

UNIVERSITE SIDI MOHAMMED BEN ABDELLAH
FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE

FES



Année 2011

Thèse N° 079/11

QUAND LA PEAU SUSCITE L'URGENCE

THESE

PRESENTEE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 29/04/2011

PAR

Mme. ZIAT HANAE

Née le 06 Février 1984 à Fès

POUR L'OBTENTION DU DOCTORAT EN MEDECINE

MOTS-CLES :

Urgence dermatologique - Médecin résident - Médecin Interne
Consultation dermatologique

JURY

M. AIT TALEB KHALID.....	PRESIDENT
Professeur de Chirurgie Générale	
Mme. MERNISSI FATIMA ZAHRA.....	RAPPORTEUR
Professeur agrégé de Dermatologie	
M. CHAKOUR KHALID.....	} JUGES
Professeur agrégé d'Anatomie	
Mme. BONO WAFAA.....	
Professeur agrégé de Médecine interne	
Mme. MEZIANE MARIAME.....	MEMBRE ASSOCIE
Professeur assistant de Dermatologie	

PLAN

Introduction	4
Les objectifs	7
1_Objectif général	8
2_Objectifs spécifiques.....	8
Matériels et méthodes.....	9
A-Matériels	10
1_ Type de l'étude	10
2_ Lieu de l'étude	10
3_ Date de l'étude.....	17
4_ Population cible.....	17
5_ Ressources humaines	17
B-méthodes	19
1_Paramètres colligés	19
2_ Traitement des données	19
Résultats	22
1_ Résultats descriptives	23
a-Résultats démographiques	23
b-Résultats du mode de recrutement	24
c- Résultats chronologiques	25
d- Résultats des motifs de consultations et diagnostics évoqués et qualité des intervenants	27
e- Résultats de l'évolution des patients au sein des urgences	33
f- Résultats d u devenir des malades	33
2- résultats analytiques	34
a_ Corrélation entre le sexe et vraie urgence	34
b_ Corrélation entre la vraie urgence et médecin référant	34
c_ Analyse des données chronologiques	35

d- Analyse des données de l'évolution des patients au sein des urgences .	36
Discussion	37
I_ Prévalence	38
II_ Résultats descriptives	41
a- Résultats démographiques	41
b- Résultats du mode de recrutement	43
c- Résultats chronologiques	45
d- Résultats des motifs de consultations, diagnostics évoqués et qualité des intervenants.....	49
e- Résultats de l'évolution des patients au sein des urgences	69
f- Résultats du devenir des malades	70
III- Résultats analytiques	71
a_ Corrélation entre le sexe et vraie urgence	71
b_ Corrélation entre vraie urgence et médecin référant	71
c_ Analyse des données chronologiques	72
d- Analyse des données de l'évolution des patients aux urgences	73
Limites et perspectives	75
I_ Limites	76
II_ Perspectives	76
Conclusion	78
Résumé	81
Références	87

INTRODUCTION

La dermatologie est une spécialité au large champ d'action englobant la peau, les ongles, le cuir chevelu, les muqueuses et les organes génitaux, en passant par les infections sexuellement transmissibles, la cosmétologie et la chirurgie de la peau.

Elle est organisée en plusieurs secteurs parmi lesquelles la dermatologie hospitalière, qui offre des modalités de prise en charge diversifiées et évolutives depuis vingt ans [1].

Les services hospitaliers de dermatologie comportent différentes unités : une consultation clinique hospitalière incontournable dégageant une activité soutenue au sein de l'hôpital et des unités d'hospitalisation, qu'il s'agisse d'hospitalisation de plus de 24 heures ou, d'hospitalisation de jour ou de semaine [1].

Parmi les modalités diversifiées de prise en charge au sein des hôpitaux, on trouve la dermatologie de liaison qui constitue une partie importante et intégrante de la consultation clinique hospitalière et qui s'intéresse à l'activité de consultation des dermatologues dans les autres services hospitaliers, parmi lesquels le service des urgences où le dermatologue est amené à prendre en charge des dermatoses aiguës.

Ces urgences dermatologiques, ouvertes 7 jours/7 et 24 heures/24, représentent une part importante du recrutement du service de dermatologie du CHU HASSAN II de FES et de son activité.

Cette demande de consultation urgente est croissante, elle peut correspondre à une dermatose aiguë ou à une dermatose non justifiée afin d'obtenir un délai de consultation plus court. Les critères pour distinguer les « les vraies urgences » sont difficiles à établir [2]. Pour Certains auteurs les termes «d'urgence» et "Dermatologie" comporte un oxymoron. En fait, de nombreux patients considèrent les problèmes de peau comme des situations d'urgence aiguë légitimes [3].

Au cours de la pratique des dermatologues au sein du service des urgences du CHU HASSAN II de FES, plusieurs constatations ont été faites parmi lesquelles, les

demandes de consultations des malades non urgents (référés parfois par des médecins généralistes ou par des dermatologues) nécessitant la réalisation de plusieurs actes et soins au sein du service des urgences alors que des patients urgents restaient enclavés au service de préurgence avant qu'ils soient pris en charge par l'interne de garde. Une autre constatation était que ce même interne de garde posait un diagnostic qui était loin dans la plupart du temps de la pathologie dermatologique du consultant.

Aucune étude n'a été consacrée pour évaluer cette activité de consultations dermatologiques au sein du service des urgences du CHU HASSAN II ; Afin d'appuyer ces observations et de mieux connaître le profil des dermatoses sur lesquelles s'appliquaient la définition des « vraies urgences », c'était important de décrire et analyser les caractéristiques des consultants, les heures et jours de demandes de consultations urgentes et l'apport du dermatologue par apport à l'interne. Par ailleurs, cette étude consacrée pour cette activité assez importante de la dermatologie, a été réalisée en Europe et en Amérique.

Une étude pareille aurait pour but aussi de rechercher des solutions pratiques aux problèmes rencontrés par les dermatologues de garde au cours de leur pratique hospitalière comme l'organisation des formations continues à propos des urgences dermatologiques dédiées aux médecins internes des urgences afin d'actualiser leurs compétences en la matière, et par conséquent d'être capables d'assurer une prise en charge structurée, et de distinguer entre les affections dermatologiques urgentes et non urgentes et d'éviter tout retard de prise en charge ou gaspillage du matériel de soins et des bilans aux urgences.

Parmi ces solutions hypothétiques, codifier la relation malade-médecin référant-médecin interne -médecin dermatologue afin d'obtenir des meilleurs résultats, informer, éduquer et communiquer avec les patients jugeant leur pathologie non urgente comme étant urgente.

LES OBJECTIFS

1 objectif général :

Dégager le profil de la pathologie cutanée motivant une consultation aux urgences ainsi que préciser la fréquence et la gravité des différentes lésions cutanées nécessitant une consultation urgente pour optimiser la prise en charge thérapeutique.

2 objectifs spécifiques :

1. Apprécier la précocité et la qualité de la prise en charge des malades de dermatologie aux urgences
2. Discuter les causes et les conséquences des différentes consultations dermatologiques non urgentes au service des urgences
3. Connaitre le devenir de chaque patient consultant aux urgences dermatologiques
4. Eviter tout retard diagnostique et traitement inadapté qui sont des facteurs majeurs de mortalité chez des patients ayant des manifestations dermatologiques urgentes
5. Comparer nos résultats avec les résultats de différentes structures hospitalières à l'échelle nationale et internationale.

MATERIELS ET METHODES

A- Matériels :

1_ type de l'étude :

Notre travail est une étude prospective unicentrique sur une durée de six mois, qui visait une description et une analyse des consultations dermatologiques aux urgences.

2_ lieu de l'étude :

Le recrutement des malades a été fait à partir de demandes d'avis dermatologiques aux urgences du CHU HASSAN II de Fès par les médecins internes des urgences.

Le CHU HASSAN II de Fès est composé de trois services des urgences : service du bâtiment central qui gère toutes les urgences de l'adulte de plus de 15 ans et deux services du bâtiment mère - enfant : un concernant les urgences des enfants et l'autre pour les urgences gynécologiques et obstétricales.

Le service des urgences du bâtiment central est constitué de deux parties : un service de préurgence [fig1a,b] constitué par une salle de consultation occupé par un médecin du service d'assistance médicale d'urgence (SAMU) ou par un médecin interne et par une salle réservée pour le paiement des malades (la régie) [fig.2], le médecin responsable au niveau de cette partie est amené à examiner tout malade consultant à ce niveau et de juger son état d'urgence et à la lumière de son jugement ,le malade est soit traité sur place , soit adressé en consultation spécialisée ou envoyé à la deuxième partie du service des urgences[fig.3]. Cette deuxième partie est constituée par deux salles de consultation générale [fig4] occupées par des internes qui examinent ces malades et appellent les spécialistes de garde pour une prise en charge adéquate au sein du service des urgences.

Cette deuxième partie du service des urgences est constitué aussi par des salles de consultation spécialisé [fig.5] (cardiologique, ORL, traumatologique et chirurgie viscérale), des salles de soins [fig.6], de radiologie, une salle d'observation [fig.7] et une autre de déchoquage [fig.8].

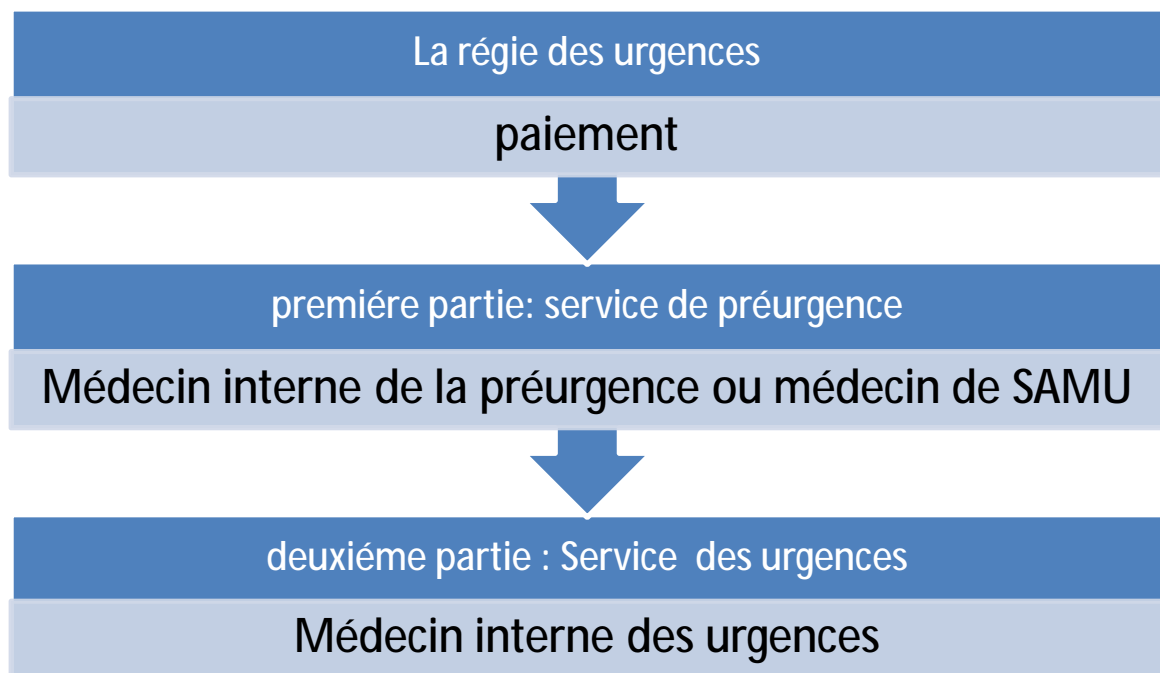




Fig.1a : service de préurgence



Fig.1b : service de préurgence (accueil)



Fig.2 : la régie du service de préurgence



Fig.3 : service des urgences



Fig.4 : salle de consultation des urgences



Fig.5: consultation spécialisée des urgences (traumatologie)



Fig.6 : salle des soins des urgences



Fig.7 : salle d'observation des urgences



Fig8 : salle de déchoquage du service des urgences

3_ Date de l'étude :

Cette étude s'est étendue sur une période de six mois du mois d'Octobre 2009 au mois d'Avril 2010.

4_ population cible :

Critères d'inclusion :

Ont été inclus dans l'étude, tous les patients consultants au service des urgences pour une affection dermatologique et dont l'interne de garde jugeait la nécessité d'intervention d'un médecin résident en dermatologie.

Ces malades consultaient à n'importe quel moment de la journée ou la nuit et n'importe quel jour ouvrable ou non.

Critères d'exclusion :

Tout malade consultant aux urgences sans avoir été vu par l'interne de garde des urgences, ou par le résident de garde.

5_ Ressources humaines :

Le service de dermatologie et vénérologie du CHU HASSAN II de FES, était composé au cours de la période de cette étude de 14 médecins résidents en cours de formation, disponibles 24h/24 et 7j /7, pouvant répondre à la demande d'avis des médecins internes des urgences et remplir la fiche d'exploitation préétablie et standardisée (annexe I), les astreintes étaient constitués par deux professeurs universitaires avec un professeur assistant et un médecin spécialiste. Ce recours à l'astreinte était nécessaire pour des avis difficiles ou pour éventuelle hospitalisation au sein du service de dermatologie

CONSULTATION DERMATOLOGIQUE AUX URGENCES DE CHU HASSAN II

NOM : PRENOM : AGE : SEXE : M F

N° DE TELEPHONE :

SERVICE DEMANDEUR :

ADRESSE PAR : MEDECIN GENERALISTE MEDECIN DERMATOLOGUE

AUTRE MEDECIN SPESIALISTE MALADE LUI-MEME

DATE DE CONSULTATION AUX URGENCES : JOURS OUVRABLES : OUI NON

JOURS FERIES : OUI NON

WEEK-ENDS : OUI NON

DELAI D'INTERVENTION DE L'INTERNE DE GARDE:

HEURE DE DEMANDE D'AVIS DERMATOLOGIQUE :

DELAI D'INTERVENTION DU DERMATOLGUE :

MOTIF DE CONSULTATION AUX URGENCES :

EXAMEN DERMATOLOGIQUE :

VRAI URGENCE : OUI NON

DIAGNOSTICS EVOQUES PAR L'INTERNE DE GARDE :

DIAGNOSTICS EVOQUES PAR LE DERMATOLOGUE DE GARDE :

CONDUITE A TENIR :

BILAN BIOLOGIQUE :

BIOPSIE CUTANEE : OUI NON

AVIS SPECIALISE DEMANDES : OUI NON LE QUEL

AUTRES :

TRAITEMENT PROPOSE :

SUIVI : HOSPITALISATION OUI NON

CONSULTATION EXTERNE OUI NON

HDJ OUI NON

B- Méthodes :

1_ Paramètres colligés :

Dans notre étude, la définition des urgences dermatologiques était celle des dermatoses pouvant entraîner des complications vitales ou toute pathologie aiguë (moins de 5 jours) et /ou grave nécessitant un traitement immédiat [6].

Pour chaque patient consultant aux urgences, on évaluait les paramètres démographiques (l'âge et le sexe), chronologiques [le jour de consultation (jour de semaine, jour férié, week-end)], le délai d'intervention de l'interne de garde (délai de séjour du patient entre le service de préurgence et le service des urgences), l'heure d'appel du résident de garde et le délai d'intervention du résident de garde (délai entre la demande d'avis par l'interne de garde et l'arrivée du dermatologue de garde), le mode de recrutement (service demandeur, référé ou non par un médecin « généraliste, dermatologue, autre spécialiste », les motifs de consultation, les diagnostics évoqués par l'interne de garde, ou par le résident de garde, s'agit-il d'une vraie urgence?, bilans et gestes réalisés ou proposés à l'issue de cette consultation (prélèvement microbiologique, biopsie cutanée ou exérèse, bilan biologique orienté, imagerie). Ont été notés le recours ou non à l'astreinte, l'apport du dermatologue de garde et la nécessité ou non d'un transfert vers le service de dermatologie, ou d'une orientation secondaire vers une consultation spécialisée.

2_ traitement des données :

Afin d'optimiser la discussion de nos résultats, on a classé nos paramètres en plusieurs catégories :

- L'âge de nos patients a été répertorié en tranches d'âge de 10 ans.

- le délai d'intervention de l'interne de garde a été classé en cinq catégories : avant 30 min, entre 30 min et 1h, entre 1h et 4h entre 4h et 8h et au-delà de 8h de la consultation du patient en préurgence.
- les heures d'appel du résident de garde par l'interne de garde des urgences étaient répertoriées en cinq catégories : entre 8h et 12h, entre 12h et 16h, entre 16h et 20h, entre 20h et 00h et après minuit.
- Le délai d'intervention du résident de garde a été classé en trois catégories : moins de 30 min, entre 30 min et 1h et après 1heure.
- Les diagnostics évoqués ou retenus par le médecin interne des urgences ou par le dermatologue de garde ont été regroupés en différentes catégories : troubles trophiques (ulcères, escarres, brûlures, plaies post traumatiques), dermatoses inflammatoires (eczéma, psoriasis, urticaire), dermatoses dysimmunitaires (vascularites, dermatoses bulleuses auto-immunes), toxidermies, dermatoses infectieuses (zona, folliculites, gale , érysipèle, rash viral) , tumeurs (naevis , autres tumeurs bénignes, carcinomes épidermoïdes, lymphomes, mélanomes), mais aussi en dermatoses topographiques : dermatoses faciales (acné, dermite séborrhéique, rosacée) , lésions des muqueuses ou troubles des phanères.
- L'apport du dermatologue a été classé en quatre classes : diagnostic apporté, diagnostic refusé, diagnostic confirmé et sans apport.

Les données recueillies ont été saisies sur le logiciel Excel. Le logiciel Epi info V.3.4 a permis l'analyse statistique descriptive. Pour chacune des principales catégories pathologiques, les motifs d'appels et les diagnostics finaux ont été croisés dans des tableaux pour estimer la proportion des diagnostics exacts émis par le médecin interne des urgences.

Par la suite tous les paramètres recueillis ont été croisé dans des tableaux avec la donnée vrai urgence ou non, afin d'évaluer la proportion des vrais urgences selon les jours, les heures de la journée, le sexe du consultant, son âge, et le fait qu'il soit référé ou non par un médecin.

RESULTATS

Sur une période de 6 mois d'Octobre 2009 à Avril 2010, 2357 nouveaux consultants (consultation sur rendez-vous au centre de diagnostic et consultation des urgences) ont été recensés lors de notre étude prospective avec un pourcentage de 8,6% des malades consultants aux urgences (soit 204 patients).

A noter que dans nos résultats, le délai des rendez-vous pour la consultation programmée au centre de diagnostic était d'une journée durant cette période.

