



Disponible en ligne sur
 ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France
 EM|consulte
www.em-consulte.com



NOTE TECHNIQUE

Le pansement par exposition à l'air dans le traitement des brûlures de l'enfant

The exposure method of treatment of burns in children

C.-A. Bach^{a,b,c,e,*}, P. Richard^d, I. Constant^{c,d}, M.-P. Vazquez^{a,b,c}, E. Conti^a

^a Unité de chirurgie, centre de traitement des brûlés, hôpital d'enfants Armand-Trousseau, AP-HP, 75012 Paris, France

^b Service de chirurgie maxillo-faciale et plastique, hôpital d'enfants Armand-Trousseau, AP-HP, 75012 Paris, France

^c Université Pierre-et-Marie-Curie Paris-6, UFR de médecine Pierre-et-Marie-Curie, 75005 Paris, France

^d Unité de réanimation, centre de traitement des brûlés, hôpital d'enfants Armand-Trousseau, AP-HP, 75012 Paris, France

^e Service d'ORL et de chirurgie cervico-faciale, hôpital Foch, 40, rue Worth, 92150 Suresnes, France

Reçu le 16 juillet 2011 ; accepté le 5 septembre 2011

MOTS CLÉS

Pansement ;
Exposition à l'air ;
Brûlure ;
Enfant

Résumé La brûlure est une destruction plus ou moins profonde de l'enveloppe cutanée. La profondeur de la lésion conditionne la gravité des séquelles fonctionnelles et esthétiques. La prévention des infections, facteur d'approfondissement de la brûlure, est essentielle au cours de la prise en charge des brûlures, elle se fait grâce aux soins locaux. Actuellement, le pansement qui prévaut dans la majorité des Centres de brûlés est un bandage recouvrant un produit antibactérien appliqué sur la brûlure. L'intérêt de ce pansement est d'empêcher la survenue d'une infection locale. À l'inverse, le traitement par exposition à l'air, basé sur la notion que la plaie est contaminée, vise à diminuer les effets de cette contamination en créant un environnement peu favorable à la multiplication et au développement des germes. L'exposition à l'air des zones brûlées permet la formation d'une croûte à la surface de la brûlure, véritable barrière naturelle contre l'infection. Les îlots épidermiques résiduels sont préservés ainsi que les acteurs de la cicatrisation spontanée. La face profonde de la croûte délimite le plan d'excision chirurgical, facilitant le clivage et évitant les excisions tangentielles profondes. La mise en œuvre de cette technique est facile et elle est particulièrement bien adaptée à la pédiatrie. Le traitement n'est pas douloureux et les activités de l'enfant ne sont pas entravées par des bandages. Le respect de la qualité de vie de l'enfant hospitalisé et l'efficacité médico-économique de ce pansement lui confèrent une place de choix dans le traitement des brûlures de l'enfant.

© 2011 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : christinebach@hotmail.fr (C.-A. Bach).

KEYWORDS

Dressing;
Open-air therapy;
Burn;
Child

Summary Acute burn is a more or less profound destruction of the skin envelope. The depth of the injury determines the severity of functional and aesthetic sequelae. Local care prevents the infection, factor of deepening of the burn. Currently the dressing used in most Burns centers is a bandage covering a bacterial product applied to the burn. The advantage of this dressing is to prevent the occurrence of local infection. In contrast, open-air method of treatment is based on the notions that the wound is infected. Its purpose is to reduce the effects of infection by creating an unfavourable environment to the growth and multiplication of bacteria. The principle of this method is the formation over the burned area of an eschar. The eschar acts as a natural dressing to protect the injured area against infection. The residual skin islets are preserved. The surgical cleavage of the eschar is easy; the deep surface of the crust defines the surgical plan. Deep tangential excisions are not necessary. The implementation of this technique is easy and it is particularly well suited to pediatrics. Treatment is not painful and the child's activities are not hampered by bandages. Respect of the children quality of life and medical-economic efficiency of this method give it a prominent place in the treatment of burns in children.

