



# Pied diabétique - Artériopathie oblitérante des membres inférieurs

Kimpese, Juillet 2025



Dr. Benjamin TATETE  
Chirurgien Vasculaire  
Phlébologue

Mme. Violette TATETE  
Spécialiste en Soins des Plaies  
Assistante Opératoire

# Pied diabétique

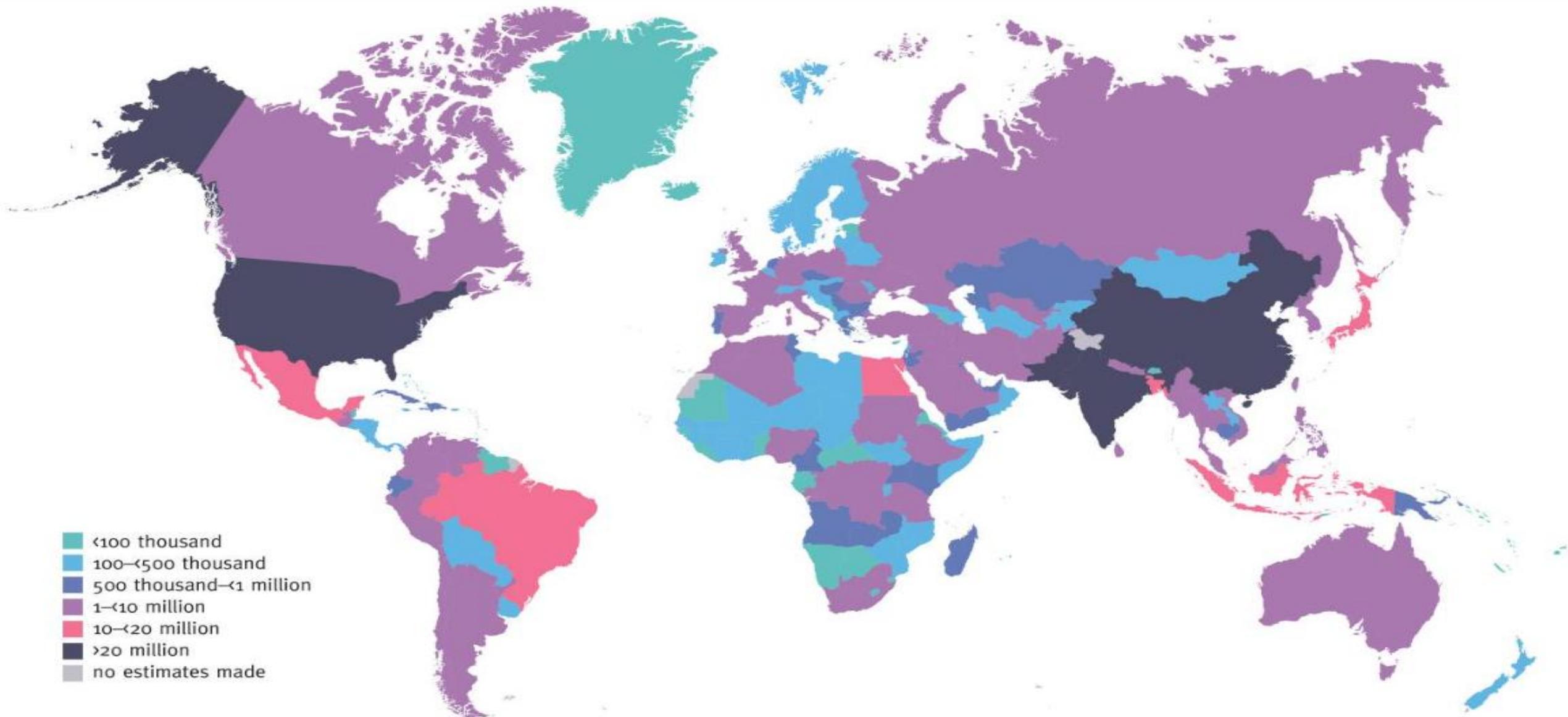


01 Définition, Epidémiologie

02 Physiopathologie, Facteurs de risque

03 Prévention, Traitement, Présentation de cas

# Diabète chez l'adulte (20-79)



# Prévalences : 2021-45 : +46% des cas

At a glance	2021			2045		
World Bank income classification	Number of people with diabetes (millions)	Diabetes prevalence <sup>i</sup> (%)	Comparative diabetes prevalence <sup>ii</sup> (%)	Number of people with diabetes (millions)	Diabetes prevalence <sup>i</sup> (%)	Comparative diabetes prevalence <sup>ii</sup> (%)
World	536.6	10.5%	9.8	783.2	12.2%	11.2
High-income countries	103.9	11.1%	8.4	117.7	12.4%	10.3
Middle-income countries	414.0	10.8%	10.5	623.3	13.1%	12.0
Low-income countries	18.7	5.5%	6.7	42.2	6.1%	7.0
Number of deaths due to diabetes	6.7 million		–		–	

Afrique, Asie du Sud-Est, Pacifique Ouest :  
> 50% des cas sont non-diagnostiqués

(I) Prévalence par rapport à la population nationale

(II) Prévalence par rapport à la population mondiale

# Coûts en 2024

- 1 015 milliards USD / an



- 12% des dépenses de santé mondiales.

