

MINISTÈRE DE L'ENSEIGNEMENT SUPÉRIEUR
ET DE LA RECHERCHE SCIENTIFIQUE

RÉPUBLIQUE DU MALI

Un Peuple - Un But - Une Foi

Université des Sciences, des Techniques et des Technologies de Bamako
Faculté de médecine et d'odontostomatologie



U.S.T.T-B

Année Universitaire 2023/2024

Mémoire



Prise en charge chirurgicale des séquelles de la brûlure thermique au service de chirurgie pédiatrique du CHU Gabriel Touré

Présentée et soutenue publiquement le .../12/2024 Devant le jury de la faculté
de médecine et d'odontostomatologie

Par **Dr Baba Emmanuel TOGOLA**

Pour obtenir le **Diplôme de spécialiste en chirurgie générale**

Jury

Président : Pr Bakary Tientigui DEMBELE

Membres : Pr Sidiki KEITA

Directeur : Pr Alhassane TRAORE

Liste des sigles et abréviations

ATCD : antécédent

CHU : Centre hospitalier universitaire

SCB : surface corporelle brûlée

Liste des tableaux

Tableau I: Répartition des patients selon l'ethnie	11
Tableau II: Répartition des patients selon la nationalité	12
Tableau III: Répartition des patients selon la provenance	12
Tableau IV: Répartition des patients selon les antécédents personnels médicaux ...	13
Tableau V: Répartition des patients selon les antécédents personnels chirurgicaux	14
Tableau VI: Répartition des patients selon l'antécédent d'un traitement traditionnel	14
Tableau VII: Répartition des patients selon l'agent causal	15
Tableau VIII: Répartition des patients selon les séquelles	16
Tableau IX: Répartition des patients selon la palpation.....	17
Tableau X: Répartition des patients selon le traitement chirurgical	18
Tableau XI: Répartition selon les infections du site opératoire	18
Tableau XII: répartition des patients selon l'agent causal et le traitement reçu	19
Tableau XIII: répartition des patients selon les agents causals et les infections du site opératoire	20
Tableau XIV: répartition des patients selon les antécédents de traitement traditionnel et les infections du site opératoire	20
Tableau XV: répartition des patients selon les antécédents de traitement reçu au service et les infections du site opératoire.....	21

Liste des figures

Figure 1: Répartition des patients en fonction du sexe 11
Figure 2: Répartition des patients l'agent de référence..... 13
Figure 3: Répartition selon la localisation de la brûlure. 16

Table des matières

1	Introduction.....	1
2	Objectifs.....	5
2.1	Objectif général:	5
2.2	Objectifs spécifiques :	5
3	METHODOLOGIE.....	7
3.1	Cadre et lieu de l'étude:.....	7
3.2	Type et période d'étude:	7
3.3	Population d'étude:.....	8
3.4	Échantillonnage :	8
3.5	Critères d'inclusions:	8
3.6	Critère de non-inclusion :	8
3.7	Saisies et analyses des données:	8
3.8	Considérations éthiques:.....	8
4	Résultats.....	10
5	Commentaires et discussion.....	23
6	Conclusion	28
7	Recommandations.....	29
8	Références bibliographiques.....	30
9	iconographie.....	33
10	FICHE SIGNALETIQUE	35

INTRODUCTION

1 Introduction

Une brûlure est une lésion de la peau et ou d'un autre tissu organique principalement causée soit par la chaleur ou les rayonnements, la radioactivité, l'électricité, la friction ou le contact avec des produits chimiques [1].

On entend par séquelles « la blessure ou le trouble qui persiste après la guérison d'un traumatisme ou d'une maladie, conséquence de la même chose, et cela produit une certaine diminution de la capacité fonctionnelle d'un organisme ou d'une partie de la même". Pour les patients qui souffrent de brûlures, ce trouble peut être morphologique, fonctionnel, objectif ou simplement esthétique, mais cela peut aussi être subjectif et surviennent après la disparition complète des lésions [2].

Quatre-vingt à quatre-vingt-dix pour cent des brûlures sont thermiques, mais elles peuvent aussi être mécanique, électrique, chimique, radique, infectieuse ou cryogénique [2]. Selon les dernières recommandations de pratiques professionnelles, la brûlure grave est défini selon l'âge, la surface corporelle brûlée (SCB) [SCB > 20 % chez l'adulte ; > 10 % chez l'enfant], la profondeur (> 5 % des SCB de troisième degré), l'inhalation, la localisation (face, main, pied, périnée), l'existence de comorbidité et l'agent vulnérant [3].

Les brûlures sont un véritable enjeu de santé publique avec leur morbidité importante, avec des séquelles psychiques, sociales et somatiques [4].

Plus de 410 000 brûlures sont survenues aux États-Unis d'Amérique, en 2008 dont environ 10% ont nécessité une hospitalisation [5].

En France, 10 000 cas de brûlures graves nécessitant une hospitalisation sont enregistrés chaque année, la moitié de ces cas sont prise en charge dans les Centres de Traitement des Brûlés [6].

Au Bénin, une étude à l'hôpital universitaire de Parakou en 2019 a trouvé que 40,16% des brûlures de l'enfant était graves [7].

Au Rwanda en 2020, dans un hôpital, 1 093 cas des brûlures ont été recensés dans un intervalle de 15 ans [8].

Au Kenya, l'incidence globale des brûlures est estimée à 3% en 2022 [9].

Les brûlures non mortelles sont la cause principale de morbidité (hospitalisation prolongée, de défiguration et de handicap,) entraînant souvent une stigmatisation et un rejet [5].

Les complications de brûlure sont classées en court, moyen et long terme. Les séquelles encore appelées complications à long terme ne sont pas négligeables. Ces séquelles de brûlure se traduisent par des déformations, des chéloïdes, des rétractions, d'hypertrophie, de prurits, d'alopecie cicatricielle. La gravité des séquelles est liée à la sévérité de la brûlure initiale et au terrain mais également et surtout à l'accumulation des erreurs et des insuffisances dans la prise en charge [10].

La prise en charge des brûlés dans les pays en voie de développement demeure un défi énorme rendant La mortalité par brûlure un véritable problème [11].

