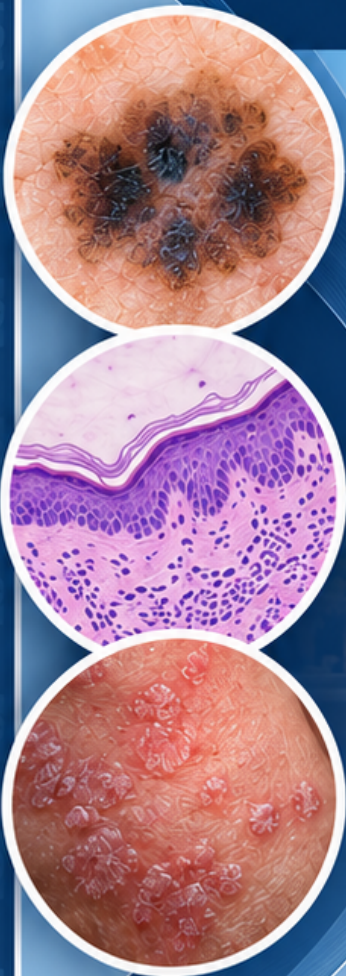




OBSERVATIONS MÉDICALES TYPES

en hospitalisation de dermatologie

Fiches pratiques pour les résidents



Sous la direction du

Pr Ahmed BOUHAMIDI

Professeur de Dermatologie – Chef de Service
Hôpital Militaire Avicenne, Marrakech

Mode d'emploi et sommaire

MODE D'EMPLOI

- ▶ Chaque fiche tient la même structure en 11 sections : identité → motif → antécédents → HDM → examen → résumé/hypothèses → paraclinique → diagnostic → bilan pré-thérapeutique → traitement → surveillance.
- ▶ L'encadré rouge « Réflexes » en tête de fiche liste ce qui ne doit jamais manquer le jour de l'admission.
- ▶ Les cases ☐ sont à cocher au lit du malade ; noter la date et le résultat en face de chaque examen.
- ▶ Le tableau de suivi (J1 / J3 / J7 / sortie) sert de trame à la feuille d'évolution.
- ▶ Posologies et protocoles : à confronter aux recommandations en vigueur, au terrain du patient et aux disponibilités du service.

Sommaire

- Pemphigus
- Pemphigoïde bulleuse
- Toxidermie grave : syndrome de Stevens-Johnson / nécrolyse épidermique toxique (Lyell)
- DRESS syndrome (Drug Reaction with Eosinophilia and Systemic Symptoms)
- Érythrodermie
- Psoriasis sévère (pustuleux généralisé / érythrodermique / en plaques étendu)
- Dermohypodermite bactérienne aiguë (érysipèle) / fasciite nécrosante
- Leishmaniose cutanée
- Lupus érythémateux (cutané et systémique)
- Dermatomyosite
- Ulcère de jambe
- Tumeur cutanée maligne (carcinome basocellulaire, carcinome épidermoïde, mélanome)

Trame générale d'une observation dermatologique

- Identité et contexte social (couverture, origine géographique, profession – expositions).
- Motif d'hospitalisation en une phrase.
- Antécédents : médicaux, chirurgicaux, gynéco-obstétricaux, toxiques, allergiques, médicamenteux (chronologie précise de toutes les prises des 3 derniers mois), familiaux.
- Histoire de la maladie : date et mode de début, lésion élémentaire initiale, topographie initiale, mode d'extension, signes fonctionnels (prurit, douleur, brûlure), signes généraux, facteurs déclenchants, traitements reçus et réponse.
- Examen général (constantes, poids, IMC, état général) puis dermatologique : lésion élémentaire, groupement, topographie, surface atteinte, signes spécifiques (Nikolsky, Auspitz, Koebner, Darier), dermoscopie, muqueuses, phanères, aires ganglionnaires, puis autres appareils.
- Résumé syndromique → hypothèses diagnostiques hiérarchisées → examens complémentaires orientés.
- Diagnostic retenu avec forme clinique, sévérité (score validé) et retentissement.
- Traitement (étiologique, symptomatique, soins locaux, mesures associées, éducation) et plan de surveillance ; conclusion et résumé de sortie.

Observation type n° 1 – Pemphigus

RÉFLEXES – à vérifier dès l'admission

- Nikolsky, atteinte muqueuse, PDAI à l'entrée
- Tzanck + biopsie (histo + IFD péri-lésionnelle) + ELISA Dsg1/Dsg3 AVANT corticoïdes
- Bilan pré-corticoïdes/rituximab : sérologies, Quantiféron, glycémie, anguillulose
- Penser pemphigus paranéoplasique (stomatite sévère réfractaire, lésions lichénoïdes) → TDM TAP

1. Identité

Nom / Prénom		N° dossier	
Âge / Sexe		Date d'entrée	____ / ____ / 2026
Profession		Mode d'entrée	☐ Consultation ☐ Urgences ☐ Transfert
Origine / résidence		Couverture	☐ CNOPS ☐ CNSS ☐ FAR ☐ Mutuelle ☐ Aucune
Résident / Senior		Téléphone	

2. Motif d'hospitalisation

Éruption bulleuse et/ou érosions cutanéomuqueuses chroniques évoluant depuis ____ semaines/mois.

3. Antécédents

Médicaux	☐ Diabète ☐ HTA ☐ Cardiopathie ☐ Néphropathie ☐ Hépatopathie ☐ Tuberculose ☐ Néoplasie ☐ Autres : _____
Chirurgicaux	
Gynéco-obst.	G____ P____ Contraception : _____ DDR : _____ Grossesse : ☐ non ☐ oui
Toxiques	☐ Tabac _____ PA ☐ Alcool ☐ Cannabis ☐ Autres
Allergies	
Traitements en cours	(nom – dose – date de début) _____
Familiaux	

À rechercher spécifiquement :

- ☐ prise médicamenteuse inductrice (D-pénicillamine, captopril, IEC, rifampicine)
- ☐ consanguinité
- ☐ terrain auto-immun
- ☐ thymome (pemphigus paranéoplasique)

4. Histoire de la maladie

Début il y a ____ par des érosions buccales douloureuses gênant l'alimentation (pemphigus vulgaire) / par des lésions érythémato-squameuses et croûteuses des zones séborrhéiques (pemphigus superficiel), puis apparition de bulles flasques sur peau saine, rapidement rompues laissant des érosions post-bulleuses. Prurit ____, douleur ____, dysphagie ____, perte de poids ____ kg, altération de l'état général ____.

Traitements reçus ____.

5. Examen clinique

T° ____ °C	TA ____ / ____	FC ____ /min	FR ____ /min	SpO2 ____ %	Poids ____ kg	IMC ____	OMS ____
---------------	-------------------	-----------------	-----------------	----------------	------------------	----------	----------

Dermatologique	- Bulles flasques à contenu clair sur peau saine, érosions post-bulleuses à contour de collerette épidermique, croûtes ; topographie ____ (tronc, plis, cuir chevelu, zones séborrhéiques). - Signe de Nikolsky : ____ . Signe d'Asboe-Hansen (extension de la bulle à la pression) : ____. - Nombre de lésions / surface atteinte ____ %. Score PDAI : ____ (peau ____ / cuir chevelu ____ / muqueuses ____).
Muqueuses	érosions buccales (joues, palais, gencives) ____, atteinte pharyngolaryngée (dysphonie) ____, génitale ____, oculaire ____, nasale ____, œsophagienne ____.
Phanères	onychopathie ____, cuir chevelu ____.

Ganglions	
Autres appareils	Cardio-vasculaire ____ / pleuro-pulmonaire ____ / abdominal ____ / ostéo-articulaire ____ / neurologique ____

Schéma / description complémentaire :

6. Résumé syndromique et hypothèses diagnostiques

Dermatose bulleuse intra-épidermique acquise de l'adulte avec érosions muqueuses, signe de Nikolsky positif.

- Pemphigus vulgaire / pemphigus superficiel (séborrhéique, foliacé) / pemphigus paranéoplasique / pemphigus médicamenteux.
- Diagnostics différentiels : pemphigoïde bulleuse, pemphigoïde des muqueuses, érythème polymorphe, toxidermie bulleuse, dermatose à IgA linéaire.

7. Examens complémentaires (cocher / dater / résultat)

- ☐ Cytodiagnostic de Tzanck : cellules acantholytiques ____.
- ☐ Biopsie cutanée d'une bulle récente (histologie) : bulle intra-épidermique par acantholyse, suprabasale (vulgaire) ou sous-cornée (superficiel).
- ☐ Biopsie en peau péri-lésionnelle pour IFD : dépôts d'IgG ± C3 en résille intercellulaire.
- ☐ IFI sur peau/œsophage de singe : anticorps anti-substance intercellulaire, titre ____.
- ☐ ELISA anti-desmoglérine 1 : ____ U/ml ; anti-desmoglérine 3 : ____ U/ml.
- ☐ Si suspicion paranéoplasique : IFI vessie de rat, immunoblot, TDM thoraco-abdomino-pelvienne.

8. Diagnostic retenu

Pemphigus ____ (vulgaire / superficiel), forme ____ (limitée / étendue), PDAI ____, confirmé par histologie, IFD et ELISA.

9. Bilan de retentissement / pré-thérapeutique

- ☐ NFS, ionogramme, urée, créatinine, glycémie, bilan hépatique, bilan lipidique, albuminémie, protidémie.
- ☐ Sérologies VHB, VHC, VIH ; Quantiféron/IDR ; radiographie thoracique ; ECG ; examen parasitologique des selles (anguillulose) selon origine.
- ☐ Bilan pré-rituximab : dosage pondéral des Ig, β -HCG, échographie cardiaque si terrain.
- ☐ Ostéodensitométrie, examen ophtalmologique (corticothérapie prolongée).

10. Traitement

- Prednisone 1 mg/kg/j (forme étendue) ou 0,5 mg/kg/j (forme limitée) per os, en une prise le matin, avec mesures adjuvantes (potassium, calcium-vitamine D, protecteur gastrique si besoin, régime hyposodé-hypoglucidique).
- Rituximab 1 g IV à J0 et J14 (protocole Ritux 3 ; schéma AMM : 1 g à J1 et J15) en première intention dans les formes modérées à sévères, puis 500 mg à M12 et M18 ; ou en cas de corticodépendance/corticorésistance.
- Alternatives d'épargne cortisonique : azathioprine 1–3 mg/kg/j (après dosage TPMT), mycophénolate mofétil 2 g/j, méthotrexate.
- Soins locaux : bains antiseptiques, dermocorticoïdes classe très forte sur lésions résiduelles, soins de bouche (bicarbonate, lidocaïne visqueuse), diète semi-liquide hyperprotidique.
- Prévention des complications : anguillulose (ivermectine), thrombo-embolique, infectieuse.

Prescription du jour :

11. Surveillance et évolution

- Clinique quotidienne : nouvelles bulles, cicatrisation, PDAI hebdomadaire, prise alimentaire, poids, TA, glycémie capillaire.
- Contrôle de la maladie (aucune nouvelle lésion pendant ≥ 2 semaines) puis décroissance progressive de la corticothérapie.
- ELISA anti-Dsg1/3 à M3, M6 puis tous les 6 mois ; NFS et Ig si rituximab.
- Éducation du patient, photoprotection, suivi ophtalmologique et osseux.

