



Journal Homepage: - www.journalijar.com
**INTERNATIONAL JOURNAL OF
 ADVANCED RESEARCH (IJAR)**

Article DOI: 10.21474/IJAR01/7657
 DOI URL: <http://dx.doi.org/10.21474/IJAR01/7657>



RESEARCH ARTICLE

TENTATIVE D'AUTOLYSE PAR LE FEU : La prise en charge des brûlés à la phase aiguë par un chirurgien plasticien.

Yassamina Ribag¹, Issam Moqfi², Abdelhafid Achbouk², Karim Ababou², Fatima Zahra Fouadi², Adil Ouardi², Karim Elkhatib¹ and Samir Siah².

1. Service de chirurgie plastique et de stomatologie. Hôpital militaire d'instruction Mohamed V. Rabat.
2. Service des brûlés. Hôpital militaire d'instruction Mohamed V. Rabat. Maroc.

Manuscript Info

Manuscript History

Received: 03 July 2018
 Final Accepted: 05 August 2018
 Published: September 2018

Abstract

La tentative de suicide par le feu est dans certains pays une pratique couramment employée afin de mettre fin à ses jours. Des études ont été réalisées sur ce sujet dans de nombreux pays développés et en voie de développement. Cependant, au Maroc, nous n'avons pas de données récentes sur ce sujet.

Au service des brûlés de l'hôpital militaire d'instruction Mohamed V de Rabat, nous avons réalisé une étude rétrospective sur ces brûlés, sur une période s'étalant de 2013 à 2017. Nous avons étudié la prévalence, et les caractéristiques de ces malades ainsi que les principes de leur prise en charge chirurgicale à la phase précoce.

La prise en charge chirurgicale à la phase précoce de ces malades a consisté, selon le cas, en des incisions de décharges, une trachéotomie, une tarsorrhaphie ou encore une excision des tissus nécrotiques.

Copy Right, IJAR, 2018., All rights reserved.

Introduction:-

Le feu est un mode de suicide rare dans la société occidentale. Dans d'autres cultures, le suicide par le feu peut être une démarche religieuse ou culturelle, et récemment, il est devenu un mode de contestation politique.

Il s'agit d'un acte violent, spectaculaire, puissant symboliquement, et ayant un retentissement important [1]. Les moyens utilisés afin de se suicider diffèrent d'un pays à un autre, et d'une culture à une autre. L'immolation par le feu est dans certains pays comme l'Iran [2] ou la Tunisie [3] un moyen très fréquemment employé pour tenter de mettre fin à ses jours, contrairement aux pays occidentaux dans lesquels elle reste une exception. En effet, l'incidence des tentatives de suicide par immolation atteint jusqu'à 40 % dans certaines régions d'Iran [2], tandis qu'en Suisse elle est de 5,8 %.

Au Maroc il n'y a pas de chiffres officiels mais selon un journal électronique marocain 29 cas d'autoimmolation par le feu ont été rapportés entre 2011 et 2016.

Ce mode suicidaire, existant depuis l'antiquité, sous-entend des perturbations psychiatriques et des facteurs de risque. Les brûlures qui en découlent sont souvent étendues et menacent le pronostic vital. Les soins engagés pour le traitement de ces patients par les équipes médicales et para-médicales sont souvent complexes et responsables d'un coût conséquent.

Corresponding Author:- Yassamina Ribag.

Address: service de chirurgie plastique et de stomatologie. Hôpital militaire d'instruction de Rabat. Maroc.

L'objectif de cette étude rétrospective est d'étudier la prévalence des patients immolés, leur profil, les substances utilisées, les caractéristiques des brûlures, ainsi que les principes de prise en charge chirurgicale à la phase précoce.

Materiels Et Methodes:

Nous avons réalisé une étude rétrospective descriptive sur étude des dossiers médicaux des patients admis au centre des brûlés de l'hôpital militaire d'instruction Mohamed V de Rabat pour tentative d'autolyse par le feu entre janvier 2013 et décembre 2017.

Nous avons étudié la prévalence, et les caractéristiques des patients entrant en hospitalisation pour ce motif. Les caractéristiques étudiées étaient l'âge, le sexe, les antécédents psychiatriques, la consommation de drogues, les substances utilisées, la surface cutanée totale brûlée, la profondeur des brûlures et les principes de la prise en charge chirurgicale à la phase aigue par le plasticien

Dès son admission, le brûlé est pris en charge par l'équipe médicale et paramédicale du service.

Les réanimateurs s'occupent de stabiliser l'état hémodynamique du brûlé et de calmer ces douleurs.

