



20/01/2025

CAT devant une Toxidermie



TD destiné aux étudiants de 6^{ème} année de Médecine

- Groupe 05 / 06 -

2024 / 2025

Présenté par: Dr. TEBABEL WAFIA
Maitre assistante en dermatologie et vénérérologie

Objectifs :

- Identifier une toxidermie
- Ecartez les principaux diagnostics différentiels
- Identifier les signes de gravité d'une toxidermie
- Adopter une PEC adéquate devant une toxidermie



INTRODUCTION



Toxi / dermie

Médicaments

Effets cutanés (ou muqueux)

- Administrés par voie systémique (Per os/ IV/IM/SC)
- Très fréquentes

EPIDEMIOLOGIE



- Prb de santé publique
- **10%** des patients hospitalisés
- **1-3%** des utilisateurs des mdcts d'usage courant
- **90%** des cas = Bénignes
- Les formes mettant en jeu le Pc vital = **1/10.000** à **1/1.000.000** patients traités.
- Les toxidermies Erythémateuses sont les plus fréquentes.

PHYSIOPATHOLOGIE

02 mécanismes:



Immunologique ou
Immuno-allergique

- **Immunité** humorale ou cellulaire
- **Idiosyncrasique**
- **Mémoire** immunologique

Toxique ou
pharmacologique

- Action directe du médicament sur la cible
- **Prévisible**
- **Dose dépendante**

Immunologique ou Immuno-allergique

- Soit le médicament se comporte comme un **Haptène** (allergène)
 - Induit une réponse immunitaire spécifique
- Soit le médicament interagit directement avec les molécules HLA des cellules immunitaires ou le récepteur des lymphocytes TCR
 - P-I Concept = *Pharmacological interaction with immune receptors*

Immunologique ou Immuno-allergique

- Type I = HS immédiate: IgE médiée
Ex. Urticaire, Anaphylaxie

Classification de Gell et Coombs :
04 types d'hypersensibilité:

Délai



Immunologique ou Immuno-allergique

- Type II = HS cytotoxique
- Ex. Pemphigus médicamenteux

Classification de Gell et Coombs :
04 types d'hypersensibilité:



Immunologique ou Immuno-allergique

- Type III = HS à complexes immuns circulants

Ex. Vasculite médicamenteuse

Classification de Gell et Coombs :
04 types d'hypersensibilité:



Immunologique ou Immuno-allergique

- Type IV = HS retardée à
médiation cellulaire +++

Ex. EMP/ EPF/ SSJ et
LYELL/ PEAG

Classification de Gell et Coombs :
04 types d'hypersensibilité:



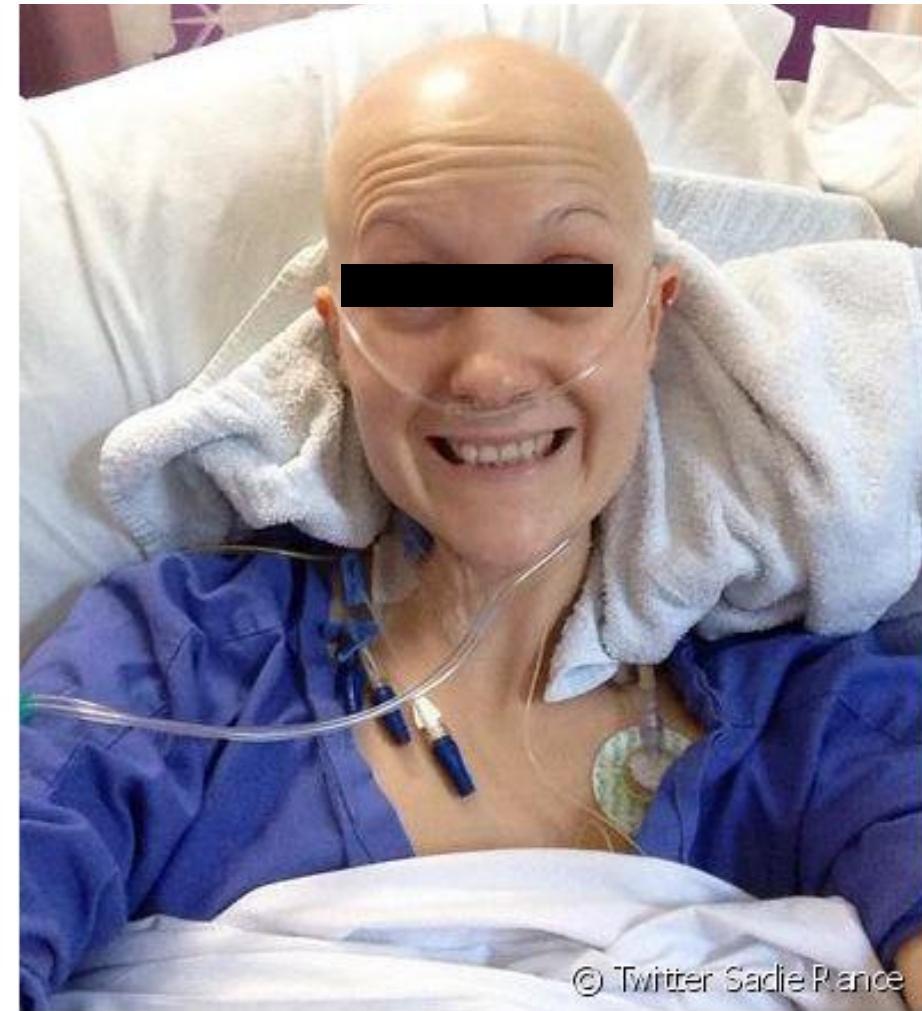
Toxique ou pharmacologique

- Action toxique directe sur la peau ou les muqueuses
- Sécheresse cutanée des rétinoïdes



Toxique ou pharmacologique

- Alopécie des anti mitotiques



© Twitter Sadie Rance

Toxique ou pharmacologique

- Photosensibilité des cyclines



Toxique ou pharmacologique

- Anomalies pigmentaires = accumulation du médicament au niveau de la peau:
Amiodarone, Minocycline,
Hydroxychlorquine



PHYSIOPATHOLOGIE



Autres facteurs impliqués:

Anomalies des capacités enzymatiques de détoxicification des dérivés actifs des médicaments

Génétique:
Certains groupes HLA

Infections virales:
VIH +++
EBV, HHV6 ...