Date	Clinique / score	Biologie	Traitement / décision
J1			
J3			
J7			
J ____			
Sortie			
Résumé de sortie / ordonnance de sortie / RDV : 			

Observation type n° 2 – Pemphigoïde bulleuse

RÉFLEXES – à vérifier dès l'admission

- Sujet âgé + prurit + bulles tendues + éosinophilie → PB jusqu'à preuve du contraire
- Arrêter les gliptines et lister les médicaments inducteurs
- Biopsie bulle + IFD péri-lésionnelle + ELISA BP180/BP230
- Clobétasol 20–40 g/j = traitement de 1re ligne ; compter les bulles/jour
- Évaluer nutrition, autonomie, escarres, thrombose

1. Identité

Nom / Prénom		N° dossier	
Âge / Sexe		Date d'entrée	____ / ____ / 2026
Profession		Mode d'entrée	☐ Consultation ☐ Urgences ☐ Transfert
Origine / résidence		Couverture	☐ CNOPS ☐ CNSS ☐ FAR ☐ Mutuelle ☐ Aucune
Résident / Senior		Téléphone	

2. Motif d'hospitalisation

Éruption bulleuse prurigineuse généralisée chez un sujet âgé.

3. Antécédents

Médicaux	☐ Diabète ☐ HTA ☐ Cardiopathie ☐ Néphropathie ☐ Hépatopathie ☐ Tuberculose ☐ Néoplasie ☐ Autres : _____
Chirurgicaux	
Gynéco-obst.	G____ P____ Contraception : _____ DDR : _____ Grossesse : ☐ non ☐ oui
Toxiques	☐ Tabac _____ PA ☐ Alcool ☐ Cannabis ☐ Autres
Allergies	
Traitements en cours	(nom – dose – date de début) _____

Familiaux**À rechercher spécifiquement :**

- ☐ affections neurologiques (AVC, démence, Parkinson, SEP)
- ☐ prise de gliptines
- ☐ diurétiques de l'anse
- ☐ spironolactone
- ☐ anti-PD1
- ☐ néoplasie
- ☐ grabatisation

4. Histoire de la maladie

Prodromes à type de prurit intense et de lésions urticariennes / eczématiformes pendant ____ semaines, puis éruption de bulles tendues de grande taille sur base érythémateuse ou urticarienne, symétriques, prédominant aux faces de flexion des membres et au tronc. Atteinte muqueuse ____ (rare). Retentissement : insomnie, dénutrition, perte d'autonomie ____.

5. Examen clinique

T° ____ °C	TA ____/____	FC ____/min	FR ____/min	SpO2 ____ %	Poids ____ kg	IMC ____	OMS ____
---------------	--------------	-------------	-------------	----------------	------------------	----------	----------

Dermatologique

- Bulles tendues, à contenu clair ou hémorragique, de 0,5 à plusieurs cm, sur placards érythémateux ou urticariens, lésions eczématiformes, érosions et croûtes ; topographie : faces de flexion des membres, racine des membres, tronc, abdomen.
- Signe de Nikolsky négatif. Absence de cicatrices atrophiques et de grains de milium.
- Nombre de nouvelles bulles/jour : ____ (< 10 = forme pauci-bulleuse ; > 10 = forme étendue). Score BPDAl : ____ . Surface atteinte ____ %.

Muqueuses	atteinte buccale ____ (dans 10–20 % des cas), autres muqueuses ____.
Phanères	_____.
Ganglions	
Autres appareils	état neurologique et cognitif (MMSE ____), autonomie (Katz ____), état nutritionnel (albumine ____), cardio-pulmonaire ____.

Schéma / description complémentaire :

6. Résumé syndromique et hypothèses diagnostiques

Dermatose bulleuse sous-épidermique acquise du sujet âgé, prurigineuse, à bulles tendues sur peau urticarienne.

- Pemphigoïde bulleuse.
- Différentiels : épidermolyse bulleuse acquise, dermatose à IgA linéaire, pemphigoïde des muqueuses, pemphigus, toxidermie bulleuse, gale bulleuse, dermatite herpétiforme.

7. Examens complémentaires (cocher / dater / résultat)

- ☐ NFS : hyperéosinophilie ____ /mm³.
- ☐ Biopsie cutanée d'une bulle récente : bulle sous-épidermique sans acantholyse, infiltrat dermique à polynucléaires éosinophiles.
- ☐ IFD en peau péri-lésionnelle : dépôts linéaires d'IgG et/ou de C3 le long de la jonction dermo-épidermique.
- ☐ IFI : anticorps anti-membrane basale, titre ____ ; IFI sur peau clivée : fixation au toit de la bulle.
- ☐ ELISA anti-BP180 (NC16A) : ____ U/ml ; anti-BP230 : ____ U/ml.

8. Diagnostic retenu

Pemphigoïde bulleuse, forme ____ (pauci-bulleuse / étendue), BPDAI ____, confirmée par histologie, IFD et ELISA.

9. Bilan de retentissement / pré-thérapeutique

- ☐ NFS, ionogramme, créatinine, glycémie, bilan hépatique, albuminémie, CRP.
- ☐ ECG, radiographie thoracique, sérologies VHB-VHC-VIH, Quantiféron si immunosuppresseur envisagé.
- ☐ Bilan gériatrique : nutrition, autonomie, cognition, risque d'escarre.
- ☐ Revue des traitements et arrêt des médicaments inducteurs (gliptines ++).

10. Traitement

- Dermocorticoïde de classe très forte (propionate de clobétasol 0,05 %) : 20–40 g/j sur l'ensemble du tégument sauf le visage, jusqu'à 15 jours après contrôle, puis décroissance progressive sur 4 à 12 mois.
- Corticothérapie générale 0,5 mg/kg/j si forme très étendue ou échec / impossibilité des soins locaux.
- Traitements d'épargne : méthotrexate 10–15 mg/semaine, doxycycline 200 mg/j, dapsone, mycophénolate mofétil, omalizumab ou dupilumab dans les formes réfractaires.
- Soins locaux : percer les bulles en laissant le toit, antiseptiques, pansements non adhérents ; antihistaminiques sédatifs pour le prurit.
- Supports nutritionnels, prévention des escarres et de la maladie thrombo-embolique, kinésithérapie.

Prescription du jour :

11. Surveillance et évolution

- Nombre de nouvelles bulles/jour, prurit, cicatrisation, BPDAI hebdomadaire.
- Tolérance de la corticothérapie locale forte : atrophie, infections, glycémie, TA, insuffisance surrénale à l'arrêt.
- ELISA anti-BP180 à M3-M6 (valeur prédictive de rechute).
- Éducation du patient et de l'entourage, relais avec infirmier à domicile.

Date	Clinique / score	Biologie	Traitement / décision
J1			
J3			
J7			
J ____			
Sortie			
Résumé de sortie / ordonnance de sortie / RDV : 			

Observation type n° 3 – Toxidermie grave : syndrome de Stevens-Johnson / nécrolyse épidermique toxique (Lyell)

RÉFLEXES – à vérifier dès l'admission

- ▶ URGENCE : arrêt de TOUS les médicaments suspects, tableau chronologique des 2 mois
- ▶ SCORTEN à J1 et J3 ; surface décollée + décollable (carte + photos)
- ▶ Ophtalmologie le jour même ; soins de bouche et génitaux dès J1
- ▶ Réanimation / centre de brûlés si > 30 % ou instabilité
- ▶ Pas d'antibioprophylaxie ; pas de débridement agressif ; pharmacovigilance

1. Identité

Nom / Prénom		N° dossier	
Âge / Sexe		Date d'entrée	____ / ____ / 2026
Profession		Mode d'entrée	☐ Consultation ☐ Urgences ☐ Transfert
Origine / résidence		Couverture	☐ CNOPS ☐ CNSS ☐ FAR ☐ Mutuelle ☐ Aucune
Résident / Senior		Téléphone	

2. Motif d'hospitalisation

Éruption cutanéomuqueuse aiguë avec décollements épidermiques et altération de l'état général, ____ jours après l'introduction d'un médicament.

3. Antécédents

Médicaux	☐ Diabète ☐ HTA ☐ Cardiopathie ☐ Néphropathie ☐ Hépatopathie ☐ Tuberculose ☐ Néoplasie ☐ Autres : _____
Chirurgicaux	
Gynéco-obst.	G__ P__ Contraception : _____ DDR : _____ Grossesse : ☐ non ☐ oui
Toxiques	☐ Tabac ____ PA ☐ Alcool ☐ Cannabis ☐ Autres
Allergies	

Traitements en cours	(nom – dose – date de début) _____
Familiaux	

À rechercher spécifiquement :

- ☐ toxidermie antérieure
☐ VIH
☐ lupus
☐ néoplasie
☐ radiothérapie
☐ HLA-B*15:02 / B*58:01 si connu
☐ épilepsie
☐ goutte
☐ infection récente à *Mycoplasma pneumoniae*

4. Histoire de la maladie

Introduction de ____ (allopurinol, carbamazépine, lamotrigine, phénobarbital, sulfamides, névirapine, oxicams, ____) le ____/____/2026 (délai ____ jours, en général 4 à 28 j). Prodromes pseudo-grippaux (fièvre, brûlures oculaires, dysphagie) pendant ____ jours, puis macules érythémateuses ou purpuriques, en cocardes atypiques, débutant au visage et au tronc, à extension rapide, confluentes, avec apparition de bulles et de décollements épidermiques en linge mouillé. Érosions muqueuses multifocales. Chronologie complète des prises médicamenteuses des 2 mois précédents (tableau d'imputabilité) : ____.

5. Examen clinique

T° ____ °C	TA ____/____	FC ____/min	FR ____/min	SpO2 ____ %	Poids ____ kg	IMC ____	OMS ____
---------------	-----------------	----------------	----------------	----------------	------------------	-------------	-------------

Dermatologique	• Macules érythémato-purpuriques, cocardes atypiques planes, bulles flasques, décollements épidermiques en linge mouillé laissant un derme rouge suintant. • Signe de Nikolsky : positif en peau érythémateuse. • Surface décollée + décollable : ____ % de la surface corporelle → SJS (< 10 %) / chevauchement SJS-NET (10–30 %) / NET (> 30 %). Carte des lésions datée et photographiée.
Muqueuses	érosions buccales et labiales croûteuses ____, conjonctivite / synéchies (examen ophtalmologique urgent) ____, atteinte génitale ____, nasale ____, signes respiratoires (toux, dyspnée, bronchique) ____, diarrhée (atteinte digestive) ____.
Phanères	_____.
Ganglions	
Autres appareils	hémodynamique, respiratoire (SpO ₂ , auscultation), diurèse, état de conscience, douleur (EN ____ /10).

Schéma / description complémentaire :

6. Résumé syndromique et hypothèses diagnostiques

Nécrolyse épidermique aiguë médicamenteuse avec atteinte muqueuse multifocale, urgence vitale.

- SJS / SJS-NET / NET (Lyell) d'origine médicamenteuse ; médicament suspect : ____.
- Différentiels : épidermolyse staphylococcique (SSSS), érythème polymorphe majeur, PEAG, GVH aiguë, pemphigus paranéoplasique, brûlure.

7. Examens complémentaires (cocher / dater / résultat)

- ☐ Biopsie cutanée en urgence (histologie + IFD) : nécrose kératinocytaire de toute l'épaisseur de l'épiderme, clivage dermo-épidermique, infiltrat dermique discret ; IFD négative.

- ☐ NFS, ionogramme, urée, créatinine, glycémie, bilan hépatique, phosphorémie, bicarbonates, CRP, LDH, hémocultures, prélèvements cutanés bactériologiques.
- ☐ Gaz du sang, radiographie thoracique ; ECG.
- ☐ Sérologie Mycoplasma pneumoniae, VIH ; déclaration de pharmacovigilance ; déclaration éventuelle au registre.

8. Diagnostic retenu

Syndrome de Stevens-Johnson / NET à ____ % de surface décollée, imputable à ____ (imputabilité intrinsèque ____, algorithme ALDEN ____). SCORTEN à J1 : ____ /7 (âge > 40, FC > 120, néoplasie, surface > 10 %, urée > 10 mmol/L, bicarbonates < 20 mmol/L, glycémie > 14 mmol/L) → mortalité prédite ____ %.

