

Définir l'excellence dans la prise en charge des incisions chirurgicales : consensus international de plus de 100 chirurgiens et experts sur l'importance de la cicatrisation non perturbée et les caractéristiques essentielles des pansements chirurgicaux

Cet article synthétise les conclusions de 12 rapports issus de réunions de consensus internationales réunissant des experts en chirurgie entre 2019 et 2025, consacrées aux meilleures pratiques de prise en charge postopératoire des incisions chirurgicales et au choix des pansements.

Les experts ont souligné l'importance de protéger les incisions chirurgicales, de limiter les perturbations du processus cicatriciel et de favoriser une cicatrisation optimale. Un large consensus international s'est dégagé concernant l'importance d'une cicatrisation non perturbée des incisions chirurgicales, les experts recommandant de ne changer les pansements qu'en cas de nécessité clinique.

Les caractéristiques consensuelles d'un pansement « idéal » pour les incisions chirurgicales comprenaient : la souplesse et le confort, une bonne adhérence cutanée, une capacité d'absorption adaptée des exsudats, le respect de l'intégrité cutanée péri-lésionnelle, l'étanchéité, ainsi que la capacité à limiter les espaces morts entre le pansement et la plaie.

D'autres caractéristiques, telles que la facilité d'utilisation, le soutien au processus de cicatrisation, la prévention des infections, le rapport coût-efficacité et la réduction du risque cicatriciel, ont également été identifiées dans certaines régions.

Les spécificités régionales (les conditions climatiques, les contraintes géographiques et la disponibilité des ressources) ainsi que la localisation de l'incision et les besoins individuels des patients, ont également été prises en compte. Enfin, l'importance d'une prise en charge harmonisée, de la formation des professionnels de santé et de la standardisation des pratiques a été soulignée comme essentielle à l'amélioration des résultats cliniques à l'échelle internationale.

Plus de 300 millions d'interventions chirurgicales sont pratiquées chaque année dans le monde (Gillespie et al., 2021), faisant de la prise en charge postopératoire, notamment du choix des pansements, un enjeu majeur de santé à l'échelle internationale, avec un impact significatif sur les résultats cliniques des patients.

Les plaies postopératoires peuvent être le siège de diverses complications, regroupées sous le terme de « complications des plaies chirurgicales » (CPC), notamment (Sandy-Hodgetts et Morgan-Jones, 2020) :

- Infection du site opératoire (ISO)
- Déhiscence de la plaie chirurgicale (DPC)
- Hyperbourgeonnement
- Macération péri-lésionnelle
- Cicatrices
- Lésion cutanée liée aux adhésifs médicaux (LCLAM).

Les infections du site opératoire (ISO) figurent parmi les complications postopératoires les plus fréquentes et constituent l'une des causes les plus courantes d'infections associées aux soins

(IAS) à l'échelle mondiale (European Centre for Disease Prevention and Control [ECDC], 2023) – bien qu'il soit estimé que jusqu'à 50 % de ces infections pourraient être évitées (Umschied et al., 2011). D'après une méta-analyse portant sur près de 500 000 interventions de chirurgie générale à l'échelle internationale, Gillespie et al. (2021) ont estimé que 11 % des incisions chirurgicales développaient une ISO dans les 30 jours suivant l'intervention. Les taux d'ISO rapportés varient considérablement selon les pays et les régions du monde (par exemple : Europe, 0,6 à 9,5 % [ECDC, 2023] ; Japon, 1 à 2,1 % [JANIS, 2023] ; Arabie saoudite, 10,2 % dans une étude monocentrique [Ali Alsareii, 2021]) et sont probablement sous-estimés en raison d'une sous-déclaration des cas (WUWHS, 2018). L'incidence des ISO varie également selon le type d'intervention chirurgicale et le profil des patients. À titre d'exemple, des taux supérieurs à 30 % ont été rapportés après abdominoplastie chez les patients obèses, tandis que les ISO peuvent survenir dans jusqu'à 50 % des chirurgies réalisées pour des traumatismes complexes des membres (Sandy-Hodgetts et al, 2022).

Rhidian Morgan-Jones

Chirurgien orthopédique
spécialisé dans la révision
du genou, Cardiff Knee
Clinic, Royaume-Uni

Mots clés

- Consensus
- Incision chirurgicale
- Cicatrisation non perturbée
- Cicatrisation des plaies

Déclarations

Les réunions de consensus sur lesquelles s'appuie cet article ont été financées par Mölnlycke Health Care.

Auteur correspondant :

Rhidian Morgan-Jones, Cardiff & Centre orthopédique Vale (CAVOC), Hôpital universitaire de Llandough, Cardiff, Royaume-Uni. Adresse e-mail : rhidianmj@hotmail.com

Les CPC constituent un enjeu majeur de santé publique à l'échelle mondiale en raison de leurs nombreuses conséquences: altération parfois durable de la santé physique et mentale des patients ; convalescence postopératoire retardée ; prolongation de la durée d'hospitalisation ; coûts financiers élevés ; recours accru aux antibiotiques – un sujet de préoccupation à l'ère de la résistance croissante aux antimicrobiens – et risque de décès. Il a notamment été rapporté qu'environ 3 % des patients présentant une infection du site opératoire décèdent des suites de cette complication (Allegranzi et al, 2011 ; Rickard et al, 2020 ; Gillespie et al, 2021 ; Sandy-Hodgetts et al, 2022).

Par conséquent, la nécessité, pour l'ensemble des professionnels impliqués dans la prise en charge postopératoire des incisions chirurgicales, de réduire le risque de complications de la plaie chirurgicale a été largement soulignée (Morgan-Jones et al, 2019 ; Sandy-Hodgetts et al, 2017, 2018).