ASPECTS CLINIQUES

Toxidermies bénignes

Exanthème maculo-papuleux

Urticaire

Photosensibilité

Erythème pigmenté fixe

Toxidermies graves

Œdème de Quincke / Choc anaphylactique

PEAG

DRESS Syndrome

SSJ / LYELL

Toxidermies bénignes

Exanthème maculo-papuleux

Toxidermies érythémateuses

- Délai = 4-15 jours (érythème du 9^e jour)
- Atteinte initiale: **Tronc, Racine des Mb** ☐
Extension possible en qlq jours
- L'éruption dure < 1 semaine, puis évolue vers une fine desquamation.





Toxidermies érythémateuses

- Dgc Différentiel : Eruptions **infectieuses** (virales ou toxiniques)



- ✓ Notion de contagé
- ✓ Sd infectieux
- ✓ Enanthème
- ✓ Monomorphisme des lésions



- 70-80 % des toxidermies se voient chez **l'adulte**
- Enfants = Eruptions **infectieuses** +++

- ✓ Poly morphisme des lésions:
 - ✓ Macules isolées,
 - ✓ Nappes scarlatiniformes
 - ✓ Papules/plaques œdématueuses
 - ✓ Purpura pétéchial des jambes
- ✓ Prurit +++ parfois sévère
- ✓ Pas d'enanthème
- ✓ Pas de F° (ou fièvre modérée)

Urticaire

- Délai = rapide : qlq minutes – qlq heures

Voire, des jours !

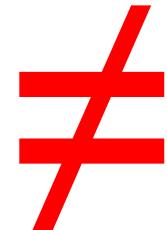
- Papules œdémateuses, mobiles, fugaces et migratrices ++ **Prurigineuses**
- Disséminées
- <10% des urticaires aigues = cause médicamenteuse



Urticaire

- Urticaire immédiate:

- Apparaissant quelques minutes à quelques heures après la prise médicamenteuse Sensibilisation préalable (Mécanisme **immuno-allergique**)
- Risque accru Contre-indication formelle à la réintroduction du mdct: risque d'anaphylaxie !!!!



- Urticaire du 7^e jour:

- Lésions plus fixes
- Svt, Bénin

Photo sensibilité

- **Dgc facile** = survenue dans les heures suivant une **exposition solaire**
+ localisation aux **zones découvertes**

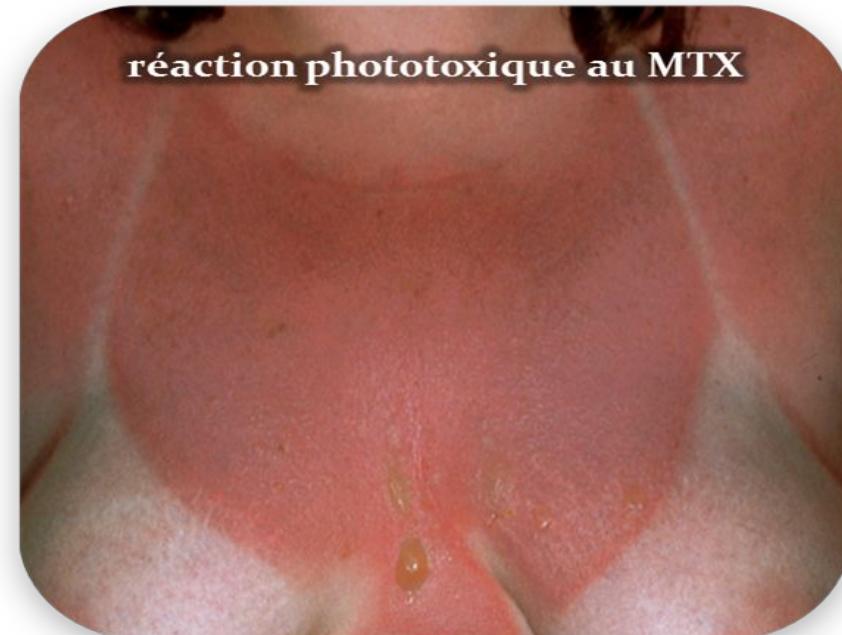


Photo sensibilité

- 02 variantes :

1. Photo allergie :

Lésions d'eczéma débutant aux zones exposées, mais pouvant s'étendre aux zones couvertes, parfois déclenchées par des expositions minimes.

2. Photo toxicité :



Photo sensibilité

2. Photo toxicité : Dépend à la fois des doses du Mdct, et des UVA :

- Super **coup de soleil**, malgré une exposition minime
- **Bulles** du dos des mains, jambes « pseudo-porphyrerie)



Décollement distal douloureux de la tablette unguéale « **onycholyse**)

Erythème pigmenté fixe

- Pathognomonique d'une toxidermie
- Seule dermatose de cause exclusivement médicamenteuse! Rare
- Délai = 48h
- QIq plaque (1-10), **érythémateuse**, bien **arrondies**, de qIq Cm de D, infiltrées, douloureuses
- Peuvent se recouvrir d'une bulles.



Erythème pigmenté fixe

- Les lésions inflammatoires disparaissent en qlq jours, laissant des taches **pigmentées**:
brunes ou ardoisées
- En cas de réintroduction du mdct inducteur
= Récidive au **même** site !
- L'atteinte muqueuse possible (lèvres, OG)



Toxidermies graves

- Mettent en jeu le **pronostic vital**
- Imposent **l'arrêt** immédiat du Mdct suspect
- + **Hospitalisation** en urgence

Œdème de Quincke (Angioœdème)
/ Choc anaphylactique

Oedème de Quincke

- Œdème **hypodermique** +++
- **Tuméfaction** ferme, mal limitée,
- Ni érythémateuse ni prurigineuse,
- Sensation de **tension** douloureuse
- Isolé ou associé à une urticaire superficielle.