Le rôle du plasticien démarre par:

L'interrogatoire qui précise: L'âge du brûlé, son sexe, ses habitudes toxiques, ses antécédents médicaux, chirurgicaux et surtout psychiatriques et si antécédents de tentative de suicide.

Il détermine aussi les circonstances de la tentative de suicide à commencer par les motivations du geste (sociales, économiques ou encore politiques...), ses modalités (le lieu clos ou extérieur)

La consommation de drogues et ou d'alcool, l'utilisation d'un accélérateur.

Le malade est ensuite déshabillé.

Des prélèvements bactériologiques sont effectués sur toute la surface cutanée et au niveau des orifices naturels.

Il est ensuite dirigé vers la baignoire ou il est lavé et les phlyctènes sont percées.

Les photographies sont prises.

Le brûlé est ensuite examiné de la tête aux pieds et la gravité des brûlures est évaluée

Elle repose sur l'analyse de la profondeur des brûlures, la surface corporelle brûlée et les scores pronostics et si inhalation de fumée. Le chirurgien cherche aussi les signes de compression des organes profonds quand les brûlures touchent, le cou, les membres ou le tronc et peut indiquer la chirurgie en urgence selon le cas du brûlé : la trachéotomie, la tarsorrhaphie dans le cas de brûlures profondes des paupières (après un examen ophtalmologique), les incisions de décharge dans le cas de peau brûlée cartonnée et inextensible.

Ensuite vient l'étape du pansement occlusif qui est effectué à base de topiques antibactériens en crème.

Le pansement est changé tous les jours au début puis tous les deux jours ensuite.

Les brûlures seront réévaluées lors des pansements et l'indication d'une cicatrisation dirigée ou d'une excision greffe sera posée en fonction de la profondeur des brûlures et de leur évolution spontanée.

Resultats:-

Entre janvier 2013 et Décembre 2017, 802 patients ont été hospitalisé dans notre service pour brûlure. 09 patients ont été admis pour tentative de suicide par le feu, représentant environ 1,12 % de la population hospitalisée dans le service des brûlés de l'hôpital militaire de Rabat.

L'âge moyen était de 38,4 ans allant de 19 ans à 69 ans. La majorité était des hommes, six hommes (66,66 %) pour 3 femmes (33,33%). Des antécédents psychiatriques ont été retrouvés chez sept patients (77,77%) avec majoritairement des troubles dépressifs représentant 85,7% des antécédents psychiatrique. L'autre trouble psychiatrique retrouvé était une schizophrénie chez un patient (14,3%). Deux de nos patients étaient alcooliques (22,22%). Les produits inflammables utilisés le plus fréquemment étaient l'essence chez 6 patients (66,66%), l'alcool à brûler chez 2 patients (22,22%) et le white spirit chez un patient (11,11%). Le pourcentage de décès chez ces patients était de 22,22% (2 patients).



Fig 1:-brulée suite à une tentative d'autolyse

La surface cutanée totale brulée moyenne était de 38,3 % allant de 6 à 85%, les brûlures étaient pour la plupart des brûlures de deuxième degré profond et de troisième degré. Les zones brûlées étaient la face et le cou (8 cas), les membres supérieurs (8 cas), les membres inférieurs (9 cas) et le tronc (6 cas).



Fig 2 et 3:-la gravité des brûlures secondaire à une tentative d'autolyse.

Une prise en charge chirurgicale à la phase précoce a été réalisée chez 77,77% de nos patients (7 patients sur 9) et a consisté en des incisions de décharge chez 4 patients, une trachéotomie chez 3 patients dont 1 est décédé dans les premières vingt-quatre heures après son admission, une excision des tissus nécrotiques chez 2 patients et une tarsorrhaphie de protection chez un seul malade.



Fig 4:-main brûlée nécessitant des incisions de décharges

Discussion:-

De nombreuses études ont été réalisées ces dernières années sur les tentatives de suicide par le feu. Elles cherchent le plus souvent à objectiver les caractéristiques de population cible sujette à cette pathologie, par des recueils le plus souvent rétrospectifs. Les plus gros effectifs proviennent des publications irakiennes, iraniennes et indiennes où les immolations représentent jusqu'à 25,4 % des patients brûlés [4, 5] et 40,3 % des causes de suicides [6]. Ces études

sont difficilement comparables aux données occidentales où les situations socio-économiques et culturelles sont éminemment différentes.

