

Prise en charge du pied diabétique

« de la détection au traitement »

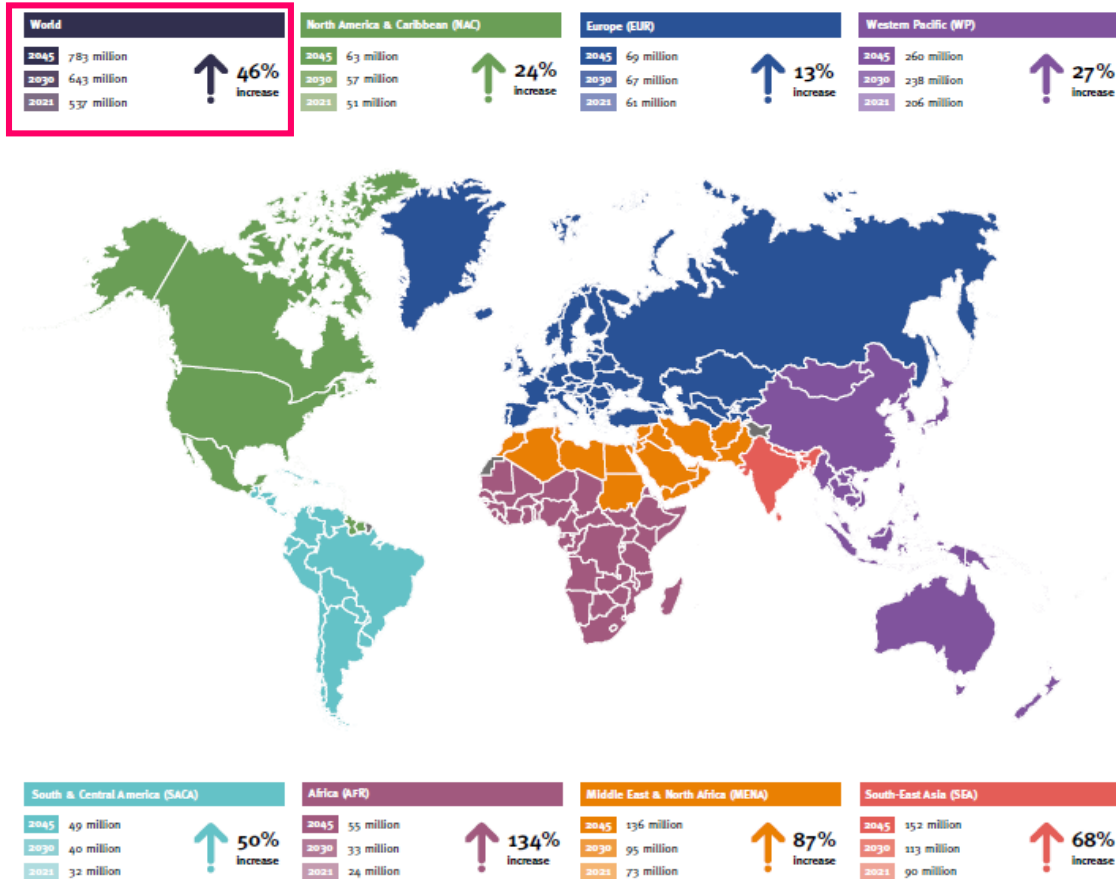
Dr. Laura Orioli

Service d'Endocrinologie et Nutrition, Cliniques Universitaires Saint-Luc, Bruxelles, Belgique
Pôle de recherche Endocrinologie, Diabétologie et Nutrition, UCLouvain, Bruxelles, Belgique

INTRODUCTION

Le diabète dans le monde et en Europe

Map 1 Number of people with diabetes worldwide and per IDF Region in 2021–2045 (20–79 years)



Europe



1 in 11 adults (61 million) are living with diabetes.



The number of adults with diabetes is expected to reach **67 million** by 2030 and **69 million** by 2045.



Over 1 in 3 (36%) adults living with diabetes are undiagnosed.



USD 189 billion spent on diabetes in 2021.



1.1 million deaths due to diabetes in 2021.

Le diabète en Belgique

6 personnes sur 100 étaient
diabétiques en 2016.

Normoglycémie

Glycémie à jeûn <100 mg/dL

OGTT < 140 mg/dL

HbA1c < 5.7%

10 personnes sur 100 seront
diabétiques en 2030.

Diabète

Glycémie à jeûn ≥ 126 mg/dL

OGTT ≥ 200 mg/dL

HbA1c ≥ 6.5%

**Une personne
diabétique sur deux
s'ignore.**

Le pied diabétique - définition

Diabetic foot = ulceration, infection, or destruction of tissues of the foot of a person with currently or previously diagnosed diabetes, usually accompanied by neuropathy and/or PAD in the lower extremity






Received: 1 May 2019 | Accepted: 1 August 2019

DOI: 10.1002/dmrr.3268

SUPPLEMENT ARTICLE

WILEY

Definitions and criteria for diabetic foot disease

Jaap J. van Netten^{1,2,3}  | Sicco A. Bus¹  | Jan Apelqvist⁴ | Benjamin A. Lipsky^{5,6} | Robert J. Hinchliffe⁷ | Frances Game⁸ | Gerry Rayman⁹ | Peter A. Lazzarini^{10,11} | Rachael O. Forsythe^{12,13} | Edgar J.G. Peters^{14,15} | Éric Senneville¹⁶  | Prashanth Vas¹⁷ | Matilde Monteiro-Soares¹⁸  | Nicolaas C. Schaper¹⁹ 

on behalf of the International Working Group on the Diabetic Foot

Le pied diabétique - physiopathologie

Neuropathie
sensitivo-motrice



Artérite des membres inférieurs
(> 50 %)

Pied diabétique « à risque »

Insensibilité

Déformations

Chaussage inadéquat, micro-traumatismes...

Ulcère du pied diabétique

Infection

Pronostic

Amputation

Etiologie

Etiologie

Pronostic



Messages-clés



- La prévalence et l'incidence du diabète augmentent.
- La plupart des patients diabétiques n'auront pas de problème de pied.
- La neuropathie et l'artérite
 - = les principaux facteurs étiologiques du pied diabétique (ulcère)
 - = complications chroniques du diabète > (5-)10 ans d'évolution
- Le pied diabétique est donc une complication tardive.
 - = souvent associé à d'autres complications micro- et macro-vasculaires (patients polyopathologiques)

DEPISTAGE DU PIED A RISQUE

Le dépistage du pied à risque – objectif

- **Identifier** les patients qui ont un « **pied diabétique à risque** ».
 - **Prévention primaire** de l'ulcère du pied
 - = **dépister la neuropathie**
 - perte de sensibilité (= perte de la sensation de protection)
 - déformations
 - lésions pré-ulcéreuses (cal, hémorragie sous-cutanée)
 - = **dépister l'artérite des membres inférieurs**
 - **Prévention secondaire** de l'ulcère du pied
 - antécédent d'ulcère du pied
 - antécédent d'amputation au niveau du pied

Le dépistage du pied à risque - en pratique

- **Sensibilité - Neuropathie**

- **Anamnèse**

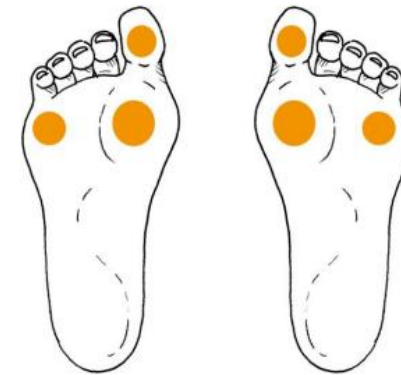
- douleurs neuropathiques
- paresthésies,...

