

# PREVENIR COMPLICATIONS PLAIES DU PIED DIABETIQUE

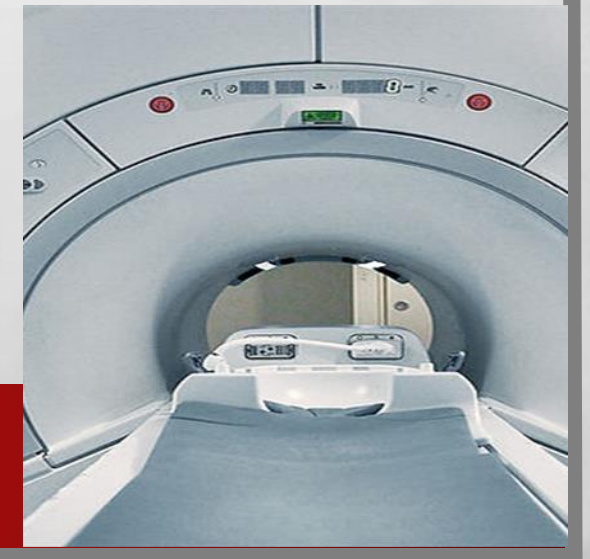
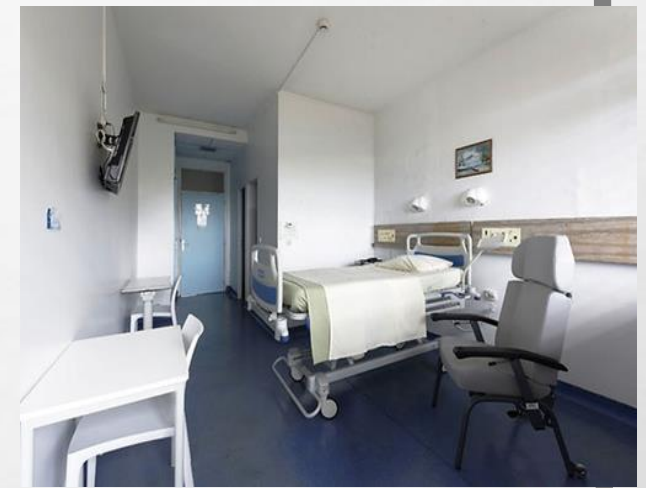
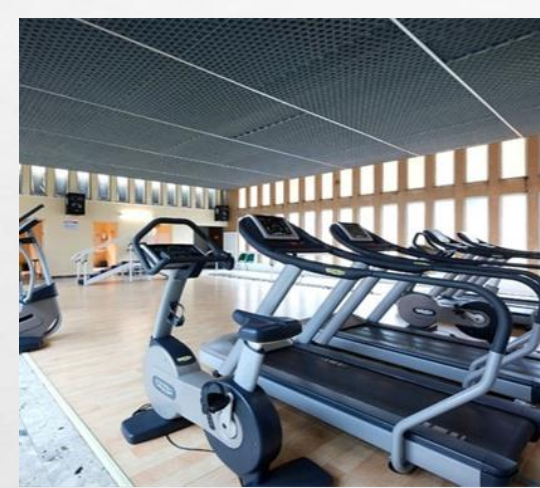
DR CATHERINE BOURGEOIS UNITE PLAIES CICATRISATION  
HDJ CLINIQUE NOUVELLES EAUX VIVES



# **POURQUOI PREVENIR LES COMPLICATIONS DES PLAIES DU PIED DIABETIQUE ?**

- **PATHOLOGIE FREQUENTE**
- **TRISTE RECORD D AMPUTATION EN GUADELOUPE**
- **« PIED POURRI »**
- **PERSONNES AGEES ,DIABETIQUES, PRECARITE**
- **26 MILLIONS DE PERSONNES /AN COUT 660 MILLIONS EURO**
- **1 AMPUTATION TOUTES LES 30 SECONDES DANS LE MONDE**