Le concept de cicatrisation non perturbée a été identifié comme particulièrement pertinent dans la prise en charge des plaies chirurgicales, dans la mesure où il contribue à protéger l'incision contre les risques de contamination (WCSPS, 2016).

Méthodes

Cet article synthétise les conclusions de 12 rapports issus de réunions de consensus internationales d'experts en chirurgie, tenues entre 2019 et 2025. L'encadré 1 présente les différentes réunions de consensus ainsi que les régions du monde représentées. La diversité géographique des participants a permis l'élaboration d'un consensus à portée internationale. Au total, plus de 100 chirurgiens et experts en chirurgie ont participé à ces travaux de consensus.

Les objectifs de ces réunions de consensus étaient les suivants :

- Préciser les perspectives locales et internationales concernant la prise en charge des incisions chirurgicales et le choix des pansements
- Discuter des principaux enjeux et parvenir à un consensus sur les recommandations
- Définir les caractéristiques d'un pansement « idéal » pour la prise en charge des incisions chirurgicales

Chaque réunion de consensus reposait sur des discussions structurées, animées par un ou deux présidents de séance, portant sur les meilleures pratiques de prise en charge postopératoire des incisions chirurgicales, les caractéristiques du pansement « idéal » et les spécificités régionales liées aux soins des incisions.

Résultats

Cicatrisation non perturbée

Un large consensus s'est dégagé dans l'ensemble des régions concernant l'importance d'une cicatrisation non perturbée dans la prise en charge des plaies postopératoires.

Les experts ont souligné que cette approche est utilisée depuis de nombreuses années, bien que de manière hétérogène et non systématisée. Elle suscite aujourd'hui un intérêt croissant, non seulement dans le domaine des incisions chirurgicales, mais également dans la prise en charge d'autres types de plaies. Les experts ont estimé que la cicatrisation non perturbée présentait une pertinence particulière pour les plaies post-opératoires,

Encadré 1 : Dates des rapports et zones géographiques des réunions de consensus.

- Réunion de consensus multinationale (Morgan-Jones et al., 2019)
- Réunion de consensus Asie-Pacifique (Morgan-Jones et al., 2021)
- Réunion de consensus africaine (Sandy-Hodgetts et al., 2022b)
- Réunion de consensus en Europe du Nord (Morgan-Jones et al., 2022a)
- Réunion de consensus en Europe de l'Est (Morgan-Jones et al., 2022b)
- Réunion de consensus au Moyen-Orient (Adi et al., 2022)
- Réunion de consensus Asie-Pacifique axée sur la gynécologie (Sandy-Hodgetts et al, 2024c)
- Réunion de consensus australienne (Sandy-Hodgetts et al., 2024a)
- Réunion de consensus de Nouvelle-Zélande (Sandy-Hodgetts et al, 2024b)
- Réunion de consensus du Japon (Yamada et al., 2025)
- Réunion de consensus d'Inde (Shanmuganathan et al, 2025)
- Réunion de consensus de la Chine (Cao et al, 2025).

en raison de la nécessité de protéger ces plaies contre la contamination (comme souligné par la WUWHS, 2016). Brindle et Farmer (2019) suggèrent que cette approche présente plusieurs bénéfices :

- Une cicatrisation optimale lorsque le site opératoire est protégé et que les changements de pansement sont limités aux situations cliniquement justifiées
- Une réduction du risque de contamination et d'infection.
- Une diminution du temps de soins et des coûts associés pour les professionnels de santé.

L'ensemble des groupes d'experts a reconnu les bénéfices de cette approche, bien que le panel australien ait souligné la nécessité de renforcer le niveau de preuve scientifique disponible afin d'en confirmer les bénéfices cliniques (Sandy-Hodgetts et al, 2024a). Le panel néo-zélandais a également mis en avant l'impact environnemental des changements fréquents de pansements, soulignant qu'une limitation des renouvellements inutiles pourrait favoriser une utilisation plus raisonnée des ressources et des pratiques de soins plus durables (Sandy-Hodgetts et al, 2024b).

Dans l'ensemble des régions, les experts ont estimé que les pansements appliqués sur les plaies post-opératoires devaient être maintenus en place aussi longtemps que possible et ne faire l'objet d'un changement qu'en cas de nécessité clinique. Les indications cliniques justifiant le changement de pansement identifiées par les experts comprenaient les suivantes :

- Saturation du pansement par les exsudats
- Défaut d'étanchéité
- Saignement excessif
- Suspicion d'infection
- Détérioration ou déhiscence des berges de la plaie
- Perte d'adhérence du pansement
- Irritation cutanée ou réaction allergique au pansement

Malgré ce consensus, les experts ont constaté une importante variabilité locale et régionale. Dans les différentes régions, les protocoles concernant la durée de maintien des pansements variaient de 2 à 14 jours. Certaines recommandations préconisaient de conserver le pansement jusqu'à la sortie du patient, jusqu'au retrait des sutures, ou de manière individualisée selon l'évaluation clinique et les besoins

Encadré 2 : Recommandations clés.

Les principales recommandations de tous les chirurgiens experts peuvent se résumer ainsi :

1. Laisser le pansement en place aussi longtemps que possible
2. Ne pas changer les pansements de façon ritualisée, mais seulement en cas de nécessité clinique

du patient. D'autres recommandaient un changement uniquement en cas de nécessité clinique. Une recommandation locale mentionnait également l'utilisation de colle cutanée chez les patients présentant des plaies propres et un faible risque de complication, avec possibilité de laisser l'incision sans pansement (panel multinational ; Sandy-Hodgetts et al., 2022a).

Les experts ont identifié comme facteur contributif majeur l'existence de « pratiques ritualisées », avec des changements de pansement réalisés à intervalles fixes selon des habitudes locales établies, plutôt qu'en fonction d'indications cliniques. Cette approche a été considérée comme non optimale pour les patients par l'ensemble des participants. Le choix d'un pansement adapté ainsi qu'une meilleure compréhension des indications justifiant son utilisation ont été identifiés comme des éléments essentiels pour améliorer les pratiques.

