

Le pied diabétique

Pr Saïd Norou DIOP (Faculté de médecine, de pharmacie et d'oncologie,
Université Cheikh Anta Diop, Dakar, Sénégal)

Synthèse de la téléconférence du 13 mai 2010 issue du programme e-diabete, mis en œuvre par l'Université Numérique Francophone Mondiale (UNFM), en collaboration avec le Réseau RAFT et sanofi-aventis.

Chez les diabétiques, les lésions des pieds conduisant aux amputations ne sont pas une fatalité.

Le contexte : le diabète, souvent méconnu, provoque des complications chroniques macrovasculaires (artériopathie des membres inférieurs) et microvasculaires, neuropathie en particulier. Le pied diabétique est au carrefour de toutes les complications. Il est défini comme un ensemble de troubles trophiques survenant par atteinte nerveuse, artérielle et souvent infectieuse en plus comme facteur aggravant. Les lésions sont longtemps indolores à cause de la neuropathie et, de plus, la tradition veut que le patient consulte d'abord les « tradipratitiens ». Il en résulte une consultation trop tardive à l'hôpital et des amputations qui auraient pu être évitées dans au moins 80% des cas.

La prévention repose sur :

- un examen des pieds réguliers, par le patient lui même ou son entourage, et à chaque consultation médicale
- une reconnaissance des pieds à risque +++ (surveillance rapprochée)
- une sensibilisation de la population et une éducation des diabétiques
- une formation des personnels
- une prise en charge adéquate, multidisciplinaire +++

L'examen clinique est fondamental : l'observation de la peau, des ongles, des pouls, des réflexes, des plaies éventuelles permet un diagnostic clinique. Le pied neuropathique présente des troubles de neuropathie périphérique, troubles sensitifs (perte de sensibilité au monofilament, une abolition des réflexes, des troubles moteurs, déformations, appuis anormaux, durillons, callosités et/ou des troubles de neuropathie autonome (pied chaud et oedématié, anhidrose, fissures, crevasses). Le risque infectieux est présent à tous les stades. Une hyperkératose négligée sur les points de pression est à l'origine d'ulcères torpides évoluant en mal perforant plantaire. Le pied artériopathique est classé en 4 stades : stade 1 = latence clinique ; stade 2 = claudication intermittente ; stade 3 = douleurs de décubitus ; stade 4 = gangrène sèche ou humide +++ . Dès le stade de disparition des pouls il faut considérer que c'est un pied artériopathique et assurer des soins adéquats. L'infection est souvent à point de départ mineur, comme un intertrigo négligé, une petite blessure, une crevasse et peut évoluer vers une infection majeure, phlegmon, erysipèle, gangrène. Un prélèvement bactériologique soigneux est indispensable car c'est souvent une atteinte polymicrobienne, cocci gram +, bacilles gram – et anaérobies. Pour cela, ne pas utiliser l'écouvillonnage mais préférer le curetage du fond de la lésion ++, l'aspiration à l'aiguille, +++ ou la biopsie chirurgicale. Une radiographie recherche des signes d'ostéite, mais une alternative

économique est l'introduction d'un stylet dans la plaie à la recherche du contact osseux.

La prise en charge du pied diabétique : elle commence par une classification des lésions, qui conditionne le pronostic et guide les choix thérapeutiques. La plus récente classification est celle d'Amstrong qui prend en compte l'ensemble des facteurs et évalue le risque d'amputation. On s'appliquera à guérir toute lésion, limiter l'amputation au minimum en cas de nécessité, contrôler le diabète, les facteurs favorisants et les facteurs aggravants. Dans tous les cas l'éducation est fondamentale car le risque de récurrence est important.

La prévention primaire du sujet diabétique sans complications est l'éducation systématique des diabétiques sur l'auto examen et l'hygiène des pieds ainsi qu'un examen annuel par le médecin. Lui enseigner les 10 commandements :

1. Eviter de marcher pieds nus
2. Auto examen quotidien
3. Laver quotidiennement et sécher soigneusement entre les orteils
4. Gommer prudemment l'hyperkératose avec une pierre ponce
5. Appliquer un corps gras (karité..) sur les talons et la plante et du talc entre les orteils
6. Limer les ongles
7. Choisir des chaussures larges confortables
8. Eviter les chaussettes serrantes
9. Bannir tout produit corrosif (coricides..)
10. Signaler au médecin toute lésion suspecte et traiter sans délai toute infection.

La prévention secondaire : Reconnaître le pied à risque et en informer le patient grâce à 4 Questions :

1. A-t-il un antécédent d'ulcération chronique du pied (plus de 3 mois) ?
2. A-t-il une perte de la sensibilité ?
3. A-t-il une artérite ?
4. A-t-il des déformations ?

Mettre en garde contre la pédicurie des rues, les habitudes culturelles comme le port de bagues, le henné (qui assèche), la dépigmentation artificielle (fragilise la peau), le port de chaussures ouvertes qui exposent les orteils ou les talons aux blessures. Organiser une éducation personnalisée par le personnel formé.

Le traitement curatif : il est multidisciplinaire. Voir avec le chirurgien vasculaire s'il y a lieu de faire une revascularisation. Avec l'infirmier ou podologue traiter les déformations, mettre les lésions en décharge +++ et éviter l'appui jusqu'à cicatrisation en cas de maux perforants. L'infection nécessite une antibiothérapie adaptée en fonction de l'antibiogramme et qui respecte les règles de prescription pour limiter les résistances. Le diabétologue doit veiller à l'équilibre du diabète au besoin par une insulinothérapie (temporaire ou définitive), sans oublier les prophylaxies antitétanique et thrombo embolique.

En conclusion : éviter les amputations c'est possible. Des infirmiers formés à la podologie sur l'ensemble du pays et une sensibilisation de la population sont les clés d'un programme efficace.