

**Biatain®**

# Ulcères du pied diabétique – prévention et traitement

Un guide pratique de Coloplast



Biatain® – le choix simple

# Tables des matières

Introduction .....	3
Le pied diabétique - Un défi clinique .....	4
Cheminement des soins et des données cliniques .....	5
Comment prévenir les UPD .....	6
Prévention et éducation .....	6
Prévention de la formation d'un ulcère .....	6
Une approche d'équipe interprofessionnelle .....	7
Le rôle du patient .....	8
Considérer le patient dans sa totalité pour des soins efficaces .....	8
Comment diagnostiquer et évaluer un ulcère du pied diabétique .....	9
Les principes « VIPS » pour une prise en charge efficace .....	9
Évaluation locale de la plaie .....	9
Types de neuropathies .....	10
Test au monofilament de 10 g .....	10
Zones à risque pour les ulcères neuropathiques, ischémiques et neuro-ischémiques .....	11
Symptômes cliniques des ulcères du pied neuropathiques et ischémiques .....	11
Évaluation de l'ulcère .....	12
Lit de la plaie .....	12
Symptômes d'infections superficielles et profondes .....	13
Classification de Wagner .....	13
Comment traiter un ulcère du pied diabétique .....	14
Traitement des ulcères du pied diabétique .....	14
Traitement local de la plaie .....	15
Solutions Coloplast pour les ulcères du pied diabétique .....	16
Pansements Coloplast antimicrobiens pour les ulcères du pied diabétique infectés et les ulcères à risque d'infection .....	17
Références .....	18
Biatain® – absorption supérieure pour une guérison plus rapide .....	19

# Introduction

Les ulcères du pied diabétique ont un impact négatif considérable sur la vie des patients et sont hautement vulnérables à l'infection, qui conduit trop souvent à l'amputation. Il est essentiel que le patient avec un ulcère du pied diabétique reçoive les meilleurs soins possibles. La réussite du traitement d'un ulcère du pied diabétique nécessite une connaissance approfondie de la blessure : sa cause, sa progression, les risques, et le traitement. De plus, une approche transversale fonctionnelle est requise, c'est-à-dire une approche dans laquelle le patient joue un rôle actif dans le processus du traitement.

Les renseignements qui sont fournis dans ce guide se veulent seulement des directives générales. Veuillez consulter les lignes directrices sur les ulcères du pied diabétique applicables dans votre région. Pour une étude plus approfondie, veuillez vous référer au *Consensus international sur le pied diabétique* publié en 2011.<sup>2</sup>

Nous espérons que ce guide pratique vous aidera à diagnostiquer, à évaluer et à traiter les ulcères du pied diabétique dans une pratique clinique, ainsi qu'à identifier les opportunités pour prévenir et minimiser les risques d'infection et d'amputation.

## **Développé par :**

Comité facultaire : Dr Christian Münter, Allemagne; Prof. Patricia Price, Royaume-Uni; Wilma Ruigrok van der Werven, MA, RN, Pays-Bas; Prof. Gary Sibbald, Canada

Comité de révision : Patricia Coutts, RN, Canada; Mike Edmonds, diabétologue consultant, Royaume-Uni; Prof. Keith Harding, Royaume-Uni; Maria Mousley, AHP, consultante, podiatre, Royaume-Uni; Dr. PV Mayer, MB, BCh, CCFP, The Mayer Institute, Canada

Ce guide pratique de Coloplast a été mis à jour en mars 2012, en collaboration avec le Dr Christian Münter.

« Je m'étonne que la société puisse payer une fortune à un chirurgien pour amputer la jambe de quelqu'un – mais rien pour la sauver! »

George Bernard Shaw

## Le pied diabétique – un défi clinique

Le diabète est une maladie chronique grave qui mérite l'attention. Environ 15 % de toutes les personnes diabétiques seront touchées par un ulcère du pied au cours de leur vie.<sup>1</sup>

