

Recommandations spécifiques pour le traitement des infections du pied diabétique

Groupe International de Travail sur le Pied Diabétique

Ces recommandations se fondent sur 2 articles : "Une revue systématique de l'efficacité des interventions dans le traitement des infections du pied diabétique" et "Avis d'experts sur la prise en charge des infections du pied diabétique".

Les recommandations basées sur des preuves publiées figurent en caractères normaux ; celles relevant d'avis d'experts sont en *italique*.

Diagnostic

Chirurgie

Antibiothérapie

Traitement associés

Diagnostic

- La présence d'une infection doit être évaluée chez tout patient diabétique porteur d'une plaie du pied.
- Le diagnostic d'une infection du pied diabétique repose plus sur les signes cliniques inflammatoires que sur les seuls résultats de la culture bactériologique.
- *Les cultures de la plaie sont utiles dans la plupart des infections mais difficiles à obtenir en cas de cellulite seule et sont inutiles en cas de lésions cliniquement non infectées.*
- Alors que les cultures obtenues par écouvillonnage superficiel isolent souvent des bactéries colonisantes, celles obtenues d'échantillons tissulaires profonds sont plus susceptibles d'isoler les bactéries véritablement pathogènes et peuvent être une aide pour optimiser le choix de l'antibiothérapie.
- La sévérité de l'infection doit se juger après exérèse de l'hyperkératose et du tissu nécrotique, sur son extension et sa profondeur ainsi que sur la présence de signes systémiques.
- *Tout patient sévèrement infecté impose une hospitalisation alors que la majorité de ceux ayant une infection légère ou modérée peuvent être traités en ambulatoire. Les patients qui ne veulent ou ne peuvent pas adhérer aux traitements nécessaires et ceux dont l'état demande des actes chirurgicaux ou diagnostiques spéciaux peuvent aussi nécessiter une hospitalisation.*
- *Le critère consensuel pour le diagnostic d'ostéite est la présence de caractéristiques histologiques et l'isolement de bactéries à partir d'une biopsie osseuse réalisée de façon aseptique.* La recherche d'un contact osseux, la vitesse de sédimentation, les clichés radiographiques répétés et surtout l'IRM sont également utiles pour le diagnostic. Les scintigraphies et le scanner sont d'un moindre intérêt.

Chirurgie

- *Chez tout patient en mauvais état général, il faut rechercher une fasciite nécrosante, une gangrène ou un abcès profond qui demandent souvent une intervention chirurgicale en urgence.*
- Un acte chirurgical précoce en cas d'infection légère ou modérée peut réduire le risque d'amputation du membre inférieur.
- *L'intervention doit être réalisée par un soignant compétent et consiste en général en l'exérèse des tissus nécrotiques. La chirurgie peut aussi être nécessaire en cas d'atteinte sévère des tissus mous, de perte des fonctions mécaniques du pied, quand le degré d'atteinte osseuse*

met en danger le membre, pour revasculariser un membre ischémique ou quand le patient préfère éviter une antibiothérapie au long-cours.

- Certains cas d'ostéite du pied diabétique peuvent être traités efficacement par la seule antibiothérapie, sans débridement chirurgical de l'os infecté, mais il n'y a pas de critères bien établis pour sélectionner ces patients.

Protocoles d'antibiothérapie

- Les plaies cutanées non infectées ne demandent pas d'antibiothérapie.
- *L'antibiothérapie des plaies cliniquement infectées doit être dirigée sur les bactéries probablement pathogènes en utilisant des molécules ayant un spectre le plus étroit possible.*
- Alors que les cultures de prélèvements superficiels isolent souvent des contaminants, celles obtenues de prélèvements tissulaires profonds aident à optimiser le choix antibiotique.
- En cas d'ostéite, une antibiothérapie fondée sur les résultats des cultures de prélèvements osseux peut conduire à de meilleurs résultats que ceux obtenus de l'écouvillonnage de la plaie.
- Les données actuellement disponibles ne privilégient pas une stratégie antibiotique particulière, c'est-à-dire un agent ou une classe d'antibiotique, une voie d'administration ou une durée de traitement donnés.
- Initialement, l'antibiothérapie est empirique et doit comprendre un agent actif sur le staphylocoque doré et les streptocoques. *Le recours à des molécules actives contre Staphylococcus aureus résistant à la méthicilline (SARM) doit être envisagé quand le patient a des facteurs de risque pour cette bactérie ou quand la prévalence local de ce germe est élevée. Des molécules dirigées contre les bactéries gram-négatif sont appropriées chez les patients dont l'infection est sévère où dans les régions où leur prévalence est élevée.*
- *Quand le résultat de la culture et l'antibiogramme sont disponibles, il faut envisager de modifier l'antibiothérapie au profit de molécules plus spécifiques, dirigées contre les bactéries isolées, en tenant compte de la réponse clinique au traitement empirique.*
- Les infections sévères nécessitent une antibiothérapie parentérale (au moins pendant les premiers jours) mais les infections légères et modérées peuvent être traitées par des antibiotiques oraux à forte biodisponibilité. *La voie parentérale peut aussi être nécessaire chez les patients qui ne tolèrent pas les antibiotiques oraux ou qui sont infectés par des bactéries résistantes aux antibiotiques oraux disponibles.*
- *Pour les infections légères et modérées, un traitement de 1 à 2 semaines est en général efficace. Les infections plus sévères des tissus mous peuvent demander un traitement prolongé jusqu'à 4 semaines. L'antibiothérapie peut en général être interrompue quand les signes et les symptômes de l'infection sont résolus, même si la plaie n'est pas cicatrisée.*
- Pour l'ostéite, les données actuelles ne montrent pas la supériorité d'une voie particulière d'administration ou d'une durée donnée d'antibiothérapie. *Après un acte chirurgical, la durée du traitement peut se fonder sur l'étendue des tissus mous résiduels, de l'infection ou de l'os nécrosé.*
- Il y a peu de données pour prendre des décisions sur le rapport coût/efficacité des différents antibiotiques.

Traitements associés

- Des preuves seulement limitées existent pour l'utilisation locale de certains antibiotiques pour traiter les plaies infectées.
- Les études sur les facteurs de croissance de la lignée granulocytaire (granulocytes colony stimulating factors) ont donné des résultats mitigés sur des critères de jugements variés dans les infections du pied diabétique.

- Aucune preuve convaincante n'est en faveur du recours à d'autres traitements associés dans les infections du pied diabétique