



# Ulcères du pied diabétique

Guide pour l'évaluation et la gestion de la plaie

**Révolutionner les soins, pour les personnes et la planète.**

Ce guide est fourni à titre informatif uniquement. Son contenu ne doit pas être considéré ni utilisé comme une ressource médicale pour mettre en place un traitement.

  
**Mölnlycke®**

# Prise en charge des ulcères du pied diabétique par des soins spécialisés

Vos patients atteints de diabète sont confrontés à des défis au quotidien. Nous comprenons que ces défis deviennent aussi les vôtres. La prise en charge des maladies chroniques implique de savoir équilibrer l'alimentation, l'activité physique, la médication et les injections. C'est un travail d'équipe qui peut mobiliser de nombreuses ressources et combiner différents soins spécialisés.

## Quelle est la fréquence des problèmes liés au pied diabétique ?

Les problèmes liés au pied diabétique comptent parmi les complications les plus graves et les plus coûteuses du diabète. Les données sur la prévalence des ulcères du pied diabétique (UPD) estiment qu'entre **9,1 millions et 26,1 millions** de patients diabétiques développent un ulcère du pied chaque année dans le monde.<sup>1</sup> D'autres études montrent que plus de la moitié des UPD s'infectent, et que le risque de décès chez les patients diabétiques présentant un ulcère du pied est **2,5 fois plus élevé** que chez ceux qui n'en ont pas.<sup>1</sup>

Avec l'augmentation mondiale du diabète, on observe également une hausse des **amputations des membres inférieurs**.<sup>2</sup> Les ulcères et amputations ont un impact énorme sur la vie des personnes concernées, entraînant souvent une **perte d'autonomie**, un **isolement social** et un **stress psychologique**.



Jusqu'à 1 patient sur 4 atteints de Diabète risque de développer un ulcère du pied diabétique (UPD) au cours de sa vie <sup>3</sup>

Jusqu'à

## 80%

des amputations du pied diabétique sont précédées d'un ulcère<sup>5</sup>

Dans le monde, une jambe est amputée toutes les

## 20 secondes

en raison du diabète <sup>4</sup>

## Jusqu'à 85%

des amputations peuvent être évitées lorsque un plan de soins efficace est adopté.<sup>6</sup>

Malheureusement, la récurrence de l'UPD est courante. Environ **40% des patients** récidivent dans l'année suivant la guérison de l'ulcère, presque **60%** dans les 3 ans et **65%** dans les 5 ans.<sup>1</sup>



## Une approche holistique des soins de l'UPD

Le diabète est une maladie complexe. Nous comprenons que la gestion des ulcères du pied diabétique (UPD) nécessite l'apport de plusieurs spécialités au sein de l'organisation. Une équipe de soins spécialisée peut fournir des soins complets pour les pieds et les plaies associées. En faisant appel à l'expertise de<sup>7</sup>:

- Diabétologue/endocrinologue
- Podologues
- Infirmières spécialisées dans le diabète
- Spécialistes des infections
- Chirurgiens vasculaires
- Chirurgiens orthopédiques
- Orthoprothésistes
- Travailleurs sociaux
- Psychologues

### Qu'en est-il de la situation physique, psychologique et sociale de vos patients ?

L'approche holistique d'une équipe de soins spécialisée est importante, non seulement pour évaluer et gérer la plaie, mais aussi pour diagnostiquer et traiter les maladies sous-jacentes<sup>8</sup>. En adoptant une approche holistique de la guérison des plaies, avec des orientations appropriées et une implication multidisciplinaire, les UPD peuvent être guéris et des vies peuvent être sauvées<sup>7-9</sup>.

L'évaluation du patient et de l'ulcère doit inclure l'évaluation de<sup>8</sup> :

- Gestion du diabète et contrôle de la glycémie
- Antécédents d'ulcération du pied et de chirurgie
- Conditions sous-jacentes, par exemple diabète, insuffisance rénale
- Symptômes et signes de maladie artérielle périphérique ou veineuse
- Toutes les neuropathies sensorielles, motrices et autonomes et la nécessité de décharger la pression
- Signes d'infection systémique
- Douleur telle que douleur neuropathique et/ou liée à la plaie
- Évaluation locale de la plaie pour une approche de gestion appropriée. Voir pages 7-9.
- Circonstances socio-économiques, dextérité, acuité visuelle et compréhension
- Statut tabagique

Si une personne présente un problème de pied diabétique présentant un risque d'amputation ou des symptômes généraux engageant un risque vital, elle doit être immédiatement orientée vers les services d'urgence et une équipe de soins spécialisée doit être informée. Pour tous les autres problèmes de pied diabétique actifs, la personne doit être orientée vers une équipe de soins spécialisée dans un délai d'un jour ouvrable<sup>10</sup>.

## Qu'en est-il de la prévention ?

Vous et votre équipe êtes soucieux des résultats pour vos patients. Les stratégies de prévention sont donc essentielles pour éviter un ulcère. Cela fait partie des soins efficaces des pieds - un partenariat entre vous, vos patients et leurs aidants. Des informations appropriées, permettant aux patients et aux aidants de participer à la prise de décision, sont souvent au cœur de toutes les stratégies de prévention efficaces. Les patients désirent comprendre l'objectif des soins et des décisions thérapeutiques. Ces informations contribuent à l'adhésion thérapeutique et au développement des compétences d'auto-soin. C'est pourquoi nous avons inclus des conseils d'éducation et d'auto-soin des patients à la page 10.

