

# Dialyse

## PRISE EN CHARGE DES TROUBLES TROPHIQUES DE L'ARTÉRITE DES MEMBRES INFÉRIEURS

### Apport du suivi par photographie

Valérie MOSSERI

Surveillante hémodialyse, AURA - Peupliers - 75 Paris

#### I. INTRODUCTION

Le service d'hémodialyse du centre Pasteur Vallery-Radot est géré par l'association pour l'utilisation du rein artificiel (AURA).

Depuis 1977, date de son ouverture, le centre a accueilli 885 patients (définitifs ou de passage).

Le service comprend actuellement 20 postes, ce qui nous permet de traiter en moyenne 95 patients. Certains d'entre eux venant des différents hôpitaux de Paris et de la région parisienne, les autres débutant le traitement dans le centre, car ils sont suivis dans le service de néphrologie-diabétologie situé dans la même enceinte.

L'équipe soignante composée de 18 IDE, 3 médecins, 1 surveillante assure le traitement par hémodialyse, mais également les soins divers à réaliser au cours de la séance.

En juillet 1992, face à la spécificité de la prise en charge des patients diabétiques ou non, atteints d'artérite des membres inférieurs dont l'évolution des troubles trophiques nécessite des soins infirmiers importants pouvant durer plusieurs mois, nous recherchons un support de transmission fiable, objectif, original et motivant pour l'équipe soignante.

Ayant un appareil photographique à notre disposition, nous décidons de prendre des clichés dès qu'une lésion apparaît, au cours des soins locaux en moyenne 1 fois

tous les 15 jours, et systématiquement avant et après intervention de régularisation, pontage ou dilatation.

La réalisation des clichés est confiée à 2 IDE intéressés et maîtrisant l'utilisation de l'appareil photographique.

Nous utilisons un Nikon réflex muni d'un objectif micro Nikkor 55 mm, le tirage étant fait initialement sur papier pour la visualisation plus facile que sur une diapositive.

Parallèlement, nous élaborons une feuille de pansement recueillant les données suivantes : soins locaux prescrits par le médecin, soins généraux, état de la lésion, prélèvement, consultation (dermatologie, radiologie, chirurgie) intervention, suivi à domicile, évolution notée de :

- -1 défavorable,
- 0 stable,
- 1 favorable,
- 2 guérison.

Ce support étant rempli par les médecins ou les IDE à chaque séance d'hémodialyse lors de la réalisation du pansement.

#### II. PRÉSENTATION DE TROIS CAS CONCRETS

1° **Monsieur NET.**, né le 27/05/1951, diabétique depuis l'âge de 13 ans, diabète insulino-dépendant le conduisant au traitement par hémodialyse à l'âge de 36 ans (23 ans après la découverte du diabète). L'artérite des membres inférieurs étant la

complication essentielle chez ce patient dont la première manifestation fut une ischémie subaiguë du membre inférieur droit, désobstruée et dilatée en février 1992 (28 ans après la connaissance du diabète)

Mars 1993 (un an après la dilatation) Érythrose de la plante du pied droit, plus aspect cyanique du gros orteil incitant à faire un doppler des membres inférieurs, plus une artériographie des membres inférieurs qui montre l'oblitération des trois axes de jambes.

9/04/1993, nécrose, plus aspect inflammatoire du gros orteil.

**28/4/1993, pontage dans le but d'améliorer ces troubles trophiques et d'éviter l'amputation.**

7/05/1993 : J 10 après pontage : la nécrose gagne du terrain, l'évolution n'est pas favorable.

21/05/1993 : J 21 après pontage : nécrose du gros orteil, plus érythrose de la plante du pied.

**9/06/1993 : un mois et 8 j. après le pontage, devant l'évolution : amputation du gros orteil.**

21/06/1993 : J 12 après amputation : aspect propre.

2/08/1993 : presque 2 mois après la tranche de section, zone d'excavation, aspect atone.

**4/08/1993 : nettoyage chirurgical, ostéotomie sur nécrose ischémique (réduction du tissu nécrotique et résection des tendons) devant la progression de la nécrose transmétatarsienne le 27/08/1993.**

J 15 après la transmétatarsienne : plaie légèrement béante.

22/11/1993 : presque 3 mois après amputation, cicatrisation quasi complète qui permettra l'appareillage.

**8 mois d'évolution.**

2° **Monsieur FOR.**, né le 18/05/1947, diabète non insulino-dépendant, découvert en 1977 à l'âge de 30 ans, devenu insu

# Dialyse

lino-requérant rapidement (changement de traitement car progression de la maladie). Début du traitement par hémodialyse en mars 1991 suite à une néphropathie diabétique.

En juin 1992, artériographie des membres inférieurs pour claudication intermittente, qui montre des sténoses serrées de la fémorale gauche qui sont dilatées le 7/07/1992.

En juillet 1992 (15 ans après la découverte du diabète) apparaît une lésion nécrotique de l'orteil gauche avec un aspect ischémique.

3 août 1992 (le premier patient que l'on a photographié) lésion sur le gros orteil gauche, rouge, plus zone blanchâtre.