1_ Résultats Descriptives :

a- Résultats Démographiques :

a1- Répartition selon l'âge :

L'âge moyen des patients consultants aux urgences pour des motifs de consultation dermatologique, était de 35 ans, avec des extrêmes entre 3 mois et 80 ans. 89,2% des consultants avaient un âge moins de 60 ans

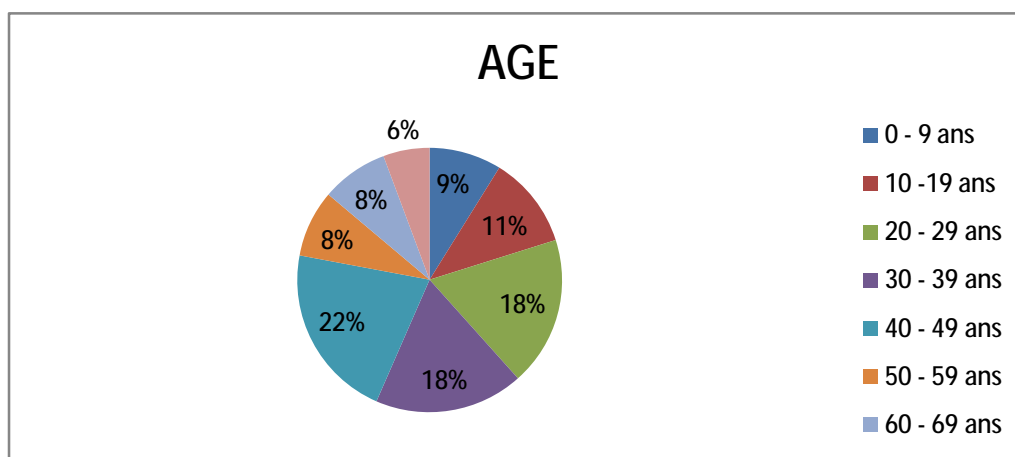


Figure 1 : répartition de l'âge des consultants

a2 Répartition selon le sexe :

Le pourcentage des femmes était de 56,4%, et celui des hommes était de 43,6%, avec un sex ratio H / F de 1.3

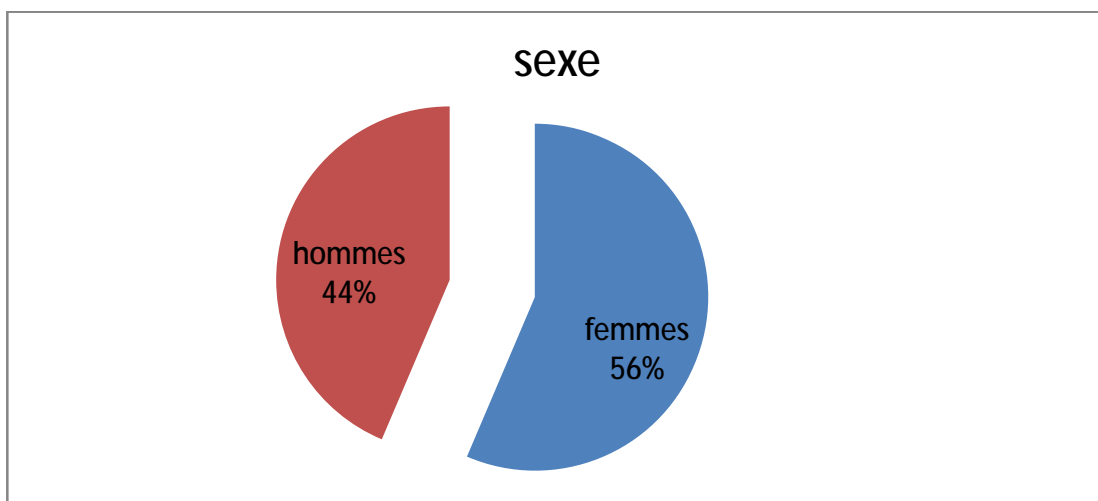


Figure 2 : répartition en fonction du sexe du consultant

b-Résultats du mode de recrutement :

b1- Répartition selon le service demandeur :

Les demandes de consultations provenaient dans 86,7% des cas du service des urgences du bâtiment central, dans 8,3% des cas du service des urgences pédiatriques et dans 4,9% des cas des urgences gynécologiques et obstétricales.

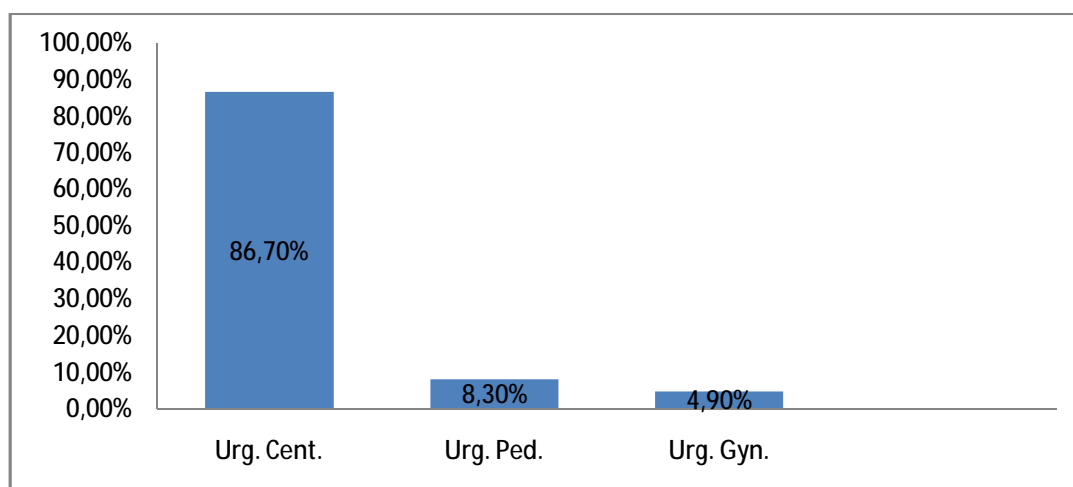


Figure 3:répartition selon le service demandeur

b2- Répartition selon le médecin référant :

Les patients consultants aux urgences, n'étaient référés par aucun médecin dans 82,6%, par ailleurs la part des médecins généralistes était de 12,25% et celle du dermatologue était de 4,9%.

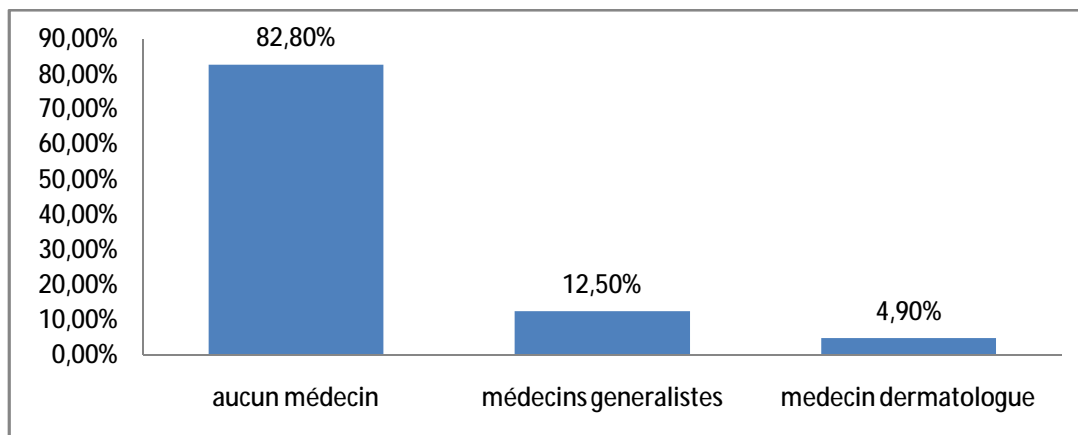


Figure 4 : répartition selon le médecin référant

c- Résultats chronologiques :

c1- Répartition selon le jour de consultation :

Les patients se présentaient au service des urgences dans 67,6% des cas au cours de la semaine, dans 29,9% des cas les week-ends et dans 2,5% des cas les jours fériés.

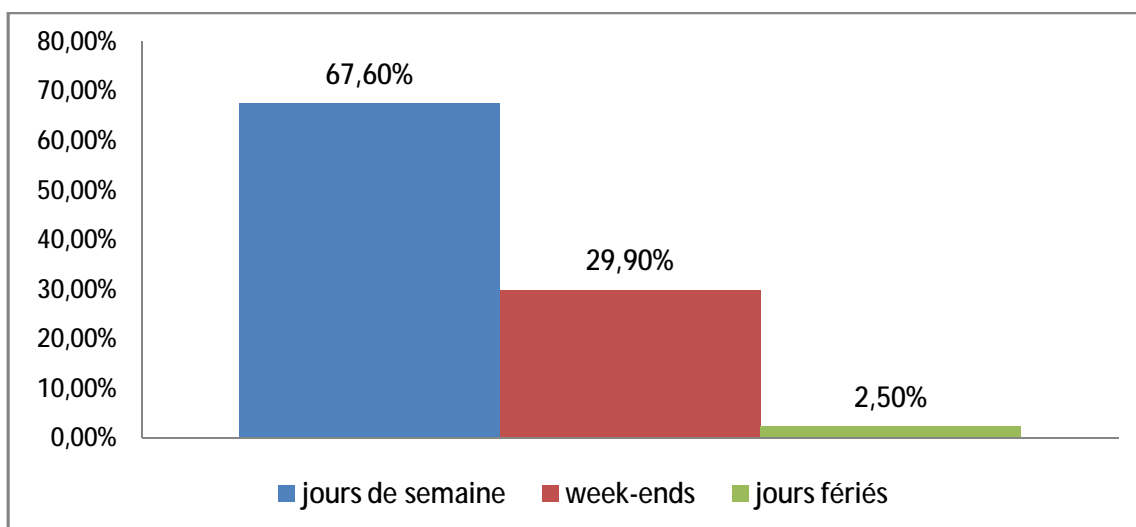


Figure 5: Répartition selon le jour de consultation

c2- Le délai d'intervention de l'interne de garde :

32,4% de nos patients ont été vus par le médecin de préurgence avant 30 min de l'intervention l'interne de garde des urgences (dont 62% sont des brûlés) , 29,9 % entre 30 min et 1h et 28,9% entre 1h et 4h alors qu'ils avaient consulté en préurgence dans 1% des cas plus de 8h avant cette intervention.

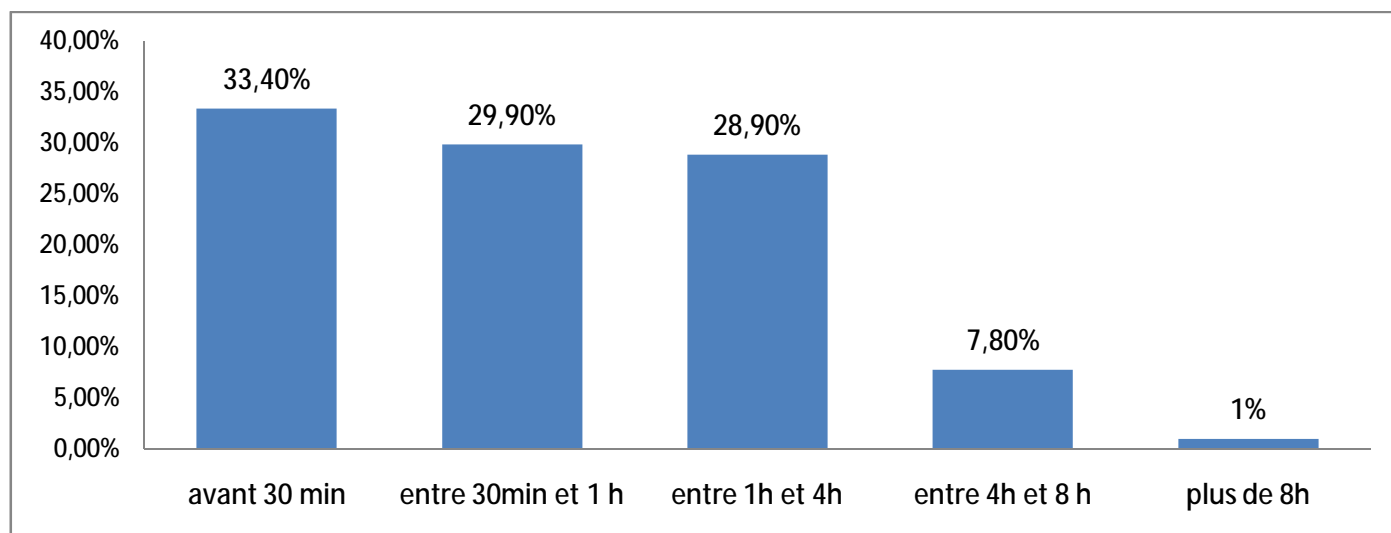


Figure 6 : le délai d'intervention de l'interne de garde

c3- L'heure d'appel du résident de garde :

33,2% des avis ont été demandé entre 8h et 12h, 23,04% entre 12h et 16h, 22,5% entre 16h et 20h et 17,64% entre 20h et 00h alors que seulement 3,92% des avis ont été demandé après minuit.

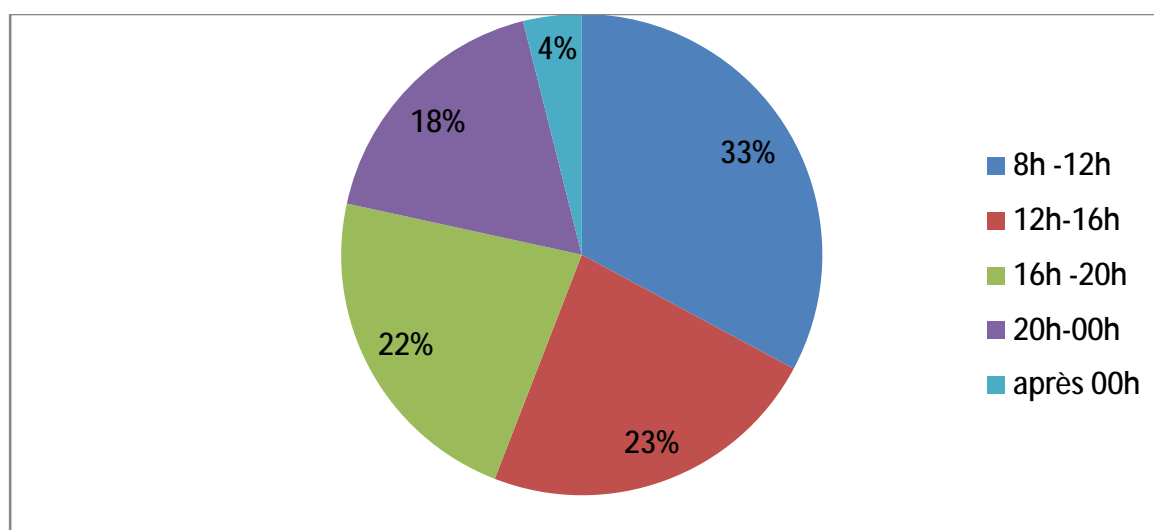


Figure 7 : heure d'appel du résident de garde

c4- Le délai d'intervention du résident de garde :

85,7% des patients ont été examinés dans moins de 30 min de l'appel de l'interne de garde, 8,5% entre 30min et 1 heure et 5,8% des cas après une heure.

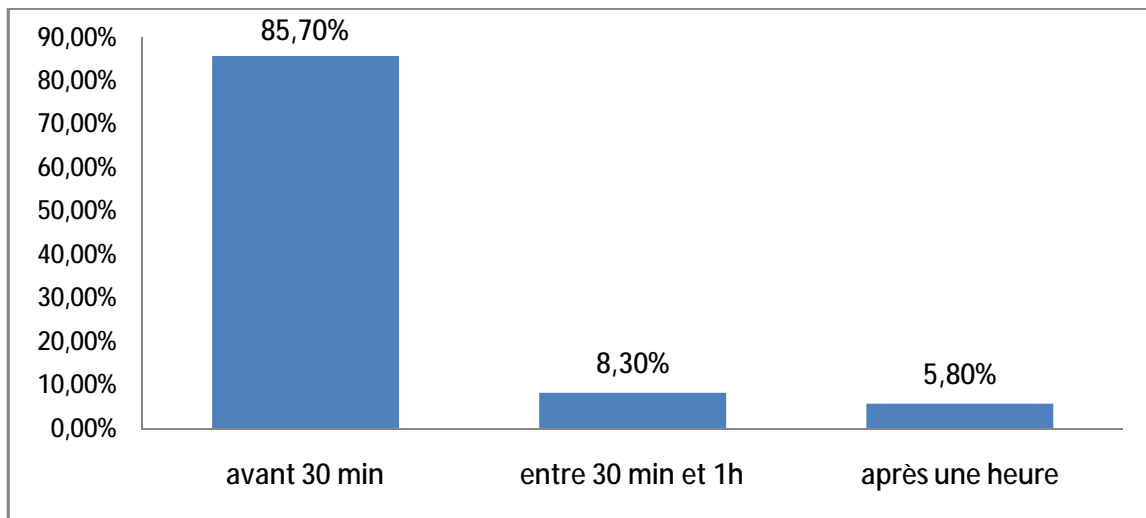


Figure 8 : le délai d'intervention du résident de garde

d- Résultats des motifs de consultation, des diagnostics évoqués et des qualités des intervenants :

d1 - motif de consultation urgent ou non :

Les vraies urgences ont été retrouvées dans 34,8% des cas contre 65,2% qui sont des fausses urgences.

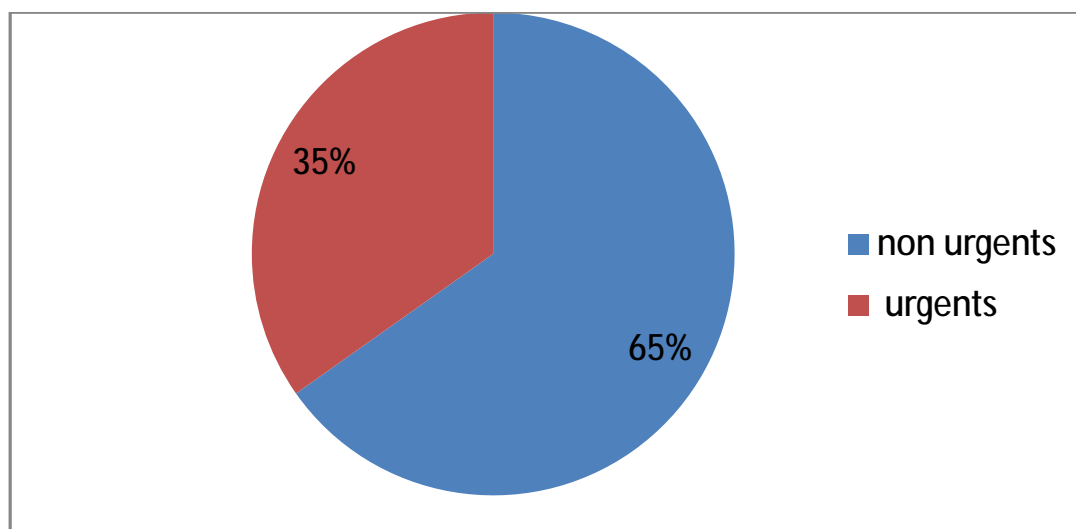


Figure 9 : motif de consultation urgent ou non

d2- Les diagnostics évoqués par l'interne de garde :

Dans 57,4% des cas, le diagnostic n'était pas évoqué par l'interne de garde contre 42,6% réparties comme tels : dermatoses infectieuses dans 22,6% des cas, plaies et troubles trophiques dans 13,7% des cas dont les brûlures représentaient 13,2 %, dermatoses inflammatoires dans 4%, toxidermies dans 1%.