# Étiologie des ulcères du pied diabétique

Saviez-vous qu'il existe **trois étiologies clés** qui influencent l'évaluation, le traitement de la condition sous-jacente et la gestion d'un ulcère du pied diabétique (UPD) ?



## 1. Pied neuropathique<sup>7</sup>

- Causé par la neuropathie périphérique (voir ci-dessous).
- Chaud avec une bonne circulation sanguine et des pouls pédieux palpables.
- Les ulcères se situent souvent sur les zones d'appui du pied, telles que les têtes métatarsiennes, le talon et sur le dos des orteils en griffe.
- Les lits des plaies sont roses et granuleux, entourés de callosités/hyperkératose.

### Les principaux types de neuropathie périphérique sont :

- **Neuropathie autonome** – augmentation de la sudation : peau sèche pouvant entraîner des fissures et des callosités ; augmentation du flux sanguin périphérique et veines du pied dilatées, et un pied chaud et sec, qui peut être interprété à tort comme un pied sain<sup>11</sup>.
- **Neuropathie motrice** – la voûte plantaire est anormalement courbée ; les orteils sont pliés en griffe, ce qui exerce une pression anormale sur le pied ; pression anormale sur les saillies osseuses. Voir l'image 1 à la page 6.
- **Neuropathie sensorielle** – réduction ou perte de la nociception : augmente la vulnérabilité aux traumatismes physiques, chimiques ou thermiques. Pour plus de détails, voir la section "Test de perte de sensation" à la page 6.



## 2. Pied ischémique dû à la maladie artérielle périphérique (MAP)<sup>7</sup>

- Causé par un dysfonctionnement des gros vaisseaux (macro-angiopathie) ou des petits vaisseaux (micro-angiopathie)
- Typiquement froid avec des pouls absents.
- Les ulcères se situent souvent au bout des orteils, aux bords des ongles, entre les orteils et sur les bords latéraux du pied.
- Les lits des plaies avec un mauvais état de granulation sont pâles et nécrotiques. Pour plus de détails, voir la section "Test de l'état vasculaire" à la page 6.



## 3. Pied neuro-ischémique<sup>7</sup>

- Causé par une combinaison de neuropathie et d'ischémie.
- Typiquement froid avec des pouls absents.
- Risque élevé d'infection des plaies.
- Les ulcères sont souvent situés sur les bords des pieds et des orteils.
- Les lits des plaies ont une mauvaise granulation.

# Classification des ulcères du pied diabétique

Comment votre équipe classe-t-elle chaque plaie ? Saviez-vous qu'il est important que chaque plaie soit classée selon un outil clinique validé<sup>9</sup> ? Par exemple :

- Wagner<sup>12</sup>
- University of Texas<sup>13-14</sup>
- PEDIS<sup>15</sup>
- SINBAD<sup>16</sup>
- Wifl (WiFi)<sup>17</sup>

## Classification de Wagner

Stade 0	Pas d'ulcère du pied à haut risque
Stade 1	Ulcère superficiel impliquant toute l'épaisseur de la peau mais pas les tissus sous-jacents
Stade 2	Ulcère profond, pénétrant jusqu'aux ligaments et aux muscles, mais sans implication osseuse ni formation d'abcès
Stade 3	Ulcère profond avec cellulite ou formation d'abcès, souvent avec ostéomyélite
Stade 4	Gangrène localisée
Stade 5	Gangrène étendue impliquant tout le pied

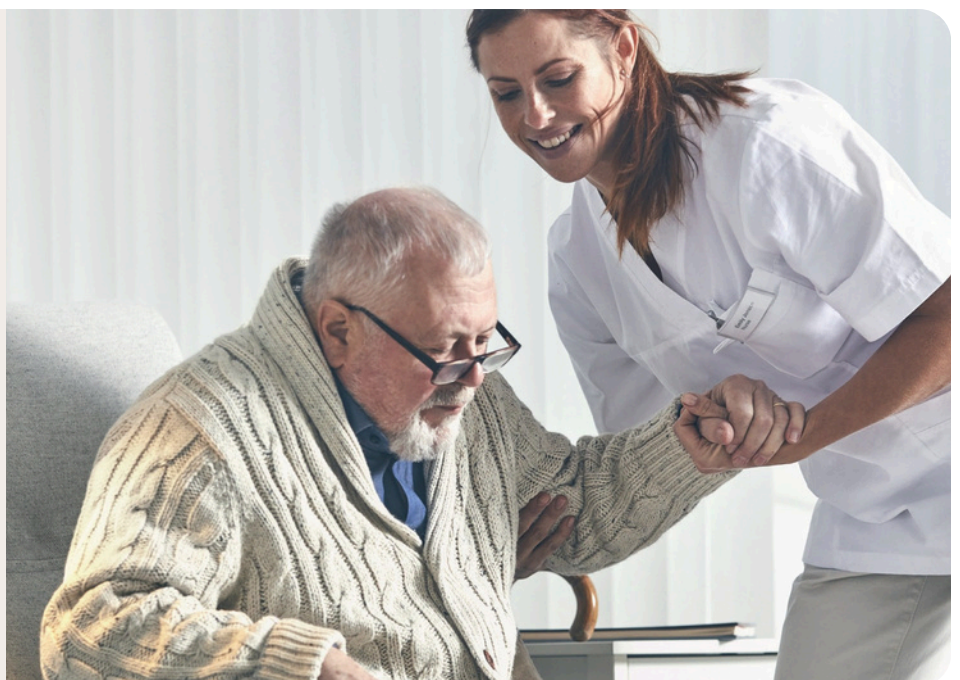
## Classification de l'Université du Texas

