



Rôle de l'infirmier(ère) dans la prise en charge des patients présentant un « pied diabétique »

JOLY A(1), CHOPIN MC(2)

(1) IDE, service Diabétologie, CH Valenciennes (2) Infectiologue, CH Valenciennes



Déclaration de liens d'intérêt avec les industries de santé en rapport avec le thème de la présentation (loi du 04/03/2002) :

Intervenant : JOLY Amandine

Titre : Rôle de l'infirmier(ère) dans la prise en charge des patients présentant un pied diabétique et infectieux

OUI NON

Consultant ou membre d'un conseil scientifique

OUI NON

Conférencier ou auteur/rédacteur rémunéré d'articles ou documents

OUI NON

Prise en charge de frais de voyage, d'hébergement ou d'inscription à des congrès ou autres manifestations

OUI NON

Investigateur principal d'une recherche ou d'une étude clinique

OUI NON



Déclaration d'intérêts de 2012 à 2015

- **Intérêts financiers : aucuns**
- **Liens durables ou permanents : aucuns**
- **Interventions ponctuelles : aucunes**
- **Intérêts indirects : aucuns**

La structure « pied diabétique »

- 1 IDE référente
- 1 IDE suppléante
- 1 AS
- 1 Infectiologue
- 5 Diabétologues
- 2 Podologues
- 1 Ortho-prothésiste
- 1 Gypso-technicien



La structure « pied diabétique »

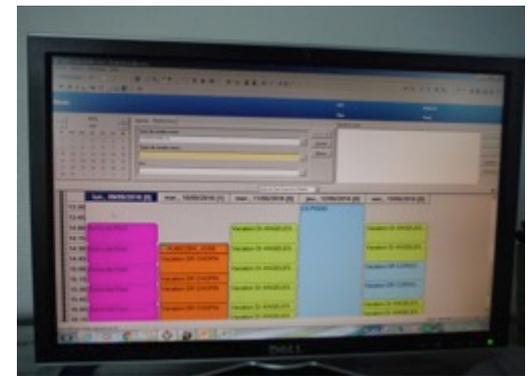
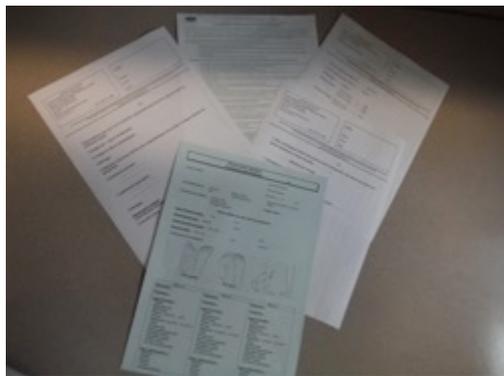


Nombre de Cs Pied en 2015 : 1104				
Cs Médicale (diabeto)	Cs Infectiologie	Cs podologie	Cs podortho- orthésiste	Cs IDE
819	165	307	48	94

- 2 fauteuils de soins



Rôle de l'infirmier(ère): Collaboration avec le diabétologue, l'infectiologue au cours des Cs



Rôle de l'infirmier(ère) : collaboration avec les podologues, ortho-prothésiste, gypso-technicien



Rôle de l'infirmier(ère) : Organisation des RCP « pied diabétique » mensuelles

- Envoi aux médecins participants le nom des patients dont le dossier est à discuter
- Organisation matérielle (locaux, photos, ...)
- Préparation des dossiers



Travail de recherche clinique :
Prise en charge des patients présentant « un pied diabétique et infectieux ».

- Etude descriptive, rétrospective et observationnelle sur un échantillon de 60 dossiers.
- Inclusion : patients diabétiques ayant été pris en charge pour un épisode infectieux secondairement à une plaie cutanée et nécessitant un geste chirurgical orthopédique entre septembre 2013 et juin 2015.
- Exclusion : Ulcères (veineux et artériels), escarres talonnières.
- 40 patients inclus.

