



PRISE EN CHARGE DU DIABETE AU LUXEMBOURG EN 2017

FICHE 7 : PRISE EN CHARGE DE LA NEUROPATHIE DIABETIQUE PÉRIPHÉRIQUE (NDP), DU PIED ET DES PLAIES DU PIED ET DE L'ARTÉRIOPATHIE DES MEMBRES INFÉRIEURS (Repris des recommandations de l'ADA 2018)

1. La neuropathie diabétique périphérique (NDP)

Les ulcères du pied et les amputations plus ou moins importantes, conséquences de la neuropathie diabétique et/ou de la maladie artérielle périphérique, sont courants et représentent des causes majeures de morbidité et de mortalité chez les personnes atteintes de diabète.

Jusqu'à 50 % des cas de neuropathie périphérique diabétique peuvent être asymptomatiques. S'ils ne sont pas reconnus et si des soins préventifs des pieds ne sont pas mis en œuvre, les patients risquent de se blesser sans s'en rendre compte en raison d'une diminution de la sensibilité des pieds.

Le contrôle glycémique peut prévenir efficacement la neuropathie diabétique dans le diabète de type 1 et peut ralentir modestement sa progression dans le diabète de type 2, mais n'inverse pas la perte neuronale.

Les stratégies thérapeutiques (pharmacologiques et non pharmacologiques) pour le soulagement de la NDP aigüe peuvent potentiellement réduire la douleur et améliorer la qualité de vie.

Dépistage de la NDP

Dans le diabète de type 2, tous les patients doivent bénéficier d'une évaluation de la NDP au moment du diagnostic, puis au moins une fois par an et à chaque consultation en cas de neuropathie avérée et/ou d'antécédents de troubles trophiques du pied, afin d'identifier les facteurs de risque d'ulcères et d'amputations. (grade B, ADA)

Dans le diabète de type 1, tous les patients doivent être bénéficier d'un dépistage de la NDP 5 ans après le diagnostic puis au moins une fois par an et à chaque consultation en cas de neuropathie avérée et/ou d'antécédents de troubles trophiques du pied.

Le dépistage et le traitement précoce des patients peuvent prévenir ou retarder les risques d'ulcères des pieds et leur complication majeure : l'amputation.

Le risque d'ulcères ou d'amputations augmente en cas de :

- Mauvais contrôle glycémique
- Neuropathie périphérique avec perte de la sensibilité protectrice
- Tabagisme
- Déformations du pied
- Callus préulcératif ou cors
- Artérite des membres inférieurs
- Antécédents d'ulcère du pied
- Antécédents d'amputation
- Déficience visuelle
- Néphropathie diabétique avec insuffisance rénale



L'évaluation et le diagnostic de la NDP

Elle se fait par l'interrogatoire et des tests cliniques simples.

Il faut documenter les pratiques de soins du pied, ainsi que les antécédents spécifiques :

- d'ulcération, d'amputation, de pied de Charcot,
- d'angioplastie ou de chirurgie vasculaire,
- de tabagisme,
- d'altération de la vision, de rétinopathie et de maladie rénale

Evaluer les symptômes actuels :

- neuropathie (douleur, brûlure, engourdissement)
- maladie vasculaire (fatigue des jambes, claudication).

Traitement de la NDP

Contrôle glycémique:

Un contrôle glycémique proche de la normale, mis en œuvre dès le début de l'évolution du diabète, s'est révélé efficace pour prévenir et retarder le développement de la neuropathie périphérique.

Traitement médicamenteux de la douleur neuropathique:

La douleur neuropathique peut être sévère et invalidante. Elle peut limiter la mobilité et contribuer à la dépression et à l'isolement social.

Les traitements médicamenteux reconnus sont :

- la pregabaline
- la duloxetine

Les études comparatives d'efficacité et les essais qui incluent des résultats sur la qualité de vie sont rares. Vu la gamme d'options de traitement partiellement efficaces pour réduire la douleur et améliorer la qualité de vie il est recommandé d'adopter une stratégie pharmacologique adaptée et progressive, en s'orientant aux comorbidités du patient, à l'amélioration relative des symptômes, à l'observance du traitement et aux effets secondaires des médicaments.

Les antidépresseurs tricycliques, la gabapentine, la venlafaxine, la carbamazépine, le tramadol et la capsaïcine topique, bien qu'ils ne soient pas approuvés pour le traitement de la NDP douloureuse, peuvent être efficaces et envisagés pour le traitement de la NDP algique.

