



Évaluation et réanimation de l'enfant grand brûlé

Dr Judith Chareyre
Réanimation pédiatrique
CHU Bordeaux
1^{er} Avril 2026

CONTEXTE

Brûlures toute gravité confondue

Plusieurs milliers d'enfants/ an en France

15 fois plus fréquente chez les moins de 15 ans

50% des patients : < 2 ans

Environ 25-30% : Hospitalisés



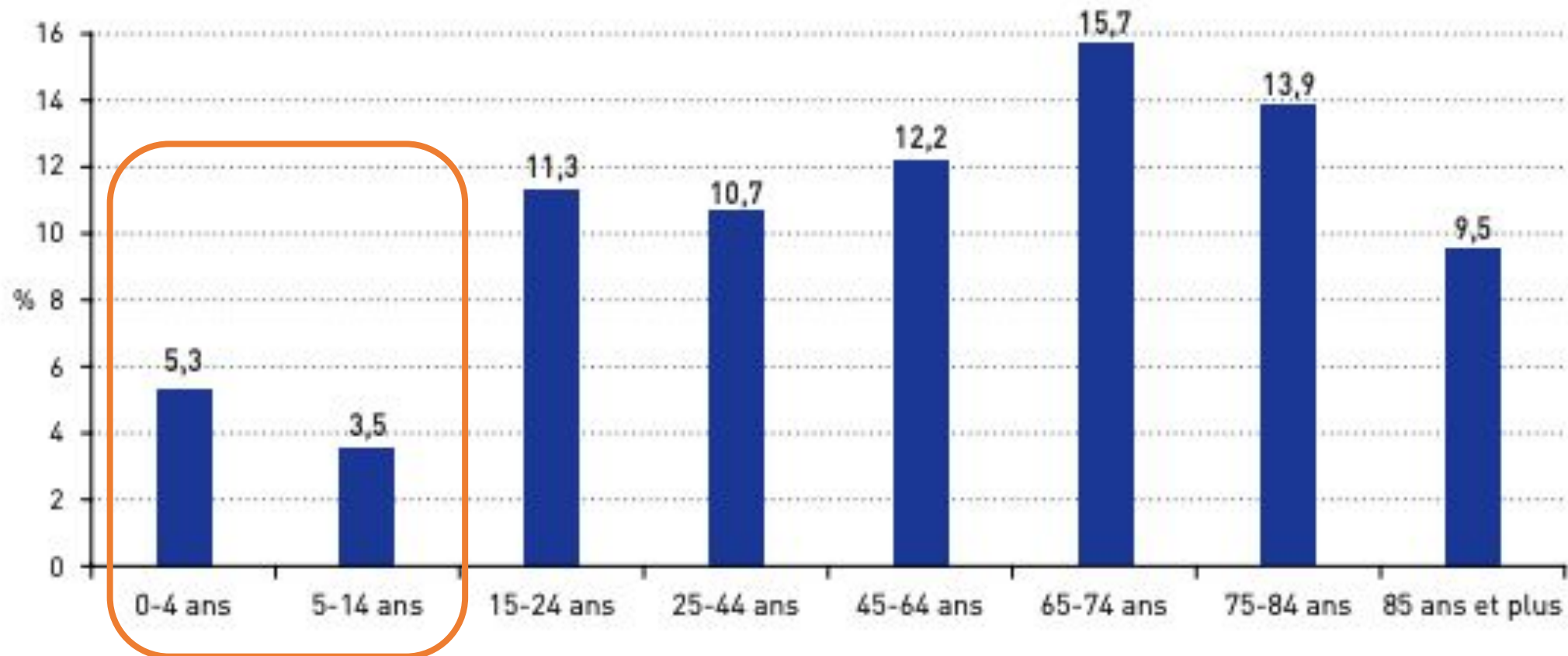
➔ MÉCANISMES ?

Brûlures thermiques ++++ >> chimiques - électriques

Liquides chauds > Solides chauds >> Flammes

CONTEXTE

Brûlures graves



Victimes de brûlures graves hospitalisées en centre de traitement des brulés selon l'âge

EVALUATION DE LA GRAVITE

Phase précoce déterminante !

Objectif :

- identifier la gravité
- prise en charge adaptée



1^{er} degré:
rougeur sans phlyctène,
« coup de soleil »



2^{ème} degré:
phlyctènes, rompues ou non, douleur intense,
couleur rose à vif à pâle (plus profond)
Brûlure « mosaïque »: plusieurs profondeurs
cohabitent



3^{ème} degré:
Aspect cartonné, blanc /
brun, brûlure électrique
ou par flamme

**La Surface Cutanée Brûlée d'intérêt
= 2^{ème} et 3^{ème} degré.**



*Remerciement Dr M. Loot
Chirurgienne pédiatrique CTBp*

DEFINITION

Brûlures Graves (SFAR 2019)



GRANDS BRÛLÉS

risque

Hypovolémie
Hypothermie

Grade
A

Instabilité hémodynamique persistante
Insuffisance respiratoire aigue
Nécessité de transfusion pré hospitalière

< 1 an FC 80-180
> 1 an FC 60-160

| | < 1mois | 1 an | 2 ans | 5 ans | 10 ans | 18 ans |
|--------------------|---------|------|-------|-------|--------|--------|
| PAM min (10e p) | 45 | 50 | 55 | 58 | 60 | 65 |

DEFINITION

Brûlures Graves (SFAR 2019)



*Maltraitance/ Contexte social
→ Hospitalisation ?*

Brûlures Graves :

- SCB > 20%,
- 3e degré >5%



Brûlures à risque de complications:

- SCB < 20% ET Terrain particulier
- SCB > 10%
- 3e degré entre 3-5%



SCB > 10%
3e degré >5%
Nourrisson < 1 an
Comorbidités sévères
Brûlures circulaires

Syndrome d'inhalation de fumées
Localisation à risque fonctionnel profonde

Face, cou, mains, pieds, plis, périné

Brûlure électrique ou chimique

EVALUATION INITIALE

Outils ?



