

©Design Pics/Photomostop

Suture d'une plaie cutanée superficielle

Des étapes à respecter pour une cicatrisation optimale

RÉSUMÉ

● Chez les patients qui ont une plaie cutanée traumatique, une suture est souvent utile pour obtenir une cicatrice esthétiquement et fonctionnellement satisfaisante, limiter les risques d'infection et parfois arrêter un saignement. Quand la réparation de la plaie par suture par points séparés simples est décidée, quels sont les principes de son exécution ? Nous avons réalisé une synthèse des données disponibles selon la méthode habituelle de *Prescrire*.

● Une anesthésie locale est souvent utile pour limiter la douleur liée au geste. Elle est généralement effectuée par injection sous-cutanée de *lidocaïne*.

● Un lavage soigneux de la plaie, de préférence à l'eau courante, réduit les risques d'infection et aide à bien inspecter la lésion. Dans les zones pileuses, l'application de vaseline permet d'écartier les poils ou les cheveux. Le rasage est à éviter car il augmente le risque d'infection.

● Le choix du diamètre du fil de suture à utiliser est surtout fonction de la localisation de la plaie et de l'âge du patient.

● La technique de suture cutanée par points séparés simples est la plus aisée à pratiquer. Après chaque point, le fil est noué puis sectionné.

● La vaccination antitétanique est à mettre à jour si nécessaire. Les situations justifiant une antibiothérapie sont rares.

● Des conseils de surveillance de la plaie sont à donner au patient ou à son entourage afin de déceler une infection, en incitant à consulter en cas de doute. L'ablation des points est à prévoir après un délai de 3 à 21 jours, selon la localisation de la plaie.

Rev Prescrire 2019 ; 39 (427) : 355-362

Une plaie cutanée est une effraction de la barrière cutanée secondaire à un traumatisme ou réalisée au cours d'un acte diagnostique ou thérapeutique (plaie chirurgicale). Une plaie cutanée superficielle ne dépasse pas le tissu graisseux sous-cutané, et ne comporte ni perte de substance importante ni lésion des structures sous-jacentes : tendons, os, nerfs, articulations, gros vaisseaux sanguins (1).

Les soins d'une plaie cutanée superficielle visent à arrêter un saignement, limiter les risques d'infec-

tion, raccourcir la durée de cicatrisation et procurer une cicatrisation esthétiquement et fonctionnellement satisfaisante (2,4). Un rapprochement des berges de la plaie est justifié quand elles ne sont pas bien accolées, quand les tissus sous-cutanés sont exposés, ou quand persiste un saignement (2,3,5).

Plusieurs techniques de rapprochement des berges de la plaie sont disponibles : suture par fil ou par agrafes, application de colle cutanée ou pose de bandelettes adhésives. Le choix entre les différentes techniques tient compte des caractéristiques de la plaie, mais aussi des préférences de chaque patient, des compétences des praticiens et du matériel dont ils disposent (lire "Fermeture d'une plaie cutanée sans suture", p. 373-374). Généralement, la suture par fil est préférée quand la plaie est superficielle, d'une longueur supérieure à 5 cm, ou exposée à l'humidité, à des mouvements, ou dans des zones soumises à des tensions, comme celles situées sur la face convexe d'une articulation (3).

Quand la situation clinique conduit un praticien de premier recours à réaliser la suture d'une plaie cutanée superficielle récente liée à un traumatisme, quels sont les principes de son exécution ? Nous décrivons ici la technique de rapprochement des berges d'une plaie par points séparés simples au moyen de fil non résorbable (a).

Les propositions qui suivent proviennent de recommandations de guides de pratique clinique qui reposent surtout sur des données d'observation et des avis de praticiens expérimentés, en l'absence de donnée comparative de bon niveau de preuves. Elles sont, pour la plupart, consensuelles.

Nous n'abordons pas ici l'exploration d'éventuelles lésions autres que cutanées (3,6).

Entretien avec le patient

L'entretien avec le patient précise le moment et le mode de survenue du traumatisme ayant entraîné la plaie. Il vise aussi à recueillir des informations médicales utiles : existence de diabète, d'artériopathie ou d'immunodépression qui augmentent le risque d'infection et de retard de cicatrisation ; existence de maladie de la coagulation ; traitements en cours ; antécédents d'allergie au latex, aux adhésifs, aux anesthésiques locaux ou aux antibiotiques (2). La vaccination antitétanique est toujours à vérifier et à mettre à jour si besoin. En cas de morsure par un animal, le risque de rage est aussi à évaluer (2,4,7).

Afin d'effectuer l'ensemble de l'intervention dans de bonnes conditions, il convient d'expliquer au patient le déroulement du soin, et d'obtenir son consentement et sa coopération.

Le nettoyage, le parage et l'exploration de la plaie ainsi que la suture par points séparés sont des gestes douloureux (1). La douleur est notamment fonction du nombre de points à réaliser et de la localisation de la plaie. Dans certains cas, il est décidé avec le patient de suturer sans anesthésie :

par exemple quand il s'agit d'une plaie de petite taille d'une zone peu sensible telle que le cuir chevelu, ne justifiant que 1 à 3 points séparés. Quand une anesthésie locale est estimée nécessaire, elle est généralement effectuée par injection de *lidocaïne* associée ou non avec de l'*adrénaline* dans les berges de la plaie (lire l'encadré "Anesthésie locale par infiltration de lidocaïne" page 359).