2. Prise en charge des pieds du patient diabétique

Examiner les pieds :

- évaluation de l'intégrité de la peau : plaies, mycoses, hyperkératose, fissurations...
- évaluation des déformations musculosquelettiques du pied,
- évaluation neurologique (test au monofilament de 10 g avec au moins une autre évaluation : piquûre d'épingle, température, vibration ou réflexes achilléens)
- palpation des pouls pédieux et tibiaux postérieurs



Les symptômes de la NDP varient selon la classe des fibres sensorielles concernées. Les symptômes précoces les plus fréquents sont liés à l'atteinte de petites fibres avec des douleurs et des dysesthésies (sensations désagréables de brûlure et de picotement). L'atteinte de grosses fibres peut provoquer des engourdissements et une perte de sensibilité protectrice. **La perte de la sensibilité protectrice indique la présence d'une polyneuropathie sensori-motrice distale et constitue un facteur de risque d'ulcération du pied diabétique.**

Les tests cliniques

Les tests cliniques suivants peuvent être utilisés pour évaluer la fonction des petites et grandes fibres et la sensation de protection :

1. Fonction des petites fibres : piquûre d'épingle et sensation de température
2. Fonction des grandes fibres : perception des vibrations, monofilament de 10 g et réflexes de la cheville
3. Sensation protectrice : monofilament de 10 g

Ces tests permettent non seulement de déceler la présence d'un dysfonctionnement, mais aussi de prédire le risque futur de complications.

L'examen neurologique effectué dans le cadre de l'examen du pied est conçu pour identifier une perte de la sensibilité protectrice plutôt qu'une neuropathie précoce. Le monofilament de 10 g est le test le plus utile pour prédire le risque d'ulcère et d'amputation. Idéalement, le test du monofilament de 10 g devrait être combiné avec au moins une autre évaluation (piquûre d'épingle, sensation de température ou de vibration à l'aide d'un diapason de 128 Hz, ou réflexes de cheville). L'absence de sensation au monofilament suggère une perte de la sensibilité protectrice, alors qu'au moins deux tests normaux (et aucun test anormal) l'exclut.

Les tests électrophysiologiques sont rarement nécessaires et le recours à un neurologue n'est recommandé que si les caractéristiques cliniques sont atypiques ou si le diagnostic n'est pas clair.

Autres causes de neuropathie

Chez tous les patients atteints de diabète et de NDP, il faut aussi envisager des étiologies de neuropathie autres que le diabète, y compris les toxiques (alcool), les médicaments neurotoxiques (chimiothérapie), les carences en vitamine B12, l'hypothyroïdie, les maladies rénales, les tumeurs malignes (myélome multiple, carcinome bronchogène), les infections (VIH), la neuropathie démyélinisante inflammatoire chronique, les neuropathies héréditaires et les vascularites.

Prise en charge des plaies du pied

Une plaie du pied est une complication potentiellement menaçante dont l'évolution peut être fulgurante. Elle nécessite une évaluation précoce et rigoureuse. Le traitement de première intention comporte la mise en décharge et des soins locaux et pansements adaptés au type de la plaie.

Il ne faut pas hésiter à adresser un patient à une équipe multidisciplinaire, car les plaies et ulcères du pied peuvent nécessiter les soins d'un podologue, d'un chirurgien orthopédique ou vasculaire ou d'un spécialiste de la réadaptation, expérimentés dans la prise en charge du pied diabétique.

L'approche multidisciplinaire est recommandée (grade C, ADA) pour les personnes souffrant d'un mal perforant et/ou étant à haut risque comme : les patients dialysés, avec pied de Charcot, avec antécédent d'ulcères antérieurs ou d'amputation, les patients tabagiques, avec déformations, artérite périphérique ou perte de la sensibilité protectrice. Ceux-ci doivent être référés à des spécialistes des soins des pieds pour des soins préventifs continus et une surveillance tout au long de la vie (grade B, ADA)



Le pied de Charcot

Une attention particulière et un examen approfondi devront être effectués lorsque les patients atteints d'une neuropathie présentent une inflammation aiguë ou subaiguë du pied ou de la cheville, une neuroarthropathie de Charcot devant être exclue.

Le diagnostic précoce de la neuroarthropathie est le meilleur moyen de prévenir ces malformations qui augmentent le risque d'ulcération et d'amputation.

