

Parcours de soins Pied du Patient Diabétique

Hôtel Le Battant des Lames

Saint-Pierre

20 Mai 2019

Dr Eric JARLET DU P/C

Edwige FONTAINE IDE DU P/C

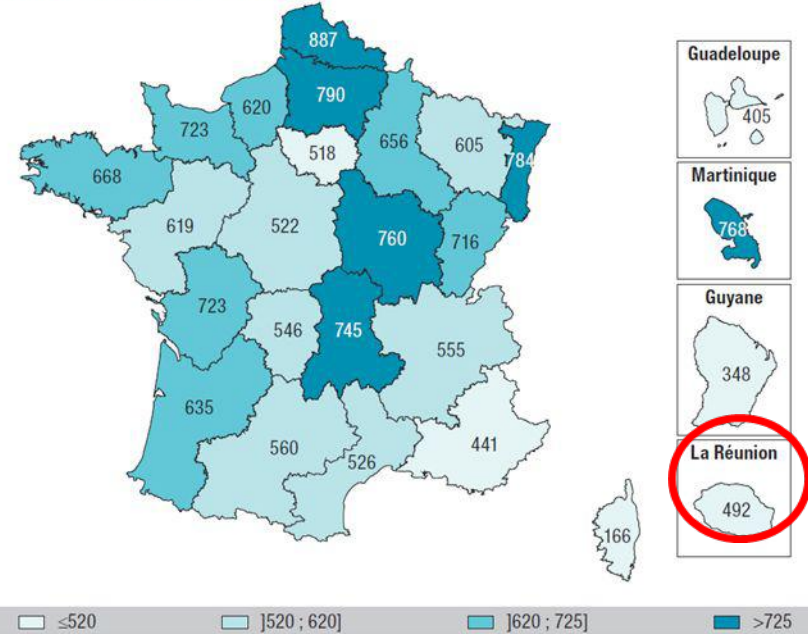
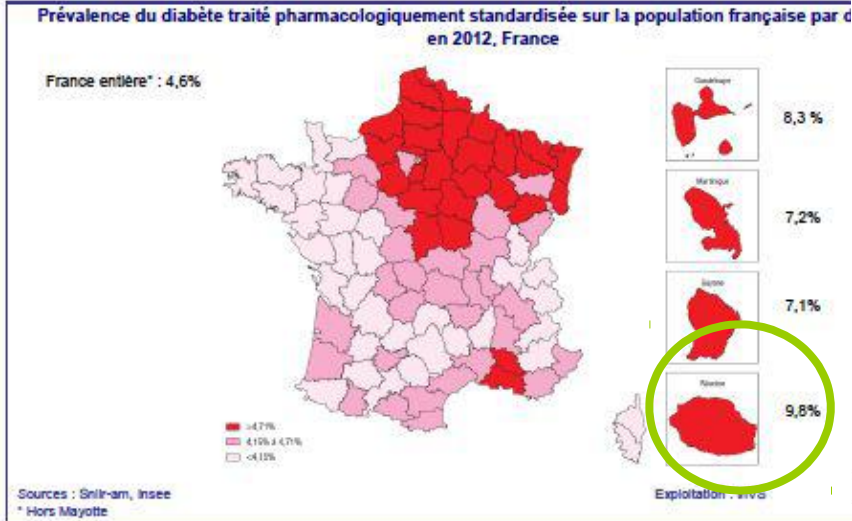
Consultation Pied du Patient Diabétique