Méthode standardisée

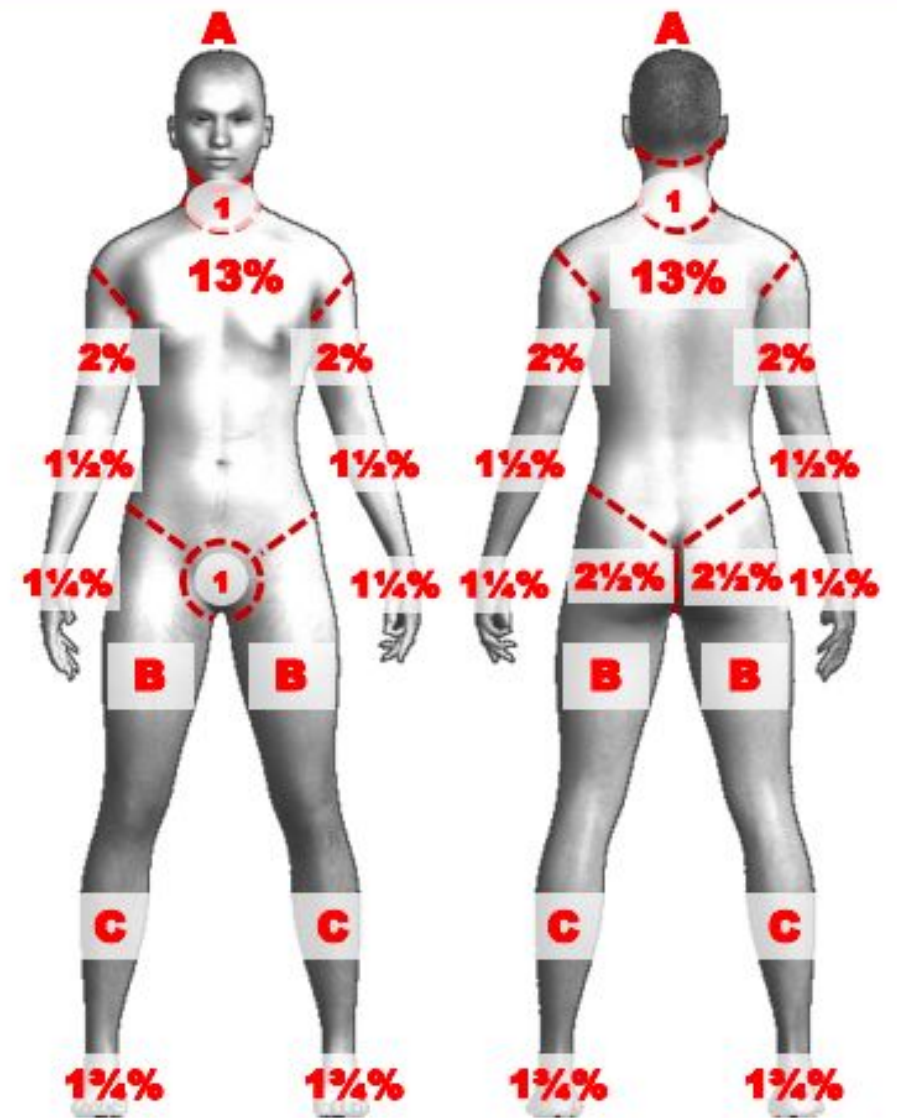
→ Table de Lund et Browder

→ Avis CTB

→ Télémédecine



Face palmaire main
(paume et doigts)
= 1% de SCT



| | NN | 1 an | 5 ans | 10 ans | 15 ans | Adulte |
|---|-------|-------|-------|--------|--------|--------|
| A | 9 1/2 | 8 1/2 | 6 1/2 | 5 1/2 | 4 1/2 | 3 1/2 |
| B | 2 3/4 | 3 1/4 | 4 | 4 1/4 | 4 1/2 | 4 3/4 |
| C | 2 1/2 | 2 1/2 | 2 1/4 | 3 | 3 1/4 | 3 1/2 |

EVALUATION INITIALE

Outils ?



Méthode standardisée

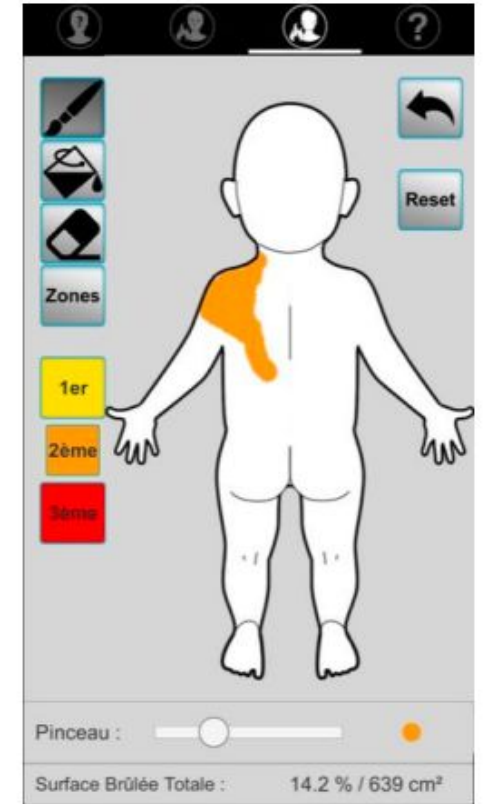
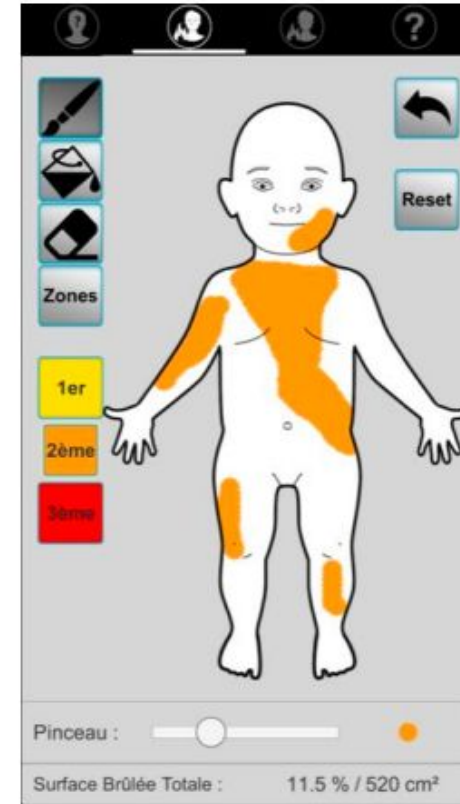
→ APPLICATIONS

