillo faciale
369	BEN ELHEND Salah	MC	Radiologie
370	KHERRAB Anass	MC	Rhumatologie
371	AWATI El Mehdi	MC	Hématologie
372	HAOUANE Mohamed Amine	MC	Anatomie pathologique
373	BOUABBADI Salah eddine	MC	Ophtalmologie
374	MOUNIR Reda	MC	Chirurgie Cardio-vasculaire
375	AHCHOUCH Siham	MC	Hématologie clinique
376	AZRIOUIL Ouhb	MC	Traumato-orthopédie
377	CHALOUAH Badr	MC	Traumato-orthopédie
378	EL BEJJAJ latimad	MC	Anatomie pathologique
379	BABA Zineb	MC	Rhumatologie
380	OUSSAYEH Imane	MC	Anesthésie-réanimation

LISTE ARRÊTÉE LE 08/10/2025



DÉDICACES



*‘La gratitude, c’est le secret de la vie.
Celui qui ne sait pas remercier
ne sait pas aimer.’*

Albert Schweitzer



*À toutes celles et ceux qui ont semé dans mon cœur la force de persévérer et
le courage de rêver,
À ceux qui ont éclairé mes jours de leur bienveillance et apaisé mes doutes
par leurs mots,
Je veux dire merci, du plus profond de l’âme.
Cette thèse est le fruit d’un effort personnel, mais surtout d’un amour
collectif, de gestes simples et d’un soutien sincère.
C’est avec reconnaissance et tendresse que*

Je dédie cette thèse ... 



Tout d'abord à Allah,

اللهم لك الحمد حمداً كثيراً طيباً مباركاً فيه عدد خلقك ورضى نفسك
وزنة عرشك ومداد كلماتك اللهم لك الحمد ولك الشكر حتى ترضى ولك
الحمد ولك الشكر عند الرضى ولك الحمد ولك الشكر دائماً وأبداً على
نعمتك

*Au bon Dieu tout puissant, qui m'a inspiré, qui m'a guidé
dans le bon chemin, je vous dois ce que je suis devenu louanges
et remerciements pour votre clémence et miséricorde « Qu'il
nous couvre de sa bénédiction ». AMEN!*

*À la mémoire de mon père
Monsieur OMAR MOUSA*

Même si le temps a passé, ton souvenir reste gravé dans mon cœur comme une étoile qui brille éternellement.

Tu as été bien plus qu'un père pour moi : tu as été un guide sage, un modèle de force, de bonté et de droiture, mais aussi un véritable ami, toujours présent par ton écoute et tes conseils.

Chaque instant passé à tes côtés était empreint de chaleur, de sagesse et d'amour.

Tes histoires, ta bienveillance, tes conseils précieux et même tes bonbons ont laissé une empreinte indélébile dans ma vie.

Tu continues de vivre en moi, dans mes pensées quotidiennes et jusque dans mes rêves, où ta présence m'apaise et me reconforte. Tu me manques profondément : ta voix, tes histoires, ton regard rassurant et tes paroles pleines de sens.

Ton départ a laissé un immense vide dans nos vies, mais ton héritage de valeurs, de courage et d'amour continue de nous guider chaque jour.

Cette thèse est aussi un hommage et un cadeau que je t'offre, le fruit de ce que tu m'as transmis et de la force que tu m'as donnée pour avancer.

J'aurais tant aimé que tu sois présent en ce grand jour. Je sais que tu veilles sur nous de là-haut, et ton souvenir demeure pour moi une source inépuisable de force et de sérénité. Tu resteras à jamais dans nos cœurs, et je garde précieusement tous les souvenirs que nous avons partagés. Qu'Allah aie ton âme dans Sa vaste et puissante miséricorde.

À ma très chère mère

Madame HABIBA BEN HAMMOU

Je ne saurais remercier Dieu assez de m'avoir gâtée depuis ma naissance par le don de t'avoir comme génitrice. Tu es mon 1er et plus grand amour sur cette Terre ; tu es ma meilleure amie et mon plus grand soutien. Tes prières ont été pour moi d'un grand soutien au cours de ce long parcours. Tu incarnes la bonté, le bonheur et la tendresse. Merci de m'avoir soutenue et aidée à surmonter tous les imprévus de la vie. Que ce travail, qui représente le couronnement de tes sacrifices généreusement consentis, de tes encouragements incessants et de ta patience, soit l'expression de mon immense gratitude et de mon éternelle reconnaissance. Puisse Dieu très haut, t'accorder, santé, bonheur et longue vie, et faire en sorte que jamais je ne te déçoive.

À la mémoire de ma grande sœur

ASMAA NOURA MOUSA

*Partie trop tôt à l'âge de neuf ans.
Malgré la brièveté de son passage dans ce monde, elle a laissé dans mon cœur une empreinte profonde et indélébile.
J'ai partagé avec elle des moments inoubliables, empreints d'innocence, de tendresse et de complicité, qui continuent de vivre dans ma mémoire.
Son souvenir m'accompagne silencieusement à chaque étape de ma vie et demeure une source de douceur, de nostalgie et de force.
Elle restera à jamais présente dans mes pensées, comme une lumière discrète qui éclaire mon chemin.*

*À mes très chères sœurs et très chers frères : Amína, Fatíma
Zahra, Abdelilah, Mohamed*

*Aucun mot ne saurait décrire à quel point je vous suis
reconnaissante pour tout ce que vous avez fait pour moi,
vous m'avez soutenu et comblé tout au long de mon
parcours.*

*Je dédie ce travail, pour tous les moments de joie, de complicité,
et de taquinerie que nous avons pu partager ensemble.
Vous êtes la joie de ma vie, l'affection et l'amour fraternel que
je vous porte sont sans limite. Puissions-nous rester unis
dans la tendresse et fidèles à l'éducation que nous avons
reçue.*

*J'implore Dieu qu'il vous apporte bonheur et vous aide à
réaliser tous vos vœux.*

J'espère que vous êtes fiers de votre frère.

Je vous aime.

*À mon cher neveu, tout juste arrivé parmi nous, ta naissance a
apporté une lumière nouvelle, une immense joie et une
source d'espoir au moment même où ce travail s'achève.
Puisses-tu grandir entouré d'amour, de santé et de
bonheur.*

À ma grande famille MOUSA

*À ma tante Zahra et à mon oncle El Housein,
en qui je retrouve l'image et les valeurs de mon père.
Qu'Allah les protège, les couvre de Sa miséricorde, leur
accorde une bonne santé et une longue vie dans Son
obéissance.*

À ma grande famille BEN HAMMOU

*À mes chères tantes Rabíaa, Keltouma et Aicha, ainsi qu'à mes
oncles Hassan, Hmad, feu Driss et à son épouse Fadma,
je leur adresse mes sincères remerciements pour leur
présence et leur soutien, en particulier durant les
moments les plus difficiles que j'ai traversés.
Qu'Allah accorde à feu Driss Sa vaste miséricorde et
l'accueille en Son vaste paradis, et qu'Il protège les autres,
leur accorde une bonne santé et les comble de Ses
bienfaits.*

*À mes chères cousines, Pr Fatima, Meryem et Kaoutar
Qu'Allah les récompense pour leur soutien constant, leurs
encouragements et pour leur bienveillance, les protège et
les comble de Ses bienfaits.*

*À mes chers cousins, Abdellatif, Jamal, Zakaria et Khalid
En reconnaissance des moments heureux de partage et de
fraternité, chargés d'affection et d'émotions inoubliables.*

*À mes chers amis Yassir Akjouj, Intissar Zine Eddine
Elidrissi, Khaoula Boulali, Salsabil Fahde,
Zaineb El Moutaalik Bilal, Youssra Moufannane,
Yacine Mezzoui et Ismail Belbaraka
Pour leur soutien constant, leur écoute attentive, leurs
conseils précieux et chaque moment partagé ensemble.
Que notre amitié demeure forte, sincère et durable, et que
les souvenirs que nous avons construits continuent de
nous accompagner longtemps.*

*À mes collègues Dr Anas Mouhda, Dr Oussama Wachkad, Dr
Ali Badran, Dr Amine Dighali, Dr Assia Ouajoud, Dr
Ghizlane Moussadeq, Dr Ibtihal Mouataref, Dr Hafssa
Nikssi, Dr Mohamed Safar, Dr Meryem Gallal, Dr
Mouad Mahmal, Dr Hamza Meftahi...*

*À toute ma promotion
À tous mes amis et collègues de la Faculté de Médecine de
Marrakech.
À tous mes professeurs et maîtres qui m'ont imbibé de leur
savoir.
À tous ceux ou celles qui me sont chers et que j'ai omis
involontairement de citer.
À tous ceux qui ont participé de près ou de loin à l'élaboration
de ce travail.
À tous les patients qui me seront confiés.*

J'espère ne jamais vous décevoir ni trahir votre confiance.



REMERCIEMENTS



*À notre Maître et Président de thèse
Professeur Saïd AMAL
Professeur et Chef de Service de Dermatologie au
CHU Mohammed VI Marrakech*

*En acceptant de présider notre jury, vous nous faites
un grand honneur et un immense privilège.
Vous serez pour nous l'exemple de rigueur et de
droiture dans l'exercice de la profession.
Nous vous prions, cher Maître, d'accepter dans ce
travail le témoignage de notre haute
considération, de notre profonde reconnaissance
et de notre sincère respect.*

*À notre Maître et Rapporteur de thèse
Professeur Abdelhamid HACHIMI
Professeur et Chef de Service de Réanimation
médicale
au CHU Mohammed VI Marrakech*

*Nous tenons à vous exprimer toute notre
reconnaissance pour l'honneur que vous nous
avez fait en acceptant de diriger notre travail.
Vous nous avez consacré votre temps précieux. Vos
conseils et vos orientations nous ont été très
précieux, nous espérons être dignes de votre
confiance.
Que votre compétence, votre sérieux, votre rigueur au
travail, votre sens critique et vos nobles qualités
humaines soient pour nous le meilleur exemple à
suivre.
Veuillez trouver ici, cher Maître, l'expression de nos
vifs remerciements et de notre estime.*

*À notre Maître et Juge de thèse
Professeur Youssef ELOUARDI
Professeur d'Anesthésie-Réanimation*

*Merci infiniment d'avoir accepté de siéger parmi les
membres du jury.*

*En acceptant d'évaluer ce travail, vous m'accordez
un très grand honneur.*

*Veuillez accepter l'expression de mes considérations
les plus distinguées.*

*À notre Professeur Naïla BOUKOUB
Professeur de Réanimation Médicale
au CHU Mohammed VI Marrakech*

*Votre sympathie, votre disponibilité tout au long de mon
passage en réanimation médicale, ainsi que votre
encadrement bienveillant, ne peuvent que susciter de ma
part une sincère reconnaissance.*

*Veuillez trouver dans ce travail l'expression de ma
profonde estime et de mes respectueux remerciements.*



LISTE DES ABRÉVIATIONS



LISTE DES ABRÉVIATIONS

%	: Pourcentage
°C	: Degré de celsius
A.Baumannii	: Acinétobacter baumannii
AINS	: Anti-Inflammatoires Non Stéroïdiens
ALAT	: Alanine aminotransférase
APACHE II	: Acute Physiology And Chronic Health Evaluation II
ASAT	: Aspartate aminotransférase
ATB	: Antibiotique
ATBpie	: Antibiothérapie
ATCD	: Antécédents
AVC	: Accident vasculaire cérébral
BGN	: Bacilles gram négatif
BMR	: Bactérie multi résistante
BPCO	: Broncho-pneumopathie chronique obstructive
BPM	: Battements Par Minute
C3G	: Céphalosporine de troisième génération
CHU	: Centre hospitalier universitaire
CIVD	: Coagulation IntraVasculaire Disséminée
Cpm	: Cycles par minute
CPK	: Créatine PhosphoKinase
CRP	: C réactive protéine
DRESS syndrome	: Drug Reaction with Eosinophilia and Systemic Symptoms
E.cloacae	: Entérobacter cloacae
ECBU	: Examen cytobactériologique des urines

EME	: Etat de mal épileptique
GB	: Globules blancs
HC	: Hémoculture
INR	: International Normalized Ratio
IRA	: Insuffisance rénale aiguë
IRC	: Insuffisance rénale chronique
HTA	: Hypertension artérielle
LDH	: Lacticodéshydrogénase
K.pneumoniae	: Klebsiella pneumoniae
LDH	: Lactate Déshydrogénase
mL	: Millilitre
mmHg	: millimètre de mercure
NET	: nécrolyse épidermique toxique
OAP	: Œdème aigu des poumons
OMI	: Œdèmes des membres inférieurs
P.aeruginosa	: Pseudomonas aeruginosa
PAM	: Pression Artérielle Moyenne
PCT	: Procalcitonine
PEC	: Prise En Charge
PNN	: Polynucléaires neutrophiles
RHJ	: Reflux hépato–jugulaire
s	: Seconde
S.auréus	: Staphylocoque aureus
S.Pneumoniae	: Streptocoque pneumoniae
SAMS	: Staphylocoque aureus sensible à la méthiciline
SARM, MRSA	: Staphylocoque aureus résistant à la méthiciline
SCORTEN	: SCORe of Toxic Epidermal Necrosis
SDRA	: Syndrome de détresse respiratoire aigue
SOFA	: Sepsis–related Organ Failure Assessment, ou Sequential

organ Failure Assessment

SPSS	: Statistical Package for the Social Sciences
TCA	: Temps de Céphaline Activé
TP	: Taux de Prothrombine
TVJ	: Turgescence des veines jugulaires
VIH	: Virus de l'Immunodéficience Humaine
VNI	: Ventilation non invasive



LISTE DES FIGURES



LISTE DES FIGURES

- **Figure 1** : Provenance de l'échantillon
- **Figure 2** : Syndrome de Lyell
- **Figure 3** : psoriasis pustuleux généralisé surinfecté
- **Figure 4** : Troubles électrolytiques observés chez nos patients
- **Figure 5** : Fonction rénale / bicarbonates / calcémie
- **Figure 6** : Évolution de l'albuminémie
- **Figure 7** : Anomalies hématologiques



LISTE DES TABLEAUX



LISTE DES TABLEAUX

- **Tableau I** : Répartition en fonction des tranches d'âge de notre échantillon
- **Tableau II** : Répartition des patients selon le sexe
- **Tableau III** : Répartition des patients selon le motif d'hospitalisation
- **Tableau IV** : Répartition des patients selon le diagnostic d'admission
- **Tableau V** : Répartition des patients selon les antécédents
- **Tableau VI** : Répartition des patients selon les facteurs déclenchants/porte d'entrée
- **Tableau VII** : Les médicaments responsables du syndrome de Lyell
- **Tableau VIII** : Mode de survenue des pathologies dermatologiques
- **Tableau IX** : Répartition des patients selon le score de Glasgow
- **Tableau X** : Présence d'une hypotension à l'admission
- **Tableau XI** : Répartition des patients selon l'examen cardiovasculaire
- **Tableau XII** : Répartition des patients selon l'examen pleuropulmonaire
- **Tableau XIII** : Répartition des patients selon la diurèse
- **Tableau XIV** : Répartition des patients selon les lésions cutanées élémentaires
- **Tableau XV** : Types d'atteinte muqueuse
- **Tableau XVI** : Répartition des patients selon l'examen abdominal
- **Tableau XVII** : Résultats des bilans biologiques (biochimie)
- **Tableau XVIII** : Résultats des bilans biologiques (hématologie)
- **Tableau XIX** : Germes isolés à l'hémoculture
- **Tableau XX** : Répartition des germes isolés à l'écouvillon cutané
- **Tableau XXI** : Répartition des patients selon les anomalies radiologiques
- **Tableau XXII** : Score APACHE II
- **Tableau XXIII** : Score SOFA
- **Tableau XXIV** : Score SCORTEN à l'admission
- **Tableau XXV** : Les familles d'anti-infectieux
- **Tableau XXVI** : Répartition des patients selon les complications
- **Tableau XXVII** : Facteurs pronostiques clinico-démographiques des malades graves admis en réanimation médicale
- **Tableau XXVIII** : Facteurs pronostiques biologiques des malades graves admis en réanimation médicale
- **Tableau XXIX** : Facteurs pronostiques évolutifs et scores de gravité des malades graves admis en réanimation médicale
- **Tableau XXX** : Comparaison des fréquences des pathologies dermatologiques graves en milieu de réanimation
- **Tableau XXXI** : La moyenne ou médiane de l'âge selon les séries
- **Tableau XXXII** : Répartition selon le sexe dans les différentes séries

- **Tableau XXXIII** : Motifs d'admission en réanimation selon les séries
- **Tableau XXXIV** : Diagnostic d'admission en réanimation selon les séries
- **Tableau XXXV** : Antécédents des patients selon les séries
- **Tableau XXXVI** : Principaux médicaments en cause dans la NET selon les séries
- **Tableau XXXVII** : Comparaison des résultats des écouvillons cutanés dans la littérature
- **Tableau XXXVIII** : Comparaison des résultats de l'hémoculture dans la littérature
- **Tableau XXXIX** : Comparaison des résultats de l'ECBU dans la littérature
- **Tableau XL** : Comparaison des résultats des prélèvements respiratoires dans la littérature
- **Tableau XLI** : Score APACHE II à l'admission trouvé dans chaque série
- **Tableau XLII** : Score SCORTEN et mortalité du syndrome de Lyell en réanimation selon les séries
- **Tableau XLIII** : Durée d'hospitalisation en réanimation selon les séries
- **Tableau XLIV** : Taux de mortalité : Comparaison avec les données de la littérature



INTRODUCTION	1
MATERIELS ET METHODES	4
I. Matériels	5
1. Type d'étude	5
2. Période d'étude	5
3. Critères d'inclusion	5
4. Critères d'exclusion	5
II. Méthodes	5
1. Paramètres étudiés	5
2. Aspects éthiques	6
3. Analyse statistique	6
RESULTATS	7
A- Étude descriptive	8
I. Effectif, incidence et provenance de l'échantillon	8
1. Effectif et incidence de l'échantillon	8
2. Provenance de l'échantillon	8
II. Caractéristiques épidémiologiques et cliniques	9
1. Âge	9
2. Sexe	9
3. Motif d'hospitalisation	9
4. Diagnostic d'admission	10
5. Antécédents	12
6. Facteurs déclenchants / porte d'entrée de l'infection	13
7. Mode de survenue	14
8. Score de Glasgow	14
9. Données cardiovasculaires	15
10. Données pleuropulmonaires	15
11. Température	16
12. Diurèse	16
13. Lésions cutanées élémentaires	16
14. Signe de Nikolsky	17
15. Atteinte des muqueuses	17
16. Examen abdominal	18
17. Présence d'adénopathies	18
III. Données paracliniques	18
1. Biologie	18
2. Bactériologie	25
3. Radiologie	27
IV. Scores de gravité :	27
1. Score APACHE II	27
2. Score SOFA	27
3. Score SCORTEN	28
V. Données thérapeutiques	28
1. Traitement antalgique	28

2. Soins locaux	28
3. Antibiothérapie	28
4. Oxygénothérapie	29
5. Catécholamines	29
6. Recours à la dialyse	29
7. Recours aux corticoïdes	29
VI. Évolution :	29
1. Durée d'hospitalisation	29
2. Complications au cours de l'hospitalisation	30
3. Évolution des malades	30
B- Étude analytique :	30
1. Facteurs pronostiques clinico-démographiques	30
2. Facteurs pronostiques biologiques	32
3. Facteurs pronostiques évolutifs et score de gravité	33
DISCUSSION	35
I. Fréquence	36
II. Données démographiques	37
4. Âge	37
5. Sexe	38
III. Données cliniques et paracliniques	39
1. Motif d'hospitalisation	39
2. Diagnostic d'admission	40
3. Antécédents	43
4. Médicaments responsables du syndrome de Lyell	46
5. Écouvillon cutané	49
6. Hémoculture	51
7. ECBU	52
8. Prélèvement respiratoire	52
IV. Scores de gravité	53
1. Score APACHE II	53
2. Score SCORTEN	53
3. Score de SOFA	55
V. Évolution	55
1. Durée d'hospitalisation	55
2. Mortalité	56
CONCLUSION	58
RESUME	60
ANNEXES	66
BIBLIOGRAPHIE	76



INTRODUCTION



La peau, organe complexe, assure deux fonctions essentielles : la communication avec l'environnement et la protection contre les agressions extérieures. Elle intervient également dans la dimension esthétique et psychosociale de l'individu. Chez l'homme, elle couvre environ 2 m² et pèse environ 5 kg [1]. La dermatologie a été 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 que 21 % des consultations en dermatologie ambulatoire étaient des « urgences dermatologiques vraies » [2].

