

Mythes et traditions des urgences chirurgicales cutanées

Drs BENOIT HENRY^a, MICHAEL COTTON^b et VINCENT DELLA SANTA^a

Rev Med Suisse 2017; 13: 1381-4

Les traditions, agrémentées de mythes, ont la vie dure dans de nombreux domaines de la médecine, mais en particulier dans le domaine des urgences chirurgicales cutanées. Par quelques chapitres choisis, nous nous attelons à briser quelques mythes dans le sens d'une approche moins ritualisée de gestes quotidiens dans nos services d'urgences et dans les cabinets médicaux et policliniques.

Cutaneous surgery myths and traditions in the Emergency Department

Traditions and myths die hard in many fields of medicine but especially in the field of cutaneous surgical emergencies. In a few selected paragraphs, we set out to undo some of these myths with the aim of a less ritualized approach to daily gestures.

INTRODUCTION

À l'heure de l'evidence-based medicine, il est tentant de croire que nos pratiques quotidiennes se basent sur des faits scientifiques et que l'époque des croyances est révolue. Certaines pratiques courantes restent aujourd'hui bien ancrées dans nos habitudes quotidiennes. Notre objectif est de nous pencher sur certains mythes de chirurgie rencontrés fréquemment aux urgences pour tenter d'éclaircir leurs origines et de faire une revue de la littérature afin d'en tirer des conclusions pratiques.

IL EST CONTRE-INDIQUÉ DE FERMER UNE PLAIE TRAUMATIQUE AU-DELÀ DE 6 HEURES

Sur quoi repose ce mythe?

Cette échéance de 6 heures a été mentionnée pour la première fois en 1898 par Friedrich suite à une expérience chez le cochon d'Inde, étudiant l'évolution de plaies souillées par de la boue et de la poussière.¹ Durant la Seconde Guerre mondiale, le travail de Friedrich a été repris pour déterminer qu'un intervalle de 6 heures était sécuritaire pour la suture de plaies traumatiques chez les soldats blessés.

Que dit la littérature?

Une étude de cohorte néerlandaise en 2009 a étudié l'incidence d'infections de plaies suturées indépendamment du

temps de suture, sans traitement antibiotique associé.² L'étude n'a pas montré de relation statistiquement significative entre l'âge de la plaie (supérieur ou inférieur à 6 heures) et la présence d'infection. En revanche, elle suggère que la localisation de la plaie a un rôle dans la survenue de complications infectieuses, avec davantage d'infections observées pour des plaies du torse ou des extrémités inférieures. Cette étude suggère qu'il n'y a pas de raison de maintenir cette limite de 6 heures pour les sutures de plaies traumatiques. En 2015, une méta-analyse s'est penchée sur la question de l'utilisation des antibiotiques et des antiseptiques dans la gestion de plaies chirurgicales non suturées (cicatrisation secondaire), car estimées à risque infectieux trop important.³ Les résultats montrent qu'il n'existe pas de preuve solide de l'efficacité de tels traitements sur la survenue d'infections et la durée de la cicatrisation. Une étude américaine prospective multicentrique, réalisée en 2012, a cherché à déterminer les facteurs de risque associés aux infections de plaies traumatiques chez 2663 patients, dont 69 ont été infectées;⁴ elle a conclu que davantage d'infections survenaient en cas de plaies du tronc ou des extrémités surtout inférieures, de plus de 5 cm, contaminées ou survenant chez des patients diabétiques. Ces patients sont à considérer comme à haut risque d'infection (> 5%), et la question d'une antibioprophylaxie est à envisager. Les analyses suggèrent que le temps avant fermeture ne semble pas être un facteur de risque, avec absence de différence statistiquement significative entre les plaies suturées avant ou après 12 heures. Il n'y a également pas eu de différence relevée entre les différentes méthodes de fermeture de plaie.

