



Gestes techniques en Médecine Générale

Marcelcave, le 11 décembre 2007

Animateur : Dr Michel PORTIER

Expert : Dr Pierre DUPONT

SOMMAIRE

Objectifs	page 3
Pré-Test :	page 4
Cas Cliniques	page 5
A/ Plaies et sutures	page 9
Antiseptie de la plaie : lavage /sèchage /antiseptique	page 9
Antiseptie : Lavage des mains de l'opérateur / sèchage / gants	page 12
Désinfection /Stérilisation du matériel et traitement des déchets	page 15
Plaies superficielles et peu étendues, dermabrasions, pertes de substances	page 16
Plaies nécessitant suture, anesthésie, parage, technique, colle	page 16
Délais de cicatrisation, Soins postopératoires	page 21
Cas particuliers , antibiotiques, vaccinations	page 21
B/ Autres actes de petite chirurgie	page 23
Ongle incarné	page 23
Kyste sébacé / dermoïde / Thrombose hémorroïdaire	page 26
Verrues plantaires / Grains de milium / Abscess / Corps étranger	page 28
Hameçon /Alliance / Frein de la langue	page 29
Hématome sous unguéal / Molluscum pendulum et contagiosum	page 30
Paraphimosis / Fermeture éclair	
MESSAGES	page 37
BIBLIOGRAPHIE :	page 38

Objectifs

Développer des compétences techniques pour être capable de faire une offre de soins techniques simples et éviter ainsi l'engorgement des services d'urgence. Apprendre ou retrouver des gestes oubliés et les effectuer avec efficacité et sécurité. Optimiser la réalisation de gestes quotidiens. Restaurer une image positive de soi et des compétences de la médecine générale.

Faire de la petite chirurgie est une bonne occasion de s'interroger sur l'hygiène au cabinet, la disposition ou non de matériel adéquat.

L'anesthésie doit être systématique pour que le patient soit coopérant, pour travailler dans de bonnes conditions techniques et pour obtenir de meilleurs résultats.

Ces gestes sont de réalisation aisée dès lors qu'on a appris à les faire et qu'on les répète.

Mots-clés

Gestes techniques en médecine générale - sutures - ongle incarné - thrombose hémorroïdaire - autres actes de petite chirurgie

PRE TEST

	VRAI	FAUX
1. Il est nécessaire de couper les cheveux autour d'une plaie du cuir chevelu avant de suturer.		X
2. Le lavage <u>antiseptique</u> réalisé avec un savon antiseptique est recommandé en cas de suture cutanée et de tout acte nécessitant une asepsie		X
3. Il est nécessaire d'utiliser des gants stériles pour suturer une plaie.		X
4. Tout producteur de déchets médicaux est tenu d'en assurer l'élimination (loi du 15/07/1975 modifiée en 97). Il faut signer une <u>convention</u> avec un organisme qui se charge de ce travail.	X	
5. UNE BONNE SUTURE NE TIRE PAS- NE SCIE PAS - NE MARQUE PAS - N'ETRANGLE PAS	X	
6. Le délai de cicatrisation d'une plaie sur le visage est de 6 jours.	X	
7. Il n'y a pas de place pour l'antibioprophylaxie dans le traitement des plaies	X	
8. Ne pas s'acharner à vouloir désincarcérer les épines d'oursin, un peu d'huile suffit.	X	
9. Le paraphimosis peut être réduit dans les trois premières heures au cabinet du médecin généraliste.	X	
10. Une thrombose hémorroïdaire doit être opérée dans les 48 premières heures de sa constitution.		X
11. Le traitement de l'ongle incarné est toujours chirurgical		X

Cas Cliniques

Cas clinique n°1

Un enfant de 5 ans est amené par ses parents pour une plaie propre de 3cm du dos de la main (verre cassé), un dimanche à 20h30.

1) Que faites-vous de façon chronologique ?

- *enfiler des gants après un lavage des mains*
- *Examen de la plaie : motricité, sensibilité, lésion tendineuse associée...*
- *Nettoyage de la plaie*
- *Anesthésie locale à la lidocaïne 2%*
- *mise en place d'un champ stérile (Médiset gras)*
- *Exploration minutieuse de la plaie*
- *Suture par points simples*
- *Désinfection, pansement fermé (cas particulier)*
- *contrôle des vaccinations*
- *Évacuation des déchets (mous et solides)*

2) La plaie étant fermée, quand le revoyez-vous ?

- *10 à 12 jours*

3) Quels soins prescrivez-vous ?

- *Soins une fois par jour*
- *antiseptique*
- *Application de vaseline (protection, ramollit les sécrétions et croûtes)*
- *Plus tard : protection du soleil*

4) Quelle cotation utilisez-vous ?

- **$QZJA002 + M + P = (22,43 + 26,88) 49,31 + 35 = 84,31 \text{ €}$**
(Traduction = Plaie superficielle en dehors de la face de moins de 3 cm au cabinet en urgence après 20h.)

Cas clinique n°2

Mr G. PADBOL, 36 ans, père de deux enfants en bas âge dont un de un mois, présente deux plaies profondes de la cuisse: une de 7cm et la seconde de 4cm, en Y. Il a joué à saute-mouton sur les barbelés d'une pâture un dimanche de chasse. Il est 14h lorsqu'il vous consulte ce jour là après appel du 15.

1) Que faites-vous de façon chronologique ?

- *enfiler des gants après un lavage des mains*
- *Examen de la plaie :motricité, sensibilité, lésion tendineuse associée...*
- *Nettoyage de la plaie*
- *Anesthésie locale à la lidocaine 2%*
- *mise en place d'un champ stérile (Médiset gras)*
- *Exploration minutieuse de la plaie*
- *Suture par points Blair Donati et point d'angle*
- *Désinfection, pansement fermé (cas particulier)*
- *contrôle des vaccinations*
- *Évacuation des déchets (mous et solides)*

2) La plaie étant fermée, quand le revoyez-vous ?

- *12 à 14 jours*

3) Quels soins prescrivez-vous ?

- *Soins une fois par jour*
- *Antibiothérapie per os à discuter*
- *Antiseptique*
- *Application de vaseline (protection, ramollit les sécrétions et croûtes)*
- *Plus tard : protection du soleil*

4) Quelle cotation utilisez-vous ?

- ***QZJA001 + M + CRD = (56,80 + 26,88) 83,68 + 26,50 = 110,18 €***
- *Traduction = Plaie profonde en dehors de la face de plus de 10 cm au cabinet en urgence un dimanche après régulation par le 15.*

Cas clinique n°3

Mr G. MORROÏDE, 45 ans, vous consulte le mercredi après son travail. Depuis dimanche il a « une poussée d'hémorroïdes » et il a remarqué une « boule » dure et très sensible, qui le fait souffrir. Il ne peut plus s'asseoir. Ce n'est pas comme d'habitude, et elle ne veut pas rentrer...

1) Quel est votre diagnostic ?