# HDJ NEV UNITE PLAIES CICATRISATION



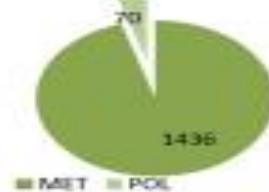
# GENERALITES

## Constat : augmentation activité plaie

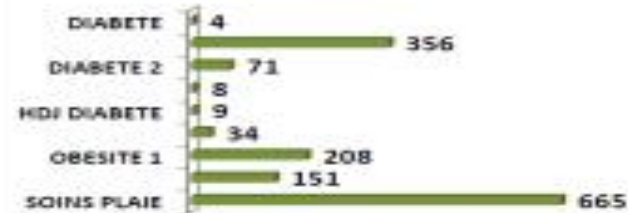


### RAPPORT ACTIVITE HOPITAL DE JOUR ANNEE 2021

#### Répartition Activité par Unité Médicale



#### Répartition par HDJ

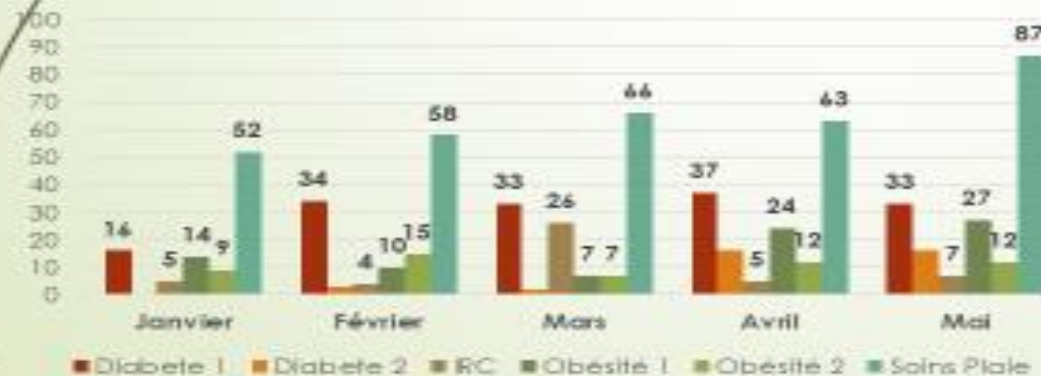


326 séjours en 5 mois en plaies

93% métabolique

7% polyvalent

#### Activité HDJ de janvier à Mai 2022



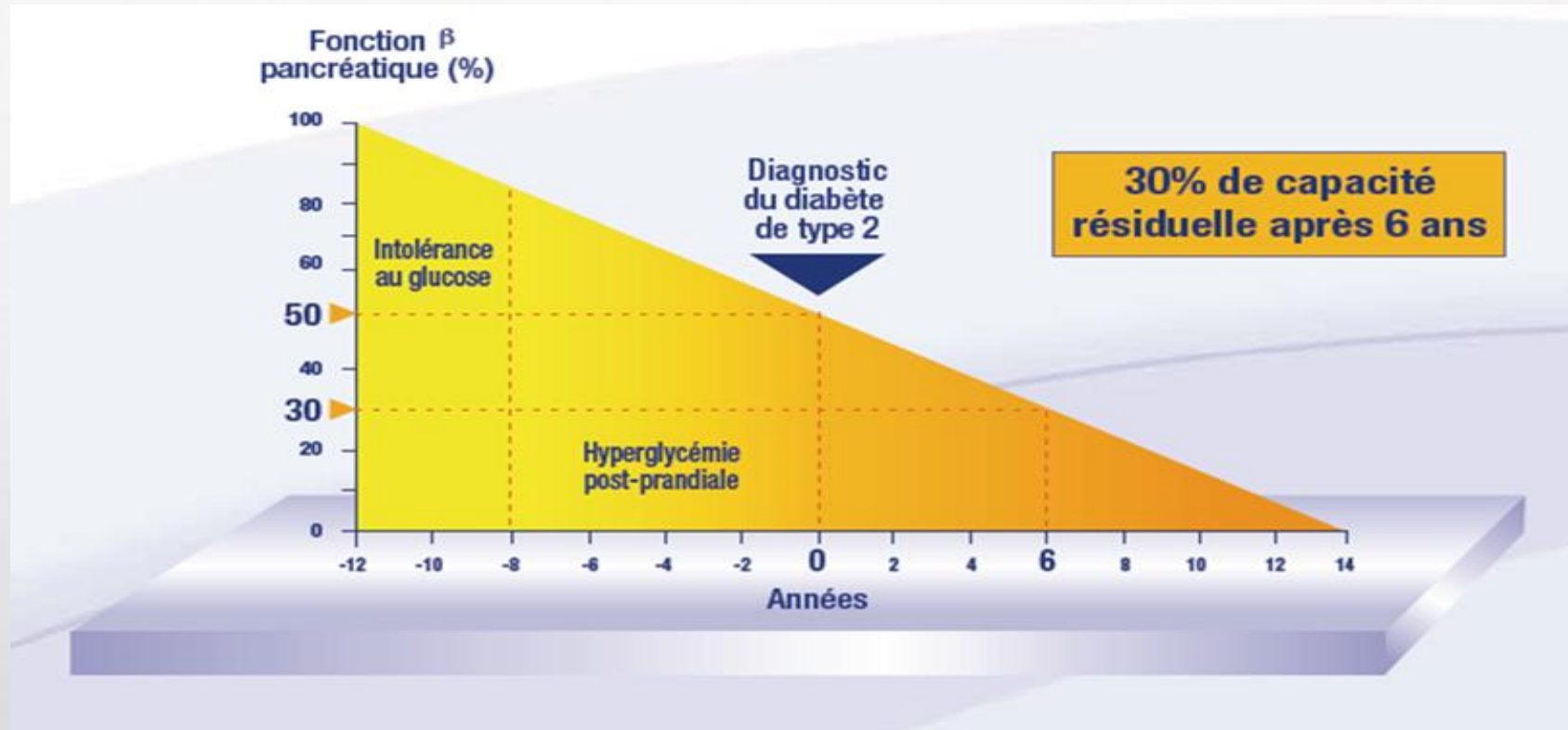
#### Répartition par Unité Médicale 2022



# GENERALITES

- **DEFINITION : DIABETE**
- **MALADIE CHRONIQUE LIEE AUN TROUBLE DE LA REGULATION DE LA GLYCEMIE PAR DEFICIT EN INSULINE SEULE HORMONE HYPOGLYCEMIANTE**
- **DIAGNOSTIC : GLYCEMIE VEINEUSE A JEUN SUP A 1,26 G/L A 2 REPRISES OU GLYCEMIE VEINEUSE SUP A 2G**
- **SURVEILLANCE DU TRAITEMENT ET DE L EQUILIBRE : DOSAGE HBA1C HEMOGLOBINE GLYCOSYLEE OU GLYQUEE 3 MOIS (120JOURS) DU GR OU FRUCTOSAMINE SI HEMOGLOBINOPATHIE (15 JOURS)**
- **BASSE 1% HBA1C EGALE 30% DE COMPLICATIONS EN MOINS**
- **95 % TYPE 2 NON INSULINODEPENDANT**
- **5% TYPE 1 INSULINODEPENDANT**

# GENERALITES



- ★ Passage à l'insuline nécessaire 5 à 10 ans après le diagnostic de diabète de type 2 <sup>(2)</sup>
- ★ HYPERGLYCEMIE CHRONIQUE QUI A DÉJÀ FAIT DES DÉGATS
- ★ DT2 MALADIE EVOLUTIVE DU FAIT DE LA BAISSÉ PROGRESSIVE DE LA SECRETION D'INSULINE

# GENERALITES

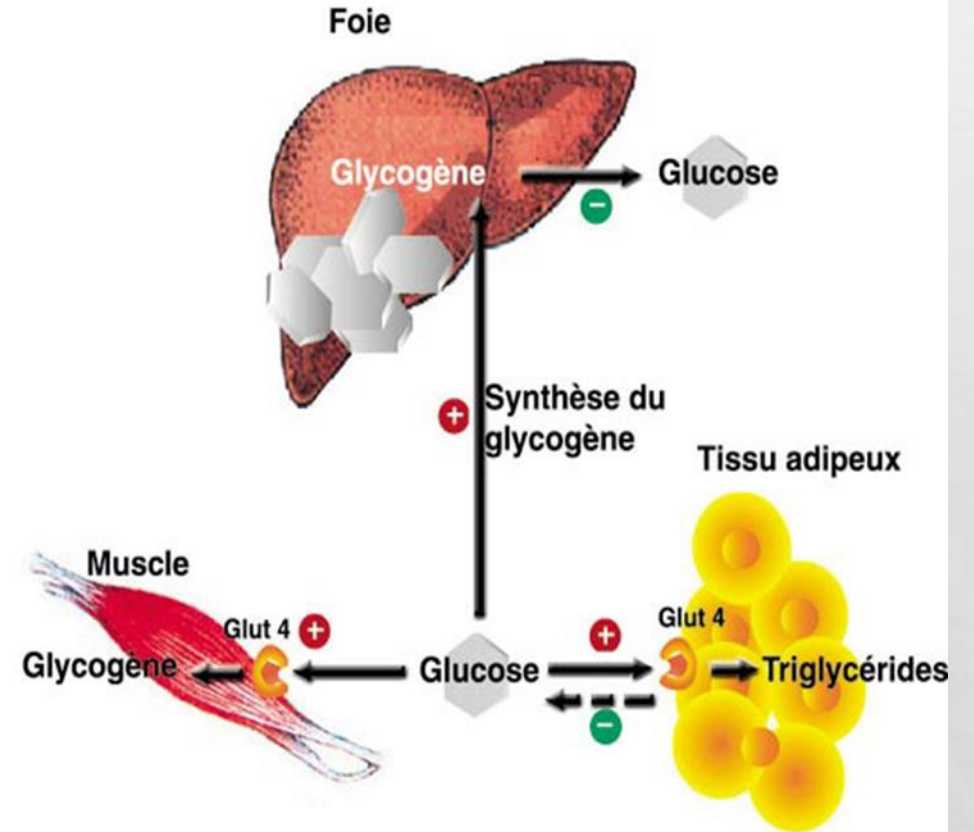
## L'insuline en résumé

C'est la seule hormone capable d'abaisser la glycémie en stimulant :

