



# La prise en charge du pied diabétique

Mme N. Quici et Mme M. Cusumano

Dr L. Gaspard



# La prise en charge du pied diabétique

Mme N. Quici et Mme M. Cusumano  
Infirmières référentes, Clinique du pied

# La Clinique du Pied diabétique de l'hôpital de la Citadelle

C'est une équipe pluridisciplinaire composée de diabétologues,  
de chirurgiens, un infectiologue,  
d'infirmiers spécialisés, de podologues, un chausseur orthopédiste...

Existe depuis 2002 et centre de référence reconnu par l'INAMI depuis 2005

# La Clinique du Pied diabétique de la Citadelle

- Permanence téléphonique 5/7j
- Consultations pluridisciplinaires les mardis et vendredis matin
- Consultations infirmières le lundi
- Consultations podologie
- Chaussure orthopédiste (semelles, chaussures et décharges)
- Procédure en dehors des heures ouvrables



# La clinique du Pied diabétique de la Citadelle

**!!! C'est + de 1.000 consultations annuelles**

→ Activité en croissance de par l'augmentation des patients à risque en 2022

→ Domaines d'expertise en évolution (imagerie osseuse, HAD, chirurgie dite conservatrice...)

!!! La majorité des problèmes de pied peuvent être prévenus par un dépistage et des soins adéquats qui impliquent le patient, son entourage et les soignants.

# Les 10 commandements

1. Examiner quotidiennement ses pieds à l'aide d'un miroir
2. Bien sécher les pieds, surtout entre les orteils
3. Hydrater les pieds SAUF entre les orteils
4. Couper les ongles droits et les arrondir avec une lime
5. **STOP** chirurgie salle de bain et les produits coricides, pierre ponce pour les kératoses
6. **STOP** bain de pieds long (max 5min) et les sources de chaleur (bouillottes)
7. Ne pas marcher pieds nus
8. Porter des chaussettes en coton blanches plutôt que noires sans trous ni plis
9. Acheter les chaussures dans l'après-midi (commencer par porter 1/4h puis 1/2h puis 1h)
10. Surveiller les pieds après le port de chaussures nouvelles



# La clinique du Pied Diabétique de la Citadelle

## Procédure de soins du Pied diabétique



- La plaie sera lavée au liquide physiologique avant chaque soin.
- La fermeture du pansement doit protéger la plaie et la peau péri-lésionnelle sans favoriser la macération, les fermetures occlusives sont interdites (type Opsite®), des fermetures aérées seront utilisées (type Méfix®).
- Les pansements de plaies exsudatives seront réalisés à l'aide d'un absorbant, mais attention JAMAIS de Mélolin® (leur surface plastifiée favorise la macération de l'exsudat!)
- Les pommades antibiotiques sont contre indiquées sur les plaies diabétiques, elles favorisent la sélection de germes multi-résistants. Si des antibiotiques sont nécessaires, ils seront administrés par voie orale ou par voie intra-veineuse.
- Les produits à base d'éosine (type Mercurochrome®) sont également à proscrire car ils ne permettent pas de visualiser l'apparition de nouvelles rougeurs, ils dessèchent très fortement la peau et la colorent pour une longue durée.
- Le tissu nécrotique, fibrineux et l'hyperkératose doivent être débridés à l'aide de scalpel ou curette stérile, de préférence lors de consultation à la clinique du pied diabétique.
- L'utilisation de solution antiseptique est à éviter (type Dakin®, eau oxygénée, Chlorexidine®).
- Un milieu humide doit être maintenu pour favoriser la granulation, mais il faut également contrôler l'exsudat pour éviter la macération: les plaies ne doivent pas être trop sèches ou trop humides.
- Attention aux patients diabétiques sous anti-coagulants (type Sintrom®, Plavix®, Héparine® et NAC): en plus de la perte de sensibilité, les saignements seront abondants et non remarqués par le patient.

