

# NŒUDS ET SUTURES CHIRURGICALES

*Bogdan Stancu*

## **Objectifs pédagogiques**

### *À savoir*

- Qu'est-ce qu'une suture chirurgicale ?
- Quelles sont les principaux types de sutures chirurgicales ?
- Quels sont les matériels nécessaires pour une suture ?
- Comment utiliser le porte-aiguille ?
- Comment apprécier si la suture et le nœud chirurgical ont été faits correctement ?
- Comment et quand supprimer les fils de suture ?

### *Que faire*

- Choisir les matériels nécessaires pour la suture chirurgicale
- Ouvrir l'emballage du fil de suture à sertissage et l'emballage de la lame de bistouri
- Monter le fil de suture sur l'aiguille et l'aiguille dans le porte-aiguille
- Pratiquer les types de suture avec points séparés
- Pratiquer les types de suture continue
- Pratiquer le nœud chirurgical
- Garder la stérilité des matériels tout au long de la manœuvre
- Supprimer les fils de suture
- Monter et démonter la lame de la manche de bistouri
- Jeter aiguille et la lame de bistouri dans le container pour objets aigus.

## **Définition**

*La suture* chirurgicale est la manœuvre qui a pour but de réunir et de maintenir en contact diverses structures anatomiques, lésées par la plaie accidentelle ou provoquées délibérément lors d'une intervention chirurgicale.

La suture est appliquée à toutes les structures anatomiques. Pour la dénomination des sutures des diverses composantes de l'organisme se utilise le suffixe *-raphie* précédé par le nom de l'organe respectif (myorraphie, neurorraphie, artériorraphie, ténorraphie etc.).

*Les fils de suture sont supprimés* à un intervalle variable de temps du moment de l'application en fonction de la vascularisation de la région respective. Dans la *région cervico-faciale* et de la peau chevelue de la tête, les fils sont supprimés à 5 jours après l'opération. Au niveau des *membres* les fils peuvent être supprimés à 7-10 jours après l'application; au niveau de la *plante* à 10-14 jours. *L'inflammation* ou *la suppuration de la plaie* va prolonger le délai pour supprimer les fils, de même que les *affections associées* reconnues comme responsables du retard de la cicatrisation (néoplasmes, diabète sucré, anémie ou hipoprotéïnémie).

Selon l'intervalle de temps écoulé de la production d'une plaie jusqu'à la suture, on décrit:

- *La suture primaire* – réalisée dans les 6-12 heures de la production d'une plaie.
- *La suture primaire retardée* – réalisée à 2-3 jours après la production d'une plaie, généralement délabrante, avec grand risque d'infection, au moment où l'examen bactériologique est négatif.
- *La suture secondaire* – réalisée dans le cas d'une plaie infectée, où le processus septique a été assaini et la granulation s'est produite.

#### **Indications de la suture chirurgicale**

- plaie par sectionnement – les premières 6-12 heures de la production
- plaie par contusion – les premières 6-12 heures de la production, si elles ne sont pas contaminées et si le tissu de la marge de la plaie le permet (en fonction de la vitalité du tissu et de l'absence de substance)
- plaie chirurgicale

#### **Contre-indications de la suture chirurgicale**

- plaies infectées
- plaies délabrantes, avec grand risque d'infection

#### **Eléments d'anatomie et physiologie**

La bonne vascularisation des tranches de suture est très importante pour la guérison efficace du tégument.

Indifféremment de la nature du fil de suture et de la région anatomique où on pratique la suture, son action est toujours temporaire, l'élément fondamental et de durée étant la fonction de cicatrisation de chaque territoire pris individuellement. La suture ne fait que diriger et favoriser le processus de guérison (cicatrisation). La suture tente à annuler l'effet de rétraction des fibres élastiques dans le but de maintenir le contact des versants de la plaie.

### **Matériels nécessaires pour la suture chirurgicale**

- solutions antiseptiques
- porte-aiguille
- aiguilles chirurgicale
- fils de suture
- pince chirurgicale
- pince de Péan
- pince de Mosquito
- ciseaux droits ou courbes
- compresses stériles

### **Fils de suture**

Les fils de suture se classifient en:

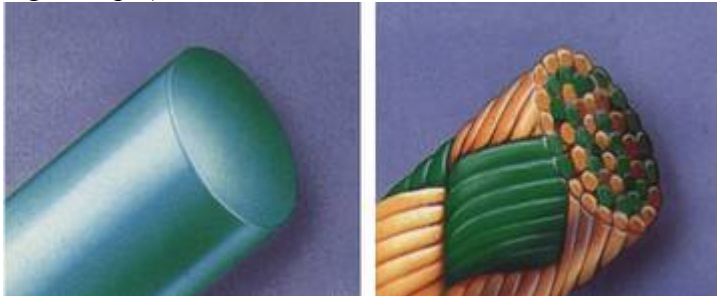
- résorbables et non résorbables
  - les fils résorbables se lisent et perdent leur résistance en cas de rupture dans un intervalle de 60 de jours<sup>1</sup>
  - les fils non-résorbables sont résistants à la dégradation causée par les enzymes des tissus et conservent leur intégrité et leur résistance des mois ou des années<sup>2</sup>
- naturels et synthétiques
  - les fils naturels sont organiques (d'origine végétale) ou anorganiques (fil d'acier)
  - fils synthétiques sont obtenues par synthèse chimique
- monofilament et tressés (multifilament)

---

<sup>1</sup> Exemple de fils résorbables: catgut (qui est encore utilisé dans la chirurgie vétérinaire) est le seul fil résorbable d'origine naturelle; les autres fils résorbables sont synthétiques: acide polyglycolique, plidioxanone, poliglécaprone, polytriméthylène-carbonate.

