



## Prise en charge initiale du brûlé grave

Mme Laetitia Gesnot & Mme Christelle Pinck

Dr Damien BARRAUD

Centre de Traitement des Brûlés

Hôpital de Mercy CHR Metz – Thionville

[d.barraud@chr-metz-thionville.fr](mailto:d.barraud@chr-metz-thionville.fr)



UNIVERSITÉ  
DE LORRAINE



## DÉCLARATION DE LIENS D'INTÉRÊTS

- |   |                              |                              |
|---|------------------------------|------------------------------|
|  Consultant ou membre d'un conseil scientifique  | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON |
|  Conférencier ou auteur/rédacteur rémunéré d'articles ou documents   | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON |
|  Prise en charge de frais de voyage, d'hébergement ou d'inscription à des congrès ou autres manifestations | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON |
|  Investigateur principal d'une recherche ou d'une étude clinique   | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON |

Déclaration de liens d'intérêt avec les industries de santé en rapport avec le thème de la présentation (loi du 04/03/2002)



L'orateur ne souhaite pas répondre.

## Plan de cet atelier



*Le monde de la brûlure se divise en 2 catégories : le grand brûlé, et le petit brûlé*

**Vous êtes déclenché en SMUR pour un brûlé grave. Que faites – vous en 1<sup>er</sup> ?**



# Vous allez vite réviser les algorithmes des recommandations !

## Recommandations de Pratiques Professionnelles

Société Française d'Anesthésie et Réanimation



### Prise en charge du brûlé grave à la phase aiguë chez l'adulte et l'enfant

Management of acute burn injuries in adults and children

2019

en association avec les sociétés : SFB-SFMU-ADARPEF

Société Francophone de Brûlologie

Société Française de Médecine d'Urgence

Association des Anesthésistes Réanimateurs Pédiatriques d'Expression Française

SFAR

Check-list de traitement d'un brûlé grave : ADULTE

**Etape A**

**Contrôle et protection des voies aériennes**

- **Évaluer l'intubation trachéale si :**
  - Détresse respiratoire aiguë  Coma
  - Brûlure de la totalité du visage ET brûlure profonde et circulaire du cou
  - Brûlure de la totalité du visage ET symptômes d'obstruction des voies aériennes débutants ou installés (modifications de la voix, stridor, dyspnée laryngée)
  - Brûlure de la totalité du visage ET brûlure très étendue (SCB ≥ 40%)
- **Si l'indication d'intubation est retenue : INDUCTION EN SEQUENCE RAPIDE**
  - Kétamine 2 à 3 mg/kg OU Etomidate 0,2 à 0,3 mg/kg
  - +  Succinylcholine 1 mg/kg OU Rocuronium 1,2 mg/kg

**LA SUCCINYCHOLINE EST AUTORISÉE DANS LES 48 PREMIÈRES DE LA BRÛLURE  
PAS DE FIBROSCOPIE BRONCHIQUE EN DEHORS D'UN CENTRE DE TRAITEMENT DES BRÛLÉS**

**Etape B**

**Maintien de la ventilation et de l'oxygénation**

- **Non-inhalation de fumées**
  - Oxygénothérapie objectif SpO<sub>2</sub> 92 – 96% (ONHD si besoin).
  - Ventilation protectrice FiO<sub>2</sub> objectif SpO<sub>2</sub> 92 – 96%.
- **Si inhalation de fumées d'incendie :**
  - O<sub>2</sub> 15 l/min au MHC ou ONHD FiO<sub>2</sub> 1 pendant 6 à 12 heures.
  - Ventilation protectrice FiO<sub>2</sub> 1 pendant 6 à 12 heures, puis objectif SpO<sub>2</sub> 92 – 96%.

**PAS D'ANTIBIOTHÉRAPIE SYSTÉMATIQUE EN CAS D'INHALATION DE FUMÉES**

**Etape C**

**Réanimation liquidienne (cf Annexe 5)**

- Voie Veineuse Périphérique x 2  Dispositif Intra Osseux  Voie Veineuse Centrale
- Perfusion par un soluté **CRISTALLOÏDE BALANCE (ex : RINGER LACTATE)** au débit de :
  - 20 ml/kg** durant la 1<sup>ère</sup> heure de prise en charge,
  - Puis 1 à 2 ml/kg/% SCB de H0 à H8, puis 1 à 2 ml/kg/% SCB de H8 à H24**
  - Alternative : 10 ml x NSCB par heure (-100 ml/h/10 kg de poids au-dessus de > 80 kg).*
  - Puis adaptation secondaire du débit aux données de monitoring.**
- Noradrénaline IVSE si PA moyenne < 65 mmHg malgré remplissage bien conduit

**UN BRÛLÉ EST STABLE SAUF INTOXICATION AU CYANURE OU POLYTRAUMATISME ASSOCIÉS  
UN BRÛLÉ N'EST PAS ANÉMIQUE SAUF HÉMORRAGIE OU HÉMYLYSE ASSOCIÉS**

**Etape D**

**Traitement des intoxications associées et analgésie**

- **Cyanure :** Hydroxocobalamine CYANOKIT<sup>®</sup> (5g dans 200 ml de NaCl 0.9% sur 30 min, renouvelable 1 fois) en cas de suspicion d'intoxication MAJEURE au cyanure :
  - Arrêt cardiaque OU  État de choc OU  Coma, surtout si lactatémie > 10 mmol/l
- **Monoxyde de Carbone :** Intérêt du CO-testeur en préhospitalier.
  - Oxygénothérapie normobare 6 à 12 h systématique.
  - Discuter OHB si grossesse, intoxication sévère, patient stable ET plateau technique disponible rapidement.
  - Analgésie IV en titration :  morphine  kétamine et sédation si nécessaire.