- 2 000 USD/personne/an en moyenne mondiale.

## Répartition des coûts



- Part prépondérante : Complications (cardiovasc., insuff. rénale, amput.)

- Part importante : Médicaments antidiabétiques

- Part additionnelle : Soins de routine, suivi et hospitalisations

# Pied diabétique

- Infection, ulcération ou destruction des tissus profonds
- Neuropathie périphérique
- Artériopathie membres inférieurs
- Complication sévère diabète sucré
- Atteinte multifactorielle :
  - Troubles sensitifs, moteurs,
  - Troubles vasculaires et immunitaires



# Epidémiologie

- Prévalence : entre 15 et 25 % des patients diabétiques développeront une lésion du pied au cours de leur vie.
- Amputations :
  - La première cause d'amputation non traumatique dans les pays industrialisés.
  - 85 % des amputations majeures chez les diabétiques sont précédées d'un ulcère.
  - En France, 10.000 amputations annuelles liées au diabète.

# Pied diabétique



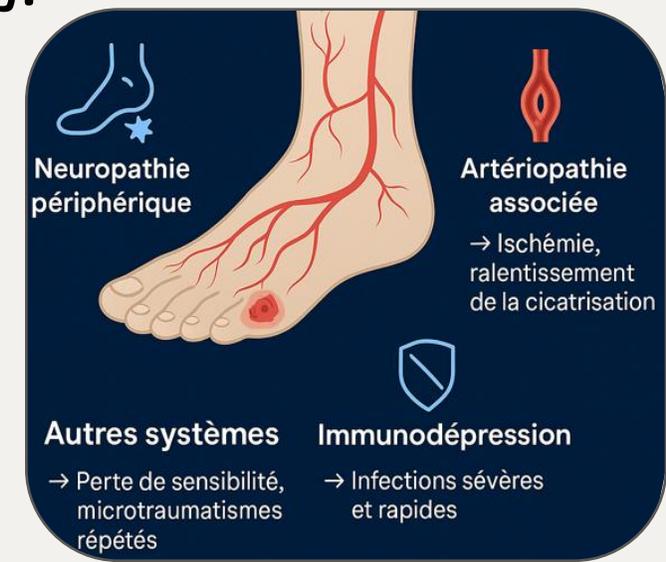
01 Définition, Epidémiologie

**02 Physiopathologie, Facteurs de risque**

03 Prévention, Traitement, Présentation de cas

# Physiopathologie : *Neuropathie diabétique périphérique*

- **Sensitive** : perte de perception (douleur, chaud/froid) → microtraumatismes répétés non perçus.
- **Motrice** : atrophie musculaire intrinsèque du pied → déformations (griffes d'orteils, hyperappuis).
- **Autonome** : diminution de la sudation → peau sèche, fissures, infections.



# Physiopathologie : *Artériopathie oblitérante des membres inférieurs (AOMI)*

- Atteinte athéromateuse des artères distales (Asymptomatique en raison de la neuropathie)
- Réduction de la perfusion tissulaire → ischémie, retard de cicatrisation, nécrose



# Physiopathologie : *Infection*

- Ulcère colonisé, puis infecté  
(pénétration bactérienne dans tissus mous, l'os)
- Terrain immunodéprimé →  
réponse inflammatoire diminuée, infections sévères



