

# LES URGENCES DERMATOLOGIQUES

30 septembre 2023

Dr Anne-Laure MESSAGIER

I. Conduite à tenir devant une urgence dermatologique

II. Œdème de la face

III. Nécrose cutanée

IV. Purpura

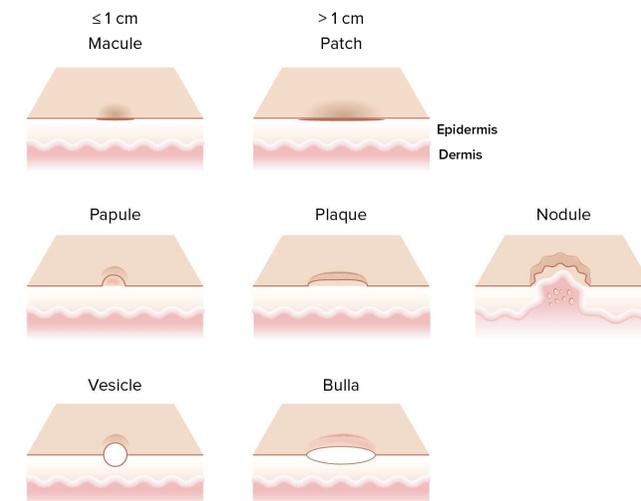
V. Décollement cutané / eruption bulleuse

VI. Exanthème

VII. Erythrodermie

# I. CONDUITES À TENIR (1)

- **Tableau cutané qui s'aggrave sur < 5 jours**
- **Approche « dermatologique » de l'examen clinique**
  - ✓ Type de lésion élémentaire
  - ✓ Examen systématique des muqueuses
  - ✓ Recherche d'adénopathie périphérique
  - ✓ Chronologie précise des événements & prises médicamenteuses
- **Rechercher les conséquences d'une dermatose étendue**
  - ✓ Hypovolémie
  - ✓ Trouble de la thermorégulation, hypercatabolisme
  - ✓ Sepsis à point de départ cutané



# I. CONDUITES À TENIR (2)

- **Eviter certaines erreurs**

- Administrer des corticoïdes per os
- Prescrire une antibiothérapie sans diagnostic précis
- Utiliser des antiseptiques colorés
- Poser une voie veineuse centrale en peau lésée



OEDEME DE LA FACE



PURPURA



NECROSES CUTANNEES

# SIGNES URGENTS

ERYTHRODERMIE



DECOLLEMENT CUTANE



ATTEINTE MUQUEUSE



## II. ŒDÈME DE LA FACE

Signes d'anaphylaxie :  
hypoTA, tachycardie, bronchospasme

Signes associés respiratoires :  
modification de la voix, troubles de la déglutition



Urticaire profonde



AO aux IEC



Œdème de Quincke

# Oedèmes de la face



F. Kettani

DRESS



Tu-Anh Duong

Kaposi-Juliusberg



CHU de Martinique

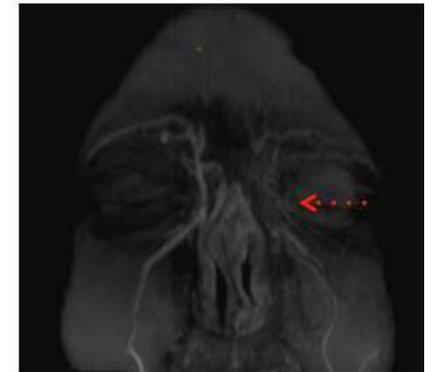
Eczéma de contact



Erysipèle de la face



Thrombophlébite faciale



# Œdème de la face

Erythème -

Erythème +

- Angioedème:
- Avec urticaire
- Sans urticaire
- Déficit en C1Q
- Idiopathique
- Toxidermie
- IEC
- Syndrome cave sup.

# EN PRATIQUE EN URGENCE : OEDEME DE LA FACE

Evaluer le retentissement /signes généraux

Pas d'hospitalisation systématique

Mise en route d'un traitement étiologique

- Angioœdème : Anti-H1 +/- Ad, si IEC arrêt ± Icatibant
- Antibiothérapie : si érysipèle : Amoxicilline 50 mg/kg 3 prises 7-10 jours
- Dermocorticoïde : si eczéma

*HAS, février 2019*

Réévaluation sous 48-72h (consultation post urgence de dermatologie)

