

1 & 2 décembre 2023

Bordeaux - Hôtel Pullman



23^{èmes} Journées
d'Urgences Pédiatriques du Sud-Ouest



Actualités et parcours de soin des brûlures chez l'enfant

Dr Maya LOOT, chirurgienne pédiatre
Aurélie BATAULT, puéricultrice brûlologue
Service de chirurgie pédiatrique - CHU de Bordeaux



www.jupso.fr

Interface ville ■ hôpital



- La brûlure concerne plus de 7000 enfants par an en France.
- Elle est 15 fois plus fréquente chez les moins de 15 ans que chez les adultes, la moitié des patients a moins de deux ans.
- 25% des enfants brûlés sont hospitalisés.
- Les mécanismes les plus fréquents sont :
 - Renversement d'un liquide chaud (alimentaire, sanitaire)
 - Contact avec un solide chaud (poêle, insert, radiateur)





Evaluation de la gravité d'une brûlure

- La profondeur



1^{er} degré:
rougeur sans phlyctène,
« coup de soleil »



2^{ème} degré:
phlyctènes, rompues ou non, douleur intense,
couleur rose à vif à pâle (plus profond)
Brûlure « mosaïque »: plusieurs profondeurs
cohabitent



3^{ème} degré:
Aspect cartonné, blanc /
brun, brûlure électrique
ou par flamme





- **La surface corporelle brûlée (hors 1^{er} degré)**

Destruction de la barrière épidermique = fuite hydrique, hypothermie, risque infectieux, douleur.

Le danger augmente avec la surface.

Evaluation **après** détersion complète des phlyctènes, enfant nu (éclaboussures), cheveux rasés si brûlure du scalp.

Face palmaire main (paume **et doigts**) = 1% de SCT

Outil numérique d'évaluation E-BURN (téléphone intelligent)





Application E-Burn CH Saint Luc Saint Joseph

Age: 1
Poids (Kg): 11
Taille (cm): 74
Parkland (ml/kg/%SBT): 4

Parkland		Carvaial	
H0-H8 :	49 ml/h	H0-H8 :	81 ml/h
H8-H24	24 ml/h	H8-H24	41 ml/h
Soit :	779 ml/24	Soit :	1 300 ml/24h

Indication du remplissage : surface > 10%

Surface Brûlée Totale : 17.7 % / 797 cm² (SCT: 0.4510 m²)

1er :	0.0 %	2ème :	17.7 %	3ème :	0.0 %
-------	-------	--------	--------	--------	-------

Partager

Vous pouvez à tout moment appuyer sur les zones de texte jaunes afin de faire apparaître le clavier de votre appareil.

1er
2ème
3ème

Pinceau : [slider]

Surface Brûlée Totale : 11.5 % / 520 cm²

1er
2ème
3ème

Pinceau : [slider]

Surface Brûlée Totale : 14.2 % / 639 cm²





- **La typologie de la brûlure** : thermique, chimique, électrique et les lésions potentiellement associées (inhalation de fumées, traumatisme mécanique, électrification, coma, instabilité hémodynamique...)
- **La localisation** : atteinte cervico-faciale, péri-orificielle, main, circulaire de membre ou articulaire
- **Le terrain** (âge, comorbidités sévères) et le contexte social

Après évaluation de tous ces paramètres, choix de la stratégie thérapeutique :

- Hospitalisation ou traitement ambulatoire ?
- Si Hospitalisation: réanimation, USC ou unité conventionnelle ?





