

## Éditorial

J.-M. Rochet · C. Leclercq

© Springer-Verlag France 2011

La politique sécuritaire a, depuis plus de dix ans, mis en place des actions de prévention de la brûlure que sont : la détermination d'une température d'eau du robinet des habitats collectifs inférieure à 50 °C, une campagne de refroidissement immédiat sous l'eau, la présence obligatoire de détecteurs de fumée dans les locaux à usage collectif, l'accentuation des contrôles des industries chimiques et autres à risques... qui ont entraîné la baisse des brûlures. La brûlure demeure toutefois une affection grave, et particulièrement lorsque la main est touchée. Si on tient compte des brûlures domestiques qui s'arrêtent à la pharmacie et au cabinet du médecin traitant, la main est la zone anatomique la plus touchée de l'organisme.

Qu'elle concerne le petit enfant explorant son environnement et exposant ses paumes, ou la face dorsale de la main de l'adulte qui cherche à protéger son visage, la brûlure est problématique dès qu'elle est profonde, c'est-à-dire dès qu'elle concerne le derme. L'amélioration de la prise en charge initiale, l'apparition de derme artificiel et de nouveaux types de traitement, la qualité de la filière de prise en charge ont conduit le Groupe d'étude de la main (GEM) et la Société française d'étude et de traitement des brûlés (SFETB) à travailler ensemble en 2011 pour dégager un consensus et aboutir à une codification des traitements chirurgicaux et de rééducation. Ce dossier aborde la pratique de certaines équipes françaises et fait le point sur l'état des connaissances dans le domaine médicochirurgical.

Le Pr Franck Duteille reprend en revue les différents traitements chirurgicaux actuellement disponibles pour traiter les mains complexes. L'arsenal thérapeutique comprend : les différents types de greffe de peau, le traitement par pression négative, l'utilisation de derme artificiel, l'arthrorhèse ou arthrodesse transitoire.

Les différents lambeaux utilisables sont traités dans le détail : les lambeaux locaux (les lambeaux digitaux), les pédiculés (de l'avant-bras comme le lambeau interosseux postérieur et le lambeau antébrachial dit chinois) et les

lambeaux libres comme les lambeaux de fascia (dentelé antérieur ou *fascia superficialis temporalis*). L'empochement quoique ancien reste d'actualité dans la prise en charge des mains brûlées complexes. L'auteur insiste enfin sur l'indication d'une amputation qui, si elle s'avère nécessaire, doit être envisagée que lorsqu'il existe une atteinte concomitante très profonde des plans palmaire et dorsal, et qu'il faut se méfier des brûlures profondes isolées de la face dorsale pouvant apparaître comme dépassées qui peuvent aboutir à un résultat fonctionnel non négligeable en final. Cela est particulièrement vrai, même en cas d'exposition articulaire et de destruction des tendons extenseurs, dès lors que la face palmaire du doigt peut être conservée. Le traitement chirurgical permet aujourd'hui de répondre pratiquement à toutes les situations dont les plus désespérées si on exclut la carbonisation circulaire qui aboutit à l'amputation dont le niveau doit être le plus bas possible.

Le Dr Isabelle Almeras retrace le traitement en phase aiguë qui, bien conduit, est essentiel pour maintenir le capital fonctionnel de la main.

Le Dr Isabelle Almeras Rochet expose dans le détail le bilan de la main. Bilan qui s'appuie sur la constatation des troubles physiopathologiques qui accompagnent toute cicatrisation, d'une part, et sur la lésion des tissus nobles sous-jacents, d'autre part. Une large part est faite à la rétraction cutanée et aux déformations qu'elle engendre. On apprend que l'examen doit tenir compte des modifications de l'enveloppe cutanée en faisant varier les positions articulaires de manière à restaurer la souplesse ou au contraire à montrer le défaut d'extensibilité. La plupart des situations lésionnelles sont abordées avec les moyens cliniques pour distinguer, quand cela est possible, ce qui revient à la peau et aux autres structures plus profondes de la main.