Unité d'Hospitalisation Pied Diabétique

CHU SUD GHSR

Secrétariat 02 62 35 91 63

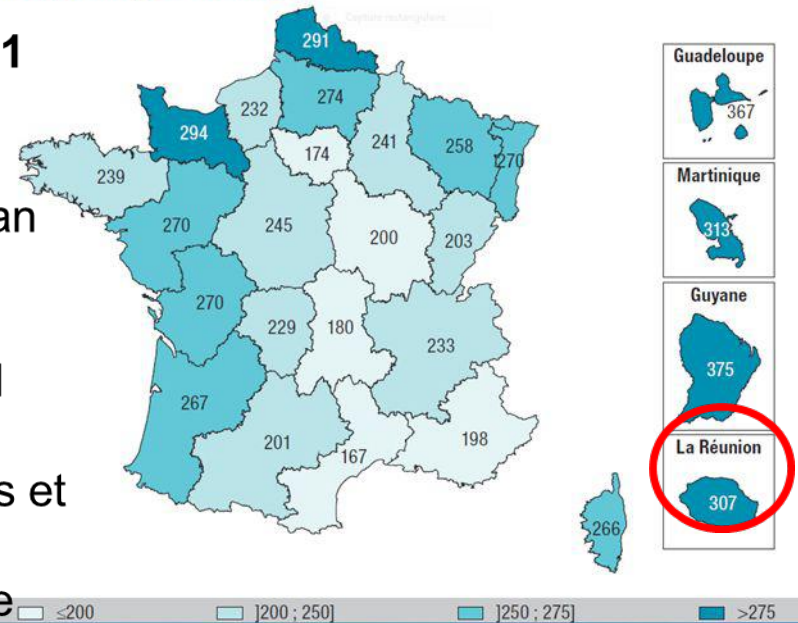




Taux d'incidence standardisé^a des amputations de membre inférieur par région (pour 100 000 personnes diabétiques traitées pharmacologiquement), France entière, 2013

**Epidémiologie :
Hospitalisations pour
Pied Diabétique 2013**

- *Age moyen hospitalisation : **71 ans**
- *Homme > Femme
- *Ré-hospitalisation : 30% à 1 an
- *Ré-amputation : 20% à 1 an
- *Décès : 37% à 4 ans
- *Amputation Orteil (52%), pied (19), jambe (17), cuisse (12)
- *Disparités socio-économiques et régionales
- *Incidence augmente avec âge



Parcours de soins = prise en charge multidisciplinaire et -professionnelle

- Patient, Famille, **Infirmier**, Pédicure-podologue, Podo-orthésiste, Pharmacien, Médecin Généraliste, **Diabétologue**, **Rééducateur**, **Hyperbariste**, Angiologue, Radiologue, Maladie Infectieuse, Bactériologiste, Chirurgien Vasculaire, Orthopédiste, Nutritionniste, Gériatre, MASP,...
- **Domicile**, MAD, HAD, **Hôpital**, **Unité spécialisée Pied Diabétique**

[Clinical guide management of diabetic foot. Diabetes Care 2013].

Pied Diabétique : des facteurs physiopathologiques +/- associés

- **Diabète** *équilibré ou non*
 - **Neuropathie** *Sensitive-Motrice-Végétative et MPP (cf monofilament, DN4)*
 - **AOMI** *à prédominance distale et Ulcère Artériel (pouls, IPS)*
 - **Infection** *et gangrène (reco SPILF)*
 - (Micro)**Traumatisme**
- ➔ « **Pied du patient Diabétique Ischémique (Artéritique) ou Neuropathique ou Neuro-ischémique avec ou sans Infection, avec ou sans plaie** »

La plaie est un mode d'entrée dans le parcours de soin

Les 3 questions à se poser :

- Quel **type de plaie** ? (regarder, palper, explorer)
- Quelle **étiologie** ?
- Quel **traitement** ?

« Diagnostic étiologique avant choix du pansement +++ sans oublier tous les autres traitements.... »

- **« Le traitement d'une plaie implique souvent un traitement plus général. Ce n'est donc pas toujours qu'un problème de pansement! »**

Colonisation ou infection ?