La chirurgie occupe une place importante dans la prise en charge des séquelles de brulure. La prise en charge chirurgicale des séquelles de brulure fait appel à plusieurs techniques de la chirurgie plastique :des injections de corticoïdes, des plâtres correcteurs, des plasties en Z, des libérations avec greffe de peau totale, de peau mince, des lambeaux [12].

Malgré le développement des connaissances concernant la prise en charge des brûlés, le nombre des patients présentant des séquelles de brûlures ne cesse d'augmenter. La prise en charges de ces séquelles fait appel à plusieurs spécialités dont la chirurgie. L'absence d'étude sur la prise en charge chirurgicale des séquelles de brulure nous a motivé à initier cette étude, dont les objectifs sont les suivantes.

**Prise en charge chirurgicale des séquelles de la brûlure thermique au service de chirurgie pédiatrique du
CHU Gabriel Touré**

OBJECTIFS

2 Objectifs

2.1 Objectif général:

Etudier les séquelles de brûlure thermique au service de chirurgie pédiatrique du
CHU Gabriel Touré

2.2 Objectifs spécifiques :

- ✓ Déterminer la fréquence hospitalière des séquelles de brûlure thermique
- ✓ Identifier les différents types de séquelles de brûlure thermique
- ✓ Identifier les techniques chirurgicales utilisées
- ✓ Évaluer les résultats de la prise en charge

METHODOLOGIE

3 METHODOLOGIE

3.1 Cadre et lieu de l'étude:

L'étude s'est déroulée au service de chirurgie pédiatrique du CHU Gabriel Touré

Situation géographique du CHU Gabriel Touré :

Cette étude a été réalisée dans le Service de chirurgie pédiatrie du CHU Gabriel Touré. Situé au centre commercial de la ville de Bamako (commune III) ; le CHU Gabriel Touré est limité à l'Est par le quartier de Médina courra, à l'Ouest par l'Ecole Nationale d'Ingénieurs (E.N.I), au Nord le Quartier Général de l'Etat major de l'Armée de Terre, au Sud le TRANIMEX. Ancien dispensaire, il a été érigé en hôpital le 17 février 1959. Il porte le nom d'un étudiant soudanais, Gabriel Touré, mort de peste contractée au chevet de son malade. L'hôpital est devenu un Centre Hospitalier Universitaire depuis l'avènement de l'université de Bamako en 1996. C'est un hôpital de 3ème référence.

Présentation de la chirurgie pédiatrique :

Ce travail a été réalisé dans le service de chirurgie pédiatrique du CHU Gabriel Touré. Il se trouve au côté Nord-Ouest, au pavillon « Bénitiéni Fofana » qui regroupe toutes les spécialités chirurgicales hors mis l'ORL et la neuro chirurgie

3.2 Type et période d'étude:

Il s'agissait d'une étude rétro-prospective analytique qui s'est réalisée de 01 janvier 2022 au 30 juin 2024. La phase rétrospective s'étend du 01 janvier 2022 au 31 Janvier 2024 et la phase prospective du 1 fevrier2024 au 30 Juin 2024.

Méthode :

Les patients ont été recrutés à partir des registres de consultation et du bloc opératoire, le dossier clinique des malades en chirurgie générale du CHU Gabriel TOURE. Une fiche d'enquête établie a permis de recueillir l'ensemble des

renseignements pour chaque patient. Les paramètres étudiés ont été la démographique, clinique, thérapeutique, et le suivie postopératoire.

3.3 Population d'étude:

Notre population était constituée de tous les patients présentant une séquelle de brûlure.

3.4 Échantillonnage :

La collecte était exhaustive prenant tous les patients répondant aux critères d'inclusion.

3.5 Critères d'inclusions:

Nous avons inclus dans cette étude, les patients présentant une séquelle de brulure avec un dossier médico-chirurgical complet prise en charge dans le service de chirurgie pédiatrique du CHU Gabriel Touré.

3.6 Critère de non-inclusion :

N'ont pas été inclus les patients présentant autre séquelle que celle de la brulure thermique et/ou ayant un dossier médico-chirurgical incomplet, prise en charge ailleurs ou non consentant.

3.7 Saisies et analyses des données:

La collecte des données a été faite à partir des dossiers des malades opérés pour séquelles de brûlure au service de chirurgie pédiatrique du CHU Gabriel Touré. Les données ont été saisies sur le logiciel Excel et analyser par le logiciel épi info. Le test de comparaison utilisé a été le Chi2 avec un seuil de signification inférieur à 0,05.

3.8 Considérations éthiques:

Les informations extraites des dossiers médicaux ont été traitées dans la confidentialité. Nous n'avons pas de conflit d'intérêt.

RÉSULTATS

4 Résultats

Fréquence :

Durant la période d'étude, nous avons recensé 53 cas de complications de brûlures sur un effectif de 438 patients opérés dans le service de chirurgie pédiatrique en chirurgie réglée. Les complications de brûlure corporelle ont représenté 12,1 %.