Quand s'il s'agit d'un enfant, il est préférable de prévoir la présence d'un assistant ou d'un membre de sa famille et de proposer une distraction (vidéo ou autre) ou des techniques de relaxation (5). Pour des enfants âgés de moins de 3 mois, la succion d'une tétine sucrée semble diminuer la douleur ressentie lors de gestes potentiellement douloureux (4). En présence d'un soignant formé à son utilisation, un mélange équimolaire *protoxyde d'azote* + *oxygène* administré au moyen d'un masque facial ou nasal procure une analgésie de courte durée au prix d'effets indésirables neuropsychiques et de troubles digestifs fréquents (8).

Nettoyer la plaie et l'inspecter soigneusement

Un lavage à l'eau et au savon des mains et des poignets du soignant, aux ongles courts et non vernis et sans bijou est un préalable à tout soin. Y associer une friction avec une solution hydro-alcoolique complète l'asepsie (4,9,10). Le port de gants protège les mains du soignant d'une éventuelle contamination. Selon plusieurs essais randomisés, le port de gants non stériles ne modifie pas le risque d'infection de la plaie par rapport au port de gants stériles et suffit généralement pour les sutures des plaies récentes simples (5,10,11).

Lavage abondant à l'eau. Un lavage abondant de la plaie et de la peau autour de la plaie avant la suture vise à prévenir l'infection en évacuant les éventuelles souillures, et à permettre une vision claire de la plaie nécessaire à son exploration. Si elle est visiblement souillée, un savonnage de la peau autour de la plaie est une option.

Le lavage est réalisé en utilisant de l'eau du robinet dans les régions où celle-ci est de bonne qualité, ou du sérum physiologique ou de l'eau stérile, en enlevant doucement les corps étrangers visibles à la pince ou à la brosse stérile (2,5,6,12). Le liquide de lavage est employé par ruissellement plutôt que par immersion. Utiliser une seringue de 30 ml à 60 ml dont l'orifice est maintenu à 2 cm de la peau permet d'obtenir une pression suffisante pour évacuer le maximum de souillures sans traumatiser

.....
a- En France, seuls les médecins sont autorisés à effectuer une réparation cutanée par suture. Une cotation spécifique est prévue par l'assurance maladie pour le parage et suture d'une plaie effectuée par un médecin libéral. L'ablation du matériel de réparation cutanée est autorisée aux infirmiers sur prescription médicale (réf. 22,23).

les tissus. Pour nettoyer les plaies profondes, y adjoindre un cathéter est parfois utile. La quantité d'eau à prévoir est proportionnelle au risque d'infection et à la longueur de la plaie, en moyenne de 50 ml à 100 ml par centimètre de plaie, voire plus en cas de plaie par morsure. **Quand cela est possible, maintenir la plaie sous l'eau courante d'un robinet ouvert ou d'une douche est une option qui favorise un lavage abondant.** Utiliser de l'eau tiède semble plus confortable pour le patient (1,2,4à6).

Au besoin, un **parage** de la plaie, c'est-à-dire l'excision des tissus contus ou nécrosés, suit le lavage. Le parage est généralement inutile pour une plaie superficielle nette (1,2,4).

Une **pression** appuyée des berges de la plaie à travers une compresse jusqu'à 10 à 15 minutes si nécessaire est généralement suffisante pour arrêter un saignement (2,6).

Dans les zones pileuses, l'application de **vaseline** permet d'écartier les poils ou les cheveux. Le rasage augmente le risque d'infection, il est donc à éviter. Il est préférable, si nécessaire, de couper ou de tondre poils ou cheveux, à l'exception des sourcils qui risquent de repousser de façon irrégulière (2,4,6).

Pas d'antiseptique systématique. L'utilisation d'antiseptique, tel que la *povidone iodée* ou l'*eau oxygénée*, n'a pas de bénéfice prouvé pour diminuer les infections des plaies franches vues précocement sans souillure particulière. **Au contraire, elle risque de retarder la cicatrisation par toxicité sur les fibroblastes.** Quand un antiseptique semble justifié par l'intensité d'une souillure et du risque infectieux, la *chlorhexidine* en solution aqueuse à 0,05 % est le premier choix (2,4,13).

Parfois ne pas suturer. En cas de plaie très superficielle comme une abrasion ou une lacération qui ne touche que l'épiderme, ou de plaie par morsure sans préjudice esthétique, effectuer une suture n'est pas toujours nécessaire et majore le risque de cicatrice inesthétique. Des soins d'hygiène associés à une éventuelle protection de la peau par un pansement sont alors le meilleur choix (3,4,14). Il en est de même des déchirures cutanées peu étendues chez les patients à peau fragile, notamment certaines personnes âgées, dénutries ou les nourrissons (15).

Dans certaines situations, une **fermeture immédiate de la plaie** majore le risque d'infection : plaies très contaminées ; plaies pour lesquelles un lavage correct n'a pas été possible ; plaies infectées ; plaies par morsure d'une main ou un pied. Il est classiquement préconisé de ne pas suturer d'emblée des plaies prises en charge plus de 12 à 18 heures après le traumatisme pour des plaies du corps et plus de 24 heures après le traumatisme pour des plaies du visage pour lesquelles le risque d'infection est plus faible. Cependant, il n'y a pas d'association démontrée entre le délai de fermeture et le risque d'infection (2à5).

Quand une suture n'est pas effectuée d'emblée, elle est à envisager dans les jours qui suivent le lavage et le parage, s'il n'apparaît pas de signe d'infection locale (4,5,7).