- l'utilisation du glucose dans les tissus insulino-dépendants
- la mise en réserve du glucose
- en diminuant la production hépatique de glucose

Elle stimule aussi la synthèse de protéides et de triglycérides ainsi que son stockage

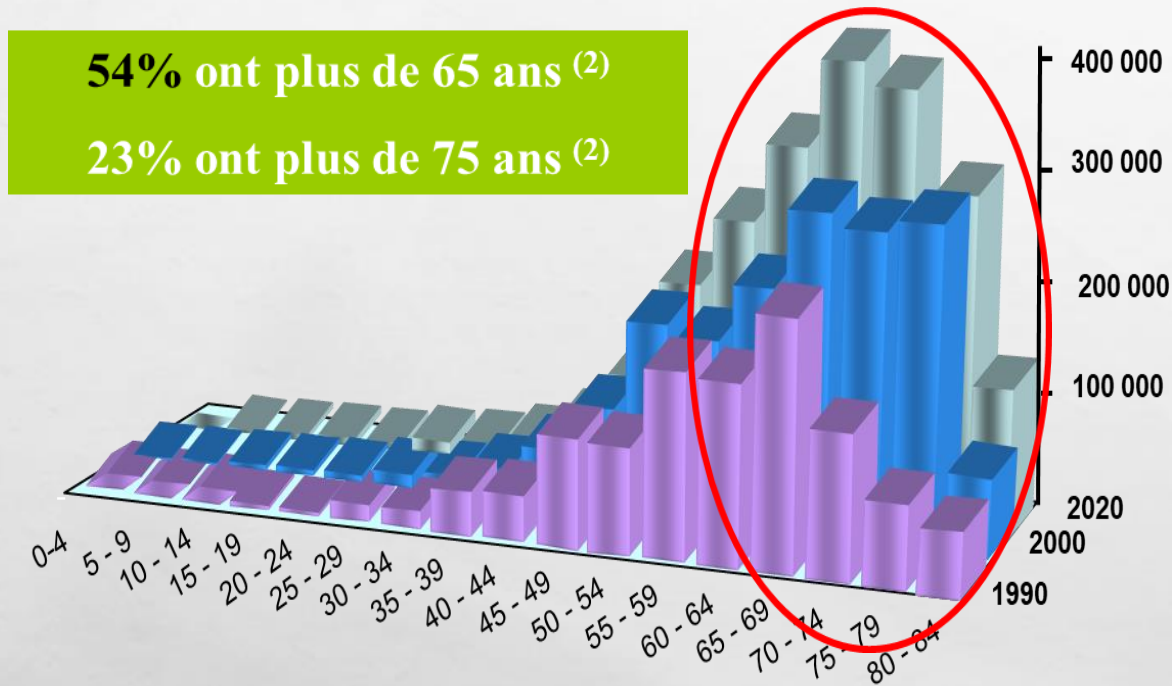
### Effet métabolique de l'insuline sur l'entrée et le stockage du glucose



- ↑ Glycogénogenèse hépatique et musculaire
- ↓ Glycogénolyse
- ↓ Production hépatique de glucose (PHG)
- ↓ Lipolyse
- ↑ Lipogenèse

# GENERALITES

## Prévision de l'évolution du nombre de patients diabétiques par tranches d'âge en fonction de la seule structure d'âge de la population (1)