# Si pied rouge, chaud, gonflé, plaie...

## A privilégier





# À retenir

- \_ Si doute : Isobétadine avec pansement et urgences
- \_ Si lésion chronique, rdv à la Clinique du Pied 04 321 86 31
- \_ Pas de prélèvement de plaie sans nettoyage au LP 0,9% au préalable
- \_ Rappeler aux patients les 10 commandements

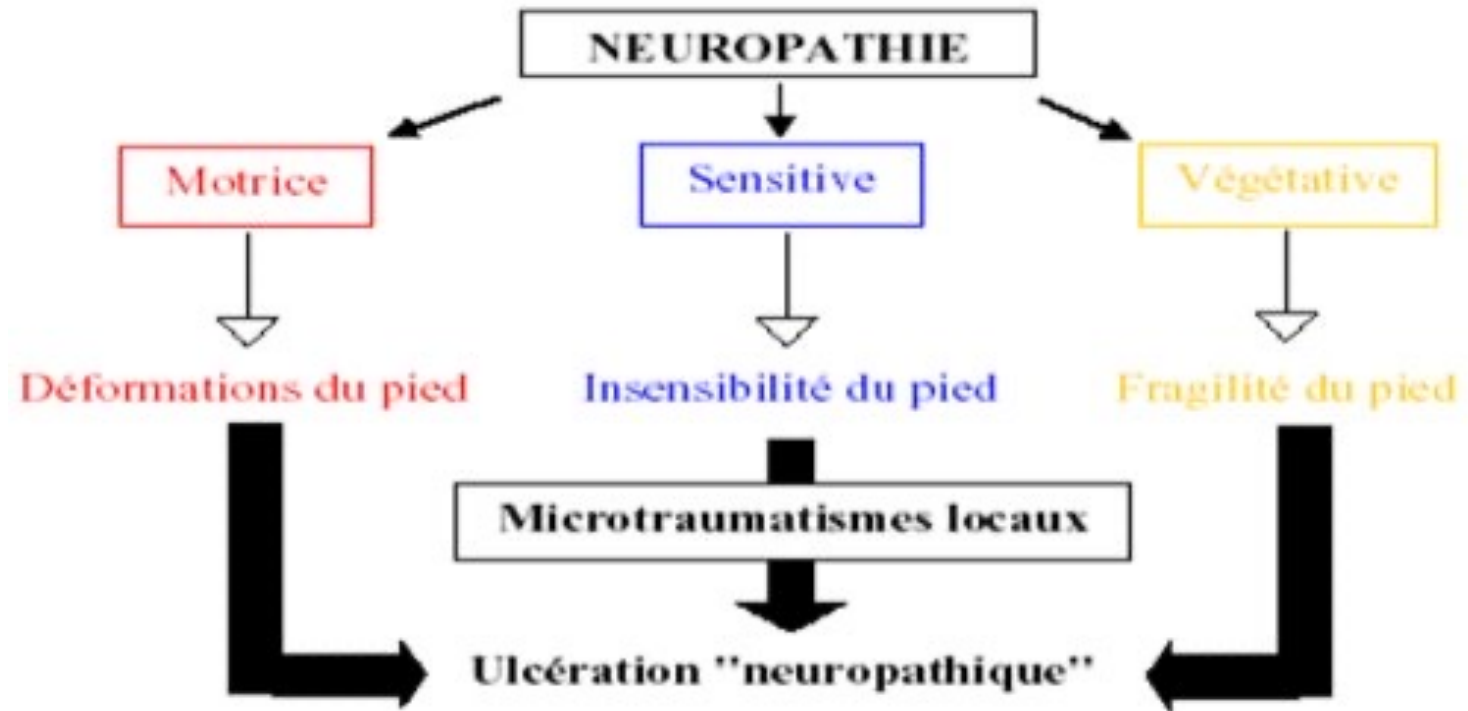




# Le pied diabétique : points clés en médecine générale

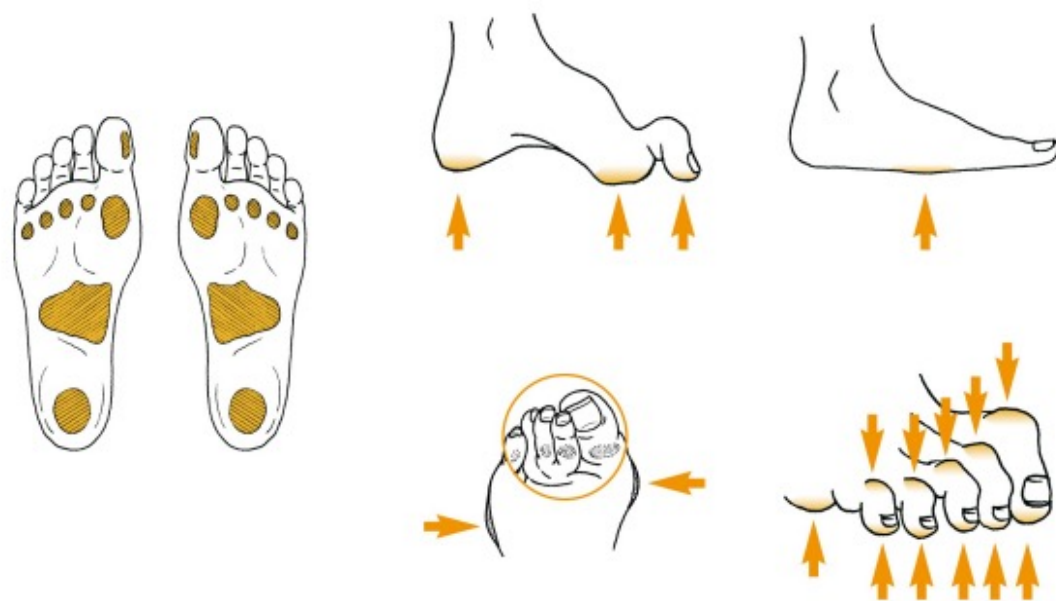
Dr L. Gaspard  
Infectiologue

# Rappel physiopathologique ulcère de pied diabétique



Richard JL, site internet de la Société Française et Francophone des plaies et cicatrisations

# Physiopathologie



1. nouveaux points de pression  
formation de durillons



2. micro traumatismes  
hémorragie sous-cutanée



3. rupture de la continuité cutanée  