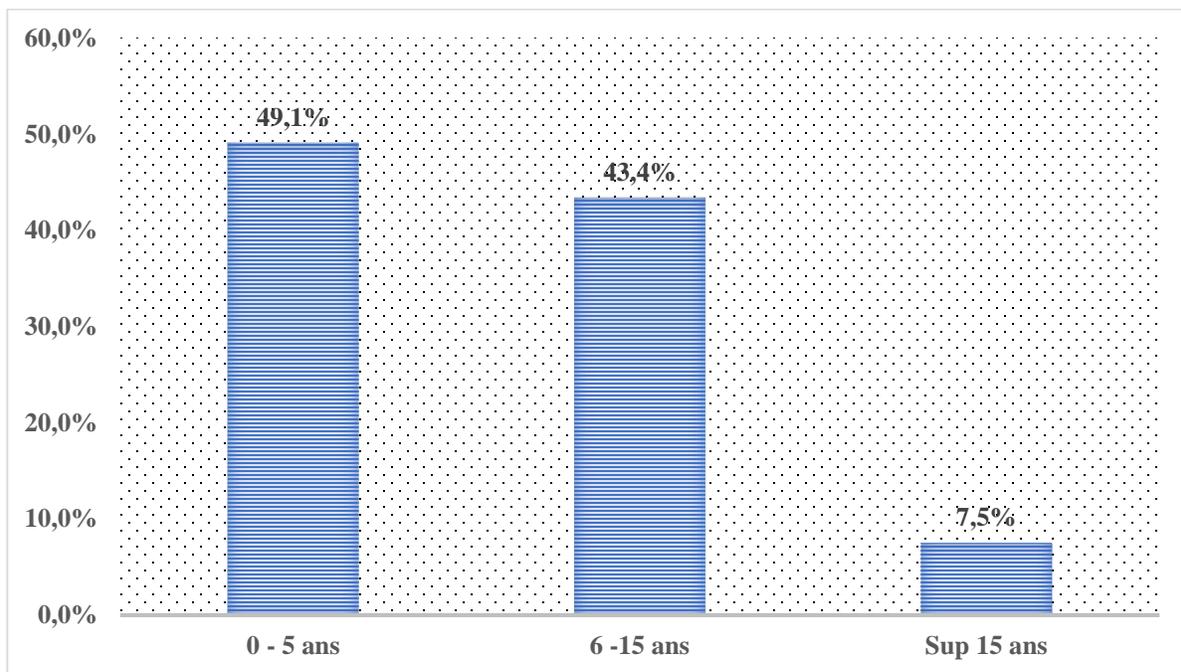


Figure 1: répartition de patients en fonction de l'âge.

L'âge moyen était de 8,6 ans avec un écart type de 5,82. Nous avons trouvé une extrémité d'âge allant de 03 mois à 17 ans

**Prise en charge chirurgicale des séquelles de la brûlure thermique au service de chirurgie pédiatrique du
CHU Gabriel Touré**

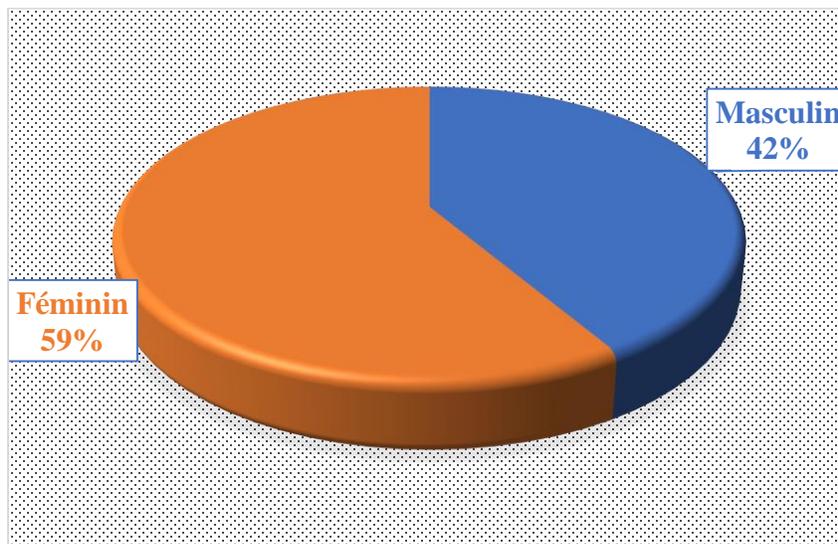


Figure 2: Répartition des patients en fonction du sexe

Le sex-ratio était de 0,71.

Tableau I: Répartition des patients selon l'ethnie

Ethnie	Effectif	Pourcentage
Bambara	18	33,9
Peulh	6	11,3
Malinke	5	9,4
Forgeron	4	7,5
Sarakole	4	7,5
Soninke	4	7,5
Dogon	3	5,7
Maure	2	3,8
Minianka	2	3,8
Senoufo	2	3,8
Sonrhai	2	3,8
Bobo	1	1,9
Total	53	100

L'ethnie Bambara était la plus représentée avec 33,9%

Tableau II: Répartition des patients selon la nationalité

Nationalité	Effectif	Pourcentage
Guinéenne	1	1,9
Maliennne	52	98,1
Total	53	100

La quasi-totalité des patients était des maliens soit 98,1%.

Tableau III: Répartition des patients selon la provenance

Provenance	Effectif	Pourcentage
Bamako	33	62,3
Koulikoro	10	18,9
Sikasso	5	9,4
Ségou	2	3,8
Bougouni	1	1,9
Guinée	1	1,9
Mopti	1	1,9
Total	53	100

Plus de la moitié des patients provenait de Bamako soit 62,3%.

**Prise en charge chirurgicale des séquelles de la brûlure thermique au service de chirurgie pédiatrique du
CHU Gabriel Touré**