**UN BRÛLÉ EST CONSCIENT SAUF INTOXICATION (CO, médicaments) OU TRAUMATISME CRANIEEN ASSOCIÉS**

**Etape E**

**Protection des zones lésées au SAU**

- Refroidissement des zones brûlées si SCB < 20% en l'absence de choc.
- Retrait des bijoux
- **Si évacuation rapide vers un CTB : NE PAS FAIRE DE PANSEMENT**
  - Brûlure(s) :  Emballée(s) dans un/des champ(s) stérile(s)  Ne pas exciser les phlyctènes
  - NE PAS RÉALISER D'ESCARTOTOMIE  Surelever le(s) membre(s) brûlé(s)
  - Brûlure :  Position 3/4 assis  Réchauffement externe (couverture de survie)
- **Si pas d'évacuation rapide possible, ou évacuation longue prévue, ou lésions très souillées : AVIS CTB pour**
  - Couverture des brûlures (cf Annexe 6)
  - Discuter des escartotomies.
  - Sondage urinaire précoce si brûlure des organes génitaux externes
  - Quick Test +/- VAT

**NE PAS APPLIQUER DE CREME OU POMMADE sauf si indiqué par le CTB référent  
RECHAUFFER ET PRÉVENIR L'HYPOTHERMIE  
PAS D'ANTIBIOPROPHYLAXIE SAUF LÉSION TRÈS SOUILLÉE**

Que faites – vous en 2<sup>ème</sup> ?

# 1 Établir un diagnostic précis !

*Airway* : Intuber ?

*Breath* : Oxygéner ?

*Circulation* : Remplir

*Disability* : Analgésier

*Exposure* : Extraction



# Les points diagnostiques importants

## Terrain

**Fonctions vitales : FC – TA – GCS – Température – FR SpO2**

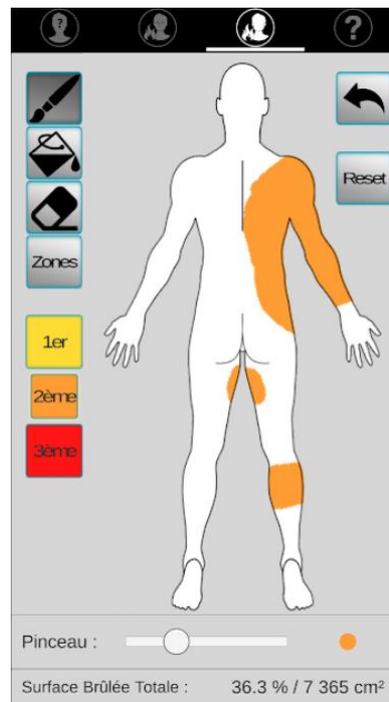
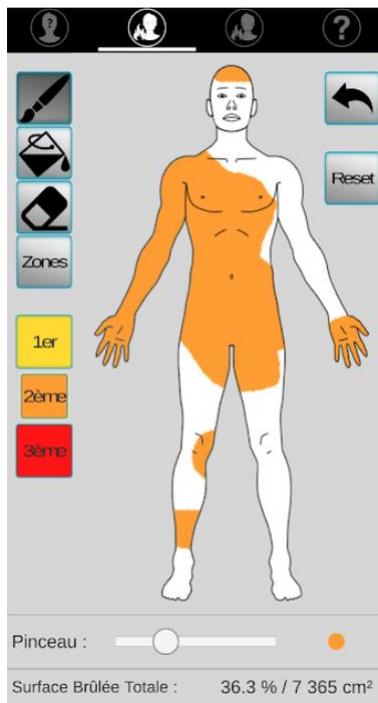
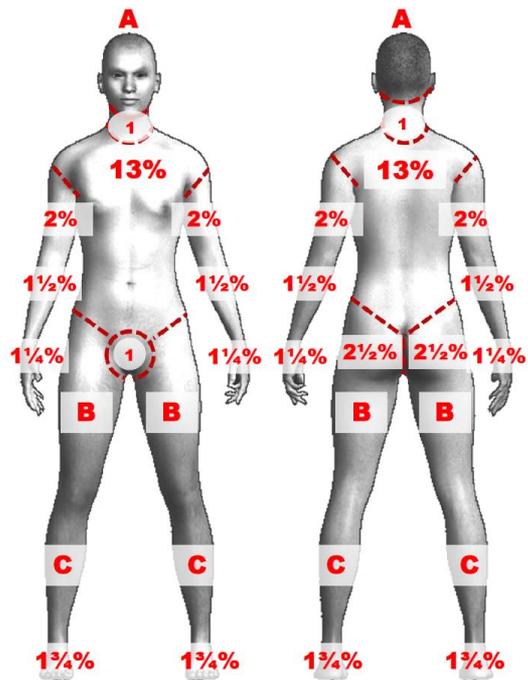
### Brûlure :

- **Siège** : risque vital, fonctionnel ou infectieux ?
- **Type** : thermique par flamme, thermique par liquide chaud, chimique, électrique, radiologique ?
- **Intensité** : étendue – profondeur – circulaire ?
- **Durée – évolution** : HEURE DE L'ACCIDENT !!!!!!!

## Lésions associées

# Un bon diagnostic de surface est primordial

Table de Lund et Browder



Age: 40  
 Poids(Kg): 83  
 Taille(cm): 180  
 Parkland(ml/kg/%SBT): 4  
 Parkland  
 H0-H8: 753 ml/h  
 H8-H24: 377 ml/h  
 Soit: 12 052 ml/24h  
 Indication du remplissage: surface > 15-20%  
**Surface Brûlée Totale :**  
**36.3 % 7 365 cm² (SCT : 2.0279 m²)**  
 1er: 0.0% | 2ème: 36.3% | 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.

# Et la profondeur ?

## Premier degré

- Couches superficielles de l'épiderme
- Coup de soleil douloureux
- Guérison spontanée. Epidermisation rapide en 4 - 5 jours, légère desquamation