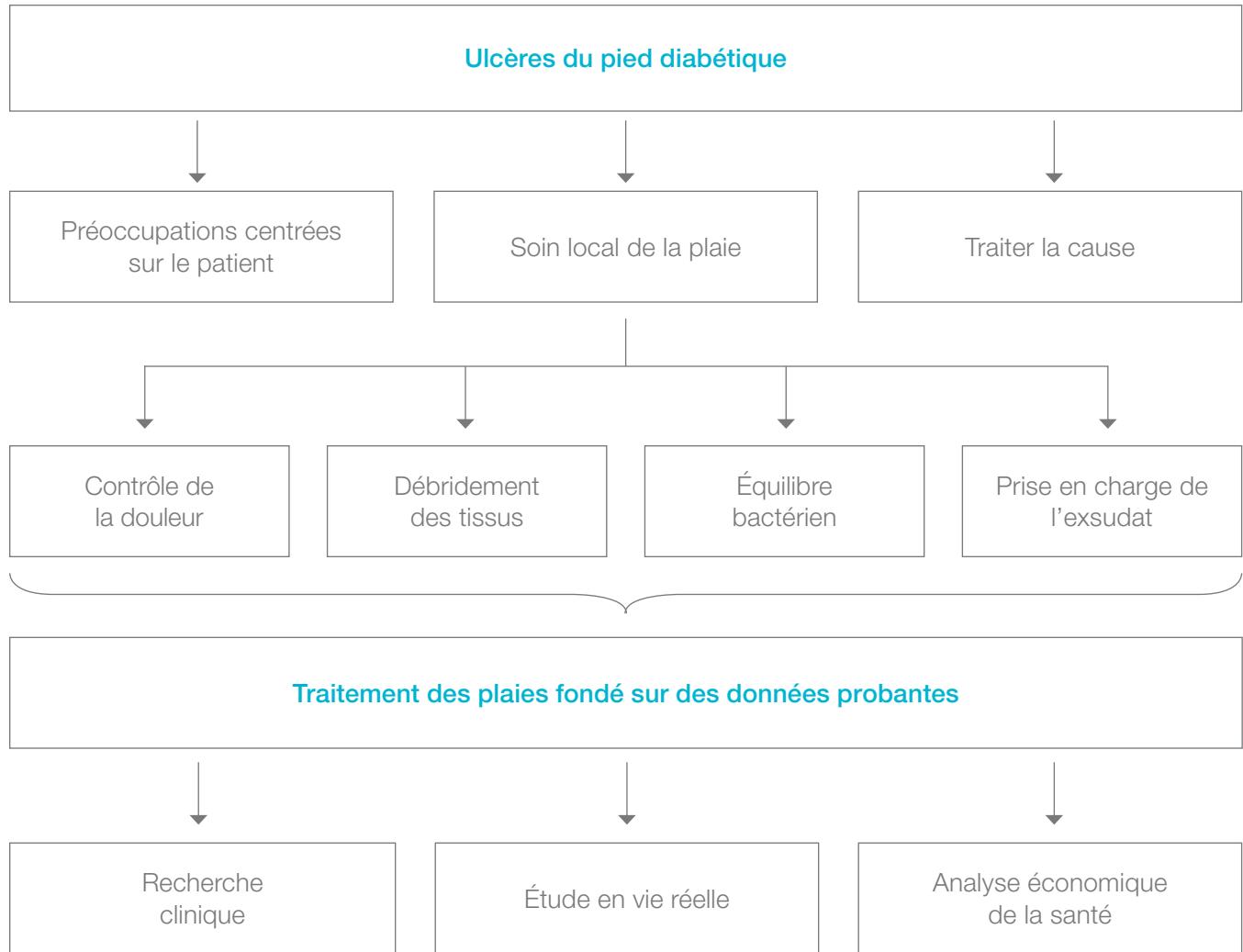
Les ulcères du pied diabétique (UPD) sont souvent concomitants à une insuffisance vasculaire et ils constituent la principale cause de gangrène et d'amputation chez les personnes diabétiques. Le risque de développer un ulcère du pied diabétique est considérablement accru par une diminution de la sensibilité et de la pression sanguine.

Les ulcères du pied diabétique posent un risque énorme pour la qualité de vie du patient. Ils multiplient la prise en charge des plaies/infections et des coûts, et ils représentent une forte proportion de l'ensemble des budgets de santé nationaux.

- Après 5 ans, le taux de récurrence des ulcères du pied est de 70 %.<sup>2</sup>
- Jusqu'à 85 % de toutes les amputations chez les personnes diabétiques sont précédées d'un ulcère du pied.<sup>1-2</sup>
- Les personnes atteintes de diabète ayant subi l'amputation d'un membre inférieur présentent un risque de 50 % de développer une légion grave à l'autre membre dans les 2 années qui suivent.<sup>3</sup>
- Les personnes diabétiques ont un taux de mortalité de 50 % dans les 5 années suivant une première amputation.<sup>4</sup>

Il est possible de réduire le taux d'amputation de 49 à 85 % par une stratégie de soins qui combine la prévention, une équipe multidisciplinaire de soins en diabète, une organisation adéquate, une surveillance étroite, et l'éducation.<sup>1</sup>

# Cheminement des soins et des données cliniques



# Comment prévenir les UPD

## Prévention et éducation

« 49 à 85 % de tous les problèmes liés au pied diabétique sont évitables. »

**Spraul, M., 2000.<sup>6</sup>**

« Ceci peut être réalisé en combinant de bons soins des pieds, fournis par une équipe multidisciplinaire de soins en diabète, et une éducation appropriée pour les personnes diabétiques. »

**Adapté de Bakker, K. et coll., 2005.<sup>1</sup>**

« L'éducation des patients, du personnel soignant et des prestataires de soins est une composante essentielle d'une approche d'équipe multidisciplinaire efficace... mais des systèmes et des structures efficaces pour le dépistage, une offre de service en podiatrie et en chaussure, ainsi que des traitements rapides, au besoin, doivent être mis en place. »

**Adapté de Spraul, M., 2000.<sup>6</sup>**

« Les aspects les plus importants, comme les signes de danger qui exigent une action rapide du patient, devraient être résumés et répétés. »

**Spraul, M., 2000.<sup>6</sup>**

« Le succès du diagnostic et du traitement des patients qui présentent des plaies chroniques implique des soins holistiques et une approche d'équipe. L'intégration du travail d'une équipe multidisciplinaire de soins qui comprend des médecins, des infirmières et autres professionnels de la santé avec le patient, la famille et les aides-soignants constitue une formule optimale pour trouver une solution aux plaies. »

**Sibbald, R.G., et coll., 2001.<sup>18</sup>**

## Prévention de la formation d'un ulcère

Les personnes atteintes de diabète doivent examiner leurs pieds régulièrement ou demander à un membre de leur famille ou à un aide-soignant de le faire à leur place. L'inspection quotidienne est le fondement de la prévention des ulcères du pied diabétique. Toutes les plaies et les blessures doivent être prises au sérieux dès le début.

Un nettoyage régulier et en douceur, avec de l'eau savonneuse, suivi par l'application de crèmes hydratantes, aide à garder la peau saine et apte à mieux à mieux de résister aux bris et aux blessures.

On devrait s'assurer que les chaussures sont bien ajustées et qu'elles offrent un soutien adéquat. Envisagez l'utilisation de chaussures athlétiques ou de sport et de bas épais et coussinés. Des bas pour diabétiques (qui n'entrent pas la circulation) sont aussi offerts. En cas de déformation des pieds ou de besoin de soutien particulier, des chaussures sur mesure devraient être considérées.

