



> Atelier prise en charge des plaies à suturer

- ☐ Technique de suture, matériel de suture
- ☐ Plaie à suturer : conditions

> Prise en charge des plaies

Organisation lors d'une suture

- Source d'éclairage mobile et orientable.
- Plateau stérile standard avec cupules.
- Champ perforé de taille suffisante, stérile, non tissé.
- Utiliser des aiguilles courbes.
- Lavage simple des mains insuffisant - friction alcoolique méthode de référence.
- Précautions standards : port de gants stériles, de surblouse, de lunettes de protection.
- Masque chirurgical et coiffe chirurgicale sont recommandés.



> Prise en charge des plaies

Quelles mesures de désinfection

- Risque infectieux majoré avec le délai de prise en charge.
- Lavage au sérum physiologique = temps fondamental.
- Trempage non recommandé.
- Brossage des plaies souillées sous anesthésie.
- Antisepsique : polyvidone iodée ou hypochlorite de sodium, éventuellement chlorhexidine.



> Prise en charge des plaies

Quelle prévention infectieuse ?

- Pas de place pour l'antibioprophylaxie dans le traitement des plaies, sauf pour :
 - Plaies fortement contaminées.
 - Contamination tellurique ou par excréments.
 - Fractures ouvertes, exposition articulaire ou tendineuse.
 - Morsures.
 - A discuter si mécanisme de la plaie par écrasement ou lacération, ischémie locale, état d'immunodépression, diabète, âges extrêmes.



> Prise en charge des plaies

Antibiothérapie de type préemptif, définie comme un traitement prescrit devant une suspicion d'infection débutante.

Situation clinique Orientation étiologique	Hypothèses microbiologiques	Propositions thérapeutiques durée courte d'administration (3 - 5 jours)	
		Choix préférentiel	Autres choix
Plaie nette Pas de signe infectieux Pas de facteur de risque infectieux		Abstention	
Pas de signe infectieux Facteurs de risque infectieux : - Plaies fortement contaminées	Staphylocoque Streptocoque	Pénicilline M	Pristinamycine Clindamycine
- Fractures ouvertes, exposition articulaire et tendineuse	Staphylocoque Streptocoque	Céphalosporine 2 ^e G Céfazoline	Clindamycine +/- Gentamicine
- Terrain ischémique local - diabète - Contamination tellurique/excrétats	Staphylocoque Streptocoque Entérobactéries anaérobies	Amoxicilline + Acide clavulanique	Céphalosporine 2 ^e G + Métronidazole. Clindamycine +/- Gentamicine



> Prise en charge des plaies

L'analgésie

- Evaluation neurologique (déficit sensitif ou moteur) avant toute technique d'analgésie.
- Injection intradermique régulière et lente dans les berges de la plaie, de proche en proche, après aspiration pour diminuer le risque d'injection intra-vasculaire.
- Si plaie manifestement contaminée infiltration en peau saine, à distance de la plaie proprement dite.



> Prise en charge des plaies

L'analgésie loco-régionale

- Pas d'anesthésie en bague.
- Anesthésie locale digitale par la gaine des fléchisseurs.
- Anesthésie intercommissurale.



> Prise en charge des plaies

Matériel nécessaire à la suture

- Fils résorbables et non résorbables, dans les tailles usuelles (1/0 à 6/0).
- Aiguilles courbes 3/8e de cercle de section triangulaire.
- Fils non résorbables monofils utilisés pour les plans superficiels, fils résorbables pour les plans profonds et muqueuses.



> Prise en charge des plaies

Indications et modalités du parage

- Deux cas de figures se présentent le plus souvent :
 - Plaie récente non contuse, non souillée : exploration de la profondeur à la superficie, plan par plan. Si présence atteinte élément noble ou si doute lésionnel : transfert au chirurgien. Si aucune lésion, suture possible.
 - Plaie contuse, souillée ou ancienne : après lavage, excision des zones contuses, souillées ou inflammatoires, le but : se rapprocher au maximum des conditions de suture d'une plaie simple et récente. Mais il faut se poser deux questions : est-il raisonnable de fermer la plaie, faut-il mettre en place un drainage? Son but : éviter la collection de sang susceptible de s'infecter. Suture à points séparés technique évitant une collection de se former. Si décollement sous-cutané important drainage par crins de Florence.



> Prise en charge des plaies

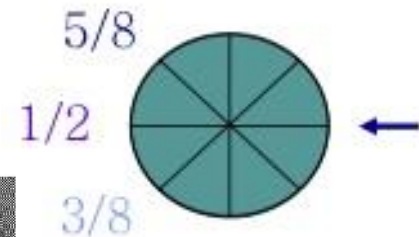
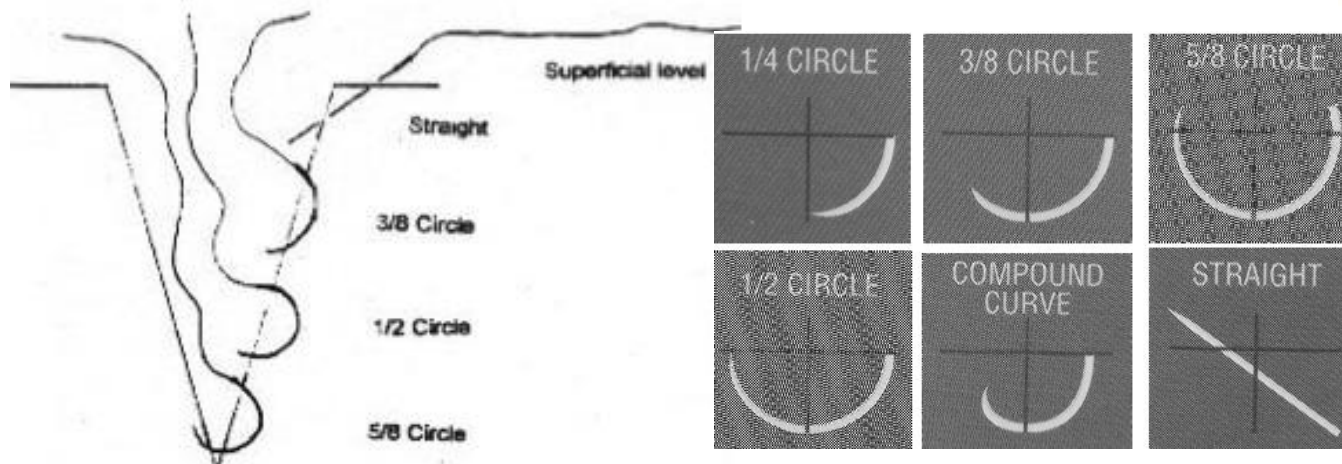
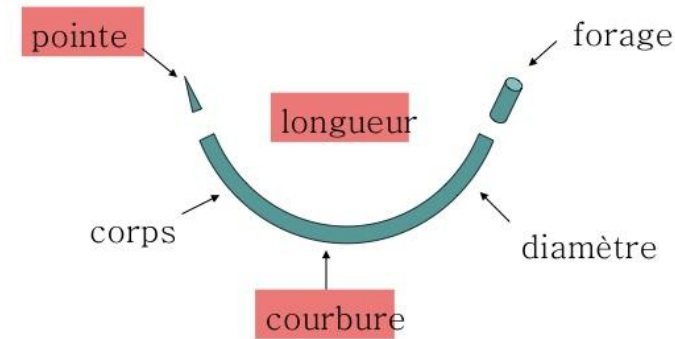
Les 4 conditions pour une bonne suture sont :

- Bonne vascularisation des berges.
- Absence de tension entre les berges.
- Bonne technique de suture.
- Environnement favorable.

> Prise en charge des plaies

Choix des aiguilles

- Forme :
 - Plus le plan est profond, plus l'aiguille est courbée.
 - Corps : ronde, triangulaire, rectangulaire
- Dimensions.
- Pointe :
 - Ronde : Nontranchante
 - Triangulaire : Pénétrante



> Prise en charge des plaies

Choix du fils

• Tressé

- Capillarité (meilleure tolérance)
- risque infectieux
- Moins lisse
- Moins résistant à la tension
- Meilleure prise en main
- Meilleure tenue des noeuds



• Monofilament

- Pas de capillarité
- Moins risque infectieux
- Meilleure glisse
- Meilleure résistance à la tension
- Effet mémoire
- Plus de noeuds nécessaires



> Prise en charge des plaies

Choix du fils

- Dimensions :
 - Exprimé en décimal : 1/10ème mm.
 - USP (pharmacopée américaine) : lié à la résistance du fil.

N° décimal <i>N° metric</i>	0,3	0,4	0,5	0,7	1	1,5	2	2,5	3	3,5	4	5	6	7
N° commercial <i>N° USP</i>	9/0	8/0	7/0	6/0	5/0	4/0	3/0	3/0 bis	2/0	0	1	2	3	5
Ø mm	0.030 - 0.039	0.040 - 0.049	0.050 - 0.069	0.070 - 0.099	0.10 - 0.149	0.15 - 0.199	0.20 - 0.249	0.25 - 0.299	0.30 - 0.349	0.35 - 0.399	0.40 - 0.499	0.50 - 0.599	0.60 - 0.699	0.70 - 0.799

> Prise en charge des plaies

Choix du fil

- Caractéristiques biologiques :
 - Non résorbable : présence permanente dans l'organisme.
 - Résorbable.

