

**FICHE**

# Pansements pour plaies suturées, à la suite d'une intervention chirurgicale

## Principes généraux et bonnes pratiques

Validée par le Collège le 1er décembre 2022

### L'essentiel

- Le choix d'un pansement pour une plaie chirurgicale suturée est fait en fonction de sa localisation, des tensions exercées sur les bords de la plaie et, le cas échéant, des risques identifiés. En dehors de certaines situations et risques spécifiques qui exigent une stratégie adaptée les pansements suivants sont à privilégier en première intention :
  1. Dans le cas le plus général, les pansements secs "simples" (ex : pansement film ou textile avec compresse intégrée, film ou sparadrap + compresse) : renouvelés tous les 2 à 3 jours.
  2. Pansements gras (ou pansement sec + vaseline), notamment pour des zones sous contrainte ou localisations complexes : renouvelés tous les 2 à 3 jours.
  3. Pansement hydrocolloïde sous forme de plaque mince<sup>1</sup> (facilitant la douche et adapté à des traits cicatriciels courts sous tension) : renouvelé tous les 3 à 4 jours.
- La première réfection du pansement intervient généralement à J1 après vérification de la plaie par le chirurgien, ou plus tardivement (en ambulatoire, souvent 48 à 72h après la chirurgie).
- Nettoyage de la plaie au savon doux ou au sérum physiologique, sans utilisation d'antiseptique.
- Sur indication du professionnel de santé et après une décision partagée avec le patient : réfections possibles par le patient ou son entourage.
- Après ablation des points de suture (entre 5 et 15 jours) et en dehors de toute complication, un pansement n'est plus nécessaire et le patient peut se laver normalement.

*NB : Cette fiche concerne les plaies chirurgicales suturées, hors contexte de cicatrisation retardée ou de seconde intention.*

### Contexte

La réalisation d'un pansement post-opératoire sur une plaie suturée est une pratique courante mais ne bénéficiant pas de recommandations suffisamment détaillées, récentes et argumentées. De ce fait mais aussi de celui du passage de relais entre les établissements de santé et le domicile, on constate une réelle disparité des pratiques, notamment en termes de choix du type de pansement. Or, en première intention, les pansements complexes ne sont pas adaptés à des plaies faisant suite à un geste chirurgical ; ils n'ont pas de plus-value dans cette situation.

<sup>1</sup> Sous réserve de peau péri-lésionnelle saine.

Cette fiche de bon usage a été réalisée en réponse à une saisine de la CNAM et avec la collaboration de professionnels concernés par les soins de plaies post-opératoires et d'autres parties prenantes, dans le but de clarifier les schémas thérapeutiques et d'améliorer la pertinence des prescriptions.

## Principes généraux

En l'absence d'études et de consensus professionnels de bon niveau de preuve concernant les plaies chirurgicales suturées, les stratégies recommandées par les Conseils Nationaux Professionnels (CNP) et les enseignements dispensés pour les DU et DIU de cicatrisation reposent, en grande partie, sur la pratique et l'expérience.

Le pansement post-opératoire immédiat est réalisé en conditions stériles. Les principes de base à respecter, partagés par l'ensemble des professionnels, concernent le nettoyage de la plaie, la prise en compte des comorbidités, des facteurs de risque et de retard de cicatrisation.

Les attentes vis-à-vis du pansement post-opératoire peuvent être résumées par le principe « PACA » :

- Protection : vis-à-vis des frottements, mouvements inadaptés, germes ;
- Absorption : exsudats / hémorragies ;
- Compression : limiter le risque d'hématome et d'œdème post-opératoire ;
- Action sur les tensions.

Dans la pratique, il faut distinguer plusieurs pansements successifs sur une plaie suturée :

- Pansement en post-opératoire immédiat (48 à 72h en général) ;
- Pansement précoce avant ablation des points de suture,
- Pansement tardif après ablation des points de suture : cas exceptionnel.

En l'absence de complications hémorragiques ou infectieuses, le renouvellement du pansement doit être effectué le moins souvent possible (des délais de 48 à 72h sont courants). Le nettoyage de la plaie se fait au savon doux ou au sérum physiologique, sans utilisation d'antiseptique. Dans certains cas, une consultation précoce dans le service de chirurgie peut être mise en place.

### ***Une modification du type de pansement se justifie par la survenue d'une complication.***

Les complications, définies à l'exclusion des cas de petit retard de cicatrisation ou d'évènement mineur sur la plaie (fibrine, exsudat), nécessitent une réévaluation de la plaie. Elles concernent 4 situations principales : désunion de plaie opératoire, infection, hématome et nécrose.

