



Les ulcères du pied diabétique

Guide d'évaluation et de prise en charge

Prise en charge des ulcères du pied diabétique dans le cadre de soins spécialisés

Vos patients diabétiques rencontrent des complications tous les jours. Nous savons que ces complications deviennent ensuite les vôtres. La prise en charge des maladies de longue durée exige de parvenir à un équilibre au niveau de l'alimentation, de l'activité physique, des traitements et des injections. Il s'agit d'un travail en équipe, susceptible d'impliquer une multitude de ressources et un ensemble de soins.

Les problèmes liés au pied diabétique sont-ils fréquents ?

Les ulcères du pied diabétique sont les complications les plus graves et les plus coûteuses du diabète. D'après les données relatives à la prévalence de l'ulcère du pied diabétique (UPD), on estime que celui-ci touche chaque année de 9,1 millions à 26,1 millions de patients diabétiques dans le monde. D'autres études indiquent que plus de la moitié des ulcères du pied diabétique s'infectent, tandis que le risque de décès des diabétiques atteints

de ce type d'ulcères est 2,5 fois supérieur à celui des autres diabétiques¹. La prévalence croissante du diabète à l'échelle mondiale s'accompagne d'une hausse du nombre d'amputations d'un membre inférieur en raison de la maladie. Les ulcères comme les amputations ont un impact énorme sur la vie des malades et entraînent souvent une perte d'autonomie, un isolement social et un stress psychologique.



Un patient diabétique sur quatre va développer un UPD au cours de sa vie³

Environ

80%

des amputations d'un pied diabétique sont précédées d'un UPD⁵

À l'échelle mondiale
une jambe est perdue toutes les

20 secondes

des suites du diabète⁴

Jusqu'à 85%

des amputations auraient pu être évitées moyennant l'adoption d'un programme de soins efficace⁶

Les rechutes sont malheureusement courantes. Grosso modo, 40 % des patients subissent une récurrence l'année qui suit la guérison de l'ulcère, près de 60 % dans les trois années qui suivent cette guérison et 65 % dans les cinq années qui suivent cette guérison¹.



Une approche holistique des soins des UPD

Le diabète est une maladie complexe. Nous savons que la prise en charge des UPD exige l'intervention d'une série de spécialités cliniques à l'échelle de l'organisation. Une équipe multidisciplinaire (EMD) est en mesure de fournir des soins spécialisés et complets pour les pieds et les plaies en faisant appel à l'expertise des intervenants suivants⁷:

- Médecins spécialisés dans le diabète
- Podologues spécialisés dans le diabète
- Personnel infirmier spécialisé dans le diabète
- Infectiologues
- Chirurgiens vasculaires
- Chirurgiens orthopédiques
- Orthésistes
- Assistants sociaux
- Psychologues

Quel est l'état de santé de votre patient sur le plan physique, psychologique et social ? Une approche holistique de la part d'une équipe multidisciplinaire est primordiale, celle-ci doit se focaliser non seulement sur l'évaluation et la prise en charge de la plaie, mais aussi sur le diagnostic et le traitement des maladies sous-jacentes⁸. Adopter une approche holistique de la cicatrisation, adresser le patient aux spécialistes concernés et impliquer plusieurs disciplines permet de soigner les UPD et de sauver des membres⁷⁻⁹:

L'évaluation du patient et du pied UPD comprend l'évaluation des éléments suivants:⁸

- Diabète, prise en charge et contrôle de la glycémie
- Antécédents d'ulcère du pied et chirurgie
- Symptômes et signe d'une artériopathie des membres inférieurs ou d'une insuffisance veineuse
- Tabagisme
- Signes systémiques d'infection
- Douleurs, notamment neuropathiques ou liées à une plaie
- Évaluation et prise en charge des plaies localisées, évaluation de la nécessité d'un débridement Voir page 7-9
- Contexte socio-économique, dextérité, acuité visuelle et conscience⁹
- Évaluer la neuropathie sensorielle, motrice et autonome et la nécessité d'un soulagement de la pression.

Les directives recommandent d'adresser un patient qui présente des problèmes liés à un pied diabétique à une EMD rapidement, dans un délai de 24 heures¹⁰.

Et la prévention ?

Votre équipe et vous-même êtes attentifs aux résultats pour vos patients. Des stratégies de prévention constituent une démarche judicieuse et cruciale dans la prévention des ulcères. Elles font partie d'une prise en charge efficace du pied, un partenariat entre vous, vos patients et les personnes qui les soignent.

Des informations adéquates permettant aux patients et aux soignants de participer à la prise de décision sont souvent au cœur de toutes les stratégies de prévention performantes. Nous avons compris que vos patients veulent connaître les raisons à l'origine de certaines décisions médicales (ces informations favorisant ensuite des auto-soins corrects), nous avons donc ajouté une petite formation et des conseils destinés aux malades à la page 10.

Étiologie des ulcères du pied diabétique

Saviez-vous qu'il y a **trois grands groupes étiologiques** qui conditionnent l'évaluation, le traitement de la maladie sous-jacente et la prise en charge d'un UPD ?



1. Pied neuropathique⁷

- Imputable à une neuropathie périphérique (voir plus bas).
- Pied chaud, débit sanguin correct, pouls pédieux palpable.
- L'ulcère se situe généralement sur les parties du pied mises en charge, les têtes notamment métatarsiennes, le talon et la face dorsale des orteils en griffe.
- Le lit de la plaie est rose et granuleux, entouré de callosités.

Il existe plusieurs types de neuropathies périphériques :

- **Neuropathie autonome:** transpiration absente ou excessive, peau sèche, ce qui peut provoquer des crevasses et des callosités. Hausse du flux sanguin périphérique, distension des veines du pied, pied chaud et sec, si bien qu'il peut passer à tort pour un pied sain¹¹.
- **Neuropathie motrice:** pied inhabituellement creux, orteils repliés en griffe, ce qui fait subir un stress anormal au pied, pression inhabituelle sur les proéminences osseuses. Voir photo 1 à la page 6.
- **Neuropathie sensorielle:** réduction ou perte de la sensation protectrice, ce qui augmente la vulnérabilité aux traumatismes physiques, chimiques et thermiques. Pour de plus amples informations, voir chapitre « Évaluation de la perte de sensation » à la page 6.



