



**Cas clinique**

**Infection du pied diabétique**

# Monsieur M..., 60 ans

- Diabète de type 2 connu depuis 2002, traité par ADO et analogue injectable du GLP1  
HbA1c = 9.3% (N = 4-6%)
- Pied diabétique grade 3 : antécédent de plaie du pied en 2012
- Obésité : 92.3 kg /1.75 m, IMC=30.14 kg/m<sup>2</sup>
- HTA
- Ethylisme chronique :  $\frac{1}{2}$  l bière + 1 bouteille de vin/jour, réduit à une demi-bouteille de vin/j depuis un an



**Antécédent de  
plaie du pied  
gauche en 2012**



# Traitement habituel

- **Gliclazide 60 : 2.0.0**
- **Metformine 1000 : 1.0.1**
- **Trulicity 1.5 mg injection hebdomadaire**
- **Atorvastatine 20 : 0.0.1**
- **Kardégic 75 : 0.1.0**
- **Valsartan HTZ 160/25 : 1.0.0**
- **Amlodipine 10 : 1.0.0**
- **Spirinolactone 50 : 1.0.0**

# Histoire de la plaie du pied actuelle

- Soins de pédicurie 3 semaines plus tôt
- Saignement dans les suites, avec découverte d'une lésion plantaire en regard du 4<sup>ème</sup> métatarse gauche.
- Soins locaux réalisés par l'épouse infirmière pendant une semaine (bain de Dakin + compresse sèche)
- Dégradation de l'état clinique du patient depuis 4 jours avec impotence fonctionnelle du membre inférieur gauche, fièvre, frissons
- Adressé par son médecin traitant au service d'accueil des urgences du CHRU

**Au SAU : arrivée le 16 mars à 21H15**

- **T° : 37°7 puis 38°9 ⇒ hémocultures**
- **Ulcération plantaire avec écoulement purulent<sup>+++</sup> et nécrose du 4ème orteil G**
- **Pouls perçus en pédieux**
- **Glycémie capillaire HI ⇒ GDS : PH 7.41 et bicarbonates 24**
- **Biologie : glycémie 4.46 g/l, PCR 216 mg/l, GB 16550 dont 12990 PN, K<sup>+</sup> 5.76 mmol/l, créatininémie 19.7 mg/l ⇒ DFG MDRD : 35 - CKD-EPI : 36 ml/min**
- **Rx pied**



**Radiographies du pied gauche faites au SAU**

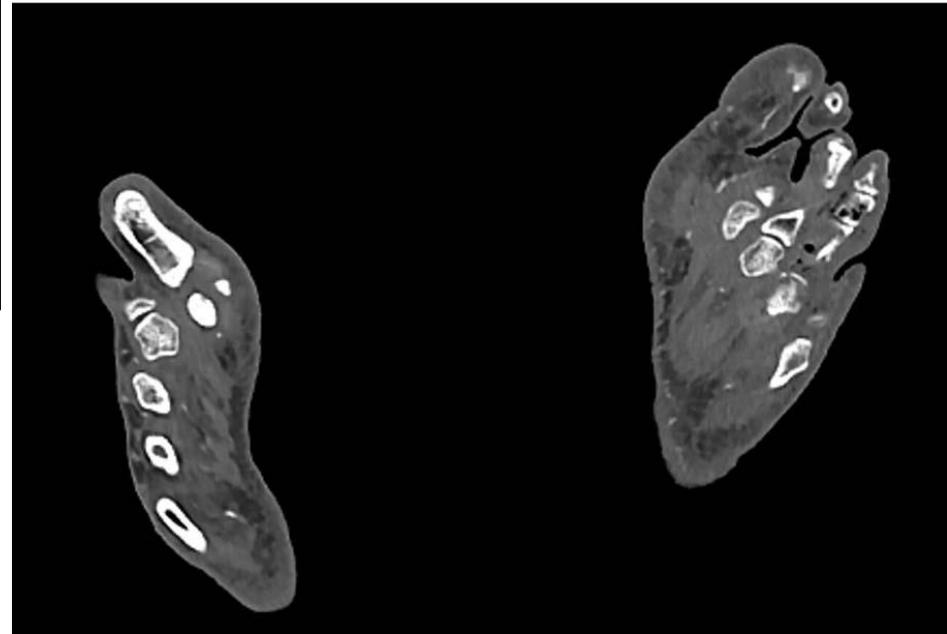
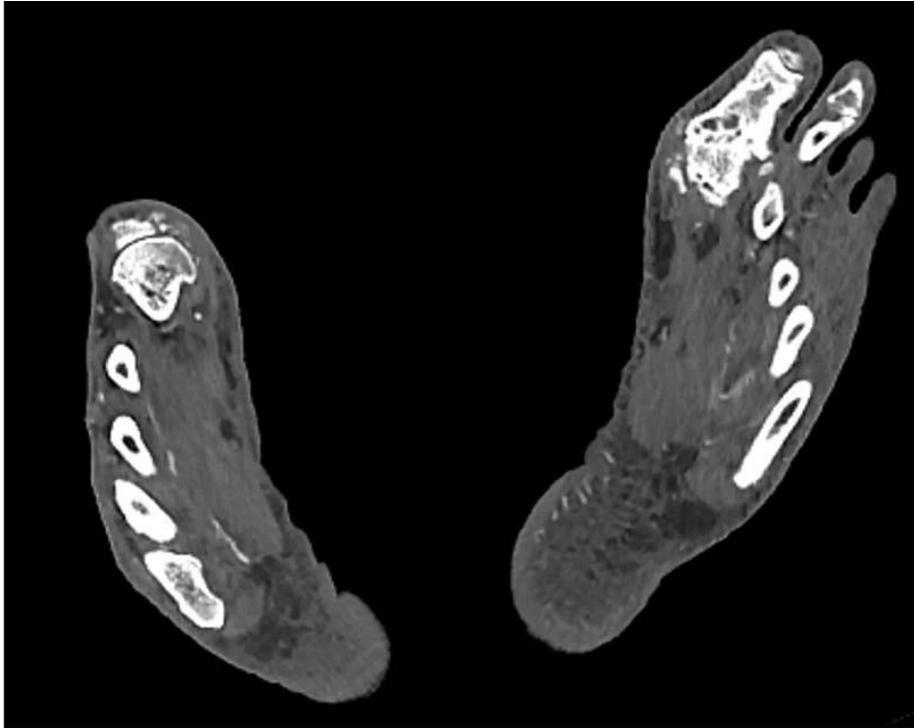
# CAT au SAU

