

Plaie du pied diabétique, pourquoi et comment répondre à cette urgence ?



Dr Sophie Schuldiner
Clinique Pied diabétique Gard-Occitanie
CHU Nîmes – Le Grau du Roi

Soutien technique :

Manuela Diaz
07 87 63 68 37



07/10/2022

Dispositif régional d'appui et d'expertise en diabétologie

Pour favoriser une prise en charge globale et coordonnée des personnes adultes diabétiques ou à risque de diabète en Occitanie



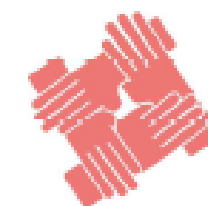
Présentation
de Diabète
Occitanie

5 axes de travail

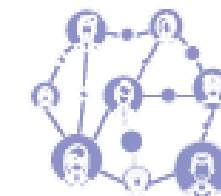
Prévention et dépistage des complications du diabète



Diabète et précarité



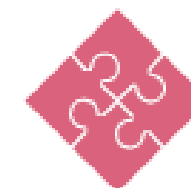
Education Thérapeutique du Patient



Diabète et grossesse



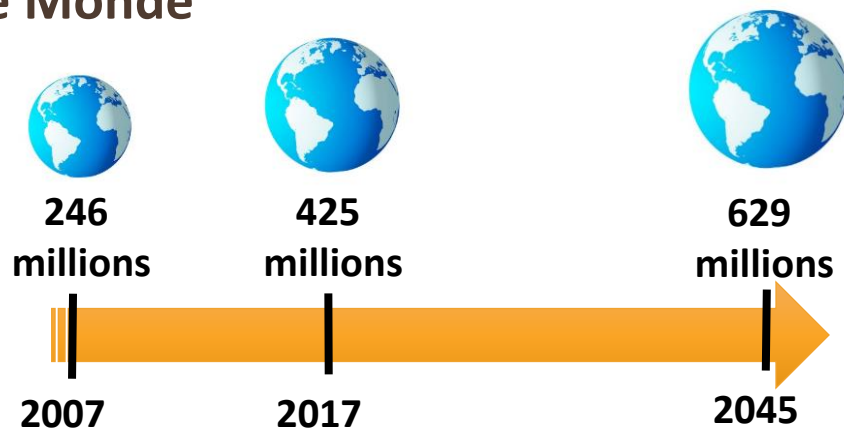
Formation



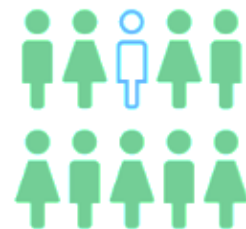
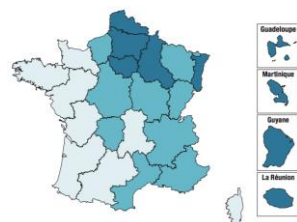
Plaie du pied diabétique : Maladie fréquente

DIABETE

Dans le Monde



En France



1 personne sur 10
est diabétique
5 millions (2016)

PLAIE DU PIED

1 diabétique sur 6 aura un ulcère du pied au cours de sa vie



2 H / 1F, âge moyen : 70 ans
incidence 2-4%, prévalence 1.5-16%
dont 2/3 vont cicatriser
1/3 vont être amputé (28%)

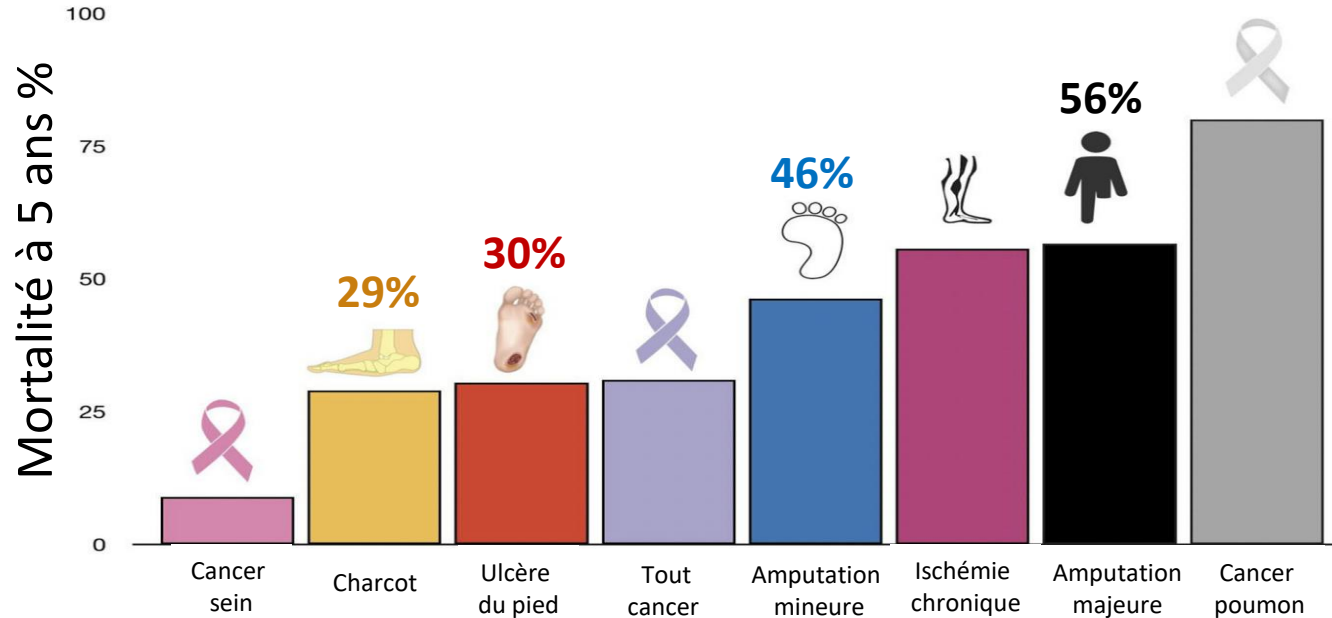
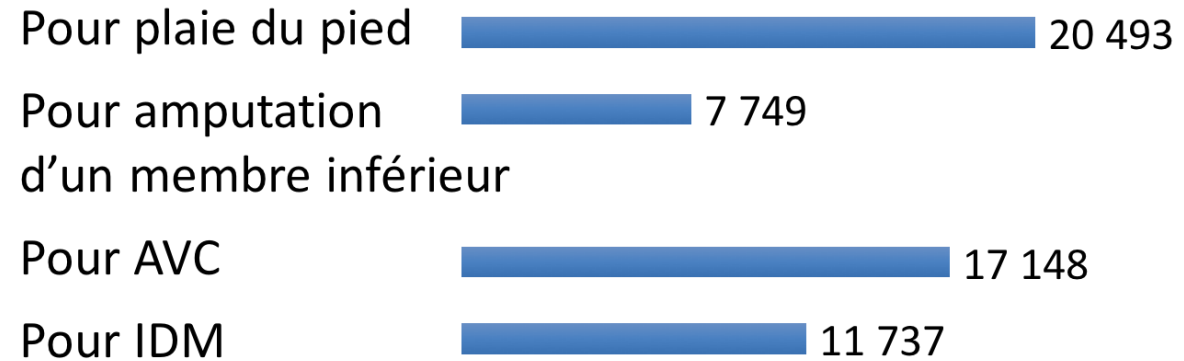
Amputation : 1 diabétique sur 10
Jusqu'à 85% des amputations sont
précédées d'un ulcère



Dans le monde, toutes les **20 secondes**, une amputation de membre (mineure ou majeure) est réalisée en raison du diabète

Plaie du pied diabétique : **Maladie grave**

Hospitalisations en France en 2013 :



Dans l'année qui suit l'hospitalisation :