2. Pied ischémique provoqué par une artériopathie des membres inférieurs (AMI)⁷

- Atteinte des grosses artères (macroangiopathie) ou des petits vaisseaux (microangiopathie).
- Pied généralement pâle et froid, pouls absent.
- Les ulcères se situent généralement sur le bord du pied, le bout des orteils, le bord des ongles, entre les orteils et sur le bord latéral du pied.
- Le lit de la plaie est pâle et fibrineux avec une faible granulation. Pour de plus amples informations, voir chapitre « Évaluation du statut vasculaire » à la page 6.



3. Pied neuro-ischémique⁷

- Combinaison d'une neuropathie et d'une ischémie.
- Pied froid et pouls potentiellement absent.
- Risque d'infection de la plaie élevé.
- Ulcères généralement situés au bord du pied et des orteils.
- Faible granulation.

Classifications des ulcères du pied diabétique

Comment votre équipe classe-t-elle les plaies ? Saviez-vous qu'il faut classer chaque plaie conformément à un outil clinique validé⁹? Exemples:

- PEDIS¹⁵
- Wagner¹²
- Université du Texas¹³⁻¹⁴
- SINBAD¹⁶
- Wifl (WiFi)¹⁷


Classifications de Wagner

Stade 0	Absence d'ulcère sur un pied à haut risque
Stade 1	Ulcère superficiel touchant toutes les couches de peau mais pas les tissus sous-jacents
Stade 2	Ulcère profond qui touche les ligaments et les muscles, mais pas les os, absence d'abcès
Stade 3	Ulcère profond avec cellulite ou abcès, souvent associé à une ostéomyélite
Stade 4	Gangrène localisée
Stade 5	Gangrène massive du pied

Classifications de l'Université du Texas

Stade	Grade de l'ulcère (profondeur)			
	0	I	II	III
A	Lésion pré/post-ulcéraire complètement épithélialisée	Ulcère superficiel qui ne touche pas les tendons, les capsules ou les os	Ulcère qui touche un tendon ou une capsule	Ulcère qui touche un os ou une articulation
B	Infection	Infection	Infection	Infection
C	Ischémie	Ischémie	Ischémie	Ischémie
D	Infection et ischémie	Infection et ischémie	Infection et ischémie	Infection et ischémie

Pour garantir une évaluation et un traitement holistiques des UPD, la plaie doit être classée selon un outil clinique validée⁹.



Qu'est-ce qu'une AMI ?

Près de la moitié des diabétiques sont atteints d'une artériopathie des membres inférieurs (AMI). Celle-ci réduit l'irrigation sanguine et provoque une ischémie des tissus¹⁸. Les patients diabétiques qui souffrent d'une AMI présentent aussi des taux de réulcération et d'amputation plus élevés que les patients non diabétiques atteints d'une AMI¹⁹. Il faut savoir que le risque d'AMI existe, surtout chez les patients qui présentent une perte de sensibilité.

Guide pour l'évaluation des UPD

✓ Inspection des déformations du pied

Une pression plantaire excessive ou anormale provoquée par une mobilité articulaire limitée, souvent associée à des déformations du pied, constitue l'une des causes sous-jacentes des UPD les plus courantes parmi les personnes atteintes d'une neuropathie³.

Déformations courantes^{7,11}:

- Têtes métatarsiennes en saillie
- Orteils en marteau
- Orteils en griffe
- Pied creux
- Hallux valgus, hallux rigidus, arthrose du gros orteil et atrophie du coussinet adipeux plantaire
- Pied de Charcot (voir plus bas)

Les patients développent également des façons de marcher atypiques susceptibles de provoquer des callosités, qui augmentent la pression anormale et risquent de provoquer une hémorragie sous-cutanée ainsi que des ulcères. Dans un contexte de neuropathie et de perte de sensation, le patient continue de marcher sur le pied atteint, ce qui augmente le risque de problèmes⁷.

Pied de Charcot

Le pied de Charcot – ostéoarthropathie neuropathique (ON) – est une maladie qui touche les os, les articulations et les tissus mous du pied et de la cheville. Elle se caractérise par une inflammation à la première phase. À la phase aiguë, l'inflammation se poursuit et une réabsorption osseuse intervient, ce qui affaiblit l'os. Aux phases ultérieures, la voûte s'affaisse et le pied peut prendre une apparence de « piolet ». Un traitement précoce avec une mise en décharge du pied peut contribuer à stopper la destruction osseuse et favoriser la guérison⁷.

Constatations cliniques²⁰:

- Pied sensiblement gonflé, chaud et souvent érythémateux .
- Douleur ou inconfort léger à modéré.
- Inflammation locale aiguë en premier signe d'une lésion osseuse et articulaire sous-jacente.
- Déformation classique du « pied en piolet » à un stade plus tardif des symptômes.
- Différence de plusieurs degrés entre les deux pieds.
- Flux artériel préservé ou excessif dans le pied.
- Pouls pédiéux capricant, sauf s'il est dissimulé par un œdème concomitant.
- Risque d'ischémie critique des membres inférieurs chez les patients atteints de déformations chroniques.

Au début, ressemblance avec une cellulite, une thrombose veineuse profonde ou une crise de goutte aiguë, risque d'erreur de diagnostic²⁰.

Radiographies et autres types d'imageries pour détecter des changements subtils dus à une ON²⁰.