<sup>2</sup> Exemples de fils non-résorbables: les fils de soie, de coton, de lin ou d'acier sont d'origine naturelle; autres fils sont synthétiques: nylon, polypropylène, polyester.

- les fils monofilament sont formés d'un seul fil; d'habitude il est plus difficile de les nouer, plusieurs nœuds sont nécessaires pour une liaison sûre, mais ils ne s'imprègnent pas de liquides biologiques (par voie de conséquence, ils ne forment pas autour des colonies bactériennes)
- les fils multifilament sont formés par le tressage de plusieurs fils plus fins; ces fils sont manipulés plus facilement, ils donnent des nœuds plus sûrs, mais par capillarité ils s'emprennent de liquide (risque plus grand que la colonisation bactérienne)
- libres (sans aiguille) et à sertissage (monté à une aiguille à usage unique)



**Figure 1.** Fil monofilament et fil multifilament

Pour les fils à sertissage l'emballage contient les informations suivantes:

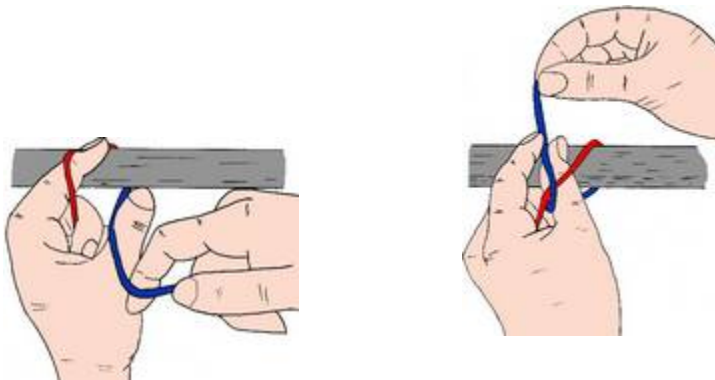
- le nom du produit commercial
- la matière de fabrication du fil
- le type du fil
  - résorbable ou non-résorbable
  - monofilament ou multifilament
- la longueur du fil
- épaisseur du fil dans l'échelle USP (United States Pharmacopée)
- des informations relatives à l'aiguille (type, dimension et forme de l'aiguille)

### **Technique de réalisation du nœud chirurgical**

#### ***Réalisation du nœud chirurgical***

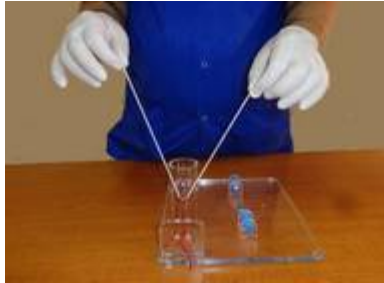
- Le nœud peut être réalisé avec la main droite ou la main gauche.
- Tenir les fils de suture en tension modérée.

- Croiser les fils.
- Tenir le fil plus éloigné entre le doigt III et IV; tenir le fil proche entre le pouce et l'index.
- Commencer par le pouce libre qui passe latéralement par rapport à l'autre fil et revient latéralement par rapport au premier, créant une boucle où il faut introduire le pouce.
- Appliquer le fil situé latéralement sur la face palmaire du pouce et pris entre le pouce et l'index, l'autre main étant libérée.
- Par un mouvement de rotation du pouce et l'index qui tiennent le fils, le fils est passé par la boucle et le fil est repris ensuite avec la main libre.
- Répétant ce mouvement de saisie du fil libre entre le pouce et l'index et le mouvement de rotation, avec passage du fil de nouveau par la boucle, on réalise un nœud double.
- Serrer le nœud et conduire avec l'index.
- Appliquer au moins 3 nœuds (de proximité, de fixation et de sûreté).



**Figure 2.** Nœud chirurgical

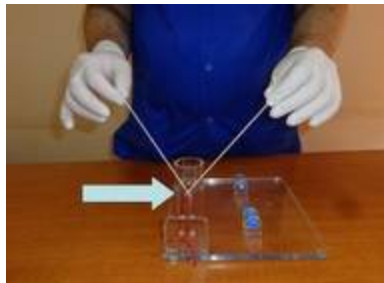
Une variante du nœud chirurgical pratiqué avec la main gauche est présentée dans la figure ci-après:



**Position de départ.** Chaque fil est tenu entre le pouce et l'index de la main.



**Croiser les fils.** Le fil de la main droite est passé dans la main gauche (antérieur, éloigné de celui qui fait le nœud). Le fil de la main droite est passé de la main droite (postérieur, à proximité de celui qui fait les manœuvres).



