

Suture

M. Revol, J.-M. Servant

Le seul point technique important relatif à la suture cutanée concerne le derme, qui doit être suturé à points séparés inversants de fil résorbable. Il existe quelques exceptions topographiques à cette règle, et surtout de nombreux procédés complémentaires pour la suture du plan superficiel, facultative et réalisée le plus souvent par un surjet intradermique de monofilament.

© 2010 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

Mots clés : Suture ; Peau ; Suture cutanée ; Surjet intradermique

Plan

■ Introduction	1
■ Matériel de suture	1
Fils	1
Aiguilles	1
Agrafes	1
Bandelettes adhésives	1
Colles	1
■ Techniques de suture	2
Muscle	2
Aponévrose	2
Tissu cellulaire sous-cutané	2
Peau	2
■ Indications de la suture	5
Quoi ? Choix du procédé de suture	5
Quand ? Choix du moment	5
Comment ? Choix de la méthode	5
Particularités topographiques	6
■ Complications	8

■ Introduction

Lorsqu'elle est possible, la suture est la meilleure méthode pour fermer une plaie ou une perte de substance.

■ Matériel de suture

Nous ne détaillons pas le matériel de suture, que chacun connaît et utilise en fonction de ses habitudes ou de la nécessité. Nous n'insistons ici que sur les points importants.

Fils

Résorbables et non résorbables, ils existent chacun sous deux formes : tressée et monofilament. Les monofilaments non résorbables sont le plus souvent employés pour les plans superficiels, alors que les fils tressés résorbables sont le plus

souvent employés pour le plan profond. Il existe des fils résorbables à résorption rapide, qui ne nécessitent pas d'être enlevés lorsqu'ils sont utilisés en superficie. Ils sont donc appréciés pour suturer la peau de certaines régions (périnée, main, pied, muqueuse buccale ou nasale) et/ou de certains terrains (enfants).

Aiguilles

Les seules aiguilles utilisables pour suturer la peau sont les aiguilles à section triangulaire (par opposition à la section ronde, utilisée en chirurgie viscérale). Les aiguilles droites n'ont que de très rares indications en chirurgie plastique, où ce sont les aiguilles courbes qui sont en règle utilisées, avec un choix entre les formes 3/8^e de cercle et 4/8^e de cercle.

Agrafes

Elles ne sont plus actuellement présentées que sous la forme d'agrafeuses automatiques à usage unique. Elles partagent certaines des indications des points séparés ou des surjets superficiels. Elles laissent des cicatrices d'autant plus discrètes qu'elles sont desserrées puis enlevées précocement.

Bandelettes adhésives

Elles n'ont d'indication que lorsque le plan profond (dermique) est intact ou suturé. Elles peuvent alors remplacer ou compléter un surjet intradermique. Toutes les bandelettes adhésives du commerce ne se valent pas, en particulier pour ce qui concerne leur facilité de pose et leur durée d'adhésion. Il est déconseiller d'utiliser ces bandelettes pour soulager la tension d'une suture, car elles risquent alors d'entraîner l'arrachement tangentiel de l'épiderme où elles sont collées, avec la formation mécanique d'une phlyctène, souvent confondue à tort avec une allergie.

Colles

Les colles cutanées (cyanoacrylate) ne sont que des alternatives aux bandelettes adhésives, dont elles partagent les indications : plaies très superficielles ou suture dermique déjà

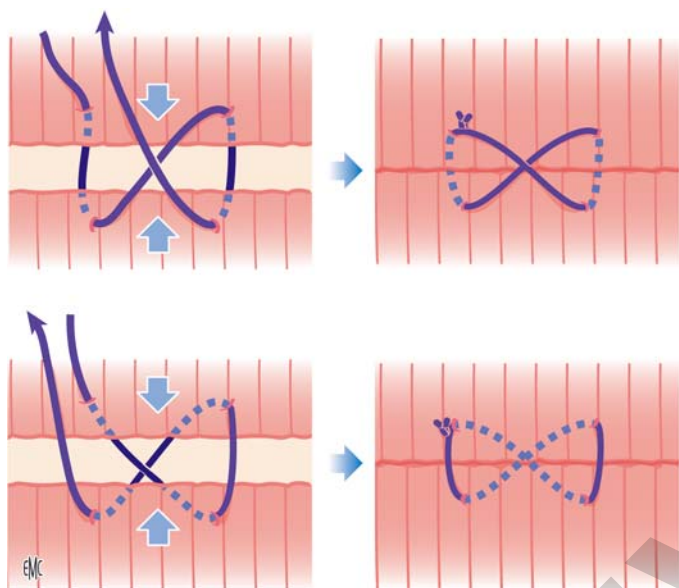


Figure 1. Suture musculaire : points en X. Pour rapprocher deux tranches musculaires, des points en X sont utilisés. La réalisation d'un double passage permet de limiter les phénomènes de cisaillement et de section de ce tissu peu résistant. Les deux passages sont soit parallèles et le fil croisé en superficie pour le nouer, soit croisés en profondeur puis noués.

effectuée. Elles ne peuvent que compléter une suture conventionnelle, sauf pour les petites plaies superficielles qui ne franchissent pas le derme. C'est dire que leur indication réelle est quasi inexistante en chirurgie plastique.

■ Techniques de suture

Les berges d'une perte de substance doivent être rapprochées 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 et la peau. Tout décalage doit être évité. Dans le sens horizontal, les points homologues sont rapprochés. Dans le sens vertical, les berges sont affrontées plan par plan à niveau pour éviter tout chevauchement d'une berge sur l'autre.

Muscle

Le muscle est une structure peu résistante à la striction. Des points en X peu serrés, réalisés à l'aide d'un fil tressé résorbable, prenant un double appui sur chaque berge, permettent de rapprocher les tranches musculaires sans les sectionner (Fig. 1).