Adresser certains patients à un service spécialisé. Le **transfert d'un patient vers un service spécialisé** après confection d'un pansement simple est justifié en cas de : plaie avec des lésions extra-cutanées (nerf, tendon, gros vaisseau, articulation, os, cartilage) ou pour laquelle il n'est pas possible d'exclure une lésion extra-cutanée ; plaie par morsure quand il s'agit d'une plaie punctiforme profonde (morsure de chat, par exemple) ; plaie de la main laissant visibles des structures sous-jacentes ; plaie du bord de la paupière ou du bord libre des lèvres ; plaie avec perte de substance importante ; plaie sévère par contusion ; plaie par arme à feu ou éclat d'obus ou de mine ; plaie par injection de liquide sous pression. C'est aussi le cas lorsqu'il reste des corps étrangers non extirpables, quand une exploration totale est impossible ou laisse un doute, en cas d'hémorragie persistante, et quand il existe un risque de mauvais résultat esthétique, en particulier pour certaines plaies du visage (2,4,6).

La nécessité d'une anesthésie autre que locale justifie aussi le transfert du patient vers un lieu de soins adapté (4,16).

Avant la suture

Avant de réaliser la suture, il convient de rassembler le matériel nécessaire, en particulier choisir un fil adapté à la localisation de la plaie et au patient (b).

Préparer le matériel. Le matériel minimal requis pour effectuer une suture comprend :

- des gants **non** stériles ;
- un porte-aiguille stérile ;
- une pince à griffes stérile ;
- une paire de ciseaux stérile ;
- des compresses stériles (1,14).

Par ailleurs, sont aussi parfois utiles :

- du matériel de pansement ;
- des bandelettes adhésives ;
- une seringue et une aiguille stériles pour l'anesthésie locale (1,14).

L'utilisation d'un champ troué stérile à placer sur la plaie évite le contact du fil avec **des zones non stériles** (1,14). Un bon éclairage, par une lampe d'examen ou une lampe frontale, est indispensable pour visualiser correctement le champ opératoire.

Choisir le fil selon le patient et la zone anatomique. Dans la majorité des cas de plaies simples, le fil utilisé pour les sutures cutanées est un fil non

b- Des kits à usage unique sont commercialisés pour la suture cutanée. Ils contiennent un porte-aiguille, une pince à griffes, et soit une paire de ciseaux, soit une lame de bistouri, soit un scalpel. Selon les kits, il y a en plus : un champ troué stérile ; des compresses ; des tampons alcoolisés. Il existe aussi des kits pour l'ablation des sutures composés généralement d'une paire de ciseaux ou d'une lame coupe-fil, d'une pince, de compresses ou de tampons alcoolisés.

résorbable en nylon ou en polypropylène, présenté sous la forme d'un fil serti à une aiguille courbe (c) (3,14). Le diamètre du fil est souvent exprimé en nombre dit **USP** (de l'anglais US Pharmacopoeia) de 1-0 à 10-0. Plus le nombre USP est élevé, plus le fil est fin, et moins il est résistant. Le meilleur résultat esthétique est obtenu avec le fil le plus fin possible, à choisir en fonction de l'épaisseur de la peau et de la tension sur les berges de la plaie (2,4,14).

Un fil de diamètre 3-0 à 5-0 convient aux membres et au cuir chevelu. Pour les plaies de la face et plus particulièrement des paupières ou des lèvres, un fil 5-0 à 6-0 est adapté (2,4). Quand les berges de la plaie sont soumises à une tension importante (tronc, face convexe des articulations), un fil 3-0 ou 4-0 est préféré. Chez les enfants, un fil fin est en général choisi (2,4,14). Dans les zones pileuses, un fil de couleur est plus facilement repéré au moment de la suture et lors de l'ablation (2).

Effectuer la suture

La suture vise à réduire les tensions qui écartent les berges de la plaie, et à obtenir le meilleur alignement possible des berges (14).

La technique de rapprochement des berges par points séparés simples a l'avantage d'être de réalisation aisée tout en procurant un bon accolement des tissus. Avec cette technique, le fil est noué et sectionné après chaque point. En cas de chute prématurée d'un point, les points restants maintiennent cet accolement. L'ablation des points séparés est aisée et habituellement indolore (d)(5,14).

Étape 1 : positionner le patient. Le patient est allongé en prévention d'une syncope d'origine vagale. Le praticien s'installe de façon à être à une hauteur appropriée (14). Quand des instruments ont été utilisés pour le nettoyage et le parage d'une plaie contaminée, il convient de les remplacer (14). S'il a été décidé d'employer un champ stérile troué, celui-ci est installé à cette étape.

Étape 2 : prendre l'aiguille avec le porte-aiguille. Le porte-aiguille est saisi dans la main dominante, l'index appliqué sur le côté au niveau de la charnière ce qui permet de stabiliser le porte-aiguille (1,14). L'aiguille est bloquée dans les mâchoires du porte-aiguille verrouillé, à environ un tiers de sa longueur à partir de la jonction avec le fil, de préférence avec une orientation de la pointe de l'aiguille s'éloignant de l'opérateur (voir le schéma A page 361). L'extrémité du fil est enroulée autour de l'auriculaire de l'opérateur (14).

Étape 3 : points en 1 temps ou en 2 temps, avec éversion des berges. La suture est débutée au centre de la plaie ou, dans les cas de plaie très irrégulière, aux endroits stratégiques, et les points suivants sont ensuite répartis symétriquement jusqu'aux extrémités de la plaie (2). L'aiguille est fichée dans la berge de la plaie selon un angle

d'environ 90° avec la surface de la peau (2,3). La distance entre le bord de la plaie et le point d'entrée de l'aiguille ainsi que la profondeur du point sont environ de l'épaisseur du derme (3,14).

