

**EVALUATION ET PRISE EN CHARGE
DU PIED DIABÉTIQUE DANS UN SERVICE
DE MÉDECINE PHYSIQUE**

**INÈS ALOULOU, CATHERINE DZIRI, OLFA KHARRAT, IMEN
MIRI, FATMA Z BEN SALAH, SONIA LEBIB.**

*Service de Médecine Physique et de Réadaptation Fonctionnelle,
Institut National d'Orthopédie Mohamed Kassab, Ksar Said,
La Manouba, Tunisie (Assessment and management of diabeti
foot in a physical medicine unit)*

RÉSUMÉ

Introduction :

Les conséquences du pied diabétique sont graves entraînant parfois un handicap majeur. L'objectif du travail est de montrer les différents moyens d'évaluation et de prise en charge du pied diabétique dans un service de médecine physique.

Matériels et méthodes :

Nous avons inclus dans cette étude les patients diabétiques hospitalisés ou suivis à la consultation de médecine physique en 2011 et 2012 et présentant des problèmes au niveau des pieds. Pour chaque patient, nous avons déterminé différentes caractéristiques, les données de l'examen clinique et les différents moyens de prise en charge.

Résultats :

28 patients sont inclus dans ce travail. La moyenne d'âge est de 63,64 ans.

Une anomalie statique est diagnostiquée dans 8 cas, un hallux valgus dans 3 cas et un pied de Charcot dans 2 cas. Des complications infectieuses sont constatées dans 5 cas, des conflits cutanés dans 4 cas et des troubles de la sensibilité dans 10 cas.

Un traitement des douleurs neuropathiques est instauré dans 9 cas avec une évolution favorable dans tous les cas.

Un appareillage de décharge type Barouk est prescrit dans 2 cas et une décharge totale dans 2 cas de pied de Charcot. L'évolution est favorable dans tous les cas. Des orthèses plantaires sont prescrites dans 6 cas, des chaussures orthopédiques dans 6 cas et des orthoplasties dans 3 cas.

Des conseils d'hygiène des pieds sont donnés à tous les patients.

Conclusion :

La prise en charge du pied diabétique en médecine physique est multidimensionnelle impliquant différents moyens thérapeutiques.

INTRODUCTION

La Tunisie connaît une prévalence accrue du diabète et par conséquent des complications possibles de cette pathologie (1). On estime que la prévalence du diabète est de 9,9 % dans la population tunisienne et qu'elle est encore plus élevée chez les personnes âgées (2,3).

Le pied diabétique est de plus en plus observé dans nos consultations. L'évaluation des différentes anomalies du pied diabétique devrait être systématique pour chaque patient diabétique permettant le dépistage d'anomalies jusque là méconnues ou négligées.

Quel que soit le motif de consultation, tout patient diabétique doit bénéficier d'un examen clinique complet et d'une prise en charge adaptée.

Les données épidémiologiques sur le pied diabétique sont variables selon la méthodologie utilisée dans chaque étude. Les chiffres varient entre pays et également à l'intérieur d'un même pays (4). D'après les données publiées par le Groupe international de travail sur le pied diabétique (International Working Group on The Diabetic Foot) en 2011, on estime que dans le monde, chaque année, plus d'un million de patients diabétiques subissent une amputation secondaire à une complication au niveau du pied. Une amputation est réalisée toutes les 30 secondes. La majorité de ces amputations sont précédées d'un mal perforant plantaire (5).

Les complications du pied diabétique ont un impact socioéconomique lourd lié aux traitements médicaux, hospitalisations, chirurgies, arrêts de travail...

Ainsi, la mise en place de mesures de prévention des complications au niveau du pied est indispensable dans le suivi du patient diabétique.

L'objectif de notre étude est de démontrer les différents moyens de prise en charge du pied diabétique dans le service de médecine physique.