# Facteurs de risque *individuels*

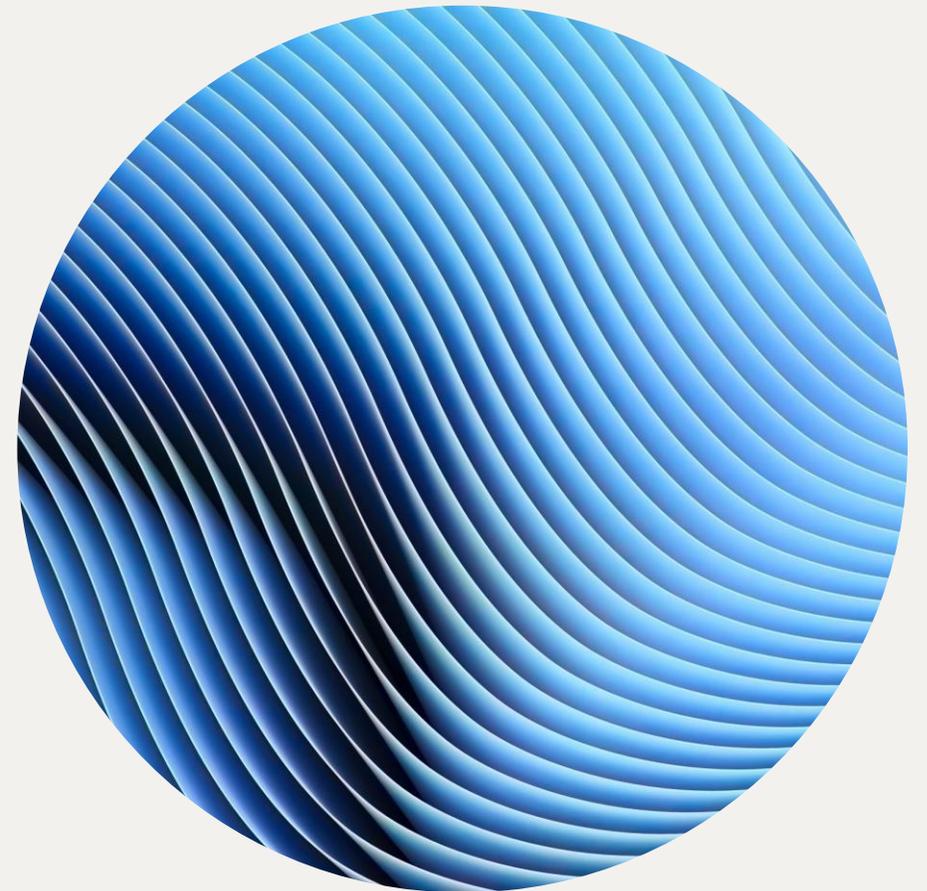
Durée du diabète > 10 ans

Glycémie insuffisante (HbA1c élevée)

Antécédent d'ulcère ou d'amputation

Déformation du pied (hallux valgus, griffes, pied plat, creux)