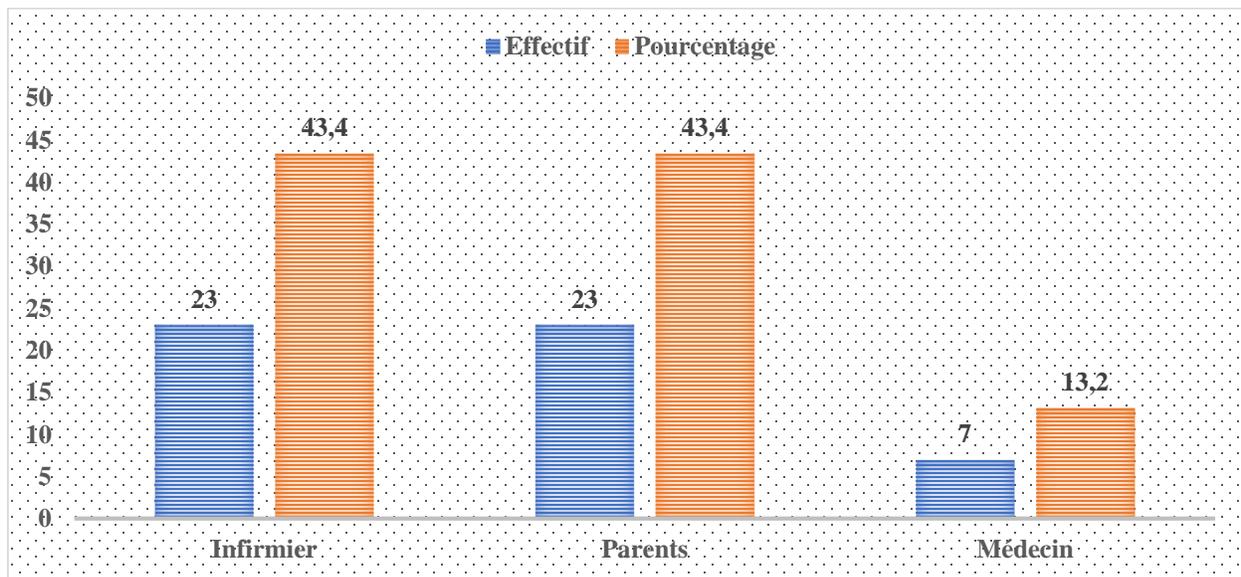


Figure 3: Répartition des patients selon l'agent de référence

Les principaux agents de référence étaient les infirmiers et les parents avec 43,4% chacun.

Tableau IV: Répartition des patients selon les antécédents personnels médicaux

Antécédents médicaux	Effectif	Pourcentage
Oui	1	1,89
Non	52	98,11
Total	53	100

Presque la totalité des patients n'avait pas d'antécédent personnel médical

Tableau V: Répartition des patients selon les antécédents personnels chirurgicaux

ATCD chirurgicaux	Effectif	Pourcentage
Non	46	86,8
Brûlure thermique par eau chaude	2	3,8
Appendicectomie	1	1,9
Brûlure thermique par flamme	1	1,9
Brûlure thermique par huile chaude	1	1,9
Chirurgie main gauche	1	1,9
Exérèse de la chéloïde	1	1,9
Total	53	100

Plus des $\frac{3}{4}$ des patients n'avaient pas d'antécédent personnel chirurgical 86,8%.

Tableau VI: Répartition des patients selon l'antécédent d'un traitement traditionnel

ATCD traitement traditionnel de la brûlure	Effectif	Pourcentage
Non	35	66
Oui	18	34
Total	53	100

Plus de la moitié des patients n'avait pas reçu de traitement traditionnel après la brûlure soit 66%.

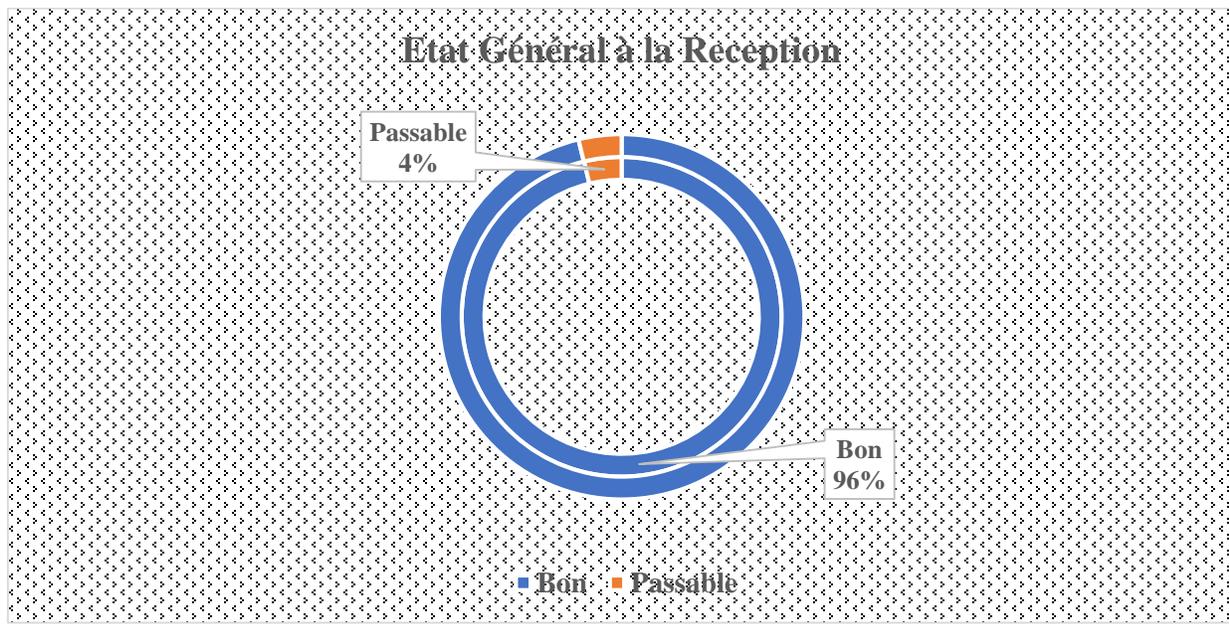


Figure 4: Répartition des patients selon l'état général à la réception

La plupart des patients avait un bon état général à la réception soit 96 %.

Tableau VII: Répartition des patients selon l'agent causal

Agent causal	Effectif	Pourcentage
Eau chaude	26	49,1
Flamme	19	35,8
Huile chaude	8	15,1
Total	53	100