Les pathologies dermatologiques graves représentent un véritable défi en réanimation médicale. Bien que la peau soit souvent considérée comme un organe périphérique, elle constitue en réalité une barrière essentielle entre l'organisme et son environnement. Sa défaillance, qu'elle soit due à une maladie infectieuse, toxique, auto-immune ou inflammatoire sévère, peut compromettre l'équilibre vital du patient et engager rapidement le pronostic vital [3].

Parmi ces affections, on retrouve des dermatoses mettant en jeu le pronostic vital : les toxidermies médicamenteuses sévères (notamment le syndrome de Lyell), les dermohypodermes bactériennes (érysipèle, fasciite nécrosante), les érythrodermies compliquées, certaines vascularites systémiques, ainsi que les atteintes cutanées liées à des infections graves (septicémies, rougeole, varicelle fulminante, purpura fulminans, etc.). Ces pathologies, bien que rares, nécessitent une prise en charge multidisciplinaire, alliant expertise dermatologique, soins intensifs et réanimation, et parfois le recours à la chirurgie [4,5,6].

Au Maroc, et particulièrement au sein du CHU Mohammed VI de Marrakech, centre hospitalo-universitaire de référence pour le sud du pays, la prise en charge de ces pathologies reste encore mal codifiée. Le manque de données locales, la diversité étiologique des affections et la gravité des complications systémiques (détresse respiratoire, choc septique,

insuffisance rénale aiguë, troubles hydro-électrolytiques, surinfections, etc.) en font un sujet d'étude prioritaire pour améliorer le pronostic des patients.

L'intérêt de ce travail réside donc dans la nécessité de dresser un état des lieux des pathologies dermatologiques graves rencontrées en réanimation médicale au CHU Mohammed VI de Marrakech, d'évaluer leurs modes de prise en charge, et d'identifier les difficultés et les perspectives d'amélioration dans le contexte marocain et africain.

Cette étude avait pour but d'étudier et d'évaluer le profil épidémiologique, clinique, thérapeutique et évolutif des pathologies dermatologiques graves en milieu de réanimation ; ce qui nous permettra enfin d'analyser les facteurs pronostiques.



MATÉRIELS ET MÉTHODES



I. Matériels :

1. Type d'étude :

C'est une étude rétrospective et descriptive portant sur les dossiers des malades hospitalisés au service de réanimation médicale du Centre Hospitalier Universitaire Mohammed VI de Marrakech.

2. Période d'étude :

L'étude a concerné une période de 10 ans, de janvier 2015 à décembre 2024.

3. Critères d'inclusion :

- Tous les patients ayant comme motif d'hospitalisation en réanimation médicale une pathologie dermatologique grave engageant le pronostic vital.
- Âge ≥ 15 ans.

4. Critères d'exclusion :

- Les patients présentant des pathologies dermatologiques graves dont la **menace vitale est secondaire à l'atteinte d'organes internes** (ex. vascularites systémiques où le risque vital résulte surtout d'une atteinte rénale, pulmonaire ou neurologique, infections virales graves de type rougeole ou varicelle fulminante où la mortalité est liée principalement à l'atteinte respiratoire ou neurologique).
- Les dermatoses bénignes ne nécessitant pas de soins intensifs.

II. Méthodes :

1. Paramètres étudiés :

- ✚ Identité
- ✚ Diagnostic d'admission
- ✚ Antécédents
- ✚ Examen clinique à l'admission
- ✚ Paramètres paracliniques

- o Biologiques
- o Radiologiques
- o Bactériologiques
- ✚ Gravité
- ✚ Traitement
- ✚ Évolution

2. Aspects éthiques :

Le 13 mai 2025, le Comité d'éthique hospitalo-universitaire de Marrakech a examiné et approuvé le protocole de notre étude, enregistré sous le numéro 54/2025.

3. Analyse statistique :

L'analyse statistique des données a été effectuée à l'aide du logiciel SPSS (Statistical Package for the Social Sciences), version 22.

Les variables quantitatives ont été exprimées en moyennes $\pm$ écart-type ou en médiane (interquartile) selon la distribution, et comparées à l'aide du test t de Student ou du test de Mann-Whitney.

Les variables qualitatives ont été exprimées en fréquences et pourcentages, et comparées par le test du Khi-deux ou test de Fisher.

L'étude multivariée des facteurs pronostiques n'était pas possible vu l'effectif de notre échantillon.



RÉSULTATS



A- Étude descriptive :

I. Effectif, incidence et provenance de l'échantillon :

1. Effectif et incidence de l'échantillon :

Durant cette période de 10 ans, 2013 patients étaient hospitalisés en réanimation médicale. 43 cas ont été admis pour prise en charge des pathologies dermatologiques graves, avec une moyenne de 4,3 cas par an, soit 2 % de toutes les admissions du service.

2. Provenance de l'échantillon :

Dans notre série, 60 % des patients admis provenaient du service de dermatologie, 35 % du service d'accueil des urgences, et 5 % du service des maladies infectieuses.

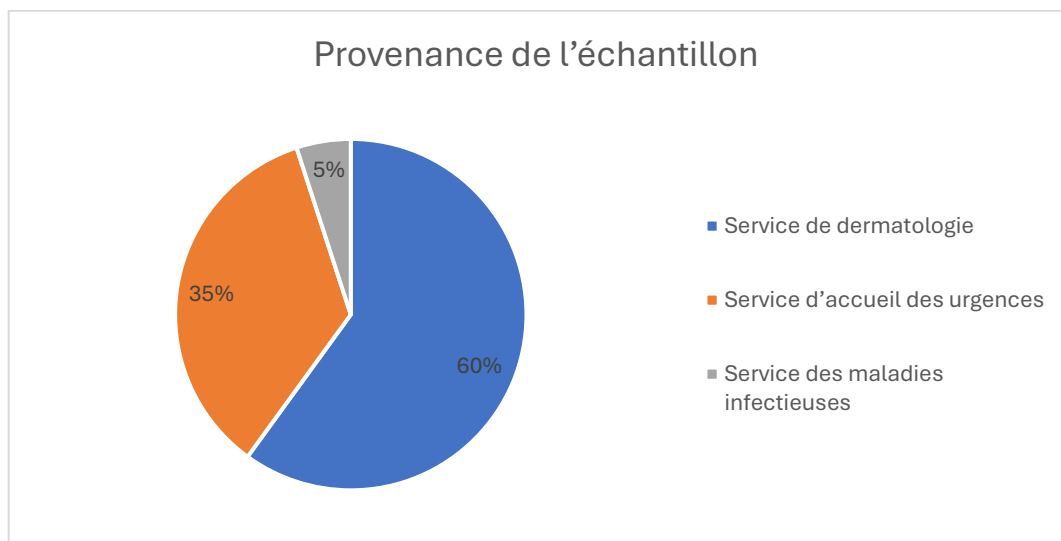


Figure 1 : Provenance de l'échantillon

II. Caractéristiques épidémiologiques et cliniques :

1. Âge :

- ✓ La moyenne de l'âge de nos patients était de 53 ± 22 ans avec des extrêmes allant de 16 ans à 86 ans.
- ✓ La tranche d'âge la plus représentée dans notre série était entre 55 et 86 ans (53,6 %) (Tableau I).

Tableau I : Répartition en fonction des tranches d'âge de notre échantillon

Tranches d'âge	Effectif	Pourcentage (%)
15 à 24 ans	7	16,3
25 à 34 ans	2	4,6
35 à 44 ans	5	11,6
45 à 54 ans	6	14
55 à 64 ans	8	18,6
65 à 86 ans	15	35

2. Sexe :

La répartition des patients selon le sexe montrait une légère prédominance féminine (51 % des cas), avec un sex-ratio H/F = 0,95 (Tableau II).

Tableau II : Répartition des patients selon le sexe

Sexe	Effectif	Pourcentage (%)
Féminin	22	51
Masculin	21	49

3. Motif d'hospitalisation :

Le motif d'hospitalisation était dominé par le choc septique (46,5 %) suivi du sepsis (42 %) (Tableau III).

Tableau III : Répartition des patients selon le motif d'hospitalisation

Motif d'hospitalisation	Effectif	Pourcentage (%)
Choc septique	20	46,5
Sepsis	18	42
SDRA	4	9,2
Insuffisance rénale aiguë	1	2,3

4. Diagnostic d'admission :

Le diagnostic d'admission reconnaissait une prédominance du syndrome de Lyell dans 39,5 % des cas, suivi par l'érysipèle (23,3 %) (Tableau IV).

Tableau IV : Répartition des patients selon le diagnostic d'admission

Diagnostic d'admission		Effectif	Pourcentage (%)
Toxidermies médicamenteuses	Syndrome de Lyell	17	39,5
	DRESS syndrome	1	2,3
	Syndrome de chevauchement Lyell-DRESS	1	2,3
Infections cutanées graves	Érysipèle	10	23,3
	Fasciite nécrosante	3	7
	Épidermolyse staphylococcique	1	2,3
	Anthrax	1	2,3
	Candidose cutanée	1	2,3
Dermatoses surinfectées	Psoriasis	2	4,7
	Lymphome cutané	2	4,7
	Pemphigus	1	2,3
	Érythème polymorphe	1	2,3
	Pemphigoïde bulleuse	1	2,3
	Mucinoïse cutanée	1	2,3



Figure 2 : Syndrome de Lyell



Figure 3 : psoriasis pustuleux généralisé surinfecté

5. Antécédents :

La majorité des patients (93 %) avaient au moins un antécédent pathologique. Parmi ces antécédents, l'hypertension artérielle était la plus fréquente (40 %), suivie par les cardiopathies (35 %) puis le diabète (25 %) (Tableau V).

Tableau V : Répartition des patients selon les antécédents

Antécédents	Effectif	Pourcentage (%)
Patients avec antécédents	40	93
HTA	16	40
Cardiopathie / coronaropathie	14	35
Diabète	10	25
Dermopathie	9	22,5
Psoriasis	7	17,5
Pemphigus	1	2,5
Érysipèle	1	2,5
Tabagisme	8	20
Chirurgie	8	20
BPCO/Asthme	6	15
Néphropathie chronique	5	12,5
Maladies auto-immunes	5	12,5
Corticothérapie au long cours	4	10
AVC	3	7,5
Toxicomanie	2	5
Allergie à la pénicilline	2	5
Hépatopathie	1	2,5
Néoplasie	1	2,5
Hémopathie	1	2,5
Alcoolisme	1	2,5
Familiaux	1	2,5
Statut VIH : Positif	0	0
Négatif	26	65
Inconnu	17	42,5
Atopie	0	0

6. Facteurs déclenchants / porte d'entrée de l'infection :

La prise médicamenteuse était le facteur déclenchant le plus fréquent (44 %) suivie de la surinfection d'une dermopathie sous-jacente (psoriasis, pemphigus...) (28 %) et enfin l'intertrigo inter-orteil (16 %) (Tableau VI).

Tableau VI : Répartition des patients selon les facteurs déclenchants / porte d'entrée

Facteurs déclenchants	Effectif	Pourcentage (%)
Surinfection	12	28
Intertrigo inter-orteil	7	16
Allopurinol	5	11,6
Amoxicilline acide clavulanique / AINS	3	7
Paracétamol	3	7
Inconnu	2	4,7
Méthotrexate	1	2,3
Bactrim	1	2,3
Tégrétol® (carbamazépine)	1	2,3
Antibacillaires : ERIP-K4® Rifampicine + Isoniazide + Pyrazinamide + Ethambutol	1	2,3
Salazopyrine® (sulfamides + salicylés)	1	2,3
Lamotrigine	1	2,3
Ciprofloxacine	1	2,3
Vancomycine	1	2,3
Plaie post-traumatique	1	2,3
Furoncle	1	2,3
Onychomycose	1	2,3

Concernant le **syndrome de Lyell**, les médicaments responsables étaient principalement l'allopurinol, le paracétamol, l'amoxicilline-acide clavulanique et les AINS (Tableau VII).

Tableau VII : Les médicaments responsables du syndrome de Lyell

Médicament responsable	Effectif	Pourcentage (%)
Allopurinol	5	29,4
Paracétamol	3	17,6
Amoxicilline-acide clavulanique / AINS	3	17,6
Méthotrexate	1	5,9
Bactrim® (sulfaméthoxazole-triméthoprim)	1	5,9
Carbamazépine (Tégréol®)	1	5,9
Antituberculeux (ERIP-K4®)	1	5,9
Ciprofloxacine	1	5,9
Vancomycine	1	5,9

7. Mode de survenue :

La majorité des cas (81 %) étaient secondaires à une pathologie ou un facteur déclenchant identifiable (Tableau VIII).

Tableau VIII : Mode de survenue des pathologies dermatologiques

Mode de survenue	Effectif	Pourcentage (%)
Primaire	8	19
Secondaire	35	81

8. Score de Glasgow :

La majorité des patients avaient un score de Glasgow conservé à 15 (51,3 %), avec une moyenne de $13,5 \pm 2$ (Tableau IX).

Tableau IX : Répartition des patients selon le score de Glasgow

Score de Glasgow	Effectif	Pourcentage (%)
15/15	22	51,3
14/15	6	13,9
13/15	4	9,3
12/15	4	9,3
11/15	1	2,3
10/15	2	4,6
9/15	1	2,3
8/15	3	7

9. Données cardiovasculaires :

9.1 Fréquence cardiaque :

La moyenne de la fréquence cardiaque était de 108 ± 25 bpm.

9.2 Présence d'une hypotension à l'admission :

Près de la moitié des patients présentaient une hypotension à l'admission (46,5 %), avec une moyenne de la PAM à 72 ± 24 mmHg (Tableau X).

Tableau X : Présence d'une hypotension à l'admission

Hypotension à l'admission	Effectif	Pourcentage (%)
Non	23	53,5
Oui	20	46,5

9.3 Examen cardiovasculaire :

La majorité des patients (80 %) avaient un examen cardiovasculaire sans particularités (Tableau XI).

Tableau XI : Répartition des patients selon l'examen cardiovasculaire

Examen cardiovasculaire	Effectif	Pourcentage (%)
Sans particularités	34	80
Râles crépitants	5	12
OMI	3	6
TVJ + RHJ + OMI (insuffisance cardiaque droite)	1	2

10. Données pleuropulmonaires :

a- Fréquence respiratoire à l'admission :

La moyenne de la fréquence respiratoire à l'admission était de 25 ± 8 cpm.

b- La saturation à l'air ambiant à l'admission :

La médiane de la saturation à l'admission était de 90 (84 ; 96) %

c- Examen pleuropulmonaire :

Près des deux tiers (67,4 %) des patients avaient un examen pleuropulmonaire sans particularités (Tableau XII).

Tableau XII : Répartition des patients selon l'examen pleuropulmonaire

Examen pleuropulmonaire	Effectif	Pourcentage (%)
Sans particularités	29	67,4
Râles ronflants	10	23
Râles crépitants	5	11,5
Râles sibilants	4	9

11. Température :

La moyenne de la température à l'admission était de 38 ± 1 °C.

12. Diurèse :

Près de la moitié des patients (44 %) avaient une oligo-anurie à l'admission (Tableau XIII).

Tableau XIII : Répartition des patients selon la diurèse

Diurèse conservée	Effectif	Pourcentage (%)
Non	19	44
Oui	24	56

13. Lésions cutanées élémentaires :

Les lésions les plus fréquentes étaient **les macules érythémateuses** (88 %), suivies des **bulles** (45,5 %), des **érosions** (37 %) et de la **nécrose cutanée** (16 %) (Tableau XIV).

Tableau XIV : Répartition des patients selon les lésions cutanées élémentaires

Lésions élémentaires	Effectif	Pourcentage (%)
Macules :	40	93
Érythèmes	38	88
Purpura	2	5
Bulles	20	46,5
Érosions	16	37
Nécrose	7	16
Pustules	4	9
Vésicules	3	7
Fistules	2	4,7
Ulcération	2	4,7
Squames	2	4,7
Nodules	1	2,3
Fissures	1	2,3
Papules	1	2,3
Alopécie	1	2,3

14. Signe de Nikolsky :

Un signe de Nikolsky positif a été observé chez 44 % des patients.

15. Atteinte des muqueuses :

L'atteinte muqueuse était présente dans 53,5 % des cas, dominée par l'atteinte orale (91 %) (Tableau XV).

Tableau XV : Types d'atteinte muqueuse

Types d'atteinte muqueuse	Effectif	Pourcentage (%)
Orale	21	91
Conjonctivale	20	87
Génitale	13	56,5
Nasale	11	48

16. Examen abdominal :

L'examen abdominal était normal dans 91 % des cas (Tableau XVI).

Tableau XVI : Répartition des patients selon l'examen abdominal

Examen abdominal	Effectif	Pourcentage (%)
Sans particularités	39	91
Dysphagie haute	2	4,7
Sensibilité abdominale	1	2,3
Distension abdominale	1	2

17. Présence d'adénopathies :

Des adénopathies étaient présentes dans 16 % des cas.