Dans notre centre, les patients autoimmolés par le feu représentent 1,12 % des patients hospitalisés. Les données de la littérature européenne et américaine oscillent, elles, entre 0,7 et 6 % des admissions [7, 8, 9,10]. Néanmoins, les effectifs retrouvés dépassent rarement les 90 patients en Europe et des données épidémiologiques restent très disparates. Seul le travail américain de Thombs basé sur le « National Burn Repository of the American Burn Association » a permis d'inclure près de 600 patients par un recrutement multicentrique [7].

Le sex-ratio de 2 en faveur des hommes dans notre série est comparable à la plupart des séries européennes qui ont également constaté une prépondérance des hommes soulignant une tendance masculine à des méthodes violentes [11, 12, 13]. Les tentatives de suicide par le feu touchent dans notre étude des adultes d'âge moyen de 38,4 ans. Thombs a même montré lors de son étude multicentrique, une différence significative de la mortalité par tranches d'âge en fonction du mode de suicide. Lors de l'utilisation du feu comme mode, la mortalité est élevée pour la population de 30 à 59 ans puis baisse fortement, à l'inverse des autres modes d'autolyses. D'autres auteurs ont rapporté que la plupart des patients après une tentative de suicide ou un suicide par le feu avaient des antécédents de maladies psychiatriques [14, 8, 12] qui pouvaient atteindre 100 % dans certaines séries. Dans notre centre, nous avons retrouvé 77,77 % d'antécédents de maladie psychiatrique avec une majorité (85,7 %) d'antécédents d'épisodes dépressifs. Ces données sont comparables aux nombreux travaux réalisés sur le suicide qui retrouvent un trouble dépressif chez 70 à 90 % des suicidés [15, 16, 17]. L'autre trouble psychiatrique retrouvé était une schizophrénie chez un patient (14,3%). La présence d'alcoolisme chronique est retrouvée chez 22,22% de nos patients.

Il a été difficile de recueillir l'ensemble des facteurs de risque et les résultats de l'évaluation psychiatrique à partir des dossiers patients. En effet, si la partie somatique est parfaitement retranscrite, il n'en est pas de même pour le volet psychiatrique, qui ne bénéficie pas dans ces dossiers de « volet spécialisé ». Quand l'évaluation était retrouvée, celle-ci ne mettait pas toujours en évidence les facteurs de risque à rechercher.

Un accélérateur de feu, généralement de l'essence ou de l'alcool, a été utilisé dans la plupart des cas, en concordance avec les données de la littérature [7, 9, 18]. Le fluide utilisé varie en fonction des pays : en Europe, l'accélérateur le plus utilisé est l'essence [12], alors que c'est le kérosène dans les pays asiatiques [19] et les pays africains [20].

La surface corporelle totale (SCT) moyenne atteinte dans notre travail est élevée (38,3 %), en concordance avec les données de la littérature [10].

Globalement on peut séparer la population en deux groupes distincts, de gravité différente. Le premier groupe englobe les brûlures de moins de 40 %, ne mettant pas en jeu le pronostic vital. Pour ces patients, il est impossible de savoir si l'intentionnalité du geste est plus faible ou s'il s'agit d'un véritable suicide « raté » avec un déterminisme fort, nécessitant une surveillance psychiatrique rapprochée. Le deuxième groupe correspond aux patients dont la SCT est de plus de 50 %, mettant en jeu le pronostic vital. Dans les séries autopsiques, la SCT moyenne est située dans ce groupe avec une moyenne de 80 % [21].

Dans une étude récente Finlandaise de 811 patients, la SCT moyenne atteinte était significativement plus élevée chez ceux ayant fait une tentative de suicide par le feu que pour ceux brûlés accidentellement (45 % versus 17 % respectivement ; $p < 0,001$) [10]. Une autre étude iraquienne retrouve ce résultat (61 % versus 20 % respectivement ; $p < 0,0001$) [22].

Les brûlures sont d'emblée profondes, correspondant à du 3ème degré et nécessitant des incisions de décharge. Les lésions de brûlures sont significativement plus profondes après un acte volontaire qu'accidentel [22]. L'atteinte topographique typique est la partie antérieure et haute du corps (thorax, abdomen, cou, partie proximale des membres) avec une atteinte inconstante des mains, et un respect des organes génitaux et de la plante des pieds [14, 8, 13]. L'utilisation d'un accélérateur participe à cette topographie : les patients s'aspergeant le plus souvent toute la partie antérieure du corps [23].

le taux de mortalité moyen retrouvé pour les patients après lésions auto infligées dans notre centre des brûlés est de 22,22%. C'est plus faible que la mortalité relevée dans certaines études iraniennes (62,3 %) [24] ou indiennes (

90 %) [13] où la gravité initiale plus importante des brûlures et le manque de moyens médicaux peuvent expliquer cette différence. A l'inverse, certaines équipes américaines arrivent à des taux de 12 à 14 % de mortalité [25], soulignant le caractère beaucoup plus interventionniste de certains centres.

