

Pied de Charcot... et après ?

Le pied de Charcot est une complication rare mais grave du diabète qui altère le pronostic et diminue la qualité de vie des patients. Quel est le pronostic à long terme de cette affection ?

Le pied de Charcot est une forme grave de la neuropathie diabétique. Il peut être uni ou bilatéral. Non traité, il se complique de fractures, de déformations osseuses qui favorisent l'apparition de plaie et augmentent le risque d'amputation. Son traitement repose sur la mise en décharge du pied atteint. Les moyens de diagnostic et de prise en charge varient selon les centres mais sa prise en charge est nécessairement multidisciplinaire. Le centre de traitement des plaies de Copenhague a été ouvert en 1996 et s'inscrit dans cette démarche en fondant son action sur la mise en décharge, la réparation et si nécessaire la chirurgie.

Le but de cette étude est de décrire les caractéristiques des patients présentant un pied de Charcot et pris en charge dans le centre de traitement des plaies de Copenhague entre 1996 et 2015. Il s'agit d'une étude rétrospective, longitudinale et observationnelle qui a inclus 173 patients qui ont été comparés à la population diabétique du registre danois.

Les patients diabétiques de type 1 (DT1) représentaient 26 % de la population, étaient dans 55 % des hommes, âgés de 52 ans avec un IMC à 25 kg/m² ; l'ancienneté du diabète était de 31 ans et l'HbA^{1c} de 9,7 %. Une consommation excessive d'alcool était notée chez 16 % d'entre eux et 18 % fumaient.

Les patients diabétiques de type 2 (DT2) représentaient 74 % de la population, étaient dans 74 % des hommes âgés de 58 ans avec un IMC de 28,8 kg/m² ; l'ancienneté du diabète était de 11,4 ans et l'HbA_{1c} de 8,2 %. Une consommation excessive d'alcool était notée dans 41 % des cas et 26 % fumaient.

Dans 73 % des cas, une cause déclenchante est identifiée. Il s'agissait dans 44 % d'un traumatisme mineur du pied, dans 33 % de la prise en charge d'une plaie, dans 16 % de la décharge du pied controlatéral et dans 10 % d'un mauvais équilibre glycémique.

Chez 29 patients, le pied de Charcot est apparu après un geste chirurgical (amputation mineure, parage de plaie, revascularisation, ablation de corps étranger, arthrodèse, etc.). La zone la plus souvent atteinte est l'articulation de Lisfranc.

Dans 95 % des cas, les patients ont initialement bénéficié d'une décharge par attelle amovible. Seuls 5 % des patients ont bénéficié d'une décharge par plâtre ou fauteuil roulant. Le relais est ensuite pris par une chaussure adaptée. La décharge a duré 8,3 mois en moyenne, sans différence entre les patients diabétiques de type 1 et de type 2.

Une récurrence a été notée chez 51 patients : chez 41 patients, la récurrence était homolatérale et chez 10 patients, la récurrence était controlatérale. Près de 45 % des récurrences sont survenues dans les trois mois après la fin de la décharge initiale. En moyenne, la durée entre la fin de la phase active de la maladie et la récurrence est de 17 mois.

Les complications du pied de Charcot aigu (ulcères, amputations) touchent 67 % des patients. Il y a eu 21 amputations majeures chez 17 patients, cela signifie que 10 % des patients diabétiques présentant un pied de Charcot aigu ont nécessité une amputation majeure en raison principalement d'un processus infectieux mal contrôlé plusieurs années après l'épisode aigu. Des procédures chirurgicales moins lourdes ont été réalisées à 233 reprises (résections osseuses ou débridement de plaie).

Chez 18 % des patients, l'observance de la décharge était médiocre. Chez ces patients, la phase aiguë a duré significativement plus longtemps que chez les patients plus compliants $15,4 \pm 10,2$ mois *versus* $9,6 \pm 8,0$ mois ($p < 0,001$). Parmi les 31 patients les moins observants, 10 ont eu plusieurs amputations et 27 plusieurs plaies. Il existe une relation significative entre la moindre observance et le risque de complication à type d'amputation ou d'ulcération.

Au cours des 19 ans de suivi, 39 % des patients sont décédés, principalement de cause cardiaque, rénale, de cancer ou de cause infectieuse. La moyenne de survie est de 12,7 ans après le diagnostic du pied de Charcot. La mortalité à 5 ans est de 14 %.

Les patients étaient principalement traités par insuline (tous les DT1 et 48 % des DT2). Les DT1 recevaient plus souvent des traitements antihypertenseurs et autant de statine que la population contrôle ; le contraire était observé chez les DT2. Aucun des patients n'a reçu de traitement par biphosphonate.

Parmi les patients inclus, 45 % avaient un travail lors du diagnostic et 61 % d'entre eux l'ont perdu. Seuls 5 % ont continué à travailler pendant toute la

prise en charge thérapeutique, principalement des patients ayant un travail de bureau sédentaire. Il est noté une corrélation entre l'absence d'activité professionnelle (retraite ou chômage) lors du diagnostic et la mauvaise observance de la décharge.

Dans cette étude, la proportion de DT1 parmi les patients présentant un pied de Charcot est plus importante que dans la population diabétique contrôle. Le contrôle glycémique évalué par l'HbA_{1c} est plus mauvais chez les patients présentant un pied de Charcot que dans la population diabétique contrôle.

Les DT1 sont plus jeunes, ont une maladie plus ancienne, un équilibre glycémique moins bon, un IMC plus bas et consomment moins de tabac et d'alcool que les DT2.

Cette étude comporte des faiblesses mais confirme la gravité de la survenue d'un pied de Charcot puisque 67 % présentent des complications. La survenue de ces complications est corrélée à l'absence d'observance de la décharge. Les conséquences professionnelles sont également importantes pour le patient. Enfin, le taux de mortalité rapporté dans cette étude est plus faible que dans d'autres publications.

Auteur

Lyse Bordier

Références

Jansen RB et al. Mortality and complications after treatment of acute diabetic Charcot foot. *J Diabetes Complications* 2018;32:1141-7.

Lien vers l'article

doi.org/10.1016/j.jdiacomp.2018.09.013