III. Données paracliniques :

1. Biologie :

Les résultats des bilans biologiques sont résumés dans les tableaux suivants (Tableaux XIX et XX).

1.1 Résultats des bilans biologiques :

- **Biochimie :**

La **natrémie** reste globalement dans les limites physiologiques (de 137 à 141 mmol/L). En revanche, la **kaliémie** tend à la normalisation après une hyperkaliémie initiale ($4,6 \pm 1,4$ mmol/L).

L'**acidose métabolique**, objectivée par des **bicarbonates** bas à l'admission (18 ± 8 mmol/L), s'amende progressivement (21 ± 7 mmol/L à J3).

L'**urée** a montré une évolution décroissante, passant de **1 à 0,43 g/L**, et la **créatininémie** a diminué de **18 à 9 mg/L**.

La **calcémie corrigée** a légèrement diminué ($95 \rightarrow 91$ mg/L), tout en **demeurant dans les valeurs normales**.

Nous avons remarqué **une hypoalbuminémie sévère** chez la majorité des patients ($\approx 22\text{--}23$ g/L).

Les transaminases (ASAT/ALAT), les taux de **LDH** et de **CPK** étaient légèrement élevés. Les biomarqueurs inflammatoires et infectieux, notamment la **CRP** ($228 \rightarrow 204$ mg/L) et la **procalcitonine** ($7,6 \rightarrow 4,5$ ng/mL), étaient élevés à l'admission (Tableau XVII, Figure 2,3 et 4).

Tableau XVII : Résultats des bilans biologiques (biochimie)

Paramètres	Moyenne $\pm$ écart-type ou Médiane (percentiles)	Paramètres	Moyenne $\pm$ écart-type ou Médiane (percentiles)
Natrémie J1 (mmol/L)	137 ± 7	Bicarbonate J1 (mmol/L)	18 ± 8
Natrémie J2 (mmol/L)	139 ± 9	Bicarbonate J2 (mmol/L)	20 ± 8
Natrémie J3 (mmol/L)	141 ± 8	Bicarbonate J3 (mmol/L)	21 ± 7
Kaliémie J1 (mmol/L)	$4,6 \pm 1,4$	Glycémie J1 (g/L)	$1,15(0,85 ; 1,7)$
Kaliémie J2 (mmol/L)	$4,5 \pm 1,5$	Glycémie J2 (g/L)	$1,18(0,76 ; 2,62)$
Kaliémie J3 (mmol/L)	$4,4 \pm 1$	Glycémie J3 (g/L)	$1,04(0,86 ; 1,84)$
Urée J1 (g/L)	$1 \pm 0,84$	ASAT J1 (UI/L)	44(32 ; 90)
Urée J2 (g/L)	$0,92 \pm 69$	ASAT J2 (UI/L)	39(26 ; 85)
Urée J3 (g/L)	$0,43 (0,25 ; 1,61)$	ASAT J3 (UI/L)	34(25 ; 67)
Créatininémie J1 (mg/L)	18(6,8 ; 38,8)	ALAT J1 (UI/L)	25(16 ; 50)
Créatininémie J2 (mg/L)	15(5,5 ; 30)	ALAT J2 (UI/L)	23(19 ; 56)
Créatininémie J3 (mg/L)	9(5,5 ; 30)	ALAT J3 (UI/L)	24(17 ; 41)
Calcémie corrigée J1 (mg/L)	95 ± 12	LDH J1 (UI/L)	358(279 ; 544)
Calcémie corrigée J2 (mg/L)	94 ± 7	LDH J2 (UI/L)	445(339 ; 646)
Calcémie corrigée J3 (mg/L)	91 ± 8	LDH J3 (UI/L)	318(263 ; 318)
Albuminémie J1 (g/L)	23 ± 6	CPK J1 (UI/L)	202(62 ; 511)
Albuminémie J2 (g/L)	22 ± 4	CPK J2 (UI/L)	267(90 ; 584)
Albuminémie J3 (g/L)	23 ± 5	CPK J3 (UI/L)	201(94 ; 718)
C-réactive protéine J1 (mg/L)	228 ± 136	Procalcitonine J1 (ng/mL)	$7,6 \pm 7,9$
C-réactive protéine J2 (mg/L)	217 ± 119	Procalcitonine J2 (ng/mL)	$10,6 \pm 1,18$
C-réactive protéine J3 (mg/L)	204 ± 125	Procalcitonine J3 (ng/mL)	4,54

- **Hématologie :**

Les paramètres hématologiques des patients de notre série ont montré un **profil inflammatoire marqué et une perturbation modérée de l'hémostase**. La **leucocytose** initiale ($12\,103 \pm 8\,266/\text{mm}^3$ à J1) s'est accentuée à J2 ($15\,340 \pm 9\,615/\text{mm}^3$), traduisant une **réponse inflammatoire systémique intense** en lien avec le sepsis ou la nécrolyse cutanée étendue, avant de se normaliser partiellement à J3 ($13\,105/\text{mm}^3$) sous traitement anti-infectieux.

Les **polynucléaires neutrophiles** suivent la même cinétique, renforçant l'hypothèse d'un processus infectieux dominant. Les **lymphocytes**, bas à l'admission ($1\,109 \pm 731/\text{mm}^3$), augmentent progressivement.

L'**hémoglobine** reste abaissée ($\approx 10\text{ g/dL}$), reflet d'une **anémie inflammatoire multifactorielle** (saignements cutanés, hémodilution, carence martiale relative). Sur le plan de l'hémostase, le **TP** ($\approx 60\%$) et l'**INR** légèrement augmenté ($1,4 \pm 0,9$ – $1,8 \pm 1$) traduisent une **coagulopathie de consommation** modérée, fréquemment observée dans les états septiques sévères. Le **TCA** allongé à J1 (31 s) tend à se normaliser (Tableau XVIII).

Tableau XVIII : Résultats des bilans biologiques (hématologie)

Paramètres	Moyenne ± écart-type ou Médiane (percentiles)	Paramètres	Moyenne ± écart- type ou Médiane (percentiles)
Leucocyte J1 (élém./mm ³)	12103 ± 8266	Plaquettes J1 (élém./mm ³)	244143 ± 164902
Leucocyte J2 (élém./mm ³)	15340 ± 9615	Plaquettes J2 (élém./mm ³)	234345 ± 173588
Leucocyte J3 (élém./mm ³)	13105 ± 7862	Plaquettes J3 (élém./mm ³)	262357 ± 181771
Polynucléaires neutrophiles J1 (élém./mm ³)	10099 ± 7699	TP J1 (%)	62 ± 19
Polynucléaires neutrophiles J2 (élém./mm ³)	13021 ± 9774	TP J2 (%)	60 ± 26
Polynucléaires neutrophiles J3 (élém./mm ³)	10388 ± 7579	TP J3 (%)	61 ± 23
Éosinophiles J1	30(10 : 175)	INR J1	1,4 ± 0,9
Éosinophiles J2 (élém./mm ³)	30(10 : 175)	INR J2	1,8 ± 1
Éosinophiles J3 (élém./mm ³)	40(0 ; 200)	INR J3	1,5 ± 0,7
Lymphocytes J1 (élém./mm ³)	1109 ± 731	TCA J1 (s)	31(26 ; 37)
Lymphocytes J2 (élém./mm ³)	1339 ± 860	TCA J2 (s)	29(25 ; 53)
Lymphocytes J3 (élém./mm ³)	1473 ± 859	TCA J3 (s)	27(24 ; 46)
Hémoglobine J1 (g/dL)	10,2 ± 2,9		
Hémoglobine J2 (g/dL)	10,2 ± 2,3		
Hémoglobine J3 (g/dL)	9,8 ± 2		

1.2 Troubles biologiques observés chez nos malades :

• Troubles électrolytiques observés (Na^+ / K^+) :

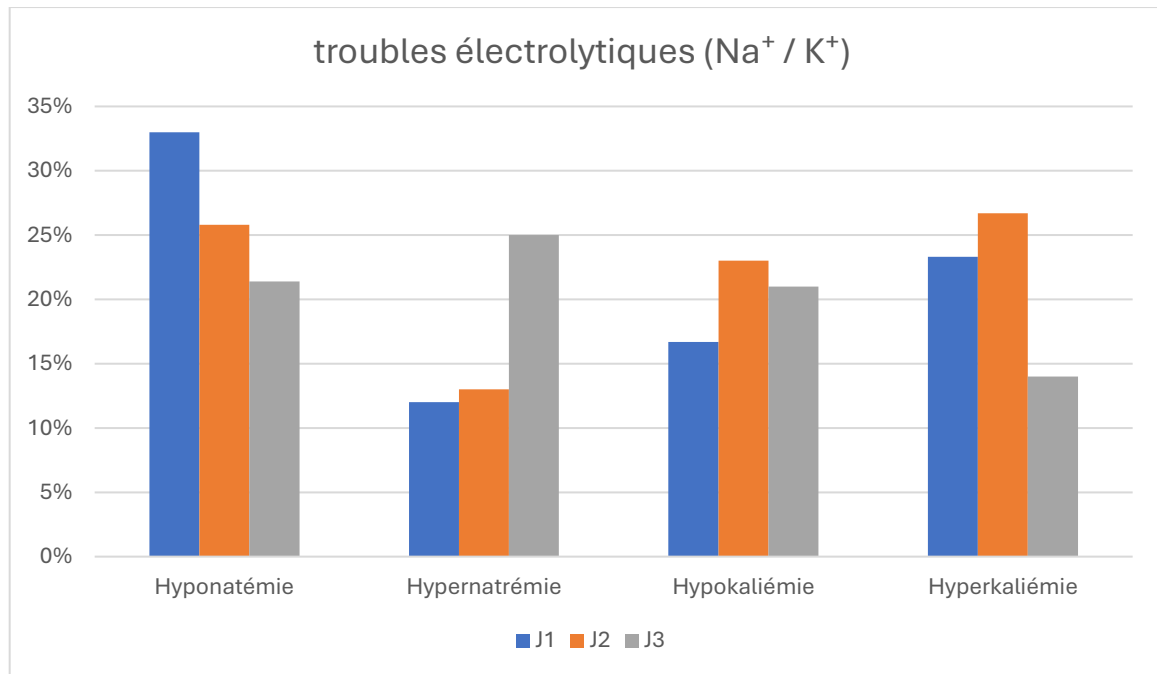


Figure 4 : Troubles électrolytiques observés chez nos patients

• Fonction rénale / Bicarbonates sanguins / calcémie :

L'analyse montre :

- une insuffisance rénale présente chez environ 60 % des patients au J1, diminuant progressivement à 43 % au J3.
- Le taux de bicarbonates < 20 mmol/L, indicateur d'acidose métabolique, suit une évolution parallèle avec une baisse notable entre J1 (60 %) et J3 (48 %).
- L'hypocalcémie, peu fréquente (10–13 %) reste stable (Figure 3).

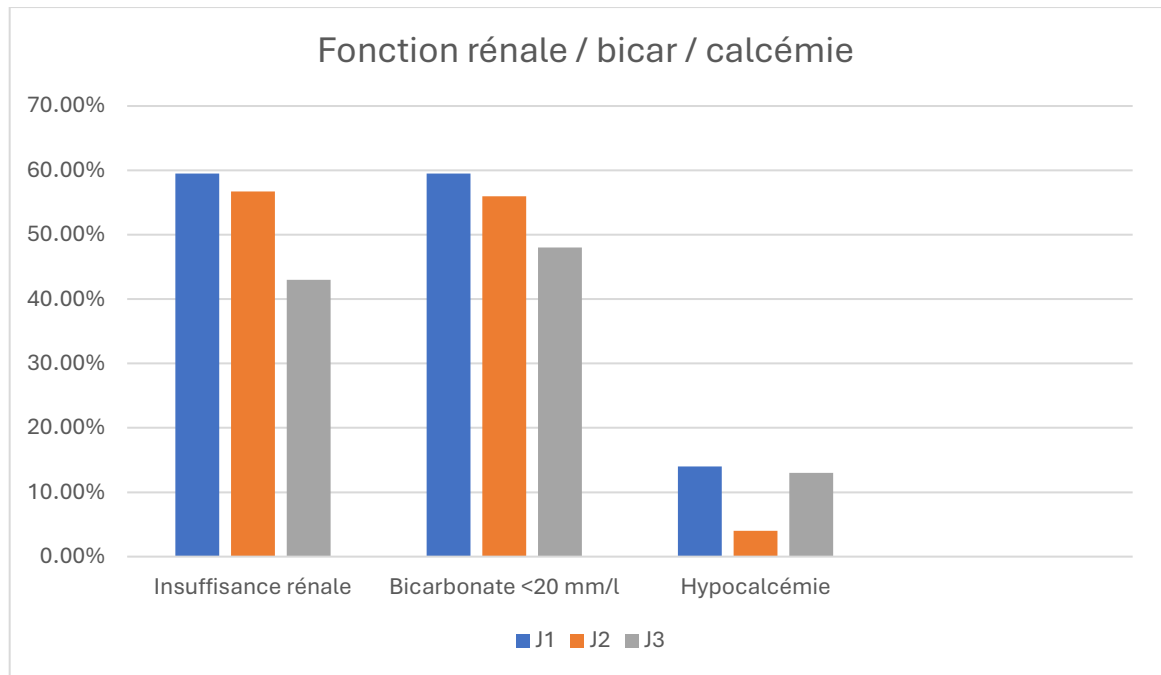


Figure 5 : Fonction rénale / bicarbonates / calcémie

- **Albuminémie :**

Le graphique met en évidence :

- une hypoalbuminémie sévère très fréquente dès le J1 (70 %), se maintenant au J2 avant de régresser légèrement au J3 (57 %).
- L'hypoalbuminémie modérée augmente progressivement de 16 % à J1 à 34 % à J3
- L'hypoalbuminémie légère reste rare et stable, observée chez moins de 10 % des patients (Figure 4).

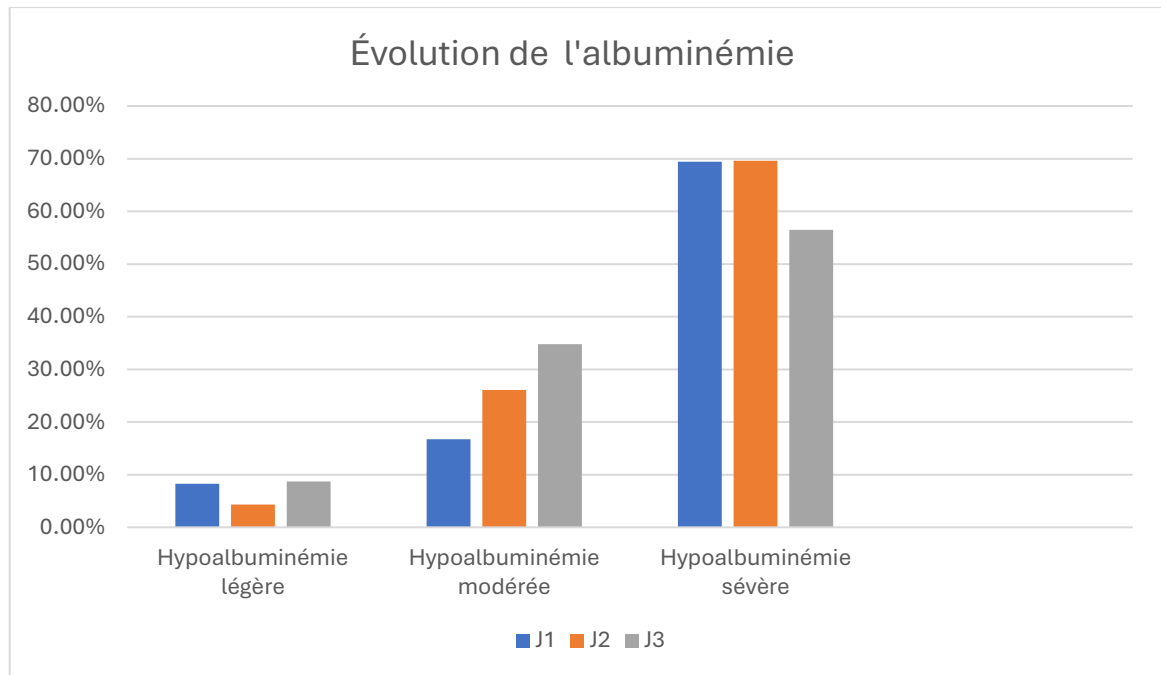


Figure 6 : Évolution de l'albuminémie

- **Numération formule sanguine :**

Le graphique montre :

- une anémie très fréquente, passant de 67 % au J1 à près de 80 % au J3, traduisant un retentissement systémique et inflammatoire persistant malgré la prise en charge.
- La thrombopénie reste modérée et stable (environ 30 %).
- L'éosinopénie, était observée chez près de 60 % des patients tout au long du suivi.
- La lymphopénie reste marquée, surtout au J1 (45 %) (Figure 5).

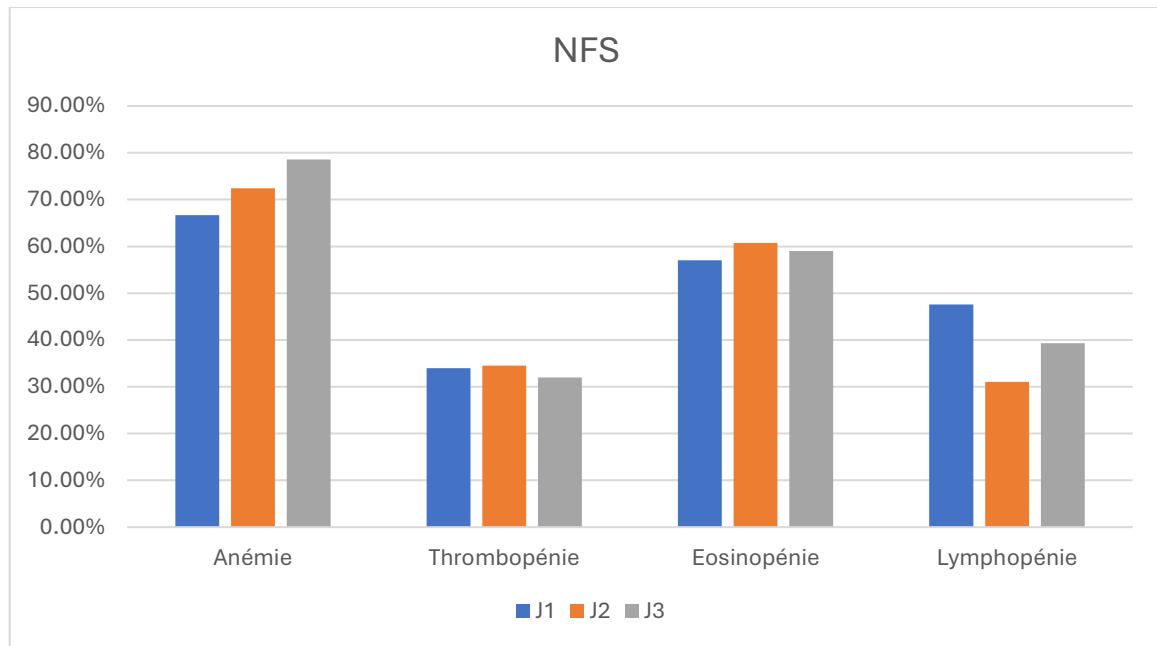


Figure 7 : Anomalies hématologiques

2. Bactériologie :

2.1. Hémoculture :

L'hémoculture a été réalisée dans 82 % des cas, avec une bactériémie dans 49 % des cas, avec présence de BMR dans 30 % des cas.