Stade de l'ulcère	Grade de l'ulcère (profondeur)			
	0	I	II	III
A	Lésion pré/post ulcéreuse complètement épithélialisée	Ulcère superficiel, n'impliquant pas le tendon, la capsule ou l'os	Ulcère pénétrant jusqu'au tendon ou à la capsule	Ulcère pénétrant jusqu'à l'os ou l'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 holistique des ulcères du pied diabétique (UPD), la plaie doit être classée selon un outil clinique validé<sup>9</sup>.

## Qu'est ce que la MAP ?

La maladie artérielle périphérique (MAP) est présente chez près de la moitié de patients diabétiques. Elle entraîne une réduction de l'apport sanguin et une ischémie tissulaire<sup>18</sup>. Les patients atteints de MAP ont un taux de ré-ulcération et d'amputation plus élevés que ceux souffrant uniquement de neuropathie périphérique<sup>19</sup>. Il est important de savoir que la MAP peut être présente, surtout chez les patients ayant une perte sensorielle.



# Un guide pour évaluer les UPD

## ✓ Inspection des déformations du pied

Une pression plantaire excessive ou anormale, résultant d'une mobilité articulaire limitée, souvent combinée à des déformations du pied, est une cause sous-jacente courante des ulcères du pied diabétique (UPD) chez les personnes atteintes de neuropathie.<sup>3</sup>

Déformations courantes du pied<sup>7,11</sup> :

- Têtes métatarsiennes proéminentes
- Orteils en marteau
- Orteils en griffe
- Pied à voûte plantaire élevée
- Hallux valgus (oignon), hallux rigidus (gros orteil raide) et atrophie du coussinet plantaire
- Déformation de Charcot (voir ci-dessous)

Les patients développent également des schémas de marche atypiques, ce qui peut entraîner des callosités, augmentant la pression anormale et pouvant causer des hémorragies sous-cutanées et des ulcères. En même temps, avec la neuropathie et la perte de sensation, le patient continue de marcher sur le pied, augmentant le risque de problèmes additionnels<sup>7</sup>.



### Pied de Charcot

Le pied de Charcot - ostéarthériopathie neuropathique de Charcot (OAN) - est une condition affectant les os, les articulations et les tissus mous du pied et de la cheville. Au stade aigu, il y a inflammation et résorption osseuse, ce qui affaiblit l'os. A des stades plus avancés, la voûte plantaire s'effondre et le pied peut prendre une apparence de "pied en bascule". Un traitement précoce avec décharge de pression peut aider à arrêter la destruction osseuse et à favoriser la guérison<sup>7</sup>.

Les constatations cliniques typiques peuvent inclure<sup>20</sup>:

- Pied nettement enflé, chaud et souvent érythémateux
- Douleur ou inconvient léger à modéré
- Inflammation locale aiguë (souvent le premier signe de chirurgie osseuse et articulaire sous-jacente).
- La déformation classique du pied en bascule est un stade avancé du symptôme.
- Différence de température de plusieurs degrés entre les pieds.
- Flux sanguin bien préservé ou exagéré dans le pied.
- Pulsations pédiées bondissantes, sauf si obscurcies par un oedème concomitant.
- Les patients atteints de déformations chroniques peuvent développer une ischémie menaçant le membre.

Les constatations cliniques initiales peuvent ressembler à une cellulite, une thrombose veineuse profonde ou une goutte aiguë et peuvent être mal diagnostiquées comme telles<sup>20</sup>.

La radiographie et d'autres techniques d'imagerie peuvent détecter des changements subtils compatibles avec l'OAN<sup>20</sup>.

## ✓ Tests pour la perte de sensation

Il existe deux tests simples pour la neuropathie périphérique :<sup>7</sup>

- Le monofilament de 10g est utilisé pour détecter la présence de neuropathie sensorielle. Il doit être appliqué à divers endroits sur la plante du pied.
- Le diapason - standard 128Hz - est utilisé pour tester la capacité à ressentir les vibrations. Un biothésiomètre est un appareil qui aide également à évaluer la perception des vibrations.

D'autres méthodes de dépistage de la neuropathie périphérique sont : le test des réflexes de la cheville, le test de piqûre, le test de sensibilité au toucher léger (test de toucher d'Ipwich) ou un appareil de détection sensorielle spécifiée par pression. Un test de discrimination de la température peut être effectué, par exemple, avec un examen Tip-therm<sup>21,22</sup>.

