

FICHE

Évaluations du pied d'un patient diabétique

Outil n°1

Validée par le Collège le 26 novembre 2020

Ce document est extrait de la recommandation de bonne pratique « Le pied de la personne âgées : approche médicale et prise en charge en pédicurie-podologie ».

Ces recommandations peuvent s'appliquer à tous les patients, quel que soit leur âge.

La prévalence du diabète traité pharmacologiquement en France est estimée à 4,6 % en 2012 et a été actualisée à 5,0 % en 2016, soit plus de 3,3 millions de personnes qui ont été traitées pour un diabète. La fréquence du diabète augmente avec l'âge. Un homme sur cinq âgé de 70 à 85 ans, et une femme sur sept âgée de 75 à 85 ans, sont traités pharmacologiquement pour un diabète.

Gradation du risque de plaie

Il est recommandé :

- d'effectuer une évaluation de la gradation du risque de plaie par le pédicure-podologue au moins une fois par an ;
- d'en référer au médecin traitant, du fait d'une possible neuropathie et artériopathie.

Il existe un risque accru de plaies pouvant conduire à des amputations.

Il est rappelé que les compétences du pédicure-podologue sont définies par les articles L. 4322-1 et R. 4322-1 du Code de la santé publique ainsi que par l'arrêté du 24/12/2007 instituant la convention nationale des pédicures-podologues. Le pédicure-podologue réalise et engage sa responsabilité lors de la cotation et de l'évaluation du grade du pied du patient diabétique.

Il est recommandé de réaliser chez tous les patients diabétiques un dépistage annuel du risque podologique. Ce dépistage annuel permet de :

- définir le grade de risque lésionnel (qui conditionne le remboursement des soins) ;
- d'orienter le patient sur une prise en charge spécifique.

Ce dépistage permet de grader le risque selon une classification et ainsi de définir une stratégie de prévention adaptée. Cette stratégie repose sur la reconnaissance des facteurs de risque et s'appuie sur l'examen clinique.

Il est recommandé de se référer au tableau ci-dessous pour les professionnels concernés. Les mesures préventives et le suivi sont à effectuer selon le niveau de gradation de risque diabétique.

Grade	Définition	Mesures préventives	Professionnels : fréquence de suivi
Grade 0	Absence de neuropathie sensitive	Examen de dépistage annuel Examen des pieds, évaluation de la marche et du chaussage Éducation (hygiène, auto-examen des pieds et des ongles par le patient, conseils de chaussage non traumatisant, mesures de prévention dans les situations à risque selon le mode de vie, conduite à tenir en cas de plaie)	Dépistage du risque podologique (au moins une fois par an) Médecin généraliste et/ou podologue
Grade 1	Neuropathie sensitive isolée (a)	Examen des pieds et évaluation de la marche et du chaussage Éducation (hygiène, autoexamen des pieds et des ongles par le patient, conseils de chaussage non traumatisant, mesures de prévention dans les situations à risque selon le mode de vie, conduite à tenir en cas de plaie) Aide de l'entourage	Médecin généraliste (à chaque consultation) Diabétologue Podologue (tous les 6 mois et plus selon avis médical, ce nombre pouvant être adapté pour les patients en situation de handicap et pour la personne âgée ¹) Infirmier
Grade 2	Neuropathie sensitive associée à une artériopathie des membres inférieurs (b) et/ou à une déformation du pied (c)	Mêmes mesures préventives que pour le grade 1 + Soins de podologie-pédicurie réguliers Correction des anomalies biomécaniques Avis sur l'indication d'orthèses et d'un chaussage approprié Prise en charge de l'artériopathie, si existante	Médecin généraliste (à chaque consultation) Diabétologue Podologue (tous les 3 mois pour les soins instrumentaux et tous les 6 mois pour soins orthétiques) Infirmier Médecine physique et réadaptation Podo-orthésiste Réseau de santé
Grade 3	Antécédent d'ulcération du pied évoluant depuis plus de 4 semaines et/ou d'amputation des membres inférieurs (voire une partie d'un orteil)	Renforcement des mesures préventives définies pour le grade 2 Appareillage systématique (défini par le centre spécialisé) Surveillance régulière par un centre spécialisé ou par un diabétologue	Mêmes professionnels et fréquence de suivi que pour le grade 2 + Centre spécialisé/centre de cicatrisation (bilan annuel)