Les germes les plus fréquemment isolés étaient *Klebsiella pneumoniae* (28,5 %) et *Acinetobacter baumannii* (28,5 %) (Tableau XIX).

Tableau XIX : Germes isolés à l'hémoculture

Germes isolés à l'HC	Effectif	Pourcentage (%)
<i>Acinetobacter baumannii</i>	6	28,5
<i>Klebsiella pneumoniae</i>	6	28,5
Staph coagulase négative	2	9,5
<i>Staphylococcus aureus</i>	1	5
<i>Streptococcus pyogenes</i>	1	5
<i>Corynebacterium</i>	1	5
<i>Pseudomonas aeruginosa</i>	1	5
<i>Candida albicans</i>	1	5
<i>Enterococcus</i>	1	5
<i>Enterobacter cloacae</i>	1	5

2.2. Écouvillon cutané :

L'écouvillon cutané a été réalisé dans 47 % des cas ; il était positif dans 39,5 % des cas.

La moitié des germes isolés étaient des bactéries multirésistantes.

Les germes isolés à l'écouvillon cutané étaient (Tableau XX) :

- **Acinetobacter baumannii** 43 %
- **Klebsiella pneumoniae** 30 %
- **Pseudomonas aeruginosa** 12 %
- **Staphylococcus aureus** 12 %

Tableau XX : Répartition des germes isolés à l'écouvillon cutané

		Effectif	Pourcentage (%)
Un seul germe	Acinetobacter baumannii	5	31
	Klebsiella pneumoniae	2	12
	Pseudomonas aeruginosa	1	6
	Candida albicans	1	6
	Staph coagulase négative	1	6
	Staph coagulase positive	1	6
	Proteus mirabilis	1	6
Deux germes	Klebsiella pneumoniae + Acinetobacter baumannii	2	12
	staph epidermis + Candida spp	1	6
	E.Coli + Staphylococcus aureus	1	6
Trois germes	Klebsiella pneumoniae + Pseudomonas aeruginosa + Staphylococcus aureus	1	6

2.3. ECBU :

L'infection urinaire nosocomiale a été objectivée chez deux patients, due à deux BMR :

- 1^{er} cas : **Klebsiella pneumoniae**
- 2^{ème} cas : **Acinetobacter baumannii**.

2.4. Prélèvement respiratoire :

Dans notre série, la pneumopathie nosocomiale était rare, constatée chez 3 cas et causée par :

- 1^{er} cas : **Klebsiella pneumoniae**
- 2^{ème} cas : **Enterobacter cloacae**
- 3^{ème} cas : **Acinetobacter baumannii + Klebsiella pneumoniae**

3. Radiologie :

La radiographie thoracique était normale chez 25,6 % des patients, tandis que 74,4 % présentaient des anomalies.

Les anomalies radiologiques étaient dominées par les pneumopathies alvéolaires et mixtes (37,5 % chacune), suivies par les formes interstitielles (12,5 %) (Tableau XXI).

Tableau XXI : Répartition des patients selon les anomalies radiologiques

Anomalies radiologiques	Effectif	Pourcentage (%)
Pneumopathie alvéolaire	12	37,5
Pneumopathie mixte	12	37,5
Pneumopathie interstitielle	4	12,5
Syndrome bronchique	3	9
Surcharge hilaire	1	3

IV. Scores de gravité :

Les scores de gravité étaient élevés (Tableaux XXII, XXIII et XXIV).

1. Score APACHE II :

La moyenne de score APACHE II à l'admission était de 17 ± 9 (Tableau XXII).

Tableau XXII : Score APACHE II

	Moyenne $\pm$ écart-type
Score APACHE J1	17 ± 9
Score APACHE J2	15 ± 10
Score APACHE J3	15 ± 13

2. Score SOFA :

La moyenne de score SOFA à l'admission était de 6 ± 4 (Tableau XXIII).

Tableau XXIII : Score SOFA

	Moyenne $\pm$ écart-type
Score SOFA J1	6 ± 4
Score SOFA J2	6 ± 5
Score SOFA J3	6 ± 6

3. Score SCORTEN :

Chez les patients atteints de syndrome de Lyell (39,5 %), le score SCORTEN à l'admission était ≥ 3 dans la majorité des cas (82 %), avec une moyenne de 3 ± 2 , traduisant la gravité élevée et le risque de mortalité (Tableau XXIV).

Tableau XXIV : Score SCORTEN à l'admission

Score SCORTEN	Effectif	Pourcentage (%)
0-1	1	6
2	2	12
3	6	35
4	3	17,5
≥ 5	5	29,5

V. Données thérapeutiques :

1. Traitement antalgique :

Le traitement antalgique a été instauré chez 75 % des patients.

2. Soins locaux :

Les soins locaux ont été réalisés chez tous les malades, quotidiennement chez 44 % des cas et 1 j/2 chez 56 % des cas.

3. Antibiothérapie :

La majorité des patients (84 %) ont bénéficié d'une antibiothérapie, en utilisant principalement les bêta-lactamines, les aminosides et les glycopeptides (Tableau XXV).

Tableau XXV : Les familles d'anti-infectieux

Famille	Effectif	Pourcentage (%)
Bêta-lactamines	25	70
Aminosides	15	42
Glycopeptides	10	28
Colistine	7	19,5
Fluoroquinolones	6	17
Antiviraux	4	11
Antifongiques	3	8
Macrolides	1	3
Nitro-imidazolés	1	3

4. Oxygénothérapie :

L'oxygénothérapie a été administrée chez 88 % des patients, avec un masque à haute concentration dans 60 % des cas, une VNI dans 7 % des cas, et une ventilation mécanique invasive chez 21 % des cas (9 patients).

5. Catécholamines :

Les catécholamines étaient utilisées dans 65 % des cas, avec noradrénaline chez 65 % des patients et dobutamine dans 5 % des cas.

6. Recours à la dialyse :

Elle a été pratiquée dans 9,3 % des cas (4 patients).

7. Recours aux corticoïdes :

Les corticoïdes ont été administrés dans 32,6 % des cas.

VI. Évolution :

1. Durée d'hospitalisation :

La durée médiane d'hospitalisation avant admission était de 3(0 ; 16) jours, avec des extrêmes allant de 1 à 25 jours.

La durée médiane d'hospitalisation en réanimation était de 6(2 ; 9) jours, avec des extrêmes allant de 1 à 23 jours.

2. Complications au cours de l'hospitalisation :

Plusieurs complications ont été observées chez les patients au cours d'hospitalisation, les plus fréquentes étaient le choc septique, l'insuffisance rénale aiguë et le SDRA (Tableau XXVI).

Tableau XXVI : Répartition des patients selon les complications

	Effectif	Pourcentage (%)
Choc septique	28	65
Insuffisance rénale aiguë	24	56
SDRA	20	46,5
CIVD	16	37
Rhabdomyolyse	5	11,6
Choc anaphylactique	1	2,3

Le choc septique était présent à l'admission chez 49 % des cas, et survenu au cours de l'hospitalisation dans 23 % des cas.

3. Évolution des malades :

Le taux de mortalité globale était de 62,8 %.

Diagnostic d'admission	Mortalité (%)
Toxidermies médicamenteuses	37
Infections cutanées graves	41
Dermatoses surinfectées	18

B– Études analytiques :

1. Facteurs pronostiques clinico-démographiques :

En analyse univariée, les facteurs de mauvais pronostic étaient un âge avancé, la présence d'un antécédent de cardiopathie, le retard de PEC hospitalière, l'oligurie, les troubles de conscience, une saturation basse et une insuffisance rénale (Tableau XXVII).

Tableau XXVII : Facteurs pronostiques clinico-démographiques des malades graves admis en réanimation médicale.

		Décédés N=27	Survivants N=16	P
Age (ans ; moyenne)		61 ± 19	40 ± 20	0,001
Sexe	Homme (%)	52	44	0,6
	Femme (%)	48	56	
Présence d'une comorbidité (%)		96	87	0,5
ATCD de Diabète (%)		33	6	0,06
ATCD d'Hypertension artérielle (%)		41	31	0,5
ATCD de cardiopathie (%)		48	6	0,005
ATCD de BPCO/asthme (%)		22	0	0,07
ATCD d'insuffisance rénale chronique (%)		15	6	0,6
ATCD de maladie auto-immune (%)		11	13	0,9
ATCD de corticothérapie au long cours (%)		11	6	0,9
ATCD d'allergie connue (%)		4	6	0,3
ATCD de pathologie dermatologique (%)		11	37	0,05
ATCD de psoriasis (%)		67	83	0,3
ATCD de pemphigus (%)		33	0	0,3
ATCD d'érysipèle (%)		0	17	0,3
Diagnostic d'admission				
Toxidermies médicamenteuses (%)		37	56	0,2
Infections cutanées graves (%)		41	31	0,5
Dermatoses surinfectées (%)		18	12	0,6
Mode de survenue				
Primaire (%)		18	19	0,9
Secondaire (%)		82	81	
Début des symptômes (Délai de PEC) (jours ; moyenne)		14 ± 8	8 ± 4	0,005
Hypotension artérielle à l'admission (%)		48	44	0,7
Oligurie (%)		63	12	0,001
Score de Glasgow		12 ± 2	14 ± 0,5	0,002
SpO₂ (% , moyenne)		83 ± 15	92 ± 6	0,01
Type de lésions élémentaires				0,4
Macules (%)		22	13	
Bulles (%)		4	0	
Pustules (%)		0	6	
Signe de Nikolsky positif (%)		37	56	0,2
Atteinte des muqueuses (%)		44	69	0,1
Insuffisance rénale J1 (%)		73	37	0,02
Insuffisance rénale J2 (%)		93	25	<0,001
Insuffisance rénale J3 (%)		85	7	<0,001
Anémie J1 (%)		77	50	0,07
Anémie J2 (%)		79	67	0,7
Anémie J3 (%)		92	66	0,1

2. Facteurs pronostiques biologiques :

En analyse univariée, les facteurs de mauvais pronostic étaient une hyperkaliémie, une urée élevée, une créatinine élevée, une acidose, une hypoalbuminémie sévère, une anémie, une thrombopénie, une lymphopénie, une éosinopénie et une INR élevée (Tableau XXVIII).

Tableau XXVIII : Facteurs pronostiques biologiques des malades graves admis en réanimation médicale.

	Décédés (N=27)	Survivants (N=16)	P
Hyponatrémie J1 (%)	41	27	0,1
Hyponatrémie J2 (%)	27	25	0,9
Hyponatrémie J3 (%)	23	20	0,9
Hypernatrémie J1 (%)	11	13	0,9
Hypernatrémie J2 (%)	20	6	0,2
Hypernatrémie J3 (%)	39	13	0,2
Kaliémie J1 (mmol/l ; moyenne)	5,1 ± 1,6	3,9 ± 0,5	0,01
Kaliémie J2 (mmol/l ; moyenne)	5 ± 1,7	3,9 ± 1,2	0,056
Kaliémie J3 (mmol/l ; moyenne)	5 ± 1,2	3,9 ± 0,6	0,01
Hypokaliémie J1 (%)	15	20	0,7
Hypokaliémie J2 (%)	14	31	0,4
Hypokaliémie J3 (%)	15	27	0,6
Hyperkaliémie J1 (%)	37	0	0,007
Hyperkaliémie J2 (%)	50	6	0,01
Hyperkaliémie J3 (%)	29	0	0,04
Urée J1 (g/l ; moyenne)	1,4 ± 0,9	0,5 ± 0,3	<0,001
Urée J2 (g/l ; moyenne)	1,5 ± 0,5	0,4 ± 0,3	<0,001
Urée J3 (g/l ; moyenne)	1,6 ± 0,8	0,3 ± 0,1	<0,001
Créatinine J1 (mg/l ; moyenne)	34 ± 25	11 ± 8	0,001
Créatinine J2 (mg/l ; moyenne)	32 ± 17	9 ± 7	<0,001
Créatinine J3 (mg/l ; moyenne)	32 ± 17	7 ± 4	<0,001
Bicarbonates J1 (mmol/l ; moyenne)	15 ± 7	22 ± 7	0,01
Bicarbonates J2 (mmol/l ; moyenne)	16 ± 6	24 ± 8	0,008
Bicarbonates J3 (mmol/l ; moyenne)	18 ± 6	23 ± 6	0,02
Bicarbonates < 20 mmol/l J1 (%)	70	43	0,1
Bicarbonates < 20 mmol/l J2 (%)	79	31	0,01
Bicarbonates < 20 mmol/l J3 (%)	75	23	0,009
Hypocalcémie J1 (%)	10	23	0,3
Hypocalcémie J2 (%)	0	9	0,4
Hypocalcémie J3 (%)	17	9	0,9
Hypoalbuminémie sévère J1 (%)	85	50	0,04
Hypoalbuminémie sévère J2 (%)	90	54	0,04
Hypoalbuminémie sévère J3 (%)	78	43	0,2

Taux plaquettes J3 ($10^3/\text{mm}^3$; médiane (Quartiles 25^e ; 75^e))	143 (46 ; 236)	332 (208 ; 478)	0,005
Thrombopénie J1 (%)	44	19	0,09
Thrombopénie J2 (%)	43	27	0,4
Thrombopénie J3 (%)	54	13	0,04
Hémoglobine J1 (g/dl ; moyenne)	9,4 $\pm$ 2,8	11,6 $\pm$ 2,4	0,01
Éosinophiles J3 ($/\text{mm}^3$; médiane (Quartiles 25^e ; 75^e))	20 (0 ; 55)	160 (40 ; 310)	0,004
Éosinopénie J1 (%)	65	44	0,1
Éosinopénie J2 (%)	79	43	0,053
Éosinopénie J3 (%)	85	36	0,01
Lymphocytes J1 ($/\text{mm}^3$; médiane (Quartiles 25^e ; 75^e))	870 (400 ; 1240)	1300 (840 ; 2065)	0,03
Lymphocytes J3 ($/\text{mm}^3$; médiane (Quartiles 25^e ; 75^e))	740 (580 ; 1680)	1780 (1220 ; 2500)	0,007
Lymphopénie J1 (%)	58	31	0,09
Lymphopénie J2 (%)	36	27	0,7
Lymphopénie J3 (%)	77	7	<0,001
INR J2 (moyenne)	2,13 $\pm$ 1	1,4 $\pm$ 1	0,002

3. Facteurs pronostiques évolutifs et scores de gravité :

En analyse univariée, les facteurs de mauvais pronostic étaient un score SCORTEN élevé, un score APACHE II élevé, un score SOFA élevé, et un retard de prise en charge en réanimation (Tableau XXIX).

**Tableau XXIX : Facteurs pronostiques évolutifs et scores de gravité des malades graves
admis en réanimation médicale.**

	Décédés N=27	Survivants N=16	P
Score SCORTEN J1 (Moyenne)	4 ± 0,9	2,5 ± 1,3	0,01
Score SCORTEN J2 (Moyenne)	4,2 ± 1,3	2 ± 1	0,01
Score SCORTEN J3 (Moyenne)	4,6 ± 1,1	1,5 ± 0,7	0,003
Score APACHE II J1 (médiane (Quartiles 25 ^e ; 75 ^e))	21 (18 ; 25)	10 (18 ; 25)	<0,001
Score APACHE II J2 (médiane (Quartiles 25 ^e ; 75 ^e))	23 (20 ; 30)	7 (18 ; 25)	<0,001
Score APACHE II J3 (médiane (Quartiles 25 ^e ; 75 ^e))	27 (20 ; 35)	5 (18 ; 25)	<0,001
Score SOFA J1 (médiane (Quartiles 25 ^e ; 75 ^e))	7 (5 ; 11)	2,5 (2 ; 5)	<0,001
Score SOFA J2 (médiane (Quartiles 25 ^e ; 75 ^e))	10 (6 ; 13)	2 (1 ; 4)	<0,001
Score SOFA J3 (médiane (Quartiles 25 ^e ; 75 ^e))	13 (7 ; 14)	1 (0 ; 2)	<0,001
Bactériémie (%)	56	47	0,1
BMR – bactériémie (%)	65	42	0,2
Pneumopathie (%)	85	56	0,06
Infection cutanée (%)	37	44	0,06
BMR – Infection cutanée (%)	60	30	0,3
Séjour avant réanimation (Jours ; médiane (Quartiles 25 ^e ; 75 ^e))	12 (0 ; 20)	1 (0 ; 3)	0,007
Séjour en réanimation (Jours ; médiane (Quartiles 25 ^e ; 75 ^e))	2 (1 ; 7)	8 (6 ; 12)	0,001



DISCUSSION



I. Fréquence :

Dans notre étude menée au CHU Mohammed VI de Marrakech entre 2015 et 2024, les pathologies dermatologiques graves représentaient 2 % de l'ensemble des admissions en réanimation médicale. Ce taux se situe dans la moyenne des fréquences rapportées par la littérature.

Des prévalences légèrement inférieures ont été observées au Mexique (**Méndez-Flores et al. 2023**) [11] et en Turquie (**Pektas et al. 2017**) [12] avec 1,57 % chacune, ainsi qu'en Espagne (**Badia et al. 2013**) [13] avec 1,61 %, et 1,06 % en France (**Vandroux et al. 2021**) [10].

En Inde, **Mitra et al. (2018)** [9] et en Italie, **Zara et al. (2024)** [8] ont retrouvé respectivement un taux de 0.92 % et 0,68 %, tandis que la plus faible fréquence a été notée au Royaume-Uni par **George et al. (2008)** [7] avec 0,51 %.

Ainsi, les différentes séries montrent une variation allant de 0,5 % à 2 %, confirmant que les pathologies dermatologiques graves demeurent rares mais non négligeables comme motifs d'admission en réanimation (Tableau XXX).