ulcération



4. surinfection: superficielle puis  
profonde (tendons, articulation, os).



# Parler de la même chose, comment décrire une plaie de pied?

## Classification PEDIS

\_ P: perfusion

\_ E: extent

\_ D: depth

I: infection

S: sensation

Grade	Perfusion	Extent	Depth	Infection	Sensation	Score
1	No PAD	Skin intact	Skin intact	None	No loss	0
2	PAD, No CLI	<1 cm <sup>2</sup>	Superficial	Surface	Loss	1
3	CLI	1–3 cm <sup>2</sup>	Fascia, muscle, tendon	Abscess, fasciitis, septic arthritis		2
4		>3 cm <sup>2</sup>	Bone or joint	SIRS		3

PAD, peripheral arterial disease; CLI, critical limb ischemia.

doi:10.1371/journal.pone.0124739.t001

# S sensibilité

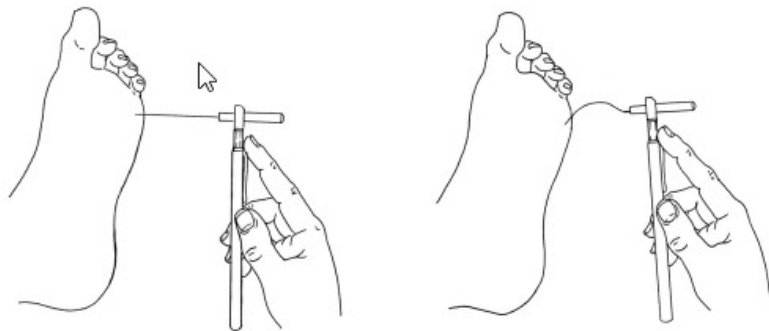
## Neuropathie ou non

\_ Facteur de risque principal d'ulcération de pied par perte de la douleur protectrice