9. Bilan de retentissement / pré-thérapeutique

- ☐ SCORTEN à J1 et J3.
- ☐ Bilan hydro-électrolytique et nutritionnel quotidien.
- ☐ Examen ophtalmologique dès l'admission puis quotidien.
- ☐ Contact avec le centre de brûlés / réanimation si surface > 30 %, instabilité, atteinte respiratoire.

10. Traitement

- Arrêt immédiat de tous les médicaments suspects et non indispensables ; contre-indication définitive du médicament imputable et de sa classe, remise d'une carte d'allergie.
- Hospitalisation en unité spécialisée / soins intensifs, chambre seule à 28–30 °C, aseptie stricte, matelas fluidisé ou à air.
- Réhydratation IV (2/3 des besoins d'un brûlé équivalent), nutrition hypercalorique précoce par sonde naso-gastrique si besoin, réchauffement.
- Soins locaux : antiseptiques (chlorhexidine diluée), laisser en place l'épiderme décollé, pansements gras ou interfaces siliconées, pas de débridement agressif.
- Soins de bouche pluriquotidiens, soins oculaires (lavages, collyres antibiotiques et corticoïdes selon ophtalmologie, lyse des synéchies), soins génitaux (prévention des synéchies).
- Antalgie multimodale (paliers II–III), prévention thrombo-embolique, protecteur gastrique.
- Antibiothérapie uniquement sur infection documentée (pas de prophylaxie).
- Traitements spécifiques discutés : ciclosporine 3–5 mg/kg/j, corticothérapie courte à forte dose, étanercept, IgIV (niveau de preuve limité).

Prescription du jour :

11. Surveillance et évolution

- Quotidienne : surface décollée, T°, TA, FC, diurèse, poids, SpO2, douleur, glycémie, état muqueux.
- Biologie tous les 2 jours (NFS, ionogramme, créatinine, CRP), prélèvements cutanés bihebdomadaires.
- Dépistage des complications : sepsis, pneumopathie, hémorragie digestive, insuffisance rénale.
- Après cicatrisation (2–3 semaines) : suivi des séquelles oculaires, cutanées (dyschromies, onychopathie), muqueuses (synéchies), psychologiques ; consultation d'allergologie à M2-M6 (patch-tests) ; déclaration à la pharmacovigilance.

Date	Clinique / score	Biologie	Traitement / décision
J1			
J3			
J7			
J ____			
Sortie			

Résumé de sortie / ordonnance de sortie / RDV :

Observation type n° 4 – DRESS syndrome (Drug Reaction with Eosinophilia and Systemic Symptoms)

RÉFLEXES – à vérifier dès l'admission

- Fièvre + éruption > 50 % + œdème du visage + ADP + éosinophilie 2–8 semaines après un médicament
- Score RegiSCAR ; bilan d'organes (foie, rein, cœur, poumon) ; PCR HHV-6
- Corticoïdes systémiques seulement si atteinte viscérale sévère ; décroissance très lente
- Surveillance TSH et auto-immunité à M3-M6-M12

1. Identité

Nom / Prénom		N° dossier	
Âge / Sexe		Date d'entrée	____ / ____ / 2026
Profession		Mode d'entrée	☐ Consultation ☐ Urgences ☐ Transfert
Origine / résidence		Couverture	☐ CNOPS ☐ CNSS ☐ FAR ☐ Mutuelle ☐ Aucune
Résident / Senior		Téléphone	

2. Motif d'hospitalisation

Éruption cutanée fébrile étendue avec œdème du visage, adénopathies et anomalies biologiques, 2 à 8 semaines après introduction d'un médicament.

3. Antécédents

Médicaux	☐ Diabète ☐ HTA ☐ Cardiopathie ☐ Néphropathie ☐ Hépatopathie ☐ Tuberculose ☐ Néoplasie ☐ Autres : _____
Chirurgicaux	
Gynéco-obst.	G____ P____ Contraception : _____ DDR : _____ Grossesse : ☐ non ☐ oui
Toxiques	☐ Tabac _____ PA ☐ Alcool ☐ Cannabis ☐ Autres
Allergies	
Traitements en cours	(nom – dose – date de début) _____

Familiaux**À rechercher spécifiquement :**

- ☐ toxidermies antérieures
- ☐ HLA-B*58:01 (allopurinol)
- ☐ épilepsie
- ☐ insuffisance rénale
- ☐ infections à herpèsvirus
- ☐ immunodépression

4. Histoire de la maladie

Introduction de ____ (anticonvulsifs aromatiques, allopurinol, sulfamides, minocycline, vancomycine, ____)
 le ____/____/2026 (délai ____ semaines). Fièvre à ____ °C, puis éruption maculo-papuleuse morbilliforme
 débutant à la face et au tronc, extensive (> 50 % de surface corporelle), œdème facial, asthénie. Tableau
 d'imputabilité de toutes les prises des 3 mois précédents : ____.

5. Examen clinique

T° ____ °C	TA ____/____	FC ____/min	FR ____/min	SpO2 ____ %	Poids ____ kg	IMC ____	OMS ____
---------------	-----------------	----------------	----------------	----------------	------------------	-------------	-------------

Dermatologique	• Exanthème maculo-papuleux morbilliforme diffus, confluent, infiltré, parfois purpurique, pustuleux ou en cocardes ; surface atteinte ____ % ; érythrodermie ____. • Œdème du visage (péri-orbitaire) et des extrémités : ____. • Signe de Nikolsky négatif ; desquamation secondaire ____.
Muqueuses	chéilite, énanthème, pharyngite ____ (atteinte muqueuse modérée, non érosive).

Phanères	_____.
Ganglions	
Autres appareils	adénopathies ≥ 2 sites (cervicales, axillaires, inguinales) _____ ; hépatomégalie / splénomégalie _____ ; signes respiratoires, cardiaques (myocardite), neurologiques (encéphalite), rénaux.

Schéma / description complémentaire :

6. Résumé syndromique et hypothèses diagnostiques

Toxidermie systémique retardée avec fièvre, éruption étendue, œdème facial, polyadénopathie et hyperéosinophilie.

- DRESS syndrome à _____ ; score RegiSCAR : _____ (< 2 exclu ; 2–3 possible ; 4–5 probable ; ≥ 6 certain).
- Différentiels : exanthème viral (EBV, CMV, VIH primo-infection), PEAG, SJS/NET débutant, lymphome angio-immunoblastique, maladie de Still, syndrome hyperéosinophilique, syndrome de Kawasaki.

7. Examens complémentaires (cocher / dater / résultat)

- ☐ NFS : hyperéosinophilie _____ /mm³ (≥ 700), lymphocytes atypiques _____, thrombopénie / leucopénie _____.
- ☐ Bilan hépatique (ALAT _____, PAL _____, bilirubine _____, TP _____), créatinine, protéinurie, ionogramme, CRP, LDH, ferritine, troponine, CPK, lipase, TSH.
- ☐ PCR sanguines HHV-6, HHV-7, EBV, CMV ; sérologies VHA, VHB, VHC, VIH.
- ☐ Biopsie cutanée : dermite d'interface, infiltrat lymphocytaire dense parfois atypique, éosinophiles.
- ☐ Échographie abdominale, radiographie thoracique, ECG ± échocardiographie ; ± myélogramme si doute hématologique.

8. Diagnostic retenu

DRESS syndrome certain / probable (RegiSCAR _____) imputable à _____, avec atteinte viscérale : hépatique _____, rénale _____, pulmonaire _____, cardiaque _____.

9. Bilan de retentissement / pré-thérapeutique

- ☐ Bilan quotidien des atteintes d'organes pendant la phase aiguë.
- ☐ Bilan pré-corticothérapie standard : glycémie, TA, sérologies, anguillulose selon terrain.

10. Traitement

- Arrêt immédiat et définitif du médicament suspect (et des molécules apparentées) ; carte d'allergie ; déclaration de pharmacovigilance.
- Forme sans atteinte viscérale sévère : dermocorticoïdes classe forte à très forte, émollients, antihistaminiques, surveillance.
- Forme avec atteinte viscérale sévère (ALAT > 5N, créatinine élevée, myocardite, pneumopathie, hémophagocytose) : prednisone 0,5–1 mg/kg/j, décroissance très progressive sur 3 à 6 mois (risque de rebond).
- Formes graves réfractaires : bolus de méthylprednisolone, IgIV, ciclosporine, ± valganciclovir en cas de réactivation HHV-6 sévère.
- Traitement symptomatique : réhydratation, antipyrétiques (éviter les nouveaux médicaments non indispensables).

Prescription du jour :

11. Surveillance et évolution

- T°, éruption, œdème, poids, diurèse ; NFS, bilan hépatique et rénal tous les 2 à 3 jours puis hebdomadaire.
- Surveillance prolongée des réactivations virales et des complications auto-immunes tardives (thyroïdite, diabète de type 1, lupus, alopecie) pendant 1 à 2 ans (TSH à M3, M6, M12).
- Consultation d'allergologie à distance (patch-tests à M2–M6) ; éviter les réintroductions.

Date	Clinique / score	Biologie	Traitement / décision
J1			
J3			
J7			
J ____			
Sortie			
Résumé de sortie / ordonnance de sortie / RDV : 			

Observation type n° 5 – Érythrodermie

RÉFLEXES – à vérifier dès l'admission

- Érythème > 90 % = urgence de thermorégulation et hydro-électrolytique
- Chercher la cause : dermatose préexistante, médicament, gale, lymphome (cellules de Sézary)
- Biopsies multiples et répétées si étiologie indéterminée
- Pas de corticothérapie générale à l'aveugle (psoriasis !)

1. Identité

Nom / Prénom		N° dossier	
Âge / Sexe		Date d'entrée	____ / ____ / 2026
Profession		Mode d'entrée	☐ Consultation ☐ Urgences ☐ Transfert
Origine / résidence		Couverture	☐ CNOPS ☐ CNSS ☐ FAR ☐ Mutuelle ☐ Aucune
Résident / Senior		Téléphone	

2. Motif d'hospitalisation

Érythème généralisé squameux touchant plus de 90 % de la surface corporelle, avec altération de l'état général.

3. Antécédents

Médicaux	☐ Diabète ☐ HTA ☐ Cardiopathie ☐ Néphropathie ☐ Hépatopathie ☐ Tuberculose ☐ Néoplasie ☐ Autres : _____
Chirurgicaux	
Gynéco-obst.	G____ P____ Contraception : _____ DDR : _____ Grossesse : ☐ non ☐ oui
Toxiques	☐ Tabac _____ PA ☐ Alcool ☐ Cannabis ☐ Autres
Allergies	
Traitements en cours	(nom – dose – date de début) _____

Familiaux**À rechercher spécifiquement :**

- ☐ dermatose préexistante (psoriasis, eczéma atopique, lymphome cutané)
- ☐ médicaments récents
- ☐ traitements arrêtés brutalement (corticoïdes)
- ☐ VIH
- ☐ néoplasie
- ☐ gale ancienne
- ☐ infections

4. Histoire de la maladie

Début il y a ____ jours/semaines, progressif ou brutal, sur peau saine / sur dermatose connue ____.

Extension centrifuge de l'érythème, desquamation fine ou en larges lambeaux, prurit ____, frissons, fièvre ou hypothermie ____, œdèmes des membres inférieurs ____, perte de poids ____, prises médicamenteuses ____.