**Fils croisés.** Le fil de la main droite est dirigé vers l'opérateur, le fil de la main gauche vers la partie opposée à l'opérateur.



**Fixer le fil de la main gauche.** La main gauche est tournée du latéral vers le médial de sorte que les doigts III-V soient appliqués au long fil.



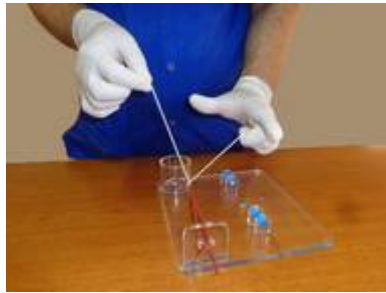
**Fixer le fil de la main gauche.** Saisir le fil par les doigts III-V; tout de suite le fil est libéré des doigts I-II, qui restent libres.



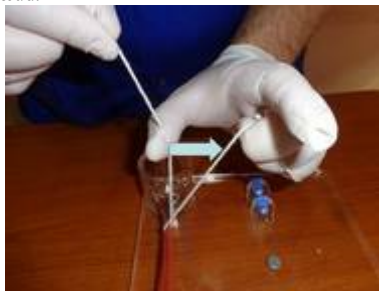
**Fixer le fil de la main gauche.** Le fil est tenu entre les doigts III-V, les doigts I-II de la main gauche libre, tourner la main de sorte que la face dorsale des doigts III-V s'applique sur le fil.



**Fixer le fil de la main gauche.** Saisir le fil par le majeur de la main gauche. De cette manière, le fil est fermement fixé dans la main gauche. Le pouce et l'index restent libres et seront utilisés dans la pratique proprement-dite du nœud.



**Nœud proprement-dit. Position de départ:** le fil de la main droite est tenu entre l'index et le pouce; le fil de gauche est fixé par les doigts III-V, le pouce et l'index de la main gauche sont libres.



Saisir le fil de droite avec le pouce de la main gauche. Le fil de la main droite est tiré avec le pouce de la main gauche.



Le pouce (avec le fil de droite accroché) passe derrière le fil de gauche. Les deux fils forment ainsi une boucle.



Le fil de la main droite est appliqué sur la pulpe du pouce gauche.



Appliquer l'index sur le fil; le fil est fixé entre le pouce et l'index.



Passer par la boucle le fil tenu entre le pouce et l'index.



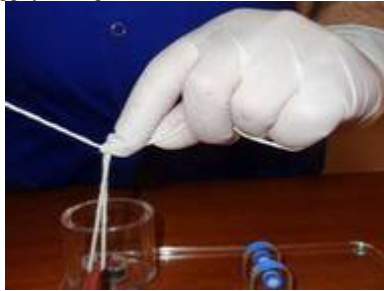
Le fil passé par la boucle est saisi avec la main droite.



**Accompagner/ réaliser le nœud.** Les deux fils sont maintenus tendus; pour le fil de la main gauche la tension en fil est maintenue en appuyant le pouce.



Tourner la main gauche de sorte que l'index de la main gauche arrive au-dessus du nœud.



Appliquer l'index de la main gauche sur le fil de la main gauche. On peut contrôler ainsi la tension dans les deux fils, de sorte qu'ils soient également tendus.



**Serrer le nœud.** Les deux fils sont tendus de distance égale l'un contre l'autre, sans tirer la structure ligaturée. Pour continuer, les fils sont maintenus tendus de manière égale pour le nœud suivant.

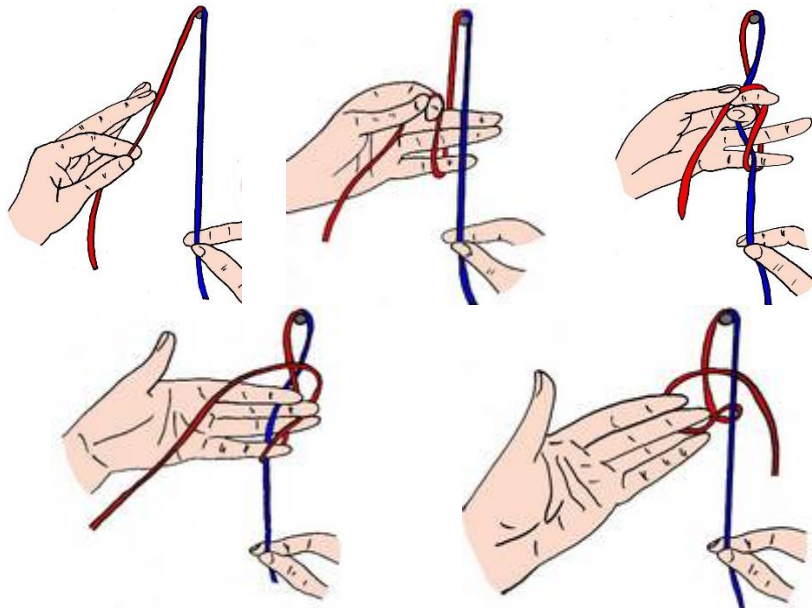
**Figure 3.** Technique du nœud "carré": fixer le fil dans la main gauche; nœud proprement-dit; accompagner et serrer le nœud.