	Tresse rapide	Monofil moyen	Tresse moyenne	Monofil lent
Résistance	10/14 jours	3 à 4 semaines	4 à 5 semaines	3 mois
Résorption	42 jours	90 à 120 jours	60 à 90 jours	6 mois



> Prise en charge des plaies

Lecture pochette de fils

Dimension
du fil en USP

Origine et
aspect :
Synthétique -
monofilament

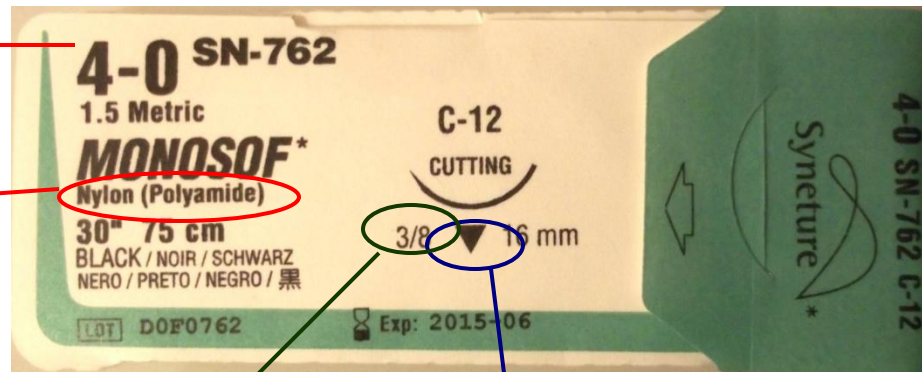


Forme du corps
de l'aiguille :
triangulaire

Forme de
l'aiguille :
3/8ème de
cercle

Dimension
du fil en USP

Origine et
aspect :
Synthétique -
monofilament



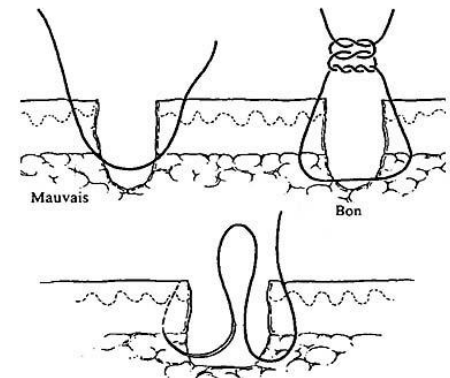
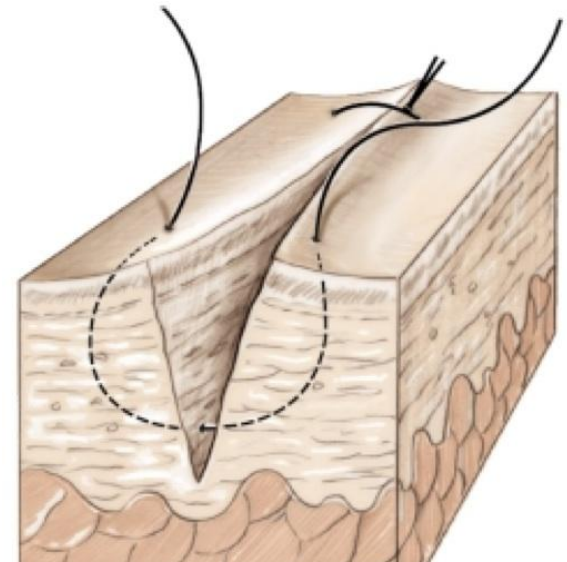
Forme de l'aiguille
: 3/8ème de cercle

Forme du corps
de l'aiguille :
triangulaire

> Prise en charge des plaies

Le point simple

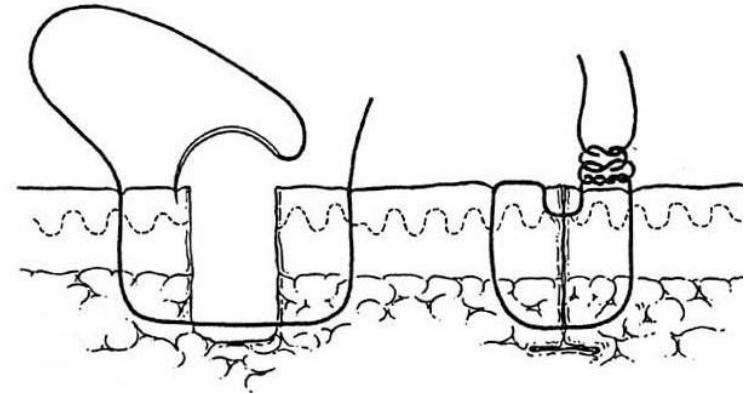
- Il est le plus utilisé s'il n'y a pas de traction.
- Introduction de l'aiguille à une distance du bord de la plaie égale à la moitié de la profondeur de celle-ci.
- Charger plus de tissu en profondeur qu'en surface.
- Ressortir par la tranche de section et effectuer une manœuvre symétrique sur l'autre berge.
- Faire le nœud sans serrer et de préférence sur un côté pour ne pas gêner la cicatrisation.
- Le point simple peut donner une inversion ou une superposition des berges de la plaie. La traction sur le nœud en direction du côté décalé permet de corriger une différence de niveau.



> Prise en charge des plaies

Le point de Blair Donatti

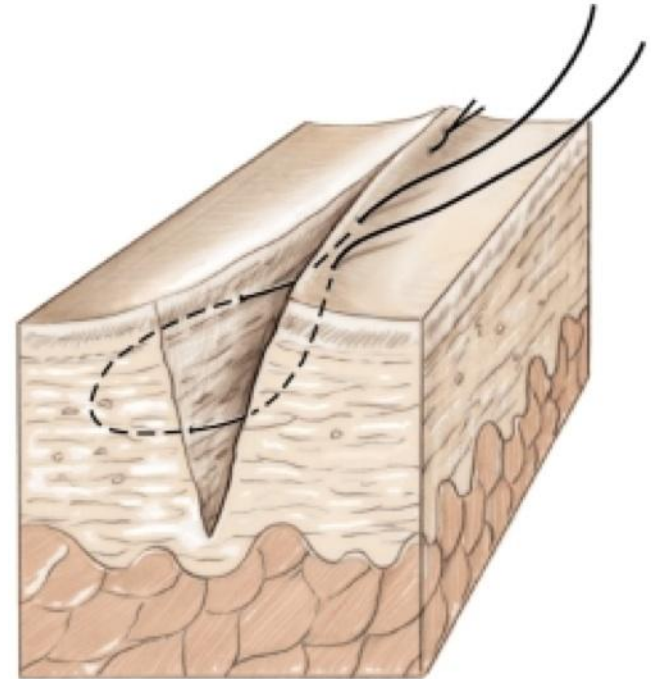
- Il a l'avantage, par rapport au point simple, de bien affronter les plans profonds.
- Il a un effet éversant, hémostatique sur les tranches de section et maintient plus solidement les lèvres rapprochées.
- Cet effet est particulièrement utile dans les zones de traction forte (régions dorsales) ou en cas de saignement diffus des lèvres de la plaie.
- Il se réalise perpendiculairement à la ligne d'incision, par un premier passage plus éloigné et plus profond des berges jusque dans les couches profondes du derme, puis par un retour plus près des bords de la plaie, ne chargeant que la tranche dermo-épidermique.



> Prise en charge des plaies

Le point en U

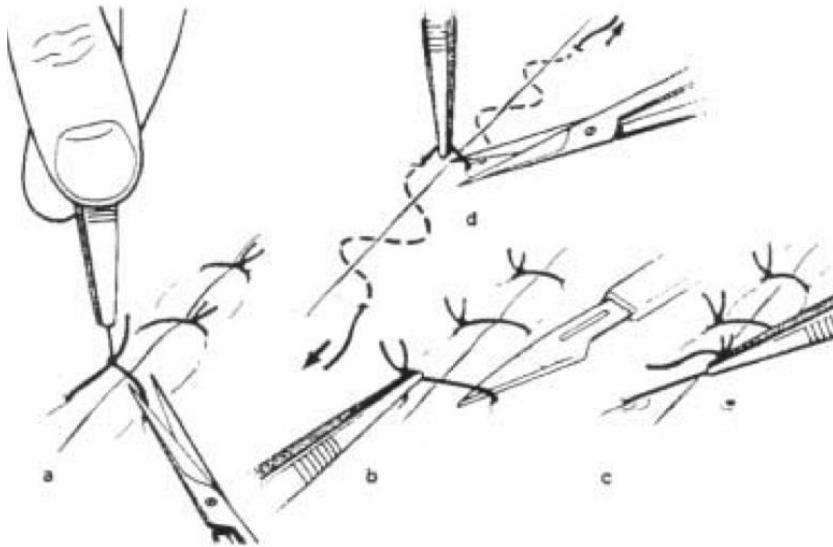
- Il s'agit d'un point éversant à effet hémostatique constitué de deux points simples juxtaposés et passés en sens inverse.
- Il ne doit pas trop serrer sous peine d'être nécrosant.