5/08/1992. Entre août 1992 et janvier 1993, pas d'évolution significative, les soins locaux sont les mêmes.

20/01/1993, entre le 14 janvier et le 20 janvier 1993, flambée de la lésion, 2<sup>e</sup> orteil nécrosé, gangrène et fièvre (*photo 1*).



Photo 1.

**Artériographie bifémorale des membres inférieurs qui va montrer des sténoses très serrées.**

**20/01/1993, consultation de chirurgie.**

**22/01/1993, amputation du 2<sup>e</sup> orteil.**

3/02/1993 : 10 j. environ après amputation du 2<sup>e</sup> orteil, aspect très moche, la lésion gagne du terrain (*photo 2*).

**Devant cet état le 10/02/1993, trans-métatarsienne, plus pontage fémoro-poplité dans le but de sauver la jambe.**

18/03/1993 : J 38 après transmétatarsienne, plus pontage (*photo 3*), Monsieur FOR part au centre de rééducation de Valenton pour débiter la rééducation qui précédera l'appareillage à cicatrisation complète.

**Juillet 1993 : Cicatrisation presque complète.**

**Un an d'évolution.**

**3<sup>e</sup> Monsieur PER.**, né le 15/11/1918, probable néphroangiosclérose découverte en 1975 à l'âge de 57 ans. Début du traitement par hémodialyse le 3/01/1978 à l'âge de 60 ans. La principale complication étant l'artérite des membres inférieurs.

Février 1993, pied gauche : lésion ischémique du talon, plus 2<sup>e</sup> orteil.

Février 1993 : chute de l'ongle.

**8/03/1993 : artériographie des membres inférieurs, qui montre des lésions multiples.**



Photo 2

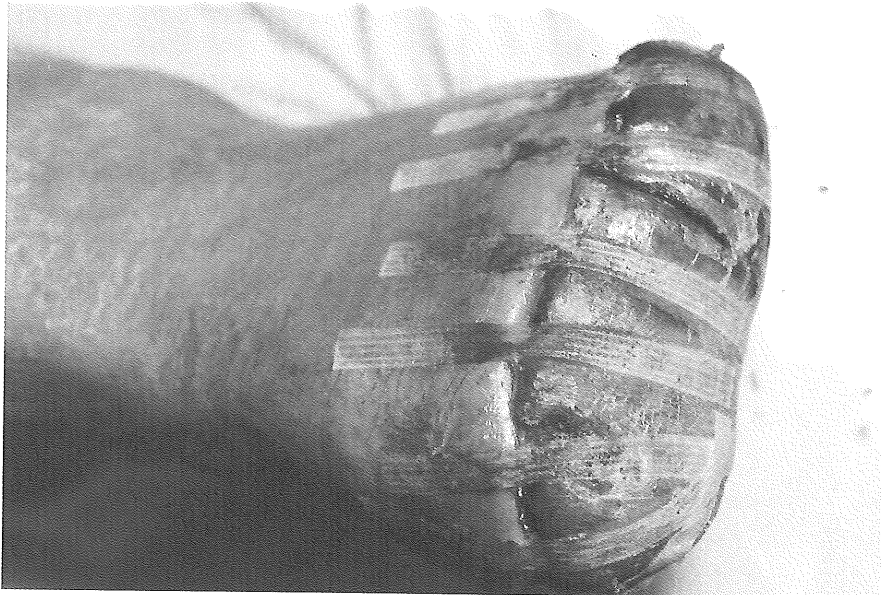


Photo 3.

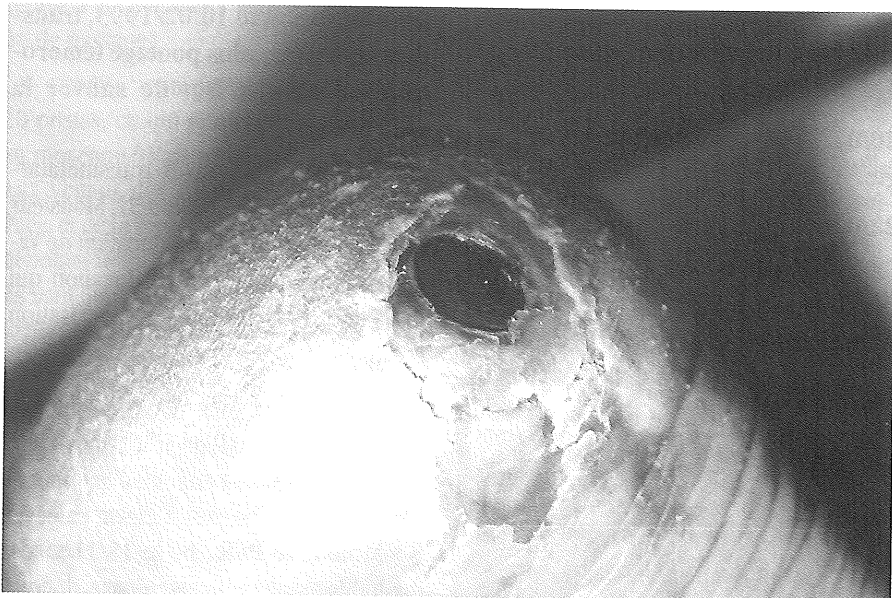


Photo 4

13/03/1993 : aspect de la lésion en évolution, nécrose du talon (photo 4).