## 2<sup>ème</sup> degré SUPERFICIEL

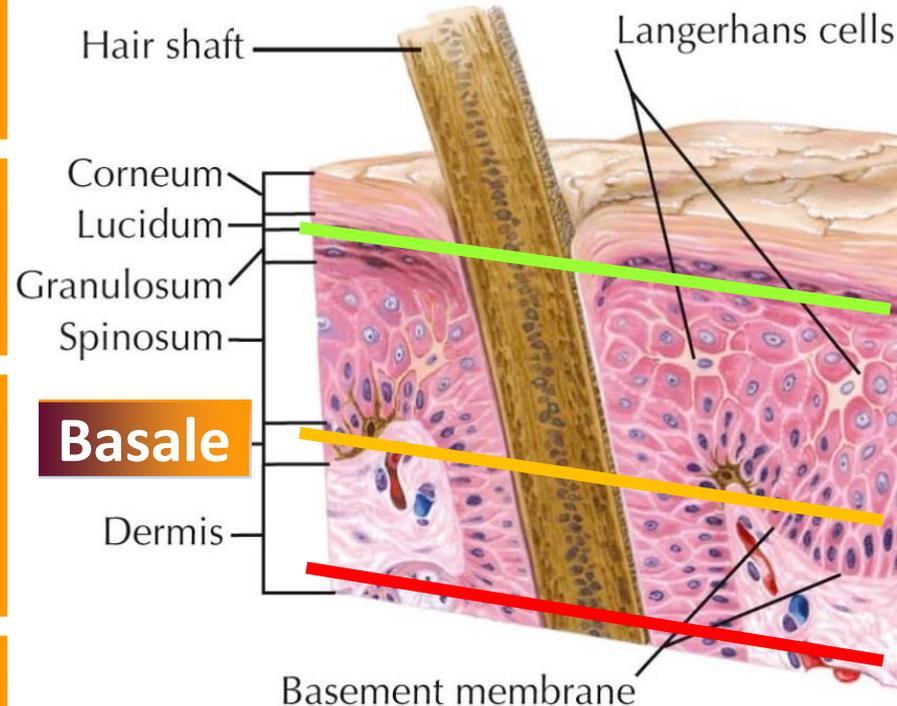
- Destruction partielle épiderme + petite effraction de la basale / derme
- Phlyctènes épaisses + sous sol rose / rouge vif, exsudation majeure
- Douleurs +++++, hyperesthésie
- Guérison spontanée environ 10 jours sans séquelles

## 2<sup>ème</sup> degré PROFOND

- Destruction quasi-totale épiderme sauf follicules + destruction partielle derme
- Phlyctènes fines / absentes + sous sol blanc + piqueté rouge / rouge brunâtre
- Douleur ++, sensibilité atténuée, Scarification +, Poils +
- Risque d'approfondissement (terrain, perfusion, sepsis), et de cicatrisation pathologique

## 3<sup>ème</sup> degré

- Basale entièrement détruite = destruction totale épiderme et derme
- Zone blanche, cartonnée, sèche, ± noirâtre si flamme, - - > carbonisation
- Douleur -, sensibilité nulle, Scarification -, poils -
- Aucune épidermisation spontanée possible



Et la profondeur ?



**ON NE COMPTE PAS  
LES COUPS DE SOLEIL !!**



**LA SUIE N'EST PAS DU  
3<sup>ÈME</sup> DEGRÉ...**

# Catégorisation des brûlés selon le modèle du polytraumatisé

Grade  
**A**

Grade A

Grand brûlé « + »

- PAS < 90 mm Hg malgré la réanimation hémodynamique
- Nécessité de transfusion préhospitalière
- Détresse respiratoire aiguë et/ou ventilation mécanique difficile avec une SpO<sub>2</sub> < 90%

Grade  
**B**

Grade B

Brûlé grave

- Surface cutanée brûlée (SCB) > 20%
- SCB du troisième degré > 5%
- Syndrome d'inhalation de fumées
- Localisation à risque fonctionnel profond : mains, pieds, périnée
- Brûlure électrique haut voltage

Grade  
**C**

Grade C

Brûlé à risque de complications

- SCB < 20% MAIS
- Terrain particulier : âge >75 ans, comorbidités sévères.
- Inhalation de fumées suspectée ou avérée
- Brûlure circulaire profonde
- Localisation à risque fonctionnel superficielle : face, mains, pieds, périnée, plis.
- SCB > 10%
- SCB du troisième degré entre 3 et 5%
- Brûlure électrique bas voltage, Brûlure chimique (acide fluorhydrique)

Grade  
**D**

Grade D

Brûlé non grave

- Brûlure thermique SCB second degré < 10% et SCB troisième degré < 3%
- Et absence de terrain particulier
- Et absence de brûlure circulaire
- Et absence de localisation à risque fonctionnel profonde : face, mains, pieds, périnée



# Prise en charge selon le modèle de l'ATLS !

***Airway* : Intuber ?**

***Breath* : Oxygéner ?**

***Circulation* : Remplir**

***Disability* : Analgésier**

***Exposure* : Extraction**



## *Airway – Breath : Dois – je intuber ?*



**Brûlure de la face  
ne signifie pas  
intubation !**

## R3.1.1. Les experts suggèrent de ne pas intuber systématiquement un patient avec une brûlure du visage et du cou

### Indications générales

Détresse respiratoire

Coma

Etat de choc

### Indications SPECIFIQUES

R3.1.2. Les experts suggèrent d'intuber les patients présentant l'association d'une brûlure intéressant la **TOTALITE du visage, ET** de l'une des situations suivantes :

Brûlure **PROFONDE ET CIRCULAIRE du cou**

ET/OU des symptômes **d'OBSTRUCTION DES VOIES AERIENNES DEBUTANTS OU INSTALLEES** dysphonie, stridor, dyspnée laryngée),

ET/OU Brûlure très **étendue** (i.e SCB > 40%).