Aponévrose

L'aponévrose est suturée à l'aide de points séparés noués en superficie (Fig. 2). Il est également possible d'employer des points en X ou en surjet. Les fils les plus employés sont des fils tressés résorbables.

Tissu cellulaire sous-cutané

Quelques points résorbables sont parfois mis en place lorsque le pannicule adipeux est important. Ils ont simplement pour but d'éviter un espace mort dans lequel pourrait se constituer un hématome. Les nœuds sont très peu serrés dans ce tissu sans aucune résistance (Fig. 3).

Peau

La zone résistante de la peau est le derme. C'est en prenant un bon appui sur le derme qu'une suture est solide. C'est

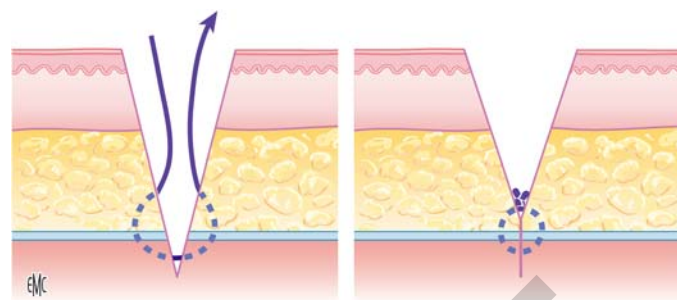


Figure 2. Points aponévrotiques. Pour rapprocher des aponévroses, des points simples sont employés, noués en superficie. Il est également possible au niveau des aponévroses de réaliser des points en X ou des sutures en surjet.

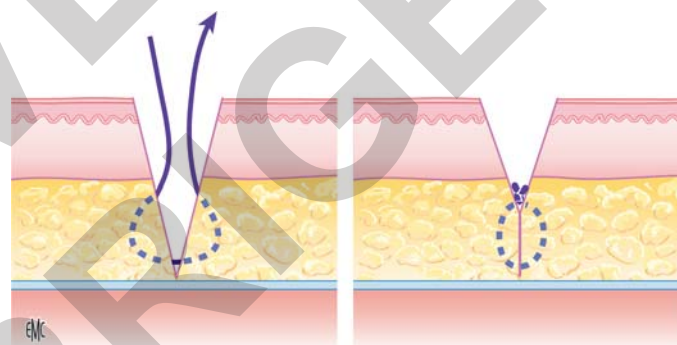


Figure 3. Points de rapprochement du tissu cellulaire sous-cutané. Lorsque le pannicule adipeux est important, la mise en place à ce niveau de quelques points de catgut très peu serrés permet d'éviter les espaces morts et la constitution d'un hématome qui pourrait se surinfecter.

l'affrontement dermique qui conditionne l'affrontement épidermique et donc la qualité de la suture. Il existe donc une technique de référence pour suturer la peau.

Technique de référence

Le secret d'une suture cutanée correcte est le derme, qui est le seul plan résistant sur lequel peut s'appuyer la suture. Sauf exceptions topographiques (cf. infra), ce plan dermique est le seul qui soit indispensable. Il est réalisable par deux types de points séparés : points dermiques simples ou points à appui dermique. Tous les deux doivent être noués en profondeur, sous le derme. Lorsqu'il est correctement réalisé, le plan dermique peut suffire à lui seul à assurer une cicatrisation de première intention. Il est en règle réalisé avec du fil résorbable.

Plan dermique

Points dermiques. Les points dermiques chargent le derme de part et d'autre de façon que le nœud soit situé en profondeur, c'est-à-dire de la profondeur à la superficie sur le premier côté et de la superficie à la profondeur sur le second (Fig. 4). Ils sont réalisés à l'aide d'un petit fil tressé résorbable.

Points à appui dermique. Lorsque la tension est très grande, les points dermiques standards sont trop ischémiant à la tranche et il est nécessaire de recourir à des points à appui dermique. Le fil passé sur le premier côté de la profondeur à la superficie prend appui assez loin sur le derme dans lequel il est faufilet et ressort du derme à distance de la tranche (Fig. 5, 6). Le derme, au niveau de la tranche de section elle-même, n'est pas chargé par le fil. Le passage est symétrique sur le deuxième côté.

Au moment du serrage du nœud, la tension est maximale sur les passages dermiques à distance de la tranche. Chaque zone d'appui dermique est au sommet d'un cône de tension importante. Entre les cônes et le long du bord, la tension cutanée plus

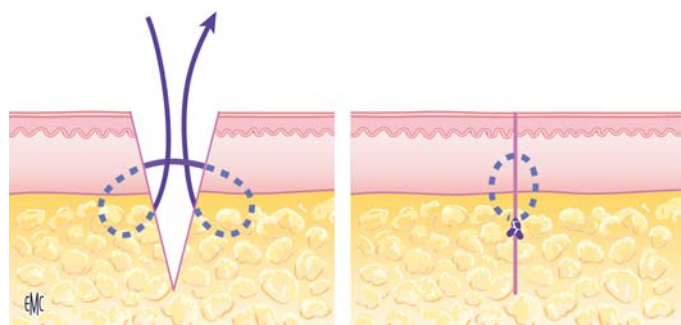


Figure 4. Points dermiques. La zone la plus résistante de la peau est le derme. Pour faire une suture solide, un point dermique est réalisé ; il est passé d'abord de la profondeur à la superficie sur le premier côté, puis de la superficie à la profondeur sur le second. Lorsque le nœud est serré, il se retrouve enfoui et ne vient pas faire saillie entre les lèvres de la plaie.

