Montrez-moi ce pied...
L'ulcère du pied diabétique

Richard Belley, MD, CCMF, et François Paquet, MD, CMFC (MU), CSPQ
Présenté dans le cadre d'une conférence sur le pied diabétique, Fédération des médecins omnipraticiens du Québec, février 2004

Jusqu'à 15 % des patients diabétiques développeront un ulcère aux pieds.[1] Ces ulcères seront responsables de 85 % des amputations des membres inférieurs. En effet, le diabète demeure la première cause d'amputation des membres inférieurs.

Monsieur Sucré, âgé de 55 ans, souffre du diabète de type 2 depuis 9 ans. Il vous consulte dans le cadre de sa visite annuelle. Vous le questionnez, l'examinez et vous êtes satisfait de son évolution.

Pendant que vous lui prescrivez un bilan sanguin et que vous vous apprêtez à le saluer, monsieur vous raconte qu'il a une plaie sur le pied droit depuis deux ou trois mois, et qu'elle le fait souffrir graduellement depuis une semaine.

Vous faites donc retirer le soulier du pied atteint et découvrez ceci (figure 1).

Figure 1. Le pied gauche de monsieur Sucré.

Jusqu'à 15 % des patients diabétiques développeront un ulcère aux pieds.

Que faut-il rechercher à l'interrogatoire?

Premièrement, l'interrogatoire doit refléter l'état de santé général et les habitudes de vie du patient diabétique. Particulièrement, le contrôle glycémique doit être optimal.

Monsieur Sucré vous mentionne qu'il a eu une amputation d'un orteil de l'autre pied il y a quatre ans. Cela augmente alors son risque de subir à nouveau une amputation de 10 à 15 % par année. Monsieur Sucré doit donc être évalué et traité de façon rigoureuse.

Et à l'examen physique?

L'ulcère de Monsieur sucré mesure 2,5 centimètres carrés par 0,5 centimètres de profondeur. On note environ 30 % de fibrine et 70 % de granulation, avec des marges macérées. La peau environnante est rouge et chaude sur un diamètre de plus de deux centimètres. L'exudat est légèrement purulent et malodorant. Il n'y a pas de sous minage, mais l'exploration au stylet révèle une surface osseuse.

Monsieur sucré est atteint d'une neuropathie sensorielle (2/10 au pied gauche et 4/10 au pied droit). Le sens de la vibration, la proprioception et les réflexes ostéotendineux sont diminués. Les pouls périphériques ne sont pas palpables. On note l'absence de poils, les ongles sont épais et difformes et le pied est plus froid.

Par ailleurs, le pied de monsieur Sucré démontre un affaissement métatarsien et une diminution de la mobilité de la cheville. On note également de nombreuses callosités et une xérose importante. Ses chaussures sont franchement inadéquates pour sa condition et vous découvrez en plus un vieux bas replié au fond d'une des chaussures (figure 2).

Quel est votre diagnostic provisoire?

Vous pensez que monsieur Sucré présente une infection de l'ulcère avec au moins une atteinte des tissus mous environnants.

Figure 2. Chaussures inadéquates avec un bas de laine roulé au fond des chaussures.

L'os sous-jacent semble exposé (sensibilité de 66 %, spécificité de 85 % et valeur prédictive positive de 89 % d'ostéomyélite).[2] Vous croyez également qu'il y a une insuffisance artérielle sous-jacente.

Le **Dr Belley** est omnipraticien et exerce au Centre de plaies complexes, à la Clinique de prévention du pied diabétique et au Service de médecine hyperbare du Centre hospitalier affilié universitaire de l'Hôtel-Dieu de Lévis.

Le **Dr Paquet** est spécialiste en médecine d'urgence et exerce au Centre de plaies complexes, à la Clinique de prévention du pied diabétique et au Service de médecine hyperbare du Centre hospitalier affilié universitaire de l'Hôtel-Dieu de Lévis.

Il s'agit d'un ulcère de grade X selon l'échelle de Wagner et classe 5 selon l'échelle de Texas. Le fait de classifier l'ulcère vous permet d'attribuer un risque d'amputation de 50 % selon l'étude de prévalence de Armstrong.[3]

Devant votre soupçon clinique, vous recouvrez la plaie avec une mince couche d'iode cadexomère suivi d'une gaze et prescrivez une antibiothérapie.

Et l'investigation paraclinique?