- ***Peau et/ou Muqueuses,***
- Visage: Paupières et lèvres +++



- Localisation à la sphère ***oro-laryngée*** conditionne le **pronostic!!!**
- **Signes d'alarme!!** : dysphonie , hypersalivation = peut précéder l'asphyxie (œdème de la glotte)



L'œdème de Quincke peut être le signe inaugural d'un choc anaphylactique



Choc anaphylactique

- Survient dans les **minutes** suivant l'exposition
- Parfois, **prurit** palmoplantaire **annonciateur**
- **Etat de choc** = HypoTA, Tachycardie, Paleur, Oligurie, Sensation de mort imminente
- Manifestations **cutanées** associées : urticaire, prurit, œdème, érythème
- **Détresse respiratoire** : œdème de Quincke, Bronchospasme, hypersécrétion bronchique
- Hyper sécrétion conjonctivale, nasale
- Dlr abd, diarrhée, vomissement



Pustulose exanthématique aigue généralisée (PEAG)

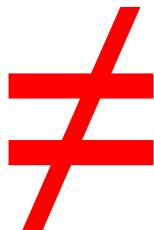
- Eruption **brutale**, très **fébrile**
- Délai= **1-4** jrs après la prise d'un mdct inducteur (svt, ATB)
- F°, **Erythème en nappe**, scarlatiniforme
- Prédomine: **Grands plis** (aisselles, aines ...)
- Rapidement (qlq heures): il se recouvre de nombreuses **pustules**, **amicrobiennes** superficielles, de ptt taille, <2 mm, à contenu lactescent
- Par endroit, la confluence de pustules peut donner un **détachement** superficiel de la peau.





Pustulose exanthématique aigue généralisée (PEAG)

- L'EG est altéré,
- Hyperleucocytose à **PNN**
- Biopsie = accumulation de PNN dans la partie superficielle de l'épiderme réalisant des pustules sous cornés
- Evolution= la régression est **rapide**, les pustules disparaissent en qlq jours (<15 jrs) avec une desquamation diffuse.



- Dgc différentiel = **Psoriasis pustuleux +++**
 - Début moins brutal
 - Evolution plus prolongée
 - Biopsie = aspect différent
 - ATCDs de psoriasis

Syndrome d'hypersensibilité médicamenteuse (DRESS)

D RUG

R EACTION

E OSINOPHILIA

S YSTEMIC

S YMPTOMS

Eruption cutanée

- Etendue, parfois **érythrodermie**
- **Infiltration** +++ notamment du visage
- **Prurit** sévère
- **ADPs** diffuses
- **F°** élevée

Eosinophilie
 $>1500/\text{mm}^3$

Atteintes **VISCERALES** parfois graves:

- Hépatite
- Pneumopathie interstitielle
- Néphropathie
- Myocardite ...

- **Délai:** plus **long** que les toxidermies banales = 2-6 semaines !
- **Régression lente** +++



A

DRESS syndrome



B

Score de validation rétrospective de DRESS

	NON	OUI	INCONNU
Fièvre $\geq 38,5^{\circ}\text{C}$	-1	0	-1
Adénopathies < 1 cm, sur au moins 2 sites	0	1	0
Hyperéosinophilie, si leucocytes < 4000/mm³ : 700-1499/ μL 10-19,9% $\geq 1500/\mu\text{L}$ $\geq 20\%$		1 2	
Lymphocytes atypiques	0	1	0
Eruption débutant < 21 jours avant l'hospitalisation	Exclusion		Exclusion
Eruption > 50% de la surface corporelle	0	1	0
Eruption évocatrice de DRESS c'est-à-dire présence d'au moins 2 critères parmi les suivants : - Présence d'un purpura - œdème du visage ou des extrémités - Desquamation épaisse, psoriasiforme - Infiltration cutanée	-1	1	0
Histologie évocatrice de DRESS	-1	0	0
Atteinte systémique : - Foie : ALAT > 2 N ou phosphates alcalines > 1,5 N sur deux prélèvements consécutifs à ≥ 48 heures d'intervalle, sans autre étiologie évidente. - Rein : Crétatininémie > 1,5 N ou protéinurie > 1g/24 heures sur deux prélèvements consécutifs à ≥ 48 heures d'intervalle, sans autre étiologie évidente. - Poumons : Radiographie, gazométrie artérielle, fibroscopie bronchique ou lavage broncho-alvéolaire anormal, sans autre étiologie évidente. - Cœur, muscles, pancréas - Autre : par exemple système nerveux central, splénomégalie, ...		1 point si 1 organe 2 points si > 1 organe	
Résolution en ≥ 15 jours	-1	0	-1

PCR et/ou sérologies : - Hépatites A, B et C - EBV, CMV - Mycoplasme, chlamydia - Facteurs anti-nucléaires - Hémocultures (réalisées dans les 3 premiers jours d'hospitalisation)	0	-1	0
> 4 examens parmi les précédents réalisés et négatifs	0	1	0

Interprétation

Score < 2 : DRESS exclu
 Score 2-3 : DRESS possible
 Score 4-5 : DRESS probable
 Score > 5 : DRESS certain

Toxidermie bulleuse : Sd de STEVENS-JOHNSON et Sd de LYELL (nécrolyse épidermique toxique : NET)

- Formes les + sévères de toxidermies.
- 02 tb cliniques de gravité différentes :
 - ✓ Sd de Stevens-Johnson
 - ✓ Sd de Lyell : NET (Nécrolyse épidermique toxique)
- Nécrose et décollement cutané de cause iatrogène !!!
- Engagent le pc vital !!!



- Il existe un continuum entre le syndrome de Stevens-Johnson (SSJ) et le syndrome de Lyell-NET qui ne sont distingués que par **la surface d'épiderme nécrosé**, facteur majeur de gravité
- inférieure à 10 % de la SC dans le SJS ;
- supérieure à 30 % de la SC dans la NET

- Sulfamides ++
- AINS
- Phénylbutazone
- Phénobarbital
- ATB

Prise
médicamenteuse

Prodromes :

