



alfediam



Recommandations pour la pratique clinique : prise en charge du pied diabétique infecté

I définition, aspects diagnostiques, facteurs pronostiques

Pr Agnès Hartemann-Heurtier, La Pitié, Paris

Jeudi 8 juin 2006 – JNl Bordeaux 2006

Est-ce que tous les diabétiques sont concernés par le risque de « pied infecté » ? NON !

- C'est la neuropathie qui fait le lit de la plaie chronique
- Le pied diabétique neuropathique est
 - sec

Le pied du diabétique n 'est pas toujours à risque de plaie

- C 'est la neuropathie qui fait le lit de la plaie chronique
- Le pied diabétique neuropathique est

- sec



Le pied du diabétique n 'est pas toujours à risque de plaie

■ C 'est la neuropathie qui fait le lit de la plaie chronique

■ Le pied diabétique neuropathique est

- sec
- déformé



Le pied du diabétique n'est pas toujours à risque de plaie

■ C'est la neuropathie qui fait le lit de la plaie chronique

■ Le pied diabétique neuropathique est

- sec
- déformé
- insensible



L'insensibilité du pied neuropathique

- Favorise l'apparition de la plaie
- Retarde la prise en charge
- Gène la prise en charge : en l'absence de symptômes, on accepte mal les contraintes liées aux soins

La plaie du pied diabétique n'est pas toujours infectée

- Mal perforant plantaire
- Gangrène sèche



Comment faire le diagnostic d'infection ?

- Pas en prélevant la plaie !
- Le diagnostic d'infection des parties molles est clinique :
 - Rougeur
 - Chaleur
 - Oedème
 - Pus
 - Signes généraux

Comment faire le diagnostic d'infection ?

■ Le diagnostic d'infection des parties molles est clinique :

- Rougeur
- Chaleur
- Oedème
- Pus
- Signes généraux



■ Parfois IRM

Classification des plaies du pied infectées

- **Grade 1 : pas d'infection**
- **Grade 2 : infection superficielle**
- **Grade 3 : infection atteignant les tissus sous-cutanés**
- **Grade 4 : signes généraux**



Interêt pour communiquer

Diagnostic de l'ostéite

- **Le contact osseux : 90% de valeur prédictive positive si infection des parties molles**
- **Répéter les radiographies simples**
- **En cas de non amélioration d'une plaie correctement prise en charge, 3 diagnostics : non respect de la mise en décharge et/ou artérite et/ou ostéite**
- **Si doute sur ostéite malgré des radiographies normales : IRM**

La recherche du contact osseux



Diagnostic bactériologique de l'infection

- ❑ Pas de marqueurs biologiques
- ❑ Ne prélever que si l'antibiothérapie est nécessaire +++
- ❑ Débrider la plaie et la nettoyer au sérum physiologique
- ❑ Ecouvillonnage, curetage-écouvillonnage, biopsie, ponction à l'aiguille

Diagnostic bactériologique de l'ostéite

■ **L'idéal : biopsie osseuse en passant en zone saine, après 15 jours d'arrêt des antibiotiques**

■ **Peu pratiquée :**

- soit la chirurgie permet l'examen bactériologique de l'os
- soit le traitement se base sur le résultat d'un écouvillonnage qui se trompe dans 20% des cas

Facteurs pronostiques

■ Infections graves des parties molles :
dermo-hypodermites, fasciite nécrosante

■ Terrain délétère : l'artérite +++

- l'infection favorise la gangrène = gangrène humide
- l'artérite empêche la détersion
- l'artérite diminue l'efficacité des antibiotiques

La gangrène humide

- Haut risque d'amputation si pas de revascularisation en urgence



Les facteurs pronostiques

■ L'artérite

■ La persistance de l'appui :

- favorisée par l'insensibilité à la douleur
- empêche la cicatrisation
- favorise la survenue de l'infection et de l'ostéite

La plaie du pied diabétique

- **Survient sur un pied insensible**
- **Est toujours colonisée**
- **Le diagnostic de l'infection est clinique**
- **Le pronostic dépend de la présence ou non d'une artérite sous-jacente, et de la capacité à respecter la suppression de l'appui.**