Un traitement chirurgical a été réalisé pour la grande majorité des patients. L'attitude du service semble plus interventionniste que certaines équipes qui retrouvent autour de 55 % de patients opérés, contre 77,77% dans notre série [26]. Néanmoins est inclus dans ces études l'ensemble de l'effectif de patients brûlés avec une SCT brûlée moyenne moins importante que la nôtre. Le bénéfice d'une chirurgie précoce pour les brûlures profondes a fait l'objet de plusieurs travaux, et une méta-analyse récente confirme la diminution de la durée de séjour, la diminution des épisodes infectieux, et une réduction de mortalité pour les patients exempts de lésion d'inhalation [27]. Cette chirurgie précoce vise à accélérer les séquences classiques de la cicatrisation. La guérison intervient plus rapidement sans prolifération du tissu de granulation qui favorise les rétractions cicatricielles et donc des conséquences fonctionnelles moindres.

Conclusion:-

Le suicide par le feu est un mode d'autolyse rare dans notre pays. Mais frappe particulièrement les consciences par son caractère exceptionnel et sa violence.

La prise en charge des patients brûlés, que ce soit après blessures auto-infligées ou accidentelles est complexe, soulignant l'intérêt d'une prise en charge globale multidisciplinaire. Les moyens humains, techniques et financiers engagés dans le traitement de ces malades sont conséquents.

La population identifiée comme à risque de faire une tentative de suicide ou un suicide par le feu sous-tend un profil psychiatrique pathologique dans la majorité des cas. Ainsi, les antécédents psychiatriques, et les conduites addictives, sont des critères pour le choix de ce mode autolytique. L'évaluation psychiatrique précoce doit faire partie intégrante de la prise en charge de ces patients afin d'évaluer le profil psychopathologique, adapter les thérapeutiques et organiser le suivi. Elle devrait s'étendre à l'ensemble de la population gravement brûlée, les réactions pathologiques liées au stress et à la douleur pouvant provoquer des états psychiques pathologiques et altérer le processus de réhabilitation.

La mortalité après lésion auto-infligée par le feu reste élevée. Des progrès thérapeutiques considérables dans la prise en charge des victimes de brûlures ont été faits récemment, permettant une amélioration de la survie des malades. Le caractère interventionniste du geste chirurgical est primordial et la cicatrisation doit être le plus rapidement possible obtenue quelle que soit l'étiologie. Si le caractère intentionnel des lésions ne devrait pas être un frein moral à l'utilisation de certains traitements coûteux mais qui ont montré leur efficacité, les impératifs éthiques imposés par la société peuvent parfois l'être. Certaines décisions envers le patient peuvent avoir des répercussions sur d'autres, provoquant des tensions entre les principes éthiques que sont la bienfaisance, l'autonomie et la justice.

Références:-

1. Thombs B.D., and Bresnick M.G.: Mortality risk and length of stay associated with self-inflicted burn injury: evidence from a national sample of 30,382 adult patients. *Crit Care Med* 2008; 36: pp. 118-125
2. Mohammadi A.A., Tohidinik H.R., Zardosht M., and Jafari S.M.S.: Self-burns in fars province, southern Iran. *World J Plast Surg* 2016; 5: pp. 32-36
3. Ben Khelil M., Zgarni A., Ben Mohamed M., Allouche M., Benzarti A., Banasr A., et al: A comparison of suicidal behavior by burns five years before and five years after the 2011 Tunisian revolution. *Burns* 2017; 43: pp. 858-865
4. Rezaie L, Khazaie H, Soleimani A, Schwebel DC. Is self-immolation a distinct method for suicide? A comparison of Iranian patients attempting suicide by self-immolation and by poisoning. *Burns*. 2011;37(1):159-63. Epub 2010/08/17.
5. Alaghebandan R, Lari AR, Joghataei MT, Islami A, Motavalian A. A prospective population-based study of suicidal behavior by burns in the province of Ilam, Iran. *Burns*.2011;37(1):164-9. Epub 2010/07/17.
6. Ahmadi A, Mohammadi R, Schwebel DC, Khazaie H, Yeganeh N, Almasi A. Demographic risk factors of self-immolation: a case-control study. *Burns*. 2009;35(4):580-6. Epub 2009/03/07.