La perte de sensation est un composant majeur de presque tous les ulcères du pied diabétique (UPD) et est associée à une augmentation par 7 du risque d'ulcération<sup>3</sup>.

## ✓ Évaluation de l'état vasculaire et des niveaux d'oxygénation

- **Palpation des pouls périphériques** : pouls fémoraux, poplités et pédiés (pédiés dorsal et tibial postérieur)<sup>7</sup>. L'absence des deux pouls pédiés est un indicateur de maladie vasculaire pédieuse
- **Sonde Doppler, forme d'onde Doppler et indice de pression systolique cheville-bras (IPS)** peuvent également être utilisés<sup>7</sup>. Il faut noter qu'un IPS élevé est associé à une calcification artérielle chez les patients diabétiques<sup>23</sup>. Si l'IPS est mesuré à 1,3 ou plus, des examens complémentaires (par exemple, l'indice orteil-bras) doivent être réalisés ou le patient doit être orienté vers une évaluation vasculaire spécialisée<sup>11</sup>.
- **Indice orteil-bras (IOB)**<sup>11</sup>.
- **Observation d'une décoloration ou d'un remplissage veineux** supérieur à 5 secondes en position déclive peut indiquer une mauvaise perfusion artérielle<sup>24</sup>.
- **Mesure de l'oxygénation tissulaire** près de la plaie par oxymétrie transcutanée (TcPO<sub>2</sub>)<sup>7</sup> ou par imagerie hyperspectrale<sup>25</sup>. L'oxygène joue un rôle crucial dans la cicatrisation des plaies : il est nécessaire pour générer l'énergie supplémentaire requise pour réparer les tissus endommagés, favoriser la granulation tissulaire et lutter contre les infections.<sup>26,27</sup> Il a également été prouvé qu'un apport continu en oxygène au niveau de la plaie est vital pour les patients souffrant de plaies chroniques liées à une maladie artérielle périphérique occlusive et aux ulcères du pied diabétique<sup>28</sup>. Par conséquent, un traitement par oxygénothérapie hyperbare (OHB) doit être envisagé. La TcPO<sub>2</sub> peut servir d'outil clinique utile pour la gestion des plaies et constitue actuellement le meilleur substitut approuvé pour mesurer les niveaux d'oxygène dans le lit de la plaie<sup>29-32</sup>.
- En cas de **suspicion de problèmes vasculaires et de réduction de l'apport sanguin**, le patient doit être orienté vers une évaluation vasculaire spécialisée<sup>11</sup>.

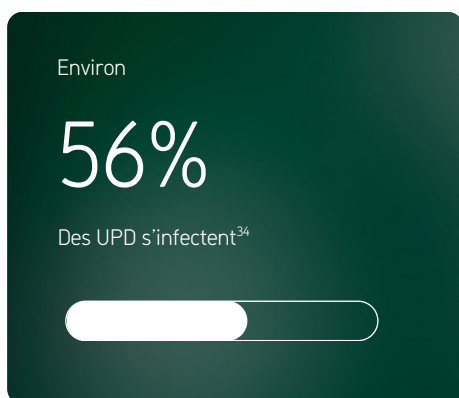
## ✓ Examen de la plaie et de la peau environnante

Un examen physique doit permettre de déterminer<sup>7,8</sup>:

- Si la plaie est principalement neuropathique, ischémique ou neuro-ischémique.
- La présence d'une ischémie critique des membres (si ischémique).
- Toute déformation musculosquelettique.
- La taille/profondeur/localisation de la plaie.
- Les **types de tissus** présents (couleur/état du lit de la plaie):
  - Noir/nécrotique.
  - Jaune/fibrineux.
  - Rouge/granulation.
  - Rose/épithélialisation.
- Os, tendons, capsules articulaires ou implants orthopédiques visibles.
- **Signes d'infection** (voir la page 7 "Identifier l'infection").
- **Odeur** : présence et nature.
- **Douleur locale** : par exemple : localisation, type, cause, intensité et durée.
- **Exsudat** : quantité (abondant, modéré, faible, aucun), couleur et consistance s'il est purulent.
- **État du bord de la plaie** : par exemple : présence de cal, macération, érythème, oedème, décollement/sinus/pistes et bord surélevé.
- **État de la peau périlésionnelle** : par exemple : macération/érosion érythème, oedème ou peau sèche.

Votre équipe documente-t-elle la taille et l'état de la plaie avec des photographies numériques et/ou des applications ?

La pose d'une règle en papier à proximité de la plaie peut aider à indiquer sa taille. Pour plus de cohérence, mesurez toujours en centimètres, en indiquant dans l'ordre : longueur x largeur x profondeur<sup>33</sup>.



Une étude a identifié **trois facteurs** associés au développement d'une infection du pied : une amputation antérieure, la perte de la sensation, et une maladie vasculaire périphérique (définie comme l'absence de pouls pédieux ou un IPS inférieur à 0,8)<sup>35</sup>.

## ✓ Identifier l'infection

Environ 56% des ulcères du pied diabétique (UPD) s'infectent, et environ 20% des patients présentant une plaie infectée au pied subiront une amputation d'un membre inférieur<sup>34</sup>. Si une infection est suspectée, l'UPD doit être prélevé après débridement pour une analyse microbiologique, et le résultat doit guider le choix de l'antibiotique<sup>15</sup>.

