

Brulés et réanimation digestive

ID: 225

Prise en charge du syndrome de lyell en centre de traitement des brûlés : avant/apres publication du pnds 2017

R. Birot*(1), M.Dumont(2)

(1) Centre François Xavier Michelet (Réanimation des brûlés), CHU de Bordeaux, Bordeaux, France ,
(2) Réanimation des brûlés, CHU de Bordeaux, Bordeaux, France

**Auteur présenté comme orateur*

Position du problème et objectif(s) de l'étude:

Le syndrome de Stevens-Johnson (SSJ) et la nécrolyse épidermique toxique (NET) sont des dermatoses bulleuses rares mais graves associées à une morbi-mortalité élevée. C'est dans une perspective d'uniformisation de la prise en charge de ces patients qu'un Protocole National de Diagnostic et de Soins (PNDS) a été publié en 2017.

OBJECTIF : Évaluation des pratiques professionnelles sur la prise en charge des patients atteints d'un syndrome de Lyell avant et après publication d'un PNDS.

Matériel et méthodes:

Il s'agissait d'une étude de cohorte rétrospective monocentrique au CHU de Bordeaux incluant tous les patients admis dans l'unité des grands brûlés avec un diagnostic de syndrome de Lyell (surface cutanée atteinte > 30%) confirmé par la biopsie cutanée entre le 1er janvier 2010 et le 1er avril 2023. Nous avons élaboré un score en 15 items reprenant les principales recommandations du PNDS sur la prise en charge en réanimation de ces patients. La cohorte a été divisée en 2 groupes : Avant et Après 2017. Le critère de jugement principal était la comparaison du score de respect du PNDS entre les deux groupes. Les critères secondaires étaient la différence de mortalité, de durée de séjour en réanimation et le taux de séquelles (cutanées et oculaires).

Résultats & Discussion:

Au total 26 patients ont été inclus (17 avant PNDS et 9 après PNDS), la gravité des malades étaient similaires à la phase initiale avec un score de SCORTEN à 2,5 en moyenne mais une surface cutanée atteinte significativement plus importante après 2017 (51% vs 71%, $p = 0,026$). Le taux de mortalité à 6 semaines dans notre cohorte était de 19%.

Le score PNDS n'était pas significativement différent entre les 2 groupes (médiane : 10 vs 12, $p = 0,25$). On retrouvait une différence significative sur la mortalité en réanimation (6% vs 44%, $p = 0,034$). Aucune différence significative n'était retrouvée sur les autres critères de jugement secondaire notamment, la durée de séjour en réanimation (moyenne : 28,3 vs 15,8, $p = 0,137$), la durée de ventilation mécanique (20,1 jours vs 10,7 jours, $p = 0,208$) et le taux de séquelles ophtalmologiques (62% vs 20%, $p = 0,29$).

Conclusion:

Cette étude de cohorte montre ainsi un respect global satisfaisant des recommandations du PNDS. L'absence de différence peut s'expliquer par la publication en 2010 d'un premier PNDS mais également par le fait que notre centre ait été labellisé centre de compétence des dermatoses bulleuses dès 2009. Un futur travail mesurant réellement l'impact de ces recommandations sur les séquelles des patients semble nécessaire.

Références bibliographiques:

Crit Care Med, 2014,;42(1):118-28.

Tableau 1 : Caractéristiques des patients :

Variables	Avant PNDS (N=17)	Après PNDS (N=9)	P value
Femme, n (%)	13 (77%)	7 (77%)	1,00
Age (années), moyenne	47 +/- 22	56 +/- 24	0,305
IMC (kg/m ²), moyenne	26 +/- 8	23 +/- 5	0,260
HTA, n (%)	5 (29%)	3 (33%)	1,00
Diabète, n (%)	2 (12%)	1 (11%)	1,00
BPCO, n (%)	2 (12%)	2 (22%)	0,591
Insuffisance rénale chronique, n (%)	1 (6%)	0 (0%)	1,00
VIH, n (%)	0 (0%)	2 (22%)	0,111
Cancer solide, n (%)	2 (12%)	0 (0%)	0,529
Hémopathie, n (%)	0 (0%)	2 (22%)	0,111
IGS2, médiane [IQR]	29 [16 - 38]	30 [17 - 38]	0,854
Surface cutanée atteinte (%), moyenne	51 +/- 20	71 +/- 20	0,026
SCORTEN Score, médiane [IQR]	2 [2 - 3]	3 [2 - 3]	0,223
Délai transfert en centre de compétence (heures), moyenne	73 +/- 59	67 +/- 36	0,780
Intubation, n (%)	9 (53%)	6 (67%)	0,683
Noradrénaline, n (%)	9 (53%)	6 (67%)	0,683
Insuffisance rénale aiguë, n (%)	10 (59%)	5 (56%)	1,00
Infection documentée, n (%)	14 (82%)	7 (78%)	1,00
- Pneumopathie	7 (41%)	6 (67%)	0,411
- Infection de Cathéter	11 (65%)	2 (22%)	0,097
Atteinte ophtalmologique, n (%)	14 (82%)	5 (66%)	0,188
Atteinte des VADS, n (%)	16 (94%)	7 (78%)	0,268
Atteinte génitale, n (%)	11 (65%)	7 (78%)	0,667
Hémoglobine (g/dL), moyenne	11,8 +/- 1,4	10,8 +/- 2,3	0,198
Natrémie (mmol/L), moyenne	135 +/- 4	134 +/- 5	0,567
Médicament causal, n (%)			0,434
- Lamotrigine	1 (6%)	2 (22%)	
- Cotrimoxazole	1 (6%)	1 (11%)	
- Allopurinol	2 (12%)	0 (0%)	
- Ibuprofène	2 (12%)	0 (0%)	
- Lenalidomide	0 (0%)	2 (22%)	
- Amoxicilline	1 (6%)	0 (0%)	
- Carbamazépine	1 (6%)	0 (0%)	
- Ceftriaxone	1 (6%)	0 (0%)	
- Paracétamol	1 (6%)	0 (0%)	
- Delstrigo	0 (0%)	1 (11%)	
- Pristinamycine	1 (6%)	0 (0%)	
- Sulfadiazine	1 (6%)	0 (0%)	
- Sorafenib	1 (6%)	0 (0%)	
- Vemurafenib	1 (6%)	0 (0%)	
- Indéterminé	3 (18%)	3 (33%)	

Tableau 1 : Critères de jugement principal et secondaires

Variables	Avant PNDS	Après PNDS	P value
Score PNDS	10 [10 – 12]	12 [10 – 12]	0,25
Mortalité à 6 semaines	1 (6%)	4 (44%)	0,034
Durée de séjour en réanimation (jours)	28,3 +/- 22,9	15,8 +/- 11,5	0,137
Séquelles ophtalmologiques	8 (62%)	1 (20%)	0,29

Les auteurs déclarent ne pas avoir toute relation financière impliquant l’auteur ou ses proches (salaires, honoraires, soutien financier éducationnel) et susceptible d’affecter l’impartialité de la présentation.