\_ Dépistage :

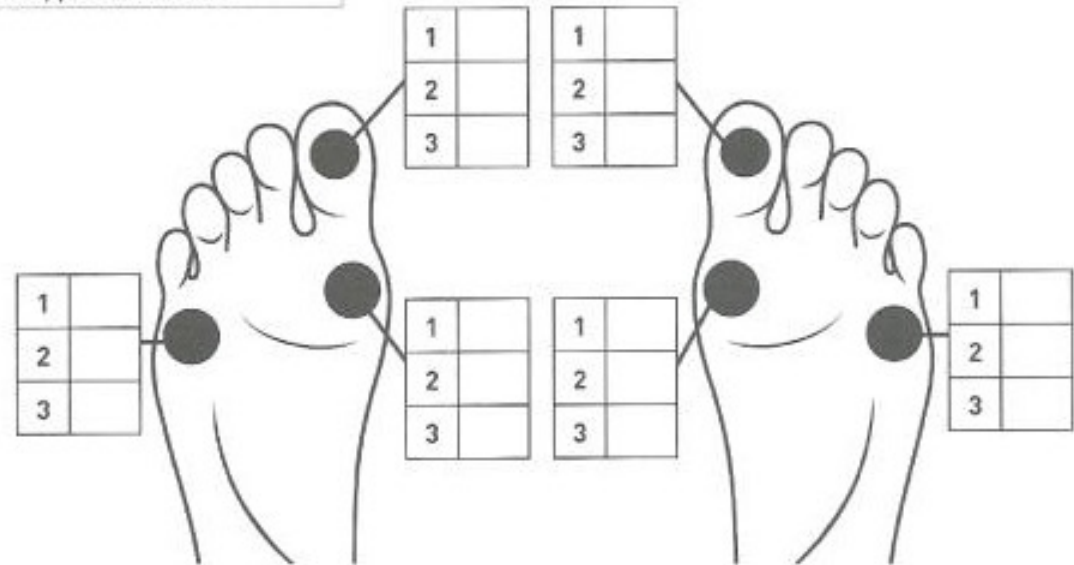
\_ Test au monofilament

Figure 5: Proper method of using the 10g Semmes-Weinstein monofilament



Temps de contact: 1 à 2 sec

Marquer « J » ou « F » selon que la réponse est juste ou fausse. Entourer la réponse s'il s'agit d'une application factice.





# L'infection

## 4 grades

- **1:** Pas d'infection
- **2:** infection légère : peau et tissus mous (chaleur, érythème > 0,5 – 2cm autour de l'ulcère, sensibilité locale ou douleur, tuméfaction, décharge purulente)
- **3:** infection modérée : peau et abcès profond, lymphangite ou infection des structures sous-jacentes (fasciite, ténosynovite, arthrite, ostéite)
- **4:** infection sévère : peu importe l'état local, si présence de signes généraux
- NB ostéite : à partir du grade 3 => grade 3"O" - 4"O"