→ Avis CTB

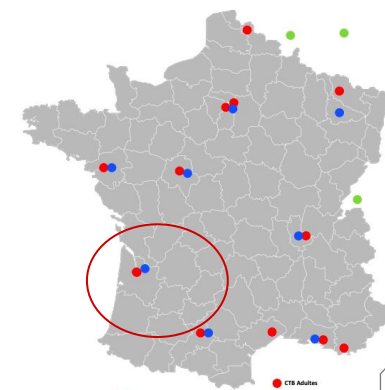
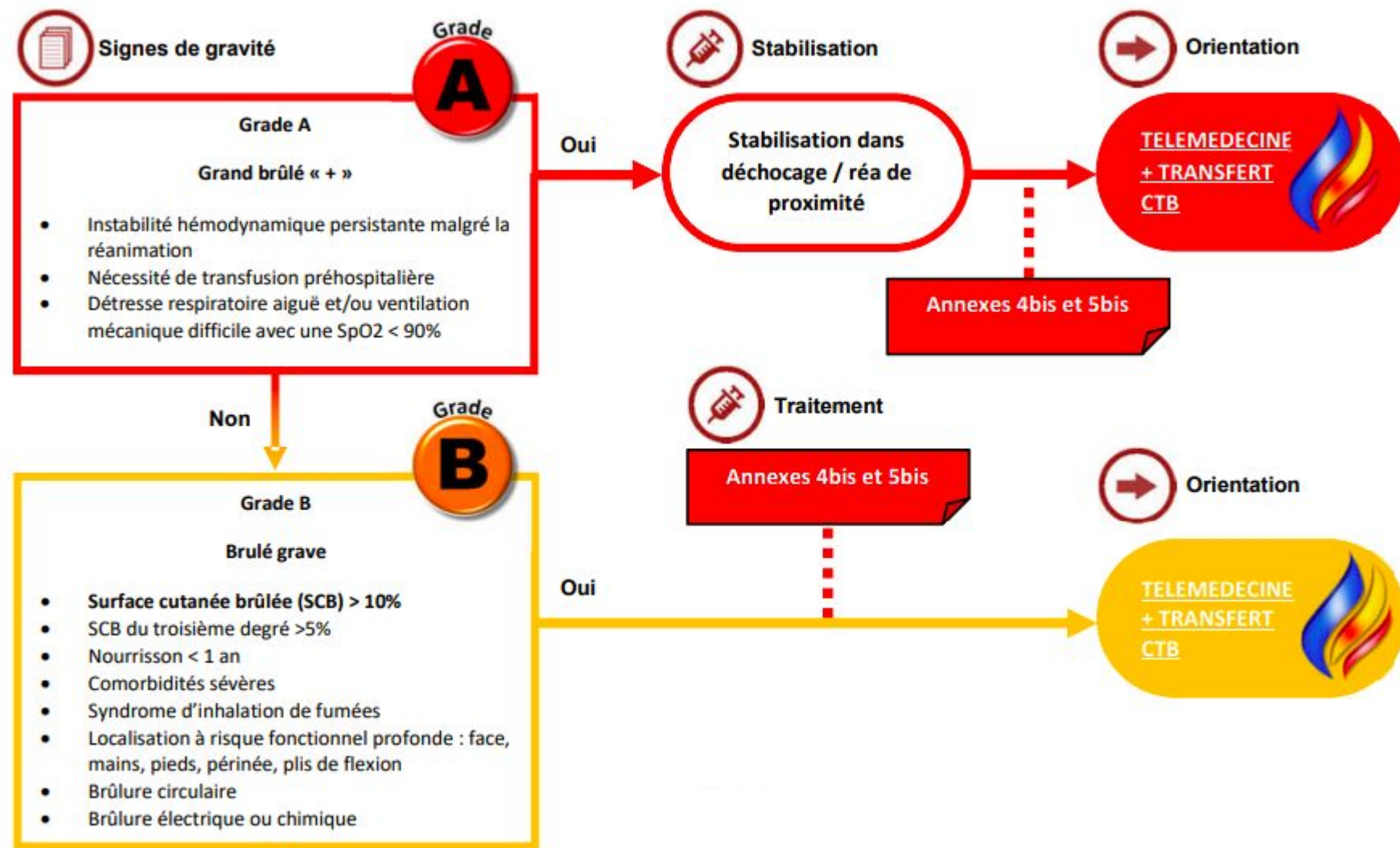
→ Télémédecine



TROUSSEAU



ORIENTATION

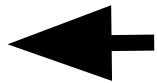


CTB régional
 CHU Bordeaux
 Hôpital des
 enfants
 Soins critiques
 pédiatriques
 0557822005

Stabilité
hémodynamique



Prévenir
l'hypothermie



Prévenir l'hypoxie



Antalgie



**INTOXICATIONS
ASSOCIÉES**
Cyanure, CO

PREVENIR L'HYPOXIE

Voies aériennes supérieures



Indications d'intubation trachéale :

- Insuffisance respiratoire aigue
- Etat de choc
- Coma
- Brulure de la totalité du visage
ET SCB > 60%
OU- ET Brûlure profonde, circulaire du cou
OU- ET Obstruction des VAS (stridor)
- Transport prolongé

ISR

Kétamine 2mg/kg
Rocuronium 1mg/kg
ou
Succinylcholine 1mg/kg
(ok les 48h prem. h)



**Préparation matériel
intubation difficile si
inhalation
→ oedeme**



PREVENIR L'HYPOXIE

Ventilation - Oxygénation



Oxygénothérapie objectif SpO₂ 92 – 96% (ONHD si besoin)
Ventilation protectrice FiO₂ objectif SpO₂ 92 – 96%



O₂ 15 l/min au MHC ou ONHD FiO₂ 100% pendant 6 à 12 heures
Ventilation protectrice FiO₂ 100% pendant 6 à 12 heures
Fibroskopie bronchique
→ ne doit pas retarder le transfert vers un CTB pédiatrique → obj : centre et matériel adaptés !

- *Absence d'antibiothérapie systématique, y compris si inhalation de fumée -*



STABILISATION HEMODYNAMIQUE

Réanimation liquidienne - Brûlure grave SCB > 10%



Masse sanguine 80mL/kg ! → risque hypovolémie !

1- Voie veineuse périphérique ou intra osseuse

2- Remplissage vasculaire systématique (SCB > 10%)

Cristalloïde balancé (Isofundine, Ringer)

2 x 10ml/kg

3- Hydratation selon la formule de Parkland modifiée → Débit

H0 - H8 : 1,5 mL/kg/% SCB + apports de base (4/2/1)

H8 - H24: 1,5 mL/kg/% SCB + apports de base (4/2/1)

4 mL/Kg : 0-10 Kg
2 mL/Kg : 10-20 Kg
1 mL/Kg : > 20 Kg

Cristalloïde balancé

Polyionique G5



STABILISATION HEMODYNAMIQUE

Réanimation liquidienne - Brûlure grave SCB > 10%



Masse sanguine 80mL/kg ! → risque hypovolémie !

1- Voie veineuse périphérique ou intra osseuse

2- Remplissage vasculaire systématique

Cristalloïde balancé (Isofundine, Ringer)

2 x 10ml/kg

3- Hydratation selon la formule de Parkland modifiée → Débit

H0 - H8 : 1,5 mL/kg/% SCB + apports de base (4/2/1)

H8 - H24: 1,5 mL/kg/% SCB + apports de base (4/2/1)

▼
Cristalloïde balancé

▼
Polyionique G5

*Surveillance
objectifs:
Normocarde
Normotendu
Diurèse
>1ml/kg/h*

Si > 3RV : Nad



INTOXICATIONS ASSOCIEES

Contexte incendie - Inhalation Fumée



faible masse corporelle, VM élevée, immaturité métabolique

Brutal ++ Coma, Confusion, Convulsion

Stridor, dyspnée, suie dans VAS

Etat de choc - ACR - Hyperlactacidémie ↑↑



INTOX AU CYANURE

Hydroxocobalamine

70mg/kg max 5g IVL 30'

Même intox
modérée !