L'eau chaude était l'agent causal le plus incriminé dans 49,1% des cas

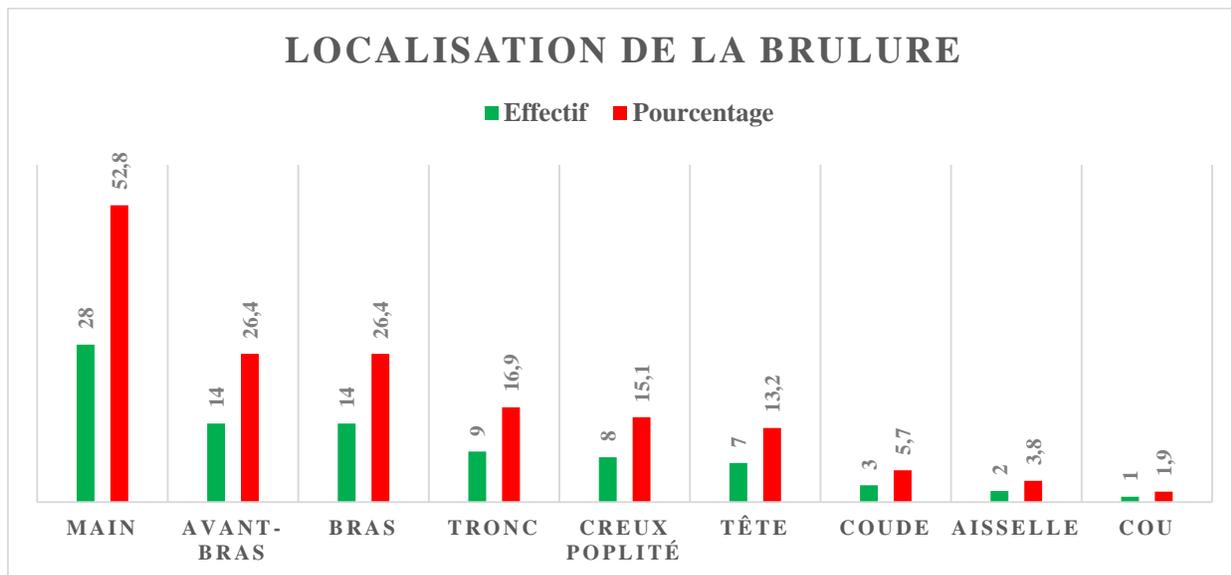


Figure 5: Répartition des patients selon la localisation de la brûlure.

La brûlure concernait le plus souvent la main dans 52,8%.

Tableau VIII: Répartition des patients selon les séquelles

Séquelles	Effectif	Pourcentage
Rétraction cicatricielle	47	88,7
Amputation	2	3,8
Cicatrice dystrophique	2	3,8
Cicatrice chéloïdienne	1	1,9
Prurit+Rétraction cicatricielle	1	1,9
Total	53	100

Plus du $\frac{3}{4}$ des patients avaient des cicatrices à type de rétraction cicatricielle soit 88,7%.

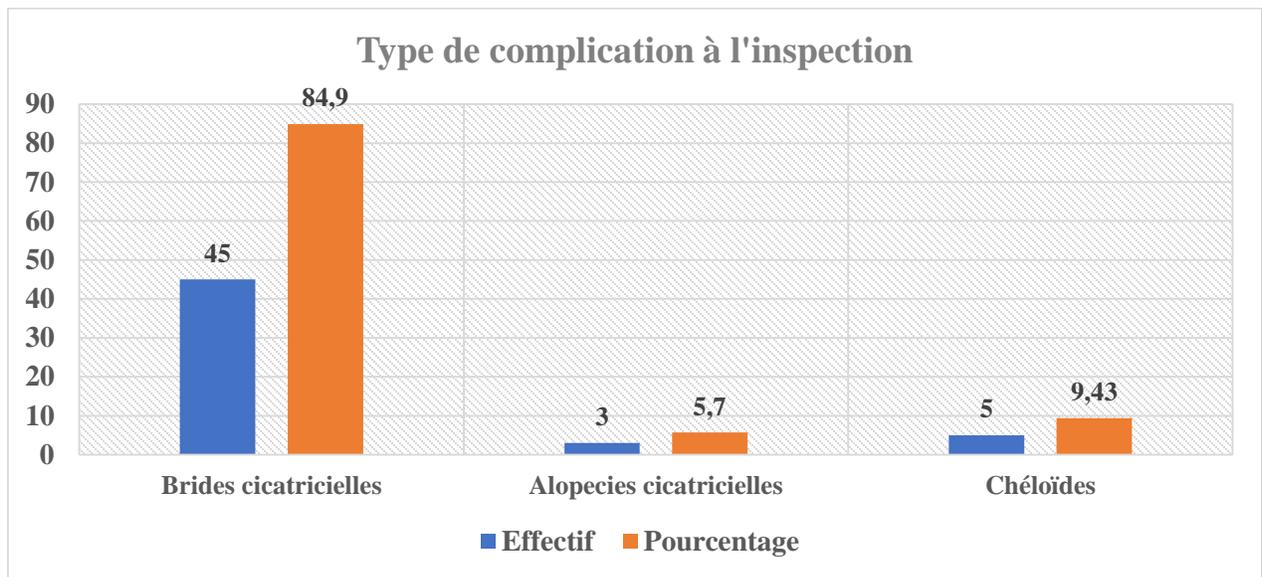


Figure 6 : Répartition des patients selon l'inspection

Les brides cicatricielles étaient observées dans 84,9% des cas.

Tableau IX: Répartition des patients selon la palpation

Palpation	Effectif	Pourcentage
Brides limitant les mouvements	47	88,7
Rétraction	3	5,7
Normale	3	5,7
Total	53	100

Dans 88,7% des cas, les brides limitaient les mouvements à la palpation.

Tableau X: Répartition des patients selon le traitement chirurgical

Traitement chirurgical	Effectif	Pourcentage
Libération+greffe de peau totale	17	32,1
Libérations simples	15	28,3
Libération+greffe de peau mince	11	20,7
Plasties locales	4	7,5
Greffe de peau mince	4	7,5
Libération simple+lambeaux locaux	1	1,9
Lambeaux libres	1	1,9
Total	53	100

La libération associée à la greffe de peau totale était le geste chirurgical le plus pratiqué dans 32,1% des cas

Tableau XI: Répartition selon les infections du site opératoire

ISO	Effectif	Pourcentage
Non	49	92,45
Oui	4	7,55
Total	53	100

La presque totalité des patients soit 92,45% n'avait pas d'infections du site opératoire.

