

Sutures en médecine générale

par le Dr Bruno VERSTRAETE*

* Médecin généraliste
6900 Aye
bruno.verstraete@uclouvain.be

«Allo Docteur, est-ce que je peux venir tout de suite avec un scout qui s'est blessé avec son canif?». Entre enthousiasme et irritation devant l'irruption d'une petite urgence en médecine générale, nous recevons ce jeune scout peu habile avec son nouveau couteau suisse. Les sutures sont vécues bien différemment selon qu'on apprécie ce petit geste technique ou que l'on ne se sent pas du tout à l'aise à le faire. Cet article a pour but de donner des indications précises pour réaliser les sutures dans des conditions de sécurité optimales.

L'enjeu est de réaliser une bonne évaluation de la plaie à suturer et de ne pas se lancer tête baissée dans la suture d'une plaie à risque ou techniquement trop compliquée¹. Il est utile de rappeler avant toute chose qu'il est nécessaire de contrôler le statut vaccinal anti-tétanique du patient et de le compléter le cas échéant d'autant plus que la couverture vaccinale en Belgique ne dépasse pas les 30 % chez les seniors au-delà de 75 ans, 64 % l'étant chez les 45-54 ans^a.

ABSTRACT

Sutures in general medicine are a challenge for many in their daily work. It is a frontline technical act that can bring a lot of satisfaction and a sound service to the patient. The general practitioner has to know the guidelines to refer sutures to the second line of care and the procedures to practice them in optimal conditions.

Key words : wound, suture.

RÉSUMÉ

Les sutures en médecine générale représentent pour beaucoup un défi dans la pratique de tous les jours. C'est un acte technique de première ligne qui peut apporter beaucoup de satisfaction et un bon service au patient. Le médecin généraliste doit connaître les indications à référer les sutures à la seconde ligne de soins et les procédures pour les pratiquer dans des conditions optimales.

Mots-clés : plaie, suture.

Quand référer en salle d'urgence ?

Les plaies avec perte de substance importante, les plaies pénétrantes en regard d'un organe noble, les plaies transfixiantes des paupières, de l'oreille, de la lèvre et du nez seront envoyées vers la seconde ligne de soins. Une analyse de la plaie sera faite pour exclure une atteinte artérielle, nerveuse (test de sensibilité du terrain nerveux concerné) et tendineuse en particulier au niveau de la main et de l'avant-bras. À noter qu'une mobilité active conservée peut masquer une atteinte tendineuse partielle des fléchisseurs, raison pour laquelle il ne faut pas hésiter à envoyer le patient pour une exploration chirurgicale de la plaie en cas de doute.

Le contexte de survenue de la plaie nécessite d'être recherché. En particulier on sera attentif au contexte d'une chute avec plaie chez une personne âgée (étiologie de la chute et autres conséquences de la chute) et aux plaies chez des enfants (possibilité de maltraitance²).

Lors de la suture d'un petit enfant, il est utile de s'assurer que l'accompagnant ne fera pas un malaise en maintenant l'enfant. Dans ce cas, il faut penser également à envoyer en salle d'urgence pour permettre une prise en charge de la plaie à suturer dans de bonnes conditions. Ceci d'autant plus qu'une anesthésie courte par kétamine^b ou par protoxyde d'azote peut y être utilisée.

Quand ne pas suturer ?

À l'inverse, certaines plaies ne nécessitent pas de suture ou contraindiquent celle-ci :

a. http://www.smse.be/public/pdfs/actualites/Vaccination/TETANOS_DIPHTERIE_POLIO
b. Ketalar®



- les dermabrasions et les plaies de lèvres internes non transfixiantes ne nécessitent pas de suture mais des soins de plaie adaptés ;
- les morsures animales (surtout le chat) ou humaines dans des zones non préjudiciables, des plaies qui sont restées plus de 12 heures sans soins, des plaies punctiformes ou des plaies des extrémités ou des plaies fortement souillées contraindiquent des sutures en raison du risque infectieux³.

