

Question : Suture de l'épisiotomie selon la technique « un fil un nœud »

Définition : La technique « un fil un nœud » permet, par un surjet continu, de suturer successivement le vagin, les muscles puis la peau avec un seul fil et en ne réalisant qu'un seul nœud.

Matériel :

Préparation de l'opérateur :

- Masque
- Charlotte
- Lunettes
- Savon
- Brosse chirurgicale
- Solution hydroalcoolique
- Casaque chirurgicale stérile
- 1 paire de gants stériles

Préparation du périnée :

- Solution antiseptique
- Champs stériles
- Compresses
- Tampon vaginal

Préparation du matériel :

- Champs de table stérile
- Set de suture d'épisiotomie comportant : une porte aiguille, une pince à griffes, une paire de ciseaux droits, une pince Kocher
- Fil de type Vicryl Rapide 2/0 VR 22/7.
- Une seringue de 20 cc + une aiguille à intramusculaire (IM)
- Un flacon de xylocaïne à 2 %
- Doigtier stérile

Information de la patiente :

Informez la patiente des éventuelles douleurs qu'elle pourra ressentir et des moyens permettant d'y remédier (antalgiques).

Informez la patiente des soins à réaliser en suites de couche.

Informez la patiente du fait que le fil soit résorbable.

Informez la patiente de la technique utilisée et lui proposez de lui montrer la cicatrice à l'aide d'un petit miroir afin qu'elle puisse se familiariser avec son corps.

Rassurez la patiente sur la solidité de la suture et sur la possibilité pour elle de bouger et aller aux toilettes normalement.

Déroulement :

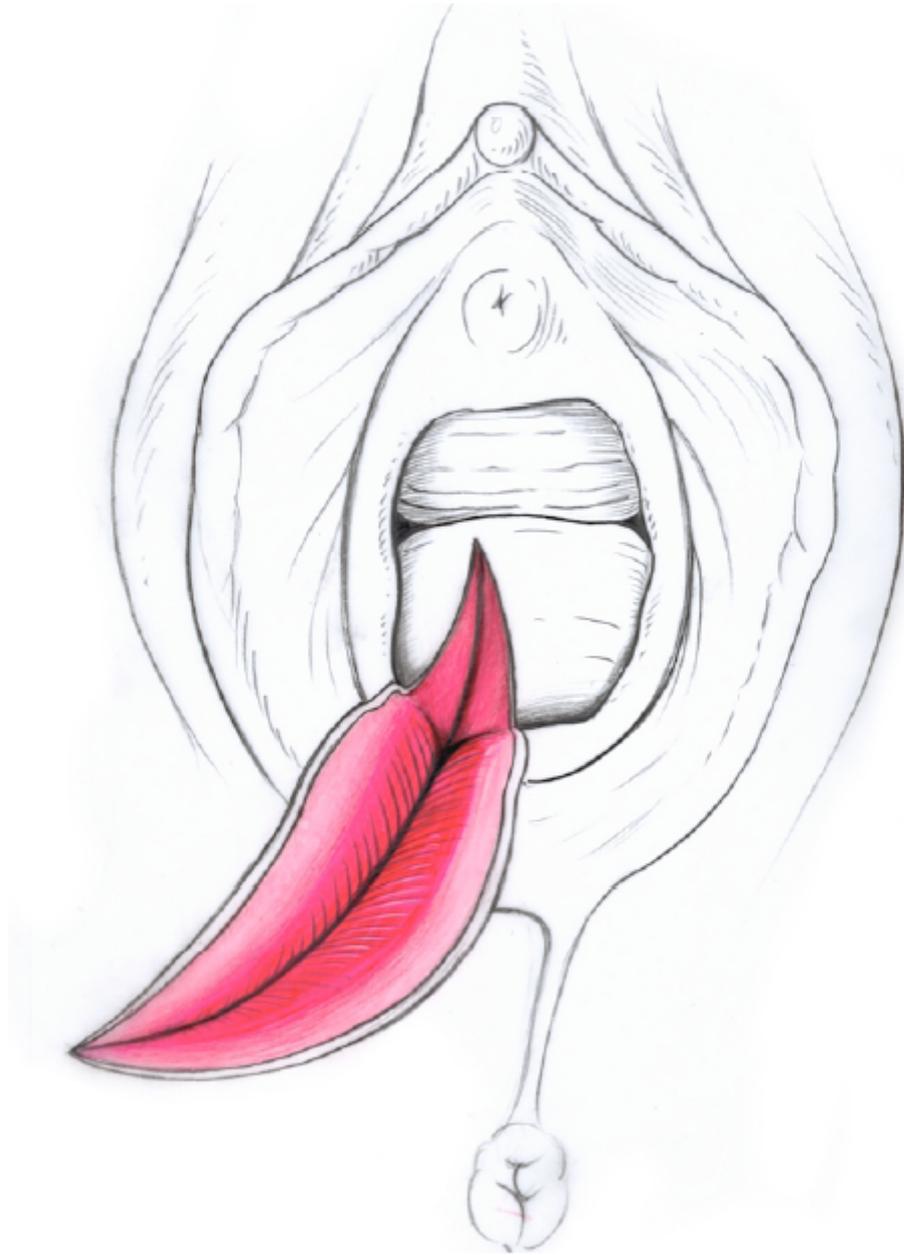
La réfection d'épisiotomie doit être réalisée rapidement après la délivrance afin de limiter les pertes sanguines.