Le diagnostic d'une infection du pied diabétique (IPD) doit être basé sur la présence d'au moins deux des signes suivants : gonflement local ou induration, érythème, sensibilité/douleur locale, chaleur locale, sécrétions purulentes<sup>15</sup>. Certaines IPD peuvent ne pas présenter ces signes, en particulier chez les patients atteints de neuropathie périphérique ou d'ischémie des membres.

Il est important de reconnaître les signes subtils d'infection, qui peuvent inclure un seul des signes ci-dessus, combiné à deux signes locaux d'infection (parmi la liste ci-dessous)<sup>8</sup>.

### Signes supplémentaires ou secondaires<sup>8,15</sup> :

- Augmentation de l'exsudat
- Sécrétions non purulentes
- Tissu de granulation friable ou décoloré
- Décollement des bords de la plaie
- Mauvaise odeur

L'IPD est classée comme légère (superficielle avec cellulite minimale), modérée (plus profonde ou étendue), ou sévère. Pour les infections sévères, elles sont souvent accompagnées de fièvre ou d'hypothermie, d'une fréquence cardiaque ou respiratoire élevée, ou d'un taux de globules blancs anormal (élevé ou bas)<sup>15,35,36</sup>.

D'autres causes de réponse inflammatoire cutanée doivent être exclues (par exemple : traumatisme, goutte, neuro-ostéoarthropathie de Charcot aiguë, fracture, thrombose, stase veineuse)<sup>15,36</sup>.

En cas d'infection aiguë étendue, d'ischémie critique des membres, de gangrène humide ou d'un pied chaud, rouge et enflé inexplicable, avec ou sans douleur, le patient doit être orienté en urgence vers une équipe spécialisée dans les soins du pied.

### Ostéomyélite

L'ostéomyélite - une infection osseuse - peut-être difficile à diagnostiquer à un stade précoce. Elle doit être envisagée comme une complication potentielle de tout ulcère du pied infecté, profond ou de grande taille, en particulier s'il est chronique ou situé sur une saillie osseuse. Une recherche de contact osseux doit être réalisée pour toute IPD avec une plaie ouverte<sup>15</sup>. Le National Institute for Health, Care and Excellence (NICE) au Royaume-Uni recommande que si les radiographies initiales ne confirment pas l'ostéomyélite et que la suspicion reste élevée, une IRM soit envisagée<sup>10,15</sup>. Le moyen le plus fiable de diagnostiquer une ostéomyélite est la culture et l'histologie d'un échantillon osseux prélevé lors d'un débridement profond ou par biopsie<sup>15</sup>.

# Prise en charge holistique des ulcères...

## Évaluation des patients et de leurs pieds

### 1 Antécédents médicaux

- Santé physique, physiologique et psychosociale

### 2 Inspection des pieds

- Callosités, fissures
- Couleur, érythème
- Température
- Peau sèche
- Eczéma
- Oedème des pieds/des membres inférieurs
- Déformations, par exemple : pied de Charcot (besoin de radiographie/IRM)
- Amputations antérieures
- Gangrène
- Inspection des ongles et entre les orteils

### 3 Neuropathie

- Neuropathie motrice (déformations)
- Neuropathie sensorielle (perte de la sensation et de la vibration. Tests avec monofilament de 10g et diapason)
- Neuropathie autonome (peau sèche, peau fissurée, callosités)

### 4 État vasculaire et niveaux d'oxygénation

- Palpation des pouls périphériques : fémoral, poplité et pédieux (pouls pédieux dorsal et tibial postérieur)
- Évaluation Doppler et indice de pression systolique à la cheville (IPS)
- Indice orteil/bras (IOB)
- Orientation éventuelle vers un spécialiste pour une évaluation vasculaire complète
- Envisager une évaluation de l'oxygénation, par exemple avec l'oxymétrie transcutanée (TcPO<sub>2</sub>)



### Objectifs du traitement, éducation et adhésion du patient

En savoir plus sur l'ulcère du pied diabétique (UPD) sur notre site internet

### 5 Plaies et zones périlésionnelles

- **Infection:**  
Les signes locaux d'infection peuvent être : augmentation de l'exsudat, absence de cicatrisation, mauvaise odeur, tissu de granulation friable ou décoloré, rougeur, douleur, chaleur et gonflement.  
Si une ostéomyélite est suspectée, ou en cas d'infection active ou étendue, orienter immédiatement vers une équipe pluridisciplinaire spécialisée dans le soin du pied.

