

modifiait pas significativement le taux de cicatrisation qui était respectivement de 81 % ($p=0,970$) et 70,8 % ($p=0,128$).

Complications.– Vingt-six BFI changées, 12 nouveaux ulcères (7 %) et 2 ulcères de l'étude se sont infectés modérément. Taux d'amputation d'orteil 2 % sans aucune amputation majeure ni phlébite.

Conclusion.– Cette étude confirme le rôle primordial de la décharge stricte dans le traitement des UPN du pied diabétique même anciens et profonds.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.rehab.2014.03.1391>

Communications affichées

P489-f

Pied diabétique : profil clinique et prévalence des amputations

M. Hadj Habib*, A. Kenniche, K. Mami

CHU, Sidi Bel Abbas

*Auteur correspondant.



CrossMark

Méthode.– Étude du profil clinique et évolutif de 77 patients diabétiques admis pour pied diabétique au cours de l'année 2012. Enquête transversale descriptive.

Résultat.– La répartition selon le sexe : F : 32 %, H : 68 %. Moyenne d'âge 62,6 ans \pm 11,3. Ancienneté du diabète : moyenne : 12,9 ans \pm 8,9. Type du diabète : 2 : 97 %. IMC moyen : 24 \pm 4,1. Équilibre du diabète : moyenne d'HbA1 C : 9,2 (\pm 2). Durée d'hospitalisation : moyenne 37 jours. Les lésions étaient dues à des chaussures inadaptées dans 22 % des cas et des mycoses dans 13 % des cas. Les types de lésions étaient dominées par des gangrènes (59 %), suivies par des abcès (18 %) et des ulcérations (9 %). On a observé une cicatrisation suite à des soins chez 38 % des patients, 62 % ont subi une amputation à niveau des amputations : orteils : 33 %, jambes : 33 %, métatarse : 23 %, cuisses : 11 %.

Discussion.– Le pied diabétique touche plus les hommes. La plupart des patients étaient déséquilibrés. Le surpoids n'avait aucune incidence sur l'apparition des lésions. La lésion du pied a révélé le diabète chez 12 % des cas. Le pied diabétique nécessite une prise en charge multidisciplinaire et un renforcement de la prévention à travers l'éducation des patients diabétiques.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.rehab.2014.03.1392>