Traitement des infections au niveau du pied

La plupart des infections du pied diabétique sont polymicrobiennes, avec des cocci gram-positifs aérobies. Les staphylocoques et les streptocoques sont les germes les plus courants.

Les plaies sans signe d'infection des tissus mous ou des os ne nécessitent pas d'antibiothérapie.

L'antibiothérapie empirique peut être étroitement ciblée sur les cocci gram positifs chez de nombreux patients atteints d'infections aiguës, mais les patients à risque d'infections chroniques, sévères ou pré-traitées ou d'infections à germes multi-résistants, nécessitent des antibiotiques à spectre plus large et devraient être dirigés vers des centres de soins spécialisés.

Orthèses, semelles, chaussures thérapeutiques et chirurgie orthopédique préventive

La prescription systématique de chaussures thérapeutiques n'est généralement pas recommandée.

Les recommandations générales sont: une chaussure suffisamment large au niveau des orteils (à bout carré ou rond), un maintien au niveau du cou de pied (p.ex. laçage réparti sur au moins trois paires d'œilletons), une languette rembourrée, des matériaux légers, souples et de qualité.

Les personnes atteintes de neuropathie ou présentant des signes de pression plantaire accrue (p. ex. érythème, chaleur ou callosités) doivent bénéficier d'orthèses et/ou semelles confectionnées sur mesure. Elles peuvent être chaussées adéquatement avec des chaussures de marche ou de sport qui amortissent les chocs et redistribuent la pression et qui aient suffisamment de place pour une semelle intérieure.

L'utilisation de chaussures thérapeutiques spécialisées est recommandées pour les patients diabétiques à haut risque, y compris ceux qui présentent une neuropathie grave, des déformations du pied ou des antécédents d'amputation. (grade B, ADA)

Les déformations osseuses (p. ex. orteils en marteau, têtes métatarsiennes proéminentes, y compris le pied de Charcot), qui ne peuvent être soulagées par des orthèses ou des chaussures thérapeutiques peuvent avoir besoin de chaussures moulées sur mesure ou être corrigées par la chirurgie orthopédique.

L'utilisation de chaussures thérapeutiques sur mesure réduit le risque de mal perforant plantaire chez les patients à haut risque.

Donner une éducation préventive générale sur les soins du pied à tous les patients atteints de diabète (grade C, ADA).

Tous les patients atteints de diabète et en particulier ceux qui présentent des affections du pied à haut risque (antécédents d'ulcère ou d'amputation, de déformation, de perte de sensibilité protectrice ou d'artérite périphérique) et leurs familles doivent recevoir une éducation générale sur les facteurs de risque et la prise en charge appropriée.



Les patients à risque devraient comprendre les implications de leur maladie, les soins appropriés du pied, y compris les soins des ongles et de la peau et l'importance de la surveillance quotidienne du pied.

Les patients présentant une perte de la sensibilité doivent être éduqués au dépistage précoce de problèmes des pieds (palpation ou inspection visuelle à l'aide d'un miroir incassable).

Le choix de chaussures appropriées et le port de chaussures à la maison devraient également être discutés.

Il faut s'assurer que les patients aient les capacités physiques de surveiller et soigner leurs pieds. Les patients ayant des troubles visuels, des contraintes physiques ou des problèmes cognitifs les empêchant d'évaluer l'état de leurs pieds et de prendre des mesures appropriées auront besoin d'autres personnes, comme les membres de la famille, pour les aider dans leurs soins.

3. L'évaluation vasculaire ou le dépistage de l'artériopathie des membres inférieurs

Elle se fait par l'interrogatoire et des tests cliniques simples. (grade C, ADA)

Il faut documenter les antécédents spécifiques :

- diminution de la vitesse de marche,
- fatigue des jambes,
- claudication

A l'examen clinique :

- Rechercher des pouls périphériques
- Analyser la température et la coloration cutanée

Une évaluation vasculaire plus poussée est recommandée pour :

- les patients âgés de 50 ans ou plus (grade C, ADA)
- les patients présentant des symptômes de claudication et/ou une diminution ou absence de pouls (grade B, ADA)

La mesure de l'index de pression systolique cheville/bras est un bon moyen de dépistage et est indiqué annuellement chez ces patients. L'écho-Doppler artériel des membres inférieurs permet une évaluation plus complète de l'atteinte artérielle. (grade E, ADA)