### *Pratiquer le nœud gynécologique*

- Le nœud peut être réalisé avec la main droite ou avec la main gauche.
- Tenir les fils de suture en tension modérée.
- Croiser les fils.
- Tenir les deux fils entre le pouce et l'index.
- Commencer par le fil qui nous est le plus proche qui est pris dans la paume de la partie latérale de sorte que les 2 fils soient situés ultérieurement en parallèle.
- Réaliser le passage sur le fil distal et sous le fil proximal avec le doigt III de la main qui tient les fils dans la paume
- Libérer à ce moment le fil tenu entre le pouce et l'index de la main qui a les fils dans la paume, tout en faisant attention à ce que les doigts III et IV de cette main tiennent ce fil.
- Retirer les doigts III et IV avec le fil pris entre eux par la boucle créée ainsi.



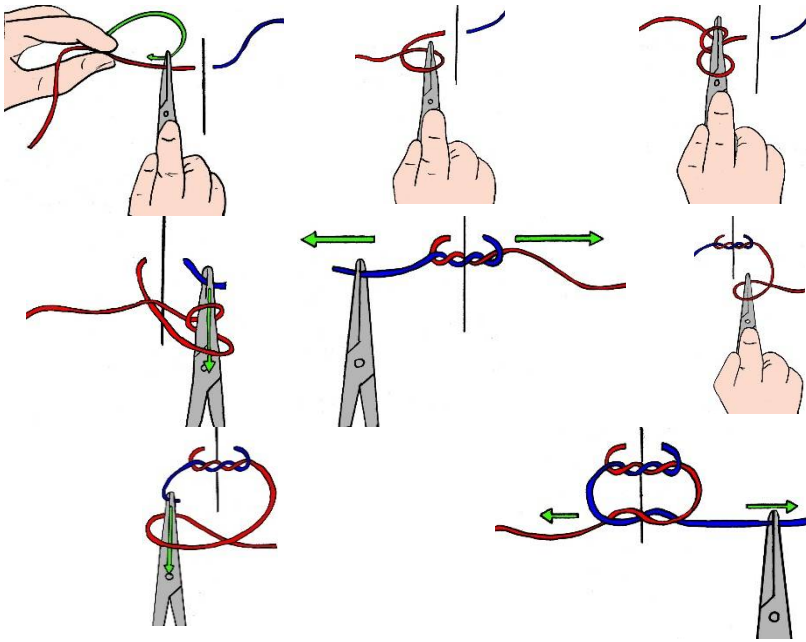
- Reprendre ensuite ce fil entre le pouce et l'index.
- Serrer le nœud et l'accompagner par l'index.
- Appliquer au moins 3 nœuds (de proximité, de fixation et de sûreté).



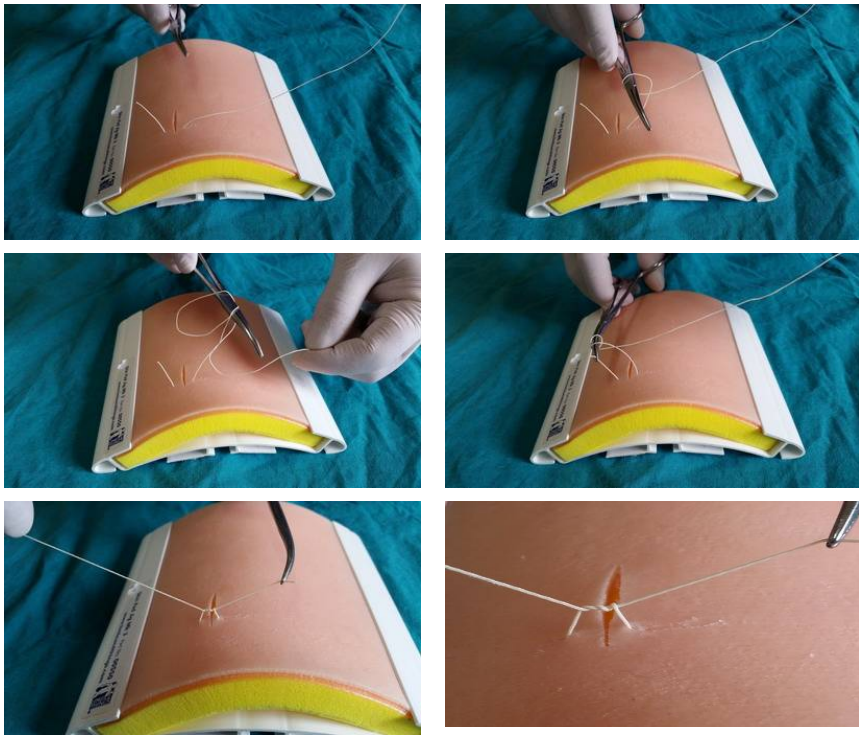
**Figure 4.** Technique du nœud gynécologique