#### Lit de la plaie, état/couleur:

- Tissu nécrotique noir
- Fibrine jaune

- - Tissu de granulation rouge, épithélialisation rose

#### ● Profondeur

##### Exsudat :

- Quantité (aucun, faible, modéré, abondant)
- Consistance/couleur

- Localisation de la plaie
- Taille de la plaie (surface/profondeur)
- Bord de la plaie (bord surélevé, décollement/sinus/pistes)
- Peau environnante (macération/excoriation, érythème, oedème)
- Os, tendons, capsules articulaires ou implants orthopédiques exposés
- Douleur (localisation, fréquence, cause, type, intensité et durée)
- Odeur (présence et nature)

### 6 Classification

Par exemple : WiFi, University of Texas, Wagner, PEDIS ou SINBAD

## Prise en charge de l'UPD<sup>8</sup>

Un patient présentant un ulcère du pied diabétique (UPD) ou à risque d'en développer un doit être orienté vers une équipe pluridisciplinaire spécialisée dans les soins du pied. Cette équipe peut fournir, par exemple :

- Un déchargement des zones à risque à l'aide de chaussures spécialisées.
- Une évaluation vasculaire complète.
- Un traitement de l'oedème.
- Un contrôle et traitement de l'infection.
- Un débridement/nettoyage de la plaie et des recommandations de traitement.
- Conseils nutritionnels.
- Contrôle optimal du diabète.

#### A retenir :

- Évaluer et gérer la douleur (locale et systémique) avant les changements de pansement.
- Être attentif à l'apport sanguin artériel. En cas de nécrose noire sèche : garder la zone sèche et orienter pour une évaluation vasculaire complète.
- Hydrater quotidiennement les membres inférieurs et les pieds.
- Ne pas appliquer de crème entre les orteils.
- Éduquer le patient sur l'auto-soin des pieds sains.

Pour des recommandations complètes et à jour concernant l'évaluation et la prise en charge, veuillez consulter le site du Groupe de travail international sur le pied diabétique (IWGDF) : <https://iwgdfguidance.org>

Ces recommandations sont conformes aux lignes directrices internationales de bonnes pratiques : Lignes directrices pratiques de l'IWGDF (International Working Group on the Diabetic Foot) sur la prévention et la prise en charge des maladies du pied diabétique, 2019.

# ... chez les patients atteints d'UPD

## Comment choisir le bon pansement Mölnlycke ?

### Les 5 signes cliniques à surveiller :

- Rougeur (érythème) autour de la plaie
- Chaleur locale
- Douleur/sensibilité
- Oedème/induration
- Écoulement purulent

**En savoir plus sur :**

[www.mdcalc.com/sirs-sepsis-septic-shock-criteria](http://www.mdcalc.com/sirs-sepsis-septic-shock-criteria)

- Toute plaie du pied chez une personne diabétique doit faire l'objet d'une évaluation clinique attentive afin de dépister précocement une infection.
- La présence d'**au moins 2 de ces signes** suggère une infection et nécessite une évaluation médicale dans les **48h**, idéalement par un professionnel expérimenté dans la prise en charge du pied diabétique.
- La présence de signes systémiques d'infection (ex. hyperthermie/ fièvre) associés à des signes locaux doit conduire à une orientation vers **un service d'urgence** dans les plus brefs délais.
- Chez la personne diabétique, les signes inflammatoires peuvent être atténués, ce qui impose une vigilance particulière afin de prévenir les complications et réduire le risque d'amputation.
- Surveillez à chaque changement de pansement et réévaluez régulièrement. Assurez-vous que le pansement est compatible avec les chaussures et autres dispositifs de décharge, et qu'il peut être utilisé sans excès de volume ni plis.
- Le choix des pansements doit être basé sur les protocoles locaux et le jugement clinique.

### Profondeur de la plaie



Cavité



Peu profonde

### En fonction de l'état clinique :

*Plaies exsudatives et/ou fibrineuses :*

### Pansements en fibres à haut pouvoir d'absorption



**Exufiber®**  
(format mèche)



**Exufiber®**  
(format plaque)

### Hydrocellulaires non bordés et bordés



**Mepilex® Up**



Fixation :

**Tubifast® 2-Way Stretch®**

OU



**Mepilex® Border Flex**

### Si besoin : Superabsorbants



**Mextra® Superabsorbant**



Fixation :

**Tubifast® 2-Way Stretch®**

### Une choix éprouvé pour de meilleurs résultats

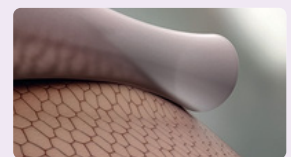
Safetac® est la première interface de contact atraumatique avec adhésion en silicone. Nous l'avons conçu pour qu'elle épouse doucement la peau sans adhérer à la plaie humide<sup>71</sup> - vous pouvez donc la retirer facilement sans endommager la peau<sup>72</sup>. Cela signifie moins de douleur pour vos patients<sup>43</sup>.

Safetac® protège également les nouveaux tissus et la peau intacte - les plaies restent ainsi intactes, ce qui favorise une guérison naturelle plus rapide<sup>41,42,73,74</sup>. Elle scelle aussi les berges de la plaie pour protéger la peau des fuites nocives et de la macération<sup>75,76</sup>. Cette combinaison de réduction de la douleur<sup>43</sup> et de réduction des lésions cutanées<sup>42,72-75,77</sup> - pour favoriser une guérison plus rapide<sup>41,42,73,74</sup> - peut également réduire le coût du traitement<sup>42,64,68</sup>.

Vous pouvez faire confiance aux pansements Mölnlycke® avec technologie Safetac®, pour de meilleurs résultats cliniques et économiques.