- **Test au monofilament**



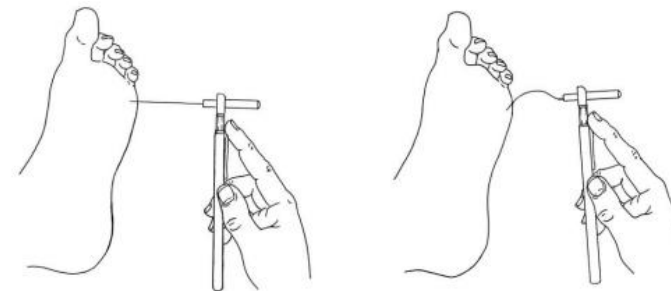
Hugues Depasse

Sites à tester au monofilament de Semmes-Weinsten de 10g



Test positif (anormal)
= 2/3 réponses
= sensation de protection absente

Application correcte du monofilament (3x/site)



Test au monofilament – mode d’emploi pour un bon usage

- 1) Appliquez d’abord le monofilament sur les mains du patient (ou le coude ou le front), de sorte qu’il sache à quoi s’attendre.
- 2) Testez trois sites différents sur les deux pieds.
- 3) Le patient ne doit pas être en mesure de voir si l’examineur applique ou non le monofilament, ni l’endroit où il l’applique.
- 4) Appliquez le monofilament perpendiculairement à la surface de la peau, suffisamment fort pour le faire plier.
- 5) La durée totale du geste (approche, contact avec la peau et retrait du filament) doit être d’environ 2 secondes.
- 6) N’appliquez pas le filament directement sur un ulcère, un cal / durillon, une cicatrice ou du tissu nécrosé.
- 7) Ne laissez pas le filament glisser sur la peau ou avoir un contact répétitif sur le site de test.
- 8) Appliquez le filament et demandez au patient s’il sent la pression appliquée (« oui »/« non ») et ensuite où il sent la pression (par exemple, « plante du pied gauche »/« talon droit »).
- 9) Répétez cette application deux fois sur le même site mais alternez avec au moins un « simulacre » d’application au cours duquel le filament n’est pas appliqué (au total trois questions par site).
- 10) La sensation de protection est présente sur chaque site si le patient répond correctement à deux des trois applications. Elle est absente si deux des trois réponses sont incorrectes.
- 11) Encouragez les patients lors du test par des retours positifs.
- NB: Pensez à remplacer votre monofilament après l’avoir utilisé sur 70 à 90 patients.

Le dépistage du pied à risque - en pratique

- Inutile de répéter le test au monofilament si déjà à 0/6 précédemment.
- Inutile si ulcère, gangrène, etc indolore...



Le dépistage du pied à risque - en pratique

- Déformations - instabilité



Le dépistage du pied à risque - en pratique

- Lésions pré-ulcéreuses



Erythème (friction)



Cal (hyper-appui)



Hémorragie sous-unguéale/sous-cutanée (hyper-appui)



Le dépistage du pied à risque - en pratique

- **Perfusion - Artérite**

- **Anamnèse**

- claudication
- douleurs de décubitus



- **Palpation des pouls**



Fig. 5.6 a et b : Palpation des pouls périphériques a. Artère tibiale postérieure en b. Artère pédieuse



Le dépistage du pied à risque - en pratique

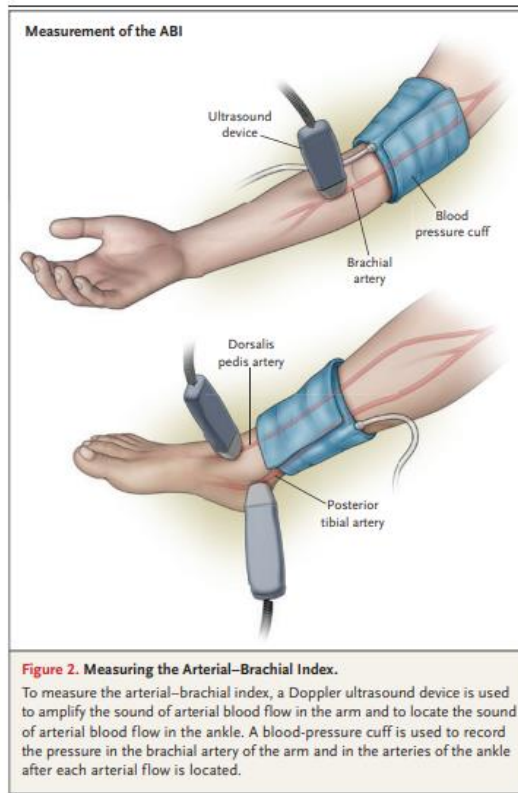
- **Perfusion - Artérite**
 - Erythème positionnel (ischémie subaiguë)



- (Temps de recoloration)
- (Index bras-cheville)

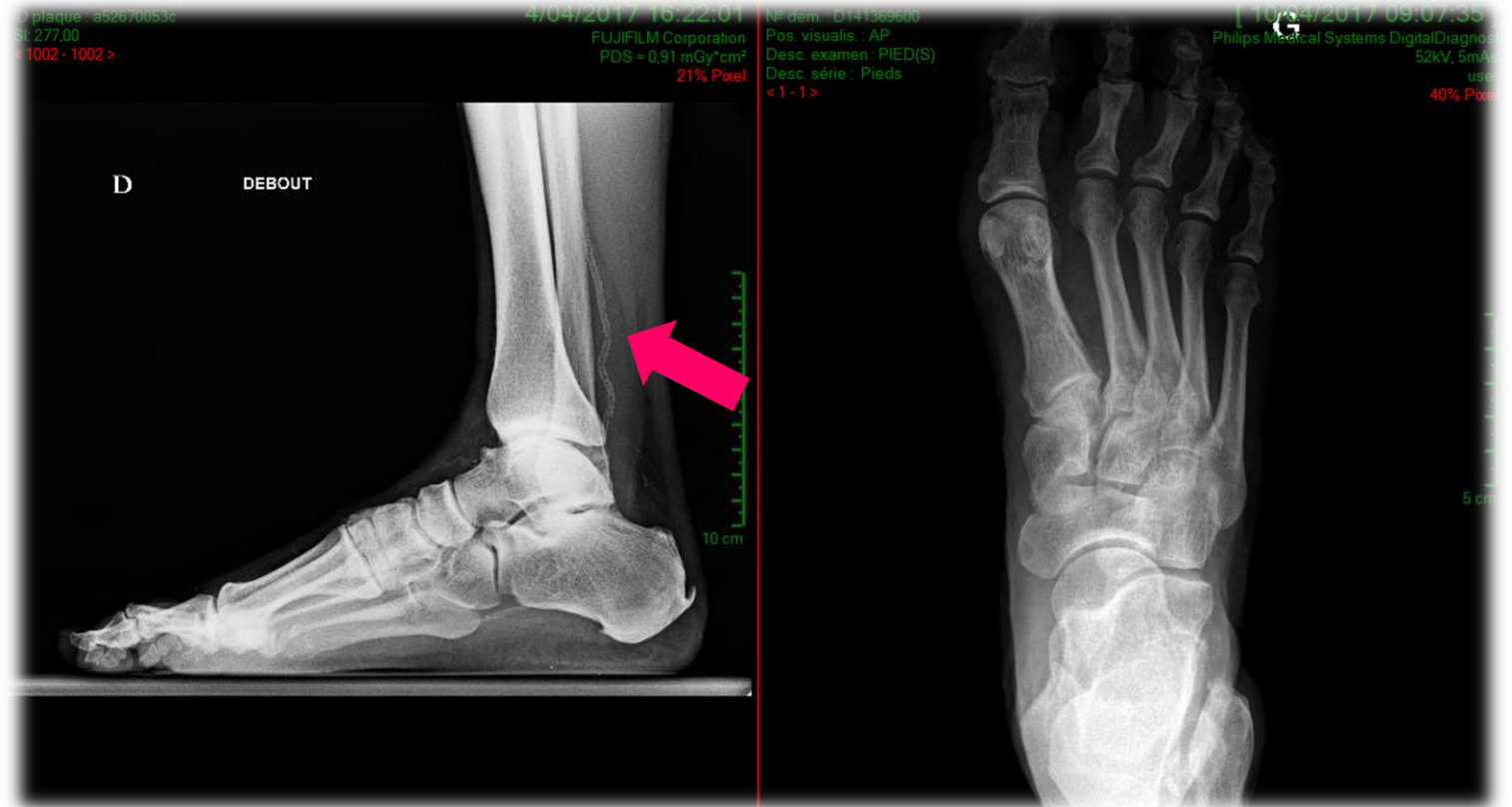
Le dépistage du pied à risque - en pratique