MATÉRIELS ET MÉTHODES

Nous avons inclus dans cette étude les patients diabétiques hospitalisés ou suivis à la consultation de médecine physique en 2011 et 2012 et présentant des problèmes au niveau des pieds. Pour chaque patient, nous avons recueilli différentes caractéristiques : âge, sexe, profession, antécédents médicaux et chirurgicaux, durée d'évolution du diabète et lieu de suivi.

L'examen des pieds consiste à rechercher des déformations, des conflits cutanés, une plaie négligée ou méconnue par le patient, une lésion pré-ulcératrice (hyperkératose localisée, fissure profonde, sécheresse cutanée excessive), des troubles trophiques, une appréciation des pouls périphériques, un examen de la sensibilité tactile, thermoalgique et profonde, une appréciation de la trophicité musculaire et l'exploration des réflexes ostéotendineux. Un examen du chaussage est fait systématiquement pour chaque patient. Un examen sur podoscope dépiste un éventuel trouble statique et identifie les zones d'hyperpression. Un bilan douleur permet de rechercher surtout des douleurs neuropathiques évaluées par l'échelle DN4.

Des examens complémentaires sont demandés en fonction du contexte : radiographie du pied à la recherche d'ostéite en cas de mal perforant plantaire, échographie doppler artériel des membres inférieurs en cas de suspicion d'artériopathie oblitérante des membres inférieurs, exploration neurophysiologique en cas de neuropathie diabétique, examens biologiques standards permettant de vérifier l'équilibre du diabète et de dépister d'éventuelles anomalies métaboliques associées, prélèvement bactériologique en cas de lésion au niveau du pied...

Dans chaque cas, nous avons précisé les éléments de prise en charge : traitements médicaux, appareillage, éducation thérapeutique...

RÉSULTATS

28 patients sont inclus dans ce travail : 21 femmes et 7 hommes. La moyenne d'âge est de 63,64 ans.

Les patients sont adressés pour prise en charge de pied diabétique dans 9 cas, après amputation unilatérale d'un membre inférieur dans 4 cas et pour polyarthralgies dans le reste des cas. Une anomalie statique avec des hyper appuis est diagnostiquée dans 8 cas, un hallux valgus dans 3 cas et un pied de Charcot dans 2 cas. Des complications infectieuses sont constatées dans 5 cas : intertrigo inter-orteil dans 4 cas et ongle incarné dans un cas. Des conflits cutanés sont constatés dans 4 cas : mal perforant plantaire dans 2 cas et durillons dans 2 autres cas. Des troubles de la sensibilité tactile sont objectivés dans 10 cas, des réflexes ostéotendineux abolis au niveau du pied dans 14 cas, des douleurs neuropathiques dans 9 cas dont 3 cas objectivés par une exploration neurophysiologique.

Un traitement local pour la sécheresse plantaire est administré dans 20 cas. Un traitement des douleurs neuropathiques est instauré dans 9 cas, il s'agit de la Prégabaline dans 2 cas, d'une vitaminothérapie B dans 4 cas et d'une association vitamine B et Carbamazépine dans 3 cas. L'évolution est favorable chez tous les patients.

Un traitement vasodilatateur artériel est prescrit dans 5 cas : 2 cas présentant un mal perforant plantaire et 3 cas présentant des pouls périphériques faibles sans autres signes cliniques associés.

Un appareillage de décharge type chaussure de Barrouk était proposé dans 2 cas, relayé par la suite par des chaussures orthopédiques sur mesure. L'évolution a été favorable chez ces deux patients avec cicatrisation des lésions cutanées (Fig. 1). Dans les 2 cas de pied de Charcot, une décharge totale du pied avec cannes canadiennes a permis la cicatrisation des lésions et la régression des œdèmes. Elle a été relayée ensuite par des chaussures orthopédiques sur mesure. Pour le reste des cas : des orthèses plantaires sont prescrites dans 6 cas, des chaussures orthopédiques chez 6 patients et des orthoplasties dans 3 cas permettant de corriger le conflit entre les orteils.

Une éducation thérapeutique est dispensée à tous les patients, comportant des conseils d'hygiène des pieds et une sensibilisation à l'inspection quotidienne des pieds.