¹ Se référer à l'avis n° 2018.0056/AC/SEAP du 12 décembre 2018 du collège de la Haute Autorité de santé relatif à l'inscription sur la liste des actes et prestations, mentionnée à l'article L. 162-1-7 du Code de la Sécurité sociale, des actes réalisés par le pédicure-podologue pour la prévention des lésions des pieds à risque de grade 1, chez le patient diabétique https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2018-12/ac_2018_0056_pied_diabetique.pdf

Grade	Définition	Mesures préventives	Professionnels : fréquence de suivi
			Soins instrumentaux podologiques (au moins tous les 2 mois) Soins orthétiques

(a :) Définie par l'anomalie du test au monofilament de Semmes-Weinstein (10 g).

(b :) Définie par l'absence d'au moins un des deux pouls du pied ou par un IPS < 0,9.

(c :) Hallux valgus, orteil en marteau ou en griffe, proéminence de la tête des métatarsiens, déformations post-chirurgicales ou liées à une neuro-arthropathie (pied de Charcot).

Le bilan-diagnostique annuel préventif en pédicurie-podologie est recommandé chez tous les patients diabétiques âgés de plus de 60 ans dès le grade zéro en regard du poids des complications (amputations, plaies) et de l'impact sur la qualité de vie.

Pour les grades 2 et 3, une consultation de suivi de 6 mois pour les soins orthétiques peut s'avérer insuffisante.

Pour permettre la gradation, le dépistage du risque diabétique doit répondre aux quatre questions suivantes :

Le patient a-t-il un antécédent d'ulcération chronique du pied ou d'amputation ?

Il est recommandé de rechercher un antécédent d'ulcération de plus de 4 semaines ou d'amputation qui augmente de façon très importante le risque d'une nouvelle ulcération et d'une amputation.

A-t-il une perte de la sensibilité superficielle ?

Il est recommandé de rechercher une perte de sensibilité qui est définie par une mauvaise perception du monofilament de 10 g (Semmes-Weinstein 5,07) qui est considéré comme l'instrument de dépistage le plus simple et le plus performant. La sensibilité est testée sur trois sites plantaires du pied (têtes des premier et cinquième métatarsiens, pulpe de l'*hallux*), en évitant les zones hyperkératosiques ou ulcérées (se référer à l'annexe 3 des recommandations).

Le risque d'ulcération est multiplié par dix et le risque d'amputation par 17 en cas d'anomalie de ce test.

En cas de doute clinique sur la présence d'une perte de sensibilité malgré un monofilament bien perçu, il est recommandé de diriger le patient vers son médecin traitant.

Il est recommandé de vérifier régulièrement l'état d'usure du monofilament.

Le test au diapason a été proposé mais sa valeur prédictive est moins bien étayée. Le test au diapason n'est plus recommandé pour rechercher une perte de sensibilité. Les autres outils de diagnostic de neuropathie diabétique ne sont pas encore validés.

A-t-il une artériopathie ?

Il est recommandé, pour dépister une artériopathie des membres inférieurs, de s'appuyer :

- sur la recherche des pouls pédieux et tibiaux postérieurs ;

- sur des examens complémentaires comme le calcul de l'indice de pression systolique (IPS). Le pédicure-podologue peut utiliser un appareil à effet Doppler (de poche) ainsi qu'un tensiomètre pour calculer l'IPS. Un résultat $<0,90$ confirme l'artériopathie.

Attention : une valeur normale de l'indice de pression systolique ne permet pas d'exclure le diagnostic d'artériopathie.

Le test de perception des pouls et de l'index de la pression systolique peut être faussé, voire incalculable, le rendant non fiable en présence fréquente d'une médiocalcose (calcification d'une partie des artères) chez les patients diabétiques.