# III. NÉCROSES CUTANÉES

## Antécédents

- Cardiovasculaire
- Procédure endovasculaire récente
- Dialyse
- Thrombose

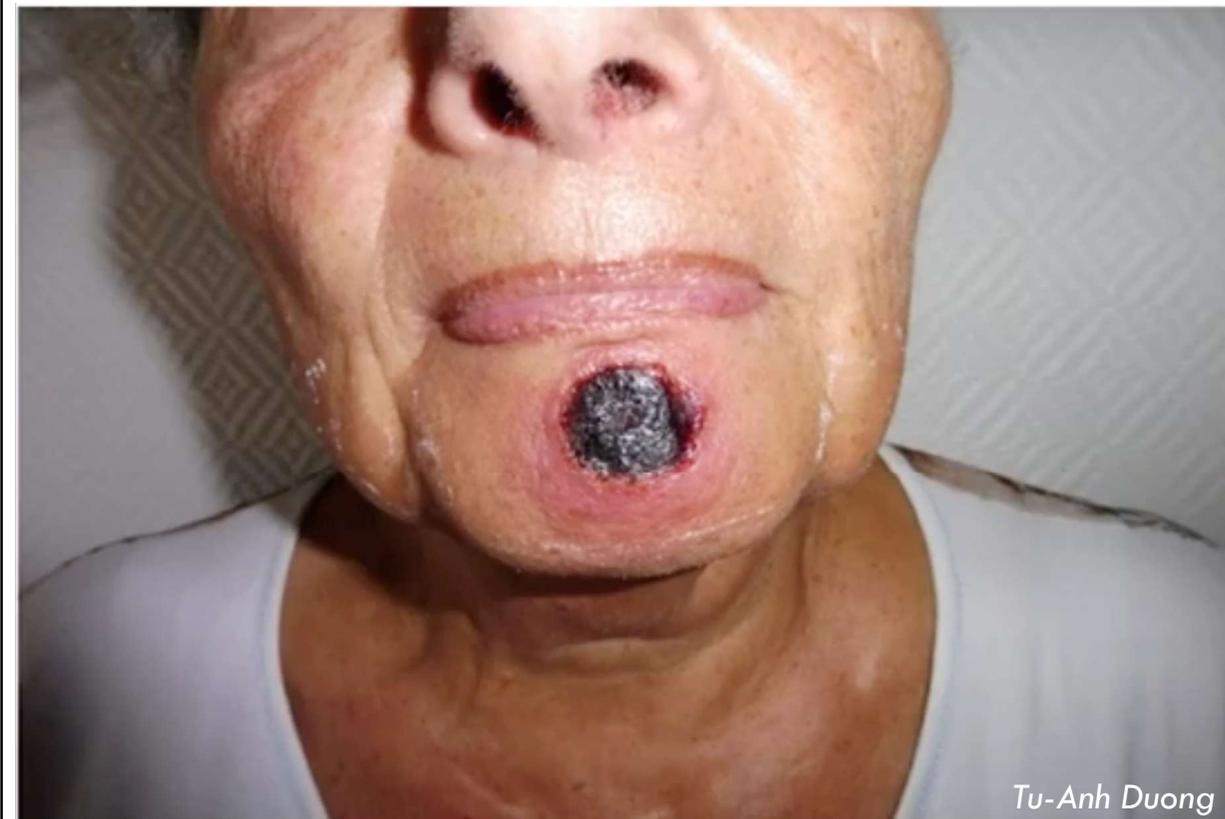
## Examen clinique

- Disséminée ou localisée
- Purpura, livedo
- Souffle cardiaque
- Pouls



## Etiologies

- Embols
- Vascularites
- Athérosclérose
- Anomalie de la coagulation (*APL, CIVD, thrombophilie*)
- Calciphylaxie
- Injection intra-artérielle
- ...



Lymphome cutané (papulose CD30+)



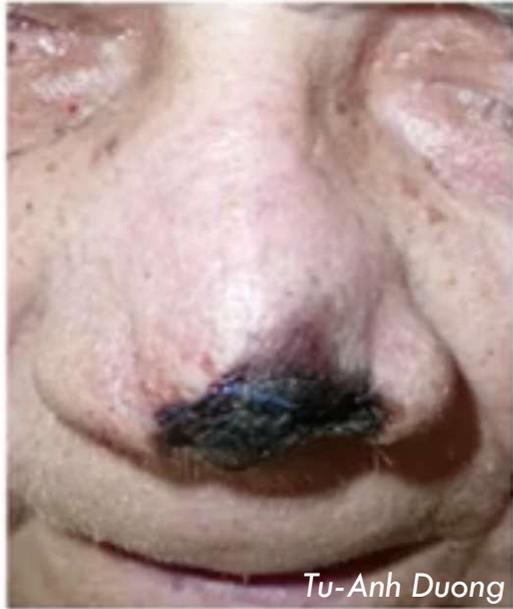
Ecthyma

# Ecthyma Gangrenosum



The NEW ENGLAND  
JOURNAL of MEDICINE





*Tu-Anh Duong*



*Tu-Anh Duong*



*CHU de Martinique*

Maladie de Horton



Nécrose à Héparine



*Tu-Anh Duong*



*JL Bolognia*

Nécrose à la Warfarine



*JL Bolognia*

## Injection de cocaïne



*Haider Ghazanfar, american journal of case report*



*Rev Med Suisse, 2006*



*Tu-Anh Duong*



*Tu-Anh Duong*

Purpura  
fulminans



Patient 18 ans, choc streptococcique à point de départ ORL  
Amines + hypoperfusion (bas débit)



