|  |
| --- |
| ***Pôle Santé Eula*** |

**Observations médicales :**

**SERVICE DE DIABETOLOGIE**

**Modifiée le 19/05/2022 à 10h25 par HACQUES Manon, interne**

**Motif d'hospitalisation :** Monsieur JACQUES Denis, né le 20/03/1939 est hospitalisé le 19/05/2022 pour fièvre et mal perforant plantaire.

**Histoire de la maladie :** Patient de 83 ans suivi pour un diabète de type 1 aux nombreux antécédents, hospitalisé pour apparition d'un mal perforant plantaire droit découvert hier matin. Entrée programmée à la demande de son médecin traitant. Pas de passage par les urgences. Pas de fièvre le 18/05/2022 mais fièvre à l’entrée d’hospitalisation.

Le patient consulte son médecin traitant le 18/05/2022 en fin d’après-midi à la demande de l’IDE libérale qui passe le voir plusieurs fois par jour après observation d’une plaie suspecte sur le pied droit.

Dernière hospitalisation il y a 1 an.

Dernière HbA1C à 7.4%.

**Mode d'entrée programmé :** [x] oui [] non

**Antécédents :**

Médicaux :

- diabète de type 1

- plusieurs maux perforants plantaires

- AOMI stade 4 (dernier bilan 04/2022)

- rétinopathie diabétique

- hypertension artérielle

- perte d’audition de l’oreille gauche

- surdité légère de l’oreille droite

Chirurgicaux :

* prothèse totale de hanche gauche en 2019

Allergiques : Aucun

Familiaux : Aucun

**Mode de vie** :

Veuf. Autonome dans les actes de la vie quotidienne. Marche sans béquilles. Utilise parfois le fauteuil roulant. 1 fille qui n’habite pas dans la région. IDE qui passe plusieurs fois par jour.

**Traitement habituel** :

COVERAM® 10mg/5 mg 1-0-0

LANTUS® 100 UI/mL 0-0-0-13 unités

NOVORAPID® 100 UI/mL 7 unités – 7 unités – 7 unités

**Examen clinique d'entrée :**

Poids : 63.00 kg Taille : 175 cm

TA : 108/38 PAM à 58mmHg FC : 102/min T°C 38°8 Sat : 92%

TRC < 3 secondes, pas de marbrures

Cutané :

Mal perforant de la plante du pied droit de 3 cm de diamètre, superficielle, non nécrosante, pas d'écoulement, pas de collection SC, placard inflammatoire périphérique remontant jusqu'à la cheville, 2 phlyctènes bord externe du pied D.

A gauche : botte plâtrée mais fenêtrée sur l'avant pied pour les soins du mal perforant gauche, plaie fermée, sans signes inflammatoires locaux en voie de résolution

Examen cardiovasculaire : bruits du cœur perçus réguliers sans souffle à l'auscultation. Pas de signe d'insuffisance cardiaque. Pas de signe de phlébite.

Examen abdominal : palpation souple abdominale souple dépressible indolore. Bruits hydroaériques perçus. Pas de trouble du transit. Pas de nausée pas de vomissement.

Examen urologique : fosses lombaires libres indolores. Pas de signe fonctionnel urinaire.

Examen pulmonaire : murmure vésiculaire bilatéral symétrique sans bruit surajouté. Patient eupnéique sous 2 l d'oxygène. Pas de toux pas d'expectoration.

Examen neurologique : patient somnolent mais sur la morphine. Glasgow 15-14 facilement réveillable. Pas de céphalée. Pas déficit neurologique focal. Pas déficit sensitivomoteur.

Examen cutané : mal perforant plantaire droit avec placard inflammatoire du pied, traînée de lymphangite en tibial antérieur.

**Examens complémentaires :**

ECG : régulier, sinusal, FC à 87/min, pas de troubles de la repolarisation

Bilan biologique en cours

Résultat PCR covid en cours.

Radiographie du pied droit de face de profil. Pas de lésion osseuse. Pas de lésion des parties molles. Pas de rupture de la corticale osseuse. Pas de signe d'ostéolyse.

Reprise des traitements habituels

**Conclusion de l'examen clinique initial :**

Mal perforant plantaire droit chez un patient de 83 ans diabétique compliqué d'une bactériémie à staphylocoque en attente de doc avec signe de sepsis sévère (anurie à surveiller).

Patient en chambre simple (PCR en cours)

**Projet de prise en charge :**

Antibiothérapie par Céfazoline et Vancomycine devant l'instabilité hémodynamique afin de couvrir un éventuel syndrome. Surveillance clinicobiologique.