# Airway – Breath : le superflu aux urgences

## ① Fibroscopie ?

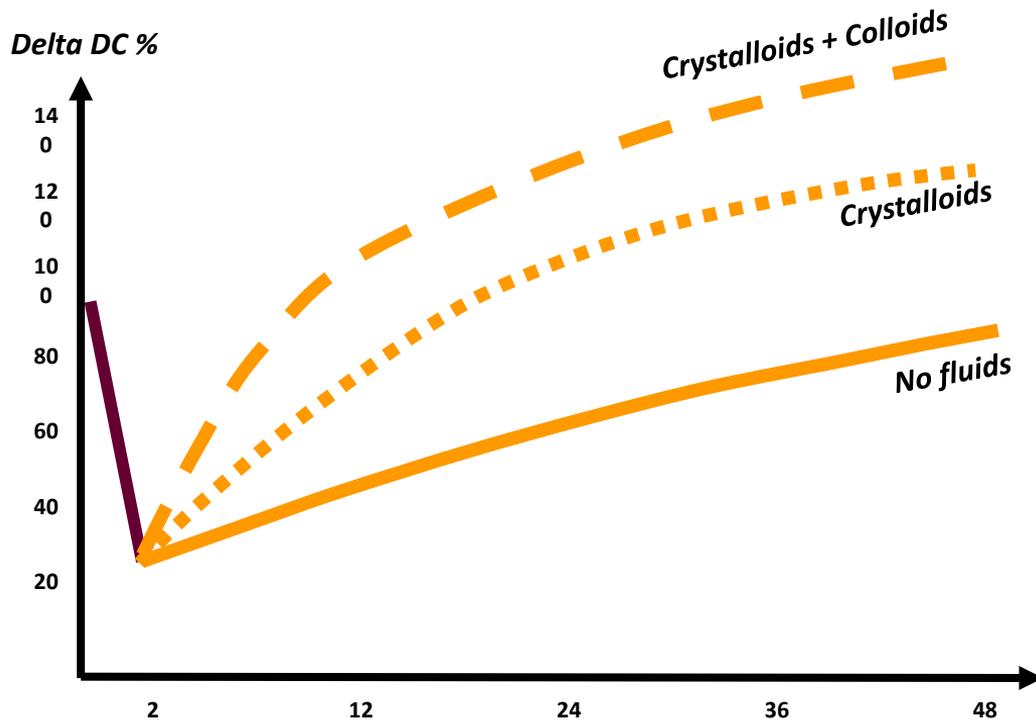
Les experts suggèrent **DE NE PAS** réaliser de fibroscopie bronchique en cas de suspicion d'inhalation de fumées d'incendie **EN DEHORS DES CENTRES SPECIALISES**, afin de ne pas retarder le transfert

## ③ Oxygénothérapie HyperBare ?

Les experts suggèrent **DE NE PAS RÉALISER SYSTÉMATIQUEMENT** une séance d'oxygénothérapie hyperbare en cas de suspicion d'intoxication au monoxyde de carbone secondaire à une inhalation de fumées d'incendie

**Pas. d'AugmentinLasiDrol. Bordel !**

# Circulation: Réanimation liquidienne



## Minutes : HYPOVOLEMIE VRAIE

Zone brûlée : hyperperméabilité capillaire  
« passoire » + interstitium « buvard »  
Max 24h, peu influencée par type de fluides

Zone saine : si brûlure grave,  
hyperperméabilité capillaire transitoire,  
œdèmes, hypoprotidémie  
Durée 8h, influencée par type de fluide ?

## Heures : SIRS, VASOPLÉGIE

Vasoplégie  
Aggravée par retard thérapeutique,  
anesthésie, surinfection, inhalation fumées  
+/- Dysfonction myocardique

# Circulation: débuter la réanimation liquidienne ASAP !

11 de julio de 1978

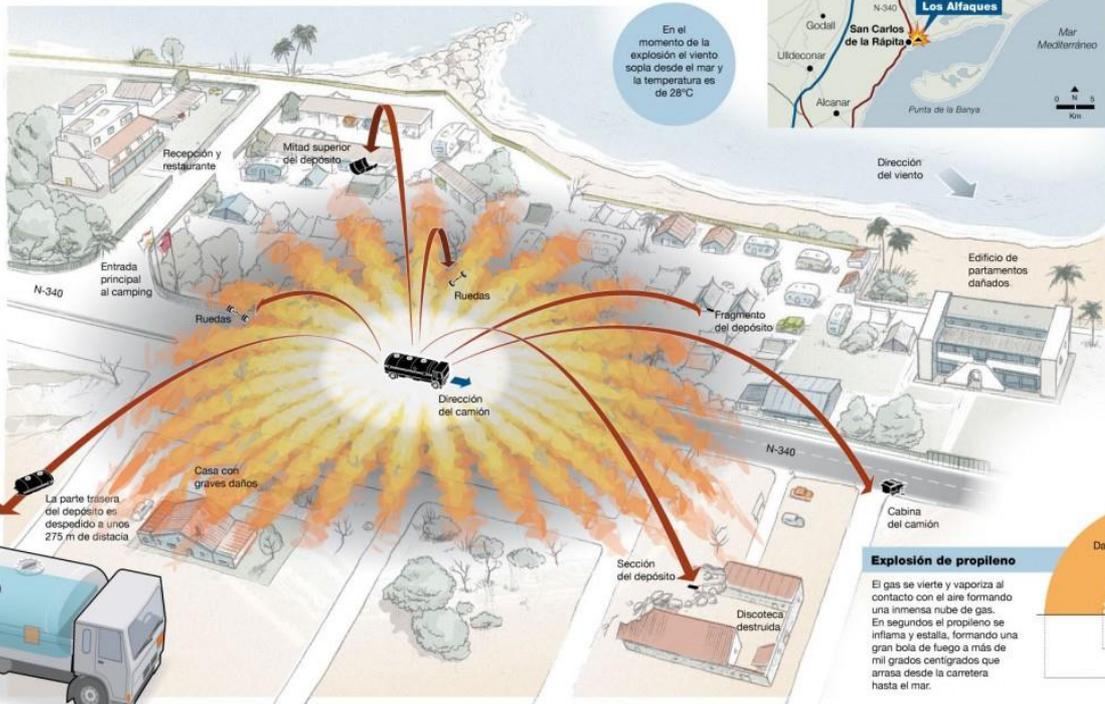
## La tragedia de Los Alfaques

Un camión cisterna cargado con 25 toneladas de propileno estalla a su paso por el camping y deja 215 muertos

A las 14:30, cerca de 500 personas quedaron dentro del radio de la explosión de un camión cisterna cargado con propileno líquido que circulaba por el kilómetro 160 de la N-340 a su paso por el camping de Los Alfaques

### LOS FACTORES DE LA EXPLOSIÓN

- El propileno es un gas industrial que se transporta de forma líquida. Así un gran volumen puede ser almacenado, por compresión, refrigeración o combinando ambos en un reducido espacio
- La elevada temperatura y el sobrellenado del depósito propician la ignición de la fuga de gas que, en contacto con el aire forma una inmensa nube incandescente a más de 1.000° C
- La cisterna, fabricada en acero al carbono no disponía de ninguna válvula de sobrepresión



### Explosión de propileno

El gas se vierte y vaporiza al contacto con el aire formando una inmensa nube de gas. En segundos el propileno se inflama y estalla, formando una gran bola de fuego a más de mil grados centígrados que arrasa desde la carretera hasta el mar.