> Prise en charge des plaies

Enlèvement des fils

- Les fils seront ôtés en moyenne et s'il n'y a pas de traction.
- Il ne faut pas craindre de laisser ces fils plus longtemps dans certaines situations pour autant qu'il y ait un suivi régulier de la plaie.



Ablation des fils chez l'adulte

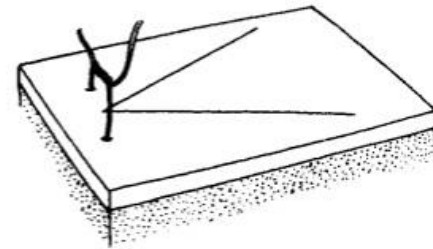
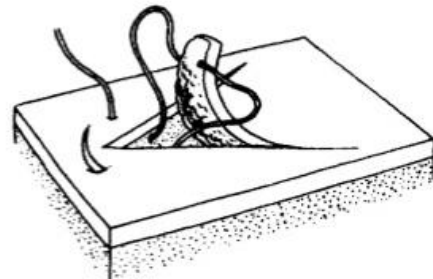
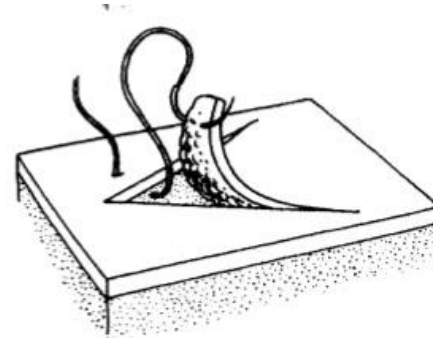
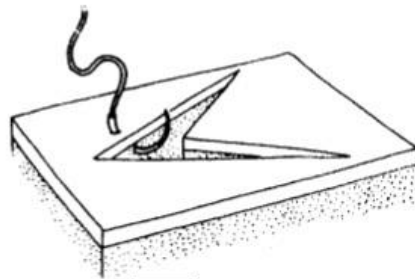
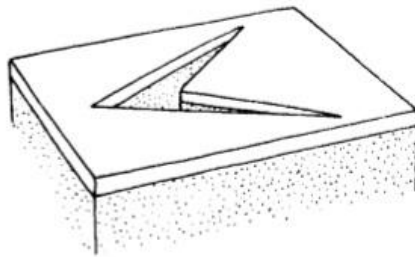
Localisation de la plaie	Durée proposée
Visage	5 jours (sauf paupières 3 jours)
Cou	10 à 14 jours
Oreille	10 à 14 jours
Scalp	6 à 8 jours
Tronc	15 à 21 jours
Main face dorsale	10 à 14 jours
Main Face palmaire	14 jours
Membre inférieur	15 à 21 jours
Pied	12 à 14 jours
Pénis	8 à 10 jours
Membre supérieur	12 à 14 jours



Conférence de Consensus : Prise en charge des plaies aux urgences – 2005

> Prise en charge des plaies

Point d'angle



> Prise en charge des plaies

Bandelettes adhésives

- Fermeture des petites plaies.
- Renforcement des plaies après élimination précoce des fils.



> Prise en charge des plaies

Colle synthétique

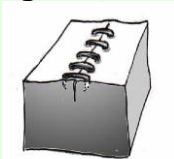
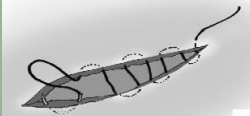
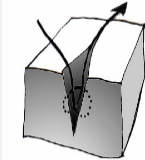
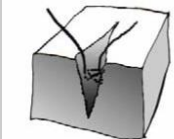
- À base de cyanoacrylate.
- Fermeture de plan cutané des plaies traumatiques ou des incisions chirurgicales propres, franches et sans tension



> Prise en charge des plaies

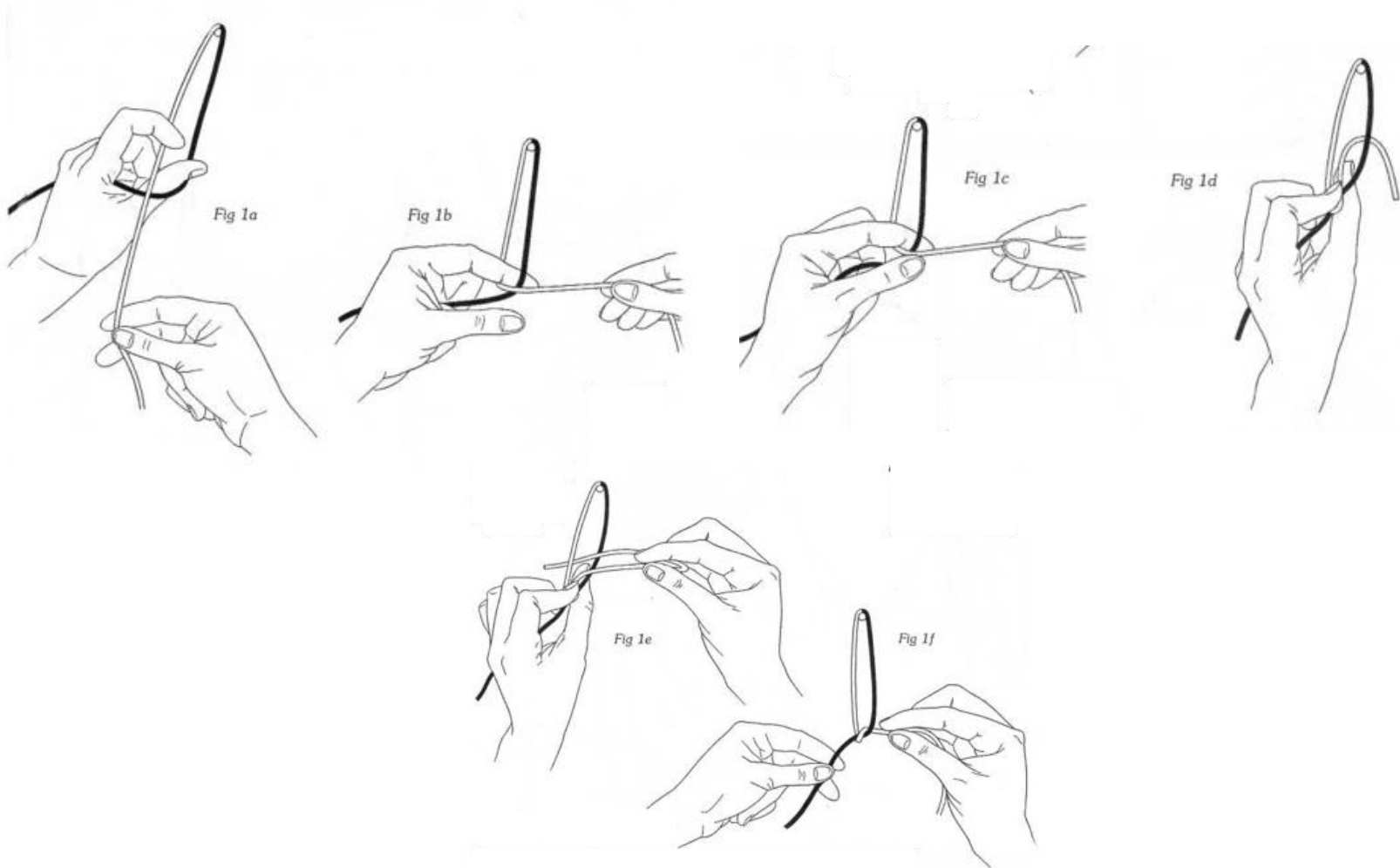
Type de suture	Indications	Remarques
Les sutures adhésives 	Plan superficiel Petites plaies à bords nets peu profondes ne saignant pas. Affrontement sans tension et bonne adhérence possible.	Cette méthode facile et indolore, imite les phénomènes inflammatoires. Elle peut compléter les autres modes de suture.
Colle tissulaire 	Plan superficiel Plaie inférieure à 10 cm peu profonde franche et linéaire ne saignant pas. Idéale pour la face et chez le jeune enfant	Indolore. Sensation de chaleur à la pose. Protection de l'œil si sur la face avec compresse ou barrage avec gel d'acétone. Suture hermétique.
Point simple 	Plan superficiel ou plan profond Suture la plus commune	Placer le nœud sur le bord de la berge en évitant de serrer. L'apparition « d'échelle » est possible lors de la cicatrisation.
Point de Blair-Donati 	Plan superficiel. Permet de rapprocher les plans profond et superficiel dans un même temps. Zone où le préjudice esthétique est moindre. Suture avec tension.	Le nœud peut s'enfouir sous la peau si le fil est laissé trop longtemps.
Point d'angle 	Plaie présentant un lambeau triangulaire en association avec des points simples.	Vérifier l'état vasculaire de la pointe du lambeau que l'on suture. Point noué suffisamment lâche pour éviter la nécrose.

