

Prise en charge médico chirurgicale du pied diabétique: et si cela pouvait rester médical?

Dr Caroline Michaux

1ère Journée d'infectiologie de Polynésie Française

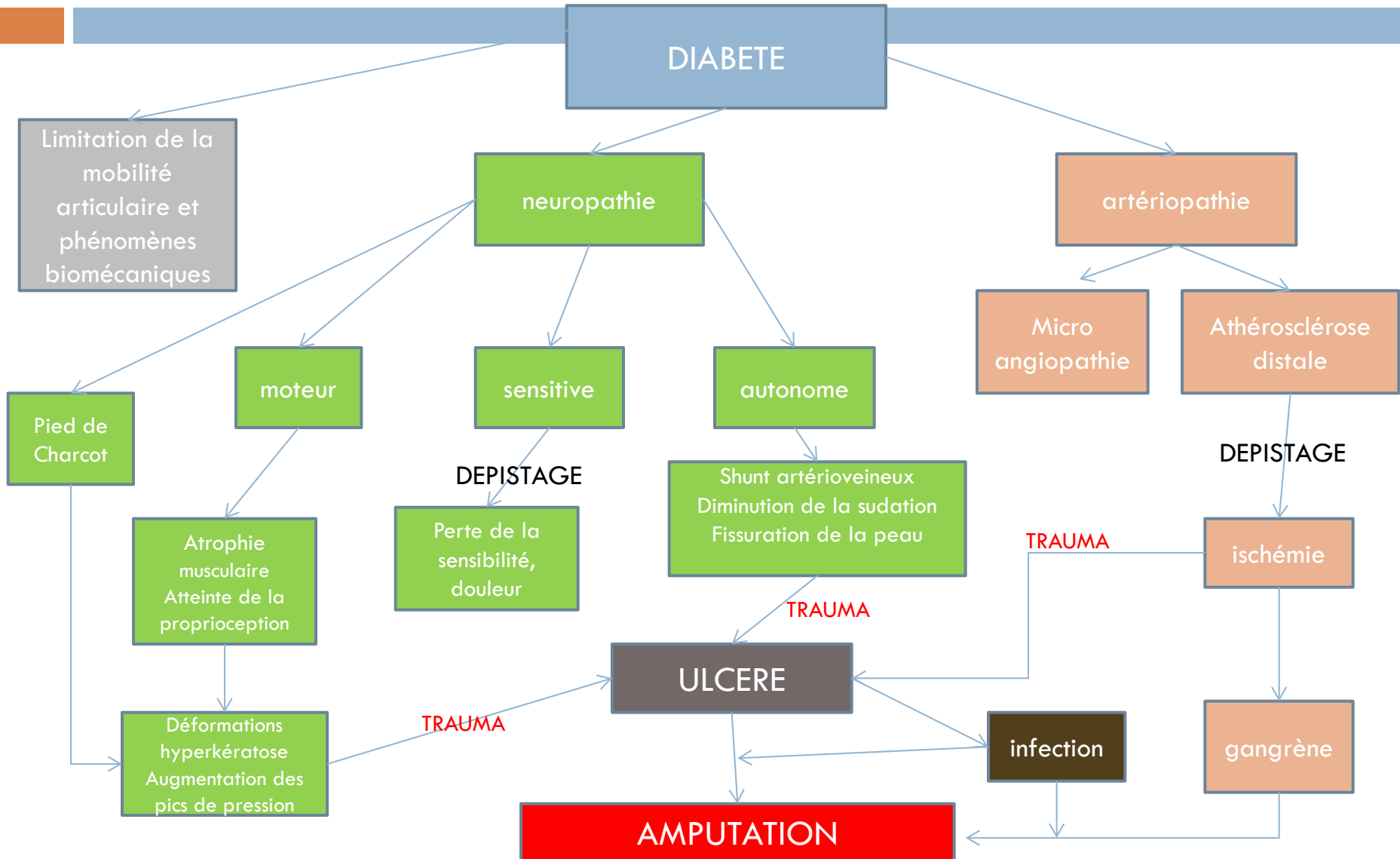
14/10/2024

Plan de la présentation



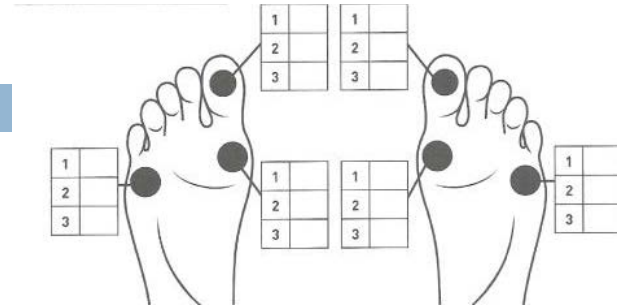
1. Physiopathologie
2. Prise en charge initiale clinique
3. Évaluation et prise en charge infectieuse
4. Mesures complémentaires
5. Réseau et coordination des soins

Physiopathologie du mal perforant plantaire



Prise en charge initiale

- Bien évaluer le terrain
 - ▣ Neuropathie: diagnostic clinique
 - Monofilament
 - Déformation, atrophie musculaire
 - Hyperkératose
 - Mal perforant plantaire



Prise en charge initiale

□ Bien évaluer le terrain

□ Artérite: clinique

- Absence de pouls, temps de recoloration
- Pied froid
- Peau lisse et tendue
- Pétéchies
- une plaie douloureuse, sur la face latérale ou dorsale du pied
- nécrose

□ Doppler des 3 axes jambiers, pression d'orteil, IPS, tcpO2 +/- angioTDM

Prise en charge initiale

- Bien évaluer la plaie
 - ▣ Cause, Ancienneté, évolution
 - ▣ Signes infectieux des tissus mous
 - Œdème, chaleur, érythème de + de 2 cm
 - Douleur ++
 - ▣ Signes d'ostéite:
 - Plaie chronique de plus de 2 cm² et/ou de 3 mm de profondeur
 - Contact osseux rugueux
 - Orteil en saucisse



Prise en charge initiale

□ Urgences médicales:

- Extension sous cutanée (cellulite)
- Collection
- Crépitant sous cutané, bulles dermiques
- Nécrose
- Fièvre
- Défaillance d'organe (sepsis)



Prise en charge initiale

- Bilan à réaliser devant toute plaie
 - ▣ Biologie avec syndrome inflammatoire