Les principales recommandations des chirurgiens experts sont résumées dans **l'encadré 2**.

Caractéristiques du pansement « idéal » pour les plaies post-opératoires

Lors de la première réunion de consensus (Morgan-Jones et al., 2019), les experts ont identifié plusieurs caractéristiques essentielles d'un pansement « idéal » destiné à la prise en charge des plaies post-opératoires :

- Souple et confortable, afin de préserver la mobilité du patient et de limiter les traumatismes cutanés
- Doté d'une bonne adhérence cutanée dès l'application, y compris après désinfection de la peau
- Capable d'absorber efficacement les exsudats
- Protège la peau (limitant le risque de phlyctènes, d'irritation cutanée et de traumatisme lors du retrait)
- Imperméable, assurant une bonne étanchéité/barrière et permettant au patient de se livrer à des activités d'hygiène personnelle
- Élimine l'« espace mort » entre le lit de la plaie et le pansement

Ces caractéristiques ont été appuyées par des experts lors de réunions ultérieures, des caractéristiques supplémentaires ayant également été identifiées dans certaines régions, le panel japonais identifiant un éventail de considérations plus large que tous les autres panels (Yamada et al, 2025).

Les experts des régions Asie-Pacifique, d'Europe du Nord, de Nouvelle-Zélande et de Chine ont souligné l'importance du confort du patient, notamment lors du retrait atraumatique du pansement. Le panel africain a, quant à lui, mis en avant la nécessité de limiter les facteurs

susceptibles de générer de l'anxiété chez les patients, notamment l'utilisation de pansements volumineux. Les participants ont également souligné que les pansements devaient être légers, souples et conformables, afin de s'adapter à la mobilité du patient en période postopératoire. Le panel chinois a par ailleurs indiqué qu'un pansement limitant l'inconfort pouvait avoir un impact positif sur l'adhésion du patient à sa prise en charge, ainsi que sur sa qualité de vie et son expérience globale des soins (Cao et al., 2025).

La facilité d'utilisation, tant pour les patients que pour les professionnels de santé, a également été identifiée comme un critère important dans la plupart des régions étudiées (Australie, Europe de l'Est, Inde, Japon, Moyen-Orient, Nouvelle-Zélande, Europe du Nord et Chine). L'importance de la localisation anatomique de la plaie et la nécessité que les pansements puissent s'adapter aux zones de forme irrégulière et à forte mobilité (p. ex. les coudes et les genoux) ont été soulignées dans plusieurs rapports (Australie, Japon, Moyen-Orient et Nouvelle-Zélande).

Les panels du Moyen-Orient, du Japon et de Chine ont notamment souligné l'importance des propriétés des pansements qui favorisent la cicatrisation et la prévention des infections, le panel japonais mettant particulièrement en avant les propriétés antimicrobiennes (Yamada et al, 2025). Le panel chinois a également souligné l'intérêt des pansements dotés de propriétés antimicrobiennes ou bactériostatiques afin de protéger l'incision durant la période postopératoire à risque, en particulier dans les situations à haut risque infectieux, notamment en présence d'implants, chez les patients immunodéprimés ou dans le cadre de sites chirurgicaux contaminés (Cao et al., 2025).

Le rapport coût-efficacité et l'accessibilité financière (tant pour les patients que pour les systèmes de santé) ont été identifiés comme importants dans plusieurs régions (Australie, Inde, Japon, Moyen-Orient et Nouvelle-Zélande). Les panels de la région Asie-Pacifique, d'Australie et de Nouvelle-Zélande ont souligné que le rapport coût-efficacité devait prendre en compte l'ensemble du processus de traitement (y compris le temps, les ressources supplémentaires nécessaires au changement de pansement, le nombre de changements de pansement et le coût total de la cicatrisation de la plaie), et non seulement le coût unitaire du pansement. Le panel néo-zélandais a également identifié la durabilité environnementale et les déchets comme des considérations importantes (Sandy-Hodgetts et al, 2024b).

Variations régionales

Bien qu'un large consensus se soit dégagé entre les régions, certains problèmes spécifiques à chaque région ont également été identifiés.

Plusieurs rapports (Asie-Pacifique, Inde, Chine et multinationaux) ont indiqué que des considérations relatives au climat local, en particulier la chaleur et l'humidité, et à la zone géographique, notamment les patients vivant dans des régions éloignées ou devant parcourir de longues distances pour se faire soigner, influençaient le choix du pansement (p. ex. imperméable) et le moment où il était changé (p. ex. avant la sortie).

Le panel japonais a notamment mis en avant l'influence des habitudes culturelles et des pratiques locales en matière d'hygiène corporelle, en particulier concernant les bains. Un autre élément soulevé uniquement par le panel japonais et reflétant le vieillissement de la population du pays était la nécessité de prendre en compte la présence de démence lors du choix d'un pansement. L'obésité, reconnue comme un facteur de risque de complications de la plaie post-opératoire (ECDC, 2023), a également été mentionnée par plusieurs groupes d'experts, notamment en Australie et au Japon. Le panel japonais a suggéré que la faible prévalence de l'obésité au Japon pourrait contribuer aux taux relativement faibles de complications observés dans le pays.

Le panel chinois a souligné la formation de cicatrices comme un élément à prendre en compte. Le pansement « idéal » peut réduire la tension sur l'incision, maintenir la douceur de la peau et diminuer le risque de développement de cicatrices chéloïdes, ce qui le rend particulièrement adapté aux patients qui souhaitent de meilleurs résultats esthétiques sur leurs cicatrices après une chirurgie articulaire (Cao et al, 2025).