Afin d'éviter que les tensions sur les tissus n'entraînent une dépression des berges de la plaie et la formation d'une cicatrice inesthétique, il importe d'effectuer une **éversion des berges**, c'est-à-dire de les tourner vers l'extérieur afin qu'elles fassent saillie en dehors, avant de les piquer avec l'aiguille (2,14). Pour réaliser cette éversion, différentes techniques sont possibles, notamment : au moment de piquer l'aiguille, soulever et écarter les berges de la plaie avec une pince à griffe saisie avec la main non dominante ; incliner l'aiguille obliquement par rapport à la peau de telle façon que le point contienne plus de tissu à la profondeur qu'à la superficie (voir les schémas B et C page 361). Une autre façon de faire est d'imprimer une pression sur les berges de la plaie à l'aide du pouce et de l'index de la main non dominante mais cette technique est particulièrement à risque de piqûre des doigts du soignant avec l'aiguille. Elle est donc à éviter (14).

L'opérateur effectue une rotation du poignet de façon à ce que l'aiguille et le fil suivent un mouvement correspondant à la courbe de l'aiguille (2,5,14).

Le point peut être réalisé en 1 temps ou en 2 temps. Soit les deux berges de la plaie sont piquées en un seul mouvement. L'aiguille est alors saisie à l'aide du porte-aiguille lorsqu'elle émerge de la surface de la berge opposée à celle de son point d'entrée (14). Soit l'aiguille est piquée dans la première berge, saisie à l'aide du porte-aiguille à sa sortie dans la plaie, puis un deuxième mouvement est effectué pour piquer l'aiguille sous l'autre berge (14). Dans les deux cas, afin de bien aligner les berges de la plaie, il importe que le trajet de l'aiguille soit le même dans les deux berges avec le même angle, à la même profondeur par rapport à la peau, et que les orifices d'entrée et de sortie soient symétriques par rapport à la plaie sur une ligne virtuelle perpendiculaire à la plaie (voir le schéma D page 361). Tout décalage entre les deux berges de la plaie est à éviter car il est cause de cicatrice inesthétique (3,5,14).

Étape 4 : nouer le fil. Une fois les deux berges traversées, l'aiguille et le fil sont tirés de façon que reste, au niveau de l'orifice d'entrée, une longueur de fil libre suffisante pour effectuer les nœuds (1,14). Le premier nœud est réalisé en enroulant le fil qui suit l'aiguille 2 fois autour du porte-aiguille (voir le schéma E page 361). L'extrémité du fil libre est

c- Il existe du fil résorbable, qui se dégrade spontanément sans nécessité de retirer les points. Il est utilisé pour la suture des plans profonds. Son évaluation pour la suture des plans superficiels ne permet pas en 2019 de recommander son utilisation dans cette situation (réf. 3).

d- De nombreuses vidéos disponibles en ligne décrivent de façon didactique la suture cutanée et l'ablation des points, par exemple : <https://www.youtube.com/watch?v=pGEJEUZFIEk&feature=youtu.be>.

Anesthésie locale par infiltration de lidocaïne avant petite chirurgie cutanée

Avant un geste douloureux comme la suture d'une plaie cutanée, l'anesthésie locale est le plus souvent effectuée par infiltration de *lidocaïne* à 1 % (10 mg/ml) ou à 2 % (20 mg/ml) (a)(1à3).

Infiltration lente avec une aiguille fine. Les injections semblent moins douloureuses quand elles sont effectuées dans la plaie. En cas de plaie contaminée, elles sont effectuées de préférence dans la peau saine autour de la plaie (1,4). Une petite quantité de solution de *lidocaïne* est injectée dans le tissu sous-cutané par pression lente sur le piston de la seringue dans le même temps que l'aiguille est très progressivement poussée plus avant ou retirée. Une aspiration avant chaque injection ne semble pas nécessaire en dehors des cas où l'anesthésie est effectuée à proximité d'un vaisseau de gros calibre (1). L'injection suivante est à réaliser dans une zone anesthésiée par la précédente injection, et ainsi de suite jusqu'à anesthésie totale de la zone (1). Afin de constater l'apparition de l'effet anesthésique, la sensibilité est testée avec le patient en piquant la peau des berges de la plaie avec la pointe de l'aiguille utilisée pour l'anesthésie ou avec la pointe des ciseaux (1).

Certaines pratiques semblent diminuer la douleur : réchauffer la solution entre les mains ; utiliser des aiguilles fines (25 à 30 gauge) et des seringues de petite taille (1 ml à 6 ml) ; injecter le produit lentement et avec un angle de 90° par rapport à la surface de la peau (1,4,5). Il est aussi parfois proposé de pulvériser de la solution de *lidocaïne* directement sur la plaie ou de laisser en contact une compresse imprégnée de *lidocaïne* une dizaine de minutes préalablement à l'injection mais on ne dispose pas d'évaluation comparative de cette technique (1).