DISCUSSION

Le pied diabétique représente l'une des principales causes d'amputation dans le monde après les accidents de la voie publique (4). Il se définit par l'ensemble des manifestations pathologiques atteignant le pied, secondaires à l'effet délétère du diabète sur les nerfs périphériques et/ou sur la circulation artérielle des membres inférieurs, et souvent précipitées par la survenue d'une infection (6). Les principaux mécanismes à l'origine de ces lésions sont la neuropathie diabétique et l'artériopathie diabétique.

La neuropathie diabétique

Il s'agit de la complication la plus fréquente. Elle est, cependant, souvent sous estimée. La présence d'une neuropathie augmente avec l'ancienneté du diabète, l'âge du patient et surtout le déséquilibre métabolique (6).

L'atteinte des fibres sensibles entraîne une perte de l'alerte douloureuse. Des traumatismes au niveau du pied peuvent donc passer inaperçues : conflits avec les chaussures, marche pieds nus ou parfois des brûlures thermiques profondes (7, 8).

Quant à l'atteinte des fibres motrices, elle entraîne une atrophie musculaire, un déséquilibre entre muscles extenseurs et fléchisseurs et une altération de la laxité ligamentaire à l'origine de déformations. Des zones nouvelles d'hyper appuis apparaissent (9).

La neuropathie végétative autonome vient aggraver la situation par la réduction de la sudation, source de sécheresse cutanée excessive qui participe à la constitution d'hyperkératose aux points de pression (Fig. 2).

L'artériopathie diabétique

La pathogénie de l'artériopathie diabétique fait appel à différents facteurs d'athérombose que l'hyperglycémie peut accélérer. Les conséquences de cette atteinte sont l'ischémie tissulaire, la susceptibilité aux infections et le retard de la cicatrisation (6, 9).

Autres facteurs de risque du pied diabétique

Certaines études ont rapporté d'autres facteurs de risque pouvant participer à l'apparition ou l'aggravation de lésions au niveau du pied : la présence de rétinopathie empêchant l'inspection correcte du pied, le bas niveau socioéconomique entraînant un manque

d'hygiène au niveau des pieds et la durée d'évolution du diabète (10, 11).

Dans cette étude, la consultation du pied diabétique permet d'identifier différentes atteintes au niveau du pied parfois méconnues par le patient.

Les troubles de la sensibilité sont trouvés chez environ le tiers de la population étudiée. Cette atteinte pourrait être mieux dépistée par le test au Semmes-Weinstein monofilament 10 grammes qui constitue le meilleur test de la sensibilité à la pression fine (7, 12, 13, 14). Ce test est préconisé par la Direction des Soins de Santé de Base et il est actuellement disponible dans les centres de soins de santé de base en Tunisie (15).

L'examen du chaussage et l'évaluation du niveau de connaissance du patient à propos du pied diabétique est nécessaire afin d'adapter la prise en charge et le degré d'adhésion au traitement proposé (10, 11).

L'éducation thérapeutique est dispensée à tous les patients diabétiques. La sensibilisation à un bon équilibre glycémique est la première étape dans la prise en charge, quel que soit le degré d'atteinte au niveau du pied.

La maîtrise d'un bon contrôle glycémique permet de réduire surtout l'incidence de la neuropathie diabétique (16). Le traitement des autres facteurs de risque vasculaires (hypertension artérielle, tabagisme...) est indispensable (17).

Les autres moyens utilisés dans la prise en charge sont détaillés ci-dessous.

Moyens médicamenteux

Des traitements locaux sont parfois utiles en cas de sécheresse plantaire. Ceci permet d'éviter l'installation de fissures ou crevasses. Toutefois, en cas de durillons constitués, ces traitements ne sont pas efficaces et il faudrait plutôt faire des soins locaux chez le podologue. En pratique, les soins de pédicurie n'ont pu être proposés chez les malades suivis du fait du coût élevé et de l'absence de prise en charge par les caisses d'assurance maladie.