- F°
- Brûlures oculaires
- Pharyngite

10 jrs

Eruption cutanée

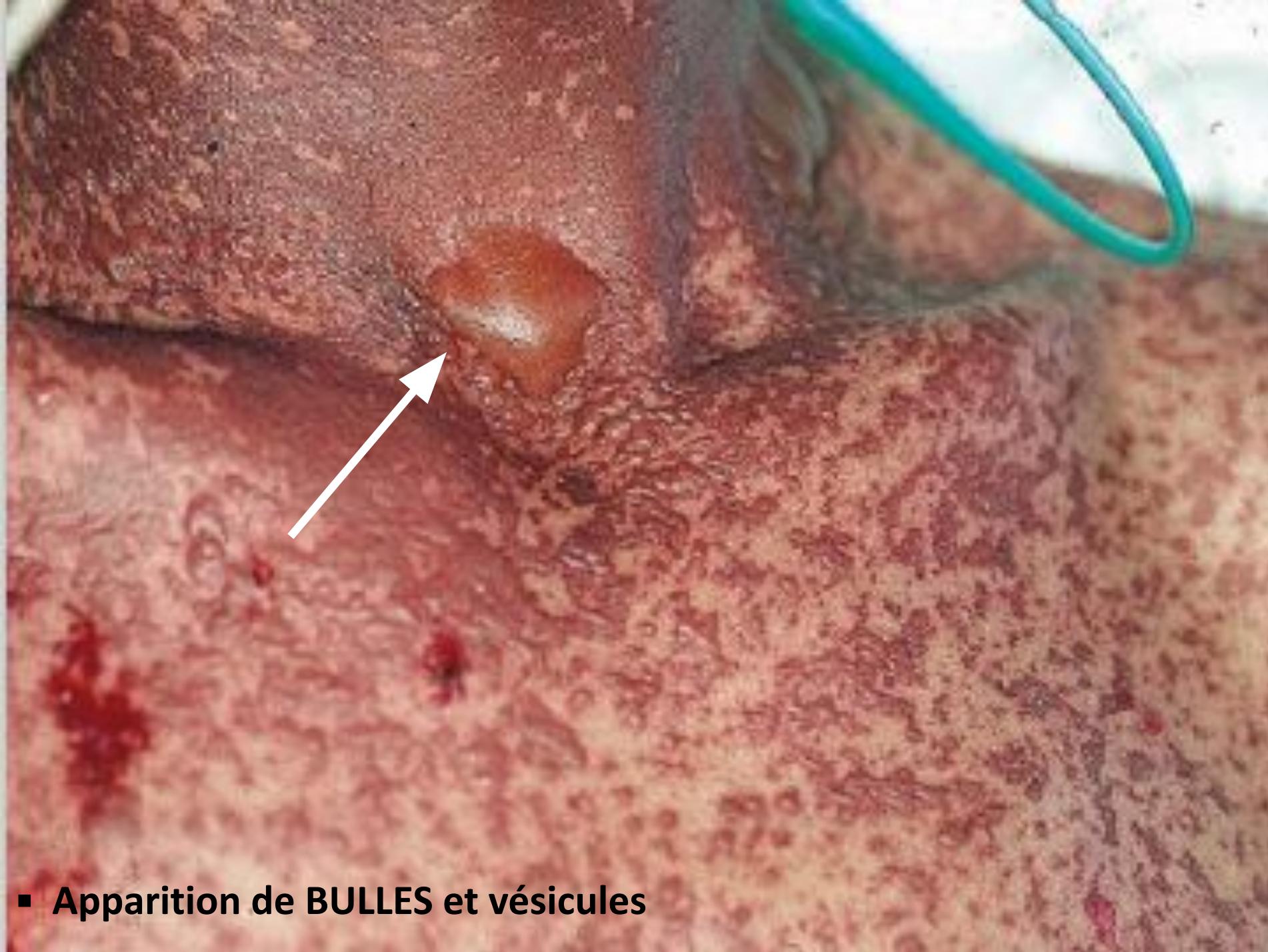




- L'éruption débute au visage et à la partie sup du thorax.



- Macules érythémateuses diffusant en 2-5 jrs



- Apparition de **BULLES** et vésicules

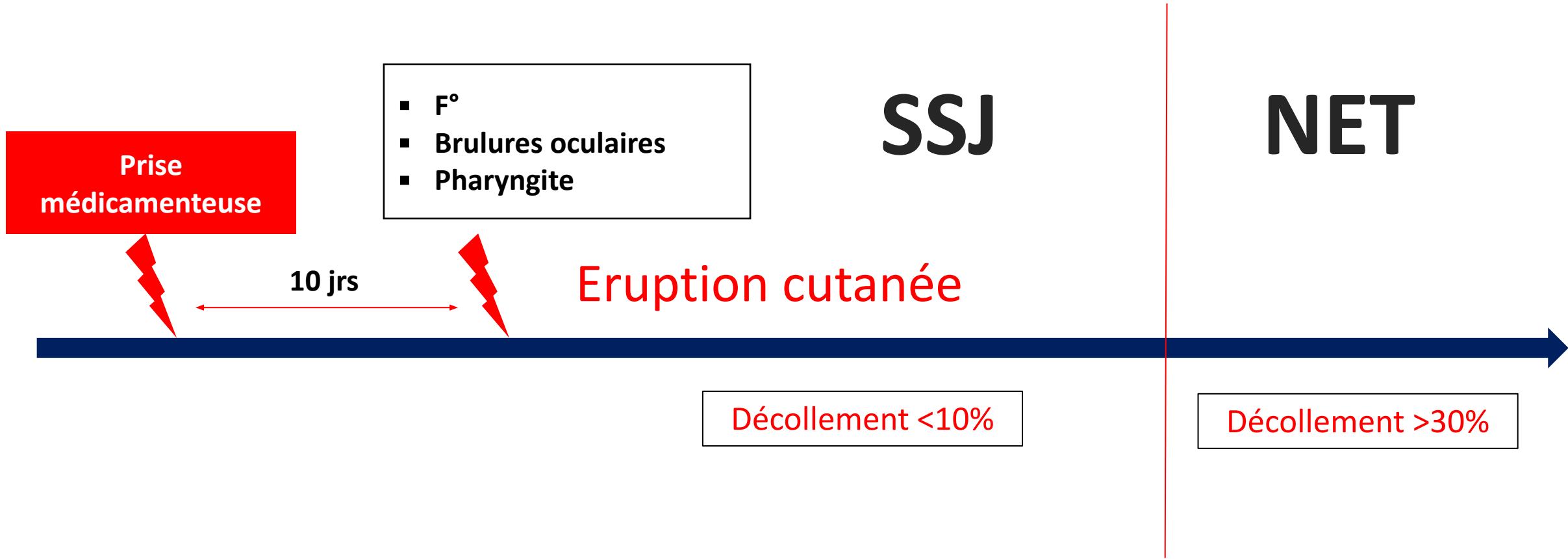


- Apparition de BULLES et vésicules rapidement confluentes.