Des blessures mineures aux pieds, telles que les coupures, des égratignures, des ampoules et le pied d'athlète (*tinea pedis*), peuvent être involontairement aggravées par des traitements maison qui font obstacle à la guérison. On doit rappeler aux patients d'éviter l'immersion dans l'eau chaude, les coussins chauffants et les agents irritants comme le peroxyde d'hydrogène, l'iode et les astringents. Un environnement de plaie humide aidera à prévenir la formation d'ulcères. Les blessures mineures devraient être nettoyées délicatement et traitées avec un antiseptique topique. En outre, un médecin devrait examiner toute blessure mineure qui tarde à guérir.

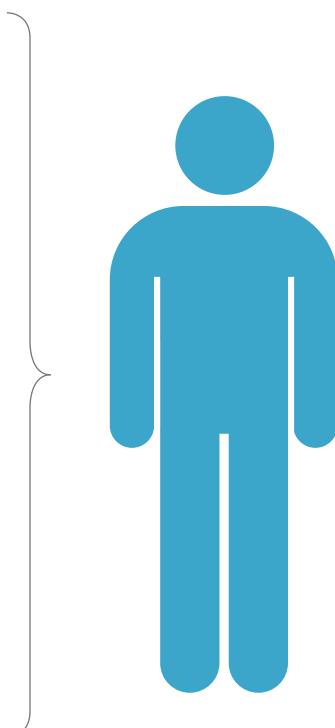
En renforçant ces conseils préventifs et en examinant les pieds des patients lors de chaque visite de suivi, le médecin peut aider le patient à développer et à conserver de bonnes pratiques pour les soins des pieds.

## Une approche d'équipe multidisciplinaire

- Diététiste
- Diabétologue
- Pharmacien
- Médecin de famille/omnipraticien
- Chirurgien orthopédique
- Équipe de réadaptation :
  - Ergothérapeute
  - Physiothérapeute ou
  - Médecin spécialiste
- Radiologiste interventionnel
- Chirurgien vasculaire
- Infirmière communautaire
- Dermatologue
- Orthésiste
- Spécialiste en soins de pieds : podiatre

### Autres

- Éducateur spécialisé en diabète
- Psychologue
- Travailleur social
- Neurologue



La participation du patient en tant que membre de l'équipe de soins améliore l'issue des soins donnés au patient.

# Le rôle du patient

## L'auto-examen des pieds doit faire partie des soins du pied diabétique et de leur suivi

L'éducation du patient, de la famille et des soignants, comme l'utilisation d'une brochure informative facile à comprendre pour le patient, doit être une priorité.

- Toute coupure ou ouverture de la peau doit être traitée immédiatement par un professionnel de la santé qualifié.
- Inspectez et examinez quotidiennement les pieds et les chaussures.
- Chaussures appropriées
- Les ongles devraient être entretenus par un spécialiste du pied qualifié (podiatre ou discipline connexe).
- La peau sèche devrait être traitée avec un hydratant approprié, tel que des crèmes (humectants) contenant de l'urée ou de l'acide lactique.\*<sup>18</sup>
- Les infections fongiques, en particulier entre les orteils, exigent des agents antifongiques topiques.

**Les patients doivent toujours penser à retirer les bas et les chaussures pour une inspection régulière des deux pieds.**

## Considérer le patient dans sa totalité pour des soins efficaces de l'ulcère du pied

<b>Antécédents, médication et allergies</b>	Recherchez des médicaments qui peuvent inhiber la guérison (les stéroïdes ou les immunosuppresseurs, par exemple)
<b>Recherche d'autres complications</b>	Neurologiques, oculaires, cardiaques, rénales, vasculaires
<b>Contrôle glycémique*</b>	HbA <sub>1c</sub> (hémoglobine glyquée) < 7,5 % (selon les conditions spécifiques au patient, par exemple, la médication, le risque d'hypoglycémie, le poids corporel)
<b>Contrôle de l'hypertension*</b>	< 140/90 mmHg
<b>Contrôle de l'obésité clinique*</b>	IMC < 30 kg/m <sup>2</sup>
<b>Contrôle de l'hyperlipidémie*</b>	Cholestérol < 5,2 mmol/L (200 mg/dL)

\* Les 4 paramètres sont associés au syndrome métabolique et à l'apparition du diabète de type 2. Un contrôle optimal du diabète permettra d'améliorer l'issue des soins prodigués au patient.

Avertissement :

Il s'agit de directives générales. Veuillez vérifier les recommandations locales de traitement qui s'appliquent dans votre pays ou dans votre établissement de soins de santé.

# Comment diagnostiquer et évaluer un ulcère du pied diabétique

Les principes « VIPS »<sup>7,8</sup> pour une prise en charge efficace du pied diabétique

- V** Apport V- I** Contrôle de l'Infection
- P** Soulagement ou déchargement de la Pression
- S** Songer au débridement chirurgical ou avec un scalpel

Les ulcères du pied diabétique présentent généralement un épais rebord de tissus kératinisés qui entoure la plaie.<sup>9</sup>



Les ampoules sont associées à la friction et au cisaillement.



Les callosités sont associées à une pression accrue et aux hémorragies.