Une analgésie efficace doit être en place : par péridurale ou à défaut réaliser une anesthésie locale avec l'aiguille à IM (on infiltre la sous peau, la jonction hyménéale et le plan musculaire).

Une anesthésie générale sera envisagée lors de difficultés de réparation et/ou de patiente agitée.

La patiente doit être mise en position gynécologique, sous un bon éclairage.

Après réalisation du bilan lésionnel, effectuer une toilette périnéale soigneuse.



Préparation de l'opérateur : lavage chirurgical des mains et habillage chirurgical (charlotte, masque, lunettes, casaque stérile, gants stériles)

Installation des champs stériles.

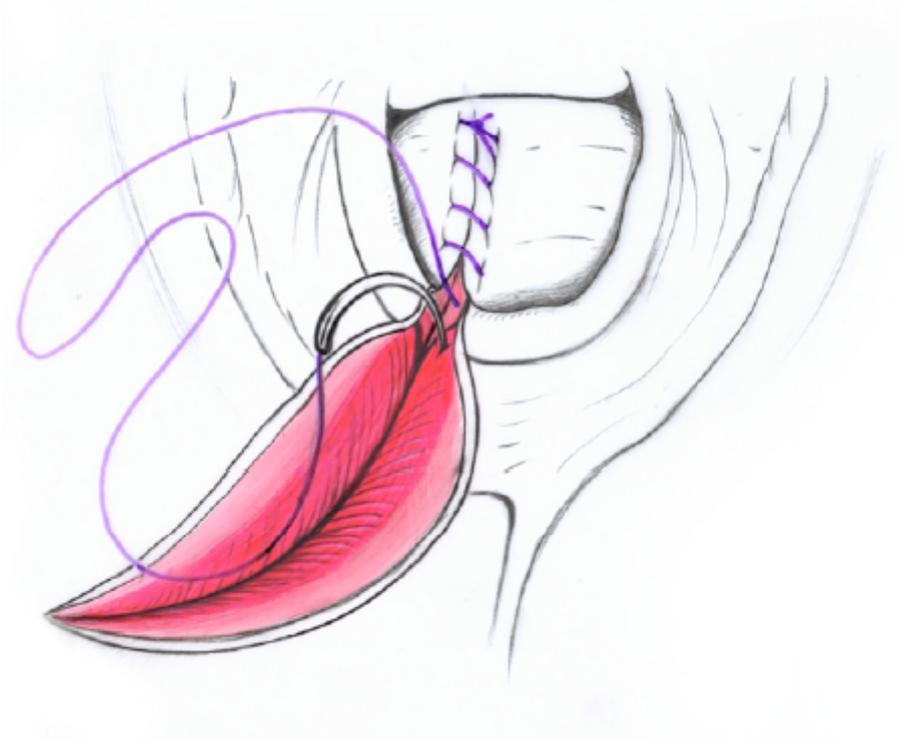
Badigeon du périnée avec une solution antiseptique.

Mettre en place un tampon vaginal afin de limiter les saignements gênant la vision permanente des berges de la cicatrice.

La suture est effectuée en 4 plans :

