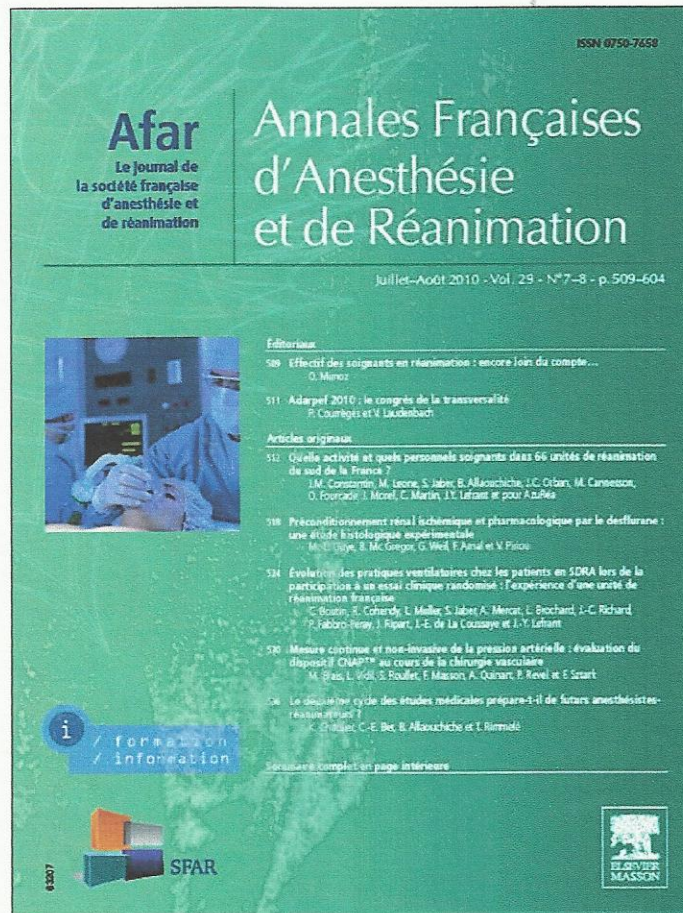




This article appeared in a journal published by Elsevier. The attached copy is furnished to the author for internal non-commercial research and education use, including for instruction at the authors institution and sharing with colleagues.

Other uses, including reproduction and distribution, or selling or licensing copies, or posting to personal, institutional or third party websites are prohibited.

In most cases authors are permitted to post their version of the article (e.g. in Word or Tex form) to their personal website or institutional repository. Authors requiring further information regarding Elsevier's archiving and manuscript policies are encouraged to visit:

<http://www.elsevier.com/copyright>

dernière est quasi inconnue en France, alors que son utilisation avait été signalée dans la version longue des recommandations de 2004 mais non retenue par les experts dans la version courte utilisée pour diffuser les RPC. Le mécanisme d'action supposé est la compression des sinus veineux, dont le principe dérive du classique méchage utérin qui est une technique tombée en désuétude durant les années 1960. Les ballonnets utilisés sont nombreux : sonde de Blackmore, de Rush utilisé en urologie et le ballonnet de Bakri spécifiquement développé pour cette indication. Dans le contexte de pays en voie de développement un montage constitué d'un préservatif fixé à une sonde d'aspiration a été utilisé avec succès. La mise en place est simple et se fait par voie vaginale ou abdominale dans le cas d'une hémorragie survenant au décours d'une césarienne. Un volume de 300 à 500 ml d'eau est nécessaire pour obtenir un arrêt du saignement qui est constaté en moins de dix minutes lorsque la procédure est efficace. Un contrôle échographique est recommandé pour vérifier la bonne position et l'arrêt du saignement. La compression est laissée en place 12 à 24 heures avec une surveillance obstétricale rapprochée de type soins intensifs. Dans la série de Condous et al. [5], 87 % des patientes répondant positivement au test de la compression interne par ballon ne nécessitaient aucun autre traitement. De tels chiffres continuent depuis à être rapportés dans de nombreuses séries rétrospectives et prospectives [6,7]. Malgré un niveau de preuve de type III, les données actuelles de la littérature permettraient de penser que l'utilisation de ces dispositifs réduirait de 80 % l'utilisation des techniques « classiques » pour contrôler les HDD avec une réduction du risque iatrogène dans les mêmes proportions. Les sociétés savantes américaines, canadiennes et suisses d'obstétrique l'ont intégré récemment dans leur arbre décisionnel. Il y est désigné comme un moyen d'assurer un contrôle de l'hémorragie après échec du traitement médical et avant recours aux mesures invasives habituellement décrites [8].