## Évaluation locale de la plaie<sup>10</sup>

<b>Histoire</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>· Antécédant d'ulcère(s), amputation</li></ul>
<b>Évaluation locale de la peau</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>· œdème</li><li>· Couleur</li><li>· Température</li><li>· Callosité</li></ul>
<b>Examen vasculaire</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>· Recherchez une maladie artérielle périphérique Les symptômes sont souvent absents, mais les signes suivants peuvent être présents : pieds froids, blanchiment lors de l'élévation, diminution de la pilosité, peau sèche, luisante et atrophique.<sup>9</sup></li><li>· Palpez et vérifiez le pouls pédieux, tibial postérieur, poplité et fémoral.<sup>9</sup></li><li>· Mesurez l'indice de pression tibiobrachiale (IPTB) La pression à l'orteil ou la pression d'oxygène transcutané peut être mesurée puisque la calcification artérielle peut entraîner des valeurs faussement élevées de l'IPTB.<sup>9</sup></li></ul>
<b>Neuropathie<sup>8,11</sup></b>	<ul style="list-style-type: none"><li>· Sensitive – perte de sensation protectrice.</li><li>· Autonome – absence de transpiration provoquant une peau sèche et craquelée qui saigne, créant ainsi une porte d'entrée pour les bactéries</li><li>· Musculaire – perte de réflexes ou atrophie des muscles qui conduit à des déformations du pied.</li></ul>
<b>Déformité et chaussures</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>· Pied de Charcot</li><li>· Orteils marteaux, orteils en griffe, oignons</li><li>· Vérifiez les déformités et corrigez les chaussures dont l'ajustement est inapproprié.</li></ul>

## Types de neuropathies<sup>10</sup>

Étiologie	Neuropathie sensitive	Neuropathie autonome	Neuropathie motrice
<b>Caractéristiques</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Perte de sensation protectrice.</li> <li>Aucune perception du frottement des chaussures ou des changements de température.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Diminution de la transpiration qui se traduit par une peau sèche et craquelée.</li> <li>L'augmentation du débit sanguin rend le pied chaud.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Dysfonction des nerfs moteurs qui contrôlent le mouvement du pied. La mobilité articulaire restreinte peut accroître la pression plantaire.</li> <li>Des déformations du pied se développent.</li> <li>Orteils marteaux</li> </ul>
<b>Présentations cliniques</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ignorance de la présence d'un ulcère du pied ou absence d'inconfort lors de la palpation de la plaie.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Peau sèche craquelée et fissurée.</li> <li>Pouls bondissant</li> <li>Veines dorsales dilatées</li> <li>Pied chaud</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Arche longitudinale médiale élevée, ce qui cause la proéminence des têtes métatarsiennes et des points de pression sur la surface plantaire de l'avant-pied.</li> <li>Orteils en griffe</li> <li>Altération de la démarche</li> </ul>

## Test au monofilament de 10 g

Le test au monofilament de 10 g est recommandé comme outil de dépistage pour déterminer le niveau de perception sensorielle chez les personnes diabétiques.<sup>11-13</sup>

### Zones de dépistage

- Surface plantaire des têtes métatarsiennes (minimum de 3 têtes métatarsiennes)<sup>12,13</sup>
- Gros orteil/petit orteil<sup>12</sup>
- Face plantaire latérale et médiane de la partie centrale du pied<sup>13</sup>
- Face plantaire du talon<sup>13</sup>
- Milieu de la face dorsale du pied<sup>13</sup>



Les photographies illustrent les sites pour le dépistage.

« Il n'existe aucune preuve précise de la quantité de sites avec une réponse négative nécessaire pour établir qu'un pied est à risque. Certains documents démontrent que même un seul site avec une réponse négative pourrait indiquer un pied à risque. »

**Baker, N. et coll., 2005.<sup>12</sup>**

## Zones à risque pour les ulcères neuropathiques, ischémiques et neuro-ischémiques

**Lors d'une étude transversale menée dans la population, la proportion des lésions était la suivante :\*2**



Les ulcères neuropathiques totalisaient 55 % du total des ulcères du pied diabétique.



Les ulcères ischémiques représentaient 10 % du total des ulcères du pied diabétique et les ulcères neuro-ischémiques, 34 %.

« L'expérience récente à notre clinique indique que la fréquence des ulcères neuropathiques a diminué tandis que l'incidence des ulcères ischémiques et neuro-ischémiques a augmenté, pour atteindre une proportion de 50-50. »  
**Mike Edmonds, 2005.**

\*1 % des ulcères ont été considérés comme n'étant pas liés au diabète.

## Symptômes cliniques des ulcères du pied neuropathiques et ischémiques<sup>14</sup>

Signes cliniques	Ulcère neuropathique	Ulcère ischémique
Déformation du pied	Orteils en griffe, possibilité d'une arche élevée, possibilité d'une déformation de Charcot	Pas de déformation particulière. Possibilité d'une amputation antérieure d'orteils ou de la partie avant du pied
Température du pied/Pouls du pied	Chaud, pouls palpable	Pieds froids ou température abaissée, le pouls peut être absent ou faible
Couleur de la peau	Normale ou rouge	Pâle / bleutée. Rougeur prononcée lorsqu'abaissé, blanchiment à l'élévation
État de la peau	Peau sèche en raison de la diminution de la transpiration	Mince, fragile et sèche
Emplacement de l'ulcère	Sur la face plantaire du pied et des orteils (80 % sur l'avant-pied)	Bouts des orteils, talon, bords du pied
Présence de callosités	Fréquemment retrouvées sur les surfaces de mise en charge et généralement épaisses	Pas habituellement. si présent, croûte ou nécrose distale.
Caractéristiques de l'ulcère	Habituellement indolore, avec aspect enfoncé (granulation ou base plus profonde), entouré de callosités	Douloreux, particulièrement en présence de tissu nécrotique
Sensibilité	Sensation réduite ou absente au toucher, à la vibration, à la douleur et à la pression	Des sensations peuvent être présentes, mais diminuées, en présence d'une neuropathie associée
Réflexes achilléens	Généralement absents	Généralement présents
Pouls du pied	Présent et souvent bondissant. Veines saillantes et dilatées	Absent ou fortement affaibli