Céphalées, vertiges, confusion

SpO2 faussement normale



INTOX AU CO

O2 15L/min ou 100% FIO2 6-12h

Hyperbare si stable et plateau



INTOXICATIONS ASSOCIEES

Contexte incendie - Inhalation Fumée



UN BRÛLE EST STABLE SAUF INTOXICATION AU
CYANURE OU POLYTRAUMATISME ASSOCIES

UN BRÛLE EST CONSCIENT SAUF INTOXICATION
(CO, médicaments) OU TRAUMATISME CRANIEN
ASSOCIES

Administration Ins

CYANOK
(hydroxocobalamin for i

Même e
de susp
d'intox
modérée
chez l'enfant

70mg/kg max 5g IVL 30'

on
e
-12h
eau



PREVENTION HYPOTHERMIE

Traitement local - Protection des zones lésées

Refroidir ? → si SCB < 10% , pas de signe de choc

Brulstop max 15 min. Perte du benefice si SCB > 10%

- Retrait des bijoux, photos si possible
- Emballer dans champ stérile (dispositif non adhérent)
- Surélever le membre brûlé,

PAS de pansement, PAS de pommade, PAS d'excision des phlyctènes

Si évacuation longue prévue ou doute sur conduite à tenir

→ **Avis CTB pédiatrique**

- Réchauffement externe : couverture de survie
- Quick test +/- VAT

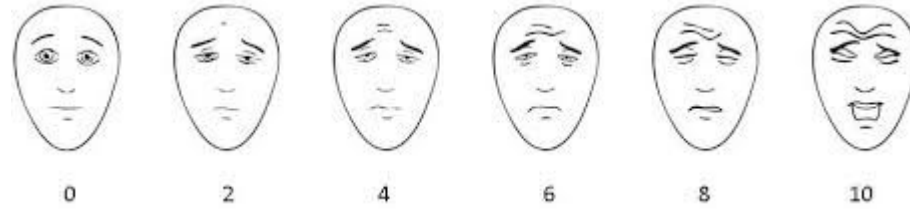


Pas d'effet
garrot



Surveillance T°

ANALGESIE Précoce !



EVALUATION DOULEUR

FLACC, EVENDOL,

Echelle des visages < 4ans, EVA > 4 ans



Intraveineux

Paracétamol 15mg/kg
Morphine 0,1mg/kg puis
titration par 0,02mg/kg
Kétamine 0,5mg/kg puis
titration 0.2mg/kg



Intranasal

Kétamine 1-5mg/kg
Sufentanil 0,2-0,4microg/kg
Midazolam 0,2-0,4mg/kg
Délais action rapides !
Max 0,5mL/narine



Sublingual

Oramorph
0,3mg/kg



+Distraction

EN CONCLUSION

Particularités pédiatriques



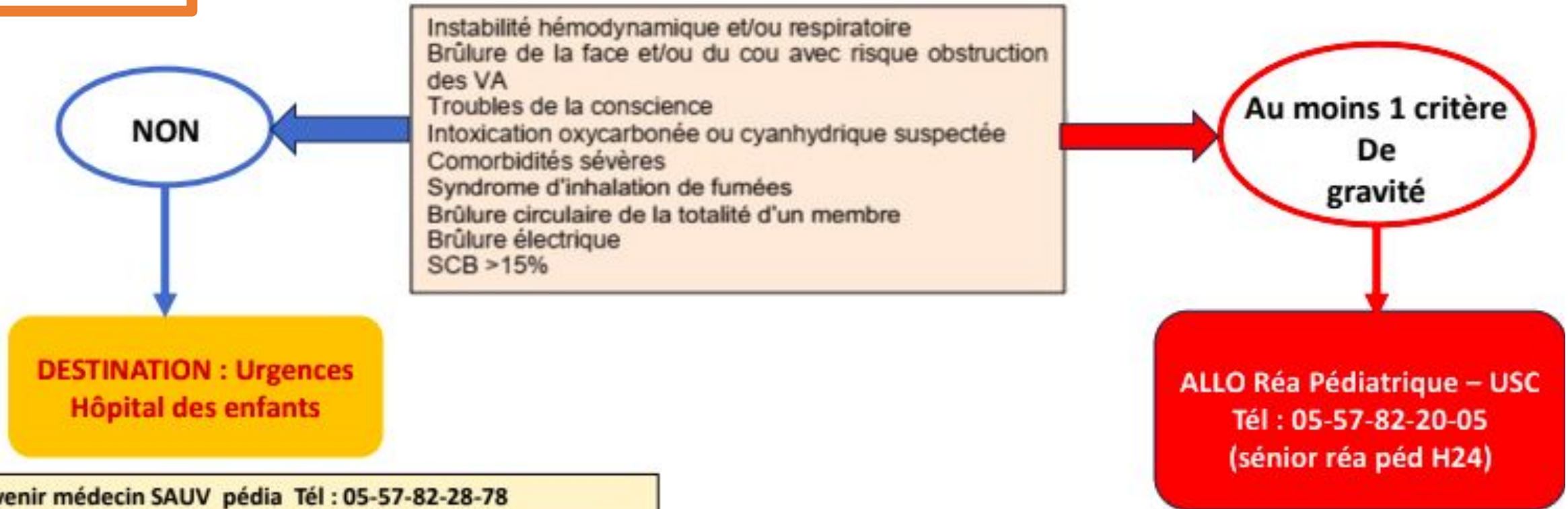
→ VAS, hypovolémie, hypothermie

Brûlure grave = SCB > 10%, nourrisson < 1an

- ABCDE : Remplissage vasculaire, VAS
- Antalgie précoce
- Prévention hypothermie : couverture
- Orientation: prise en charge centre adapté
→ Appel facile au CTBp: Hôpital des enfants Bordeaux



CRITERES ET LIEU D'ACCUEIL DES ENFANTS BRÛLÉS DE MOINS DE 15 ANS



- Prévenir médecin SAUV pédia Tél : 05-57-82-28-78**
si "brûlure inquiétante" (au moins un des critères suivants):
- Patient < 1 an
 - SCB > 5 %
 - Brûlure de la face visage avec atteinte fonctionnelle (œil, oreille) sans risque vital
 - Brûlure OGE / périnée
 - Contexte inhabituel, flou
 - Transport médicalisé

Références

Recommandations SFAR 2019

Protocole prise en charge brûlé pédiatrique CHU Bordeaux

Santé publique France, 2018

European resuscitation council

ANZCOR Guidelines (australie nouvelle zelande)