Des différences régionales ont également été observées concernant l'importance accordée à l'accessibilité financière. Dans certains pays, cette problématique concernait principalement le coût supporté par les patients, comme l'a souligné le panel indien, tandis que dans d'autres régions, notamment en Australie et en Nouvelle-Zélande, les considérations économiques étaient davantage liées à l'organisation du système de santé, qu'il soit public ou privé. Les rapports issus de la région Asie-Pacifique ainsi que les rapports multinationaux ont également mis en évidence des disparités régionales en matière de disponibilité des produits. Une autre différence régionale, relevée notamment en Inde et au Japon, concernait les professionnels responsables du choix des pansements et de la prise en charge des plaies.

Considérations plus larges

La plupart des rapports ont souligné l'importance de la préparation préopératoire et de la prise en compte de la situation individuelle du patient, notamment du niveau de risque, de l'obésité, de la malnutrition et des comorbidités, ainsi que de la nature de l'intervention chirurgicale (p. ex., programmée ou d'urgence ; simple ou complexe). Les bénéfices potentiels de protocoles tels que la récupération améliorée après chirurgie (ERAS) (<https://erassociety.org/>) ont été mentionnés dans plusieurs rapports (Asie-Pacifique, multinationaux, Moyen-Orient, Europe du Nord et Chine), bien qu'il ait été reconnu que le protocole ERAS n'est pas universellement adopté.

L'importance d'une prise en charge harmonisée et standardisée a également été soulignée dans la majorité des rapports. Les rapports issus de la région Asie-Pacifique

ainsi que les rapports multinationaux ont notamment mis en avant l'intérêt de la check-list de sécurité chirurgicale de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) comme outil de standardisation des pratiques.

Plusieurs rapports (Asie-Pacifique, Inde, réunions multinationles et Europe du Nord) ont également mis en évidence la nécessité de renforcer la formation des professionnels de santé concernant la prise en charge des incisions postopératoires et l'identification précoce des complications de la plaie chirurgicale. Enfin, les rapports du Moyen-Orient et de Nouvelle-Zélande ont souligné l'importance de l'éducation thérapeutique des patients, le panel néo-zélandais mettant notamment en avant les enjeux spécifiques liés à la ruralité et à l'accès aux soins.

Discussion

Cet article présente une synthèse des conclusions de 12 rapports issus de réunions de consensus internationales organisées entre 2019 et 2025 dans diverses régions du monde, réunissant plus de 100 chirurgiens et experts internationaux en chirurgie. Malgré quelques variations locales et régionales, un large consensus s'est dégagé, tant au sein des groupes d'experts qu'entre les régions, concernant les meilleures pratiques en matière de prise en charge des plaies post-opératoires et de choix des pansements.

Les experts ont souligné l'importance de protéger les incisions chirurgicales, de limiter les perturbations du processus cicatriciel et de favoriser une cicatrisation optimale. Un large consensus s'est dégagé dans l'ensemble des régions concernant l'intérêt d'une cicatrisation non perturbée des incisions chirurgicales, les experts recommandant de ne procéder au changement des pansements qu'en cas de nécessité clinique.

Certaines données de la littérature soutiennent cette approche (Brindle et Farmer, 2019), en accord avec les recommandations émises par d'autres experts internationaux du soin des plaies (Davies et al., 2019). Toutefois, comme l'a souligné le panel australien, des données complémentaires restent nécessaires afin de renforcer le niveau de preuve scientifique concernant cette approche.

Les caractéristiques du pansement « idéal » pour les plaies post-opératoires ayant fait l'objet d'un consensus dans l'ensemble des régions comprenaient notamment : la souplesse et le confort, une bonne adhérence cutanée, une capacité d'absorption adaptée des exsudats, le respect de l'intégrité cutanée, une barrière étanche ainsi que la capacité à assurer un contact homogène entre le pansement et l'incision.

D'autres caractéristiques, telles que le confort du patient, la facilité d'utilisation, le soutien au processus de cicatrisation, la prévention des infections, le rapport coût-efficacité et la réduction du risque cicatriciel, ont également été mises en avant dans certaines régions. Les différences et considérations régionales (p. ex., le climat, la zone géographique et la disponibilité des ressources), ainsi que l'emplacement de la plaie et les besoins individuels du patient ont été pris en compte. Cela concorde avec le rapport de consensus de la WUWHs (2022) qui indique que la protection du site d'incision est essentielle, notamment pour réduire le risque d'ISO et de DPC. Il est tout aussi important, pour améliorer le bien-être et les résultats des patients, de créer un environnement optimal pour la cicatrisation des plaies.

Des soins cohérents, une éducation adéquate et une standardisation des pratiques ont été soulignés comme étant essentiels pour améliorer les résultats des patients à l'échelle mondiale et pour promouvoir une évolution indispensable par rapport aux « pratiques ritualisées ». La mise en œuvre et l'adoption d'approches périopératoires standardisées, y compris celles proposées par l'ERAS, visent à réduire le stress chirurgical, à améliorer la récupération et à optimiser les résultats des patients grâce à une approche multidisciplinaire tout au long des périodes pré-, per- et postopératoires. Toutefois, il est reconnu que cela peut s'avérer difficile en raison de la résistance au changement, du manque de ressources et des différentes approches mondiales en matière de soins de santé (Özçelik, 2024).