Réamputation : 20%

Réhospitalisation pour plaie : 30%

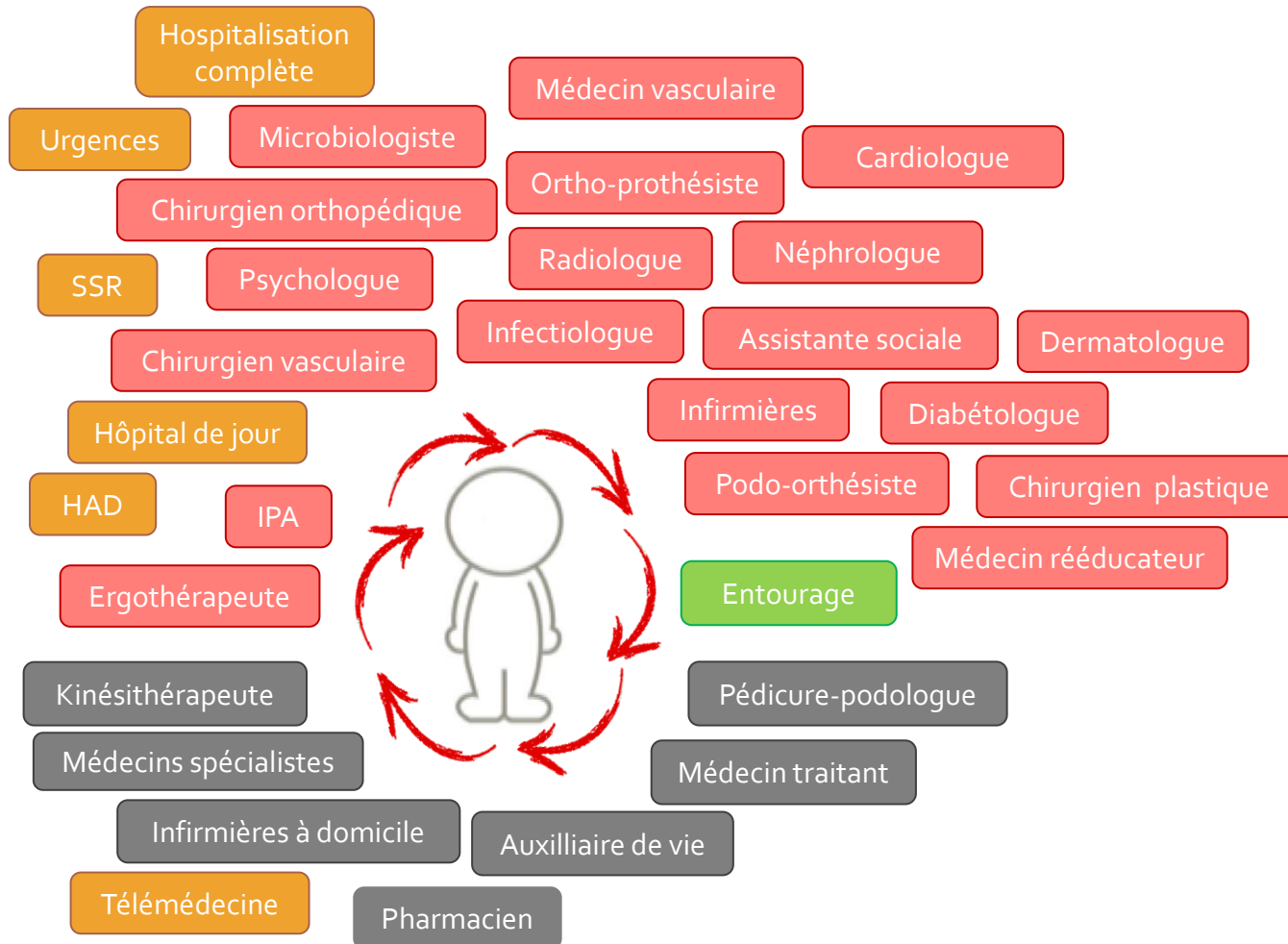
Suivi à 4 ans (2010 – 2014) :

Réhospitalisation pour plaie : 53%

Réhospitalisation pour amputation : 30%

Décès 37%

Plaie du pied diabétique : **Maladie complexe**



En 2013, en France :

L'âge moyen des patients hospitalisés pour plaie du pied est de **71,5 ans**, majoritairement des **hommes**

S Fosse-Edorh et al., BEH 2015



Coordination des soins
Harmonisation des pratiques
Stratégie de prise en charge

Une approche multidisciplinaire diminue les amputations de 45 à 85%

Plaie du pied diabétique : **Maladie récidivante**

Risque de récurrence d'ulcère du pied diabétique :

40% à 1 an

60% à 3 ans

Jusqu'à **70% à 5 ans**

Cibler patients les plus à risque

Utiliser l'ETP pour optimiser l'adhésion du patient au traitement

Préoccupations et objectifs du patient ?

Capacités de mise en œuvre des consignes ?

...



Jui 2020



Oct 2020



Nov 2020



Jui 2021



Avr 2022



Jui 2022



Août 2022

Pour faire une bonne plaie chronique...

Beaucoup de neuropathie

1 dose d'artériopathie des membres inférieurs

1 pincée de déformations du pied

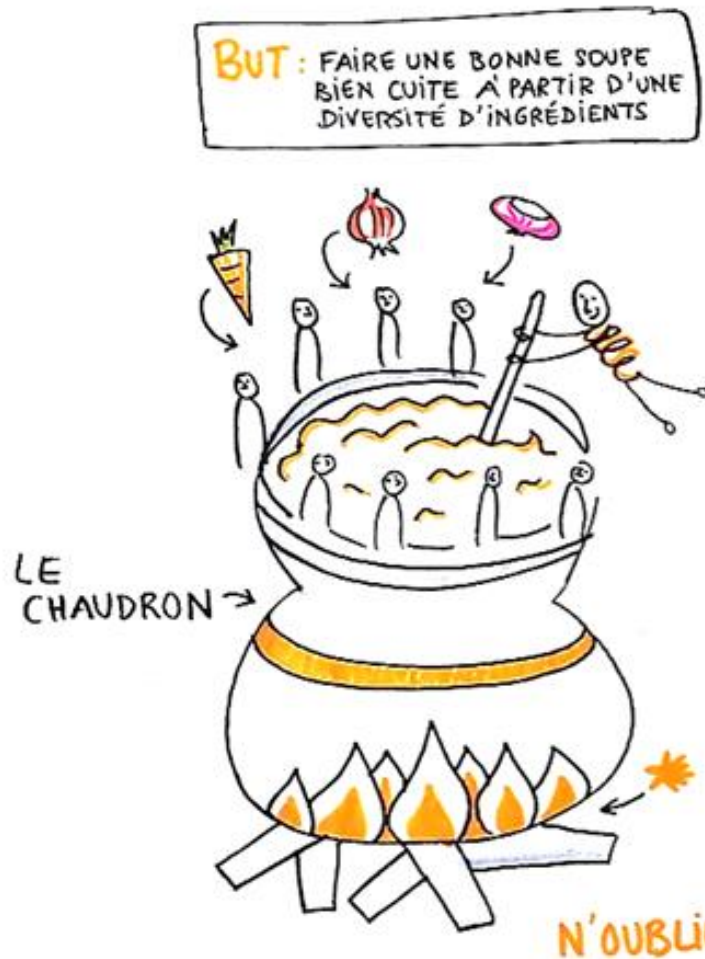
1 chaussage inadapté

1 soupçon de précarité

Quelques grammes d'insuffisance cardiaque ou rénale
(au choix)

1 belle infection et 1 peu de biofilm

Sucrez à votre goût et laissez mijoter plusieurs jours...



Le secret du chef : le mijotage ...



**L'adressage en centre
spécialisé se fait**

soit tard

Le secret du chef : le mijotage ...



**L'adressage en centre
spécialisé se fait**

**soit tard
soit trop tard**



Le secret du chef : le mijotage ...