Recommandations de la SPILF 2006

Classification de l'infection des plaies du pied selon le Consensus International sur le Pied Diabétique [9]

Grade 1	Pas de symptôme, ni de signe d'infection
Grade 2	Atteinte cutanée uniquement (sans atteinte des tissus sous-cutanés, ni systémique) <u>avec au moins deux des signes suivants</u> <ul style="list-style-type: none">• Chaleur locale• Érythème > 0,5–2 cm autour de l'ulcère• Sensibilité locale ou douleur• Tuméfaction locale ou induration• Décharge purulente (sécrétion épaisse, opaque à blanchâtre ou sanguinolente) Les autres causes de réaction inflammatoire de la peau doivent être éliminées (par exemple : traumatisme, goutte, pied de Charcot aigu, fracture, thrombose, stase veineuse)
Grade 3	• Érythème > 2 cm et une des constatations décrites ci-dessus ou • Infection atteignant les structures au-delà de la peau et du tissu sous-cutané, comme un abcès profond, une lymphangite, une ostéite, <u>une arthrite septique ou une fasciite</u>
Grade 4	Il ne doit pas y avoir de réponse inflammatoire systémique (cf. grade 4) Quelle que soit l'infection locale, <u>si présence de signes systémiques manifestés par au moins deux des caractéristiques suivantes</u> <ul style="list-style-type: none">• Température > 38 °C ou < 36 °C• Fréquence cardiaque > 90 battements par minute• Fréquence respiratoire > 20 cycles par minute• PaCO₂ < 32 mmHg• Leucocytes > 12 000 ou < 4 000 /mm³• 10 % de formes leucocytaires immatures



- **« Paix sur la terre aux germes de bonne volonté »**
- **« La présence de germes sur les prélèvements superficiels n'est pas synonyme d'infection »**
- **Biofilm** : micro-organismes répartis en agrégats avec **distribution bactérienne non aléatoire. Les plus virulents sont en profondeur.** Colonisation organisée en 24h
- **débridement/détersion+++**

Hospitalisation si grade 3 ou 4



Traitement général

- Antalgique +++ (cf pansement)
- Décharge +++ (laisser la mobilité) « **une plaie non déchargée est une plaie non traitée** »
- Optimisation équilibre glycémique +++
- Dénutrition +++,
- Antibiothérapie ? SSI infection, précédé de prélèvements de qualité +++
- PEC **psychologique**
- TTT des co-morbidités : HTA, Insuffisance rénale,
- **VAT** : est elle à jour ?
- Prévention phlébites
- OHB : les indications

« **Qualité de Vie** »

Parcours de soins Pied du Patient Diabétique

Hôtel Le Battant des lames

Saint-Pierre

20 Mai 2019

Dr Eric JARLET DU P/C

Edwige FONTAINE IDE DU P/C

Consultation Pied du Patient Diabétique

Unité d'Hospitalisation Pied Diabétique

CHU SUD GHSR

Secrétariat 02 62 35 91 63



Les perturbations de la cicatrisation

- La **cicatrisation** chez le patient diabétique est facilement **perturbée** par un ensemble de facteurs à identifier.
- Allongement de la phase « vasculo-détersivo-inflammatoire » propice aux **complications**.
- *« Une plaie se regarde, se palpe et s'explore »*



Une plaie se regarde, se palpe et s'explore





66 ans, DT2 multi compliqué,
Pied Diabétique neuro-
ischémique sans ischémie
critique, amputation-
désarticulation M1/P1 de
l'hallux droit le 1/03/2019 :
retard de cicatrisation




Y a t'il une place pour la détersion d'une plaie ?

Oui, Oui et Oui !

- **« Une plaie sans détersion est une plaie sans solution »**
- La seule contre-indication si plaie du pied : l'ischémie critique (IPS < 0,5, PO < 30, Pcheville < 50)
- Indications : nécrose, fibrine, infection, Biofilm, kératose,
- La nécrose, la fibrine favorisent la multiplication bactérienne.
« Déterger, c'est diminuer la charge bactérienne »

Comment ?

- Mécanique : pince, curette, bistouri, Jetox® (HAD), ...
- Chimique : hydrofibre, alginate, hydrogel ( si infection), miel (?)
- Chirurgicale
- Larves : *Lucilia Sericata* (Biobag). ATU nominative
- ...



Facteur local de retard de cicatrisation : l'infection

- **Des signes d'alerte :**
 - Décollements des berges
 - Tissu granulocyttaire friable, saignant
 - Odeur
 - Douleur
 - Coloration
 - ...

[Working Group on the Diabetic Foot 2003 : diagnostic clinique International].

Des situations où la conservation d'un segment d'un membre est impossible