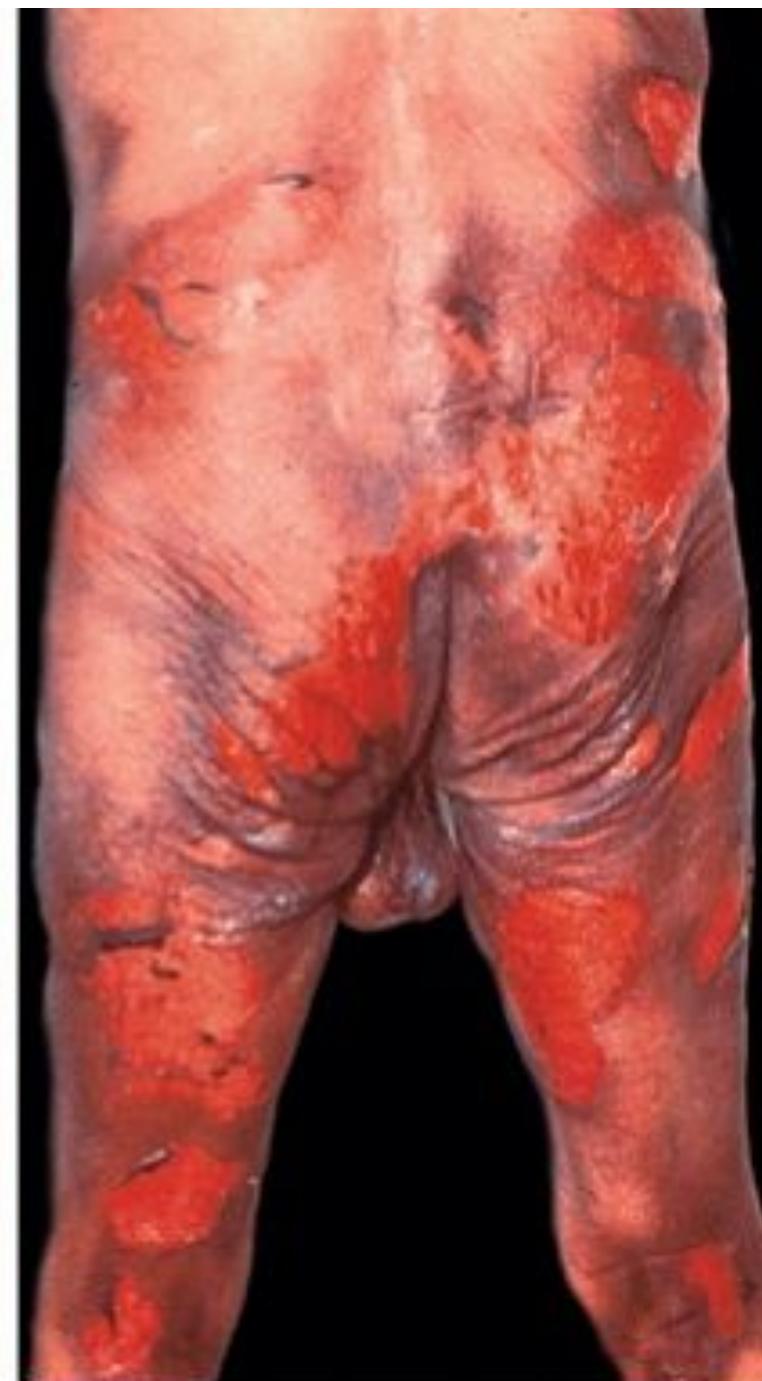
- Décollement cutané
- Signe de Nikolsky (+)

Toxidermies bulleuses





- Extension de décollement cutané **Aspect d'ébouillanté**
- Des lambeaux de peau se détachent au moindre frottement
- Atteinte **muqueuse** constante



Toxidermie bulleuse : Sd de STEVENS-JOHNSON et Sd de LYELL (nécrolyse épidermique toxique : NET)

- Atteinte viscérale possible
- Une polypnée avec Hypoxémie peut témoigner d'une nécrose de l'épithelium bronchique
- Biologie = Leucopénie + troubles hydro-électrolytiques
- Biopsie = Nécrose épidermique sur tt son épaisseur

• Malgré les progrès de la réanimation, l'évolution est souvent fatale par troubles électrolytiques et surinfection.

Toxidermie bulleuse : Sd de STEVENS-JOHNSON et Sd de LYELL (nécrolyse épidermique toxique : NET)

- Si évolution favorable; La **ré épidermisation** est rapide (10-30 jrs)
- **Séquelles** fréquentes +++
 - Troubles de **pigmentation**
 - **Cicatrices muqueuses** : oculaires +++ **Synéchies**
- Dgc différentiels :
 - Erythème polymorphe
 - Epidermolyse staphylococcique
 - DBAI
 - Brûlures

Signes de gravité d'une toxidermie



- **Diffusion** de l'érythème
- F° élevée
- Poly ADPs
- **Douleurs** cut ou muq intenses
- **Érosions** muqueuses
- Signe de **Nikolsky**
- **Purpura** ou nécrose