Refaire le point sur le diabète.

**Modifiée le 20/05/2022 à 11h20 par HACQUES Manon, interne**

Bilan biologique du jour :

Ionogramme sanguin : légère hyponatrémie à 133 mmol/l, hyperkaliémie à 5,3 mmol/l. Calcémie normale à 2,38 mmol/l.

Fonction rénale normale avec une créatinine à 109 µmol/l soit un DFG estimé à 68 ml/min.

Syndrome inflammatoire avec une CRP augmentée à 122 mg/l.

NFS : hémoglobine normale à 12,9 g/dl normocytaire VGM à 91,9 fL. Plaquettes normales. Hyperleucocytose à 14,15 G/l avec neutrophiles à 11,80 G/l.

Gaz du sang réalisés en air ambiant : pH normal à sept 38, hypercapnie à 44,2 mmHg, hypoxémie à 75,0 mmHg lactates légèrement augmentée à, 6 mmol/l, bicarbonates hémi normale à 25,9 mmol/l.

**Modifiée le 20/05/2022 à 11h45 par HACQUES Manon, interne**

Appel biologie : patient positif au covid

Patient asymptomatique, en chambre simple

Appel service covid : patient va être transféré dans journée, convenu de réaliser la visite tous les jours dans le service covid

**Modifiée le 21/05/2022 à 13h10 par HACQUES Manon, interne**

*Hébergement .: Diabétologie*

Actuellement en service COVID +

- Mal perforant plantaire droit avec fond plan semblant nécrotique en regard de la base du 5e métatarsien, pas de contact osseux. Bactériémie à Staph aureus dont l'ATBgramme est en cours. Pas d'image d'ostéite sur les radiographies.

- Erysipèle du pied avec apparition de bulles hémorragiques dont le fond est assez sombre.

- Avis de chirurgie vasculaire : mise à plat des deux phlyctènes hémorragiques, fond rouge.

- Poursuite soins locaux simples

- Hypovitaminose D que l'on supplémente.

**Modifiée le 22/05/2022 à 11H30 par HACQUES Manon, interne**

*Héb.: Diabétologie*

- Bactériémie à Sams initialement traité par Amoxicilline, relayé par Céfazoline plus Vancomycine devant les hémocultures positives.

- Avis de l'équipe plaie devant l'aspect nécrotique du fond du mal perforant plantaire et des fonds de bulles hémorragiques mise à plat : aspect sang séché/nécrotique impossible à distinguer hormis par grattage mais qui est interdit en cas d'artériopathie ; préconisation d'une imagerie puis avis orthopédique.

- Prise en charge concernant le COVID : conforme aux recommandations (cf dossier papier du service), patient positif mais non symptomatique, asthénie légère uniquement

**Saisie le 23/05/2022 à 16h18 par MARTEL Margaux, interne**

*Hébergement.: Diabétologie*

Sur le plan général, pics fébriles ce matin à 38.5. Hémodynamique conservée. Pas d'altération de l'état général.

Pas d'argument pour une fasciite nécrosante.

Poursuite du traitement médical.

**Modifiée le 24/05/22 à 18h25 par SAUCHON Luc, interne**

*Hébergement.: Diabétologie*

Artériographie MID dans l'après-midi : thrombose occlusive de l'artère tibiale antérieure quasiment du genou jusqu'au pied, 2 autres axes du trépied sans lésion. Echec de recanalisation.

Appel chirurgie vasculaire : pas d'autre geste envisageable sur le plan vasculaire, les deux axes perméables sont de bonne qualité et les lésions nécrotiques ne sont donc pas imputable à une mauvaise vascularisation. Concernant l'aspect local nécrotique, pas de collection constituée évidente, pas d'indication à un parage. Ils passeront voir l'aspect de manière quotidienne pour juger de l'évolution.

Nouvel appel de l'interne d'orthopédie, avis donné avec son chef d'astreinte : patient à prendre en charge avec l'équipe de chirurgie vasculaire si évolution.

**Modifiée le 25/05/2022 à 9h54 par HACQUES Manon, interne**

*Hébergement.: Diabétologie*

Erysipèle d'évolution plutôt très moyenne sous ATB, vascularisation satisfaisante

**Modifiée le 25/05/2022 à 10h18 par HACQUES Manon, interne**

*Hébergement.: Diabétologie*

J6 d'hospitalisation pour un tableau de dermohypodermite nécrosante avec doute sur une fasciite clinique, documentée à SASM. L'IRM plutôt en défaveur d'une fasciite.