Conclusion pratique

Le concept de *golden period* pour une suture sécuritaire de plaie traumatique ne semble plus d'actualité. Une des explications est que la décontamination des plaies, qui s'effectue désormais de manière routinière et l'amélioration des équipements durant ces 30 dernières années ont permis de s'affranchir de cette période. Les études récentes ne montrent pas d'évidence suggérant qu'il ne faut pas suturer la plupart des plaies traumatiques au-delà de 6 heures. Cependant, il n'existe actuellement aucune donnée systématique permettant de guider la prise de décision clinique sur le meilleur moment pour refermer les plaies traumatiques.

IL EST CONTRE-INDIQUÉ DE FERMER UNE PLAIE PAR MORSURE DE MAMMIFÈRE

Sur quoi repose ce mythe?

Une tradition! Il a été suggéré de laisser les plaies ouvertes en raison d'un risque infectieux estimé être majoré en cas de suture.

^aDépartement des urgences, Hôpital neuchâtelois, Maladière 45, 2000 Neuchâtel,

^bService des urgences, CHUV, 1011 Lausanne
benoit.henry@h-ne.ch | michael.cotton@chuv.ch
vincent.dellasanta@h-ne.ch

TABLEAU 1

Critères de l'IDSA pour motiver une antibiothérapie prophylactique en cas de morsure de chat ou chien

IDSA: Infectious Diseases Society of America.

Situations dans lesquelles une antibiothérapie prophylactique précoce pendant 3-5 jours est recommandée en cas de morsure de chat ou chien⁷

- Patients immunodéprimés
- Asplénie
- Insuffisance hépatique avancée
- Œdème préexistant ou présent dans la zone de la morsure
- Plaie modérée à sévère (sans définition précise) surtout si localisée sur la face ou la main
- Plaies perforantes avec risque d'atteinte du périoste ou d'une articulation

Que dit la littérature?

Une étude américaine en 2000 a analysé l'incidence d'infection de morsures de mammifères (incluant chats, chiens et humains) chez 145 patients immunocompétents consécutifs dont 87% de plaies rincées, 40% avec un brossage additionnel, 24% avec débridement chirurgical.⁵ Cette étude a montré une incidence d'infection secondaire de 6%, ce qui paraît être un taux acceptable pour certaines lésions avec un enjeu esthétique important. Un autre essai clinique randomisé a montré un taux d'infections global des morsures de chiens d'environ 8%, sans différence statistiquement significative en cas de suture versus non-suture.⁶ Les plaies étaient toutes lavées manuellement avec une aiguille de 19G et une seringue de 50 ml, pour un volume total de 500 ml et désinfectées, associées à une antibiothérapie systémique de 5 jours et à un débridement chirurgical si nécessaire. Le résultat esthétique est décrit comme bien meilleur en cas de suture. L'incidence des infections semblait toutefois diminuer avec la précocité de la suture. Pour ce qui est de la nécessité d'une antibiothérapie prophylactique, les guidelines de l'IDSA⁷ (Infectious Disease Society of America) sont claires: en cas de morsure de chat ou chien, pour certains patients et dans certains cas (**tableau 1**), une antibiothérapie prophylactique précoce pour 3-5 jours est recommandée.

Conclusion pratique

Suturer les morsures de mammifères (y compris les morsures humaines) précocement ne semble pas augmenter le risque infectieux, sous couvert d'une bonne désinfection, d'un débridement et d'une antibiothérapie dans certains cas. Cette approche améliore fortement le devenir esthétique des patients.

IL FAUT METTRE DES GANTS STÉRILES POUR SUTURER UNE PLAIE

Sur quoi repose ce mythe?

Une habitude qui vient de la pratique chirurgicale selon laquelle la «bonne» manière de suturer une plaie est de le faire stérilement. Cependant, les données scientifiques pour motiver une telle pratique dans la prise en charge de plaies traumatiques manquent. Travailler avec des gants stériles est chronophage et requiert davantage de ressources.

Que dit la littérature?