## Évaluation de l'ulcère

<b>Douleur neuropathique</b>	Brûlures, démangeaisons, douleur lancinante ou fulgurante (indépendante d'un stimulus)
<b>Douleur locale</b>	Infection profonde ou articulation de Charcot
<b>Dimensions</b>	Longueur, largeur, profondeur et emplacement, de préférence avec une photographie clinique
<b>Lit de la plaie</b>	<b>Apparence</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Noir (nécrose)</li><li>• Jaune, rouge, rose</li><li>• Phagédénisme</li></ul>
<b>Signes d'infection</b>	<b>Odeur</b> Soyez conscient que certains signes (fièvre, douleurs, élévation du nombre de leucocytes/VSE) peuvent être absents. Évaluez l'ulcère pour y détecter des signes d'infection, d'inflammation et d'œdème. Pour plus de renseignements, veuillez consulter la page 20.
<b>Exsudat</b>	Abondant, modéré, léger, aucun
<b>Bords de la plaie</b>	Callosités, macération, érythème, œdème

## Lit de la plaie



Nécrose



Macération



Fibreux



Bords de plaie malsains



Plaie phagédénique avec infection des tissus profonds

# Symptômes d'infections superficielles et profondes<sup>10,15,16</sup>

## Superficielle (locale) – Traitement topique

- Absence de guérison
- Abondance de tissu de granulation friable
- Coloration rouge vif du tissu de granulation
- Exsudation accrue
- Mauvaise odeur
- Nouveau tissu fibreux au fond de la plaie



Un traitement antimicrobien topique peut être envisagé pour les infections locales et superficielles, selon l'évaluation qui orientera le traitement. Toutefois, une infection superficielle et locale peut nécessiter le recours à un traitement antibiotique systémique. Pour plus de détails et pour la plus récente mise à jour, veuillez vous référer au *Consensus international sur le pied diabétique* publié en 2011.<sup>2</sup>

## Profonde – Traitement systémique

- Douleur
- Plaie pénétrante jusqu'à l'os (risque accru en présence d'une ostéomyélite)
- Nouvelles zones de dommages
- Chaleur
- Érythème, œdème



Les signes d'une infection locale ou profonde indiquent un danger potentiel pour le membre ou pour la vie du patient. Ces signes et symptômes cliniques nécessitent une attention médicale urgente.<sup>11</sup>

## Classification de Wagner

Grade	Apparence de l'ulcère	Grade	Apparence de l'ulcère		
Grade 0		Pas de lésion ouverte, mais présence possible d'une déformation ou d'une cellulite	Grade 1		Ulcère diabétique superficiel (d'épaisseur partielle ou de pleine épaisseur)
Grade 2		Extension de l'ulcère vers les ligaments, les tendons, la capsule articulaire ou l'aponévrose profonde, sans abcès ou ostéomyélite	Grade 3		Ulcère profond avec abcès, ostéomyélite ou septicémie de l'articulation
Grade 4		Gangrène localisée à une portion de l'avant-pied ou au talon	Grade 5		Atteinte gangrénéeuse massive de la totalité du pied

Lecture complémentaire :  
Consensus international sur le pied diabétique, Groupe de travail international sur le pied diabétique, 2011<sup>2</sup>, [www.iwgdf.org](http://www.iwgdf.org)

# Comment traiter un ulcère du pied diabétique

## Traitement des ulcères du pied diabétique

<b>Vasculaire</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>En cas de circulation inadéquate, référer pour une évaluation et une investigation vasculaire.</li><li>Envisager une angioplastie, un pontage ou une amputation.</li></ul>
<b>Infection</b>	<p><i>Les écouvillons bactériens permettent d'identifier les organismes et de déterminer leur sensibilité, mais ils ne permettent pas de poser un diagnostic indépendamment des caractéristiques cliniques.</i></p> <ul style="list-style-type: none"><li>Superficielle/locale – envisager l'utilisation d'un traitement antibactérien topique (par exemple, un pansement avec libération soutenue d'argent). Toutefois, un traitement antibiotique systémique peut être requis. Le traitement général peut aussi comprendre le débridement des tissus dévitalisés, le soulagement de la pression, l'optimisation du contrôle métabolique et une intervention vasculaire.<sup>2</sup></li><li>Profonde – exige un traitement antibiotique systémique pour couvrir initialement les organismes Gram positifs, Gram négatifs et anaérobiques. Par la suite, le traitement antibiotique systémique peut être modifié selon les résultats de la culture. De plus, il est essentiel de considérer le recours au débridement chirurgical et au drainage de l'infection, parallèlement au soulagement de la pression et à l'optimisation du contrôle métabolique.</li><li>Un traitement antibactérien topique (par exemple, un pansement avec libération soutenue d'argent) peut offrir des avantages additionnels lorsqu'il est utilisé conjointement au traitement systémique d'une infection profonde.</li></ul>
<b>Pression</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>Un soulagement approprié de la pression doit être offert</li><li>Plâtre à contact total ou botte pneumatique</li><li>Chaussures spéciales ou avec plus d'espace pour les orteils, ou orthèses</li></ul>

Une inspection fréquente (selon la situation clinique) de l'ulcère du pied diabétique est indispensable en raison du risque accru d'infection.

Avertissement : Il s'agit de directives générales. Veuillez vérifier les recommandations locales de traitement qui s'appliquent dans votre pays ou dans votre établissement de soins de santé.