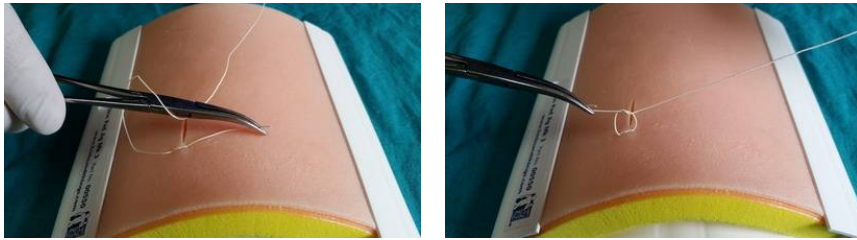
#### ***Réalisation du nœud à l'aide de la pince de Péan***

- Tenir un bout du fil entre le pouce et l'index, l'autre bout étant libre.
- NE pas croiser les fils!
- Tourner le fil une fois ou deux fois (nœud double) autour du porte-aiguille, créant ainsi une boucle.
- Prendre l'autre bout du fil, avec le porte-aiguille passé par la boucle.
- Tendre le bout accroché dans le porte-aiguille par la boucle.
- Serrer le nœud en croisant les fils à 180° et accompagner le fil avec index.
- Appliquer minimum 3 nœuds (de proximité, de fixation et de sûreté)



**Figure 5.** Nœud avec pince de Péan





**Figure 6.** Nœud avec pince de Péan

### **Technique de la suture chirurgicale**

- Vérifier l'identité du patient chez lequel il faudra pratiquer la suture de la plaie.
- Asepsie du champ opératoire:
  - raser les poils de la région respective;
  - badigeonner le tégument avec des solutions antiseptiques;
  - isoler la région avec des champs stériles.
- Anesthésie:
  - locale ou loco-régionale avec xyline 1%;
  - pour les lésions plus étendues ou plus profondes, préférer la rachianesthésie ou l'anesthésie générale.
- Le chirurgien se positionne du même côté de la lésion avec un auxiliaire devant.
- La manière de positionner les fils de suture, de même que l'affrontement correct des couches anatomiques va conditionner la cicatrisation efficace et rapide.
- Les marges de la plaie doivent être piquées avec l'aiguille à la même distance, et les fils de suture successifs doivent être équidistants sur les deux versants de la plaie.
- Commencer toujours la suture dans une marge de la plaie.
- Charger l'aiguille en porte-aiguille à 1/2 ou 2/3 par rapport à la pointe.
- Charger l'aiguille en porte-aiguille tenant en parallèle dans la paume fermée le fil et le porte-aiguille; passer ensuite le fil sous l'aiguille et orienter vers les oreilles de l'aiguille où il est introduit par contre-pression avec le pouce sur porte-aiguille.



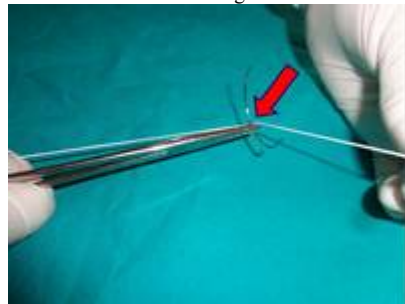
Matériels utilisés: porte-aiguille, aiguilles de Hagedorn, fil



Prendre l'aiguille dans le porte-aiguille soit à la moitié, soit à deux tiers de longueur, mesurés de la pointe. La position dépend des dimensions et de la construction de l'aiguille.



Prendre le fil avec la même main qui saisit le porte-aiguille. Tendre, avec l'autre main, le fil au long du porte-aiguille.



Retourner le fil autour du porte-aiguille, ayant comme point d'appui le point de fixation de l'aiguille dans le porte-aiguille.



Positionner le fil sur les oreilles de l'aiguille.



Appuyer le fil avec le pouce de sorte qu'il rentre dans l'œil par les lames de l'aiguille

**Figure 7.** Introduire le fil dans l'aiguille de Hagedorn

- Tenir la pince chirurgicale par la main gauche comme un crayon entre le pouce et le doigt III; l'index imprime les mouvements de fermeture et ouverture.
- Tendre les marges de la plaie à l'aide de la pince chirurgicale afin de réaliser une contrepression au moment de l'introduction de l'aiguille, mais aussi pour visualiser la profondeur de la plaie.