Tableau XXX : Comparaison des fréquences des pathologies dermatologiques graves en milieu de réanimation

L'auteur de l'étude	Période de l'étude	Pays	Fréquence (%)
George et al. 2008 [7]	Décembre 1995 – Septembre 2006	Royaume-Uni	0,51
Zara et al. 2024 [8]	Août à Novembre 2023	Italie	0,68
Mitra et al. 2018 [9]	Janvier 2014 – Décembre 2017	Inde	0,92
Vandroux et al. 2021[10]	Janvier 2012 – Décembre 2018	France	1,06
Méndez-Flores et al. 2023 [11]	1 ^{er} Septembre 2018 – 30 Avril 2019	Mexique	1,57
Pektas et al. 2017 [12]	Juillet 2012 – Août 2014	Turquie	1,57
Badia et al. 2013 [13]	Janvier 2005 – Décembre 2009	Espagne	1,61
Notre étude 2025	Janvier 2015– Décembre 2024	Maroc	2

II. Données démographiques :

1. Âge :

Dans notre série, la moyenne de l'âge était de **53 ans**, proche de celui rapporté dans les séries **britannique (54 ans) [7]**, **indienne (54 ans) [9]** et **espagnole (54 ans) [13]**.

En revanche, les études **asiatiques** et **l'étude mexicaine (la Corée du Sud : 58 ans [15] ; Chine : 60 ans [14] ; Mexique : 61 ans [11])** concernent une population légèrement plus âgée, probablement en lien avec une plus grande longévité et une médicalisation plus large des sujets âgés (Tableau XXXI).

Tableau XXXI : La moyenne ou médiane de l'âge selon les séries

Séries	Période de l'étude	Âge (moyenne / médiane) ans
George et al. (Royaume-Uni) 2008 [7]	Décembre 1995 – Septembre 2006	54
Mitra et al. (Lucknow, Uttar Pradesh) Inde 2018 [9]	Janvier 2014 – Décembre 2017	54
Méndez-Flores et al. (Mexico, Mexique) 2023 [11]	1 ^{er} septembre 2018 – 30 avril 2019	61
Badia et al. (Barcelone, Espagne) 2013 [13]	Janvier 2005 – Décembre 2009	54
Yang et al. (Shanghai, Chine) 2025 [14]	Juillet 2017 – Septembre 2023	60
Lee KT et al. (Séoul, Corée du Sud) 2015 [15]	Janvier 2007 – Décembre 2010	58
Notre étude (Marrakech, Maroc) 2025	1 ^{er} janvier 2015 – 31 décembre 2024	53

2. Sexe :

L'analyse comparative du sexe dans les principales séries internationales met en évidence une **prédominance masculine** dans la majorité des études, avec des taux variant entre 55 % et 68 %. Cette tendance est observée dans les séries du **Royaume-Uni** (55 %) [7], de **France** (65 %) [10], d'**Espagne** (68 %) [13], de **Chine** (58 %) [14], de la **Corée du Sud** (55 %) [15], du **Mali** (59 %) [16], de l'**Arabie Saoudite** (55 %) [17] et de l'**Inde** (59 %) [18].

En revanche, les séries **turque** (Emre et al. 2012) [19] et **mexicaine** (Méndez-Flores et al. 2023) [11] ont toutes deux montré une **prédominance féminine** (57 %).

Dans notre **étude (2015–2024)**, la répartition est **quasiment équilibrée**, avec 49 % d'**hommes** contre 51 % de **femmes**. Ce constat, à contre-courant de la tendance internationale masculine, pourrait s'expliquer par la **nature des pathologies observées**, notamment la **fréquence élevée du syndrome de Lyell**, plus fréquent chez la femme selon la littérature, ainsi que par des **facteurs socioculturels** influençant le **recours à l'automédication** (Tableau XXXII).

Tableau XXXII : Répartition selon le sexe dans les différentes séries

Série	Homme %	Femme %
George et al. (Royaume-Uni) 2008 [7]	55	45
Vandroux et al. (La Réunion-France) 2021 [10]	65	35
Méndez-Flores et al. (Mexico, Mexique) 2023 [11]	43	57
Badia et al. (Barcelone, Espagne) 2013 [13]	68	32
Yang et al. (Shanghai, Chine) 2025 [14]	58	42
Lee KT et al. (Séoul, Corée du Sud) 2015 [15]	55	45
Sidibé (Bamako, Mali) 2024 [16]	59	41
Altammami et al. (Riyadh, Arabie Saoudite) 2023 [17]	55	45
Navadiya et al. (Surat, Inde) 2023 [18]	59	41
Emre et al. Turquie 2012 [19]	43	57
Notre étude	49	51

III. Données cliniques et paracliniques :

1. Motif d'hospitalisation :

Dans notre série, les principales indications d'admission en réanimation étaient dominées par le choc septique (46,5 %) et le sepsis (42 %), suivis du syndrome de détresse respiratoire aiguë (9,2 %) et de l'insuffisance rénale aiguë (2,3 %). Ces chiffres témoignent du caractère systémique et potentiellement fatal des atteintes cutanées graves, où la perte d'intégrité de la barrière épidermique favorise une translocation bactérienne rapide et une défaillance multiviscérale.

Les données de la littérature confirment cette prédominance du sepsis. **Vandroux et al. (France, 2021)** rapportent un taux de 81,7 % de sepsis ou choc septique [10], tandis que **Sidibé et al. (Mali, 2024)** observent 70 % de cas similaires [16], souvent associés à une atteinte respiratoire ou neurologique. Dans la série de **George et al. (Royaume-Uni, 2008)**, les complications infectieuses constituaient également le premier motif d'admission (24 %), avec une proportion notable de SDRA et d'insuffisance rénale aiguë [7] (Tableau XXXIII).

Les différences observées entre les séries peuvent s'expliquer par la diversité des étiologies, la disponibilité des ressources thérapeutiques et la rapidité de la prise en charge en soins intensifs. Les formes nécrosantes et les toxicodermies étendues sont particulièrement à risque d'évolution vers un sepsis sévère et une défaillance multiviscérale.

Le **sepsis** demeure ainsi le **mécanisme central et le principal facteur pronostique** des atteintes dermatologiques graves, imposant une **prise en charge rapide, multidisciplinaire et adaptée** afin de prévenir l'installation des complications systémiques.

Tableau XXXIII : Motifs d'admission en réanimation selon les séries

Série	Motifs d'admission en réanimation
George et al. Royaume-Uni (2008) [7]	Choc septique/ Sepsis (24 %) Insuffisance rénale aiguë (7 %) SDRA (6,8 %) Choc hypovolémique (1,1 %)
Vandroux et al. France (2021) [10]	Sepsis / choc septique (81,7 %)
Sidibé. Mali (2024) [16]	Choc septique / sepsis (70 %) SDRA (13,3 %) Trouble de conscience (13,3 %)
Notre étude	Choc septique (46,5 %) Sepsis (42 %) SDRA (9,2 %) IRA (2,3 %)

2. Diagnostic d'admission :

L'analyse comparative des séries montre une grande hétérogénéité du spectre diagnostique des pathologies dermatologiques graves admises en réanimation, reflétant la diversité épidémiologique et les spécificités locales.

Dans notre série, les toxidermies graves, dominées par le syndrome de Lyell (39,5 %), constituent la principale cause d'admission. Ce constat rejoint les données asiatiques, notamment celles de Yiwen Yang et al. (Shanghai, 2025) où les réactions médicamenteuses sévères représentent près de 30 % des cas [14], ainsi que les séries indiennes de Gupta (2020) et Mitra (2018) rapportant respectivement 31 % et 11 % des cas [9,20]. Ces résultats confirment la place prépondérante des toxidermies médicamenteuses comme motif majeur de transfert en soins intensifs, en raison du risque élevé de défaillance multiviscérale.

L'érysipèle et la fasciite nécrosante occupent la deuxième position dans notre étude (30,3 %), en accord avec les travaux de Sidibé (Bamako) et de George (Royaume-Uni, 2008) où les dermohypodermes bactériennes sévères représentent respectivement 60 % et 74 % des admissions [16,7]. Ces affections à potentiel septicémique rapide demeurent l'un des

principaux motifs d'admission dans les contextes où la précocité du diagnostic et la disponibilité d'une chirurgie débridante sont limitées (Tableau XXXIV).

Les dermatoses auto-immunes bulleuses (pemphigus, pemphigoïde) et les dermatoses inflammatoires sévères (psoriasis pustuleux, érythrodermie) sont moins fréquentes mais gardent une place constante, importante et variante selon les séries. Ces formes imposent souvent une prise en charge prolongée et multidisciplinaire en raison du risque infectieux iatrogène.

Ainsi, les pathologies dermatologiques graves admises en réanimation se répartissent principalement entre trois grands groupes :

1. Les toxicodermies médicamenteuses sévères, dominantes dans les contextes à forte automédication.
2. Les infections cutanées profondes et nécrosantes, responsables de sepsis sévères.
3. Les dermatoses auto-immunes et inflammatoires étendues, plus rares mais potentiellement décompensées.

Cette distribution illustre la nécessité d'une collaboration étroite entre dermatologues, réanimateurs et infectiologues, ainsi qu'une prévention médicamenteuse rigoureuse et un diagnostic précoce des infections cutanées graves pour améliorer le pronostic vital.

Tableau XXXIV : Diagnostic d'admission en réanimation selon les séries

Série	Diagnostic d'admission en réanimation	
George et al. (Royaume-Uni) 2008 [7]	-Érysipèle/Fasciite nécrosante 74 % -Tumeurs cutanées 7,9 % -Syndrome de Lyell 3,6 % / SJS 2 % -Psoriasis / Psoriasis pustuleux 2 %	-Érythème polymorphe majeur 0,8 % -Dermatite exfoliative 0,6 % -Pemphigus vulgaire 0,4 %
Mitra et al. (Inde) 2018 [9]	-Maladies vésiculobulleuses 29,6 % -Érythrodermie 24,1 %	-Toxidermies médicamenteuses sévères 11,1 % -Dermatoses infectieuses 9,3 %
Yang et al. (Shanghai, Chine) 2025 [14]	-Toxidermies médicamenteuses graves 29,2 % -Dermatoses bulleuses 18,4 % -Psoriasis 16,5 % -Dermatites atopiques ou eczémas sévères en poussée 7 %	-Érythème polymorphe 5,1 % -Maladies du tissu conjonctif 3 % -Urticaire aiguë 1,9 % -Érythrodermie 1,9 % -Pityriasis rubra pilaire 1,6 %
Lee KT et al. (Séoul, Corée du Sud) 2015 [15]	-Infections cutanées 28,8 % -Toxidermies médicamenteuses 11,4 %	
Sidibé (Bamako, Mali) 2024 [16]	-Érysipèle / Fasciite nécrosante 60 % -Syndrome de Lyell 17 % -Pemphigus 13 %	-Syndrome de chevauchement 7 % -DRESS syndrome 3,5 %
Altammami et al. (Riyadh, Arabie Saoudite) 2023 [17]	-Infection cutanée 19,5 % -Maladies inflammatoires et auto-immunes 18% -Toxidermie médicamenteuse 17% -Tumeurs cutanées 1%	
Navadiya et al. (Surat, Inde) 2023 [18]	-Érythrodermie 17,65 % -Dermatoses vésiculo-bulleuses (pemphigus etc.) 17,65 % -Syndrome de Stevens-Johnson / Syndrome de Lyell 11,76 %	-Lèpre compliquée de réaction lépreuse 11,76 % -Psoriasis pustuleux 5,88 %
Gupta et al. (Jammu, Inde) 2020 [20]	-Syndrome de Stevens-Johnson 31% -Pemphigus vulgaire 25 % -Érythrodermie 12,5 %	-Psoriasis pustuleux 1 % -Fasciite nécrosante 1 %
Notre étude	-Syndrome de Lyell 39,5 % - Érysipèle 23,3 % -Fasciite nécrosante 7 %	-Psoriasis 4,7 % -Lymphome cutané 4,7 %

3. Antécédents :

L'analyse comparative des antécédents dans les différentes séries met en évidence une hétérogénéité, traduisant la diversité des profils épidémiologiques et des contextes sanitaires selon les pays.

Dans notre série, les antécédents les plus fréquents sont dominés par l'hypertension artérielle (40 %), les cardiopathies (35 %) et le diabète (25 %). Ces comorbidités rejoignent celles rapportées dans plusieurs études internationales, témoignant de leur rôle prépondérant dans la fragilisation de l'état général et la susceptibilité aux complications cutanées graves. La présence de dermopathies préexistantes (22,5 %) souligne également l'importance d'un terrain dermatologique antérieur dans la genèse ou l'aggravation de ces affections.

Les séries turques, notamment celles de **Pektas et al. (2017)** et **Emre et al. (2012)**, confirment cette tendance métabolique et cardiovasculaire, avec une prédominance marquée de l'hypertension artérielle (74,8 %, 58,5 %) et du diabète (62,3 %, 41,5 %), souvent associés à des atteintes rénales ou respiratoires chroniques. Ces données traduisent une population âgée, polycomorbide et exposée à un risque accru de défaillances viscérales [12, 19].

En Chine, **Yang et al. (2025)** relèvent également la prévalence de l'HTA (18,9 %) et du diabète (14,4 %), mais dans un contexte où les affections hépatiques et hématologiques occupent une place non négligeable, reflétant probablement des différences d'étiologie et de pratiques thérapeutiques [14].

Dans la série africaine de **Sidibé (Bamako, 2024)**, les facteurs de risque métaboliques (HTA 14,7 %, obésité 10,7 %, diabète 8 %) coexistent avec des antécédents infectieux (tuberculose, VIH : 5,3 % chacun) et des habitudes toxiques (alcoolisme 8 %, tabagisme 4 %), soulignant le poids des déterminants socio-épidémiologiques en Afrique subsaharienne [16].

Enfin, les données de **George et al. (UK, 2008)** et **Agrawal et al. (Inde, 2012)** montrent que les antécédents iatrogènes (corticothérapie, chimiothérapie, traitement immunosuppresseur) et néoplasiques conservent une place importante, reflétant l'impact de l'immunodépression sur la survenue des dermatoses graves [7, 21] (Tableau XXXV).

Ainsi, dans l'ensemble des travaux, les comorbidités cardiovasculaires et métaboliques apparaissent comme les plus récurrentes, tandis que les facteurs infectieux, néoplasiques et immunologiques varient selon le contexte géographique et les caractéristiques des populations étudiées. Ces antécédents constituent des déterminants du pronostic, influençant à la fois la gravité clinique et la réponse au traitement en réanimation.

Tableau XXXV : Antécédents des patients selon les séries

Série	Antécédents	
George et al. (Royaume-Uni) 2008 [7]	-Corticothérapie 11,1 % -Chimiothérapie 13,1 % -Maladie métastatique 14,1 % -Insuffisance rénale chronique 4,9 %	-Maladie respiratoire sévère 3,7 % -Cardiopathie très sévère 4,5 % -Radiothérapie 7,1 % -Lymphome 4,5 %
Pektas et al. Turquie. 2017[12]	-Hypertension artérielle 74,8 % -Diabète 62,3 % -Maladie coronarienne 37,7 % -Insuffisance cardiaque 32,5 % -BPCO 36,4 % -Insuffisance rénale chronique 34,8 %	-Cancer / tumeur maligne 29,8 % -AVC 19,2 % -Maladie de Parkinson 7,3 % -Maladie d'Alzheimer 6,6 %
Yang et al. (Shanghai, Chine) 2025 [14]	-Hypertension artérielle 18,9 % -Diabète 14,4 % -Hépatopathie 9,6 %	-Infection pulmonaire 8,5 % -Affections hématologiques 7,4 %
Sidibé (Bamako, Mali), 2024 [16]	-Sédentarité 53,3 % -Hypertension artérielle 14,7 % -Obésité 10,7 % -Corticothérapie au long cours 10,7 %	-Diabète 8 % - Auto-immunité 4 % -Alcoolisme 8 % - Tabagisme 4 % -Tuberculose 5,3 % /VIH 5,3 %
Emre et al. (Ankara, Turquie) 2012 [19]	-Hypertension artérielle 58,5 % -Diabète 41,5 % -Insuffisance rénale chronique 32,9 % -Insuffisance cardiaque 29,3 %	-Cardiopathie ischémique 15,9 % -BPCO 22,0 % -Maladie d'Alzheimer 9,8 %
Agrawal et al. Inde 2012 [21]	-Diabète 22 % -Cardiopathie ischémique 5,2 % -Insuffisance rénale chronique 4,8 % -BPCO 4,2 % -Traitement immunosuppresseur 4 %	-Trouble convulsif 3,7 % -Asthme 3,5 % -Hépatopathie chronique 1,9 % -Corticothérapie au long cours 1,8 %
Notre étude	-HTA 40 % / Cardiopathie 35% -Diabète 25 % -Dermopathie pré-existante 22,5 % -Tabagisme 20 %	-Chirurgie 20 % -BPCO / Asthme 15 % -Néphropathie chronique 12,5 % -Maladies auto-immunes 12,5 %

4. Médicaments responsables du syndrome de Lyell :

Dans notre série, les médicaments les plus souvent incriminés dans la survenue du syndrome de Lyell sont l'**allopurinol** (29,4 %), suivi par le **paracétamol** et le couple **amoxicilline/AINS** (17,6 % chacun). Cette répartition rejoint les données de la littérature, où les molécules les plus fréquemment impliquées appartiennent essentiellement à quatre grandes classes : les antiépileptiques, les AINS, les antibiotiques et l'allopurinol.

L'allopurinol apparaît comme un déclencheur récurrent, aussi bien dans notre étude que dans les travaux de **Mammadli** en Turquie (25 %) et de **Wolkenstein** en France (14 %)[27,24]. Ce médicament, largement prescrit dans la goutte et les hyperuricémies, est connu pour son risque élevé de réactions cutanées sévères, notamment chez les patients insuffisants rénaux ou porteurs de certains allèles HLA prédisposants (HLA-B*58:01).

Les **anti-inflammatoires non stéroïdiens** (AINS) occupent également une place importante dans les séries marocaines : **Bechri et al.** [22], à Fès (2013) ont retrouvé 37,5 % de cas imputés aux AINS, tandis qu'**Altammami et al.**, en Arabie Saoudite (2023) les classent parmi les principales causes [17]. Leur large utilisation en automédication et la méconnaissance des interactions médicamenteuses peuvent expliquer leur forte implication.

Les **antiépileptiques**, notamment la **carbamazépine** et la **lamotrigine**, sont régulièrement rapportés comme agents responsables. **Devi et al.** (Inde, 2005) ont observé une implication de la carbamazépine dans 44 % des cas, et **Kerrouch et al.** (Rabat, 2023) dans 23,5 % [26,23]. Ces médicaments, à structure aromatique, sont connus pour induire des réactions d'hypersensibilité sévères par mécanisme immuno-allergique.