Embols de  
Cholestérol



# Pyoderma Gangrenosum



# Erysipèle



CHU de Martinique



érysipèle bulleux



← **DERMO HYPODERMITE  
BACTERIENNE**

↓

Diagnostics différentiels :  
-poussée insuffisance veineuse  
(dermite de stase)  
-eczéma





Figure 1. A

B

C

D



Fort de France, le 18/06/2023 à 17:27

## SCANNER DU MEMBRE INFERIEUR GAUCHE

### INDICATION

Sepsis à point départ cutané. Recherche de fasciite nécrosante

### TECHNIQUE

Hélice avec injection à 70 secondes , DLP globale : 967.23 mGy.cm, Produit : xenetix 350/100ml , Lot : 23XF001G , Quantité : 98 ml, Débit : 2.5 ml/s

### RESULTATS

Infiltration des tissus mous de la jambe.

Pas de collection sur le volume exploré.

Pas de bulle d'air au sein des tissus mous ou intramusculaire.

Pas de thrombose veineuse sur le volume exploré.

Pas de lésion lytique ou condensante suspecte.

Pas d'épanchement intra-articulaire.

### CONCLUSION

Pas de collection profonde.

**Pas d'argument scanographique pour une fasciite nécrosante.**



Débridement chirurgical, Coll. AL Messagier, Martinique

# EN PRATIQUE : NECROSE CUTANNE

## **Atteinte localise**

Fasciite nécrosante

Nécrose sous anticoagulants

HSV, VZV, ecthyma gangreneux, Mucormycose

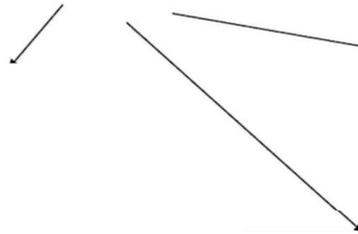
## **Atteinte diffuse**

Décollements cutanés

Lésions purpuriques

# IV. PURPURA

PURPURA



**Eliminer purpura fulminans**  
(pneumocoque-méningocoque..., post infectieux déficit prot C,S, necrose coumadine)  
- signes de choc  
- syndrome méningé inconstant  
- ATB (C3G) en urgence si doute ++



Dermatologie © 2022, Elsevier Masson



© 2022 VisualDx

# PUPURA THROMBOPENIQUE



Patiente thrombopénique dans le cadre d'un PTI

# PUPURA VASCULAIRE



# PURPURA VASCULAIRE

- 35 ans Aucun ATCD
- TTT: aucun
- AEG: asthénie, anorexie
- **Apyrétique**
- Douleurs abdominales +++
- Selles noirâtres...



Up to date, 2023

© 2022 VisualDx

## QUE FAITES VOUS ?

- A/ Je demande un avis télé-expertise ROFIM
- B/ J'appelle l'interne d'avis urgent de dermatologie
- C/ J'envoie le patient aux urgences
- D/ Il faut réaliser un scanner abdominal en urgence
- E/ Il faut réaliser une BU en urgence
- F/ Je prescris un bilan biologique en externe et revois le patient à 48h
- G/ J'administre en urgence une C3G IM



# QUE FAITES VOUS ?

- A Je demande un avis tel expertise ROFIM
- B J'appelle l'interne d'avis urgent de dermatologie
- C J'envoie le patient aux urgences ✓
- D Il faut réaliser un scanner abdominal en urgence ✓
- E Il faut réaliser une BU en urgence ✓
- F Je prescris un bilan biologique en externe et revois le patient à 48h
- G J'administre en urgence une C3G en IM



## Douleur abdominale

- BU: pas de protéinurie
- Tomodensitométrie abdomino-pelvienne:  
Œdème majeur des anses grêles  
(image en cocarde)





## Lésions violacées progressives

- 25 ans ATCD = 0
- Origine polonaise
- Eruption ayant débuté <1mois
- Altération de l' état général
- Amaigrissement
- Pas d' adénopathie, pas HMG, SMG

# EN PRATIQUE : EN URGENCE DEVANT UN PURPURA

- **Retentissement et signes généraux, température et douleur +++**
- **Bandelette urinaire**
- **Bilan biologique** (en externe)
- **Biopsie + IFD** (programmé)
- **Réévaluation** médecin traitant & post-urgence dermato <15 jours
- **Traitement symptomatique**
  - Repos au lit, arrêt de travail
  - Contention, BU quotidienne si nouvelles poussées
  - Surveillance des douleurs abdominales

Bilan standard, CRP  
EPP + dosage pondérale des Ig  
bilan de coagulation  
FAN, Ac-DNA, ANCA, cryoglobuline, Ac anti-phospholipide,  
complément  
Sérologies VIH, VHB, VHC  
Prot / échantillon + ECBU