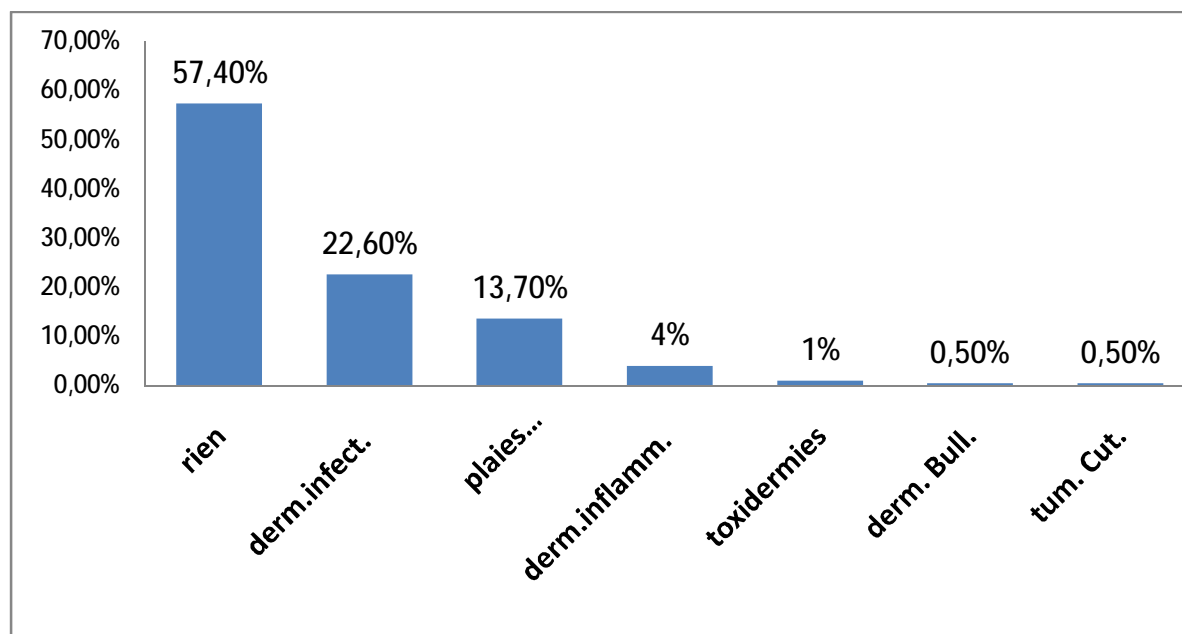


Figure 10 : diagnostics évoqués par l'interne de garde

d3- Les diagnostics retenus par le résident de garde :

Les diagnostics évoqués par le dermatologue de garde étaient répertoriés en dermatoses infectieuses dans 40,2% des cas, dermatoses inflammatoires dans 17,2% des cas, plaies et troubles trophiques dans 15,7% des cas, toxidermies dans 8,8% des cas, tumeurs cutanées et autres (vascularites, angiomes, éruptions non spécifiques) dans 3,4%, dermatoses bulleuses dans 2,9% des cas, dermatoses faciales dans 2% des cas, maladies de système dans 2%, piqure d'insecte dans 1% des cas et pathologie des annexes (poils, cheveux, glandes sudorales et sébacées) dans 0,5%.

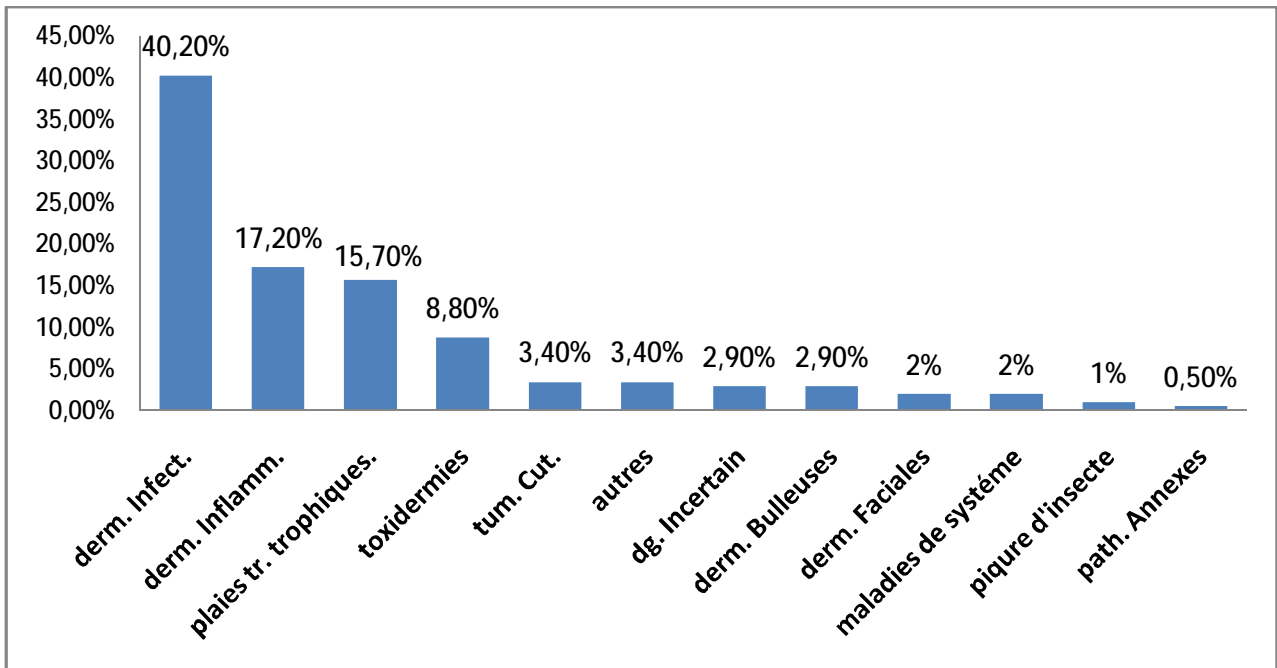


Figure 11 : les diagnostics évoqués par le résident de garde

d3-1- Répartition des dermatoses infectieuses évoquées par le résident de garde :

Les dermatoses infectieuses évoquées par le dermatologue de garde ont été classé en dermatoses bactériennes dans 56,67 des cas, virale dans 25,9%, fongiques dans 3,7% des cas, gale dans 3,77%, leishmaniose dans 3,77%, surinfections (bactériennes ou herpétiques) dans 2,51%, infections sexuellement transmissible dans 2,26% (syphilis, HIV, chancre mou ...)

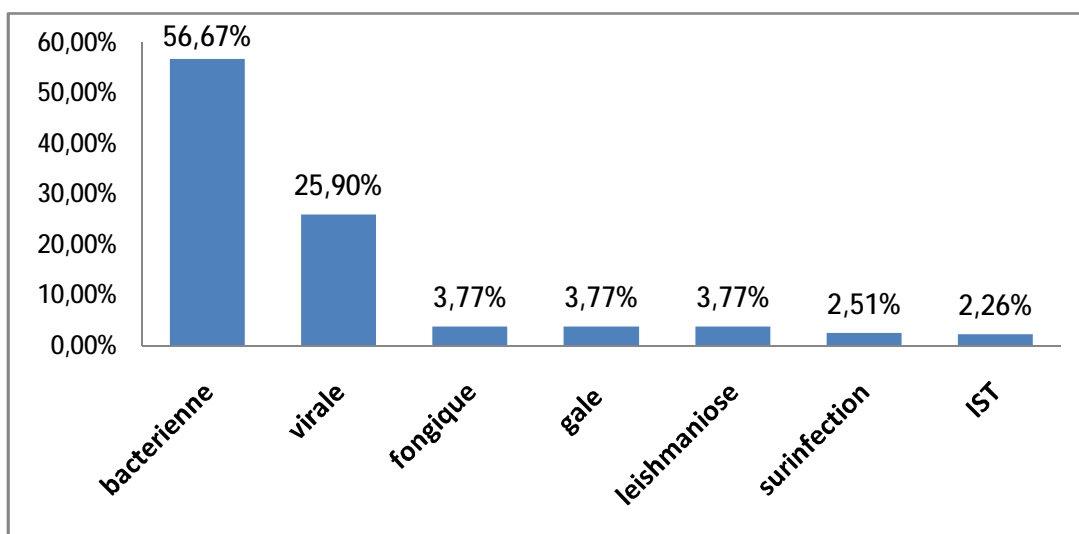


Figure 12 : répartition des dermatoses infectieuses évoquées par le résident de garde

d3-2- Répartition des inflammatoires évoquées par le résident de garde:

Les dermatoses inflammatoires ont été diverses dans notre série : 47,2% étaient représentées par les eczémas, 19,53% par l'urticaire, 16,38% par le psoriasis, 8,72% par l'érythème noueux, 2,9% par le syndrome de sweet, 2,9% par l'érythéma élévatum et 2,9% par le prurigo.

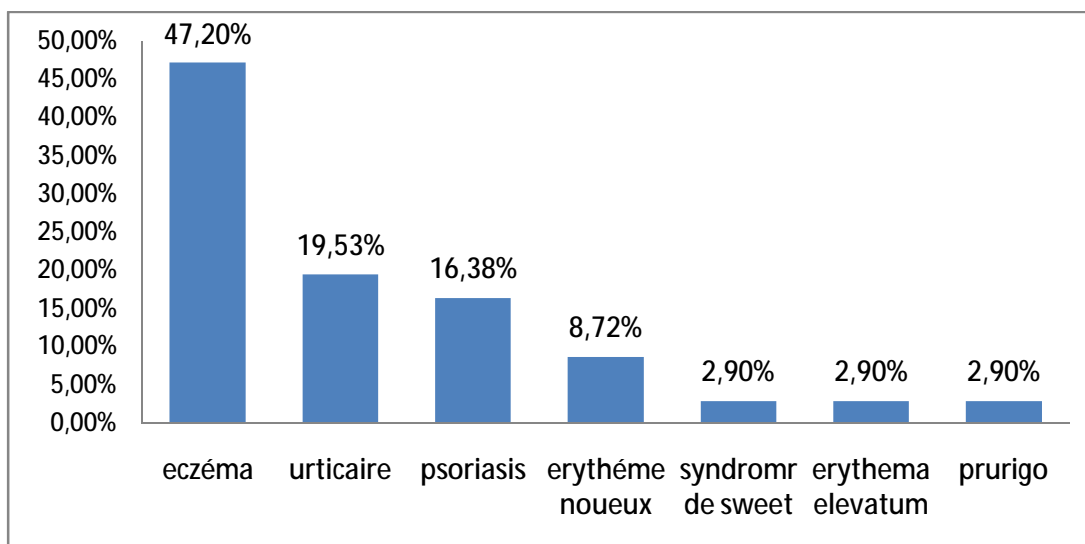


Figure 13 : répartition des dermatoses inflammatoires évoquées par le dermatologue

d3-3- Répartition des plaies et troubles trophiques évoquées par le résident de garde :

Dans notre série, les troubles trophiques ont été classés en deux catégories : brulures dans 93,19% et ulcère de jambe dans 6,8%.

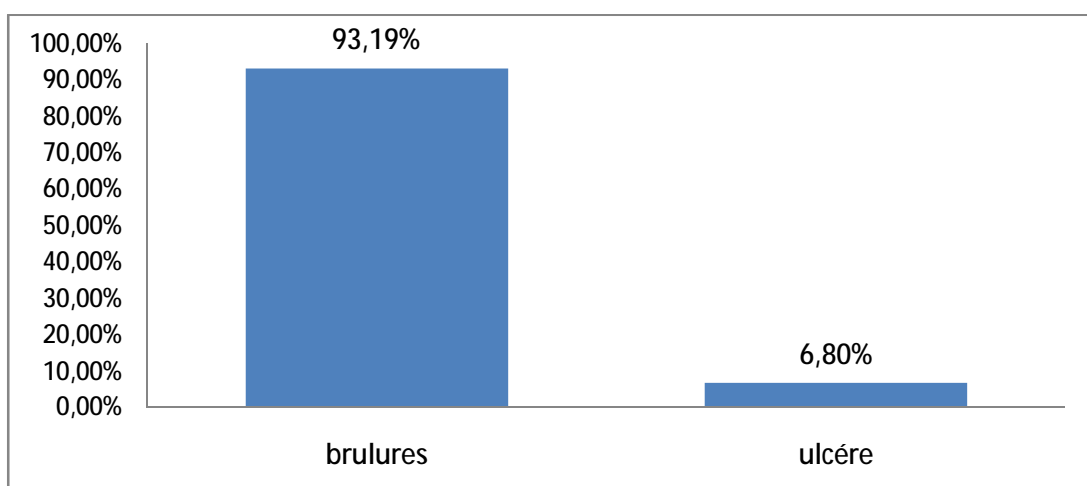


Figure 14 : répartition des plaies et troubles trophiques

d3-4- Répartition des dermatoses faciales évoquées par le résident de

garde :

Les dermatoses faciales vues par le dermatologue de garde aux urgences étaient classées en rosacée dans 50% des cas, acné vulgaire dans 25% des cas et mélasma dans 25% des cas, ainsi on n'avait pas noté des cas d'acné ou rosacée fulminans.

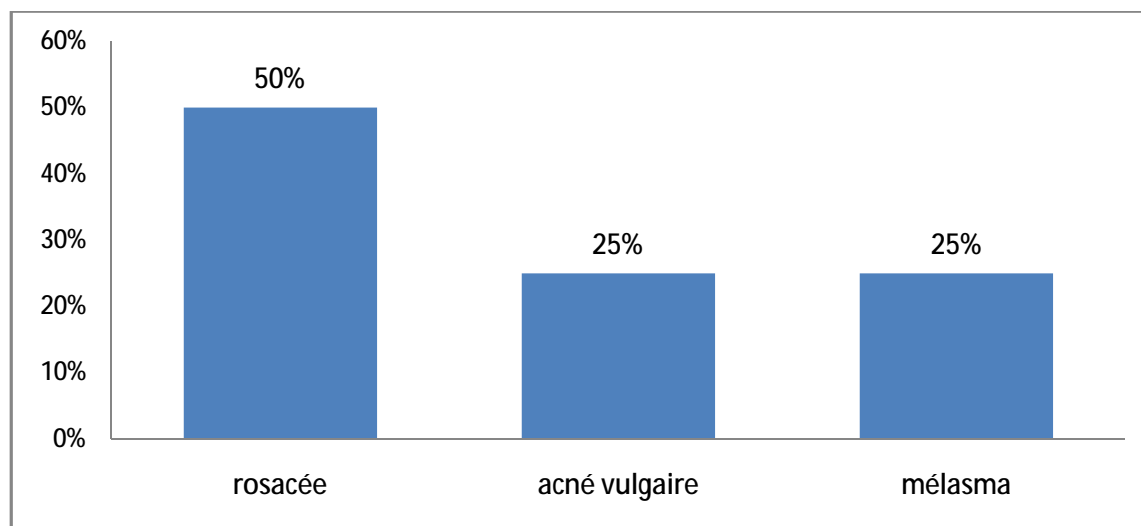


Figure 15 : répartition des dermatoses faciales

d3-5- Répartition des dermatoses bulleuses évoquées par le résident de

garde :

Les dermatoses bulleuses vues par le dermatologue de garde étaient soit des pemphigus dans 42,87% des cas ou des pemphigoide gestationis dans 42,85% des cas ou des impétigos herpétiformes dans 14,28% des cas. Par contre nous n'avons pas noté de cas de toxidermie bulleuse dans notre série.

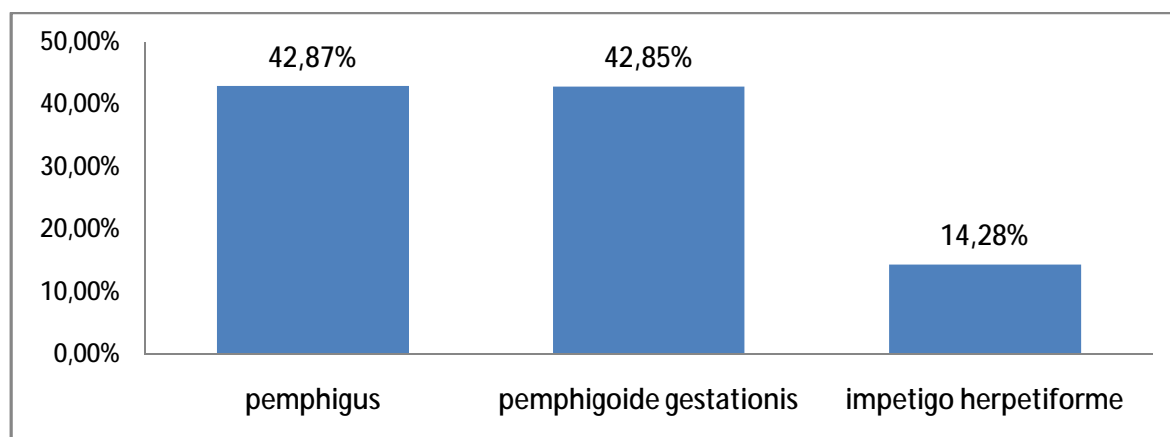


Figure 16 : répartition des dermatoses bulleuses

d3-6- Répartition des maladies de système évoquées par le résident

de garde :

Les maladies de système évoquées par le dermatologue de garde ont été répertoriées en maladie de Behcet dans 50% des cas, lupus chronique dans 25% des cas et dermatomyosite dans 25% des cas.

