

CENTRE ASSAL
— DE MÉDECINE
ET DE CHIRURGIE
——— DU PIED



PRISE EN CHARGE DUALE PAR
— **LE CHIRURGIEN ORTHOPÉDIQUE ET**
L'INFIRMIER

——— PD DR M. ASSAL & C. RIESEN

— 25 MAI 2023, MORGES

Equilibre

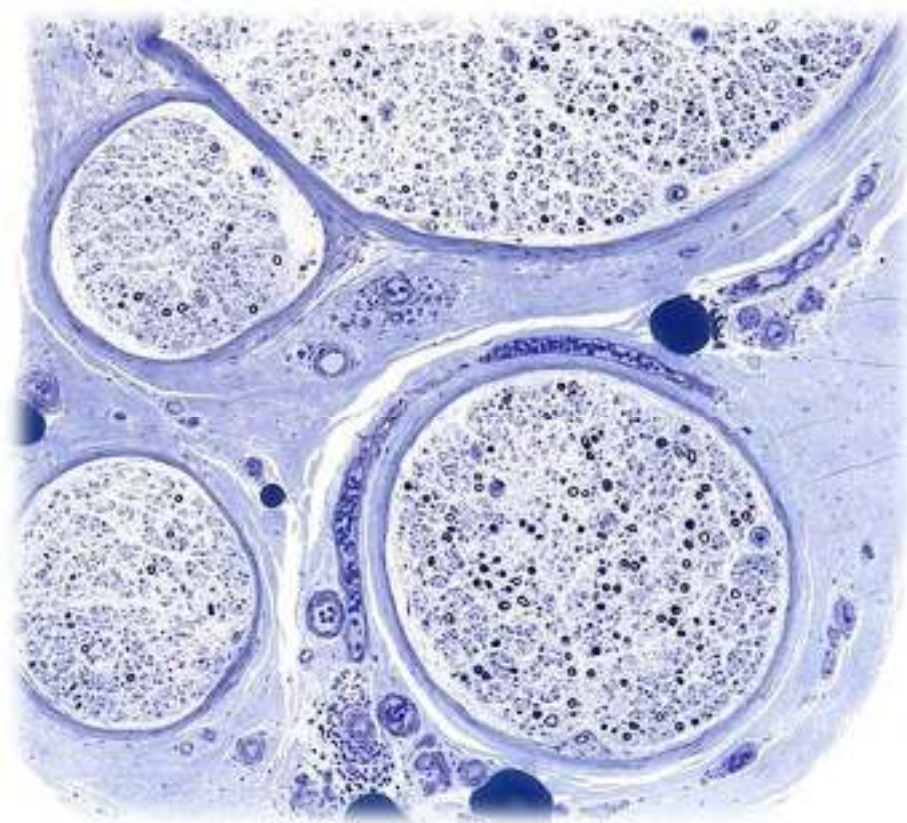


Déf: État de stabilité d'un système obtenu par l'égalité de forces qui se joignent pour créer une harmonie fonctionnelle (Larousse)

Situation Clinique #1

- Neuroarthropathie de Charcot avec ulcération neuropathique

« La perte de la sensibilité nous expose à notre propre perte, car nous perdons l'un de nos plus important allié: la douleur » (J. Gould)



« La douleur, ce cadeau dont personne ne veut » (P. Brand)

— L'ULCÈRE NEUROPATHIQUE

Conditions menant à sa formation



Zone d'hyperpression



Insensibilité (mesurée au Monofilament)



Ulcère neuropathique

EXCES DE CHARGE, EXCES DE FROTTEMENT + ABSENCE DE SIGNAL D'ALARME → ULCERE



Anamnèse

- Patiente de 63 ans
- Diabétique sous ADO, diabète stable
- HTA et Hypercholestérolémie traités
- BMI 26,5
- Pas de IAMI
- Amputation O1 pied droit sur infection (2013)
- Pied de Charcot traité par attelle de CROW , en phase de coalition depuis 2014 actuellement chaussée (sur mesure)
- Plaie plantaire pied droit **depuis des mois**, faisant suite à un traumatisme (marche sur un Lego pieds nus) prise en charge dans divers consultations spécialisées



Début de la prise en charge

Etat des lieux avec le « POSSIBLE »

Physiopathologie : plaie accidentelle qui s'est compliquée en ulcère de grade 2 (selon l'échelle de wagner) c/o patiente atteinte d'une neuropathie diabétique sévère et d'un pied de Charcot

Observation : Plaie plantaire en regard du cuboïde, chronique et sans évolution depuis plusieurs mois

Satisfaction : patiente fatiguée des soins et des échecs répétés. Dit être compliant.