Plancq MC et al. Ann Chir plast esth 2016

Vaittinada AP et al. Ann Burns and Fire disasters 2019

Singlard Causse E. Urgences 2015

Thombs et al, Annals of surgery, 2008

Dang et al, Journal of Burn, 2021

Harshmann et al, Journal of burn 2019

Djarv et al, Burns, 2022

MERCI POUR VOTRE ATTENTION



EUROPEAN RESUSCITATION COUNCIL

A: VAS étroites, nrs position neutre
obstruction + rapide
→ IOT + difficile

B: Vm élevée, 40% Qc
Capacité résiduelle + faible
→ Désaturation + rapide

C: Vol Circulant 80mL/kg
→Sujet aux pertes hydrique

ACR secondaires → Hypoxiques

Poids

< 1 an FC 80-180
> 1 an FC 60-160



Valeurs normales pour l'âge (ERC)

| AGE | RESP. RATE / min (LOWER - UPPER LIMIT) | HEART RATE / min (LOWER - UPPER LIMIT) | BP Syst mmHg (p5 - p50) | BP MEAN mmHg (p5 - p50) |
|---------|---|---|----------------------------|----------------------------|
| 1 MONTH | 25 - 60 | 110 - 180 | 50 - 75 | 40 - 55 |
| 1 YEAR | 20 - 50 | 100 - 170 | 70 - 95 | 50 - 70 |
| 2 YEAR | 18 - 40 | 90 - 160 | 70 - 95 | 50 - 70 |
| 5 YEAR | 17 - 30 | 70 - 140 | 75 - 100 | 55 - 75 |
| 10 YEAR | 14 - 25 | 60 - 120 | 80 - 110 | 55 - 75 |

$$(\text{kg}) = [\text{\AA}ge \text{ en ann\u00e9es} + 4] * 2$$

Intubation: repères pédiatriques

| Âge | NN | 6m | 1a | 2a | 4a | 8a | 12a |
|--------|-----|-----|-----|-----|----|-----|-----|
| Pds | 3.5 | 7 | 10 | 12 | 16 | 25 | 40 |
| SIT | 3 | 3.5 | 4 | 4.5 | 5 | 6 | 7 |
| Nez | 10 | 12 | 14 | 15 | 17 | 20 | 22 |
| bouche | 9 | 11 | 12 | 13 | 14 | 16 | 18 |
| Lames | 0-1 | 1 | 1-2 | 1-2 | 2 | 2-3 | 3-4 |

Taille SIT = auriculaire de l'enfant

ou $\text{âge}/4 + 3.5$

ou $\text{poids}/10 + 3$

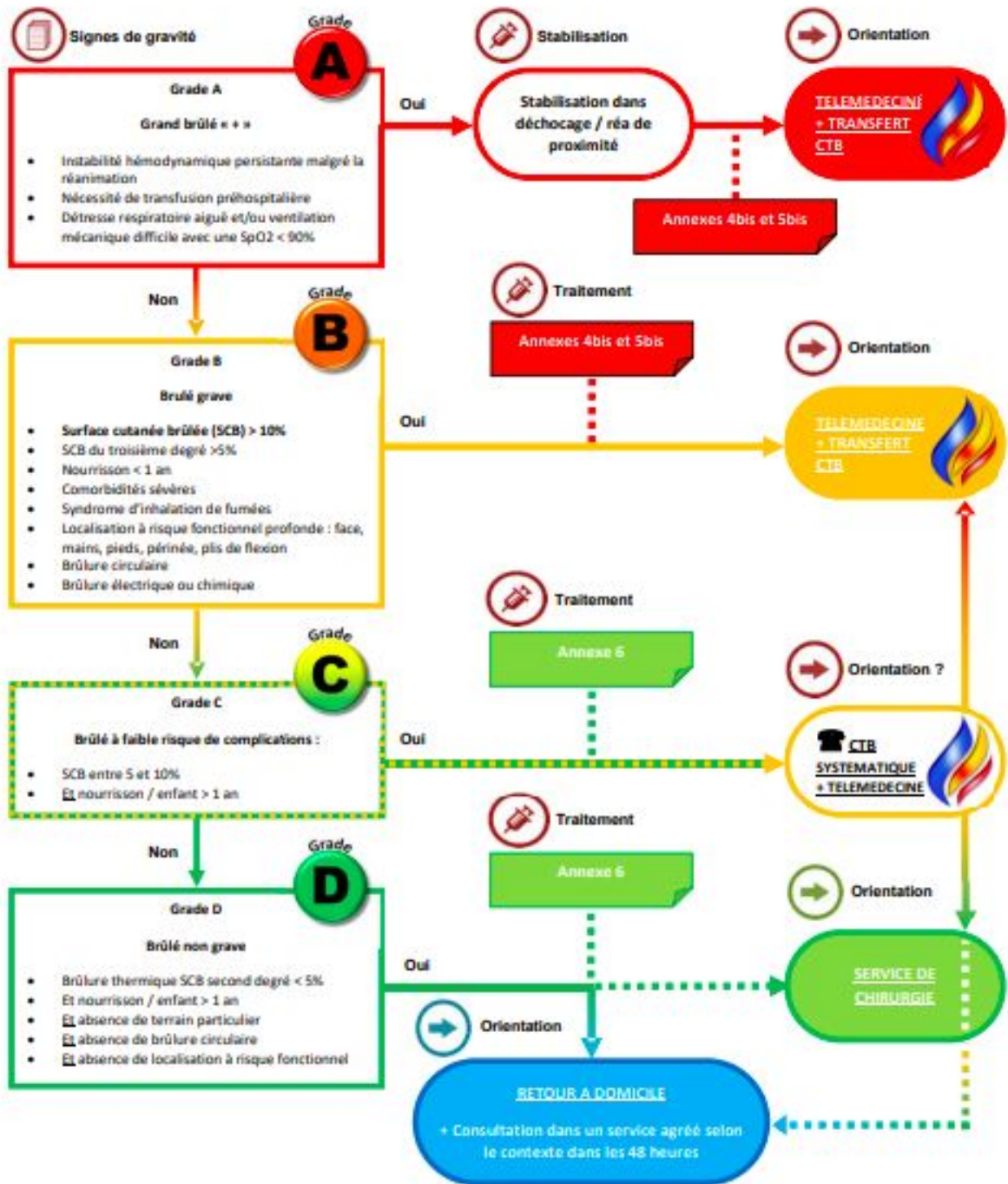
Taille de la lame = distance oreille-bouche de l'enfant

TRAITEMENT LOCAL

- Refroidir les brûlures des patients avec une surface cutanée brûlée < 20% chez l'adulte et < 10% chez l'enfant, et en l'absence d'état de choc.
- Refroidissement externe semble être réalisable sans risque d'hypothermie chez l'enfant pour les brûlures de moins de 15% [BAARTMANS, BURNS 2016; Cox Burns 2015]. La surveillance de la température est indispensable chez les patients brûlés. La limite de surface brûlée au-delà de laquelle la balance bénéfice/risque est en défaveur du refroidissement est mal connue mais les experts proposent 10-15% chez l'enfant et 20-25 % chez l'adulte en l'absence d'état de choc.
- Durée de refroidissement idéal des brûlure thermique inconnue (méta analyse DJARV 2022 Burns. aucune supériorité des > 20min par rapp < 20min sur greffe , profondeur