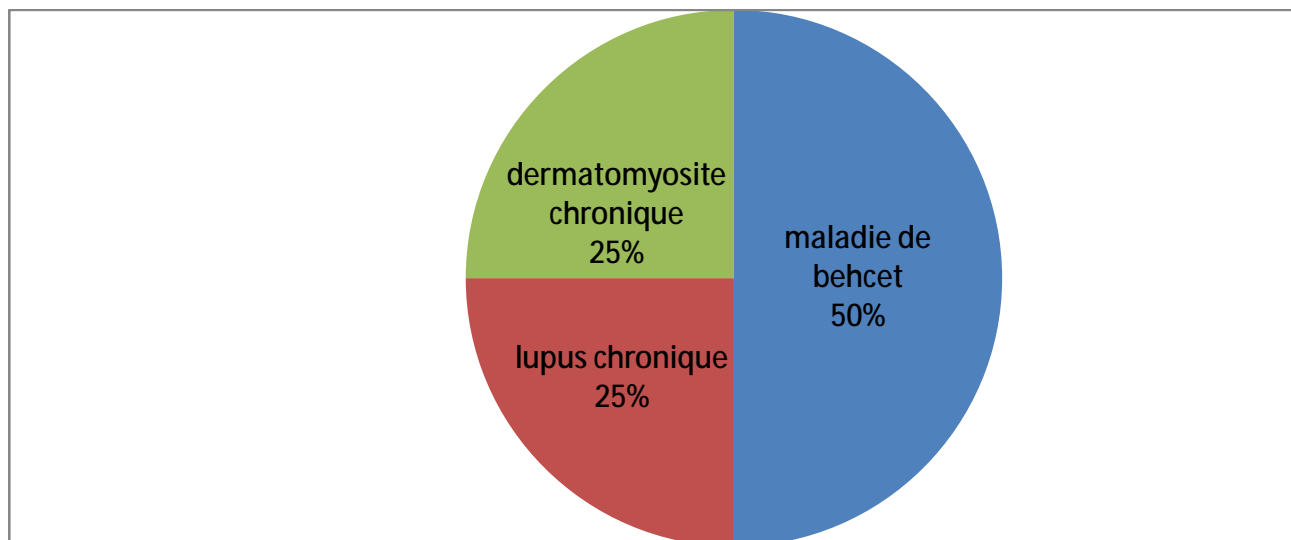


Fig.17 : répartition des maladies de système

d4- Apport du résident de garde :

Le résident de garde a confirmé le diagnostic de l'interne de garde dans 30% des cas et a établi un nouveau diagnostic dans 67% des cas alors que dans 3% des cas le diagnostic n'a pas été établi et les malades ont été adressés soit en consultation soit hospitalisés au service.

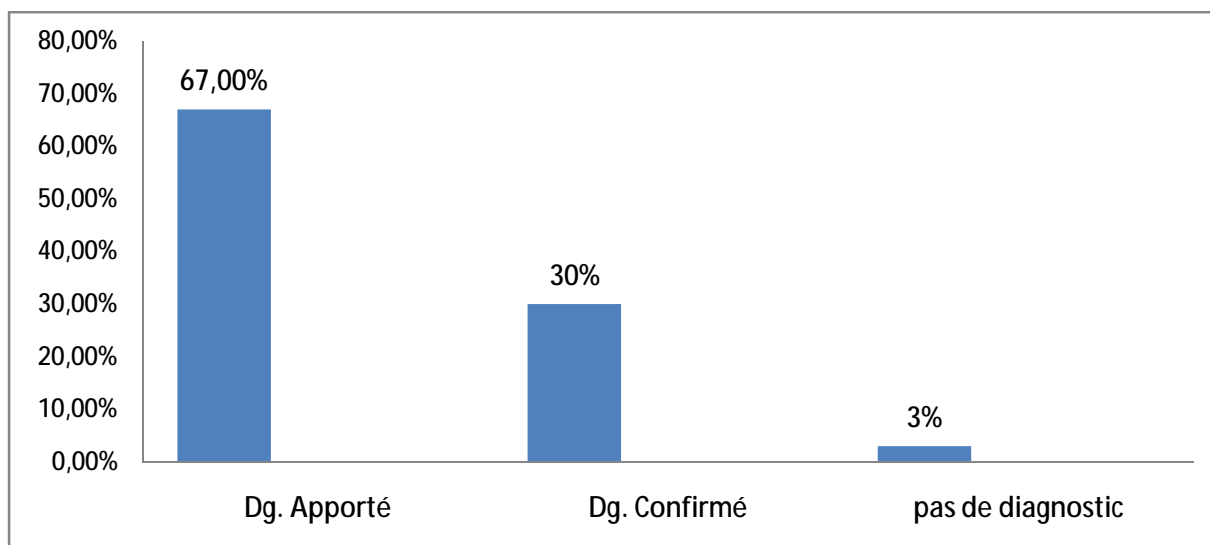


Figure 18 : apport du résident de garde

d5- Le recours à l'astreinte :

Le recours à l'astreinte par le dermatologue de garde a été nécessaire dans 16,7% des cas.

e- Résultat de l'évolution des patients au sein des urgences :

Répartition des actes médicaux et paramédicaux réalisés aux urgences :

22,9% de nos patients avaient besoin d'autres avis spécialisés, 57,3% avaient bénéficié de bilan biologique, 13,5% des biopsies cutanées et 6,3% une imagerie.

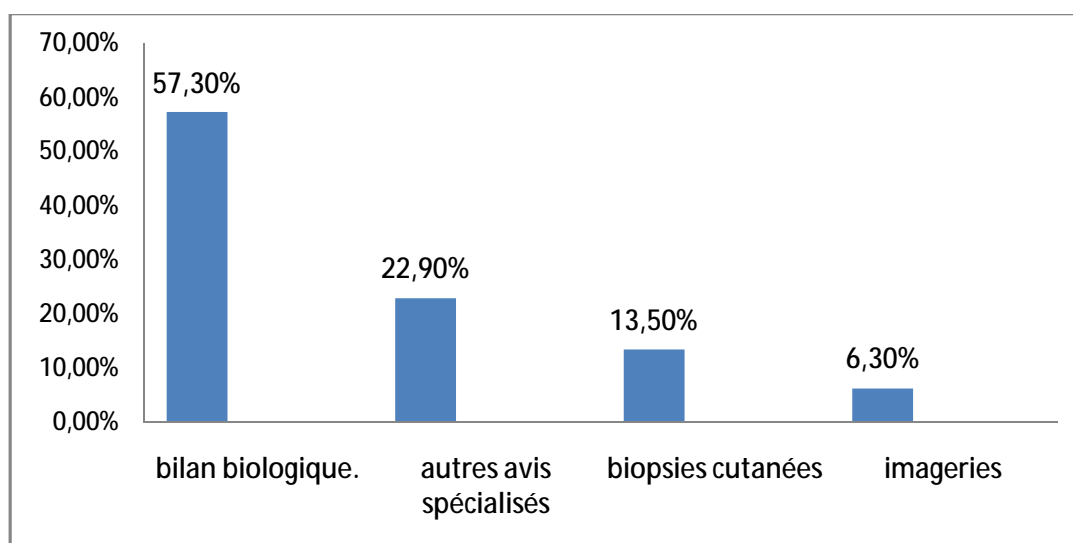


Figure 19: actes médicaux et paramédicaux réalisés aux urgences

f- résultats du devenir des malades :

15,2% des patients ont bénéficié d'une hospitalisation au service de dermatologie, 58,3% ont été adressés en consultation, 16,5% ont été traités adressés chez eux et 10% de ces malades relevaient d'autres spécialités.

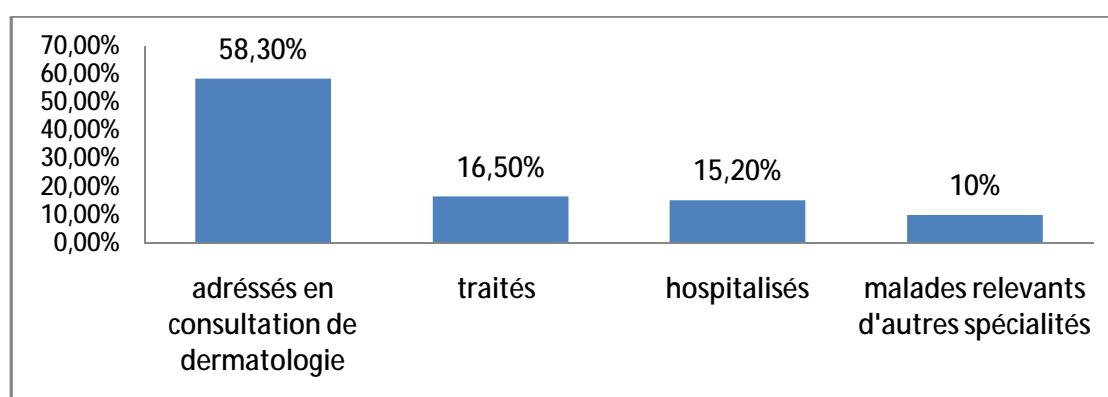


Figure 20 : devenir des patients

2- Résultats analytiques :

a- Corrélation entre sexe et vraie urgence :

Les femmes consultaient dans 33,9% des cas pour une vraie urgence et 66% des hommes consultaient pour les mêmes raisons.

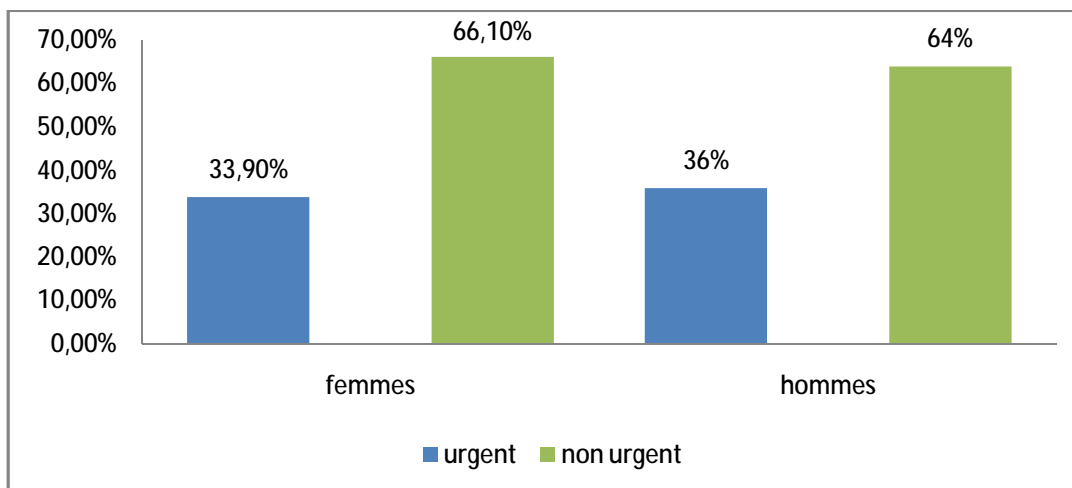


Figure 21 : corrélation entre sexe et vraie urgence

b- Corrélation entre la vraie urgence et médecin référant :

Le médecin généraliste réfère dans 32% des cas une vraie urgence, le patient consultait lui-même dans 33,7% pour des motifs urgents et le dermatologue réfère dans 60% des cas des vraies urgences.

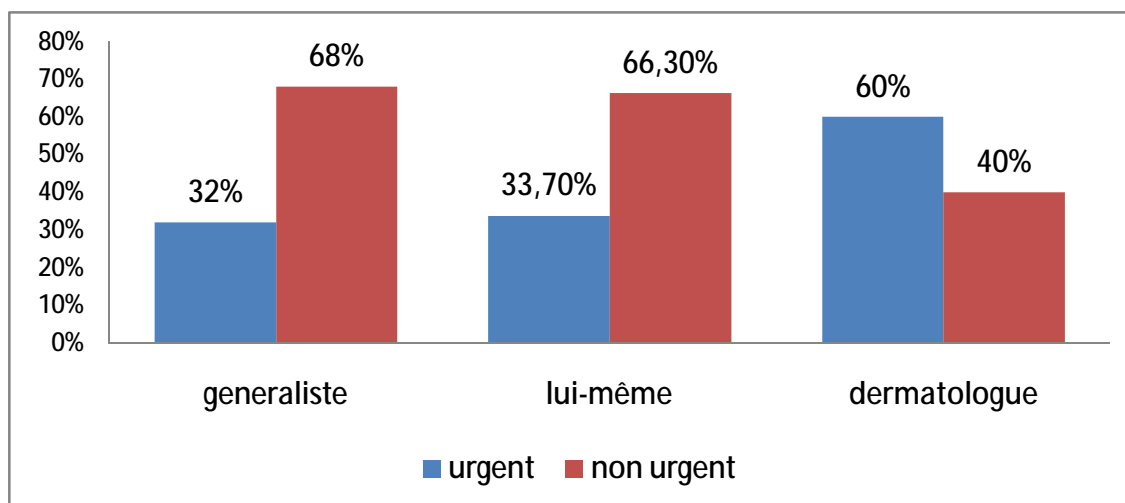


Figure 22 : corrélation entre la vraie urgence et médecin référant

c-Analyse des données chronologiques :

c1- Corrélation entre le jour de consultation aux urgences et vraie urgence :

Les patients se présentaient pour des motifs non urgents, au cours des jours ouvrables dans 68,1% des cas et au cours des jours non ouvrables dans 59,1% des cas, versus 31,9% des vraies urgences dans les jours ouvrables et 40,9% dans les jours non ouvrables.

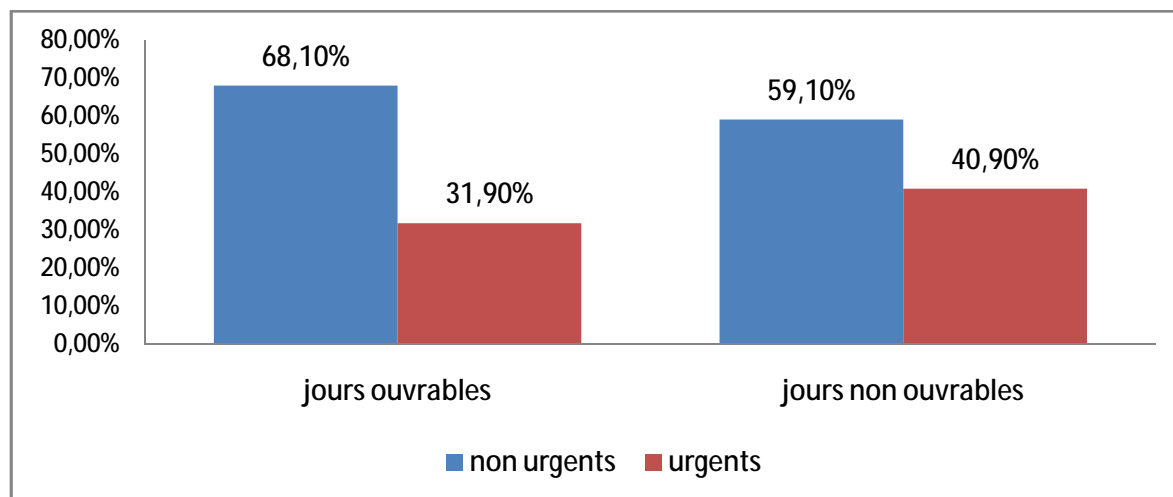


Figure 23 : corrélation entre le jour de consultation et vraie urgence

c2- Corrélation entre vraie urgence et délai d'intervention du résident de garde :

Le délai d'intervention du résident de garde a été dans 34,9% des cas entre 30 min et 1h pour des motifs urgents et après 1h dans 34,5% des cas pour les mêmes motifs urgents.

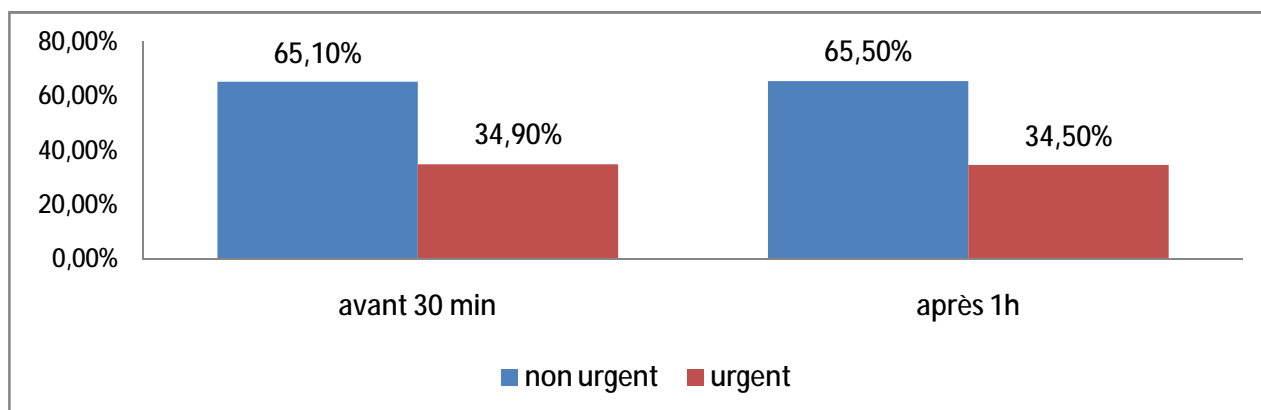


Figure 24 : corrélation entre vraie urgence et délai d'intervention du résident de garde.

d- Analyse des données de l'évolution des patients au sein des urgences

d1- Corrélation entre vraie urgence et recours à l'hospitalisation :

55% des malades hospitalisés au service de dermatologie à partir des urgences étaient non urgents contre 45% urgents.

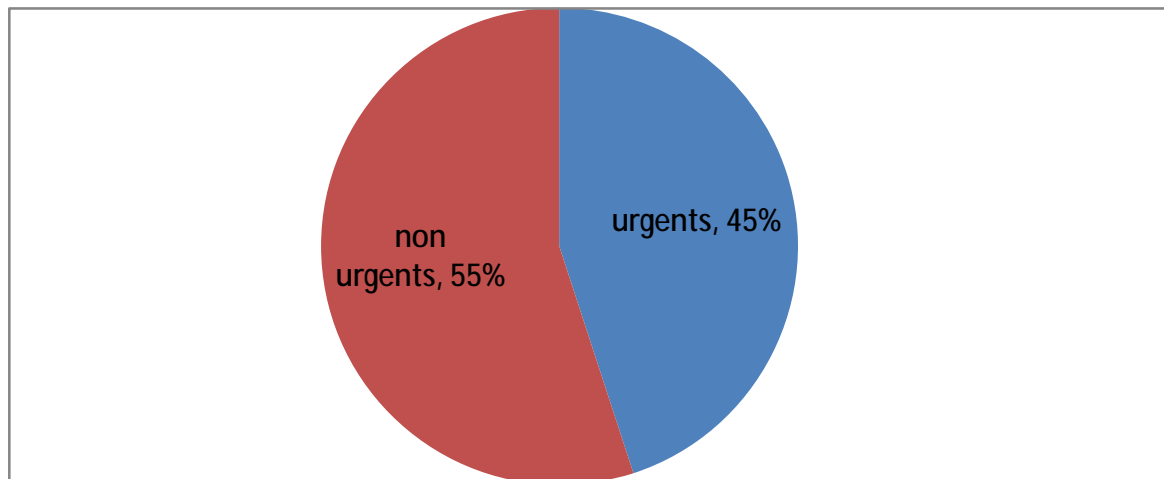


Figure 25 : corrélation entre vraie urgence et recours à l'hospitalisation

e- Corrélation entre acte réalisé et vraie urgence :

49,6% des malades consultants aux urgences pour des motifs dermatologiques non urgents, bénéficiaient des actes médicaux et paramédicaux déjà cités alors que 45,1 % des malades urgents bénéficiaient des mêmes actes.

