Étude de cas

Prise en charge coopérative multidisciplinaire d'un cas d'ulcères du pied diabétique sévèrement infectés

RÉSUMÉ

Objectif Cette étude de cas résume l'expérience des infirmier(ère)s dans la prise en charge d'un cas de plaies gravement infectées provenant d'ulcères du pied diabétique (DFU) bilatéraux étendus de grade 4 selon la classification de Wagner, dans le cadre d'une coopération d'équipe multidisciplinaire (MDT).

Méthodes Une consultation MDT a été réalisée afin d'établir un diagnostic clair et de se concentrer sur un traitement systémique global. Le plan de traitement a été ajusté au fil du temps selon les résultats des cultures de plaie et des tests antibiotiques, afin de contrôler efficacement l'infection. Des pansements en mousse hydrocolloïde lipidique et un traitement par pression négative ont été utilisés, conformément aux données probante,s pour gérer efficacement l'exsudat.

Résultats Le pied gauche du patient a guéri en 59 jours et le pied droit en 38 jours. Au cours des trois années suivantes, un suivi via Wechat a été réalisé et aucune récidive de DFU ni infection n'a été observée sur aucun des deux pieds.

Conclusion La coopération multidisciplinaire dans l'établissement du diagnostic différentiel, l'élaboration d'un plan de traitement clair et le traitement global des ulcères du pied diabétique de grade 4 sévèrement infectés permet d'accélérer la cicatrisation, de soulager la douleur du patient et de réduire le fardeau financier pour le patient et sa famille.

Mots-clés Ulcère du pied diabétique de grade 4 selon Wagner ; infection sévère ; pansements en mousse hydrocolloïde lipidique ; traitement des plaies par pression négative ; coopération multidisciplinaire

Références Zhang M, Liang W, Zhao W. Multidisciplinary team cooperative management of a case of severely infected diabetic foot ulcers. WCET® Journal. 2025;45(3)37-43.

DOI https://doi.org/10.33235/wcet.45.3.37-43

INTRODUCTION

Le terme pied diabétique désigne un pied à risque d'infection des membres inférieurs, de formation d'ulcères ou de lésions des tissus profonds chez les patients diabétiques, en raison d'une neuropathie et de divers degrés de lésions vasculaires.[1] Le degré de gravité du pied diabétique peut être classé en six niveaux selon la classification de Wagner. Le stade 0 correspond à la présence de facteurs de risque d'ulcère, sans ulcération apparente ; le stade 1 décrit un ulcère superficiel, sans signe d'infection ni atteinte neurologique prononcée ; le stade 2 correspond à un ulcère profond souvent accompagné d'une infection des tissus mous, sans ostéomyélite ni abcès profond ; le stade 3 désigne un ulcère profond avec abcès ou ostéomyélite ; le stade 4 se caractérise par une gangrène localisée (orteils, talon ou dos de l'avant-pied), de nature ischémique et souvent associée à une neuropathie ; enfin, le stade 5 est une gangrène étendue du pied.[2]

L'ulcère du pied diabétique (DFU) est une complication grave chez les patients diabétiques. La prévalence mondiale du DFU est de 5 à 10 %, son incidence est de 6,3 %, et l'incidence annuelle varie de 1 à 4 %. En Chine, l'incidence du DFU est de 4,1 %, et elle constitue une cause fréquente d'hospitalisation chez les patients diabétiques.[3] Les infections du pied diabétique (DFI) demeurent la complication la plus fréquente du diabète nécessitant une hospitalisation et représentent la principale cause d'amputation des membres inférieurs.[4,5] Une fois le diagnostic clinique du DFI établi, il est recommandé d'évaluer la gravité de l'infection selon la classification de l'International Working Group on the Diabetic Foot (IWGDF)/IDSA.[6] L'échelle IWGDF/IDSA[7] classe les infections du pied diabétique en quatre niveaux (voir Tableau 1).