7. Thombs BD, Bresnick MG, Magyar-Russell G. Who attempts suicide by burning? An analysis of age patterns of mortality by self-inflicted burning in the United States. *Gen Hosp Psychiatry*. 2007;29(3):244-50. Epub 2007/05/09.
8. Castellani G, Beghini D, Barisoni D, Marigo M. Suicide attempted by burning: a 10-year study of self-immolation deaths. *Burns*. 1995;21(8):607-9. Epub 1995/12/01.
9. Titscher A, Lumenta DB, Belke V, Kamolz LP, Frey M. A new diagnostic tool for the classification of patients with self-inflicted burns (SIB): the SIB-Typology and its implications for clinical practice. *Burns*. 2009;35(5):733-7. Epub 2009/03/24.
10. Palmu R, Isometsa E, Suominen K, Vuola J, Leppavuori A, Lonnqvist J. Self-inflicted burns: an eight year retrospective study in Finland. *Burns*. 2004;30(5):443-7. Epub 2004/07/01.
11. Fanton L, Jdeed K, Tilhet-Coartet S, Malicier D. Criminal burning. *Forensic science international*. 2006;158(2-3):87-93. Epub 2005/06/29.
12. Rothschild MA, Raatschen HJ, Schneider V. Suicide by self-immolation in Berlin from 1990 to 2000. *Forensic science international*. 2001;124(2-3):163-6. Epub 2002/01/17.
13. Laloe V. Patterns of deliberate self-burning in various parts of the world. A review. *Burns*. 2004;30(3):207-15. Epub 2004/04/15.
14. Cave Bondi G, Cipolloni L, Parroni E, Cecchi R. A review of suicides by burning in Rome between 1947-1997 examined by the Pathology Department of the Institute of Forensic Medicine, University of Rome 'La Sapienza'. *Burns*. 2001;27(3):227-31. Epub 2001/04/20.
15. Rihmer Z. Strategies of suicide prevention: focus on health care. *J Affect Disord*. 1996;39(2):83-91. Epub 1996/07/08.
16. Harris EC, Barraclough B. Suicide as an outcome for mental disorders. A meta-analysis. *Br J Psychiatry*. 1997;170:205-28. Epub 1997/03/01.
17. Isometsa E, Henriksson M, Lonnqvist J. Depression and suicide. *Annals of medicine*. 1995;27(2):145-6. Epub 1995/04/01.
18. Malic CC, Karoo RO, Austin O, Phipps A. Burns inflicted by self or by others--an 11 year snapshot. *Burns*. 2007;33(1):92-7. Epub 2006/10/31.
19. Ben Park BC. Sociopolitical contexts of self-immolations in Vietnam and South Korea. *Archives of suicide research : official journal of the International Academy for Suicide Research*. 2004;8(1):81-97. Epub 2005/07/12.
20. Mzezewa S, Jonsson K, Aberg M, Salemark L. A prospective study of suicidal burns admitted to the Harare burns unit. *Burns*. 2000;26(5):460-4. Epub 2000/05/17.
21. Makhlof F, Alvarez JC, de la Grandmaison GL. Suicidal and criminal immolations: an 18-year study and review of the literature. *Leg Med (Tokyo)*. 2011;13(2):98-102. Epub 2011/01/05.
22. Al-Zacko SM. Self-inflicted burns in Mosul: a cross-sectional study. *Annals of burns and fire disasters*. 2012;25(3):121-5. Epub 2013/03/08
23. Quille J. Le suicide par le feu. Etude de cas medico-legaux et du centre des brulés de Lille. *revue de la littérature*. [Thèse de médecine]2002.
24. Zarghami M, Khalilian A. Deliberate self-burning in Mazandaran, Iran. *Burns*. 2002;28(2):115-9. Epub 2002/03/20.
25. Antonowicz JL, Taylor LH, Showalter PE, Farrell KJ, Berg S. Profiles and treatment of attempted suicide by self-immolation. *Gen Hosp Psychiatry*. 1997;19(1):51-5. Epub 1997/01/01.
26. Wibbenmeyer LA, Amelon MJ, Morgan LJ, Robinson BK, Chang PX, Lewis R, 2nd, et al. Predicting survival in an elderly burn patient population. *Burns*. 2001;27(6):583-90. Epub 2001/08/30.
27. Ong YS, Samuel M, Song C. Meta-analysis of early excision of burns. *Burns*. 2006;32(2):145-50. Epub 2006/01/18.