L'adressage en centre
spécialisé se fait

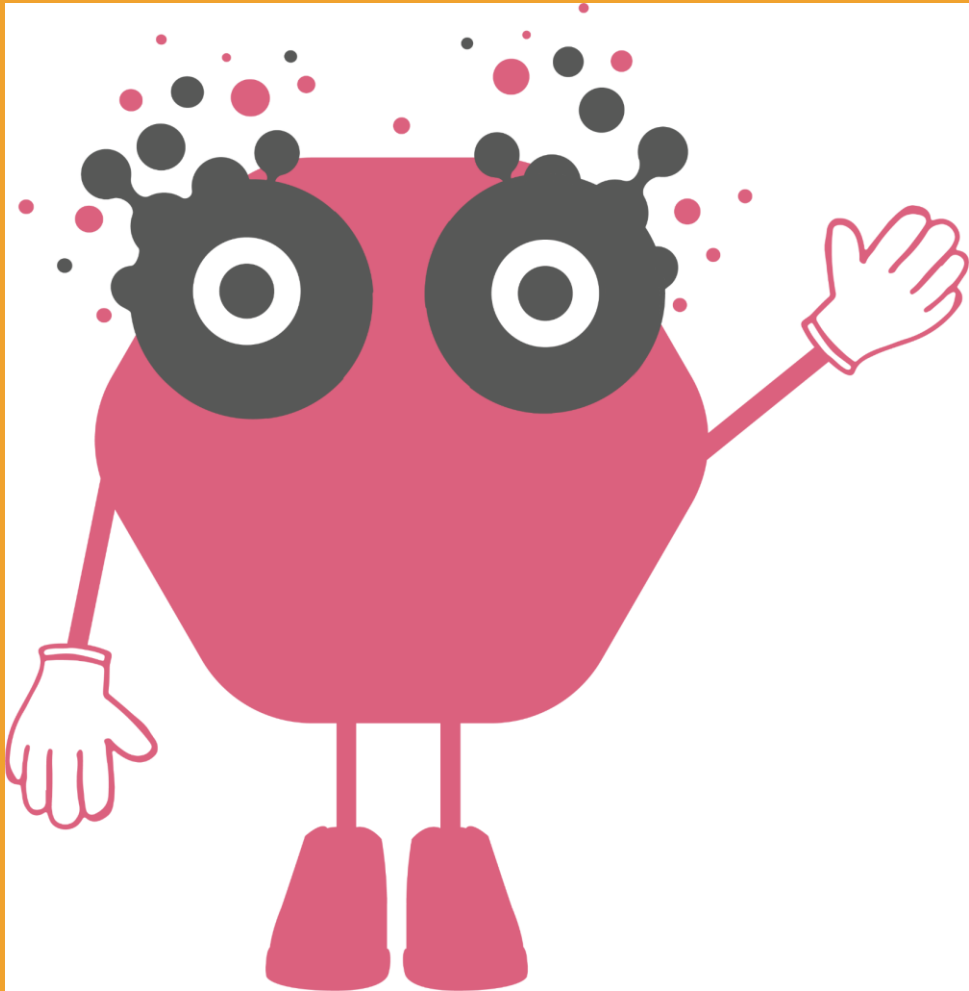
soit tard
soit trop tard



Environ **25% des patients** sont adressés après **3 mois de plaie**

- Un adressage tardif influence le pronostic
- Avec moins d'évaluation vasculaire, pas de décharge, une antibiothérapie sans documenter l'infection

➔ Par manque de connaissance du parcours de soin, manque de formation, manque de temps clinique des soignants



Objectifs :

Reconnaitre l'urgence

Avoir les bons reflexes

Savoir agir, connaitre le

patient, connaitre la plaie

PARCOURS DE SOINS PRIMAIRES DEVANT UNE PLAIE DE PIED DIABÉTIQUE

ÉVALUATION GÉNÉRALE



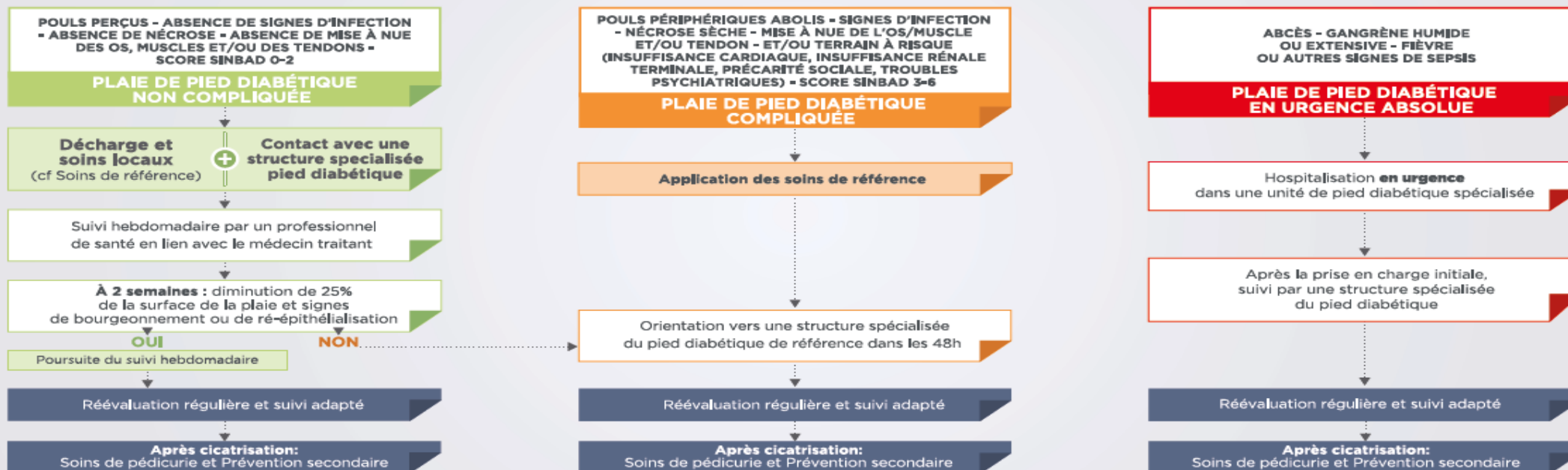
COMORBIDITÉS À HAUT RISQUE

- INSUFFISANCE CARDIAQUE
- INSUFFISANCE RÉNALE TERMINALE
- PRÉCARITÉ SOCIALE ET TROUBLES PSYCHIATRIQUES

APPROCHE GLOBALE

- ANTÉCÉDENT MÉDICAUX ET SOCIAUX
- EXAMEN CLINIQUE
- BIOLOGIE

ÉVALUATION DES PLAIES DU PIED DIABÉTIQUE



OBJECTIFS DE LA FILIÈRE DE SOINS : DIMINUER LE TEMPS DE CICATRISATION / DIMINUER LE TAUX D'AMPUTATION / DIMINUER LA MORTALITÉ / AMÉLIORER LA QUALITÉ DE VIE

Soins de référence :

Se référer aux recommandations 2019 du groupe de travail international sur le pied diabétique (IWGDF - <https://iwgdfguidelines.org/guidelines/guidelines/>) pour connaître le détail des principes de soins de référence des plaies de pied diabétique.

COORDONNÉES DU CENTRE SPÉCIALISÉ LOCAL

.....

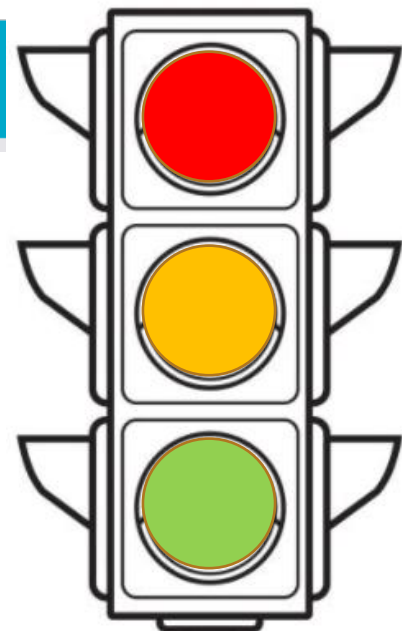
Structure spécialisée du pied diabétique :

Sur la base des recommandations actuelles, une structure spécialisée est définie par 8 critères (unité dédiée au pied diabétique, ligne téléphonique dédiée à la structure, approche multidisciplinaire, accueil possible d'un patient dans les 48h, prescription et mise en place d'une décharge, accessibilité à une exploration vasculaire, voire un geste de revascularisation, à une chirurgie de contrôle de l'infection, associé à un secteur d'hospitalisation en lien avec la diabétologie).