 - ▣ Doppler artériel: détail des 3 axes jambiers distaux
 - Pression d'orteil et TcpO2
 - ▣ Radiographie à la recherche d'ostéite si contact osseux ou imagerie de référence pour le suivi
 - ▣ Prélever uniquement en présence de signes cliniques (grade 2, 3 ou 4) :
 - Débrider avant tout prélèvement
 - En cas d'infection superficielle : prélever par curetage-écouvillonnage
 - En cas d'infection profonde: réaliser une biopsie tissulaire sur le versant cutané des berges de la plaie (punch à biopsie)
 - En cas de collection cutanée ou sous-cutanée: réaliser une aspiration à l'aide d'une aiguille fine ou d'un cathéter long

Prise en charge initiale

□ Classification de Texas, risque d'amputation

	Grade 0	Grade 1 superficiel	Grade 2 Tendon et capsule	Grade 3 os
Stade A Pas d'infection, ni d'ischémie	0A (0%)	1A (0%)	2A (0%)	3A (0%)
Stade B infection	0B (12.5%)	1B (8.5%)	2B (28.6 %)	3B (2%)
Stade C ischémie	0C (25%)	1C (20%)	2C (25 %)	3C (100%)
Stade D Infection et ischémie	0D (50%)	1D (50 %)	2D (100%)	3D (100%)

Prise en charge infectieuse

- Débuter une antibiothérapie probabiliste dès le diagnostic d'infection des parties molles
- Ne pas débuter d'antibiothérapie en cas d'ostéite sans infection des parties molles
- Pas d'antibiothérapie locale

Prise en charge infectieuse

- Utiliser systématiquement une antibiothérapie active sur le SAMS
 - ▣ En cas d'infection de plaie récente (< 4 semaines), les cibles bactériennes prioritaires sont les **SAMS** et les **streptocoques**
 - ▣ En cas d'infection de plaie chronique (\geq 4 semaines) le traitement doit aussi être actif sur les **entérobacterales** et les **anaérobies**

