

LA DIABÉTOLOGIE EN MÉDECINE GÉNÉRALE

Plaies du pied diabétique Faire mieux en prévention

L'amélioration de la prise en charge des diabétiques a permis une augmentation de l'espérance de vie, mais aussi de la prévalence des complications. Si la prise en charge des plaies du pied a bien progressé, force est de constater que la prévention reste à la traîne.

● De 12 à 25 % des personnes diabétiques, types 1 et 2 confondus, présenteront « un pied diabétique » au cours de leur vie. Les personnes en situation de précarité sont particulièrement touchées, et de façon plus précoce.

Les plaies du pied constituent souvent un tournant dans la maladie, qui passe d'un état qu'on pourrait qualifier d'invisible à une pathologie, la plaie, visible à la fois par la personne malade, son entourage, mais aussi les soignants. Il s'agit d'une complication particulièrement grave pouvant engager le pronostic vital et témoignant souvent d'un diabète multicompliqué. Certaines plaies, malgré une prise en charge optimale, ne cicatriseront pas et feront envisager une amputation. Une décision souvent traumatisante pour le patient et son entourage. Le risque d'amputation est multiplié par 25 en présence d'un diabète.

Les données de suivi à court et moyen terme des personnes hospitalisées pour pied diabétique sont alarmantes : environ 50 % nécessiteront une nouvelle hospitalisation pour plaie du pied, 30 % pour une amputation de membre inférieur, et de 30 à 40 % décéderont. Quant au pronostic postamputation, il est effroyable : 20 % des sujets seront réamputés, et 30 % seront réhospitalisés dans l'année.

Évaluation, pluridisciplinarité

Incontournable, l'évaluation initiale de la plaie sera effectuée en deux étapes : « je regarde » et « j'explore au stylet ». Cela permet à la fois d'orienter sur l'étiologie de la plaie et de rechercher des signes d'infection locaux (notamment un contact osseux), voire généraux. Le bilan initial est essentiel pour une prise en charge réussie en ville ; il faudra notamment s'assurer que l'état vasculaire peut permettre une cicatrisation spontanée, et ne pas hésiter à demander un échodoppler artériel des membres inférieurs en cas de doute.

La pluridisciplinarité est l'autre volet déterminant du bilan et du traitement des plaies du pied. La personne devra en effet être prise en

charge de façon globale (métabolique, infectieuse, vasculaire, décharge et soins locaux), avec une coordination efficace entre le médecin traitant, le diabétologue, l'infectiologue, le radiologue, le chirurgien vasculaire, l'orthopédiste, le plasticien, parfois le gériatre, mais également l'infirmier, le podologue, le podopodiatriste, l'assistant social et l'entourage familial. Il est parfaitement démontré que la prise en charge pluridisciplinaire des plaies du pied est associée à une augmentation des chances de cicatrisation, à une réduction de la durée d'hospitalisation et à une diminution du taux d'amputations majeures.

Des situations d'urgence

L'absence d'évolution favorable, malgré une prise en charge adaptée, des signes infectieux généraux et/ou locaux (notamment une suspicion d'ostéite ou une nécrose humide), mais également le non-respect de la décharge ou un maintien à domicile impossible devront motiver une consultation en service hospitalier de diabétologie dans les meilleurs délais. On sait en effet que le délai de consultation auprès d'équipes référentes est associé à un retard de cicatrisation, à une augmentation du risque d'amputation et de la durée d'hospitalisation.

L'examen des pieds, délaissé

Par rapport aux autres complications du diabète, la prévention des plaies du pied est plus difficile à mettre en place, sûrement parce qu'elle nécessite une étape indispensable, chronophage et peut-être délicate pour certains médecins : l'examen des pieds. Il permet pourtant d'établir la gradation du risque podologique, et donc de définir la prise en charge à proposer. En 2007, dans l'étude Entred, seules 20 personnes diabétiques de type 2 sur 100 déclaraient que leur médecin leur avait fait un test au monofilament...

Médecinoéconomie

La convention 2016-2021 passée entre l'Assurance-maladie et les médecins libéraux comporte des modifications des critères de la ROSP, incluant la « part des patients MT traités par antidiabétiques ayant bénéficié d'un examen clinique annuel des pieds par le MT ou d'une consultation de podologie dans l'année », ce qui laisse espérer une amélioration des pratiques. On pourrait se demander pourquoi il n'est pas précisé la nécessité d'effectuer la gradation du risque podologique.