Votre région a l'avantage de bénéficier d'un Centre de plaies complexes vers lequel vous dirigez monsieur Sucré en moins de 24 heures après entente préalable. Le patient est évalué par l'équipe multidisciplinaire du Centre de plaies complexes le lendemain.

- L'évaluation paraclinique est complétée par la prise de l'index tibio-brachial qui démontre une valeur de 0,5 au pied droit (maladie périphérique grave si l'indice est inférieur à 0,6) et 0,7 à gauche. Après un lavage adéquat de l'ulcère, une culture de la plaie par écouvillon est effectuée. Le bilan biochimique démontre entre autres une leucocytose à 12,4 mL, une vitesse de sédimentation à 67 mmol/L, une créatinine à 110 µmol/L, une glycémie à 15,6 mmol et une hémoglobine glycosylée à 0,090.
- La radiographie simple ne démontre pas de corps étrangers ou de signes osseux d'ostéomyélite. Cependant, puisque l'on soupçonne fortement une ostéomyélite, on demande une imagerie par résonance magnétique du pied qui confirmera le diagnostic d'ostéomyélite le jour suivant.
- Le test d'oxymétrie transcutanée de monsieur Sucré démontre une ischémie modérée avec réponse adéquate à l'oxygène. Ce test permet d'évaluer l'état de la microvascularisation et de la perfusion tissulaire au pourtour de l'ulcère de monsieur Sucré.
- Le patient est évalué en chirurgie vasculaire et une artériographie du membre inférieur est prescrite pour mieux évaluer l'arbre artériel du membre inférieur et procéder à une angioplastie au besoin. Le patient sera préparé avec de la N-acétylcystéine et une bonne hydratation pour éviter une aggravation de sa néphropathie existante.

Tableau 1

La base du traitement de l'ulcère du pied diabétique

1. Maîtriser la douleur
2. Se débarrasser des tissus mous par du débridement adapté
3. Maîtriser l'humidité et l'environnement par un pansement adapté :
   - Pansements (hydrogels, collagènes, alginates, mousses, antimicrobiens, hydrocolloïdes, pâtes hydrophiles, gazes, etc.)
4. S'assurer d'éliminer la mise en charge au niveau de la plaie
   - Orthèses temporaires de libération de charge (béquilles, marchette, soulier adapté, plâtre de contact, etc.)
5. Traiter l'infection si nécessaire
6. Autres moyens disponibles :
   - Facteurs de croissance (béclapermine, etc.)
   - Substituts cutanés (d'origine humaine ou porcine)
   - Moyens mécaniques (thérapie par pression négative)
   - Thérapie oxygénohyperbare en chambre hyperbare
   - Autres (stimulation électrique, laser, ultrasons, etc.)
7. Établir une fréquence de suivi et de changement de pansement avec le personnel soignant à domicile (CLSC) et le médecin de soins des plaies

À retenir...

- L'interrogatoire doit refléter l'état de santé général et les habitudes de vie du patient diabétique.
- Jusqu'à 15 à 20 % des patients diabétiques qui développent un ulcère souffrent d'une maladie vasculaire périphérique significative.
- Le traitement de l'ulcère du pied diabétique repose sur des principes généraux des soins de plaies.

Quel est le traitement?

Une antibiothérapie intraveineuse empirique à large spectre couvrant une flore polymicrobienne fut débutée chez monsieur Sucré. Par ailleurs, le traitement de l'ulcère du pied diabétique repose sur des principes généraux des soins de plaies (tableau 1).

Le risque de récidive

Une fois l'ulcère guéri, il est impératif de faire évaluer les pieds de monsieur Sucré par un orthésiste spécialisé dans la fabrication de souliers et d'orthèses adaptés que le patient devra porter en tout temps. Il a été démontré que ce type d'appareillage diminue l'incidence et la récidive d'ulcération.

La prévention

Il est finalement recommandé que monsieur Sucré subisse un examen des pieds tous les un à trois mois, soit par l'infirmière, par le médecin de famille lui-même ou par le personnel de la clinique du pied diabétique local. *Clin*

Références

1. Boulton, JMA, Kirsner, RS, Vileikyte, L : Neuropathic diabetic foot ulcers. N Engl J Med 351:48, 2004.
2. Williams, DT, Hilton, JR, Harding, KG : Diagnosing foot infection in Diabetes. Clin Infect Dis. 1(39):Suppl. 2, 2004.
3. Armstrong, DG, Lavery, LA, Harkless, LB : Validation of a diabetic wound classification system. The contribution of depth, infection, and ischemia to risk of amputation. Diabetes Care 21(5):855, 1998.