Effets indésirables surtout dose-dépendants. Les effets indésirables systémiques de la *lidocaïne* sont rares. Ils surviennent surtout en cas d'injection intravasculaire ou à doses élevées : convulsions, vasodilatations, hypotensions artérielles et bradycardies, dépressions respiratoires allant parfois jusqu'au coma ou l'arrêt cardiaque. Les accidents allergiques sont rares (2). Il importe d'être vigilant dans certaines situations où le risque de toxicité systémique est augmenté : enfants âgés de moins de 1 an ; patients très âgés ; insuffisance cardiaque ; état de choc ; hypoventilation ; patients traités par bêtabloquant (6).

Pour l'anesthésie locale par infiltration, il est prudent de ne pas dépasser 3 mg/kg à 4 mg/kg de *lidocaïne*, soit une dose maximale totale de 200 mg à 300 mg pour un adulte

de 75 kg (20 ml à 30 ml de solution à 1 %). Pour les enfants, la plus faible dose efficace est à utiliser, généralement sans dépasser 3 mg/kg. La dose est à réduire pour les enfants âgés de moins de 2 ans (2,3,7).

Savoir éviter l'adrénaline. Certaines spécialités associent la *lidocaïne* avec l'*adrénaline* (alias *épinéphrine*) à 5 microg/ml. Du fait de ses propriétés vasoconstrictrices, l'*adrénaline* diminue le saignement, prolonge l'effet anesthésiant de la *lidocaïne* et diminue son absorption générale (1,8).

Mais l'*adrénaline* expose à des effets indésirables à type de dyspnée, anxiété, palpitations, vertiges, céphalées, refroidissement des extrémités, tachycardies, hypertensions artérielles (8). En raison d'un risque d'ischémie, l'injection d'*adrénaline* est à éviter dans les extrémités (doigts, orteils, nez, lobe de l'oreille, pénis, scrotum), et chez les patients qui ont une artériopathie (8). Elle est aussi à éviter chez les enfants en dessous de l'âge de 12 ans en raison du risque de toxicité systémique.

©Prescrire

a- L'anesthésie locale par application d'un topique anesthésiant est utilisée dans certains pays. En France, l'association sous forme de crème lidocaïne + prilocaïne n'est autorisée que pour l'anesthésie de la peau saine, de la muqueuse génitale ou des ulcères de jambe (réf. 9).

1- Hsu DC et coll. "Subcutaneous infiltration of local anesthetics" UpToDate. Site www.uptodate.com consulté le 15 novembre 2018 : 19 pages.

2- "Lidocaine". In "Martindale The complete drug reference" The Pharmaceutical Press, London. Site www.medicinescomplete.com consulté le 15 novembre 2018 : 28 pages.

3- Société française de médecine d'urgence "Plaies aiguës en structure d'urgence. Référentiel de bonnes pratiques" 2017 : 32 pages.

4- Sanders JE "Pediatric wound care and management in the emergency department" *Pediatr Emerg Med Pract* 2017 ; **14** (10) : 1-24.

5- Lambert C et Goldman RD "Pain management for children needing laceration repair" *Can Fam Phys* 2018 ; **64** : 900-902.

6- Freysz M et coll. "Pratique des anesthésies locales et locorégionales par des médecins non spécialisés en anesthésie-réanimation, dans le cadre des urgences" *Ann Fr Anesth Reanim* 2004 ; **23** (2) : 167-176.

7- "Lidocaine hydrochloride". In "BNF for children" The Pharmaceutical Press, London. Site www.medicinescomplete.com consulté le 5 février 2019 : 8 pages.

8- "Adrenaline". In "Martindale The complete drug reference" The Pharmaceutical Press, London. Site www.medicinescomplete.com consulté le 15 novembre 2018 : 14 pages.

9- ANSM "RCP-Emla" 17 janvier 2017 : 12 pages.

ensuite pincée dans les mâchoires du porte-aiguille. Le nœud est alors serré par traction progressive sur les 2 extrémités du fil tenu perpendiculairement à la plaie, de telle façon que les berges soient bien accolées, mais sans tension excessive afin d'éviter une nécrose (voir le schéma F page 361). Il importe d'effectuer au moins 3 nœuds pour assurer la solidité du point. Une tension excessive est décelée par un blanchiment de la peau (4,14).

Le nœud est positionné en regard de la peau sur un des bords de la plaie et non en regard de la plaie elle-même. Les nœuds suivants sont effectués de la même façon en alternant le sens de l'enroulement

du fil sur le porte-aiguille pour augmenter la solidité (1). Lorsque le point semble suffisamment solide, les 2 extrémités du fil sont coupées. Laisser une longueur de fil d'environ 7 mm à 10 mm après le nœud évite son dénouement spontané et facilite l'ablation ultérieure des fils (1,2,14).

Les points suivants sont effectués symétriquement de part et d'autre du premier point. La distance entre chaque point dépend du degré de tension des tissus, de la localisation de la plaie et du degré de précision voulu. Elle est choisie de façon à ce que les berges soient accolées sur toute leur longueur (14). En général, la distance entre chaque point est environ

égale à la distance entre le point d'entrée de l'aiguille et le bord de la plaie. Les points dans les zones de grande tension ou lors de suture d'une plaie de la face sont en général plus rapprochés. Par exemple la distance entre 2 points pour la suture d'une plaie de la face est de 1 mm à 3 mm. Un point mal réalisé est à ôter et à remplacer (14).

Cas particulier des plaies formant un angle.

Dans le cas où la plaie forme un lambeau en triangle, il est préférable de commencer la suture par un point au niveau de la pointe de l'angle (1,4,14). L'aiguille est fichée en regard de la pointe de l'angle sur la berge de la plaie opposée au lambeau, et est ressortie dans le lambeau maintenu par la pince, sur un des côtés de l'angle. L'aiguille est immédiatement fichée dans le lambeau sur le côté adjacent de l'angle et ressortie sur la berge opposée. Le nœud est alors effectué comme précédemment (1,4,14).