- *Thrombose hémorroïdaire*

2) Que lui proposez-vous ?

- *Traitement médical: soins locaux, antalgiques, veinotoniques*

- *Thrombectomie*

- Allongé en décubitus latéral
- Anesthésie locale à la lidocaine 2% sur la thrombose et dans la cavité du thrombus après désinfection
- Incision dans le sens des plis radiés de l'anus
- Vider par expression manuelle ou curetage des poches pour évacuer les caillots
- Désinfection bétadinée et compresse sèche sans fermeture de la plaie.

3) Quelle aurait été votre attitude s'il était venu le 1^{er} jour ou le 10^{ème} jour ?

- Pas de traitement avant le 3e ou le 4e jour pour ne pas s'exposer à des risques de récives ou d'hémorragies.

- Pas de traitement après le 10e jour, car le thrombus est alors organisé et généralement peu douloureux.

4) Quelle cotation utilisez-vous ?

EGJA001 (évacuation d'une thrombose hémorroïdaire externe) soit
62,70 €

Cas clinique n°4

Madame C. PALPIED, 45 ans, cuisinière au Centre Hospitalier, ne peut plus se chausser. « Son gros orteil est infecté et la peau lui passe sur l'ongle ». Elle est maniaque des ciseaux à ongle. Ce n'est pas la première fois que ça lui arrive, vous lui avez soigné l'autre pied il y a quelques années. Elle en a d'ailleurs gardé un très mauvais souvenir et c'est pour cette raison qu'elle a un peu tardé à venir.

1) A quoi pensez-vous ?

- *ongle incarné*

2) Que faites-vous ?

- *traitement médical ou chirurgical (voir détail suite)*

3) Quels conseils donnez-vous pour éviter ce désagrément ?

- *Port de chaussures larges*

- *L'ongle qui doit être coupé court et au carré (en évitant la coupe en biseau)*

- *éviter de couper les ongles dans les coins quand cela est possible, faire des soins antiseptiques adaptés dès l'apparition d'une inflammation. Faire des soins de pédicurie adaptée en dehors des périodes de poussée. Utiliser des chaussures suffisamment larges.*

4) Quelle cotation utilisez-vous ?

QZJA022 (parage et/ou suture d'une plaie pulpo-unguéale) = 60,53 €

A/ PLAIES ET SUTURES

Les publications concernant la prévention des infections en soins ambulatoires sont peu nombreuses : elles sont dérivées des recommandations hospitalières, évidemment plus exigeantes du fait de la flore nosocomiale.

Les informations qui suivent proviennent essentiellement des recommandations de bonne pratique qui ont semblé les plus solides, les plus actualisées et les plus pertinentes pour la pratique ambulatoire. (1)

I) Antisepsie de la plaie

Inutile de raser les cheveux.

1. Lavage

eau + savon (savon de Marseille ou autre) = détersion mécanique , réduit de 30 % la flore cutanée par action mécanique, enlève les débris nécrotiques et la fibrine
L'eau du robinet est suffisante, l'eau stérile ou le sérum physio stérile n'ont pas d'avantage démontré (2).

2. puis Rinçage à l'eau du robinet.

3. puis appliquer un Antiseptique majeur : 1^{er} choix

-> bactéricide et à large spectre

- ++ IODE :Bétadine*/Povidone Iodée :

parmi les plus actifs in vivo

Action rapide : une minute

A diluer au 1/10 avec eau stérile ou sérum physio pour le lavage des plaies

(recommandation méconnue)

A éviter chez le nourrisson

- ++ CHLORE hypochlorite de Na : Dakin,/ Eau de Javel 12°

(= 1 berlingot de 250cc titré à 48° dilué dans un litre d'eau) dilué au 1/10 Attention dilution pour irritation

Action rapide, dès la première minute de contact

- ALCOOL éthylique modifié 70°

Sur peau saine avant acte de petite chirurgie, délai action 2 minutes

- BIGUANIDES : Chlorhexidine (Hibitane*, Bisepetine*, Dermobacter*)

Antiseptiques de 2^e choix :

- Les Ammoniums quaternaires (cetrimide=cetavlon*, sterlane*) sont des **antiseptiques intermédiaires**, bactéricides à spectre étroit
- Les Carbanilides (triclocarban=solubacter*, septivon*), les diamidines (héxomédine*) sont des **antiseptiques mineurs**, bactériostatiques à spectre étroit
- L'eau oxygénée n'est pas un antiseptique- elle est utile pour nettoyer une plaie-
- Les colorants (éosine, Milian ...) non plus, ils n'ont qu'une action desséchante

Ne pas associer simultanément ou de façon consécutive différents antiseptiques

En choisir un et y rester !

- Vérifier la date de péremption
- Indiquer la date d'ouverture sur le flacon
- Fermer le flacon après chaque manipulation
- Respecter la durée d'utilisation du produit après son ouverture
- Manipuler avec précaution (Ne pas toucher l'ouverture du flacon afin d'éviter toute contamination)
- Conserver à l'abri de la lumière et de la chaleur (consignes particulières pour les produits inflammables)
- Utiliser de préférence des doses unitaires ou petits conditionnements

ACTIVITÉ MICROBICIDE DES ANTISEPTIQUES



	BACTÉRICIDE *					FONGICIDE **		VIRUCIDE ***	
	Gram (+)		Gram (-)			Levures	Moisissures	Virus	
	Genre. Staphylo.	Genre. Strepto.	Genre. Pseudo.	Coli	Myco-bacterium				
Halogénés Iodés									PVP-I
Halogénés Chlorés					Protéines				Hypochlorite
Alcool					Protéines				Alcool 70° - 90°
Biguanides									Chlorhexidine
Ammonium quat.					Protéines				Cétrimide chlorure benzalkonium
Carbanilides									Triclocarban
Diamidines									Hexamidine

Ref. : 1 à 6 et 11-12

Ref. : 7 à 12

* NFT 72 - 151/171/301

** NFT 72 - 200 ou autres méthodes validées

*** NFT 72 - 180 ou autres méthodes validées

Actif **Inactif**

Ce tableau ne tient pas compte de l'association de principes actifs, ni d'excipients qui peuvent présenter dans certains cas une activité synergique.

(Ref3)

II) Antisepsie : les mains de l'opérateur

• Lavage des mains de l'opérateur : le geste clé

Techniques de lavage des mains (1)	
Lavage simple	Lavage antiseptique
Mouiller les mains à l'eau courante tiède	
Prélever une dose de savon liquide ordinaire	Prélever une dose de 3 à 5 ml de savon antiseptique
Faire mousser le savon et laver en frictionnant toutes les surfaces des mains et des doigts, en insistant sur les espaces interdigitaux, le pourtour des ongles, la pulpe des doigts et les poignets. Ne pas oublier les pouces et le dos des mains	
Laver les mains pendant 15 secondes au minimum	Laver les mains pendant 1 minute
Rincer les mains à l'eau courante tiède du bout des doigts vers les poignets, en maintenant les paumes dirigées vers le haut	
Sécher les mains à fond par tamponnement avec des essuie-mains à usage unique	
Fermer le robinet avec le dernier essuie-mains utilisé afin d'éviter de recontaminer les mains	
Jeter les essuie-mains dans la poubelle sans la toucher avec les mains (poubelle à pédale ou poubelle largement ouverte)	

1- D'après les références (1,3à9) du texte principal. Nous n'avons volontairement pas rapporté la technique du lavage chirurgical.

ref(1)

Le lavage simple est suffisant après examen d'un patient, avant injection SC, IM, IV.