© 2011 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

Introduction

La brûlure est une destruction plus ou moins profonde de l'enveloppe cutanée. La plaie engendrée est particulièrement susceptible à l'infection. L'infection peut être limitée à une simple contamination à la surface de la brûlure, ou envahir les tissus sains sous-jacents et devenir virulente. Elle est alors responsable d'un approfondissement de la lésion cutanée et peut mettre en jeu le pronostic vital par septicémie. La profondeur de la lésion va conditionner, avec l'étendue et la localisation, la gravité des séquelles fonctionnelles et esthétiques. La prévention des infections est donc primordiale au cours de la prise en charge des brûlés, elle se fait grâce aux soins locaux.

Actuellement, le pansement qui prévaut dans la majorité des Centres de brûlés est un bandage recouvrant un produit antibactérien appliqué sur la brûlure. Cette méthode, initiée par Allen et Koch, est basée sur la notion d'asepsie primitive de la brûlure et la nécessité de prévenir l'infection par un large pansement occlusif [1]. Au contraire de la méthode ouverte qui considère la brûlure comme une plaie potentiellement contaminée. Le traitement par exposition à l'air vise à diminuer les effets de la contamination en créant un environnement peu favorable à la multiplication et au développement des germes [2].

Copeland fut l'un des précurseurs de la méthode d'exposition à l'air. En 1887, il publiait les résultats remarquables qu'il avait obtenus dans deux cas de brûlures anciennes exposées à l'air dans des boîtes en bois [3]. En 1905, Halder Sneve, de Saint-Paul, rapporte une large série de brûlures extensives traitées par exposition à l'air avec guérison complète dans les cas de deuxième degré. De nombreux auteurs adoptent alors ce mode de thérapeutique aux États-Unis. Malheureusement, l'adjonction nocive de cerceaux chauffants et les suppurations interminables du troisième degré devaient jeter une certaine discrimination sur cette méthode. Ce n'est qu'en 1947 que Wallace d'Edimbourg réintroduisait la méthode [2,4-7] et en communiquait les principes à Pulaski alors en visite dans son hôpital [8]. L'enthousiasme de ce dernier devait rapidement convaincre Blocker [9-12]. Sous l'impulsion de ces trois auteurs, le traitement par exposition à l'air fut adopté par de nombreux chirurgiens aux États-Unis et en Europe.

Cette méthode est utilisée en France depuis les années 1950 [13,14]. Nous présentons cette technique, mise en place dans notre Centre de brûlés pédiatrique en 1983 et dont bénéficient tous les enfants hospitalisés.

Épidémiologie

Le centre des Brûlés de l'hôpital d'enfants Armand-Trousseau accueille en moyenne 400 enfants brûlés en hospitalisation tous les ans et réalisent 3000 consultations annuelles.

Une étude épidémiologique observationnelle a été réalisée entre 2004 et 2007.

Au cours de cette période, 1302 enfants brûlés ont été hospitalisés. Soixante-dix-huit pour cent des enfants ($n = 1021$) avaient moins de trois ans et 15 % moins d'un an. Il s'agissait de 788 garçons et de 514 filles avec un sex-ratio garçon/fille de 1,5.

Dans 80 % des cas, la brûlure était due à un liquide chaud, dans 9 % à un contact avec un agent thermique, dans 8 % des cas aux flammes. Les brûlures électriques étaient en cause dans 1 % des cas, les produits chimiques dans 0,7 % des cas et les accidents de la voie publique dans 0,5 % des cas (dermatites). Aucun enfant n'a été victime de radiations ionisantes.

La surface brûlée moyenne était de 7 % (de 1 à 70 %). Parmi les patients, 77,5 % avaient une atteinte inférieure à 10 % de la surface corporelle. Les trois localisations les plus fréquemment touchées étaient le tronc, le membre supérieur et la tête. Deux localisations étaient simultanément atteintes en moyenne.

Les deux-tiers des brûlures étaient du second degré intermédiaire ($n = 859$) et 30 % des brûlures étaient profondes ($n = 388$).

La durée d'hospitalisation moyenne était de 13 jours (de un à 96 jours), la médiane de 11 jours. La méthode d'exposition à l'air a permis d'obtenir une cicatrisation complète chez 50 % des enfants. Les autres ont bénéficié d'un traitement chirurgical.

Technique

Lorsqu'un enfant brûlé est hospitalisé, les zones brûlées sont d'abord lavées dans un bain d'antiseptiques (chlrexidine

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3184537>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3184537>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)