Les symptômes systémiques (comme la fièvre ou les frissons), une leucocytose importante ou des troubles métaboliques graves sont rares chez les patients atteints de DFI, mais leur présence traduit une infection plus grave pouvant menacer le membre (voire le pronostic vital). Sans diagnostic rapide ni traitement adapté, le DFI peut évoluer, parfois rapidement.[8] La progression rapide du pied diabétique peut entraîner une nécrose tissulaire locale, la dissémination de l'infection causant une septicémie et l'aggravation de l'ischémie du membre, formant un cercle vicieux. Une amputation peut devenir inévitable, voire la vie du patient peut être en danger en raison d'une atteinte multiviscérale, compromettant gravement la qualité de vie.

Mengmeng Zhang[1]
Thérapeute en stomathérapie

Wenxuan Liang[2]
Master en sciences infirmières
Université Médicale Première de Shandong, Jinan, Shandong, Chine

Wenxing Zhao[1]*
Master en Santé Publique, Stomathérapeute
E-mail: 915527304@qq.com
[1]Département des Brûlures et de la Chirurgie Plastique, Hôpital central affilié à l'Université Médicale Première de Shandong, Jinan, Shandong, Chine

** Autrice correspondante*

Tableau 1. Classification IWGDF/IDSA[7]

Classification clinique des infections du pied diabétique (DFI), définitions	Classification IWGDF
Pas d'infection : absence de signes ou de symptômes d'infection locale ou systémique.	1 (aucune infection)
Infection : présence d'au moins deux des signes suivants : ① érythème > 0,5 cm[a] ; ② œdème ou induration locale ; ③ fièvre locale ; ④ douleur ou sensibilité locale ; ⑤ écoulement purulent. Les autres causes de réponse inflammatoire cutanée, telles que traumatisme, fracture, goutte, neuro-ostéoarthropathie aiguë (pied de Charcot), thrombose ou congestion veineuse, doivent être exclues.	
L'atteinte est limitée à la peau ou au tissu sous-cutané ; l'érythème péri-traumatique ne dépasse pas 2 cm[b] et il n'y a pas de signe d'infection systémique.	2 (infection légère)
L'infection s'étend au-delà de la peau et des tissus sous-cutanés, incluant tendons, muscles, articulations ou os, et/ou érythème péri-traumatique ≥ 2 cm[c], sans signes d'infection systémique.	3 (infection modérée)
En plus de l'infection locale, présence d'au moins deux des signes suivants du syndrome de réponse inflammatoire systémique (SIRS) : ① Température corporelle > 38˚C ou < 36˚C ; ② Fréquence cardiaque > 90 bpm ; ③ Fréquence respiratoire > 20/min ou $PaCO_2$ < 32 mmHg ; ④ Numération leucocytaire > 12 000/mm^3 ou < 4 000/mm^3 ou > 10 % de leucocytes immatures.	4 (infection sévère)
L'infection atteint le tissu osseux (ostéomyélite).	Ajouter « (0) » après 3 ou 4
Remarque : [a] désigne une infection de n'importe quelle partie du pied, pas seulement des plaies ou des ulcères ; [b] désigne la taille de l'érythème dans toutes les directions autour de la plaie ; [c] correspond à 3(0) si moins de deux manifestations du SIRS sont présentes, et à 4(0) si ≥ 2 symptômes ou signes d'infection locale ou systémique sont identifiés, et si une ostéomyélite est diagnostiquée. Cliniquement, une ischémie sévère du pied rend le diagnostic et le traitement de l'infection plus complexes.	

Le 24 juin 2021, l'infirmier spécialiste en plaies, stomies et incontinence de la clinique externe de notre hôpital a pris en charge un patient présentant des DFU bilatérales étendues, classées au stade 4 (infection sévère) selon la classification de Wagner. Grâce à une collaboration multidisciplinaire, le pied gauche a cicatrisé en 59 jours et le pied droit en 38 jours. L'historique du cas ainsi que les interventions de prise en charge des plaies, les soins infirmiers et la coordination multidisciplinaire sont rapportés ci-après.