✓ Évaluation de la perte de sensation

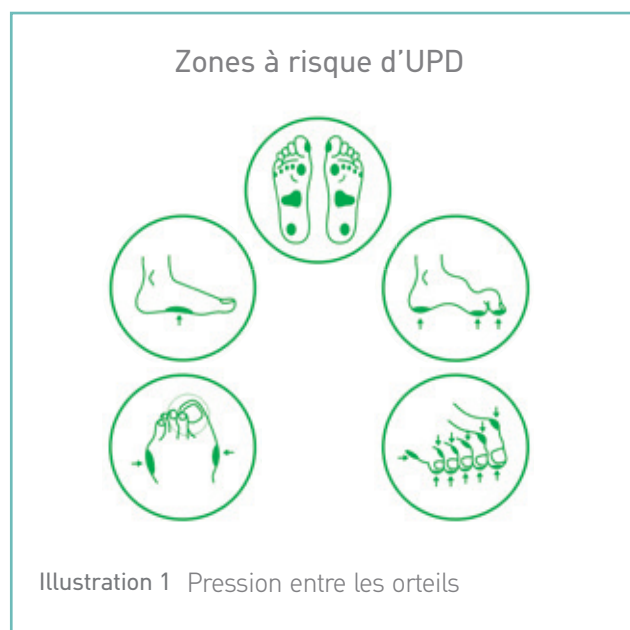
Deux tests simples permettent de déterminer la neuropathie périphérique⁷:

- Un monofilament de 10 g est utilisé pour détecter la présence d'une neuropathie sensorielle. Celui-ci est appliqué sur plusieurs sites le long de la plante du pied.
- Un diapason – généralement de 128 Hz – permet de tester la capacité à ressentir les vibrations. Un biothésiomètre permet également d'évaluer la perception des vibrations.

Une perte de la sensation protectrice constitue un élément majeur de presque tous les UPD et est associée à un risque sept fois plus élevé d'ulcération³.

✓ Évaluation du statut vasculaire

- Palpation des pouls périphériques : pouls fémoral, poplité et pédiéux (artère dorsale du pied et artère tibiale postérieure)⁷.
- Échographie Doppler et calcul de l'index de pression systolique cheville-bras (IPSC). Attention à une fausse élévation due à une calcification artérielle chez les patients diabétiques. Un IPSC inférieur à 1,3 doit être suivi d'autres tests, notamment le calcul de l'index de pression systolique orteil-bras (IPSO)¹¹.
- Index de pression systolique orteil-bras (IPSO)¹¹.
- Mesure transcutanée de la pression partielle d'oxygène (si disponible)⁷.
- Une décoloration retardée (rubor) ou un remplissage veineux de plus de cinq secondes dans les membres peuvent indiquer une mauvaise perfusion artérielle²².
- Envoi du patient à un spécialiste pour un examen vasculaire complet.

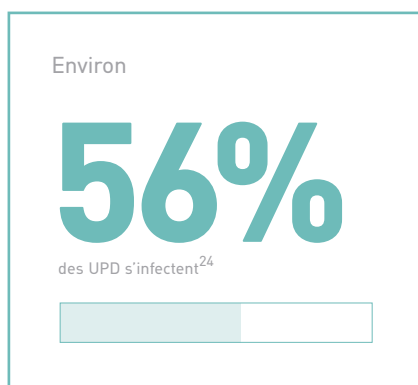


✓ Examen de la plaie et de la peau périlésionnelle

Un examen physique doit permettre de déterminer les éléments suivants^{7,8}:

- Plaie principalement neuropathique, ischémique ou neuro-ischémique.
- Ischémie critique des membres inférieurs (si plaie ischémique).
- Déformations musculosquelettiques.
- Taille/profondeur/localisation de la plaie.
- Types de tissus, couleur/statut du lit de la plaie:
 - Tissus nécrotiques noirs.
 - Fibrine jaune.
 - Tissus de granulation rouges.
 - Épithélialisation rose.
- Exposition d'os, de tendons, de capsules articulaires ou d'implants orthopédiques.
- Signes d'infection (voir Identification des infections à la page 7).
- Odeur : présence et nature.
- Évaluation de la douleur locale : localisation, type, cause, intensité et durée.
- Exsudats : niveau de production (élevé, modéré, faible, nul), couleur et consistance, aspect purulent.
- Statut des bords de la plaie : callosités, macération, érythème, œdème, bords sous-minés et soulevés.
- Peau périlésionnelle : macération/excoriation, érythème, œdème ou sécheresse.

Votre équipe documente-t-elle la taille et le statut des plaies au moyen de photos numériques ou d'applications ? Placer une règle en papier à proximité de la plaie permet d'indiquer sa taille. Pour plus de cohérence, indiquez toutes les mesures en centimètres en respectant l'ordre suivant : longueur x largeur x profondeur.²³



Une étude a identifié 3 facteurs associés au développement d'une infection au pied : une amputation, une perte de la sensation protectrice et une artériopathie des membres inférieurs (absence de pouls pédieux ou ICB de <0,8)²⁵.

✓ Identification des infections

Environ 56 % des UPD s'infectent et 20 % des patients atteints d'une plaie infectée au pied subissent l'amputation d'un membre inférieur. Si vous soupçonnez une infection, prélevez un échantillon de l'UPD après l'avoir débridé et demandez une analyse microbiologique. Ses résultats vous aideront à choisir le traitement approprié¹⁵.

Les signes inflammatoires classiques d'une infection sont de la rougeur, de la chaleur, un gonflement, une sensibilité, de la douleur et des sécrétions purulentes. Attention, ces signes ne sont pas toujours présents, c'est notamment le cas chez certains patients infectés qui souffrent d'une neuropathie périphérique ou d'une ischémie des membres inférieurs¹⁵.

Le cas échéant, le diagnostic de l'infection peut se baser sur des signes supplémentaires ou secondaires¹⁵:

- Des sécrétions non purulentes
- Du tissu de granulation friable ou décoloré
- Un sous-minement des bords de la plaie
- De mauvaises odeurs

L'infection d'un UPD est qualifiée de bénigne, modérée ou grave en fonction de l'étendue et de la gravité des signes cliniques et des éventuels symptômes systémiques. Des agents antimicrobiens topiques – dans des savons ou des pansements – sont parfois utilisés pour les infections bénignes ou pour prévenir les infections au niveau des UPD^{15,25,26}.