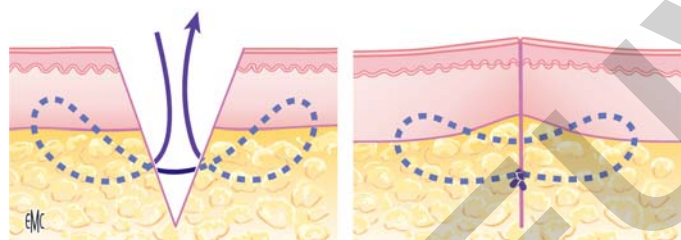


Figure 5. Points à appui dermique. Lorsque la tension est très importante, des points dermiques particuliers sont employés. Les points à appui dermique sont passés de la profondeur à la superficie, faufiletés dans le derme sur 1 cm avant de ressortir du derme à 1 cm de la berge. Le trajet inverse est réalisé sur l'autre côté. Lorsque le nœud est serré, la tension est extrêmement forte sur les passages dermiques, mais la portion la plus interne de la berge de la plaie est détendue.

faible permet une bonne perfusion cutanée. Cette technique de suture permet de fermer sous tension considérable, sans risquer la nécrose ischémique des berges qu'entraîneraient des points dermiques standards (Fig. 7). Les passages dermiques sous forte tension laissent des cicatrices sous-cutanées de part et d'autre de la suture correspondant aux déchirures dermiques. Cette séquelle cicatricielle non négligeable est le prix à payer pour réaliser une suture directe sous très grande tension.

Les fils utilisés sont de gros fils tressés résorbables.

Plan superficiel : surjet intradermique (Fig. 8)

Facultatif, le plan superficiel ne doit être réalisé que lorsque le plan dermique a été suturé comme on vient de le voir, ou lorsque sa suture est impossible ou déconseillée en raison de certaines particularités topographiques (cf. infra). Le surjet intradermique est la meilleure technique de suture de la peau puisqu'elle ne laisse pas de traces (Fig. 9). Le fil est passé dans le derme dans chaque berge. Le passage dermique doit être au même niveau sur les deux berges pour éviter tout chevauchement. La répartition des prises doit être symétrique pour réaliser un bon affrontement sur toute la longueur de la suture. Les points dermiques sont peu serrés car ils servent simplement à l'affrontement et ne laissent donc aucune séquelle cicatricielle. À ses extrémités, le surjet est arrêté sur un nœud ou par des bandelettes adhésives.

Les surjets sont réalisés à l'aide de monofilaments assez gros pour pouvoir être retirés sans les casser. Des surjets au fil d'acier sont également possibles.

Certains utilisent des surjets enfouis réalisés avec des fils résorbables. Certains surjets sont enlevés très précocement. Ainsi, les surjets intradermiques de fermeture des blépharoplasties esthétiques supérieures sont enlevés vers le troisième jour. Ailleurs, comme ils ne laissent aucune marque sur la peau en

dehors des orifices d'entrée et de sortie du fil, ils peuvent être laissés 15 jours, voire 3 semaines, s'il existe une certaine tension, pour que la cicatrice soit déjà solide à l'ablation du fil.

Autres techniques

Points séparés simples

Les points chargent l'épiderme et le derme, de façon symétrique sur chaque berge. Il existe toujours une rétraction cicatricielle le long de la section qui a tendance à invaginer discrètement la cicatrice. Pour prévenir cette tendance, la suture initiale doit être légèrement éversante (Fig. 10).

Points simples invaginants et éversants (Fig. 11)

Lorsque l'aiguille est insérée parallèlement aux berges de la plaie, la suture est initialement parfaitement à niveau ; mais nous avons vu que la rétraction cicatricielle entraîne une discrète invagination de la cicatrice.

Lorsque l'aiguille charge plus large en superficie qu'en profondeur, la suture est invaginée. La cicatrice finale l'est donc d'autant plus.

Le point idéal est légèrement éversant. L'aiguille charge plus largement en profondeur qu'en superficie. Après rétraction, la cicatrice est parfaitement à niveau.

Les points superficiels, mis en complément des points dermiques, sont réalisés à l'aide de monofilaments fins ou très fins. Les nœuds sont peu serrés. Pour limiter les cicatrices, les fils sont enlevés précocement vers le cinquième jour.

Autres points

Points de Blair et Donati. Lorsqu'il existe une certaine tension et qu'il n'est pas possible de placer des points dermiques, le point de Blair et Donati est utilisé. Au premier passage, le fil chargé à distance de la berge, au second passage, près de la berge (Fig. 12). Le double passage dans le derme permet un meilleur appui. Ce point réalisé à l'aide d'un monofilament non résorbable est laissé en place assez longtemps (de 10 à 15 jours), car il n'est indiqué que s'il existe une tension assez importante. Ce point laisse donc des cicatrices visibles.

Points appuyés. Lorsque la tension est encore plus forte, la suture peut être appuyée sur des bourdonnets. La tension se répartit à la fois sur le derme et sur la surface du bourdonnet en contact avec la peau (Fig. 13). Ce point réalisé avec un gros monofilament est laissé en place longtemps (3 semaines), en raison de la tension qui l'a fait utiliser.

Points en cadre. Les points cutanés en cadre sont peu employés car très ischémiant (Fig. 14).

Points cutanéodermiques en cadre. Les points cutanéodermiques en cadre ne chargent que le derme sur l'une des berges (Fig. 15). Ils permettent d'affronter des berges d'épaisseur différente.

Points d'angle. Pour éviter la nécrose de la pointe d'un lambeau triangulaire, un point d'angle est classiquement utilisé. Il s'agit d'un point cutanéodermique en cadre qui ne prend que le derme à la pointe du lambeau (Fig. 16). Pour éviter l'ischémie qu'entraîne le serrage du nœud, les deux extrémités du fil sont parfois laissées parallèles et bloquées par deux bandelettes adhésives.

Autres surjets

Il existe de nombreuses variétés de surjets (Fig. 17).

Surjet simple. Les points sont bien répartis et le fil est serré modérément pour éviter une invagination des berges.