PRÉSENTATION DU CAS

Un homme de 47 ans, sans emploi, s'est présenté le 24 juin 2021 à la clinique spécialisée en plaies, stomies et continence (WOCN) de notre hôpital, pour des DFU bilatérales. Ses antécédents médicaux comprenaient un diabète évoluant depuis plus de 10 ans, sans traitement régulier ni surveillance glycémique. Le motif de consultation actuel était une fièvre persistante depuis trois jours, avec une température corporelle atteignant 38,5˚C, accompagnée de frissons. L'évaluation du pied a révélé que la peau du dos, des orteils et de la plante du pied gauche, ainsi qu'une partie du dos et des orteils du pied droit, présentaient des ulcérations graves avec présence de tissus nécrotiques et une quantité importante d'exsudat. L'hygiène personnelle du patient était médiocre et les plaies étaient infestées de larves. Une consultation multidisciplinaire (MDT) a été demandée afin d'aider le WOCN à confirmer le diagnostic, à orienter un traitement systémique global et à adapter en temps opportun le plan thérapeutique convenu, en fonction des résultats de cultures de plaies et des tests de sensibilité aux antibiotiques, pour assurer un contrôle efficace de l'infection et une gestion appropriée de l'exsudat, grâce à l'application fondée sur les preuves de pansements en mousse hydrocolloïdes lipidiques et de la thérapie par pression. Après une prise en charge infirmière complète, le pied gauche a cicatrisé en 59 jours et le pied droit en 38 jours, et au cours des trois années de suivi, l'état de ses pieds est resté stable.

ÉVALUATIONS DE L'INFIRMIER(ÈRE) WOCN ET DE L'ÉQUIPE MULTIDISCIPLINAIRE (MDT)

Évaluation de l'état général :

Lors de l'admission, une évaluation complète du patient a été réalisée, dont les résultats sont les suivants :

1. Indice d'infection élevé :
   a. Température corporelle à 38,5˚C (la température axillaire normale est de 36 – 37˚C)
   b. Leucocytes (WCC) : 14,9 × 10^9/L (valeurs normales : 4 – 10 × 10^9/L)
   c. Protéine C-réactive (CRP) : 220 mg/L (valeurs normales < 5 mg/L)
   d. Procalcitonine (PCT) : 8,41 ng/mL (valeurs normales < 0,05 ng/Ml)
2. État nutritionnel
   a. Un état nutritionnel général médiocre identifié en raison de
      i. Anémie légère, hémoglobine à 95 g/L
      ii. Hypoprotéinémie : albumine à 20,9 g/L
3. Troubles métaboliques
   a. Son taux de glycémie (BGL) était de 28,6 mmol/L
      Il s'agit d'une élévation anormale de la glycémie.
   b. Sodium sanguin : 123,8 mmol/L (normale : 135 – 145 mmol/L)
   c. Indice de masse corporelle (IMC) : 20,7 (normale : 18,5 – 23,9)
   d. Score NRS : 6, incapable de marcher, impacte la vie quotidienne

L'échelle numérique de cotation est divisée en quatre niveaux (Tableau 2)

   e. Échelle d'anxiété de Hamilton (HAMA) : statut psychologique : anxiété, peur.
   f. Œdème des membres inférieurs : œdème à godet bilatéral ;

Tableau 2. Classification NRS[9]