Après la suture : pas de soin particulier mais surveiller l'évolution de la plaie

Une fois la suture effectuée, des conseils d'hygiène et de surveillance sont à fournir au patient. Après suture d'une plaie, **une infection survient dans 2 % à 5 % des cas** (5).

Pas d'antibiotique systématique. Le plus souvent, une antibiothérapie systématique n'est pas justifiée, même pour les plaies des mains traditionnellement considérées comme plus à risque d'infection. Seules certaines situations motivent, au cas par cas, une antibiothérapie préventive. Il s'agit, par exemple, des plaies très souillées ou impossibles à nettoyer de façon satisfaisante, des plaies chez des patients particulièrement à risque infectieux, des plaies nettoyées plus de 24 heures après le traumatisme, et des plaies par morsure en dehors des plaies très superficielles (4,5).

Une application d'antibiotique local n'accélère pas la cicatrisation et expose à la sélection de bactéries résistantes : elle est à écarter (4,17).

Nettoyer quotidiennement à l'eau, surveiller la survenue d'une infection. L'application d'un pansement sec pendant 24 à 48 heures semble raisonnable s'il existe un risque de souillure ou d'accrochage (2,5,18). Il est souvent recommandé **d'attendre 24 heures avant de mouiller la plaie, et de préférer les douches aux bains.** Cependant, quelques études suggèrent qu'un lavage dès 8 heures après la suture n'augmente pas le risque d'infection. Un lavage doux quotidien à l'eau est approprié (4,5,18).

Malgré l'absence de donnée solide d'évaluation de cette mesure, il est habituellement conseillé aux patients d'éviter l'exposition solaire et de protéger la cicatrice par un écran à fort indice de protection solaire dans l'année qui suit, tant que la cicatrice est rose, afin d'éviter une hyperpigmentation (4,5).

Pas de consultation de contrôle systématique.

Une consultation de contrôle dans les jours suivant la suture n'est pas justifiée dans la plupart des cas. Il est préférable de proposer de revoir les patients après 24 heures quand la plaie est due à une morsure, et entre 48 et 72 heures quand la plaie était très contaminée (3,4).

Signes d'alerte. Il importe d'informer de l'importance de consulter de nouveau en cas de trouble évoquant une infection :

- fièvre,
- œdème ou rougeur autour de la plaie,
- douleur importante,
- odeur nauséabonde,
- crépitement,
- écoulement de pus ou de sang (3,4).

Retrait des points de suture

L'ablation des fils de suture est effectuée par un médecin ou par un infirmier sur prescription médicale (a,d).

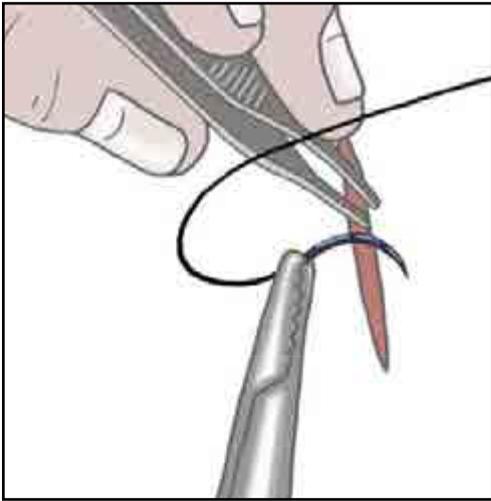
Délai pour l'ablation des points : selon la localisation de la plaie.

Le délai avant l'ablation des points dépend de la localisation de la plaie et des tensions exercées. Il est généralement prévu d'enlever les points après environ **3 jours pour les paupières, 5 jours pour le reste de la face, environ 10 à 14 jours pour le cuir chevelu, 7 à 14 jours pour le tronc, les bras, les jambes, 14 à 21 jours pour les paumes des mains et les plantes des pieds** (2à5). Des fils de suture restés en place pendant plus de 14 jours laissent souvent des marques pigmentées (19). Une option est de retirer les points de façon précoce et de poser des bandelettes adhésives (4).

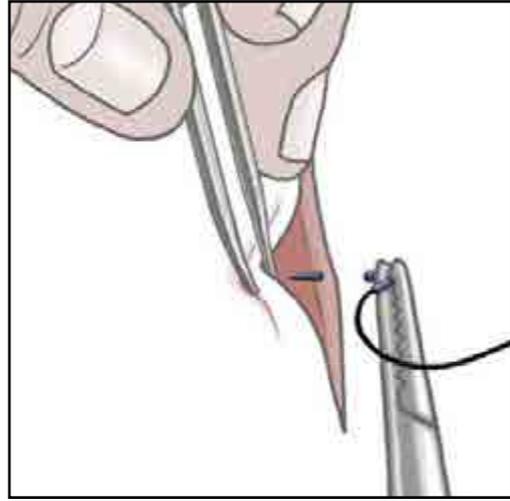
Évaluer la cicatrisation. Un examen de la plaie suturée précède l'ablation des points de suture. Quand les berges de la plaie ne paraissent pas solidement accolées, il est choisi, soit de reporter l'ablation de quelques jours, soit de ne retirer que les points situés là où les berges de la plaie sont accolées et de revoir le patient quelques jours plus tard pour l'ablation des points restants (19). Le retrait des points est en général quasiment indolore (19). Chez les enfants, un anesthésique en application cutanée placé 1 heure avant le geste est une option (19).