## Choix des pansements

Le choix du type de pansement est d'abord dicté par la localisation et les tensions exercées sur les bords de la plaie suturée ainsi que l'identification de risques spécifiques (infectieux notamment).

En dehors de cas particuliers (cf. paragraphe dédié), les types de pansements à choisir sont :

- Dans le cas le plus général, les pansements secs "simples" (ex : pansement textile avec compresse intégrée, film ou sparadrap + compresse...) : renouvelés tous les 2 à 3 jours.
- Pansements gras (ou sec + vaseline), notamment pour des zones sous tension ou de localisation complexe, maintenus par un moyen adapté<sup>2</sup> : renouvelés tous les 2 à 3 jours.
- Hydrocolloïdes minces, si peau péri-lésionnelle saine (intéressants en cas de tensions et pour leur caractère semi-perméable) : ils peuvent être renouvelés tous les 3 à 4 jours (2 fois par semaine).

<sup>2</sup> Suivant les cas, pansement secondaire et/ou moyens de fixation.

Un pansement sec "simple" est adapté aux plaies suturées sans tension notable et en l'absence de risque infectieux ; un pansement hydrocolloïde mince, facilitant la douche, peut également se justifier.

Des sutures cutanées adhésives ou "*strips*" (laissées en place plusieurs jours) sont utilisées pour des traits cicatriciels longs ou en cas de localisation soumise à une forte mobilité (membres, dos...). Remplacés après quelques jours, les "*strips*" sont utilisés seuls ou recouverts par un pansement sec ou hydrocolloïde permettant les soins d'hygiène. Sur les membres, une compression élastique peut être mise en place pendant les premiers jours. Sur des traits cicatriciels sous tension plus courts, les pansements hydrocolloïdes sont adaptés et peuvent être renouvelés 2 fois par semaine.

Sur le visage, les mains et les doigts, les pansements gras (ou pansements secs + vaseline) sont utilisés afin de limiter la formation de croûtes et de marques cicatricielles. En alternative, l'application de vaseline stérile, seule, est possible sur les plaies du visage.

Sur indication du professionnel de santé et après décision partagée avec le patient, les réfections peuvent être réalisées par le patient ou son entourage. L'intervention d'un professionnel est indispensable dans la majorité des situations.

Après ablation des points, le lavage de la plaie est autorisé en dehors de toute complication. À ce stade, un pansement n'est plus nécessaire. Un émollient peut être conseillé afin de retirer sans saignement les éventuelles croûtes résiduelles et favoriser le massage de la cicatrice.

La prescription doit permettre d'identifier en particulier :

- Le type de la plaie (dans ce cas : post-opératoire ou suturée), sa localisation et ses dimensions.
- La durée de traitement tenant compte de la prochaine consultation ou avant ablation des points de suture, ainsi que la fréquence ou le nombre de renouvellements prévus.
- La classe des pansements et leurs dimensions.
- Le cas échéant, une indication sur le caractère adhésif ou non des pansements.

Les produits et conditionnements adaptés pour le domicile<sup>3</sup> comprennent notamment :

- Des compresses et des pansements de petite taille (à partir de 5x5 cm).
- Des pansements hydrocolloïdes minces conditionnés par 5 ou 10 unités.
- Du sérum physiologique pour le nettoyage (des dosettes peuvent être préférées aux flacons dont la durée d'utilisation après ouverture est limitée).
- Le cas échéant, des sutures cutanées adhésives, des bandes, des sparadraps.

## A propos des précautions et des cas particuliers

Certaines situations et risques spécifiques exigent une stratégie adaptée<sup>4</sup> :

- Plaie localement infectée<sup>5</sup> : pansements gras ou secs non occlusifs plus spécifiques et/ou absorbants, avec renouvellement quotidien.
- Risque infectieux modéré à important (plaie post-traumatique, perte de substance importante, greffe, plaie jouxtant un site fortement colonisé, patients immunodéprimés ou diabétiques, présence de fixateur externe, chirurgies à risque infectieux particulier) : renforcement des contrôles visuels<sup>6</sup> et du nettoyage<sup>7</sup> ; réfection plus fréquente du pansement.

<sup>3</sup> Conditionnement correspondant à la fréquence des soins.

<sup>4</sup> Faute de données probantes et de consensus, les pansements choisis peuvent différer en fonction des préférences du soignant.