Le lavage antiseptique réalisé avec un savon antiseptique est recommandé en cas de suture cutanée et de tout acte nécessitant une asepsie.

Les études disponibles ne permettent pas d'établir la supériorité en pratique courante du lavage antiseptique sur le lavage simple au savon ordinaire en termes de réduction de l'incidence des infections.

Le brossage des mains est réservé au lavage chirurgical qui ne concerne pas le médecin généraliste.

Alternative au lavage des mains en cas d'impossibilité : la friction antiseptique des mains par un gel hydro alcoolique .

Le Séchage des mains

Essuie mains à usage unique impératifs.

• Gants ?

Le port de gants non stériles est recommandé lors d'un contact avec du sang ou une plaie infectée (4).

Tout patient est un vecteur potentiel : risque de transmission lors d'un accident percutané :

Hépatite B (30%) -> Vaccination des soignants obligatoire
Hépatite C (3%)
HIV (0.3%)

Le port de gants ne dispense pas du lavage des mains avant et après.

Néanmoins les recommandations sont divergentes : pour le CDC américain, la décision de porter ou non des gants doit appartenir à chaque soignant.

En cas d'accident d'exposition cutanée au sang : lavage à l'eau courante et au savon et application pendant 5 minutes d'une compresse imprégnée de Dakin ou eau de Javel 12° diluée au 1/10 ou alcool modifié ou Bétadine.

III) Désinfection et stérilisation du matériel

Désinfection et stérilisation sont les mots utilisés pour les supports inertes et antiseptie pour les milieux vivants.

Matériel à usage unique : souhaitable.

Matériel réutilisable : respecter dans ce cas les différentes étapes :

•1 Trempage pré désinfection

Immersion dans eau additionnée d'un produit désinfectant .

•2 Nettoyage manuel

Avec une brosse non métallique puis rinçage à l'eau et séchage.

•3 Désinfection chimique ou Stérilisation dans un appareil.

- Désinfection chimique (voir liste en annexe)

Tableau des recommandations suivant le niveau de désinfection souhaité

Recommandations pour le traitement des dispositifs médicaux (1)

Type de contact avec l'organisme	Classement du dispositif	Exemples (UU = existence de dispositif à usage unique)	Niveau de traitement minimum recommandé
En contact avec la peau saine ou sans contact avec le patient	"non critique"	stéthoscope, marteau à réflexe, tensiomètre, matériel de pesée et de lavage des patients	nettoyage simple ou désinfection de bas niveau (2)
En contact avec les muqueuses ou avec la peau lésée superficiellement	"semi-critique"	insufflateur manuel, instrumentation de podologie/pédicurie, canule rectale, spéculum (UU) (4), colposcope (4), sonde œsophagienne, matériel d'aérosolthérapie (masque, embout) (UU), nébuliseur (UU), masque d'anesthésie, lame de laryngoscope (UU), matériel ORL miroir, thermomètre rectal, sonde thermique (UU)	désinfection intermédiaire ou stérilisation, en fonction de l'intimité du contact avec l'organisme et notamment avec les muqueuses
En contact avec le système vasculaire ou avec une cavité ou un tissu normalement stériles quelle que soit la voie d'abord	"critique"	instrumentation chirurgicale générale (dont bistouri) (UU) (5), petite instrumentation pour set de soins (UU) (6), matériel de biopsie (UU), bougie dilatatrice (urologie, gynécologie) (UU), hystéroscope (UU), sonde urétrale (UU), dentisterie (seringue réutilisable, injecteur, fraise, pièces main, canule aspiration (UU)), sonde d'intubation, canule de trachéotomie (UU), aiguilles d'acupuncture (UU), aiguilles pour mésothérapie (UU)	stérilisation ou dispositif usage unique ou, en cas d'impossibilité, désinfection de haut niveau (3)

1- D'après les références 1,3,5,6,8.

2- L'utilisation d'un produit détergent-désinfectant peut convenir ou même un simple nettoyage avec un détergent suffit selon les recommandations du Royaume-Uni (réf. 6).

3- La désinfection de "haut niveau" n'est recommandée qu'en cas d'impossibilité d'appliquer un procédé de stérilisation, et s'il n'existe pas d'usage unique.

4- En l'absence de données concernant l'inactivation des papillomavirus humains, dont certains sont sexuellement transmissibles et associés notamment aux condy-

lomes et au carcinome du col utérin, il est recommandé d'utiliser des dispositifs médicaux stérilisables ou à usage unique dès lors qu'ils sont en contact avec les muqueuses génitales.

5- Il existe des instruments pour chirurgie à usage unique : ciseaux, pinces, étau-agraves, porte-aiguilles, etc.

6- De nombreux sets de soins à usage unique existent : sets de pansement, sets de suture, sets d'ablation de suture, sets de pose de sonde vésicale, etc.

Les instruments métalliques de suture relèvent d'une désinfection de « haut » niveau.

L'ébullition dans l'eau bouillante pendant 5 minutes est considérée comme une désinfection de niveau intermédiaire, et pendant 30 minutes serait de haut niveau (à confirmer).

- Stérilisation

C'est le procédé de référence quand le matériel le permet = élimination de toute vie microbienne et des virus.

A oublier : four domestique, four à micro-ondes, cocotte minute : NON FIABLES

Bacs à ultrasons ne stérilisent pas, nettoient

Oxyde d'éthylène inadapté pour MG

On ne stérilise que ce qui est propre donc trempage et nettoyage préalable impératifs.

En pratique de ville :

1. le mieux, le plus cher = **Autoclave** qui stérilise par de la vapeur d'eau à 134° pendant 18' (autour de 4000 €)



2. possible, moins cher = Poupinel qui stérilise à l'air chaud, 160° pendant 2h (autour de 400 €)

Le poupinel est interdit désormais à l'hôpital mais en ville les recommandations ne sont pas convergentes .

IV) Traitement des déchets

Obligation réglementaire : Tout producteur de déchets médicaux est tenue d'en assurer l'élimination (loi du 15/07/1975 modifiée en 97) *et pas dans sa cave, dans des bouteilles en plastique !*

Il faut signer une convention avec un organisme qui se charge de ce travail

ATTENTION : si vous donnez vos déchets à un labo ou à un hôpital, il faut une convention écrite.

- 2 types de déchets : P/C/T piquants- coupants-tranchants et déchets mous contaminés.