# Plaies non infectées



# Plaies infectées



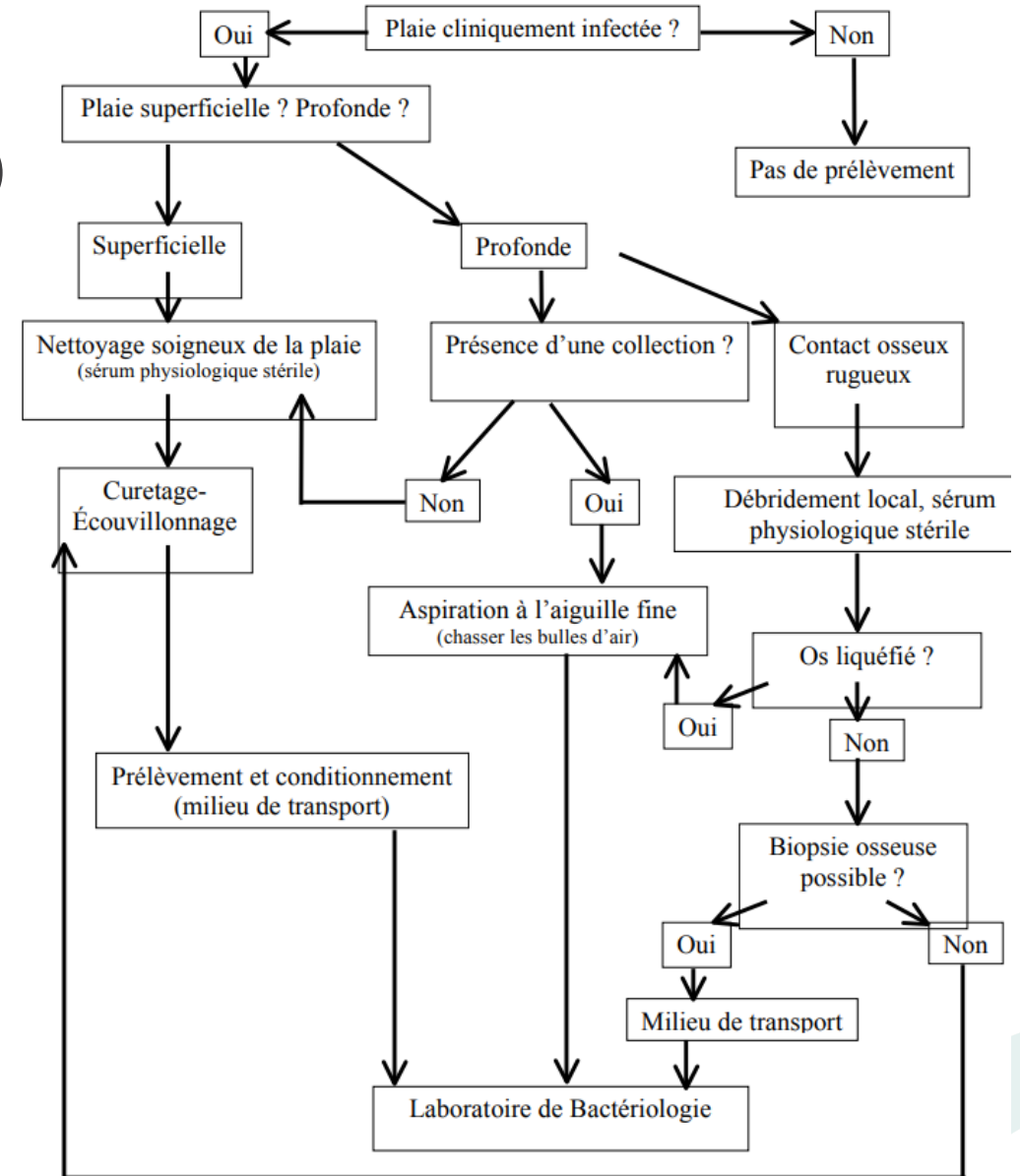
# L'infection

## Quand débuter les antibiotiques?


- \_ Dès le Grade 2 = infection légère  $\Leftrightarrow$  peau
- \_ L'antibiothérapie doit couvrir au minimum les Staphylocoques et les Streptocoques
- \_ Bonnes doses, bonne durée
- \_ PAS DE PLACE POUR LES ANTIBIOTIQUES TOPIQUES

# Comment faire un bon prélèvement local?

— Pas de prélèvement si pas de signe infectieux (grade 2)



Recommandations pour la pratique clinique  
PRISE EN CHARGE DU PIED DIABÉTIQUE INFECTÉ  
Organisées par la Société de Pathologie Infectieuse de Langue  
Française (SPILF)