Contact avec la structure spécialisée :

Le contact avec la structure spécialisée permettra de faire le lien entre les professionnels de santé de soins primaires et la structure locale spécialisée du pied diabétique (Structure recensées dans l'annuaire BUP - https://www.urgomedical.fr/annuaire_pied/). Ce lien, selon les habitudes locales, pourra se matérialiser par une infirmière de pratique avancée, un podologue de pratique avancée, une infirmière avec une formation spécifique pied diabétique, un service de télé-expertise/télé-médecine.

PARCOURS DE SOINS PRIMAIRES DEVANT UNE PLAIE DE PIED DIABÉTIQUE



Outil simple et d'orientation rapide

Parcours de soins primaires destiné aux professionnels de santé de 1^{er} recours

3 niveaux de sévérité en fonction

- Des caractéristiques de plaie
- De la présence d'une infection
- Du statut vasculaire
- Des co-morbidités

Soins de référence

1 version générale adaptée aux systèmes de santé de chaque pays

Présentation de la version française, validée par la Société Francophone du Diabète

Utilise la classification SINBAD

Mr C. Francis, 70 ans, se présente à votre consultation pour la 1^{ère} fois, adressé par son IDE libérale, désespérée...

Que demandez-vous à Francis ?



Mr C. Francis, 70 ans, se présente à votre consultation pour la 1^{ère} fois, adressé par son IDE libérale, désespérée...

Que demandez-vous à Francis ?

1^{ère} étape : Connaître le patient

ÉVALUATION GÉNÉRALE

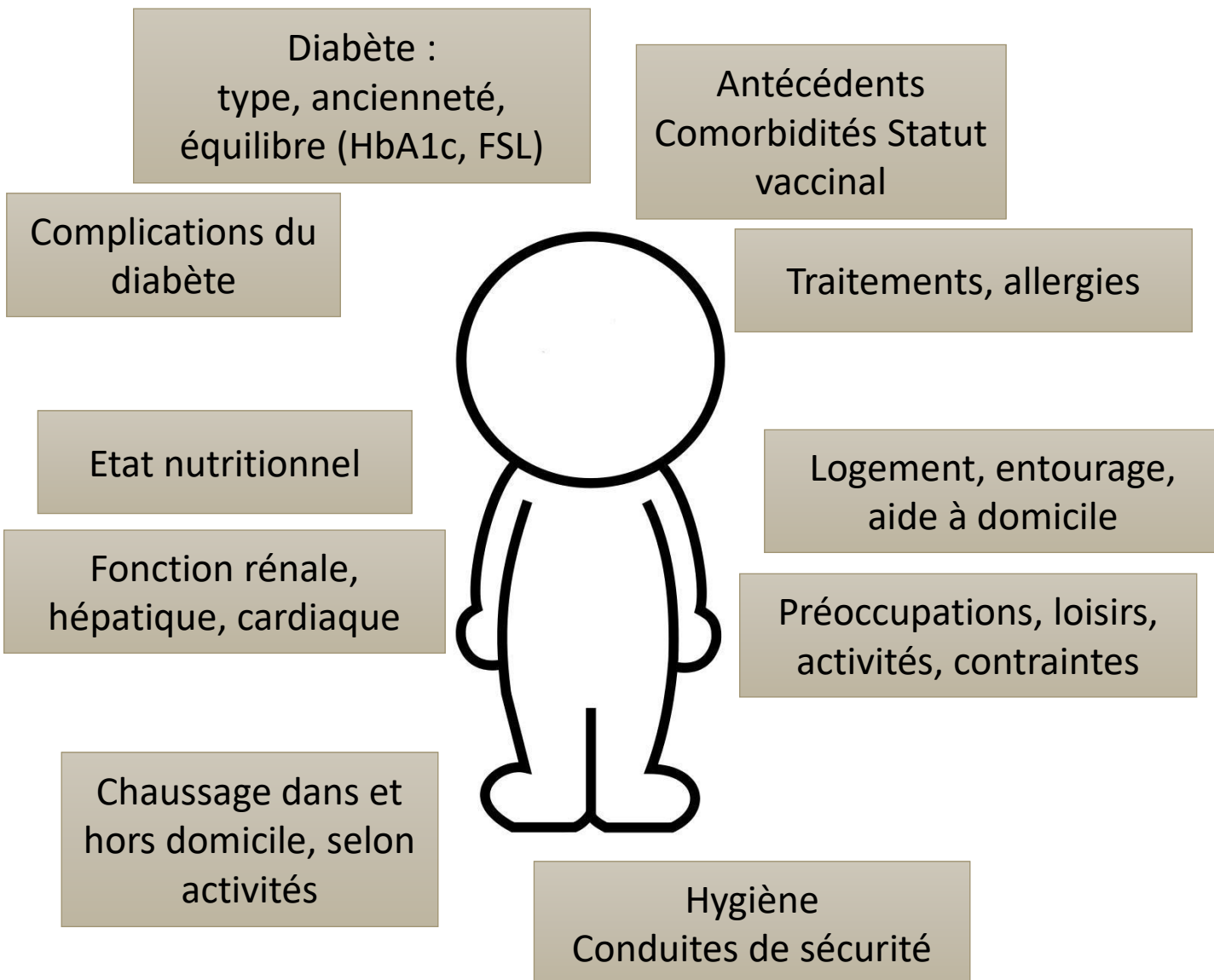
COMORBIDITÉS À HAUT RISQUE

- INSUFFISANCE CARDIAQUE
- INSUFFISANCE RÉNALE TERMINALE
- PRÉCARITÉ SOCIALE ET TROUBLES PSYCHIATRIQUES

APPROCHE GLOBALE

- ANTÉCÉDENT MÉDICAUX ET SOCIAUX
- EXAMEN CLINIQUE
- BIOLOGIE





La précarité majore le risque de complication podologique et d'amputation

Les personnes avec trouble trophique du pied :

- ont des revenus et niveau d'éducation plus faibles
- sont moins préoccupées par la santé
- ont moins recours au système de soin

N Altenburg et al., 2011, Diabetic medicine



Neuropathie
périphérique ?



Etat artériel des
membres inférieurs ?



Déformations des pieds
et antécédents
podologiques ?

la neuropathie douloureuse

score DN4

Outil diagnostique de la douleur neuropathique

QUESTION 1 : la douleur présente-t-elle une ou plusieurs des caractéristiques suivantes ?

	Oui	Non
1. Brûlure	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Sensation de froid douloureux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Décharges électriques	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

QUESTION 2 : la douleur est-elle associée dans la même région à un ou plusieurs des symptômes suivants ?