Échelle de douleur	Cotation	Tableau clinique	
Absence de douleur	0	Aucune douleur	
Douleur légère (N'interfère pas avec le sommeil)	1–3	Douleur au repos, lors du retournement, de la toux ou d'une respiration profonde	1 point : Allongé tranquillement, pas de douleur ; douleur au retournement ou à la toux 2 points : Douleur à la toux, respiration profonde indolore 3 points : Allongé calmement sans douleur, douleur à la toux ou respiration profonde
Douleur modérée (Sommeil légèrement perturbé)	4–6	Douleur en position allongée, perturbe le sommeil	4 points : Douleur intermittente en position allongée 5 points : Douleur continue au repos 6 points : Douleur plus intense en position allongée
Douleur sévère (Sommeil très perturbé)	7–10	Agitation, insomnie, sueurs généralisées, douleur insupportable	7 points : Douleur sévère, agitation, fatigue, insomnie 8 points : Douleur persistante, sueurs sur tout le corps 9 points : Douleur intense insupportable 10 points : Douleur extrême, pire que la mort

rougeur, gonflement et douleur chaude à la jambe gauche, avec une sensation de piétinement dans la neige.

4. Bilan artérioveineux :

   a. Échographie artérioveineuse des deux membres inférieurs : athérosclérose et formation de plaques bilatérales

   b. Insuffisance valvulaire de la veine saphéno-fémorale du membre inférieur gauche

Évaluation locale des membres inférieurs :

Lors de l'admission, après nettoyage du pied gauche, les plaies ont été identifiées comme Wagner stade 1,et l' infection du pied diabétique comme stade 4 (Figures 1 et 2). L'évaluation du lit de la plaie et de la peau péri-lésionnelle a révélé que la plaie mesurait d'environ 13 × 15 cm. Le lit de la plaie était composé d'environ 50 % de tissu de granulation rouge et 50 % de tissu nécrotique jaune-vert. L'exsudat de la plaie était abondant. Selon la classification de l'odeur des plaies par Grocott et al[10] (2006), l'odeur de la zone touchée a été évaluée sur une échelle de 0 à 5. L'odeur de la plaie était de grade 0 : odeur perceptible dans une pièce/chambre/salle de consultation, les bords de la plaie et la peau péri-lésionnelle étaient imprégnés d'exsudat.

De même, le pied droit (Figures 3 et 4) a été évalué comme Wagner stade 1, l'infection diabétique comme stade 4 à l'admission. Le lit de la plaie mesurait environ 10 × 12 cm. Une cloque antérieure s'était rompue, exposant une base rouge sur le lit de la plaie. Une grande quantité de liquide s'écoulait de la plaie, l'odeur était évaluée[10] au grade 0, et l'exsudat avait macéré les bords de la plaie ainsi que la peau avoisinante. Pour les deux pieds, l'examen tactile au monofilament de Semmes-Weinstein (fil de nylon de 10 g) a révélé une anesthésie protectrice ; le test de douleur était positif.

COOPÉRATION MULTIDISCIPLINAIRE

Après avoir examiné ce cas, le WOCN a estimé qu'il était difficile de traiter les plaies de ce patient en raison de leur impact global sur son état de santé : la gravité des plaies, la destruction tissulaire étendue, l'apparence et l'odeur des plaies, ainsi que des pathologies systémiques complexes associées. Il aurait été difficile de favoriser la cicatrisation avec l'application d'un pansement et un seul changement de pansement. Dans ce cas, il a été jugé que la coopération multidisciplinaire était probablement nécessaire pour résoudre le problème. Le modèle de coopération multidisciplinaire, tel que préconisé en Chine, est centré sur le patient et implique des professionnels de santé de différentes spécialités, qui unissent leurs compétences pour élaborer ensemble des plans de traitement médical et de soins infirmiers ciblés et sécurisés.[11] Outre les soins locaux de la plaie, les spécialistes des maladies infectieuses, d'endocrinologie, d'orthopédie et les chirurgiens vasculaires participent également aux visites quotidiennes et évaluent l'état du patient. Tout d'abord, en plus de l'infection locale de la plaie, le patient présentait des symptômes systémiques avec une température corporelle > 38˚C et une numération leucocytaire > 12 x 10^9/L, ce qui correspond à une infection du pied diabétique de grade 4 sévère. La culture bactérienne de la plaie du patient, effectuée par le service des maladies infectieuses,