Dans un contexte médico-légal où la prégnance des RPC est importante, il nous semble souhaitable que le texte de 2004 auquel la Sfar avait participé soit révisé en intégrant l'utilisation du ballonnet intra-utérin. Cette procédure, de réalisation extrêmement simple et peu coûteuse, pourrait ainsi se développer rapidement en particulier dans les centres ne disposant pas d'une équipe de radiologie interventionnelle... et participer à la réduction de la mortalité maternelle par HPP et à une maîtrise des coûts.

## Conflit d'intérêt

L'auteur n'a pas de conflit d'intérêt.

## Références

- [1] Mortalité maternelle en France : bilan 2001–2006. *Bull Epidemiol Hebd* 2010;2–3: 9–24 [Numéro thématique]. [http://www.invs.sante.fr/beh/2010/02\\_03/beh\\_02\\_03\\_2010.pdf](http://www.invs.sante.fr/beh/2010/02_03/beh_02_03_2010.pdf), mis en ligne le 19 janvier 2010.
- [2] Goffinet F, Mercier F, Teysier V, Pierre F, Dreyfus M, Mignon A, et al. Hémorragies du post-partum : recommandations du CNGOF pour la pratique clinique (décembre 2004). *Gynecol Obstet Fertil* 2005;33:268–74.
- [3] Touboul C, Badiou W, Saada J, Pelage JP, Payen D, Vicaut E, Jacob D, Rafii A. Efficacy of selective arterial embolisation for the treatment of life-threatening post-partum haemorrhage in a large population. *PLoS One* 2008;3:e3819.
- [4] Doumouchtsis SK, Papageorgiou AT, Arulkumaran S. Systematic review of conservative management of postpartum hemorrhage: what to do when medical treatment fails. *Obstet Gynecol Surv* 2007;62:540–7.
- [5] Condous GS, Arulkumaran S, Symonds I, Chapman R, Sinha A, Razvi K. The "tamponade test" in the management of massive postpartum hemorrhage. *Obstet Gynecol* 2003;101:767–72.
- [6] Doumouchtsis SK, Papageorgiou AT, Vernier C, Arulkumaran S. Management of postpartum hemorrhage by uterine balloon tamponade: prospective evaluation of effectiveness. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2008;87:849–55.
- [7] Georgiou C. Balloon tamponade in the management of postpartum hemorrhage: a review. *BJOG* 2009;116:748–57.
- [8] Mercier FJ, Van de Velde M. Major obstetric hemorrhage. *Anesthesiol Clin* 2008;26:53–66.

J.-C. Sleth  
Polyclinique Saint-Roch, 43, rue du Faubourg-Saint-Jaumes,  
34967 Montpellier cedex 2, France  
Adresse e-mail : jean-christian.sleth@wanadoo.fr

Disponible sur Internet le 3 juillet 2010

doi:10.1016/j.annfar.2010.05.015

## Atteinte viscérale et pronostic au cours du syndrome de Lyell. À propos de deux cas

*Lyell' disease, visceral damage and evolution. About two cases*

## INFO ARTICLE

### Mots clés :

Syndrome de Lyell  
Atteinte viscérale  
Pronostic

### Keywords:

Lyell syndrome  
Organ failures  
Prognostic

La nécrolyse épidermique toxique (NET) et le syndrome de Lyell, en particulier, est un accident grave et relativement rare en pratique hospitalière [1,2]. La mortalité est élevée et peut dépasser 25 % [1–3]. C'est une toxidermie bulleuse dont le diagnostic positif, essentiellement clinique, est fondé sur l'observation d'un érythème douloureux, diffus ou maculaire, réalisant un décollement en linges mouillés plaqués sur la peau avec signe de Nikolsky, sur une surface cutanée lésée supérieure à 30 % ; des érosions muqueuses peuvent s'y associer. Cependant, comme le rappelle Mion et al. [3], la maladie ne se limite pas au seul décollement cutané ni aux érosions de muqueuses observées dans 90 à 95 % des cas. En effet, des atteintes viscérales peuvent compléter le tableau et être déterminantes dans l'évolution de la maladie. Nous rapportons deux cas de NET analysées selon leurs atteintes cutanées et viscérales.