	Pas de complications	AB antérieure	MRSA
Infection légère	Céphalosporine 1 <sup>è</sup> génération, oxacilline/ Fluoroquinolones, Clindamycine, TMP-SMX	Amoxicilline-ac clavulanique	Linezolid, Clinda, TMP- SMX, FQ
Infection modérée/sévère	Amoxi-clav, C3G	Pip-tazo, C3G	+ vancomycine/linezolid
+ artériopathie	Amoxi-clav, pip-tazo, C3G+metronidazole +/- clindamycine		
+ risque BGN multiR	Carbapenem	Carbapenem	
+ risque Pseudomonas	Pip-tazo, carbapenem	Pip-tazo, carbapenem	

TMP-SMX: triméthoprim-sulfaméthoxazole

FQ: fluoroquinolone

C3G: céphalosporine de 3<sup>ème</sup> génération

Pip-tazo: pipéracilline-tazobactam



# Durée de l'antibiothérapie

Sévérité de l'infection	Voie d'administration	Durée
Grade 2 : légère	Oral	1-2 semaines
Grade 3-4 : modérée-sévère	Oral/initialement IV	2-4 semaines*
Ostéite/arthrite	Voie d'administration	Durée
Réséquée	Oral/initialement IV	2-5 jours
Débridée	Oral/initialement IV	1-2 semaines
Culture de recoupe osseuse positive	Oral/initialement IV	3 semaines
Pas de chirurgie	Oral/initialement IV	6 semaines

\*10 jours après débridement

IV: intraveineux



# Pied à risque ?

## Quelle surveillance ?

Catégorie	Risque d'ulcère	Caractéristiques	Fréquence*
0	Très faible	Pas de AP ou PdS	1x/an
1	Faible	AP ou PdS	1x/6-12 mois
2	Modéré	AP + PdS, ou PdS et pied déformé, ou AP et pied déformé	1x/3-6 mois
3	Elevé	AP ou PdS et au moins 1 des éléments suivants : <ul style="list-style-type: none"><li>- Atcd ulcère</li><li>- Amputation (mineure ou majeure)</li><li>- IRC terminale</li></ul>	1x/1-3 mois

AP: artériopathie périphérique

PdS: perte de sensibilité

\* Avis d'expert, pas de données EBM



# Quand référer?

## A la Clinique du Pied :

- \_ Plaie stagnante
- \_ Plaie sans critère de gravité mais pied à risque (neuropathie, artériopathie, antécédent d'amputation...)

## Aux urgences :

- \_ Signes infectieux avec signes systémiques
- \_ Ischémie aiguë/subaiguë
- \_ Evolution défavorable malgré antibiothérapie débutée en externe
- \_ Plaie infectée de grade 3 ou 4 (antibiothérapie IV recommandée initialement)



RESEARCH ARTICLE

Open Access

# The analysis for time of referral to a medical center among patients with diabetic foot infection



Cheng-Wei Lin<sup>1†</sup>, Hui-Mei Yang<sup>1†</sup>, Shih-Yuan Hung<sup>1</sup>, I-Wen Chen<sup>1</sup> and Yu-Yao Huang<sup>1,2,3\*</sup>

**Conclusions:** The deferred referral of DFI patients to the diabetic foot center might be associated with poor treatment outcome either in major LEA or mortality, particularly in patients with SIRS or PAD. Both physician and patient awareness of disease severity and overcoming the referral barrier is suggested.

PRATIQUE

29 octobre 2014

REVUE MÉDICALE SUISSE

## Pied diabétique : rôle du médecin traitant dans le dépistage, la gradation et le suivi podologiques

Carole Aubert, Agnès Hartemann, Jacques Aubert

### Conclusion

La prévention podologique est un aspect essentiel de la prise en charge des patients diabétiques, pour permettre de diminuer les complications du pied diabétique et le taux d'amputations. Le dépistage et la gradation du risque lésionnel sont essentiels pour optimiser le suivi et la prise en charge préventive de ces patients. Le médecin traitant est responsable de cette démarche et doit donc savoir grader le risque podologique, appliquer les examens nécessaires – en particulier le test au monofilament –, adapter son suivi aux résultats retrouvés et, le cas échéant, adresser son patient aux spécialistes adéquats pour compléter la prise en charge.