## Purpura infectieux

*Vascularite infectieuse au cours d'une Endocardite à streptocoque du groupe B (*S. agalactiae*)*



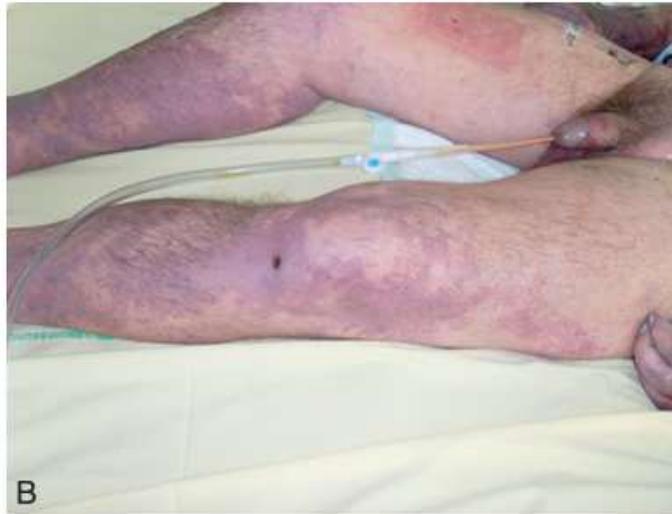
# Purpura fulminans

= CHOC SEPTIQUE + PURPURA EXTENSIF



**bactériémie à  
pneumocoque**

## Purpura fulminans : phase initiale



## Purpura fulminans : phase évoluée



Purpura fulminans post  
méningococcique



Images en Dermatologie 2008, S Barbarot et al

# PURPURA FULMINANS



*Annales de Chirurgie Plastique Esthétique, L. Pasquesoone*

# EN PRATIQUE SI SUPICION DE PURPURA FULMINANS (EN VILLE)

Appel du 15 et transfert aux urgences /réanimation

Si délai début des signes cliniques / traitement  $> 15$  heures : **mortalité 50 %!**

Administration pré hospitalière d'antibiotique : diminue de moitié la mortalité !

Isolement respiratoire 24h type « gouttelette » + déclaration ARS

Médecine Intensive Réa. 31(2) 125-132  
DOI : 10.5705/1me-00097

MR Médecine Intensive  
Réanimation

MISE AU POINT / UPDATE

Purpura fulminans de l'adulte

*Purpura fulminans in adult patients*

Damien Contou<sup>1\*</sup> • Nicolas de Prost<sup>2</sup>

# V. DÉCOLLEMENTS CUTANÉS / ERUPTION BULLEUSE

Sans atteinte muqueuse



Avec atteinte muqueuse



SdG généraux (retentissement )  
Atteinte muqueuse (oculaire nasale buccale  
génitale anale)  
Nikolsky  
Plvt infectieux

ECZEMA DE CONTACT  
AU KETOPROFENE



PEMPHIGUS



PEMPHIGOIDE  
BULLEUSE



**pemphigoïde bulleuse**



# Varicelle





## Formes graves

*(nouveau né, compliquées, ID)*  
aciclovir en IV 8 à 10 jours

## Forme classique :

*(symptomatique)*

Paracétamol

+/- antihistaminiques

soins d'hygiène

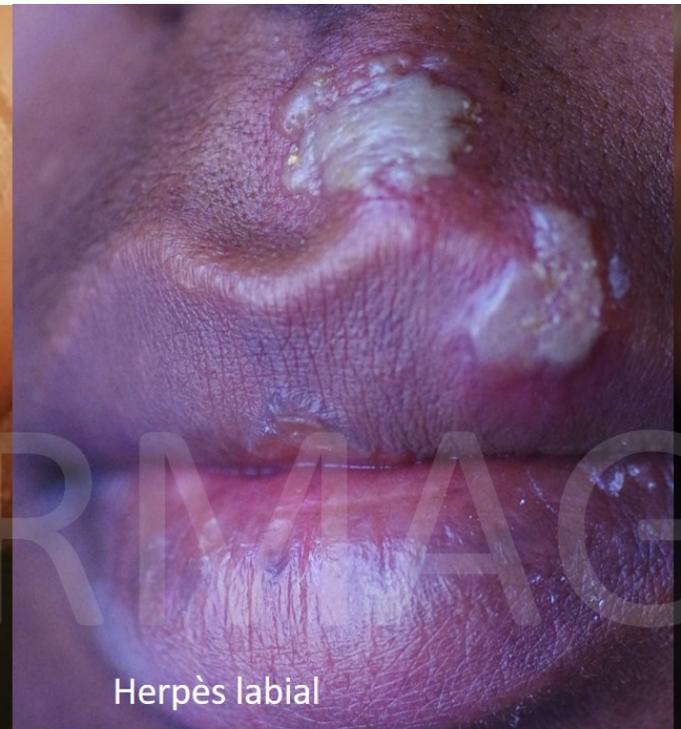
Pas d'ATB

CI : aspirine (Syndrome de Reye) et  
AINS (fasciite nécrosante)