Les infections graves se caractérisent par de la fièvre ou une hypothermie, une accélération du rythme cardiaque et respiratoire, et une élévation ou une diminution des leucocytes. Dans le cas d'une infection aiguë en voie de propagation, d'une ischémie critique des membres inférieurs, d'une gangrène humide, ou si le pied est chaud, rouge et gonflé, avec ou sans douleur, sans qu'il y ait d'explication, le patient doit être envoyé de toute urgence à un membre de l'équipe spécialisée dans le soin des pieds^{7,15,26}.

Ostéomyélite

L'ostéomyélite, une infection de l'os, est parfois difficile à diagnostiquer aux premiers stades. Le National Institute for Health, Care and Excellence (NICE) au Royaume-Uni et l'Infectious Diseases Society of America (IDSA) aux États-Unis recommandent d'envisager une imagerie par résonance magnétique (IRM) au cas où la radio ne confirmerait pas la présence de la maladie malgré de forts soupçons^{10,15}. La méthode la plus sûre de diagnostiquer une ostéomyélite consiste à croiser les résultats d'une culture et d'un examen histologique d'un échantillon d'os. Celui-ci peut être obtenu lors d'un débridement en profondeur ou par une biopsie¹⁵.

Prise en charge holistique des ulcères

Examen du patient et de ses pieds

1 Antécédents médicaux

- Santé physique, physiologique et psychosociale

2 Inspection des pieds

- Callosités, crevasses
- Couleur, érythème
- Température
- Peau sèche
- Eczéma
- Œdème au niveau des pieds/jambes
- Déformations : pied de Charcot ? Radio/IRM?
- Amputations antérieures
- Gangrène
- Inspection des ongles et de la peau entre les orteils

3 Neuropathie

- Neuropathie motrice (déformations)
- Neuropathie sensorielle (perte de sensation et du ressenti des vibrations, tests au moyen d'un monofilament de 10 g et d'un diapason)
- Neuropathie autonome (peau sèche, crevasses, callosités)

4 Palpation des pouls périphériques

- Pouls fémoral, poplité et pédieux (artère dorsale du pied et artère tibiale postérieure)
- ICB avec un doppler
- Pression au niveau de l'orteil
- Éventuel envoi à un spécialiste pour un examen vasculaire complet

5 Plaie et zone périlésionnelle

▶ **Infection** : signes locaux d'infection : hausse de la production d'exsudats, non-cicatrisation, mauvaises odeurs, tissus de granulation friables ou décolorés, rougeur, douleur, chaleur et gonflement. En cas de suspicion d'une ostéomyélite ou d'une infection active en voie de propagation, envoi immédiat du patient à une équipe multidisciplinaire spécialisée dans le soin des pieds.

▶ **Lit de la plaie, statut/couleur**

- Tissus nécrotiques noirs
- Fibrine jaune
- Tissus de granulation rouges, épithélisation rose

▶ **Profondeur**

▶ **Quantité d'exsudats**

plaie sèche ou présence d'exsudat en quantité faible, modérée ou élevée, viscosité, couleur, consistance

- Localisation
- Mesure de la longueur et de la largeur
- État des bords de la plaie : callosités, macération, bords sous-minés ou soulevés
- Exposition d'os, de tendons, de capsules articulaires ou d'implants orthopédiques
- Douleur : localisation, fréquence, cause, type et intensité
- Mauvaises odeurs : présence et nature

6 Classification

PEDIS, Wifl, Université du Texas, Wagner ou SINBAD

Objectifs du traitement, formation et accord avec le patient



Dépistage du pied diabétique à haut risque: 60 secondes (2011).²⁷

Prise en charge des UPD⁸:

Un patient atteint d'un ulcère du pied diabétique (UPD) ou qui risque d'en développer un doit être adressé à une équipe multidisciplinaire spécialisée dans le soin des pieds (EMDSP). Celle-ci peut fournir les aides suivantes:

- Mise en décharge de la plaie et des zones à risque au moyen de chaussures spéciales.
- Examen vasculaire complet.
- Traitement de l'œdème au moyen d'une thérapie par compression.
- Contrôle et traitement de l'infection.

- Conseils nutritionnels.
- Débridement et traitement local recommandé.
- Contrôle optimal du diabète.

N'oubliez pas d'effectuer les actions suivantes:
















- Évaluer la douleur (locale et systémique) et la traiter avant de changer les pansements.
- Hydrater les membres inférieurs et les pieds tous les jours, éviter de mettre de la crème entre les orteils.

- Surveiller la circulation artérielle. Nécrose noire et sèche : garder au sec et adresser le patient à un spécialiste pour un examen vasculaire complet.
- Former le patient aux auto-soins pour garder des pieds en bonne santé.

Ces recommandations sont conformes aux International Working Group on the Diabetic Foot (IWGDF) <https://iwgdfguidance.org>

du pied chez les patients diabétiques

Mölnlycke guide pour le choix du pansement

	Infection*			Pas d'infection		
Infection						
Lit de la plaie	Nécrose noire sèche 	Rouge ou Jaune 	Rouge ou Jaune 	Nécrose noire sèche 	Rouge ou Jaune 	Rouge ou Jaune 
Profondeur	✓	Cavité 	Superficiel 	✓	Cavité 	Superficiel 
Quantité d'exsudats	Mepitel® One (+ fixation si nécessaire) 	Cavité ✓	Superficiel ✓	Mepitel® One (+ fixation si nécessaire) 	Cavité ✓	Superficiel ✓
	Melgisorb® Ag ou Exufiber Ag+ + Mepilex® Border Flex	Exufiber Ag+ + Mepilex® Border Ag	Mepilex® Border Ag	Exufiber®** + Mepilex® Border Flex	Mepilex® Border Flex	Mepilex® Border Flex
	Exufiber Ag+ + Mepilex® Border Flex	Exufiber Ag+ + Mepilex® Border Ag	Mepilex® Border Ag	Exufiber® + Mepilex® Border Flex	Mepilex® Border Flex	Mepilex® Border Flex
	Exufiber Ag+ + Mextra® Superabsorbent (+ fixation si nécessaire)	Exufiber Ag+ + Mextra® Superabsorbent (+ fixation si nécessaire)	Mextra® Superabsorbent (+ fixation si nécessaire)	Exufiber® + Mextra® Superabsorbent (+ fixation si nécessaire)	Mextra® Superabsorbent (+ fixation si nécessaire)	Mepitel® One + Mextra® Superabsorbent (+ fixation si nécessaire)



En l'absence de cicatrisation à 50 % après 4 semaines, RÉEXAMINER le patient et l'adresser immédiatement à une EMDSP^{8,9,11}.