- **Perfusion - Artérite**
 - **Index bras-cheville**



Faux négatifs +++

Singer AJ et al. *N Engl J Med.* 2017 Oct 19;377(16):1559-1567.



Le dépistage du pied à risque - en pratique

- **Qui réalise le dépistage ?**
 - infirmières (dialyse,...)
 - infirmières d'éducation en diabétologie
 - podologues
 - diabétologues
 - médecins généralistes
- **Chez quels patients réaliser le dépistage ?**
 - Tout patient diabétique
 - > 5-10 ans d'évolution
 - (au diagnostic si diabète de type 2)
- **A quelle fréquence réaliser le dépistage ?**
 - 1 à 2x/an (au minimum)



Pied diabétique à risque

Education

Hygiène

Chaussage adéquat

Soins de podologie

« Mieux vaut prévenir que guérir. »

Conseils pour le pied diabétique à risque

Education

- Ne pas marcher pieds nus
- Inspecter quotidiennement les pieds (miroir)
- Eviter les sources de chaleur (et de froid)
- Eviter les chaussettes trop étroites
- Préférer les chaussettes en fibres naturelles, de couleurs claires, sans couture

Hygiène

- Toilette quotidienne (! macération)
- Hydratation quotidienne (>< crevasses)
- Eviction des bains de pieds prolongés
- Eviction les soins de pédicurie traumatiques (! Troubles visuels liés à l'âge/diabète)

Chaussage adéquat

- Longueur suffisante
- Semelle rigide
- Contrefort rigide
- Système de fermeture ajustable
-

=> <https://www.diabete.be/source/Chaussage.pdf>

Soins de podologie

- Limer régulièrement les coins des ongles
- Couper droit
- Consulter un.e podologue régulièrement

=> <https://www.inami.fgov.be>

Soins de podologie

Soins des ongles



Hématome sous-unguéal



Botryomycome



Orthoplastie



Le groupe pied de l'Association Du Diabète



ASSOCIATION DU DIABÈTE
DIABÉTIQUES & SOIGNANTS, PARTENAIRES

NOTRE ASSOCIATION LE DIABÈTE VIVRE LE DIABÈTE PUBLICATIONS ME CONNECTER

DEVENIR MEMBRE

FAIRE UN DON

DIABÈTE ?

- DIABÈTE DE TYPE 1
- PRÉDIABÈTE
- > DIABÈTE DE TYPE 2
- DIABÈTE GESTATIONNEL
- ▼ COMPLICATIONS
 - PROTÉGEONS NOS ARTÈRES !
 - L'HYPERGLYCÉMIE
 - L'HYPOGLYCÉMIE
 - L'ACIDOCÉTOSE DIABÉTIQUE
 - LE PIED DIABÉTIQUE

COMPLICATIONS

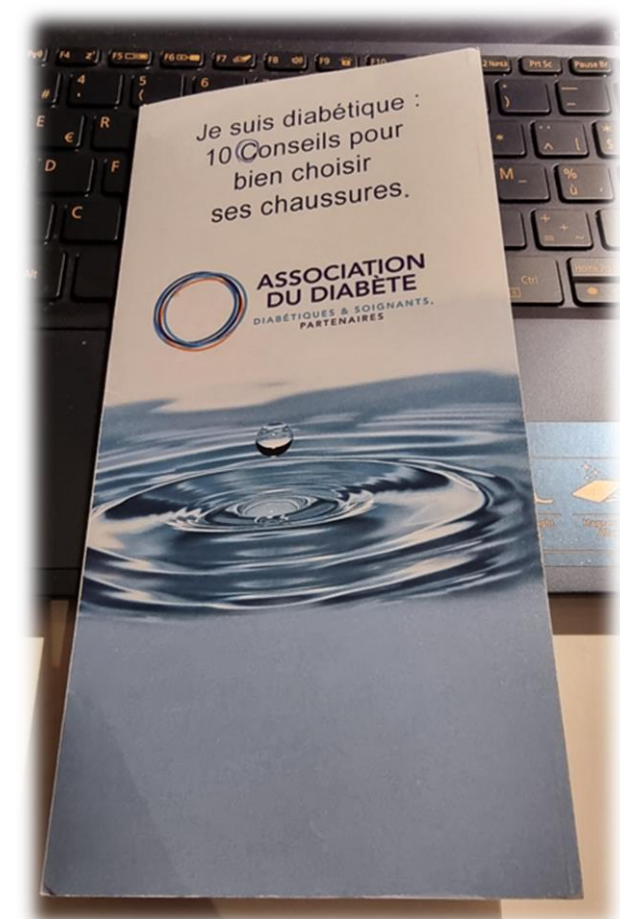
LE PIED DIABÉTIQUE

Le pied diabétique ou neuropathie diabétique se caractérise par un **trouble ou une absence de sensibilité à la douleur** dans les membres inférieurs. La personne diabétique peut se blesser et ne pas s'en rendre compte. Les pieds sont particulièrement exposés : blessure, brûlure, ampoule, cors, ... ne font plus mal du tout.

La glycémie élevée attaquant aussi les vaisseaux sanguins, il se peut que les artères des jambes n'irriguent plus correctement les pieds, ce qui rend difficile la cicatrisation des blessures, plaies, ... Les blessures mettront donc plus de temps à guérir et seront davantage exposées à des infections, causant parfois des ulcérations, nécroses, un mal perforant plantaire. Ce n'est pas le diabète qui fait s'infecter les blessures, mais bien l'insensibilité et la mauvaise circulation qu'il engendre.