# Prise en charge pluridisciplinaire

- \_ Soins locaux adaptés (y compris débridement régulier de la plaie)
- \_ Décharge stricte de la plaie
- \_ Traiter une artériopathie si présente
- \_ Curetage chirurgical si nécrose, écoulement purulent, gangrène
- \_ Correction glycémique
- \_ Lutter contre l'oedème

# Take home message

## Pied diabétique :

- \_ Pathologie complexe, plurifactorielle
- \_ Facteurs de risques connus (neuropathie, artériopathie, antécédent d'ulcère de pied)
- \_ Prise en charge multi disciplinaire nécessaire
- \_ Premier traitement = prévention
  - \_ Chaussage
  - \_ Hydratation
  - \_ Surveillance
  - \_ Éducation

**IWGDF**  
Guidelines

Home Guidelines (2023 update) Translations About IWGDF-Guidelines Contact









## Guidelines (2023 update)

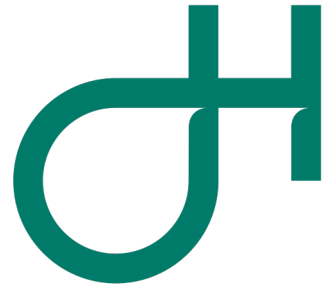
Home > Guidelines (2023 update)

### THE 2023 IWGDF GUIDELINES ARE AVAILABLE!

Download the full guidelines [HERE](#).

Download each individual chapter via the menus below.

 <b>Practical Guidelines</b>	 <b>Prevention</b>	 <b>Classification</b>	 <b>Infection</b>
Practical guidelines (2023 update) <a href="#">Read more</a>	Prevention guideline (2023 update) <a href="#">Read more</a>	Classification guideline (2023 update) <a href="#">Read more</a>	IWGDF/IDSA Infection guideline (2023 update) <a href="#">Read more</a>
 <b>PAD</b>	 <b>Offloading</b>	 <b>Wound Healing</b>	 <b>Charcot</b>
Intersocietal PAD guideline (2023 update) <a href="#">Read more</a>	Offloading guideline (2023 update) <a href="#">Read more</a>	Wound healing interventions guideline (2023 update) <a href="#">Read more</a>	Charcot's neuro-osteoarthropathy (2023 update) <a href="#">Read more</a>



# Citadelle Hopital

**Merci pour votre attention !**



HÔPITAL DE LA CITADELLE

# Journée Médicale

SAMEDI 25.11.23



PORSCHE

Porsche Centre Liège



MAYOLY

Entreprendre pour votre santé.  
Chaque jour.



EIFFAGE

COLLIGNON



ZORGI

smarter care



Astel Medica  
Created by Life.

-Heel

Healthcare designed by nature



TRB

Your experience  
Your expertise  
Your expectations

AMGEN®



AUROBINDO  
Committed to healthier life!



Trenker  
laboratoires



# P perfusion



# P perfusion, le pied vasculaire

## 3 états :

- \_ Pas d'ischémie (pouls palpé)
- \_ Ischémie subaiguë
- \_ Ischémie critique



# D profondeur



Peau intacte



Superficielle



Fascia, muscles,  
tendons



Os et/ou  
articulations

# D profondeur, se méfier du sommet de l'iceberg





# Ostéite

- \_ Infection par contiguïté au départ de la plaie chronique
- \_ Seule ou associé à une arthrite (ostéo-arthrite)
- \_ Peu responsable de sepsis
- \_ Comment la reconnaître:
  - \_ Plaie stagnante/récidivante
  - \_ Os à nu/contact osseux rugueux (probe-to-bone)
  - \_ Orteil en saucisse
- \_ Prise en charge
  - \_ Biopsie osseuse pour documentation microbiologique
  - \_ Chirurgie (curetage, débridement, amputation)