En 2016, une étude prospective américaine a comparé le taux d'infections de plaies traumatiques simples chez les patients

immunocompétents sans comorbidités hépatorénales ni diabétiques, selon l'utilisation de gants stériles versus non stériles pour les sutures.⁸ Les plaies étaient toutes lavées et désinfectées au préalable. Les auteurs n'ont pas retrouvé de différence statistiquement significative entre les deux groupes. De plus, différentes observations suggèrent qu'une asepsie stricte est rarement observée tout au long du geste, et que les plaies traumatiques, contrairement aux plaies chirurgicales, sont déjà contaminées par la flore de l'objet contondant et du patient lors de leur prise en charge.

Conclusion pratique

En comparaison à l'utilisation de gants propres non stériles, l'utilisation de gants stériles pour la suture de plaies traumatiques non compliquées est une technique plus coûteuse en temps, en ressources humaines et financières. Pour autant, il apparaît que l'utilisation de gants stériles ne permet pas de réduire le taux de survenue d'infection de ces plaies. Dans un but d'économie, il semble alors envisageable de recommander l'utilisation de gants propres non stériles pour la suture de plaies traumatiques.

DU SÉRUM PHYSIOLOGIQUE STÉRILE DOIT ÊTRE UTILISÉ POUR RINCER LES PLAIES

Sur quoi repose ce mythe?

Le processus de lavage et rinçage des plaies implique l'application d'un fluide non toxique pour retirer les débris, l'exsudat local et les déchets métaboliques, afin de créer un lit de cicatrisation optimal. L'utilisation de solutions antiseptiques semble provoquer des lésions tissulaires en raison de la lyse cellulaire provoquée par la différence de tonicité entre les milieux, ceci entravant une cicatrisation optimale. Pour cette raison, le sérum salé isotonique est utilisé pour le rinçage de plaies, car son isotonie permettrait de créer un lit de cicatrisation optimal en préservant les tissus et la flore cutanée locale (ce qui préviendrait le développement de germes pathogènes localement).

Que dit la littérature?

Une étude américaine multicentrique a comparé le taux d'infections de plaies simples rincées avec de l'eau du robinet versus du sérum salé isotonique, puis refermées par sutures ou agrafes.⁹ L'étude concernait des plaies superficielles non souillées et ouvertes depuis moins de 8 heures chez des patients immunocompétents sans comorbidités vasculaires ni diabétiques. Les auteurs n'ont pas retrouvé de différence statistiquement significative entre les deux groupes. De plus, les auteurs ont souligné que, dans de nombreux cas, le rinçage au robinet ne requiert pas la présence du soignant à une distance aussi courte que lors d'un rinçage manuel à la seringue. Cette possibilité de maintenir une plus grande distance avec le patient lors du rinçage des plaies réduit le risque de contamination par des liquides biologiques dus aux éclaboussures. En 2009, une méta-analyse a étudié les effets de la décontamination de plaies avec l'eau du robinet versus le sérum salé isotonique.¹⁰ Les résultats suggèrent une réduction statistiquement significative des infections de plaies traumatiques aiguës avec l'utilisation de l'eau du robinet en

comparaison à l'utilisation du sérum salé. Cependant, dans la population pédiatrique, cette différence n'a pas pu être démontrée.

Conclusion pratique

Effectuer le rinçage de certaines plaies simples avec l'eau du robinet ne semble pas exposer à davantage d'infections que l'utilisation de sérum salé isotonique. Cela permet une économie financière et de temps et semble pouvoir être recommandé. L'utilisation de l'eau du robinet potable pour laver les plaies traumatiques permettrait d'élargir l'accès aux solutions de lavage à certaines populations dans les pays occidentaux, et de réduire la survenue d'infections locales, à condition que l'eau utilisée soit microbiologiquement propre.