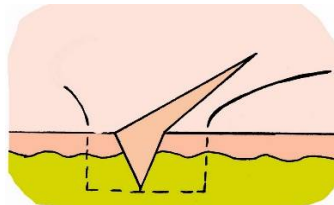
- Toujours à l'aide de la pince chirurgicale, prendre l'aiguille après pénétration de la marge de la plaie jusqu'à sa reprise avec le porte-aiguille après modification de la position de la main, de supination en pronation, de sorte que l'aiguille soit toujours manipulée à travers les tissus par sa courbure.
- Tenir le porte-aiguille dans la main droite avec le pouce et le doigt IV, respectivement avec l'index, sur les bras du porte-aiguille.
- Manœuvrer le porte-aiguille soit à droite soit à gauche, soit en sens inverse dans certains types de sutures (de Blair-Donatti).
- L'aiguille doit pénétrer perpendiculairement sur les marges de la plaie et charger toutes les couches du tégument.
- Il est possible de charger les deux marges de la plaie en un seul mouvement ou séparément.

### Types de sutures

La suture peut être faite avec des fils séparés ou avec fil continu (surjet). Les types de sutures utilisées le plus fréquemment sont présentées brièvement ci-après.

#### *Sutura cu fire separate*

- Introduire l'aiguille dans les deux lèvres de la plaie.
- Pratiquer le nœud chirurgical (minimum 3 nœuds).
- Sectionner les deux fils à 1,5-2 cm au-dessus le nœud et répéter la manœuvre appliquant plusieurs fils de suture jusqu'à la fermeture de la plaie



**Figure 8.** Schéma de la suture simple avec fils séparés



Suture sur modèle d'apprentissage



Saisir la marge de la plaie avec la pince chirurgicale.



Introduire l'aiguille perpendiculairement, avancer ensuite suivant la courbure de l'aiguille.



Passer l'aiguille par la lèvre opposée de la plaie; "la morsure" de l'aiguille doit être la même sur les 2 berges.



Soulever les tissus avec l'aiguille fixée en porte-aiguille. Saisir les deux lèvres de la plaie avec une pince chirurgicale (pour affrontement<sup>3</sup>) et sortir l'aiguille.

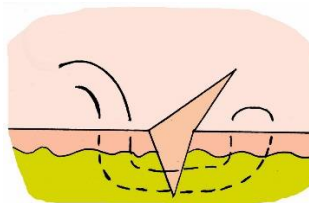


L'auxiliaire noue le fil (minimum 3 nœuds). A l'aide de la pince chirurgicale maintenir ensemble les lèvres de la plaie jusqu'à la finalisation du premier nœud.

**Figure 9.** Suture simple à points séparés

### *Sutura cu fire separate Blair-Donatti*

- La suture de Donatti assure un affrontement efficace des lèvres de la plaie.
- Introduire l'aiguille dans les deux lèvres de la plaie de la droite à gauche, laissant une distance plus grande entre ces points.
- Changer la position de l'aiguille en manœuvrant l'aiguille en sens inverse et introduire l'aiguille uniquement au niveau du derme sur la même ligne de suture, de nouveau dans les deux lèvres de la plaie, entre les points initiaux.



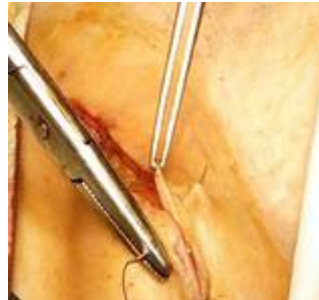
**Figure 10.** Schéma de la suture de Donatti

<sup>3</sup> L'affrontement désigne l'assemblage correct des plans: épiderme à épiderme, derme à derme.

- Pratiquer le nœud chirurgical (minimum 3 nœuds) qui sera située sur une partie de la plaie, adjacent à la ligne de suture
- Sectionner les deux brins à 1,5-2 cm au-dessus du nœud et répéter la manœuvre appliquant plusieurs fils de suture jusqu'à la guérison de la plaie.



Point de Blair-Donatti sur modèles d'apprentissage



L'aiguille et le fils passent par les lèvres de la plaie tout comme pour la suture simple.



Retourner l'aiguille de 180° et la positionner en revers dans le porte-aiguille. Pénétrer de très près la lèvre de la plaie et sortir de l'épaisseur du derme.

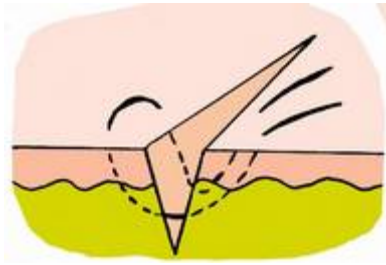


Pénétrer le derme de l'autre côté et sortir par l'épiderme dans l'immédiate proximité de la lèvre de la plaie.

**Figure 11.** Point de Blair-Donatti

### *Suture à points séparés en "U"*

- Introduire l'aiguille dans les deux marges de la plaie de droite à gauche.
- Changer la position de l'aiguille en manœuvrant le porte-aiguille en sens inverse et pénétrer avec l'aiguille en latéral à 0,5-1 cm de points initiaux de nouveau dans les deux lèvres de la plaie.
- Effectuer le nœud chirurgical (minimum 3 nœuds) qui sera situé sur un côté de la plaie.
- Couper les deux fils à 1,5-2 cm au-dessus du nœud et répéter la manœuvre, appliquant plusieurs fils de suture jusqu'à la fermeture de la plaie.