<https://www.diabete.be>



Messages-clés

- **Identifier le public-cible.**
 - D'office chez les patients diabétiques en dialyse !
- **Dépister la neuropathie (S – Sensibilité) et l'artérite (P – Perfusion).**
- **Répéter le dépistage (1x/an).**
- **En cas de pied à risque:**
 - éducation, hygiène, chaussage et soins de podologie
 - référer au médecin spécialiste (ex. chirurgien vasculaire)
 - référer à une clinique du pied diabétique (liste des centres conventionnés : <https://www.riziv.fgov.be/>)

ULCERE DU PIED

Ulcère du pied diabétique

- **La plupart des patients diabétiques n'auront pas d'ulcère du pied.**
 - Risque de 10-30% au cours de l'évolution du diabète.
- **L'ulcère du pied =**
 - cause principale d'amputations non traumatiques (85%)
 - morbi-mortalité +++
- **La plupart des ulcères sont neuro-ischémiques.**
- **L'ulcère du pied doit être pris en charge de manière pluri-disciplinaire.**

Evaluation systématique de l'ulcère de pied

- Systématique PEDIS

P	Perfusion
E	Extension
D	profonDeur (Depth)
I	Infection
S	Sensibilité

Intérêts de la systématique PEDIS

« Check-list »

Facteurs étiologiques : **Sensibilité (= neuropathie), perfusion (=artérite)**

Paramètres descriptifs: **extension, profondeur**

Facteurs pronostiques: **perfusion (=artérite) et infection**

Pour tout pied problématique chez un patient diabétique
(Sensibilité, Perfusion, Infection)

Sensibilité - Neuropathie

- Systematique PEDIS

P	Perfusion
E	Extension
D	profonDeur (Depth)
I	Infection
S	Sensibilité: - Normale - Neuropathie



Test au monofilament



Ulcère du pied
(= Loss of Protective Sensation)

La neuropathie masque la douleur liée à l'infection, à l'ulcération, à l'ischémie, au traumatisme,...

La présentation du pied diabétique est donc tardive et atypique.



Sensibilité - Neuropathie

- Systematique PEDIS

P	Perfusion
E	Extension
D	profonDeur (Depth)
I	Infection
S	Sensibilité: - Normale - Neuropathie



Cas clinique:

- Homme, 40 ans
- DT1 depuis 1994
- Multicompliqué
 - Neuropathie +
 - Néphropathie diabétique
 - HD
 - Greffe rénale 09/2021
- **08/2022:** retour de vacances, a marché pied nu sur le sable chaud...
- **Diagnostic:** Brûlure 2° degré

La neuropathie masque la douleur liée à l'infection, à l'ulcération, à l'ischémie, au traumatisme,...

La présentation du pied diabétique est donc tardive et atypique.

Perfusion - Artérite

- Systematique PEDIS

P	Perfusion - Pouls palpés - Pouls non palpés - Erythème positionnel, gangrène
E	Extension
D	profonDeur (Depth)
I	Infection
S	Sensibilité



Cas clinique:

- Homme, 40 ans
- DT1 depuis 1994
- Multicompliqué
 - Neuropathie +
 - **Artérite – (pouls +/+)**
 - Néphropathie diabétique
 - HD 2014-2021
 - Greffe rénale 09/2021
- **08/2022:** retour de vacances, a marché pied nu sur le sable chaud...
- **Diagnostic:** Brûlure 2° degré

Pouls palpés
≠ Pas d'artérite
= Pas d'artérite nécessitant un geste de revascularisation

Perfusion - Artérite

- Systematique PEDIS

P	Perfusion - Pouls palpés - Pouls non palpés - Erythème positionnel, gangrène
E	Extension
D	profonDeur (Depth)
I	Infection
S	Sensibilité



Gangrène
=
Ischémie critique (**indolore**)

Erythème positionnel
=
Ischémie critique (**indolore**)

Pouls non palpés = bilan complémentaire nécessaire
Erythème positionnel = bilan vasculaire rapide
Gangrène = urgence vasculaire

Extension

- Systematique PEDIS

P	Perfusion
E	Extension (dimensions)
D	profondeur (Depth)
I	Infection
S	Sensibilité



**Extension = dimensions mesurées après débridement
!! Débridement traumatique
si statut vasculaire précaire/méconnu**



Profondeur

- Systematique PEDIS

P	Perfusion
E	Extension
D	profondeur (Depth) <ul style="list-style-type: none">- Derme- Structures profondes non osseuses- Os/articulation
I	Infection
S	Sensibilité



Derme



Tendon



Contact osseux



Quelque soit la profondeur = bilan radiologique de base
Si contact osseux (probe to bone test +) = **diagnostic d'ostéite**

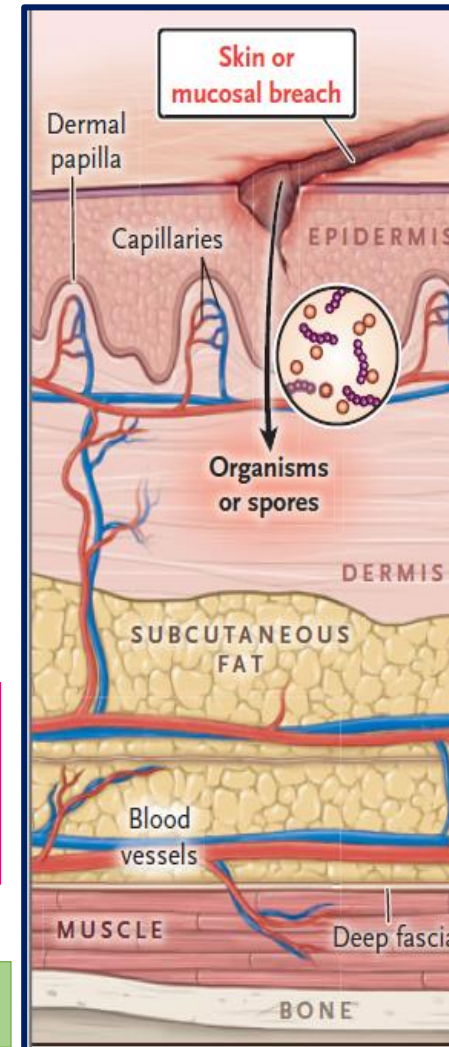
Infection

- Systematique PEDIS

P	Perfusion
E	Extension
D	profonDeur (Depth)
I	Infection
S	Sensibilité

Infections systémiques
Septicémie, bactériémie

Infections osseuses et ostéo-articulaires
Ostéite, ostéo-arthrite



Infections des tissus mous

Erysipèle
Cellulite
Hypodermite
Fasciite
Absès

Infection du pied diabétique

- Infection du pied diabétique, fréquente (30-70%)
- Diagnostic clinique: ≥ 2 signes locaux
 - rougeur, chaleur, douleur, œdème, sécrétions purulentes
 - (signes secondaires: mauvaise odeur, exsudat,...)
 - signes systémiques (température, frissons,...)
- Sévérité:



Sévérité	Définition	Clinique
Légère	Infection de la peau et des tissus sous-cutanés limitée	Cellulite < 2 cm autour ulcère
Modérée	Infection de la peau et des tissus sous-cutanés étendue Infection profonde	Cellulite > 2 cm autour ulcère Abscess, fasciite
Sévère	Infection avec des signes systémiques	(peu importe la présentation)