	Oui	Non
4. Fourmillements	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Picotements	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Engourdissements	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Démangeaisons	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

QUESTION 3 : la douleur est-elle localisée dans un territoire où l'examen met en évidence :

	Oui	Non
8. Hypoesthésie au tact	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Hypoesthésie à la piqûre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

QUESTION 4 : la douleur est-elle provoquée ou augmentée par :

	Oui	Non
10. Le frottement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

OUI = 1 point

NON = 0 point

Score du Patient : /10

Test positif si score \geq 4/10

Perte de sensibilité

**Monofilament
Semmes-Weinstein
10g**

Application aléatoire 3x par site
Risque d'ulcération x 10
Risque d'amputation x 17

2 erreurs sur
au moins 1 site =



**Test du
toucher léger**

Toucher léger pendant 1-2sec
Ne pas pousser, taper, piquer, ni recommencer ou appuyer plus fort

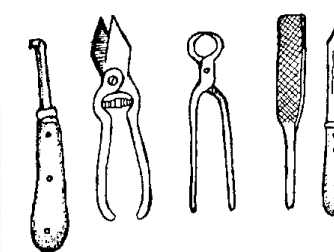
1 erreur sur
au moins 2 sites =



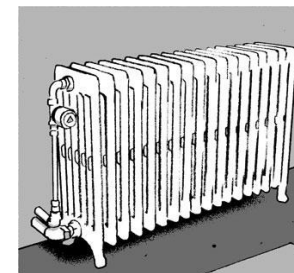


Situations à risque

Pas de perception des traumatismes
 Accidents de la vie quotidienne (froid chaud)
 Conflit de chaussage
 Marche pied nu, corps étranger
 Diminution de la douleur
 Retard à la prise en charge



Coquille de moule, vis, clou,
 épine, poils, aiguille à coudre,
 paquet de lacets, cache de
 sécheur, excréments,
 chaussette, coton
 punaise, agrafe, boule déo



la neuropathie périphérique

Atteinte sensitive

Douleurs distales
en chaussettes, insomniantes

Perte de la sensation de
protection du pied



Atteinte motrice

Déformations du pied
Déséquilibre entre extenseurs
et fléchisseurs



Atteinte végétative

Dishydrrose du pied
Hyperkératose des points d'appui
Hyperpression



Traumatismes inaperçus

Hyperappuis

PIED FRAGILE

L'artériopathie des membres inférieurs

Chez le diabétique :

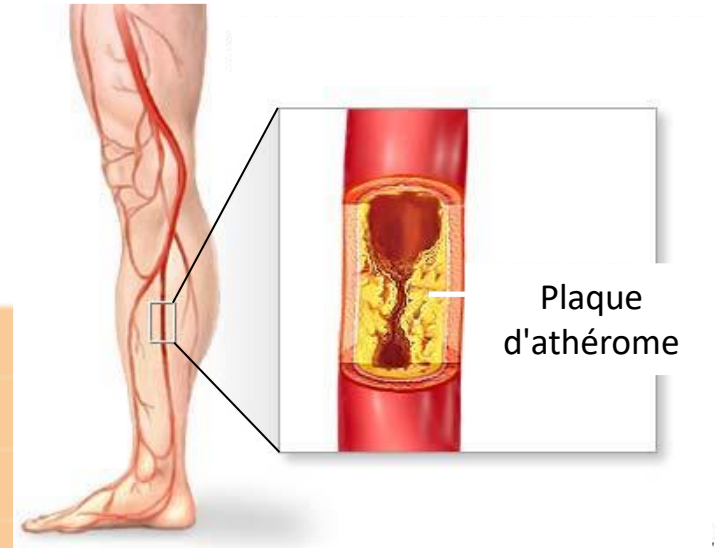
+ 1% d'HbA1c



Risque d'Artériopathie MI + 26%

Concerne 1 diabétique sur 4
Déterminant majeur de l'évolution des ulcères

- Plus fréquente
- Touche des sujets plus jeunes
- Sans différence de sexe
- Progression plus rapide
- Localisation multifocale
- Atteinte plus distale (les artères aorto-iliaques sont moins fréquemment impliquées)
- Plus agressive



L'artériopathie des membres inférieurs

Manifestations cliniques

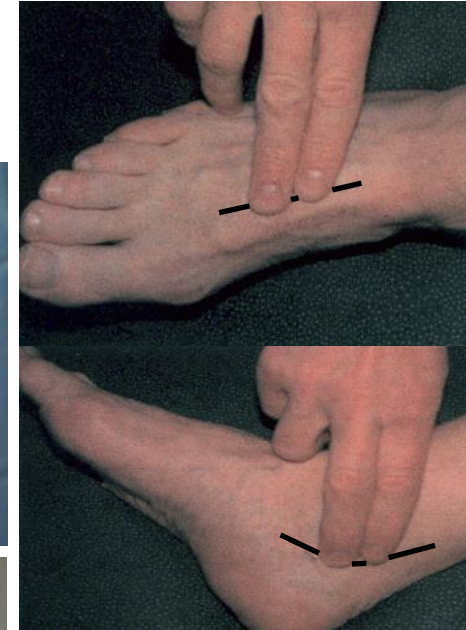
- Palper les pouls périphériques : artères pédieuses et tibiales postérieures
- Identifier les symptômes d'artériopathie des MI
 - Claudication intermittente
 - Douleurs de décubitus **Rares chez le diabétique**
 - Pied froid
 - Peau fine, brillante, dépilée
 - Ongles épaissis, souvent mycotiques
 - Perte du capiton plantaire
 - Pâleur rapide et prononcée à la surélévation du pied sur 1 minute
 - Plaie douloureuse, zones de conflit avec le chaussage



MAIS :

En cas de neuropathie : absence de douleur

En cas d'infection : présence de rougeur, chaleur



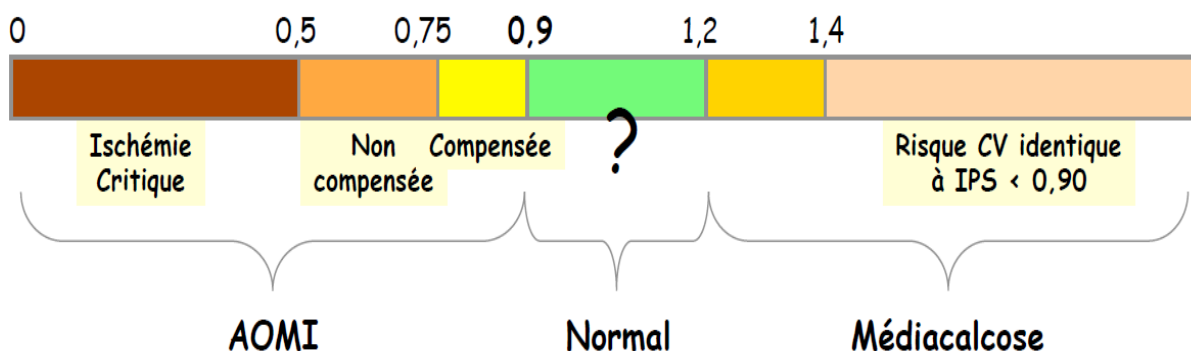
IPS : Index systolique Cheville / Bras

Pression artérielle systolique à la cheville
Pression artérielle systolique brachiale



AOMI si IPS < 0,9

Ischémie critique si IPS < 0,5 ou P° cheville < 50 mmHg



Problème de la médiacalrose

Concerne 30% des diabétiques

IPSO : Index systolique Orteil / Bras

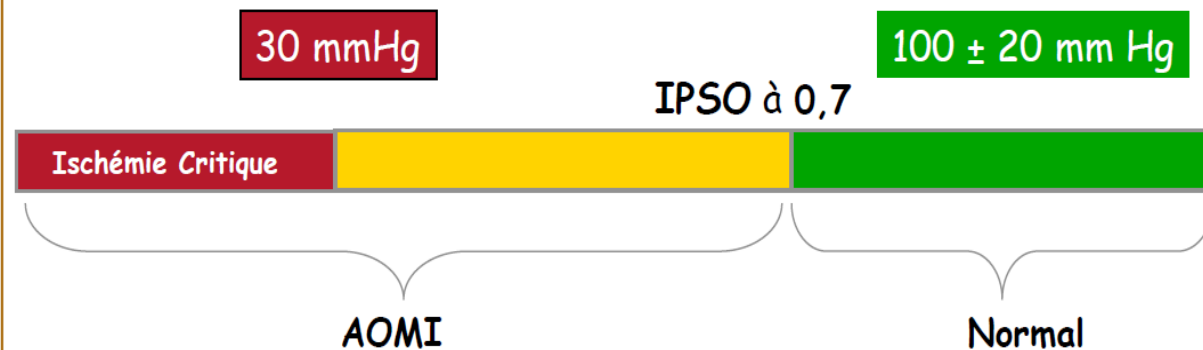
Tous acteurs face au Diabète

Pression artérielle systolique à l'orteil
Pression artérielle systolique brachiale