> Prise en charge des plaies

Type de suture	Indications	Remarques
Surjet simple et surjet passe 	Permet de refermer rapidement une plaie. La meilleure indication étant les plaies du cuir chevelu.	Mauvais résultat esthétique
Agrafe 	Plaies peu hémorragiques du cuir chevelu.	Suture rapide et facile mais peu esthétique. Nécessite une pince spéciale pour leur ablation
Surjet intradermique 	Plaies propres, à berges nettes avec impératif esthétique (le fil chemine sous la peau). Plaie muqueuse.	Nécessité une expérience pratique accrue. Créer une suture étanche.
Point inverse 	Plan profond en complément de la suture cutanée	
Point en X 	Hémostase du cuir chevelu	

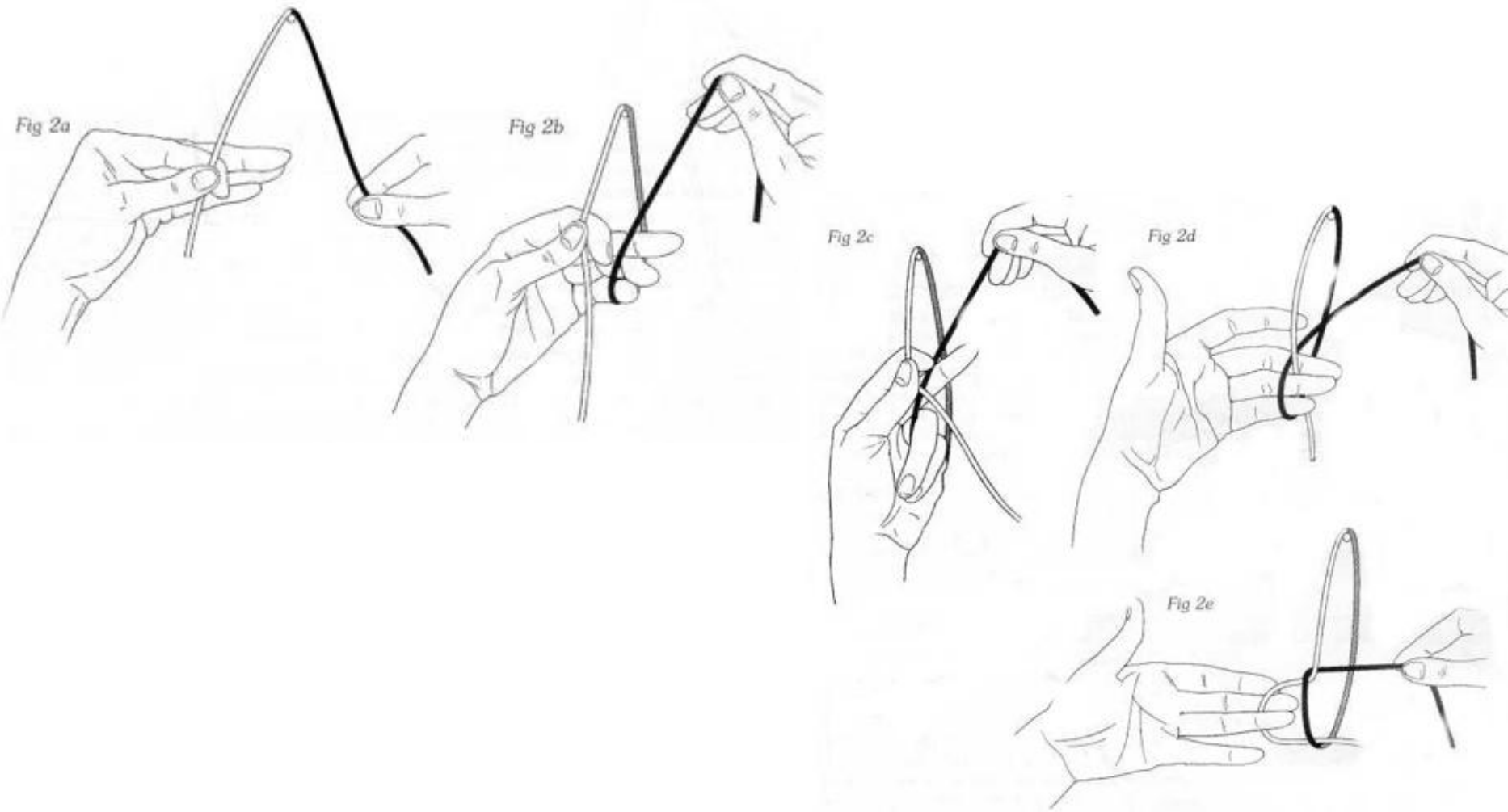
> Prise en charge des plaies

Nœud confectionné avec les 2 mains



> Prise en charge des plaies

Nœud confectionné d'une seule main



> Prise en charge des plaies

Confection d'une demi-clé

Fig 3a

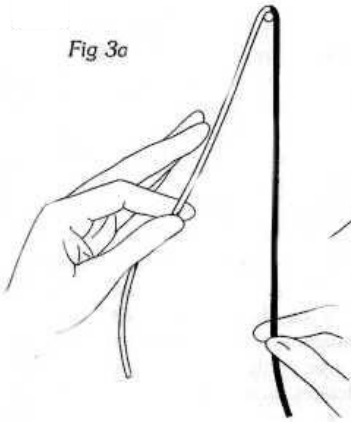


Fig 3b

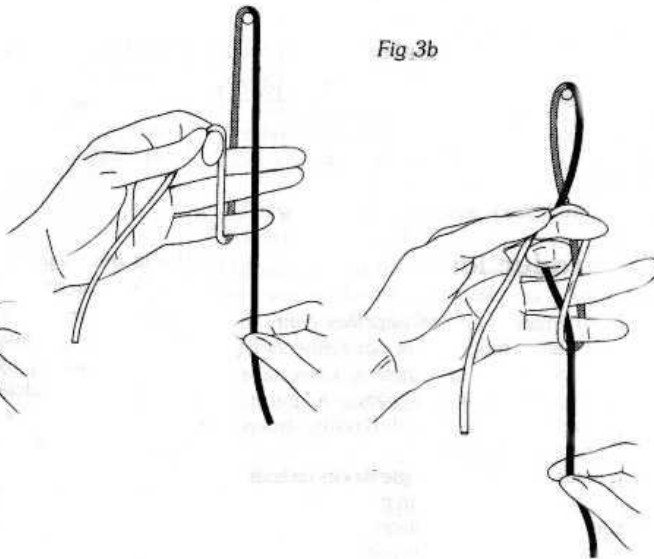


Fig 3c

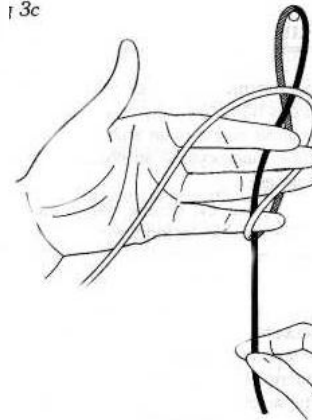
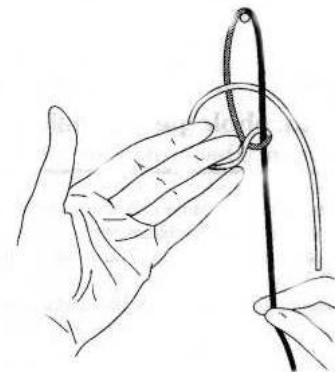