A-t-il des déformations des orteils, des pieds, des proéminences des têtes métatarsiennes, des kératoses (qui signent un trouble de la statique du pied) et des troubles de la marche ?

Il est recommandé :

- de rechercher toutes déformations du pied ;
- d'évaluer les limitations des amplitudes articulaires du membre inférieur ;
- d'évaluer les troubles la marche.

Ces déformations et troubles sont à l'origine d'hyperpression (plantaire) et de zones de conflits (faces latérales et dorsales des orteils).

La prévention du risque podologique repose sur l'éducation thérapeutique du patient, par le pédicure-podologue et les autres professionnels de santé. Elle a pour but de réduire le taux d'ulcérations du pied et donc d'amputations.

Évaluation du patient en présence d'une plaie

Il est recommandé de rechercher les facteurs déclenchants :

- une chaussure inadaptée ;
- la marche pieds nus ;
- des chaussettes ou des bas/collants dont les coutures distales créent des pathologies pulpaire ou unguéales ;
- des dispositifs de compression veineuse trop serrés, mal positionnés, usagés, déchirés qui peuvent générer des strictions/frictions/hyperpressions avec des lésions cutanées ;
- une sécheresse cutanée ;
- les auto-soins (par exemple : l'utilisation de coricides) ;
- un ongle traumatisant ;
- des anomalies pré-lésionnelles (fissures, mycose, crevasses) ;
- une hyperkératose ou un conflit mécanique ;
- les troubles statiques et dynamiques.

Il est recommandé de préciser :

- la localisation de la plaie : orteil, plante des pieds, dos des pieds ou malléoles ;
- l'étiologie de la plaie : ulcère neuropathique, artériel ou mixte ;
- la description de la plaie : nécrose, fibrine, bourgeonnement, épithélisation.

Il est recommandé d'évaluer :

- la surface de la plaie mesurée après le débridement ;
- la couleur du lit de la plaie ;
- la profondeur et les tissus exposés : la mesure est effectuée avec un stylet ou une sonde stérile ;
- la présence de signes d'infection : odeur, rougeur, chaleur, écoulement purulent, tuméfaction, douleur (à noter qu'elle peut être absente ou diminuée en raison de la présence d'une neuropathie), d'un œdème, d'une induration des tissus ;
- la peau péri-lésionnelle : macération, hyperkératose ;
- l'ischémie tissulaire par une palpation des poulx, une analyse de la trophicité tissulaire ;
- la quantité d'exsudat.

Il est recommandé d'informer les patients sur les situations à risque de plaie provoquées par des traumatismes mineurs qui sont à l'origine de 95 % des lésions :

- chaussures inadaptées ;
- déformations du pied ;
- hyperpression répétée lors de la marche (rapport temps-intensité d'appui, hyperkératose, etc.) ;
- ongles blessants ou incarnés ;
- mycoses interdigitales ;
- corps étrangers dans la chaussure ;
- marche pieds nus.

Il est recommandé d'en informer le médecin traitant et d'orienter le patient présentant une plaie diabétique vers une équipe pluriprofessionnelle spécialisée dans le pied diabétique sous 48 heures².

Il est recommandé aux pédicures-podologues de :

- connaître les coordonnées des centres de prise en charge du pied du patient diabétique ;
- travailler en réseau (infirmière, médecin généraliste, endocrinologue, gériologue...), afin de partager les données médicales nécessaires à la prise en charge rapide du patient.

² Se référer au guide médecin « Guide - Affection de longue durée https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/ald8_guidemedecin_diabetetype1_revunp_vuud.pdf diabète de type 1 de l'adulte » de la HAS de 2007 et « Guide parcours de soins diabète de type 2 de l'adulte » de la HAS de 2014 https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1735060/fr/guide-parcours-de-soins-diabete-de-type-2-de-l-adulte

Ce document présente les points essentiels **de la recommandation de bonne pratique** :

Le pied de la personne âgée : approche médicale et prise en charge thérapeutique en pédicurie-podologie, novembre 2020

Toutes nos publications sont téléchargeables sur www.has-sante.fr