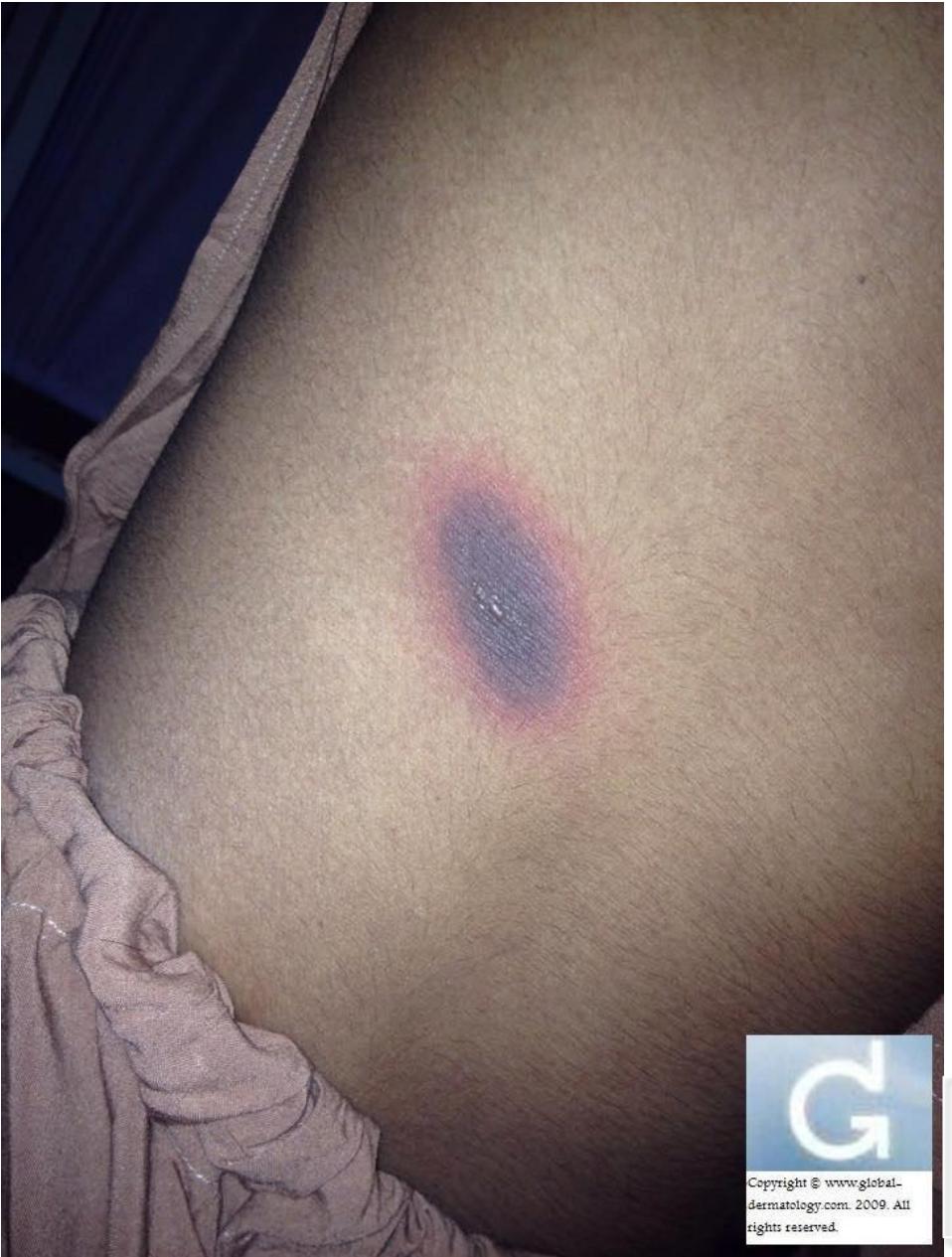
Urticaire



Exanthème maculo-papuleux



Erythème pigmenté fixe



Erythème pigmenté fixe



Photo-toxicité



Photo-sensibilité



Pustulose exanthématique aigue généralisée



Syndrome de Stevens-Johnson



Syndrome de Lyell (NET)



© 2011 Logical Images, Inc.



Pustulose exanthématique aigue généralisée



Photo-sensibilité



Exanthème maculo-papuleux



Syndrome de Lyell (NET)



Exanthème maculo-papuleux



Erythème pigmenté fixe

© Reproduction interdite.
http://dermatologie.free.fr



Œdème de Quincke



Urticaire

Diagnostic de cause : IMPUTABILITÉ

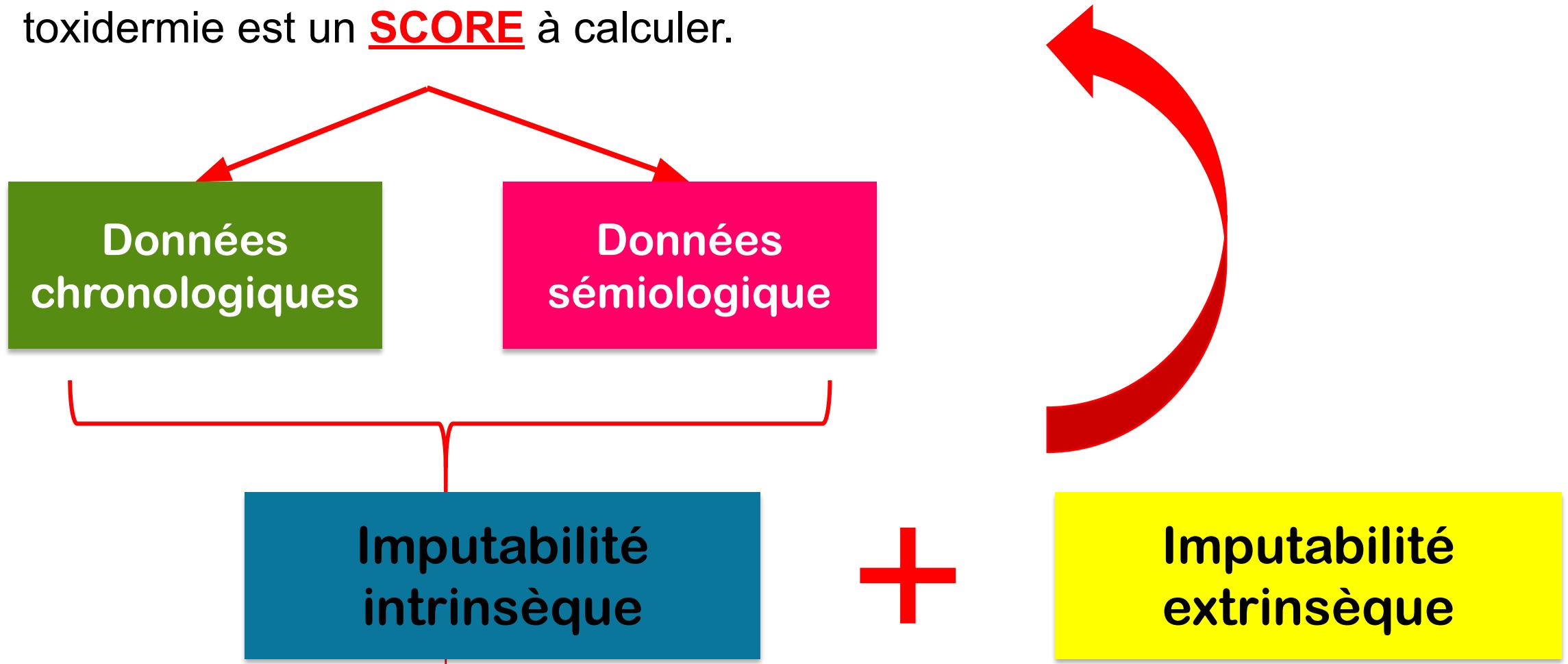


IMPUTABILITÉ

- Faisceau d'arguments +++
- Pièges !!!
 - ✓ Omission de ce qui n'est pas considéré comme médicament
(analgésiques pris occasionnellement, produits de « médecines » parallèles...)
 - ✓ Attribution par excès d'un événement à la prise de médicament(s) en coïncidence.