## Traitement local de la plaie

<b>Débridement tissulaire</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>Chirurgie par scalpel préférée</li><li>Hydrogels, alginates et enzymes</li><li>Biochirurgie</li></ul>
<b>Infection</b>	En fonction des résultats de l'évaluation de la plaie : <ul style="list-style-type: none"><li>Traitement antimicrobien topique (par exemple, un pansement avec libération soutenue d'argent)</li><li>Thérapie antibiotique systémique</li></ul>
<b>Prise en charge de l'exsudat</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>Pansements de mousse, alginates</li></ul>
<b>Prise en charge</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>Le traitement des bords de la plaie dépend du résultat lors de l'évaluation de ceux-ci. En général, les plaies saines présentent un lit rosé avec des bords progressifs, tandis qu'une plaie en mauvais état présente des bords de couleur sombre et phagédéniques.<sup>11</sup></li></ul>
<b>Douleur neuropathique</b>	À l'occasion, la neuropathie peut être associée à de la douleur. Pour les personnes qui souffrent de neuropathie diabétique douloureuse, considérer les traitements suivants : Antidépresseurs tricycliques <sup>7,17</sup> (ATC) : <ul style="list-style-type: none"><li>Agent ATC de deuxième génération<sup>17</sup>, ex. : duloxétine</li><li>Agent ATC de première génération<sup>7,17</sup>, ex. : amitriptyline</li><li>Anticonvulsivants : pré gabapentine<sup>17</sup></li></ul>

L'application de pansements qui retiennent l'humidité dans un contexte d'ischémie ou de gangrène sèche peut entraîner une grave infection pouvant menacer l'intégrité du membre ou la vie du patient.<sup>11</sup>

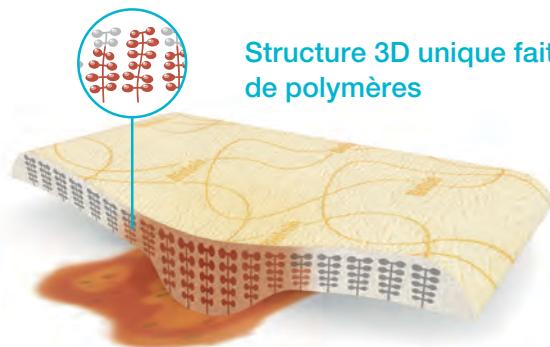
Le contrôle de l'infection est d'une importance primordiale dans le traitement des UPD en raison de son association étroite avec l'amputation. Une étude menée sur 1666 patients diabétiques a révélé qu'une infection du pied augmente de 155 fois le risque d'amputation.<sup>19</sup>

Avertissement : Il s'agit de directives générales. Veuillez vérifier les recommandations locales de traitement qui s'appliquent dans votre pays ou dans votre établissement de soins de santé.

## Solutions Coloplast pour les ulcères du pied diabétique

### Biatain® – absorption supérieure pour une guérison plus rapide

Biatain est un pansement de mousse souple et conformable qui absorbe et retient efficacement l'excès de liquide de la plaie.<sup>20,21</sup> Cela assure un équilibre hydrique optimal, essentiel pour la cicatrisation des plaies exsudatives.<sup>22,23</sup>



Structure 3D unique faite de polymères

### Biatain non adhésif – absorption supérieure pour les plaies avec une peau très fragile

Biatain non adhésif est un pansement absorbant, souple et flexible, fait de mousse de polyuréthane et doté de bords biseautés.



### Biatain Silicone – absorption supérieure pour un usage général

Biatain Silicone est un pansement de mousse absorbant, souple et flexible doté d'un doux adhésif de silicium seulement sur sa bordure, laissant ainsi la mousse libre pour l'absorption de l'excès de liquide et pour la guérison de la plaie.



### Biatain Soft-Hold – absorption supérieure pour les plaies qui sont difficiles à panser

Biatain Soft-Hold possède un doux polymère adhésif qui couvre moins de 50% de la surface de la mousse, et qui permet d'avoir les deux mains libres lors de l'application et du retrait du pansement.



### Biatain Alginate – absorption supérieure pour les plaies nécrotiques et le remplissage de cavités

Pansement d'alginate hautement absorbant, pour les plaies moyennement à fortement exsudatives de toute taille et de toute forme. Favorise une guérison plus rapide en se conformant à toute forme de plaie et par le débridement du tissu nécrotique.



### Gel Purilon® – cicatrisation plus rapide des plaies par un débridement efficace et doux

- Débridement rapide et efficace.
- Haute cohésion – le gel reste en place.



### Atrac-Tain® – crème hydratante pour la peau extrêmement sèche et craquelée

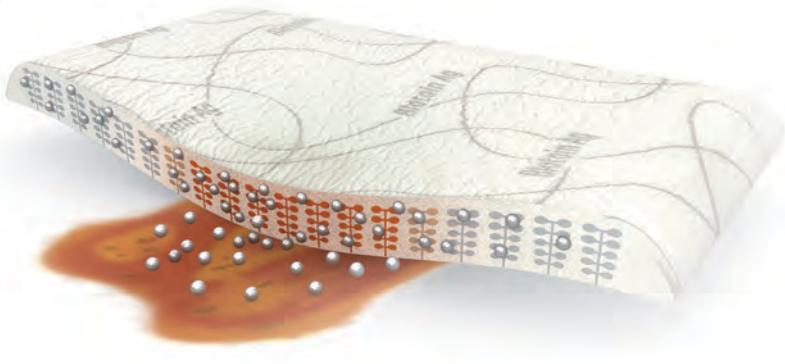
La crème hydratante Atrac-Tain est bénéfique dans le traitement des formes de xérosis modérées à sévères qui touchent les pieds des patients diabétiques.<sup>24</sup>

## Pansements Coloplast antimicrobiens pour les ulcères du pied diabétique infectés et les ulcères à risque d'infection

### Biatain® Ag – absorption supérieure pour les plaies infectées

Libération continue des ions d'argent pendant toute la durée de port (jusqu'à 7 jours).<sup>25</sup>

- Environnement optimal pour la guérison.<sup>26-27</sup>
- Élimination rapide des bactéries.<sup>28</sup>
- Conçu pour prévenir l'infection de la plaie.