AOMI si IPSO < 0,7

Ischémie critique si P° orteil < 30 mmHg



Pas d'influence de la médiacalrose

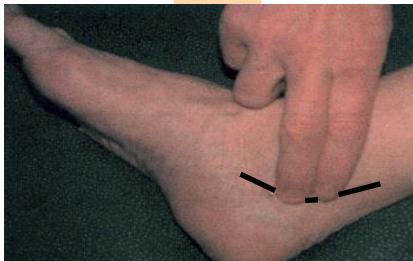
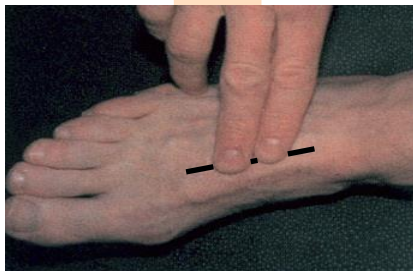
Surveillance annuelle chez le diabétique

L'artériopathie des membres inférieurs

Examen clinique

Claudication intermittente
Douleurs de décubitus


Palpation des pouls
pédieux et T. postérieur



Bilan vasculaire

Doppler artériel des
membres inférieurs

Index de P° systolique à
l'orteil

IPSO < 0,7 = 

P° orteil < 30mmHg 



Avis chirurgical

Bilan vasculaire
complémentaire

Artériographie
TcPO2



TOUJOURS la rechercher

Quantifier sa sévérité

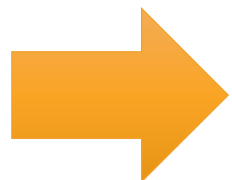
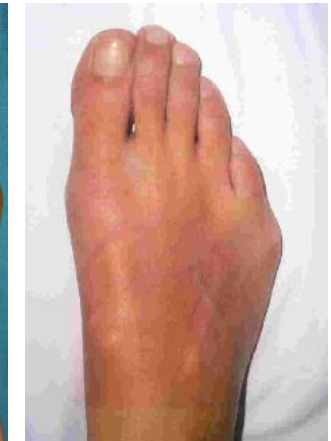
REVASCULARISER ²⁵

Les déformations des pieds



Liées à la neuropathie :
Orteils en griffe ou en marteau
Proéminence têtes métatarsiennes
Pied de Charcot

Non liées au diabète :
Hallux valgus, Quintus varus...



Risque augmenté de lésions cutanées et de chutes
Difficultés de chaussage et d'hygiène

Vous vous rendez compte que Francis a un 2^{ème} pied...

Que faites-vous ?

- Vous l'hospitalisez
- Vous faites réaliser un prélèvement bactériologique
- Vous faites une bonne détersion
- Vous lui demandez de porter une Barouk



Vous vous rendez compte que Francis a un 2^{ème} pied...

Que faites-vous ?

2^{ème} étape : Connaître la plaie

POULS PERÇUS - ABSENCE DE SIGNES D'INFECTION
- ABSENCE DE NÉCROSE - ABSENCE DE MISE À NUE
DES OS, MUSCLES ET/OU DES TENDONS -
SCORE SINBAD 0-2

PLAIE DE PIED DIABÉTIQUE
NON COMPLIQUÉE

POULS PÉRIPHÉRIQUES ABOLIS - SIGNES D'INFECTION
- NÉCROSE SÈCHE - MISE À NUE DE L'OS/MUSCLE
ET/OU TENDON - ET/OU TERRAIN À RISQUE
(INSUFFISANCE CARDIAQUE, INSUFFISANCE RÉNALE
TERMINALE, PRÉCARITÉ SOCIALE, TROUBLES
PSYCHIATRIQUES) - SCORE SINBAD 3-6

PLAIE DE PIED DIABÉTIQUE
COMPLIQUÉE

ABCÈS - GANGRÈNE HUMIDE
OU EXTENSIVE - FIÈVRE
OU AUTRES SIGNES DE SEPSIS

PLAIE DE PIED DIABÉTIQUE
EN URGENCE ABSOLUE

Ischémie ?
Infection ?
Profondeur ?
Gravité ?
Hospitalisation ?

➔ **SINBAD**



Score SINBAD

Objectifs :

évaluer la gravité de la plaie
parler le même langage
codifier la prise en charge

S

I

N

B

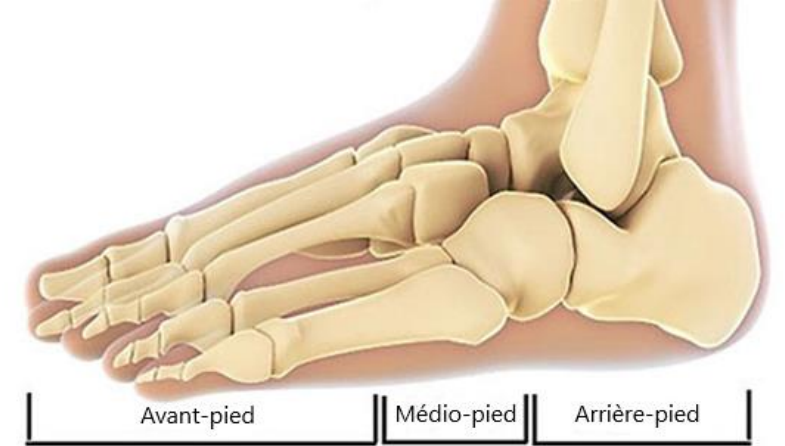
A

D

Catégorie	Définition	Score
Site	Avant-pied	0
	Médio-pied ou arrière-pied	1
Ischémie	≥ 1 Pouls du pied perçu	0
	Signe clinique d'altération du débit artériel	1
Neuropathie	Sensibilité de protection intacte	0
	Perte de la sensibilité de protection	1
Infection bactérienne	Aucune	0
	Présente	1
Surface	Ulcère < 1 cm ²	0
	Ulcère ≥ 1 cm ²	1
Profondeur	Plaie superficielle ne dépassant pas le tissu sous-cutané	0
	Plaie atteignant le muscle, tendon ou plus profonde	1
Score total possible		6

Site de la plaie

- 0** Avant-pied **1** Médio ou Arrière-pied



Type de plaie

Ischémique	10%
Neuropathique	50-60%
Neuro-ischémique	30-40%

Ischémique ?

- 0** ≥ 1 Pouls du pied perçu **1** Signe clinique d'altération du débit artériel

Neuropathique ?

- 0** Sensibilité de protection intacte **1** Perte de la sensibilité de protection

50% des ulcères sont infectés à la visite initiale en centre plaie

Infection bactérienne

- 0 Aucune
- 1 Présente



La reconnaître cliniquement

Au moins deux signes :
rougeur, chaleur, induration,
douleur, sécrétions purulentes

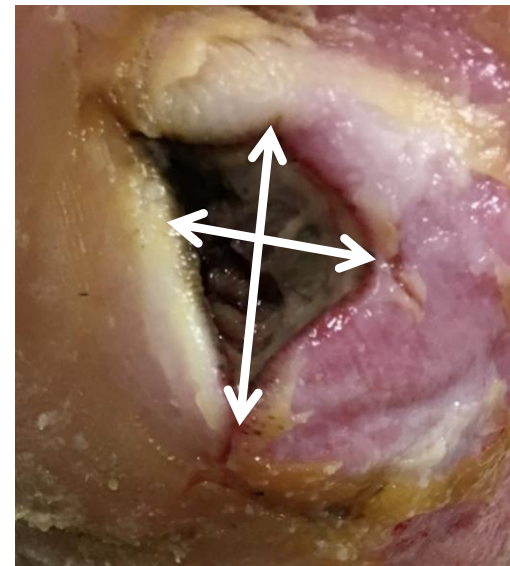


Déceler une ostéite

Test du contact osseux
CRP
Radiographie à répéter, IRM

Area : Surface de la plaie

- 0** Ulcère $< 1 \text{ cm}^2$ **1** Ulcère $\geq 1 \text{ cm}^2$

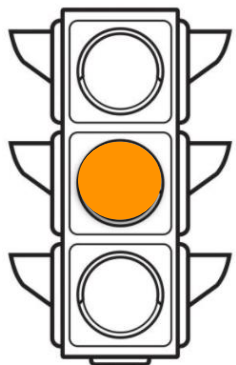


Longueur
Largeur



Depth : Profondeur de la plaie

- 0** Plaie superficielle ne dépassant pas le tissu sous-cutané
- 1** Plaie atteignant le muscle, tendon ou plus profonde