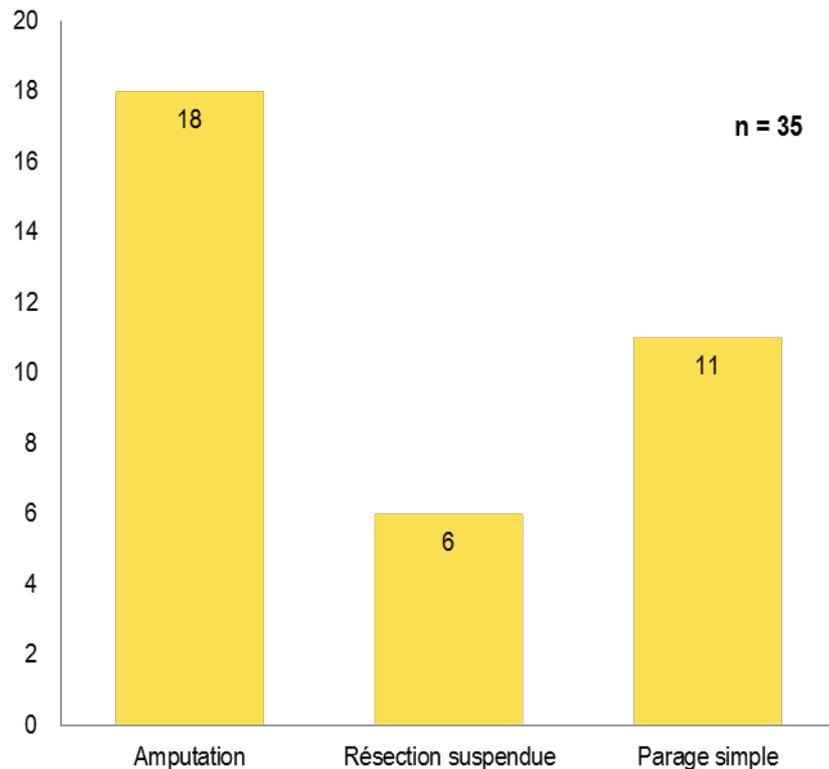
Résultats :

- 5 ostéites
- 35 ostéo-arthrites
- ATCD MPP pour 28 patients sur 37 (75,7%)
- ATCD infectieux pour 23 patients sur 34 (67,6%)
- 100% mise en décharge

Type de décharge	n=40
Béquilles	0
Ransart	10
Fauteuil roulant	23
CHUT/CHUP	30
Plâtre	0
Non renseigné	1

Traitement chirurgical :

Traitement chirurgical des patients présentant une ostéo-arthrite



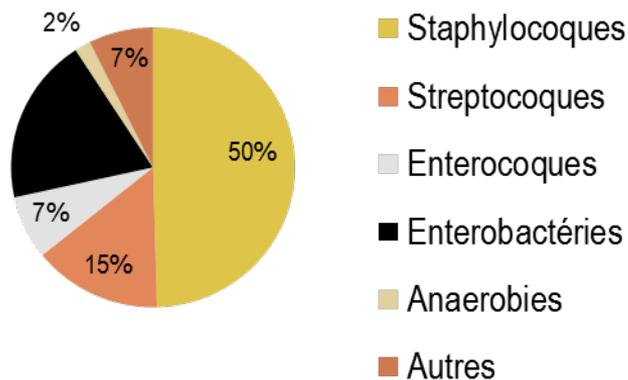
- BO à visée diagnostique pour les 5 patients ayant une ostéite
- Évaluation vasculaire pour 39 patients sur 40 (97,5%)
➔ 6 revascularisations (15%)

Résultats bactériologiques :

40 prélèvements bactériologiques :

- 4 prélèvements stériles (10%)
- 4 prélèvements mono-microbiens (11,1%)
- 32 prélèvements pluri-microbiens (88,9%)

Répartition des germes retrouvés en culture (ostéites et ostéo-arthrites confondues)



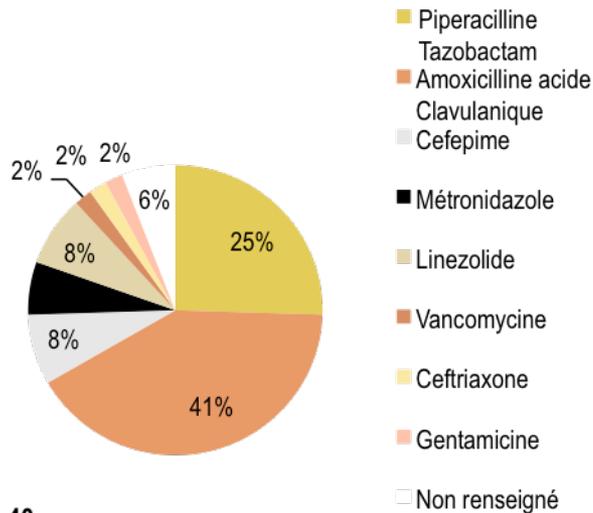
Staphylocoques	n=54	
Staphylocoques à coagulase négative	29 (53,7%)	
Staphylococcus aureus	25 (46,3%)	
	SAMS	SARM
	18 (72%)	7 (28%)

N=109

Traitement médicamenteux :