Le déchirement cutané se produit avec un adhésif traditionnel<sup>72</sup>



Pas de déchirement de la peau avec la technologie Safetac<sup>87,2</sup>

# Éducation du patient à l'auto-soin

Éduquer vos patients sur les soins appropriés des pieds et les examens périodiques peut aider à prévenir les problèmes de pieds et les ulcérations. L'éducation doit être présentée de manière structurée et organisée ; l'objectif est de renforcer la motivation et les compétences. Vos patients ont-ils compris les messages ? Sont-ils investis dans leur prise en charge ? Ont-ils des compétences suffisantes en matière d'auto-soin ?

**Voici une liste de conseils à partager avec vos patients, pour les aider à garder leurs pieds en bonne santé** <sup>39</sup>.



1. **Prenez soin de votre diabète et de votre santé.** Le maintien d'un bon contrôle de la glycémie peut aider à réduire le risque de développer une neuropathie et des lésions de la circulation sanguine. Si vous avez un problème au pied, garder une glycémie bien contrôlée peut favoriser le processus de guérison.



2. **Examinez vos pieds tous les jours.** Regardez vos pieds nus pour détecter des taches rouges, coupures, gonflements ou ampoules. Si vous ne pouvez pas voir la plante de vos pieds, utilisez un miroir ou demandez de l'aide à quelqu'un.



3. **Faites examiner vos pieds** au moins une fois par an par un professionnel (comme un podologue) pour vérifier la sensibilité et les pous. Si votre professionnel de santé identifie vos pieds comme étant à risque d'ulcération, vous devrez être examiné plus fréquemment.



4. **Lavez vos pieds tous les jours** avec de l'eau tiède. Séchez-les soigneusement, en particulier entre les orteils.



5. **Gardez votre peau douce et lisse.** Appliquez une fine couche de crème sur le dessus et le dessous de vos pieds, mais pas entre les orteils.



6. **Coupez vos ongles d'orteils droit en travers,** et limez les bords avec une planche émeri ou une lime à ongles. (sauf si votre équipe soignante vous recommande de vous référer à un podologue pour assurer ces soins en toute sécurité)



7. **Portez constamment des chaussures et des chaussettes.** Ne marchez jamais pieds nus. Portez des chaussures confortables qui vous vont bien et protègent vos pieds, à l'intérieur comme à l'extérieur. Vérifiez l'intérieur de vos chaussures avant de les enfiler. Assurez-vous que la doublure est lisse et qu'il n'y a pas d'objets à l'intérieur. Changez de chaussettes tous les jours et utilisez des chaussettes sans bords serrés ni coutures (ou avec les coutures à l'envers).



8. **Restez actif pour maintenir une bonne circulation sanguine.** Soyez actif chaque jour, par exemple : marcher, danser, nager ou faire du vélo. Surélevez vos pieds lorsque vous êtes assis. Deux ou trois fois par jour, remuez vos orteils et bougez vos chevilles de haut en bas pendant cinq minutes. Ne croisez pas les jambes pendant de longues périodes. Arrêtez de fumer, cela peut endommager votre circulation.



9. **Protégez vos pieds des températures extrêmes.** Portez des chaussures à la plage ou sur les trottoirs chauds. Ne mettez pas vos pieds dans de l'eau chaude. Testez l'eau avant d'y plonger vos pieds. N'utilisez jamais de bouillottes, de coussins chauffants ou de couvertures électriques. Vous pourriez vous brûler les pieds sans vous en rendre compte.



10. **Choisissez les bonnes chaussures.** Des chaussures appropriées sont une partie importante du maintien de la santé de vos pieds. Achetez vos chaussures en fin d'après-midi ou en soirée, lorsque vos pieds sont à leur taille maximale. Choisissez des chaussures confortables avec assez d'espace pour vos orteils. Évitez les chaussures ouvertes. Si vous avez besoin de plus de conseils ou d'aide, consultez un cordonnier orthopédique.

Il est important que le patient reste attentif à l'état de ses pieds au quotidien. En cas de coupure, de lésion, d'ongle incarné, ou si le pied change d'aspect (couleur, forme) ou de sensation (douleur, sensibilité diminuée), un avis auprès d'un professionnel de santé est recommandé.

De même, en présence de cors ou de durillons, ou en cas de difficulté à entretenir ses ongles en toute sécurité, un accompagnement par un professionnel est fortement recommandé.



## Notre objectif

# Révolutionner les soins pour les personnes et la planète

Nous conduisons un changement qui améliore la santé et le bien-être des patients et de ceux qui les soignent, tout en réduisant l'empreinte environnementale des soins.

Mölnlycke tient à remercier le Dr Paul Chadwick pour la relecture de ce guide.