Surjet en U. Le surjet en U est un excellent surjet qui affronte parfaitement les deux berges.

Surjet passé. C'est un surjet dans lequel le fil est passé dans la boucle du passage précédent. Ce surjet est ischémiant ; c'est donc un mauvais surjet pour la peau. Au cuir chevelu, il est souvent employé pour réaliser l'hémostase transitoire des berges d'incision lorsqu'on ne dispose pas d'agrafes spécialement adaptées pour cela.

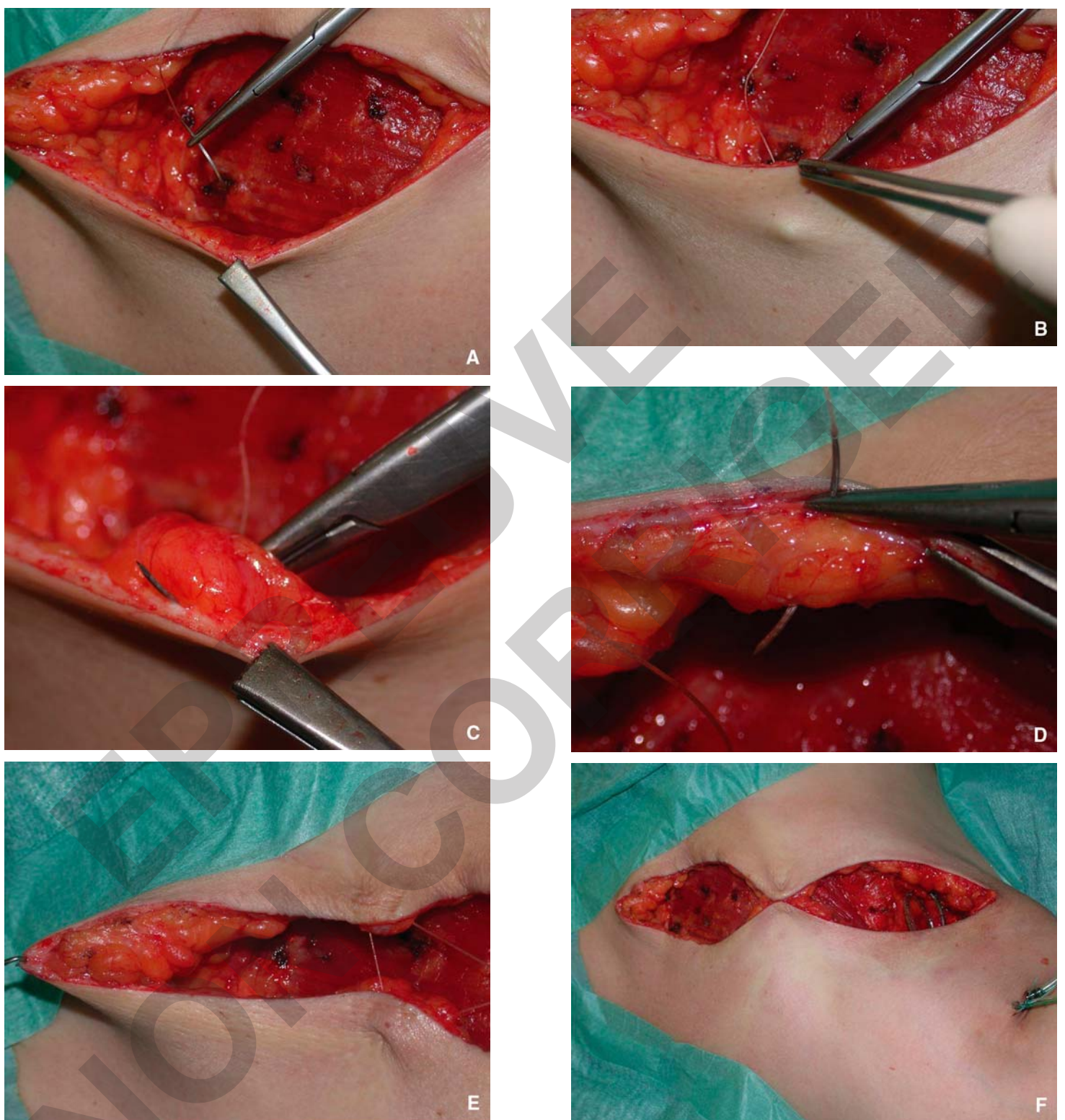


Figure 6. Point sous-cutané à appui dermique (A à G). Après une mastectomie selon Patey, il existe une perte de substance cutanée qui ne peut être couverte par une suture qu'au prix d'une certaine tension. C'est donc l'indication typique d'une suture avec un plan sous-cutané à points inversants à appui dermique. Noter à quelle distance de la berge la pointe de l'aiguille pénètre dans le derme (B). Noter aussi que l'aiguille ne sort pas dans la tranche de section mais sous celle-ci (C). Noter enfin que la zone d'ischémie cutanée relative a la forme d'un triangle dont le sommet correspond au point sous-cutané, et qui laisse les berges de la plaie parfaitement vascularisées (G).