Figure 1. 24 juin, vue avant du pied gauche

Figure 2. 24 juin, vue droite du pied gauche

Figure 3. 24 juin, vue avant du pied droit

Figure 4. 24 juin, vue gauche du pied droit

a révélé la présence d'Escherichia coli (E. coli) producteur de bêta-lactamase à spectre étendu (ESBL) ++. L'antibiogramme a montré une sensibilité au Meronem, le traitement a donc été ajusté pour inclure une perfusion intraveineuse de Meronem de 1 g toutes les 8 heures. La température du patient a été contrôlée et les marqueurs infectieux ont progressivement diminué. Le 2 juillet, la température corporelle du patient a fluctué, atteignant un maximum de 38,5˚C, et la tigécycline a été ajoutée au traitement par perfusion intraveineuse à raison de 100 g toutes les 12 heures. La culture de la plaie a révélé la présence d'Acinetobacter baumannii +CR-AB (Acinetobacter baumannii résistant aux carbapénèmes), une bactérie multirésistante. Étant donné que le Méropénem et la Tigécycline étaient déjà administrés, les protocoles antibiotiques n'ont pas été modifiés. L'antibiogramme a montré que le CR-AB était sensible à l'antibiotique polymyxine B, et le WOCN a appliqué un onguent de polymyxine sur la plaie.

En raison des troubles métaboliques sévères du patient, un avis a été demandé auprès du service d'endocrinologie, qui a recommandé un traitement pour réguler la glycémie. Une micropompe à insuline à l'aspart a été utilisée pour administrer une dose de base de 16 U, et la pompe administrait 6 U avant chaque repas. Le chirurgien orthopédiste, ayant écarté un diagnostic d'ostéomyélite, et tenant compte de l'âge du patient, de son état général et de sa situation financière, a décidé de ne pas procéder à une amputation bilatérale des pieds à ce stade. Les WOCN ont été sollicitées pour assurer la prise en charge des DFU. Par ailleurs, les chirurgiens vasculaires, en s'appuyant sur les résultats de l'échographie Doppler couleur des membres inférieurs, ont recommandé un traitement médicamenteux pour améliorer la circulation sanguine des membres inférieurs. Grâce à la coopération de l'équipe multidisciplinaire, les anomalies cliniques du patient ont été détectées et traitées en temps utile, permettant une prise en charge globale.

Figure 5. Pansement antibactérien aux ions argent

Figure 6. Pansement hydrogel lipidique UrgoTul

Figure 7. 28 juin, côté gauche du pied droit

NETTOYAGE DE LA PLAIE ET CHOIX DU PANSEMENT

Le patient a été hospitalisé le 24 juin pour un premier traitement. La plaie a d'abord été soigneusement nettoyée avec une solution de peroxyde d'hydrogène à 2 %, de l'iodophore et du sérum physiologique, conformément au principe TIME. En raison d'une infection sévère de la plaie, un pansement antibactérien à base d'ions argent (Figure 5) a été choisi comme pansement primaire pour contrôler l'infection et stimuler le débridement autolytique. Le patient présentait une importante exsudation au niveau de la plaie, et un pansement en mousse hydrogel lipidique UrgoTul (Figure 6) a été utilisé comme pansement secondaire pour absorber les exsudats. Ce pansement présente une maille adhésive lipido-aqueuse à faible viscosité, qui améliore son adaptation aux contours de la plaie et favorise un environnement humide propice à la cicatrisation. Le coussinet en mousse de polyimide d'une épaisseur de 4 mm présente une forte capacité d'absorption et un support non-tissé en polyimide hautement perméable. Il est

Figure 8. Pansement aux ions argent-alginate

Figure 9. Pansement hydrogel lipidique UrgoTul

indiqué pour les plaies infectées et était adapté à ce patient. Ce protocole prévoyait un changement de pansement un jour sur deux.

