



Prise en charge efficace d'excisions ou de plaies simples

QUESTION CLINIQUE

Quelles sont quelques-unes des options efficaces en matière de fermeture des plaies?

CONCLUSION

Les biopsies à l'emporte-pièce d'une largeur de 4 mm n'ont pas besoin d'être fermées, ce qui n'est pas le cas pour celles d'une largeur de 8 mm. Pour les plaies simples, la colle cutanée est semblable aux bandes ou aux sutures pour ce qui est de la cosmésie évaluée par le clinicien et de la satisfaction des patients. Elles présentent des taux d'infection similaires (de 4 à 7 %). Cependant, la déhiscence survient dans environ 5 % des cas avec la colle cutanée par rapport à 1 % avec les sutures. Les sutures résorbables donnent lieu à des résultats semblables à ceux des sutures non résorbables.

DONNÉES PROBANTES

- Les résultats sont statistiquement significatifs, sauf indication contraire.
- Biopsie à l'emporte-pièce : Lors d'un essai contrôlé randomisé (ECR), 77 patients ont subi deux biopsies à l'emporte-pièce d'une largeur de 4 ou 8 mm sur un bras, une jambe ou le torse, dont l'une a été suturée et l'autre a été fermée par intention secondaire. Évaluation à 9 mois¹.
 - Cosmésie évaluée par le clinicien : aucune différence.
 - Préférence du patient :
 - 4 mm : aucune différence.

- 8 mm : 14 % ont préféré l'intervention en intention secondaire et 53 %, la suture (aucune préférence pour le reste).
- Colle cutanée (adhésif) par rapport aux sutures : Une revue systématique (33 ECR, 2 793 lacérations) portant sur les plaies d'incision² :
 - Déhiscence de la plaie (17 ECR, 1 225 patients) : 4,5 % (colle cutanée) par rapport à 1,3 % (sutures).
 - Temps de fermeture (5 ECR, 407 patients) : aucun regroupement, résultats incohérents.
 - Satisfaction du clinicien/du patient, infection : aucune différence.
 - Une deuxième revue systématique³ a inclus des études non randomisées : aucune différence pour ce qui est de la cosmésie de la plaie.
- Colle cutanée par rapport à la bande adhésive : Deux revues systématiques (16-33 ECR, 2 793-9 783 lacérations) portant sur des enfants ou des adultes ayant subi des lacérations ou des incisions^{2,3} :
 - Cosmésie évaluée par le clinicien (3 ECR, 173 plaies)³ : La différence moyenne normalisée a été communiquée, mais elle n'est pas cliniquement interprétable.
 - ECR⁴ (86 patients) avec des résultats semblables, cosmésie de la plaie après 2 mois (échelle visuelle analogue [EVA] de 100 points selon laquelle plus le score est élevé, plus le résultat est meilleur) : 56 (colle cutanée) par rapport à 63 (bande adhésive) (la différence n'est probablement pas cliniquement significative)⁵.
 - Satisfaction des patients, déhiscence, infection ou temps de fermeture de la plaie³ : aucune différence.
- Colle cutanée, d'une part, par rapport à la bande adhésive, aux agrafes et aux sutures, d'autre part : Une revue systématique (13 ECR, 1 322 lacérations)⁶ portant sur des lacérations subies par des adultes ou des enfants :
 - EVA de la douleur (échelle de 100 points selon laquelle plus le score est faible, moins la douleur est importante) (1 ECR, 136 patients) : 11 points de moins avec la colle cutanée.
 - Temps de fermeture de la plaie (6 ECR, 584 patients) : Avec la colle cutanée, la fermeture se produit 4,7 minutes plus vite.
 - Aspect esthétique, déhiscence, infection : aucune différence.
- Sutures résorbables par rapport aux sutures non résorbables : Deux revues systématiques (7-11 ECR, 702-751 patients) portant sur des enfants ou des adultes ayant subi des lacérations ou des incisions^{7,8} :
 - Cosmésie, satisfaction des patients, déhiscence : aucune différence^{7,8}.
- Événements indésirables³ : aucune différence pour ce qui est des infections (4 à 7,6 %).
- Limites : Les échelles d'évaluation ou les résultats sont différents, et les renseignements sur le recours à l'insu pour les évaluateurs ne sont pas clairs ou sont inconnus^{3,4}.

CONTEXTE

- Les lacérations simples peuvent être nettoyées à l'eau du robinet⁹ et réparées avec des gants propres non stériles, sans risque accru d'infection¹⁰.
- Colle cutanée : octylcyanoacrylate (Dermabond^{MD}) ou butylcyanoacrylate (Krazy Glue^{MD}).

RÉFÉRENCES

1. Christenson L, Phillips P, Weaver A, et al. Arch Dermatol. 2005 Sep;141(9):1093-1099.
2. Dumville J, Coulthard P, Worthington H, et al. Cochrane Database Syst Rev. 2014 Nov 28;2014(11):CD004287.
3. Tandon S, Smale M, Pacilli M, et al. J Pediatr Nurs. 2021 May;56(5):1020-1029.
4. Zempsky W, Parrotti D, Grem C, et al. Pediatr Emerg Care. 2004 Aug;20(8):519-524.
5. Quinn J, Drzewiecki A, Stiell I, et al. Am J Emerg Med. 1995 Mar;13(2):229-231.
6. Farion K, Osmond M, Hartling L, et al. Cochrane Database Syst Rev. 2002;2002(3):CD003326.
7. Gillanders S, Anderson S, Mellon L, et al. J Plast Reconstr Aesthet Surg. 2018 Dec;71(12):1682-1692.
8. Al-Abdullah T, Plint A, Fergusson D. Pediatr Emerg Care. 2007 May;23(5):339-344.
9. Allan, M. Les gants stériles et le sérum physiologique stérile sont-ils nécessaires pour réduire l'infection dans la réparation des lacérations simples? Outils pour la pratique, n° 2.
10. Steve E, Allan M. Le port de gants non stériles (propres) pour pratiquer des excisions en cabinet entraîne-t-il plus d'infections que le port de gants stériles? Outils pour la pratique, n° 178.

AUTRICES

Jennifer Young, M.D., CMFC-MU

Jennifer Potter, M.D., CMFC

Les autrices n'ont aucun conflit d'intérêts à déclarer.

OUTILS POUR LA PRATIQUE RENDU POSSIBLE PAR



EN PARTENARIAT AVEC



Les articles **Outils pour la pratique** sont des articles révisés par les pairs qui résument les données médicales pouvant transformer la pratique de première ligne. Ils sont coordonnés par les Drs **G. Michael Allan** et **Adrienne Lindblad** et rédigés par le groupe PEER (Patients, Experience, Evidence, Research), avec l'appui du Collège des médecins de famille du Canada, et des Collèges des médecins de famille de l'Alberta, de l'Ontario et de la Saskatchewan. Les commentaires sont les bienvenus à l'adresse toolsforpractice@cfpc.ca. La bibliothèque d'Outils pour la pratique en français de CMFCApprendre est en cours de construction. Elle sera disponible à l'été 2024.

Cette communication exprime l'opinion des auteurs et ne reflète pas nécessairement le point de vue ni la politique du Collège des médecins de famille du Canada.