SINBAD

3 - 6

Plaie de pied diabétique compliquée

Décharge et soins locaux
Soins de référence

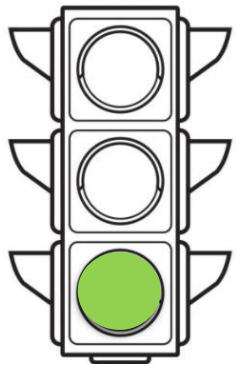


Orientation vers une structure spécialisée du pied
diabétique de référence dans les 48h



Annuaire national des structures spécialisées

https://www.urgomedical.fr/annuaire_pied/



SINBAD
 ≤ 2



Plaie de pied diabétique non compliquée

Décharge et soins locaux
Soins de référence



Contact avec une structure spécialisée pied diabétique

Suivi hebdomadaire par un professionnel de santé en lien avec le médecin traitant

à **2 semaines** : diminution de 25% de la surface de la plaie et signes de bourgeonnement ou de ré-épithélialisation

OUI

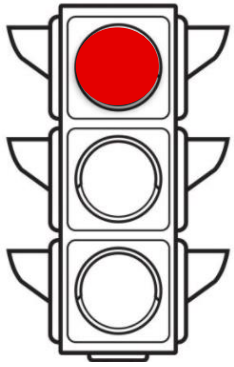
Poursuite du suivi hebdomadaire

NON



<https://www.cicat-occitanie.org>

Rôle majeur de la décharge
Mauvaise évolution → adressage en 48h



Plaie de pied diabétique en urgence absolue

Abcès - Gangrène humide ou extensive
Fièvre ou autre signe de sepsis

Hospitalisation **en urgence** dans une unité de pied
diabétique spécialisée

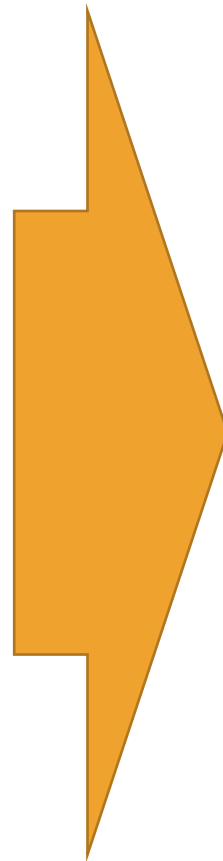
Après la prise en charge initiale, suivi par une structure
spécialisée du pied diabétique



<https://www.sfdiabete.org/recommandations/autres-recommandations/iwgdf/2019>



<https://iwgdfguidelines.org>



Bilan et traitement d'une
artériopathie
des membres inférieurs

Identifier et traiter une infection

Soins locaux appropriés

Décharger la plaie

Équilibrer le diabète

La plaie est infectée : prélèvement ?



Gr1 : pas d'infection Pas de prélèvement

Gr2-3-4 : infection Prélèvement ++

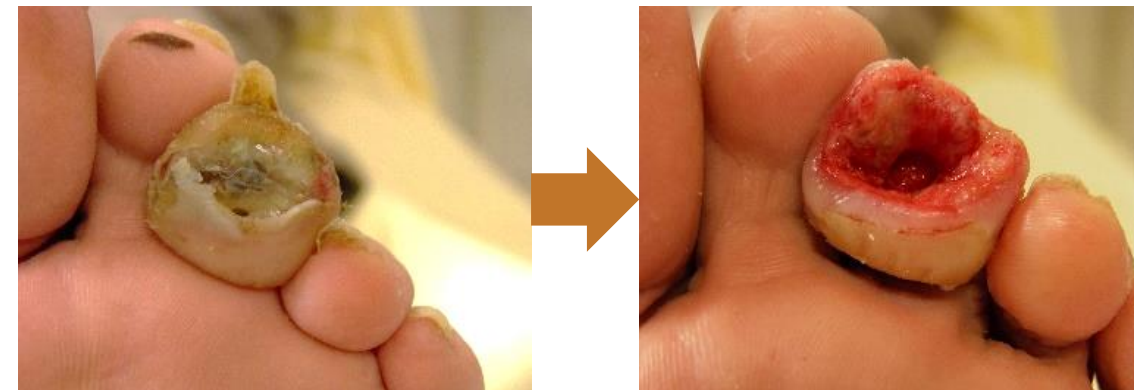
Evaluer la gravité (classification IDSA)

Prélèvement de qualité

Ecouvillon = 

Biopsie tissulaire = 
Biopsie osseuse

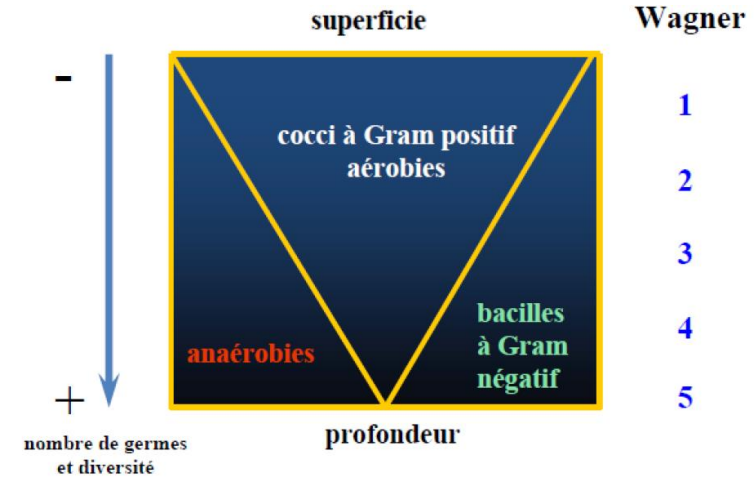
Objectif : Identifier les bactéries infectantes



Après lavage soigneux et détersion
Idéalement par peau saine ou chirurgical

Ecologie bactérienne

- Varient selon la profondeur de la plaie
- Polymicrobisme fréquent si plaie profonde ou ischémique
- Bactéries multi-résistantes : séjours itératifs, traitement antibiotique antérieur



Bactéries colonisantes

Staphylocoque coagulase négative
Corynébactéries

Bactéries infectantes

Staphylococcus aureus ++++
Streptocoques b-hémolytiques
Anaérobies
Entérobactéries : *Proteus mirabilis*, *Escherichia coli*,
Enterobacter sp., *Klebsiella sp.*

Entérocoques
Pseudomonas aeruginosa

Rôle pathogène ?

La plaie est infectée : traitement probabiliste ?

Oui si :

- Les prélèvements locaux et systémiques ont été réalisés
- Sepsis ou choc septique
- Infection rapidement extensive
- Dermo-hypodermite sans lésion à prélever

Durée ?