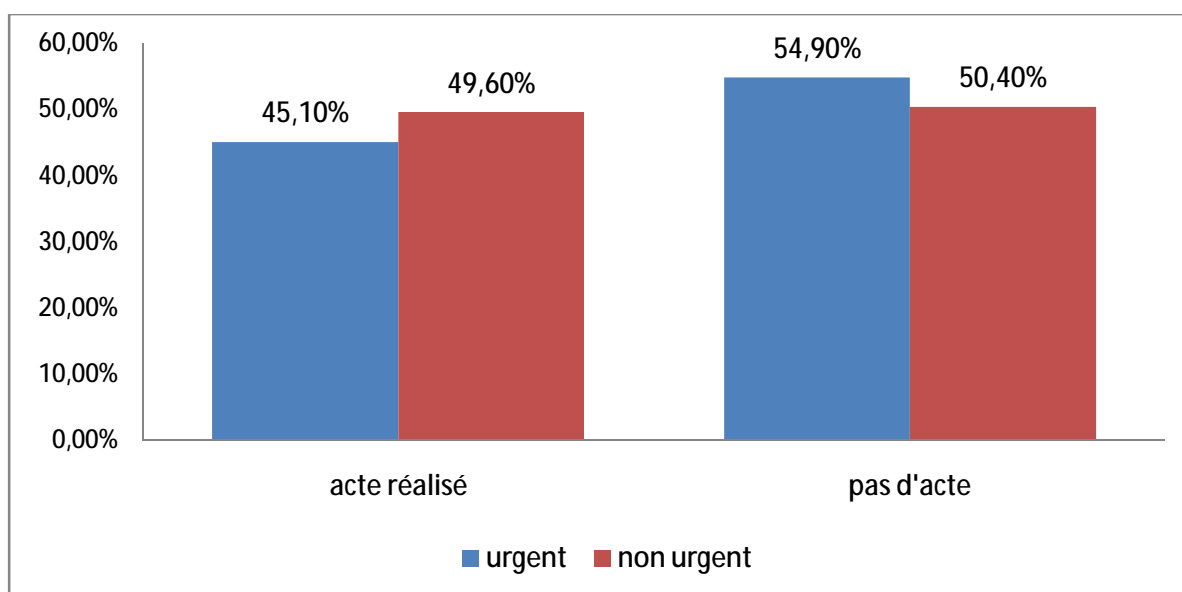


Figure 26 : corrélation entre acte réalisé et vrai urgence

DISCUSSION

Les critères pour distinguer les « les vraies urgences » sont difficiles à établir.

Dans notre étude, la définition des urgences dermatologiques était celle des dermatoses pouvant entraîner des complications vitales (toxidermies graves, œdème de Quincke...) ou toute pathologie aiguë (moins de 5 jours comme l'érysipèle grave, staphylococcie de la face ...) et /ou grave (rash toxinique, dermatose bulleuse étendue) nécessitant un traitement immédiat.

Notre étude est la première à l'échelle nationale à étudier l'activité de consultation dermatologique au sein du service des urgences tant qualitativement que quantitativement. Par ailleurs, à l'échelle internationale il existe un nombre limité des articles (moins d'une dizaine), réalisés essentiellement en France.

1- Prévalence :

L'activité de consultation des services hospitaliers de dermatologie est importante. Dans certains pays comme les états unis, cette activité de consultation est prédominante, voire exclusive, puisque les services de dermatologie ne disposent plus de lits d'hospitalisation spécifiques [4]

En France, une étude prospective d'A.Lambert et ses collaborateurs, réalisée pendant une période de deux mois en 2003, s'intéressant à l'activité de consultation de trois services de dermatologie hospitalo-universitaires du CHU d'Amiens, Lille et Rouen, ayant colligé 7296 consultants, avait montré que cette activité était importante tant quantitativement que par l'importance des pathologies prises en charge en santé publique et que ces consultations hospitalières répondaient à une triple demande : 1- de recours et d'hyperspécialisation 2- d'urgence 3- de dermatologie courante [5] .

Les services hospitaliers de dermatologie comportent différentes unités : une consultation clinique hospitalière incontournable dégageant une activité soutenue

au sein des polycliniques de l'hôpital, des unités d'hospitalisation, qu'il s'agisse d'hospitalisation de plus de 24 heures ou, depuis les années 1980, d'hospitalisation de jour ou de semaine [1].

Notre service, dispose de deux salles de consultation au centre de diagnostic (quatre consultations sur rendez-vous par jour), une unité d'hôpital de jour, des unités d'hospitalisation réparties en court séjour (moins d'une semaine), moyen séjour (entre une et deux semaines) et long séjour (plus de deux semaines), une unité de laser, une de photothérapie (UVA, UVB, photothérapie dynamique) et une unité de gestes (chirurgie dermatologique, traitement exfoliant de la peau, cryothérapie).

La demande en consultation d'urgence dermatologique est croissante à la fois en pratique libérale et hospitalière [2], elle représente 16% de l'ensemble des consultations selon l'étude de Lambert (CHU d'Amiens, Lille et Rouen) [5].

une autre étude prospective de D.Murr, menée au service d'accueil des urgences dermatologiques de l'hôpital Henri-Mondor à Créteil (France), ayant comme but de comparer aussi bien la consultation programmée que la consultation des urgences, qui a colligé en même temps 500 malades ayant consulté à l'accueil des urgences durant la période du 13/12/2000 au 13/01/2001 et 411 malades examinés en consultations programmées du même service durant la période du 18/12/2000 au 22/12/2000. Le taux d'hospitalisation dans cette étude était de 30% [6], et la consultation des urgences représentait 20% de l'activité totale de la consultation clinique de dermatologie [1].

Ainsi que dans une autre étude monoconcentrique rétrospective d'A. Duhamel sur fichier informatique prospectif sur 20652 dossiers d'enfants ayant consulté aux urgences pédiatriques pendant l'année 2006, à l'hôpital Ambroise Paré, à Boulogne en France, les consultations pour des motifs dermatologiques représentaient 9,2% des motifs de consultations générales [7].

En Inde, un travail de V.Falanga a été réalisé au niveau de 158 hôpitaux à Bengale, concernant la dermatologie de liaison (demandes d'avis dermatologiques des différents services de l'hôpital), ayant colligé 971 patients pendant une durée de 5 ans, depuis 1996 jusqu'au 2001. Cette étude a objectivé que les demandes des urgences représentaient 2% de l'ensemble des avis de la plupart des services [17].

Au Maroc, une étude prospective de K.Zinelabidine menée au service de dermatologie au CHU Hassan II de Fès à l'hôpital el Ghassani, entre Avril et Août 2007, ayant comparé tous les patients consultant d'une part aux urgences et d'autre part au centre de diagnostic pour une dermatose, a objectivé que les consultations dermatologiques aux urgences représentent 12,8% de l'activité des consultations [8].

Dans notre étude, menée sur une durée de six mois et ayant colligé 204 malades consultants au service des urgences, la part de la consultation dermatologique aux urgences représentait 8,6% de la consultation dermatologique générale.

Tableau1 : prévalence de la consultation des urgences au niveau des différents hôpitaux nationaux et internationaux.

	Prévalence de la consultation des urgences
A.Lambert (CHU d'Amiens, Lille et Rouen)	16%
D.Murr (hôpital Henri-Mondor à Créteil)	20%
V.Falanga (Bengale)	2%
K.Zinelabidine (hôpital el Ghassani)	12,8%
Notre série	8,6%

En France, le pourcentage de la consultation dermatologique au niveau des urgences est plus important que celle de l'Inde et du Maroc, puisque ces auteurs

incluaient dans leurs séries des malades hospitalisés dans d'autres services spécialisés de l'hôpital et nos malades ont été déjà sélectionnés en préurgence.

On note une diminution de la prévalence de la consultation dermatologique au niveau du service des urgences du nouveau CHU et ceci est en rapport avec la nouvelle organisation du service car nous disposons actuellement de deux salles de consultation au centre de diagnostic, ce qui permet de drainer un maximum de patients avec un intervalle de rendez-vous d'une journée par jour.

2- Discussion des résultats descriptifs :

a- Résultats démographiques :

a1- Répartition selon l'âge :

En France, dans une étude prospective de D. Legoupil, réalisée au CHU de Brest, incluant 105 cas, ayant colligé 105 malades consultants aux urgences dermatologiques, l'âge moyen de ces patients était de 41 ans, avec des extrêmes allant de 4 mois à 95 ans [9].

Dans l'étude prospective de D.Murr (hôpital Henri-Mondor de Créteil), ayant colligé sur une année, 500 malades consultants aux urgences dermatologiques, l'âge moyen de ces patients était de 45 ans avec des extrêmes de 18 mois à 90 ans [10].

Dans l'étude prospective d'E. Estève, réalisée au service de dermatologie du CHR d'Orléans, pendant une année, ayant colligé 111 malades hospitalisé pour des dermatoses aiguës, l'âge moyen de ces patients était de 53,7 ans, extrêmes de 15 à 99 ans [11].

L'âge moyen des malades consultants aux urgences pour des motifs dermatologiques, dans l'étude prospective de K.Zinelabidine (Hôpital Al Ghassani) ayant colligée 140 cas, était de 24 ans avec des extrêmes allant de 15 à 100 ans [8].

Les résultats dans notre étude ont montré que la population consultante aux urgences est plus jeune que la population européenne (âge moyen de 35 ans, avec des extrêmes entre 3 mois et 80 ans), ce qui pourrait être expliqué par la différence démographique entre les deux pays : France et Maroc

Tableau2 : l'âge moyen des malades consultants aux urgences dans différents services

Service de dermatologie	Age moyen
D. Legoupil (CHU Brest)	41ans
D.Murr (l'hôpital Henri-Mondor Créteil)	45 ans
d'E. Estève (CHR d'Orléans)	53,7 ans
K.Zinelabidine(CHU Hassan II (Al.Ghassani)	24 ans
Notre série	35 ans

a2-Répartition selon le sexe :

Les patients consultants aux urgences, du CHU de Limoges, sur un échantillon de 117 malades, inclus sur 3 mois de l'étude de S. Blaise, étaient dans 59% des cas des femmes et 41% des hommes [2].

Dans l'étude de D.Murr (hôpital Henri-Mondor), les patients consultant aux urgences dermatologiques étaient dans 51% des cas des hommes et 49% des cas des femmes [10].

Dans l'étude d'E. Estève (CHR d'Orléans), 53% des consultants aux urgences étaient des femmes et 47% des hommes.

Dans l'étude de K.Zinelabidine (hôpital AL Ghassani), 48% des consultants étaient des femmes et 52% des hommes.

Dans notre série, nos résultats rejoignent celles de la littérature puisque 56,4% des consultants étaient des femmes et celui des hommes était de 43,6%, avec un sexe ratio H / F de 1,3.

Tableau 3 : répartition selon le sexe des différentes études comparables :

Service de dermatologie	Pourcentage des femmes	Pourcentage des hommes
S. Blaise (CHU Limoges)	59%	41%
D.Murr (Hôpital d'Henri-Mondor)	49%	51%
E. Estève (CHR Orléans)	53%	47%
K.Zinelabine (CHU HASSAN II Al Ghassani)	48%	52%
Notre série	56,4%	43,6%

Cette légère prédominance des femmes pourrait être expliquée par le recrutement dans notre série des malades consultants au niveau des urgences gynéco-obstétricales.

b-Résultats du mode de recrutement :

b1 - Répartition selon le service demandeur :

Aucune étude à notre connaissance actuelle, concernant les urgences dermatologique n'a colligé ce paramètre du service demandeur.

En fait, l'organisation du CHU HASSAN II est particulière et différente des autres CHU et hôpitaux, puisque les services des urgences étaient réparti en trois : urgences du bâtiment central, recrutant un plus grand nombre de malades et urgences du bâtiment mère-enfant comportant les urgences pédiatriques et gynéco-obstétricales. C'est au résident de garde de se déplacer au niveau des services demandeurs pour prendre en charge le malade.

L'organisation est toute autre au niveau du CHU d'Henri-Mondor à Créteil où le dermatologue de garde dispose d'une salle réservée aux urgences dermatologiques, ce qui explique que cette répartition selon le service demandeur n'a pas été mentionnée dans le travail de D.Murr [6] et ceci, contrairement aux

autres hôpitaux français (CHU de Brest, CHU de Limoges, CHU Rouen, CHU Amiens et CHU de Lille).

Dans notre étude, 86,7% des cas provenaient du service des urgences du bâtiment central, dans 8,3% des cas du service des urgences pédiatriques et dans 4,9% des cas des urgences gynécologiques et obstétricales.

Ce résultat était attendu vu le nombre important des malades recrutés au niveau des urgences du bâtiment central qui draine les urgences des différentes spécialités confondues à part la pédiatrie et la gynéco-obstetrique.

b2-Répartition du médecin référant :

Dans l'étude de D. Legoupil (CHU de Brest), 51% des malades consultants pour des motifs dermatologiques aux urgences, étaient adressés par leur médecin traitant, 9% par un médecin urgentiste, 6% en interservices et 23% venaient sans courrier [9].

Dans le travail de D.Murr (hôpital Henri-Mondor à Créteil) ,77% des malades consultaient d'eux même sans courrier et 23% étaient adressés par un autre hôpital ou par leur médecin traitant [6].

Dans l'étude de S. Blaise (CHU de Limoges), les malades sont adressés dans 51,3% par un médecin spécialiste autre que dermatologue, par un généraliste dans 34,2% des cas, sans courrier dans 12,8% des cas et par un dermatologue dans 1,7% des cas [2].

Dans notre série, les patients consultants aux urgences, étaient sans courrier dans 82,8%, par ailleurs la part des médecins généralistes référents était de 12,25% et celle du dermatologue était de 4,9%.

En fait nos résultats étaient proches de celles de l'hôpital d'Henri-Mondor dont l'organisation est semblable à celle de notre CHU et dont la plupart des malades consultaient d'eux même sans courrier, ceci probablement parce que les manifestations dermatologiques aiguës ou gênantes par l'importance de leurs

signes fonctionnels, amenaient les malades à consulter directement aux urgences sans passer par un autre médecin généraliste ou spécialiste puisque le médecin des urgences n'exigeaient pas de lettre d'un médecin référant avant d'admettre le malade.

Le nombre limité des dermatologues référant les malades aux urgences était le résultat de la plupart de ces études. La connaissance et la bonne gestion des vraies urgences par les dermatologues de ville auraient certainement réduit le nombre des consultations au service des urgences. Par ailleurs, le système de soins en France obligeant les patients à consulter en premier chez un médecin généraliste ou encore le nombre limité des dermatologues exerçant dans la région de Fès-Boulmane et Taounate (au nombre de 10) pourraient également expliquer ces résultats [13].

c-Résultats chronologiques :

c1- Répartition selon le jour de la consultation :

Une seule étude, à notre connaissance actuelle avait colligé cette donnée du jour de consultation des urgences, c'est l'étude de S. Blaise (CHU de Limoges) qui avait comme résultat, 93% des consultants au cours de la semaine et 7% au cours des weekends. Dans cette étude, la répartition des consultants au cours de la semaine était homogène avec deux pics le lundi (23,93%) et le mercredi (24,78%), ce qui était expliqué par les auteurs par la répercussion des consultants du dimanche sur le lundi et une activité majorée le mercredi, jour traditionnellement réservé aux enfants qui n'ont pas école.

Dans notre série, les patients se présentaient au service des urgences dans 67,6% des cas au cours de la semaine, dans 29,9% des cas au cours des week-ends et dans 2,5% des cas les jours fériés.

Nos résultats objectivent un chiffre plus élevé au cours des week-ends, cela est probablement dû au fait que les dermatologues de ce centre, n'assurent pas la garde au cours des week-ends.

c2 -Répartition selon le délai d'intervention de l' interne de garde :

Notre étude était la première à colliger cette donnée puisque l'organisation de notre CHU est différente des autres hôpitaux, avec présence du service de préurgence où les malades sont triés puis envoyés par le médecin de préurgence à la deuxième partie du service des urgences (s'ils sont jugés urgents) pour être vu par l'interne de garde.

Dans notre série, 32,4% des patients ont été vus par l'interne de garde dans les 30 premières minutes de leur admission dans la préurgence, 29,9 % entre 30 min et 1h et 28,9% entre 1h et 4h alors que 1% des patients ont été examiné par l'interne de garde au-delà de 8h.

Le délai d'intervention de l'interne de garde était raccourci à 30 min dans 32,4% des cas. Parmi ces malades on retrouvait 62% de brûlés ; ce type de malades était généralement amené par une ambulance ou par une famille qui est affolée. Une autre explication pour ce raccourcissement du délai de prise en charge par l'interne de garde est que le diagnostic de brûlure est facile et reconnu comme urgent par le médecin de préurgence.

Le délai d'intervention de l'interne était plus prolongé dans 77, 6% des cas, dont 1% à plus de 8h. Ceci pourrait être expliqué soit par le fait que les malades de dermatologie étaient jugés moins urgents que les malades des autres spécialités et étaient vus par conséquent plus tard soit par le temps limité de réflexion pour des maladies moins urgentes à son avis par apport aux autres puisqu'il est débordé.

L'encombrement des urgences par des malades urgents ou non de toutes spécialités confondues pourrait aussi expliquer ce prolongement du délai d'intervention de l'interne de garde.

c3-L'heure d'appel du résident de garde:

Vu que la garde en dermatologie de notre CHU Hassan II, est résidentielle de 24h/24 et 7j/7, c'était important de colliger cette donnée de l'heure de demande d'avis dermatologique par l'interne de garde.

Une seule étude de D.Murr (CHU de Henri-Mondor) avait colligé partiellement cette donnée puisque l'organisation du service de dermatologie, concernant la gestion des urgences dermatologique, est semblable à celle de notre service.

Les auteurs de cette étude ont mentionnées que 49% de leurs malades consultants au service des urgences, se présentaient en dehors des heures ouvrables.

Dans notre étude, on a noté que 33,2% des avis ont été demandé entre 8h et 12h, 23,04% entre 12h et 16h, 22,5% entre 16h et 20h et 17,64% entre 20h et 00h alors que 3,92% des avis ont été demandé après minuit.

Soit 44% des patients consultaient en dehors des heures ouvrables.

Ces résultats comparables des deux études sont le reflet soit d'une dermatose aigue menant le patient à consulter à n'importe quelle heure de la journée soit de l'accessibilité des urgences.