** Utilisez Exufiber que s'il y a suffisamment d'exsudat.

*Si une infection active se propage, il y a lieu d'adresser le patient de toute urgence à un chirurgien en vue d'une intervention et de lui administrer des antibiotiques par IV^{7,8}

Surveillez les symptômes d'infection systémique :

- Fièvre
- Rigidité
- Frissons
- Hypotension
- Syndrome de défaillance multiviscérale

Voir:











www.mdcalc.com/sirs-sepsis-septic-shock-criteria

- Des soins optimaux des plaies avec un traitement local devraient être soutenus par un traitement adéquat des maladies systémiques, un soulagement de la pression et un débridement. Rappelez-vous que le débridement chirurgical est contre-indiqué en présence d'ischémie.¹¹
- Surveillez l'état de la plaie chaque fois que vous changez le pansement et procédez régulièrement à un nouvel examen. Le pansement peut-il être porté avec des chaussures et autres traitements de mise en décharge? Peut-il être porté sans gonfler ni faire de plis?
- Pour fixer un pansement, utilisez Tubifast 2-Way Stretch®
- Pour un orteil, choisissez Mepitel® One ou Mepilex® Lite en vue d'une bonne conformabilité
- Le choix du pansement doit être basé sur les protocoles locaux et l'expertise clinique.

Formation des patients aux autosoins

Former vos patients à prendre soin correctement de leurs pieds et à les examiner régulièrement peut aider à prévenir les problèmes et les ulcères. Cette formation doit être donnée de manière structurée et organisée afin de renforcer la motivation des patients et leurs compétences. Vos patients ont-ils compris le message? Ont-ils la motivation pour s'investir? Possèdent-ils des compétences suffisantes pour les autosoins?

Voici une check-list à partager avec eux pour les aider à garder leurs pieds en bonne santé²⁸.

-  **1. Veillez à bien contrôler votre glycémie.** Maintenir une glycémie correcte contribue à réduire le risque de neuropathie et de problèmes circulatoires. Si vous souffrez de problèmes au pied, le contrôle de votre glycémie peut faciliter le processus de cicatrisation.
-  **2. Fixez-vous une heure pour examiner vos pieds chaque jour.** Vérifiez si vous avez des plaques rouges, des coupures, des gonflements ou des ampoules. Si vous ne pouvez pas voir le dessous de vos pieds, utilisez un miroir ou demandez de l'aide.
-  **3. Pensez à faire examiner régulièrement vos pieds par un prestataire de soins.** Informez-le si vous avez une ampoule déchirée, une égratignure ou une irritation.
-  **4. Lavez-vous les pieds tous les jours.** Séchez-les soigneusement, surtout entre les orteils.
-  **5. Hydratez votre peau.** Appliquez une fine couche de crème sur vos pieds, dessus et dessous, mais jamais entre les orteils.
-  **6. Coupez les ongles en ligne droite** et limez les bords au moyen d'une lime à ongles
-  **7. Portez systématiquement des chaussures et des chaussettes.** Ne marchez jamais pieds nus. Choisissez des chaussures confortables, protectrices et parfaitement adaptées à vos pieds. Vérifiez-les avant de les enfiler. Assurez-vous que la doublure est bien lisse et qu'il n'y a pas d'objets à l'intérieur.
-  **8. Surveillez la circulation sanguine dans vos pieds.** Posez les pieds en hauteur lorsque vous êtes en position assise. Deux ou trois fois par jour, remuez vos orteils et faites bouger vos chevilles de haut en bas pendant cinq minutes. Évitez de croiser les jambes pendant de longues périodes. Abstenez-vous de fumer.
-  **9. Protégez vos pieds de la chaleur et du froid.** Portez des chaussures à la plage ou sur des pavés chauds. Ne plongez pas vos pieds dans l'eau bouillante. Testez la température de l'eau comme vous le feriez pour un bébé. Évitez les bouillottes, les chaufferettes et les couvertures électriques. Vous risquez de vous brûler les pieds sans vous en rendre compte.
-  **10. Utilisez les bonnes chaussures.** Des chaussures appropriées sont un élément important pour garder vos pieds en bonne santé. Achetez vos chaussures en fin d'après-midi ou en soirée, lorsque vos pieds sont plus grands. Choisissez des chaussures confortables avec suffisamment d'espace pour vos orteils. Évitez les chaussures avec les orteils ouverts. Si vous avez besoin de conseils ou d'aide, consultez un cordonnier orthopédiste.

Appelez votre prestataire de soins ou prenez rendez-vous avec lui si vous avez une coupure ou des lésions cutanées, ou un ongle incarné. Signalez-lui tout changement de couleur, de forme ou de sensation au niveau des pieds, notamment s'ils deviennent douloureux ou moins sensibles. Si vous avez de la corne ou des callosités, votre prestataire de soins peut vous les enlever. Il peut également vous couper les ongles de pied si vous n'êtes pas en mesure de le faire sans risque.



Informations sur les pansements

Mepitel® Border Flex



- Plaies modérément à hautement exsudative. Maintient un environnement de cicatrisation humides
- Permet un étirement à 360 degrés grâce à la technologie Flex le pansement peut rester en place plus longtemps et est plus confortables³⁵⁻³⁸
- Contient des fibres super absorbantes pour absorption et rétention élevées³⁹
- Fermer les exsudats et des bactéries dans la couche de rétention et empêche le retour des bactéries au lit de la plaie, même en dessous. compression
- Le moniteur d'exsudat fait un bon surveillance des exsudats sans déranger la plaie.