5. Examen clinique

T° ____ °C	TA ____/____	FC ____/min	FR ____/min	SpO2 ____ %	Poids ____ kg	IMC ____	OMS ____
---------------	-----------------	----------------	----------------	----------------	------------------	-------------	-------------

Dermatologique

- Érythème diffus, ± œdémateux, ± infiltré, touchant ____ % (> 90 %) de la surface corporelle avec desquamation ____ (fine / en lambeaux), sécheresse, lichénification ; îlots de peau saine ____.
- Signes d'orientation : squames psoriasiformes, lésions eczématiformes, sillons scabieux, pustules, infiltration (faciès léonin), poikilodermie, kératodermie palmo-plantaire.
- Complications : fissures, surinfection, intertrigo, troubles de la thermorégulation.

Muqueuses	_____ (atteinte muqueuse orientant vers pemphigus, toxidermie, lichen).
Phanères	onychodystrophie, lignes de Beau, ectropion, alopecie _____.
Ganglions	
Autres appareils	polyadénopathie _____ (dermopathique ou tumorale), hépatosplénomégalie _____, signes de décompensation cardiaque (haut débit), déshydratation, œdèmes.

Schéma / description complémentaire :

6. Résumé syndromique et hypothèses diagnostiques

Érythrodermie _____ (aiguë / chronique) avec / sans signes de gravité (troubles hydro-électrolytiques, hypothermie, sepsis, décompensation cardiaque).

- Érythrodermie psoriasique ; érythrodermie eczémateuse (dermatite atopique, eczéma de contact) ; érythrodermie médicamenteuse (DRESS, toxidermie) ; lymphome T cutané (syndrome de Sézary, mycosis fongoïde) ; gale norvégienne ; pityriasis rubra pilaire ; pemphigus foliacé ; érythrodermie paranéoplasique ; idiopathique.

7. Examens complémentaires (cocher / dater / résultat)

- ☐ NFS (éosinophilie, cellules de Sézary $\geq 1000/\text{mm}^3$, lymphocytes atypiques), ionogramme, urée, créatinine, protidémie, albuminémie, CRP, bilan hépatique, LDH, IgE totales, calcémie.
- ☐ Biopsies cutanées multiples (histologie $\pm$ IFD $\pm$ immunomarquage CD3/CD4/CD8/CD7 $\pm$ clonalité T) répétées si non contributives.
- ☐ Prélèvements bactériologiques cutanés, hémocultures si fièvre ; recherche de sarcoptes (dermoscopie, examen parasitologique).
- ☐ Sérologies VIH, HTLV-1 ; immunophénotypage lymphocytaire sanguin et clonalité T si suspicion de lymphome ; radiographie thoracique, échographie abdominale $\pm$ TDM TAP, biopsie ganglionnaire.

☐ ECG, échocardiographie si signes cardiaques.

8. Diagnostic retenu

Érythrodermie secondaire à ____ / d'étiologie indéterminée, avec ____ (complications).

9. Bilan de retentissement / pré-thérapeutique

- ☐ Bilan hydro-électrolytique et nutritionnel.
- ☐ Bilan pré-thérapeutique selon le traitement étiologique envisagé (méthotrexate, ciclosporine, acitrétine, biothérapie, corticoïdes).

10. Traitement

- Hospitalisation, réchauffement (chambre à 25–28 °C), correction hydro-électrolytique, apports protidiques, prévention thrombo-embolique.
- Émollients abondants, bains antiseptiques tièdes, dermocorticoïdes classe modérée à forte (hors psoriasis pustuleux / lymphome non confirmé), antihistaminiques sédatifs.
- Arrêt de tout médicament suspect ; traitement des surinfections ; ivermectine/perméthrine si gale.
- Traitement étiologique : méthotrexate / ciclosporine / acitrétine / biothérapie (psoriasis) ; ciclosporine ou dupilumab (eczéma) ; corticothérapie (DRESS) ; prise en charge onco-hématologique (lymphome).

Prescription du jour :

11. Surveillance et évolution

- T°, TA, FC, poids, diurèse, état cutané, surface érythémateuse, prurit, sommeil.
- Biologie : ionogramme, protidémie, NFS, CRP tous les 2–3 jours.
- Si étiologie indéterminée : surveillance prolongée et biopsies itératives (démasquer un lymphome).

Observation type n° 6 – Psoriasis sévère (pustuleux généralisé / érythrodermique / en plaques étendu)

RÉFLEXES – à vérifier dès l'admission

- PASI / BSA / DLQI / PGA à l'entrée ; forme pustuleuse : GPPGA, fièvre, hypocalcémie
- Jamais de corticothérapie générale ; rechercher le sevrage cortisonique ou le médicament déclenchant
- Bilan pré-systémique complet dès l'admission (sérologies, Quantiféron, β -HCG)
- Dépister le rhumatisme psoriasique et le syndrome métabolique

1. Identité

Nom / Prénom		N° dossier	
Âge / Sexe		Date d'entrée	____ / ____ / 2026
Profession		Mode d'entrée	☐ Consultation ☐ Urgences ☐ Transfert
Origine / résidence		Couverture	☐ CNOPS ☐ CNSS ☐ FAR ☐ Mutuelle ☐ Aucune
Résident / Senior		Téléphone	

2. Motif d'hospitalisation

Poussée sévère de psoriasis (érythrodermie / pustulose généralisée / plaques étendues > 30 % de surface) avec retentissement général ou échec du traitement ambulatoire.

3. Antécédents

Médicaux	☐ Diabète ☐ HTA ☐ Cardiopathie ☐ Néphropathie ☐ Hépatopathie ☐ Tuberculose ☐ Néoplasie ☐ Autres : _____
Chirurgicaux	
Gynéco-obst.	G____ P____ Contraception : _____ DDR : _____ Grossesse : ☐ non ☐ oui
Toxiques	☐ Tabac _____ PA ☐ Alcool ☐ Cannabis ☐ Autres
Allergies	
Traitements en cours	(nom – dose – date de début) _____

Familiaux**À rechercher spécifiquement :**

- ☐ psoriasis connu depuis ____
- ☐ traitements antérieurs (locaux, photothérapie, méthotrexate, ciclosporine, acitrétine, biothérapies)
- ☐ arrêt brutal de corticoïdes systémiques
- ☐ infections récentes
- ☐ grossesse
- ☐ syndrome métabolique
- ☐ rhumatisme psoriasique
- ☐ antécédents familiaux

4. Histoire de la maladie

Psoriasis en plaques évoluant depuis ____ ans, ____ (facteur déclenchant : infection, stress, médicament — bêta-bloquant, lithium, antipaludéens, IEC —, sevrage cortisonique). Aggravation depuis ____ jours : extension des plaques / apparition de pustules non folliculaires sur fond érythémateux avec fièvre et frissons / érythrodermie. Douleurs articulaires _____. Traitements en cours _____.

5. Examen clinique

T° _____ °C	TA ____/____	FC ____/min	FR ____/min	SpO2 _____ %	Poids _____ kg	IMC _____	OMS _____
----------------	-----------------	----------------	----------------	-----------------	-------------------	--------------	--------------

Dermatologique

- Plaques érythémato-squameuses bien limitées, squames blanchâtres épaisses (signe de la tache de bougie, signe d'Auspitz), zones bastion et extension ____ ; PASI ____ ; BSA ____ % ; PGA _____.
- Forme pustuleuse : nappes érythémateuses recouvertes de pustules non folliculaires, blanches, superficielles, confluent en lacs de pus, desquamation secondaire ; score GPPGA ____ / GPPASI _____.
- Forme érythrodermique : érythème diffus > 90 % ; forme palmo-plantaire ; phénomène de Koebner.

Muqueuses	langue géographique ____, atteinte génitale ____.
Phanères	ongles : dépressions ponctuées, onycholyse, tache saumonée, hyperkératose sous-unguéale ____ (NAPSI ____); cuir chevelu ____.
Ganglions	
Autres appareils	articulations (synovites, dactylites, enthésites, rachis) ____; signes de sepsis; comorbidités cardio-métaboliques.

Schéma / description complémentaire :

6. Résumé syndromique et hypothèses diagnostiques

Psoriasis sévère forme ____ avec retentissement général ____ et échec de ____.

- Psoriasis pustuleux généralisé (von Zumbusch) / érythrodermie psoriasique / psoriasis en plaques sévère.
- Différentiels : PEAG (médicament, délai court), toxidermie, eczéma, pityriasis rubra pilaire, lymphome cutané, dermatophytie étendue (forme pustuleuse), impétigo.

7. Examens complémentaires (cocher / dater / résultat)

- ☐ NFS (hyperleucocytose à PNN), CRP, ionogramme, calcémie (hypocalcémie), albuminémie, bilan hépatique et rénal, glycémie, bilan lipidique, acide urique.
- ☐ Prélèvement bactériologique d'une pustule (stérile), hémocultures si fièvre, prélèvement de gorge (streptocoque).
- ☐ Biopsie cutanée si doute : pustules spongiformes de Kogoj, micro-abcès de Munro, acanthose, parakératose.
- ☐ Sérologies VHB, VHC, VIH, Quantiféron, radiographie thoracique (bilan pré-systémique); β -HCG; radiographies articulaires si signes rhumatologiques.

8. Diagnostic retenu

Psoriasis ____ sévère (PASI ____, BSA ____ %, DLQI ____) en échec de ____, avec comorbidités ____.

9. Bilan de retentissement / pré-thérapeutique

- ☐ Bilan pré-méthotrexate / ciclosporine / acitrétine / biothérapie selon le choix (voir ordonnance bilan pré-biothérapie).
- ☐ Avis rhumatologique si arthrite ; avis cardiologique si syndrome métabolique sévère.

10. Traitement

- Forme pustuleuse généralisée : hospitalisation, réhydratation, acitrétine 0,5–1 mg/kg/j (hors femme en âge de procréer) ou ciclosporine 3–5 mg/kg/j ou méthotrexate ; biothérapie (anti-IL-17, anti-IL-23, anti-TNF, spésolimab si disponible) dans les formes sévères ou réfractaires ; jamais de corticothérapie générale.
- Érythrodermie psoriasique : ciclosporine ou infliximab / anti-IL-17 pour un effet rapide ; méthotrexate ou acitrétine en relais.
- Psoriasis en plaques sévère : méthotrexate 15–25 mg/semaine + acide folique, ou ciclosporine, ou acitrétine ± photothérapie, ou biothérapie si échec / contre-indication de ≥ 2 systémiques.
- Soins locaux : émollients, dermocorticoïdes $\pm$ calcipotriol sur les plaques résiduelles, kératolytiques (hors forme pustuleuse), soins du cuir chevelu.
- Éviction des facteurs déclenchants, sevrage tabagique, prise en charge du surpoids, soutien psychologique.

Prescription du jour :

11. Surveillance et évolution

- PASI / BSA / DLQI hebdomadaire, T°, hémodynamique, nouvelles pustules.
- Tolérance des traitements : NFS, bilan hépatique (méthotrexate), créatinine et TA (ciclosporine), lipides et β -HCG (acitrétine).
- Réponse attendue : PASI 75 à S12–16 sous biothérapie ; réévaluation et adaptation à 3 mois.

Date	Clinique / score	Biologie	Traitement / décision
J1			
J3			
J7			
J ____			
Sortie			
Résumé de sortie / ordonnance de sortie / RDV : 			

Observation type n° 7 – Dermohypodermite bactérienne aiguë (érysipèle) / fasciite nécrosante

RÉFLEXES – à vérifier dès l'admission

- ▶ Marquer les limites au feutre ; rechercher la porte d'entrée ; AINS contre-indiqués
- ▶ Douleur disproportionnée, hypoesthésie, nécrose, crépitation → fasciite → chirurgie en urgence
- ▶ Amoxicilline 50 mg/kg/j (max 6 g/j) 7 jours ; hémocultures si T° > 38,5 °C
- ▶ Prévention des récives : porte d'entrée, contention, pénicilline retard si ≥ 2/an

1. Identité

Nom / Prénom		N° dossier	
Âge / Sexe		Date d'entrée	____ / ____ / 2026
Profession		Mode d'entrée	☐ Consultation ☐ Urgences ☐ Transfert
Origine / résidence		Couverture	☐ CNOPS ☐ CNSS ☐ FAR ☐ Mutuelle ☐ Aucune
Résident / Senior		Téléphone	

2. Motif d'hospitalisation

Grosse jambe rouge aiguë fébrile.

