

Brûlures de la main à la phase aigüe chez l'adulte (A propos de 102 cas)

C.HMIDI¹, A.OUARDI¹, Z.BADAOU², Z.BERJAOU², A.ACHBOUK,
K.ELKHATIB, K.ABABOU

Service de chirurgie plastique, réparatrice, et des brûlés, Hôpital d'Instruction Militaire Mohamed V, RABAT

Résumé :

Introduction :

La main est la région la plus fréquemment touchée par les brûlures, ces derniers n'engagent pas le pronostic vital, mais elles sont souvent graves du fait de leur potentiel séquellaire, esthétique et fonctionnel.

Elles nécessitent une prise en charge précoce, dès la phase aigüe, idéalement dans un centre de brûlés, afin d'obtenir une cicatrisation avec un minimum de séquelles.

Matériels et méthodes :

Il s'agit d'une étude rétrospective descriptive et analytique étalées sur 4 ans, de Janvier 2017 à décembre 2020, au sein du service de chirurgie plastique et réparatrice et chirurgie des brûlés à l'HMIMV de RABAT. Durant cette période, nous avons colligé 102 patients porteurs de brûlures d'au moins une main, admis dans notre service pour prise en charge de la brûlure à la phase aigüe.

Résultats :

Il ressort de cette étude que le profil épidémiologique le plus souvent retrouvé est le cas d'un patient de sexe masculin, âgé entre 35 et 45 ans, admis pour brûlures de 2^{ème} degré superficiel ou intermédiaire touchant la face dorsale des deux mains et le visage, survenant dans le cadre d'un accident domestique.

Conclusion :

Une prise en charge pluridisciplinaire, précoce et adéquate reste la pierre angulaire pour limiter les séquelles des brûlures de la main et offrir au patient une qualité de vie acceptable.

Mots clés : brûlures de la main, phase aigüe, prise en charge primaire, critère de gravité

Date of Submission: 07-01-2022

Date of Acceptance: 21-01-2022

I. Introduction :

La main ne représente que 2.5% de la surface corporelle, mais son rôle social, esthétique, relationnel et professionnel est majeur. Les brûlures de la main sont souvent graves du fait de leur potentiel séquellaire, esthétique et fonctionnel.

Elle nécessite une prise en charge spécialisée, dès la phase aigüe, idéalement dans un centre de brûlé, afin d'obtenir une cicatrisation avec un minimum de séquelles.

II. Matériels et méthodes :

Il s'agit d'une étude rétrospective descriptive et analytique étalée sur 4 ans, de Janvier 2017 à Décembre 2020, au sein du service de chirurgie plastique, réparatrice et chirurgie des brûlés à l'hôpital militaire d'instruction Mohamed V de RABAT. Durant cette période, nous avons colligé 102 patients porteurs de brûlures d'au moins une main, admis dans notre service pour la prise en charge de la brûlure à la phase aigüe.

III. Résultats :

Il ressort de cette étude que le profil épidémiologique le plus souvent retrouvé est le cas d'un patient de sexe masculin âgé entre 35 et 45 ans, admis pour brûlure de 2^{ème} degré superficiel ou intermédiaire touchant la face dorsale des deux mains associée à une brûlure du visage.

Les brûlures ont été survenues chez 93 des patients dans le cadre d'un accident domestique, et l'origine thermique a été incriminée dans 93% des cas.

Après la mise en condition des patients et l'instauration des mesures de réanimation, des gestes d'urgence chirurgicaux ont été réalisés :

- Incisions de décharge dans 32.35% des cas
- Aponévrotomies de décharge dans 10.7% des cas
- Amputations dans 1.9% des cas

Au cours de la première semaine d'hospitalisation, 38 patients ont bénéficié d'excisions-greffes au niveau de la face dorsale de la main.

Ultérieurement, 4 patients ont bénéficié d'une couverture par lambeaux

L'évolution a été jugée bonne chez 65 patients, 29 patients ont présenté des séquelles cicatricielles de greffe cutanée, tandis que 8 patients ont présenté des séquelles fonctionnelles à type de brides cicatricielles, raideur articulaire...

Nous n'avons noté aucun cas de décès.

IV. Discussion :

La brûlure cutanée se définit comme étant une perte de substance partielle ou totale de la peau voire des tissus sous-jacents, ayant, souvent dans le cas de brûlures graves, des conséquences majeures sur l'organisme d'ordre physique et/ou psychologique.

Elle s'agit de lésions traumatiques de la peau causées par un agent thermique, électrique, chimique ou radiologique. Chacun pose un problème thérapeutique particulier.

Les brûlures thermiques sont les brûlures les plus fréquentes et représentent 90% des brûlures voire plus. Les brûlures électriques représentent 5 à 7% des causes des brûlures, tandis que les brûlures chimiques ne représentent que 2%.

La main représente une surface cutanée faible (2% de la SCT, soit 1% pour la face dorsale et 1% pour la face palmaire), mais son atteinte reste un critère de gravité du fait du retentissement fonctionnel et esthétique.

La localisation dorsale est la plus fréquente chez l'adulte. Elle est touchée préférentiellement dans près de 90% des brûlures de la main. Typiquement, les brûlures graves des mains touchent toute la face dorsale de la main et des doigts avec des extensions en palmaire sur les régions thénariennes et hypothénariennes et épargnant la face palmaire des doigts, la zone de la gouttière palmaire et la zone palmaire transverse.

L'évaluation de la profondeur des brûlures est primordial afin d'orienter la prise en charge thérapeutique. Cependant, il est difficile à établir dans les 48 premières heures qui suivent le traumatisme car la brûlure peut évoluer et passer d'un degré de profondeur à un autre.