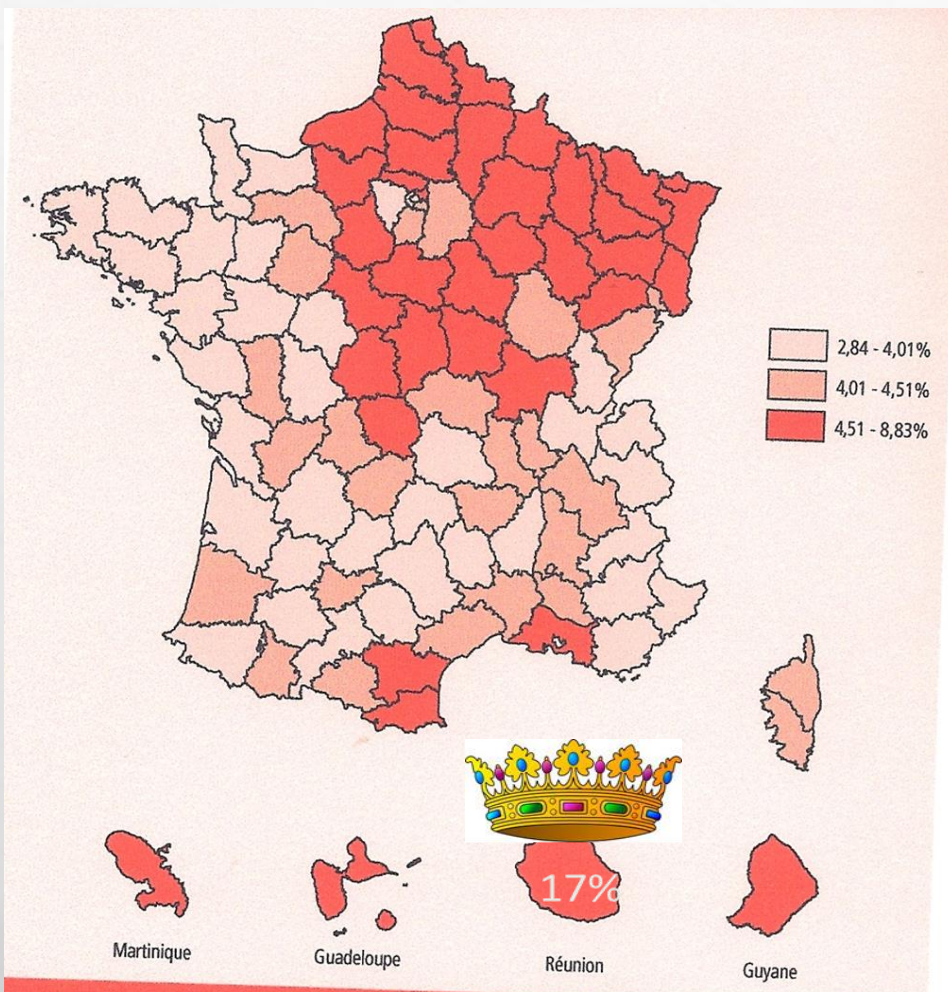


- Environ 3,3% de la population, soit plus de 2 millions de personnes, sont traitées en France pour diabète (1)
- 91% sont des diabétiques de type 2 (2)
- La prévalence augmente en France de 3,2% par an (1)
  - en raison principalement de l'allongement de l'espérance de vie (1) (54% des diabétiques ont plus de 65 ans) (3)
  - et du changement du mode de vie (prévalence de l'obésité – IMC  $\geq 30$  kg/m<sup>2</sup> : 11,3%) (1)

(1) Simon D et al. Diabète: définition, dépistage et épidémiologie. In *Traité de diabétologie de Grimaldi A. Ed. Médecine-Sciences Flammarion. Paris 2005:3-21.*

(2) Névanen S et al. Caractéristiques et état de santé des personnes diabétiques âgées et leur prise en charge médicale, étude Entred 2001. BEH 2005 ; n° 12-13 : 51-2.

# GENERALITES



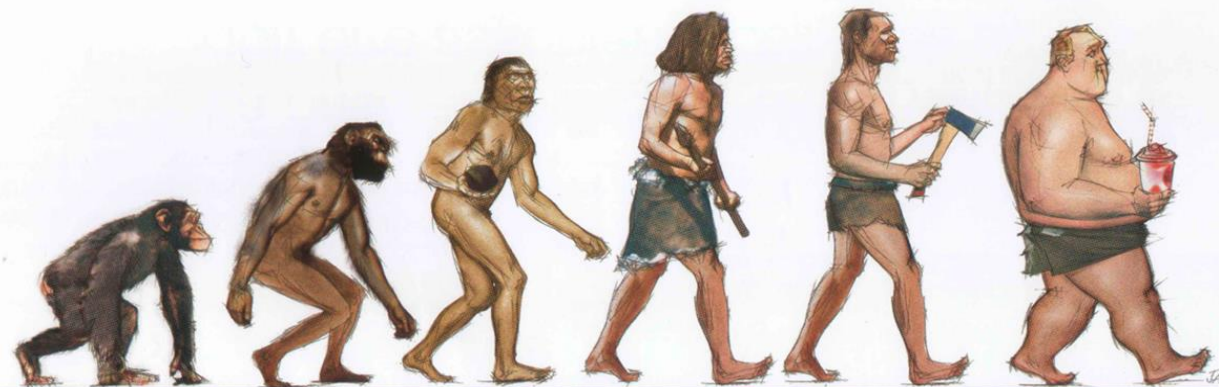
En France la distribution du diabète n' est pas homogène

Le diabète concerne surtout les régions du Nord, de l' Est et les départements d' Outre-Mer

Cette répartition est calquée sur celle de l' obésité

**BEH** Bulletin épidémiologique hebdomadaire

**Invs** INSTITUT DE VEILLE SANITAIRE



# GENERALITES

➤ Dès le diagnostic <sup>(1)</sup>:

**14%** des patients ont déjà au moins une complication **cardiovasculaire**

**8,6 %** des patients ont déjà subi un traitement par laser pour **rétinopathie**

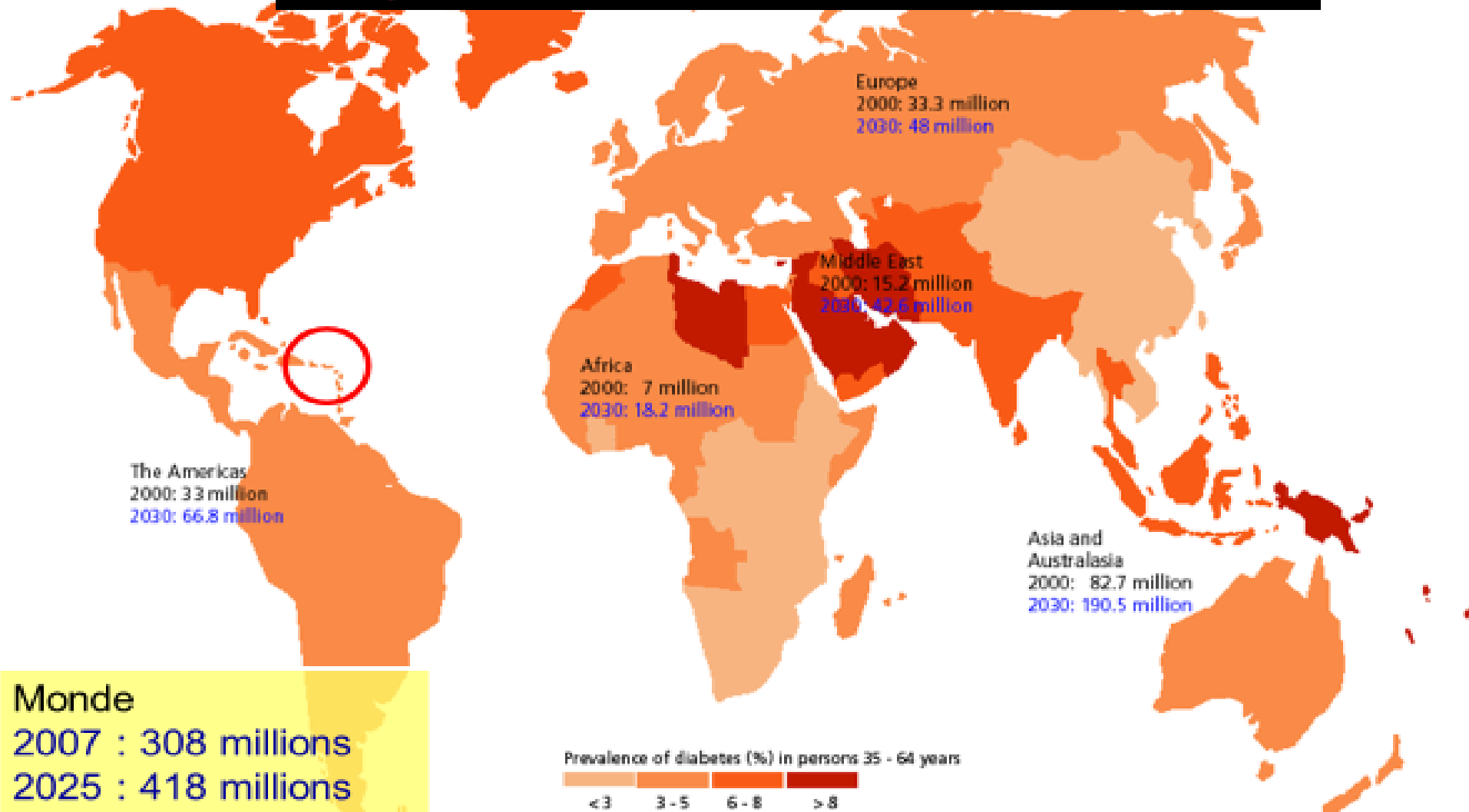
- A terme, de multiples complications peuvent apparaître:
  - **Cécité** : Le diabète est la 1ère cause de cécité chez les sujets de moins de 65 ans dans les pays occidentaux <sup>(2)</sup>
  - **Amputation**: Le diabète multiplie par 14 le risque d' amputation <sup>(2)</sup>
  - **Dialyse**: 20% des patients dialysés sont des diabétiques <sup>(2)</sup>
  - **Décès d'origine cardiovasculaire**: risque augmenté <sup>(3)</sup> par 3
  - **Baisse de l'espérance de vie** de 4 à 8 ans <sup>(3)</sup>