# Herpes



Panaris herpétique



Herpès labial

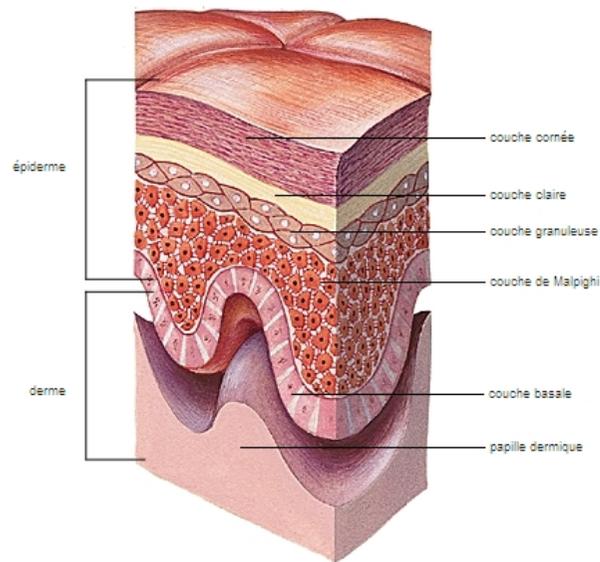
DERMAG

ZONA



# Epidermolyse staphylococcique

- Décollements superficiels prédominants sur les zones péri-orificielles
- Signes généraux, contexte de foyer infectieux staphylococcique
- Biopsie cutanée (décollement sous-corné)
- Mise en évidence d'une infection staphylococcique



*Pap en pédiatrie*

SSSS



CHU Martinique



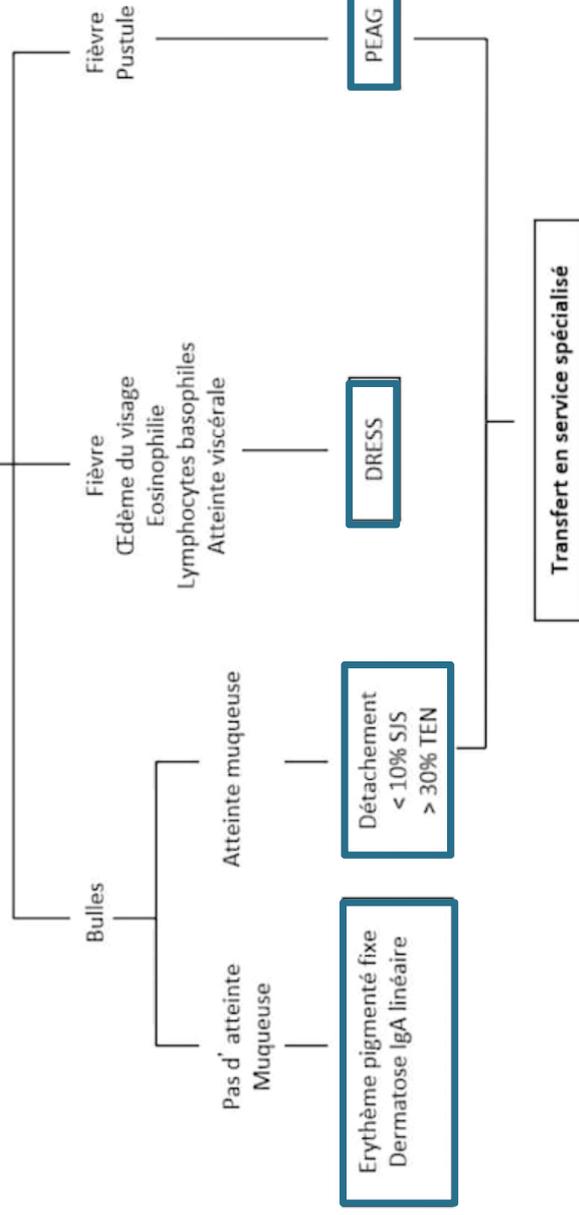
# Toxidermies

Eruption cutanée  
*Délai 4-28 jours*

**Arrêt du médicament**

## Critères de gravité

Fièvre, atteinte muqueuse  
Bulles de grande taille  
Nécrose cutanée  
Œdème du visage  
Pustules  
Atteintes viscérales



# EN PRATIQUE SI SUSPICION DE TOXIDERMIE (EN VILLE)

**Si critère de gravité : urgence/ avis dermato urgent**

**Si pas de critère de gravité**

- Arrêt du médicament (enquête médicamenteuse)
- Bilan : biologie +/- imagerie
- Cs dermatologique dans la semaine
- Prescrire des émollients +/- dermocorticoïdes mais préserver une zone sans traitement local +++

Bilan biologique pour apprécier gravité  
NFS/PL  
Bilan Hépatique/  
Urée Créatinine  
+/- radiographie  
pulmonaire et gaz  
du sang