- ✓ Tous les patients ont reçu des antalgiques
- ✓ Les suites ont été simples pour tous nos patients
- ✓ La qualité de la cicatrice après la chirurgie était bonne dans tous les cas

Tableau XII: répartition des patients selon le traitement reçu en fonction de l'agent causal et

	Agent causal			Total
	Flamme	Huile chaude	Liquide chaudes	
Greffe de peau mince	0	2	2	4
Lambeaux libres	0	0	1	1
Libération+greffe de peau mince	4	3	4	11
Libération+greffe de peau totale	7	2	8	17
Libérations simples	6	0	9	15
Libérations simples+lambeaux locaux	1	0	0	1
Plasties locales	1	1	2	4
TOTAL	19	8	26	53

Chi2= 12,3;

p= 0,42

Il n'y a pas de relation entre l'agent causal et le traitement reçu

Tableau XIII: répartition des patients selon les agents causals en fonction de l'infection du site opératoire

Agents causals	ISO	
	Oui	Non
Flamme	2	17
Huile chaude	0	8
Liquide chaudes	2	24
Total	4	49

Chi2=0,8955;

p=0,6391

Il n'y a pas d'association entre les agents causals et les infections du site opératoire

Tableau XIV: répartition des patients selon les antécédents de traitement traditionnel en fonction de l'infection du site opératoire

ATCD traitement traditionnel	ISO	
	Oui	Non
Oui	1	17
Non	3	32
Total	4	49

Chi2=0,1549;

p=0,6938

Il n'y a pas d'association entre les antécédents de traitement traditionnel et les infections du site opératoire

Tableau XV: répartition des patients selon les antécédents de traitement reçu au service en l'infection du site opératoire

Traitement reçu au service	ISO	
	Oui	Non
Greffe de peau mince	1	3
Lambeaux libres	1	0
Libération+greffe de peau mince	1	10
Libération+greffe de peau totale	0	17
Libérations simples	2	13
Libérations simples+lambeaux locaux	0	1
Plasties locales	0	4
Total	4	49

Chi2= 4,381; p=0,625

Il n'y a pas d'association entre les antécédents de traitement reçu au service et les infections du site opératoire

COMMENTAIRES ET DISCUSSION

5 Commentaires et discussion

Nous avons trouvé une fréquence hospitalière de 12,1% des séquelles de brûlure corporelle. La fréquence des séquelles de brûlure est variable d'un pays à l'autre, mais également au sein du même pays. Notre fréquence est comparable à celle trouvée par Messaadi A et al. [13] qui était de 14,3% en Tunisie et moins importante que celle trouvée par Zahid A et al [14] qui avaient trouvé 45,7% au Maroc.

❖ Caractéristiques sociodémographiques

Age

L'âge moyen des patients dans notre étude était de 8,6 ans, ce qui est supérieur à ceux rapportés dans la littérature [7, 14-17]. Cette différence peut s'expliquer par le comportement d'un enfant à cet âge. Il est plus bavard et cherche à participer aux activités culinaires en famille. Les mamans occupées par les travaux ménagers ont moins de surveillance sur les enfants.

Sexe

Le sexe féminin était prédominant avec 59 % de cas dans notre étude. Le sex-ratio était de 0,71. Notre résultat est comparable à celui Ada A. [15] qui avait une prédominance féminine de 53,5 % soit un sex-ratio de 0,8. Par contre notre résultat est différent de ceux de : Ouedraogo et al [16] , Adelin T. et al [7] , Martz N. et al [17], Zahid A. et al [18] qui avaient trouvé le sexe masculin prédominant avec respectivement 52,3% , 57,1% , 58% et 59 % des cas.

Provenance :

Les patients étaient originaires de sept (7) régions avec plus de la moitié provenant de Bamako (62,3%). Ce résultat est comparable à celui de Martz N. et al [17] chez qui les enfants étaient originaires de 19 communes différentes, avec une majorité

provenant de Cayenne et de Matoury (les 2 principales communes du littoral), qui représentaient 54% des enfants. La proportion élevée des patients provenant de Bamako peut s'expliquer par notre lieu d'étude qui est situé à Bamako.

❖ **Itinéraire thérapeutique**

Nous avons trouvé que 56,6% des patients avait consulté dans une autre structure avant leur admission. Notre résultat est comparable à ceux de Zahid A. et al [18] et de Ouedraogo et al [16] dans lesquels 56,8% et 63,56% respectivement des patients avaient d'abord consulté dans une autre structure sanitaire après la brûlure. Ceci peut s'expliquer par l'orientation initiale des patients dans les centres de santé les plus proches. La plupart de ces centres de santé n'ont pas de plateau technique ni personnel qualifié pour les brûlures et leur rôle sera la levée de l'urgence vitale avant de référer le patient dans une structure spécialisée, ce qui peut prolonger l'itinéraire thérapeutique. Ces résultats diffèrent de celui d'Adelin T. et al [7] qui avaient trouvé une admission était directe dans 69,4% des cas.

❖ **Antécédent de traitement traditionnel**

Dans notre étude, 34% des patients avaient reçu un traitement traditionnel avant l'admission dans un centre de santé. Ce résultat est supérieur à celui de Ouedraogo et al [16] qui avaient retrouvé 10,17% des patients ayant eu recours à un traitement traditionnel avant leur admission dans un centre de santé. Ces résultats s'expliqueraient par la condition socio-financière défavorable et la croyance des patients aux tradithérapeutes. Ces pratiques retardent la prise en charge de la brûlure et favorisent ainsi les complications.

Antécédent de brûlures

Dans notre étude 7,6% des patients avaient des antécédents de brûlures. Ce résultat est largement supérieur à celui de Bonnet C. [19] chez qui seulement 0,17% des patients avait ce même antécédent.

❖ Agent causal

L'eau chaude était l'agent causal le plus représenté avec 49,1%. Ce constat a été fait par d'autres auteurs qui ont rapporté que les enfants sont le plus souvent victimes d'accidents domestiques du fait des liquides chauds [18, 20]. Ceci est conforme aux données de la littérature où 75,4% des brûlures pédiatriques sont liées aux liquides chauds [21]. Ce taux élevé de brûlure thermique par l'eau chaude pose l'épineux problème de la responsabilité des parents en ce qui concerne la surveillance des enfants et la nécessité d'adopter des mesures de sécurité afin de limiter au maximum la survenue de tel accident.

❖ Localisation de la brûlure

La brûlure concernait le plus souvent la main, soit 52,8%. Ce résultat est comparable à ceux de : Zahid A. et al [18] chez qui la brûlure intéresse essentiellement les membres supérieurs (de l'épaule jusqu'au poignet) soit au niveau des mains dans 79,1%. Ada A. [15] pour qui les brûlures étaient localisées aux membres inférieurs dans 93,3 % des cas et aux membres supérieurs dans 78,6 % des cas. La fréquence élevée des brûlures de la main peut s'expliquer par le fait qu'elles sont constamment en mouvement et utilisées pour manipuler des objets, augmentant le risque d'accidents.