<sup>(2)</sup> Recommandation de bonne pratique de la HAS. Traitement médicamenteux du diabète de type 2 (actualisation). Argumentaire.

<sup>(1)</sup> [www.invs.sante.fr/publications/entred/](http://www.invs.sante.fr/publications/entred/)

<sup>(3)</sup> Verny C et al. Diabète du sujet âgé. In Traité de diabétologie de Grimaldi A. Ed. Médecine-Sciences Flammarion. Paris 2005: 800-810

# L' épidémie de diabète dans le monde



Monde  
2007 : 308 millions  
2025 : 418 millions  
Augmentation de 36%

- **2017 : 123 MILLIONS DE PA DB DANS LE MONDE**
- **2045 : 253 MILLIONS DE PA DB DANS LE MONDE**

# GENERALITES

- **DIABETE OUTRE MER**
- **PRÉVALENCE DOUBLE : 8,1% ( INVS) PLUTOT 10%**
- **ETUDE PODIUM ET CONSANT**
- **PRÉDOMINANCE FÉMININE (HOMME SUP EN MÉTROPOLE)**
- **SURPOIDS 51% H 65% F**
- **OBÉSITÉ 14% H 31% F**
- **ENFANTS ET ADOLESCENTS OBÉSITÉ PLUS PRÉCOCE 22,9% ENTRE 5 ET 15 ANS**
- **FACTEUR SOCIAL MARQUÉ 25%OBÈSES REVENUS INF 900 E VS 7% REVENUS SUP 5300 E**
- **PRECARITE : SCORE EPICE SUP 30**
- **UNE PERTE DE POIDS DE 5 A 10% DIMINUE RISQUE D APPARITION DE DT2**

# PIED DIABETIQUE

- **DEFINITION : PIED DIABETIQUE**
- **ENSEMBLE DES CONSÉQUENCES ENTRAINEES PAR LES COMPLICATIONS VASCULAIRES ET NEUROLOGIQUES AU NIVEAU DES PIEDS CHEZ LES PATIENTS DIABETIQUES PAR HYPERGLYCEMIE CHRONIQUE**
- **APPARITION DES PLAIES FAVORISEE PAR**
  - **ARTERIOPATHIE 15% : PIED ISCHÉMIQUE**
  - **NEUROPATHIE 60% : PIED NEUROPATHIQUE**
  - **ATTENTE MIXTE**
- **RETARD DE CICATRISATION PAR DIMINUTION DES CAPACITES SECRETOIRES ET MIGRATOIRES DES FIBROBLASTES ,AUGMENTATION DU STRESS OXYDATIF, REPOSE INFLAMMATOIRE INAPPROPRIEE PAR LIBERATION DE PRODUITS DE LA GLYCATION**

# PIED DIABETIQUE

- **PIED DE CHARCOT : OSTEOARTHROPATHIE DIABETIQUE DESTRUCTRICE**
- **COMPLICATION DE LA NEUROPATHIE QUI CONDUIT A DE SEVERES DEFORMATIONS DU PIED ET DE LA CHEVILLE VOIRE A L AMPUTATION**
  
- **26 OS , 20 MUSCLES , 7200 TERMINAISONS NERVEUSES**
- **85% DES AMPUTATIONS SONT PRECEDEES D UNE ULCERATION**
- **15% DES DIABETIQUES ONT UNE ULCERATION DU PIED**
- **1/5 SERA AMPUTE**

# PIED DE CHARCOT / MPP



# PIED DIABETIQUE

- **ETUDE DR CHINGAN VANEVA ENTRE 2018 ET 2020 SUR LES CARACTERISTIQUES DES PATIENTS DIABETIQUES DT2 AMPUTES EN GUADELOUPE**
- **AOMI : 58% A MAJEURES 67% A MINEURES**
- **NEUROPATHIE : 96.1% A MAJEURES 99.2% A MINEURES**
- **ATCD AMPUTATION : 40.2% A MAJEURES 31% A MINEURES**
- **HTA : 81.2% A MAJEURES 91.6% A MINEURES**

# ARTERIOPATHIE : AOMI



- **PIED ISCHEMIQUE PAR DIMINUTION APPORT EN OXYGENE ET EN NUTRIMENTS DES TISSUS DU A ARTERIOSCLEROSE A CAUSE HYPOPERFUSION DES TISSUS**
- **PEAU FINE SECHE FROIDE BRILLANTE**
- **PIEDS FROIDS VIOLACES DOULEUR SI ISCHÉMIE**
- **DOULEUR CLAUDICATION INTERMITTENTE , ABOLITION DES POUFS DISTAUX**
- **SI PLAIE PROBLEME DE CICATRISATION : RETARD OU INFECTION GANGRENE**



