

FICHE

Pour le médecin de premier recours : évaluation du risque podologique et traitement podologique pour un patient diabétique

Outil n°11

Validée par le Collège le 26 novembre 2020

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

Se référer aux chapitres 2.2.8.1 et 3.6.3 de la recommandation « Le diabète ».

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

Évaluation du risque podologique : gradation

Il est recommandé de réaliser chez tous les patients diabétiques un dépistage annuel du risque podologique. Pour le patient diabétique, il existe un risque accru de plaies pouvant conduire à des amputations.

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 grader¹ 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 graduation de risque diabétique.

¹ Le pédicure-podologue réalise et engage sa responsabilité lors de la cotation et de l'évaluation du grade du pied du patient diabétique selon le décret de compétences de la loi L. 4322-1, arrêté du 24/12/2007

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 et/ou diabétologue
Grade 1	Neuropathie sensitive isolée (a)	Examen des pieds, et 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) 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 ²) 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 pédicurie réguliers Correction des anomalies biomécaniques Avis sur l'indication d'orthèses et d'un chaussage approprié	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

² 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
		Prise en charge de l'artériopathie, si existante	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) 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 pous 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.

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 de 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.

Évaluation du patient en présence d'une plaie aux pieds

Il est recommandé de rechercher les facteurs déclenchants, d'informer les patients sur les situations à risque :

- 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 ; des anomalies pré-lésionnelles (fissures, mycose, crevasses) ;
- les auto-soins (par exemple : l'utilisation de coricides) ;
- un ongle traumatisant ;
- une hyperkératose ou un conflit mécanique.

Il est recommandé, devant toute demande du pédicure-podologue d'un avis concernant une plaie du pied chez un patient diabétique, de prendre en charge ce patient sans délai.

- Travailler en réseau (infirmière, médecin généraliste, pédicure-podologue...), afin de partager les données médicales nécessaires à la prise en charge rapide du patient.
- Si besoin, connaître les coordonnées des centres de prise en charge du pied du patient diabétique.

Chaussage du patient diabétique

Chaussage standard : conseils à donner au patient

Il est recommandé de donner aux patients diabétiques des conseils pour le chaussage standard comportant les informations suivantes :

- les chaussures, en matériau souple, doivent avoir un volume adapté à celui des pieds, avec une semelle antidérapante, sans couture intérieure et avec des lacets ou Velcro. Sauf indication particulière, les talons ne doivent pas dépasser 4 cm et être suffisamment larges pour une bonne stabilité ;
- le pied doit toujours être protégé dans la chaussure par des chaussettes ou des bas. Les chaussettes doivent être changées tous les jours, sans trous, ni reprises. Les chaussettes doivent être assez épaisses, sans coutures saillantes. Évitez que les bas ou chaussettes serrent trop les jambes pour faciliter la circulation ;
- les tongs, sandales, espadrilles et mules, etc. et toute chaussure ouverte doivent être évitées,
- ne jamais garder des chaussures neuves toute la journée ;
- il est préférable d'avoir deux paires de chaussures, afin de changer tous les jours de chaussures. ;
- les chaussures doivent être achetées en fin de journée en raison de l'œdème de déclivité (pieds enflés le soir) ;
- en cas de port d'orthèses plantaires (semelles), il est conseillé de les placer dans les chaussures pour les essayer en vérifiant que le volume soit suffisant ;

- les orthèses plantaires, les orthoplasties et les chaussures orthopédiques doivent être portées toute la journée, y compris à la maison, sauf en cas de nouvelle plaie.

Pour les chaussures thérapeutiques

La chaussure thérapeutique à usage prolongé est destinée à des patients dont les déformations demandent un maintien, un chaussant particulier ou un volume que ne peut assurer une chaussure ordinaire.

Le médecin traitant du patient peut prescrire un chaussage thérapeutique de série dans les cas suivants :

- déformation de l'avant-pied : *hallux valgus* et déformation d'orteils ;
- port d'orthèses plantaires ;
- en postopératoire ;
- en présence de douleur ou de plaie ;
- lorsque le chaussage en chaussures ordinaires n'est plus possible.

Afin d'adapter au mieux les orthèses plantaires et d'éviter les conflits avec le chaussant, les chaussures thérapeutiques de série pour un usage temporaire (CHUT) ou prolongé (CHUP) peuvent être conseillées par le pédicure podologue et peuvent être prescrites par lui, mais ne bénéficieront pas dans ce cas d'une prise en charge des organismes de remboursement. **La prescription peut être demandée au médecin traitant.**

Les antécédents d'ulcération ou d'amputation placent le pied dans une catégorie à haut risque podologique (grade 3). En cas d'amputation, si les chaussures conventionnelles sont totalement inadaptables, la prescription de chaussures en podo-orthèse est nécessaire.

La réévaluation du chaussant et des orthèses plantaires tous les 3 mois est recommandée dans une approche multi professionnelle.

Orthèses plantaires pour le patient diabétique

Dans le cas du diabète, l'objectif thérapeutique est la prévention des ulcères plantaires.

Les orthèses appliquées aux pieds du patient diabétique sont thermoformées et entières. **La prescription des orthèses plantaires par un médecin est indispensable pour la prise en charge par les organismes sociaux.**

Il est recommandé d'informer le patient de porter en permanence les orthèses plantaires utilisées dans le cadre de la prévention primaire et secondaire des maux perforants plantaires.

Le suivi est d'autant plus nécessaire que le risque podologique est élevé. Si un patient est inapte à l'autosurveillance podologique, celle-ci doit pouvoir être faite par un tiers.

En cas de rougeur, douleur, conflit avec l'orthèse, le port de celle-ci sera interrompu et une modification de cette dernière devra rapidement être faite.

Les orthèses plantaires doivent être portées en permanence, y compris au domicile dans un chaussage adapté, en précisant au patient du lever au coucher. Elles peuvent être renouvelées une à deux fois par an. Il est primordial de s'assurer de la bonne adaptation à chaque type de chaussant et de prévoir, le cas échéant, plusieurs paires d'orthèses. Leur « durée de vie » maximale est de 1 an.

Les orthèses plantaires ont un rôle capital dans le devenir du patient diabétique à risque podologique.

Il est recommandé :

- que les patients diabétiques fassent l'objet d'une attention toute particulière lors de la remise d'une orthèse (d'orteil ou plantaire) et dans les 10 jours qui suivent la pose ;
- d'informer le patient, les professionnels de santé en charge du patient et/ou l'aidant sur la nécessité de le consulter rapidement dès l'apparition de douleur, rougeur, phlyctène, plaie, afin de contrôler le dispositif médical.

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