

REANIMATION INITIALE DU BRULE GRAVE ADULTE

INTRODUCTION :

Tout brûlé grave doit être pris en charge en centre spécialisé. Les soins de réanimation sont débutés dès l'étape pré-hospitalière. Ils sont poursuivis au cours de l'hospitalisation initiale, des éventuels transports inter-hospitaliers, puis dans l'unité de réanimation spécialisée. Ils ne doivent pas interférer avec la réalisation du bilan traumatique initial, et avec les éventuelles interventions chirurgicales d'urgence.

REANIMATION HYDRO-ELECTROLYTIQUE :

L'apport hydroélectrolytique, reconnu comme indispensable, doit être précoce et adapté. Il n'y a pas consensus vis-à-vis de la composition qualitative et quantitative des apports. La supériorité d'une formule de remplissage vasculaire sur les autres n'est pas établie. Deux grandes options peuvent être proposées :

- apport exclusif en cristalloïdes, par exemple règle du Parkland Hospital : apport de 4 ml/kg/% surface corporelle brûlée de ringer lactate, la moitié en 8 heures, l'autre moitié sur les 16 heures suivantes.
- apport intégrant des colloïdes, par exemple règle d'Evans : apport de 1 ml/kg/% surface corporelle brûlée de sérum salé isotonique, plus 1 ml /kg/% de surface corporelle brûlée de colloïdes, plus 2000 ml de sérum glucosé isotonique le premier jour.

Il est classiquement admis que les apports du 2^{ème} jour correspondent à la moitié de ceux apportés le 1^{er} jour.

Quelque soit la composition retenue, il y a accord pour considérer ces formules comme un schéma indicatif initial qui doit être réévalué et amendé selon les objectifs thérapeutiques cliniques et/ou biologiques retenus. Leur liste est non exhaustive mais peut comprendre :

- une diurèse de 0,5 à 1,5 ml/kg/heure,
- une pression artérielle moyenne supérieure à 70 mm de mercure
- une optimisation du débit cardiaque, de la précharge du ventricule gauche, du transport et de la consommation d'oxygène, du volume d'eau extra-vasculaire intra-pulmonaire.

L'objectif de cette réanimation hydroélectrolytique est de prévenir un défaut de remplissage vasculaire (responsable d'un état de choc, d'une insuffisance rénale aiguë, de défaillances des circulations régionales) comme un excès de remplissage (responsable

d'une aggravation des oedèmes, d'une altération de l'hématose pulmonaire, d'une augmentation de la pression intra-abdominale).

REANIMATION RESPIRATOIRE :

La dette d'oxygène est constante. L'oxygénothérapie est toujours recommandée. L'indication d'intubation trachéale et de mise sous ventilation assistée doit être discutée en cas de :

- détresse respiratoire avérée,
- brûlure grave de la tête et du cou,
- brûlures très étendues (> 50 % surface corporelle brûlée).
- troubles de conscience.

ANALGESIE :

Les antalgiques de niveau 1 et 2 de la classification de l'OMS employés seuls sont inefficaces.

Morphiniques et morphinomimétiques doivent être prescrits selon titration, évaluation de l'efficacité, et sous surveillance des effets secondaires.

THERAPEUTIQUES ASSOCIEES :

- L'équilibre thermique doit être maintenu.
- La nutrition entérale précoce prévient l'ulcère de stress, maintient l'intégrité de la muqueuse digestive, préserve le rôle immunomodulateur de l'intestin.
- La supplémentation précoce en vitamines et éléments traces anti-oxydants vise à contrôler le stress oxydatif.
- Les anticoagulants à posologies préventives sont prescrits lorsque l'hypocoagulabilité initiale est amendée.
- La vaccination anti-tétanique est vérifiée, et mise à jour le cas échéant.
- Les éventuelles intoxications associées, oxycarbonée et cyanhydrique notamment, doivent être dépistées et traitées.
- Il n'y a pas d'indication d'antibiothérapie systématique à visée préventive.

CONCLUSION :

La réanimation initiale du brûlé grave vise à préserver le pronostic vital à court et moyen terme. C'est la première thérapeutique dispensée par la chaîne de soins multidisciplinaires qui prend en charge un brûlé grave.