- Il n'est pas recommandé d'utiliser, dans les formes **non graves**, une antibiothérapie active sur *P. aeruginosa*, le SARM ou les entérocoques
 - ▣ Si la prise en compte de ces bactéries est envisagée, il est souhaitable de prendre un avis infectiologique ou microbiologique

Prise en charge infectieuse:

ATB probabiliste



- Grade 2 de plaie récente (IWGDF 2019)
- Touchant seulement la peau ou le tissu sous-cutané, Et si érythème : taille < 2 cm autour de la plaie,
 - Traitement per os
 - ▣ Céfalexine ou clindamycine en première intention , 7 jours
 - ▣ Pristinamycine ou linézolide, en cas d'infection récente à SARM ou de colonisation connue à SARM
 - ▣ Non recommandé : cyclines, cotrimoxazole, fluoroquinolones

Prise en charge infectieuse:

ATB probabiliste



- **Grade 2 de plaie chronique ou grade 3** (IWGDF 2019)
- tendon, muscle, articulation, os Et si érythème : taille ≥ 2 cm autour de la plaie
 - ▣ Amoxicilline/acide clavulanique , 10 à 14 jours
 - ▣ Si allergie sans signes de gravité à la pénicilline : ceftriaxone + métronidazole
 - ▣ Si allergie avec signes de gravité : avis infectiologique
 - ▣ Si infection récente à SARM ou colonisation connue à SARM : avis infectiologique pour discuter l'ajout de pristinamycine, linézolide, doxycycline ou cotrimoxazole

Prise en charge infectieuse:

ATB probabiliste



□ Grade 4 (IWGDF 2019)

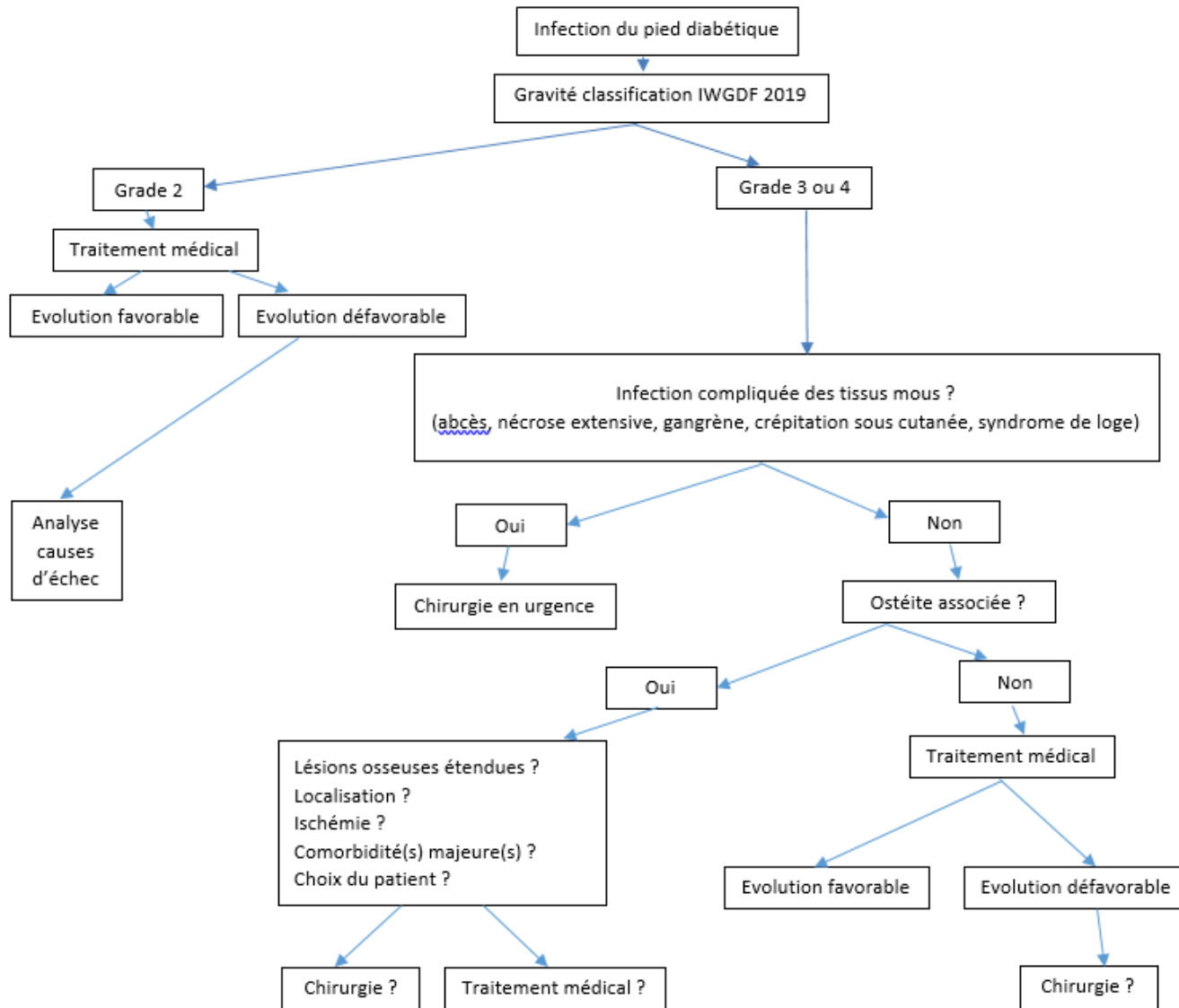
- Température > 38 °C ou < 36 °C
- et /ou Fréquence cardiaque > 90 battements/minute
- et /ou Fréquence respiratoire > 20 c/min ou PaCO₂ < 4,3 kPa (32 mm Hg)
- et /ou GB > 12 000/mm³ ou < 4 000/mm³ ou présence de plus de 10 % de formes immatures