10:15

Un camión cisterna perteneciente a Cisternas Reunidas S.A. comienza la carga de propileno en la empresa EMPETROL.

12:15

Se detiene el suministro pero se comete el primer error, hay un exceso de carga de seis toneladas.

13:30

A la hora de dirigirse hacia su destino, Ciudad Real, el conductor coge la N-340 en vez de la A-7, pasando de esta manera por el centro del pueblo San Carlos de la Rápita y llegando al camping Los Alfaques.

14:30

El camión cisterna estalla a su paso por el camping, provocando una gran bola de fuego, que arrasa la mitad del camping en menos de un minuto. 100 personas mueren en el acto.

En el camping se encontraban alrededor de 600 personas; más o menos 400 se encontraban dentro del radio de explosión. Se producen un total de 215 muertos con quemaduras del 60 al 100%.

NORD  
Réa Barcelone

Remplissage +

Survie J4  
93%

102 MORTS  
IMMEDIATS

SUD  
CTB Valence

Remplissage -

Survie J4  
45%

## *Circulation* : Question facile : le comment ?

- 1) VVP en peau saine ?
- 2) DIO en peau saine ?
- 3) VVC en peau saine ?
- 4) VVP en peau brûlée ?
- 5) DIO en peau brûlée ?
- 6) VVC en peau brûlée ?
- 7) Voie orale ?

Peu de victimes = IV

**1-4-2-5-3-6**

Mass Casualties

- **< 20% : 7**
- **20 – 40% : 7 ± IV**
- **> 40% : IV + 7**

# Circulation : Question facile : le quoi ?

Yunos JAMA 2012

Riche CI vs Pauvre CI Réa

SPLIT Young JAMA 2015

Plasmalyte vs Salé Réa

SALT Semler AJRCCM 2017

Plasmalyte vs Salé Réa

SALT-ED Self NEJM 2018

Plasmalyte vs Salé SAU (13 000)

SMART Semler NEJM 2018

Plasmalyte vs Salé SAU (15 800)

BASICS Zampieri JAMA 2021

Balancé vs Salé Réa (11 000)

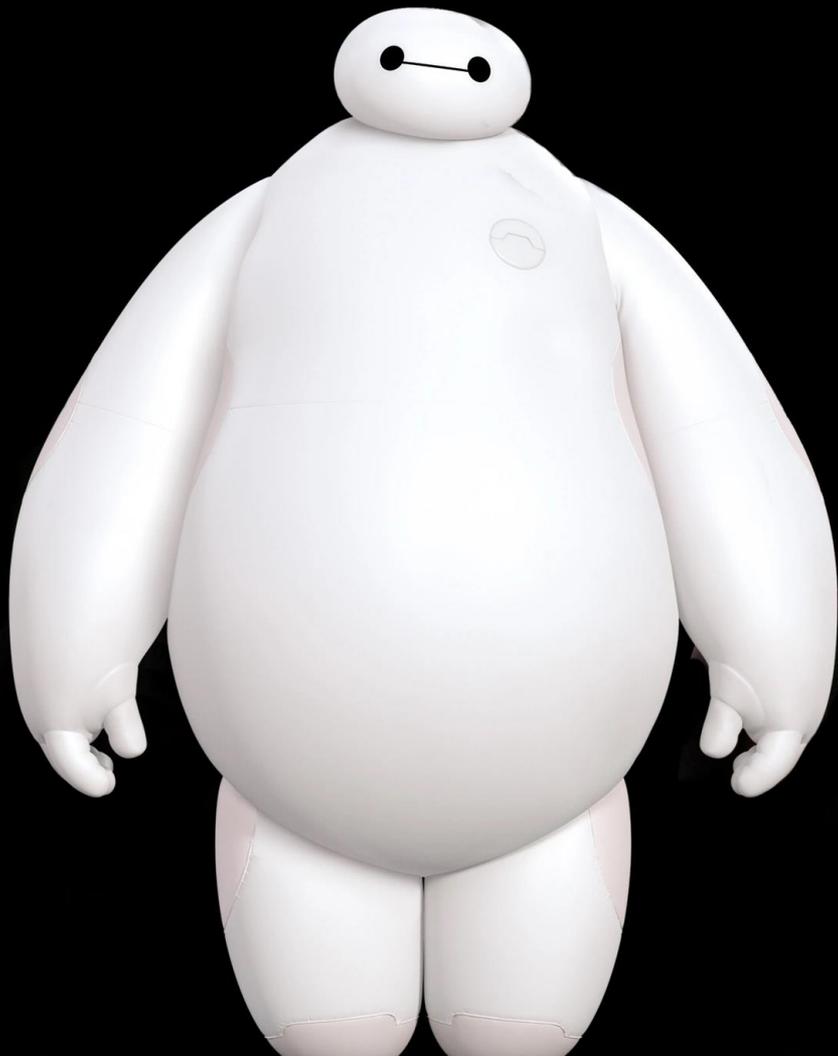
PLUS Finfer NEJM 2022

Plasmalyte vs Salé SAU (5000)

≈ 50 000

Pas de différence notable...

malades peu  
graves et/ou peu  
remplis...



## Choc septique

Surviving Sepsis Campaign

30 ml / kg / 3 heures

100 kg : **3000** ml en 3 heures

R2.1.2 : Les experts suggèrent l'utilisation  
des solutions

**cristalloïdes balancées**

dans la prise en charge du brûlé grave.

## Brûlé 50%

Formule de Parkland

4 ml / kg / %SCB

100 kg : **20 000** ml en 24 heures

**Circulation** : Question plus difficile : le combien ?



Ni trop peu...