Perte de sensibilité au monofilament de Semmes-Weinstein



# Facteurs de risque *comportementaux*

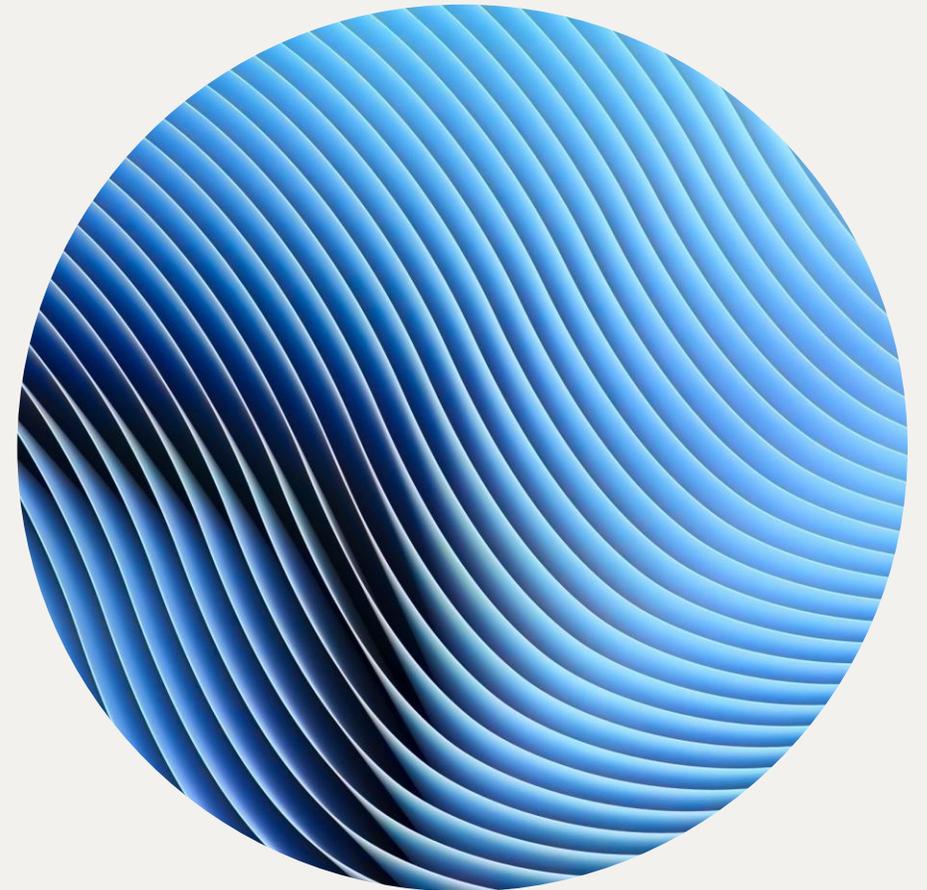
Port de chaussures inadaptées

Marche pieds nus

Mauvaise hygiène

Soins inappropriés

Retard à la présentation



# Facteurs de risque *systemiques*

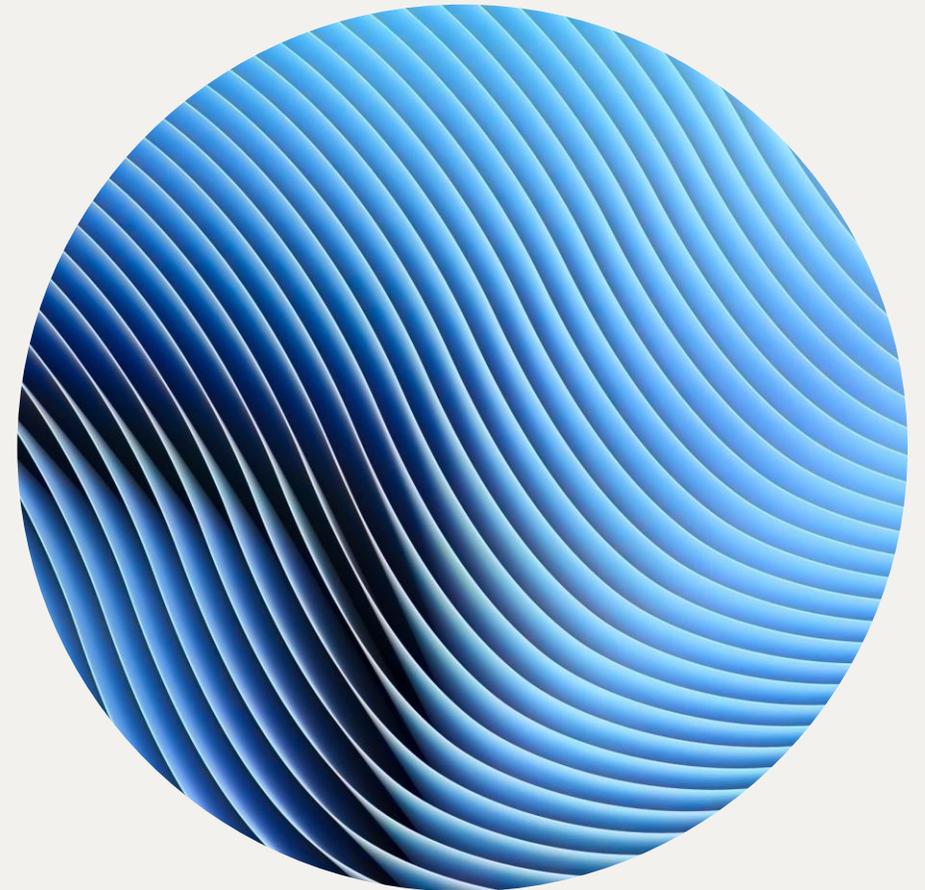
Insuffisance rénale chronique

Tabagisme actif

Dyslipidémie

Hypertension artérielle

Rétinopathie et/ou néphropathie



# Pied diabétique



01 Définition, Epidémiologie, Classification

02 Physiopathologie, Facteurs de risque

**03 Prévention, Traitement, Présentation de cas**

# Prévention *primaire*



Mode de vie sain

Éducation thérapeutique du patient  
(auto-examen quotidien, hygiène, protection)

Suivi podologique régulier chez les patients à  
risque

Port de chaussures thérapeutiques adaptées

Surveillance annuelle de la sensibilité et de la  
perfusion

# Prévention *secondaire*

Patients à antécédents ulcéreux

Décharge plantaire par semelles ou orthèses

Soins de pédicurie médicale réguliers

Surveillance rapprochée multidisciplinaire  
(diabétologue, angiologue, podologue...)

# Traitement *Médical*

Contrôle  
glycémique  
intensif

Antibiothérapie  
ciblée après  
prélèvement en  
profondeur

Soins locaux :  
débridement,  
pansements  
adaptés

Traitement de la  
douleur

# Traitement *Chirurgical*

Débridement  
étendu si tissu  
nécrosé

Revascularisation  
si ischémie  
(angioplastie,  
pontage)