❖ Différents types de séquelles

Plus du $\frac{3}{4}$ des patients de notre étude avaient des cicatrices à type de rétraction cicatricielle soit 88,7%. Ce résultat concorde avec celui de Chafiki N. et al [22] qui avaient trouvé comme séquelle des cicatrices à type de rétraction dans 86% des cas. Notre taux de cicatrice à type de rétraction cicatricielle est supérieur à celui de Richard-Kadio M. et al [23] qui avaient trouvé les cicatrices rétractiles plus fréquente avec 76,9%. Les rétractions cicatricielles sont des séquelles fréquentes chez les patients brûlés, causées par une contraction excessive du tissu cicatriciel.

Elles peuvent entraîner des limitations fonctionnelles importantes, des douleurs et des déformations esthétiques. Le traitement et la prévention nécessitent une prise en charge multidisciplinaire, incluant soins chirurgicaux, thérapies physiques et gestion continue des cicatrices.

❖ **Techniques chirurgicales utilisées**

La libération associée à la greffe de peau totale était le geste chirurgical le plus pratiqué dans 32,1% des cas, libérations simples 28,3% ; Libération + greffe de peau mince 20,7%. Nos résultats sont comparables à celui de Elamrani D. et al [24] chez qui le traitement chirurgical a reposé sur la greffe cutanée (67,3 % des cas), les plasties locales (24,5 %) et les lambeaux (8,2 %). La technique de libération et de la greffe de peau sont fréquemment utilisées chez les patients brûlés pour corriger les rétractions cicatricielles, restaurer la mobilité et améliorer l'aspect esthétique des cicatrices, tout en favorisant une meilleure guérison et qualité de vie.

❖ **Résultats de la prise en charge**

Dans notre étude, les suites ont été simples pour tous nos patients. La qualité de la cicatrice après la chirurgie était bonne dans tous les cas. Notre taux est supérieur à celui de Samira et al [25] pour qui les résultats après cicatrisation et rééducation étaient satisfaisants dans 85 % des cas. Elamrani D. et al [24] avaient trouvé des résultats fonctionnels et esthétiques bons dans 83,0 % des cas. Notre résultat pourrait s'expliquer par l'échantillonnage.

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

6 Conclusion

Au terme de notre étude qui a porté sur tous les patients présentant une séquelle de brûlure au service de chirurgie pédiatrique du CHU Gabriel Touré, nous pouvons conclure que la fréquence hospitalière des séquelles de brûlure au CHU Gabriel Touré est élevée. La bride cicatricielle est la complication la plus fréquente. La libération suivie d'une greffe de peau totale est la technique chirurgicale la plus pratiquée. Le résultat est généralement bon.

La brûlure étant un traumatisme très fréquent chez les enfants, il est donc nécessaire d'adopter des moyens de sa prévention

7 Recommandations

Au terme de notre étude, nous pouvons formuler les recommandations suivantes

Au Ministre de la Santé et du Développement social

- Créer et équiper les structures de santé
- Assurer la prise en charge des complications de la brûlure ;
- Assurer la formation des agents de santé à la prise en charge de la brûlure pendant toutes les phases.

Aux agents de santé :

- Assurer la prise en charge correcte des brûlés ;
- Référer les cas de brûlures graves dans les centres spécialisés.

Aux populations

- Surveiller rigoureusement les enfants ;
- Consulter immédiatement dans un centre de santé spécialisé après la brûlure ;
- Faire les premières mesures en cas de brûlure ;
- Éviter l'automédication en cas de brûlure.

8 Références bibliographiques

1. Moissan H. Brûlure : définition, étiologie, physiopathologie, diagnostic. 1998 ; (98) : 1-6.
2. Evers LH, Bhavsar D, Mailänder P. (2010) The biology of burn injury. *Exp Dermatol* 19:777–83.
3. Société Française d’Anesthésie et Réanimation : Prise en charge du brûlé grave à la phase aiguë chez l’adulte et l’enfant 2019. disponible sur <http://sfar.org/download/rpp-prise-en-charge-du-brule-grave/?wpdmdl=24465&refresh=5ddaf756f118c1574631254>, consulté le 01/01/2024.
4. Paget L-M, Dupont A, Pédrone G, Lasbeur L, Thélot B. [Methods of data selection from the French medical information system program for trauma patient’s analysis: Burns and traumatic brain injuries]. *Rev Epidemiol Sante Publique*. 2017; 65 (4) : 220-5.
5. Organisation mondiale de santé : Brûlures , octobre 2023; disponible sur <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/burns> , consulté le 01/01/2024.
6. Dupont A, Paget L-M, et al. Les victimes de brûlures : hospitalisations selon le PMSI. France métropolitaine. *Rev DÉpidémiologie Santé Publique*. 2016; 64: S215.
7. Adelin T. B., Frédéric, T. N. C., Patrice, H. C. Y., & Affiémin, A. C Prise en Charge des Brûlures Graves de l’enfant en Réanimation à l’hôpital Universitaire de Parakou au Bénin », *ESJ*, 2019; vol. 15(3): 11.
8. Miranda E, Velin L, et all. Recording patient data in burn unit logbooks in Rwanda: who and what are we missing? *Journal of Burn Care & Research* 2020; 42 (3): 526-32.
9. Kotecha VR, Opot NE, Nangole F. Assessment and management of pain in patients sustaining burns at emergency department Kenyatta National Hospital, Kenya: A descriptive study. *Trauma Care* 2022; (2):79-86.
10. Roussey M. Les brûlures chez l’enfant Notion générale, bilan clinique, conséquences de la brûlure, traitement. 2000 ;(5) : 1-4.
11. Kim K, Kwok I, Chang H, Han T. Comparison of cardiac outputs of major burn patients undergoing extensive early escharectomy: esophageal Doppler monitor versus thermodilution pulmonary artery catheter. *J Trauma* 2004;57:1013-7.
12. Bakayoko A. Etude des Brûlures graves dans le service de la chirurgie pédiatrique. [Thèse Med] . FMOS 2007, N° 76 ,75 p.