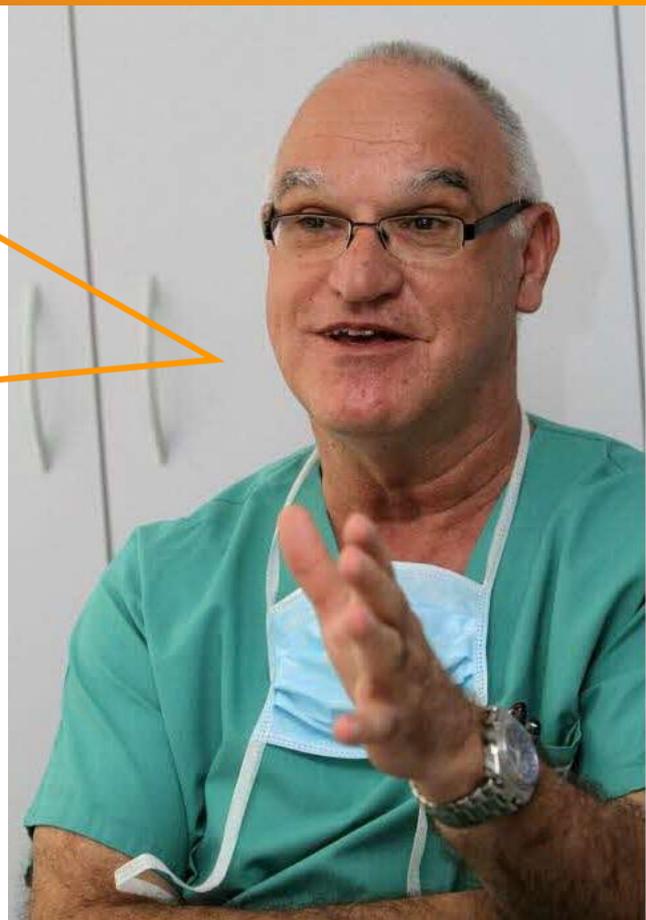
Ni trop...

#DeRien

**R2.1.1 :** ~~Les experts~~ **Hervé Carsin** suggère **nt d'administrer 20 ml/kg**

**d'une solution cristalloïde intraveineuse**

**dans la 1<sup>ère</sup> heure de prise en charge d'un brûlé avec une SCB  $\geq$  20% chez l'adulte et  $\geq$  10% chez l'enfant**



# Circulation: puis se fier aux formules classiques

**1952**  
**Evans**  
*Ann Surg*

**1953**  
**Brooke Army  
Burn Center**  
*JAMA*

**1968**  
**« Parkland »**  
*Ann NY Acad Sci*

**1974**  
**Baxter**  
*Clin Plast Surg*

**1975**  
**Carvajal**

R2.2 : Les experts suggèrent d'utiliser une **formule d'estimation du remplissage** initial des brûlés intégrant au minimum le **POIDS** et la **SCB** pour définir les apports initiaux (au-delà de la 1<sup>ère</sup> heure) en solutés cristalloïdes.

20  
ml/kg

H0 – H8

**1 à 2 ml/kg/% SCB**

H8 – H24

**1 à 2 ml/kg/% SCB**

# Circulation: notion de fluid creep

1975 – 1976

4,0 +/- 2,2

ml/kg/%SCB J1

1990 – 1991

4,8 +/- 2,0

ml/kg/%SCB J1

2006 – 2007

6,4 +/- 2,4

ml/kg/%SCB J1

## Respiratoire

Œdème pulmonaire, épanchement pleural, altération compliance pulmonaire, altération compliance pariétale  
↓ PaO<sub>2</sub>, ↓ PaO<sub>2</sub>/FiO<sub>2</sub>, ↑ PaCO<sub>2</sub>  
↓ volumes pulmonaires, ↑ travail ventilatoire, ↑ difficultés de sevrage, ↑ durée VM

## Système Nerveux Central

Œdème cérébral, délirium, troubles cognitifs, ↑ PIC, HIC, ↓ PPC, ↑ PIO

## Cardiovasculaire

Œdème myocardique, troubles conductifs, dysfonction diastolique, dysfonction contractile, ↑ PVC, ↑ PAPO, ↓ RV  
↓ VES, ↓ DC, ↓ FE  
Epanchement péricardique

## Intestin, Abdomen

Œdème intestinal, œdème pariétal, ascite, iléus, malabsorption, ↑ cholestase, ↓ compliance abdominale, ↑ PIA, ↓ débit sanguin splanchnique, ↑ perméabilité intestinale, ↓ tolérance nutrition entérale, ↓ cicatrisation, ↑ Infections de site opératoire  
« *syndrome compartimental abdominal* »

## Foie

Congestion hépatique, altération des fonctions synthétiques, ↑ cholestase, ↓ activité cyt P450  
« *syndrome compartimental hépatique* »

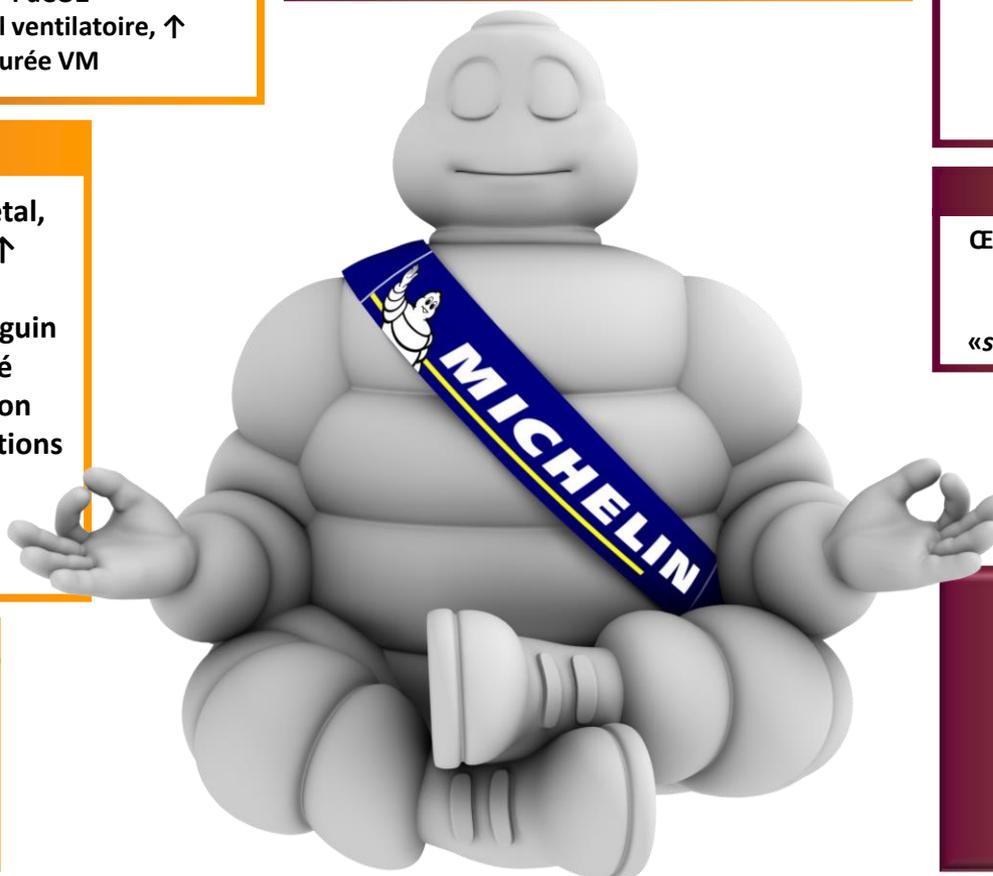
## Rein

Œdème interstitiel, ↑ PIR, ↓ débit sanguin rénal, ↑ rétention hydrosodée  
« *syndrome compartimental rénal* »