P/ C/ T dans conteneurs à usage unique, imperforables, boîte de 5 litres ; déchets mous souillés dans cartons à double emballage imperméables de 20 litres .

Les conteneurs et cartons : norme NFX30/500, couleur jaune, sécurisés.

- Fréquence de ramassage : pour les cabinets de MG qui ont, en général, une production < 5kg/mois, ramassage 1 fois par mois ou par trimestre (si >5kg ramassage hebdomadaire)
- Traçabilité : si <5kg suivi des déchets par récapitulatif annuel ; il n'est pas nécessaire à chaque ramassage d'identifier vos boîtes qui sont mises dans un grand conteneur qui, lui, par contre, est identifié
- Prix : passage trimestriel pour une boîte de 5l et un carton de 20l autour de 150€/an (mais les tarifs sont très variables → comparez !)

V / PETITE CHIRURGIE

1) Plaies superficielles et peu étendues, dermabrasions, pertes de substances cutanées.

Pas de suture .

- Stéristrips.
- Pansements hydro colloïdes (type DUODERM ou ALGOPLAQUE).
- Pansements gras .

2) Plaies nécessitant suture.

- Ne pas dépasser 12 heures de délai entre l'accident et la suture.
- Lavage, rinçage, badigeonnage antiseptique large du champ opératoire (par ex : Betadine diluée 1/10).
- Mise en place d'un champ stérile (fourni avec matériel à usage unique= Kit « set suture » à 5€ ou « set soin » 1€).

1-Anesthésie :

- Lidocaïne 1 %, 2%, action rapide mais courte (30 à 60 mn); Attention au risque de choc anaphylactique : interrogatoire sur ATCD allergie ?, Risque réel = rare,
- Adrénalinée ou non (pas d'adrénaline dans les sites à vascularisation terminale : doigts, lobe de l'oreille...: effet vasoconstricteur)
- dose : 1 à 2 cc selon la plaie.
- Les anesthésiques locaux sont moins efficaces en cas de réaction inflammatoire locale (abcès par ex)
- Utiliser des aiguilles fines (hypodermique ou sous cutanée) Infiltrer latéralement chaque berge de la plaie
- Tester l'anesthésie
- Possibilité d'utiliser le gel de lidocaine 4 % (analésie en 15 mn : blanchiment des berges = signe d'action du gel)
- Emla.(non)
- Cryoanesthésie : efficace mais indure les berges de la plaie.

2-Parage et exploration :

- Résection des zones contuses ou nécrotiques et extraction des corps étrangers.
- Hémostase et exploration de la plaie : si doute sur section tendineuse, plaie articulaire -> envoyer au chirurgien.

3-Technique

Choix des fils = l'épaisseur des fils est importante selon l'endroit de la plaie :
2-0 jambe, 3-0 : bras, 4-0 : cuir chevelu, 5-0 : visage, doigts.

• Points séparés simples

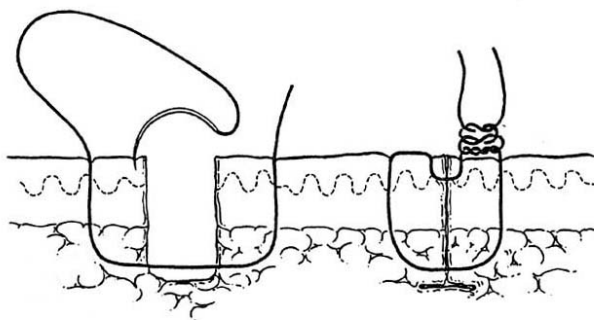
- Chargent le derme et l'épiderme de façon symétrique sur chaque berge.
- Penser à la rétraction cicatricielle qui entraîne une invagination de la cicatrice, donc les points doivent être absolument éversants (l'aiguille charge plus large en profondeur qu'en superficie, le point est éversant.= forme un bourrelet -> c'est l'idéal, et la cicatrice finale sera à niveau).
- Nœuds sur le côté

UNE BONNE SUTURE NE TIRE PAS- NE SCIE PAS (calibre de fil adapté à la traction et à l'épaisseur cutanée)- NE MARQUE PAS (calibre de fil épidermique suffisamment fin) / N'ETRANGLE PAS (points trop au large ou trop serrés ischémiant les berges)

• Point de Blair-Donati

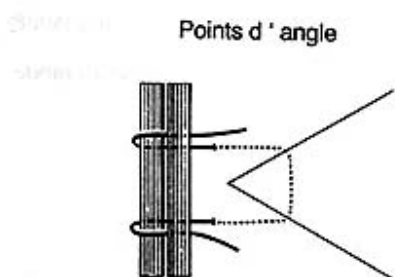
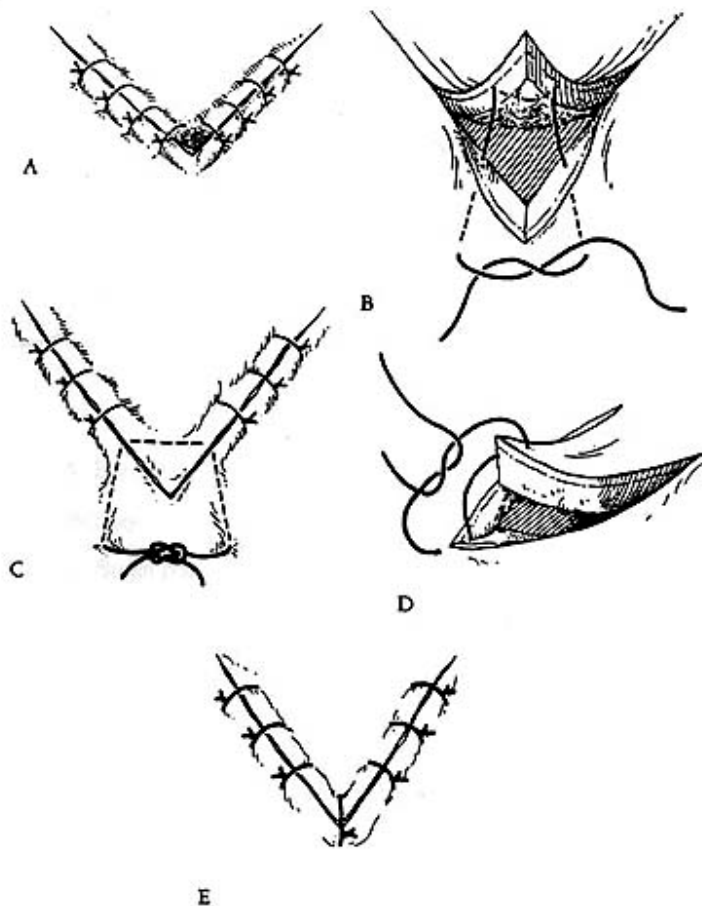
- Appelé "loin-loin-près-près" ou « près-près loin-loin »
- Meilleur appui et une très bonne éversion
- Indiqués lorsque la tension est importante ou aux endroits où la peau est épaisse