Ces sutures bénéficieront d'une cicatrisation dirigée et de l'avis d'un plasticien dans un second temps si la cicatrice est disgracieuse. Les morsures humaines, celles du chat ou toute morsure infectée⁴ nécessitent un traitement antibiotique (amoxicilline + clavulanate 1,5 gr/jour pendant 10 jours). Les plaies punctiformes suite à la morsure d'un chat aussi seront également traitées par antibiotique.

Nettoyage et désinfection

Dans toutes les situations, les plaies bénéficieront d'abord d'un bon lavage à l'eau et au savon puis d'une désinfection avec de la povidone iodée ou de la chlorhexidine (jeunes enfants). Les soins ultérieurs pourront se faire avec du sérum physiologique ou un désinfectant en fonction du risque infectieux.

Anesthésie

Les sutures nécessitent une bonne anesthésie qui doit se faire à travers la peau saine (l'anesthésie par la berge de la plaie est moins douloureuse mais le risque infectieux est plus important). L'anesthésie par xylocaïne avec adrénaline est la référence actuellement (saignement réduit). Traditionnellement, cette association est contraindiquée pour l'anesthésie des extrémités comme les doigts, le pavillon de l'oreille et la pointe du nez. Il semble actuellement que cette contraindication est largement surestimée. Il semble néanmoins raisonnable de ne pas utiliser l'association xylocaïne/adrénaline chez des patients atteints d'artérite périphérique ou chez des patients diabétiques⁵.

Quel matériel pour une suture ?

- xylocaïne 1-2% avec adrénaline à conserver au frigo (la xylocaïne à 1% convient mieux lorsque des grandes surfaces doivent être anesthésiées) ;
- seringues + aiguilles ;
- désinfectant (chlorhexidine ou povidone iodée) ;

- lame de bistouris en cas de nécessité de parer une plaie (signes de nécrose) ;
- fil de suture non résorbable de type Ethylon® avec aiguille courbe :
 - épaisseur 3/0 pour le genou ou pour des zones à fortes tensions ;
 - épaisseur 4/0,5/0 pour le visage ou pour des zones à tensions faibles à modérées.
- fil résorbable (pour la réalisation de points sous-cutanés) ;
- set de suture à usage unique ou set de suture à stériliser (autoclave) contenant porte-aiguille, pince à griffe, manche de bistouri, ciseau ;
- champs à usage unique, gants à usage unique (les gants stériles peuvent être réservés à des chirurgies plus invasives⁶).

Les sutures en pratique

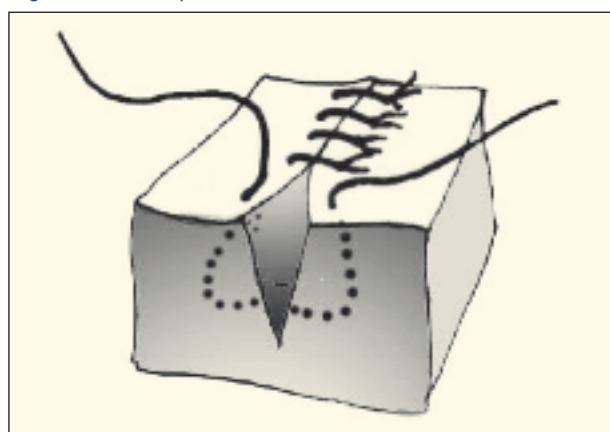
Les différents points de suture

Différents points de suture sont possibles. Ils ont leurs indications respectives¹.

Le point simple

Le point simple convient pour la plupart des situations. Il donne des résultats satisfaisants à condition de bien choisir le fil adéquat, la durée avant retrait du point adéquate et la réalisation correcte du point. En particulier il est capital d'avoir un affrontement correct des berges de la plaie, une aiguille qui aborde la peau de manière perpendiculaire afin d'avoir une légère éversion de la plaie, un fil qui passe bien par le derme (solidité). L'espace entre les points sera défini en fonction de différents paramètres comme l'épaisseur de la peau et son niveau de tension. En pratique il est utile de voir comment les deux berges s'affrontent et de placer un point de suture central pour éviter l'apparition de petites « oreilles » à l'extrémité d'une plaie suturée mais non parfaitement affrontée.