## Peau

Œdème, ↓ cicatrisation, succès de greffe

**Les œdèmes ne sont pas qu'un problème esthétique**



# Circulation: savoir freiner la réanimation liquidienne

Prise en charge liquidienne initiale = 20 ml /kg de cristaalloïdes H0 – H1 puis formules...  
On se pose au déshocage et on réfléchit...

**Question 1 : le brûlé est-il stable avec le régime de remplissage choisi ?**

Hémodynamique stable, PAM 65 mmHg  
Diurèse 0,5 à 1 ml/kg/h  
Lactate ou déficit en bases en diminution

OUI

Réduire le débit horaire d'hydratation de 20%

OUI

**Question 2 : existe-t-il des arguments pour un RETARD DE RÉANIMATION LIQUIDIENNE ?**

Critères cliniques ? (FC, PA, diurèse...)  
Critères biologiques ? (Hématocrite en hausse, lactate...)  
Critères hémodynamiques ? (ETT, ETCO2, pléthysmo, LJP...)

EPREUVE DE REMPLISSAGE « test »

Majorer le débit horaire d'hydratation de 20%  
Discuter l'introduction D'ALBUMINE  
(SCB > 30%, après la 6<sup>ème</sup> heure)

NON

**Question 3 : existe-t-il des arguments pour suspecter l'apparition d'une ?**

VASOPLÉGIE : PAD basse / Différentielle élevée ?  
DYSFONCTION MYOCARDIQUE

OUI

Discuter l'introduction de catécholamines

- NORADRENALINE ? *Eliminer un sepsis précoce*
- DOBUTAMINE ? Adrénaline ?

Négative

***Circulation:*** Et si mon patient est très instable ?



**TRAUMA**

*Hématocrite ?*



**TOXIQUE**

*Fumées d'incendie ?*

Il était  
comateux, j'ai  
fait du  
Cyano...

Shut your  
f...mouth !



## MILIEU CLOS !

R3.3.1 : Les experts suggèrent **DE NE PAS** administrer systématiquement de l'hydroxocobalamine en cas d'inhalation de fumées d'incendie.

R3.3.2 : Les experts suggèrent de réserver l'administration d'hydroxocobalamine aux cas d'inhalation de fumées d'incendies avec suspicion élevée

- 1) d'intoxication **MAJEURE** aux cyanures chez l'**adulte**
- 2) ou d'intoxication **MODÉRÉE** chez l'**enfant**

ARRÊT CARDIAQUE

ÉTAT DE CHOC

COMA surtout si HYPERLACTATÉMIE > 10 mmol/l

Les experts soulignent que les algorithmes des RFE de la SFAR et de la SFMU concernant la sédation et l'analgésie s'appliquent au patient brûlé grave

## Analgésie MULTIMODALE

- Paracétamol, Néfopam
- MORPHINE IV en titration
- Kétamine IV en titration 0,2 à 0,3 mg/kg
- Lidocaïne IV 1 mg/kg ?
- Dexmedetomidine ?
- Mesures non pharmacologiques

## Sédation

- Kétamine 2 à 3 mg/kg
- Etomidate 0,2 à 0,3 mg/kg
- Curarisation : Succinylcholine OK dans les 48 premières heures

**Pas d'intubation à visée acoustique...**

# Exposure : refroidir la brûlure / réchauffer le brûlé

## RECHAUFFER LE BRÛLÉ

L'hypothermie est associée à un risque VITAL : surmortalité des patients en hypothermie < 35,5° c à l'admission

## REFROIDIR LA BRÛLURE

Le refroidissement est associé à un bénéfice FONCTIONNEL :

- Diminution de la profondeur (et douleur !) de la brûlure
- ± Diminution des besoins de greffes cutanées

R5.1.1 : Les experts suggèrent de refroidir les brûlures des patients avec une **SCB < 20%** chez l'adulte et **< 10%** chez l'enfant et **EN L'ABSENCE DE CHOC**

## Exposure : faut-il faire un pansement au déchochage ?

Pansement



Escarrotomie



Pommades, onguents



Excision de phlyctènes



CHAMPS STÉRILES



Couverture de survie



Position ½ assise



Laisser à jeun



# Exposure : faut-il faire un pansement au déchocage ?



Si très souillé et/ou délai évacuation long et/ou malade intubé : R5.2 : Les experts suggèrent de **COUVRIR LES ZONES BRÛLÉES** dès la phase initiale, dans l'objectif de limiter l'hypothermie et le risque de contamination microbienne, jusqu'à l'obtention d'un avis spécialisé.

... suivre la recette du CTB référent



**Brulstop® . Ou. WaterJel® . Ne. Sont. Pas. Des. Pansements. Bordel !**

# Conclusion

- **Keep calm**
  - Fiches de synthèse RPP
  - Télémédecine
- **Keep simple**
  - Diagnostic primordial
  - Réanimation liquidienne primordiale
  - Less is (often) more



One more thing...