La pluridisciplinarité doit-elle se limiter au traitement des plaies du pied ? Ne pourrait-on pas imaginer une délégation de tâche à un IDE pour cet examen ? Toute personne diabétique ne pourrait-elle pas bénéficier d'une consultation podologique annuelle remboursée ? Il faut évaluer le coût médicoéconomique de telles mesures.

Pr Ariane Sultan

Équipe nutrition, diabète, CHU de Montpellier

Société francophone du diabète

Derrière le handicap et l'autisme Une consultation qui écoute la douleur du corps

Ouvert en 2013, le Centre régional douleur et soins somatiques en santé mentale d'Étampes est une structure précurseur dans la prise en charge du corps des personnes autistes ou polyhandicapées. Son chef de service, le Dr Djéa Saravane, est président d'honneur de l'Association nationale pour la promotion des soins somatiques en santé mentale, qui vient de tenir son 16^e Congrès de l'ANSP3M. Le « Quotidien » s'est rendu à Étampes.

● Ce lundi de juin, trois enfants auraient dû être reçus en consultation dans le Centre régional douleur et soins somatiques en santé mentale, autisme, polyhandicap et handicap génétique rare, sis au sein de l'établissement public de santé Barthélemy Durand, à Étampes.

Mais c'est jour de grève, et les familles n'ont pas voulu prendre le risque de se retrouver piégées dans les embouteillages. Avec un enfant qui ne le supporterait pas.

Bilan somatique de la tête aux pieds

Le Centre d'Étampes, créé en 2013 par le Dr Djéa Saravane grâce à une enveloppe annuelle de 400 000 euros du troisième plan autisme, accueille des enfants, une majorité d'adolescents, et des adultes autistes (au 2/3), et polyhandicapés, dyscommuniants, pour des bilans somatiques « de la tête aux pieds ».

Loïc, l'un des patients prévus ce lundi, a découvert le centre il y a quatre ans. Le fils de Jeanne Félicité Engo Nsi, alors une dizaine d'années, devenait violent jusqu'à se taper la tête contre les murs. « Nous savons voir l'autisme. Mais derrière, il y a d'autres souffrances dont on ne se rend pas compte. On ne comprenait pas cette violence », se souvient sa mère. Elle le conduit chez sa psychiatre, celle qui la première fois a posé le mot d'autisme à propos de son fils, le sortant d'une longue errance diagnostique. Et la psychiatre de l'orienter vers le Dr Djéa Saravane. « Notre sauveur », dit Mme Engo Nsi. « Il a su l'endormir avec du gaz pour voir qu'il avait des otites chroniques et ainsi le mettre sous antibiotiques », explique-t-elle. Loïc a aujourd'hui 14 ans et retourne une à deux fois par an à Étampes pour retirer des bouchons de cérumen. « C'est le seul hôpital qui comprend nos enfants. Ailleurs, Loïc ne se laisse pas toucher », commente sa mère*.

Le pavillon caressé par des coquelicots est situé à l'écart des autres bâtiments ; l'accueil n'a pas de salle d'attente ; la salle de consultation (il faut compter y passer deux heures) est neutre et calme, avec pour apaiser, un écran de cinéma et un lecteur de musique. L'équipe développe des outils



L'équipe du centre créé par le Dr Djéa Saravane, désormais centre de référence national, développe des outils pour faciliter l'expression de la douleur

pour faciliter l'expression de la douleur (l'application numérique I Feel, l'échelle ESDDA). Les infirmières ont comme maître mot la sécurité, prennent le temps de dispenser des conseils thérapeutiques aux aidants, et savent s'adapter à chaque patient. Qu'importe si la prise de sang doit se faire dans l'ambulance pour celui qui refuse d'en sortir, ou par terre, pour l'enfant qui ne veut pas s'allonger sur le lit. Si la personne est trop anxieuse ou agitée, les soignants lui administrent le Meopa. Et lorsque l'enfant ne peut venir à l'hôpital, c'est le Dr Saravane qui vient à lui.

En termes de soins, ce spécialiste de médecine interne et de la douleur, prône un retour à la sémiologie de base pour repérer des pathologies passées inaperçues derrière l'autisme, et qui pourtant engendrent de graves troubles du comportement : un problème de voûte plantaire, de sommeil, une carie, des maux de ventre, un trouble des règles chez les jeunes filles, l'épilepsie... « Souvent, les carnets de santé des enfants ont des pages blanches », observe le médecin.