## 1. Cas n° 1

Il s'agissait d'un jeune homme de 21 ans, sans tare connue, hospitalisé en septembre 2007 pour un syndrome de Lyell. Les signes cutanés sont apparus sept jours après la prise d'un traitement de nature peu précise associant une tisane traditionnelle, du paracétamol et de l'associcilline. Il était admis 14 jours plus tard en réanimation. Les signes généraux associaient une fièvre à 38,6 °C, une pression artérielle normale à 130/80 mmHg, un pouls accéléré à 118 b/min et une polypnée à 22 c/min. L'examen physique révèle une surface cutanée lésée (SCL) de 92 % et une chéilite. Hormis une anémie à 7,1 g/dl de taux d'hémoglobine, le reste du bilan biologique était normal (ionogramme sanguin, bilan rénal, hémogramme). Il a bénéficié d'un traitement combinant des soins locaux, des solutés de remplissage, des antibiotiques, des antalgiques, un anticoagulant, de la bouillie enrichie et la prévention du tétanos. L'évolution a été favorable et le patient était sorti au 11<sup>e</sup> jour d'hospitalisation. Il était revu et est actuellement guéri avec des séquelles cutanées pigmentaires.

## 2. Cas n° 2

Il s'agissait d'une jeune femme de 30 ans, hémoglobino-pathe SC, hospitalisée en avril 2008 pour un syndrome de Lyell. Les signes cutanés sont apparus deux jours après la prise d'un traitement associant quinine, paracétamol et ibuprofène. Elle était admise sept jours plus tard en réanimation. Les signes généraux associaient une fièvre à 38,7 °C, une hypotension artérielle à 100/50 mmHg, un pouls rapide à 129 b/min et une polypnée à 24 c/min. L'examen physique révélait une surface cutanée lésée (SCL) de 45 %, ainsi qu'une érosion des muqueuses oculaire, oropharyngée, anale et vulvovaginale. Le bilan biologique mettait en évidence une hyperleucocytose à 14,800 mm<sup>3</sup>, une anémie à 7,6 g/dl de taux d'hémoglobine, une dysfonction rénale avec 363 µmol/l de créatininémie et des troubles ioniques : élévation de la natrémie à 160 mmol/l et de la chlorémie à 120 mmol/l. Elle a bénéficié d'un traitement combinant des soins locaux, des solutés de remplissage, des antibiotiques, des antalgiques, un anticoagulant, un antihistaminique, de la bouillie enrichie et la prévention du tétanos. L'évolution a été fatale au quatrième jour d'hospitalisation. Un examen anatomopathologique postmortem montrait des lésions ulcéronécrotiques de l'œsophage et du grêle, des foyers d'œdème et de congestion pulmonaire.

La prise en charge du NET n'est pas un fait rare en réanimation dans notre structure [1]. Sur le plan étiologique, l'automédication et la nature inconnue du toxique dans nombre de cas de NET ont déjà été rapportées [1,2]. Cela pose le problème de l'accessibilité aux soins des populations mais aussi de leur niveau de culture médicale. L'éducation et la sensibilisation continues dans une dynamique de développement économique local pourraient contribuer à enrayer des comportements médicalement moins risqués. L'évolution a été fatale pour le cas n° 2 alors qu'il présentait une moindre surface cutanée lésée, contrairement au cas n° 1 qui était quasi-totalement « brûlé » et a été admis plusieurs jours (14 j) après le début de sa maladie. L'étendue de la SCL est pourtant classiquement considérée comme un facteur de mauvais pronostic au cours des NET [4]. Schulz et al. [2], dans une revue de dix ans portant sur 39 cas de NET, n'ont pas trouvé de différence significative entre l'étendue de la SCL entre les cas survivants et les cas décédés de sa série. Il a constaté, par ailleurs, que les survivants étaient plus jeunes de 20 ans et avaient un délai d'admission plus précoce (3,5 ± 0,4 j versus 5,9 ± 1,0 j) que les décédés. Dans notre étude, la différence d'âge entre les deux cas est de dix ans ; de plus, notre cas survivant a un délai d'admission plus long de sept jours par rapport au cas décédé. Cette différence d'évolution entre ces deux cas pourrait s'expliquer principalement par l'atteinte multiviscérale présentée par le cas n° 2 soldée par une dysfonction viscérale globale [4–6]. Par ailleurs, une complication infectieuse pourrait s'être greffée au tableau et rendre compte d'une telle évolution sur ce terrain fragile d'hémoglobino-pathie. Dans une revue de 13 ans portant sur 56 cas de NET, Ducic et al. [4] rapportaient la présence d'un sepsis et d'une comorbidité comme principaux facteurs contribuant à la mortalité au cours des NET en plus de l'âge avancé et de l'étendue de la SCL.

