

La décharge du pied diabétique

Offloading of diabetic foot

**M. Lepeut^{1,2}, L. Labourot¹,
O. Basuyaux¹, F. Caillon³, I. Dumont⁴**
Membres du groupe M.I.D.A.S.
des Hauts de France.

¹ Unité multidisciplinaire du pied diabétique,
Centre Hospitalier de Roubaix,
Roubaix, France.

² Directeur de l'enseignement de l'AUEC
Plaies et Cicatrisation,
Faculté de médecine de Lille, France.

³ Chirurgien-orthopédiste, Boulogne-sur-Mer,
France.

⁴ Maison du pied, Ransart, Belgique.

Résumé

La décharge est indispensable à la prise en charge médico-chirurgicale des lésions du « pied diabétique ». La décharge curative n'est pas une solution satisfaisante si la décharge préventive qui doit ensuite permettre la marche n'est ni efficace, ni acceptée, par le patient. Comme le diabète, la prise en charge d'un « pied diabétique » est celle d'une maladie chronique qui ne fait que s'aggraver spontanément. L'éducation thérapeutique et la surveillance de ces patients doivent s'inscrire dans un projet à long terme d'amélioration de l'équilibre glycémique, de lutte contre les facteurs de risque vasculaires, mais aussi du maintien de l'activité physique et de l'autonomie. La collaboration, avec le malade, des chirurgiens et des médecins de médecine physique peut y contribuer précocement. Le dépistage, « l'adressage » précoce, l'existence et la disponibilité de structures spécialisées, sont des pièces importantes de ce puzzle auquel ressemble trop souvent la vie de ces patients compliqués.

Mots-clés : Pied – diabète – décharge – multidisciplinaire – chirurgie.

Summary

Offloading wounds is essential in the management of medico-surgical lesions of the “diabetic foot”. Offloading the wound is not a satisfactory solution if a preventive offloading solution which should allow normal walking is neither effective nor accepted by the patient, conditions to be efficient. As with diabetes, the management of a “diabetic foot” is treating a chronic illness which is always getting worse. Patient education and monitoring should be part of a long-term project including the improvement of blood glucose control, the fight against vascular risk factors, but also the maintenance of physical activity and patient's autonomy. The early collaboration of surgeons and physical medicine therapists, with the patient, can contribute to this goal. Screening, “addressing” timely, the existence and availability of specialized structures, are important pieces of this puzzle which too often looks like the lives of these complicated patients.

Key-words: Foot – diabetes – offloading – multidisciplinary – surgery.

Correspondance

Marc Lepeut
Unité multidisciplinaire du pied diabétique
Centre Hospitalier de Roubaix
BP 359
59056 Roubaix cedex
marc.lepeut@ch-roubaix.fr

Introduction

• L'expression « pied diabétique » (DF, pour *Diabetic foot*) est un raccourci pour qualifier les problèmes podologiques dont souffrent des patients atteints par les complications des différentes formes de diabète, difficiles à soigner pendant longtemps, aggravées par des facteurs

environnementaux et psycho-sociaux. En 2012, selon la Caisse nationale d'Assurance maladie (Cnam), le DF est la cause d'une plaie chez 76 000 patients (11 % des plaies chroniques, en France) : 43 % ont été hospitalisés ; en moyenne, ils ont cicatrisé en 200 jours, et 16 % ont récidivé à 2 mois ! [1]. La mortalité de cette population est importante.

« Le pied diabétique »

• La prise en charge (PeC) du DF n'est pas de la « piédologie ». Le traitement et la prévention du DF ne se conçoivent que dans une PeC médico-chirurgicale, multidisciplinaire et pluri-professionnelle d'un centre de référence où toutes les composantes du DF sont diagnostiquées, prévenues, et soignées de manière simultanée et synergique, et où le patient est au centre du processus de soins (*tableau 1* : Métabolisme ; Infection ; Décharge ; Artères ; Soins [M.I.D.A.S.], développé par Marc Lepeut). Les professionnels libéraux complètent de façon indispensable cette équipe. Nous rappelons la recommandation de la Haute Autorité de Santé (HAS) [2] : « *La survenue d'une plaie chez un diabétique à risque doit conduire, dans un délai inférieur à 48 heures, à adresser le patient, soit vers une équipe multidisciplinaire spécialisée, soit pour une hospitalisation immédiate s'il existe des signes d'infection étendue ou des signes systémiques* ».

• Si l'on comprend bien que le diabète et son risque vasculaire ne sont pas des problèmes ponctuels, l'apparition d'une plaie est aussi bel et bien une maladie chronique, et pas seulement un événement aigu. De nombreux membres de l'équipe vont intervenir de façon ponctuelle, mais avec la nécessité de se situer dans un projet global. Leurs actions vont conditionner l'avenir, et auront besoin d'une évaluation et d'une surveillance à long terme. Nous intégrerons dans ce texte les recommandations 2011 et 2015 de l'*International Working Group on the Diabetic Foot* (IWGDF) [3, 4].