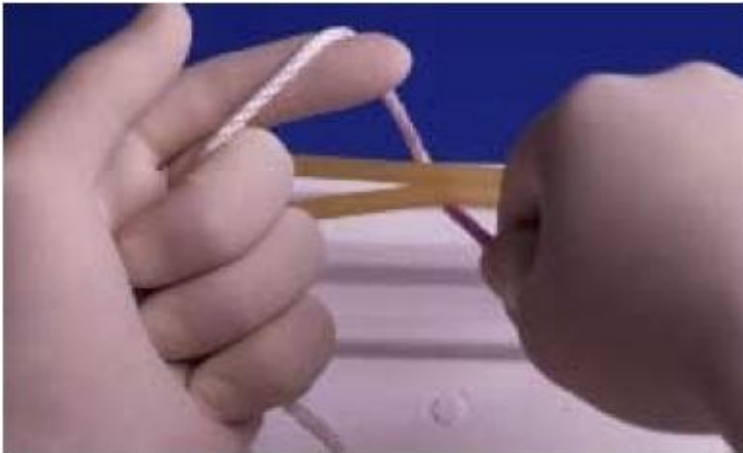
Fig 3d



> Prise en charge des plaies



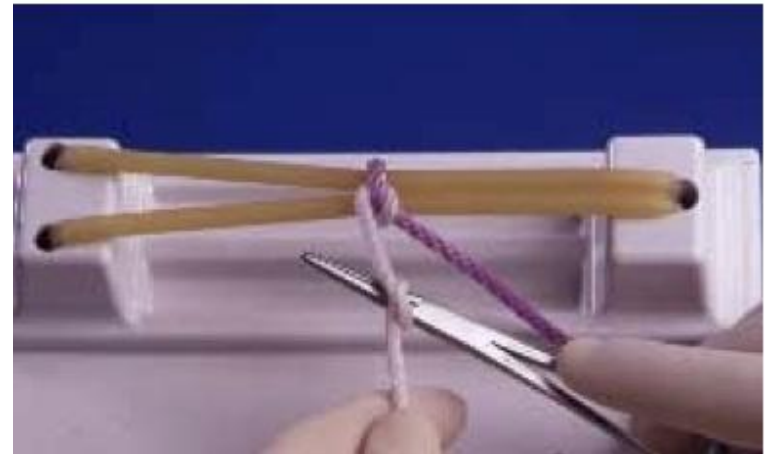
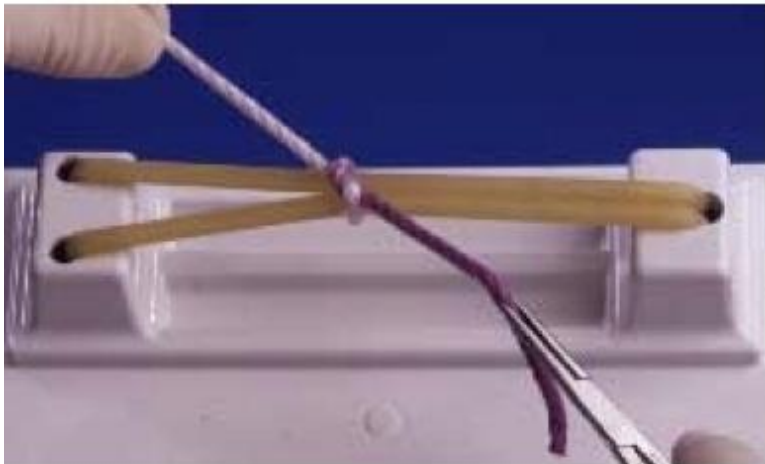
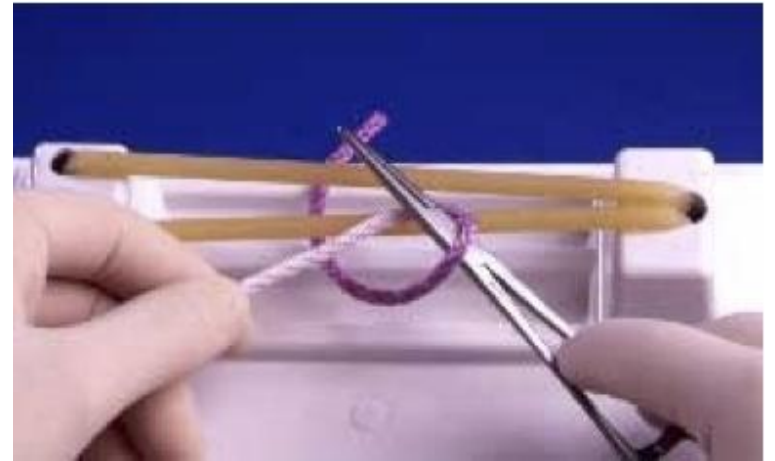
Nœud confectionné d'une seule main



> Prise en charge des plaies



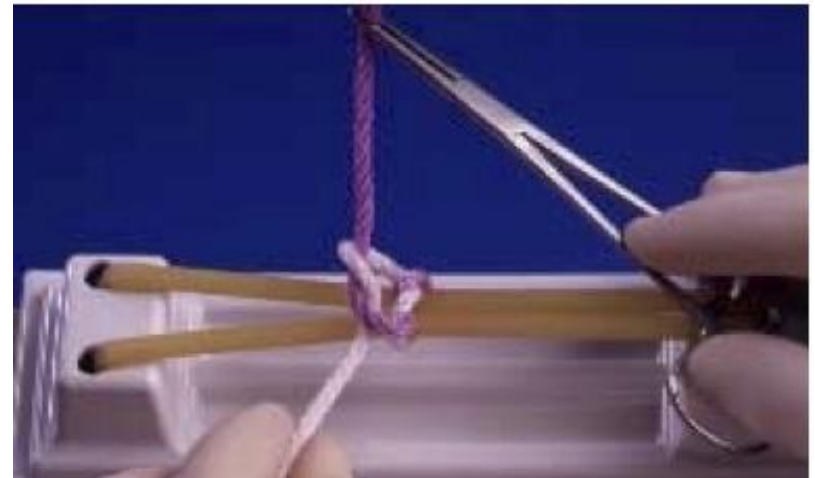
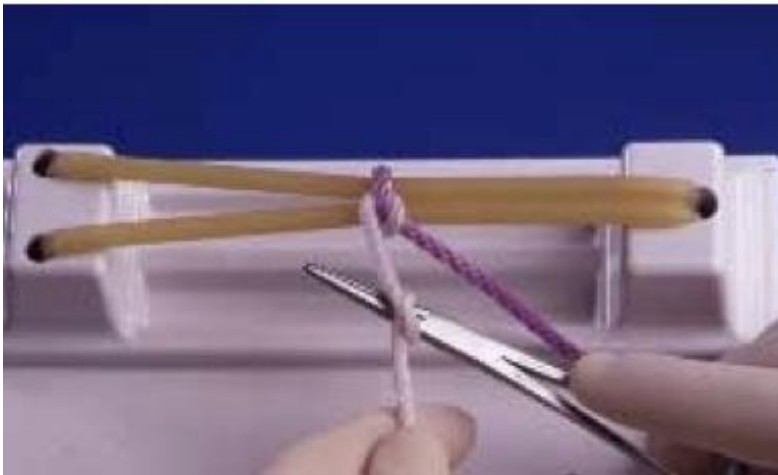
Nœud confectionné à l'aide d'une pince



> Prise en charge des plaies



Nœud confectionné à l'aide d'une pince suite



> Prise en charge des plaies

QuickTime™ et un
décompresseur DV - PAL
sont requis pour visionner cette image.



> Prise en charge des plaies à suturer

- ☐ Cas particuliers
- ☐ Vaccination anti-tétanique
- ☐ Stratégies de prise en charge : aspect médico-économique et aspect médicolégal

> Prise en charge des plaies : cas particuliers

Quelles sont les plaies à ne pas suturer

- Petites pertes de substance cutanée sans atteinte ou mise à nu d'éléments nobles.
- Plaies par morsure sans préjudice esthétique et sans complication.
- Plaies souillées à haut risque infectieux : cicatrisation dirigée ou suture différée.



> Prise en charge des plaies : cas particuliers

Cicatrisation dirigée

- Se fait en trois phases :
 - Phase 1 : détersion par gestes mécaniques et utilisation de pansements gras, voire par une détersion enzymatique (pommade aux enzymes protéolytiques)
 - Phase 2 : le bourgeonnement justifie l'application d'un pansement non adhérent semi-occlusif ou occlusif absorbant. Lors de cette phase, la plaie est nettoyée à l'eau stérile. Pas de désinfection, retarde la cicatrisation, à utiliser qu'en cas d'infection du bourgeon. En cas de bourgeonnement exubérant application de corticoïdes locaux.
 - Phase 3 : épithélialisation accélérée par l'utilisation de pansement occlusif ou semi-occlusif.

> Prise en charge des plaies : cas particuliers

Plaies de la tête et du cou

- Recherche systématique de lésions d'éléments nobles :
 - en para-médian, l'émergence des trois branches sensibles du nerf trijumeau et les branches du nerf facial, le globe oculaire, les voies lacrymales au tiers interne des paupières, le canal de Sténon sur le tiers médian de la ligne unissant le tragus au pied de l'aile nasinaire, les vaisseaux faciaux, en avant de l'angle mandibulaire et dans le sillon naso-génien.
 - Au niveau cervical, l'axe respiratoire est médian et les axes artério-veineux sont latéraux.
 - Pas d'anesthésie avant étude motricité nerf facial et sensibilité de la face.
 - Délai de suture classique de 6 heures peut être dépassé aux niveaux facial et buccal.

> Prise en charge des plaies : cas particuliers

Plaie du cuir chevelu

- Elle impose la recherche sous anesthésie locale de complications :
 - Atteinte osseuse (embarrure).
 - Ecoulement de LCR.
 - Extériorisation de substance cérébrale
- Le rasage des cheveux à proximité des berges n'est pas conseillé; leur contention par clip ou par application de pommade antiseptique pendant la suture doit lui être préféré.