POINTS DE TRACTION VERTICALE

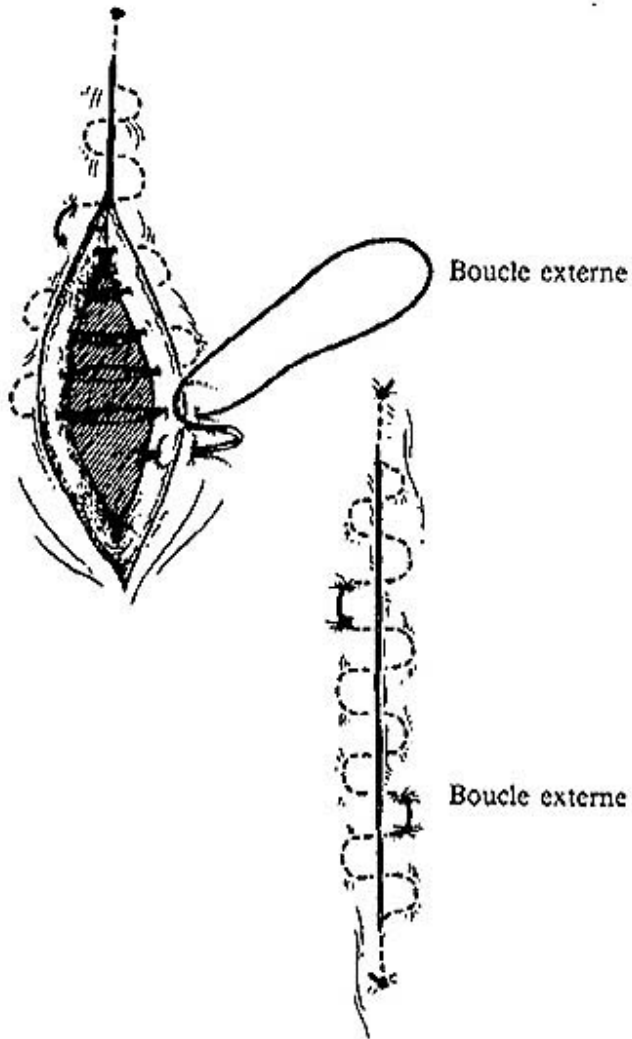


Point de BLAIR-DONATI

- **Point d'angle** Un point mal réalisé sur un angle entraîne la nécrose de celui-ci → Une alternative est possible : un point simple est réalisé sur la pointe, à condition que celui-ci reste parfaitement superficiel et que le nœud soit peu serré.



Des Steri-strips® peuvent remplacer le nœud



Surjet intra dermique

• Plaies en pédiatrie (5)

Une prise en charge rapide avec administration d'un antalgique contribue à rassurer l'enfant.

Les soignants doivent prendre le temps d'expliquer à l'enfant et à ses parents le déroulement de l'intervention. Le soin commence une fois la confiance établie.

En l'absence de complaisance, une contention délicate mais ferme doit être envisagée parfois associée à l'administration d'une sédation.

La tétine sucrée utilisée chez le nourrisson de moins de 3 mois a démontré son intérêt pour les gestes mineurs.

L'analgésie médicamenteuse fait appel au paracétamol seul ou associé à la codéine (enfant de plus d'un an).

Le MEOPA, mélange équimolaire oxygène/protoxyde d'azote, est utilisé chez l'enfant seul ou en association. (Service d'urgence évidemment) .

4- « Colle DERMABOND »

- Un nouvel adhésif approuvé par la FDA pour la fermeture des plaies .
- Il s'agit d'un cyanoacrylate (super glue) fabriqué par Ethicon et commercialisé sous le nom de " Dermabond Topical Skin Adhesive ". Il permet d'éviter les points de suture et constitue une barrière efficace contre la pénétration des bactéries les plus commune ; autres avantages apportés par ce produit, les bons résultats " cosmétiques ", comparables à ceux obtenus par suture, et une fermeture sans douleur et extrêmement rapide de la plaie ; une étude comparative fait apparaître un temps de fermeture de la plaie en 3,6 mn, alors qu'il faut au médecin 12,5 mn pour faire le même travail avec des points de suture. Par ailleurs l'adhésif s'élimine tout seul au bout de 5 ou dix jours.

INDICATIONS :

- des coupures, des plaies traumatiques et des incisions au visage, au tronc et aux membres
- une alternative pour le matériel de suture, les agrafes et les bandelettes
- ne pas utiliser pour fermer le plan sous-cutané d'une plaie
- ne pas utiliser pour les plaies sous tension : les articulations, les paumes et les plantes du pied
- ne pas utiliser sur des plaies ayant un plus grand risque d'infection



C'est très cher et non remboursé ce qui limite son emploi dans un cabinet de MG

--> PRIX TTC par 6 ampoules 196.00 € TTC mais les concurrents arrivent : « Epiglu », ampoule à 4€

VI) Délais de cicatrisation

- Visage : 5 à 6 jours
- Cuir chevelu : 6 à 7 jours
- Membre supérieur : 8 à 9 jours
- Main : 10 à 12 jours
- Membre inférieur : 12 à 14 jours
- Pied : 15 jours

VII) Soins postopératoires

- Ablation des sécrétions
- Application de vaseline (protection, ramollit les sécrétions et croûtes)
- Plus tard : protection du soleil

VIII) Cas particuliers

- Possibilité de drainer par fils de crin les plaies qui peuvent saigner ou salies (2 jours)
- Plaies de la main : exploration +++ : attention aux sections de nerfs et tendons
- Plaies du visage : pronostic esthétique
- Plaies et antibiotiques: (5)

Il n'y a pas de place pour l'antibioprophylaxie dans le traitement des plaies (Grade A).

Cependant, un traitement antibiotique préemptif (traitement prescrit devant une suspicion d'infection débutante) est indiqué dans :

- Les morsures (grade B)
- Les plaies fortement contaminées (peni M, pristinamycine)
- La contamination tellurique ou par excréta (amox+ ac clavulanique)
- Les fractures ouvertes, (grade) l'exposition articulaire ou tendineuse
- Diabétique, terrain ischémique local (Amox+ ac clavulanique)



Traitements courts 3/5j (recommandés mais non évalués)

- Morsures de chien : Amox-Ac Clav suture lâche avec rapprochement des berges
- Griffures de chat : cyclines

IX) Vaccinations

- VAT :
 - Enfant : si rappel > 5ans : rappel
 - Adulte : si rappel > 10 ans : rappel ou nouvelle vaccination (Revaxis : M1-M2 puis 10 ans)
 - Gamma TS 2 ml si absence de preuve de vaccination
- Penser au vaccin antirabique si morsure et chien non identifié ; si propriétaire du chien connu, exiger que le chien soit vu par un vétérinaire : certificat J0 et J15.

