

SUTURES SIMPLES



Introduction

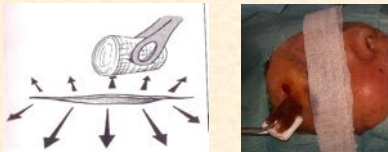
La suture est la technique de base de réparation des plaies de la peau. Elle consiste à rapprocher les berges d'une plaie ou d'une perte de substance, par des points assurant un bon contact tissulaire en profondeur et en superficie. Des points profonds et des points superficiels sont utilisés. Une suture se fait plan par plan de la profondeur à la superficie. Les couches rencontrées sont : le muscle ; l'aponévrose ; le tissu cellulaire sous-cutané ; la peau. La suture n'est qu'un acte technique, elle doit être précédée d'un bon examen de la plaie à suturer et de soins adaptés après la suture.

Avant la suture

Evaluation clinique et préparation de la plaie

- L'anamnèse et l'examen clinique doivent préciser plusieurs points importants :**
 - L'Age du patient: conditionne la méthode d'anesthésie
 - Le mécanisme de la plaie: Arme blanche, bris de verre, morsure animale ou humaine...
 - La vaccination antitétanique: si elle n'est pas à jour, il faut faire une sero-vaccination
 - Le délai de prise en charge: après plusieurs heures, une plaie ne doit pas être suturée, sauf cas particulier (visage)
 - Examen particulier des zones à risque : plaies jugale (atteinte du nerf facial) plaies des membres (atteintes nerveuse, vasculaire, tendineuses)...
 - Les plaies étendues et/ou profondes nécessitent souvent une exploration au bloc opératoire
 - L'importance de la perte de substance associée peut rendre impossible la réalisation de sutures par simple rapprochement des berges
 - L'aspect de la plaie doit être évalué: plaie contuse?, débris telluriques?, corps étranger (débris de verre...)
- Hémostase de toute plaie hémorragique**
- Un parage soigneux doit être réalisé avant toute suture**
 - Extraction des corps étrangers, souillures, débris telluriques...
 - Lavage abondant en cas de plaies souillées ou de morsure
 - Parage économe des tissus dévitalisés

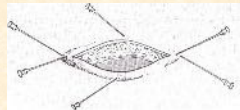
Antiseptie de la plaie



L'asepsie doit être centrifuge, c'est à dire débiter par les berges de la plaie puis s'étendre vers l'extérieur en badigeonnant à l'aide de solution antiseptique (Polyvidone iodée ou Chlorhexidine ...) . Les champs peuvent être mis en place sur la zone désinfectée

Anesthésie locale de la plaie

- Le produit anesthésiant (xylocaïne 1% ou 2%) est injecté à l'aide d'une aiguille sous cutanée.
- Faire un reflux, pas d'injection en intravasculaire
- Anesthésie des berges de la plaie mais pas au travers de la plaie afin d'éviter la propagation des germes qui s'y trouve.
- Injection dans le derme (récepteurs+++), « effet peau d'orange »
- L'injection se fait progressivement sous faible pression



Techniques de sutures

Matériel de suture

Instruments et matériel de base:

- Bistouri-lame.
- Porte-aiguille.
- Pincettes à disséquer.
- Ciseaux de Stevens et à fil.
- Pince hémostatique de Halsted.
- Cupules (anesthésie locale, antiseptique)
- Gants stériles
- Compresse stériles



fil de suture:

- non résorbables mono filaments Nylon 5/0 ou 6/0 pour les petites sutures
- à résorption lente monobrin pour les plans sous-cutanés et les surjets intradermiques ;
- tressés à résorption lente pour les sutures profondes musculo-aponévrotiques.
- Les aiguilles doivent être triangulaires à forte capacité de pénétration



Savoir tenir les instruments

- Entre le pouce et l'annulaire pour le porte aiguille, ciseaux, pincettes....
- Entre le pouce et l'index pour les pincettes à disséquer
- L'aiguille est maintenue dans les mors du porte aiguille de manière perpendiculaire au porte aiguille et à la jonction 2/3 -1/3



Point de suture cutanée simple

- 1- Evêrser la peau à l'aide d'une pince à disséquer à griffe puis piquer la peau à 90° avec l'aiguille en prenant derme et épiderme
- 2- La supination du poignet permet d'orienter l'aiguille pour la faire ressortir sans être traumatique
- 3- Piquer de la profondeur vers la surface au niveau de l'autre berge (prenant derme et épiderme)
- 4- Reprendre l'aiguille
- 5- Tirer le brin long puis placer le porte aiguille entre le brin long et le brin court
- 6- Le brin long (tenu par la main gauche) tourne autour du porte aiguille (tenu par la main droite) une ou deux fois
- 7- puis attraper le brin court avec le porte aiguille
- 8- Faire le noeud (plat) : tirer et poser le noeud à plat
- 9- Recommencer, toujours avec le porte aiguille entre les 2 brins, tirer poser le noeud et le serrer puis recommencer une 3ème fois
- 10- Les deux brins du fil sont tirés par le porte aiguille vers le haut puis le fil est coupé à 5 mm (le noeud est latéralisé sur l'une des berges de la plaie)
- 11- plusieurs points sont réalisés de la même façon le long de la plaie puis un pansement est réalisé

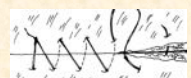
Autres types de sutures (exemples)



Point de Blair et Donati
Le premier passage se fait à distance de la berge, le deuxième passage beaucoup plus près de la tranche de section. Ce double passage permet de suturer sous une certaine tension.



Points dermiques
il est passé d'abord de la profondeur à la superficie sur le premier côté, puis de la superficie à la profondeur sur le second.



Surjet dermo-épidermique
Suture dermo-épidermique continue et oblique (le fil est noué au début de la suture et n'est coupé qu'à la fin)

Principes de base à respecter lors de la suture

- Etre non traumatique essentiellement avec les pincettes à disséquer vis à vis de la peau : préférer une pince à griffe
- Bien affronter les berges: même distance en largeur et profondeur au niveau de chaque berge entre le point de pénétration et de sortie
- La distance entre la sortie de l'aiguille et la berge devrait correspondre à la moitié de la profondeur de la plaie
- Ne pas être ischémique pour les bords de la plaie, c'est-à-dire que la distance entre le bord de la plaie et l'entrée ou la sortie de l'aiguille ne doit pas être inférieure à 3 mm
- une peau blanche est une peau ischémique donc il y a trop de traction, faire le point plus lâche
- En cas d'affrontement difficile des berges, faire un point de Blair-Donati
- Pour les angles, utiliser un point d'angle cutané-dermique

Après la suture...

Après la suture des soins post-opératoire s'imposent:

- Le pansement est changé quelques jours après la suture (7jours)
- L'ablation des fils non résorbables se fait entre 5 et 10 jours en fonction de la qualité de la suture et de la localisation anatomique de la plaie
- L'antibiothérapie n'est pas systématique
- Des antalgiques sont prescrits