Actualités au CHU de Bordeaux

Changement de lieu de soin: tous les enfants sont soignés à l'Hôpital des Enfants
Changement de mode de prise en charge: type de pansement / exposition à l'air

Pour les « petits brûlés » sans critère d'hospitalisation

- Abandon des pansements « macératifs » type Flammazine® au profit de pansements « secs » type Dressilk®
- Intérêt dans le confort d'utilisation car réfection de pansement sans douleur induite
- Permet un changement de stratégie thérapeutique en cas d'approfondissement de la brûlure à J2





Exemple :

- Brûlure par immersion dans du lait chaud



J0 : détersion complète des phlyctènes et mise en place Dressilk®



J2 : Dressilk® sec et adhérent à la brûlure



J14 : la lésion est entièrement cicatrisée et imperméable



2 mois post-brûlure : peau souple et re-pigmentation en cours





En pratique :

- **Premier soin aux urgences pédiatriques** : détersion, pansement « sec » au contact de la brûlure, pansement secondaire, attelle si besoin
- **Ré-évaluation à J2 en consultation spécialisée brûlure** : on vérifie que le pansement primaire adhère
- Ok: soins à domicile un jour sur deux par IDE pour réfection du pansement secondaire et découpe du pansement primaire au fil de la guérison
- Pas ok : changement de stratégie (exposition à l'air ou pansement humide)
- **Consultation à J15** : contrôle de la cicatrisation et consignes aux parents
- **Consultation à J45** : selon surface/localisation





Pour les brûlures étendues/graves en d'hospitalisation

- **Exposition à l'air avec rampe InfraRouges 24h/24** : abandon des pansements occlusifs avec déterSION sous AG toutes les 48h
- Avantages :
 - Gestion du risque infectieux: milieu sec peu propice au développement des bactéries, douche antiseptique quotidienne, et désinfections pluri-quotidiennes des zones lésées
 - Respect des capacités de cicatrisation de l'enfant pour les zones les plus superficielles (2^{ème} degré superficiel +/- intermédiaire): semble limiter les surfaces greffées
 - Limitation des AG et de besoins de compensation des pertes sanguines en lien avec la déterSION chirurgicale
 - Favorise le clivage des zones plus profondes qui nécessiteront une greffe de peau à partir de J15





Exemple :



J0 : détersion complète des phlyctènes et mise à l'air



J4 : une croûte sèche protège la brûlure



J5 : début de détersion spontanée des croûtes



J16 : cicatrisation complète



1 mois post-brûlure



4 mois post-brûlure





En pratique :

- **Premier soin sous sédation** aux urgences ou en réanimation: déterSION, lavage, antiseptie
- **Hospitalisation et exposition** sous la rampe 24h/24
- Toilette quotidienne avec Hibiscrub et pulvérisation 4 fois par 24 h avec amukine
- Des croûtes épaisses se forment en 72 heures maximum, on les **découpe** au fur à mesure de leur décollement par les berges de la brûlure
- La guérison est complète entre J8 et J15 : consultation à J45
- Il reste des zones non guéries à J15 : traitement chirurgical par excision mécanique des croûtes et greffes de peau mince





Soins aux « grands brûlés »

- Exposer aux infra-rouges pour réduire au minimum les surfaces à greffer
- Greffes de peau mince à partir de J15 en plusieurs fois selon la surface
- Prélèvement cuir chevelu puis cuisses/fesses/dos
- Pansements itératifs sous anesthésie générale après greffes
- Séjour prolongé en SSR spécialisé brûlure pédiatrique (Saint-Jacques Roquetaillade, Gers) : kinésithérapie, orthèses de positionnement, compression par vêtements / masques
- Suivi pendant des années, chirurgie des séquelles