Mepilex® Border Ag



- Pansements hydrocellulaire avec une couche de silicone et de l'argent
- Maintient un environnement de cicatrisation humide qui favorise un débridement autolytique
- Mepilex Border Ag associe d'excellentes propriétés de gestion des exsudats à une action antimicrobienne efficace
- Réduit le risque de lésion cutanée et de douleur au retrait du pansement³²
- Plaies modérément à hautement exsudatives

Melgisorb® Ag



- Pansement d'alginate avec de l'argent
- Plaies modérément à hautement exsudatives
- Melgisorb Ag est hautement absorbant et exerce un effet antimicrobien rapide et durable^{44,45}

Mextra® Superabsorbent



- Couche supérieure déperlante qui protège contre les écoulements d'exsudat élevée⁴⁹
- Souple et conformable
- Plaies hautement exsudatives
- Particules superabsorbantes avec une capacité d'absorption et de rétention

Exufiber®



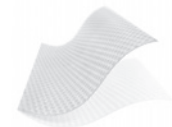
- Exufiber se transforme en un gel qui crée un environnement de cicatrisation humide^{42,43}
- Forte résistance à la traction, ce qui permet un retrait monobloc⁴³
- Souple et conformable pour une grande facilité d'application⁴²
- Absorbe et retient les exsudats, le sang et les bactéries⁴³

Exufiber® Ag+



- Un pansement PVA non tissé. Il se transforme en gel au contact des exsudats pour épouser la forme du lit de plaie^{57,58}
- Reste intact pour un retrait propre et facile d'un seul tenant^{59,60}
- Technologie Hydrolock®, pour un pansement qui fixe les exsudats tout en conservant sa solidité⁶⁰⁻⁶⁴
- Fixe les exsudats pour réduire le risque d'écoulement et de macération⁶⁰⁻⁶¹
- De l'argent pour un pansement qui combat le biofilm (in vitro)⁶⁵

Mepitel® One



- Couche de contact doux en silicone pour plaie
- Plaies sèches à fortement exsudatives
- Transparent pour une inspection facile et rapide de la plaie
- Peut rester en place jusqu'à 14 jours en fonction de l'état de la plaie²⁹
- Réduit le risque de lésion cutanée et de douleur au retrait du pansement²⁹⁻³¹
- En cas de nombreux exsudats, recouvrir d'un pansement secondaire

Tubifast 2-way stretch®



- Maintient les pansements en place en toute sécurité, sans constriction ni compression petits aux tronc adultes.
- Disponible en plusieurs longueurs
- Disponible en plusieurs dimensions avec un code couleur pour faciliter l'identification, s'adapte à toutes les parties du corps.

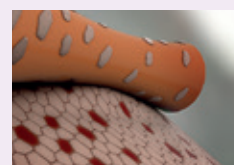
Un choix parfait pour un meilleur résultat

SafetaC® est une couche de contact unique d'adhésif siliconé qui réduit la douleur. Nous l'avons conçue pour qu'elle épouse délicatement la peau sans coller à la plaie humide⁵⁰ – , si bien qu'elle se retire facilement sans abîmer la peau⁵¹. De ce fait, vos patients souffrent moins³².

SafetaC protège également les nouveaux tissus et la peau saine de manière à ce que la plaie reste au repos, ce qui accélère la cicatrisation naturelle^{30,31,52,53}. Elle scelle les berges de la plaie pour protéger la peau des exsudats qui risquent de provoquer des lésions et de la macération^{54,55}.

La réduction de la douleur³² et des lésions cutanées^{31,51-54,56} qui favorise une cicatrisation plus rapide^{30,31,52,53} – permet également de réduire le coût du traitement^{31,52,56}.

Vous pouvez faire confiance aux pansements Mölnlycke® équipés de la technologie SafetaC, pour de meilleurs résultats pour le patient et une réduction des coûts.



Les adhésifs traditionnels arrachent la peau⁵¹



Les pansements SafetaC s'enlèvent sans abîmer la peau⁵¹



Proving it every day

Chez Mölnlycke®, nous proposons des solutions innovantes destinées à traiter les plaies, à renforcer la sécurité et l'efficacité au bloc opératoire, et à prévenir les escarres. Des solutions qui contribuent à l'amélioration de vos résultats et qui se fondent sur des données cliniques ainsi que sur des études en économie de la santé.

Dans tout ce que nous entreprenons, nous sommes guidés par un seul objectif : aider les professionnels de la santé à atteindre leur meilleur niveau. Ce que nous ambitionnons de prouver au quotidien.

Mölnlycke tient à remercier le Dr Paul Chadwick d'avoir révisé ce guide.

Note : Ce guide n'est pas exhaustif et le lecteur doit toujours consulter les directives locales.