Bien sûr, Étampes a des partenariats avec les spécialistes des hôpitaux de proximité, Henri Mondor, le Kremlin-Bicêtre, l'association Rhapsodif pour les soins dentaires. Mais le Dr Saravane insiste : « un bon généraliste peut prendre en charge ces patients complexes ». D'ailleurs, le centre n'a pas vocation à assurer un suivi au long cours. Lié au centre de ressources autisme Ile-de-France (CRAIF), il joue plutôt un rôle d'expertise. Et constitue une adresse précieuse pour les instituts, qui représentent 70 % des demandes.

Reconnaissance des pouvoirs publics et bébé-centres

La patientèle du centre n'est pas seulement francilienne : d'aucuns viennent du Loiret, d'Indre-et-Loire,

des Hauts-de-France, de Belgique, plus rarement du Sud. Les délais d'attente se sont contractés à deux mois, contre six, il n'y a pas si longtemps. Les soignants pensent que le recrutement d'un troisième médecin - un poste ouvert depuis... plus d'un an - pourrait encore les réduire.

La structure a reçu en 2013 les honneurs de la secrétaire d'État aux personnes handicapées Ségolène Neuville. « Je souhaite que le centre du Dr Saravane fasse des petits pour que, dans chaque région, on puisse trouver une consultation spécialisée de ce type », avait-elle déclaré lors du congrès Autisme France, à Bordeaux.

Depuis, branle-bas de combat. À l'automne 2015, la direction générale de l'offre de soins (DGOS) publie une instruction adressée aux agences régionales de santé (ARS) pour orchestrer la mise en place de consultations dédiées aux personnes handicapées. Le cahier des charges annexé est rédigé en collaboration avec le Dr Saravane, dont le centre devient une référence nationale.

Dès 2017, les premiers centres répondent aux appels d'offres de leur ARS : Bordeaux (à la maison de santé Bagatelle) et Limoges (au sein de l'hôpital Esquirol). D'autres devraient bientôt se faire connaître en Bretagne et dans les Hauts-de-France.

De son côté, le centre d'Étampes entend développer la télé-médecine et téléexpertise et mise sur le développement de la recherche clinique, grâce à un partenariat avec le Centre Hospitalier Universitaire de Sherbrooke-Canada. Infatigable, le Dr Saravane, à peine les journées franco-québécoises et le congrès de l'ANP3SM terminés, pense déjà à un grand congrès de la francophonie sur l'autisme pour 2019.

Coline Garré

*Mme Engo Nsi a fondé l'association Autisme France Afrique (Autifa) pour briser le tabou de l'autisme en Afrique. Son projet : organiser la venue de spécialistes au Cameroun pour aider les parents et enfants confrontés à des TSA. Rens : www.facebook.com/Autifac/

Lien ville-hôpital

Le médecin traitant doit :

- effectuer la gradation du risque podologique ;
- savoir reconnaître la gravité d'une plaie du pied chez une personne diabétique ;
- avoir un diabétologue référent pied diabétique joignable dans un centre hospitalier. Ce spécialiste doit pouvoir proposer une consultation ou une hospitalisation en urgence en fonction de la gravité de la plaie.

Il est donc indispensable de fournir aux médecins traitants un annuaire des centres experts du pied diabétique, qu'on espère en cours...

Syndrome hyper-IgE

Un nouveau gène identifié dans une maladie rare

Une équipe française de l'Institut Imagine et de l'hôpital Necker enfants malades (AP-HP) en collaboration avec le Rockefeller Institute de New York a découvert l'implication d'un nouveau gène, le gène ZNF341, dans le syndrome hyper-IgE. Ses résultats sont publiés dans « Science Immunology ». Le syndrome hyper-IgE est une maladie génétique rare, générale-

ment liée à des mutations dans le gène STAT3. L'étude a porté sur huit patients provenant de six familles différentes, avec des signes cliniques de la maladie mais ne présentant pas de mutation dans ce gène. Face à une infection fongique - auxquel les patients hyper-IgE sont particulièrement sensibles -, STAT3 s'auto-amplifie pour entraîner une réaction immunitaire. Les cher-

cheurs ont montré que ce rôle protecteur n'est pas possible sans l'intervention de ZNF341. Or, chez les patients étudiés, des mutations avec perte de fonction ont été identifiées dans ce gène, empêchant STAT3 de remplir son rôle. Une cohorte de plus grande ampleur permettra de mieux comprendre la manière dont interagissent ces deux gènes.