Remarque : Ce guide n'est pas exhaustif et le lecteur doit toujours se référer aux recommandations 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 Eurodiale study. *Diabetologica* 2007;50(1):18-25. 19. Apelqvist, J., Elgzryi, 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. Craig, A.B., Strauss, M.B., Daniller, A., Miller, S.S. Foot sensation testing in the patient with diabetes: introduction of the quick & easy assessment tool. *Wounds* 2014;26(8):221-231. 22. Viswanathan, V., Snehaltha, C., Seena, R., Ramachandran, A. Early recognition of diabetic neuropathy: evaluation of a simple outpatient procedure using thermal perception. *Postgrad Med J* 2002;78:541-542. 23. 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. 24. LoGerfo, F.W., Coffman, J.D. Current concepts. Vascular and microvascular disease of the foot in diabetes. Implications for foot care. *New Engl J Med* 1984;311:1615-19. 25. Lua, G., Fei, B. Medical hyperspectral imaging: a review. *Biomed Opt.* 2014;19(1):010901. 26. Sen, C.K. Wound healing essentials: let there be oxygen. *Wound Repair Regen* 2009;17(1):1-18. 27. Gottrup, F. Oxygen in wound healing and infection. *Wound J Surg* 2004;28(3):312-5. 28. Dissemond, J., Kroger, K., Storck, M., et al. Topical oxygen wound therapies for chronic wounds: a review. *J Wound Care* 2015;24(2):53-63. 29. Ruangsetakit, C., Chinsakchai, K., Mahawongkajit, P. et al (2010) Transcutaneous oxygen tension: a useful predictor of ulcer healing in critical limb ischaemia. *J Wound Care* 2010;19(5):202-6. 30. Arsenaault, K.A., Al-Otaibi, A., Devereaux, P.J., et al. The use of transcutaneous oximetry to predict healing complications of lower limb amputations. *Eur J Vasc Endovasc Surg* 2012;43:329-36. 31. Zulec, M. Transcutaneous oximetry - between theory and practice. *Acta Med Croatica* 2014;68 Suppl 1:S59-S61. 32. Gottrup, F., Dissemond, J., Baines, et al. Use of oxygen therapies in wound healing, with special focus on topical and hyperbaric oxygen treatment. *J Wound Care*, 2017;26(5). Suppl, S1-S42. 33. Nichols, E. Wound assessment part 1: how to measure a wound. *Wound Essentials* 2015;10:51-5. 34. 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. 35. 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. 36. 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. 39. 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). 42. Gotschall, C.S., Morrison, M.I., 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. 43. White, R. A multinational survey of the assessment of pain when removing dressings. *Wounds UK* 2008;4:14-22. 64. Gil J et al. 2017. Evaluation of a Gelling Fiber Dressing with Silver to Eliminate MRSA Biofilm Infections and Enhance the Healing. 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. 68. Meuleneire, F. Management of diabetic foot ulcers using dressings with Safetac: a review of case studies. *Wounds UK* 2008;4:16-30. 71. White R. Evidence for atraumatic soft silicone wound dressing use. *Wounds UK* 2005;1(3):104-109. 72. Waring, M., Biefeldt, S., Matzold, K.P., Butcher, 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. 76. Wiberg, 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. 77. 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

**Exufiber®** : Remboursement LPPR, catégorie pansements en fibres à haut pouvoir d'absorption, stériles. La prise en charge est assurée pour les plaies chroniques très exsudatives en phase de déterision. Prix LPPR = Prix limite de vente. Classe IIb.

**Mepitex® Border Flex** : Remboursement LPPR, catégorie pansements hydrocellulaires à absorption importante, adhésifs, stériles. La prise en charge est assurée pour les plaies aiguës sans distinction de phase et pour les plaies chroniques dès la phase de bourgeonnement, en traitement séquentiel, localisées dans des endroits difficiles à panser tels que le sacrum, le talon, le coude et le genou. Prix LPPR = Prix limite de vente. Classe IIb.

**Mepitex® Up** : Remboursement LPPR, catégorie pansements hydrocellulaires, à absorption importante, stériles. La prise en charge est assurée pour les plaies aiguës, sans distinction de phase et pour les plaies chroniques dès la phase de bourgeonnement en traitement séquentiel, localisées dans des endroits difficiles à panser tels que le sacrum, le talon, le coude et le genou. Prix LPPR = Prix limite de vente. Classe IIb.

**Mextra® Superabsorbant** : Remboursement LPPR, catégorie pansements hydrocellulaires superabsorbants. La prise en charge est assurée pour les plaies aiguës et chroniques très exsudatives, en traitement séquentiel pour les phases de déterision et de bourgeonnement. Prix LPPR = Prix limite de vente. Classe IIb.

**Tubifast® 2-Way Stretch®** : Catégorie systèmes de maintien non adhésifs, filets et jersey tubulaires, non stériles. La prise en charge est assurée pour le maintien de tout type de pansement sur peau fragile. Prix LPPR = Prix de vente conseillé, sauf ligne rouge et verte : non remboursées. Classe I.

Dispositifs médicaux CE2797 fabriqués par Mölnlycke Health Care, Suède. Lire attentivement la notice du produit avant toute utilisation. Document réservé au professionnel de santé.

## En savoir plus sur [www.molnlycke.com/fr-fr/](http://www.molnlycke.com/fr-fr/)

Mölnlycke est une marque et un logo déposés au niveau mondial par la société Mölnlycke Health Care AB ou l'une de ses filiales. Mölnlycke Health Care - CS 70205 - 13 allée du Château Blanc - 59445 Wasquehal Cedex SIRET 38319747200061 - RCS Lille Métropole 383197472  
© Copyright (2026) Mölnlycke Health Care - 2603FRWC3243