Les douleurs neuropathiques sont observées dans 9 cas dans notre série. Ces douleurs sont évaluées par le questionnaire DN4. Elles sont maîtrisées dans tous les cas par différentes molécules.

Selon des recommandations récentes de la société française d'étude et de traitement de la douleur, la Gabapentine et la Prégabaline sont les molécules recommandées en première intention dans le traitement des douleurs neuropathiques du diabète (18). Cependant, le coût élevé de ces nouvelles molécules ne permet pas la prescription pour tous les cas. Nous avons, par ailleurs, observé une réponse thérapeutique favorable à d'autres molécules ne faisant pas partie des nouvelles recommandations telles que la Carbamazépine et la vitaminothérapie B.

Les vasodilatateurs ne sont pas recommandés selon certains auteurs. Les antiagrégants plaquettaires sont en revanche indiqués, ils permettent de maintenir le débit artériel et de diminuer les risques de thrombose (16). De nouvelles perspectives dans le traitement du pied diabétique artéritique utilisant des cellules souches, sont en cours d'évaluation (19).

L'appareillage du pied diabétique

De nombreux dispositifs médicaux sont proposés pour le pied diabétique, certains sont de type préventif, d'autres à visée curative.

Appareillage à visée préventive

Il a pour objectif principal de limiter les conflits et d'améliorer la protection des zones à risque (7). Ce type d'appareillage est réalisé généralement sur mesure afin de s'adapter à chaque pied. La réalisation d'orthèses plantaires permet de corriger les troubles statiques des pieds, de répartir correctement les appuis et de décharger d'éventuelles zones d'hyperpression. Les orthèses plantaires ne dispensent pas d'un chaussage adapté et doivent être régulièrement renouvelées.

Les chaussures orthopédiques peuvent être prescrites chez les patients diabétiques notamment ceux qui présentent des difficultés de chaussage. Dans notre série, ce type de chaussures a été prescrit d'emblée chez 6 patients présentant des déformations au niveau des pieds. Ils sont pris en charge par la Caisse Nationale d'Assurance Maladie (CNAM).

Les orthoplasties sont des petits appareillages en silicone qui ont pour rôle de protéger les zones de frottement ou de conflit en particulier au niveau des orteils et des espaces interdigitaux. Ces appareillages ont un coût élevé limitant leur prescription chez seulement quelques-uns de nos patients.

Appareillage à visée curative

En cas de mal perforant plantaire, la décharge est indispensable pour la cicatrisation de la lésion (20). Différents types d'appareillage sont disponibles pour la décharge du pied. Des chaussures de décharge type Barouk sont prescrites en cas de lésions siégeant au niveau de l'avant ou de l'arrière pied. Pour les lésions siégeant au niveau du médio pied, un appareillage de décharge avec appui sous-rotulien est indiqué. Ces appareillages sont relayés par des chaussures orthopédiques sur mesure afin de prévenir la récurrence.

Un plâtre de décharge fenêtré est proposé par certaines équipes (21). Dans les cas sévères, une décharge complète du pied est indiquée. Dans ces conditions, une prescription d'héparine à bas poids moléculaire et une surveillance clinique régulière sont associées vu le contexte d'immobilisation (20).

Cas particulier du pied de Charcot

Il s'agit d'une ostéoarthropathie neurogène. Cette complication est rare mais invalidante, conduisant à des déformations architecturales du pied. Il s'agit d'une atteinte hautement destructrice, évoluant en deux phases successives : une phase aiguë caractérisée par des signes inflammatoires locaux et une phase chronique associant une reconstruction osseuse anarchique et des séquelles anatomiques au niveau du pied (6, 22).

Dans notre série, deux patients sont traités pour pied de Charcot avec une évolution favorable. Une décharge totale du pied a permis la diminution des signes inflammatoires et la cicatrisation des lésions.

Autres moyens thérapeutiques

L'antibiothérapie

L'antibiothérapie est indiquée dans certains cas de plaies cutanées infectées avec risque d'évolution défavorable (23, 24). Elle doit être à large spectre, efficace sur les bactéries Gram positif, Gram négatif et anaérobies. Un prélèvement bactériologique permet de bien l'adapter.