**Figure 12.** Suture en U

### ***Sutura continuă simplă (surjet)***

- Introduire l'aiguille dans les deux lèvres de la plaie.
- Pratiquer le nœud chirurgical sur la pince (minimum 3 nœuds).
- NE PAS couper le fil!
- Continuer avec le même fil, en introduisant l'aiguille d'une partie de la plaie dans l'autre respectant cette alternance jusqu'à l'extrémité de la plaie.
- L'auxiliaire de la personne qui pratique la suture doit tenir le fil de suture en tension, sinon la suture ne sera pas étanche.
- Le dernier pas de suture va utiliser la dernière boucle comme partenaire du fil de suture afin de pouvoir pratiquer le nœud chirurgical.
- Couper les fils à 1,5-2 cm au-dessus du nœud.



**Figure 13.**  
Schéma du surjet simple



**Figure 14.** Surjet simple en suture du tissu adipeux sous-cutané (capitonnage); le fil est mis en tension par l'auxiliaire

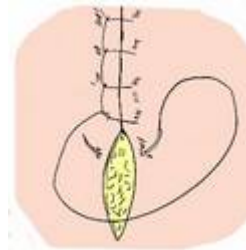


**Figure 15.** Fermeture du surjet: la dernière boucle est utilisée comme un seul fil; le nœud sera fait entre le brin du fil et cette dernière boucle.



### *Surjet passé (Reverdin-Ford)*

- Introduire l'aiguille dans les deux lèvres de la plaie.
- Pratiquer le nœud chirurgical sur la pince (minimum 3 nœuds).
- NE PAS couper le fil!
- Continuer avec le même fil en introduisant l'aiguille d'une partie à l'autre de la plaie respectant cette alternance jusqu'à l'extrémité de la plaie.
- L'auxiliaire de la personne qui fait la suture tient le fil de suture en tension, sinon la suture ne sera pas étanche.
- Le premier et le dernier pas de la suture continue sont similaires à la suture continue simple.
- Le reste des pas de suture supposent que la sortie de l'aiguille (qui est entrée dans les deux lèvres de la plaie) se fasse par la boucle antérieure, générant ainsi un aspect de suture continue en U.
- Le dernier pas de suture va utiliser la dernière boucle comme partenaire du fil de suture afin de pouvoir effectuer le nœud chirurgical.
- Couper les fils à 1,5-2 cm au dessus du nœud.



**Figure 16.**

Schéma surjet passé



**Figure 17.** Surjet passé.

L'auxiliaire tend le fil et tient une boucle dans le sens de l'avancement de la suture



A.



B.

**Figure 18.** Suture avec point continu (surjet) effectuée sur modèle d'apprentissage. A. surjet simple; B. Surjet passé

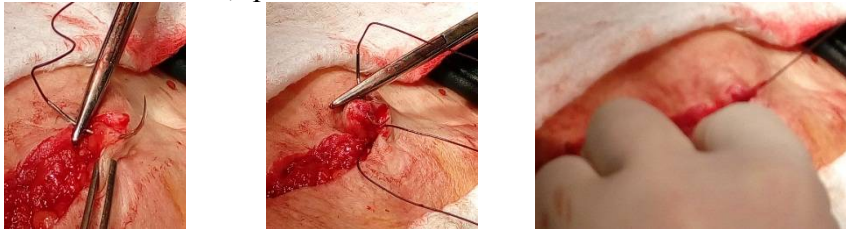
### *Suture intradermique*

Si suture intradermique, le fil passe uniquement par le derme, non pas par l'épiderme. La variante la plus utilisée est la

variante avec point continu – non-résorbable, monofilament; plus rarement on utilise la variante à points séparés résorbables, avec nœud caché sous le derme.

#### *Suture intradermique à points séparés*

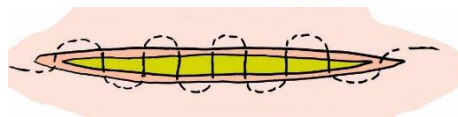
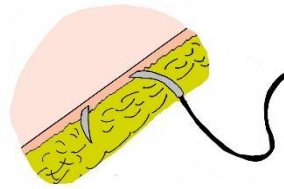
- On utilise des fils résorbables fins<sup>4</sup>.
- L'aiguille est introduite du bas vers le haut, immédiatement sous la marge inférieure du derme et il est ressorti immédiatement sous l'épiderme.
- Sur la partie opposée l'aiguille rentre dans le derme, sous l'épiderme et sort sous l'extrémité inférieure du derme.
- Faire le nœud, qui reste sous le derme



**Figure 19.** Suture intradermique à fils séparés

#### *Suture intradermique à fil continu*

- Introduire l'aiguille à 1 cm de la marge de la plaie en sens longitudinal et la sortir dans la plaie.
- Sur le chef de fil de l'extérieur de la plaie pratiquer 3 nœuds (boucles) avec le fil lui-même.
- Vérifier que le nœud ne puisse pas passer à l'intérieur de la plaie.