Lors du troisième changement de pansement, le 28 juin, l'infection était contrôlée. La plaie a été lavée avec du sérum physiologique. Après le nettoyage, un léger saignement a été observé au niveau de la plaie du pied droit (Figure 7), mais une importante quantité d'exsudat était toujours présente. Le pansement primaire a été remplacé par un pansement à l'alginate d'argent[12] (Figure 8) pour favoriser l'hémostase et le débridement autolytique, pour contrôler l'infection et pour absorber les exsudats. Le pansement secondaire est resté le pansement mousse hydrogel lipidique UrgoTul (Figure 9) afin d'absorber les exsudats. Ce protocole prévoyait ensuite deux changements de pansement par semaine.

GESTION DES EXSUDATS

Les plaies sur les deux pieds du patient étaient étendues, associées à une insuffisance de la fermeture de la valvule saphéno-fémorale des membres inférieurs, et à une importante quantité d'exsudat imbibant la peau péri-lésionnelle, aggravant ainsi d'une part la macération cutanée et d'autre part la perte systémique de nutriments. Un pansement en mousse lipido-aqueuse a été utilisé pour absorber les exsudats. L'échographie couleur des membres inférieurs a montré une athérosclérose mais aucune ischémie ni occlusion veineuse. L'indice de pression systolique mesuré était de 0,9. En tenant compte de l'observance du patient et du principe selon lequel les bandages élastiques multicouches à haute pression sont plus efficaces que les bandages monocouches non élastiques à basse pression dans le traitement du pied diabétique avec insuffisance valvulaire veineuse, des bandages non élastiques à double couche ont été combinés avec des bandages élastiques à double couche. Ainsi, les bandages non élastiques assurent une pression élevée en position debout et faible en position de repos, tandis que les bandages élastiques assurent une pression continue,[13] permettant un contrôle efficace des exsudats. À la fin du traitement, les exsudats avaient significativement diminué, l'infection était progressivement contrôlée, et des bas élastiques à pression dégressive ont été utilisés une fois l'observance du patient améliorée. La pression exercée par les bas à compression dégressive diminue progressivement de la cheville vers la cuisse, favorisant ainsi le flux sanguin vers le cœur depuis les extrémités, et permettant ainsi de prévenir, de soulager et de traiter les lésions veineuses des membres inférieurs.

INFECTION DE LA PLAIE ET DÉBRIDEMENT

Au stade précoce de l'infection aiguë, l'état général du patient était médiocre. Il n'était pas considéré comme apte à bénéficier d'un débridement chirurgical tranchant. En outre, la plaie présentait une exsudation abondante. Des pansements antibactériens aux ions argent et des pansements à l'alginate d'argent ont été utilisés pour le débridement autolytique, ce qui a permis d'atténuer la douleur liée aux changements de pansements et de réduire les saignements. Le 12 juillet, après séparation des tissus nécrotiques jaune-vert du pied gauche (Figures 10 et 11) des tissus sains, le chirurgien orthopédiste spécialisé en brûlures a effectué un débridement chirurgical tranchant pour favoriser la cicatrisation. Le pansement du pied droit a uniquement été renouvelé.

RÉSULTATS

Dans ce cas, le patient a été hospitalisé le 24 juin. Le 22 juillet, il a quitté l'hôpital (Figures 12 et 13) pour poursuivre les soins de pansement dans un établissement local. Le pied gauche a cicatrisé en 59 jours (Figure 14) et la plaie du pied droit en 38 jours (Figure 15). Durant les trois années suivantes, l'équipe pluridisciplinaire a assuré un suivi à distance et un accompagnement en éducation thérapeutique via WeChat. Quelques petites ampoules et ruptures sont survenues au cours de cette période, mais elles ont été traitées rapidement sans complications majeures. Le patient et sa famille se sont déclarés très satisfaits et reconnaissants.