La chirurgie

La chirurgie est indiquée devant les infections graves et permet le débridement mécanique des tissus nécrotiques (25). Une chirurgie

de revascularisation à visée préventive ou curative des troubles trophiques distaux des membres inférieurs est préconisée en cas d'artériopathie confirmée.

L'oxygénothérapie hyperbare

L'oxygénothérapie hyperbare est utilisée par certaines équipes pour le traitement de maux perforants plantaires (26).

Ces deux dernières techniques n'ont pas été utilisées dans notre étude devant l'évolution favorable avec les autres moyens thérapeutiques.

L'éducation thérapeutique des patients diabétiques

L'éducation thérapeutique s'adresse à tout patient diabétique qu'il soit porteur ou non de lésions au niveau des pieds. Des conseils d'hygiène des pieds et du chaussage sont donnés systématiquement aux patients consultants en médecine physique.

Dans ce contexte, une étude saoudienne a démontré la diminution du taux d'amputations dans un groupe de diabétiques éduqués en comparaison avec un groupe de patients non éduqués (27).

En Tunisie, un guide pratique pour le pied diabétique a été publié en 2002 et ce dans le cadre d'un programme national de prise en charge des diabétiques dans les structures de première ligne. Ce guide comporte des conseils généraux faisant partie du programme d'éducation thérapeutique du patient (15).

Dans notre étude, l'éducation thérapeutique comporte plusieurs conseils destinés au patient. Cette démarche s'appuie sur un guide d'éducation thérapeutique qui a été élaboré au service de médecine physique afin de faciliter la sensibilisation du patient (Fig. 3).

CONCLUSION

La prise en charge du pied diabétique en médecine physique est multidimensionnelle associant divers moyens : moyens médicamenteux, appareillage et éducation thérapeutique. La coordination avec d'autres intervenants est toujours nécessaire : diabétologue traitant, infirmier, podologue, orthoprothésiste...

En cas de complications vasculaires ou infectieuses, le recours au médecin infectiologue, au chirurgien orthopédiste ou au chirurgien vasculaire peut être nécessaire.

L'éducation thérapeutique reste le meilleur moyen susceptible de diminuer l'incidence de complications au niveau des pieds.

RÉFÉRENCES

- 1.M. Elasmia, M. Fekia, H. Sanhajia et al. Prévalence des facteurs de risque cardiovasculaires conventionnels dans la population du Grand Tunis. *Rev Epidemiol Santé* 2009 ; 57: 87-92.
- 2.R Bouguerra, H Alberti, L B Salem et al. The global diabetes pandemic: the Tunisian experience. *European Journal of Clinical Nutrition* (2007) 6 : 160-5.
- 3.S. Hammami, S. Mehri, S. Hajem, et al. Prevalence of diabetes mellitus among non institutionalized elderly in Monastir City. *BMC Endocrine Disorders* 2012 ; 12:15.
- 4.J.L. Richard, S. Schuldiner. Épidémiologie du pied diabétique. *La Revue de Médecine Interne* 2008 ; 29 (suppl 2) : 222-30.
- 5.Bakker K, Schaper NC, International Working Group on Diabetic Foot Editorial Board. The development of global consensus guidelines on the management and prevention of the diabetic foot 2011. *Diabetes Metab Res Rev.* 2012; 28(Suppl1):116-8.
- 6.D. Malgrange. Physiopathologie du pied diabétique. *La Revue de Médecine Interne* 2008; 29 (Suppl 2): 231-7.
- 7.J. Martini. Le pied diabétique : dépistage et prévention. *La Revue de Médecine Interne* 2008 ; 29 (Suppl 2) : 260.
- 8.A. Achbouk, A. Khales, A. Oufkir et al. Brulures par Bouillottes Chez les Diabétiques. *Ann Burns Fire Disasters* 2009; 22: 37-39.
- 9.Z. Pataky, U. Vischer. Diabetic foot disease in the elderly. *Diabetes & Metabolism* 2007; 33(Suppl) : 56-65.
- 10.Lamchahab FZ, El Kihal N, Khoudri I, Chraibi A, Hassam B, Ait Ourhroui M. Factors influencing the awareness of diabetic foot risks. *Ann Phys Rehabil Med.* 2011;54: 359-65.
- 11.Leymarie F, Richard JL, Malgrange D. Factors associated with diabetic patients at high risk for foot ulceration. *Diabetes Metab.* 2005;31:603-5.