3. Antécédents

Médicaux	☐ Diabète ☐ HTA ☐ Cardiopathie ☐ Néphropathie ☐ Hépatopathie ☐ Tuberculose ☐ Néoplasie ☐ Autres : _____
Chirurgicaux	
Gynéco-obst.	G____ P____ Contraception : _____ DDR : _____ Grossesse : ☐ non ☐ oui
Toxiques	☐ Tabac _____ PA ☐ Alcool ☐ Cannabis ☐ Autres
Allergies	
Traitements en cours	(nom – dose – date de début) _____

Familiaux**À rechercher spécifiquement :**

- ☐ épisode antérieur d'érysipèle
- ☐ lymphœdème
- ☐ insuffisance veineuse
- ☐ obésité
- ☐ diabète
- ☐ immunodépression
- ☐ intertrigo interorteils
- ☐ plaie ou ulcère
- ☐ AINS récents

4. Histoire de la maladie

Début brutal il y a ____ heures/jours par une fièvre à ____ °C avec frissons, puis placard érythémateux, chaud, douloureux, d'extension rapide au membre inférieur ____ (droit/gauche). Porte d'entrée : intertrigo interorteils ____, plaie ____, ulcère ____, piqûre ____. Prise d'AINS _____. Traitements antérieurs _____.

5. Examen clinique

T° ____ °C	TA ____/____	FC ____/min	FR ____/min	SpO2 ____ %	Poids ____ kg	IMC ____	OMS ____
---------------	-----------------	----------------	----------------	----------------	------------------	-------------	-------------

Dermatologique

- Placard inflammatoire érythémateux, œdémateux, chaud, douloureux, bien limité, ± bourrelet périphérique, surface délimitée au marqueur (____ cm), ± bulles, purpura, décollements superficiels.
- Porte d'entrée : _____. Adénopathie inguinale sensible ____, lymphangite _____.
- Signes de gravité locaux (fasciite nécrosante) : douleur disproportionnée, hypoesthésie, induration ligneuse, nécrose, crépitation, zones cyaniques, extension rapide sous traitement.

Muqueuses	_____.
Phanères	espaces interdigitaux, ongles (onychomycose) _____.
Ganglions	
Autres appareils	signes de sepsis (qSOFA : FR $\geq$ 22, PAS $\leq$ 100, confusion), état veineux et artériel (pouls distaux), signes de thrombose veineuse profonde, glycémie.

Schéma / description complémentaire :

6. Résumé syndromique et hypothèses diagnostiques

Dermohypodermite bactérienne aiguë non nécrosante du membre inférieur _____ avec porte d'entrée _____ ; $\pm$ critères d'hospitalisation (signes de gravité, comorbidités, doute diagnostique, échec ambulatoire à 72 h, contexte social).

- Érysipèle (*Streptococcus pyogenes* ++) ; dermohypodermite à staphylocoque (plaie, abcès) ; fasciite nécrosante (urgence chirurgicale).
- Différentiels : thrombose veineuse profonde, eczéma de stase, lipodermatosclérose aiguë, phlébite superficielle, arthrite / bursite septique, syndrome des loges, piqûre d'insecte, zona.

7. Examens complémentaires (cocher / dater / résultat)

- ☐ NFS (hyperleucocytose à PNN), CRP, créatinine, glycémie, CPK, ionogramme ; hémocultures si T° > 38,5 °C ; prélèvement de la porte d'entrée et des bulles.
- ☐ Écho-Doppler veineux si doute de TVP ; imagerie (échographie, IRM) uniquement si suspicion de collection ou de fasciite, sans retarder la chirurgie.
- ☐ Score LRINEC (CRP, GB, Hb, Na, créatinine, glycémie) : _____ ($\geq$ 6 suspect de fasciite).

8. Diagnostic retenu

Érysipèle du membre inférieur _____, _____ (premier épisode / récurrence), porte d'entrée _____, sans / avec signes de gravité.

9. Bilan de retentissement / pré-thérapeutique

- ☐ Contrôle du diabète, évaluation de l'état vasculaire et du lymphœdème.
- ☐ Éducation pour la prévention des récives.

10. Traitement

- Amoxicilline 50 mg/kg/j per os en 3 prises (sans dépasser 6 g/j), ou IV si hospitalisation, pendant 7 jours ; en cas d'allergie : pristinamycine 1 g × 3/j ou clindamycine 600 mg × 3/j.
- Si suspicion de staphylocoque (plaie, abcès, contexte de soins) : amoxicilline-acide clavulanique ou pristinamycine.
- Fasciite nécrosante : chirurgie de débridement en urgence + antibiothérapie IV large (pipéracilline-tazobactam ou amoxicilline-acide clavulanique + clindamycine) en réanimation.
- Repos au lit jambe surélevée, antalgiques (paracétamol ; AINS contre-indiqués), anticoagulation préventive si facteurs de risque, traitement de la porte d'entrée (antifongique local, soins de plaie), vaccination antitétanique à jour.
- Après guérison : contention veineuse, traitement du lymphœdème, hygiène des pieds ; benzathine-pénicilline G 2,4 MUI IM toutes les 2–4 semaines ou pénicilline V 1–2 MUI/j si ≥ 2 récives/an.

Prescription du jour :

11. Surveillance et évolution

- Régression de la fièvre en 48–72 h et de l'érythème en 7–10 jours (marquage quotidien des limites) ; réévaluation à 48–72 h si échec.
- Surveillance des complications : abcès (ponction/drainage), fasciite, TVP, glomérulonéphrite (rare), lymphœdème séquellaire.
- Éducation : traitement de la porte d'entrée, contention, consultation rapide en cas de récive.

Date	Clinique / score	Biologie	Traitement / décision
J1			
J3			
J7			
J ____			
Sortie			
Résumé de sortie / ordonnance de sortie / RDV : 			

Observation type n° 8 – Leishmaniose cutanée

RÉFLEXES – à vérifier dès l'admission

- ▶ Ulcération chronique indolore en zone découverte chez un patient exposé = leishmaniose jusqu'à preuve du contraire
- ▶ Frottis dermique (Giemsa) + biopsie + PCR espèce ; déclaration obligatoire
- ▶ Critères de traitement systémique : > 4 lésions, > 4 cm, visage/articulation, sporotrichoïde, échec local
- ▶ Glucantime IM : ECG et biologie à J0, J7, J14, J20 (QT, lipase, transaminases)

1. Identité

Nom / Prénom		N° dossier	
Âge / Sexe		Date d'entrée	____ / ____ / 2026
Profession		Mode d'entrée	☐ Consultation ☐ Urgences ☐ Transfert
Origine / résidence		Couverture	☐ CNOPS ☐ CNSS ☐ FAR ☐ Mutuelle ☐ Aucune
Résident / Sénior		Téléphone	

2. Motif d'hospitalisation

Lésion(s) cutanée(s) ulcéro-croûteuse(s) chronique(s) des zones découvertes, ne cicatrisant pas depuis ____ mois.

3. Antécédents

Médicaux	☐ Diabète ☐ HTA ☐ Cardiopathie ☐ Néphropathie ☐ Hépatopathie ☐ Tuberculose ☐ Néoplasie ☐ Autres : _____
Chirurgicaux	
Gynéco-obst.	G____ P____ Contraception : _____ DDR : _____ Grossesse : ☐ non ☐ oui
Toxiques	☐ Tabac _____ PA ☐ Alcool ☐ Cannabis ☐ Autres
Allergies	
Traitements en cours	(nom – dose – date de début) _____

Familiaux**À rechercher spécifiquement :**

- ☐ séjour ou résidence en zone d'endémie (L. major : foyers présahariens du sud-est ; L. tropica : foyers du centre – Marrakech-Safi, Béni Mellal-Khénifra, Chichaoua, Essaouira – ; L. infantum : nord et Rif)
- ☐ piqûres de phlébotomes
- ☐ immunodépression
- ☐ cas similaires dans l'entourage

4. Histoire de la maladie

Apparition il y a ____ mois (saison ____) d'une papule érythémateuse au niveau de ____ (visage, membres), augmentant progressivement de taille, se recouvrant d'une croûte, puis s'ulcérant ; indolore ; nombre de lésions ____ ; lésions satellites ou lymphangite nodulaire ____ ; traitements locaux reçus ____ ; échec de plusieurs cures antibiotiques ____.

5. Examen clinique

T° ____ °C	TA ____/____	FC ____/min	FR ____/min	SpO2 ____ %	Poids ____ kg	IMC ____	OMS ____
---------------	-----------------	----------------	----------------	----------------	------------------	-------------	-------------

Dermatologique	• Lésion(s) papulo-nodulaire(s) ulcéro-croûteuse(s), à bordure infiltrée surélevée, fond granulomateux, taille ____ × ____ cm, siège ____ ; forme sèche (L. tropica) ou humide (L. major) ; formes lupoïdes, sporotrichoïdes, verruqueuses, érysipéloïdes, diffuses ____. • Nombre de lésions ____ ; lésions proches d'une articulation, du nez, des paupières, des lèvres ____ (critères de traitement systémique). • Dermoscopie : érythème, vaisseaux en épingle à cheveux / en virgule, « larmes jaunes », hyperkératose, ulcération.
Muqueuses	atteinte muqueuse (nasale, buccale) ____ (rare avec les espèces marocaines).

Phanères	_____.
Ganglions	
Autres appareils	adénopathie satellite _____, hépato-splénomégalie et fièvre (rechercher forme viscérale chez l'enfant / l'immunodéprimé) _____.

Schéma / description complémentaire :

6. Résumé syndromique et hypothèses diagnostiques

Lésion(s) ulcéro-croûteuse(s) chronique(s) indolore(s) en zone découverte chez un patient exposé en zone d'endémie.

- Leishmaniose cutanée localisée / multiple / récidivante / sporotrichoïde / lupoïde.
- Différentiels : carcinome épidermoïde, carcinome basocellulaire, tuberculose cutanée (lupus vulgaire), mycobactériose atypique, sporotrichose, mycose profonde, sarcoïdose, pyodermite, syphilis tertiaire, pyoderma gangrenosum.

7. Examens complémentaires (cocher / dater / résultat)

- ☐ Frottis dermique (grattage de la bordure de la lésion) coloré au May-Grünwald-Giemsa : corps de Leishman (amastigotes) _____.
- ☐ Biopsie cutanée : granulome histiocytaire avec parasites intracellulaires ; culture sur milieu NNN ; PCR avec identification d'espèce : _____.
- ☐ IDR à la leishmanine (Monténégro) si disponible ; sérologie (peu utile dans la forme cutanée).
- ☐ Bilan pré-antimoniés : NFS, ionogramme, créatinine, bilan hépatique, lipase, ECG (QT), β -HCG.
- ☐ Déclaration obligatoire de la maladie.

8. Diagnostic retenu

Leishmaniose cutanée à L. _____ (major / tropica / infantum), forme _____, _____ lésion(s), siège _____.

9. Bilan de retentissement / pré-thérapeutique

- ☐ Bilan pré-thérapeutique complet et ECG avant antimoniés (glucantime) ; contre-indications : cardiopathie, néphropathie, hépatopathie, grossesse.