Dans notre étude, on remarque qu'après 8 heures de soir, le nombre de patients diminuaient, ceci pourrait être expliqué du fait que l'hôpital est éloigné du centre de la ville et donc l'accessibilité le soir est limitée et les patients qui avaient consulté, présentaient des vraies urgences dont la prise en charge immédiate est nécessaire.

Un autre résultat de notre étude concernait les 3,92% des malades consultants après minuit ; ceci renforce l'idée de certains auteurs à propos de l'existence des urgences propres à la dermatologie [1].

L'ensemble de ces résultats confirment que les malades utilisent les urgences comme un centre de consultation afin d'avoir une consultation spécialisée rapide sans rendez-vous.

Pour cela, une augmentation du nombre des salles de consultation au centre de diagnostic s'avère nécessaire afin de raccourcir plus les délais de rendez-vous.

c4-Le délai d'intervention du résident de garde :

Le premier objectif de notre étude était d'apprécier la précocité et la qualité de la prise en charge des malades de dermatologie aux urgences.

Aucune étude s'intéressant aux urgences dermatologiques, à notre connaissance actuelle, n'a colligé cette donnée, probablement à cause des grandes disparités entre les systèmes de soins de nos pays.

Alors qu'une étude multicentrique d'A.Maza au niveau des différents CHU de Marseille concernant la dermatologie de liaison a colligé partiellement cette donnée. Les dermatologues, dans cette étude, intervenaient le jour même dans 86% des cas et dans les 24 heures qui ont suivi la demande dans 14% des cas [16].

Dans notre série, le délai d'intervention du résident de garde était dans 85,7% des cas avant 30 min et dans 5,8% des cas après une heure.

Ces deux résultats ne peuvent pas être comparables du fait des différences entre les deux études surtout que le travail des CHU de Marseille s'intéressait aux avis dermatologiques donnés aux différents services parmi lesquels les urgences alors le dermatologue n'était pas obligé de répondre rapidement à cette demande.

Dans notre série l'intervention du résident était rapide et ceci probablement parce qu'il prenait au sérieux la demande urgente de la part de l'interne de garde.

Dans notre série, nous jugeons très en retard la réponse du résident de garde au delà d'une heure dans 5,8% des cas, mais ceci pourrait être à cause de l'activité parallèle assurée par ce médecin en formation soit de staff, de cours, de consultation ou de chirurgie.

Donc la nécessité de libérer le médecin de garde des différentes activités afin consacrer tout son temps pour répondre à la demande des médecins des urgences.

d- Résultats des motifs de consultation, diagnostic évoqué et la qualité de l'intervenant :

d1 - Motif de consultation urgent ou non :

Ont été considérées comme « urgence vraie » les dermatoses aiguës (évoluant depuis moins de 5 jours ou aggravées depuis moins de 5 jours) dans l'étude de D.Murr (hôpital Henri-Mondor à Créteil) [6].

Dans l'étude de S. Blaise (CHU de Limoges), ils ont subdivisés les urgences en « urgence vraie » et « relative » et réduit le délai à 48h afin de mieux cibler les pathologies avec risque vital [2].

Dans l'étude de D. Legoupil (CHU de Brest), une autre définition des urgences dermatologiques vraies a été proposée : pathologie aiguë et/ ou grave nécessitant un traitement immédiat et évoluant depuis moins de 48h [9].

Dans notre étude, la définition des urgences dermatologiques était celle des dermatoses pouvant entraîner des complications vitales mais aussi celles qui, par l'importance de leurs signes fonctionnels ou par l'angoisse générée nécessitaient une prise en charge rapide [9].

Seuls 35,89% des patients consultaient pour des vraies urgences dans l'étude de S. Blaise, alors qu'ils étaient au nombre de 43% dans l'étude de D.Murr et de 40% dans l'étude de D. Legoupil.

Nos résultats alors rejoignent celles de la littérature puisque 34,8% des malades consultaient pour des vraies urgences. Malgré des définitions différentes des urgences dermatologiques entre les centres hospitaliers, ce pourcentage reste

globalement identique et reflète l'importance de cette consultation dans la prise en charge quotidienne des patients.

Ce chiffre limité de vraies urgences consultant aux urgences pour des motifs dermatologiques, pourraient appuyer l'avis de quelques auteurs qui trouvent que les vraies urgences à caractère vital sont exceptionnelles [13].

Les dermatoses remarquables par des signes fonctionnels bruyants et/ou par l'importance de l'anxiété des malades ou de leur famille, peuvent amener le malade à consulter en urgence même si la dermatose est jugée non urgente par le dermatologue [14].

Parfois le malade est conscient du caractère non urgent de sa pathologie dermatologique mais il consulte afin d'avoir un délai de consultation spécialisée plus proche [3].

d-2 Diagnostics évoqués par l'interne de garde :

Selon le ministère de santé du Maroc, Les internes de médecine sont des médecins en cours de formation, assurant la contre-visite des malades, dispensant les soins d'urgence dans les services d'affectation aux jours et heures prévus dans le tableau de garde. Ils participent également à l'encadrement des étudiants externes, sous la responsabilité de ses professeurs encadrants et du chef de service [15].

L'accès aux fonctions d'interne a lieu par voie de concours ouvert aux étudiants régulièrement inscrits aux études de médecine avec sélection d'un nombre limité.

Dans notre étude, ces médecins internes ont joué un rôle important puisqu'ils étaient les premiers à recevoir le malade et à l'examiner.

Aucune étude à notre connaissance n'a colligé ce paramètre des diagnostics évoqués par l'interne de garde.

Dans notre étude, Dans 57,4% des cas, le diagnostic n'était pas évoqué par l'interne de garde contre 42,6% réparties comme tels : dermatoses infectieuses dans 22,6% des cas, plaies et troubles trophiques dans 13,7% des cas dont les Brûlures représentaient 13,2 %, dermatoses inflammatoires dans 4%, toxidermies dans 1%.

Ces diagnostics sont comparés avec ceux du dermatologue de garde dans le tableau ci-dessous :

Tableau 5 : tableau comparatif entre les diagnostics évoqués par le médecin interne et le dermatologue de garde

	Diagnostics évoqués par le médecin interne de garde	Diagnostics évoqués par le dermatologue de garde
Dermatose infectieuse	22,6%	40,2%
Dermatoses inflammatoires	4%	17,2%
Plaies et troubles trophiques	13,7%	15,7%
Toxidermies	1%	8,8%
Tumeurs cutanées	0,5%	3,4%
Dermatose bulleuse	0,5%	2,9%
Aucun diagnostic évoqué	57,4%	0%

On constatait que les pourcentages des diagnostics évoqués par l'interne de garde s'éloignaient de ceux du dermatologue de garde, sauf dans le cas des plaies et troubles trophiques dont les Brûlures représentaient une part importante, ce qui pourrait être expliqué par la facilité de ce diagnostic.

Une autre constatation plus surprenante est que ce médecin interne n'a pu évoquer aucun diagnostic dans plus de la moitié des cas.

Ce sous diagnostic des dermatoses vues aux urgences, par l'interne de garde est peut être en rapport avec la méconnaissance du médecin interne des urgences

dermatologiques d'une manière spécifique et des pathologies dermatologiques de manière générale.

d3- Les diagnostics évoqués par le résident de garde :

Peu d'études ont été consacrées pour les urgences dermatologiques, alors qu'elles représentent une grande partie de l'activité des services de dermatologie.

Les motifs de consultations aux urgences dermatologiques sont variés.

Dans l'étude de D. Legoupil (CHU de Brest), les diagnostics les plus fréquemment trouvés étaient les infections d'origine bactériennes et virales (27,6%), les eczémas (21%), les tumeurs bénignes (6,7%) , le psoriasis (5,7%) , les causes physiques (4,7%) , les éruptions (4,7%) et les urticaires dans 3,8% des cas [9].

Dans l'étude de D.Murr (hôpital d'Henri-Mondor à Créteil, les diagnostics les plus fréquents étaient les infections, les eczémas, les éruptions et les urticaires représentant au total 71% des motifs de consultation(6).

Dans l'étude S. Blaise (CHU de Limoges), les diagnostics de consultation les plus fréquents étaient les infections (17,94%), l'eczéma (17,09%), l'ulcère (12,82%), les tumeurs bénignes (10,25%), les éruptions et les toxidermies [2].

Dans l'étude d'A. Duhamel (hôpital Ambroise Paré, Boulogne en France), les pathologies rencontrées se répartissaient en infections (46, 52%), maladies inflammatoires et immunologiques (26,2%) et dermatoses par agents externe (14,8%) [7].

Dans l'étude d'A.Lambert (CHU d'Amiens, Lille et Rouen), les principaux groupes de pathologies pris en charge au cours de la consultation porte étaient : l'allergologie (25%), l'infectiologie (22%), l'angéologie (12%) , la cancérologie cutanée et le psoriasis (7%) [5].

Une étude de V.Shivaram réalisée au service hospitalier d'urgences pédiatriques de Virgine, USA, les quatre motifs de consultation les plus fréquents

étaient les dermatoses de causes physiques (49,6%), les infections (22,7%), les eczémas (8,1%) et les piqûres d'insectes ou les infections parasitaires (5,4%) [12].

Dans l'étude de K. Zinelabidine (hôpital Al Ghassani), les motifs de consultations dermatologiques aux urgences étaient infectieux dans 32% des cas, inflammatoires dans 13,6% des cas, troubles trophiques (Brûlures) dans 11% des cas et éruptions dans 11% des cas.

Dans notre série, on trouve aussi une prédominance des infections cutanées puis des dermatoses inflammatoires comme à Créteil, Limoges, Brest et Boulogne (36,8%), et ceci pourrait être expliqué par l'importance des signes fonctionnels gênant le malade et sa famille et l'emmenant à consulter en urgence.

Tableau 6: les diagnostics évoqués par le résident de garde des différentes études

Diagnostic	S. Blaise %	E. Estève %	D.Murr %	A. Duhamel %	A. Lambert %	V.Shivaram %	K.Zinelabidin %	notre série
Infection	17,94	27 ,6	29	46,52	22	22,7	32	40,2
Eczéma	17,09	21	23,8	26,2	-	8,1	13,6	17,2
Ulcère	12,82	-	-	-	-	-	-	2
Tumeurs bénignes	10,25	6,7	-	-	7	-	-	3,4
Eruptions, toxidermie	7,69	4,7	11	-	25	-	11	8,8
Dermatose bulleuse	4,27	-	-	-	-	-	-	2
Brûlure	0,85	4,7	5	14,8	-	49,6%	11	13,7

Du fait de l'absence d'un service des brûlés, le dermatologue de garde est appelé à prendre en charge initialement tout brûlé. C'est probablement pour cette raison que dans notre étude les patients consultaient en troisième lieu pour des plaies et troubles trophiques dont la plupart étaient des cas de brûlures.

L'organisation de notre service d'urgence est comparable à celui du CHU de Créteil, ce qui explique la ressemblance de nos résultats.

La différence entre notre étude et celles des hôpitaux de Boulogne en France et Virgine en USA, concerne les causes physiques. C'est sans doute le reflet du recrutement pédiatrique et du déroulement de ces deux études dans des centres d'accueil des urgences pédiatriques générales, alors que les urgences pédiatriques ne représentent que 10% dans notre travail.

d3-1-Répartition des dermatoses infectieuses évoquées par le résident de garde :

Pour mieux connaître le profil des dermatoses retrouvées au service des urgences, c'était important de les répartir en différentes sous classes.

Peu d'études ont colligé ce paramètre puisque la plupart des travaux étudiant les motifs de consultation dermatologique aux urgences, avaient pour but de connaître le profil général des différentes dermatoses urgentes.

Dans l'étude de D.Murr (hôpital d'Henri-Mondor à Créteil), les dermatoses infectieuses étaient réparties en Kystes infectés, dermohypodermes, impétigo et varicelle [6].

L'étude d'A. Duhamel (hôpital d'Ambroise Paré à Boulogne), a étudié les motifs de consultation dermatologique et ses différentes sous classes, et a pu mentionner que les principales dermatoses infectieuses étaient virales dans 27,6% des cas et bactériennes dans 14,4% des cas [7].

Dans l'étude multicentrique d'A. Maza, concernant la dermatologie de liaison à Marseille, les dermatoses infectieuses étaient réparties en dermites de macération

(mycoses et intertrigos) dans 40,22% des cas, dermatoses bactériennes (érysipèle, impétigo, abcès) dans 19,54% des cas, dermatoses virales (verrues, condylomes, herpès, varicelle -zona) dans 12,93% des cas, ectoparasites (gale et pédiculose) dans 12,93% des cas et autres (IST et dermites érysipéloïdes) dans 14,36% [16].

Dans notre série, les dermatoses infectieuses évoquées par le dermatologue de garde ont été classées en dermatoses bactériennes dans 56,67% des cas, virales dans 25,9% des cas, fongiques, ectoparasites et leishmaniose dans 3,77%, surinfection dans 2,5% des cas et IST dans 1,26% des cas.

Tableau 7 : répartition de dermatoses infectieuses évoquées par le résident de garde des différentes séries:

	A. Duhamel	A. Maza	Notre série
Dermatoses virales	27,6%	12,93%	25,9%
Dermatoses bactériennes	14,4%	15,54%	56,67%
ectoparasitoses	-	12,93%	3,77%
IST	-	14,36%	1,26%

Généralement les résultats de notre étude rejoignent celles de la littérature mais la répartition au sein de ces dermatoses variaient.

Les dermatoses virales étaient observées en premier dans l'étude d'A. Duhamel, alors que dans notre étude elles étaient en deuxième et ceci probablement en rapport avec le recrutement pédiatrique de la première étude.

Les dermites de macération étaient en première classe dans l'étude d'A. Maza et ceci est sûrement le reflet des demandes d'avis au sein des autres services de médecine ou de chirurgie et non pas des urgences.

d 3-2-Répartition des dermatoses inflammatoires évoquées par le résident de garde :

Les dermatoses inflammatoires représentent un motif fréquent de consultation soit en contexte d'urgence ou en consultation sur rendez-vous.

Dans l'étude de D.Murr (l'hôpital d'Henri-Mondor à Créteil), les dermatoses inflammatoires représentaient 36,4% des motifs de consultation dermatologique aux urgences, dont 65,38% des cas étaient des eczémas, 20,87% des cas des urticaires, 7,69% des cas des psoriasis et 6,4% des cas des dermites séborrhéiques.

Dans l'étude d'A. Duhamel (hôpital d'Ambroise Paré à Boulogne), les dermatoses inflammatoires représentent 26,2% des motifs de consultation au sein du service des urgences dermatologiques dont l'urticaire représente 49,61%, l'angio-œdème 11,06%, la dermatite atopique dans 13,35% et le purpura rhumatoïde dans 8,01% des cas.

Dans l'étude multicentrique d'A. Maza à Marseille, les dermatoses inflammatoires étaient réparties en eczémas dans 47,92% des cas, psoriasis dans 39,63% des cas et urticaire dans 11,05% des cas.

Les dermatoses inflammatoires ont été diversifiées dans notre série : 37,2% étaient représentées par les eczémas, 14,53% par l'urticaire, 11,62% par le psoriasis, 8,72% par l'érythème noueux, 2,9% par le syndrome de sweet, le prurigo et l'érythème élevé médian.

Tableau 8 :répartition des dermatoses inflammatoires évoqués par le résident de garde des différentes séries :

	D.Murr	A.Duhamel	A.Maza	Notre série
Eczémas	65,38%	13,35%	47,92%	37,2%
Urticaires	20,87%	49,61%	11,05%	14,53%
Psoriasis	7,69%	-	39,63%	11,62%

Nos résultats étaient proches de celles de l'hôpital d'Henri-Mondor qui a mentionné la prédominance de l'eczéma en premier puis l'urticaire en deuxième et le psoriasis en troisième.

Ceci à cause de la fréquence d'eczéma qui reste une dermatose courante et répandue surtout dans sa forme aigue qui gêne par son apparition soudaine et son caractère prurigineux et œdémateux [18], d'autant plus qu'au Maroc, l'application de produits naturels est très fréquent.

Les eczémas de contact aigus (Fig.9) sont des motifs de consultation dermatologique d'urgence lorsque la réaction est très étendue, suintante, prurigineuse, parfois impétiginisée ou lorsqu'il s'agit d'eczéma du visage, souvent spectaculaire par l'importance de l'œdème qui entraîne une occlusion quasi complète des paupières [19].

L'urticaire est un syndrome clinique caractérisé par une éruption œdémateuse labile, dont le diagnostic est en général facile et reste clinique : papules érythémateuses, œdémateuses, fugace, migratrice et prurigineuses.

L'angio-œdème est une urticaire profonde caractérisée par une tuméfaction ferme pale et mal limitée avec sensation de tension, qui touche préférentiellement le visage. Sa gravité est liée aux localisations muqueuses surtout pharyngo-laryngée, qui peut entraîner une détresse respiratoire.

Cette urticaire (Fig.10) représente aussi une part importante des motifs de consultation dermatologiques inflammatoires au sein des services des urgences surtout l'urticaire aigue qui pourrait être généralisée [20-23]. Cette urticaire pourrait aussi être symptomatique d'une réaction anaphylactique [24].

La différence de nos résultats avec celles d'A. Duhamel et d'A. Maza s'explique par la différence entre notre population colligée et celle de ces études.



Figure 9 : eczéma aigu du visage



Figure 10 : urticaire chronique

d3-3-Plaies et troubles trophiques évoqués par le résident de garde :

Les plaies et troubles trophiques comme ulcères, escarres et brûlures sont des motifs fréquents de consultation en dermatologie [5].

Au niveau des urgences, ces pathologies sont présentes à des degrés différents.

Dans l'étude de S. Blaise (CHU de Limoges), les plaies et troubles trophiques représentent 13,67% de l'ensemble des motifs de consultation dermatologiques aux urgences, dont la part des ulcères est de 93,87% et celle des brûlures est de 6,13% [2].

Dans l'étude de D. Legoupil (CHU de Brest), la part des plaies et troubles trophiques de l'ensemble des motifs de consultation dermatologiques aux urgences était de 4,7% sans avoir précisé le pourcentage de chaque pathologie [9].

Dans l'étude de D.Murr (hôpital d'Henri-Mondor à Créteil), les plaies et troubles trophiques sont représentées uniquement par les ulcères qui présentent 0,8% de l'ensemble des motifs de consultation dermatologiques aux urgences.

Dans l'étude d'A. Duhamel (hôpital d'Ambroise Paré à Boulogne), les enfants consultaient aux urgences pédiatriques pour des brûlures dans 6,1% de l'ensemble des motifs de consultation dermatologique.

Dans l'étude multicentrique d'A. Maza (CHU de Marseille), les plaies et troubles trophiques représentent 24,4% de l'ensemble des motifs de consultation dermatologiques dont 30,32% étaient des ulcères et 24,59% des escarres et un pourcentage très minime des brûlures.

