

**CO33- Afflux massif de blessés brûlés polycrâniés. L'expérience bruxelloise du 22 mars 2016**

S. Jennes, V. Druetz, M. Van Brussel, P. Massagé, B. Vanderheyden, D. Misselyn, B. Debrucker, E. Keersebilck, O. Soete, T. Rose, PM. François, C. Parmentier, P. Persoons, A. Van der Auwera, S. Teodorescu, D. Goldstein  
Bruxelles

**Mots-clés :** Brûlures chimiques, acide fluorhydrique, gluconate de calcium, dépose unguéale

**Introduction.** Le 22 mars 2016, la capitale de l'Europe était frappée à son tour par le terrorisme. A huit heures du matin, deux bombes explosaient dans le hall de départ de l'aéroport national et, une heure plus tard une troisième bombe éclatait dans une rame du métro bruxellois. On déplorait des centaines de blessés et 32 morts sur les deux sites. Le centre des brûlés militaire de Bruxelles joua un rôle important dans l'accueil et le traitement de 22 brûlés, blessés et blastés (BBB). L'hôpital militaire servit de poste médical avancé. En trois heures, 93 victimes furent triées et évacuées vers les hôpitaux bruxellois.

**Matériels et méthodes.** Nous avons conduit une étude rétrospective sur base des données démographiques et médicales des victimes traitées par notre centre.

**Résultats.** Ce jour-là, le plan catastrophe du centre des brûlés fut rapidement mis en action pour accueillir, trier et traiter, entre 8h20 et 14h30, vingt-deux BBB. Vingt furent hospitalisés, dont 18 au centre des brûlés et deux dans le service d'orthopédie. Deux furent renvoyées à domicile après prise en charge psychologique. Dans la semaine qui suivit le 22 mars, nous avons reçu trois autres patients d'hôpitaux bruxellois. Parmi les 23 victimes hospitalisées dans notre service, cinq étaient des enfants entre 7 et 17 ans. Le score moyen de Baux révisé pour les 23 patients hospitalisés prédisait une faible mortalité (1,1 +/- 2.5%). La surface corporelle brûlée moyenne était de 10,78 +/- 10,25% (max 40%). Le score ISS (Injury Severity Score) prédisait une mortalité plus élevée de 10 % (ISS moyen de 16,7 +/- 17% et l'ISS maximal était à 66). Nous n'avons déploré aucun décès. Ces victimes souffraient de lésions par blast et de brûlures avec diverses complications internes.

**Discussion et conclusions.** Le personnel du centre a réagi adéquatement à cet afflux massif de BBB grâce à son expérience acquise lors d'autres catastrophes (1995, 2001, 2002, 2004, 2015) et à sa formation médicale militaire. Avec cette présentation, nous souhaitons souligner l'importance du drill et des exercices, de l'enregistrement de patients, des trois « S » (Staff, Space, Stuff) et de la notion de « damage control resuscitation and surgery ».

**CO34- Vacuothérapie en kinésithérapie libérale après le SSR spécialisé : étude prospective sur la transmission des techniques et les possibilités de mise en œuvre des soins cutanés.**

A. Colombin, A. Stempin, T. Niederberger, I. Alméras, N. Frasson  
Lamalou

**Mots-clés :** Vacuothérapie, kinésithérapie libérale, transmission, formation

La vacuothérapie est une technique majeure de la prise en charge rééducative en SSR spécialisé. Néanmoins, à la demande des patients, la durée des séjours est diminuée et le retour à domicile coïncide avec le début des soins cutanés directs.

Afin d'améliorer la poursuite de la prise en charge, nous proposons des journées de formation à l'attention des kinésithérapeutes libéraux. Mais quel pourcentage d'entre eux ont suivi une formation spécifique sur la prise en charge des cicatrices complexes et/ou étendues? Quel pourcentage de professionnels possède un appareil de vacuothérapie? Quelles modalités pratiques de prise en charge sont utilisées (appareil, réglages, têtes d'aspiration, fréquence et durée des soins...)? Comment s'adaptent-ils à la maturation cicatricielle ?