Figure 1 : Stades des brûlures



A : Brûlure 2^{ème} degré profond / B : Brûlure 2^{ème} degré superficiel / C : Brûlure 3^{ème} degré

La qualité de la prise en charge à la phase aigüe est fondamentale pour assurer le meilleur résultat possible.

La réalisation du premier pansement a maintenant toute sa place :

En cas de brûlure superficielle, il va être confectionné avec un tulle gras ou un pansement hydrocolloïde. Ces interfaces vont permettre d'éviter le changement quotidien des pansements, source de douleur supplémentaire chez le brûlé.

En cas de brûlure profonde, les pansements vont nécessiter l'application préalable d'un topique antibactérien afin de prévenir une éventuelle infection. Parmi ces topiques, on cite : la Flammazine® (sulfadiazine argentique), le Flammacérium® (sulfadiazine argentique+ nitrate de cérium), La Bétadine® crème et La Bétadine® tulle.

Après une semaine de détersion, le relais va être pris par un pansement gras ou un pansement hydrocellulaire ou hydrocolloïde.

La nécessité d'escarrotomie (Figure 2) est rapportée de manière concordante, sous la forme d'avis d'experts. Les lésions circulaires ou touchant toute la peau de la face dorsale de la main et des doigts, de deuxième degré profond ou de troisième degré, peuvent être à l'origine d'un syndrome de compression des loges. Celui-ci nécessite une escarrotomie (brûlure exclusive du revêtement cutané) et/ou une aponévrotomie (brûlure par électrisation avec lésion profonde sous aponévrotique, sur le trajet du courant) réalisée d'emblée ou, en urgence, dès l'apparition de symptômes de compression) (Figure3).



Figure 2 : incisions de décharge



Figure 3 : Aponévrotomie de décharge

Les incisions de décharge sont des gestes d'urgence, réalisés dès que leur indication est posée, idéalement dans les 6 premières heures suivant la brûlure. Elles sont généralement effectuées lors du premier pansement. Ces incisions sont purement cutanées et doivent aller jusqu'à l'hypoderme.

Elles peuvent être complétées par des aponévrotomies. Ces dernières sont justifiées devant des syndromes des loges secondaires à des brûlures thermiques profondes ou à des brûlures électriques vraies. Elles s'opposent au processus ischémique lié à l'œdème développé dans les loges musculaires inextensibles. Elles sont parfois complétées d'un parage musculaire et/ou d'une amputation, s'il existe des nécroses musculaires majeures et étendues à l'origine d'un syndrome de rhabdomyolyse.

Le choix de la technique de couverture cutanée dépendra de la profondeur de la brûlure. Deux théories se présentent : la cicatrisation dirigée et l'excision-greffe de peau précoce.

La cicatrisation dirigée est indiquée en cas de brûlures superficielles de la main laissant intacte la couche germinative basale à la jonction dermo-épiderme (brûlures du premier et deuxième degré superficiel). Ces brûlures ne laissent aucune séquelle fonctionnelle ou esthétique à condition de les protéger du soleil pendant 12 à 18 mois.

L'excision-greffe précoce sera indiquée en cas de brûlures de troisième degré et intermédiaires profondes.

Le délai idéal de l'excision-greffe précoce est difficile à préciser, son délai maximal ne doit pas excéder les 5 jours suivant la brûlure, avant l'infection.

La méthode la plus pratiquée est l'excision tangentielle qui réalise la résection des tissus brûlés par tranches successives jusqu'aux tissus sains, à l'aide d'un dermatome manuel. (Figure 4)



Figure 4 : Excision tangentielle à l'aide d'un dermatome manuel

La greffe cutanée est réalisée dans le même temps opératoire que l'excision. Il s'agit d'une autogreffe de peau dermo-épidermique mince. (Figure 5)



Figure 5 : greffe de peau mince

Cette technique permet d'obtenir une cicatrisation plus rapide, et de diminuer le risque de séquelles fonctionnelles.

Dans le cas où des éléments nobles (tendons, os, vaisseaux) sont exposés, la couverture par lambeaux est la solution à adopter d'emblée. La disposition immédiatement sous-cutanée de ces structures rend souvent impossible la couverture par une greffe de peau mince. Ainsi, la vitalité même de la main est menacée et l'indication de couverture par lambeau cutané ou fascio-cutané musculaire ou musculo-cutané se pose. Le but de cette chirurgie souvent complexe est de permettre une couverture précoce de ces éléments « nobles » en apportant des tissus de bonne qualité ; la protection des structures sous-jacentes permet ainsi une rééducation et une mobilisation immédiate.

La rééducation fonctionnelle précoce est un élément essentiel dans la prise en charge des brûlures de la main, dont les principaux objectifs sont : la lutte contre l'œdème, le maintien des amplitudes articulaires, la prévention des premières déformations et la lutte contre l'installation de la rétraction cutanée est des brides.

En général, les données épidémiologiques et thérapeutiques présentées dans notre étude concordent avec les données de la littérature concernant les brûlures de la main à la phase aigüe.

V. Conclusion :

La prise en charge d'une main brûlée reste un difficile challenge pour le chirurgien.

Le diagnostic de profondeur, la qualité et la précocité du traitement initial sont ainsi essentiels pour réduire les complications fonctionnelles et esthétiques.

C.HMIDI, et. al. "Brûlures de la main à la phase aigüe chez l'adulte (A propos de 102 cas)." *IOSR Journal of Dental and Medical Sciences (IOSR-JDMS)*, 21(01), 2022, pp. 19-22.