IMPUTABILITÉ

- Le degré d'imputabilité d'un médicament devant un tableau évocateur de toxidermie est un **SCORE** à calculer.



Imputabilité intrinsèque

**Imputabilité
extrinsèque**

**Données
chronologiques**

**Données
sémiologique**

1. Délais évocateurs: Les délais évocateurs diffèrent selon le type de réaction.

Aspect clinique	Délai caractéristique
Éruption érythémateuse (maculo-papuleuse)	4–15 jours
Urticaire	<2 h
Photosensibilité	Tous délais pour médicament quelques heures à jours après exposition solaire
Anaphylaxie	Minutes, heures
Éruptions pustuleuses (PEAG)	<4 jours
« Syndrome d'hypersensibilité »	2–6 semaines
Syndrome de Stevens-Johnson et de Lyell-NET	7–21 jours

1. Délais :

- **Très suggestif:** ex: choc anaphylactique après quelques minutes
- **Incompatible:** délai insuffisant pour que l'événement apparaisse ; événement apparu avant prise médicament
- **Compatible:** autres cas

1. Délais évocateurs: Les délais évocateurs diffèrent selon le type de réaction.

2. Évolution: la relation de causalité est logiquement établie lorsque:

- Amélioration après arrêt du médicament ou
- Aggravation après sa poursuite

Evolution Suggestive

Régression de l'événement à l'arrêt du médicament

Evolution Non suggestive

allant à l'encontre du rôle du médicament

- absence de régression d'un événement de type réversible (*cytolyse hépatique ne régresse pas après un délai de 30 jours*)
- ou régression complète malgré la poursuite du médicament

Evolution Non concluante

- lorsqu'il n'est pas établi de relation entre la régression de l'événement et l'arrêt du traitement (régression retardée par rapport à l'arrêt)
- ou provoquée par un traitement symptomatique non spécifique réputé efficace sur ces troubles,
- ou évolution inconnue,
- ou recul insuffisant
- ou lésions de type irréversible
- ou médicament non arrêté
- Ou Survenue d'un décès

1. Délais évocateurs: Les délais évocateurs diffèrent selon le type de réaction.

2. Évolution: la relation de causalité est logiquement établie lorsque:

- Amélioration après arrêt du médicament ou
- Aggravation après sa poursuite

3. Réintroduction: Une récidive après réintroduction accidentelle ou, moins rarement, un antécédent d'effet analogue lors d'une prise antérieure ont la même valeur, rendant l'imputabilité très vraisemblable.

INFLUENCE D'UNE ÉVENTUELLE RÉEXPOSITION AU MÉDICAMENT (RECHALLENGE)

- **R+** : **réadministration** positive, l 'événement récidive,
- **R0** : **réadministration** non faite ou non évaluable
- **R-** : **réadministration** négative, l 'événement ne récidive pas

LES CRITERES CHRONOLOGIQUES (C)

	DELAI DE SURVENUE						
	Très suggestif			Compatible		Incompatible	
Rechallenge	R(+) R(0) R(-)			R(+) R(0) R(-)			
EVOLUTION							
- Suggestive	C3	C3	C1	C3	C2	C1	C0
- Non concluante	C3	C2	C1	C3	C1	C1	C0
- Non suggestive	C1	C1	C1	C1	C1	C0	C0

C3 : Chronologie **vraisemblable**

C2 : Chronologie **plausible**

C1 : Chronologie **douteuse**

C0 : Chronologie **incompatible**

1. La clinique est-elle caractéristique d'un accident médicamenteux ?

- c'est le cas de l'érythème pigmenté fixe ;
- cela peut être considéré comme acceptable pour le SSJ, le syndrome de Lyell-NET et la PEAG ;
- mais tous ces aspects ne sont pas caractéristiques d'un médicament donné

2. Facteurs favorisants?

- L'atopie n'est pas un fc favorisant de toxidermie
- L'infection VIH augmente le risque
- Le DRESS est associé à une réactivation de virus du groupe HERPES (HHV6, EBV, CMV)

3. Autres causes possibles? Diagnostic différentiels

- Exceptionnellement, des investigations exhaustives sont justifiées, quand on suspecte un médicament absolument indispensable au patient.
- Dans les autres cas, on se limite à rechercher les seules causes qui nécessiteraient un traitement spécifique.

4. Tests:

- Aucun test in vitro n'est utile au diagnostic.
- Des tests in vivo ont été proposés pour confirmer un diagnostic de toxidermie.

LES CRITERES SEMIOLOGIQUES (S)

S E M I O L O G I E							
		Evocatrice du rôle du médicament ou facteurs favorisants			Autres situations		
TEST SPECIFIQUE		L (+)	L (0)	L (-)	L (+)	L (0)	L (-)
CAUSE NON MEDICAMENT EUSE	Absente	S3	S3	S1	S3	S2	S1
	Possible (ou non recherchée)	S3	S2	S1	S3	S1	S1

S3 : Sémiologie vraisemblable

S2 : Sémiologie plausible

S1 : Sémiologie douteuse

SCORE D'IMPUTABILITE INTRINSEQUE

Les résultats des **2 tables de décision précédentes** servent d'entrée à une **troisième table finale** qui donne l'imputabilité intrinsèque avec 5 scores possibles de 10 à 14.

IMPUTABILITE INTRINSEQUÉ (I)

		SEMOLOGIE		
		S ₁	S ₂	S ₃
CHRONOLOGIE	C ₀	I ₀	I ₀	I ₀
	C ₁	I ₁	I ₁	I ₃
	C ₂	I ₁	I ₂	I ₃
	C ₃	I ₃	I ₃	I ₄

L'association des critères chronologiques et sémiologiques permet de déterminer le score d'imputabilité intrinsèque I :

- I₄ : imputabilité très vraisemblable
- I₃ : imputabilité vraisemblable
- I₂ : imputabilité plausible
- I₁ : imputabilité douteuse
- I₀ : imputabilité incompatible

Imputabilité extrinsèque

NOTORIÉTÉ

- Chez un patient prenant plusieurs médicaments, à imputabilité intrinsèque égale, La connaissance des médicaments qui sont les inducteurs les plus fréquents d'un **type donné** de toxidermie est un **argument diagnostique**.
- Il ne s'agit bien entendu que d'un argument de probabilité.