Nous avons soumis ces questions par sondage en ligne et par téléphone à un panel de professionnels afin de déterminer dans quelles conditions nos patients sont pris en charge après leur hospitalisation. Nous vous présenterons les premiers résultats et nos premières analyses. Nous espérons récolter des informations complémentaires statistiquement intéressantes pour cibler, adapter et perfectionner nos transmissions aux spécificités des soins de rééducation en cabinet libéral.

**CO35- Point de vue du soignant sur la notion de précarité du patient brûlé**

MN. Bartholomei, I. Cochard, L. Arnaudo, V. Chauvineau-Mortelette, P. Queruel  
Hyères

**Mots-clés :** Brûlé, précarité, travail social

**Introduction.** La précarité est un terme de plus en plus usité dans notre société, mais en donner une définition reste encore difficile, du fait de sa multidimensionnalité, recouvrant la notion de «vulnérabilité médicale» qui est le fait d'avoir un état de santé tel qu'il risque d'être une difficulté à obtenir ou garder un emploi. "Vulnérabilité médicale" qui ne paraît pas exclusive d'un emploi. On observe en effet au sein de notre service que l'image corporelle vient impacter les interactions sociales. C'est la raison pour laquelle il nous a paru intéressant de nous interroger sur ce que peut-être la précarité à travers la perception qu'en a chacun des membres de notre équipe, pour la confronter au travail social et au point de vue des patients.

**Matériels et Méthodes.** L'ensemble de l'équipe du service (tous les agents soignants et non-soignants), au cours d'un entretien, devait d'abord donner une définition de la précarité par ses propres mots puis, dans un second temps, devait choisir parmi 29 mots issus de la littérature de la précarité les 5 mots paraissant les plus significatifs.

**Résultats.** La précarité est perçue, dans l'ordre, comme : la rupture du lien social (52,8 %), la pauvreté (47,6%), l'exclusion (42,8%), à égalité la notion de fragilité et de combat (38,9%), la vulnérabilité (33%).

**Discussion-conclusion.** Si le lien entre précarité et pauvreté semble bien ancré, il existe un décalage entre la vision "misérabiliste" du soignant qui voit le patient se désocialiser et la réalité, celle vécue par le patient et celle du travail social. En effet, pour les soignants, c'est la perte du lien social qui domine à cause de l'atteinte de l'image corporelle, avec la crainte d'une plus grande exclusion en rapport avec les conséquences des brûlures. Alors que pour les patients et les travailleurs sociaux, il s'agit surtout d'assurer un revenu minimum qui ne suffisent pas à modifier en profondeur la précarité. C'est bien à cette réalité que les médecins qui suivent au long cours les patients sont confrontés.

#### **Bibliographie.**

- 1- T. Leconte: Précarité sociale : cumul des risques sociaux et médicaux. Rapport CREDES n°446-juin 1996
- 2- R Pierret: Qu'est-ce que la précarité ? Socio, 2/2013, 307-330

#### **CO36- Dressilk®: une série de cas de brûlures et sites donneurs de greffe**

J. Verbelen, H. Hoeksema, K. De Meyere, S. Monstrey Gand

**Mots-clés :** Dressilk®, brûlures, sites donneurs de greffe

**Introduction.** La gestion des sites donneurs de greffe et des brûlures avec potentiel de guérison en moins de 22 jours est souvent considérée comme similaire. Un pansement approprié devrait au moins favoriser la cicatrisation de la plaie, être rentable et tenir compte du confort du patient et de l'infirmière.