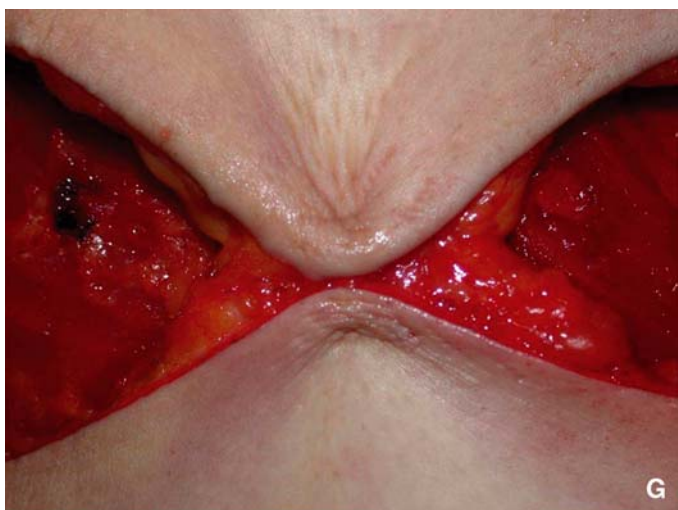


Figure 6. (suite) Point sous-cutané à appui dermique (A à G). Après une mastectomie selon Patey, il existe une perte de substance cutanée qui ne peut être couverte par une suture qu'au prix d'une certaine tension. C'est donc l'indication typique d'une suture avec un plan sous-cutané à points inversants à appui dermique. Noter à quelle distance de la berge la pointe de l'aiguille pénètre dans le derme (B). Noter aussi que l'aiguille ne sort pas dans la tranche de section mais sous celle-ci (C). Noter enfin que la zone d'ischémie cutanée relative a la forme d'un triangle dont le sommet correspond au point sous-cutané, et qui laisse les berges de la plaie parfaitement vascularisées (G).

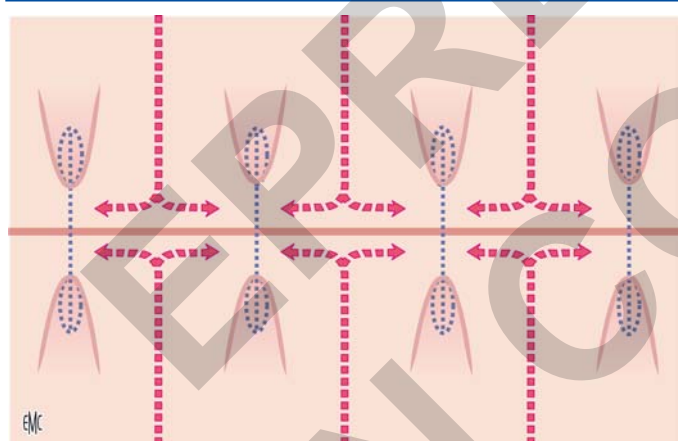


Figure 7. Vascularisation au niveau des points à appui dermique. La zone de passage dermique est située à 1 cm de chaque berge. Toute la tension de la suture est encaissée par ce passage. Au niveau de ces zones à appui dermique existent des cônes de tension, entre lesquels la tension relativement faible permet une bonne vascularisation. Ce type de suture est un des points fondamentaux de la chirurgie plastique, car il permet de fermer les pertes de substance sous très grande tension avec peu de risques de nécrose ischémique au niveau des berges de la plaie.

240 **Surjet mixte cutanéodermique.** Ce type de surjet est une
241 variante du surjet en U prenant le derme d'un côté seulement.
242 Il est adapté aux zones où la nature de la peau est différente des
243 deux côtés de l'incision.

■ Indications de la suture

Quoi ? Choix du procédé de suture

246 La suture cutanée est une des quatre méthodes de couverture
247 d'une perte de substance cutanée.

248 Elle peut être utilisée chaque fois qu'elle est possible sans
249 tension excessive pour fermer la perte de substance.

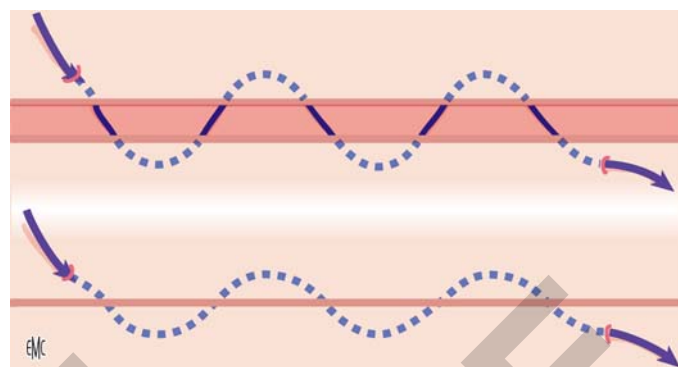


Figure 8. Surjet intradermique. Il s'agit du meilleur surjet pour réaliser une suture. Le passage sur les deux berges est dans le derme. Aucune trace n'est laissée sur la peau en dehors des portes d'entrée et de sortie du surjet. À ses extrémités, le surjet est arrêté soit par un nœud, soit par un plomb, soit par des Stéri-strips®.

Lorsqu'il existe une certaine tension, deux méthodes permettent de suturer la peau :

- les points à appui dermique, extrêmement efficaces, mais qui laissent quelques séquelles esthétiques ;
- les points de Blair-Donati simples ou appuyés sur bourdonnet, très efficaces mais sources de séquelles inesthétiques majeures.

Lorsque la tension cutanée est trop forte, il faut utiliser un autre procédé que la suture : cicatrisation dirigée, greffe cutanée ou lambeau selon les cas. Lorsque la tension cutanée est excessive et que le sous-sol de la perte de substance est correctement vascularisé, la suture cutanée partielle combine de façon très efficace la suture et la cicatrisation dirigée. Elle consiste à rétrécir la perte de substance en suturant ses deux extrémités et en laissant la partie moyenne rapprochée par des points en cadre dermiques cicatriser spontanément sous pansement gras.

Quand ? Choix du moment

La suture cutanée peut être immédiate ou secondaire.

Suture immédiate, pour une cicatrisation « de première intention », indiquée chaque fois que possible lorsque les deux conditions suivantes sont réunies :

- la plaie ne présente pas de contamination bactérienne inquiétante (vue tôt, mécanisme non septique) ;
- son parage a pu être réalisé de façon satisfaisante (excision des tissus contus voués à la nécrose, et ablation des corps étrangers).