J0 brûlure par flamme

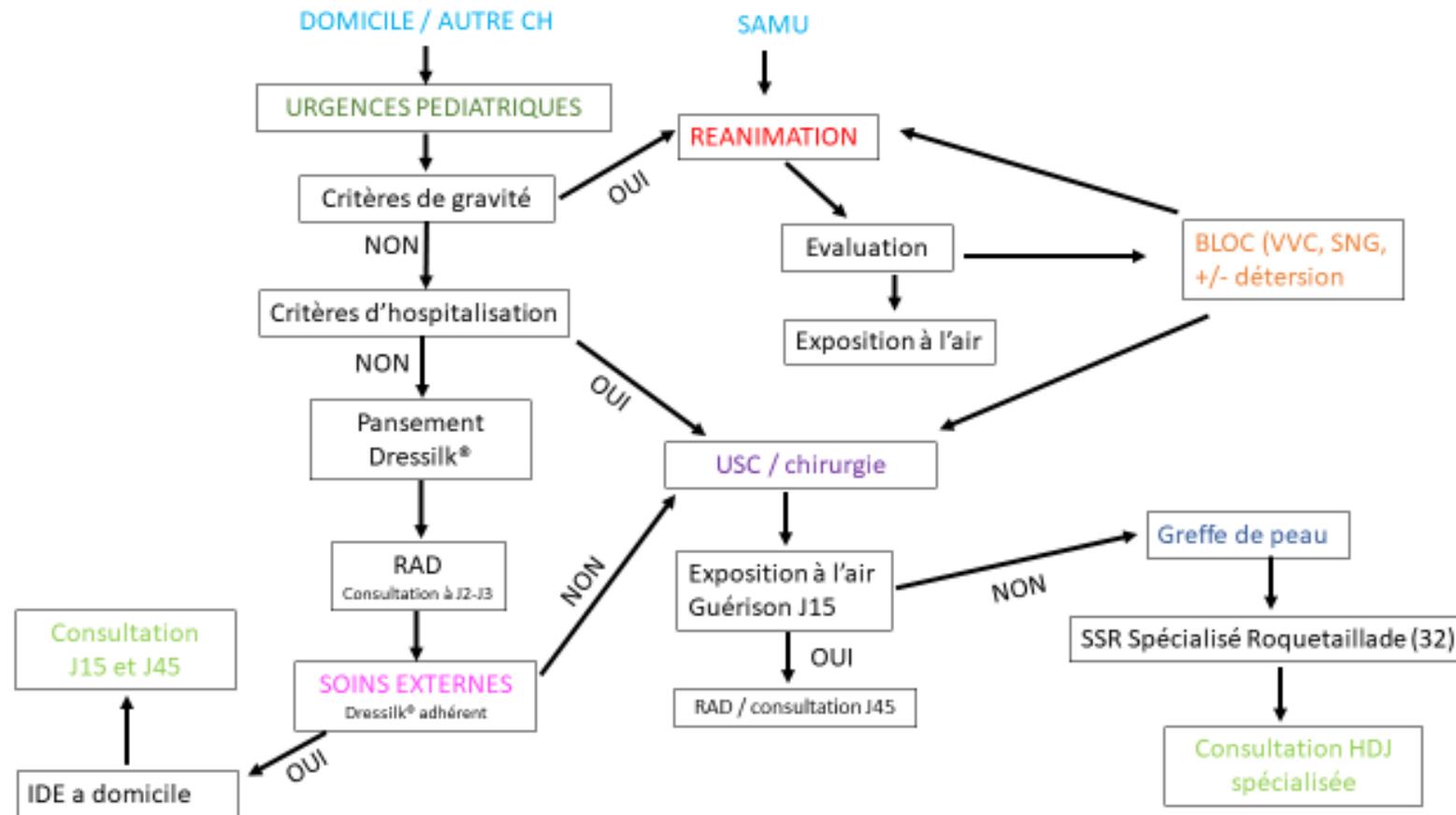


8 mois post-greffe





Parcours de soin de l'enfant brûlé





Conclusion

- Les patients doivent être adressés à l'Hôpital des Enfants (pas au CTB Adultes)
- Aux urgences pédiatriques pour le traitement primaire via l'interne de chirurgie pédiatrique (06 29 26 38 61)
- Aux soins externes de chirurgie pour un contrôle après premier pansement: soins.externes.pedia@chu-bordeaux.fr ou 05 56 79 54 76
- Si le pansement primaire est fait hors CHU : choisir idéalement un tulle sans crème après déterision complète des phlyctènes (disposer des pansements spécifiques ?). Permet d'utiliser un pansement sec ou d'exposer à l'air.
- Pour les mains : séparer les doigts dans le pansement, mettre une attelle en extension.
- Information aux parents : reconsulter en urgence si fièvre/douleur/rougeur de la peau/pansement souillé.