Amputation

Sepsis  
Nécrose irréversible  
Echec du traitement  
conservateur

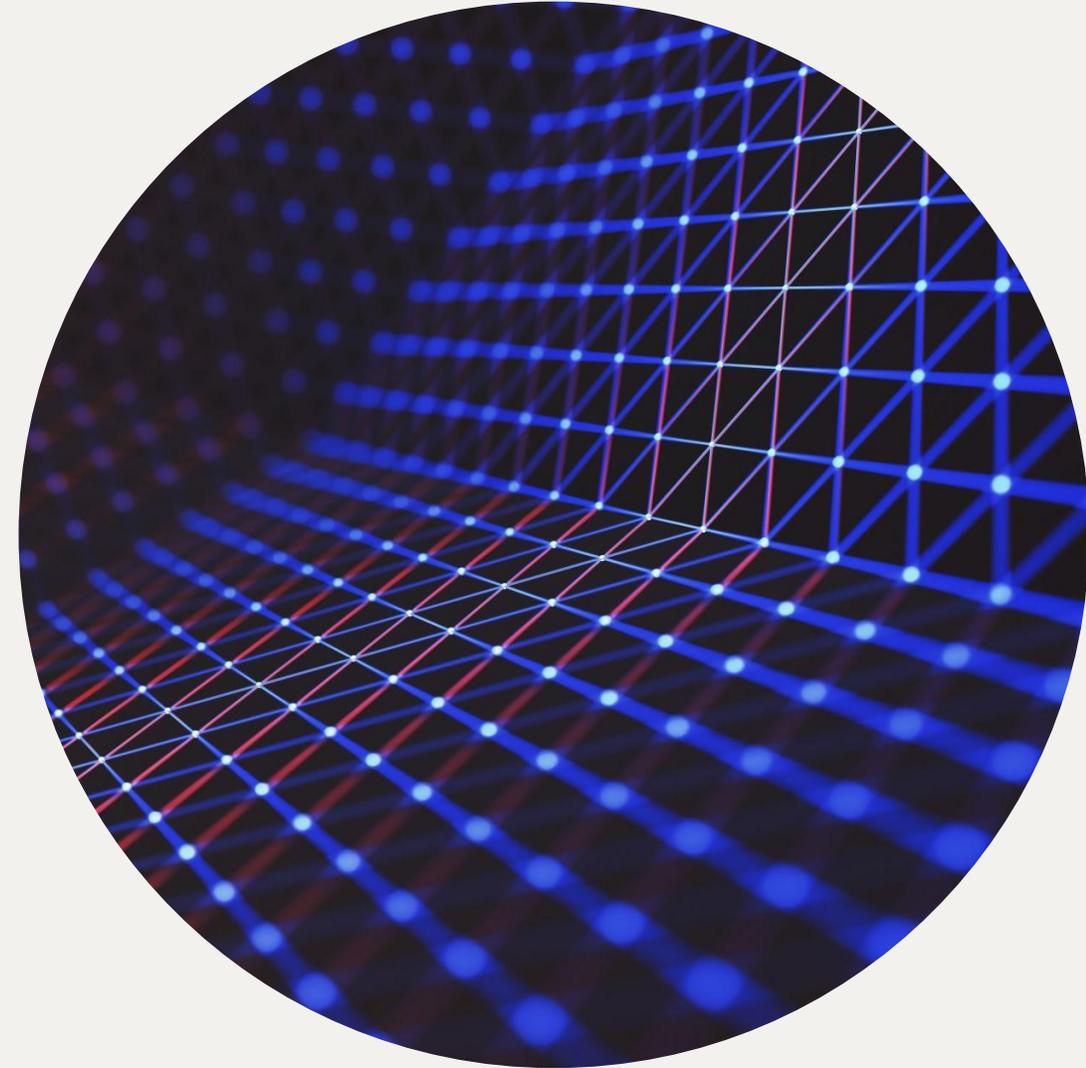
# Conclusions sur le pied diabétique

Triple risque :  
Neuropathie,  
artériopathie et  
infection

Prévention  
essentielle

Diagnostic et  
prise en charge  
précoces

Approche  
multidisciplinaire



# Artériopathie oblitérante des membres inférieurs (AOMI) chez le patient diabétique



01 Définition, Prévalence, Physiopathologie

02 Diagnostic Clinique, Examen physique, Mesures non invasives

03 Traitement médical, Revascularisation

04 Conclusion

# Chez le patient diabétique...

Atteinte athéromateuse chronique,  
réduction progressive de la perfusion tissulaire

Fréquente  
(prévalence x2 à x4 vis-à-vis population générale)

Distale, souvent infra-poplitéeenne  
(artères tibiales, pédieuses)

Silencieuse (neuropathie périphérique masquant les  
douleurs ischémiques)

Associée à une mortalité cardiovasculaire élevée

# Prévalence

20 à 30 % chez les diabétiques de plus de 50 ans

Risque accru en cas de durée du diabète > 10 ans

Multiplie par 2 à 6 le risque d'ulcère du pied diabétique

# Physiopathologie

Une atteinte distale prédominante  
(artères tibiales, péronières, pédieuses)

Calcification de la média  
(artérite de Mönckeberg) →  
(artères non compressibles à l'IPS)

Dysfonction endothéliale →  
(dépôt lipidique, inflammation chronique)

Altération de la réparation tissulaire →  
(retard de cicatrisation)

# Artériopathie oblitérante des membres inférieurs (AOMI) chez le patient diabétique



01 Définition, Prévalence, Physiopathologie

**02 Diagnostic Clinique, Examen physique, Mesures non invasives**

03 Traitement médical, Revascularisation

04 Conclusion

# Diagnostic clinique

Symptômes typiques	Limitations chez le diabétique
Claudication intermittente	Absente dans 50% des cas (neuropathie)
Douleur de décubitus	Rarement exprimée
Ischémie critique (repos, ulcère, gangrène)	Peut être inaugurale

# Examen physique

Palpation des  
pouls  
périphériques

fémoral, poplité,  
tibial postérieur,  
pédieux

Recherche de  
souffles  
artériels

Inspection  
cutanée

atrophie,  
dépilation,  
ongles  
dystrophiques

# Mesures non invasives

IPS (Index de Pression Systolique) :

IPS < 0,9 = AOMI

IPS > 1,3 = artères incompressibles → utiliser l'index des orteils ou la PtcO<sub>2</sub>

Pression transcutanée en O<sub>2</sub> (TcPO<sub>2</sub>) :

< 30 mmHg  
mauvais pronostic de cicatrisation

Echo-Doppler artériel :  
évaluation de la localisation et de la sévérité des sténoses

Angio-IRM ou angio-scanner si revascularisation envisagée

# Ischémie critique chez le diabétique

Ulcère, nécrose ou  
gangrène

associés à douleur de repos  
et/ou IPS < 0,4

Mauvais pronostic sans  
revascularisation

amputation dans 40 à  
60 % des cas à 1 an

# Artériopathie oblitérante des membres inférieurs (AOMI) chez le patient diabétique



01 Définition, Prévalence, Physiopathologie

02 Diagnostic Clinique, Examen physique, Mesures non invasives

**03 Traitement médical, Revascularisation**

04 Conclusion

# Traitement médical

Contrôle des FDR  
cardiovasculaires

HbA1c < 7 %,  
LDL-c < 0,55 g/L,  
sevrage  
tabagique

Antiagrégants  
plaquettaires  
(aspirine ou  
clopidogrel)