10. Traitement

- Formes limitées (≤ 4 lésions, < 4 cm, hors visage/articulation) : antimoniate de méglumine (Glucantime®) en infiltration intralésionnelle 1–5 ml, 1 à 2 fois/semaine, 3 à 8 séances ; ou cryothérapie ; ou paromomycine topique ; ou abstention-surveillance (guérison spontanée en 6–15 mois pour L. major).
- Formes étendues, multiples, du visage, sporotrichoïdes, récidivantes ou lupoïdes : antimoniate de méglumine 20 mg Sb/kg/j IM pendant 20 jours en hospitalisation (surveillance clinique, ECG et biologique bihebdomadaire) ; alternatives : fluconazole 200–400 mg/j pendant 6 semaines, miltéfosine 2,5 mg/kg/j 28 jours, amphotéricine B liposomale (formes graves / immunodéprimé).
- Soins locaux : antiseptiques, pansements, traitement d'une surinfection.
- Prévention : moustiquaires imprégnées, répulsifs, lutte anti-vectorielle et contre les réservoirs, information de la famille.

Prescription du jour :

11. Surveillance et évolution

- Tolérance des antimoniés : stibio-intolérance (fièvre, myalgies, éruption) et stibio-intoxication (allongement du QT, cytolyse, pancréatite, cytopénies) → ECG et biologie à J0, J7, J14, J20.
- Cicatrisation à 6 semaines ; réévaluation à M3 et M6 ; recherche de récurrence ou de forme lupoïde.
- Prise en charge de la cicatrice (photoprotection, laser, chirurgie à distance).

Date	Clinique / score	Biologie	Traitement / décision
J1			
J3			
J7			
J ____			
Sortie			
Résumé de sortie / ordonnance de sortie / RDV : 			

Observation type n° 9 – Lupus érythémateux (cutané et systémique)

RÉFLEXES – à vérifier dès l'admission

- ▶ Photosensibilité + érythème malaire respectant les sillons nasogéniens
- ▶ Biopsie (histo + IFD) ; AAN, anti-ADN, anti-Sm, anti-SSA, complément, antiphospholipides
- ▶ Bandelette urinaire et TA à chaque examen (rein !)
- ▶ Hydroxychloroquine ≤ 5 mg/kg/j + photoprotection + sevrage tabagique ; ophtalmologie de référence

1. Identité

Nom / Prénom		N° dossier	
Âge / Sexe		Date d'entrée	____ / ____ / 2026
Profession		Mode d'entrée	☐ Consultation ☐ Urgences ☐ Transfert
Origine / résidence		Couverture	☐ CNOPS ☐ CNSS ☐ FAR ☐ Mutuelle ☐ Aucune
Résident / Senior		Téléphone	

2. Motif d'hospitalisation

Éruption photosensible du visage / lésions discoïdes chroniques / signes généraux et articulaires évoquant une connectivite.

3. Antécédents

Médicaux	☐ Diabète ☐ HTA ☐ Cardiopathie ☐ Néphropathie ☐ Hépatopathie ☐ Tuberculose ☐ Néoplasie ☐ Autres : _____
Chirurgicaux	
Gynéco-obst.	G____ P____ Contraception : _____ DDR : _____ Grossesse : ☐ non ☐ oui
Toxiques	☐ Tabac _____ PA ☐ Alcool ☐ Cannabis ☐ Autres
Allergies	
Traitements en cours	(nom – dose – date de début) _____

Familiaux**À rechercher spécifiquement :**

- ☐ photosensibilité
- ☐ fausses couches à répétition
- ☐ thromboses (SAPL)
- ☐ lupus familial
- ☐ prise de médicaments inducteurs (hydralazine, procaïnamide, minocycline, anti-TNF, IPP, thiazidiques)
- ☐ tabagisme (résistance aux APS)
- ☐ grossesse

4. Histoire de la maladie

Depuis ____ mois : érythème malaire en vespertilio déclenché par le soleil / plaques érythémato-squameuses discoïdes avec atrophie cicatricielle et alopecie / lésions annulaires ou psoriasiformes des zones photo-exposées (subaigu). Signes associés : arthralgies inflammatoires ____, fièvre ____, asthénie ____, amaigrissement ____, aphtes ____, phénomène de Raynaud ____, sérite ____, œdèmes ____, alopecie diffuse ____, syndrome sec ____.

5. Examen clinique

T° ____ °C	TA ____/____	FC ____/min	FR ____/min	SpO2 ____ %	Poids ____ kg	IMC ____	OMS ____
---------------	-----------------	----------------	----------------	----------------	------------------	-------------	-------------

Dermatologique

- Lupus aigu : érythème œdémateux malaire en ailes de papillon respectant les sillons nasogéniens, atteinte du décolleté, des mains (respect des articulations).
- Lupus subaigu : lésions annulaires polycycliques ou papulo-squameuses psoriasiformes des zones photo-exposées, sans atrophie.
- Lupus chronique discoïde : plaques érythémateuses avec hyperkératose ponctuée, atrophie cicatricielle, dyschromie, alopecie cicatricielle ; formes tumidus, lupus engelure, panniculite lupique.

	• Autres : livedo, purpura vasculaire, urticaire, ulcérations digitales, lésions bulleuses ; score CLASI : activité ____ / séquelles ____. • Photographies datées.
Muqueuses	érosions ou ulcérations buccales / nasales indolores ____, lésions discoïdes labiales ____.
Phanères	alopécie diffuse non cicatricielle ou cicatricielle ____, cheveux lupiques, ongles ____, télangiectasies péri-unguéales.
Ganglions	
Autres appareils	articulations (arthrites non érosives), sérites, souffle cardiaque, TA, œdèmes (rein), examen neurologique, adénopathies, splénomégalie.

Schéma / description complémentaire :

6. Résumé syndromique et hypothèses diagnostiques

Dermatose photosensible ____ (aiguë / subaiguë / chronique) avec / sans signes systémiques.

- Lupus érythémateux cutané isolé / lupus érythémateux systémique (critères EULAR/ACR 2019 : AAN $\geq 1/80$ obligatoire et score ≥ 10 ; score du patient : ____) / lupus induit.
- Différentiels : dermatomyosite, rosacée, dermite séborrhéique, photodermatoses, psoriasis, lichen plan, sarcoïdose, érythème polymorphe, syphilis secondaire, lymphome cutané, pseudo-lymphome.

7. Examens complémentaires (cocher / dater / résultat)

- ☐ Biopsie cutanée (histologie : dermite d'interface, atrophie épidermique, hyperkératose, dépôts de mucine ; IFD : bande lupique IgG/IgM/C3 à la JDE).
- ☐ AAN (titre ____, aspect ____), anti-ADN natif, anti-Sm, anti-SSA/Ro, anti-SSB/La, anti-RNP, anti-histones ; C3, C4, CH50 ; anticorps antiphospholipides (anticoagulant circulant, anticardiolipine, anti- $\beta 2$ GP1).
- ☐ NFS (cytopénies), VS, CRP, créatinine, protéinurie/créatininurie, sédiment urinaire, bilan hépatique, CPK, électrophorèse des protéines, test de Coombs, TP-TCA.

- ☐ Radiographie thoracique, ECG, échocardiographie si signes cardiaques, ponction-biopsie rénale si protéinurie > 0,5 g/j ; examen ophtalmologique de référence avant hydroxychloroquine.

8. Diagnostic retenu

Lupus érythémateux ____ (cutané aigu / subaigu / chronique / systémique) avec atteinte ____ ;
SLEDAI ____ ; **CLASI** ____.

9. Bilan de retentissement / pré-thérapeutique

- ☐ Bilan pré-hydroxychloroquine : examen ophtalmologique (fond d'œil, champ visuel, OCT), ECG, G6PD selon terrain.
- ☐ Bilan pré-corticoïdes / immunosuppresseurs : sérologies, Quantiféron, glycémie, ostéodensitométrie, contraception adaptée.

10. Traitement

- Photoprotection stricte (écran SPF 50+, vêtements), sevrage tabagique, arrêt des médicaments inducteurs.
- Lupus cutané : dermocorticoïdes / tacrolimus topique ; hydroxychloroquine 400 mg/j (≤ 5 mg/kg/j) en première intention ; en 2e ligne : méthotrexate, thalidomide (formes discoïdes réfractaires, contraception stricte), dapson (formes bulleuses), acitrétine, mycophénolate.
- Lupus systémique : hydroxychloroquine systématique ; corticothérapie 0,5–1 mg/kg/j selon l'atteinte ($\pm$ bolus) ; immunosuppresseurs (mycophénolate, cyclophosphamide, azathioprine) ; bélimumab ou anifrolumab dans les formes réfractaires ; prise en charge multidisciplinaire (néphrologie, médecine interne).
- Anticoagulation / antiagrégant selon SAPL ; contraception sans œstrogènes ; planification des grossesses.

Prescription du jour :

11. Surveillance et évolution

- CLASI, signes systémiques, TA, bandelette urinaire à chaque visite ; NFS, créatinine, protéinurie, C3/C4, anti-ADN tous les 3 à 6 mois.
- Surveillance ophtalmologique annuelle sous hydroxychloroquine après 5 ans (ou avant si facteurs de risque).
- Suivi des séquelles (cicatrices, alopecie) et de la qualité de vie ; éducation thérapeutique.

Date	Clinique / score	Biologie	Traitement / décision
J1			
J3			
J7			
J ____			
Sortie			
Résumé de sortie / ordonnance de sortie / RDV : 			

Observation type n° 10 – Dermatomyosite

RÉFLEXES – à vérifier dès l'admission

- ▶ Héliotrope + Gottron + déficit proximal → CPK, aldolase, anticorps spécifiques (TIF1γ, MDA5...)
- ▶ Dysphagie, dyspnée, crépitants = signes de gravité → EFR/DLCO, TDM thoracique, déglutition
- ▶ Bilan néoplasique systématique chez l'adulte (surtout anti-TIF1γ / NXP2), répété 3–5 ans
- ▶ Corticoïdes + immunosuppresseur d'emblée si myosite ; IgIV si dysphagie

1. Identité

Nom / Prénom		N° dossier	
Âge / Sexe		Date d'entrée	____ / ____ / 2026
Profession		Mode d'entrée	☐ Consultation ☐ Urgences ☐ Transfert
Origine / résidence		Couverture	☐ CNOPS ☐ CNSS ☐ FAR ☐ Mutuelle ☐ Aucune
Résident / Senior		Téléphone	

2. Motif d'hospitalisation

Éruption érythémato-œdémateuse du visage et des mains associée à une faiblesse musculaire proximale.

3. Antécédents

Médicaux	☐ Diabète ☐ HTA ☐ Cardiopathie ☐ Néphropathie ☐ Hépatopathie ☐ Tuberculose ☐ Néoplasie ☐ Autres : _____
Chirurgicaux	
Gynéco-obst.	G____ P____ Contraception : _____ DDR : _____ Grossesse : ☐ non ☐ oui
Toxiques	☐ Tabac _____ PA ☐ Alcool ☐ Cannabis ☐ Autres
Allergies	
Traitements en cours	(nom – dose – date de début) _____
Familiaux	

À rechercher spécifiquement :

- ☐ néoplasie (sein, ovaire, poumon, nasopharynx, digestive)
- ☐ tabagisme
- ☐ statines
- ☐ connectivite familiale
- ☐ signes respiratoires
- ☐ dysphagie

4. Histoire de la maladie

Depuis ____ semaines/mois : érythème violacé des paupières avec œdème, papules des faces d'extension des articulations des doigts, érythème du décolleté et du haut du dos, photosensibilité, prurit _____. Faiblesse musculaire proximale (difficulté à monter les escaliers, à se coiffer, à se lever d'une chaise) _____, myalgies _____, dysphagie _____, dysphonie _____, dyspnée / toux sèche _____, fièvre _____, amaigrissement _____, arthralgies _____, phénomène de Raynaud _____.