### Biatain Ag non adhésif – absorption supérieure pour les plaies infectées avec une peau très fragile

Biatain Ag est un pansement d'argent souple et confortable qui a démontré son efficacité pour aider les plaies infectées à guérir plus rapidement.<sup>26,27</sup>



### Biatain Silicone Ag – absorption supérieure pour les plaies infectées

Biatain Silicone Ag est un pansement d'argent absorbant doux et flexible doté d'une douce bordure adhésive en silicone.



### Biatain Alginate Ag – absorption supérieure pour les plaies nécrotiques et le remplissage de cavités, en présence d'infection

Pansement d'alginate de calcium hautement absorbant, pour les plaies infectées moyennement à fortement exsudatives de toute taille et de toute forme. Favorise une cicatrisation plus rapide en se conformant à toute forme de plaie et par le débridement du tissu nécrotique.

- Conçu pour combattre l'infection dans les plaies cavitaires.
- Effet sur un large spectre de bactéries.<sup>16</sup>

# Références

1. Bakker, K. et al. The year of the diabetic foot, *Diabetes Voice*, March 2005, Vol. 50(1): 11-14.
2. Groupe de travail international sur le pied diabétique, *Consensus international sur le pied diabétique*, 2007, 2011.
3. Jude, E. et al. Assessment of the diabetic foot. *Chronic Wound Care: Chapter 58*, In: Krasner, D.L. et al., *A Clinical Sourcebook for Healthcare Professionals*, Third Edition, HMP Communications Inc. 2001: 589-597.
4. Armstrong, D.G. et al. Diabetic foot infections: stepwise medical and surgical management. *International Wound Journal*, 2004, Vol. 1(2): 123-132.
5. Williams, R. et al. The size of the problem: Epidemiological and economic aspects of foot problems in diabetes. In: Boulton, A.J.M. et al., *The Foot in Diabetes*, John Wiley & Sons, Ltd., 2000: 3-17.
6. Spraul, M. Education – can it prevent diabetic foot ulcers and amputations? In: Boulton, A.J.M. et al., *The Foot in Diabetes*, John Wiley & Sons, Ltd., 2000: 111-120.
7. Reddy, M. Wound healing: The next millennium. *Diabetic Microvascular Complications Today*, May/June 2005: 25-27.
8. Inlow, S. et al. Best practices for the prevention, diagnosis, and treatment of diabetic foot ulcers, *Ostomy/Wound Management* 2000, Vol. 46(11): 55-68.
9. Frykberg, R.G. et al. A summary of guidelines for managing the diabetic foot. *Advances in Skin & Wound Care* 2005, Vol. 18(4): 209-213.
10. Edmonds, M. et al. *A Practical Manual of Diabetic Foot Care*, Blackwell Science, Oxford 2004.
11. Registered Nurses' Association of Ontario 2005. *Assessment and management of foot ulcers for people with diabetes*. Toronto, Canada: Registered Nurses' Association of Ontario.
12. Baker, N. et al. A user's guide to foot screening. Part 1: Peripheral neuropathy, *The Diabetic Foot* 2005, Vol. 8(1): 28-37.
13. Browne, A.C. et al. The diabetic neuropathic ulcer: An overview. *Ostomy/Wound Management*, 1999. Vol. 45 (No. 1A: Suppl).
14. Edmonds, M.E. et al. *Managing the Diabetic Foot*, Blackwell Science, Oxford 2005.
15. Sibbald, R.G. et al. Preparing the Wound Bed 2003: Focus on infection and inflammation, *Ostomy/Wound Management*, November 2003, Vol. 49(1): 24-51.
16. Sibbald, R.G. et al. Cost-effective faster wound healing of critically colonized wounds with a sustained release silver foam dressing, based upon the symposium "Bacteria, sustained release of silver and improved healing", An official satellite symposium of the WUWHS 2004. Published at [www.worldwidewounds.com](http://www.worldwidewounds.com) December 2005.
17. CG96 Neuropathic pain - pharmacological management: full guideline, NHS, National Institute for Health and Clinical Excellence, 27 May 2010 (<http://guidance.nice.org.uk/CG96/Guidance/pdf/English>).
18. Sibbald, R.G. et al. Dermatological aspects of wound care, Chapter 30, In: Krasner, D.L. et al., *A Clinical Sourcebook for Healthcare Professionals*, Third Edition, HMP Communications Inc., 2001: 273-285.
19. Lavery et al. *Diabetes Care* 2006;29(6):1288-93.
20. Andersen et al. A randomized, controlled study to compare the effectiveness of two foam dressings in the management of lower leg ulcers. *Ostomy/Wound Management* 2002;(48)8:34-41.
21. Thomas et al. [www.dressings.org/TechnicalPublications/PDF/Coloplast-Dressings-Testing-2003-2004.pdf](http://www.dressings.org/TechnicalPublications/PDF/Coloplast-Dressings-Testing-2003-2004.pdf)
22. White R and Cutting KF. Modern exudate management: a review of wound treatments. *WorldWideWounds* 2006.
23. Romanelli et al. Exudate management made easy. *Wounds International* 2010;1(2).
24. Pham et al. A prospective, randomized, controlled double-blind study of a moisturizer for xerosis of the feet in patients with diabetes. *Ostomy/Wound Management* 2002;48(5):30-36.
25. Buchholtz. An in-vitro comparison of antimicrobial activity and silver release from foam dressings. *Wounds UK* 2009.
26. Jørgensen et al. The silver-releasing foam dressing, Contrext Foam, promotes faster healing of critically colonised venous leg ulcers: a randomised, controlled trial. *International Wound Journal* 2005;2(1):64-73.
27. Münter et al. Effect of a sustained silver-releasing dressing on ulcers with delayed healing: the CONTOP study. *Journal of Wound Care*. 2006;15(5):199-206.
28. Ip et al. Antimicrobial activities of silver dressings: an in vitro comparison. *Journal of Medical Microbiology* 2006;55:59-63.