Atteinte des tissus mous : de 1 à 2 semaines

Ostéite : pendant 6 semaines

Pas d'antibiothérapie par voie locale

Infection légère récente (<4 sem) :

- **SAMS, streptocoque** : Keforal ou Dalacine
- **Infection récente à SARM ou colonisation connue** : Pyostacine ou Zyvoxid

Infection légère chronique (>4 sem) ou modérée :

- **SAMS, streptocoque, entéroB, anaérobies** : Augmentin ou Rocéphine/Flagyl

SPILF, à venir



Le lavage

Eau, savon, sérum physiologique, pas d'antiseptique



Mécanique
et appuyée

Autolytique
et prudente



La détersion

Diminue la charge bactérienne et le biofilm
Permet de visualiser **la totalité de la plaie**
Permet de réaliser des prélèvements
bactériologiques fiables

Le recouvrement

Principes : Contrôler l'exsudat et maintenir un climat humide

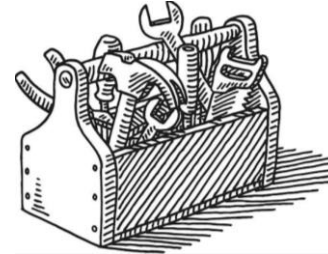
Sélectionner les pansements principalement en prenant compte le niveau de l'exsudat, le confort et le coût

Utiliser un pansement NOSF dans les **ulcères du pied diabétique neuro-ischémiques non infectés**, qui sont difficiles à cicatrifier malgré un protocole de soins standard bien conduit

Pansements : la boîte à outils

Alginate :

hémostatique
+/- humidifié au NaCl
se délite



Hydrofibre :

absorbant,
se gélifie
forme mèche



Hydrocellulaire : absorbant



forme épaisse et forme mince
forme border ou non border



Interface : trame enduite d'une substance neutre (silicone par ex)



non absorbant
retrait atraumatique

Urgostart plus®

3 en un



Hydrodétersif
Hydrocellulaire
Imprégné NOSF

Super absorbant :

Très absorbant
Grandes tailles



Alginate :



Hydrofibre :



Interface :



Hydrocellulaire :



Urgostart plus®

Super absorbant :



La décharge de la plaie

Précoce et
systématique



Permanente et jusqu'à
cicatrisation complète



Botte
amovible

Botte
plâtrée



Souvent **PARTIELLE**
Préserver l'**AUTONOMIE** !

Adaptée



Barouk



Teraheel®



Tera diab®

Attention aux points d'appui
Attention au pied controlatéral

PIED NON DECHARGÉ = PIED NON TRAITÉ

Vous suivez régulièrement Mr C Francis et sa plaie cicatrise enfin. ..

Que lui conseillez-vous à présent ?

- Vous ne voulez plus jamais le revoir
- Vous lui conseillez des soins de pédicurie
- Vous lui conseillez des Crocs « spécial diabète »
- Vous préconisez des soins de surveillance et prévention hebdomadaires par une IDE à domicile
- Vous lui dites d'appeler le 15 au moindre problème de pied (rougeur, petite blessure...)



Vous suivez régulièrement Mr C Francis et sa plaie cicatrise enfin. ..

Que lui conseillez-vous à présent ?

- Vous ne voulez plus jamais le revoir
- Vous lui conseillez des soins de pédicurie
- Vous lui conseillez des Crocs « spécial diabète »
- Vous préconisez des soins de surveillance et prévention hebdomadaires par une IDE à domicile
- Vous lui dites d'appeler le 15 au moindre problème de pied (rougeur, petite blessure...)



Réévaluation régulière et suivi adapté

Après cicatrisation:
Soins de pédicurie et Prévention secondaire

Les grades podologiques permettent ...



- De déterminer le niveau de risque de plaie du patient
- De cibler les informations et messages éducatifs
- De rembourser des soins de pédicurie dans certaines situations
- D'adapter les consignes d'hygiène et de chaussage

Catégorie	Risque d'ulcère	Caractéristiques
0	Très faible	Pas de perte de sensibilité <i>(ET pas d'AOMI)</i>
1	Faible	Perte de sensibilité <i>(OU AOMI)</i>
2	Modéré	Perte de sensibilité + AOMI OU Perte de sensibilité + déformations du pied <i>(OU AOMI + déformations du pied)</i>
3	Elevé	Perte de sensibilité <i>(OU AOMI)</i> ET un ou plus des éléments suivants <ul style="list-style-type: none">- Antécédents d'ulcère du pied- Antécédents d'amputation de membre inférieur mineure ou majeure- <i>(Insuffisance rénale terminale)</i>

1 Bilan podologique /an

5 séances /an

Jusqu'à 8 séances /an

Déformations des pieds ?



Envisager une chirurgie du pied

- En prévention d'un 1^{er} ulcère ou en prévention de récurrence de plaie d'orteil
- En cas d'ulcère plantaire de l'avant-pied qui n'a pas réussi à guérir par des moyens non chirurgicaux



Orteils en griffe



Un chaussage approprié en toutes circonstances !

Orthèses plantaires



Chaussage de série



Déambulo L
Podartis



Gala
Adour



Chaussons
Neut



Activity
Podartis

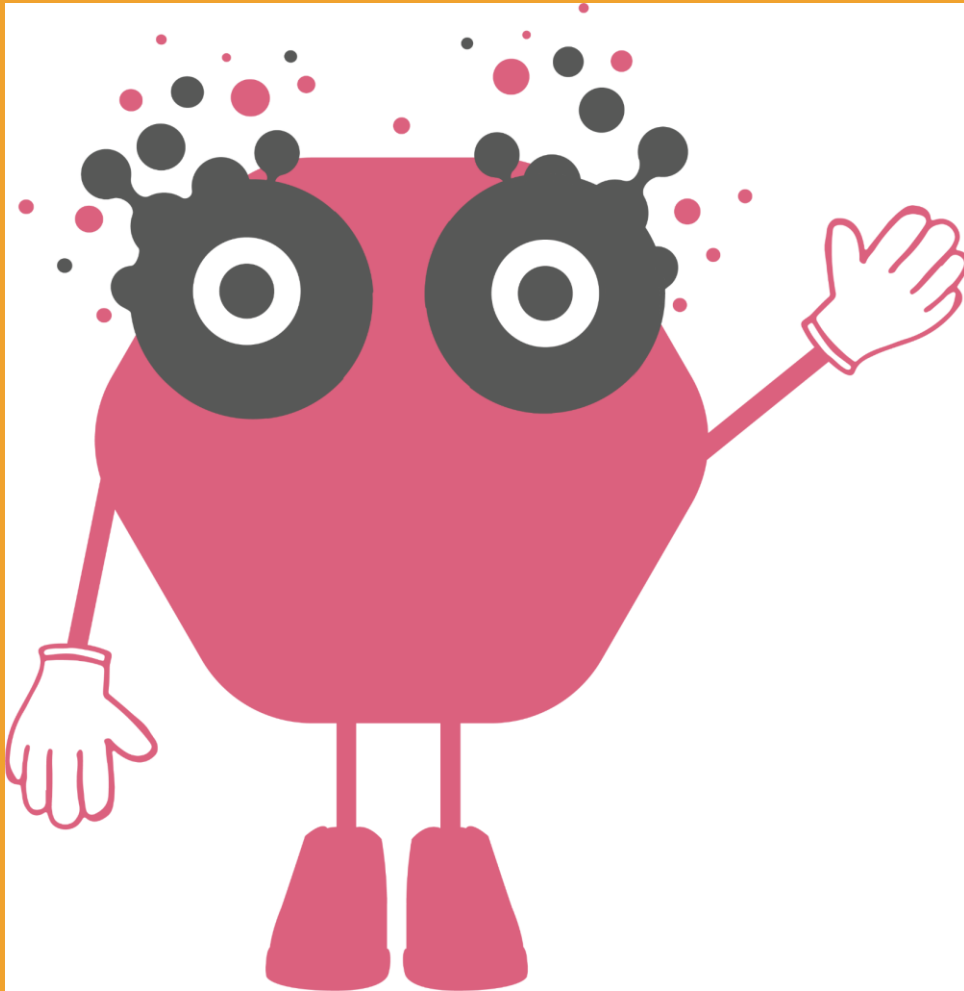


Chaussage
médicalisé
de série



Chaussage orthopédique sur
mesure

Merci de votre attention



**Vous souhaitez nous rejoindre ?
Adhérez !**

Pour plus d'informations :

www.diabeteoccitanie.org

[**contact@diabeteoccitanie.org**](mailto:contact@diabeteoccitanie.org)

05 61 32 33 65

Les réseaux sociaux :