Traitement local

- couvrir les zones brûlées dès la phase initiale dans l'objectif de limiter l'hypothermie et le risque de contamination microbienne jusqu'à l'obtention d'un avis spécialisé.
- attention à l'effet garrot du bandage
- Les brûlures peuvent être couvertes, dès la phase préhospitalière, par un dispositif stérile : compresses, champs ou pansements-emballages non adhérents. La réalisation de ce type de pansement simple ne doit cependant pas retarder la suite de la prise en charge
- pas de diff du tt local sur la douleur de l'enfant RCT Holbert BMC 2021, pansements hydrogel



Etape A



Contrôle et protection des voies aériennes

- Envisager l'intubation trachéale si :
 - Détresse respiratoire aiguë
 - Brûlure de la totalité du visage ET brûlure très étendue (i.e SCB > 60%)
 - Brûlure de la totalité du visage ET brûlure profonde et circulaire du cou
 - Brûlures de la totalité du visage ET symptômes d'obstruction des voies aériennes débutants ou installés*
 - Transport prolongé
- Si l'indication d'intubation est retenue : INDUCTION EN SEQUENCE RAPIDE
 - Kétamine 2 à 3 mg/kg OU Etomidate 0,2 à 0,3 mg/kg
 - + Succinylcholine 1 mg/kg OU Rocuronium 1,2 mg/kg

**LA SUCCINYLSCHOLINE EST AUTORISÉE DANS LES 48 PREMIÈRES HEURES DE LA BRÛLURE
PAS DE FIBROSCOPIE BRONCHIQUE EN DEHORS D'UNE CENTRE DE TRAITEMENT DES BRÛLÉS**

Etape B



Maintien de la ventilation et de l'oxygénation

- Hors inhalation de fumées :
 - Oxygénothérapie objectif SpO₂ 92 – 96% (ONHD si besoin).
 - Ventilation protectrice FIO₂ objectif SpO₂ 92 – 96%.
- Si inhalation de fumées d'incendie :
 - O₂ 15 l/min au MHC ou ONHD FIO₂ 1 pendant 6 à 12 heures.
 - Ventilation protectrice FIO₂ 1 pendant 6 à 12 heures, puis objectif SpO₂ 92 – 96%.

PAS D'ANTIBIOTHÉRAPIE SYSTÉMATIQUE EN CAS D'INHALATION DE FUMÉES

Etape C



Réanimation liquidienne (cf Annexe 5bis)

- Voie Veineuse Périphérique x 2
- Dispositif IntraOsseux
- Voie Veineuse Centrale
- Perfusion par un soluté **CRISTALLOÏDE BALANCE** (ex : RINGER LACTATE) selon la formule de Parkland Modifiée :
 - 1,5 ml/kg/% SCB de H0 à H8, puis 1,5 ml/kg/% SCB de H8 à H24 + apports de base
 - Si instabilité : Eventuellement 20 ml/kg en bolus +/- Gélatines (HEA contre indiqués)
- Noradrénaline IVSE si instabilité hémodynamique malgré 3 expansions volémiques
 - < 1 an : Si PA moyenne < 45 mmHg
 - > 1 an : Si PA moyenne < 50 mmHg

**UN BRÛLÉ EST STABLE SAUF INTOXICATION AU CYANURE OU POLYTRAUMATISME ASSOCIÉS
UN BRÛLÉ N'EST PAS ANÉMIQUE SAUF HÉMORRAGIE OU HÉMOLYSE ASSOCIÉS**

Etape D



Traitement des intoxications associées et analgésie

- Cyanure : Hydroxocobalamine CYNOKIT[®] (70 mg/kg sans dépasser 5g sur 30 min, renouvelable une fois) en cas de suspicion d'intoxication au cyanure :
 - Majeure : Arrêt cardiaque OU Etat de choc OU Coma, surtout si lactatémie > 10 mmol/l
 - Moyenne : GCS < 13, confusion OU Dyspnée, polypnée OU Stridor, voix rauque, suie dans les VAS
- Monoxyde de Carbone : intérêt du CO-testeur en préhospitalier.
 - Oxygénothérapie normobare 6 à 12 h systématique.
 - Discuter OHB si intoxication sévère, enfant stable, et plateau technique disponible rapidement.

UN BRÛLÉ EST CONSCIENT SAUF INTOXICATION (CO, médicaments) OU TRAUMATISME CRANIEN ASSOCIÉS

Etape E



Protection des zones lésées au SAU

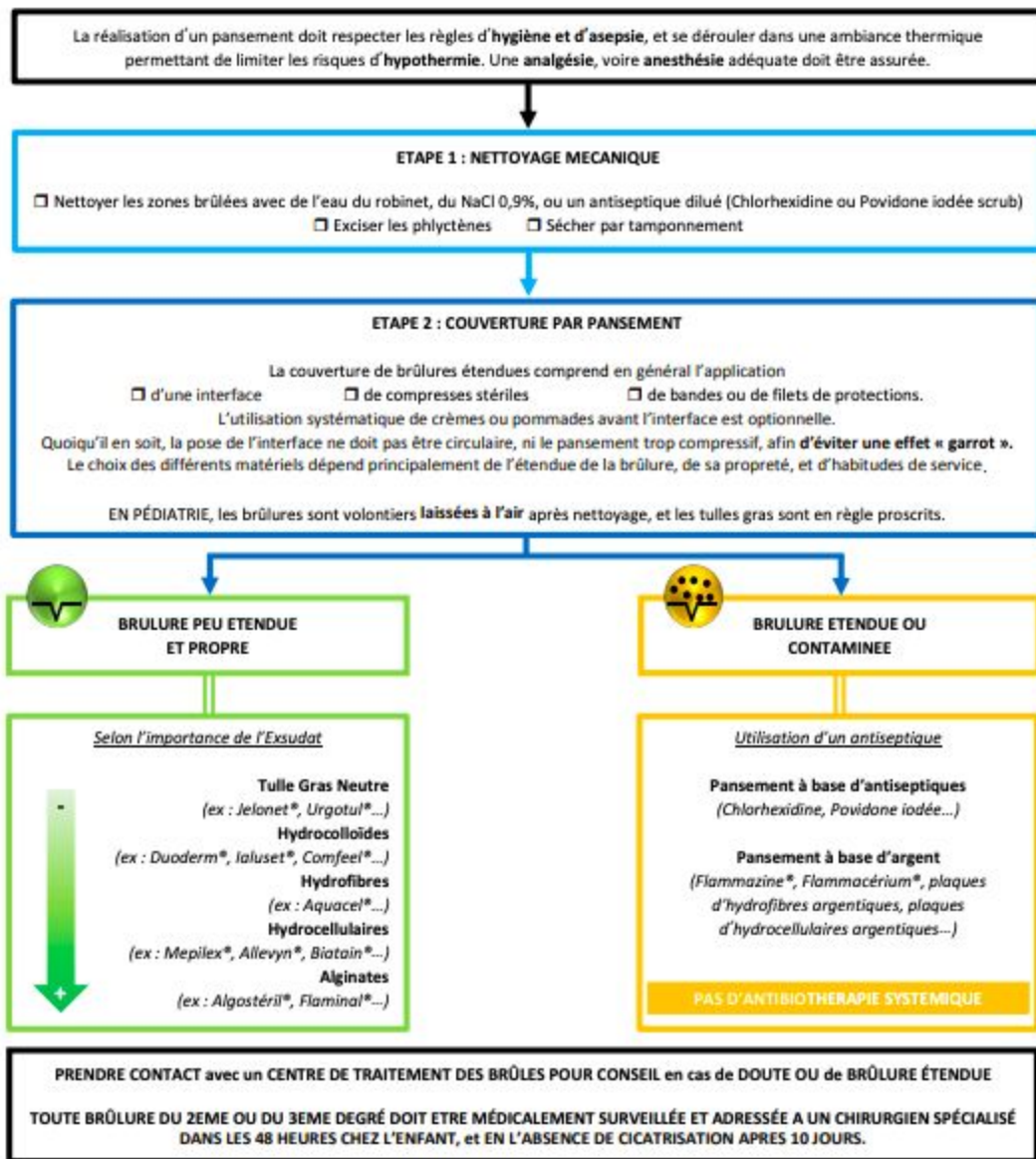
- Refroidissement des zones brûlées si SCB < 10% en l'absence de choc.
- Retrait des bijoux
- Si évacuation rapide vers un CTB : NE PAS FAIRE DE PANSEMENT
 - Brûlure(s) : Emballée(s) dans un/des champ(s) stérile(s) Ne pas exciser les phlyctènes
 - NE PAS RÉALISER D'ESCARROTOMIE Surélever le(s) membre(s) brûlé(s)
 - Brûlé : Position 1/2 assis Réchauffement externe (couverture de survie)
- Si pas d'évacuation rapide possible, ou évacuation longue prévue, ou lésions très souillées : AVIS CTB pour
 - Couverture des brûlures (cf. Annexe 6)
 - Discuter des escarrotomies.
- Sondage urinaire précoce si brûlure des organes génitaux externes
- Quick Test +/- VAT