Les **antibiotiques** viennent ensuite, en particulier les **sulfamides** et les **β-lactamines**. En France, **Wolkenstein et al.** (2022) ont rapporté 21 % de cas liés aux sulfamides et 13-15 % aux pénicillines [24]. De même, **de Bustrosa et al.** (États-Unis, 2022) ont identifié le triméthoprim-sulfaméthoxazole dans 19 % des cas [28]. Dans notre contexte, l'amoxicilline, souvent associée aux AINS ou au paracétamol, reste une cause non négligeable.

Enfin, des molécules apparaissent progressivement dans la série russe : **la lamotrigine, l'ibuprofène, la ceftriaxone** ou encore **le paracétamol** (Zyryanov et al., Russie, 2024) [25]. Cette évolution traduit l'élargissement du spectre médicamenteux impliqué et rappelle la nécessité d'une vigilance constante (Tableau XXXVI).

Ainsi, les résultats de notre série s'inscrivent dans la tendance internationale. L'allopurinol et les antiépileptiques constituent les principaux agents déclenchants, suivis des AINS et des antibiotiques. Cette convergence souligne la persistance de profils à haut risque et l'importance de renforcer la **pharmacovigilance**, d'éviter les prescriptions inappropriées et de privilégier un **suivi étroit dès l'introduction de ces traitements**.

Tableau XXXVI : Principaux médicaments en cause dans la NET selon les séries

Série	Médicaments les plus incriminés
Altammami et al. (Riyadh, Arabie saoudite), 2023 [17]	La phénytoïne, l'allopurinol, le valproate et les anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS)+++
Bechri et al. (Fès, Maroc), 2013 [22]	AINS 37,5 % (diclofénac, indométacine et aspirine) Bactrim (sulfaméthoxazole) 25 % Allopurinol 12,5 % Extencilline 12,5 % Phénobarbital 12,5 %
Kerrouch et al. (Rabat, Maroc) 2023[23]	Antibiotiques 29,4 % Carbamazépine 23,5 % Allopurinol 11,7 %
Wolkenstein et al. (France), 2022 [24]	Sulfamides 21 % Allopurinol 14 % Pénicillines / antibiotiques 14 % AINS 11 % Anticonvulsivants 9 %
Zyryanov et al. (Russie, 2024) [25]	Lamotrigine 23,5 % Ibuprofène 12,9 % Ceftriaxone 8,8 % Amoxicilline seule ou amoxicilline-acide clav 8,8 % Paracétamol 7,6 %
Devi et al. (Kottayam, India), 2005 [26]	Carbamazépine 44 % AINS 17 %
Mammadl. (Antalya,Turquie), 2022 [27]	Allopurinol 25 % Lamotrigine 15 %
Bustrosa et al. (Burns, États-Unis), 2022 [28]	Anti-épileptiques 30 % triméthoprim-sulfaméthoxazole 19 % β-lactamines 11 % AINS et allopurinol (≈8 % chacun)
Notre série	Allopurinol 29,4 % Paracétamol 17,6 % Amoxicilline / AINS 17,6 %

5. Écouvillon cutané :

Notre série partage plusieurs similitudes avec celle de Sidibé et al. au Mali (2024) et celle d'Asati et al. en Inde (2011). Dans ces trois études, la flore bactérienne est dominée par des bacilles à Gram négatif, témoignant d'un profil nosocomial commun aux milieux de réanimation et de soins intensifs dermatologiques. Les germes les plus fréquemment isolés sont *Acinetobacter baumannii* (43 % à Marrakech ; 9,3 % au Mali ; 12 % en Inde), *Klebsiella pneumoniae* (30 % ; 16 % ; 3 %) et *Pseudomonas aeruginosa* (12 % ; 14,7 % ; 7 %). Cette convergence traduit l'influence de facteurs similaires : durée d'hospitalisation prolongée, plaies cutanées étendues, colonisation progressive des lésions et recours fréquent aux dispositifs invasifs.

La présence de *Staphylococcus aureus* dans les trois séries (12 % à Marrakech ; 2,7 % au Mali ; 27 % de souches MRSA en Inde) suggère une contamination initiale par la flore commensale cutanée, pouvant évoluer vers des infections nosocomiales plus résistantes sous la pression antibiotique [16, 29].

En revanche, le profil décrit par Vandroux et al. (France, 2021) diffère nettement : la prédominance de *Streptococcus pyogenes* (37,3 %) et de *Staphylococcus aureus* (7,5 %) illustre la nature communautaire et précoce des infections dans les contextes européens, souvent prélevées avant toute hospitalisation prolongée [10]. Ces germes à Gram positif, sensibles aux antibiotiques de première ligne, contrastent avec les souches multirésistantes fréquemment isolées dans les séries africaines et indiennes (Tableau XXXVII).

La prépondérance des bacilles à Gram négatif tels que *Acinetobacter baumannii*, *Klebsiella pneumoniae* et *Pseudomonas aeruginosa* dans nos séries régionales reflète donc un environnement nosocomial caractéristique des services de réanimation, où les patients sont exposés à une forte pression antibiotique et à un risque élevé de surinfection. Ces agents opportunistes, souvent multirésistants, compliquent la prise en charge et sont responsables d'une morbidité accrue, notamment par le risque de septicémie secondaire.

En somme, la comparaison des séries met en évidence deux profils distincts :

- Un profil communautaire dominé par les cocci à Gram positif.
- Et un profil nosocomial, prédominant dans les séries africaines et maghrébines, marqué par des bacilles multirésistants.

Cette évolution de la flore bactérienne au cours du séjour en réanimation souligne la nécessité d'une surveillance microbiologique régulière, d'une antibiothérapie raisonnée et d'une prévention stricte des infections associées aux soins, afin de réduire la morbidité et la durée d'hospitalisation.

Tableau XXXVII : Comparaison des résultats des écouvillons cutanés dans la littérature

Séries	germes des écouvillons cutanés	
Vandroux et al. (La Réunion-France), 2021 [10]	-Streptococcus pyogenes 37,3 % - bactéries à Gram négatif 22.4 % -Staphylococcus aureus 7.5 %	- Streptococcus spp 4.5 % - Autres Gram-positive cocci 6 % - Anaerobic bacteria 1.5 %
Sidibé et al. (Bamako, Mali), 2024 [16]	-Klebsiella pneumoniae 16 % -Pseudomonas aeruginosa 14,7 % -Escherichia coli 13,3 % -Acinetobacter baumannii 9,3 % -Proteus mirabilis 5,3 % -Candida albicans 4 %	-Providencia stuartii 4 % -Staphylococcus aureus 2,7 % -Staph à coagulase négative 1,3 % - -Enterobacter cloacae 1,3 % -Proteus hauseri 1,3 %
Asati et al. (Inde), 2011 [29]	-Staphylocoque aureus résistant à la méthicilline (SARM) 27 % - Acinetobacter spp. 12 % -Staphylococcus aureus sensible à la méthicilline (SAMS) 10 %	- Pseudomonas spp. 7 % - Klebsiella spp. 3 %
Notre série	-Acinetobacter baumannii 43 % -Klebsiella pneumoniae 30 %	-Pseudomonas aeruginosa 12 % -Staphylococcus aureus 12 %

6. Hémoculture :

Les résultats de l'hémoculture dans notre série révèlent une prédominance de bacilles à Gram négatif, dominés par *Acinetobacter baumannii* et *Klebsiella pneumoniae* (28,5 % chacun), suivis de *Staphylococcus coagulase négative* (9,5 %), *Pseudomonas aeruginosa* (5 %) et *Staphylococcus aureus* (5 %). Cette distribution traduit une étiologie essentiellement nosocomiale, en lien avec les conditions de soins intensifs, l'exposition prolongée aux dispositifs invasifs et l'utilisation large d'antibiotiques à large spectre.

Ces résultats concordent partiellement avec ceux d'Asati et al. (Inde, 2011), où *Staphylococcus aureus* résistant à la méthicilline (MRSA : 31 %) représentait le germe le plus fréquemment isolé, suivi de *Pseudomonas spp.* (18 %), *Acinetobacter spp.* (15 %) et *Klebsiella* (11 %) [29]. La différence observée pourrait s'expliquer par la variabilité des politiques antibiotiques, la nature des populations hospitalisées et la prévalence régionale des souches multirésistantes (Tableau XXXVIII).

Tableau XXXVIII : Comparaison des résultats de l'hémoculture dans la littérature

Séries	germes isolés à l'hémoculture
Asati et al. (Inde), 2011 [29]	- <i>Staphylococcus aureus</i> résistant à la méthicilline (SARM) 31 % - <i>Pseudomonas spp.</i> 18 % - <i>Acinetobacter spp.</i> 15 % - <i>Klebsiella spp.</i> 11 % - <i>Staphylococcus aureus</i> sensible à la méthicilline (SAMS) 11 % - <i>Staphylococcus Coagulase négative</i> 8 %
Notre série	- <i>Acinetobacter baumannii</i> 28,5 % - <i>Klebsiella pneumoniae</i> 28,5 % - <i>Staphylococcus</i> à coagulase négative 9,5 % - <i>Pseudomonas aeruginosa</i> 5 % - <i>Staphylococcus aureus</i> 5 %

7. ECBU :

Dans notre série, les infections urinaires étaient rares et particulièrement nosocomiales, n'ayant concerné que deux patients, les urocultures ont isolé *Acinetobacter baumannii* et *Klebsiella pneumoniae* à parts égales (50 % chacun). Ces résultats concordent avec ceux d'Asati et al. (Inde, 2011), qui rapportaient la prédominance d'*Acinetobacter* (20 %) et de *Klebsiella* (15 %) [29]. Cette similitude traduit un profil nosocomial commun en réanimation, dominé par les bacilles à Gram négatif (Tableau XXXIX).

Tableau XXXIX : Comparaison des résultats de l'ECBU dans la littérature

Séries	Germes isolés à l'ECBU
Asati et al. (Inde), 2011 [29]] (40 cas étudiés)	- <i>Acinetobacter</i> spp. 20 % (4 cas) - <i>Klebsiella</i> 15 % (3 cas) -Other Gram negative organisms 38 % (8 cas)
Notre série	- <i>Acinetobacter baumannii</i> 50 % (1 cas) - <i>Klebsiella pneumoniae</i> 50 % (1 cas)

8. Prélèvement respiratoire :

Dans notre série, les prélèvements respiratoires positifs étaient rares, n'ayant concerné que quelques patients. Les germes isolés étaient principalement *Klebsiella pneumoniae* (50 %), suivi d'*Enterobacter cloacae* (25 %) et d'*Acinetobacter baumannii* (25 %). Ces résultats rejoignent ceux d'Asati et al. (Inde, 2011), où dominaient également les bacilles à Gram négatif, notamment *Acinetobacter* spp. (37 %) et *Pseudomonas* spp. (27 %) [29]. La concordance entre les deux séries, malgré le faible nombre d'isolements, souligne la

fréquence des agents nosocomiaux multirésistants dans les infections respiratoires acquises en réanimation (Tableau XL).

Tableau XXXX : Comparaison des résultats des prélèvements respiratoires dans la littérature

Séries	Germes isolés aux prélèvements respiratoires
Asati et al. (Inde), 2011 [29] (40 cas étudiés)	-Acinetobacter spp. 37 % (4 cas) - Pseudomonas spp. 27 % (3 cas) -Other Gram negative organisms 27 % (3 cas) --Klebsiella spp. 9 % (1 cas)
Notre série	-Klebsiella pneumoniae 50 % (2 cas) -Enterobacter cloacae 25 % (1 cas) -Acinetobacter baumannii 25 % (1 cas)

IV. Scores de gravité :

1. Score APACHE II :

L'analyse comparative des scores de gravité APACHE II à l'admission met en évidence une variabilité modérée selon les séries. Dans notre étude, la moyenne du score était de 17 ± 9 , inférieure à celle rapportée dans les séries européennes [7, 13] et indienne [21], mais traduisant une atteinte systémique significative (Tableau XLI).

Tableau XLI : Score APACHE II à l'admission trouvé dans chaque série

Série	Pays	Score APACHE II à l'admission (moyenne ou médiane)
George et al. 2008 [7]	Royaume-Uni	18,5
Badia et al. 2013 [13]	Espagne	18 (13 ; 24)
Agrawal et al. 2012 [21]	Inde	$18,7 \pm 7,4$
Notre étude	Maroc	17 ± 9

2. Score SCORTEN :

L'analyse comparative du **score SCORTEN** montre des valeurs globalement élevées dans l'ensemble des séries (entre 3 et 4), traduisant la gravité des cas de **syndrome de Lyell** pris en charge en réanimation.

Dans notre étude, la mortalité globale de 53 % est proche de celle rapportée par Sakai et al. au Japon (50 %) [31] et Harr et al. en France (49 %) [32]. En revanche, elle demeure inférieure à celles observées par Bechri et al. à Fès (75 %) [22] et Bastuji–Garin et al. en France (76 %) [30], suggérant une différence dans la gravité initiale et la prise en charge des patients. Dans notre étude, la mortalité observée chez les patients ayant un SCORTEN à 4 était supérieure à celle des patients avec un SCORTEN à 5, ce qui peut paraître paradoxal. Cette différence pourrait s'expliquer par la survenue de complications graves associées, notamment des défaillances multiviscérales et des infections nosocomiales (Tableau XLII). Ainsi, malgré quelques variations inter-études, le SCORTEN demeure un **indicateur pronostique fiable et reproductible**, permettant d'estimer précocement le risque vital et de justifier une surveillance et une prise en charge intensives dès l'admission en réanimation.

Tableau XLII : Score SCORTEN et mortalité du syndrome de Lyell en réanimation selon les séries

Série	Pays	SCORTEN (moyenne ou médiane)	Taux de mortalité
Bechri et al. (Fès), 2013 [22]	Maroc	Moyenne : 3,6	Global : 75 %
Mammadl et al. 2022 [27]	Turquie	2,15 ± 1,66	SCORTEN à 4 : 50 % SCORTEN > 5 : 100 %
Bastuji–Garin et al. 2000 [30]	France	3,45 (2,26–5,25)	Global : 76 % SCORTEN à 3 : 53,5 % SCORTEN à 4 : 78 % SCORTEN ≥ 5 : 99,8 %
Sakai et al. 2023 [31]	Japon	4 (3,8 – 5,3)	Global : 50 % SCORTEN à 3 : 53,5 % SCORTEN à 4 : 78 % SCORTEN ≥ 5 : 99,8 %
Harr et al. 2010 [32]	France		Global : 49 % SCORTEN à 3 : 35,8 % SCORTEN à 4 : 58,3 % SCORTEN > 5 : 90 %
Notre étude	Maroc	3 ± 2	Global : 53 % SCORTEN à 3 : 50 % SCORTEN à 4 : 100 % SCORTEN à 5 : 75 % SCORTEN > 3 : 86 %

3. Score SOFA :

Dans notre étude, le score SOFA moyen à l'admission était de 6 ± 4 , traduisant une atteinte multiviscérale modérée à sévère. Ce résultat est légèrement inférieur à celui rapporté par **Vandroux et al. (France, 2021)**, où le score médian à l'admission était de 8 [6–10], indiquant une défaillance viscérale plus marquée [10]. Cette différence pourrait s'expliquer par la précocité du transfert en réanimation et la variabilité des profils de gravité entre les séries.

V. Évolution :

1. Durée d'hospitalisation :

La durée moyenne de séjour en réanimation varie considérablement d'une série à l'autre, traduisant à la fois la diversité des profils de patients, des ressources disponibles et des stratégies de prise en charge.

Dans notre série marocaine, la durée médiane d'hospitalisation était de 6 jours (2–9 jours), soit une durée globalement plus courte que celle rapportée dans la majorité des études internationales.

En comparaison, **George et al. (Royaume-Uni, 2008)** rapportaient un séjour médian de 4,7 jours [7], tandis que les séries mexicaine (**Méndez-Flores et al. 2023**) [11], turque (**Pektas et al. 2017**) [12], chinoise (**Yang et al. 2025**) [14], malienne (**Sidibé, 2024**) [16] et indienne (**Gupta et al. 2020**) [20] décrivaient des durées comprises entre 8 et 14 jours, et en Espagne (**Badia et al. 2013**) arrivant à 23 jours [13] (Tableau XLIII).

Cette variabilité s'explique en partie par la gravité initiale des cas, la rapidité du diagnostic et les protocoles de transfert et de réanimation. Une durée plus courte du séjour, comme observée à Marrakech, peut traduire deux situations opposées :

- Soit une évolution défavorable précoce, liée à la sévérité initiale ou à la survenue rapide de défaillances multiviscérales, entraînant un décès avant stabilisation ;

- Soit, à l'inverse, une prise en charge rapide et efficace, permettant une amélioration clinique et un relais précoce vers le service de dermatologie.

Ainsi, la durée d'hospitalisation en réanimation constitue un indicateur indirect du pronostic : elle dépend à la fois de la gravité initiale, de la rapidité de la réponse thérapeutique et du niveau d'organisation des soins intensifs.

Tableau XLIII : Durée d'hospitalisation en réanimation selon les séries

Série	Pays	Durée moyenne ou médiane du séjour en réanimation
George et al. 2008 [7]	Royaume-Uni	4,7 jours (1-9)
Méndez-Flores et al. 2023 [11]	Mexique	8 jours (4-21)
Pektas et al. 2017 [12]	Turquie	10 jours (13) : médiane (IQR)
Badia et al. 2013 [13]	Espagne	23 jours (10-45)
Yang et al. 2025 [14]	Chine	11 jours (7-15)
Sidibé M. 2024 [16]	Mali	13,5 ± 5 jours
Gupta et al. 2020 [20]	Inde	14 jours
Notre étude	Maroc	6 jours (2-9)

2. Mortalité :

Les taux de mortalité observés dans les différentes séries varient de manière importante, allant de 0,36 % en Chine à plus de 60 % dans les études africaines. Dans notre série **marocaine**, la mortalité globale atteignait 62,8 %, un chiffre comparable à celui rapporté par Sidibé au **Mali** (65,3 %) [16] et par Agrawal et al. en **Inde** (46 %) [21], traduisant la gravité des cas admis, souvent à un stade avancé, et la fréquence élevée des défaillances viscérales au moment du transfert en réanimation.

À l'inverse, les études réalisées dans des pays à haut niveau de ressources montrent des taux nettement inférieurs : George et al. au **Royaume-Uni** (27,5 %) [7], Vandroux et al. en

France (25,4 %) [10], Pektas et al. en **Turquie** (31,1 %) [12] et Badia et al. en **Espagne** (38,3 %) [13]. Ces différences s'expliquent principalement par une prise en charge plus précoce, une disponibilité accrue des moyens de support organique (ventilation invasive, hémodialyse, nutrition parentérale, soins aseptiques), ainsi qu'une meilleure continuité entre les services de dermatologie et de réanimation.