> Prise en charge des plaies : cas particuliers

Plaies des ceintures et des membres

- Examen clinique minutieux à la recherche de lésions vasculaires et nerveuses induites par l'agent vulnérant.
- Décrire ces lésions de manière exhaustive dans le dossier médical.
- Attention au niveau du coude et du genou où la plaie peut être articulaire.

> Prise en charge des plaies : plaies de la main et des doigts

Devant toute plaie

- Faire préciser les circonstances de l'accident, le mécanisme lésionnel et le délai écoulé.
- L'inspection recherche une anomalie de la coloration en aval de la plaie, une perte du tonus postural du doigt (section tendineuse), une éventuelle déformation (fracture ouverte).

> Prise en charge des plaies : plaies de la main et des doigts

Examen

- Etudie la mobilité active, doit être réalisé de façon analytique, segment par segment.
- Etudie la sensibilité : si plaie du poignet, examen territoire du nerf correspondant (médian, radial ou ulnaire) ; si plaie de la paume ou du doigt examen de la sensibilité hémi-pulpe par hémi-pulpe en aval de la plaie.
- Recherche des signes de dévascularisation : coloration et tonus pulpaire, pouls capillaire, voire piquûre distale à la recherche d'un saignement et de son aspect.

> Prise en charge des plaies : plaies de la main et des doigts

3 situations à ne pas manquer

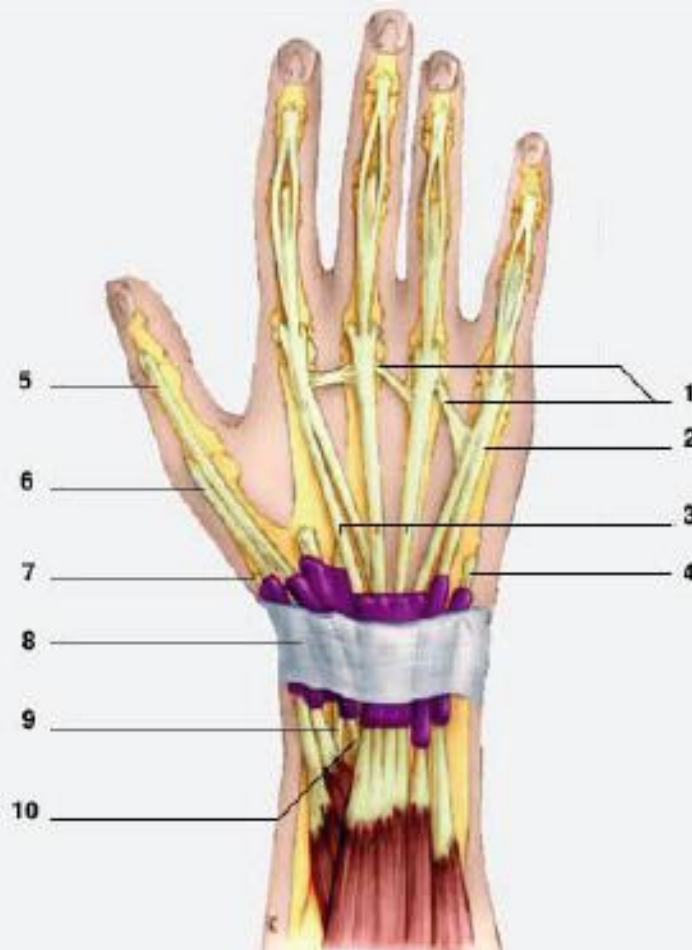
- Injection de liquide sous pression (peinture, huile, ...) : plaie punctiforme, souvent pulpaire, mais évolution gravissime. Urgence chirurgicale immédiate.

Lorsque l'accident survient, le rôle du médecin amené à voir initialement ces patients est fondamental car il doit reconnaître l'urgence malgré la bénignité apparente de la porte d'entrée cutanée, la plupart du temps punctiforme.

- Dévascularisation secondaire à une section des 2 artères collatérales à rechercher en présence d'une plaie palmaire, attention ischémie chaude (l'étude portera : chaleur, coloration, pouls capillaire)
- Plaie articulaire : toute plaie digitale dorsale peut être associée à une plaie articulaire.

> Prise en charge des plaies : plaies de la main et des doigts

Section tendons extenseurs : anatomie



- 
- 1 : Juntura tendinum
 - 2 : extenseur propre du V
 - 3 : extenseur commun
 - 4 : extenseur ulnaire du carpe
 - 5 : long extenseur du pouce
 - 6 : court extenseur du pouce
 - 7 : long abducteur du pouce
 - 8 : rétinaculum dorsal
 - 9, 10 : extenseur radiaux long et court du carpe

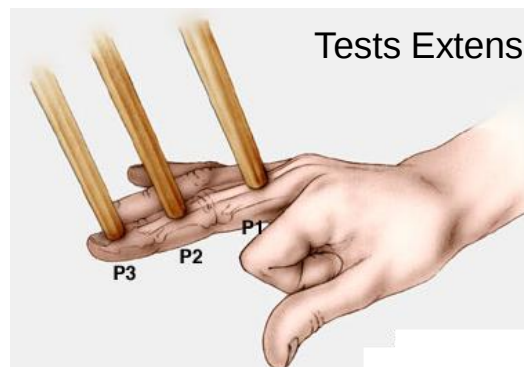
> Prise en charge des plaies : plaies de la main et des doigts

Section tendons extenseurs

- Testing analytique :
 - Doigts longs : Extension MP teste extenseurs propres et communs. Demander au blessé de « faire les cornes ».
 - Si section extenseur commun 3ème et 4ème doigt, possibilité de compensation par les Junctura.
 - Extension IPP se méfier d'une possible compensation à la phase initiale par les bandelettes latérales.
 - Extension IPD permet l'étude des bandelettes latérales et terminale et doit se pratiquer en extension MP et IPP.



Test extenseur propre index et auriculaire



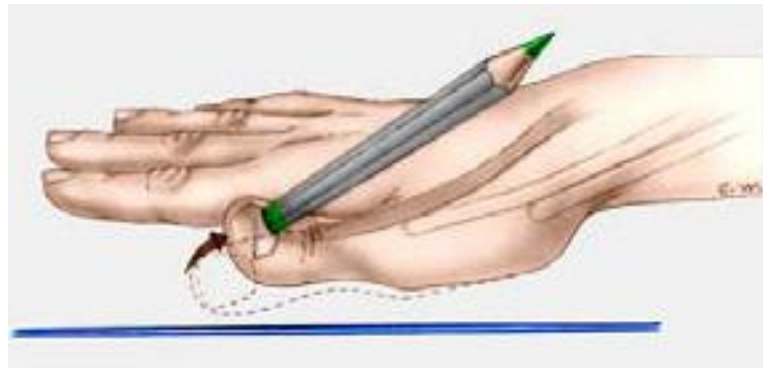
Tests Extension MCP, IPP, IPD



> Prise en charge des plaies : plaies de la main et des doigts

Section tendons extenseurs

- Testing analytique au niveau du pouce :
 - Long extenseur du pouce testé main posée à plat sur le plan de la table en demandant au patient de décoller le pouce vers le plafond. Extension interphalangienne sans hyperextension permise en cas de section du long extenseur du pouce par l'action des muscles intrinsèques du pouce
 - Court extenseur du pouce est testé grâce à une extension active contre résistance de la MP.

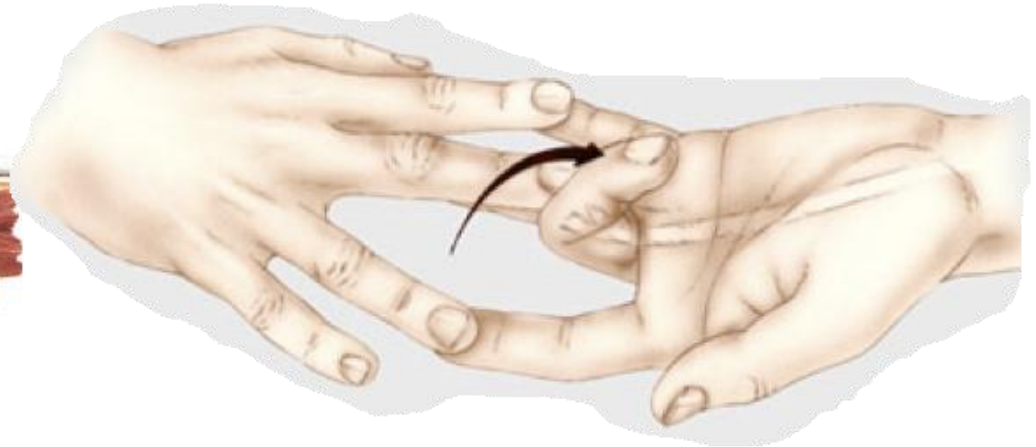
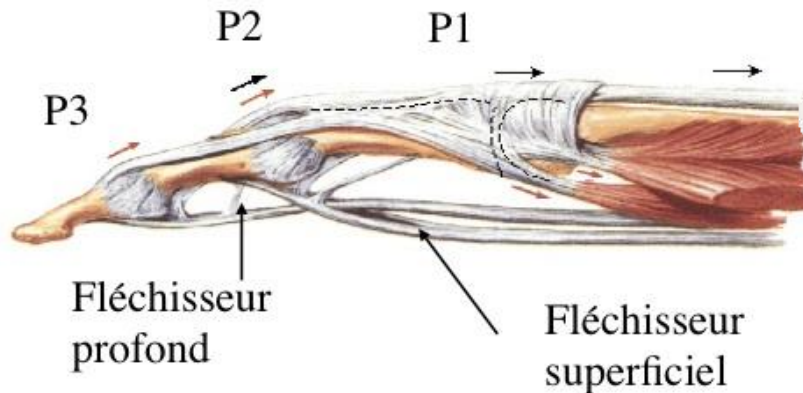


Test long extenseur pouce

> Prise en charge des plaies : plaies de la main et des doigts

Section tendons fléchisseurs (1)

- Diagnostic d'une plaie franche des 2 tendons fléchisseurs est aisé et évident. Il en est tout autrement des plaies isolées d'un seul tendon et des plaies partielles.