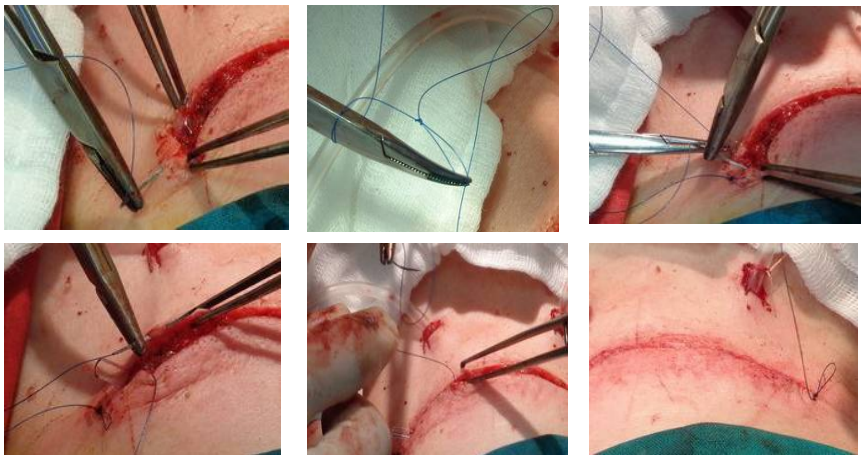


**Figure 20.** Schéma de la suture intradermique (fil continu)

- NE PAS couper le fil!!!
- Continuer avec le même fil introduisant l'aiguille d'une partie de la plaie dans l'autre uniquement au niveau du derme, en pénétrant de l'intérieur de la plaie et respectant cette alternance jusqu'au bout de la plaie.
- L'auxiliaire de la personne qui fait la suture tient le fil de suture en tension, sinon la suture ne sera pas étanche.

<sup>4</sup> 3-0 ou 4-0

- Le dernier pas de la suture introduira l'aiguille de l'intérieur de la plaie vers l'extérieur, en sens longitudinal, toujours à 1 cm distance de la plaie.
- Sur le chef de fil de l'extérieur de la plaie pratiquer 3 nœuds (boucles) avec le fil lui-même.
- Vérifier que le nœud ne puisse pas passer à l'intérieur de la plaie.
- Couper les fils à 1,5-2 cm au-dessus du nœud.



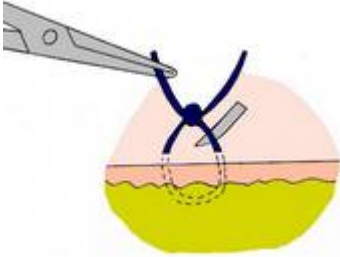
**Figura 1.** Sutura intradermică

### **Supprimer les fils de suture**

- Vérifier l'identité du patient chez lequel il faudra supprimer les fils de suture.
- Faire la toilette de la plaie avec des solutions antiseptiques.
- Le chirurgien se positionne du côté de la plaie
- Repérer les chefs du fil de suture avec la pince chirurgicale ou la pince de Péan.
- Mettre en évidence le nœud chirurgical par un léger mouvement de traction.
- Couper le fil de suture sous le nœud chirurgical avec la lame de bistouri ou les ciseaux.
- Tendre délicatement le fil jusqu'à ce qu'il soit enlevé, tout en protégeant la plaie par contre-pression avec la pince.
- Il est très important de respecter la règle selon laquelle aucune partie du fil de l'extérieur (celle qui est entrée en contact avec l'environnement externe et implicitement avec des

microorganismes) ne pénètre pas à l'intérieur de la plaie (considéré environnement stérile).

- Panser la plaie.



**Figure 21.** Retirer le fil de suture

### **Incidents et accidents de la suture chirurgicale**

- Lipothymie
- Choque anaphylactique à des substances anesthésiques
- Hémorragie à la pique avec l'aiguille, qui exige une hémostase complète et minutieuse
- Lésion des vaisseaux, des nerfs, des tendons, des espaces sous-jacentes
- Dévitalisation ou nécrose du tégument et du tissu sous-cutané
- Contamination de la plaie à cause du non-respect des règles d'asepsie
- Déhiscence de la plaie à cause des nœuds inefficaces, tension dans la suture ou affrontement imparfait
- Granulome de fil

### Formulaire d'évaluation / autoévaluation

Etape / Critère	Correct	Incorrect
Vérifier l'identité du patient		
Matériaux nécessaires pour la suture chirurgicale		
Asepsie du champ opératoire		
Anesthésie		
Monter et démonter l'aiguille et le fils de suture		
Manipulation porte-aiguille et de la pince chirurgicale		
Nœud chirurgical (simple et double)		
Nœud gynécologique		
Nœud à l'aide de la pince		
Suture à fils séparés		
Suture en "U"		
Point de Blair-Donatti		
Suture continue		
Suture continue en U		
Sutura intradermique		
Incidents et accidents de la suture chirurgicale		
Retirer les points de suture		