Biopsie cutanée pour histologie +/- IFD

# Erythème Pigmenté Fixe



- Pas de signe généraux
- Délai < 48 heures
- Bulles de grande taille, macule pigmentée
- Absence de pseudo-cocarde
- Cicatrice pigmentée
- Antécédent épisodes similaires

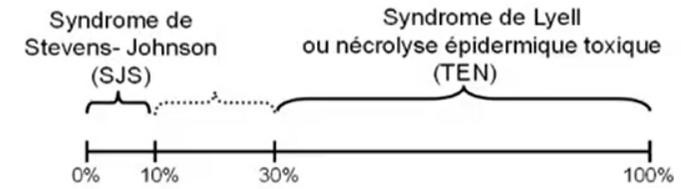


Médicaments: Sulfamides, Cyclines, Barbituriques, Analgésiques

# Erythème Pigmenté Fixe (EPF)



# NECROLYSE EPIDERMIQUE TOXIQUE



CHU Martinique

Délai 4-28journs  
Mortalité 20% aigu/35% à 1 an  
complication oculaire+++

Médicaments : allopurinol- anti-épileptiques ++, Bactrim, IPP, AINS

# ERYTHÈME POLYMORPHE



Physiopathologie inconnue, rare incidence inconnue

Réaction cellulaire à des antigènes viraux  
épidermique ?

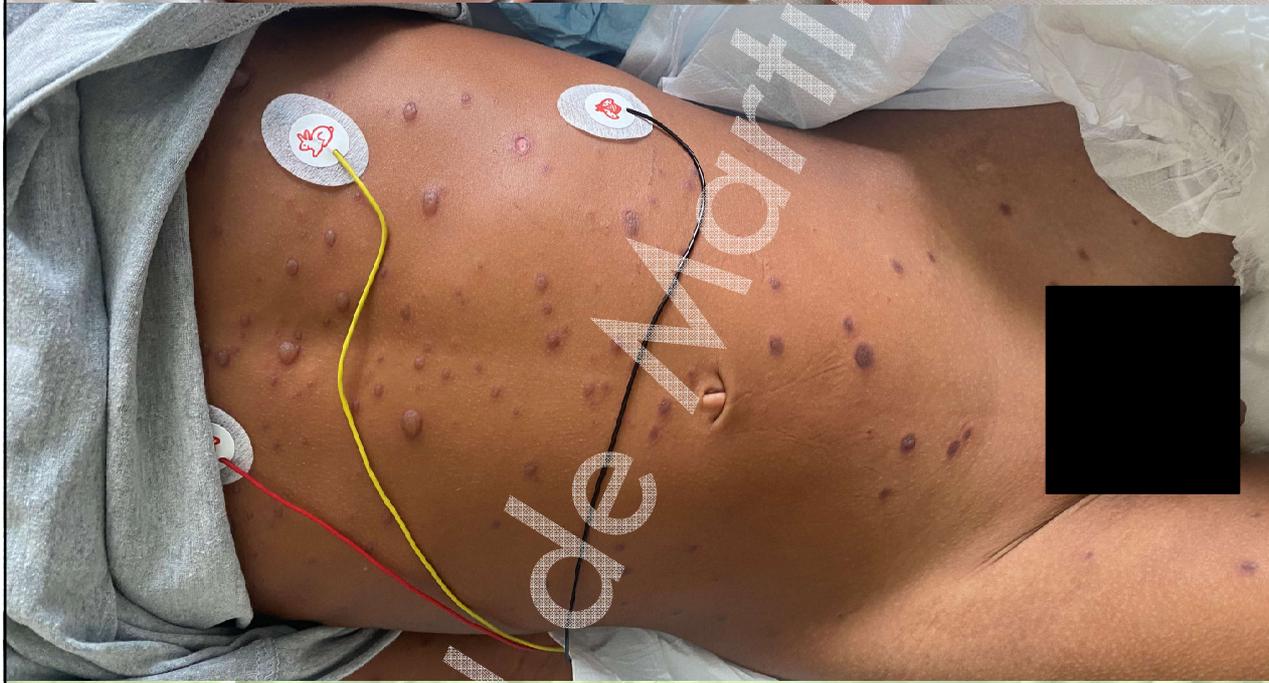
Enfant et adulte jeune (20 et 30 ans)

Infectueux : HSV1 & Mycoplasma pneumoniae ++

Résolution spontanée 15j- 1 mois sans séquelles

Pronostic bon, récurrences fréquentes (30%)

Hospitalisation si difficultés d'alimentation



## Erythème polymorphe

- Coarde typiques, lésions isolées
- Atteintes muqueuse (>2 majeur)
- Distribution acrale, Palmo-plantaire, symétrique
- Adulte jeune, enfant
- **Non médicamenteux**
- **Post infectieux: HSV, MP**
- Histo: infiltrat lichénoïde, peu de nécrose kératinocytaire
- Corticothérapie générale, thalidomide
- **Récidive Possible**