DISCUSSION

Ces dernières années, face à l'augmentation du nombre de patients atteints d'ulcères du pied diabétique (DFU), la prévention et le traitement des infections du pied diabétique (DFI) sont devenus cruciaux. Dans ce cas, à l'admission, le patient présentait de vastes zones ulcérées sur les deux pieds, associées à une infection sévère de grade 4, un mauvais état général, une pathogenèse complexe et des manifestations cliniques diverses. Sa prise en charge a nécessité la mobilisation de plusieurs disciplines médicales pour accompagner son traitement. Grâce à une approche collaborative et concertée en équipe pluridisciplinaire (MDT), impliquant les spécialistes des maladies infectieuses, l'endocrinologie, l'orthopédie, la chirurgie vasculaire et les infirmier(ère)s spécialisé(e)s en plaies, les anomalies cliniques ont été rapidement identifiées et prises en charge, réduisant ainsi le risque de nécrose, stoppant la propagation de l'infection et évitant l'amputation. Globalement, l'approche MDT a démontré sa capacité à réduire le développement des DFU, à améliorer le taux de guérison, et à diminuer le recours à l'amputation ainsi que les coûts médicaux.[14]

Le choix du pansement chez les patients présentant des ulcères plantaires étendus avec infection sévère de grade 4 dépend de

Figure 10. 12 juillet, vue avant du pied gauche

Figure 11. 12 juillet, vue droite du pied gauche

Figure 12. 22 juillet, vue avant du pied gauche

Figure 13. 22 juillet, vue avant du pied droit

l'état du patient et de sa situation économique. Le pansement en mousse lipido-aqueuse permet de maintenir un environnement humide favorable à la cicatrisation tout en absorbant une grande quantité d'exsudat. Ce pansement est adapté aux plaies infectées et présente une perméabilité élevée.

Certains patients atteints de DFI associée à une insuffisance valvulaire veineuse peuvent bénéficier d'un traitement compressif pour contrôler l'exsudation. Après examen échographique, les patients ne présentant pas d'occlusion artérielle et dont l'indice de pression systolique est supérieur à 0,7 peuvent recevoir un traitement par compression. Chez les patients peu observants, l'utilisation combinée d'un bandage non crêpé à double couche et d'un bandage crêpé à double couche permet de maîtriser efficacement les exsudats.

Bien que cela ait été peu étudié, les patients ayant des antécédents d'hyperglycémie chronique sont plus susceptibles de développer une DFI, et une hyperglycémie sévère peut être le signe d'une infection rapidement évolutive ou destructrice (nécrotique).[8] Ces patients doivent faire l'objet d'une surveillance clinique renforcée. L'évolution des DFI doit être étroitement surveillée et toute anomalie clinique doit être traitée sans délai.

Ce patient atteint d'une infection sévère du pied diabétique de grade 4 a complètement guéri grâce à la coopération de l'équipe pluridisciplinaire (MDT), à un traitement systémique complet, à des soins locaux de la plaie et à un accompagnement personnalisé tout au long de l'évolution de la maladie. Cela comprenait une éducation thérapeutique durant le suivi post-hospitalisation, notamment sur les soins à apporter à ses pieds. Il est particulièrement important que les patients portent des chaussettes en coton douces et bien perméables afin d'éviter l'humidité du pied et de réduire les risques d'infection. Il lui a également été recommandé de porter des chaussures à semelles épaisses et souples pour diminuer la pression plantaire.[15] Au cours des trois années de suivi, aucune récidive d'ulcère ni d'infection du pied diabétique n'a été observée sur l'un ou l'autre des pieds du patient.

Figure 14. 22 août, suivi du pied gauche

Figure 15. 2 août, suivi du pied droit

SYNTHÈSE

Pour les patients atteints d'une infection sévère du pied diabétique de grade 4, la mise en place rapide d'une coopération multidisciplinaire ainsi qu'un traitement systémique actif et complet, associé à des soins locaux de la plaie, favorisent la rééducation. Pour les patients ayant un faible niveau d'instruction, il est particulièrement important de leur fournir les conseils de santé nécessaires et un suivi régulier. Dans ce cas, WeChat, un logiciel de messagerie instantanée a été utilisée pour assurer un suivi à distance en télémédecine, permettant ainsi de surmonter les barrières géographiques, d'économiser du temps et de l'argent, et de prévenir efficacement les récidives.