12. Hamonet J, Verdié-Kessler C, Daviet JC et al. Evaluation of a multidisciplinary consultation of diabetic foot. *Ann Phys Rehabil Med.* 2010 ; 53:306-18.
13. Nather A, Neo SH, Chionh SB, Liew SC, Sim EY, Chew JL. Assessment of sensory neuropathy in diabetic patients with diabetic foot problems. *J Diabetes Complications* 2008 ; 22:126-31.
14. Malgrange D, Richard JL, Leymarie F; French Working Group On The Diabetic Foot. Screening diabetic patients at risk for foot ulceration. A multi-centre hospital-based study in France. *Diabetes Metab.* 2003 ; 29: 261-8.
15. Guide pratique : le pied du diabétique 2002. Direction des Soins de Santé de Base. Programme National de Prise en Charge des diabétiques dans les structures de 1ère Ligne.
16. C. K. Bowering. Diabetic foot ulcers. Pathophysiology, assessment, and therapy. *Can Fam Physician.* 2001; 47: 1007–1016.
17. Michael E Edmonds, A V M Foster. Diabetic foot ulcers. *BMJ* 2006;332:407.
18. Valéria Martinez, Nadine Attal, Didier Bouhassira, Michel Lantéri-Minet. Les douleurs neuropathiques chroniques : diagnostic, évaluation et traitement en médecine ambulatoire. Recommandations pour la pratique clinique de la Société française d'étude et de traitement de la douleur. *Douleurs : Evaluation - Diagnostic - Traitement* 2010 ;11: 3-21.
19. Mathias Weck, Torsten, Slesaczek Hannes Rietzsch et al. Noninvasive management of the diabetic foot with critical limb ischemia: current options and future perspectives. *Therapeutic Advances in Endocrinology and Metabolism* December 2011 ; 2 : 247-55.
20. G. Ha Van. Approche multidimensionnelle dans la prise en charge du pied diabétique : rôle du médecin de médecine physique et de réadaptation ? *Journal de Réadaptation Médicale : Pratique et Formation en Médecine Physique et de Réadaptation* 2011 ; 31: 14-21.
21. Kleopatra Alexiadou,, John Doupis. Management of Diabetic Foot Ulcers. *Diabetes Therapy* 2012 ; 3:4
22. Crystal L. Ramanujam, Zacharia Facaros. An overview of conservative treatment options for diabetic Charcot foot neuroarthropathy. *Diabet Foot Ankle.* 2011; 2:6418.
23. E. Senneville. Infection et pied diabétique. *La Revue de Médecine Interne* 2008 ; 29(Suppl) 243-8.

Aragón-Sánchez J, Lázaro-Martínez JL, Pulido-Duque J, Maynar M. From the diabetic foot ulcer and beyond: how do foot infections spread in patients with diabetes? *Diabet Foot Ankle*. 2012;3.

Claire M Capobianco, John Stapleton. Diabetic foot infections: a team-oriented review of medical and surgical management. *Diabetic Foot & Ankle*, 1: 5438.

Kaya A, Aydin F, Altay T, Karapinar L, Ozturk H, Karakuzu C. Can major amputation rates be decreased in diabetic foot ulcers with hyperbaric oxygen therapy? *Int Orthop*. 2009 Apr;33(2):441-6.

Abdullah M Al-Wahbi. Impact of a diabetic foot care education program on lower limb amputation rate. *Vasc Health Risk Manag*. 2010; 6: 923-934.