# NECROSE : MOMIFICATION

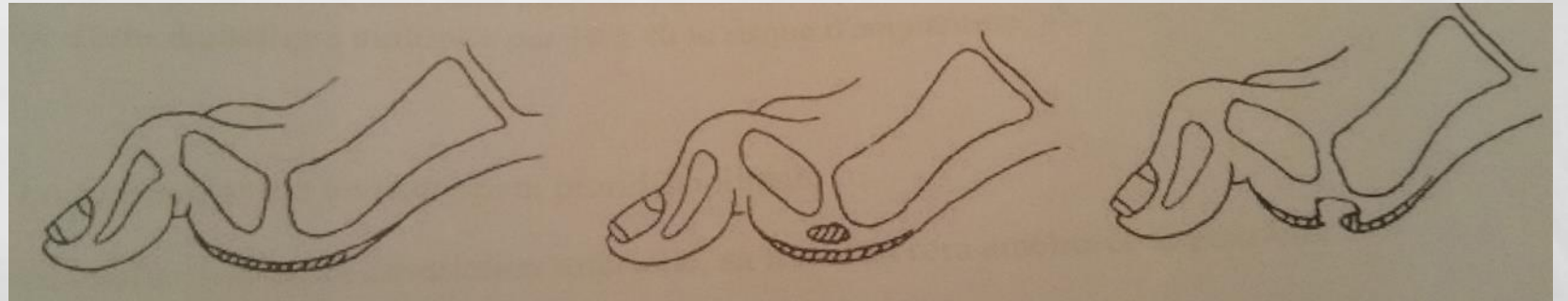


www.shutterstock.com • 1031595757



# NEUROPATHIE

- **MAL PERFORANT PLANTAIRE: ULCERE DU PIED DIABETIQUE AU NIVEAU PLANTAIRE**
- **CRATERE DANS UNE ZONE HYPERKERATOSE (CALLOSITE ) HYPERPRESSION PHLYCTENE OU FISSURE AU DEBUT ASPECT CONE INVERSE BASE INTERNE SOMMET EXTERNE**
- **NON DOULOUREUSE A CAUSE NEUROPATHIE**
- **EVOLUTION CHRONIQUE**
- **DIMINUTION SENSIBILITE**



# **NEUROPATHIE : ATTEINTE SENSIBILITE**

- **DIMINUTION OU INSENSIBILITE FROID/CHAUD : RISQUE DE BRULURE**
- **DIMINUTION OU INSENSIBILITE TOUCHER : CAILLOU DANS CHAUSSURE NON RESSENTI**
- **DIMINUTION OU INSENSIBILITE PROFONDE : POINT D APPUI**
- **DIMINUTION OU IN SENSIBILITE A LA DOULEUR**

# NEUROPATHIE : ATTEINTE NERVEUSE

- **DES NERFS QUI COMMANDENT LES MUSCLES DES PIEDS :**
- **DEFORMATION DES ORTEILS EN GRIFFE OU EN MARTEAU**
- **AFFAISSEMENT DES ARCADES PLANTAIRES**
- **MODIFICATION DE LA REPARTITION DES POINTS D APPUI**
- **DES NERFS DE LA PEAU QUI COMMANDE LA TRANSPIRATION : PEAU SECHE FISSUREE**
- **DES NERFS DES VAISSEAUX : AUGMENTATION DEBIT ARTERIEL ET DES ECHANGES ARTERIOVEINEUX : OEDEME , MAUVAISE PERFUSION DE LA PEAU**



# ORTHESE PLANTAIRE





# ORTHOPLASTIE



# FACTEURS EXTERIEURS

- **CHAUSSAGE INADAPTE : ... LORS APA , CEREMONIES ,**
- **SOINS PEDICURIE INADAPTE**
- **COMPORTEMENT INADAPTE : BAINS CHAUDS, HYGIENE CORPORELLE DEFAILLANTE ALIMENTATION NON EQUILIBREE**

# PIED DIABETIQUE



# SOSSUVLEI : DESERT DU NAMIB



# EVALUATION ARTERIELLE

- **PALPATION POULS DISTAUX ++ PAS DE DETERSION SI ABOLIS IPS**
- **DOPPLER ARTERIEL DES MEMBRES INFERIEURS + MESURE IPS : MEDECIN VASCULAIRE**
- **MESURE PSO**
- **MESURE TCPO2**
- **ANGIOGRAPHIE**
- **ANGIOSCANNER**
- **CONSULTATION CHIRURGIE VASCULAIRE**

# IPS: PAS CHEVILLE / PAS HUMERALE

## INTERPRÉTATION CLINIQUE DE LA MESURE DE L'IPS

IPS	INTERPRÉTATION CLINIQUE		
IPS compris entre 0,90 et 1,30	État hémodynamique normal		
IPS inférieur à un seuil de 0,90	AOMI (sensibilité de 95 % et spécificité proche de 100 %)	0,75-0,90	AOMI bien compensée
		0,40-0,75	AOMI peu compensée
		< 0,40	Retentissement sévère
IPS supérieur à 1,30	Artères incompressibles (médiacalcose)	Grand âge Diabète Insuffisance rénale	

# **EVALUATION PODOLOGIQUE**

- **TEST MONOFILAMENT : TEST NEUROPATHIE**
- **MYCOSES : ONYCHOMYCOSE INTERTRIGO : EXAMEN DES 2 PIEDS**
- **CHAUSSAGE ADAPTE**
- **BILAN ET SOINS PODOLOGIQUE SELON GRADE DE RISQUE**
- **CHUT LPPR 2166740 OU CHUP LPPR 2109238 A PRESCRIRE REMBOURSE SS**