L'étude la plus remarquable est celle de Yang et al. en **Chine**, qui rapporte un taux de mortalité exceptionnellement bas (0,36 %) [14]. Ce résultat s'explique par la présence à Shanghai d'une unité de soins intensifs spécialisée exclusivement dédiée aux pathologies dermatologiques graves, permettant une surveillance continue, des protocoles standardisés et une intervention thérapeutique ultra-précoce. Ce modèle organisationnel, encore rare dans la plupart des pays, illustre l'impact majeur de la structuration des filières de soins sur la réduction de la mortalité (Tableau XLIV).

Ainsi, la mortalité élevée observée dans notre série et dans d'autres contextes africains ne traduit pas uniquement la gravité des affections, mais également les limites des ressources de réanimation générales non spécialisées. Elle souligne la nécessité de renforcer les capacités techniques, la formation spécifique et la coordination entre dermatologie et soins intensifs, afin d'améliorer le pronostic de ces pathologies à haut risque vital.

Tableau XLIV : Taux de mortalité : Comparaison avec les données de la littérature

Série	Pays	Taux de mortalité
George et al. 2008 [7]	Royaume-Uni	27,5 %
Vandroux et al. 2021 [10]	France	25,4 %
Pektas et al. 2017 [12]	Turquie	31,1 %
Badia et al. 2013 [13]	Espagne	38,3 %
Yang et al. 2025 [14]	Chine	0,36 %
Sidibé M, 2024 [16]	Mali	65,3 %
Agrawal et al. 2012 [21]	Inde	46 %
Notre étude	Maroc	62,8 %



CONCLUSION



Les pathologies dermatologiques graves représentaient 2 % des admissions en réanimation médicale, confirmant leur rareté mais aussi leur gravité.

La population étudiée était âgée en moyenne de 53 ans, avec une légère prédominance féminine.

Les toxidermies médicamenteuses, dominées par le syndrome de Lyell, ont constitué la principale cause d'admission, suivies des dermohypodermes bactériennes nécrosantes.

Le sepsis et le choc septique étaient les motifs d'admission les plus fréquents, soulignant le rôle central de la défaillance cutanée dans la genèse du syndrome de défaillance multiviscérale.

Les patients présentaient un terrain fragilisé par de multiples comorbidités, notamment cardiovasculaires et métaboliques.

Les germes isolés, dominés par *Acinetobacter baumannii* et *Klebsiella pneumoniae*, reflètent une flore nosocomiale multirésistante.

Les scores de gravité (APACHE II, SOFA et SCORTEN) étaient élevés, corrélés à une mortalité importante (62,8 %).

Les principaux facteurs pronostiques défavorables identifiés étaient l'âge avancé, la cardiopathie préexistante, le retard de prise en charge, l'oligurie, l'insuffisance rénale, l'hypoalbuminémie sévère et l'hyperkaliémie. Ces éléments soulignent l'importance d'une reconnaissance précoce des signes de gravité et d'un transfert rapide en réanimation.

L'amélioration du pronostic passe par une coordination étroite entre dermatologues, infectiologues, microbiologistes et réanimateurs, une surveillance biologique rapprochée, une antibiothérapie adaptée et une meilleure prévention de l'automédication responsable de nombreuses toxidermies.

Enfin, la mise en place de protocoles locaux de prise en charge et de programmes de pharmacovigilance s'avère indispensable pour réduire la mortalité et renforcer la sécurité des soins dans le contexte marocain et africain.



RÉSUMÉ :

Introduction :

Les pathologies dermatologiques graves représentent une entité rare mais redoutable en réanimation médicale. Elles engagent souvent le pronostic vital par l'altération de la barrière cutanée et la survenue rapide de complications systémiques infectieuses et métaboliques. L'objectif de ce travail est d'étudier les caractéristiques épidémiologiques, cliniques, thérapeutiques et évolutives des pathologies dermatologiques graves en réanimation médicale, ainsi que d'en identifier les principaux facteurs pronostiques.

Matériels et méthodes :

Il s'agit d'une étude rétrospective descriptive menée sur une période de dix ans, de janvier 2015 à décembre 2024, incluant l'ensemble des patients âgés de plus de 15 ans admis en réanimation médicale pour une pathologie dermatologique grave. Les données recueillies à partir des dossiers médicaux ont porté sur les paramètres épidémiologiques, cliniques, biologiques, microbiologiques, thérapeutiques et évolutifs. L'analyse statistique a été réalisée à l'aide du logiciel SPSS 22.

Résultats :

Durant la période d'étude, 43 patients ont été hospitalisés pour une pathologie dermatologique grave, représentant 2 % de l'ensemble des admissions en réanimation médicale. L'âge moyen était de 53 ± 22 ans avec une légère prédominance féminine (51 %). Les comorbidités dominantes étaient l'hypertension artérielle, les cardiopathies et le diabète. Les principaux diagnostics étaient le syndrome de Lyell (39,5 %), l'érysipèle (23,3 %) et la fasciite nécrosante (7 %). Le choc septique constituait le motif d'admission le plus fréquent (46,5 %). Les germes les plus isolés étaient *Acinetobacter baumannii* (43 %) et *Klebsiella pneumoniae* (30 %). Le score moyen d'APACHE II était de 17 ± 9 , celui de SOFA de 6 ± 4 , et le score SCORTEN ≥ 3 chez 82 % des patients atteints de syndrome de Lyell. La mortalité globale s'élevait à 62,8 %. Les principaux facteurs pronostiques défavorables étaient l'âge avancé, la cardiopathie, l'oligurie, l'insuffisance rénale, l'hypoalbuminémie sévère et les scores de gravité élevés.

Conclusion :

Les pathologies dermatologiques graves admises en réanimation restent rares mais associées à une mortalité élevée. Leur prise en charge repose sur une collaboration étroite entre dermatologues, réanimateurs et infectiologues. La prévention passe par une détection précoce des signes de gravité, une surveillance biologique rigoureuse, un traitement antibiotique adapté et la limitation de l'automédication responsable des toxidermies. L'élaboration de protocoles locaux et le renforcement de la pharmacovigilance sont essentiels pour améliorer le pronostic de ces patients dans le contexte marocain et africain.

Abstract:

Introduction:

Severe dermatological conditions constitute a rare but life-threatening entity in the medical intensive care unit (ICU). They frequently compromise prognosis through disruption of the skin barrier and the rapid development of systemic infectious and metabolic complications. The aim of this study was to analyze the epidemiological, clinical, therapeutic, and outcome characteristics of severe dermatological diseases in the medical ICU, and to identify the main prognostic factors.

Materials and Methods:

This was a retrospective descriptive study conducted over a ten-year period, from January 2015 to December 2024, including all patients aged over 15 years admitted to the medical ICU for a severe dermatological condition. Data were collected from medical records and included epidemiological, clinical, biological, microbiological, therapeutic, and outcome variables. Statistical analysis was performed using SPSS software version 22.

Results:

During the study period, 43 patients were admitted for severe dermatological conditions, accounting for 2% of all medical ICU admissions. The mean age was 53 ± 22 years, with a slight female predominance (51%). The most frequent comorbidities were arterial hypertension, cardiac disease, and diabetes mellitus. The main diagnoses were toxic epidermal necrolysis (39.5%), erysipelas (23.3%), and necrotizing fasciitis (7%). Septic shock was the most common reason for ICU admission (46.5%). The most frequently isolated pathogens were *Acinetobacter baumannii* (43%) and *Klebsiella pneumoniae* (30%). The mean APACHE II score was 17 ± 9 , the mean SOFA score was 6 ± 4 , and a SCORTEN score ≥ 3 was observed in 82% of patients with toxic epidermal necrolysis. Overall mortality was 62.8%. Unfavorable prognostic factors included advanced age, underlying cardiac disease, oliguria, acute renal failure, severe hypoalbuminemia, and high severity scores.

Conclusion:

Severe dermatological diseases admitted to the ICU remain uncommon but are associated with high mortality. Their management requires close multidisciplinary collaboration between dermatologists, intensivists, and infectious disease specialists. Prevention relies on early identification of severity criteria, rigorous biological monitoring, appropriate antibiotic therapy, and limitation of self-medication responsible for severe drug reactions. The development of local management protocols and reinforcement of pharmacovigilance are essential to improve patient outcomes in the Moroccan and African context.

الملخص

المقدمة:

تُعَدُّ الأمراض الجلدية الخطيرة حالات نادرة لكنها شديدة الخطورة في مصلحة الإنعاش الطبي، إذ كثيرًا ما تُهدِّد حياة المريض بسبب تضرُّر الحاجز الجلدي وحدوث مضاعفات جهازية تعفننية واستقلابية بسرعة. يهدف هذا العمل إلى دراسة الخصائص الوبائية والسرييرية والعلاجية والتطورية لهذه الأمراض في الإنعاش الطبي، مع تحديد أهم العوامل المرتبطة بسوء الإنذار.

المواد والطرق:

دراسة وصفية استيعادية أُنجِزت خلال عشر سنوات، من 2015 إلى 2024، وشملت جميع المرضى الذين تفوق أعمارهم 15 سنة والذين أُدخلوا إلى الإنعاش الطبي بسبب مرض جلدي خطير. تم جمع المعطيات من الملفات الطبية، وشملت الجوانب الوبائية والسرييرية والبيولوجية والجرثومية والعلاجية والتطورية. أُجري التحليل الإحصائي باستعمال SPSS 22.

النتائج:

خلال فترة الدراسة، تم إدخال 43 مريضًا بسبب مرض جلدي خطير، أي ما يعادل 2 % من مجموع حالات الإدخال في الإنعاش الطبي. بلغ متوسط العمر 53 ± 22 سنة، مع تفوق طفيف للإناث بنسبة 51 %. كانت الأمراض المصاحبة الأكثر انتشارًا هي ارتفاع ضغط الدم، وأمراض القلب، وداء السكري. تمثلت التشخيصات الرئيسية في انحلال البشرة السمي بنسبة 39,5 %، والحمرة بنسبة 23,3 %، والتهاب اللقافة الناحر بنسبة 7 %. كانت الصدمة التعفننية السبب الأكثر شيوعًا للإدخال بنسبة 46,5 %. أكثر الجراثيم المعزولة كانت *Acinetobacter baumannii* بنسبة 43 % و *Klebsiella pneumoniae* بنسبة 30 %. بلغ متوسط مؤشر APACHE II 17 ± 9 ، ومتوسط مؤشر SOFA 6 ± 4 ، وسُجِّل مؤشر SCORTEN أكبر أو يساوي 3 لدى 82 % من المرضى المصابين بانحلال البشرة السمي. بلغت نسبة الوفيات 62,8 %. تمثلت العوامل المرتبطة بسوء الإنذار في التقدم في السن، وأمراض القلب، وقلة البول، والقصور الكلوي، ونقص الألبومين الدموي الشديد، وارتفاع مؤشرات الشدة.

الخلاصة:

تظلُّ الأمراض الجلدية الخطيرة في الإنعاش حالات نادرة لكنها ترتبط بنسبة وفيات مرتفعة. وتعتمد معالجتها على تعاون وثيق بين أطباء الجلد، وأطباء الإنعاش، وأطباء الأمراض المعدية. وترتكز الوقاية على التشخيص المبكر لعلامات الشدة، والمراقبة البيولوجية المنتظمة، والعلاج المناسب بالمضادات الحيوية، والحد من التداوي الذاتي المسبب للتفاعلات الدوائية الجلدية الخطيرة. ويُعَدُّ اعتماد بروتوكولات محلية وتعزيز اليقظة الدوائية أمرين ضروريين لتحسين إنذار هؤلاء المرضى في السياق المغربي والإفريقي.



Annexe 1 : Fiche d'exploitation

N° fiche :

Fiche d'exploitation : Prise en Charge

des pathologies dermatologiques graves en Réanimation Médicale

I-Identité :

Age : ans

Sexe : M ☐ F ☐

II-Diagnostic d'admission :

.....

III-Antécédents :

Médicaux : Diabète ☐ HTA ☐ cardiopathie/coronaropathie ☐ cirrhose ☐ néoplasie
☐ hémopathie ☐

BPCO/BC/Asthm ☐ AVC ☐ épilepsie ☐ insuff. Rén. ch ☐ Mdie auto-immune ☐
autres endocrinopathie ☐

corticothérapie ☐ autres :

Chirurgicaux :

.....

.....

Toxiques : tabac ☐ alcool ☐ autres ☐

.....

Familiaux :

.....

.....

Dermatologique : Dermatose oui ☐ non ☐ inconnu ☐ Si oui, laquelle :

.....

Dermatite atopique : oui ☐ non ☐ Atopie : urticaire ☐ conjonctivite ☐
asthme ☐

Statut HIV : positif ☐ négatif ☐ inconnu ☐

IV-Examen clinique à l'admission :

Facteurs déclenchants :

Début des symptômes : J

Mode de survenue : primaire ☐ secondaire ☐

Examen général : GCS : FC : TA : FR : SpO₂ : Temp :

Diurèse conservée ☐

Examen dermatologique :

Lésions élémentaires : Macules ☐ Papules ☐ Vésicules ☐ Bulles ☐ Pustules ☐
Fissure ☐ Erosion ☐

Ulcération ☐ Gangrènes/nécrose ☐ autres :

.....

Nikolsky : Positif ☐ négatif ☐

Atteinte des muqueuses : oui ☐ non ☐, si oui : Conjonctives ☐ Nasale ☐

Orale ☐ Génitale ☐

Examen cardio-vasculaire :

.....

.....

Examen pleuropulmonaire :

.....

.....

Examen abdominale :

.....

.....

Examen neurologique :

.....

.....

Examen ORL :

.....

.....

Adénopathies : oui ☐ non ☐

Autres :

.....

.....

V-Paramètres paracliniques :

Paramètres	J1 (admission)		J2		J3	
Natrémie mmol/l						
Kaliémie mmol/l						
Albumine g/l						
Calcémie corrigée mg/l						
Urée g/l						
Créatinine mg/l						
Bicarbonates mmol/l						
Glycémie mg/l						
ASAT / ALAT UI/l						
LDH / CPK UI/l						
CRP mg/l / PCT ng/ml						

**Prise en charge des pathologies dermatologiques graves en réanimation médicale du
CHU Mohammed VI de Marrakech**

Leucocytose / PNN éléments/mm ³						
Eosinophiles / Lymphocyte éléments/mm ³						
Plaquettes éléments/mm ³						
Hb g/dl						
Hématocrite %						
INR						
TP % / TCA sec						
Hyponatrémie / Hypernatrémie						
Hypokaliémie/Hyperkaliémie/Bicar <20						
Insuffisance rénale / Hypocalcémie						
Thrombopénie / Anémie						
Eosinopénie / Lymphopénie						

Hémoculture : BMR ☐ :

.....
.....

Radio thorax : normale ☐ **anormale** ☐:

.....

Ecouvillon cutané : BMR ☐ :

.....
.....

Ponction-aspiration d'une collection : BMR ☐ :

.....

Biopsie cutanée : Faite ☐ :

.....
.....

VI-Gravité :

Score Scorten : J1 : J2 : J3 : (Age > 40 ans ☐

Cancer/hémopathie ☐ FC > 120 bpm ☐

décollement cutané > 10% ☐ , Urée > 0.6 g/l ☐ , Bicar < 20
mmol/l ☐ , Glycémie > 2.5 g/l ☐

Score APACHE II : J1 : J2 : J3 :

Score SOFA : J1 : J2 : J3 :

VII – Traitement :

Traitement antalgique ☐ Soins locaux : 1/1 ☐ 1/2 ☐

Antibiothérapie :

.....
.....

Oxygéno-ttt ☐ Ventilation mécanique ☐ Noradrénaline ☐ Hémodialyse ☐

Corticothérapie ☐ Immunoglobulines ☐ Echanges plasmatiques ☐

VIII – Evolution :

Durée de séjour : Avant Réanimation :jours En Réanimation :jours

Totale :jours

Complication : sepsis ☐ choc septique : admission ☐ en cours séjour ☐,

Insuffisance rénale ☐ Rhabdomyolyse ☐ CIVD ☐ Autres :

.....

Infection nosocomiale :

Urinaire ☐ BMR ☐ : ATBie :

.....

Pneumopathie ☐ BMR ☐ : ATBie :

.....

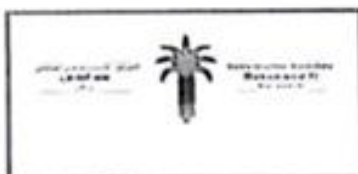
Bactériémie ☐ BMR ☐ : ATBie :

.....

Survivant ☐ Décès ☐ cause du décès :

.....

Annexe 2 : Accord de comité d'éthique



Coordinateur : S. AIT BATAHAR Membres : B. Abbasi N. ABOUSSAIR L. ADARMOUCH S. AIT BENALI H. Baizri R. Benelkhat Benorar D. BOUMZEBRA S. Chellak M. Chraa M. Ghazi K. Harou I. Jebrane S. Kadouri M. KHOUCHANI N. Soraa Y. Zarrouki	Comité d'Éthique Hospitolo-universitaire de Marrakech Objet : Décision du Comité sur le protocole soumis Titre du protocole : la prise en charge des pathologies dermatologiques grave en réanimation médicale CHU Mohammed VI de Marrakech N° 54/2025 Investigateur principal: Moussa Younes Le comité d'éthique a reçu votre protocole le 10 Mai 2025. Les membres du comité ont étudié votre protocole le 13 Mai 2025 et ont émis la délibération suivante : Avis Favorable Le comité demande à l'investigateur de rapporter tout incident éventuel survenant lors du déroulement de l'étude et de l'informer sur sa clôture et ses résultats. Signature :  Pr. S. Ait Batahar Comité d'éthique Hospitolo-Universitaire Marrakech 13 Mai 2025
--	--

Annexe 3 : Score APACHE II

Physiologic Variable	High Abnormal Range					Low Abnormal Range			
	+4	+3	+2	+1	0	+1	+2	+3	+4
Rectal Temp (°C)	≥41	39–40.9		38.5–38.9	36–38.4	34–35.9	32–33.9	30–31.9	≤29.9
Mean arterial pressure (mmHg)	≥160	130–159	110–129		70–109		50–69		≤49
Heart rate (beats/min)	≥100	140–179	110–139		70–109		50–69	40–54	≤39
Respiratory rate (breaths/min)	≥50	35–49		25–34	12–24	10–11	6–9		≤5
Oxygenation -FiO ₂ ≥0.5 record A-aDO ₂ -FiO ₂ <0.5 record PaO ₂	≥500	350–499	200–349		<200 PO ₂ >70	PO ₂ 61–70		PO ₂ 56–60	PO ₂ <55
Arterial Ph	≥7.7	7.6–7.69		7.50–7.59	7.33–7.49		7.25–7.32	7.15–7.24	<7.15
HCO (mEq/L)	≥52	41–51.9		32–40.9	22–31.9		18–21.9	15–17.9	<15
K (mEq/L)	≥7	6–6.9		5.5–5.9	3.5–5.4	3–3.4	2.5–2.9		<2.5
Na (mEq/L)	≥180	160–179	155–159	150–154	130–149		120–129	111–119	≤110
S.Creat (mqm/dL)	≥3.5	2–3.4	1.5–1.9		0.5–1.4		<0,5		
Hematocrit (%)	≥60		50–59.9	46–49.9	30–45.9		20–29.9		<20
TLC (×10 ³ /cc)	≥40		20–39.9	15–19.9	3–14.9		1–2.9		<1
GCS									

Age- Score
<44 → 0
45–54 → 2
55–64 → 3
65–74 → 5
≥75 → 6

GCS
15 → 0 14 → 1 13 → 2
12 → 3 11 → 4 10 → 5
9 → 6 8 → 7 7 → 8
6 → 9 5 → 10 4 → 11
3 → 12

Knaus WA, Draper EA, Wagner DP, Zimmerman JE. APACHE II: A severity of disease classification system. *JAMA*. 1993;270(24):2957–2963.