Figure n° 1 : Evolution d'un mal perforant plantaire du gros orteil après décharge et soins locaux



Figure n° 2 : Mal perforant plantaire au niveau du médio pied et hyperkératose associés à une lésion au niveau du 4ème espace inter-orteil

Zoom sur les structures du ministère de la santé

•L'évacuation de l'humidité.

•S'assurer de l'absence de corps étranger avant de porter les chaussures en introduisant la main y dedans

•Changer les chaussures toute les 4 heures car la fonction d'amortissement des chocs diminue avec le temps et l'humidité s'accroît.

•Choisir des pointures adéquates en cas d'achat de nouvelles chaussures.

•Porter les nouvelles chaussures progressivement et si tu constates un rougeur, ne continue pas à le porter car tu risques d'avoir des lésions.

•Ne porte pas les chaussures sans chaussettes.



•Ne choisis pas des chaussettes serrées pour ne pas faire obstacle à la circulation sanguine.

•Choisis des chaussettes en coton en été et en laine en hiver.



Eviter

•L'utilisation d'objets tranchants pour enlever les durillons.



•Marcher pieds nus.



•Approcher les pieds d'une source de chaleur (pour ne pas avoir des lésions de brûlures).



•Le henné pour la femme.

•Aller au Hammam (risque de brûlures et augmentation du risque de mycoses).

Conseil:

De préférence, visiter un pédicure podologue en cas de difficulté des soins des pieds.



Comment puis je éviter le pied diabétique?



•استعمل أظفار حادة لإزالة الجلد المتشعب.



•الشيء دون حذاء.



•تقريب الرجلين من وسيلة تنقل (كي لا تصاب بحروق بالغة).



•الحذاء بالنسبة للمرأة:

•الذهاب إلى الحذاء (أو كونه يمرضك) لإستشارة بحروق وازيد من الحمل (الإصابة بطنينيات)

•المحدد زيارة المتكلمين في الخلية القدم والأظفار في صورة وجود صعوبة في القيام بذلك.



•تأكد من خلو الحذاء من أية أشياء خارجية وذلك بإدخال يديك في الحذاء قبل لبسه وتحسنه.

•غير حذائك كل أربع ساعات لأن الحذاء الحاد للمندمات عند المشي تضعف تدريجيا ولأن الرطوبة تزيد مع الوقت.

•عند شراء حذاء جديد اختر مقاسا مائلا.

•لبس الحذاء الجديد تدريجيا وإذا لاحظت الحمرارا بالرجل عند لبسه فلا تواصل ذلك حتى لا يتسبب في حدوث جروح.

•لا تلبس الحذاء دون جوراب.



•لا تختار جوراب سميكة حتى لا تخلق تقييد الدورة الدموية.

•اختر جوراب لطيفة سيدة ومرونية شداء.



Je suis diabétique, quels sont les risques de cette maladie?

On peut vivre normalement avec un diabète si on respecte les mesures de santé relatives à cette maladie (régime, traitement du diabète, activité physique).

Les risques du diabète apparaissent en cas d'hyperglycémie chronique et touchent essentiellement l'œil, les reins, les nerfs sensitifs et moteurs, les vaisseaux sanguins.

Quels sont les risques du diabète pour les pieds?

Le diabète peut entraîner des lésions au niveau du pied suite à l'atteinte nerveuse périphérique entraînant une diminution de la sensation de la douleur, l'atteinte des vaisseaux sanguins entraînant une diminution du débit vasculaire périphérique, l'augmentation du risque et la diminution de la résistance aux infections.

Certaines situations peuvent entraîner des complications graves nécessitant le recours à l'amputation.

Quelles sont les différentes atteintes - qu'on peut observer pour le pied diabétique?

Hyperkératose, blessures, écorchures ou

crevasses.

Contusions, enflures, changement de la coloration de la peau, zones froides ou chaudes au niveau du pied, plaies ou bulles, ongle incarné, ongles épais.



Comment puis je éviter ces atteintes?

Il faut garder un mode de vie équilibré.

Inspection quotidienne des pieds:

•Il faut examiner quotidiennement le pied par l'inspection et la palpation de haut en bas et entre les orteils, chercher des signes comme ceux déjà cités.