Fièvre persistante vers 38.5°C ressenti avec frissons, douleurs du pied irradiant au mollet. Aspect plutôt stable par rapport à hier sans nouvelles lésions nécrotiques ni extension des précédentes.

**Modifiée le 26/05/2022 à 13h18 par HACQUES Manon, interne**

*Héb.: Diabétologie*

CRP en décroissance lente 380mg/L ce jour.

IRM du pied droit peu contributive car absence d'image à partir du médio-pied, pas d'infiltration de l'arrière pied visible. Artériographie du 25/05 avec thrombose de l'artère tibiale antérieure mise en échec de recanalisation

Cliniquement ce jour, toujours bulles mises à plat les jours précédents avec fond nécrotique. Collection sous-cutanée palpable sur la majorité du coup de pied et au niveau plantaire en regard du mal perforant plantaire peu profond à fond nécrotique. Pas de crépitation. Erysipèle en chaussette.

**Modifiée le 27/05/2022 à 12h18 par HACQUES Manon, interne**

*Héb.: Diabétologie*

Meilleur contrôle de la fièvre avec fébricule sans fièvre depuis 48h. Pas de choc : normotendu avec bonne diurèse et pas de signes neurologiques

Le pied évolue défavorablement avec majoration de la collection qui est importante. Douleurs stables. Sensibilité préservée sur les orteils.

**Modifiée le 28/05/2022 à 15h18 par HACQUES Manon, interne**

*Hébergement.: Diabétologie*

Patient fébrile hier et ce jour. Hémodynamique conservée.

Passage de l'équipe de chirurgie vasculaire ce jour : indication à une amputation trans-tibiale devant l'évolution défavorable.

ETT réalisée le 24/05 avec bonne fonction biventriculaire mais zone de dyskinésie septale et interdépendance VD/VG dans un contexte de surcharge hydrosodée.

Demande de consultation anesthésie faite ce jour.

Vu avec le service COVID patient remonte ce jour en service de Diabétologie

**Modifiée le 29/05/2022 à 00h45 par HACQUES Manon, interne**

Probable surdosage d’insuline lente chez le patient provoquant une hypoglycémie très sévère

Pâleur, hypersudation, troubles de la parole et de la déglutition, début d’apparition de convulsions

HTA à 160/71 ; FC :70/min, absence de marbrures

Prise en charge immédiate par injection de glucagon puis glucose 30% devant la persistance des symptômes malgré l’injection de glucagon

Disparition rapide des troubles de la conscience et des troubles de la déglutition

Déclaration d’évènement indésirable faite

CAT :

Patient âgé, risque de déstabilisation du DT1 devant cet épisode, DT1 compliqué

Bilan bio de contrôle

**Surveillance accrue durant 48 heures : prise de constantes et glycémies capillaires régulières**

**Adaptation du ttt insulinique suivant les glycémies**

**Modifiée le 30/05/2022 à 10h15 par RIVON Antoine, médecin**

Concernant l’évènement de la nuit dernière : patient calme, endormi à mon arrivée

Glycémies capillaire et bilan de contrôle rassurants

Poursuivre la surveillance rapprochée

Stabilisation de l'état du pied droit, pas d'extension ni régression des lésions précédemment décrites.

Patient toujours fébrile, hémodynamique correcte, diurèse 1600mL avec urines claires.

Absence de surcharge hydro-sodée notable. Auscultation cardiopulmonaire retrouvant un souffle aortique systolique râpeux de faible intensité, non rapporté précédemment.

Nouvelle demande d'ETT dans ce contexte ainsi que celui de la bactériémie.

**Modifiée le 31/05/2022 à 11h36 par SAUCHON Luc, interne**

Ouverture ce matin du plâtre gauche à but de décharge du moignon d'amputation trans-métatarsienne. Bon état cutané, pas de lésion, raideur de cheville à la mobilisation.

Voir pour début d'appareillage du pied gauche, et envisager celui du membre inférieur droit.

**Modifiée le 01/06/2022 à 00h45 par HACQUES Manon, interne**

Patient toujours fébrile ce matin. Stagnation du syndrome inflammatoire CRP 300mg/L.

Passage au bloc jeudi matin pour amputation trans-tibiale droite

Entretien rapide avec le patient concernant l’évènement survenu la semaine dernière : me rapporte avoir eu deux injections d’insuline à intervalles rapprochés (une dans le service COVID et une en diabéto peu après son transfert)