Lorsque ces deux conditions ne sont pas réunies, il ne faut pas suturer la plaie d'emblée. Mais une suture secondaire est possible après une phase initiale de détersion puis de bourgeonnement spontanés. C'est la classique cicatrisation « par troisième intention ». Elle nécessite alors un avivement des berges par résection à minima au bistouri, ainsi qu'un drainage systématique. Sa meilleure indication est la plaie sans perte de substance cutanée, telle que celle qui est réalisée par les aponévrotomies de décharge dans les syndromes de loge. Elle peut éventuellement être précédée par une extension cutanée.

Comment ? Choix de la méthode

Chaque fois que cela est possible, c'est la suture en deux plans qu'il faut utiliser. Le plus important est le plan profond, dermique ou à appui dermique selon la tension. Le plan superficiel est facultatif lorsque le précédent est parfaitement réalisé. L'idéal est le surjet intradermique et/ou des bandelettes adhésives, qui ne laissent pas de traces. Lorsque la topographie ou la pathologie s'y prêtent, les autres méthodes de suture superficielle peuvent être utilisées, en particulier les surjets ou les agrafes. Lorsque la suture du plan profond n'est pas possible, il faut se résoudre aux sutures en un seul plan total.



Figure 9. Suture cutanée de référence en deux plans.
A. Exérèse d'une tumeur cutanée.
B. Plan sous-cutané à points inversants à appui dermique. Noter que pour faciliter le passage de l'aiguille, les fils sont laissés longs et ne sont noués qu'à la fin.
C. Surjet intradermique pour compléter le plan précédent. L'aspect de bourrelet lié aux fils sous-cutanés disparaîtra avec ceux-ci.

Particularités topographiques

Cuir chevelu

Plan profond de fils résorbables sur la galéa noués en superficie pour éviter toute déchirure. Plan superficiel : agrafes, points séparés simples, points de Blair-Donati (en cas de tension) ou surjet passé (hémostatique) selon les cas. Ablation des fils entre 7 et 10 jours.

Paupières

Un plan profond tarsoconjunctival et un plan superficiel musculocutané réalisés avec des monofilaments très fins noués en superficie. Ablation des fils entre 3 et 7 jours.

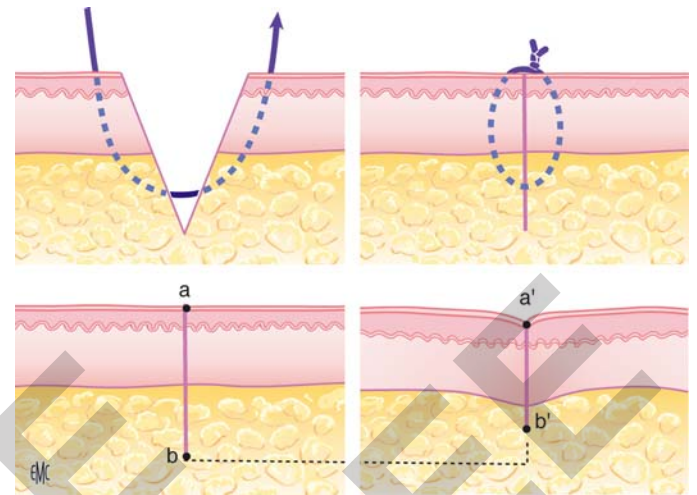


Figure 10. Évolution des points cutanéodermiques. Un point cutanéodermique est pratique, l'affrontement dermoépidermique est correct. À l'ablation du fil, l'affrontement des berges ab donne une cicatrice à niveau. La rétraction cicatricielle de la tranche aboutit en a'b' à une cicatrice légèrement invaginée.

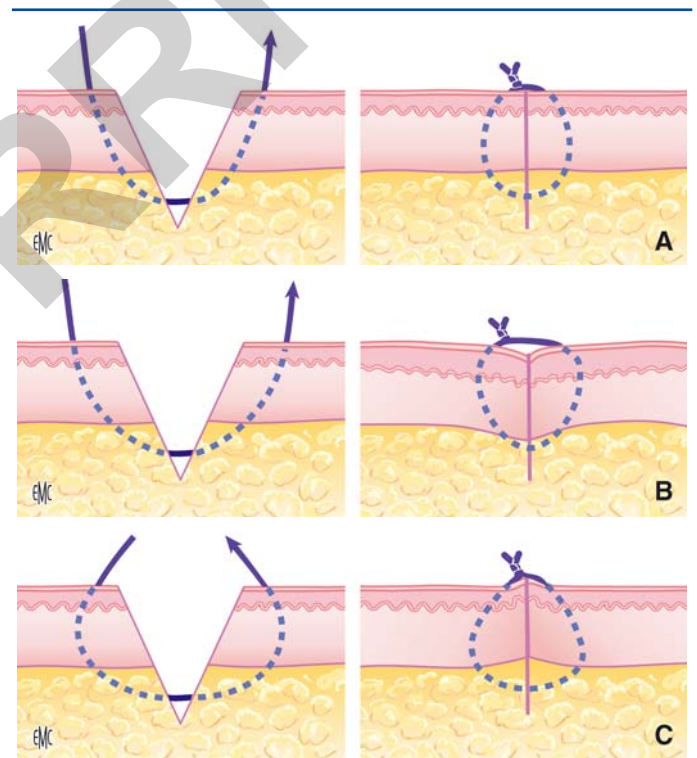


Figure 11. Différents types de points cutanéodermiques.
A. Lorsque l'aiguille est insérée parallèlement aux berges de la plaie, la suture initiale est parfaitement à niveau, mais la rétraction cicatricielle aboutit à une cicatrice finale légèrement invaginée.
B. Lorsque l'aiguille charge beaucoup plus large en superficie qu'en profondeur, la suture initiale est invaginée. Après rétraction cicatricielle, elle l'est donc d'autant plus.
C. Lorsque l'aiguille charge plus large en profondeur qu'en superficie, la suture réalise un point éversant qui, après rétraction cicatricielle, donne une suture parfaitement à niveau.