B/ AUTRES ACTES DE PETITE **CHIRURGIE**

Excellents sites du SNJG (syndicat national des jeunes généralistes) et un site canadien sur les gestes de petite chirurgie en MG

http://www.snjmg.org/doc_pdf/documents_nomenclature/outils_FMC_gestes_techniques_SNJMG.htm

<http://www.fmoq.org/FormationProfessionnelle/OutilsFormation/Videospetitechirurgie.aspx>

1) Ongle incarné.

1/ Définition

L'ongle incarné est provoqué par un fragment d'ongle qui pénètre dans la chair et provoque une inflammation et des douleurs.

Le premier orteil est le plus fréquemment atteint.

**« L'ongle incarné,
Voilà une petite misère parfois très douloureuse
que les civilisations à pieds nus ignorent. »**

2/ Causes

- On accuse généralement la multitude des traumatismes externes liés à une chaussure trop serrée ou un trouble de la statique du pied,
- Microtraumatismes à répétition .
- Ongles coupés dans les coins.

En fait, le plus souvent, l'ongle incarné survient sans explication.

3/ Prédispositions

- Les nourrissons et les petits-enfants peuvent présenter des ongles incarnés.
- Les adolescents et les adultes développent l'ongle incarné habituel que l'on appelle ongle incarné juvénile.
- Les séniors développent les ongles en pince.

- L'incarnation antérieure: après la chute de l'ongle, il se produit parfois une incarnation antérieure quand l'ongle pénètre la chair à l'avant.

4/ Clinique

L'ongle incarné siège surtout sur le gros orteil et peut concerner un seul ou les deux sillons. On le rencontre souvent chez l'adolescent et l'adulte jeune.

3 stades :

- stade initial : pas d'infection ni inflammation, la douleur est réveillée par le chaussage : Ongle qui rentre dans la chair (incarnation proprement dite).
- onyxis incipiens : Douleur, rougeur et gonflement qui précède parfois l'infection avec formation d'un panaris ou d'un érysipèle.
- perionyxis : ongle incarné est infecté, la douleur est permanente et l'hypertrophie du bourrelet peut coiffer une partie de l'ongle.

5/ Evolution

Sans traitement, l'ongle incarné est susceptible de s'infecter. Ce bourrelet porte le nom de botryomycome.

Les ongles incarnés des nourrissons s'améliorent spontanément avec le temps.

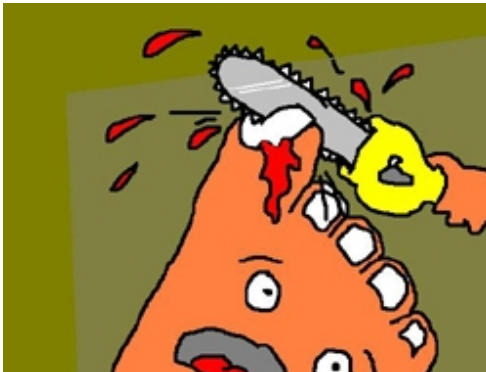
6/ Traitement médical

De nombreux traitements ont été proposés pour cette affection :

- Désinfection
- Allègements de la pression de l'ongle dans le repli
- Tentative de positionnement d'une mèche de coton dans le repli
- Meulage vertical de l'ongle au milieu de celui-ci.
- Le ramollissement est quelquefois tenté par certains dermatologues, mais pas toujours avec un résultat heureux.
- Anti-inflammatoires locaux (nitrate d'argent, pommade contenant de la cortisone).

Si le traitement médical ne suffit pas, passer à la chirurgie

7/ Traitement chirurgical



a) **technique chirurgicale** : l'opération consiste à retirer, non seulement le bord de l'ongle (ou les bords si les deux sont incarnés), mais aussi la matrice sous-jacente. C'est elle qui produit l'ongle, et une récurrence surviendra aussi longtemps qu'elle n'aura pas été retirée.

- L'excision est profonde et assez large, souvent sur une lésion infectée.
- La plaie n'est pas refermée et au mieux, un point de suture est possible pour accélérer la cicatrisation.
- Des soins quotidiens seront nécessaires pendant 15 à 25 jours.

A long terme, les récurrences sont rares, mais peuvent survenir du fait de la persistance locale de minuscules flots de matrice progressivement développés.

[Vidéos du traitement chirurgical d'un ongle incarné](#) (Site de la Fédération des Médecins Omnipraticiens du Québec - FMOQ)

b) en pratique :

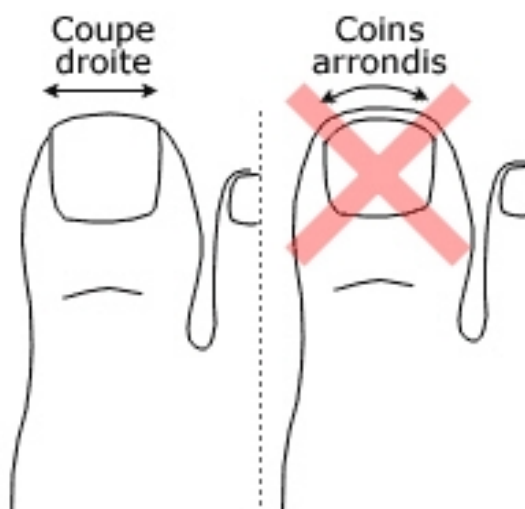
- Si l'opération est faite sous anesthésie locale, la sortie du patient peut se faire juste après l'opération.
- Sous anesthésie générale, une hospitalisation de jour est habituellement suffisante.
- Des chaussures très larges seront utiles car une bande compressive enserrera le doigt à la fin de l'opération.
- Pendant trois jours ne pas trop marcher, ni rester debout et surélever le pied afin d'éviter un oedème qui retarderait la cicatrisation et favoriserait l'infection. L'activité sera reprise progressivement.

c) Autres techniques:

- Intervention au Laser CO₂
- Intervention au phénol

8/ Prévention

- Port de chaussures larges
- L'ongle doit être coupé court et au carré (en évitant la coupe en biseau dans les coins quand cela est possible)
- Faire des soins antiseptiques adaptés dès l'apparition d'une inflammation.
- Faire des soins de pédicurie adaptée en dehors des périodes de poussée.
- Utiliser des chaussures suffisamment larges.



2) Kyste sébacé / Kyste dermoïde

[Vidéo de gestes d'évacuation de collections sous cutanées](#) (Site de la Fédération des Médecins Omnipraticiens du Québec - FMOQ)

3) Thrombose hémorroïdaire

[Vidéo du geste d'évacuation de thrombose hémorroïdaire](#) (Site de la Société Nationale Française de Gastroentérologie - SNFGE)

Une thrombose hémorroïdaire peut être interne ou externe, extériorisée ou rester intra-canaulaire, circulaire ou localisée à un seul quadrant, oedémateuse ou formée de caillot non inflammatoire. Elle peut être vue à un stade précoce (douloureux) ou à un stade plus tardif (simple tuméfaction indolore) voire au stade de sphacèle cutanée avec évacuation du caillot.

a) Indications de la thrombectomie .