## Syndrome de Stevens Johnson

- Coarde atypiques, lésions confluentes
- Atteintes muqueuse (>2)
- Bulles, décollement, Nikolski
- Rare 1 à 2 cas 10<sup>6</sup> habitants
- **Médicamenteux**
- **Post infectieux: MP**
- Histo: nécrose kératinocytaire toute hauteur épiderme, peu infiltrat
- Arrêt du médicament, TT symptomatique
- **Pas de récidence si pas de réintroduction médicamenteuse**

## VI. EXANTHEME (RASH)



Rougeole (NHS)

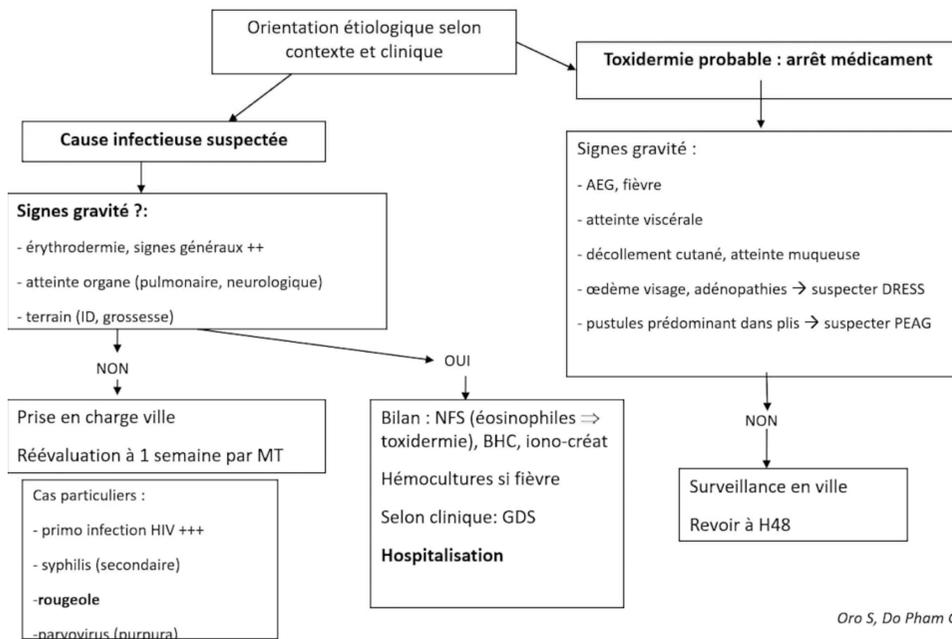


Rougeole (Health jade)



# EXANTHEME EN PRATIQUE

- Evaluer le retentissement et signes généraux
- Penser PI VIH et syphilis
- Pas de bilan systématique
- Mise en route d'un traitement symptomatique
  - ✓ Antipyrétique
  - ✓ Emollients
- Réévaluation : médecin traitant ou en post-urgence 7 à 15 jours



# VIII. ERYTHRODERMIE (> 90% SC, > 65)

Causes principales:  
-Psoriasis, parfois pustuleux  
-eczéma  
-toxidermie  
-lymphome cutané

**Rechercher :**  
-*décollement, atteinte muqueuse*  
-*adénopathies*  
-*fièvre*  
-*mauvaise tolérance (déshydratation, AEG, insuffisance cardiaque)*  
  
*Risque infectieux (bactériémie ++)*

Mauvaise tolérance : HOSPITALISATION  
-bilan standard  
-biopsies cutanées  
-traitement symptomatique

Bonne tolérance : consultation dermatologie dans les 48h  
-émollients et antiH1

Pas de dermocorticoïdes en urgence en cas de biopsie cutanée prévue

← PSORIASIS PUSTULEUX  
ERYTHRODERMIQUE



SEZARY = Lymphome T cutané



# ERYTHRODERMIE : LYMPHOME T EPIDERMOTROPE

- Lymphomes primitivement cutanés:
- Erythrodermie/ Hyperkératose palmo-plantaire/ Ectropion
- Retentissement hémodynamique
- Risque de surinfection+++
- Limiter les VVP



# ERYTHRODERMIE : ECZÉMA



- ATCD d'atopie
- Facteurs contact ?
- Prise médicamenteuse ?
- Lésions érythémateuses vésiculeuses, suintantes
- Dermocorticoïdes+++