Références : 1. Armstrong, D.G., Boulton, A.J.M., Bus, S.A. Diabetic foot ulcers and their recurrence. *New Engl J Med* 2017;376:2367-75. 2. Rodrigues, B.T., Vangaveti, V.N., Malabu, U.H. Prevalence and risk factors for diabetic lower limb amputation: a clinic-based case control study. *J Diabetes Res* 2016; 5941957. Available at: <http://dx.doi.org/10.1155/2016/5941957> [Accessed 8 November 2018]. 3. Singh, N., Armstrong, D.G., Lipsky, B.A. Preventing foot ulcers in patients with diabetes. *JAMA* 2005;293(2):217-28. 4. Hinchliffe, R.J., Andros, G., Apelqvist, J., et al. A systematic review of the effectiveness of revascularization of the ulcerated foot in patients with diabetes and peripheral arterial disease. *Diabetes Metab Res Rev* 2012;28 (Supplement 1): 179-217. 5. Boulton, A.J.M. The pathway to foot ulceration in diabetes. *Med Clin N Am* 2013;97:775-90. 6. Pecoraro, R.E., Reiber, G.E., Burgess, E.M. Pathways to diabetic limb amputation. Basis for prevention. *Diabetes Care* 1990; 13(5): 513-21. 7. International Best Practice Guidelines. Wound Management in Diabetic Foot Ulcers. Wounds International 2013. Available at: <http://www.woundsinternational.com> [Accessed 8 November 2018]. 8. World Union of Wound Healing Societies (WUWHs). Florence Congress. Position Document. Local Management of Diabetic Foot Ulcers. Wounds International 2016. Available at: <http://www.woundsinternational.com> [Accessed 8 November 2018]. 9. Frykberg, R.G., Banks, J. Challenges in the treatment of chronic wounds. *Adv Wound Care (New Rochelle)* 2015;4:560-82. 10. National Institute for Health and Care Excellence. Diabetic foot problems: prevention and management. NICE guideline 19 2015. Available at: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng19/diabetic-footproblems-prevention-and-management-pdf-183729829933> [Accessed 8 November 2018]. 11. Ousey, K., Chadwick, P., Jawien, A., et al. Identifying and treating foot ulcers in patients with diabetes: saving feet, legs and lives. *J Wound Care* 2018;27 (Suppl 5):S1-S52. 12. Wagner, R.W. The dysvascular foot: a system for diagnosis and treatment. *Foot Ankle* 1981;2(2):64-122. 13. Lavery, L.A., Armstrong, D.G., Harkless, L.B. Classification of diabetic foot wounds. *J Foot Ankle Surg* 1996;35:528-31. 14. Armstrong, D.G., Lavery, L.A., Harkless, L.B. Validation of a diabetic wound classification system. The contribution of depth, infection, and ischemia to risk of amputation. *Diabetes Care* 1998;21:855-9. 15. Lipsky, B., Berendt, A., Cornia, P.B. Infectious Diseases Society of America clinical practice guideline for the diagnosis and treatment of diabetic foot infections. IDSA guidelines. *Clin Infect Dis* 2012;54:132-73. 16. Ince, P., Abbas, Z.G., Lutale, J.K., et al. Use of the SINBAD classification system and score in comparing outcome of foot ulcer management on three continents. *Diabetes Care* 2008;31:964-67. 17. Mills, J.L., Conte, M.S., Armstrong, D.G., et al. Society for Vascular Surgery Lower Extremity Guidelines Committee. The Society for Vascular Surgery Lower Extremity Threatened Limb Classification System: risk stratification based on wound, ischemia, and foot infection (WIFI). *J Vasc Surg* 2013; 59(1), 220-34.e1-2. 18. Prompers, L., Huijberts, M., Apelqvist, J., et al. High prevalence of ischaemia, infection and serious comorbidity in patients with diabetic foot disease in Eu-rop. Baseline results from the Eurodiad study. *Diabetologica* 2007;50(1):18-25. 19. Apelqvist, J., Elgzyri, T., Larsson, J., et al. Factors related to outcome of neuroischaemic / ischemic foot ulcer in diabetic patients. *J Vasc Surg* 2011;53:1582-8. 20. Rogers, L.C., Frykberg, R.G., Armstrong, D.G. The Charcot Foot in Diabetes. *Diabetes Care* 2011;34:2123-9. 21. Bailey, M.A., Griffin, K.J., Scott, D.J.A. Clinical assessment of patients with peripheral arterial disease. *Semin Intervent Radiol* 2014;31:292-9. 22. LoGerfo, F.W., Coffman, J.D. Current concepts. Vascular and microvascular disease of the foot in diabetes. Implications for foot care. *New Engl J* 1984;311:1615-19. 23. Nichols, E. Wound assessment part 1: how to measure a wound. *Wound Essentials* 2015;10:51-5. 24. Wu, S.C., Driver, V.R., Wrobel, J.S., Armstrong, D.G. Foot ulcers in the diabetic patient, prevention and treatment. *Vasc Health Risk Manage* 2007;3:65-76. 25. Peters, E.J., Lavery, L.A., Armstrong, D.G. Diabetic lower extremity infection: influence of physical, psychological, and social factors. *J Diabetes Complications* 2005;19:107-12. 26. Lipsky BA, Aragon-Sanchez J, Diggle M, et al. IWDGF Guidance on the diagnosis and management of foot infections in persons with diabetes. International Working Group on the Diabetic Foot, 2015. 27. INLOW's 60-second Diabetic Foot Screen. Screening tool. Canadian Association of Wound Care. www.cawc.net. 2011. 28. National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases. Preventing Diabetes Problems. Diabetes and Foot Problems. Available at: <https://www.niddk.nih.gov/health-information/diabetes/overview/preventing-problems/foot-problems> [Accessed 8 November 2018]. 29. Patton, M.L., Mullins, R.F., Smith, D., Korentager, R. An open, prospective, randomized pilot investigation evaluating pain with the use of a soft silicone wound contact layer vs bridal veil and staples on split thickness skin grafts as a primary dressing. *J Burn Care Res* 2013;34:674-81. 30. David, F., Wutze, J.-L., Breton, N., et al. A randomised, controlled, non-inferiority trial comparing the performance of a soft silicone-coated wound contact layer (Mepitel One) with a lipidocolloid wound contact layer (UrgoTul) in the treatment of acute wounds. *Int Wound J* 2017 doi:10.1111/iwj.12853. 31. Gotschall, C.S., Morrison, M.L., Eichelberger, M.R. Prospective, randomized study of the efficacy of Mepitel on children with partial-thickness scalds. *J Burn Care Rehabil* 1998;19:279-83. 32. White, R. A multinational survey of the assessment of pain when removing dressings. *Wounds UK* 2008;4:14-22. 