Le Dr Claude Roques reprend les spécificités du traitement de la main brûlée chez l'enfant, dont le port des orthèses qui peut-être continue à l'inverse des adultes.

Le Dr Hauviette Descamps nous fait part de son expérience de prise en charge en éducation thérapeutique et notamment dans le domaine de l'appareillage afin d'éduquer les aidants dont les parents afin que le traitement orthétique soit efficace et non traumatique et mené à terme.

Le Dr Hélène Rienmeyer reprend les principes de rééducation chez l'adulte reposant sur la nécessité de réaliser une

J.-M. Rochet (✉) · C. Leclercq  
Unité de traitement des brûlés,  
centre de réadaptation de Coubert,  
F-77170 Coubert, France  
e-mail : jrochet@ugemamid.fr

hypoxie, une mise en tension permanente en capacité cutanée maximale, l'alternance mobilisation et immobilisation des zones articulaires et l'hydratation régulière des cicatrices. Elle reprend et place chaque moyen thérapeutique tout au long de la prise en charge une fois le patient à la sortie du centre aigu.

Ces traitements sont : les pansements compressifs posturants, le drainage lymphatique, les techniques de mobilisation et de renforcement musculaires, les postures cutanées manuelles et par le port d'orthèses, la compression par un gant compressif, les massages cicatriciels manuels et mécaniques, l'hydrothérapie dont le recours aux cures thermales avec l'utilisation de douches filiformes.

Le Dr Frasson expose les types d'appareillage principaux de la main que sont les orthèses et le plâtre. L'appareillage étant essentiel dans la prise en charge des mains brûlées, car il va conditionner la récupération des amplitudes articulaires et le gain en termes de capacité cutanée. Il insiste sur leur adaptation régulière jusqu'à la stabilisation des phénomènes inflammatoires.

Le Dr Caroline Leclercq fait le tour des différents moyens de reconstruction des doigts de la main. Sont évoqués les problèmes locaux, régionaux à distance et généraux qui peuvent poser un problème chirurgical et qui, par conséquent, doivent être correctement évalués avant l'intervention. L'auteur reprend ensuite toutes les situations d'amputation et propose une ou des solutions chirurgicale(s) à chaque cas : amputations unidigitales, amputations isolées du pouce, amputations pluridigitales des doigts longs et amputations des doigts longs et du pouce. Il ressort que le traitement par reconstruction des doigts donne des résultats

fonctionnels beaucoup plus limités quand les moignons sont courts et que, par conséquent, il faut être le plus conservateur possible en période aiguë.

Le Dr Luc Téot reprend les différents traitements chirurgicaux qui peuvent être proposés pour traiter les séquelles cicatricielles de brûlures rétractiles et inesthétiques. Sont repris une série de techniques anciennes et nouvelles applicables en deuxième intention dans le recouvrement cutané, qu'elles soient chirurgicales ou non chirurgicales, brièvement abordées, avec notamment l'utilisation du silicone. Pour ce qui concerne le traitement chirurgical, l'auteur analyse l'intérêt de chaque technique que sont : les greffes d'interposition zonale jusqu'au resurfaçage complet ou *over-grafting*. Le derme artificiel pour protéger les tendons et les articulations et recréer de l'épaisseur cutanée, les différents lambeaux et la technique récente de ReCell<sup>®</sup> pour corriger les hypochromies localisées.

L'auteur note avec raison que si la récupération de la fonction main est globalement bonne avec les techniques utilisées actuellement par les praticiens, et que les séquelles cosmétiques sont mieux prises en charge dès la phase initiale, la demande de retour à l'état initial par le patient reste encore un mythe.

Le Dr Claire Nicolas expose une technique originale de réparation tendineuse lors de lésion directe par la brûlure. Il s'agit d'un traitement orthétique d'immobilisation de plusieurs semaines, qui doit être le plus précoce possible et qui nécessite une parfaite participation du patient et de l'équipe pour être efficace. Il permet de se passer parfois d'une réparation tendineuse quasi impossible en raison du risque infectieux et d'éviter la réalisation d'une arthrodeuse.