# ERYTHRODERMIE : PSORIASIS



# ERYTHRODERMIE : TOXIDERMIE



## Etiologies:

Exanthème maculo-papuleux

PEAG, DRESS

Examen des muqueuses +++

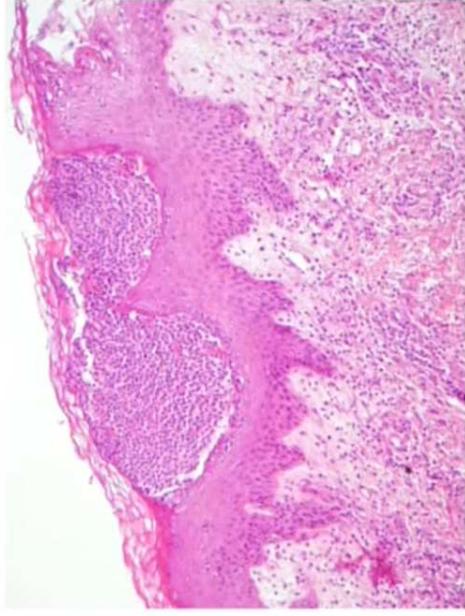
Intérêt des dermocorticoïdes+

Pas d'indication d'une CTG

# Pustulose Exanthématique Aigüe Généralisée



- Fièvre
- Délai médian 2 à 11 j après introduction du médicament
- Nappes érythémateuses prédominantes au niveau des plis
- Atteinte buccale rare (<20%)
- Pustules aseptiques < 5mm, non folliculaires
- Pseudo Nikolsky par confluence de pustules
- Hyperleucocytose PNN
- Atteinte viscérale rare: rein, foie, poumon





Médicaments : ATB+++,  
hydroxychloroquine,  
terbinafine, diltiazem  
Penser aux PdC

# Drug Reaction Eosinophilic Systemic Syndrome

Médicaments : Antiépileptique, allopurinol, bactrim – ATB...



- Fièvre > 38° C
- Délai 2 à 6 semaines
- Eruption cutanée:
  - érythrodermie
  - œdème du visage
  - œdème des extrémités
- Poly-adénopathies, 70% cas
- Atteinte viscérale (hépatique, rénale)
- Lymphocytes basophiles
- Hyper-éosinophilie ou thrombopénie

# TOXIDERMIE : QUE RETENIR ?

- Evaluer le retentissement et les signes généraux
- Pas d'hospitalisation en systématique
- Prise en charge
  - ✓ Arrêt du médicament
  - ✓ Bilan en externe, histologie et IFD
  - ✓ ± dermocorticoïdes
- Réévaluation en post-urgence sous 15 jours

## OEDEME DE LA FACE



- Signes d'anaphylaxie présents: oedème de Quincke
- sans érythème: angioedème neurotique, IEC, syndrome cave, urticaire profonde
- photodistribué: phototoxicité eczéma photoallergique, dermatomyosite, lupus
- Non photodistribué : érysipèle, cellulite de la face, DRESS,
- avec vésicules: dermatite atopique, VZV, HSV,
- trichinose, viroses
- adénopathies associées: lymphome

- fièvre: purpura fulminans, endocardite infectieuse
- non infiltré: purpura thrombopénique
- infiltré: purpura vasculaire

## PURPURA



# SIGNES URGENTS

## ATTEINTE MUQUEUSE

- nécrolyse épidermique toxique (Steven Johnson, Lyell)
- Maladies bulleuses auto-immunes
- Atteintes Buccale : HSV, CMV, Génitale: HSV, syphilis, aphtose bipolaire Anale : IST, MICI

## DECOLLEMENT CUTANE

- fièvre, pas d'atteinte muqueuse: SSSS, impétigo
- localisé, sans fièvre: herpès, eczéma bulleux, mécanique
- fièvre, atteinte muqueuse étendue



## NECROSES CUTANNEES



- Fasciite nécrosante
- HSV, VZV
- Mucormycose
- ecthyma gangreneux
- nécrose sous anticoagulants
- embolies

- DRESS
- Gale hyperkératosique
- dermatite atopique
- Psoriasis
- Hématodermie



## ERYTHRODERMIE

# POUR NOUS JOINDRE

## ○ Hopital PZQ

- ✓ Avis urgent (interne) 8h30-18h30 : **06 96 79 21 33**
- ✓ Télé-expertise Rofim (avis hors CHU) [www.rofim.fr](http://www.rofim.fr) (réponse 24-48h)
- ✓ Secrétariat de consultation 05 96 55 21 75 (délai Cs 3 mois)
- ✓ Secrétariat RCP cancérologie 05 96 55 22 32

## ○ Hopital Mangot-Vulcin (Dr Boukadoum/Messagier)

- ✓ Secrétariat de consultation 05 96 48 81 83 / 88 82

## ○ Hopital de Trinité (Dr Amazan/ Dr Heleine)

- ✓ Secrétariat de consultation 05 96 66 47 40

## ○ Hopital du François (Dr Ferrati/ Baccouche mardi 1sem/2)

- ✓ Secrétariat de consultation 05 96 30 10 99

## ○ Hopital Saint-Esprit (Dr Ferrati/ Baccouche mardi 1sem/2)

- ✓ Secrétariat de consultation 05 96 77 31 11

Urgence absolue  
24h - 1 semaine

Urgence relative  
≤ 1 mois

*Ex : cancérologie, maladies inflammatoires avec retentissement majeur...*

Non urgent

*Ex : onychomycose, suivi maladies inflammatoires contrôlées...*