33. Mölnlycke Health Care data on file, report 20160105-002. 34. Chadwick, P., Taherinejad, F., Hamberg, K., Waring, M. Clinical and scientific data on a silver-containing soft-silicone foam dressing: an overview. *J Wound Care* 2009;18:483-91. 35. ProDerm study report 16.0180-23. Assessment of Wearing Properties of Wound Dressings on the Knees. Data on file. 36. ProDerm study report 16.0180-23. Assessment of Wearing Properties of Wound Dressings on the Elbows. Data on file. 37. ALTEN Finite Element Modelling simulation. Laboratory report no. PD-530246. 38. Haycocks, S., Chadwick, P., Davies, P. Case series: Mepilex Border Comfort in the treatment of diabetic foot ulcers with exudate. *Diabetic Foot Journal* 2018;21:265-71. 39. External test lab report SMTL15/4863/2. 40. External lab report: NAMS A 09C 29253 01/09C 29253 02. 41. Kles C.L., Murrach, C.P., Smith, K., et al. Achieving and sustaining zero. Preventing surgical site infections after isolated coronary artery bypass with saphenous vein harvest through implementation of a staff-driven quality improvement process. *Dimensions Crit Care Nurs* 2015;34:265-72. 42. Smet, S., Beele, H., Saine, L., Suys, E., Henrickx, B. Open, non-comparative, multi-centre post market clinical follow-up investigation to evaluate performance and safety on pressure ulcers when using a gelling fibre dressing as intended. Poster Presentation at European Pressure Ulcer Advisory Panel Confer-ence, 2015, Ghent, Belgium. 43. Chadwick P, McCarty J. Open, non-comparative, multicentre post clinical study of the performance and safety of a gelling fibre wound dressing on diabetic foot ulcers. *J Wound Care* 2016;25:290-300. 44. Mölnlycke Health Care. Laboratory report 20080616-007. Data on file. 45. Mölnlycke Health Care. Laboratory report 20080616-006. Data on file. 46. Grocott Patricia Clinical investigation Mepilex® Transfer, Clinical Investigation of a silicone dressing in product development phase in the palliative management of patients with pressure sores and malignant wounds, study id MIN101 UK, London UK, 2000. 47. External lab report: NAMS A 11C_51788_01. 48. Meuleneire, F. Management of diabetic foot ulcers using dressings with Safetac: a review of case studies. *Wounds UK* 2008;4:16-30. 49. Tickle, J., Wilberg, A.-B., Feili, F., Daun, E.-K. Preventing maceration with a soft silicone dressing: in-vitro evaluation. Poster presentation at the 3rd Congress of the World Union of Wound Healing Societies, Toronto, Canada, 2008. 50. Bredow J, Hoffmann K, Hellmich M, Eysel P, Zarghooni K. Randomized clinical trial to evaluate performance of flexible self-adherent absorbent dressing coated with silicone layer after hip, knee or spinal surgery in comparison to standard wound dressing. Poster presentation at the 5th Congress of the World Union of Wound Healing Societies, Florence, Italy, 2016. 51. Davies P, McCarty S. An in-use product evaluation of a gelling fibre dressing in wound management. E-poster presentation at Wounds UK Conference, 2017, Harrogate, United Kingdom. 52. Silverstein, P., Heimbach, D., Meites, H., et al. An open, parallel, randomized, comparative, multicenter study to evaluate the cost-effectiveness, performance, tolerance, and safety of a silver-containing soft silicone foam dressing (intervention) vs silver sulfadiazine cream. *J Burn Care Res* 2011;32:617-26. 53. Gee Kee, E.L., Kimble, R.M., Cuttle, L., Khan, A., Stockton, K.A. Randomized controlled trial of three burns dressings for partial thickness burns in children. *Burns* 2015;41:946-55. 54. Meaume, S., Van De Loooverbosch, D., Heyman, H., Romanelli, M., Ciangherotti, A., Charpin, S. A study to compare a new self-adherent soft silicone dressing with a self-adherent polymer dressing in stage II pressure ulcers. *Ostomy Wound Manage* 2003; 49 (9): 44-51. 55. Wilberg, A.-B., Feili, F., Daun, E.-K. Preventing maceration with a soft silicone dressing: in-vitro evaluation. Poster presentation at the 3rd Congress of the World Union of Wound Healing Societies, Toronto, Canada, 2008. 56. Bredow J, Hoffmann K, Hellmich M, Eysel P, Zarghooni K. Randomized clinical trial to evaluate performance of flexible self-adherent absorbent dressing coated with silicone layer after hip, knee or spinal surgery in comparison to standard wound dressing. Poster presentation at the 5th Congress of the World Union of Wound Healing Societies, Florence, Italy, 2016. 57. Davies P, McCarty S. An in-use product evaluation of a gelling fibre dressing in wound management. E-poster presentation at Wounds UK Conference, 2017, Harrogate, United Kingdom. 58. Lev-Tov et al. An interim analysis of clinical investigation to evaluate exudate management and comfort of use of an antimicrobial gelling fibre dressing* in medium to highly exudative wounds. Poster presented at the Symposium of Advanced Wound Care, Fall meeting 2018, Las Vegas, NV, USA. 59. Mölnlycke Health Care Laboratory Report PD-521248 (unpublished). 60. Mölnlycke Health Care Laboratory Report PD-556978 (unpublished). 61. Mölnlycke Health Care Laboratory Report PD-520425 (unpublished). 62. Mölnlycke Health Care Laboratory Report PD-521232 (unpublished). 63. Mölnlycke Health Care Laboratory Report PD-522900 (unpublished). 64. Mölnlycke Health Care Laboratory Report PD-521245 (unpublished). 65. Hamberg K et al. Antimicrobial effect of a new silver-containing gelling fibre dressing against common wound pathogens. Poster presented at the Symposium on Advanced Wound Care Spring meeting/Wound Healing Society (WHS) Annual Meeting 2017, Apr 05-09, 2017, San Diego, CA, USA.

Pour en savoir plus, rendez-vous sur www.molnlycke.be

Mölnlycke Health Care SA, Berchemstationstraat 72, boîte 2, BE - 2600 Berchem, Belgique. Tél. +32 3 286 89 50
Mölnlycke, Mepilex, Mextra, Tubifast 2-Way Stretch, Exufiber, Epaderm, Mepitel et Safetac sont des marques, noms et logos déposés dans le monde entier auprès d'une ou plusieurs sociétés du groupe Mölnlycke Health Care.
© 2019 Mölnlycke Health Care AB. Tous droits réservés. BFWC00052002