LA PRISE EN CHARGE D'UN ABCÈS DE LA PEAU OU DES TISSUS MOUS NÉCESSITE UNE COUVERTURE ANTIBIOTIQUE EN COMPLÉMENT DU TRAITEMENT CHIRURGICAL

Sur quoi repose ce mythe?

En théorie, une antibiothérapie seule n'est pas efficace pour traiter un abcès des tissus mous en raison de la coque de l'abcès qui empêche l'antibiotique d'accéder à l'élément pathogène. Pour cette raison, les abcès sont traditionnellement incisés et les coques (membranes pyogènes) d'abcès curettées.

Que dit la littérature?

En 1977, une étude a comparé l'évolution d'abcès des tissus mous incisés, vidés, et suturés à celle d'abcès incisés, vidés et laissés ouverts avec drainage, avec ou sans couverture antibiotique dans les deux groupes.¹¹ Les résultats suggéraient que la technique qui donnait les meilleurs résultats en termes de guérison est l'incision-curetage-drainage, et que la plus-value des antibiotiques restait encore à prouver. En 1970, une autre étude avait comparé le temps de cicatrisation de plaies chirurgicales septiques avec ou sans l'utilisation adjuvante d'une antibiothérapie.¹² Les analyses n'avaient pas montré de différence statistiquement significative sur la durée de cicatrisation entre les deux groupes. En 2010, une étude pédiatrique américaine a évalué l'évolution à 10 jours d'abcès des tissus mous incisés et traités par antibiotique versus placebo.¹³ L'étude a montré une fréquence similaire de mauvaises évolutions entre les deux groupes, ne suggérant pas un apport significatif des antibiotiques. Un essai clinique américain multicentrique, en double aveugle, récent a étudié l'évolution d'abcès cutanés non compliqués et drainés avec traitement antibiotique adjuvant versus placebo.¹⁴ Cette étude n'a pas montré un taux de guérison statistiquement et significativement plus élevé dans le groupe antibiotique. En revanche, le taux de drainage chirurgical secondaire était significativement plus faible en cas d'utilisation d'antibiotiques. Les recommandations américaines 2014 de l'IDSA⁷ ne préconisent pas l'adjonction systématique d'antibiotiques après incision et drainage d'un abcès cutané, sauf dans certaines situations: en cas de SIRS (syndrome de réponse inflammatoire systémique: fièvre >38°C ou température <36°C, tachypnée >24/min, fréquence cardiaque >90/min, numération des leucocytes >12 G/l ou <4 G/l), chez les patients immunodéprimés ou avec des abcès multiples.

Conclusion pratique

Malgré l'absence de preuve solide montrant l'efficacité des antibiotiques dans la prise en charge des abcès sous-cutanés, ceux-ci sont parfois recommandés en complément du drainage/incision. Beaucoup d'études qui se sont penchées sur cette question ont été réalisées en Amérique du Nord, où l'incidence et la prévalence des SARM (staphylocoques dorés résistant à la méticilline) communautaires sont plus importantes que dans nos pays européens. Pour autant, il n'existe pas à ce jour d'éléments permettant d'affirmer que le traitement d'un abcès des tissus mous nécessite un traitement antibiotique adjuvant.

Conflit d'intérêts: Les auteurs n'ont déclaré aucun conflit d'intérêts en relation avec cet article.

STRATÉGIE DE RECHERCHE DANS MEDLINE

Les données utilisées pour cet article ont été identifiées par une recherche Medline des articles publiés en anglais ou en français depuis 1975 dans le domaine de la chirurgie et des maladies infectieuses. Les articles ont été inclus dans la liste des références s'ils présentaient une approche originale pour chacune des sections principales de la revue ou couvraient les sujets suivants: mythes – tradition – chirurgie cutanée – urgences – plaies – suture – rinçage – morsures – gants stériles – abcès – antibiotiques – infections cutanées.