□ Pipéracilline/tazobactam + (lipo)glycopeptide ou linézolide

- En cas d'allergie non grave à la pénicilline : céfépime + métronidazole + (lipo)glycopeptide ou linézolide
ou ceftobiprole + métronidazole
- En cas d'allergie grave aux bêta-lactamines : aztréonam + métronidazole + (lipo)glycopeptide ou linézolide

□ Si choc septique : ajout d'amikacine

Prise en charge médico-chirurgicale



La décharge

- Son but est de réduire le délai de cicatrisation et d'éviter les complications, surtout si la prise en charge est précoce
- Les mécanismes de décharge :
 - ▣ Réduction de la vitesse de marche et diminution du nombre de pas par jour
 - ▣ Modification de la bascule du pied
- Les conséquences :
 - ▣ Réduction des pressions de l'avant pied de 75%, du medio-pied de 30% mais une augmentation de 20 % des pressions du talon
 - ▣ Shaw, Cavanagh. The mechanism of plantar unloading in total contact casts: implications for design and clinical use, *Foot Ankle Int.* 1997 Dec;18(12):809-17.
 - ▣ Diminution du délai de cicatrisation à 6-8 semaines avec des modifications histologiques (diminution de l'inflammation, développement de néo capillaires et de fibroblastes)
 - ▣ Alberto Piaggese, Stefano Del Prato, Semiquantitative Analysis of the Histopathological Features of the Neuropathic Foot Ulcer. *Diabetes Care* 26:3123-3128, 2003

Le décharge



□ Moyens de décharge:

□ Pour avant pied:

- Chaussure barouk
- Chaussure WPS

□ Pour l'arrière pied

- Chaussure Teraheel

□ Pour le médiopied:

- Fauteuil roulant
- Botte amovible ou inamovible (plâtre)

LIMITES : 70 % de mauvais utilisateurs
(avec un port de moins de 50 % du
temps)



Pour que cela reste médical...

- Prise en charge précoce
- Réseau et coordination des soins
 - ▣ Hospitalisation de courte durée pour un bilan initial
 - ▣ Consultation de suivi de plaie commune:
infirmière/diabétologie/chirurgien
 - ▣ Avis médical par photos et mail/ téléconsultation
- Prévention
 - ▣ Éliminer la savate pour un chaussage adapté