Infection des tissus mous

- Systematique PEDIS



Cellulite localisée



Cellulite étendue



Infection profonde

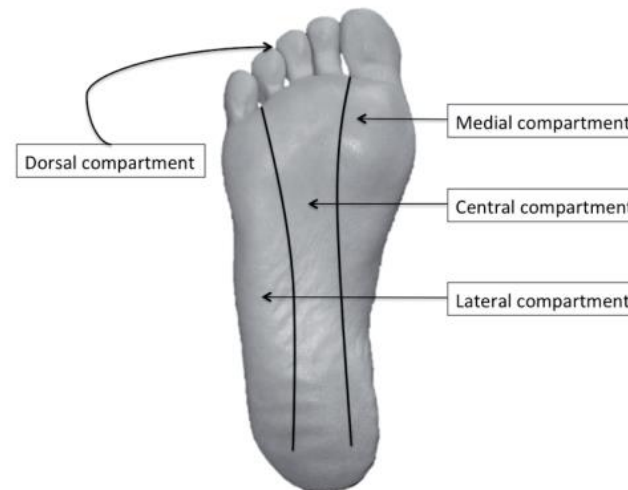
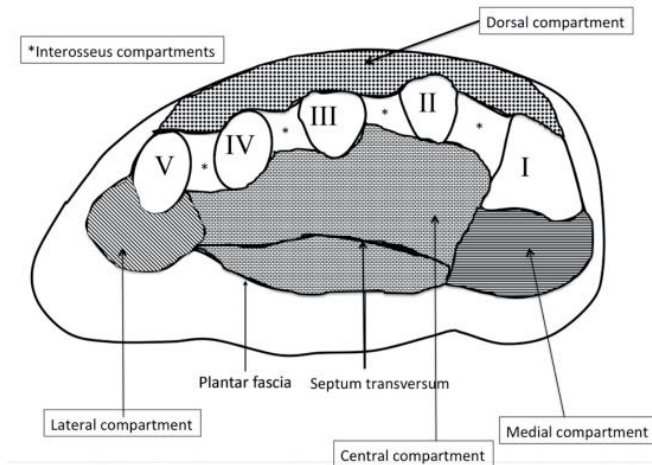


Infection profonde +
Signes systémiques

Infection des tissus mous

- **Evolution:**

- profonde et rapide via les tendons et les fascias
- ischémie secondaire: extension de l'infection > P capillaire > ischémie
- évolution potentiellement dramatique...
- mise au point et traitement médico-chirurgical agressifs



Infection des tissus mous

Cas clinique:

- Homme, 75 ans
- DT2 depuis ?
- Multicompliqué
 - Neuropathie + (monofilament -/-)
 - Artérite – (pouls -/-)
 - Cardiopathie ischémique
 - Insuffisance rénale chronique

Infection profonde, abcès plantaire, gangrène secondaire (en 72 heures, sous AB per os)



02/08/22: consultation en urgence
Douleur au pied, AEG
Biologie: CRP 141mg/L, 11.400GB/ μ L



05/08/22: salle d'urgence
Erythème en extension, gangrène orteil
Biologie: CRP 170mg/L, 11.200GB/ μ L



06/08/22: étage
Drainage chirurgical
Voie plantaire

Infection ostéo-articulaire

- **Infection de contiguïté - ostéite chronique (= rarement une urgence >< infection des tissus mous)**
 - 20% out-patients - 50-60% in-patients
- **Pauci-symptomatique:** absence/peu de signes locaux
- **Suspicion clinique si:**
 - ulcère chronique malgré traitement correct (> 6 semaines)
 - orteil « en saucisse »
 - ulcère en regard d'une proéminence osseuse
 - diamètre > 2cm et profondeur > 3 mm
 - contact osseux +
- **Tout ulcère = à risque : évaluation clinico-radiologique systématique**
 - Exploration = probe-to-bone test
 - Radiographie centrée

Ostéite du pied diabétique



Orteil déformé

Orteil en saucisse

En regard d'une articulation

« Probe to bone » test +

Ostéite/ostéo-arthrite

Concertation médico-chirurgicale

Signes cliniques et radiologiques d'ostéite du pied diabétique¹

Signes cliniques

- Ulcère chronique (> 6 semaines) ou récurrent, malgré un traitement conservateur bien conduit
- Ulcère en regard d'une proéminence osseuse
- Orteil « en saucisse » (Figure 1 A) ou un ulcère profond (> 3mm) et large (> 2cm²)
- Contact osseux ou articulaire (probe-to-bone test) (Figure 1 B)
- Présence d'os visible ou de sécrétions purulentes en regard d'une articulation

Anomalies radiographiques

- Erosions et ruptures corticales (Figure C)
- Appositions périostées (Figure D)



C



D

Messages-clés



- Evaluation de base d'un ulcère du pied par classification PEDIS.
- La neuropathie et l'artérite
 - = les principaux facteurs étiologiques du pied diabétique (ulcère)
- L'artérite et l'infection
 - = les principaux facteurs pronostiques du pied diabétique (ulcère)
- La neuropathie masque les symptômes classiques de l'infection, de l'artérite,...

EVALUATION COMPLEMENTAIRE

Sensibilité - Neuropathie

- Systematique PEDIS

P	Perfusion
E	Extension
D	profonDeur (Depth)
I	Infection
S	Sensibilité: - Normale - Neuropathie

EMG rarement réalisé en pratique (CUSL), dans le contexte du pied diabétique
Intérêt pour le diagnostic différentiel

Sensibilité - Neuropathie

- Systematique PEDIS

P	Perfusion
E	Extension
D	profonDeur (Depth)
I	Infection
S	Sensibilité: - Normale - Neuropathie



Chaussage adéquat? Mise en décharge ?

Perfusion - Artérite

- Systematique PEDIS

P	Perfusion - Pouls palpés - Pouls non palpés - Erythème positionnel, gangrène
E	Extension
D	profonDeur (Depth)
I	Infection
S	Sensibilité

Examen de première ligne

=

Echo-doppler artériel

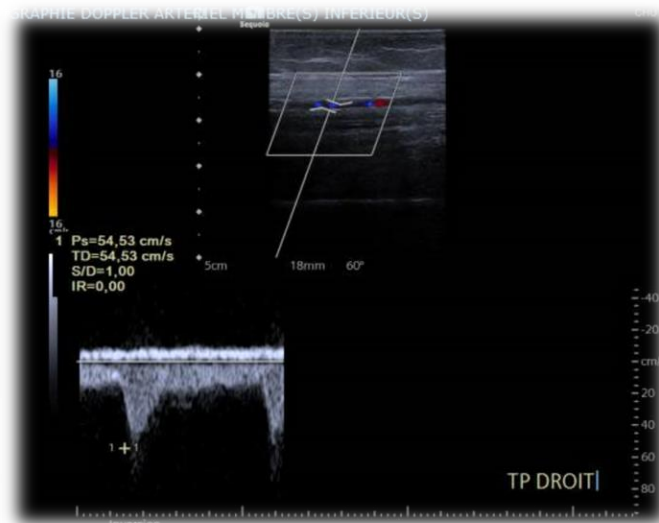
Perfusion - Artérite

Cas clinique:

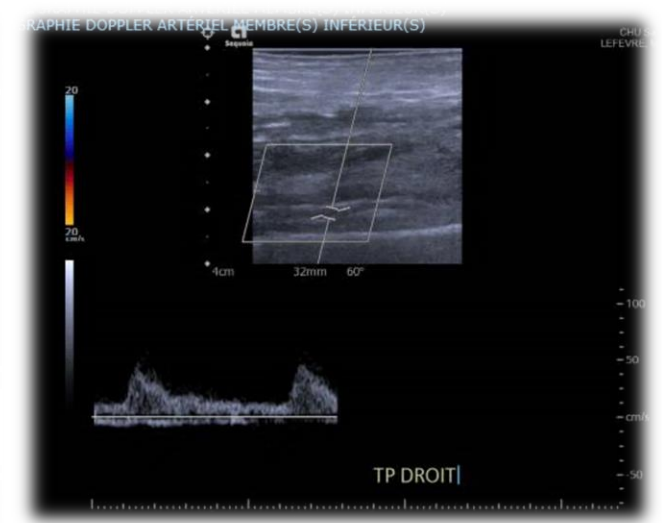
- Homme, 40 ans; DT1 depuis 1994
- Neuropathie +
- **Artérite – (pouls +/-)**
- Néphropathie diabétique