**Méthodes.** Au cours d'un essai préliminaire, des brûlures ayant un potentiel de guérison en moins de 22 jours (évalué avec « laser Doppler imaging ») et des sites donneurs de greffe ont été traitées avec Dressilk®, appliqué directement sur la plaie et recouvert d'un pansement de gaze. Il restait sur la blessure jusqu'à ce qu'il se sépare spontanément de la plaie, guérie. L'analyse des résultats prenait en compte l'évaluation de la douleur, la charge bactérienne, le temps nécessaire pour obtenir la cicatrisation, la facilité d'utilisation et la satisfaction.

**Résultats.** Quatre patients avec brûlures et 4 patients avec des sites donneurs de greffe ont été traités avec Dressilk®. Dressilk® a été évalué comme confortable et la douleur ressentie avec le pansement était légère. *Staphylococcus aureus* était la cause principale de problèmes infectieux, qui étaient faciles à traiter avec une solution antiseptique appliquée sur le Dressilk®. Le temps moyen de cicatrisation était de 18 jours pour les sites donneurs de greffe et de 11 jours pour les brûlures traitées dans ce test.

Les infirmières étaient satisfaites du pansement et ont évalué Dressilk® comme facile à utiliser.

**Conclusion.** Dans ce test préliminaire, Dressilk® a été évalué comme un pansement approprié pour les sites donneurs de greffe et les brûlures avec un potentiel de guérison en moins de 22 jours.

Une étude plus élaborée, qui examinera également la rentabilité, sera effectuée dans un proche avenir.

#### **CO37- Le laser pulsé est un traitement efficace des cicatrices hypertrophiques de brûlures.**

L. Gharsallah, I. Rahmani, B. Gasri, R. Hammouda, S. Tlaili, A. Mokline, AA. Messadi

Tunis

**Mots-clés :** Laser pulsé, traitement, brûlure, cicatrices

**Introduction.** Les brûlures sont fréquemment responsables d'une cicatrisation anarchique conduisant à des cicatrices hypertrophiques, surélevées, érythémateuses et prurigineuses. Bien que de multiples options (gels de silicone, corticothérapie topique ou par infiltration, irradiation, interféron) soient disponibles, le traitement est souvent décevant. L'utilisation, depuis une dizaine d'années, du laser pulsé (LP) a montré des résultats prometteurs. Nous rapportons l'effet de cette thérapeutique sur les cicatrices de brûlures hypertrophiques.

**Méthodes.** Étude prospective de cohorte chez des patients brûlés avec cicatrisation hypertrophique après cicatrisation dirigée, greffe, ou au niveau des sites donneurs. Les séances de LP, réalisées sous AL, ont été répétées tous les mois jusqu'à amélioration. Les cicatrices ont été évaluées selon l'échelle de Vancouver l'échelle d'amélioration du patient. Les valeurs avant-après ont été comparées par t-test avec un seuil de significativité à 0,05.

**Résultats.** Soixante patients, âgés de 22,4 ans en moyenne. Leur brûlure touchait 12,6+/-12% de la SCT. Elles étaient presque exclusivement (97,6%) d'origine thermique (2,4% brûlure électrique). Deux cent quarante quatre séances de LP ont été réalisées, soit 6/patient (1-15). Le traitement par LP était débuté 4 mois après la brûlure (133+/-151 jours). Le score de Vancouver passait de 8,14+/-2,34 à 3,3+/-1,27 (p<0,0001). Le score d'amélioration augmentait de 5+/-2,5 à 9,6 (p<0,0001). L'efficacité est d'autant meilleure que le traitement est débuté tôt. Lorsque le traitement est instauré dans les 3 mois, cinq séances sont nécessaires à une amélioration significative, quand il en faut 9 si le traitement est plus tardif.

**Conclusion.** Le LP, utilisé précocement, améliore les cicatrices hypertrophiques des brûlés. Il pourrait devenir une option de prise en charge de cette pathologie, permettant de diminuer la fréquence des traitements chirurgicaux.

Traduction du résumé, soumis en anglais, commise par RLF