<sup>5</sup> En dernier recours et sur prescription médicale, utilisation d'un antiseptique majeur non alcoolique.

<sup>6</sup> Un pansement spécifique transparent peut faciliter les contrôles.

<sup>7</sup> En absence de complication infectieuse, les produits antiseptiques sont à proscrire car susceptibles de sélectionner les germes les plus pathogènes et de favoriser certaines infections.

- Peau péri-lésionnelle très fragile (ex : membres inférieurs des personnes âgées) : pansements peu ou non adhésifs (ex : pansements siliconés), maintenus par une bande ou un filet tubulaire.
- Greffes : pansements gras n'adhérant pas au greffon.
- Fort risque hémorragique : pansements secs hémostatiques, contenant des fibres ou compressifs.
- Risque élevé de cicatrice pathologique (hypertrophique ou chéloïde) : "strips", hydrocolloïde mince.
- Allergie avérée (ex : à la colophane).
- Chirurgie des muqueuses : bains de bouche antiseptiques et anesthésiants, toilette au savon sur muqueuses anale et génitale.
- Les sets de pansements ont un intérêt pour la détersion des croûtes ou squames nécessitant des pinces, pour nettoyer en profondeur et en stérile, pour mécher les désunions de cicatrice.

## Données de la littérature

Le service de documentation de la HAS a réalisé une recherche des revues de la collaboration Cochrane, des recommandations de bonnes pratiques et des évaluations technologiques émanant des agences d'évaluation et de sociétés savantes<sup>8</sup>. Deux publications sont retenues à titre d'information :

### Revue Cochrane : Dumville et al. 2016<sup>9</sup>

Son objectif était de comparer en termes de prévention des infections de plaies post-chirurgicales cicatrisant en première intention trois stratégies : utilisation de pansements, absence de pansements et méthodes de pansement alternatives. Il n'y avait pas de preuve suggérant qu'un type de pansement était plus efficace qu'un autre, ou plus efficace que l'absence de pansement. Ainsi le choix du type de pansement pouvait tenir compte des préférences du soignant ou du patient, ou du coût.

### Revue Cochrane : Toon et al. 2015<sup>10</sup>

L'objectif était d'évaluer les bénéfices et les risques, sur une plaie suturée, d'une ablation permanente du pansement dans les 48 premières heures (ablation précoce), ou au-delà de 48h avec la possibilité de réfection ultérieure du pansement. Aucune différence statistique n'a été constatée en termes de survenue d'évènements indésirables (notamment infectieux) entre les groupes « stratégie précoce » et « stratégie retardée », mais avec un très faible niveau de certitude.

## Parties prenantes sollicitées

Collège de la Médecine Générale	CNP Infirmier
Collège de la Masso-kinésithérapie *	CNP Infirmier de Pratique Avancée *
Collège de Pharmacie d'Officine et de Pharmacie Hospitalière	France Assos Santé *
Conseil National Professionnel (CNP) de la Chirurgie Plastique, Reconstructrice et Esthétique	Syndicat National de l'Industrie des Technologies Médicales *
CNP de Dermatologie et Vénéréologie	Société Française de Dermatologie
	Société Française Francophone des plaies et cicatrisations

\* Sans contribution, ou sans contribution dans les délais impartis.

<sup>8</sup> Limitée aux plaies post-chirurgicales, hors cicatrisation retardée ou de seconde intention (plaies infectées, désunies, tumorales, plaies relevant des indications des systèmes de pression négative), hors problématiques de maintien de cathéters veineux.

<sup>9</sup> Dumville JC, Gray TA, Walter CJ, Sharp CA, Page T, Macefield R, Blencowe N, Milne TKG, Reeves BC, Blazeby J. Dressings for the prevention of surgical site infection. Cochrane Database of Systematic Reviews 2016, Issue 12.

<sup>10</sup> Toon CD, Lusuku C, Ramamoorthy R, Davidson BR, Gurusamy KS. Early versus delayed dressing removal after primary closure of clean and clean-contaminated surgical wounds. Cochrane Database of Systematic Reviews 2015, Issue 9.

**Ce document a été élaboré à partir de données de la littérature scientifique et de contributions de parties prenantes, émanant notamment de professionnels de santé impliqués dans les soins de plaies post-opératoires. Pansements pour plaies suturées, à la suite d'une intervention chirurgicale. Fiche de bon usage.**

Toutes nos publications sont téléchargeables sur [www.has-sante.fr](http://www.has-sante.fr)