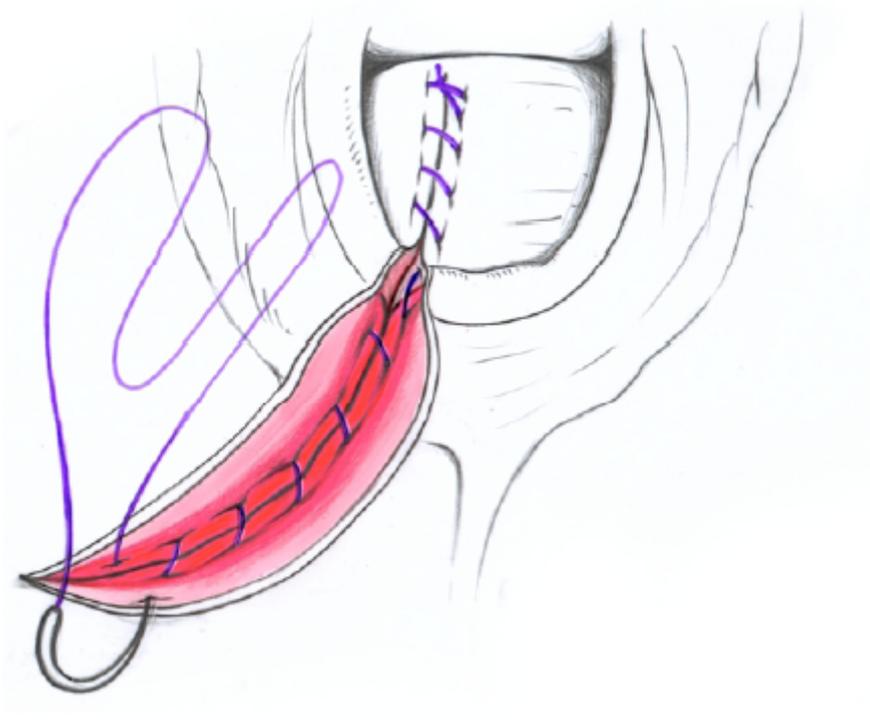
Plan muqueux

On débute par un nœud au niveau du point d'angle de la muqueuse vaginale. Le plan muqueux est ensuite fermé par un surjet jusqu'en arrière de la cicatrice hyménéale.



Plan musculaire

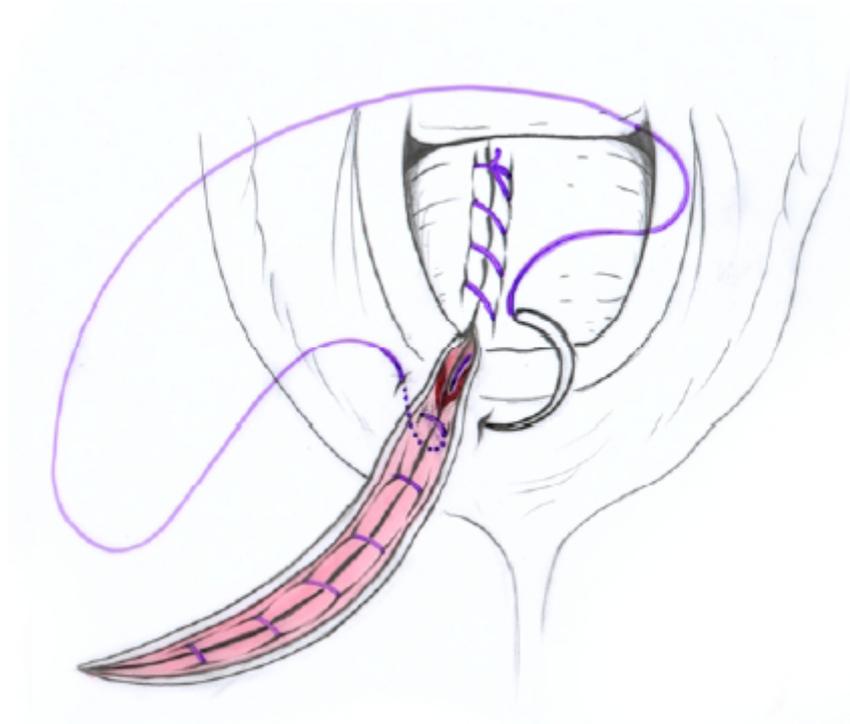
Pour passer du plan muqueux au plan musculaire, on débute à la berge gauche un surjet sur le muscle, jusqu'au point d'angle cutané.



Plan sous-cutané

Afin d'effacer les espaces morts sous-cutanés pouvant persister et d'absorber les tensions qui peuvent s'exercer sur le plan cutané, une suture du plan sous-cutané sera effectuée.

Pour cela, les repères anatomiques devront être bien affrontés et les berges cutanées seront presque bord à bord (espacées de 5 mm maximum).