Statines à haute  
intensité

IEC ou ARA2 en  
cas d'HTA ou de  
protéinurie

Inhibiteurs de  
SGLT2 si  
cofacteur  
cardiorénal

# Revascularisation

En cas d'ischémie critique, ulcère non cicatrisant ou douleur de repos

Angioplastie transluminale percutanée (PTA) en première intention, en cas de lésions courtes et distales

Pontage chirurgical en cas de lésion longue, calcifiée ou si échec de l'angioplastie

Approche « angiosome-guidée » parfois utilisée pour optimiser la perfusion de la zone ulcérée

# Artériopathie oblitérante des membres inférieurs (AOMI) chez le patient diabétique



01 Définition, Prévalence, Physiopathologie

02 Diagnostic Clinique, Examen physique, Mesures non invasives

03 Traitement médical, Revascularisation

**04 Présentation de cas**

05 Conclusion

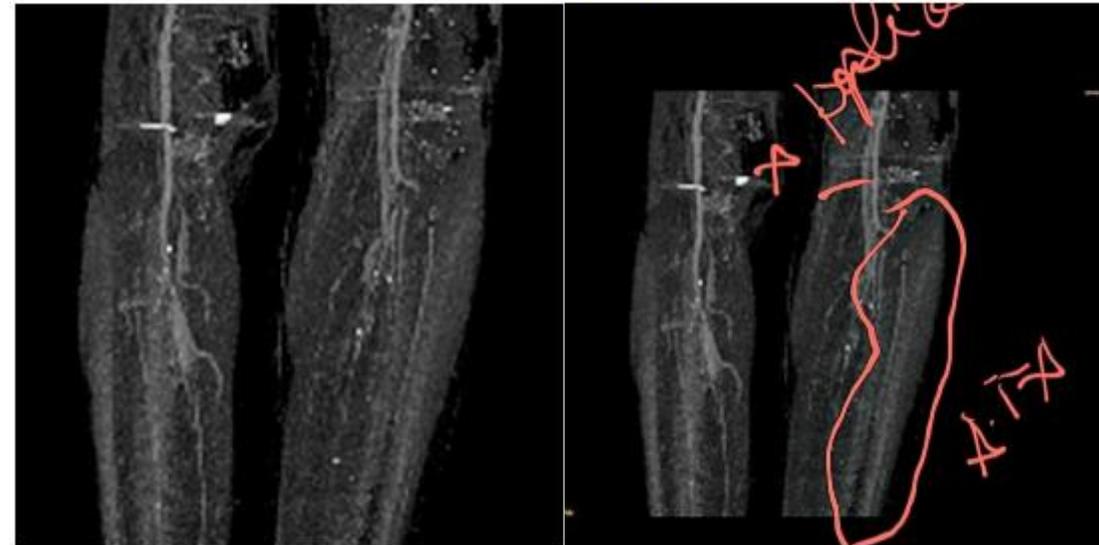
CAS 1a

Pontage artériel  
fémoro-tibial  
antérieur par greffe  
veineuse inversée  
de la saphène.