Résumé

La cicatrisation non perturbée constitue un élément clé de la prise en charge postopératoire moderne. En sélectionnant des pansements adaptés et en appliquant les bonnes pratiques de prise en charge des plaies post-opératoires, les professionnels de santé peuvent favoriser un environnement optimal de cicatrisation, réduire le risque de complications et améliorer les résultats cliniques des patients. La prise en charge efficace des plaies post-opératoires repose sur une formation continue, une participation active du patient et une prise en compte des spécificités régionales. Les experts ont souligné que les changements de pansements devraient être basés sur les besoins cliniques plutôt que sur la pratique courante, la durée de port variant de 2 à 14 jours selon les régions. Certains protocoles autorisaient le maintien des pansements en place jusqu'à la sortie de l'hôpital ou le retrait des sutures, tandis qu'une approche régionale privilégiait la colle chirurgicale pour les patients en bonne santé présentant des plaies propres. Voir l'encadré 3 pour un résumé du concept de CNP tel que défini par les chirurgiens experts.

Un pansement idéal doit être souple, bien adhérent, absorbant, imperméable et protecteur, éliminant ainsi tout espace mort entre la plaie et le pansement. Il convient de prendre en compte les facteurs régionaux, notamment le climat, la géographie, les coutumes culturelles et les données démographiques. Avec le vieillissement de la population, les considérations liées à la démence ont été mises en évidence ainsi que l'accessibilité financière. ●

Déclaration

Aucune approbation éthique ou de gouvernance n'était requise, car ce travail est basé sur des réunions de consensus d'experts internationaux en soins des plaies. Les participants à la réunion

Encadré 3 : Le concept de cicatrisation non perturbée (CNP ; Sandy-Hodgetts et al, 2022 ; Brindle et Farmer, 2019).

Le concept de CNP couvre des domaines spécifiques :

- Réduction des traumatismes tissulaires et de la douleur lors du changement de pansement
- Réduction des réfections de pansements lorsque cela est indiqué afin de réduire le stress et l'anxiété anticipatoires du patient
- Protéger la plaie afin de créer un environnement de cicatrisation optimal limitant les perturbations du lit de la plaie par des manipulations répétées
- Optimisation de la matrice extracellulaire et de la peau péri-lésionnelle
- Amélioration de la qualité de vie du patient

de consensus ont consenti à la production de rapports écrits et de publications.

Remerciements

Nous tenons à remercier les experts internationaux qui ont participé aux réunions de consensus ainsi que Mölnlycke Healthcare pour son soutien financier.

Références

- Adi MM, Sandy-Hodgetts S, Al Belooshi A et al (2022) *Incision care and dressing selection in surgical wounds: Findings from an international meeting of surgeons from the Middle East*. London: Wounds International
- Ali Alsareii S (2021) Surgical site infections at a Saudi hospital: the need for a national surveillance program. *Int Surg* 105(1-3): 265-70. doi: 10.9738/intsurg-d-16-00199.1
- Allegranzi B, Bagheri Nejad S et al (2011) Burden of endemic health-care associated infection in developing countries: systematic review and meta-analysis. *Lancet* 377(9761): 228-41. doi: 10.1016/S0140-6736(10)61458-4
- Brindle T, Farmer P (2019) Undisturbed wound healing: a narrative review of the literature and clinical considerations. *Wounds International* 10(2): 40-8
- Cao L, Jiang Q, Chen H et al (2025) *A consensus report on the management of surgical incisions and selection of dressings in China: Outcomes from the 2025 Expert Summit on Postoperative Incision Management in Orthopaedics*. London: Wounds International
- Davies P, Stephenson J, Manners C (2019) Understanding undisturbed wound healing in clinical practice – a global survey of healthcare professionals. *Wounds UK* 15(4): 56-65
- European Centre for Disease Prevention and Control (2023) *Healthcare-associated infections: surgical site infections – Annual Epidemiological Report for 2018–2020*. Disponible à l'adresse : <https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/healthcare-associated-infections-surgical-site-annual-2018-2020> (accessed 05.09.2025)
- Gillespie BM, Harbeck E, Rattray M et al (2021) Worldwide incidence of surgical site infections in general surgical patients: a systematic review and meta-analysis of 488,594 patients. *Int J Surg* 95: 106136. doi: 10.1016/j.ijssu.2021.106136
- Japan Nosocomial Infections Surveillance (JANIS) [Inpatient] Clinical Laboratory Division (2023) *Annual Open Report 2023 (All Facilities)*. Disponible à l'adresse : https://janis.mhlw.go.jp/english/report/open_

Messages clés.

- Une cicatrisation non perturbée est importante pour les plaies post-opératoires et devrait être la pratique courante pour ces plaies, sauf indication clinique contraire.
- Une cicatrisation non perturbée des plaies post-opératoires peut réduire le risque d'infection de la plaie, diminuer les coûts, améliorer le confort du patient et réduire l'utilisation des ressources.
- Les pansements sur les plaies post-opératoires ne doivent pas être changés sauf en cas d'indications spécifiques, telles que : saturation du pansement par l'exsudat ; fuite du pansement ; saignement excessif ; suspicion d'infection ; détérioration ou déhiscence des bords de la plaie ; perte d'adhérence du pansement.
- Les pansements pour plaies post-opératoires doivent impérativement être souples, confortables, absorbants, protecteurs pour la peau et imperméables ; bien adhérer à la peau et éliminer l'« espace vide » entre le lit de la plaie et le pansement, protégeant ainsi les plaies, minimisant les perturbations et favorisant la cicatrisation.

Annexe 1. Le groupe d'experts en chirurgie en soins des incisions.