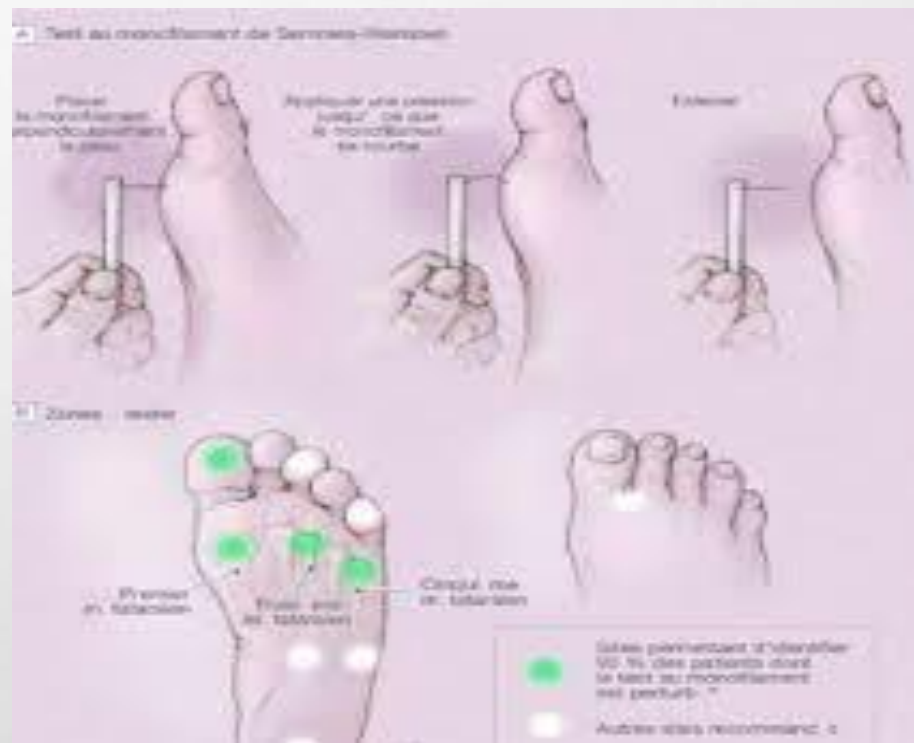
# **PIED DIABETIQUE**

**INTERTRIGO PIED D ATHLETE**

**REGARDER LE PIED CONTROLATERAL**



# TEST MONOFILAMENT: NEUROPATHIE



# GRADATION DU RISQUE PODOLOGIQUE D'ULCERATION DU PIED DIABETIQUE

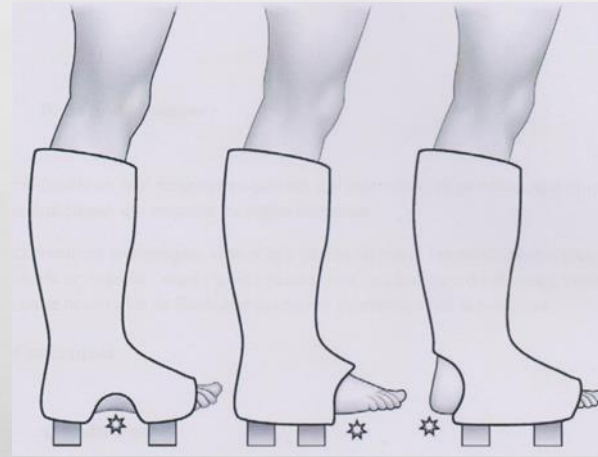
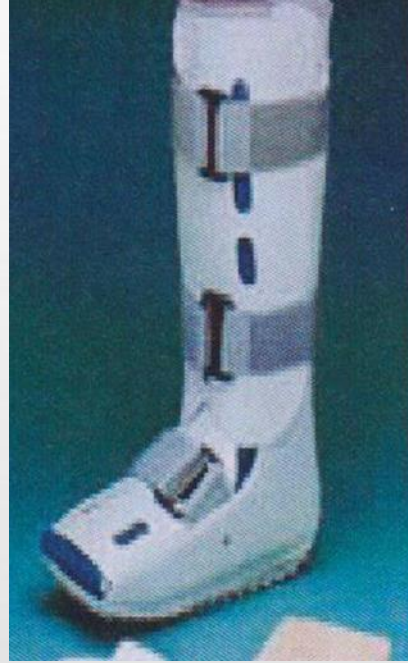
		PRISE EN CHARGE	RISQUE LESIONNEL
<b>GRADE 0</b>	<b>ABSENCE NEUROPATHIE SENSITIVE</b>	<b>EXAMEN ANNUEL DES PIEDS EDUCATION GENERALE</b>	
<b>GRADE 1</b>	<b>NEUROPATHIE SENSITIVE ISOLEE</b>	<b>EXAMEN DES PIEDS TOUS LES 6 MOIS EDUCATION CIBLEE</b>	<b>RISQUE X 5 A 10</b>
<b>GRADE 2</b>	<b>NEUROPATHIE SENSITIVE ASSOCIEE ET/OU ARTERIOPATHIE DES M INF DEFORMATIONS DES PIEDS</b>	<b>EXAMEN PIEDS TOUS LES 3 MOIS 5 SOINS PODOLOGUE REMB SS</b>	<b>RISQUE X 10</b>
<b>GRADE 3</b>	<b>ATCD ULCERATION DEPUIS + DE 4 SEMAINES ET/OU AMPUTATION DES M INF</b>	<b>IDEM GRADE 2 8 SOINS PODOLOGUE REMB SS</b>	<b>RISQUE X 25</b>

# **LA DECHARGE = 1<sup>ER</sup> TRAITEMENT**

- **PERMET DE SOUSTRAIRE LA PLAIE A LA PRESSION DU POIDS DU CORPS**
- **MEILLEURE OXYGENATION DES TISSUS ET APPORTS DES NUTRIMENTS INDISPENSABLES A LA CICATRISATION**
- **DOIT ETRE PERMANENTE POUR ETRE EFFICACE**
- **ALITEMENT**
- **FAUTEUIL ROULANT , DEAMBULATEUR**
- **BOTTES DE DECHARGE + CANNES ANGLAISES**
- **CHAUSSURE DE RANSART**

**PLAIE NON DECHARGEES = NON TRAITEES**

# DECHARGE = ESSENTIELLE



# DECHARGE

- **TAUX DE CICATRISATION**
- **ETUDE DE HA VAN 2003 : 70% 134.2 J AVEC DEMI BAROUK VS 81% 68.6 J AVEC BOTTE FENETREE**
- **DUMONT 2009 : RANSART 70% 60J**

# BILAN SOMATIQUE - SURVEILLANCE

## Examens paracliniques

1  
FOIS  
PAR AN

### ■ Surveillance des yeux

Une des principales complications du diabète est la rétinopathie diabétique. Un suivi régulier chez un ophtalmologiste (1 fois/an) est conseillé.

### ■ Électrocardiogramme de repos

Cet examen permet de dépister des anomalies cardiaques que les patients diabétiques peuvent présenter sans douleur typique.

## Examens biologiques

1 fois  
par an

### ■ Dosage de l'HbA1c tous les 3-4 mois

■ Dosage • du cholestérol total  
• du HDL-cholestérol  
• des triglycérides } dans le sang  
après 12 h  
de jeûne

### ■ Dosage de la créatinine dans le sang

Ce dosage permet de surveiller une éventuelle atteinte rénale.

### ■ Protéinurie ou, si absente, recherche de micro-albuminurie

Une micro-albuminurie supérieure à 30 mg/24 h peut être le signe d'une atteinte rénale débutante.

## Examen clinique

TOUS LES  
3-4  
MOIS

### ■ Poids

### ■ Examen des pieds

### ■ Tension artérielle

En cas d'hypertension artérielle, votre médecin instaurera un traitement antihypertenseur à prendre régulièrement.



# EDUCATION THERAPEUTIQUE : ETP

**1** Signaler immédiatement toute **lésion** même indolore ou **coloration** suspecte.

**2** Inspecter tous les jours vos pieds.

**3** Se laver les pieds chaque jour à l'eau tiède et au savon (5 min maximum). Bien les essuyer.

**4** Garder les **ongles** suffisamment **longs**, les couper au carré et arrondir les coins avec une lime en carton.

**5** En cas de peau très sèche, appliquer une **crème hydratante**. Poncer les zones de corne.

**6** Acheter des **chaussures** en fin de journée. Elles doivent être **souples** et de largeur suffisante. Ne porter les chaussures neuves que quelques heures. Eviter les talons hauts.

