



La décharge des plaies du pied diabétique

Dr Georges HA VAN

21/05/2025

Les 2 principales causes de retard de cicatrisation des Plaies du pied diabétique (PPD) sont :

- l'absence de décharge complète
- et, si elle existe, l'artériopathie périphérique (AOMI) qui est présente dans 50% des PPD, et sont souvent améliorable par une revascularisation.

Les lignes directrices de l'IWGDF (International Working Group on the Diabetic Foot) recommandent de faire dès le premier jour de la PPD la **décharge** et de faire un **bilan vasculaire** ce qui est exceptionnellement le cas dans le monde entier et donne alors un statut de plaie chronique à la PPD par absence de prise en charge optimale.

La décharge est un traitement simple en apparence mais complexe à mettre en place devant l'hostilité du patient, car elle limite son autonomie pour une PPD indolore ne l'empêchant pas de marcher.

Ceci ajouté à l'empathie pour le patient très ancrée très ancrée en diabétologie, qui en l'occurrence est négative car potentiellement responsable de l'aggravation de la PPD, de son infection et d'amputations parfaitement évitables.

La formation sur la décharge des médecins et des infirmières est quasi inexistante alors que c'est le traitement principal des PPD.

L'objectif est d'**obtenir l'adhésion du patient** au principe de la décharge.

Cela est aussi difficile devant le côté peu esthétique, mal commode voire instable des chaussures de décharge.

Le gold standard de la décharge des PPD neuropathique est le plâtre inamovible jusqu'à cicatrisation (en 4 à 6 semaines dans la littérature).

Il est très peu pratiqué par désaccord des patients mais surtout le nombre restreint d'équipe pouvant assurer la technique et le suivi nécessaire.

La décharge nécessite donc une pédagogie empathique pour obtenir l'adhésion du patient dans son intérêt. Le patient doit être convaincu de sa **capacité authentique de cicatrisation assez rapide**, surtout en l'absence d'AOMI, alors que le diabète est en permanence évoqué à tort comme facteur principal de retard de cicatrisation par tous les thérapeutes.

Il faut arriver à faire admettre de **limiter la marche** pour mieux tolérer les chaussures et **préconiser le port permanent du système de décharge** même la nuit s'ils se lèvent.

Ne pas hésiter à utiliser des méthodes artisanales type Padding souvent mieux supportées par la plupart des patients (rouleau confectionné avec une compresse ou une bande posée en arrière de la PPD dans une chaussure ouverte sur la semelle).

A chaque localisation de PPD, doit être **proposé un mode de décharge** en ne renonçant jamais, même si le patient n'adhère pas d'emblée, car plus le prescripteur est précis et constant meilleure est l'observance.



EN PRATIQUE – Points de vigilance – Messages clefs

La réputation de lenteur de cicatrisation des PPD liée au diabète est fautive car due à l'absence de décharge et à l'AOMI présente dans 50% seulement.

La décharge doit être obtenue grâce à une prescription détaillée avec une pédagogie compréhensive mais, attention à l'excès d'empathie contre-productif et, la persistance du prescripteur permet souvent d'obtenir une meilleure adhésion des patients.

Pour une meilleure tolérance utiliser des méthodes artisanales est une solution de secours à ne pas négliger car mieux tolérée.

PADDING



sorbonne-universite.fr

MISE EN DECHARGE



sorbonne-universite.fr

Liens et biblio :

- Livre : HA VAN et al . Le syndrome du Pied diabétique Eds ELSEVIER 421 pages 2019
- IWGDF 2023 en ligne traduction française
- Référentiel Pied diabétique de la Société Francophone du Diabète
- AP-HP Hôpital Pitié-Salpêtrière, Médecine sorbonne Université