Diagnostic pré-opératoire

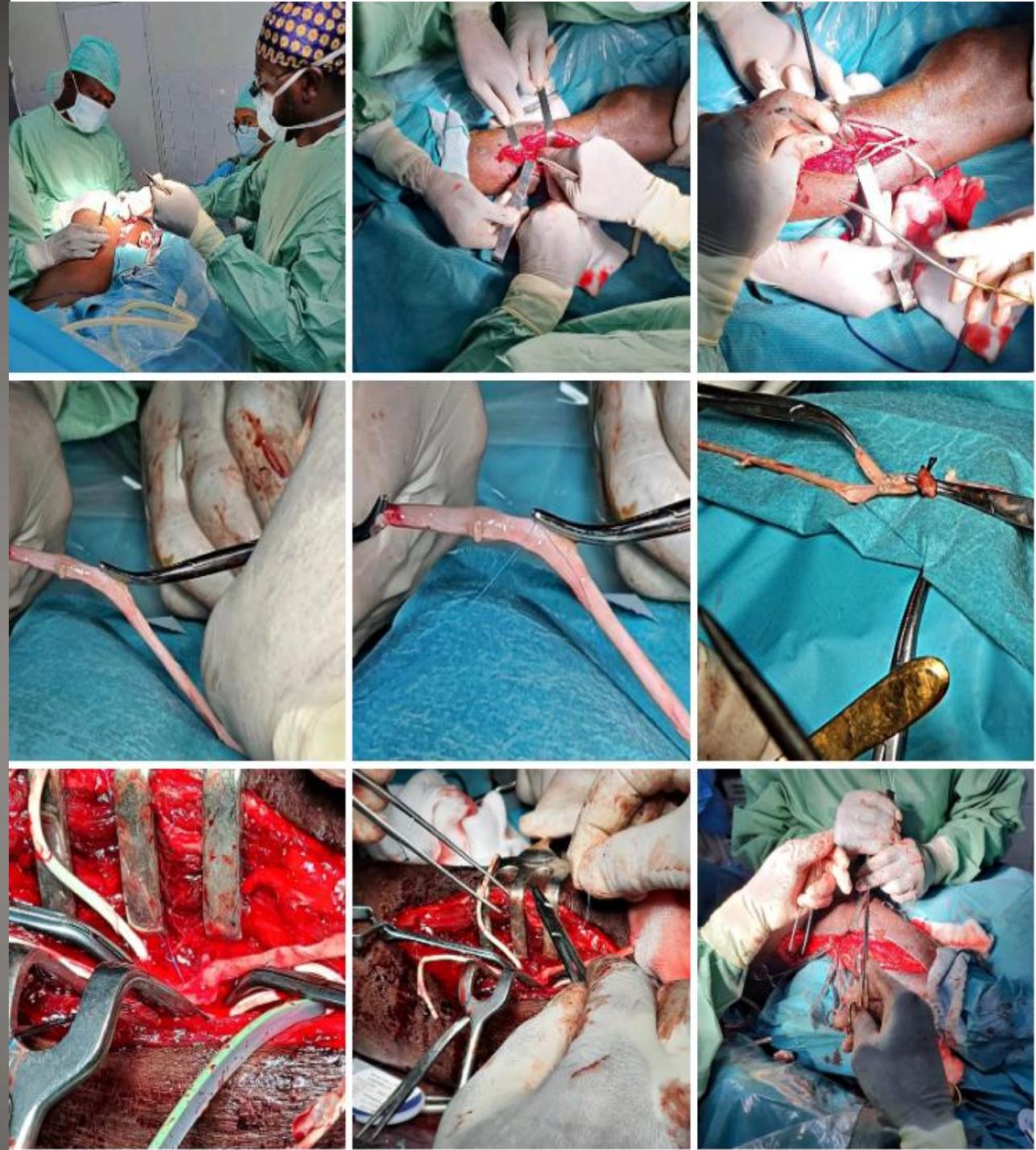


Résultat post-opératoire



## CAS 1b

Pontage artériel  
fémoro-tibial  
antérieur par greffe  
veineuse inversée  
de la saphène.



## CAS 1c

Pontage artériel  
fémoro-tibial  
antérieur par greffe  
veineuse inversée  
de la saphène.



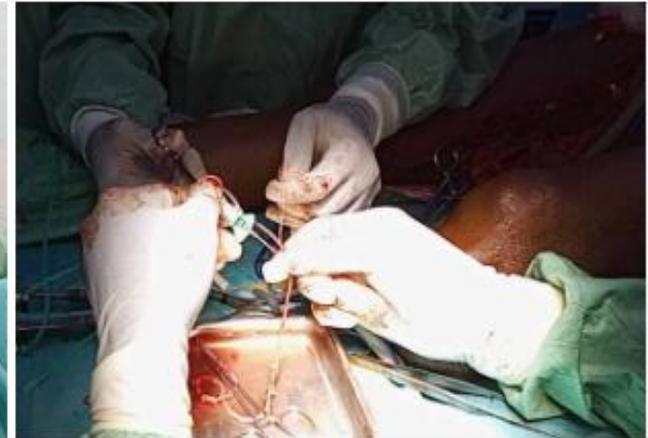
## CAS 2a

Pontage artériel  
fémoro-tibial  
antérieur par greffe  
veineuse inversée  
de la saphène.



## CAS 2b

Pontage artériel  
fémoro-tibial  
antérieur par greffe  
veineuse inversée  
de la saphène.



## CAS 2c

Pontage artériel  
fémoro-tibial  
antérieur par greffe  
veineuse inversée  
de la saphène.



## CAS 3a

Thrombose totale  
oblitérante du  
segment IV de  
l'aorte avec  
obstruction totale  
ainsi que celle des  
axes ilio-fémoraux  
bilatéraux.



Sur une période d'un an à Goma

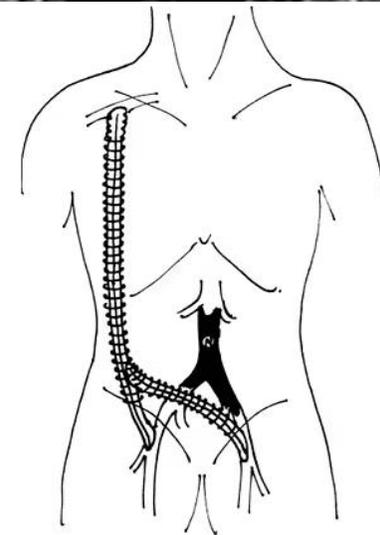
-  
Antalgex, Aenus, Tribexfort, Pradaxa, Neurogyl,  
Cloxacilline

Médecine traditionnelle

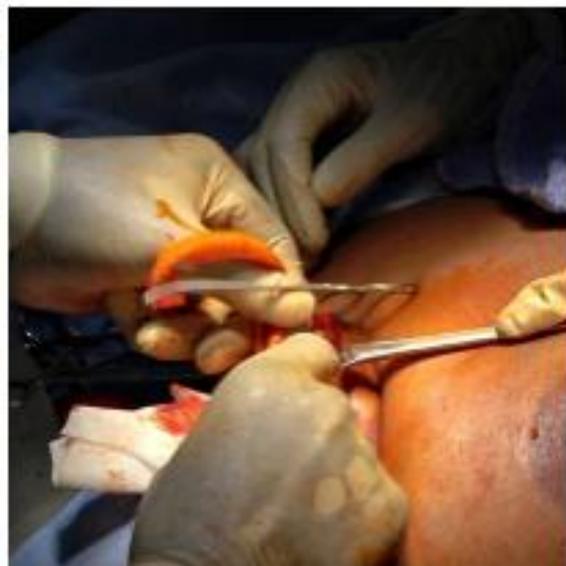
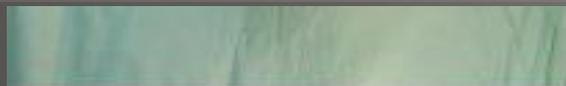
Eau salée, argile, goudron chaud