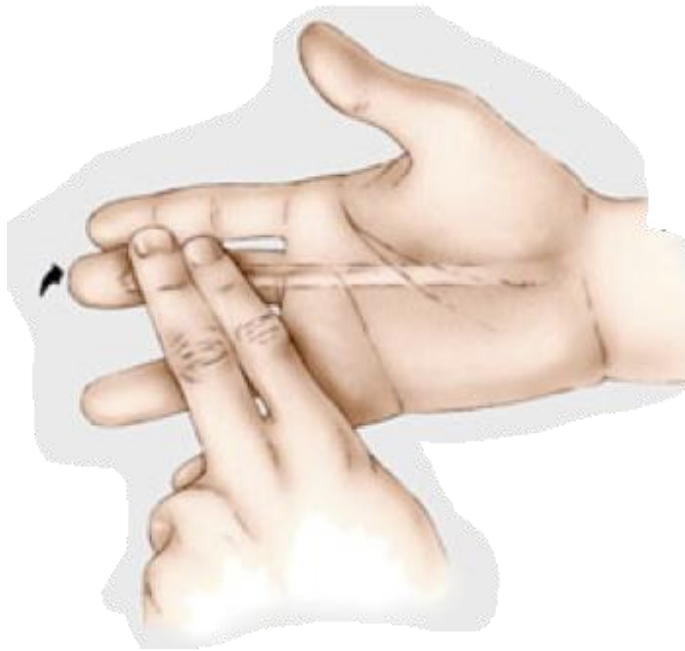


Le fléchisseur superficiel est testé en demandant au patient de plier électivement l'interphalangienne proximale en neutralisant l'action du fléchisseur profond par blocage des deux doigts adjacents par appui sur leurs pulpes distales.

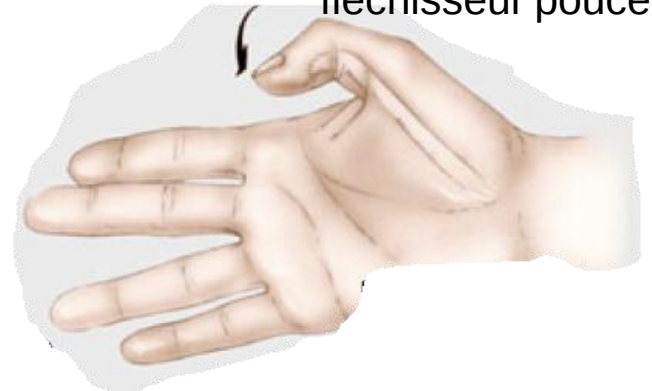
> Prise en charge des plaies : plaies de la main et des doigts

Section tendons fléchisseurs (2)

Le fléchisseur profond est testé en bloquant en extension les articulations métacarpophalangiennes et interphalangiennes du doigt blessé et en demandant au patient de plier ce doigt. Une flexion contre résistance douloureuse est le témoin soit d'une plaie de la gaine des fléchisseurs pouvant occasionner un phlegmon si celle-ci est méconnue, soit d'une plaie partielle pouvant être à l'origine d'adhérences péri-tendineuses avec raideur, de ressaut douloureux à la mobilisation active du doigt (cicatrisation nodulaire), ou de rupture tendineuse secondaire à l'utilisation de la main par fragilité tendineuse. L'exploration chirurgicale doit être systématique.



Test long
fléchisseur pouce



> Rappel anatomique (territoires vasculo-nerveux)

Nerf médian

- Nerf de la prise : il commande la pronation, la flexion de la main et des doigts plus l'opposition du pouce, on demande au patient de faire la manoeuvre pouce-index et pouce-majeur.
- Territoire sensitif du médian : face palmaire des 3 doigts radiaux et moitié radiale 4ème doigt ; face dorsale des 2 dernières phalanges des 3 premiers doigts et moitié externe du 4ème.

Bilan de sensibilité :

Sujet ayant les yeux fermés, en utilisant :

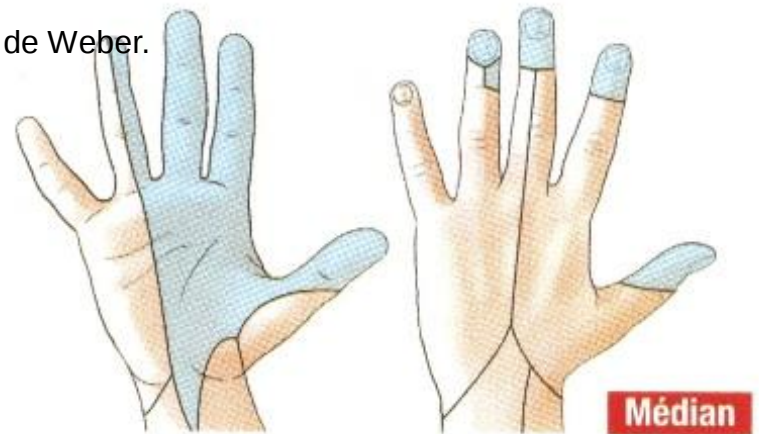
Coton : sensibilité tactile

Aiguille : douleur

Trombone : sensibilité discriminative, hémipulpe par hémipulpe = test de Weber.



Territoire sensitif



> Rappel anatomique (territoires vasculo-nerveux)

Nerf radial

- Nerf de l'extension : main tombante si atteinte.
- Sensibilité des 2/3 radiaux de la face dorsale de la main (tabatière anatomique)

Paralysie nerf radial
main en col de cygne



Bilan de sensibilité :

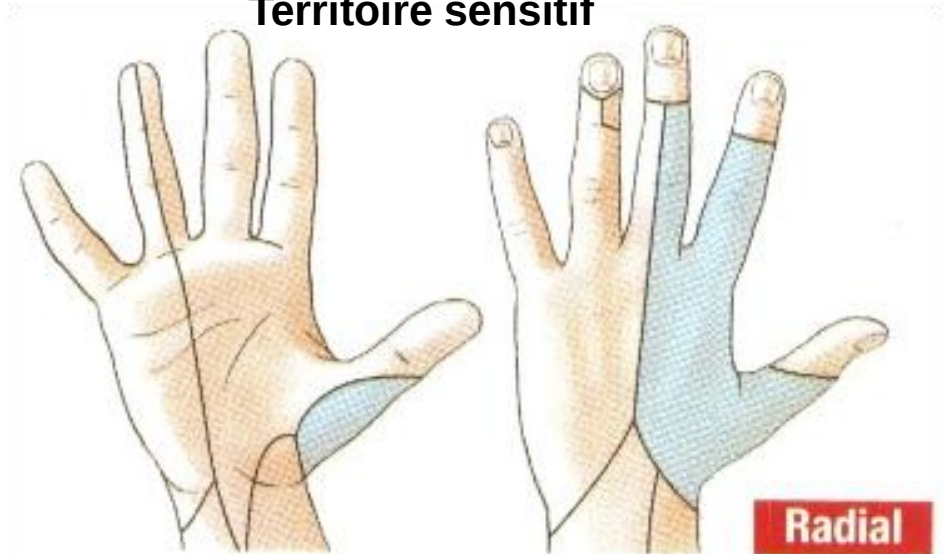
Sujet ayant les yeux fermés, en utilisant :

Coton : sensibilité tactile

Aiguille : douleur

Trombone : sensibilité discriminative, hémipulpe par hémipulpe = test de Weber.