CONFLIT D'INTÉRÊT

Les auteurs ne déclarent aucun conflit d'intérêt.

FINANCEMENT

Les auteurs n'ont reçu aucun financement pour cette étude.

RÉFÉRENCES

1. Hu Yin, Zhu Dalong. Expert consensus on preventing and treating diabetic foot under multidisciplinary cooperation (2020 edition). Chinese Journal of Burn. 2019,36(8):637–646.
2. Wagner FW Jr. The dysvascular foot: a system for diagnosis and treatment. Foot Ankle. 1981:2(2):64–122.
3. Zhang P, LU J, Jing Y, et al. Global epidemiology of diabetic foot ulceration: a systematic review and meta-analysis. Ann Med. 2017;49(2):106–116.
4. Ndosi M, Wright-Hughes A, Brown S, et al. Prognosis of the infected diabetic foot ulcer: A 12-month prospective observational study. Diabet Med. 2018;35:78–88.
5. Tan TW, Shih CD, Concha-Moore KC, et al. Disparities in outcomes of patients admitted with diabetic foot infections. PLoS One. 2019; 14:e0211481.
6. Schaper NC, van Netten JJ , Apelqvist J ,et al. Practical Guidelines on the Prevention and Management of diabetic foot disease (IWGDF 2019 update). Diabetes Metab Res Rev. 2020;4(Sup1):e3266.
7. Xu J, Xu ZR. Interpretation and progress of "Guidelines for the Diagnosis and Treatment of Diabetic Foot Infection": diagnostic part. Chinese Journal of Diabetes.2019;16(01):48–51.
8. Schaper NC, van Netten JJ, Apelqvist J, et al. Practical guidelines on the prevention and management of diabetes-related foot diseases (2023 update IWGDF). Diabetes Metab Res Rev. 2023: e3657.
9. Senneville E, Albalawi Z, van Asten SA, et al. Guidelines for the Diagnosis and Treatment of Foot Infections in Diabetic Patients (IWGDF/IDSA 2023 edition) — part of the International Diabetic Foot Working Group: Guidelines for the Prevention and Management of Diabetes-related Foot Diseases (2023). J Infect, Inflam Repair. 2019;24(4):187–211.

10. Jensen MP, Karoly P, Braver S. The measurement of clinical pain intensity: a comparison of six methods. Pain. 1986; 27(2):117–126.
11. He Zhenhua, Sun Xiaofen, Xu Min. Evaluation and management of wound effusion in malignant tumors. J Nurs Admin. 2019;19(02):119–124.
12. Wang C, Chang Y, Zheng Y, et al. The application of the multidisciplinary medical cooperation model in the perioperative period of elderly hip fractures. Chinese Journal of Prosthoplastic and Reconstructive Surgery, 2019,33(10):1283–1286. (In Chinese).
13. Chinese Society of Endocrinology, Chinese Association of Endocrinology and Metabolic Diseases. Diabetic foot ulcer wound treatment expert consensus (2024). The Endocrine Metabolism. 2024;40(7):565–569.
14. Yan Chengcheng, Ju Shang, Huang Tianyi, et al. Clinical study of low pressure and negative pressure in the treatment of diabetic ischemic foot ulcer. Chinese Journal of Integrated Traditional and Western Medicine Surgery. 2019;25(05):771–774.
15. Chinese Society of Diabetes, Chinese Society of Infectious Diseases, Chinese Society of Tissue Repair and Regeneration. Chinese Guidelines for the Prevention and Treatment of diabetic foot (2019 edition). Chinese Journal of Diabetes. 2019;11(4): 92–108.
16. American Diabetes Association Professional Practice Committee. 16. Diabetes Care in the Hospital: Standards of Care in Diabetes-2024. Diabetes Care. 2024;47(Sup1):S295–306.