Aspect clinique	Médicaments inducteurs
Éruption érythémateuse (maculo-papuleuse)	β-lactamines, sulfamides, antituberculeux, anticomitiaux
Urticaire	Pénicillines, produits de contraste iodé, IEC, AINS
Photosensibilité	Cyclines, quinolones, phénothiazines, amiodarone, méladinine
Anaphylaxie Éruptions pustuleuses (PEAG)	Curarisants, pénicilline Aminopénicillines, pristinamycine, diltiazem
« Syndrome d'hypersensibilité »	Anticomitiaux, sulfamides, IEC, minocycline, allopurinol
Syndrome de Stevens-Johnson et de Lyell-NET	Sulfamides AB, anticomitiaux, AINS oxicams, allopurinol, névirapine

B3: Effet notoire:

- Dictionnaire des médicaments
- Vidal, Martindale
- Meyler's Side Effect

B2 : Effet non notoire dans les documents usuels, publié 1 ou 2 fois avec une sémiologie relativement différente ou rapporté avec un médicament voisin

B1 : Effet non décrit conformément aux définitions de B3 ou de B2 dans les ouvrages nommément pour qualifier B3

B0 : Effet paraissant tout à fait nouveau après une recherche exhaustive

- Au terme de cette démarche, on détermine le ou les médicament(s) suspect(s).
- En cas de réaction grave, l'utilisation ultérieure de ce(s) médicament(s) est contre-indiquée par écrit sur un document remis au malade ou sur le carnet de santé.



TRAITEMEN

- ✓ **Interrompre** immédiatement l'administration du médicament suspect, surtout en cas de toxidermie **grave**

- ✓ L'administration peut être poursuivie sous **surveillance** en cas de toxidermie érythémateuse **bénigne**, surtout si le bénéfice attendu du médicament le justifie

- ✓ Et, si le patient reçoit plusieurs médicaments débutés à la même date??
 - 02 attitudes:- **interrompre exclusivement le médicament qui a l'imputabilité extrinsèque la plus élevée et Surveillance +++**

- Arrêter tout, réintroduire un à un +++

- ✓ Dans certaines situations un **traitement symptomatique** devient indispensable:

Urticaire

Anti histaminiques(1^e ou 2^egénération)

Oedème de Quincke

Forme modérée :Dexaméthasone ou **Méthylprednisolone**(20-40 mg) en IVL /IM, puis relais par les antihistaminiques

Si gêne laryngée :Adrénaline en aérosol

Si dyspnée (œdème de la glotte): **Hospitalisation** en réanimation

Adrénaline en S/C ou IM (0,25- 0,5 mg +/-renouvelé toutes les 15 min)+ **oxygénothérapie**

Sd DRESS

Aucun trt n'a fait l'objet d'étude contrôlée

- Hospitalisation
- **Corticothérapie générale** en cas d'atteinte viscérale menaçante: **0,5- 1 mg/kg/j** avec dégression sur environ 4 semaines
- Autres: Ig IV, Interféron (utilisés de façon anecdotique)

- **Réhydratation :**
 - Abord périphérique en zone saine
 - Proportionnelle à la SC décollée : 1,7ml/kg/% de surface décollée /24h
 - Corriger l'hypo phosphorémie associée
- Apport **nutritionnel** : Hyper calorique, Hyper protidique, Alimentation entérale par sonde gastrique, Insulinothérapie IV
- **Réchauffement** : Bains chauds, Lit fluidisé
- **Prévention des infections** :
 - ATS= Chlorhexidine, Nitrates d'Ag
 - Changer régulièrement la voie d'abord veineuse.
 - Pas d'ATB prophylactique à large spectre.
 - Si sepsis= ATB adaptée +/- dosages sériques des mdcts.
- **Contrôle de la Dlr**= Morphine IV
- **Héparine IV** à doses efficaces.
- **Pansement gastrique**.
- **Aspirations bronchiques + Kinésithérapie respiratoire.**

SSJ /
LYELL

Trt local

- Débridement chirurgical de l'épiderme pathologique et recouvrement par xéno ou **allogreffe**.
- Certaines équipes préfèrent conserver l'épiderme mm médiocre et utiliser des pansements biologiques seulement sur les zones décollées.
- **Soins oculaires** = ATS, ATB, Ablation régulière de brides.
- **BDB muqueux**.

Trt de fond

- Pas de trt spécifique.
- La **CTCpie générale** ; est controversée Non indiquée
- **Plasmaphérèse/ Ciclosporine ou cyclophosphamides.**
- **Ig IV** : 2g/kg / 3 jrs= empêchent l'apoptose en bloquant les récepteurs Fas.

Trt des séquelles

- Sécheresse cutanée= **émollients**.
- Hyper pigmentation= **évitement solaire + Photo protection**
- Sd **oculaire** post NET :
 - Surveillance prolongée
 - Larmes artificielles
 - Ablation de cils en repousse vicieuse
 - Atteinte cornéenne : **Kératoplastie**= greffe de Cs souches cornéennes.

Chirurgie réparatrice= **Synéchies** vaginales, **Rétrécissement œsophagien** ...

Choc anaphylactique

CURATIF

► Sur place, urgent :

- **appel du Samu,**
- **position couchée, jambes surélevées** ou décubitus latéral si vomissements,
- **adrénaline IM 0,25 à 0,5 mg (enfant : 0,01 mg/kg) renouvelable/15-30 minutes** si TA basse,
- **oxygénothérapie** à fort débit dès que possible après éventuel rétablissement de la liberté des voies aériennes ± intubation,
- **β2-mimétique inhalé (terbutaline = Bricanyl)** si bronchospasme ne cédant pas à l'adrénaline,
- **pose de voie veineuse si matériel.**

► Transfert en réanimation par Samu :

- **perfusion pour remplissage vasculaire,**
- **adrénaline IV lent puis IVSE ± dopamine IVSE.**

- corticoïde IV (*Solumédrol*) et anti-H1 ± H2 IV (*Polaramine* ± *Azantac*) puis relais oral,
- surveillance ≥ 24 heures (risque de rechute).

PRÉVENTIF

- ▶ Éducation du patient et de sa famille.
- ▶ Carte d'allergique, port d'adrénaline auto-injectable (*Anakit*).
- ▶ Prémédication avant injection de produit de contraste iodé.

Merci pour votre attention