- Rhidian Morgan Jones (Président), consultant en orthopédie et responsable du centre de révision majeure, hôpital de Colchester, East Suffolk & North Essex Foundation Trust, Essex, Royaume-Uni
- Adesoji Ademuyiwa, professeur de chirurgie (épidémiologie pédiatrique et chirurgicale), université de Lagos ; consultant honoraire et chef de service, hôpital universitaire de Lagos, Lagos, Nigeria
- Mohamed Muath Adi, chirurgien orthopédiste consultant, Abou Dabi, Émirats arabes unis
- Ali Al Belooshi, chirurgien orthopédiste consultant, Mediclinic, Émirats arabes unis
- Saed Al Habib, chirurgien plasticien consultant, Arabie saoudite
- Salem Al Nuiami, chirurgien orthopédiste consultant, Hôpital militaire Zayed, Abou Dabi, Émirats arabes unis
- Jonas Andersen, consultant en orthopédie, Steno Diabetes Centre, Copenhague, Danemark
- Hideyuki Arima, Département de chirurgie orthopédique, Faculté de médecine de l'Université de Hamamatsu, Shizuoka, Japon
- Peter Awang, chirurgien général spécialiste, hôpital privé Bokamoso, Gaborone, Botswana
- Hasan Aziz, chirurgien plasticien, Koweït
- Georges Balenda, chirurgien général, Centre médical de l'hôpital Louis Pasteur, Pretoria, Afrique du Sud
- Professeur Tomasz Banasiewicz, chef du département de chirurgie endocrinienne générale et d'oncologie gastro-intestinale, Université de médecine de Poznań, Poznań, Pologne
- Sameek Bhattacharya, chirurgien plasticien, chef du service des brûlés et de chirurgie plastique, ABVIMS & Hôpital Ram Manohar Lohia, New Delhi, Inde
- Michael Bishay, chirurgien orthopédiste consultant, Royal United Hospital, Bath, Royaume-Uni
- Pål Borgen, chirurgien orthopédiste, hôpital Martina Hansens, Sandvik, Norvège
- Dr Alessandra Canal, chirurgie plastique et reconstructive, Auckland, Nouvelle-Zélande
- Li Cao, chirurgien orthopédiste, Premier hôpital affilié de l'université de médecine du Xinjiang, Chine
- Docteur Belinda Chan, chirurgienne générale, Strathfield, Australie
- Hua Chen, Hôpital général PLA, Chine
- Dr S Vetrivel Chezian, professeur d'orthopédie, Coimbatore Medical College, Coimbatore, Inde
- Hyonmin Choe, Département de chirurgie orthopédique, Université municipale de Yokohama, Kanagawa, Japon
- Timo Clasen, consultant en chirurgie viscérale et spécialiste des soins des plaies, Agaplesion Deiakonieklinikum à Rotenburg/Wuemme, Allemagne
- Dr Mark Cullinan, chirurgien général, Melbourne, Australie
- Cai Daozhang, docteur en médecine du sport, troisième hôpital affilié de l'Université de médecine du Sud, Chine
- Dr Ján Debre, chirurgien orthopédiste en chef, hôpital Šumperk, Šumperk, République tchèque
- Dr Radek Dolezel, chirurgien général et oncologue, Hôpital universitaire Charles et Hôpital militaire universitaire, Prague, République tchèque
- Tomomi Fukuhara, Centre de traumatologie et de chirurgie reconstructive, Hôpital Saiseikai Niigata Kenoh Kikan, Niigata, Japon
- Dr Tibor Gunther, chirurgien en chef du service de traumatologie et d'orthopédie de l'hôpital universitaire Petz Aladar, Győr, Hongrie
- José A Hernández-Hermoso, président du département de chirurgie orthopédique et traumatologie, Germans Trias ; Hôpital universitaire Pujol, Barcelone, Espagne ; Professeur agrégé UAB
- Professeur Andrew Hill, Chirurgie générale, Auckland, Nouvelle-Zélande
- Kushal Hippalgaonkar, chirurgien orthopédiste ; directeur exécutif du Sunshine Bone and Joint Institute, KIMS-Sunshine Hospitals, Hyderabad, Inde
- Naoyuki Hirasawa, Département de chirurgie orthopédique, Hôpital Hokusukai Kinen, Ibaraki, Japon
- Jinghui Huang, hôpital de Xijing de l'université médicale de l'armée de l'air, Chine
- Lee Sung Hyun, chirurgien orthopédiste, Université Wonkwang, Hôpital Iksan, Corée
- Nils Irsigler, chirurgien plasticien et reconstructeur, hôpital Zuid-Afrikaans, Pretoria, Afrique du Sud
- Baochao Ji, Premier hôpital affilié de l'Université de médecine du Xinjiang, Chine
- Dr Wei Jianxia, obstétricien-gynécologue, Département d'obstétrique, Hôpital d'obstétrique et de gynécologie de Pékin, Université de médecine de la capitale, Pékin, Chine
- Professeur Song Min Jong, professeur à la faculté de médecine de l'Université catholique de Corée, Séoul, Corée
- Dr Wang Junjie, consultant principal, obstétricien et gynécologue, Hôpital pour femmes et enfants KK, Singapour
- Ahmed Khazbak, chirurgien plasticien, ministère de la Santé et de la Prévention, Émirats arabes unis
- Tay Boon Keng, chirurgien orthopédiste, Hôpital général de Singapour, Singapour
- Junjiro Kobayashi, chirurgien cardiovasculaire, Centre national cérébral et cardiovasculaire, Osaka, Japon
- Asuri Krishna, professeur agrégé, professeur de chirurgie, All India Institute of Medical Sciences Delhi, New Delhi, Inde
- Colin M. Krüger, chirurgien oncologue en chef et spécialiste en chirurgie robotique, Rüdersdorf près de Berlin, Allemagne
- Gigy Raj Kulangara, chef de département et consultant senior en chirurgie plastique, reconstructive et microvasculaire, hôpital Rajagiri, Inde
- John C. Lantis, vice-président du département de chirurgie, chef du service de chirurgie vasculaire et endovasculaire, directeur de la recherche clinique chirurgicale, professeur de chirurgie à l'Icahn School of Medicine, Mount Sinai West, New York, New York, États-Unis
- Professeur agrégé Edmund Leung, Faculté des sciences médicales, Université d'Auckland ; Ambassadeur international, Association britannique d'oncologie chirurgicale, Collège royal des chirurgiens d'Angleterre ; Maître de conférences honoraire, Faculté de médecine, Université de Cardiff, Royaume-Uni
- Huiwu Li, neuvième hôpital populaire de Shanghai, école de médecine de l'université Jiao Tong de Shanghai, Chine
- Yang Li, Troisième hôpital de l'Université de Pékin, Chine
- Tao Liu, Hôpital populaire provincial du Henan, Chine
- Christiaan Andre Loubser, consultant, hôpital de l'aéroport international Busamed Bram Fischer, Bloemfontein, Afrique du Sud
- Songcen Lyu, Deuxième hôpital affilié de l'université de médecine de Harbin, Chine
- Niveshni Maistry, interne en chirurgie pédiatrique, Hôpital pour enfants Nelson Mandela, Johannesburg, Afrique du Sud
- Xinzhan Mao, deuxième hôpital Xiangya de l'Université Central South, Chine
- Aditya Menon, chirurgien orthopédiste, hôpital et centre de recherche médicale PD Hinduja, Mumbai, Inde
- Riju R Menon, professeur clinicien, département de chirurgie générale, hôpital de l'Institut des sciences médicales Amrita, Kochi, Inde
- Yoko Miura, Centre de reconstruction articulaire, Hôpital orthopédique de Funabashi, Chiba, Japon
- Masaki Mizushima, Département de chirurgie orthopédique, Hôpital Yonemori, Kagoshima, Japon
- James Murray, AOC, Hôpital Southmead, Université de Bristol et Knee Specialists Bristol, Royaume-Uni
- Bhusan Nariani, chirurgien orthopédiste, hôpital BL Kapur Super Speciality, Inde
- Liezi Naude, infirmière clinicienne spécialisée et fondatrice d'Eloquent Learning Health, Pretoria, Afrique du Sud
- Dr Chia Yin Nin, consultante senior, obstétricienne et gynécologue, gynécologie & Spécialistes en oncologie, Hôpital Gleneagles, Singapour
- Neford Oendo Ongaro, chirurgien orthopédiste, NEFRIS, Eldoret, Kenya
- Jorma Pyjamaki, spécialiste orthopédique principale, groupe Pihlajalinn, Finlande
- Professeur agrégé Krasean Panyakhamlerd, Département d'obstétrique et de gynécologie, Faculté de médecine, Université Chulalongkorn, Bangkok, Thaïlande
- Dr Örs Pécsi, chirurgien traumatologue et orthopédiste, Erzsébet Kórház, Budapest, Hongrie
- Antonio Pellegrini, chirurgien orthopédiste consultant, IRCCS Istituto Ortopedico Galeazzi, Centre de chirurgie reconstructive et d'infection ostéoarticulaire, Milan, Italie
- Ashish Phadnis, chirurgien orthopédiste, service d'orthopédie, hôpital Jupiter, Thane, Inde
- Dr Fransiscus OH Prasetyadi, obstétricien et gynécologue, Dr Ramelan Naval Central Hospital, Surabaya, Indonésie
- Dr Dinakar Rai, chef du département d'orthopédie, PSG Institute of Medical Sciences, Coimbatore, Inde
- Professeure adjointe Kylie Sandy-Hodgetts, présidente de l'ICPCAP, Australie
- Sujata Sarabahi, chef du service des grands brûlés et de chirurgie plastique, VMMC et hôpital Safdarjung, New Delhi, Inde