Ne seront traitées que les thromboses douloureuses. En effet la thrombose hémorroïdaire évolue toujours spontanément vers la guérison. La dissolution du caillot peut prendre quelques semaines. Au stade de l'indolence il suffit donc d'être patient.

Quelques exceptions :

- la thrombose en cours d'évacuation par sphacèle cutané.
- la thrombose indolore du sportif qui peut présenter une nouvelle poussée inflammatoire à la reprise de l'effort.
- la thrombose volumineuse qui va former une marisque volumineuse que le malade veut éviter.

b) La technique.

L'incision et l'excision sont pratiquées en ambulatoire sur un patient rassuré, à qui le geste et les possibles complications ont été expliqués. Une anesthésie locale de la peau et de l'hémorroïde thrombosée est effectuée avec un petit volume de produit. Après incision le caillot est évacué par expression ou curetage. L'excision qui permet de retirer l'ensemble du sac hémorroïdaire thrombosé est réalisée aux ciseaux.

c) Les traitements associés

Ne pas oublier de prescrire des antalgiques, un traitement laxatif si besoin, et enfin des soins locaux. Le traitement prophylactique antibiotique n'est pas systématique. Traitement veinotrope pour prévenir une récurrence ?

d) Les contre indications

- la thrombose oedémateuse : la plaie sera aussi douloureuse que la thrombose et le geste peu efficace.(la thrombose du post partum est souvent inflammatoire et répond bien aux AINS)
- La thrombose interne. (la réserver aux spécialistes avec anoscope)
- Malades sous anticoagulants efficaces.
- Maladie de Crohn.

e) Les complications

Douleurs, saignement, récurrences. L'infection reste exceptionnelle.

4) Verrues plantaires

Faut il les retirer ? le débat est ouvert et non tranché (.....)

Cryothérapie

- ◆ Application d'azote liquide: Cabinet Médical de groupe ou dermatologue...
- ◆ Histofreezer ??? (aérosol : 80€)

Chirurgie

- ◆ Sous AL, retrait à la curette et cautérisation au bistouri électrique.

Et pourquoi pas- pour faire quelque chose sans être agressif- la « chélidoine » et sa sève orange magique, la pomme de terre que l'on frotte contre la verrue et que l'on enterre... ou, plus sérieux , « Le ruban adhésif » :

- ◆ Les gros rubans adhésifs qui ont déjà de nombreux usages dans la vie domestique, notamment pour fermer les cartons de déménagement, pourraient aussi servir à retirer les verrues, selon une étude américaine: une alternative efficace et moins douloureuse à la classique azote liquide.

Du ruban adhésif **Toilé = duct tape** a été fixé sur les verrues des patients pendant six jours, au terme desquels le ruban était retiré. Ils étaient ensuite invités à tremper la zone concernée dans de l'eau et à utiliser de l'émeri ou une pierre ponce pour gratter la verrue. Le ruban devait être reposé le lendemain matin, et le traitement reconduit pour deux mois maximum jusqu'à ce que la lésion ait disparu.

En provoquant une irritation de la verrue, le ruban entraîne une réaction du système immunitaire, empêchant la poursuite de son développement.

- ◆ **Pour en savoir plus** : . Focht DR 3rd, Spicer C, Fairchok MP. [The efficacy of duct tape vs cryotherapy in the treatment of verruca vulgaris \(the common wart\).](#) *Arch Pediatr Adolesc Med* 2002 Oct;156(10):971-4

5) Grain de milium

6) Abcès

- ◆ Panaris
- ◆ Autres abcès

7) Corps étrangers

- Verre
- Epines d'oursin ou de hérisson

On peut proposer l'application locale pluriquotidienne de MICROLAX gel rectal (laxatif) qui ramollit les tissus et l'épine favorisant ainsi son élimination, Autre thérapeutique utilisée en Polynésie par les pêcheurs : uriner sur la piqûre !! Pour ma part, je mets de suite un corps gras : expérience de plongeur en méditerranée.

- ◆ Echarde → avoir une lampe frontale avec loupe
- ◆ Œil : bain d'œil à l'eau du robinet, éversion paupière avec allumette
Si métallique → ophtalmo

8) Hameçon

◆ Lorsqu'un pêcheur se plante un hameçon (à lui ou à son voisin), inutile d'essayer de le retirer en tirant vers l'arrière, le harpon fait des dégâts tissulaires. Inutile d'inciser, il vaut mieux continuer à pousser l'hameçon, après anesthésie locale, dans le sens de pénétration pour le faire ressortir par la pointe, c'est beaucoup moins douloureux et plus simple.

9) Alliance

Lorsque lors d'un accident, un patient arrive avec une alliance ou une bague déformée ou avec le doigt oedématié, on peut parfois la retirer en passant un fil sous l'alliance (éventuellement enduit de savon) puis en tournant celui-ci autour du doigt. Cela permet de comprimé le doigt et l'oedème et de créer un véritable pas de vis sur lequel on va pouvoir faire glisser l'alliance en tirant sur l'extrémité du fil que l'on a passée sous l'alliance. Sinon, il existe une pince coupante spécifique chez les bijoutiers ou aux urgences.

10) Frein de la langue chez le nourrisson

- ◆ Au premier examen, c'est-à-dire avant le premier mois, si le frein s'attache sous la pointe de la langue, et gêne les mouvements de succion et de déglutition.

Soulever la langue en utilisant la sonde cannelée, dont le bord plat est créé à cet effet, et couper avec des ciseaux d'iridectomie juste sous la sonde cannelée. Cette incision est rapide, indolore et ne fait pas saigner.

11) Hématome sous unguéal

Trombonisation, (ça brûle un peu) ou faire un « avant trou » à la lame de bistouri par grattage et percer à la main en tournant avec un forêt de 1 mm. (pas mal)

12/ Molluscums pendulum ou acrochordon

- ◆ Tumeur molle pédiculée
- ◆ Base d'implantation unique
- ◆ Guérison spontanée : nécrose du pédicule d'implantation

13/ Paraphimosis

Tenir le pénis et appuyer doucement sur le gland comme sur une cerise pour le vider de son sang

Au-delà de 2/3h → hosto pour anesthésie

14) fermeture éclair coincée dans la peau

Avoir la pince adéquate

NOMENCLATURE (7)

1) Quelques règles

- C et V ne sont pas cumulables avec un autre acte technique, sauf E.C.G..
- En cas de cumul de deux actes techniques, le second est coté à 50% de sa valeur.
- Chaque ligne doit être écrite sur une ligne différente de la feuille de soins;
- La date doit être inscrite devant chaque acte.
- Les modificateurs viennent s'ajouter aux actes :

MODIFICATEURS	CODES	VALEUR
Actes réalisés en urgence de 20h à 00h et 06h à 08h	P	35 €
Actes réalisés en urgence de 00h à 06h	S	40 €
Actes réalisés en urgence un dimanche ou jour férié	F	19.06 €
Actes réalisés en urgence à son cabinet (ex K14)	M	26.88 €

Ex : suture plaie crâne < 3 cm Dimanche après midi , non régulée par le Samu QZJA002+M+F= 22.43 + 26.88 + 19.06 soit 68€ ; si régulée le F devient CRD et cote 26.50 donc total 75.81 (souriez....)