Superficie : de 1,5x1cm profonde de 1cm, cavitaire avec un décollement des berges (environ 5cm²), sans contact osseux.

Infection : sans signe de surinfection mais avec ATCD de nombreuses infections (et ttt ATB)

Berges : hyperkératosiques, après débridement, macérées, peu épaisses et fragiles.

Lit de la plaie : les tissus au fond de la plaie sont bien colorés, rosés mais avec une « architecture » particulière (plis, invaginations), peu de fibrine.

Exsudats : le pansement (alginate Ag et cp sèche) est partiellement saturé par un liquide séreux clair. Pas d'écoulement actif.

Début de la prise en charge

Objectifs avec le « TIME »

Tissus nécrosés/atones :

- Débrider les tissus atones pour favoriser la granulation de la plaie par le fond

Infection :

- Maintenir la situation actuelle, éviter une surinfection

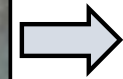
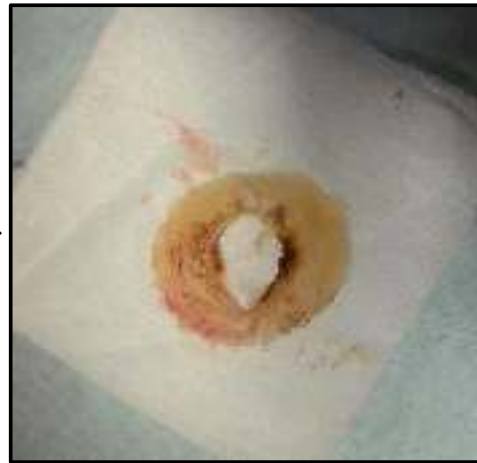
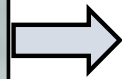
Maintien d'un milieu humide :

- La plaie nécessite le maintien d'un milieu humide pour favoriser la cicatrisation

Etat des berges :

- Protéger les berges qui sont peu épaisses et macérées.
- Diminuer/supprimer l'important décollement des berges

Début de la prise en charge



Début de la prise en charge

Mesures prises simultanément

→ Appel à l'orthoprothésiste qui suit Mme A :

1. Vérifier les chaussures/semelles
2. Augmenter la décharge de la plaie au niveau de la semelle qui ne semble pas suffisante