Cas clinique:

- Homme, 75 ans; DT2 depuis ?
- Neuropathie + (monofilament -/-)
- **Artérite – (pouls -/-)**
- Cardiopathie ischémique + IRC



**Flux triphasique
(artère tibiale postérieure)**

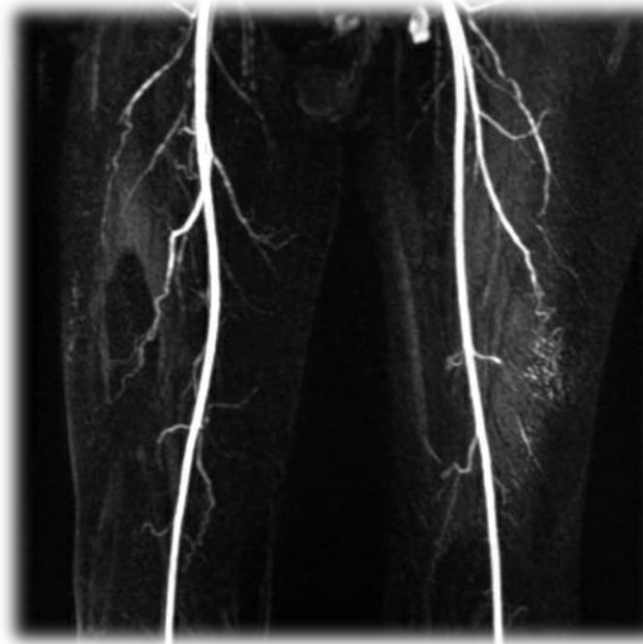


**Flux monophasique
(artère tibiale postérieure)**

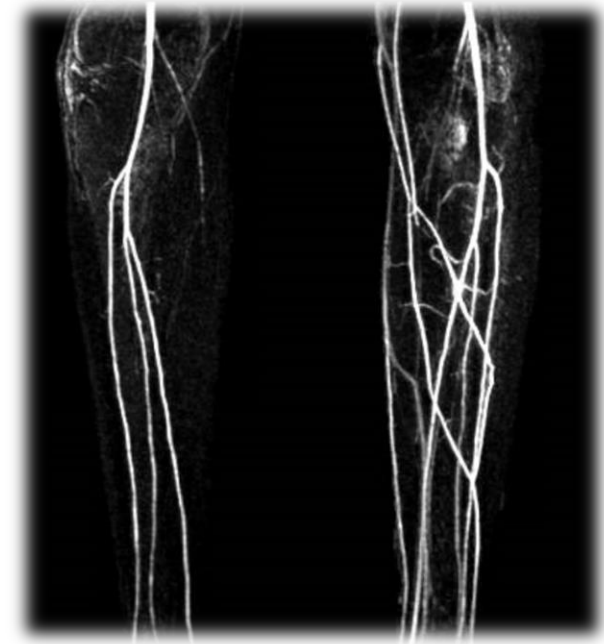
Perfusion - Artérite

- Systematique PEDIS

P	Perfusion - Pouls palpés - Pouls non palpés - Erythème positionnel, gangrène
E	Extension
D	profondeur (Depth)
I	Infection
S	Sensibilité



Etage supra-poplité
(artère fémorale superficielle)



Etage infra-poplité
(troncs jambiers)

Examen de seconde ligne

=

Angio-IRM ou Angio-CT

Perfusion - Artérite

- Systematique PEDIS

P	Perfusion - Pouls palpés - Pouls non palpés - Erythème positionnel, gangrène
E	Extension
D	profonDeur (Depth)
I	Infection
S	Sensibilité



Etage supra-poplité
(artère fémorale superficielle)



Etage infra-poplité
(troncs jambiers)



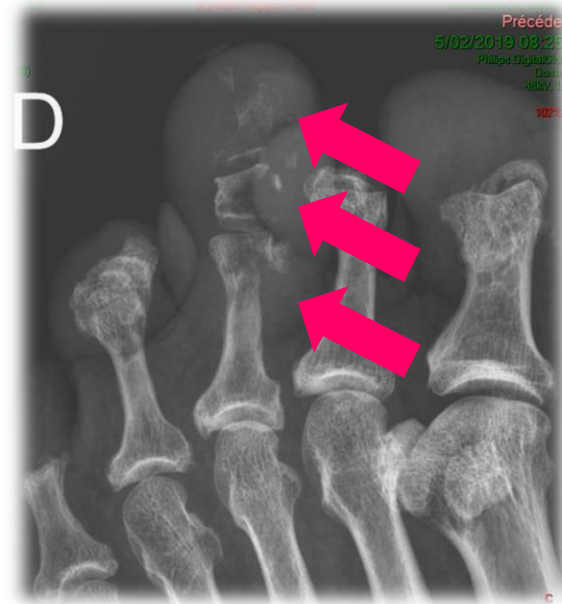
Réseau plantaire, arcade
(pied)

Examen de troisième ligne
=
Artériographie (diagnostique +/- thérapeutique)

Profondeur

- Systematique PEDIS

P	Perfusion
E	Extension
D	profondeur (Depth) <ul style="list-style-type: none">- Derme- Structures profondes non osseuses- Os/articulation
I	Infection
S	Sensibilité



Ulcère 3è orteil droit

Probe-to-bone test –

Radiographie = ostéite

**Ruptures des corticales
de P3, P2 et P1**

**Quelque soit la profondeur = bilan radiologique de base
= radiographie (+ suivi à 10-14 jours si suspicion d'ostéite)**