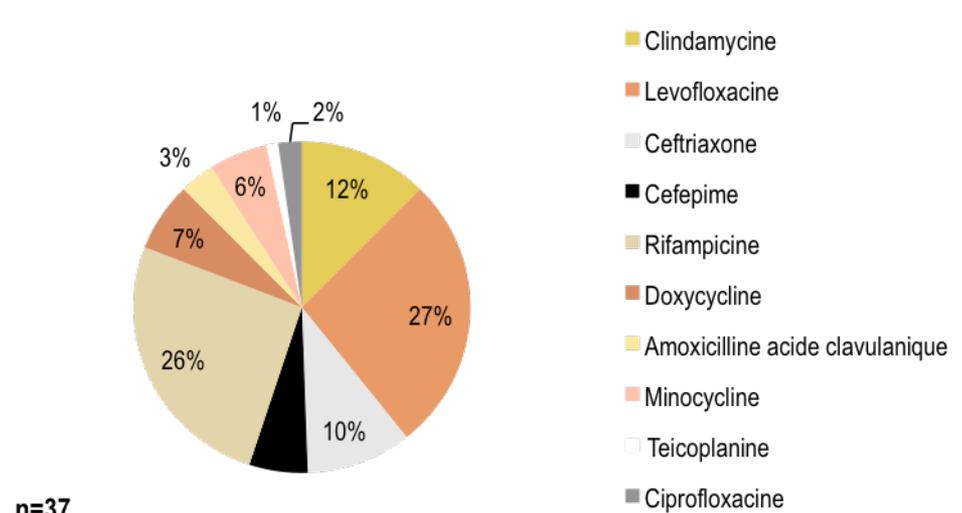
- Traitement ATB pré-opératoire pour 6 patients/40 (15,4%)
- Traitement ATB probabiliste post-opératoire pour tous les patients
- Traitement ATB documenté à visée osseuse pour 37 patients/40 (92,5%)
- Durée moyenne de traitement = 8,6 semaines (DS \pm 3,05)
- Modification de traitement pour 2 patients/40 (5%) (effets indésirables)

Antibiothérapie probabiliste post-opératoire
(ostéites et ostéo-arthrites confondues)



n=40

Traitement documenté à visée osseuse
(ostéites et ostéo-arthrites confondues)



n=37

Devenir :

Rechutes, guérison et consolidation.

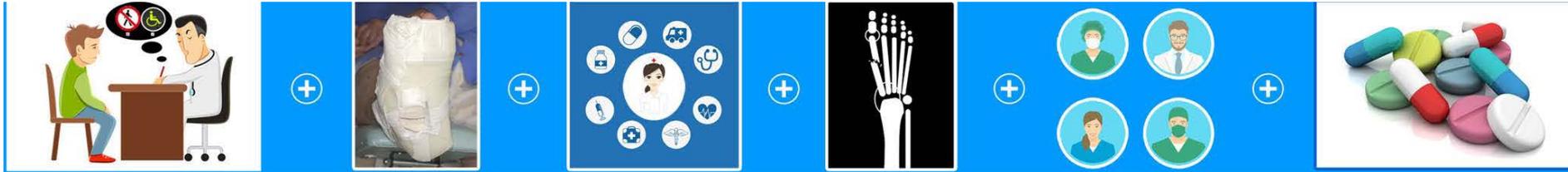
	N	Rechute précoce	Rechute tardive	Guérison	Consolidation
Ostéite	5	1 (20%)	2 (40%)	2 (40%)	2 (40%)
Ostéo-arthrite	34	3 (8,8%)	3 (8,8%)	28 (82,4%)	28 (82,4%)
Total	39	4 (10,3%)	5 (12,8%)	30 (76,9%)	30 (76,9%)
		9 (23,1%)			

- 1 perdu de vu par abandon de suivi par le patient/40 (2,5%)
- Aucun décès en rapport avec l'épisode infectieux
- Durée moyenne de cicatrisation = 15,5 semaines (DS \pm 7,31)
- Durée moyenne de prise en charge = 43 semaines (DS \pm 9,59)
- Nouvelle plaie en cours de suivi pour 50% des patients (18/36)

Devenir :

- Chaussage orthopédique sur mesure pour 30 patients sur 36 (83,3%) en fin de PEC
- Suivi régulier de pédicurie pour 100% des patients en fin de PEC (contre 14 suivis sur 32 patients (43,8%) avant la prise en charge de l'épisode infectieux)

Conclusion



La prise en charge d'un patient présentant un « pied diabétique » et infectieux réside autant dans la prise en charge curative de l'épisode infectieux (en collaboration avec l'ensemble de l'équipe pluridisciplinaire) que dans la prévention des récurrences.

Je vous remercie de votre attention.

Remerciements

- Dr CHOPIN.MC
- Mme VRECOURT.AM
- Mme DI STEFANO.S
- Dr DOREY.F
- Dr ANGELESCU.A
- Dr BEN HALIMA.F
- Dr AMIOT.S
- Mme CANIS.F
- Mme FRANCOIS.C
- Mr FONTAINE Guillaume