Annexe 1. Le groupe d'experts en chirurgie en soins des incisions (suite).

- Docteur C. Savitha, directrice médicale et professeure au département d'obstétrique-gynécologie du Bangalore Medical College and Research Institute, en Inde.
- Dr Ben Schwarz, chirurgien orthopédiste, Sydney, Australie
- Prof Dr Rajasekaran Shanmuganathan, président du département d'orthopédie, de traumatologie et de chirurgie de la colonne vertébrale, hôpital Ganga, Coimbatore, Inde
- Dr Marianna Sioson, directrice consultante, médecine périopératoire-ERAS, The Medical City Ortigas, Manille, Philippines
- Dr Michael Solomon, chirurgien orthopédiste, Randwick, Australie
- Dr Tokumasa Suemitsu, Département d'obstétrique et de gynécologie, Faculté de médecine de l'Université Jikei, Tokyo, Japon
- Li Sun, Hôpital populaire provincial du Guizhou, Chine
- Docteur Antoni Szczepanik, chirurgien général et oncologue, Département de chirurgie générale, oncologique, gastro-entérologique et de transplantation, Faculté de médecine de l'Université Jagellonne, Cracovie, Pologne
- Shunsuke Takahara, Département de chirurgie orthopédique, Centre médical préfectoral de Kakogawa, Hyogo, Japon
- Dr Eric Tan, MBChB, MRCS, CCBST, FRCS (Plast), Chirurgie plastique, Hamilton, Nouvelle-Zélande
- Dr Steven Tan, obstétricien-gynécologue, St Leonards, Australie
- Samih Tarabichi, chirurgien orthopédiste consultant et président du Centre Tarabichi de chirurgie articulaire, Hôpital Alzahra, Dubaï
- Gulnaz Tariq, Émirats arabes unis
- Mazen Tayeb, chirurgien orthopédiste spécialisé dans les prothèses de hanche et de genou à l'hôpital des forces de sécurité, en Arabie saoudite
- Hua Tian, Troisième hôpital de l'Université de Pékin, Chine
- Haruki Ueda, Département de chirurgie orthopédique, Hôpital de la Croix-Rouge de Nasu, Tochigi, Japon
- Takenori Uehara, Département de chirurgie orthopédique, Centre médical NHO d'Okayama, Okayama, Japon
- Dr Michael Van Der Griend, obstétricien-gynécologue, St Leonards, Australie
- Zhavandre Van der Merwe, spécialiste en soins avancés des plaies, cabinet de soins des plaies 4 Wounds, Pretoria, Afrique du Sud
- Kate van Harselaar, gynécologue, spécialiste de la fertilité, obstétricienne ; directrice clinique, Dunedin, Nouvelle-Zélande
- Weijun Wang, Hôpital de la Tour du Tambour de Nanjing, Chine
- Weishan Wang, Premier hôpital affilié à la faculté de médecine de l'université de Shihezi, Chine
- Professeur Maciej Wilczak, directeur du département de santé maternelle et infantile, service de gynécologie-obstétrique, hôpital universitaire de Poznań, université des sciences médicales de Poznań, Poznań, Pologne
- Christian Willy, professeur de chirurgie et chef du département de traumatologie & Chirurgie orthopédique, septicémie & Chirurgie reconstructive, Centre de recherche et de traitement des blessures de guerre complexes, Centre des plaies (ICW eV), Hôpital militaire de Berlin, Allemagne
- Koji Yamada, directeur, Nakanoshima Orthopaedics, Kanagawa, Japon
- Yukichi Zenke, Centre de reconstruction des traumatismes, Université de médecine du travail et de l'environnement, Fukuoka, Japon
- Jingwei Zhang, neuvième hôpital populaire de Shanghai, école de médecine de l'université Jiao Tong de Shanghai, Chine
- Haiyan Zhao, Premier hôpital de l'université de Lanzhou, Chine