- PSE avec insuline rapide ACTRAPID
- Perfusion avec NaCl 0.9% 500 ml/8H
- Paracetamol IV
- Contact maladies infectieuses : débiter Céfotaxime ou CLAFORAN 4 gX3/24H
- Contact chirurgie vasculaire : bloc prévu le 18 mars
- Transfert en diabétologie
- Sortie SAU le 17/03/2017 à 5H13

**Plaie du pied gauche  
à l'entrée en diabétologie  
le 17.03.2017**



# Angioscanner des MI + scanner des pieds le 17.03.2017



# Résultats angioscanner MIG

- Artères fémorales commune et profonde de calibre régulier sans surcharge athéromateuse ni sténose significative.
- Athérome calcifié des artères fémorale superficielle et poplitée sans sténose.
- Trépied jambier perméable jusqu'en distalité avec sténoses athéromateuses pluri-étagées prédominant sur l'artère fibulaire.
- Infiltration athéromateuse calcifiée diffuse de la tibiale postérieure, perméable.
- Amyotrophie sévère du muscle semi-membraneux.
- Infiltration hydro-gazeuse des parties molles du 4ème rayon gauche sans collection organisée.
- Infiltration gazeuse de la tête de M1, P1 et P2 du 4ème rayon avec ostéolyse : ostéite.
- Conclusion : ostéoarthrite du 4ème rayon G

# Prise en charge en chirurgie vasculaire

- Artériographie de la jambe G sur table pour confirmer la bonne vascularisation distale
- Amputation des 4ème et 5ème rayons gauches
- Mise en place d'un traitement par pression négative (VAC)
- Modification de l'antibiothérapie :  
Cefazoline 2 gX3/j depuis le 18.03.17

# Artériographie de la jambe G et du pied G faite le 18.03.2017



# Pied en post-opératoire à J4 le 22.03.2017



# Prélèvements bactériologiques

- Hémocultures : Cocci Gram + en amas :  
*Staphylococcus aureus Meti-S*
- Prélèvement d'entrée par écouvillon :  
*Staphylococcus aureus*  
*Staphylococcus epidermidis*
- Prélèvement profond (bloc opératoire) :  
*Staphylococcus aureus (Résistant Peni G)*  
*Finegoldia magna*

# Persistance fièvre en post-op



- Echo-doppler veineux MI le 23.03.2017 : pas de TVP
- Scanner crâne + TAP le 25.03.2017 : pas de foyer profond
- ETO le 27.03.2017 : calcifications des valves mais pas d'endocardite
- Contrôle de la plaie avec le chirurgien vasculaire à J6 post-op le 24.03.2017

# Evolution biologique

	17.03	18.03	19.03	21.03	22.03	23.03	24.03	25.03	26.03	28.03	29.03	31.03
<b>T°</b>	40.1°	chir	chir	chir	38°4	39°1	39°2	38°8	37°8	38°4	38°4	38°5
<b>PCR</b>	228	287		176	171	181	207	164	124	87	75	76
<b>GB</b>	14400	16030	13170	11000	12330	14360	14650	14870		12610	11660	10930 7920 PN
<b>Créat Mg/l</b>	14.3	17.8	29.3	15.3	15.6	13.8	13	12.1	12.4	12.9	11.8	12.8
<b>CKD- EPI</b>	53	40	22	48	47	55	59	64	62	59	66	60

# Découverte d'une anémie

- Baisse du taux d'Hb de 10.8 g/dl le 16 mars à 8.4 g/dl le 25 mars puis à 7.3 g/dl le 28 mars
- Anémie bien tolérée, confirmée à 7.4 g/dl le 29 mars, arégénérative
- Origine : inflammation, IR, saignements au bloc et dans l'aspiration du VAC, autre ?
- Transfusion de 2 culots globulaires le 30 mars

# Sortie le 31.03.2017 en HAD

- Poursuite ATBthérapie IV pour une durée totale de 15 jours, puis relais oral par Oflocet 200X3/j + Dalacine 600X3/j pendant 4 semaines
- Schéma insulinique basal/bolus en 4 injections
- Endoscopie digestive à faire dans le cadre du bilan d'anémie