5. Examen clinique

T° _____ °C	TA _____ _____/____	FC _____ _____/min	FR _____ _____/min	SpO2 _____ %	Poids _____ kg	IMC _____	OMS _____
----------------	------------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------	-------------------	-----------	-----------

Dermatologique

- Érythème lilacé héliotrope des paupières supérieures avec œdème ; papules et signe de Gottron sur les articulations interphalangiennes et métacarpo-phalangiennes ; érythème des faces d'extension des coudes et genoux.
- Signe du châle (haut du dos), signe du V du décolleté, signe du holster (faces latérales des cuisses), érythème du cuir chevelu, poïkilodermie ; mains de mécanicien (anti-synthétase) ; ulcérations cutanées, calcinose (formes juvéniles / anti-NXP2), panniculite.
- Capillaroscopie péri-unguéale / dermoscopie : mégacapillaires, hémorragies, zones avasculaires ; érythème péri-unguéal, hypertrophie cuticulaire (signe de la manucure).
- Score CDASI : activité _____ / séquelles _____.

Muqueuses	érythème gingival, ulcérations buccales ____.
Phanères	cuticules hypertrophiques, télangiectasies péri-unguéales, alopecie ____.
Ganglions	
Autres appareils	testing musculaire (MMT-8 : ____ /80 ; déficit proximal symétrique des ceintures, muscles fléchisseurs du cou), dysphagie, auscultation pulmonaire (crépitations – PID), cardiaque, recherche d'une néoplasie (seins, aires ganglionnaires, toucher rectal, ORL).

Schéma / description complémentaire :

6. Résumé syndromique et hypothèses diagnostiques

Dermatose caractéristique (héliotrope, Gottron) ± myopathie inflammatoire proximale ± atteinte pulmonaire → dermatomyosite ____ (classique / amyopathique / paranéoplasique / avec syndrome des anti-synthétases).

- Dermatomyosite (critères EULAR/ACR 2017 : score ____).
- Différentiels : lupus (respect des articulations, pas de Gottron), sclérodermie, eczéma de contact, dermatite atopique, psoriasis, trichinose, myopathie médicamenteuse (statines), polymyosite, myosite à inclusions, lymphome.

7. Examens complémentaires (cocher / dater / résultat)

- ☐ Enzymes musculaires : CPK ____, aldolase ____, LDH, ASAT/ALAT ; CRP, VS, NFS, créatinine, ferritine.
- ☐ Auto-anticorps : AAN ; anticorps spécifiques des myosites : anti-Mi-2, anti-TIF1γ (cancer +++), anti-NXP2, anti-MDA5 (forme amyopathique avec PID rapidement progressive), anti-SAE, anti-Jo1 et autres anti-synthétases ; anti-Ro52.
- ☐ EMG (tracé myogène), IRM musculaire (cuisses), biopsie musculaire si doute ; biopsie cutanée (dermite d'interface, mucine).

- ☐ Bilan pulmonaire : radiographie, TDM thoracique haute résolution, EFR avec DLCO ; ECG, troponine, échocardiographie ; manométrie œsophagienne / vidéo-déglutition si dysphagie.
- ☐ Recherche de néoplasie (adulte > 40 ans, anti-TIF1γ/NXP2) : TDM thoraco-abdomino-pelvienne, mammographie, échographie pelvienne et marqueurs (CA-125), nasofibroscopie, coloscopie / gastroscopie selon âge, PSA, ± TEP-TDM ; à répéter annuellement pendant 3 à 5 ans.

8. Diagnostic retenu

Dermatomyosite ____ (classique / amyopathique / paranéoplasique) avec anticorps anti-____ ; atteinte musculaire (CPK ____, MMT-8 ____), pulmonaire ____, œsophagienne ____, néoplasie associée ____.

9. Bilan de retentissement / pré-thérapeutique

- ☐ Bilan pré-corticoïdes et immunosuppresseurs : sérologies, Quantiféron, glycémie, TA, ostéodensitométrie, examen ophtalmologique ; contraception.
- ☐ Kinésithérapie, évaluation nutritionnelle et de la déglutition (risque d'inhalation).

10. Traitement

- Photoprotection stricte ; dermocorticoïdes, tacrolimus topique ; hydroxychloroquine 400 mg/j pour l'atteinte cutanée (attention : réactions cutanées plus fréquentes).
- Forme avec myosite : prednisone 1 mg/kg/j (bolus de méthylprednisolone si sévère) avec décroissance lente sur 12–18 mois, associée d'emblée à un immunosuppresseur d'épargne : méthotrexate 15–25 mg/semaine ou azathioprine 2 mg/kg/j (mycophénolate si PID).
- Formes sévères / réfractaires / dysphagie / PID rapide (anti-MDA5) : IgIV 2 g/kg/mois, rituximab, cyclophosphamide, inhibiteurs de JAK, tacrolimus ; réanimation si détresse respiratoire.
- Traitement de la néoplasie associée (amélioration de la DM) ; kinésithérapie précoce, prévention de l'ostéoporose et des infections, vaccinations.

Prescription du jour :

11. Surveillance et évolution

- Force musculaire (MMT-8), CPK, CDASI, dysphagie, EFR/DLCO tous les 3–6 mois si PID, tolérance des traitements.
- Dépistage de cancer répété pendant 3 à 5 ans ; surveillance de la calcinose et des ulcérations.
- Éducation thérapeutique, soutien psychologique, kinésithérapie de maintien.

Date	Clinique / score	Biologie	Traitement / décision
J1			
J3			
J7			
J ____			
Sortie			

Résumé de sortie / ordonnance de sortie / RDV :

Observation type n° 11 – Ulcère de jambe

RÉFLEXES – à vérifier dès l'admission

- Palper les pouls et mesurer l'IPS AVANT toute compression (< 0,6 = contre-indication)
- Décrire : siège, taille (calque/photo), bords, fond, peau périulcéreuse
- Biopsie si aspect atypique ou absence de cicatrisation à 3 mois
- Antibiotiques uniquement sur infection clinique ; vaccination antitétanique

1. Identité

Nom / Prénom		N° dossier	
Âge / Sexe		Date d'entrée	____ / ____ / 2026
Profession		Mode d'entrée	☐ Consultation ☐ Urgences ☐ Transfert
Origine / résidence		Couverture	☐ CNOPS ☐ CNSS ☐ FAR ☐ Mutuelle ☐ Aucune
Résident / Senior		Téléphone	

2. Motif d'hospitalisation

Perte de substance cutanée chronique du membre inférieur ____ évoluant depuis ____ mois, non cicatrisante / surinfectée / douloureuse.

3. Antécédents

Médicaux	☐ Diabète ☐ HTA ☐ Cardiopathie ☐ Néphropathie ☐ Hépatopathie ☐ Tuberculose ☐ Néoplasie ☐ Autres : _____
Chirurgicaux	
Gynéco-obst.	G ____ P ____ Contraception : _____ DDR : _____ Grossesse : ☐ non ☐ oui
Toxiques	☐ Tabac ____ PA ☐ Alcool ☐ Cannabis ☐ Autres
Allergies	
Traitements en cours	(nom – dose – date de début) _____

Familiaux**À rechercher spécifiquement :**

- ☐ insuffisance veineuse
- ☐ varices
- ☐ thrombose veineuse profonde
- ☐ AOMI
- ☐ diabète
- ☐ HTA
- ☐ tabac
- ☐ obésité
- ☐ traumatisme
- ☐ ulcères antérieurs
- ☐ drépanocytose
- ☐ connectivite
- ☐ hémopathie
- ☐ insuffisance cardiaque

4. Histoire de la maladie

Apparition il y a ____ (spontanée / après traumatisme minime) d'une ulcération de la face ____ (interne / externe / antérieure) de la jambe ____, augmentation progressive de taille, douleur ____ (absente ou modérée si veineux ; intense, nocturne, calmée jambe pendante si artériel ; disproportionnée si pyoderma), écoulement ____, odeur ____, épisodes d'érysipèle ____, traitements locaux et généraux reçus ____, retentissement (marche, sommeil, autonomie) ____.

5. Examen clinique

T° ____ °C	TA ____/____	FC ____/min	FR ____/min	SpO2 ____ %	Poids ____ kg	IMC ____	OMS ____
---------------	-----------------	----------------	----------------	----------------	------------------	-------------	-------------

Dermatologique	• Ulcère : siège _____, nombre _____, taille _____ × _____ cm (calque / photo), forme _____, bords (souples et en pente douce – veineux ; à pic, creusant – artériel ; violacés décollés – pyoderma), fond (bourgeonnant, fibrineux, nécrotique, atone, tendon ou os à nu), exsudat _____, odeur _____. • Peau péri-ulcéreuse : eczéma de stase, dermite ocre, atrophie blanche, lipodermatosclérose, œdème, varices (veineux) ; peau froide, pâle, dépilée, ongles épais, pieds froids (artériel) ; nécrose extensive avec bordure inflammatoire (pyoderma, vascularite). • Recherche de bourgeon anormal, bords indurés (transformation carcinomateuse sur ulcère ancien).
Muqueuses	_____.
Phanères	ongles, onychomycose, espaces interdigitaux, peau sèche _____.
Ganglions	
Autres appareils	pouls pédieux, tibial postérieur, poplité, fémoral _____ ; IPS _____ ; souffles ; signes de TVP ; état cardiaque (œdèmes, dyspnée) ; neuropathie (monofilament) si diabète ; mobilité de la cheville ; état nutritionnel.

Schéma / description complémentaire :

6. Résumé syndromique et hypothèses diagnostiques

Ulcère chronique du membre inférieur d'origine _____ (veineuse / artérielle / mixte / microangiopathique / autre) avec / sans complication (surinfection, eczéma, ostéite, dégénérescence).

- Ulcère veineux (70 %) ; ulcère artériel ; ulcère mixte ; angiodermite nécrotique (HTA, diabète) ; ulcère neuropathique / mal perforant ; pyoderma gangrenosum ; vascularite ; ulcère drépanocytaire ; carcinome épidermoïde ou basocellulaire ulcéré ; leishmaniose ; tuberculose ; ulcère médicamenteux (hydroxyurée) ; pathomimie.

7. Examens complémentaires (cocher / dater / résultat)

- ☐ Écho-Doppler veineux et artériel des membres inférieurs, mesure de l'IPS (< 0,9 artériopathie ; > 1,3 médiacalcose) ; angio-TDM / artériographie si revascularisation envisagée ; TcPO2 si IPS non interprétable.
- ☐ NFS, CRP, glycémie / HbA1c, créatinine, albuminémie, bilan lipidique, électrophorèse des protéines ; sérologies / auto-immunité si suspicion de vascularite.
- ☐ Prélèvement bactériologique uniquement si signes cliniques d'infection (écouvillon après nettoyage ou biopsie).
- ☐ Biopsie cutanée du bord de l'ulcère si aspect atypique, absence de cicatrisation à 3 mois de traitement bien conduit, ou suspicion de tumeur / vascularite / pyoderma.
- ☐ Radiographie / IRM si suspicion d'ostéite ; patch-tests si eczéma péri-ulcéreux (sensibilisation aux topiques).

8. Diagnostic retenu

Ulcère de jambe ____ (étiologie) du membre inférieur ____, ____ cm², évoluant depuis ____, compliqué de ____.

9. Bilan de retentissement / pré-thérapeutique

- ☐ Évaluation vasculaire complète avant toute compression (IPS).
- ☐ Bilan nutritionnel, contrôle du diabète et de la TA, vaccination antitétanique.