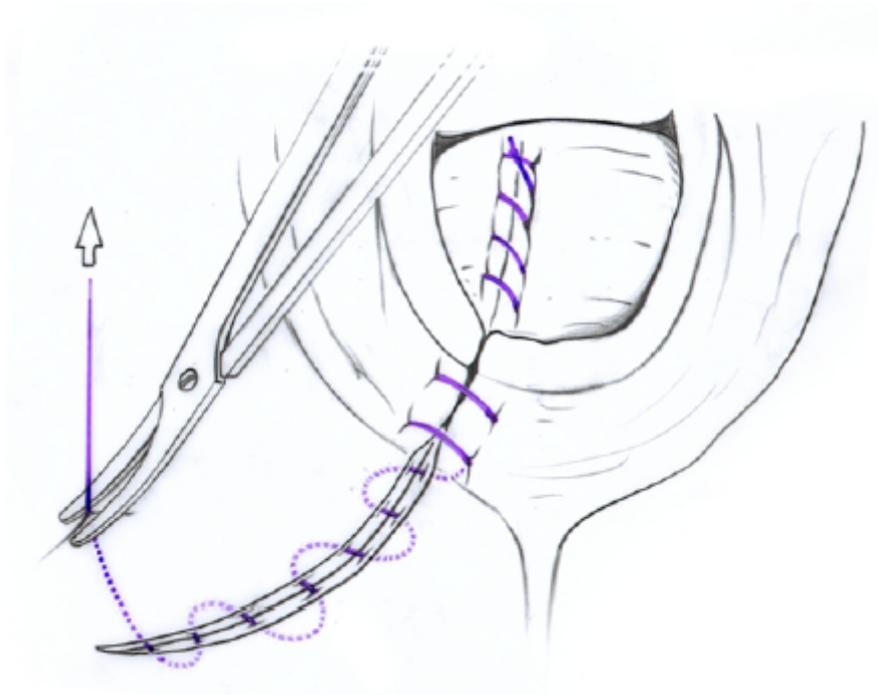


Puis on remonte, grâce à un surjet et toujours avec le même fil, de l'angle de la peau jusqu'à la cicatrice hyménéale.

Plan cutané

Pour pouvoir suturer le plan cutané, on commence par placer un ou deux points entre la cicatrice hyménéale et la jonction peau-muqueuse.

Puis on débute à partir de là le surjet intradermique qui part de la fourchette vulvaire pour arriver au point d'angle inférieur de la peau. On piquera alors l'aiguille dans l'angle pour la ressortir dans la fesse à 1 ou 2 cm. Le fil sera coupé au ras de la peau pour être enfoui dans le gras de la fesse. On appelle cela la technique du « fil perdu dans la fesse ».



Remarque :

Il est capital de veiller à la tension du fil tout au long de la suture.

Celui-ci devra être tendu après chaque passage pour mieux faire s'affronter les deux berges, puis devra être relâché, afin de ne pas mettre en tension le surjet, ce qui pourrait être responsable d'une nécrose des tissus et donc pourvoyeur de douleurs et mauvaise cicatrisation.

Une fois la réfection de l'épisiotomie terminée, il faut :

- Vérifier si la symétrie de la suture a été bien respectée
- Vérifier l'absence d'hématome périnéal
- Compter les compresses
- Faire un toucher vaginal systématique pour retirer un éventuel tampon ou des compresses, et s'assurer qu'il n'y a pas de points lâchés
- Faire un toucher rectal systématique avec un doigtier stérile afin de s'assurer de l'absence de points transfixants le rectum
- Faire une toilette avec un antiseptique

Le point sur : la technique 1 fil 1 nœud

Avantages : Ils sont nombreux

- Cette technique est **moins douloureuse** : les nœuds sont sources de douleurs hors cette technique n'utilise qu'un seul nœud dans l'endroit le moins sensible du périnée. (Le serrage des nœuds est responsable d'une ischémie entraînant par la suite une nécrose des tissus. Et l'inflammation qu'ils créent entraîne un œdème.)
- Cette technique **diminue les dyspareunies** : grâce à l'utilisation du surjet intradermique pour le plan cutané.
- Cette technique est **plus solide** : les nœuds diminuent la résistance du fil.
- Cette technique **diminue le risque d'infection** : la réfection du plan sous-cutané permet d'éviter les espaces morts et donc de diminuer le risque d'hématome, donc d'infection ainsi que de désunion de la suture.
- Cette technique est **plus esthétique** : dès les premiers jours la cicatrice se fait quasiment invisible grâce au surjet intradermique. Facteur psychologique non négligeable !

Inconvénients : Double risque que constitue l'utilisation d'un fil unique

- Impossibilité de retirer un point en cas d'infection : inconvénient contrebalancé puisque diminution du risque d'infection
- Lâchage total de la suture mais encore une fois nous l'avons vu ci-dessus, cette technique diminue ce risque grâce à un nœud unique qui permet de ne pas diminuer la résistance du

L'ensemble des images a été fournie par le Dr Théry, gynécologue-obstétricien ayant mis en place cette technique avec le Pr Dallay.