## CAS 3b

Thrombose totale  
oblitérante du  
segment IV de  
l'aorte avec  
obstruction totale  
ainsi que celle des  
axes ilio-fémoraux  
bilatéraux.



# CAS 3c



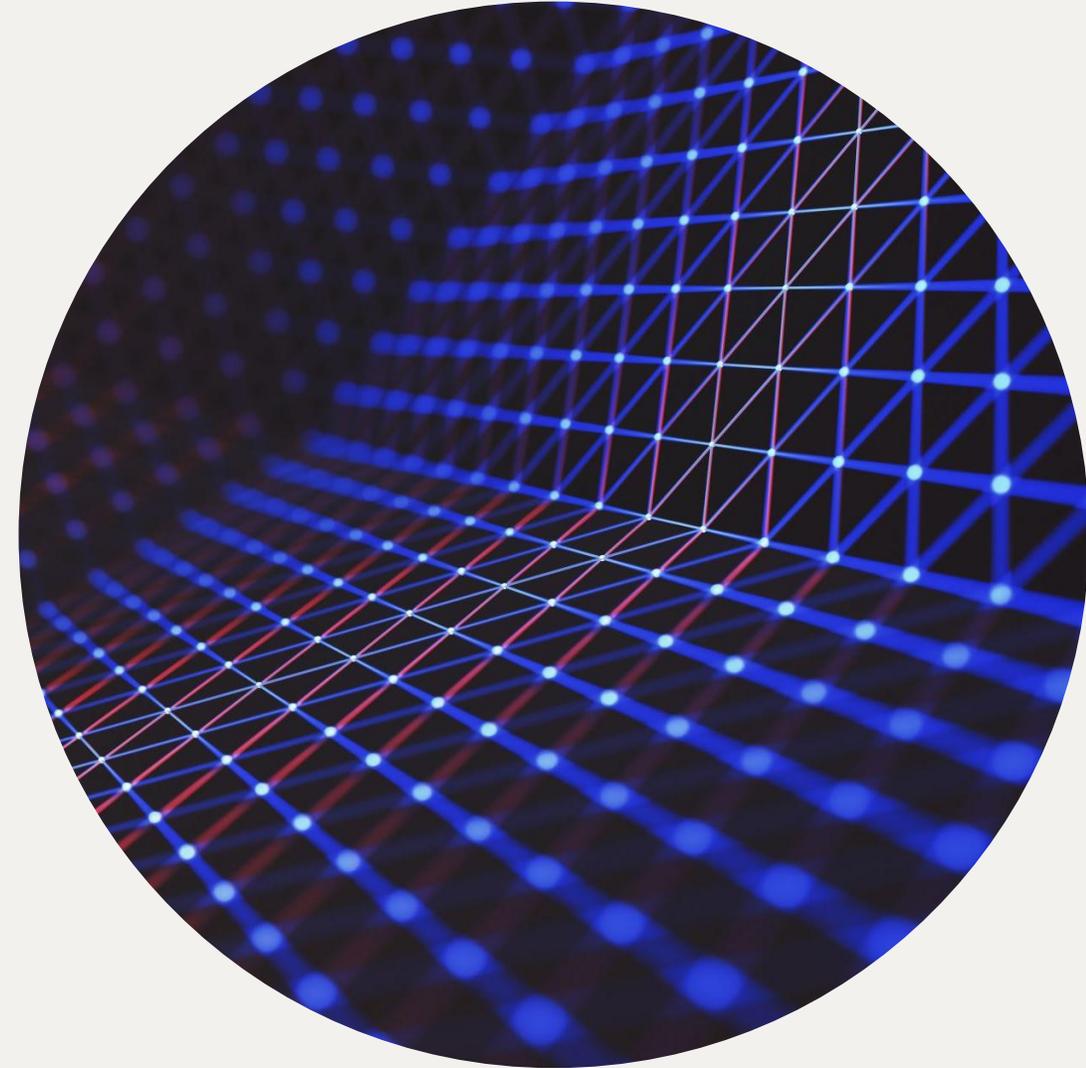
# Conclusions sur l'AOMI

Fréquente,  
silencieuse, et  
sous-estimée

Complication  
majeure du pied  
diabétique

Dépistage  
systématique  
indispensable  
chez patient  
diabétique à  
risque

Revascularisation  
améliore les  
chances de  
cicatrisation et  
prévient  
l'amputation





[www.tvcmedical.org](http://www.tvcmedical.org)

[www.facebook.com/TVCmedical](https://www.facebook.com/TVCmedical)

avenue Kenge 77 Ngiri-Ngiri

+243 999 332 664

+32 485 87 35 27