•S'aider d'un miroir pour examiner le talon



•Si tu as une diminution de la vision, tu as besoin d'une tierce personne pour t'aider.

L'hygiène quotidienne des pieds:

•Il faut laver les pieds avec de l'eau tiède et du savon doux



•Vérifier la température de l'eau par un thermomètre ou en s'aidant du coude.

•Ne pas prolonger le bain des pieds plus que 5 minutes car la peau deviendrait molle et exposerait aux lésions.

•Sécher le pied après le lavage en utilisant une serviette blanche ou de couleur claire, insister entre les orteils.



•Observer la serviette et vérifier si présence de tâches de sang ou sérosités.

•Des crèmes hydratantes peuvent être utilisées pour éviter les crevasses.

Choix des chaussures:

Eviter les chaussures étroites surtout en avant et les talons hauts pour les femmes car elles peuvent entraîner des déformations.



Privilégier les chaussures en cuir car elles sont souples et



Zoom sur les structures du ministère de la santé

أنا مصاب بمرض السكري ما هي مخاطر هذا المرض؟

• عدم إمالة قدمك أثناء الوقوف أكثر من خمس دقائق لأن زيادة دعومة الجذع تجعله طويلاً ويسهل التشنج

• القيام بتدليك القدم بعد المسيل باستخدام قفصاة بيضاء أو قفحة اللون وخضاعة بين الأصابع.

• أظفر للظفر لمعرفة لوجود بقع من الدم أو التفتيح فيها.

• يمكن استخدام بعض مرهمات الجذع لمنع حدوث التشنجات الجلدية.

اختيار الأحذية:

• تجنب الأحذية المصنوعة خاصة من الأمام والأخوية ذات الكعب العالي بالمساحة للقدم لأنها يمكن أن تتسبب في حدوث تشوهات بالرأس.

• الأحذية المستعملة من الجلد ممتلئة لأنها ثقيلة وتسمح بتسرب الرطوبة

كيف يمكنك تجنب هذه الإصابة؟

يجب المحافظة على نظام غذائي وجهازي متوازن. إتباع مجموعة من الواعده المسببة للخلية بالسكريين.

الفحص اليومي للقدم:

- يجب الفحص اليومي للقدم بالنظر واللمس من الأظفر والأظفار وبين الأصابع والجلد عن علامات كالتالي تكرارها أسبوعياً.

- يمكن الاستمالة بالمرآة لفحص باطن القدم.

إذا كان لديك صعوبة في بصرك فأنت تحتاج لتخصص يساعدك في الفحص.

نظف القدم اليومي للقدمين:

يجب غسل القدمين بدماء الدافئ والمساوون. تأكد من درجة حرارة الماء من خالي للتمسك بالمرفق أو بميزان الحرارة الخاص بالماء.

ماهي مخاطر مرض السكري بالنسبة للرجلين؟

يمكن أن يتسبب مرض السكري في شهور بعض الإصابات بالرأس نتيجة الإصابة المصنوعة وتسببها في ضعف الشعور بالألم أو حتى فقدان إحساسة الأوعية الدموية مؤدية بتلك إلى ضعف تدفق الدم بمسلة كافية إلى الأطراف، وزيادة نسبة الإحتمال بالتلفن وضعف القدرة على معالمتها.

يمكن أن تؤدي بعض الحالات التي تكررت سرورية وخطورة تتطلب الجوء إلى الفتر.

ماهي أنواع الإصابة التي يمكن ملاحظتها بالنسبة لرجل السكري؟

- جذع لثام، جروح أو تشققات جلدية
- رضوض أو كدمات، تورم في أحد القدمين، تجويف في لون الجلد، وجود مناطق باردة أو حارة في القدم، بقع أو قروح أو فتقح نمو الأظفار الشاذل، لظفر خشنة

Figure n° 3 : Guide d'éducation thérapeutique pour le pied diabétique élaboré au service de médecine physique à l'Institut Kassab