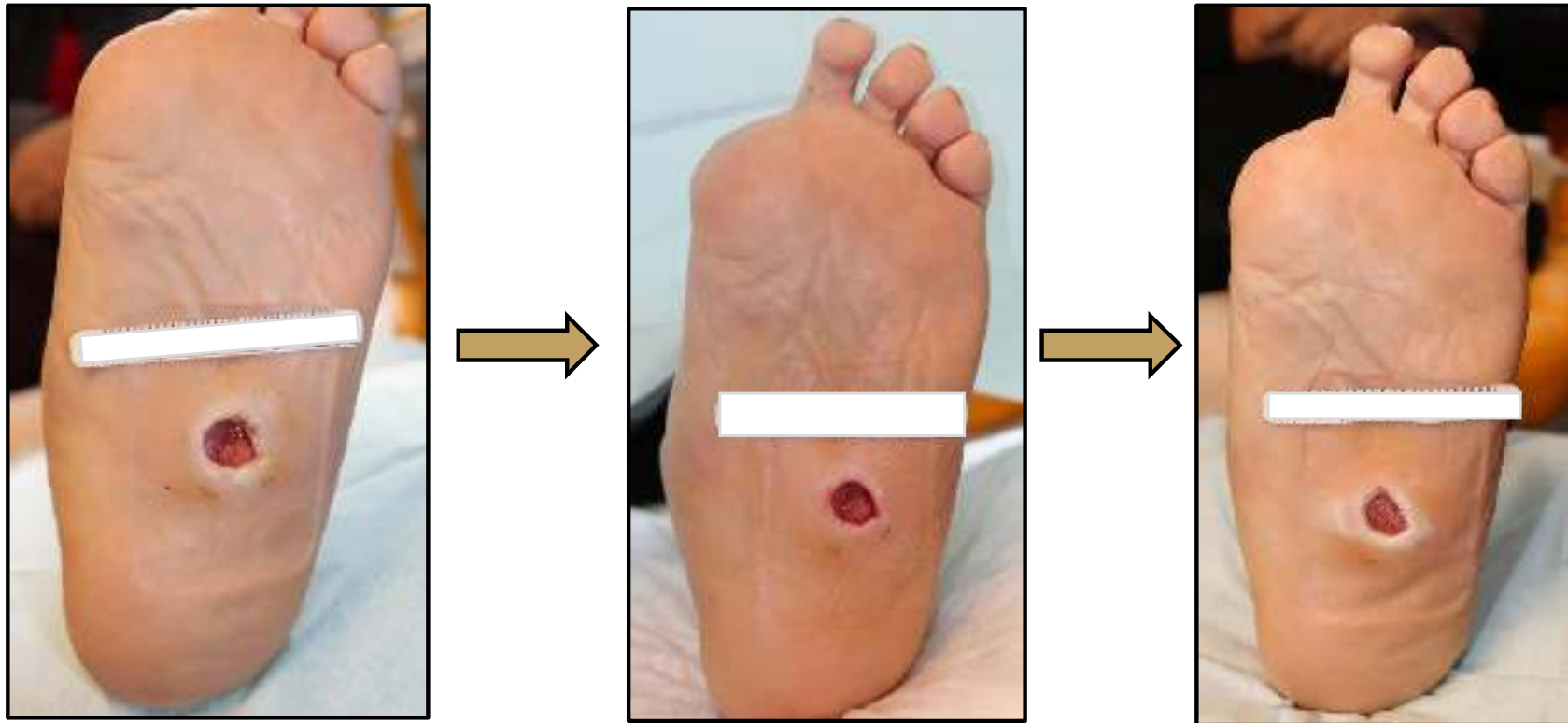
Discussion infirmier/ chirurgien

- Pas de péjoration système artériovo-veineux
 - Chaussage va être optimisé
 - Pas de surinfection
- On tente une approche conservatrice
- A noter cependant sur bilan RX :



Evolution

Diminution progressive de la taille de la plaie, une diminution du décollement, les tissus péri-lésionnel sont plus souples.



Evolution

- nette progression de la plaie qui diminue de surface mais aussi de profondeur à chaque rendez-vous
- écoulements rares, berges de la plaie sans macération



Evolution

Malgré la poursuite des soins et le chaussage adapté :

- La plaie se péjore à nouveau
- Peu visible sur la photographie mais sous-minage important et plaie profonde
- Situation déjà apparue lors de précédentes prise en charge



Discussion infirmier/ chirurgien

- On décide de pratiquer un « shaving » de la protubérance osseuse pour diminuer le conflit mécanique
- Voie d'abord latérale et fermeture de la plaie plantaire après excision des berges



Evolution

- Malgré l'intervention on constate une déhiscence importante au retrait des fils à 3 sem post-op



Discussion infirmier / chirurgien

- Après un nouvelle tentative d'avivement et de fermeture par suture = nouvel échec
- On décide de passer à une prise en charge plus agressive : mise en place d'un fixateur externe
- Nouvelle tentative de fermeture de la plaie par suture

Résultat de l'intervention



Evolution à 3 sem post-op



Evolution

Quelques semaines après
retrait du Fixateur
Externe:

- Toutes les plaies sont cicatrisées



Adaptation du chaussage



Conclusions

- Patiente avec ulcération chronique insolvable malgré soins infirmiers optimisés
- Nécessité d'apporter l'expertise chir pour venir à bout des phénomènes mécaniques liés à la perte de plantigrarité et neuropathie
- Risque thérapeutique/chirurgical qui est très significatif car il n'y a pas de **petite solution** chirurgicale et que le terrain est déjà miné par une contamination et parfois un terrain vasculaire, une touche neuropathique associé et un problème de tonicité tissulaire

Conclusions

- La prise en charge d'abord conservatrice puis chirurgicale demande de la part du duo infirmier/chirurgien une excellente communication pour que chacun puisse déployer ses compétences au bon moment et que la prise en charge soit optimale