Nez

Plan profond impossible sur les tissus très sébacés de la pointe et des ailes, qui se déchirent et se surinfectent. Plan superficiel à points séparés (résorbable rapide pour la muqueuse, non résorbable pour la peau). Ablation des fils non résorbables entre 5 et 7 jours.

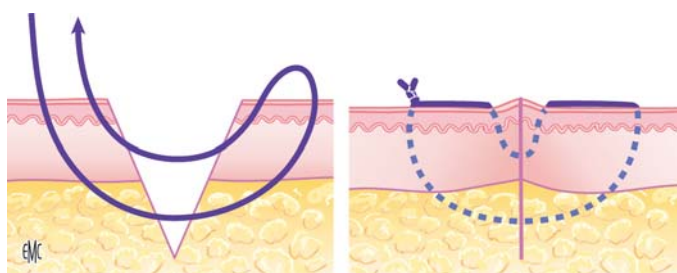


Figure 12. Points de Blair et Donati. Lorsque la tension sur la suture cutanée est importante et qu'il n'a pas été possible de réaliser de points dermiques, un point de Blair et Donati est pratiqué. Le premier passage se fait à distance de la berge, le deuxième passage beaucoup plus près de la tranche de section. Ce double passage permet de suturer sous une certaine tension.

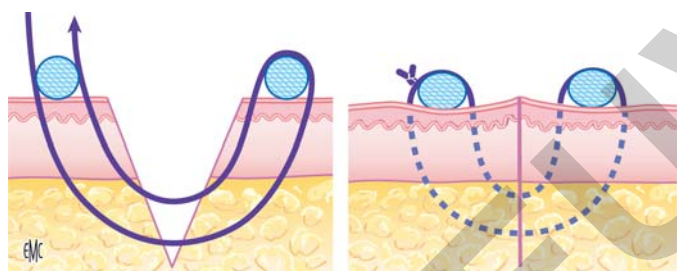


Figure 13. Points appuyés. Lorsque la tension est très importante et qu'il n'a pas été possible de réaliser de bons points dermiques, la réalisation d'un point avec un double passage appuyé sur des bourdonnets permet de fermer la perte de substance. La tension est répartie le long du passage des fils, mais aussi sur la surface de contact du bourdonnet avec la peau.

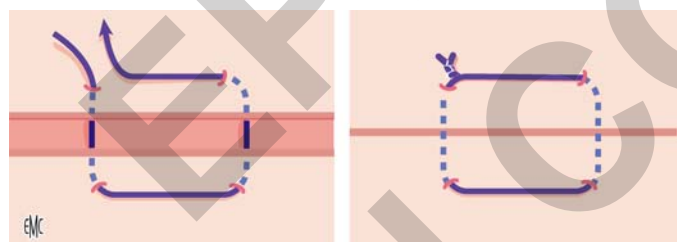


Figure 14. Points en cadre. Deux passages parallèles sont réalisés dans la berge, l'entrée du deuxième passage étant du même côté que la sortie du premier. Ce point, lorsqu'il est serré, réalise une ischémie de la berge.

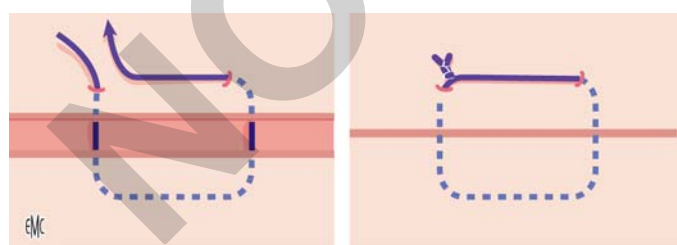


Figure 15. Point cutanéodermique en cadre. Le trajet de ce point est uniquement intradermique dans la deuxième berge. Il permet d'affronter deux berges d'épaisseur différente plus facilement.

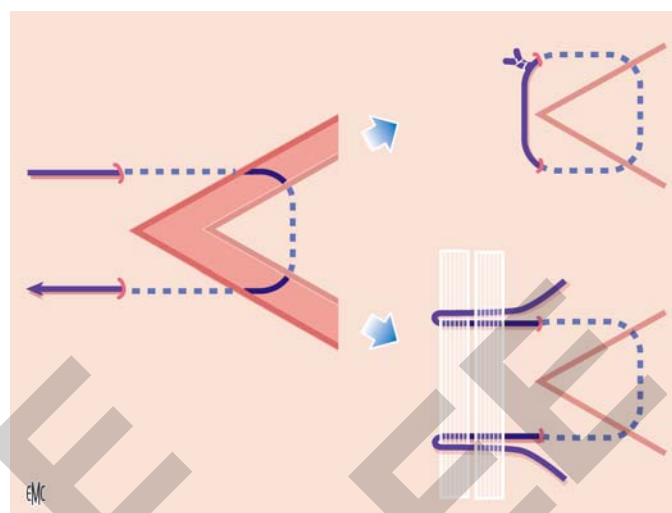


Figure 16. Points d'angle. Il s'agit d'une variété de suture cutanéodermique en cadre réalisée à la pointe d'un lambeau. Lorsque le nœud est serré, l'effet ischémiant du point risque de faire nécroser la pointe du lambeau. Les deux fils peuvent être arrêtés par des Stéri-strips®.