Dans notre série, les troubles trophiques ont été classés en deux catégories : brûlures dans 93,19% et ulcère dans 6,8%

Tableau 9 :répartition des plaies et troubles trophiques évoqués par le résident de garde :

	S. Blaise	A. Duhamel	A. Maza	notre série
ulcère	93,87%	-	30,32%	6,8%
brûlure	6,13%	6,1%	-	93,19%
escarres	-	-	24,59%	-

Les brûlures sont très fréquentes et représentent une situation d'urgence, pouvant parfois mettre en jeu le pronostic vital(6), c'est une dermatose par agent externe qui inquiète le patient, son entourage et son médecin généraliste et le menant à consulter en urgence.

Nos résultats étaient différentes de celles des CHU de Brest et Marseille et de l'hôpital d'Henri-Mondor, puisque ces structures hospitaliers possèdent des centres de brûlés qui prennent en charge ce type de malades, ce qui explique le pourcentage minime des brûlés dans leurs séries.

Ce pourcentage des brûlés dans notre série est estimé minime par rapport au nombre réel dans la région drainée par notre CHU puisque notre service d'urgences reçoit plutôt les formes graves alors que les autres structures de santé régionales assurent la prise en charge des autres types de brûlés.

L'ulcère de jambe est une perte de substance, dont la cause la plus fréquente est l'insuffisance veineuse chronique. Il survient le plus fréquemment chez des sujets âgés et son évolution est chronique [38].

ces ulcères représentent une part importante des résultats des autres hôpitaux ceci pourrait être expliqué dans l'étude des CHU de Marseille par le mode de recrutement des malades dans le cadre d'une étude de la dermatologie de liaison recrutant plus les malades hospitalisés dans d'autres services, aussi par l'âge élevé

de la population française chez qui les ulcères de jambe restent un motif fréquent de consultation.

En fait les ulcères avec ses différentes causes pourraient être un motif de consultation aux urgences soit par l'importance de la douleur, soit par l'importance des signes généraux s'il est infecté [25].

Dans la série de l'hôpital d'Ambroise Paré, les plaies et troubles trophiques sont représentées uniquement par les brûlures et ceci est le reflet de son recrutement pédiatrique.

d3-4-Dermatoses faciales évoquées par le résident de garde :

Les dermatoses faciales représentent le pain quotidien du dermatologue puisque les malades gênés par leur image esthétique sont très demandeurs de traitement [27].

Au niveau des urgences, ce type de dermatose topographique est présent car l'atteinte du visage même minime est très remarquable et gênante pour le malade et son entourage d'autant plus s'elle apparait brutalement ou s'associe à des signes généraux peu ou très importants [28].

Peu d'études qui ont mentionnés la part de la dermatose faciale dans les urgences dermatologiques.

Dans l'étude de D.Murr (CHU d'Henri-Mondor à Créteil), la dermatose faciale est représentée essentiellement par la dermatite séborrhéique (2,8% de l'ensemble des motifs de consultation dermatologiques) [6].

Dans l'étude multicentrique d'A.Maza (CHU de Marseille), la dermatose faciale représente 6,5% de l'ensemble des motifs de consultation dermatologiques aux urgences, dont 50,76% est une dermite séborrhéique, 30,76% une acné et 18,46% une rosacée [16].

Dans notre série, les dermatoses faciales vues par le dermatologue de garde aux urgences étaient classées en rosacée dans 50% des cas, acné dans 25% des cas et mélasma dans 25% des cas.

L'acné (Fig.12) est une dermatose inflammatoire qui touche environ 90% des adolescents, mais seuls 30% des patients atteints souhaitent une intervention médicale. Il se manifeste cliniquement par une séborrhée, des comédons, des papules inflammatoires et des pustules [39], C'est une pathologie bénigne généralement qui n'engage pas le pronostic vital ni constitue une vraie urgence [29], cependant il existe des formes graves notamment l'acné fulminans, qui peut s'associer à des signes généraux intenses avec altération de l'état général [30], non retrouvés dans notre étude.

La rosacée est une dermatose bénigne associée un érythème télangiectasique des régions centrofaciales, des papules et des pustules. Elle représente 2 à 3% des consultations dermatologiques en France [31], par contre elle peut être un motif de consultation aux urgences en cas de rosacée fulminante (Fig.11) ou d'aggravation de la symptomatologie devenant très gênante pour le malade.

La forme retrouvée dans notre série est une forme bénigne sans caractère urgent.

La dermatite séborrhéique est une dermatose fréquente qui atteint 1 à 3% de la population, surtout chez les nouveaux-nés et les nourrissons dont les formes graves et érythrodermiques sont plus fréquentes. Elle se manifeste par des lésions érythémateuses surmontées de squames grasses au niveau de la région séborrhéique [32].

Dans notre série et celles des autres hôpitaux, la part importante des dermatites séborrhéiques est sûrement le reflet du recrutement pédiatrique.

Par contre, la présence de cas d'acné, de rosacée et de mélasma dans notre étude était surprenante. L'absence de triage rigoureux des malades, la pression

exercée par le malade ou sa famille sur le médecin de garde ou encore les consultations de convenance pourraient expliquer en partie ces résultats.

Cette pression exercée par le malade et sa famille est en rapport probablement avec le caractère visible et affichant des différentes pathologies dermatologiques ce qui explique le fait que ce malade est convaincu du caractère urgent de sa pathologie



Figure 11 : rosacée fulminante



Figure 12 : acné inflammatoire

d3-5-Dermatoses bulleuses évoquées par le résident de garde :

Les dermatoses bulleuses constituent un groupe hétérogène de maladies, peu fréquentes et de pronostic variable [33].

Ces dermatoses peuvent menacer le pronostic vital si elles sont étendues, surinfectées ou résistantes au traitement [26].

Seule une seule étude dans la littérature a mentionnée la présence des dermatoses bulleuses dans 4,27% de l'ensemble des motifs de consultation aux urgences, c'était l'étude de S. Blaise (CHU de Limoges) [2].

Dans notre étude, les dermatoses bulleuses représentent 2,9% de l'ensemble des motifs dont le pemphigus représente 42,87% des cas, la pemphigoïde gestationis 42,8% des cas et l'impétigo herpétiforme dans 14,28% des cas.

Nos résultats rejoignent ceux de la littérature puisque les dermatoses bulleuses auto-immunes sont rares alors que nous n'avons pas noté au moment de l'étude des cas de toxidermie bulleuse (puisque ce travail a été réalisé dans une période non estivale).

Le pemphigus (Fig.13) est un groupe de maladies caractérisé par une perte de la cohésion interkératinocytaire dont résulte un phénomène clinique : la bulle : c'est une maladie cutanéomuqueuse grave, mortelle avant l'ère de la corticothérapie [34].

Il vient en chef de fil ce qui est illustré par l'étude rétrospective menée au service de dermatologie du CHU HASSAN II en 2010 [34].

La présence des cas de pemphigoïde gestationis (dermatose bulleuse de la femme enceinte qui se manifeste cliniquement par des lésions cutanées urticariennes, cocaroides et bulleuses[40]) et de l'impétigo herpétiforme(Fig.14) (dermatose de la femme enceinte qui se manifeste par des signes généraux importants avec des lésions cutanées érythémateuses surmontés par des pustules

en tête d'épingle [41]), est expliquée par le recrutement des malades des urgences gynéco-obstétricales.



Figure 13: pemphigus vulgaire



Figure 14 : impétigo herpétiforme

d3-6-Maladies de système évoquées par le résident de garde :

Parmi les aspects les plus attirants de notre spécialité, la diversité des dermatoses associées aux maladies internes qui représentent la partie la plus passionnante.

Pratiquement toutes les maladies de système se déclinent sur la peau.

Aucune étude des urgences dermatologiques n'a colligé les maladies de système comme motif de consultation.

Dans notre série, les maladies de système représentaient 2% de l'ensemble des pathologies dermatologiques évoquées par le résident de garde et ont été répertoriées en maladie de behcet dans 50% des cas, lupus dans 25% des cas et dermatomyosite dans 25% des cas.

La maladie de behcet fait partie intégrante des maladies de système qui par ses manifestations dermatologiques parfois très gênantes pour le malade et son entourage, poussent le malade à consulter en urgence [35].

Ces manifestations peuvent être représentées par les aphtes buccaux et génitaux parfois très invalidantes ou bien des érythèmes noueux like (phlébite nodulaire).

Le lupus (Fig.15) est une maladie auto-immune qui se manifeste par plus signes cliques et biologiques et dont la symptomatologie dermatologique révèle généralement la maladie (lupus discoïde, érythème en vespertilio..)[42].

Il représente un motif très fréquent de consultation en dermatologie dont la forme très symptomatique associée à des signes généraux très importants pouvant pousser le malade à consulter au service des urgences [36].

Ainsi la dermatomyosite étant plus rare que les autres [37] pouvant se voir aussi au niveau des urgences soit par l'importance du déficit musculaire ou bien des signes cutanées associées.

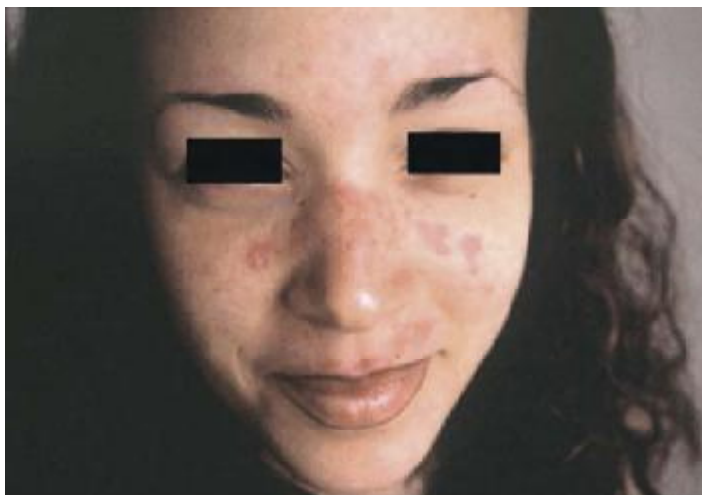


Figure 15 : érythème en aile de papillon du lupus

d-4- L'apport du résident de garde :

Le résident de dermatologie a un rôle important dans l'accomplissement des activités d'hospitalisation, de chirurgie dermatologique et de consultations programmées ou urgentes.

Dans notre étude on a essayé d'évaluer la qualité de ce résident et son apport au sein du service des urgences.

Une seule étude réalisée au niveau des CHU de Marseille, à propos de la dermatologie de liaison qui a colligé ce paramètre.

Dans cette étude, le dermatologue a porté un diagnostic non évoqué par l'équipe médicale demandeuse de l'avis dans 56% des cas, et a récusé un diagnostic suspecté dans 41% des cas.

Dans notre série, le résident de garde a apporté le diagnostic dans 54,7% des cas, l'a confirmé dans 30% des cas, l'a récusé dans 12,3% des cas, et était sans apport dans 3% des cas.

Ce résultat confirme d'une part que les résidents de garde arrivent à gérer de façon adéquate ces patients et d'autre part la difficulté qu'a l'interne de garde à poser le diagnostic.

d-5-Recours à l'astreinte :

La séniorisation, ou le recours d'un « junior » à un senior, s'adresse aux services qui, au sein de centres hospitaliers universitaires ou généraux, ont pour mission de former des résidents dans la spécialité.

Au cours de l'accomplissement de ses activités quotidiennes, le dermatologue en cours de formation au niveau du CHU Hassan II est amené à consulter ses professeurs encadrants soit pour mieux prendre en charge le malade soit pour avoir l'accord d'hospitalisation.

Aucune étude s'intéressant à la consultation dermatologique aux urgences, n'a colligé ce paramètre.

Dans notre série, Le recours à l'astreinte par le dermatologue de garde à été nécessaire dans 16,7% des cas.

Ce résultat illustre que nos médecins résidents en cours de formation, sont capables de gérer la pluparts des pathologies dermatologiques urgentes, mais cela n'empêche qu'ils aient recours au professeur d'astreinte si la maladie est rare jamais vue par ce médecin ou si c'était sa forme atypique ou afin d'avoir un accord d'hospitalisation au service de dermatologie.

e-l'évolution des malades aux urgences :

Actes médicaux et paramédicaux réalisés aux urgences :

Dans l'étude d'A.Maza (CHU de Marseille), des examens complémentaires ont été réalisés dans 40% des cas : examens biologiques dans 37,5% des cas, prélèvements microbiologiques locaux dans 35,5% des cas, biopsies cutanées ou exérèses dans 27,5% des cas et imagerie dans 22,5% des cas.

Dans notre travail, 22,9% des patients avaient besoin d'autres avis spécialisés, 57,3% avaient bénéficié de bilan biologique, 13,5% des biopsies cutanées et 6,3% une imagerie.

On réalisait plus de bilans biologiques dans notre étude et moins de biopsies cutanées, de prélèvements cutanés et d'imagerie que l'étude d'A.Maza. Ceci pourrait être expliqué, dans notre série par le mode de recrutement de nos patients contrairement à la série de Marseille qui s'intéressait à des malades déjà hospitalisés dans d'autres services mais aussi par la difficulté d'accès aux autres examens médicaux et paramédicaux payants par nos malades.

Ces actes médicaux et paramédicaux sont parfois nécessaires à réaliser au niveau du service des urgences, pour éliminer une vraie urgence ou pour s'orienter devant une pathologie dermatologique et préciser son état d'urgence.

f- Devenir des malades :

A partir d'une consultation urgente, le dermatologue de garde est amené soit à traiter le malade en ambulatoire ou à l'hospitaliser.

Dans l'étude de D.Murr (hôpital d'Henri Mondor), 7% des malades consultants aux urgences sont hospitalisés soit immédiatement soit de façon différée.

Dans l'étude de S. Blaise (CHU de Limoges), une hospitalisation a été décidée dans 5% des cas.

Dans notre série, le recours à l'hospitalisation pour les cas vus aux urgences, était nécessaire dans 15,2% des cas, alors que 76% des malades ont été un traitement ambulatoire nécessitant oui ou non un suivi ultérieur au centre de diagnostic.

Les dermatoses aiguës courantes dont le traitement est dans la majorité des cas ambulatoire (infections, eczémas, éruptions et urticaires) sont donc les motifs de consultation les plus fréquents aux urgences, ceci confirme l'idée que les urgences graves menant le pronostic vital et nécessitant une hospitalisation sont peu fréquentes.

3- Résultats analytiques :

a- Corrélation entre sexe et vraie urgence :

C'était important à notre avis, de faire une corrélation entre les différentes données colligées dans notre série avec la vraie urgence afin de connaître les différents paramètres influençant la consultation dermatologique au service des urgences.

Dans notre série, les femmes consultaient dans 33,9% des cas pour des motifs urgents alors que les hommes consultaient dans 36% des cas pour les mêmes raisons.

Alors, les consultations dermatologiques pour une vraie urgence, ne sont pas influencées par le sexe quoiqu'il ya une légère prédominance féminine expliquée probablement soit par le gène esthétique ressentie plus par les femmes que les hommes puisque la peau est l'organe le plus visible soit par une personnalité plus stressée des femmes.

b-Corrélation entre la vraie urgence et le médecin référant :

La corrélation entre vraie urgence et médecin référant était nécessaire afin de mieux comprendre quel médecin référait plus de fausses urgences et pourquoi ?

Dans notre série, le médecin dermatologue référait dans 60% des cas des vraies urgences, le patient consultait lui-même dans 33,7% des cas pour une vraie urgence alors que le médecin généraliste envoyait dans 32% des cas une vraie urgence.

Ces résultats peuvent être expliqué par la connaissance du dermatologue des différentes pathologies urgentes ou non, rendant sa gestion des différents consultants meilleure que les autres médecins.

Le médecin généraliste réfère un très grand nombre de malades non urgents au service des urgences, ce qui pourrait être expliqué soit par sa méconnaissance des différentes pathologies et urgences dermatologiques soit par la rareté et l'atypie de certaines pathologies, rendant leur gestion difficile pour un généraliste.

Le malade est amené seul sans courrier dans la plupart des cas pour des motifs non urgents et ceci soit par sa conviction de l'urgence légitime de sa pathologie gênante soit afin de raccourcir le délai d'une consultation dermatologique.

c Analyse des données chronologiques :

c1-Corrélation entre jour de consultation aux urgences et vraie urgence :

Afin de mieux organiser et analyser la consultation dermatologique aux urgences, c'était intéressant d'étudier la corrélation entre le jour de consultation et une vraie urgence.

Dans notre série, 31,9% des malades consultaient pour une vraie urgence dans les jours ouvrables et 40,9% dans les jours non ouvrables.

Ces résultats pourraient être en rapport avec la diminution de l'activité de consultation dans les weekends et les jours fériés connue par la plupart des malades, qui se rendent naturellement au service des urgences pour être soignés.

Ces résultats appuient aussi l'idée que les patients utilisent les urgences, comme moyen pour accéder rapidement aux soins.

c2- Corrélation entre vraie urgence et délai d'intervention du résident de garde :

Pour évaluer la qualité des intervenants et les différents paramètres influençant le délai d'intervention du dermatologue, c'était important d'étudier la corrélation entre la vraie urgence et ce délai.

Dans notre série, le résident de garde intervenait dans 34,9% des cas entre 30min et 1h pour des motifs urgents et après 1h dans 34,5% des cas pour des motifs urgents.

Nos résultats étaient les mêmes pour les deux délais d'intervention, ceci car le dermatologue prenait au sérieux tout avis demandé par l'interne de garde et aidait ainsi à l'évacuation des malades au sein du service des urgences.

d-Analyse des données de l'évolution des malades aux urgences

d1 - Corrélation entre vraie urgence et recours à l'hospitalisation :

dans notre série, 55% des malades hospitalisés au service de dermatologie à partir des urgences étaient non urgents contre 45% urgents.

Ces résultats confirment que les urgences ambulatoires sont les plus nombreuses et que l'hospitalisation des malades se faisait quelque soit le motif de consultation urgent ou non car tout malade de dermatologie aux urgences est pris en charge quelque soit son état d'urgence, ce qui légitime malheureusement son passage aux urgences pour accéder rapidement aux soins.

Ainsi on pourrait déduire qu'il n'y a pas de corrélation entre recours à l'hospitalisation et une vraie urgence : une fausse urgence peut être hospitalisée afin d'établir un diagnostic précis alors qu'une vraie urgence peut être traitée en ambulatoire.

d2 - corrélation entre acte réalisé et vraie urgence :

Dans notre série, 49,6% des malades consultants aux urgences pour des motifs dermatologiques non urgents, bénéficiaient des actes médicaux, alors que 45,1% des malades urgents bénéficiaient des mêmes actes.

