

Pied de Charcot bilatéral chez une jeune diabétique : une association rare

C. ABETTAN^a, C. CONDOMINES^a, P. LABAUGE^b, M. RIBOTTON^a, E. RENARD^a, A. WOJTUSCISZYN^a

^a Département d'Endocrinologie Diabète Nutrition, Hôpital Lapeyronie, Montpellier ; ^b Département de Neurologie, Hôpital Gui de Chauliac, Montpellier

Introduction :

- Le pied de Charcot est une atteinte de la structure osseuse du pied, entraînant des déformations irréversibles .
- C'est une complication rare des diabètes souvent anciens et multicompliqués (prévalence=0.08%-13%)(1).
- Sa physiopathologie reste mal comprise.

Cas clinique :

Nous rapportons le cas d'une jeune femme de 26 ans, diabétique de type 1 depuis l'âge de 16 ans. Le diabète a été déséquilibré de façon importante pendant plus de 8 ans (HbA1c > 11%). La patiente est hospitalisée dans le service pour une algie de la cheville et du mollet gauche dans un contexte de marche prolongée sans notion de traumatisme.

Cliniquement, le pied est chaud et œdématié avec une douleur d'horaire inflammatoire sans fièvre. Le bilan biologique retrouve un syndrome inflammatoire avec une CRP à 57 puis 167 mg/L, sans hyperleucocytose. Le bilan échographique permet d'éliminer une thrombose veineuse profonde et une arthrite septique. L'IRM du pied retrouve une fracture de l'os naviculaire gauche évoquant un pied de Charcot aigu. La cheville est immobilisée.

Trois mois plus tard la patiente se présente avec les mêmes symptômes au niveau du pied controlatéral, l'IRM du pied conclut à une fracture du calcaneus droit faisant le diagnostic de pied de Charcot aigu bilatéral.

Le bilan des complications chroniques réalisé au moment de la première hospitalisation retrouve une atteinte microangiopathique isolée, avec neuropathie sensitivomotrice et douloureuse, neuropathie végétative majeure (neuropathie autonome cardiaque sympathique et parasympathique, hypotension orthostatique sévère), gastroparésie, diarrhées chroniques, incontinences anale et urinaire. Une rétinopathie est apparue quelques mois plus tard sans néphropathie associée. Une maladie de Biermer, un VIH, une hépatite B et une syphilis ont été éliminés. Une amylose TTR et une fièvre méditerranéenne (gène FMF) ont été recherchées.

Complications microangiopathiques de la patiente

Neuropathie végétative sévère

Neuropathie autonome cardiaque
- sympathique
- parasympathique

Hypotension orthostatique

Incontinence urinaire

Gastroparésie

Incontinence anale

Diarrhées chroniques

Hypoglycémies non ressenties

Pied de Charcot bilatéral

Neuropathie périphérique
- sensitivo-motrice
- douloureuse

Rétinopathie diabétique
(apparue entre le 1^{er} et le 2nd pied de Charcot)

Discussion :

-Les cas de Pieds de Charcot bilatéraux ne sont pas fréquents, de 5.9-39.3% des cas selon les études (2), et les cas de Pied de Charcot bilatéraux simultanés sont estimés à seulement 0.7% (3)

- Le cas présenté ici reste exceptionnel de par la présence d'un pied de Charcot bilatéral simultané chez une patiente jeune dont le diabète n'évolue que depuis 10ans
-L'atteinte neurologique majeure est notable chez cette patiente. Une rétinopathie diabétique apparue secondairement au premier pied de Charcot est la seule anomalie microvasculaire associée.

-La déminéralisation diffuse des pieds et des chevilles pointe l'importance de l'atteinte autonome.

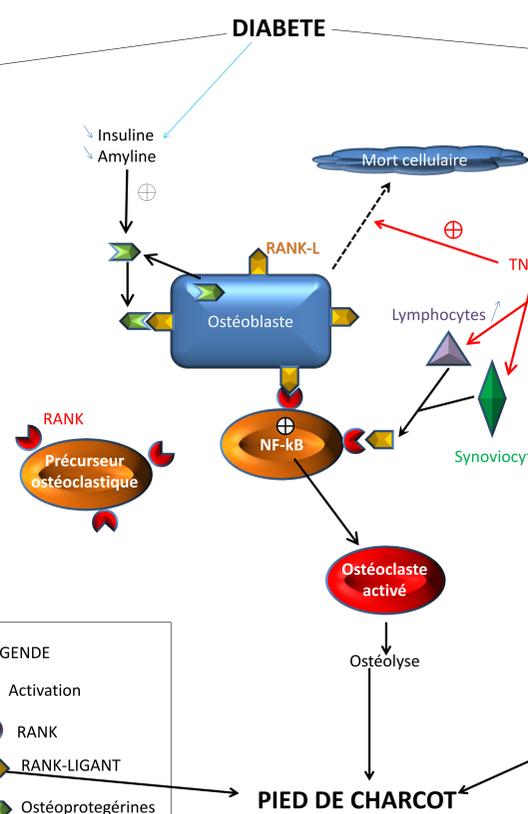
-Les conséquences sont catastrophiques chez cette jeune patiente jeune qui, depuis, a présenté de nombreuses récurrences, également favorisées par la mise au repos du pied controlatéral et la difficulté d'accepter le déplacement en fauteuil roulant.

HYPOTHESES PHYSIOPATHOLOGIQUES

THEORIE NEUROTRAUMATIQUE

Neuropathie sensitivo-motrice
Absence de douleurs
Modification des points d'appui
Déformation des pieds
Absence de décharge
Entretien de l'inflammation
Remaniements osseux

THEORIE UNIFICATRICE



THEORIE NEUROVASCULAIRE

Neuropathie autonome
Vasodilatation
Ouverture des shunt artério-veineux
Augmentation du flux sanguin
Hypoxie
Diminution des apports nutritifs
Déminéralisation osseuse
Fracture spontanée ou à un moindre traumatisme

Références :

- (1), (2) Frykberg, 2008 Clinics in Podiatric Medicine and Surgery
- (3) Larsen, Fabrin & Holstein, September 2001- Journal of Wound Care.