Enlever des fils. Le matériel pour l'ablation des fils comporte une pince mousse, des ciseaux ou un bistouri, des bandelettes adhésives, des compresses (19,20). Comme avant tout soin, le lavage des mains à l'eau et au savon ou l'utilisation d'un gel hydro-alcoolique est indispensable (13). Le port de gants n'est utile que pour la protection du soignant (10). La *chlorhexidine* aqueuse est l'antiseptique de choix pour nettoyer la cicatrice et la peau qui l'entoure (21). La cicatrice est nettoyée en premier, [suite page 362] ►►

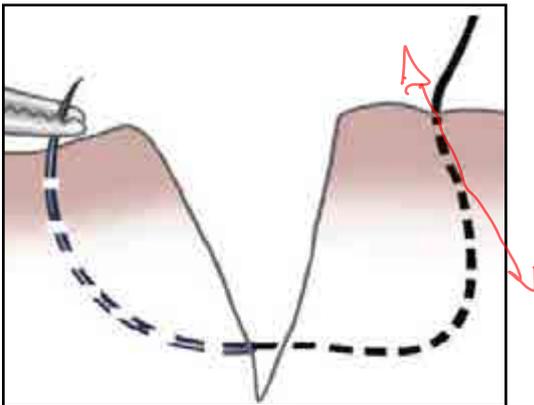
Schéma : Suture d'une plaie superficielle simple



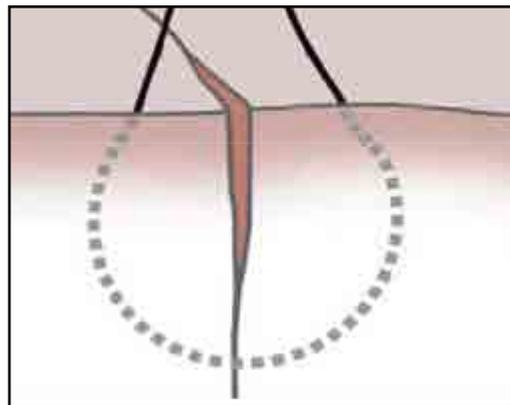
A



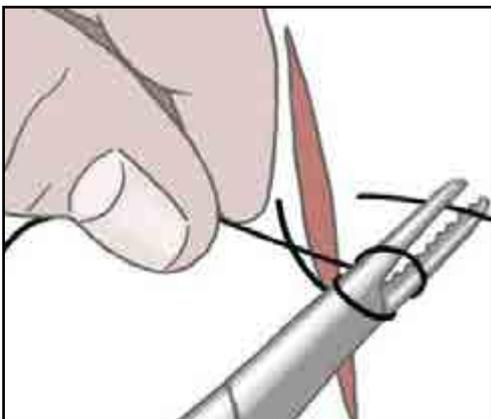
B



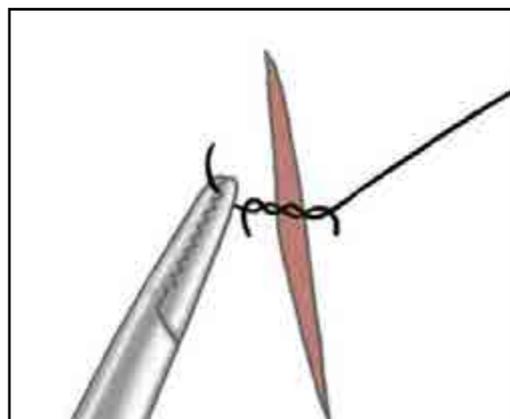
C



D



E



F

► [suite de la page 360] puis la peau alentour avec un mouvement vers l'extérieur. Une autre option est de nettoyer d'abord la peau autour de la cicatrice, puis la cicatrice avec une autre compresse (19).

La pince tenue dans la main non dominante saisit l'une des extrémités du nœud et tire délicatement pour le décoller de la peau (20). La pointe des ciseaux, la lame du bistouri ou du coupe-fil tenu dans la main dominante est glissée sous le fil et le coupe au ras de la peau afin qu'aucune partie du fil située à l'extérieur ne pénètre dans la peau au moment du retrait du fil. D'un mouvement continu et doux, le fil est tiré à l'aide de la pince sur le nœud, puis déposé à proximité (19).

Lors de ces manipulations, il importe de ne pas blesser la peau, et de ne pas couper le fil en 2 points, ce qui rendrait impossible le retrait de la partie du fil située en profondeur (19,20).

Après l'ablation de tous les points, si une réouverture des berges de la plaie est constatée, il est préférable d'appliquer des bandelettes adhésives, à garder quelques jours de plus (19).

Un pansement simple est à appliquer quand la cicatrice est en contact avec les vêtements (19).