report/2023/3/1/ken_Open_Report_Eng_202300_clsi2012.pdf (consulté le 05.09.2025)

Morgan-Jones R, Bishay M, Hernández-Hermoso JA et al (2019) *Incision care and dressing selection in surgical wounds: Findings from an international meeting of surgeons*. London: Wounds International. Disponible à l'adresse : <https://woundsinternational.com/wp-content/uploads/2023/02/f5d7b56a712089e3923036d6bc7deea3.pdf> (consulté le 18/09/2025)

Morgan-Jones R, Cao L, Daozhang C et al (2021) *Incision care and dressing selection in surgical wounds: Findings from an international meeting in the APAC region*. London: Wounds International. Disponible à l'adresse : <https://woundsinternational.com/consensus-documents/incision-care-and-dressing-selection-in-surgical-wounds-findings-from-an-international-meeting-in-the-apac-region/> (consulté le 18.09.2025)

Morgan-Jones R, Pajamaki J, Krüger CM et al (2022a) *Incision care and dressing selection in surgical incision wounds: Findings from an international meeting of surgeons from Northern Europe*. London: Wounds International

Morgan-Jones R, Szczepanik A, Gunther T et al (2022b) *Incision care and dressing selection in surgical incision wounds: Findings from an international meeting of surgeons from Eastern Europe*. London: Wounds International

Özçelik M (2024) Implementation of ERAS protocols: in theory and practice. *Turk J Anaesthesiol Reanim* 52(5): 163–8. doi : 10.4274/tjar.2024.241723

Rickard J, Beilman G, Forrester J et al (2020) Surgical infections in low- and middle- income countries: a global assessment of the burden and management needs. *Surg Infect (Larchmt)* 21(6) : 478–94. doi : 10.1089/sur.2019.142

Sandy-Hodgetts K, Ousey K, Howse E (2017) Top ten tips: Management of surgical wound dehiscence. *Wounds International* 8(1): 11–4

Sandy-Hodgetts K, Carville K, Leslie GD (2018) Surgical wound dehiscence: a conceptual framework for patient assessment. *J Wound Care* 27(3) : 119–26. doi : 10.12968/jowc.2018.27.3.119

Sandy-Hodgetts K, Ousey K, Conway B et al (2020) *International best practice recommendations for the early identification and prevention of surgical wound complications*. London: Wounds International

Sandy-Hodgetts K, Morgan-Jones R, Adi MM et al (2022a) *Incision care and dressing selection in surgical wounds: Findings from a series of international meetings*. London: Wounds International

Sandy-Hodgetts K, Ademuyiwa A, Awang P et al (2022b) *Incision care and dressing selection in surgical incision wounds: Findings from an international meeting of surgeons from New Zealand*. London: Wounds International

Sandy-Hodgetts K, Morgan-Jones R, Tan S et al (2024a) *Incision care and dressing selection in surgical wounds: Findings from an international meeting of surgeons from Australia*. London: Wounds International

Sandy-Hodgetts K, Morgan-Jones R, Canal A et al (2024b) *Incision care and dressing selection in surgical wounds: Findings from an international meeting of surgeons from New Zealand*. London: Wounds International

Sandy-Hodgetts K, Junjie W, Nin CY et al (2024c) *Incision care and dressing selection in obstetrics and gynaecology: Findings from an international meeting of obstetricians and gynaecologists*. London: Wounds International

Shanmuganathan R, Morgan-Jones R, Bhattacharya S et al (2025) *Incision care and dressing selection in surgical wounds: Findings from an international meeting of surgeons from India*. London: Wounds International

Umscheid CA, Mitchell MD, Doshi JA et al (2011) Estimating the proportion of healthcare-associated infections that are reasonably preventable and the related mortality and costs. *Infect Control Hosp Epidemiol* 32(2): 101–14. doi: 10.1086/657912

World Union of Wound Healing Societies (2016) *Closed surgical incision management: Understanding the role of NPWT*. London: Wounds International

World Union of Wound Healing Societies (2018) *Surgical wound dehiscence: improving prevention and outcomes*. London: Wounds International

Yamada K, Zenke Y, Miura Y et al (2025) *Incision care and dressing selection in surgical wounds: Findings from an international meeting of surgeons from Japan (Consensus Meeting Report)*. London: Wounds International