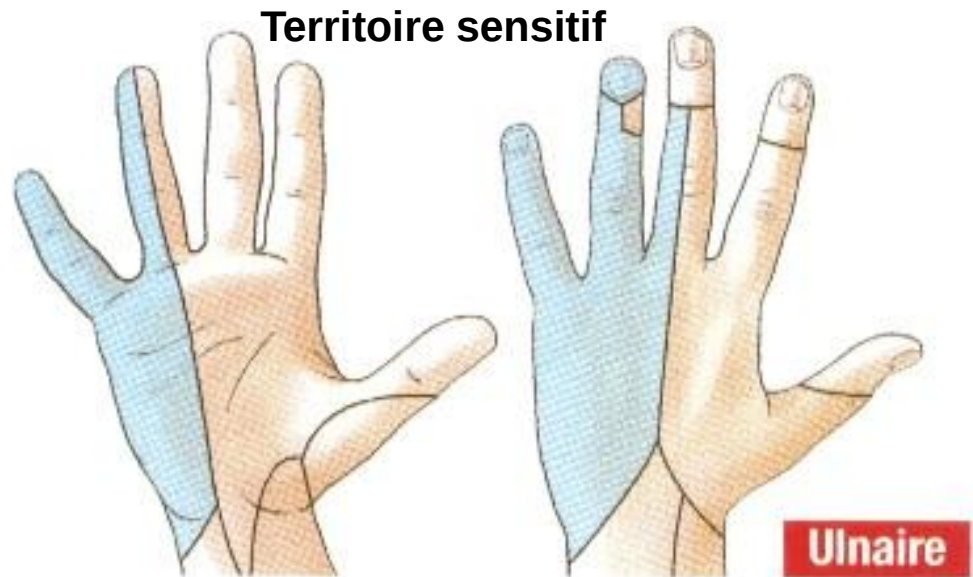
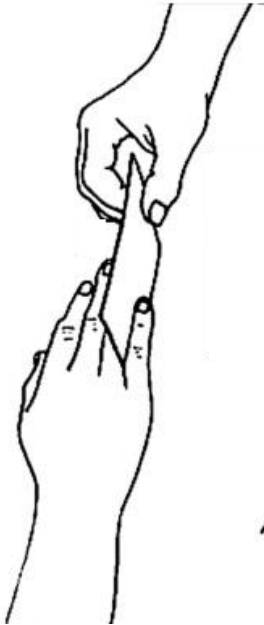
Territoire sensitif



> Rappel anatomique (territoires vasculo-nerveux)

Nerf ulnaire (cubital)

- Nerf qui écarte et stabilise les doigts, il commande l'innervation des muscles interosseux : écartement des doigts.
- Territoire sensitif : Sensibilité du 1/3 ulnaire de la face palmaire et dorsale de la main (pulpe de l'auriculaire)



> Prise en charge des plaies

Morsure (1)

- Risque infectieux déterminé par l'animal en cause, localisation de la morsure (main en particulier), antécédents de la victime et qualité des soins locaux de la plaie.
- Inoculation polymicrobienne.
- Traitement : lavage soigneux par irrigation sous pression, ablation des corps étrangers et excision de tous les tissus dévitalisés.
- Si infection apparaissant en moins de 12 h après la morsure évoqué la *Pasteurella*, après 24 h dues aux cocci à Gram positif ou à des bactéries anaérobies.

> Prise en charge des plaies

Morsure (2)

- Les indications d'hospitalisation sont :
 - Syndrome infectieux systémique.
 - Lésion articulaire ou tendineuse, ou simple présomption d'une atteinte articulaire.
 - Morsures complexes ou nécessitant une chirurgie reconstructrice.
- Pas de suture pour :
 - Plaies profondes ou examinées plus de 24H après la morsure.
- Un contrôle clinique de la majorité des morsures est indispensable 24 heures après.

> Prise en charge des plaies

Corps étranger

- Corps étrangers = objets macroscopiques palpables ou visibles introduits dans la plaie à l'occasion du traumatisme.
- La présence d'un corps étranger doit être soupçonnée par l'anamnèse, recherchée le cas échéant par l'imagerie (échographie, radiographie) et surtout lors de l'exploration qui accompagne le parage de la plaie : exploration au doigt, exploration instrumentale, agrandissement de la plaie.
- Quand l'examen est bien conduit, la plupart des corps étrangers sont détectés et retirés.
- Mais il semble inutile de s'acharner, le geste pouvant être plus nuisible que de laisser le corps étranger en place.

> Prise en charge des plaies

Chez la personne âgée

- Processus de cicatrisation affecté par le vieillissement cutané et le terrain sous jacent.
- La plaie aiguë peut alors devenir chronique notamment au niveau des membres inférieurs et évoluer vers un ulcère de jambe si une insuffisance veineuse ou artérielle préexiste sur ce membre.
- Vérification vaccination antitétanique.
- Epaisseur du derme diminue de 20% : peau fine et transparente.
- Toutes les étapes de la cicatrisation sont ralenties.
- Lésion typique rencontrée : déchirement cutané, plus ou moins épais et plus ou moins étendu.

> Prise en charge des plaies

Chez la personne âgée (2)

- Traitement classique de la plaie tout en tenant compte de la fragilité de la peau.
- La vascularisation est appréciée par le saignement provoqué au passage des compresses ou en piquant avec une aiguille fine. Les parties dévascularisées doivent être excisées, puis le lambeau est repositionné.
- La fermeture est l'étape délicate du soin car la peau fine tend à se déchirer à la moindre tension. Il est préférable dans ce cas de multiplier les points simples, sans tension.
- Si la plaie ne peut pas être suturée sans tension, il est préférable d'envisager une greffe cutanée secondaire après une cicatrisation initialement dirigée. Les sutures adhésives ne sont pas recommandées.



> Prise en charge des plaies

Critères d'hospitalisation

- Lésions articulaires, tendineuses ou vasculo-nerveuses.
- Syndrome infectieux systémique.
- Infection loco-régionale , extensive ou locale non contrôlée par l'antibiothérapie.
- Morsures complexes.
- Plaies par injection sous pression.
- Plaies pénétrantes.
- Plaies peri-orificielles.
- Plaies par laminage

> Prise en charge des plaies

Prise en charge du risque rabique

- Evaluation du risque de transmission de la rage pour toute plaie par morsure animale.
- Toute situation à risque nécessite par conséquent de prendre contact avec un centre de vaccination anti-rabique.
- Médecin centre anti-rabique joignable tous les jours dans le service des maladies infectieuses de l'hôpital Nord au 04.91.96.81.97, il posera les indication d'une vaccination contre la rage.

> Prise en charge des plaies

Prévention du tétanos

- Le tétanos reste une maladie d'actualité.
- couverture vaccinale devenant insuffisante avec le vieillissement de la population.
- Indication du rappel vaccinal ou injection d'immunoglobulines spécifiques en fonction nature de la plaie et antécédents vaccinaux.
- Pas de consensus dans le caractère tétanigène d'une plaie.
- Antécédents vaccinaux souvent imprécis du fait de l'absence de carnet de vaccination, en particulier chez les adultes.

> Vaccination anti-tétanique

Type de blessure	Patient non immunisé ou vaccination incomplète	Patient totalement immunisé Délai depuis le dernier rappel	
		5 à 10 ans	Plus de 10 ans
Mineure, propre Plaie mineure : piqûres, coupures, excoriations peu pénétrantes, non souillées, sans corps étranger ; plaies non traumatiques (ulcère de jambe) et toutes les interventions chirurgicales.	Commencer ou compléter la vaccination : anatoxine tétanique 0,5 ml	Pas d'injection	Anatoxine : tétanique 0,5 ml
Majeure, propre ou tétanigène. Plaie majeure toute plaie traumatique étendue, pénétrante avec corps étranger, souillée ou traitée tardivement (après 24 h), état de choc, délabrement ostéomusculaire ou toute exposition non traumatique : <i>brûlures étendues, avortements septiques, accouchements septiques, gelures, ulcères nécrotiques, gangrène</i>	Dans un bras : immunoglobuline tétanique humaine : 250 UI Dans l'autre bras : anatoxine tétanique 0,5 ml	Anatoxine tétanique 0,5 ml	Dans un bras : immunoglobuline tétanique humaine : 250 UI Dans l'autre bras : anatoxine tétanique 0,5 ml
Tétanigène, débridement retardé ou incomplet. De plus de 20 heures Poids > 80 Kg	Dans un bras : immunoglobuline tétanique humaine : 500 UI Dans l'autre bras : anatoxine tétanique 0,5 ml	Anatoxine tétanique 0,5 ml Antibiothérapie	Dans un bras : immunoglobuline tétanique humaine : 500 UI Dans l'autre bras : anatoxine tétanique 0,5 ml Antibiothérapie

> Prise en charge des plaies

Quelle est votre conduite à tenir ?



> Prise en charge des plaies

Quelle est votre conduite à tenir ?



> Prise en charge des plaies

Quelle est votre conduite à tenir ?



> Prise en charge des plaies

Quelle est votre conduite à tenir ?



> Prise en charge des plaies

Quelle est votre conduite à tenir ?



> Prise en charge des plaies

Quelle est votre conduite à tenir ?



> Prise en charge des plaies

Quelle est votre conduite à tenir ?