Fig. 1. Point simple.



Le surjet

Les autres points ont des indications plus particulières comme le surjet qui convient pour des plaies chirurgicales (excision de nævi par ex.) et non pour des plaies potentiellement souillées (suture trop occlusive en cas de risque infectieux). (figure 2)

Le point de Donati

Le point de Donati est un point intéressant dans des zones de traction plus fortes comme le genou ou le dos mais donne des résultats parfois plus disgracieux. Il combine en un seul point un passage en profondeur et un passage plus superficiel. (figure 3).

Le point sous-cutané (ou point inversé)

Il peut être préférable, en cas d'une plaie plus profonde, de faire des points sous-cutanés (point inversé) avec un fil résorbable accompagné d'un surjet ou de points simples à la peau. Ces points sous-cutanés permettent de diminuer la tension à la peau et d'éviter dès lors une cicatrice qui s'élargit dans un second temps (ce que l'on observe lors de l'excision d'une lésion dans le dos lorsque seuls des points simples sont utilisés).

Le point sous-cutané nécessite un apprentissage, du temps de réalisation supplémentaire ainsi que du matériel supplémentaire (fil résorbable en plus du fil à la peau). La littérature ne tranche actuellement pas clairement en faveur de ces points⁷. Il paraît dès lors raisonnable de ne les utiliser que dans des zones à forte tension et moyennant une certaine expérience.

Le point d'angle

Le point d'angle est un point fort utile en médecine générale lorsque nous sommes confrontés à un flap cutané (fréquent chez les personnes âgées). Il consiste à affronter la pointe de l'angle (par voie sous-cutanée) aux deux berges correspondantes. Il permet de ne pas fragiliser la peau par deux points simples qui auraient été nécessaires sans ce point particulier.

Alternatives à la suture classique

Les colles tissulaires

Les colles dermiques sont de plus en plus souvent utilisées de par leur facilité d'emploi et leur rapidité. Malgré ces avantages, les colles dermiques sont à risque de déhiscence plus important que les sutures simples⁸. Elles sont à réserver pour des situations très limitées : des plaies à bord non contus, peu profondes (qui n'entreprennent que faiblement le



Fig. 2. Surjet simple.



Fig. 3. Point de Blair-Donati.

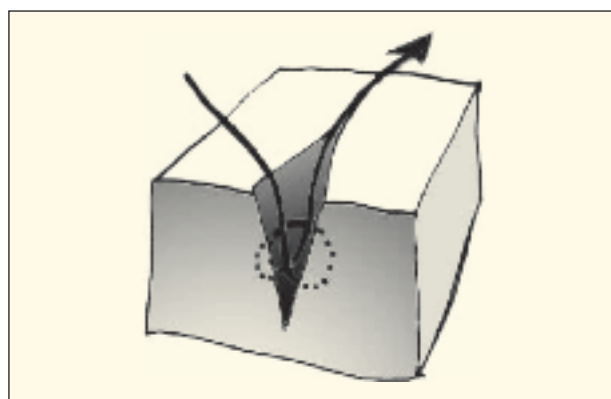


Fig. 4. Point inversé.



Fig. 5. Point d'angle.



derme), de longueur limitée, rectilignes et dans des zones de faible tension. Les colles ne peuvent pas être utilisées à l'intérieur de la plaie ou à proximité des orifices (risque d'obturation).

Les agrafes

Les agrafes peuvent être utilisées dans le cadre de suture du cuir chevelu ou de grandes plaies longilignes de la cuisse et de l'abdomen. La rapidité et la facilité sont les atouts majeurs de cette technique. En pratique peu de médecins l'utilisent.



Fig. 6. Les agrafes.