IMPLICATIONS PRATIQUES

- Il est possible de suturer une plaie ouverte depuis plus de 6 heures si elle n'est pas déjà macroscopiquement infectée (rougeur, écoulement), surtout si elle mesure moins de 5 cm et qu'elle n'est pas située sur les membres inférieurs d'un patient diabétique ou immunodéficient
- Suturer les plaies simples par morsure de mammifère est acceptable chez les patients immunocompétents après désinfection, débridement et antibiothérapie si nécessaire
- Suturer une plaie en se passant de gants stériles est acceptable
- Rincer une plaie traumatique simple à l'eau du robinet potable est une alternative acceptable aux solutions de rinçage habituellement utilisées dans les pays occidentaux, à condition que l'eau utilisée soit microbiologiquement propre
- Il n'existe pas à ce jour d'éléments permettant d'affirmer que le traitement d'un abcès unique des tissus mous chez les patients immunocompétents nécessite un traitement antibiotique, en l'absence de SIRS (syndrome de réponse inflammatoire systémique)

- 1 Friedrich PL. Die aseptische Versorgung frischer Wunden. *Langenbecks Archiv Klin Chir* 1898;57:288-310.
- 2 * van de Baar MTM, van de Palen J, Vroon MI, et al. Is time to closure a factor in the occurrence of infection in traumatic wounds? A prospective cohort study in a Dutch level 1 trauma centre. *Emerg Med J* 2010;27:540-3.
- 3 ** Norman G, Dumville JC, Mohapatra DP, et al. Antibiotics and antiseptics for surgical wounds healing by secondary intention. *Cochrane Database Syst Rev* 2016;3:CD011712.
- 4 * Quinn JV, Polevoi SK, Kohn MA. Traumatic lacerations : what are the risks for infection and has the 'golden period' of laceration care disappeared? *Emerg Med J* 2014;31:96-100.
- 5 Chen E, Horing S, Shepherd SM, et al. Primary closure of mammalian bites. *Acad Emerg Med* 2000;7:157-62.
- 6 * Paschos NK, Primary closure v. non-closure of dog-bite wounds. A randomized controlled trial. *Injury* 2014;45:237-40.
- 7 * Stevens DL, Bisno AL, Chambers HF, et al. Practice guidelines for the diagnosis and management of skin and soft tissue infections : 2014 Update by the Infectious Diseases Society of America. *Clin Infect Dis* 2014;59: e10-e52.
- 8 * Perelman VS, Francis GJ, Rutledge T, et al. Sterile versus nonsterile gloves for repair of uncomplicated lacerations in the emergency department : a randomized controlled trial. *Ann Emerg Med* 2004;43:362-70.
- 9 Moscatti RM, Mayrose J, Reardon RF, et al. A multicenter comparison of tap water versus sterile saline for wound irrigation. *Acad Emerg Med* 2007;14:404-9.
- 10 ** Fernandez R, Griffiths R. Water for wound cleansing. *Cochrane Database Syst Rev* 2008;(1):CD003861.
- 11 Macfie J, Harvey J. The treatment of acute superficial abscesses : a prospective clinical trial. *Br J Surg* 1977;64:264-6.
- 12 Rutherford WH, Hart D, Calderwood JW, Merrett JD. Antibiotics in surgical treatment of septic lesions. *Lancet* 1970;1:1077-80.
- 13 Duong M, Markwell S, Peter J, Barenkamp S. Randomized, controlled trial of antibiotics in the management of community acquired skin abscess in the pediatric patient. *Ann Emerg Med* 2010;55:401-7.
- 14 * Talan DA, Mower WR, Krishnadasan A et al. Trimethoprim-sulfamethoxazole versus placebo for uncomplicated skin abscess. *N Engl J Med* 2016;374:823-32.
- 15 Boettcher S, Brandt AS, Roth S, Mathers MJ, Lazica DA. Urinary retention : Benefit of gradual bladder decompression – myth or truth ? A Randomized Controlled Trial. *Urol Int* 2013;91:140-4.

* à lire

** à lire absolument