# Biatain® - Absorption supérieure pour une guérison plus rapide

## les plaies non infectées

### Biatain Silicone



Taille (cm)	Code de produit	Unités/boîte
7,5 x 7,5	33434	10
10 x 10	33435	10
12,5 x 12,5	33436	10
15 x 15	33437	5
17,5 x 17,5	33438	5

### Biatain Silicone Lite



Taille (cm)	Code de produit	Unités/boîte
7,5 x 7,5	33444	10
10 x 10	33445	10
12,5 x 12,5	33446	10

### Biatain non adhésif



Taille (cm)	Code de produit	Unités/boîte
5 x 7	6105	10
10 x 10	3410	10
10 x 20	3412	5
15 x 15	3413	5
20 x 20	3416	5

### Biatain Soft-Hold



Taille (cm)	Code de produit	Unités/boîte
10 x 10	3470	5
10 x 20	3472	5
15 x 15	3475	5

### Biatain adhésif



Taille (cm)	Code de produit	Unités/boîte
7,5 x 7,5	3462	10
10 x 10	3430	10
12,5 x 12,5	3420	10
18 x 18	3423	5
17 x 17 sacrum	3483	5
23 x 23 sacrum	3485	5
19 x 20 talon	3488	5



### Biatain Alginate



Taille (cm)	Code de produit	Unités/boîte
5 x 5	3705	30
10 x 10	3710	10
15 x 15	3715	10
3 x 44 Mèche	3740	6



### Biatain Super



Taille (cm)	Code de produit	Unités/boîte
AD	NA	
10x10	4610	4630
12,5x12,5	4612	4632
12x20	4625	4645
15x15	4615	4635
20x20	4620	4639

non adhésif (NA)  
adhésif (AD)

## les plaies infectées

### Biatain Silicone Ag



Taille (cm)	Code de produit	Unités/boîte
7,5 x 7,5	39636	5
10 x 10	39637	5
12,5 x 12,5	39638	5

### Biatain Ag non adhésif



Taille (cm)	Code de produit	Unités/boîte
5 x 7	5105	5
10 x 10	9622	5
10 x 20	9623	5
15 x 15	9625	5
20 x 20	9626	5

### Biatain Ag adhésif



Taille (cm)	Code de produit	Unités/boîte
7,5 x 7,5	9631	5
12,5 x 12,5	9632	5
18 x 18	9635	5
23 x 23 sacrum	9641	5
19 x 20 talon	9643	5

### Biatain Alginate Ag



Taille (cm)	Code de produit	Unités/boîte
5 x 5	3755	10
10 x 10	3760	10
15 x 15	3765	10
3 x 44 Rope	3780	10

## les plaies douloureuses

### Biatain Ibu non adhésif



Taille (cm)	Code de produit	Unités/boîte
10 x 10	4110	5
10 x 20	4112	5
15 x 15	4115	5
20 x 20	4120	5

### Biatain Ibu Soft-Hold



Taille (cm)	Code de produit	Unités/boîte
10 x 10	4140	5
10 x 20	4142	5

## Autres

### Gel Purilon® (stérile)



Size (cm)	Code de produit	Unités/boîte
8 g / 0,28 oz	3906	10
15 g / 0,5 oz.	3900	10

### Crème AtracTain®



Size (cm)	Product Code	Unités/boîte
2 g sachet	1843	300
60 ml	1802	12
140 ml	1814	12

### Comfeel Plus Transparent



Taille (cm)	Code de produit	Unités/boîte
5 x 7	3530	10
5 x 15	3547	10
5 x 25	3548	10
10 x 10	3533	10
9 x 14	3536	10
9 x 25	3537	5
15 x 15	3539	5
9x11 Contour	3283	5

Chez Coloplast, après 30 années passées en soins des plaies, nous croyons que l'absorption est la clé d'une meilleure guérison. Notre gamme de produits Biatain® propose une absorption supérieure pour les besoins quotidiens en soins des plaies, ce qui fait de Biatain le choix simple pour une guérison plus rapide.

Ostomy Care  
Urology & Continence Care  
Wound & Skin Care

Coloplast développe des produits et services qui simplifient la vie de personnes aux prises avec des problèmes médicaux intimes et très personnels. Travailant en étroite collaboration avec les gens qui utilisent nos produits, nous créons des solutions qui répondent à leurs besoins spécifiques. C'est ce que nous appelons les soins de santé intimes. Nos affaires incluent les soins de stomies, l'urologie et les soins de continence ainsi que les soins de la peau et des plaies. Nous oeuvrons dans le monde entier et employons plus de 7000 personnes.

Le logo de Coloplast est une marque déposée de Coloplast A/S. © 2012-03.  
Tous droits réservés. Coloplast Canada, Mississauga, Canada.



Coloplast Canada  
3300 Ridgeway Drive, Unit 12  
Mississauga, ON L5L 5Z9  
1-877-820-7008

[www.coloplast.ca](http://www.coloplast.ca)  
F1229N