2) Parage et/ou suture de plaie de la peau et des tissus mous

Avec ou sans : extraction de corps étranger récent.

En cas de parage et/ou de plaies multiples, additionner les longueurs des plaies traitées, par localisation et par type de plaies.

Plaie superficielle			
En dehors de la face	< 3 cm	QZJA002 + M ± FPS	22.43
	3 à 10 cm	QZJA017 + M ± FPS	31.08
	> 10 cm	QZJA015 + M ± FPS	34.36
Face	< 3 cm	QAJA013 + M ± FPS	31.35
	3 à 10 cm	QAJA005 + M ± FPS	45.57
	> 10 cm	QAJA002 + M ± FPS	48.38

M = 26.88

P = 35

S = 40

F = 19.06

Plaie profonde			
(avec ou sans suture de muscle ou de fascia).			
A l'exclusion de:			
- réparation de la plaie de la peau et des tissus mous avec lésion tendineuse, vasculaire, nerveuse ou viscérale.			
- parage et/ou suture de la plaie pulpo-unguéale.			
En dehors de la face et de la main	< 3 cm	QZJA016 + M ± FPS	44,15
	3 à 10 cm	QZJA012 + M ± FPS	48,36
	> 10 cm	QZJA001 + M ± FPS	56,80
Face	< 3 cm	QAJA004 + M ± FPS	62,70
	3 à 10 cm	QAJA006 + M ± FPS	73,36
	> 10 cm	QAJA012 + M ± FPS	81,78

- Parage initial d'un délabrement initial des tissus mous de la face	QAJA009 + M ± FPS	112.67
- Parage et/ou suture de plaie profonde de la peau et des tissus mous de la main	QCJA001 + M ± FPS	62.70
- Parage secondaire de lésion traumatique ou infectieuse de la peau et des tissus mous, sous anesthésie générale ou locorégionale	QZJA013 + M ± FPS	47.89

3) Plaie de la main.

Plaie de la main			
Superficielle	< 3 cm	QZJA002 + M ± FPS	22.43
	3 à 10 cm	QZJA017 + M ± FPS	31.08
	> 10 cm	QZJA015 + M ± FPS	34.36
Profonde	- Parage et/ou suture de plaie profonde de la peau et des tissus mous de la main	QCJA001 + M ± FPS	62.70
Plaie pulpo- unguéeale (parage et/ou suture)	1	QZJA022 + M ± FPS	54.68
	Plusieurs	QZJA021 + M ± FPS	81.80

4) Autres actes

Autres actes de petite chirurgie

Evacuation d'une thrombose hémorroïdaire externe	EGJA001 ± FPS	62.70
Tamponnement nasal antérieur pour épistaxis en urgence	GABD002 + M	48.89

Ablation de corps étranger de la peau et des tissus mous

A l'exclusion de :

- ablation de corps étranger récent de la peau et des tissus mous au cours du parage d'une plaie
- ablation secondaire de corps étranger de la paupière (BAGA001)

Superficiel

En dehors du visage et des mains	1	QZGA004 ± FPS	26.64
	Plusieurs	QZGA007 ± FPS	43.23
Du visage et des mains	1	QAGA003 ± FPS	36.68
	Plusieurs	QAGA002 ± FPS	56.54
De la cornée	1	BDGP002 ± FPS	20.90
	Plusieurs	BDGP003 ± FPS	22.84

Profond

En dehors du visage et des mains	1	QZGA003 ± FPS	47.89
	Plusieurs	QAGA004 ± FPS	54.68
Du visage et des mains	1	QZGA006 ± FPS	69.85
	Plusieurs	QAGA001 ± FPS	77.34

Ongle et plaies pulpo-unguéales

Evacuation d'un hématome infra-unguéal, par voie transunguéale	QZJB001 + M ± FPS	10.18
Couverture du lit de l'ongle par reposition de la tablette ou pose de prothèse provisoire	QZMP001 + M ± FPS	26.69
Parage et/ou suture d'une plaie pulpo-unguéale	QZJA022 + M ± FPS	54.68
Parage et/ou suture de plusieurs plaies pulpo-unguéales	QZJA021 + M ± FPS	81.80

Dermatologie

Séance de destruction de 1 à 10 lésions cutanées superficielles, par agent chimique ou par cryothérapie de contact

- En dehors du visage	QZNP004	20.38
- Du visage	QANP007	28.80

Exérèse tangentielle de 1 à 20 molluscum contagiosum

- 1 à 20	QZFA010	20.62
- 21 ou plus	QZFA015	24.85

Exérèse de lésion superficielle de la peau par excision :

- d'une zone cutanée de moins de 5 cm ²	QZFA036	28.80
- de 2 à 5 zones cutanées de moins de 5 cm ²	QZFA031	33.39

Traumatologie		
Confection d'une contention souple du genou	NFMP001 + M ± FPS	62.70
Confection d'une contention souple de la cheville et/ou du pied, ou confection d'une semelle plâtrée.	NGMP001 + M ± FPS	20.90
Syndactylie, immobilisation mb sup	MZMP001 +M ± FPS	28.80

Messages

- Se laver les mains +++ et se les essuyer avec du papier coton à usage unique.

- Une bonne suture:
 - ne Tire pas,
 - ne Scie pas,
 - ne Marque pas,
 - n'Étrangle pas.

- Penser à la douleur = A.L.

- Les ongles de pied se coupent au droit

- Le bon matériel dans la trousse de suture; la pince coupante dans la trousse à outil.

- La sagesse c'est connaître ses limites et avoir l'humilité de dire que l'on ne sait pas tout faire et ne faire que ce que l'on sait bien faire.

Bibliographie

1. Prescrire/ Prévenir les infections liées aux soins ambulatoires/ supplément N°212/ dec 2000 (distribué aux participants)
2. Prescrire N°249 avril 2004 p 294 » Nettoyage à l'eau des plaies »
3. Tableau des antiseptiques :
<http://nosobase.chulyon.fr/liste/documents/Formation/LES%20ANTISEPTIQUES>.
4. Prescrire N°281/ 214 « Sutures courantes :pas besoin de gants stériles »
5. Conférence de consensus 2005 prise en charge des plaies aux urgences
http://www.sfm.org/documents/consensus/cc_plaies.pdf
6. *NOMENCLATURE (site remarquable de fonctionnalités , vaut le détour, à installer sur son ordinateur)*
http://www.snjmg.org/infos/page_nomenclature/nomenclature_des_actes_medicaux_snjmg.html



Marcelcave, le 11 décembre 2007

39