

Traitement ambulatoire des lésions du pied diabétique en 2014

JIFA 2014

Docteur Frédéric Mercier

Prévalence du diabète

France 4,4% en 2007 (INSEE)

Inde et Chine 17 % et 12%

Katar, Koweït, Emirats Arabes Unis, Bahrein,
Arabie Saoudite > 22 % en 2012 selon l'O.M.S.

Santé publique et pied diabétique

15% patients diabétiques auront une plaie du pied

Aboutira à une amputation dans 15 % des cas

Récidive homolatérale de 50 % dans les 5 ans

Lésion contro-latérale de 50 % dans les 5 ans

Coût total d'une amputation mineure

64 000€ en France (rapport Sénat 2004)

TAPD : pourquoi?

Réduction du coût de prise en charge

Disponibilité des lits optimisée

Pathologie en augmentation

TADP : qui ?

Lésions trophiques mineures

Phalanges, orteil (s), mal perforant

Revascularisations ciblées

Lésions courtes

TAPD : comment?

Organisation spécifique à chaque étape

Utiliser les structures « à moyens constants »

Réseau « ville – Hôpital » « médecins - infirmiers »

Quelles classifications utiliser?

IDSA - IWGDF et PEDIS pour les plaies

TASC II pour les lésions artérielles

Leriche et Rutherford pour les lésions fonctionnelles vasculaires

Comment utiliser les classifications ?

Inclure TAPD

PEDIS 1- 3

IDSA mild à moderate

Exclure TAPD

Urgence PEDIS 4

IDSA severe

Rutherford 6

Revascularisations chirurgicales

Amputations majeures

Quelles amputations ou biopsie
osseuse traiter ?

Amputations mineures de phalange ou
d'orteils

Maux perforants plantaires.

Biopsie osseuse radioguidée



Quelles revascularisations réaliser?

Grades A et B classification TASC II

poplité et jambière
typiquement diabétiques

ilio-fémorales
équivoques

Quel patient doit être contre-indiqué?

Patient vivant seul

Qui n'a pas de compréhension de sa pathologie

Qui a un risque hémorragique accru (sous anti coagulant ou insuffisant rénaux)

Patient âgé de plus de 80 ans

Co-morbidités de niveau B ou > ASA 3.

Quel matériel utiliser ?

Introduceurs de petit calibre (4F)

Guides fins de 0.014 ou 0.018

Cathéters porteurs longs de 120 cm à 180 cm

Ballons et stents de diamètres petits pour les artères jambières et pédieuses (1,5 à 4.0 mm)

Ballons et stents de diamètres gros pour les artères fémorales et poplités (5.0 à 7.0 mm).

Quelles voies d'abord préférer ?

Voie radiale

pour les lésions proximales ilio fémorales
communes

Voie fémorale superficielle antéro grade ou par cross-over

pour les lésions distales sous le genou.

ATL femorale voie radiale gauche



Quel bilan pré -opératoire?

Bactériologie tissus mous / os

Imagerie pied : radio, TDM ou IRM

Echo-Doppler vasculaire : artériel et veineux du membre inférieur, artériel des TSA

Echo coeur et ECG

Biologie pré opératoire : NFS, VS, CRP, créatinine, clearance, bilan hépatique.

Consultations : anesthésie, cardiologue, diabétologue.

Revascularisation en pratique

- Admissions: arrivée à jeun entre 7h 15 au plus tard 10h30
- En chambre: contrôle des bilans biologiques et des documents d'informations signés
- Bloc : installation entre 8h00 et 11h30 - check list
- Per procédure : contrôle hémostase par ACT
- Salle de réveil : surveillance et contrôle des constantes (pouls tension artérielle) sur 2 heures
- Héparine +4H: en chambre et faire analyse du laboratoire (TCK, héparinémie)
- Héparine +6H: départ si hémostase normalisée, constantes cliniques correctes, pas de douleurs (ponction ou membre)
- Consignes: repos, prévenir urgemment si douleur inhabituelle, saignement, malaise, arrêt metformine 72h
- Transport : ambulance si ponction fémorale, sans contraintes si ponction radiale

Amputation en pratique

- Admissions: arrivée à jeun à 7h 15 (et au plus tard 10h30 pour le dernier patient)
- En chambre: contrôle des bilans biologiques et des documents d'informations signés
- Bloc : installation entre 8h00 et 11h30 - check list
- Salle de réveil : surveillance et contrôle des constantes (pouls tension artérielle) sur 2 heures
- Départ : constantes cliniques correctes, pas de douleurs
- Consignes: repos, prévenir urgemment si douleur inhabituelle, saignement, malaise
- Transport : ambulance

Bilan post opératoire

- Revascularisation

J + 1 : écho Doppler artériel du point de ponction après ablation du pansement compressif.

J + 8 : contrôle créatinine

J + 30 : contrôle créatinine

- Amputation

J + 3 : contrôle pansement

J + 8 : contrôle du pansement, de la plaie, nouveau prélèvement bactériologique, contrôle créatinine

Expérience de faisabilité juin à décembre 2013

Amputations mineures orteils n = 4 (30 %)

Mal perforant n = 3 (30 %)

Biopsie osseuse radio guidée n = 8 (90 %)

ATL fémorale voie radiale n = 2 (5 %)

ATL jambière voie fémorale n = 2 (2 %)

TAPD : conclusion

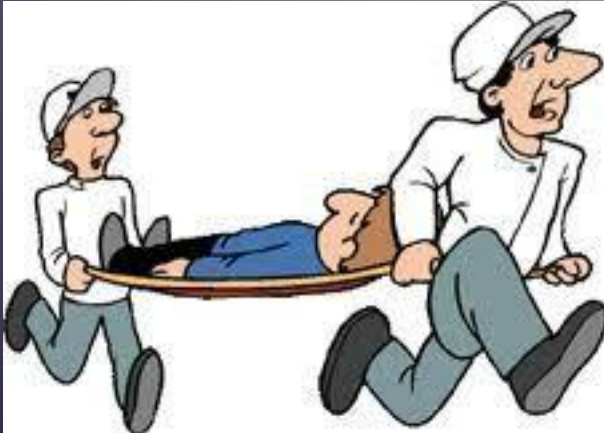
Le traitement ambulatoire du pied diabétique s'adresse à des patients sélectionnés

demande une organisation rigoureuse du circuit patient

La faisabilité est démontrée sans complications, notamment hémorragiques, à ce jour.

TAPD en 2014

L'ambulatoire



C'est le pied