Pourquoi la Décharge ?

• La complication principale qui mène aux plaies et aux difficultés de les soigner est la neuropathie diabétique ; 50 % des patients en sont atteints au bout de 20 ans d'évolution du diabète, ainsi que 85 % de ceux qui sont porteurs d'une plaie. C'est elle qui va :

- sur le plan moteur, provoquer des déséquilibres musculaires et des déformations ;
- sur le plan de la sensibilité profonde, aggraver les traumatismes par une mauvaise perception de la position du pied et

Tableau 1. M.I.D.A.S. (Métabolisme ; Infection ; Décharge ; Artères ; Soins) : la prise en charge (PeC) médico-chirurgicale multidisciplinaire et pluri-professionnelle.

M	Métabolisme	- Mise en situation d'anabolisme = nutrition + normoglycémie. - Surveillance et traitement des complications de l'hyperglycémie.
I	Infection	- Traitement de l'infection systémique, des tissus mous, de l'ostéo-arthrite ou de l'ostéite.
D	Décharge	- Mise en décharge des plaies. Podologie. - Éducation. Activité physique adaptée. Prévention.
A	Artères	- Amélioration de l'apport sanguin vasculaire et du transport en oxygène. - Traitement des facteurs de risque vasculaire.
S	Soins	- Détersion ; bourgeonnement ; épithélialisation. - Évaluation ; surveillance ; prévention ; pédicurie.

de ses mouvements dans l'espace, avec des hyper-appuis à chaque pas. Cette neuropathie profonde ira jusqu'à l'ataxie proprioceptive, source de chute et, par conséquent, de restriction de l'activité. On peut même penser qu'elle favorise la crispation réflexe en griffe des orteils, comme pour s'accrocher au sol ;

– sur les plans sensitifs superficiels, réduire les sensations du tact et de la douleur qui nous alertent sur l'existence d'une lésion cutanée ;

– avec sa composante neurovégétative, avoir de multiples conséquences invalidantes pour le patient et pour celles qui nous intéressent ici : sécheresse de la peau, ostéoporose, neuro-arthropathie, hypotension artérielle orthostatique...

• L'autre phénomène qui concourt à l'hyperkératose (HPKT), c'est la diminution de la mobilité articulaire qui transforme le pied en une structure de plus en plus rigide, les déformations s'aggravent et se fixent, le tissu sous-cutané s'amincit, le tout étant de plus en plus incapable de s'adapter aux contraintes extérieures, ce qui entraîne des conflits, sources de cette réaction de la peau, l'HPKT, ici indolore.

• Toutes les zones déformées du pied, plus saillantes et plus rigides seront les proies privilégiées de ces hyperpressions, de ces traumatismes chaque jour, des milliers de fois répétés. L'HPKT s'épaissit, auto-aggravant elle-même l'hyperpression qui la génère. Puis, il va se développer une zone inflammatoire sous-jacente, favorisée par les phénomènes de cisaillement, que les anglais appellent très justement « *stress* » ; le tout va finir par se fissurer, se déchirer, et une plaie va apparaître : le mal perforant plantaire (MPP).

• Plus on marche sur ces plaies, plus on appuie et l'on frotte dessus, et plus la plaie devient inflammatoire, localement ischémique, impropre au bourgeonnement et à l'épithélialisation [6]. Par la plaie chronique, toujours plus profonde, l'infection finit par atteindre l'os et, surtout, les articulations.

• Il existe dans le pied des zones où les structures cutanées sont solidaires des structures osseuses ou articulaires [5]. À la jonction entre ces zones fixes et les zones qui glissent, la peau est soumise à des tractions importantes qui entraînent aussi l'apparition d'HPKT alors qu'il n'y a pas d'appui évident. Les phénomènes de cisaillement, en eux-mêmes, sont donc générateurs d'HPKT et de la dissociation des différentes couches de l'épiderme et du derme (comme les phlyctènes) et, surtout, de l'altération des berges de la plaie, son décollement et sa kératinisation, qui interdisent toute épithélialisation. Par leur caractère traumatisant, ils créent des zones inflammatoires, sources d'une aggravation de l'ischémie et du développement de substances anti-cicatricielles, les protéases.

Les suites d'une chirurgie curative. Et bien, décharge maintenant !

Chaque nouvelle intervention chirurgicale doit nous faire reconsidérer complètement la statique et la mécanique du pied, ainsi que la démarche du malade.

La chirurgie de l'infection

Nous ne savons toujours pas si la chirurgie systématique de l'ostéo-arthrite a de meilleurs résultats que le traitement

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/5656702>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/5656702>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)