Annexe 4 : Score SOFA

Variables / Score	0	1	2	3	4
PaO₂ / FiO₂ (mmHg)	> 400	≤ 400	≤ 300	≤ 200	≤ 100
Platelets (×10³/μL)	> 150	≤ 150	≤ 100	≤ 50	≤ 20
Bilirubin (mg/dL)	< 1.2	1.2 – 1.9	2 – 5.9	6 – 11.9	> 12
Cardiovascular (Hg/kg/min)	-	MAP < 70	Dop ≤ 5	Dop > 5 (Epi ≤ 0.1)	Epi > 0.1
Glasgow Coma Scale	15	13 – 14	10 – 12	6 – 9	< 6
Creatinine (mg/dL)	< 1.2	1.2 – 1.9	2 – 3.4	3.5 – 4.9	> 5

Source : Vincent JL et al., *PLOS ONE*, 2012.
doi: [10.1371/journal.pone.0031256.t002](https://doi.org/10.1371/journal.pone.0031256.t002)

Annexe 5 : Score SCORTEN

Risk factor	0	1
Age	< 40 years	> 40 years
Associated malignancy	No	Yes
Heart rate (beats/min)	< 120	> 120
Serum urea (mg/dL)	< 28	> 28
Detached or compromised body surface	< 10 %	> 10 %
Serum bicarbonate (mEq/L)	> 20	< 20
Serum glucose (mg/dL)	< 252	> 252

Bastuji-Garin S, Fouchard N, Bertocchi M, Roujeau JC, Revuz J, Wolkenstein P.
SCORTEN: A severity-of-illness score for toxic epidermal necrolysis.
Journal of Investigative Dermatology. 2000; 115(2): 149–153.
doi: 10.1046/j.1523-1747.2000.00061.x

Annexe 6 : hypoalbuminémie

Voici les seuils souvent utilisés pour classer la gravité, basés sur des données cliniques et de nutrition :

- Normal : 35 – 52 g/L (ou 3,5 – 5,2 g/dL).
- Hypoalbuminémie légère/modérée : 30 – 35 g/L (ou 3,0 – 3,5 g/dL).
- Hypoalbuminémie modérée/sévère : 25 – 30 g/L (ou 2,5 – 3,0 g/dL).
- Hypoalbuminémie sévère : < 25 g/L (ou 2,5 g/dL).



1. **Dréno, B. Anatomie et physiologie de la peau et de ses annexes.** Annales de Dermatologie et de Vénéréologie. 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 ; Rev. Anesth.–Réanim. Med. Urg. Toxicol., 2019; 11(1): 19–21
3. **M. Bromley , S. Marsh, and A. Layton**
Life-threatening skin conditions presenting to critical care . **BJA Education.** 2021 May; 21(5): 287–292. DOI : 10.1016/j.bjae.2021.05.007
<https://www.sciencedirect.com/journal/bjaeducation/vol/21/issue/10?utm>
4. **M.G.S.DUNN, S.E.HANDFIELD–JONES. D.TREACHER AND D.H.MCGIBBON**
Dermatology in the intensive care unit. St John's Institute of Dermatology and 'Intensive Care Unit. St Thomas's Hospital. London. SE1 7EH. U. British Journal of Dermatology 1995; 226
DOI: [10.1111/j.1365-2133.1995.tb05018.x](https://doi.org/10.1111/j.1365-2133.1995.tb05018.x)
5. **Ali Al Bshabshe , Wesam F. Mousa and Nashwa Nor El–Dein**
An Overview of Clinical Manifestations of Dermatological Disorders in Intensive Care Units: What Should Intensivists Be Aware of ? 2023 :1 of 16 DOI: [10.3390/diagnostics13071290](https://doi.org/10.3390/diagnostics13071290)
6. **Ji Young Lee, Seung Ju Yun, Gwang Hoon Kim, Ai Young Lee, Seung Ho Lee, Jong Soo Hong**
Dermatologic Diagnosis in the Emergency Department in Korea: An 11–Year Descriptive Study. Department of Dermatology, Dongguk University Ilsan Hospital, Dongguk University College of Medicine, Goyang, Korea. 2020.1.87 <https://doi.org/10.5021/ad.2020.32.1.87>
7. **Susannah MC George, David A Harrison, Catherine A Welch, Kathleen M Nolan and Peter S Friedmann**
Dermatological conditions in intensive care: a secondary analysis of the Intensive Care National Audit & Research Centre (ICNARC) Case Mix Programme Database. 2008;12(Suppl 1):S1(2–8)
doi: [10.1186/cc6141](https://doi.org/10.1186/cc6141)
8. **Zara Ali and Navneet Kalsi**
P032 Prevalence and severity of dermatological symptoms experienced after critical care admission: *British Journal of Dermatology*, Volume 191, Issue Supplement_1, July 2024, Pages i28–i29, <https://doi.org/10.1093/bjd/ljae090.059>

9. Debdeep Mitra, Ajay Chopra, Neerja Saraswat, Reetu Agarwal, Sushil Kumar

An Observational Study to Describe the Clinical Pattern of Dermatological Emergencies from Emergency Department and Intensive Care Unit: Our Experience from a Tertiary Care Hospital in Northern India. 2019 Mar-Apr ; 10(2) : 144–148. 2018 :P 145–147
doi: 10.4103/idoj.IDOJ_318_18

10. David Vandroux, Alexia Mubuanga Nkusu, Bernard–Alex Gauzere, and Olivier Martinet

Necrotizing Skin and Soft Tissue Infections Admitted to Intensive Care Unit in Reunion Island: A Retrospective Cohort Study. University Teaching Hospital of La Reunion, Reunion Island, France. 2021 Jul 19 ; 105(3) : 596–599.
doi: 10.4269/ajtmh.21–0009.

11. Silvia Méndez–Flores, Cynthia Andrea Mireles–Alvarez, Alejandro Barrera–Godinez, Judith Dominguez–Cherit

Dermatological manifestations in the intensive care unit of a third–level hospital. Mexico City, Mexico. Journal volume & issue
Vol.3, no.2 pp. 521 – 527/ 2023 :523 DOI <https://doi.org/10.1002/jvc2.334>

12. Suzan Demir Pektaş, Arzu Kahveci Demir

Prospective analysis of skin findings in medical critically ill patients in intensive care units. Int J Clin Exp Med 2017;10(10):14770–14777 2017 : P 14772–14773

13. Mariona Badia MD, PhD, Luis Serviá MD, Josep Manel Casanova MD

Classification of dermatological disorders in critical care patients: A prospective observational study . 2013 Apr;28(2):220.e1–8. 2013 : 220.e3
doi: 10.1016/j.jcrc.2012.06.006.

14. Yiwen Yang, Zhongyi Xu, Xiuyi Wu, Yijie Xuan, Yue Wu, Chen Wang.

Clinical characteristics, hospital days, hospitalization costs, and in–hospital mortality among patients in a dermatological intensive care unit: a single–center retrospective study from China . 2025 :3–9 <https://doi.org/10.21203/rs.3.rs-6113471/v1>

15. Lee KT, Lee DY.

Analysis of Dermatologic Consultations in Intensive Care Unit. Korean J Dermatol. 2011;49(11):976–982.

16. Malado SIDIBE

MOTIFS D'ADMISSION DES AFFECTIONS DERMATOLOGIQUES EN REANIMATION A L'HOPITAL DE DERMATOLOGIE DE BAMAKO.thèse 2024 :33–34; 36;40; 42

17. Ghida S. Altammami, Sarah K. Alswayed, Mohammed I. Aljasser and Rayan A. Alkhodair

Dermatological conditions in the intensive care unit at a tertiary care hospital in Riyadh, Saudi Arabia. 2023. vol. 45 no.8 834–839

DOI <https://doi.org/10.15537/smj.2024.45.8.20240479>

18. Trunali Navadiya, Yogesh Patel, Brijesh Parmar

“A cross sectional study of dermatological emergencies at tertiary care center”, IJMSIR– February – 2023, Vol – 8, Issue – 1, P. No. 101,104

19. Selma Emre, Cengizhan Emre, Gulsen Akoglu, D.Deniz Demirseren, Ahmet Metin

Evaluation of Dermatological Consultations of Patients treated in Intensive Care Unit.2012–2013;226(1):75–80.

doi: 10.1159/000346939

20. Heena Gupta, Mrinal Gupta

Dermatological patients in the Intensive Care Unit – a Dermatological patients in the Intensive Care Unit – a hospital record based retrospective study

Department of Anaesthesiology, Government Medical College, Jammu, India, 2Consultant Dermatologist, Treatwell Skin Centre, Jammu, India. 2020;11(e):e158.1–e158.2.
doi:10.7241/ourd.2020e.158.

21. Poonam Agrawal, John Victor Peter, Renu George

Dermatological manifestations and relationship to outcomes of patients admitted to a medical intensive care unit: a study from a tertiary care hospital in India.2012–2013 Sep;89(1055):501–7. doi: 10.1136/postgradmedj–2012–131610.

22. Mr. BECHRI IBRAHIM, M. KANJAA NABIL, M. KHATOUF MOHAMMED, MERNISSI FATIMA ZAHRA, Mme. BONO WAFAA, M. BOUKATTA BRAHIM.

PRISE EN CHARGE DU SYNDROME DE LYELL EN REANIMATION.Fes.thèse.2013 :27 ; 51

23. Hasna Kerrouch , Hicham Titou, Rachid Frikh, Mohammed Boui and Naoufal Hjira

Stevens–Johnson Syndrome and Toxic Epidermal Necrolysis at a Moroccan Referral Hospital. University Mohammed V, Rabat, Morocco. Kerrouch et al. J Dermatol Res Ther 2023, 9:119 ; Page 3 of 5

DOI: 10.23937/2469–5750/1510119.

24. Pierre Wolkenstein, MD, PhD, and Jean Revuz, MD

TOXIC EPIDERMAL NECROLYSIS. From the Department of Dermatology, Paris XII University, Henri-Mondor Hospital, Creteil, France . VOLUME 18. NUMBER 3 JULY 2000. 485–495

Doi: 10.1016/s0733-8635(05)70196-0.

25. Sergey Zyryanov , Irina Asets kaya , Olga Butranova , Elizaveta Terekhina , Vitaly Polivanov , Alexander Yudin , Kristina Samsonova

Stevens–Johnson Syndrome and Toxic Epidermal Necrolysis: Analysis of the Russian Database of Spontaneous Reports. Pharmaceuticals 2024, Jun ; 17(6) : 675 / P16.

Doi: 10.3390/ph17060675.

26. K. Devi, Sandhya George, S. Criton, V. Suja, P. K. Sridevi

Carbamazepine – The commonest cause of toxic epidermal necrolysis and Stevens–Johnson syndrome: A study of 7 years. Department of Skin and VD., Medical College, Kottayam, Department of Skin and VD, Medical College, Thrissur, #Department of Skin and VD, Medical college, Thiruvananthapuram. Indian J Dermatol Venereol Leprol Sept–Oct 2005 Vol 71 Issue 5 :326 DOI: [10.4103/0378-6323.16782](https://doi.org/10.4103/0378-6323.16782)

27. Kifayat Mammadl, Asli Bilgiç, Hatice Deniz İlhan , Oguz Dursun , Murat Yılmaz , Erkan Alpsoy

Retrospective Analysis of Cases With Stevens–Johnson Syndrome/ Toxic Epidermal Necrolysis: A Case Series of 20 Patients. 2022 Turkish Society of Dermatology | Published by Wolters Kluwer – Medknow ; 2022 ; 16(3) : 81–83.

doi:10.55493/turkjderm.2022.16030.

28. Paul de Bustrosa, Anthony Baldeab, Arthur Sanfordb, Cara Joycec , William Adams c , Charles Bouchardd,

Review of culprit drugs associated with patients admitted to the burn unit with the diagnosis of Stevens–Johnson Syndrome and Toxic Epidermal Necrolysis Syndrome. Burns. États–Unis 2022 November ; 48(7): 1561–1573. Page 10 doi:10.1016/j.burns.2021.08.009.

29. D. P. Asati, V. K. Sharma, S. Khandpur, G. C. Khilnani¹ , A. Kapil²

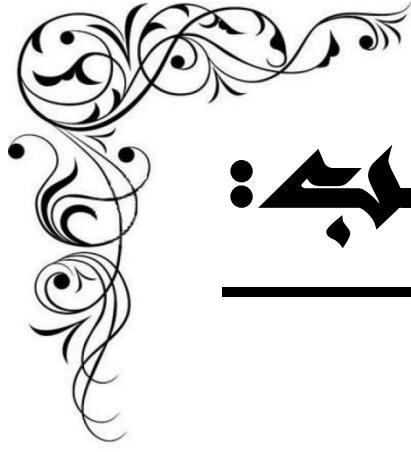
Clinical and bacteriological profile and outcome of sepsis in dermatology ward in tertiary care center in New Delhi. Institute of Medical Sciences, New Delhi 110 029, India. Indian Journal of Dermatology, Venereology, and Leprology | March–April 2011 | Vol 77 | Issue 2 P144–145 doi: 10.4103/0378-6323.77452.

30. Bastuji–Garin S., Fouchard N., Bertocchi M., Roujeau J.C., Revuz J., Wolkenstein P.

SCORTEN: A severity–of–illness score for toxic epidermal necrolysis.

Journal of Investigative Dermatology. Université Paris XII. Créteil . France . 2000 ; 115(2) : 149–153. doi:10.1046/j.1523-1747.2000.00061.x.

- 31. Yohei Sakai, Yusuke Nagamine , Masashi Yokose, Nobuyuki Yokoyama, Tasuku Yoshida, Sh**
Clinical features and prognosis of toxic epidermal necrolysis requiring intensive care: A retrospective descriptive single-center study. Department of Anesthesiology and Critical Care Medicine, Yokohama City University Hospital, 3-9 Fukuura, Kanazawa-ku, Yokohama, Kanagawa, Japan. Volume 7, Issue 4, October 2023, Pages 139-145
<https://doi.org/10.1016/j.burnso.2023.09.001>
- 32. Thomas Harr, Lars E French**
Toxic epidermal necrolysis and Stevens-Johnson syndrome. Orphanet Journal of Rare Diseases 2010, 5:39 page 6 of 11
doi:10.1186/1750-1172-5-39.
- 33. T. Urbina, C. Hua, E. Sbidian, S. Ingen-Housz-Oro, T.-A. Duong, P. Wolkenstein, R. Bosc, K. Razazi, G. Carteaux, O. Chosidow, A. Mekontso Dessap, N. de Prost**
Urgences dermatologiques en réanimation : infections nécrosantes de la peau et des parties molles et toxidermies graves. Méd. Intensive Réa (2018) 27:461-474 DOI 10.3166/rea-2018-0064.P46



قسم الطبيب:

أُقْسِمُ بِاللَّهِ الْعَظِيمِ

أَنْ أَر_اقِبَ اللَّهَ فِي مِهْنَتِي.

وَأَنْ أَصُونَ حَيَاةَ الْإِنْسَانِ فِي كَافَّةِ أَطْوَارِهَا فِي كُلِّ الظُّرُوفِ
وَالْأَحْوَالِ بِإِذْنِ اللَّهِ وَسَعْيِي فِي إِنْقَازِهَا مِنَ الْهَلَاكِ وَالْمَرَضِ
وَالْأَلَمِ وَالْقَلْقِ.

وَأَنْ أَحْفَظَ لِلنَّاسِ كِرَامَتَهُمْ، وَأَسْتُرَ عَوْرَتَهُمْ، وَأَكْتُمَ
سِرَّهُمْ.

وَأَنْ أَكُونَ عَلَى الدَّوَامِ مِنْ وَسَائِلِ رَحْمَةِ اللَّهِ، بِإِذْنِ رِعَايَتِي الطَّبِيبَةَ لِلْقَرِيبِ وَالْبَعِيدِ، لِلصَّالِحِ
وَالطَّالِحِ، وَالصَّدِيقِ وَالْعَدُوِّ.

وَأَنْ أَثَابِرَ عَلَى طَلَبِ الْعِلْمِ، وَأَسْخِرَهُ لِنَفْعِ الْإِنْسَانِ لَا لِأَذَاهِ.

وَأَنْ أُوَقِّرَ مَنْ عَلَّمَنِي، وَأُعَلِّمَ مَنْ يَصْغُرُنِي، وَأَكُونَ أَخَا لِكُلِّ زَمِيلٍ فِي الْمِهْنَةِ الطَّبِيبَةِ مُتَعَاوِنِينَ
عَلَى الْبِرِّ وَالتَّقْوَى.

وَأَنْ تَكُونَ حَيَاتِي مِصْدَاقَ إِيمَانِي فِي سِرِّي وَعَلَانِيَتِي، نَقِيَّةً مِمَّا يَشِينُهَا تَجَاهَ
اللَّهِ وَرَسُولِهِ وَالْمُؤْمِنِينَ.

وَاللَّهُ عَلَى مَا أَقُولُ شَهِيدٌ



أطروحة رقم 037

سنة 2026

التكفل بالأمراض الجلدية الخطيرة في الإنعاش الطبي بالمركز الاستشفائي الجامعي محمد السادس بمراكش

أطروحة

قدمت ونوقشت علانية يوم 2026/01/19

من طرف

السيد موسى يونس

المزداد في 25 فبراير 1999 بمراكش

لنيل شهادة الدكتوراه في الطب

الكلمات الأساسية:

أمراض جلدية خطيرة – إنعاش طبي – متلازمة لايل – إنتان
صدمة إنتانية – تكفل متعدد التخصصات – وفيات

اللجنة

الرئيس

س. أمال

السيد

أستاذ في أمراض الجلد

المشرف

ع. هاشمي

السيد

أستاذ في الإنعاش الطبي

الحكم

ي. الوردي

السيد

أستاذ في طب التخدير والإنعاش