**NE PAS APPLIQUER DE CREME OU POMMADE sauf si indiqué par le CTB référent
RECHAUFFER ET PREVENIR L'HYPOTHERMIE
PAS D'ANTIBIOPROPHYLAXIE SAUF LÉSION TRÈS SOUILLÉE**

check list traitements

Nutrition entérale ou per os dans les 12h >> NP

pas de thromboprophylaxie



| Age | Besoins caloriques quotidiens | |
|------------------------------------|---|---|
| Adulte : Formule de Toronto | - 4343 + (10,5 x % SCB) + (0,23 x calories ingérées la veille) + (0,84 x dépense énergétique de repos) + (114 x T° corporelle) - (4,5 x nombre de jours post-brûlure) | |
| 3 à 10 ans : Formule de Schofield | Fille : (16,97 x poids kg) + (1,618 x taille cm) + 371,2 | Garçon : (19,6 x poids kg) + (1,033 x taille cm) + 414,9 |
| 10 à 18 ans : Formule de Schofield | Fille : (8,365 x poids kg) + (4,65 x taille cm) + 200 | Garçon : (16,25 x poids kg) + (1,372 x taille cm) + 515,5 |

Annexe 7 : Besoins nutritionnels caloriques quotidiens du brûlé grave à la phase aiguë. La dépense énergétique de repos se calcule à l'aide de la formule de Harris et Benedict. L'apport en vitamines et éléments-traces n'est pas une priorité des premières heures et les doses requises sont disponibles dans les RFE « Nutrition Artificielle en Réanimation » de la SFAR.



J0 : déterision complète des phlyctènes et mise en place Dressilk®



J14 : la lésion est entièrement cicatrisée et imperméable



J2 : Dressilk® sec et adhérent à la brûlure



2 mois post-brûlure : peau souple et re-pigmentation en cours

immersion lait chaud, remerciements M. loot

PRISE EN CHARGE AU CTB Brulures graves

Exposition à l'air avec rampe InfraRouges 24h/24 : abandon des pansements occlusifs avec déterision sous AG toutes les 48h

- Gestion du risque infectieux: milieu sec peu propice au développement des bactéries, douche antiseptique quotidienne, et désinfections pluri-quotidiennes des zones lésées
- Respect des capacités de cicatrisation de l'enfant pour les zones les plus superficielles (2 ème degré superficiel +/- intermédiaire): semble limiter les surfaces greffées
- Limitation des AG et de besoins de compensation des pertes sanguines en lien avec la déterision chirurgicale
- Favorise le clivage des zones plus profondes qui nécessiteront une greffe de peau à partir de J15

CTB suite

En pratique :

Premier soin sous sédation aux urgences ou en réanimation: détersion, lavage, antiseptie

Hospitalisation et exposition sous la rampe 24h/24 • Toilette quotidienne avec Hibiscrub et pulvérisation 4 fois par 24 h avec amukine

Des croûtes épaisses se forment en 72 heures maximum, on les découpe au fur à mesure de leur décollement par les berges de la brûlure

La guérison est complète entre J8 et J15 : consultation à J45

Il reste des zones non guéries à J15 : traitement chirurgical par excision mécanique des croûtes et greffes de peau mince

Soins aux « grands brûlés » • Exposer aux infra-rouges pour réduire au minimum les surfaces à greffer • Greffes de peau mince à partir de J15 en plusieurs fois selon la surface • Prélèvement cuir chevelu puis cuisses/fesses/dos • Pansements itératifs sous anesthésie générale après greffes • Séjour prolongé en SSR spécialisé brûlure pédiatrique (Saint-Jacques Roquetaillade, Gers) : kinésithérapie, orthèses de positionnement, compression par vêtements / masques • Suivi pendant des années, chirurgie des séquelles

ole :