26/03/1993 : pontage poplité haut tibial postérieur à la cheville en veine saphène *in situ* (photo 5 : J1 après pontage).

J 10 après pontage : aspect propre autour du talon.

Mai 1993 : un mois après pontage, amélioration très nette de la plaie, la peau saine gagne du terrain (photo 6).

Mai 1993 : amélioration très nette.

Guérison complète et à ce jour : mai 1996, aucune récurrence.

#### 5 mois d'évolution.

Nous pourrions décrire les deux premiers cas d'évolution défavorable, car ils

conduisent à l'amputation, mais ils sont également favorables car ces deux patients ont eu une cicatrisation complète et ont pu être appareillés. La préoccupation est de toujours sauvegarder le membre.

### III. TRAITEMENTS LOCAUX ET GÉNÉRAUX

Dès l'apparition d'une lésion, le patient est traité par antibiotique par voie générale ou orale. Le traitement local est adapté en fonction de l'état de la lésion.

- Nettoyage → sérum physiologique.
- Trempage → bétadine scrub.
- Bétadine dermique → agent antiseptique.
- Rifocine à 5 % → agent antibactérien.
- Vaseline → produit neutre pour protection de la peau saine.
- Comfeel → agit à tous les stades de la plaie, facilite la détersion, ramollit la plaque nécrotique, respecte le bourgeonnement.
- Acide borique à 2 % → agent bactériostatique, plaie profonde avec perte de substance, permet le bourgeonnement.
- Tulle gras ou vaselittulle → évite les adhérences, protection de la peau.

### IV. RÉSULTATS

De juillet 1992 à novembre 1995, nous avons réalisé 200 clichés assurant le suivi de 21 patients.

Après trois années d'existence de cette méthode, nous ne pouvons qu'en apprécier la qualité et ces différents intérêts :

1° Très bon support de transmission pour l'équipe soignante qui réalise les soins dans le service mais également pour les chirurgiens, pour les équipes qui prennent le relais des pansements en cas d'hospitalisation, pour les centres de ré-

# Dialyse



Photo 5.

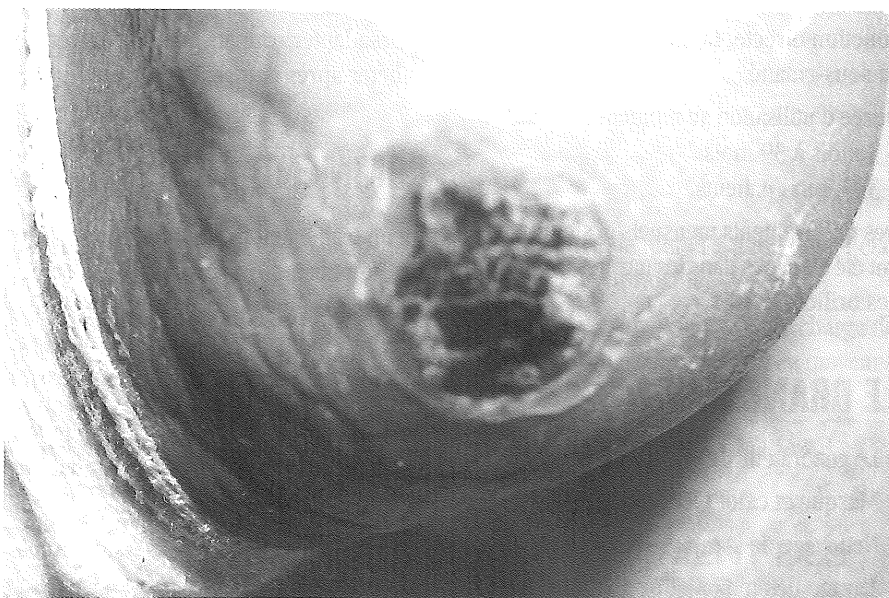


Photo 6

éducation qui vont appareiller le patient après cicatrisation complète.

2° Encadrement très précis des différentes étapes de l'évolution des troubles trophiques.

3° Côté attractif de la prise de photographie pour le soignant et pour le patient (nous n'avons jamais eu de refus de leur part).

4° Adaptation du traitement local par comparaison, ce qui permet l'amélioration et l'évaluation des soins donnés.

## V. CONCLUSION

Cette méthode nous paraît contributive à la prise en charge des troubles trophiques de l'artérite qui par ailleurs reste pluri-

disciplinaire, faisant appel à la radiologie interventionnelle, à la chirurgie vasculaire, au centre de rééducation pour appareillage.

Elle concourt, par sa mise en place quotidienne, à la vigilance de toute l'équipe soignante.

Je tiens à remercier Madame SARI, médecin du service, pour sa collaboration précieuse, et mes collègues pour leur coopération.