On pourrait déduire de ces résultats que les malades non urgents qui doivent être explorés à froid, sont responsables d'un encombrement du service des urgences avec un gaspillage du matériel médical, d'examen du laboratoire et du

temps des médecins de garde. Ceci inciterait à une rationalisation de la prise en charge des malades en réservant les consultations au sein du service des urgences aux seules consultations urgentes. Ceci ne pourrait se faire que si le médecin de la préurgence et de l'urgence connaissent parfaitement les différentes pathologies dermatologiques urgentes et en récusant les malades non urgents malgré la pression qu'ils exercent sur le corps médical et si notre service se procurait de plus de salles de consultation au niveau de centre de diagnostic afin de raccourcir plus ce délai de rendez-vous.

LIMITES ET PERSPECTIVES

I- Limites :

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

- d'abord la durée limitée à 6 mois de l'étude qui s'est déroulait entre le mois d'Octobre 2009 au mois d'Avril 2010 (loin de la période estivale).

- l'échantillonnage réduit du fait de cette durée limitée et aussi de la fréquence de consultation de convenance au sein des urgences.

- la définition de critères d'urgence n'est pas facile ou plutôt subjective et leur utilisation n'est pas simple.

II- Perspectives :

Points forts :

- déficit des connaissances des médecins internes concernant la dermatologie courante et urgente.
- Insuffisance dans le triage des malades au sein du service des urgences
- inondation des urgences par des malades non urgents nécessitant une prise en charge en consultation programmée
- l'affolement des malades pour des lésions cutanées affichantes mais non urgentes
- retard de la réponse du résident de garde à l'appel de l'interne de garde à cause de ses différentes activités parallèles

Propositions :

- Renforcement de la formation continue du médecin interne des urgences avec enseignement des grands principes de la dermatologie courante et urgente

- Meilleur triage des malades au sein du service des urgences
- développement de la consultation au centre de diagnostic afin d'atteindre un niveau de consultation du jour même de la présentation du malade à l'hôpital et ceci par l'obtention de plus de salles de consultation.
- amélioration de l'information et de la communication avec le patient qui juge sa dermatose non urgente comme étant très urgente
- libérer le résident de garde de toutes ses activités du service le jour de la garde pour répondre à l'appel des urgences.

CONCLUSION

Ainsi, au cours de notre travail, nous avons tout d'abord pu décrire la diversité des motifs de consultations aux urgences ainsi que le circuit du malade de dermatologie au sein de ce service et l'activité humaine de l'interne et du dermatologue de garde.

En dépit de la revue bibliographique menée et des résultats de notre étude, on a pu conclure que contrairement à une idée souvent véhiculée, la dermatologie a bien ses propres urgences définies dans notre étude comme les dermatoses aiguës évoluant ou aggravées depuis moins de 5 jours (dermatoses infectieuses, eczémas, toxidermies, urticaires.....).

Parmi les résultats importants de notre série on constatait le nombre limité des vraies urgences dermatologiques au sein du service des urgences et les appels aberrants de la part de l'interne de garde (qui n'évoque aucun diagnostic dans plus de la moitié des cas) pour des maladies dermatologiques qui se gèrent en consultation (par exemple l'acné).

A partir de ces résultats, Il est important de réfléchir au moyen de pouvoir sélectionner les malades qui ont besoin d'une prise en charge rapide et d'enseigner les grands principes des urgences dermatologiques à l'interne de garde. En effet, d'une part il y a des dermatoses aiguës courantes (infections, urticaires, eczémas) qui ne peuvent pas toujours être vues en consultations programmées du fait des délais de consultation ; or la prise en charge rapide de ces malades, pourrait rendre service à ces malades tout en désencombrant le service des urgences, ce qui rend très nécessaire l'augmentation de nombre de salles de consultation dermatologique au centre de diagnostic pour réduire plus ces délais de rendez-vous.

Ainsi, à la lumière de ces résultats déjà discutés, une organisation des cours de formations mensuels aussi bien des médecins internes du CHU, des médecins de

SAMU et des médecins généralistes de la région qui voudront participer à cette activité, s'avère nécessaire.

Notre service de dermatologie a déjà ouvert ses bras aux dermatologues libéraux afin d'exposer les difficultés de prise en charge posés par certains malades, sans être obligés d'adresser les malades au service des urgences.

Enfin, il faut rappeler que pour une rationalisation de la prise en charge des malades de dermatologie aux urgences, le médecin de la préurgence et de l'urgence doit connaître parfaitement les différentes pathologies dermatologiques urgentes et récuser les malades non urgents malgré la pression qu'ils exercent sur le corps médical.

RESUME

Résumé

Bien que pour Certains auteurs les termes «d'urgence» et «Dermatologie» comporte un oxymoron, de nombreux patients considèrent les problèmes de peau comme des situations d'urgence aiguë légitimes. la demande de consultation urgente est croissante, elle peut correspondre à une dermatose aiguë ou à une dermatose non justifiée afin d'obtenir un délai de consultation plus court. Les critères pour distinguer les « les vraies urgences » sont difficiles à établir puisqu'il existe peu d'études épidémiologiques dans ce contexte.

Les buts de notre travail étaient de dégager le profil de la pathologie cutanée motivant une consultation aux urgences ainsi que préciser la fréquence et la gravité des différentes lésions cutanées nécessitant une consultation urgente pour optimiser la prise en charge thérapeutique, discuter les causes et les conséquences des différentes consultations dermatologiques non urgentes au service des urgences ainsi de connaître le destin de chaque patient consultant aux urgences dermatologiques. Ceci à travers une étude prospective sur six mois du mois d'Octobre 2009 au mois d'Avril 2010 réalisée au sein des urgences du CHU HASSAN II de Fès.

Parmi les deux cent quatre nouveaux consultants, la plupart avaient un âge moins de 60 ans, avec une prédominance féminine , consultant sans avoir été référés par aucun médecin dans la plupart des cas au cours des jours et heures ouvrables

Dans notre série, aucun malade n'a été refusé et le délai d'intervention du dermatologue de garde était dans 85,7% des cas avant 30 min alors que le délai d'intervention de l'interne de garde, qui demande des avis pour des malades non urgentes dans la plupart du temps, était dans 67,6% plus de 30min.

les principales demandes d'avis concernaient soit la conduite à tenir devant une dermatose supposée infectieuse(36,8%), soit une orientation devant des lésions élémentaires (35,8%), soit l'établissement de protocoles de soins (pansements et mesures générales) pour des plaies chroniques (14,7%).les diagnostics évoqués par l'interne de garde étaient différentes de diagnostics évoqués par le dermatologue de garde.

Ces constatations illustrent que les vraies urgences dermatologiques existent malgré leur nombre limité au sein du service des urgences et que les appels sont aberrants de la part de l'interne de garde (qui n'évoque aucun diagnostic dans plus de la moitié des cas) pour des maladies dermatologiques qui se gèrent en consultation (par exemple l'acné) .

A la lumière de ces constatations, il faut rappeler que pour une rationalisation de la prise en charge des malades de dermatologie aux urgences, le médecin de la préurgence et de l'urgence doit connaître parfaitement les différentes pathologies dermatologiques urgentes et récuser les malades non urgents malgré la pression qu'ils exercent sur le corps médical.

Abstract

Although for some authors the term "emergency" and "Dermatology" includes an oxymoron, many patients see skin problems as legitimate acute emergencies. Demand for urgent consultation is increasing, it may represent acute dermatitis or dermatitis is not justified to obtain a shorter consultation period. The criteria to distinguish "true emergencies" are difficult to establish because there are few epidemiological studies in this context.

The aims of our study were to identify the profile of the skin pathology necessitating emergency department visit and specify the frequency and severity of various skin lesions requiring urgent consultation to optimize the therapeutic management, discuss the causes and consequences of various non-emergency dermatological consultations in the emergency department and to know the fate of each patient consultant dermatological emergencies. This through a prospective study over six months in the month of October 2009 in the month of April 2010 performed within Emergency CHU Hassan II of Fez.

Of the two hundred and four new consultants, most had an age less than 60 years with a female consultant, without being referred by any doctor in most cases in the days and hours

In our series, no patient was refused and the response time of dermatologist care was in 85.7% of cases before 30 min whereas the response time of internal storage (which requires review for non-urgent patients in most of the time) was in 67.6% over 30min.

The main requests for advice concerning either the conduct to be assumed infectious dermatitis (36.8%), an orientation to elementary lesions (35.8%), the establishment of protocols for care (dressings and measures general) for chronic

wounds (14.7%). diagnoses raised by the internal storage were different diagnoses raised by the dermatologist on call.

These findings illustrate that the true dermatological emergencies exist despite their limited number within the service and emergency calls are outliers from the internal storage (which gives no diagnosis in more than half of cases) dermatological diseases that can be managed in consultation (eg acne). In light of these findings, we must remember that for a rationalization of the management of dermatology patients in the emergency room, the doctor préurgence and urgency must know perfectly the various dermatological diseases and urgent challenge non-urgent patients despite the pressure they exert on the medical profession.

ملخص

رغم أن لبعض الكتاب مصطلح "الطوارئ" و "الأمراض الجلدية كلمات متضادة، فالمرضى يرون أن العديد من مشاكل الجلد حالات طارئة حادة ومشروعة. طلب استشارة عاجلة أخذ في الازدياد، قد يبرر بمرض جلدي حاد أو للحصول على فترة أقصر التشاور. من الصعب تحديد معايير لتمييز "حالات الطوارئ الحقيقية" لأن هناك دراسات وبائية قليلة في هذا السياق.

وكانت تهدف دراستنا لتحديد لمحة عن الأمراض الجلدية التي تستلزم زيارة قسم الطوارئ وتحديد وتيرة وخطورة

الآفات الجلدية المختلفة التي تتطلب استشارة عاجلة ، ومناقشة أسباب وعواقب مختلف الاستشارات الجلدية غير الطارئة في قسم الطوارئ ومعرفة مصير كل حالات الطوارئ. هذا من خلال دراسة استطلاعية على مدى ستة أشهر من شهر أكتوبر 2009 إلى شهر أبريل 2010 تمت داخل قسم الطوارئ بمستشفى الحسن الثاني بفاس. مئتان وأربعة مرضى جدد ، وكان معظمهم سنهم أقل من 60 عاما و نساء ، دون إحالتهم من قبل أي طبيب في معظم الحالات ويأتون إلى قسم الطوارئ في الأيام و الساعات المفتوحة .

في دراستنا، لم يرفض أي مريض، وزمن الاستجابة من طرف طبيب الجلد كان في 85,7% من الحالات قبل 30 دقيقة بينما زمن الاستجابة من طرف الطبيب الداخلي(الذي يطلب مراجعة مرضى غير عاجلة في معظم الوقت)، كان في 67,6% بعد ثلاثين دقيقة .

الطلبات الرئيسية للمرضى تتعلق بالأمراض الجلدية المعدية (36.8 %) ، والتوجه إلى آفات ابتدائية (35.8 %) ، وإنشاء بروتوكولات للرعاية (الضمادات...) بالجروح المزمنة (14.7 %) و تشخيص الطبيب الداخلي كان مختلفا عن تشخيص طبيب الجلد .
هذه النتائج توضح أن هناك حالات أمراض جلدية طارئة على الرغم من أن عددهم محدود و أن معظم مكالمات الطبيب الداخلي كانت من أجل مرضى غير عاجلين

في ضوء هذه النتائج ، علينا أن نتذكر أن لإدارة مرضى الجلد في غرفة الطوارئ يجب أن نعرف تماما الحاجة الملحة لترشيد مختلف الأمراض الجلدية العاجلة و الغير عاجلة على الرغم من الضغوط التي يمارسها المرضى على الطبيب .

REFERENCES

1. B.CRICKX. Accueil des urgences dermatologiques. Une attente des usagers et de la communauté hospitalière. Ann Dermatol Venereol 2003;130 :161-3
2. S.BLAISE, M.RTRIVIDIC, S.BOULINGUEZ, A.SPARGA, J.-M.BONNETBLANC,C.BEDANE. Consultations d'urgence en dermatologie au CHU de Limoges. Ann Dermatol Venereol 2004 ; 131 :1098-100
3. Norman Levine, MD,Meryl Kunkel, Thanh Nguyen, and Lindsay Ackerman. Emergency Department Dermatology. Curr Probl Dermatol 2002 ;14 :183-220
4. Kirsner RS, Yang DG, Kerdel FA. The changing status of inpatient dermatology at American Academic Dermatology programs. J Am Acad Dermatol 1999 ;40 :755-7
5. A.LAMBERT(1) , E.DELAPORTE(4), C.LOK(3),L.FROMENT(2), L. BAILLY(2), J.P.DENOUEUX(3), F.PIETTE(4), P.THOMAS(4), P.JOLY(1). Activité de consultation de trois services de dermatologie hospitalo-universitaires français. Ann Dermatol Vernereol 2006;133 :657-62
6. D.MURR,H.BOCQUET,N.BACHOT,M.BAGOT,J.REVUZ,J.-C.ROUJEAU. Intérêt d'une consultation hospitalière d'urgences dermatologiques. Ann Dermatol Venereol 2003 ;130 :167-70
7. A.Duhamel, V.Soussan, N.Kramkimel, A.Beauchet, B.Chevallier, E.Mahe. Prévalence des motifs pédiatriques générales.Archives de pédiatrie 2008 ; 15 :p923-p1019
8. K.Zinelabidine, O.Mikou, F.Z.Mernissi. Dermatologie entre l'urgence et la non urgence. congrée national de dermatologie 2008
9. D.LEGOUPIL, A.-C.DAVAINÉ, A.KARAM, P.PEU DUVALLON, D.DUPRE, M.GRECO,A.DELMAS,B.SASSOLAS,L.MISERY .Evaluation d'une consultation d'urgences en dermatologie .Ann Dermatol Venereol 2005 ;132 :857-9

- 10.S.Ingen-Housz-Oro,A .MIKAMALI,L.Valeyrie-Allanore,O.Chosidow,
P .Wolkenstein. Bilan d'activité d'une consultation post-urgence rapide pour
la prise en charge des urgences dermatologiques. Ann Dermatol Venereol
2010 ;137 :519-522
- 11.E.ESTEVE, C.AH-TOYE,A.NSEIR,L.MARTIN. Démarche conduisant à
l'hospitalisation des dermatoses aiguës. Ann Dermatol Venereol
2004 ;131 :829-30
- 12.Shivaram V, CHhristoph RA, Hayden GF.Skin disorders encountered in a
pediatric emergency department.Pediatric Emerg Car 1993 ; 9 :202-4
- 13.J.LULIN . Demande de consultation dermatologique d'urgence en pratique
libérale. La pénurie de dermatologues est déjà là. Ann Dermatol Venereol
2003 ;130 :157-9
- 14.E.Collet, G.Jeudy. Aspects cliniques des allergies cutanées graves. Revue
française d'allergologie d'immunologie clinique 48 2008 ;115-119
15. N. Karbout, O. Hocar, N. Akhdari, S. Amal . Evaluation des connaissances
dermatologiques des medecins internes des urgences ; congrés national de
dermatologie 2010
- 16.A.Maza,J.Berbis, C.gaudy-Marqueste,J.-J.Morand,P.Berbis,J.-J.GROB,M.-
A.Richard. Evaluation de l'activité hospitalière de consultation liaison en
dermatologie à partir d'une enquete prospective multicentrique au sein d'un
CHU français. Ann Dermatol Venereol 2009 ;136, 241-248
- 17.Falanga V ,Schachner LA, Rae V,Ceballos PI , Gonzalez A, Liang G, et
al.Dermatologic consultations in the hospital setting. Aech Dermatol
1994 ;130 :1022-5

18. Vein N.K., General Aspects, in : Frosch P.J. et coll., eds, Contact Dermatitis, 4th ed., Springer, Berlin, 2006, 14, 201
19. Roujeau JC. Quand la peau suscite l'urgence. Rev Fr Allerg Immunol Clin 2001 ; 41 :331-5
20. Shah K.N. et coll., Pediatrics, 2007, 119, 1177
21. Kulp-Shorten C.L. et col., Rheum. Dis. Clin. Of North Am., 1996, 22, 95.
22. Rancé F., Ann. Dermatol. Vénérolog., 2001, 128, 1132
23. Volcheck G.W. et coll., Mayo Clinic Proc., 1997, 72, 140.
24. Angeli K. et coll., Ann. Dermatol. Vénérolog., 2002, 46, 645.
25. Ramelet A.-A. et coll., eds, Phlébologie, 5^e édition, Masson, Paris, 2006
26. E. Sbidian, J.-C. Roujeau. Dermatoses vésiculeuses et bulleuses aux urgences. Ann. Dermatol. Vénérolog. 2006, 25-40
27. Cabanac M. et coll., Physiol., 1989, 286, 255 .
28. Esnaud K., Lescke C ., dermatoses faciales. Item 232. 2007, 1-14
29. Lucky AW, Biro FM, Huster GA, Leach AD, Morrison JA, Ratterman J. Acne vulgaris in premenarchal girls. An early sign of puberty associated with rising levels of dehydroepiandrosterone. Arch Dermatol 1994; 130:308-14
30. Margarita S. Lolis, Whitney P. Bowe, Alan R. Shalita. Acne and systemic disease. Medical Clinics of North America, Volume 93, Issue 6, November 2009, Pages 1161-1181

31. J. REVUZ . la rosacée.revue française d'allergologie et d'immunologie clinique1996, 36 (8), 970-973.
32. Mastrolonardo M, Diaferio A, Vendemiaie G, Lopalco P.Seborrhoeic dermatitis in the elderly: inferences on the possible role of disability loss of self-sufficiency. *Acta Derm Venereol* 2004; 84:285-7.
- 33.Zouhair K, El Ouazzani T, Azzouzi S, Sqali S,Lakhdar H. Surinfection herpétique du pemphigus. *Ann Dermatol Venereol* 1999 ; 126 : 699- 702.
34. L.Benchat, H.Bay-Bay, M.Meziane, O.Mikou, F.Z.Mernissi : pemphigus : prise en charge (2011)
35. Sara E Marshall. Behcet's diseases. *Best Practice & Research Clinical Rheumatology*, Volume 18, Issue 3, June 2004, Pages 291-311.
36. M.-D. Vignon-Pennamen. Lupus érythémateux. *Annales de dermatologie et de vénéréologie* 2011 ; 66-68
- 37.P.Chéérin, I.Marie, les nouveaux critères diagnostiques et d'évaluation des polymyosites et dermatomyosites 2005 ; 361-367
- 38.A.Ramelet, A . et coll., *J.Eur.Acad. Dermatol* 2006 ; 20-166
- 39.N. Auffret,C.Beylot, M.Chivot ,Acné : données nouvelles et prise en charge. Springer-verlag France,2010 ;13-16
- 40.L.Valery et coll. ,Pemphigoide gravidique. *Ann. Dermatol. Venereol.* 2001 ; 128-140
- 41.H.Baker et coll., impetigo herpetiformis. *Br. J. Dermatol.* 2000 ;80,771
- 42.D.lipsker,lupus.*Dermatology.*2006 ; 213-216