J0 : détersion complète des phlyctènes et mise à l'air



J4 : une croûte sèche protège la brûlure



J5 : début de détersion spontanée des croûtes



J16 : cicatrisation complète

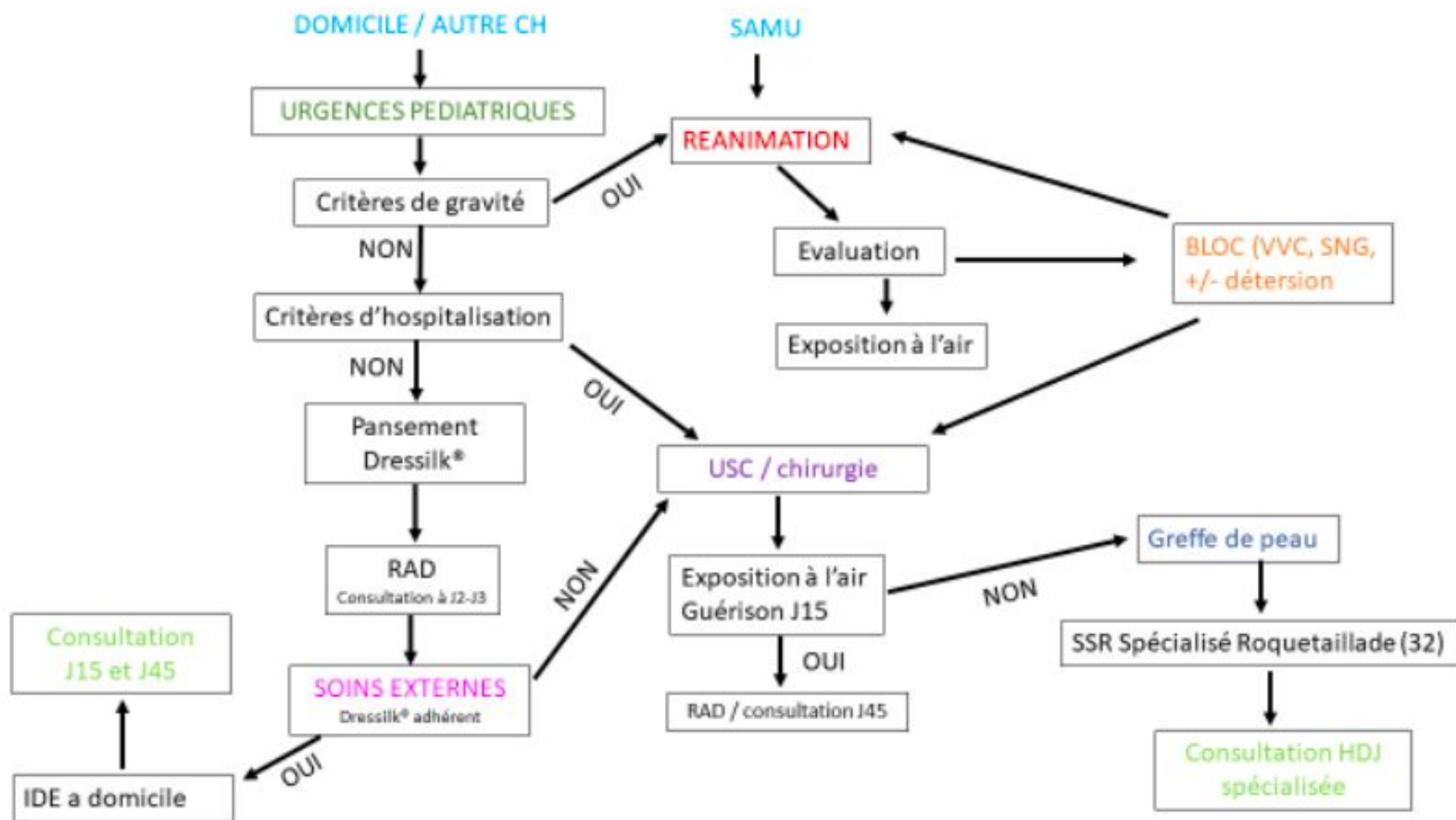


1 mois post-brûlure



4 mois post-brûlure

Parcours de soin de l'enfant brûlé



Les patients doivent être adressés à l'Hôpital des Enfants (pas au CTB Adultes)

Aux urgences pédiatriques pour le traitement primaire via l'interne de chirurgie pédiatrique (06 29 26 38 61)

Aux soins externes de chirurgie pour un contrôle après premier pansement: soins.externes.pedia@chu-bordeaux.fr ou 05 56 79 54 76

Si le pansement primaire est fait hors CHU : choisir idéalement un tulle sans crème après déterision complète des phlyctènes (disposer des pansements spécifiques ?). Permet d'utiliser un pansement sec ou d'exposer à l'air. • Pour les mains : séparer les doigts dans le pansement, mettre une attelle en extension. • Information aux parents : reconsulter en urgence si fièvre/douleur/rougeur de la peau/pansement souillé.

Actualités au CHU de Bordeaux

Changement de lieu de soin: tous les enfants sont soignés à l'Hôpital des Enfants

Changement de mode de prise en charge: type de pansement / exposition à l'air

Pour les « petits brûlés » sans critère d'hospitalisation

- Abandon des pansements « macératifs » type Flammazine® au profit de pansements « secs » type Dressilk®
- Intérêt dans le confort d'utilisation car réfection de pansement sans douleur induite
- Permet un changement de stratégie thérapeutique en cas d'approfondissement de la brûlure à J2

| Formule de Parkland modifiée | Réanimation liquidienne H0 à H24 | Réanimation liquidienne H24 à H48 |
|-----------------------------------|--|--|
| <i>Débit horaire</i> | <ul style="list-style-type: none"> • 3 mL x SCB (en %) x Poids (en kg) : <ul style="list-style-type: none"> - 50 % sur les premières 8 heures - 50% sur les 16 heures suivantes <p style="text-align: center;">+</p> <ul style="list-style-type: none"> • Apports de base, avec débit horaire calculé sur la règle des '4-2-1' : <ul style="list-style-type: none"> - 4 mL/Kg pour les 10 premiers Kg, plus - 2 mL/Kg pour les kilos entre 10 et 20 Kg, plus - 1 mL/Kg pour les kilos > 20 Kg. | <ul style="list-style-type: none"> • 1,5 mL x SCB (en %) x Poids (en kg) : <ul style="list-style-type: none"> - A répartir sur les 24 heures <p style="text-align: center;">+</p> <ul style="list-style-type: none"> • Apports de base, avec débit horaire calculé sur la règle des '4-2-1' : <ul style="list-style-type: none"> - 4 mL/Kg pour les 10 premiers Kg, plus - 2 mL/Kg pour les kilos entre 10 et 20 Kg, plus - 1 mL/Kg pour les kilos > 20 Kg. |
| <i>Solutés à perfuser</i> | <ul style="list-style-type: none"> • Nourrisson (< 1 an) : <ul style="list-style-type: none"> - 50 % : Ringer Lactate - 50% : G5% • Enfant > 1 an : <ul style="list-style-type: none"> - 2/3 : Ringer Lactate - 1/3 : G5% | |
| <i>Surveillance et adaptation</i> | <ul style="list-style-type: none"> • Paramètres hémodynamiques • Diurèse horaire : entre 0,5 et 1,5 mL/Kg/h • Densité urinaire : entre 1010 et 1020 • Natrémie, Glycémie, osmolarité | |

§ Si brûlure électrique : risque de rhabdomyolyse (remplissage et ECG systématiques)

Le retentissement d'une brûlure électrique dépend du voltage.

Voltage bas (< 1 000 volts) : risque cardiovasculaire immédiat

Voltage haut (>1 000 volts) : brûlures sévères, profondes et étendues, d'évolution insidieuse avec dissociation entre la clinique et l'étendue des lésions (risque d'ischémie et de rhabdomyolyse).

§ Si brûlure chimique : lavage prolongé (30 min)

Les brûlures par base sont plus profondes et plus graves que les brûlures par acide.

Les lésions par acide fluorhydrique sont particulières ; elles sont souvent très profondes et exposent au risque d'hypocalcémie.