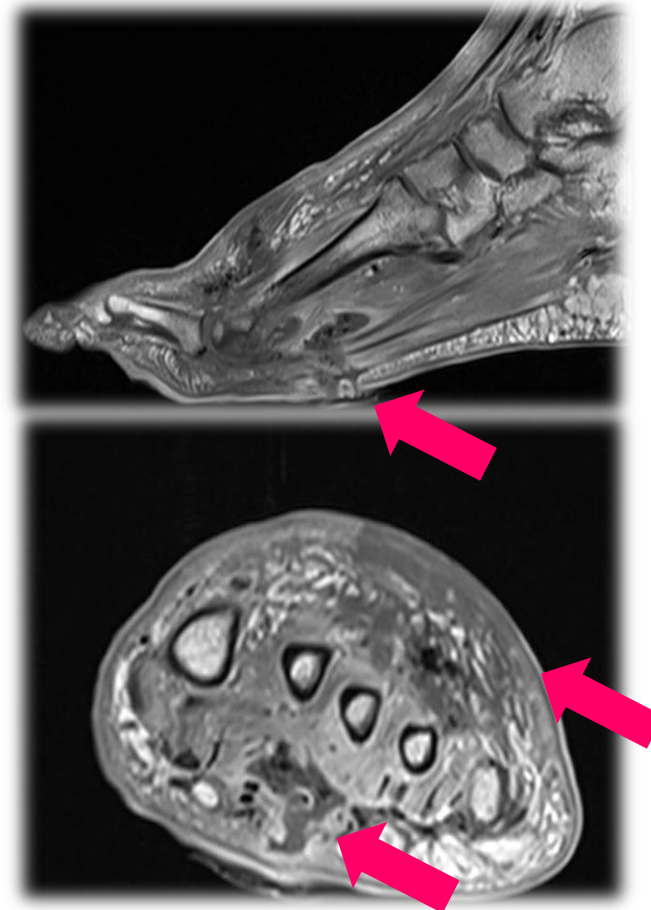
Infection

- Systematique PEDIS

P	Perfusion
E	Extension
D	profonDeur (Depth)
I	Infection
S	Sensibilité



CRP 311mg/L
23.000 GB/ μ L

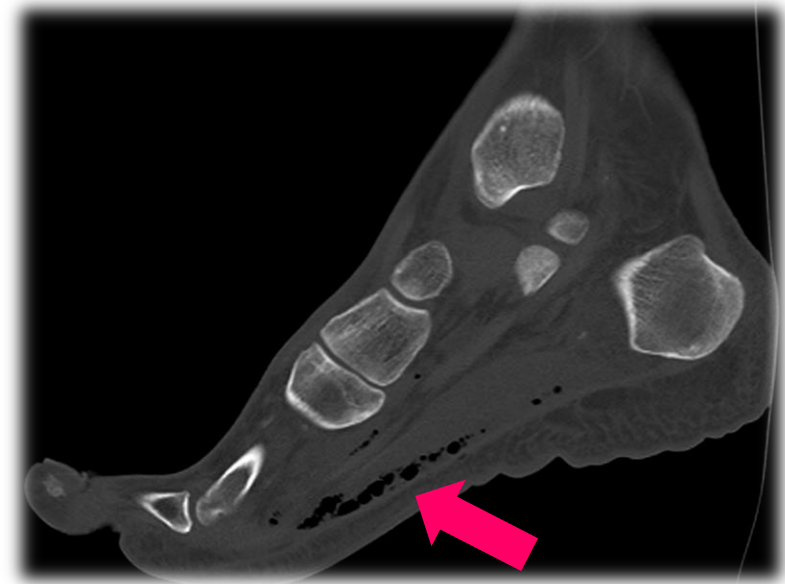


IRM très sensible pour le bilan des tissus mous
=> recherche et extension des infections profondes
= abcès, hypodermite, fasciite

Infection

- Systematique PEDIS

P	Perfusion
E	Extension
D	profondeur (Depth)
I	Infection
S	Sensibilité



Gangrène sèche de l'orteil (ischémie critique)
Douleur dans la plante du pied malgré la neuropathie
Syndrome inflammatoire

Scanner moins sensible pour le bilan des tissus mous
=> recherche et extension des infections profondes
en urgences

Infection : prélèvements

- Systematique PEDIS

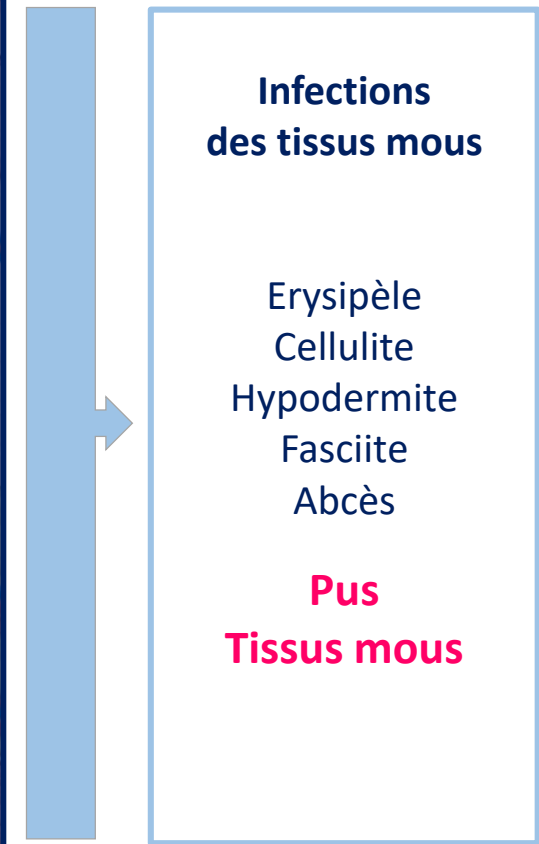
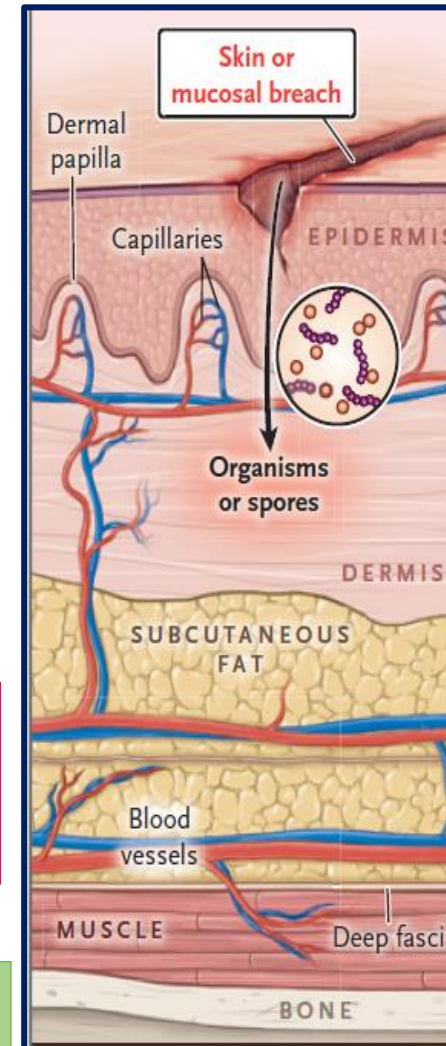
P	Perfusion
E	Extension
D	profonDeur (Depth)
I	Infection
S	Sensibilité

