

Intérêt du pansement **Cellosorb® Ag** dans la prise en charge d'amputations chirurgicales du pied chez le patient diabétique

AUTEURS

N. TAGAND,
Infirmière de consultation

F. OULIAC,
Médecin, CCA,
Service du professeur A. DUTOUR MEYE
Hôpital Nord Marseille

INTRODUCTION

Chez le patient diabétique, l'infection se greffe avec une fréquence accrue sur les plaies constituées d'origine neuropathique et/ou ischémique : mal perforant plantaire ou nécrose ischémique distale.

La survenue d'une surinfection dans le pied diabétique constitue un tournant évolutif particulièrement péjoratif puisqu'elle entraîne un nombre important d'amputations du pied : Est-il nécessaire de rappeler que l'infection est à l'origine de 30 à 40 % des amputations chez le diabétique.

Les infections profondes du pied sont dominées par la survenue d'une ostéite vite compliquée d'ostéomyélite qui diffuse l'infection au segment osseux.

Le tableau peut être encore plus alarmant lorsque s'y surajoute une extension par les fascias obligeant à des débridements chirurgicaux plus étendus.

L'auteur rapporte son expérience dans la prise en charge d'amputations chirurgicales

du pied diabétique. Les situations présentées sont des stagnations du processus cicatriciel pouvant dater de plusieurs mois suite à une prise en charge initialement inadaptée, versus une prise en charge adaptée et précoce.

Dans notre service spécialisé, la prise en charge de ce type de plaie associe des mesures d'ordre général (mise en décharge de la plaie, contrôle glycémique, coordination des soins à domicile), associées à une prise en charge locale scrupuleuse : débridement ou détersion des tissus nécrotiques ou fibrineux, recours aux pansements à l'Argent en cas de suspicion de colonisation bactérienne importante devant l'apparition de signes inflammatoires locaux. C'est dans cette indication que nous utilisons Cellosorb® Ag, pansement hydrocellulaire complexé à une interface lipido-colloïde Argent.

Patient n°1

Patient diabétique de 63 ans admis dans le service deux mois après son amputation du gros orteil gauche pour non évolution de sa plaie.



A l'admission (J0) 22/08/2007 : Plaie fibrineuse et malodorante recouverte d'un enduit blanc verdâtre avec erythème périphérique. Mise en décharge immédiate du pied (chaussure de Barouk), détersion locale et pansement par Cellosorb® Ag compte tenu du contexte clinique.



S1 (30/08/07) : Détersion totale de la plaie et disparition des signes inflammatoires d'infection locale. De volumineux bourgeons charnus comblent la cavité.



Aspect à S3 (15/09/07) : Aplatissement du bourgeonnement et mobilisation épidermique périphérique.



S8 (24/10/07) : Cicatrisation définitive.

Patient n°2

Plaie d'amputation du gros orteil chez un patient de 69 ans, diabétique et dialysé pris en charge en Consultation plaie à la demande du service Infectieux.



1^{re} Consultation (J0) 29/03/2007 : La plaie mesure 8 cm x 4 cm, recouverte de dépôts fibrineux adhérents nécessitant le recours à une détersion mécanique (bistouri et pinces à disséquer). Prescription de Cellosorb® Ag à renouveler quotidiennement à domicile puis tous les deux jours selon l'évolution de l'exsudat.



S4 (26/04/2007) : Détersion progressive de la plaie et bourgeonnement satisfaisant. Début de margination épidermique périphérique.



S10 (07/06/2007) : Aplatissement du bourgeonnement et progression épidermique. La réduction de surface de la plaie est de moitié par rapport à sa surface initiale.



S15 (12/07/2007) : Focus sur la cicatrisation définitive.

Patient n°3

Patiente de 67 ans insulino-requerante. Amputation du gros orteil suite à un mal perforant compliqué à domicile. Mise à plat élargie pour diffusion d'une cellulite à l'avant-pied.



J0 : La patiente sort le 28/08/2007 avec pansement Cellosorb® Ag et décharge de l'avant pied par chaussure de Barouk. La plaie est profonde, atone et exsudative.



S1 : Consultation du 03/09/2007 : La plaie mesure 16,7 cm², reste très exsudative avec enduit fibrineux par endroits. Bourgeonnement de qualité et migration épidermique.



S6 : Consultation du 08/10/2007 : Epidermisation totale de l'avant pied. La zone en regard de l'amputation ne mesure plus que 2,8 cm². Un bourgeon hypertrophique empêche le rapprochement des berges et sera nitraté. Relais par Cellosorb lite.



S10 : 06/11/2007 : Focus sur la zone précédente. Cicatrisation quasi-définitive.

CONCLUSION

Les cas rapportés dans ce poster illustrent l'évolution de plaies d'amputation, initialement compliquées du fait d'une composante infectieuse superficielle, évoluant depuis plusieurs mois. L'utilisation de Cellosorb® Ag a permis une reprise du processus de cicatrisation, avec une amélioration locale, une disparition de la fibrine et des signes inflammatoires jusqu'à épidermisation totale. Dans le cas d'une utilisation précoce du Cellosorb® Ag, on observe une fermeture de la plaie dans un délai inférieur à deux mois.