**Synthèse élaborée collectivement
par la Rédaction
sans aucun conflit d'intérêts
©Prescrire**

Noms commerciaux des médicaments en France **F**, Belgique **B** et Suisse **CH**

chlorhexidine aqueuse 0,05 % – **F** CHLORHEXIDINE AQUEUSE COLORÉE STERILE GILBERT° ou autre ; **B CH** HIBIDIL° ou autre

lidocaïne injectable – **F B** XYLOCAINE° ou autre ; **CH** XYLESINE° ou autre

lidocaïne + adrénaline 5 microg/ml (alias **épinéphrine**) – **F** XYLOCAINE ADRENALINE° ou autre ; **B** XYLOCAINE ADRENALINE° ; **CH** LIDOCAINE EPINEPHRINE STREULI°

lidocaïne + prilocaïne crème – **F CH** EMLA° ou autre ; **B** EMLA°

povidone iodée – **F CH** BETADINE° ou autre ; **B** ISO-BETADINE° ou autre

protoxyde d'azote + oxygène mélange équimolaire – **F B CH** KALINOX° ou autre

vaccin tétanique – **F B CH** (seulement en association)

Recherche documentaire et méthode d'élaboration

Nous avons recherché les synthèses méthodiques et les guides de pratique clinique qui ont rapporté et évalué les techniques de suture des plaies cutanées superficielles. Cette recherche documentaire a reposé sur le suivi mis en œuvre au centre de documentation *Prescrire*. Par ailleurs, pour la dernière fois le 4 février 2019, nous avons interrogé les bases de données BML, Cinhal, Embase (2003-semaine 3 de 2019), Medline (1996-semaine 2 de janvier 2019), Nosobase, The Cochrane Library (CDSR : 2018, issue 5) et nous avons interrogé les sites : AHRQ, Ameli, Cadth, Cismef, cmA Infobase, Europharmat, HAS, Inhata, OCP, New Zealand guidelines group, NHS, NICE, Omedit, OCP, RCN, RNAO. Les références bibliographiques des articles ainsi recensés ont elles-mêmes été explorées.

Les procédures d'élaboration de cette synthèse ont suivi les méthodes habituelles de *Prescrire*, notamment : vérification de la sélection des documents et de leur analyse, relecture externe, contrôles de qualité multiples.

1- Médecins sans frontières "Medical and minor surgical procedures. Traitement d'une plaie simple" Clinical guidelines. Site medical guidelines.msf.org consulté le 15 novembre 2018 : 10 pages.

2- Forsch RT "Essentials of skin laceration repair" *Am Fam Physician* 2008 ; **78** (8) : 945-951.

3- de Lemos D et coll. "Closure of minor skin wounds with sutures" UpToDate. Site www.uptodate.com consulté le 15 novembre 2018 : 25 pages.

4- Société française de médecine d'urgence "Plaies aiguës en structure d'urgence. Référentiel de bonnes pratiques" 2017 : 32 pages.

5- Sanders JE et Pade KH "Pediatric wound care and management in the emergency department" *Pediatr Emerg Med Pract* 2017 ; **14** (10 suppl.) : 1-24.

6- Brancato JC et coll. "Minor wound preparation and irrigation" UpToDate. Site www.uptodate.com consulté le 15 novembre 2018 : 13 pages.

7- *Prescrire* Rédaction "Prévenir les infections liées aux morsures de chien et de chat. Évaluer la profondeur de la plaie, le risque infectieux, sans oublier rage et tétanos" *Rev Prescrire* 2011 ; **31** (329) : 194-199.

8- *Prescrire* Rédaction "Mélanges équimolaires N₂O + O₂ : arrivée en ville, pour usage professionnel" *Rev Prescrire* 2010 ; **30** (320) : 419-420.

9- *Prescrire* Rédaction "Mains des soignants : zéro bijou et ongles courts" *Rev Prescrire* 2013 ; **33** (362) : 945.

10- Haute autorité de santé "Hygiène et prévention du risque infectieux en cabinet médical ou paramédical" 2007 : 275 pages.

11- *Prescrire* Rédaction "Sutures courantes : pas besoin de gants stériles" *Rev Prescrire* 2007 ; **27** (281) : 214-215.

12- *Prescrire* Rédaction "Lavage des plaies à l'eau du robinet" *Rev Prescrire* 2014 ; **34** (364) : 129.

13- *Prescrire* Rédaction "Nettoyage des petites plaies cutanées superficielles" *Rev Prescrire* 2011 ; **31** (334) : 594-596.

14- Lammers RL "Methods of wound closure". In : Roberts and Hedges "Clinical procedures in emergency medicine" 5th ed, Saunders Elsevier, Philadelphia 2010 : 592-633.

15- Stephen-Haynes J et coll. "The prevention and management of skin tears and lacerations" Worcester Health and Care Clinical guidelines Avril 2014 : 22 pages.

16- Hsu DC et coll. "Subcutaneous infiltration of local anesthetics" UpToDate. Site www.uptodate.com consulté le 15 novembre 2018 : 19 pages.

17- *Prescrire* Rédaction "Impétigo. Mesures d'hygiène et souvent mupirocine cutanée" *Rev Prescrire* 2018 ; **38** (412) : 115-121.

18- *Prescrire* Rédaction "Sutures cutanées simples" *Rev Prescrire* 2008 ; **28** (292) : 126-127.

19- Griffin Perry A et coll. "Removing sutures and staples," "Wound care and irrigations". In : "Clinical nursing skills and techniques" 8th ed., Elsevier Mosby, Saint-Louis, Missouri, 2014, 930-935.

20- Équipe enseignante de l'IFSI du centre hospitalier de Roubaix "Ablation de sutures" Module soins infirmiers : 41 pages.

21- *Prescrire* Rédaction "Antisepsie cutanée. Chlorhexidine aqueuse pour la petite chirurgie" *Rev Prescrire* 2018 ; **38** (415) : 377.

22- Code de la santé publique "Article R4311-7". Site legifrance.gouv.fr consulté le 15 novembre 2018.

23- "Classification commune des actes médicaux". Site www.ameli.fr consulté le 22 janvier 2019.