**7** Changez vos **chaussettes** tous les jours. Les choisir en fibre naturelle (coton, laine, fil d'écosse...).

**8** Ne pas traiter **soi-même** durillons, cors et ampoules. Voir un pédicure et lui signaler qu'on est diabétique.

**9** Prendre garde au risque de **brûlures** (bouillottes, feu, radiateur...) ou de **gelure**.

**10** Ne jamais marcher  **pieds nus**, quel que soit le lieu.

# CHUT LPPR 2166740 / CHUP 2109238



# **TRAITEMENT : PLURIDISCIPLINAIRE**

- **EVALUATION ARTERIELLE : DOPPLER IPS PSO REVASCLARISATION AOMI PAS DE DETERSION NI COMPRESSION SI IPS INF À 0,8**
- **TRAITEMENT DE INFECTION : ATB**
- **ETAT GENERAL OPTIMISE : NUTRITION CORRECTION DENUTRITION FONCTION RENALE OPTIMALE**
- **EQUILIBRE DIABETIQUE : INSULINOTHERAPIE TRANSITOIRE SI BESOIN**
- **VACCINATION ANTITETANIQUE**
- **DECHARGE +++**
- **PEC DOULEUR**
- **ARRET TABAC CORRECTION FR CV : HTA CHOL**
- **PANSEMENT ADAPTES A EXUDAT LIT DE LA PLAIE**
- **RISQUE = AMPUTATION SI INFECTION**

# PIED DIABETIQUE

- **TOUTE PLAIE DU PIED DIABETIQUE DOIT ETRE ADRESSEE A UN CENTRE SPECIALISE DANS LA PRISE EN CHARGE DU PIED DIABETIQUE DANS LES 48H**
- **TT MEDICAL . SOINS LOCAUX + DECHARGE + EQUILIBRE GLYCEMIQUE**
- **TT CHIRURGICAL :**
- **URGENCE VITALE : SAU SEPSIS FIEVRE SUP 38 5 HYPOTA TACHYCARDIE CREPITATIONS  
DECOMPENSATION DIABETIQUE : DEXTRO HI ,CETONEMIE POSITIVE ,VOMISSEMENTS ,DOULEUR  
ABDOMINALE**

# **TROP TARD**

**PIED DIABETIQUE INFECTE AVEC GANGRENE  
HUMIDE**

**SUR NECROSE ISCHEMIQUE**

**PAS D AUTRE CHOIX QUE L AMPUTATION**



NEV		POLE SANTE NOUVELLES EAUX VIVES		FICHE DE BILAN PODOLOGIQUE	
INFORMATIONS		Date:		NOM Cachet et signature du médecin	
NOM Prénom, DDD					
Traitement du diabète : Régime <input type="checkbox"/> Comprimés <input type="checkbox"/> Insuline <input type="checkbox"/>					
Année de découverte du diabète : _____ Dernier HbA1C : % ( )					
Artérite connue : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> (abolition des pouls ou pontage ou doppler)					
Neuropathie connue : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> (perte de la sensibilité du monofilament)					
Déformation des pieds OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>					
Antécédent d'amputation ou de lésion des pieds de plus de 3 mois : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>					
Gradation du risque : 0 _____ Bilans et soins podologiques prescrits uniquement aux grades 2 et 3					
<b>Bilan initial réalisé par le podologue</b>		<b>Date:</b>			
Antécédent plaie : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>		Localisation:			
Hygiène: Bonne <input type="checkbox"/> Mauvaise <input type="checkbox"/>		Parvient à toucher ses pieds: OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>			
Accuité visuelle: Bonne <input type="checkbox"/> Mauvaise <input type="checkbox"/>		Auto examen des pieds Possible <input type="checkbox"/> Impossible <input type="checkbox"/>			
Activité physique: OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>		Chaussage dans la maison Bon <input type="checkbox"/> Mauvais <input type="checkbox"/>			
Chaussage en ville: Bon <input type="checkbox"/> Mauvais <input type="checkbox"/>		Marche pieds nus OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>			
<b>PIED GAUCHE</b>	<b>OUI</b>	<b>NON</b>	<b>Nombre d'orteils</b>	<b>OUI</b>	<b>NON</b>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Orthonyxies	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Port de prothèses plantaires	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Port d'orthoplastie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>Aspect de la peau</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Oedemes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sécheresse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hyperhydrose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hyperkératose(HK)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Mycose(M)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Crevasse Ø	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>Déformation - Troubles statique</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hallus Valgus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Orteils en griffes (OG)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Autres déformations2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ongles	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Onychomycose (OM)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ongles Hypertrophiques (OH)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>Ongle incarnés (OI)</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Présence de lésions	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Mal perforant (MP)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ischémie-Gangrène	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Autres lésions	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>Evaluation du risque</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pouls pédieux perçus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pouls tibiaux postérieurs perçus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Monofilament perçu 1er orteil	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Monofilament perçu 1er méta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Monofilament perçu 5ème méta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>Mise en situation (leure)</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Perception	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Résection adaptée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Temps nécessaire à la réalisation du bilan: minutes		médio-pieds valgus, arrière-pied pronaté		NOM Cachet et signature du podologue	
Zone d'hyper appui au podoscope OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>					



## COMPTE RENDU DE CONSULTATION PLAIE

Basse terre le :  
 Cher confrère,  
 J'ai vu ce jour en consultation Mme/Mr :  
 Né(e) le :  
 Domicilié(e) à :  
 Médecin traitant :  
 Adressé par :  
 Antécédents  
 Examen clinique  
 Examens complémentaires  
**Plaie** : siège

- Ulcère
- Escarre  Autre
- Bourgeonnant  fibrine
- Inflammatoire  Exsudat
- Peau péri lésionnelle  Saine
- Inflammatoire
- Dimension : Evolution :

**Protocole de soins :**  
 Fréquence réfection pansement : tous les jours  
 tous les 1 à 2 j

Lavage eau + savon doux neutre (pas de savon de Marseille ou caustique) Rinçage à eau claire (sous la douche) puis séchage minutieux par tamponnement à la compresse sèche.

Nettoyage de la plaie au sérum physiologique puis séchage minutieux à la compresse sèche (surtout entre les orteils). Déterision des croutes squames et hyperkératose si nécessaire.

Pansement primaire :  
 Pansement secondaire :  
 Maintien : contention

veineuse :  
 Rdv de suivi le : si problème  
 prévenir en appelant le : 0590.99.82.87 ou par mail au secrétariat :  
 m.turpin@cliniquenev.com

Nous vous remercions de votre collaboration.

**MERCI POUR VOTRE ATTENTION**