**Et les pansements ?**



# Revenir aux algorithmes !

## Recommandations de Pratiques Professionnelles

Société Française d'Anesthésie et Réanimation



## Prise en charge du brûlé grave à la phase aiguë chez l'adulte et l'enfant

Management of acute burn injuries in adults and children

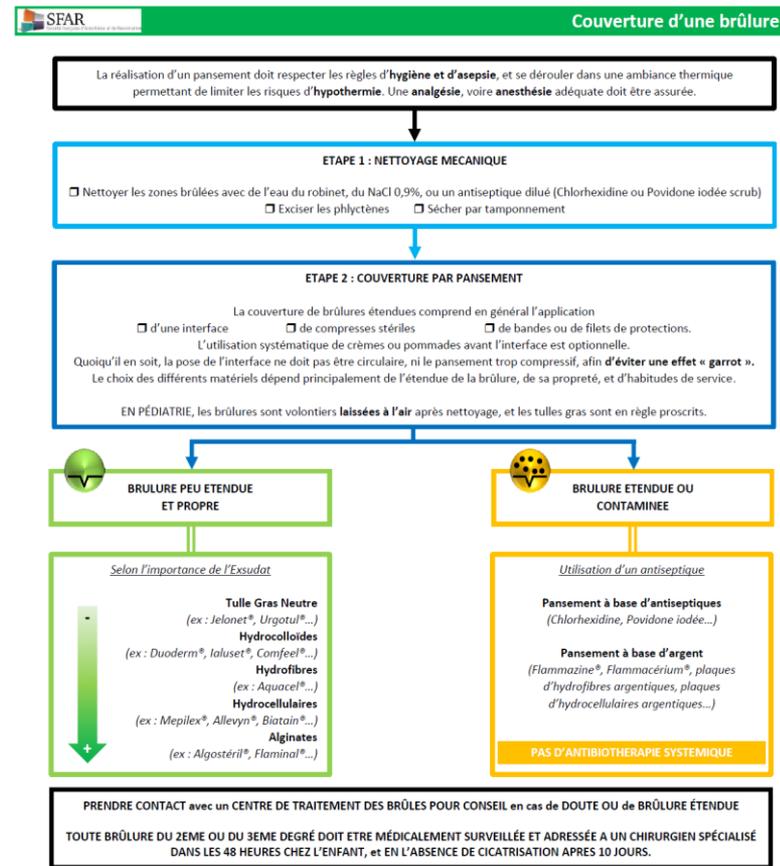
2019

en association avec les sociétés : SFB-SFMU-ADARPEF

Société Francophone de Brûlologie

Société Française de Médecine d'Urgence

Association des Anesthésistes Réanimateurs Pédiatriques d'Expression Française



# 1. Nettoyer

## Prérequis :

- Retrait des vêtements non adhérents et objets métalliques
- Retrait des bijoux

La réalisation d'un pansement doit respecter les règles d'**hygiène et d'asepsie**, et se dérouler dans une ambiance thermique permettant de limiter les risques d'**hypothermie**. Une **analgésie**, voire **anesthésie** adéquate doit être assurée.



## ETAPE 1 : NETTOYAGE MECANIQUE

- Nettoyer les zones brûlées avec de l'eau du robinet, du NaCl 0,9%, ou un antiseptique dilué (Chlorhexidine ou Povidone iodée scrub)
- Éviter 
- Sécher par tamponnement

## 2. Recouvrir

**1** Flammazine ?

*Optionnelle...*

**2** Interface

**Non circulaire**

## 2. Recouvrir



**BRULURE PEU ETENDUE  
ET PROPRE**

Selon l'importance de l'Exsudat



**Tulle Gras Neutre**

(ex : Jelonet®, Urgotul®...)

**Hydrocolloïdes**

(ex : Duoderm®, Ialuset®, Comfeel®...)

**Hydrofibres**

(ex : Aquacel®...)

**Hydrocellulaires**

(ex : Mepilex®, Allevyn®, Biatain®...)

**Alginates**

(ex : Algostéril®, Flaminal®...)



**BRULURE ETENDUE OU  
CONTAMINEE**

Utilisation d'un antiseptique

**Pansement à base d'antiseptiques**

(Chlorhexidine, Povidone iodée...)

**Pansement à base d'argent**

(Flammazine®, Flammacérium®, plaques  
d'hydrofibres argentiques, plaques  
d'hydrocellulaires argentiques...)

**PAS D'ANTIBIOTHERAPIE SYSTEMIQUE**

## 2. Recouvrir

- ① Flammazine ?
- ② Interface
- ③ Compresses stériles

*Optionnelle...*

**Non circulaire**

**Dépliées, non  
compressives, décalées**

# Membre supérieur



- Interface selon prescription
- Grandes compresses 17X17cm dépliées
- Velpeau® 2 x 15cm
- Elastoplast®

## 2. Recouvrir

- 1 Flammazine ?
- 2 Interface
- 3 Compresses stériles
- 4 Bandes / filets

*Optionnelle...*

**Non circulaire**

**Dépliées, non  
compressives, décalées**

**Non compressif, décalées,  
croisées**

# Membre supérieur



# Moufle



- Interface selon prescription
- Petites compresses 10X10cm
- Grandes compresses 17X17cm
- Velpeau® : 1 ou 2 X 10cm
- Elastoplast®

5



6



7



10

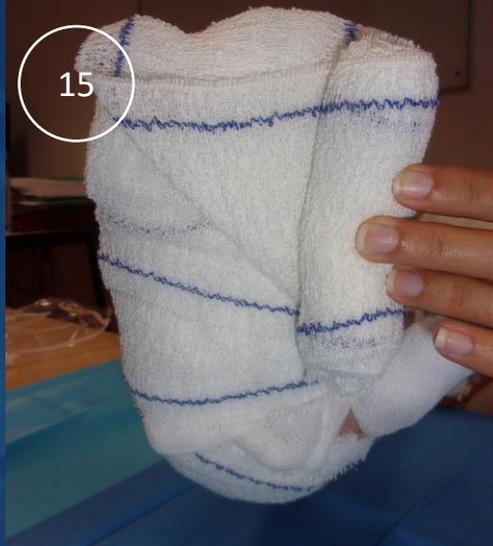


9



8





17



18



19



22



21



20



# Main – Doigts séparés



- Interface selon prescription
- Petites compresses 10X10cm
- Grandes compresses 17X17cm
- Velpeau® : 2 X 5cm
- Elastoplast®







Deal with it !



## 2. Recouvrir

**1** Flammazine ?

*Optionnelle...*

**2** Interface

**Non circulaire**

**3** Compresses stériles

**Dépliées, non  
compressives, décalées**

**4** Bandes / filets

**Non compressif, décalées,  
croisées**

**5** ou...rien...ou tannage à la chlorexidine