Les steri-strips

Les sutures cutanées adhésives stériles («steri-strips») sont à réserver en complément des sutures simples ou lors de petites plaies superficielles, sans tension et qui ne saignent pas. Il est important de placer le steri-strip sans tension pour éviter de voir apparaître des phlyctènes chez les patients avec une peau fragile.

Soins de la plaie

Les sutures seront couvertes en permanence par un pansement pour éviter d'être souillées. Certains auteurs évoquent la possibilité de ne pas couvrir les plaies d'un pansement mais le niveau de preuve de ces études est faible⁹. Il est donc raisonnable de continuer à proposer de couvrir les plaies et cela d'autant plus si le risque infectieux est important. Une alternative possible pour les endroits difficiles est l'Opsite® Spray, par exemple pour le cuir chevelu.

Quand enlever les fils ou les agrafes ?

Les fils sont enlevés dans un délai qui dépend du compromis entre solidité et résultat esthétique : plus le point reste longtemps en place, plus la su-

ture est solide. Et plus le point de suture est enlevé rapidement moins les points se voient (image des barres de l'échelle).

Cela sera aussi modulé selon qu'il s'agit d'un enfant, qui cicatrise très vite, d'un adulte fumeur ou non. Pour le visage, on prévoit une durée de 5-7 jours avant le retrait des points de suture. La plaie peut être utilement «soutenue» dans un second temps par des steri-strips. Pour les autres parties du corps, on prévoit entre 10 et 15 jours. Pour des zones de forte traction comme le dos et le genou, une durée supérieure à 15 jours est même conseillée.

Conclusion

Pratiquer les sutures en médecine générale apporte une satisfaction dans sa pratique pour qui se sent à l'aise dans la gestion de ces plaies. Assurer celle-ci dans un contexte de sécurité nécessite de bien évaluer la plaie en reconnaissant les indications, contraindications de la suture. Les moyens de suturer sont nombreux et le médecin généraliste doit choisir la procédure la plus appropriée pour réaliser cette suture. L'expérience du médecin est également déterminante dans la gestion de la suture. Dès lors, il est important de bien connaître ses limites et de référer le patient si nécessaire ou lorsqu'on ne se sent pas à l'aise.

Bibliographie

1. Société Francophone de médecine d'urgence (2 décembre 2005) Prise en charge des plaies aux Urgences. 12^e CONFERENCE DE CONSENSUS. Clermont-Ferrand.
2. Berkowitz. (2017, 04 27). physical abuse of children. *New England Journal of Medicine*, pp. 376 ; 1659-1666.
3. Uptodate Clinical manifestations and initial management of animal and human bites. Révision le 13/02/2017.
4. BAPCOC. (2012). *Guide Belge des traitements antiinfectieux*.
5. Chowdry S, Seidenstricker L, Cooney DS, Hazani R, Wihelmi BJ (2010, déc). Do not use eïneprhine in digital blocks. myth or truth ? part II A retrospective review of 1111cases. *Plast reconstr surg*, pp. 136 (6) : 2031-4.
6. LRP, Sutures courantes : pas besoin de gants stériles. *La Revue Prescrire*, mars 2007 pp. 281 ; 214-5.
7. Gurusamy K, Toon C, Davidson B. Subcutaneous closure versus no subcutaneous closure after non-caesarean surgical procedures. *Cochrane Databases of systematic reviews* 2014, Issue 1. Art. No. : CD010425
8. Dumville JC, Coulthard P, Worthington HV, Riley P, Patel N, Darcey J, Esposito M, van der Elst M, van Waes OJF (2014). Tissue adhesives for closure of surgical incisions. *Cochrane Databases of systematic reviews*, p. Issue 11. Art. No. : CD004287.
9. Clare D Toon, Charnelle Lusuku, Rajarjan Ramamoorthy, Brian R Davidson, Kurinchi Selvan Gurusamy. Early versus delayed dressing removal after primary closure of clean and clean contaminated surgical wounds. *Cochrane Wounds group* 2015 Art. No : CD010259.