10. Traitement

- Ulcère veineux : compression multicouche forte (30–40 mmHg) si IPS 0,8–1,3 ; adaptée (< 30 mmHg, étirement court, sous surveillance) si IPS 0,6–0,8 ; contre-indiquée si IPS < 0,6 ; surélévation des jambes, marche, kinésithérapie de la cheville ; traitement de la varicose (chirurgie, sclérose, laser endoveineux) après cicatrisation ou en cours.
- Ulcère artériel : revascularisation (angioplastie, pontage) en priorité ; pas de compression forte ; contrôle des facteurs de risque, antiagrégant, statine ; analgésie.
- Soins locaux selon les phases : détersion mécanique / autolytique (hydrogels) en phase nécrotique-fibrineuse, alginates / hydrofibres si exsudatif, hydrocolloïdes / interfaces en phase de bourgeonnement et d'épidermisation ; pansement à l'argent ou au miel si signes infectieux locaux ; greffe en pastilles ou en filet si ulcère propre bourgeonnant.
- Antibiothérapie générale uniquement si infection clinique (dermohypodermite, ostéite) ; traitement de l'eczéma péri-ulcéreux (dermocorticoïdes, éviction des allergènes) ; antalgiques adaptés (paliers I–III, lidocaïne-prilocaine avant détersion).
- Angiodermite nécrotique : greffes précoces, contrôle de la TA ; pyoderma : corticothérapie / ciclosporine / anti-TNF, pas de détersion agressive.

Prescription du jour :

11. Surveillance et évolution

- Mesure de la surface (calque / photo) hebdomadaire : réduction de $\geq 40\%$ à 4 semaines prédictive de cicatrisation ; réévaluation étiologique si stagnation à 3 mois (biopsie).
- Tolérance de la compression, état de la peau péri-lésionnelle, douleur, signes infectieux.
- Après cicatrisation : compression au long cours (classe II–III), éducation, suivi vasculaire, prévention des récives.

Date	Clinique / score	Biologie	Traitement / décision
J1			
J3			
J7			
J ____			
Sortie			

Résumé de sortie / ordonnance de sortie / RDV :

Observation type n° 12 – Tumeur cutanée maligne (carcinome basocellulaire, carcinome épidermoïde, mélanome)

RÉFLEXES – à vérifier dès l'admission

- Dermoscopie systématique ; examen cutané et ganglionnaire complet
- Mélanome : exérèse complète à 2 mm d'emblée, jamais de biopsie partielle ; Breslow guide la reprise et le ganglion sentinelle
- Photographies + schéma daté ; RCP d'onco-dermatologie
- Bilan d'extension selon type et stade (écho ganglionnaire, TDM TAP, TEP, LDH, BRAF)

1. Identité

Nom / Prénom		N° dossier	
Âge / Sexe		Date d'entrée	____ / ____ / 2026
Profession		Mode d'entrée	☐ Consultation ☐ Urgences ☐ Transfert
Origine / résidence		Couverture	☐ CNOPS ☐ CNSS ☐ FAR ☐ Mutuelle ☐ Aucune
Résident / Senior		Téléphone	

2. Motif d'hospitalisation

Lésion cutanée tumorale (nodule, ulcération chronique, lésion pigmentée modifiée) évoluant depuis ____ mois, hospitalisation pour bilan et prise en charge chirurgicale.

3. Antécédents

Médicaux	☐ Diabète ☐ HTA ☐ Cardiopathie ☐ Néphropathie ☐ Hépatopathie ☐ Tuberculose ☐ Néoplasie ☐ Autres : _____
Chirurgicaux	
Gynéco-obst.	G____ P____ Contraception : _____ DDR : _____ Grossesse : ☐ non ☐ oui
Toxiques	☐ Tabac _____ PA ☐ Alcool ☐ Cannabis ☐ Autres
Allergies	

Traitements en cours	(nom – dose – date de début) _____
Familiaux	

À rechercher spécifiquement :

- ☐ phototype _____
- ☐ expositions solaires chroniques / professionnelles
- ☐ coups de soleil dans l'enfance
- ☐ immunodépression (greffe, VIH)
- ☐ radiothérapie
- ☐ arsenic
- ☐ cicatrices de brûlures ou ulcères chroniques (Marjolin)
- ☐ xeroderma pigmentosum
- ☐ antécédents personnels ou familiaux de cancers cutanés ou de mélanome
- ☐ nombre de nævus > 50
- ☐ nævus atypiques

4. Histoire de la maladie

Apparition il y a _____ d'une lésion _____ au niveau de _____ (zone photo-exposée / cicatrice / muqueuse / acrale), augmentation progressive de taille, ulcération _____, saignement _____, croûte récidivante _____, modification d'une lésion pigmentée préexistante (règle ABCDE : asymétrie, bords irréguliers, couleur inhomogène, diamètre > 6 mm, évolution) _____, prurit _____, douleur _____ ; traitements antérieurs _____ ; signes généraux _____.

5. Examen clinique

T° _____ °C	TA _____/____	FC _____/min	FR _____/min	SpO2 _____ %	Poids _____ kg	IMC _____	OMS _____
----------------	------------------	-----------------	-----------------	-----------------	-------------------	--------------	--------------

Dermatologique	• Lésion : siège ____, taille ____ × ____ mm, aspect (perle translucide, télangiectasies, ulcération à bords perlés – CBC ; nodule kératosique, bourgeonnant, ulcéré, induré, saignant – CE ; lésion pigmentée asymétrique polychrome, nodule achromique, mélanome de Dubreuilh, acrolentigineux – mélanome), mobilité par rapport aux plans profonds ____, infiltration ____. • Dermoscopie : CBC (télangiectasies arborisées, nids ovoïdes bleu-gris, structures en feuille d'érable, ulcération) ; CE (vaisseaux en points / glomérulaires, kératine, zones blanches) ; mélanome (réseau atypique, voile bleu-blanc, points et globules irréguliers, régression, vaisseaux polymorphes, pseudopodes, patron parallèle des crêtes en acral) ; score en 7 points ____. • Examen cutané complet (autres lésions précancéreuses : kératoses actiniques, champ de cancérisation, nævus atypiques, lésions satellites ou en transit).
Muqueuses	examen des muqueuses buccale, génitale, conjonctives ____.
Phanères	ongles (mélanonychie longitudinale, signe de Hutchinson) ____, cuir chevelu ____.
Ganglions	
Autres appareils	aires ganglionnaires de drainage (cervicales, axillaires, inguinales) ____ ; hépatomégalie ; signes neurologiques ou osseux (métastases) ____ ; état général OMS ____.

Schéma / description complémentaire :

6. Résumé syndromique et hypothèses diagnostiques

Tumeur cutanée évoquant ____ (CBC / CE / mélanome), localisation ____, taille ____, avec / sans adénopathie palpable.

- Carcinome basocellulaire (nodulaire / superficiel / sclérodermique / infiltrant) ; carcinome épidermoïde (invasif / in situ – Bowen / kératoacanthome) ; mélanome (SSM, nodulaire, Dubreuilh, acrolentigineux, achromique).
- Différentiels : kératose actinique hypertrophique, kératose séborrhéique, nævus atypique, nævus bleu, angiome thrombosé, dermatofibrome, carcinome de Merkel, adénocarcinome annexiel, métastase cutanée, leishmaniose, lupus vulgaire.

7. Examens complémentaires (cocher / dater / résultat)

- ☐ Biopsie (CBC/CE) ou exérèse complète à 2 mm (mélanome – jamais de biopsie partielle sauf lésion de grande taille) pour examen anatomopathologique : type histologique, sous-type, différenciation, épaisseur (Breslow ____ mm), ulcération ____, index mitotique ____, niveau de Clark, invasion péri-nerveuse / lymphovasculaire, marges.
- ☐ CE à haut risque / mélanome : échographie ganglionnaire de l'aire de drainage ; TDM TAP ± cérébrale (mélanome ≥ stade IIB / III, CE à haut risque) ; TEP-TDM (stade III–IV) ; LDH (mélanome) ; ganglion sentinelle (mélanome Breslow > 0,8 mm ou ulcéré ; CE à très haut risque).
- ☐ Recherche de mutation BRAF (mélanome stade III–IV) ; bilan pré-opératoire / pré-anesthésique : NFS, TP-TCA, ionogramme, créatinine, glycémie, ECG.
- ☐ Photographies et schéma daté.

8. Diagnostic retenu

____ (CBC / CE / mélanome) de ____ (siège), ____ mm, stade AJCC 8e édition : pT____ N____ M____ ; risque ____ (faible / élevé).

9. Bilan de retentissement / pré-thérapeutique

- ☐ Présentation en RCP d'onco-dermatologie.
- ☐ Bilan d'extension adapté au type et au stade (voir ci-dessus) ; bilan pré-opératoire ; consultation d'anesthésie.

10. Traitement

- CBC : exérèse chirurgicale avec marges de 3–4 mm (faible risque) à 5–10 mm (haut risque, sclérodermiforme), contrôle histologique des marges (chirurgie de Mohs si disponible pour les zones à risque du visage) ; alternatives (superficiel, non opérable) : imiquimod, photothérapie dynamique, cryothérapie, radiothérapie ; vismodégib / sonidégib pour CBC localement avancé ou métastatique.
- CE : exérèse avec marges de 4–6 mm (bas risque) à ≥ 6–10 mm (haut risque), reconstruction (greffe, lambeau) ; curage ganglionnaire si adénopathie prouvée ; radiothérapie adjuvante si invasion péri-nerveuse, marges non saines, N+ ; cémplimab (anti-PD1) pour CE avancé non opérable.
- Mélanome : reprise chirurgicale des marges selon Breslow (in situ 0,5 cm ; ≤ 1 mm : 1 cm ; 1–2 mm : 1–2 cm ; > 2 mm : 2 cm) ± ganglion sentinelle ; stades IIB–IIC : anti-PD1 adjuvant 1 an (pembrolizumab / nivolumab) ; stade III : curage selon RCP + traitement adjuvant 1 an (anti-PD1, ou dabrafénib-tramétinib si BRAF muté) ; stade IV : immunothérapie (anti-PD1 ± anti-CTLA4) ou thérapie ciblée BRAF/MEK, radiothérapie / chirurgie des métastases ; soins de support.
- Traitement du champ de cancérisation (5-FU, imiquimod, PDT), photoprotection, arrêt du tabac, déclaration en maladie professionnelle si exposition.

Prescription du jour :

11. Surveillance et évolution

- Suivi post-opératoire : cicatrisation, complications, résultats histologiques définitifs et décision de RCP.
- CBC : examen cutané annuel à vie. CE : examen clinique et ganglionnaire tous les 3–6 mois pendant 2 ans puis annuel ; échographie ganglionnaire si haut risque.
- Mélanome : examen clinique complet tous les 3 mois (stade IIB–III), 6 mois (stade I–IIA) pendant 5 ans puis annuel ; échographie ganglionnaire ± TDM / TEP tous les 6 mois selon stade ; auto-surveillance ; dépistage des apparentés du 1er degré ; consultation d'oncogénétique si mélanomes multiples ou familiaux.

Date	Clinique / score	Biologie	Traitement / décision
J1			
J3			
J7			
J_____			
Sortie			

Résumé de sortie / ordonnance de sortie / RDV :



HÔPITAL MILITAIRE AVICENNE – MARRAKECH
Service de Dermatologie

*« Former aujourd'hui
pour une meilleure prise en charge demain »*



Disponible sur



<http://www.iadermato.com/>

La dermatologie au service du patient



Hôpital Militaire Avicenne
Marrakech



Service de Dermatologie

Édition septembre 2026
Document interne à usage pédagogique