Hémocultures

Infections systémiques
Septicémie, bactériémie

Frottis profond
Biopsie osseuse

Infections osseuses et ostéo-articulaires
Ostéite, ostéo-arthrite



Infection

- Systematique PEDIS

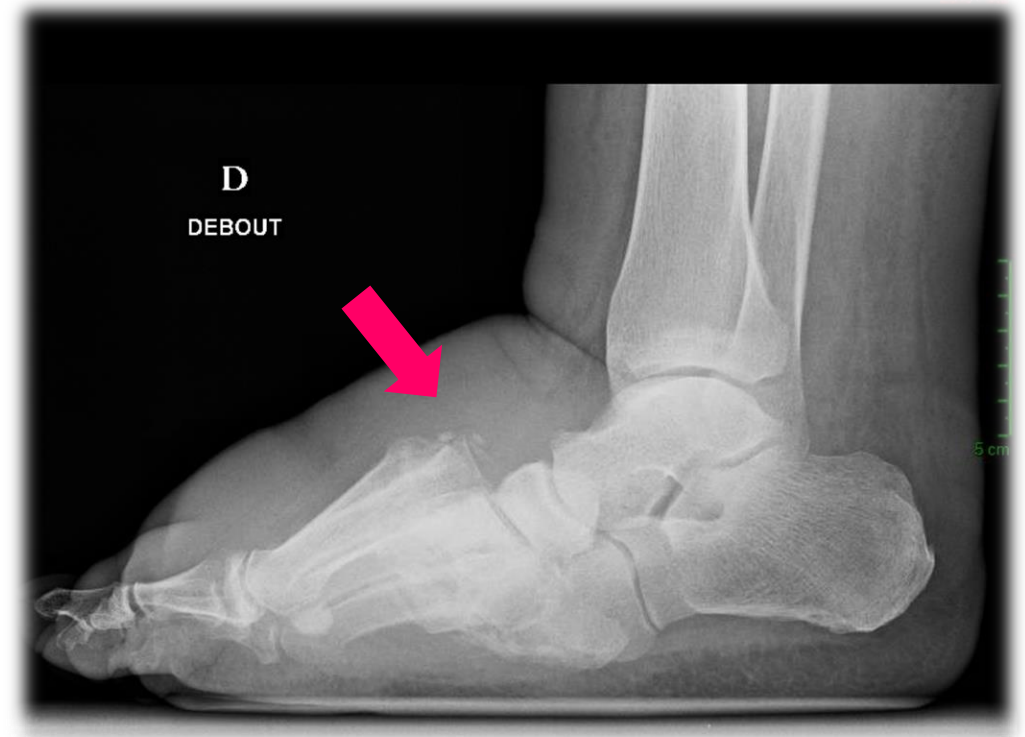
P	Perfusion
E	Extension
D	profonDeur (Depth)
I	Infection ?
S	Sensibilité



Œdème et érythème de puis 48 heures
Impossibilité de se chausser
Indolore, neuropathie sous-jacente
Diagnostic ?

Neuroarthropathie aiguë

- **Processus destructeur, inflammatoire, non-infectieux des articulations du pied et/ou de la cheville**
- **Etiologie:** neuropathie
 - +++ diabétique
 - ++ éthylique
- **Facteur déclenchant: ?**
 - Marche prolongée, traumatisme passé inaperçu,...?
- **Phase inflammatoire inaugurale**
- **Présentation:**
 - Pied inflammatoire
 - Non ou peu douloureux
 - D'apparition spontanée, brutale
- **Diagnostic:** clinique + radiographie
- **Urgence diagnostique et thérapeutique**



Dislocation, fragmentation, (sub)luxations, fractures

Neuroarthropathie aiguë



Neuro-arthropathie
aiguë?



Neuro-arthropathie
aiguë?



Neuro-arthropathie
aiguë?

Neuroarthropathie chronique



Neuro-arthropathie aiguë

Signes inflammatoires

Déformations



Neuro-arthropathie chronique

Risque d'ulcères ++

Messages-clés



- Evaluation systematique pluri-disciplinaire et pluri-métiers
- Ne pas négliger le diagnostic de neuroarthropathie aiguë
 - = y penser devant un pied inflammatoire chez un patient diabétique avec neuropathie
- Si le pied/l'ulcère n'évolue pas bien => recommencer l'évaluation systematique
 - Ischémie critique méconnue qui devrait bénéficier d'une revascularisation ?
 - Infection profonde méconnue qui devrait bénéficier d'un drainage ?
 - Germe résistant méconnu qui devrait bénéficier d'une antibiothérapie spécifique ?
 - Mise en décharge insuffisante qui devrait être intensifiée ou mieux respectée ?

PRINCIPES DU TRAITEMENT MEDICO-CHIRURGICAL

Sensibilité - Neuropathie

- Systematique PEDIS

P	Perfusion
E	Extension
D	profonDeur (Depth)
I	Infection
S	Sensibilité: - Normale - Neuropathie

Pas de traitement étiologique (équilibrer le diabète)

Traitement pharmacologique des douleurs neuropathiques

Prévention de l'ulcère du pied (chaussage adéquat)

Mise en décharge en cas d'ulcère



Bottines orthopédiques

Sensibilité - Neuropathie

- Systematique PEDIS

P	Perfusion
E	Extension
D	profonDeur (Depth)
I	Infection
S	Sensibilité: - Normale - Neuropathie

Pas de traitement étiologique (équilibrer le diabète)

Traitement pharmacologique des douleurs neuropathiques

Prévention de l'ulcère du pied (chaussage adéquat)

Mise en décharge en cas d'ulcère



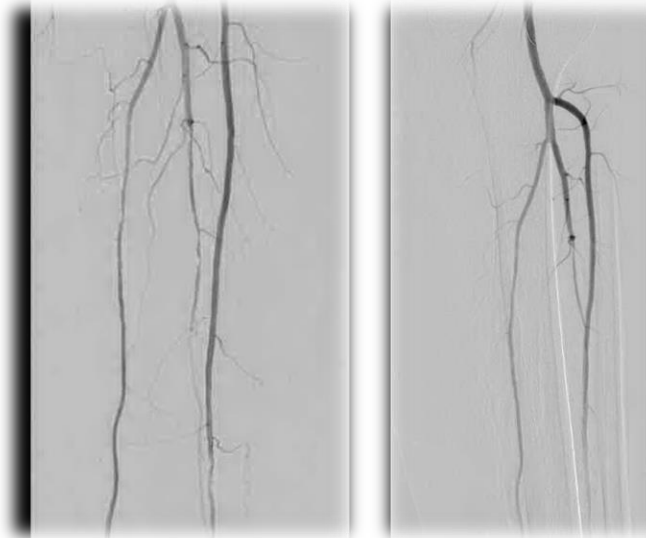
Bottines de décharge

Perfusion - Artérite

- Systematique PEDIS

P	Perfusion - Pouls palpés - Pouls non palpés - Erythème positionnel, gangrène
E	Extension
D	profonDeur (Depth)
I	Infection
S	Sensibilité

Endovasculaire



Artériographie

Angioplastie
Stenting

Anti-aggrégants
Anti-coagulants

Chirurgical



Pontage

Endatériectomie

Anti-aggrégants
Anti-coagulants

Infection

- Systematique PEDIS

P	Perfusion
E	Extension
D	profonDeur (Depth)
I	Infection
S	Sensibilité



En aigu, antibiothérapie à large spectre pour l'infection des tissus mous (souvent IV)

Débridement chirurgical urgent si infection profonde (parfois, à plusieurs reprises)

Stratégie medico-chirurgical pour le traitement de l'ostéite

Infection

- Systematique PEDIS

P	Perfusion
E	Extension
D	profonDeur (Depth)
I	Infection
S	Sensibilité



En aigu, antibiothérapie à large spectre pour l'infection des tissus mous (souvent IV)

Débridement chirurgical urgent si infection profonde (parfois, à plusieurs reprises)

Stratégie medico-chirurgical pour le traitement de l'ostéite

Neuroarthropathie aiguë

- Systematique PEDIS

P	Perfusion
E	Extension
D	profonDeur (Depth)
I	Infection ?
S	Sensibilité



Total contact cast
(= gold standard)

« Walker »

Bottines orthopédiques

En aigu, décharge et immobilisation (> 6 semaines)

Plâtre = gold standard

Ne pas oublier le long terme: bottines orthopédiques

Messages-clé



Equipe pluri-disciplinaire



Infirmières d'éducation

P. Carette, D. De Blust, F. Migot, A. Comentale,
M. Demey, L. Vermeire, C. Forthomme

Podologues

C. Durieux, Y. Mazouzi, A. Bloch

Infirmières des plaies

Diététiciennes

Assistantes sociales

Psychologues

Kinésithérapeutes

Ergothérapeutes

...