Il faut en outre souligner que l'atteinte digestive, notamment oropharyngée n'est pas de nature à favoriser une alimentation orale alors même que la nécessité d'un apport nutritionnel

conséquent s'impose pour contribuer à la guérison au cours de la NET [5].

Sur le plan thérapeutique, l'administration de médicaments immunorégulateurs dans un cadre de prise en charge spécialisée aurait pu améliorer le pronostic vital chez ce cas [6]. Malheureusement, notre unité est un service polyvalent de réanimation non spécialisée dans la prise en charge des brûlés ; de plus, le plateau thérapeutique local ne dispose pas de telles molécules qui seraient de toute façon hors de portée financière pour la plupart des patients.

L'atteinte viscérale au cours de la NET grève le pronostic vital de la maladie. L'amélioration du plateau technique médicale, avec une unité spécialisée dans la prise en charge des brûlés, ainsi que la mise en œuvre d'une politique du médicament qui prend en compte le traitement de certaines affections rares mais graves comme la NET, pourraient contribuer à une meilleure évolution des cas admis dans le service.

## Conflit d'intérêt

Aucun.

## Références

- [1] Aguemon AR, Hounghé F, Yaméogo TM, Tchaou B, Madougou S, Lokossou T, et al. Nécrolyse épidermique toxique. Revue des cas observés dans le service de réanimation du Centre national hospitalier et universitaire de Cotonou. *Ann Fr Anesth Reanim* 2006;25:505–9.
- [2] Schulz JT, Sheridan RL, Ryan CM, MacKool B, Tompkins RG. A 10-year experience with toxic epidermal necrolysis. *J Burn Care Rehabil* 2000;21:199–204.
- [3] Mion G, Bordier E, Daban JL. Atteintes viscérales, physiopathologie et traitement du syndrome de Lyell. *Ann Fr Anesth Reanim* 2006;25:1015–6.
- [4] Ducic I, Shalom A, Rising W, Nagamoto K, Munster AM. Outcome of patients with toxic epidermal necrolysis syndrome revisited. *Plast Reconstr Surg* 2002;110:768–73.
- [5] Clayton NA, Kennedy PJ. Management of dysphagia in toxic epidermal necrolysis (TEN) and Stevens-Johnson syndrome (SJS). *Dysphagia* 2007;22:187–92.
- [6] Letko E, Papaliodis DN, Papaliodis GN, Daoud YJ, Ahmed AR, Foster CS. Stevens-Johnson syndrome and toxic epidermal necrolysis: a review of the literature. *Ann Allergy Asthma Immunol* 2005;94:419–36.

T.M. Yaméogo<sup>a</sup>, B. Tchaou<sup>b</sup>, A. Azon-Kouanou<sup>c</sup>, P. Assouto<sup>d</sup>,  
N. Kangni<sup>d</sup>, M.C. Ballé-Pognon<sup>e</sup>, A.R. Aguemon<sup>d</sup>

<sup>a</sup>Service de médecine interne, CHU Sourou Sanon, Bobo Dioulasso,  
Burkina Faso

<sup>b</sup>Département d'anesthésie-réanimation, hôpital départemental du  
Borgou, Parakou, Bénin

<sup>c</sup>Service de médecine interne, centre national hospitalier et  
universitaire HK MAGA, Cotonou, Bénin

<sup>d</sup>Service polyvalent d'anesthésie-réanimation,  
Centre national hospitalier et universitaire HK MAGA,  
06 BP 416 PK3, Cotonou, Bénin  
<sup>e</sup>hôpital Padre Pio, Cotonou, Bénin

\*Auteur correspondant

Adresse e-mail : caguemon@yahoo.fr (T.M. Yaméogo).

Disponible sur Internet le 6 juillet 2010

doi:10.1016/j.annfar.2010.05.024