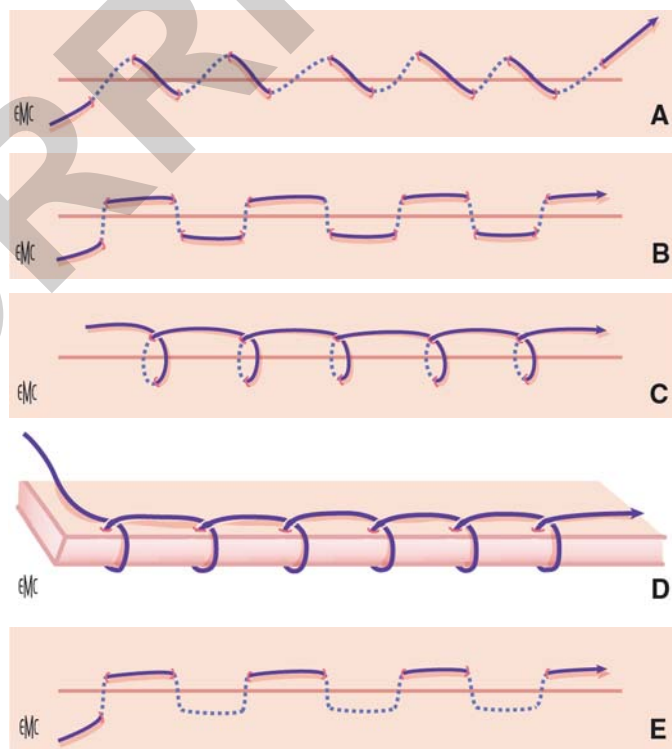


Figure 17. Différents types de surjet cutané.

A. Surjet simple. Dans ce cas particulier, l'aiguille passe la tranche obliquement. Il est également possible de réaliser un passage perpendiculaire aux berges.

B. Surjet en U. Il s'agit d'une succession de passages perpendiculaires à la ligne de suture, la sortie et l'entrée de l'aiguille étant chaque fois situées sur la même berge. Ce type de surjet réalise un bon affrontement.

C. Surjet passé. À chaque point, l'aiguille passe dans la boucle du point précédent. Lorsque ce type de surjet est serré, il est très ischémiant. Il n'est pratiquement jamais employé pour réaliser une suture cutanée.

D. L'effet ischémiant des surjets passés est utilisé pour réaliser l'hémostase transitoire de berges particulièrement vascularisées, comme le cuir chevelu.

E. Le surjet mixte cutanéodermique est une variété de surjet dans lequel d'un côté le fil passe sur la peau, et de l'autre côté le passage est intradermique. Ce type de surjet est utilisé pour affronter deux peaux de natures différentes ou pour mieux répartir une inégalité de longueur entre deux berges.

314 Lèvres

315 Si la perte de substance est transfixiante, suturer en trois
316 plans : la muqueuse (humide) et la semi-muqueuse rouge
317 (sèche) à points séparés de fil à résorption rapide, le muscle

318 orbiculaire à points séparés de fil non résorbable (monofilament
319 de Nylon®) et la peau de la lèvre blanche à points séparés
320 simples de fil non résorbable très fin. Ablation de ces derniers
321 fils entre 5 et 7 jours.

322 Oreilles

323 Après éventuellement quelques points d'un monofilament fin
324 incolore pour rapprocher le cartilage, un seul plan de points
325 séparés simples au fil non résorbable, qu'il s'agisse du pavillon
326 ou du lobule. Ablation des fils entre 7 et 10 jours.

327 Plaque aréolomammelonnaire

328 Plan profond à points dermiques inversants de fil résorbable.
329 Plan superficiel à points séparés cutanéodermiques en cadre de
330 Skoog, avec le nœud sur l'aréole et la partie dermique sous la
331 berge opposée. Un surjet en U de Skoog est aussi possible.
332 Ablation des fils entre 10 et 15 jours.

333 Mains, pieds

334 Pas de plan profond. Plan superficiel à points séparés simples
335 (pas de surjets, pas d'agrafes). Ablation des fils entre 12 et
336 17 jours.

337 Périnée, organes génitaux externes

338 Un seul plan de points séparés simples au fil à résorption
339 rapide. Comme pour la muqueuse buccale, faire de nombreux

nœuds (au moins six sur chaque point), bien serrés pour éviter 340
le lâchage prématuré des sutures. 341

Quelle que soit la suture, la douche à l'eau du robinet peut 342
être autorisée dès le lendemain. 343

■ Complications 344

Comme toute technique chirurgicale, la suture cutanée 345
comporte des risques de complications. En se limitant aux 346
complications plus spécifiques de la suture elle-même, on peut 347
citer : 348

- désunion, lâchage précoce des sutures ; 349
- infection, suppuration : localisée sur un fil sous-cutané ou 350
généralisée à l'ensemble de la plaie ; 351
- hémorragie, hématome ; 352
- nécrose cutanée par traction excessive ; 353
- botriomycome survenant sur une partie désunie ; 354
- complications des bandelettes adhésives et/ou des panse- 355
ments (allergie à la colle, phlyctène par traction tangentielle 356
excessive) ; 357
- modifications de la sensibilité des berges ; 358
- cicatrices : imprévisibles, évolutives et aléatoires ; même avec 359
une technique de suture parfaite, la cicatrice peut être élargie, 360
en relief hypertrophique, ou pigmentée. Le chirurgien fait la 361
suture et le patient fait la cicatrice. 362

363 M. Revol, Professeur des Universités (marc@revol.org).
364 J.-M. Servant, Professeur des Universités.

365 Service de chirurgie plastique, Hôpital Saint-Louis, 1, avenue Claude-Vellefaux, 75475 Paris cedex 10, France.

367 Toute référence à cet article doit porter la mention : Revol M., Servant J.-M. Suture. EMC (Elsevier Masson SAS, Paris), Techniques chirurgicales - Chirurgie
368 plastique reconstructrice et esthétique, 45-030, 2010.

Disponibles sur www.em-consulte.com



Arbres
décisionnels



Iconographies
supplémentaires



Vidéos /
Animations



Documents
légaux



Information
au patient



Informations
supplémentaires



Auto-
évaluations



Cas
clinique