13. Messaadi A., Bousselmi K., Khorbi A., Chebil M., Oueslati S. Etude prospective de l'épidémiologie des brûlures de l'enfant en Tunisie .Annals of Burns and Fire Disasters 2004; 17:173-178.
14. Zahid A, Atannaz J, Alaoui M, Rafik A, EzzoubiM, Diouri M, et al. Epidemiological profile of children burns admitted at the National Center for Brules, Morocco. Ann Burns Fire Disasters 2011; 24:171-4.
15. Ada A. « Les brûlures de l'enfant par accident domestique à Dakar » 2016; (21) : 7-15.
16. Ouedraogo, « Les brûlures chez l'enfant : épidémiologie et facteurs pronostiques au centre hospitalier et universitaire pédiatrique Charles de gaulle de Ouagadougou », Revue Africaine et Malgache de Recherche Scientifique/Sciences de la Santé, sept. 2022; 3(1): 1.
17. Martz N. , Sika A. , Guemaleu P., Elenga N. , et Quet F. , « ÉpidÉmiologie Des Enfants Hospitalisés Pour BrÛlure En Guyane », Ann Burns Fire Disasters. 2023; 36 (4) : 293-298.
18. Zahid, A., Atannaz, J., Alaoui, M., Raffik, A., Ezzoubi, M., Diouri, M., Chlihi, A., Bahechar, N., & Boukind, EH. (2011). Profil épidémiologique des brûlures d'enfants admis au Centre National des Brûlés, Maroc. Ann Burns Fire Disasters, 24 (4) : 171.
19. Bonnet C. , « Épidémiologie et prise en charge des brûlures en pédiatrie au CHU de Clermont-Ferrand entre 2010 et 2020 », Thèse de Médecine, UNIVERSITÉ CLERMONT AUVERGNE, France, 2021. Consulté le: 19 août 2024. [En ligne]. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03364123v1/file/The%CC%80se%20BONNET%20Cle%CC%81ment.pdf>.
20. Behzad, KM. & Satar, R. Analyse épidémiologique et coût de l'hospitalisation pédiatrique associée à la brûlure à Kermanshah, Iran. International Journal of Pediatrics, 2014 ; 2 (4.3) : 369-376.
21. Diakov R., Hadjiiski O., Atanassov N., Argirova M. : Etude des brûlures chez les enfants admis au centre des brûlés à Sofia. Ann Médit Burns Club ;1995; 8 (3) : 1-7.
22. Chafiki, N., J. Fassi Fihri, and E.H. Boukind, [Not Available]. Ann Burns Fire Disasters, 2007. 20(3): 129-36.
23. Richard-Kadio, M., et al., [Sequela of hand burns in children: 32 cases followed and treated in the Plastic Surgery and Reconstruction department of the University Hospital Center of Treichville, Abidjan]. Med Trop (Mars), 1992. 52(4): 389-97.

**Prise en charge chirurgicale des séquelles de la brûlure thermique au service de chirurgie pédiatrique du
CHU Gabriel Touré**

24. Elamrani, D, Zahid, A, Aboujaafar, N., Diouri, M., Bahechar, N., et Boukind, E.H, « Les rétractions cervicales post-brûlure - à propos de 49 cas et revue de la littérature », Annales des brûlures et des incendies, 2011; 24 (3): 149-156.
25. Samira B. et al., « Greffe cutanée de pleine épaisseur dans le traitement des séquelles de brûlures de la main et des doigts : rapport de 84 cas », Annales des brûlures et des incendies, 2014; 27 (4) : 201-208.

9 iconographie

Cas 1 : un patient de 4 ans avec des Séquelles de brulure de la face, bride à l'œil



Avant l'intervention

Après l'intervention

Cas 2 : un patient de 5 ans avec Séquelles de brulure, bride au bras gauche



Avant l'intervention

Après l'intervention

Cas 3 : un patient de 7 ans avec des Séquelles de brulure au pied



Avant l'intervention

Après l'intervention

10 FICHE SIGNALETIQUE

Nom : TOGOLA

Prénom : Baba Emmanuel

Titre : Prise en charge chirurgicale des séquelles de la brûlure thermique au service de chirurgie pédiatrique du CHU Gabriel Touré

Année de soutenance : 2023-2024

Ville de soutenance : Bamako, **Pays d'origine :** République du Mali

Lieu de dépôt : Bibliothèque de la Faculté de médecine et d'odontostomatologie de l'USTTB/Point-G/Bamako.

Secteur d'intérêt : chirurgie pédiatrique.

Résumé

Introduction : les brûlures sont fréquentes et exposent à des séquelles graves et invalidantes. La chirurgie occupe une place importante dans leurs prises en charge.

Objectif : étudier la prise en charge chirurgicale des séquelles de la brûlure thermique au service de chirurgie pédiatrique du CHU Gabriel Touré

Méthodologie : Il s'agissait d'une étude rétro-prospective analytique qui s'est déroulée de 01 janvier 2022 au 30 juin 2024.

Résultats: nous avons trouvé une fréquence de 12,1 %. L'âge moyen était des enfants 8,6 ans avec un écart type de 5,82 et une extrémité de 03 mois à 17 ans. Le sex-ratio était de 0,71. Plus de la moitié des patients provenait de Bamako soit (62,3%). L'eau chaude était l'agent causal le plus incriminé dans 49,1% des cas et la brûlure concernait la main dans 52,8% des cas. La majorité des patients soit 88,7% avaient des cicatrices à type de rétraction cicatricielle. Tous les patients ont

reçu des antalgiques. La libération associée à la greffe de peau totale était le geste chirurgical le plus pratiqué dans 32,1% des cas. Une infection du site opératoire a été observée chez 7,55% de nos patients. Le résultat fonctionnel a été jugé bon pour tous les patients.

Conclusion : la fréquence hospitalière des brûlures des enfants reste élevée au service de chirurgie pédiatrique du CHU Gabriel TOURE.

Mots clés : Prise en charge, brûlure, chirurgie pédiatrique, CHU Gabriel Touré