

Troubles de l'équilibre chez le diabétique : Prise en charge en milieu rééducatif à propos d'un cas.

S. Zahi*^a (Dr), L. Mahir^a (Dr), E. Tchonda^a (Dr), F. Lmidmani^a (Pr), A. El Fatimi^a (Pr)

^a service de médecine physique et réadaptation fonctionnelle, CHU IBN ROCHD, Casablanca, MAROC

Introduction :

Le diabète est une pathologie fréquente et grave par son retentissement au long court sur les principaux systèmes de notre organisme. Ainsi le diabétique accumule par les seules complications de la maladie les facteurs de risque d'instabilité et de chute.

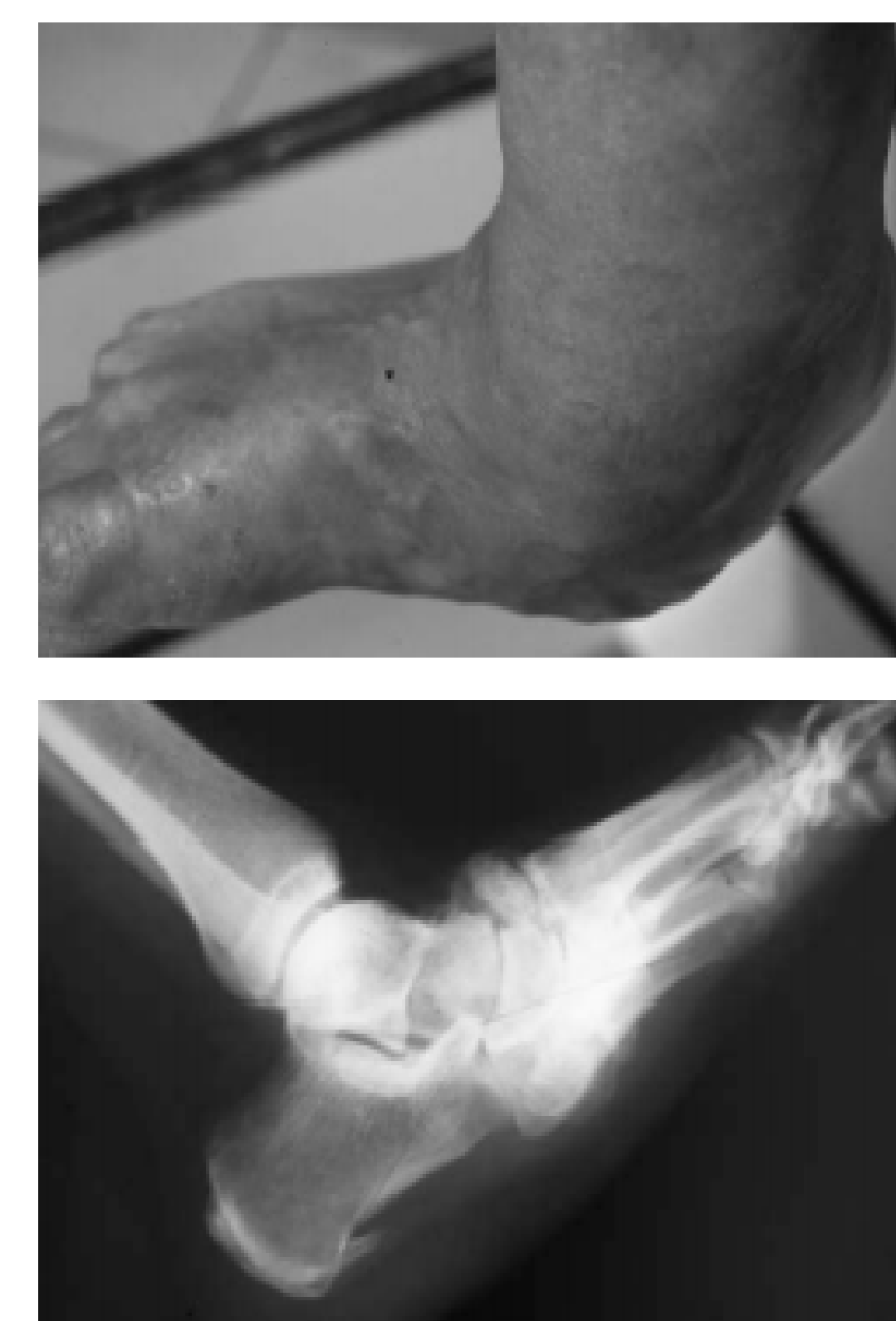
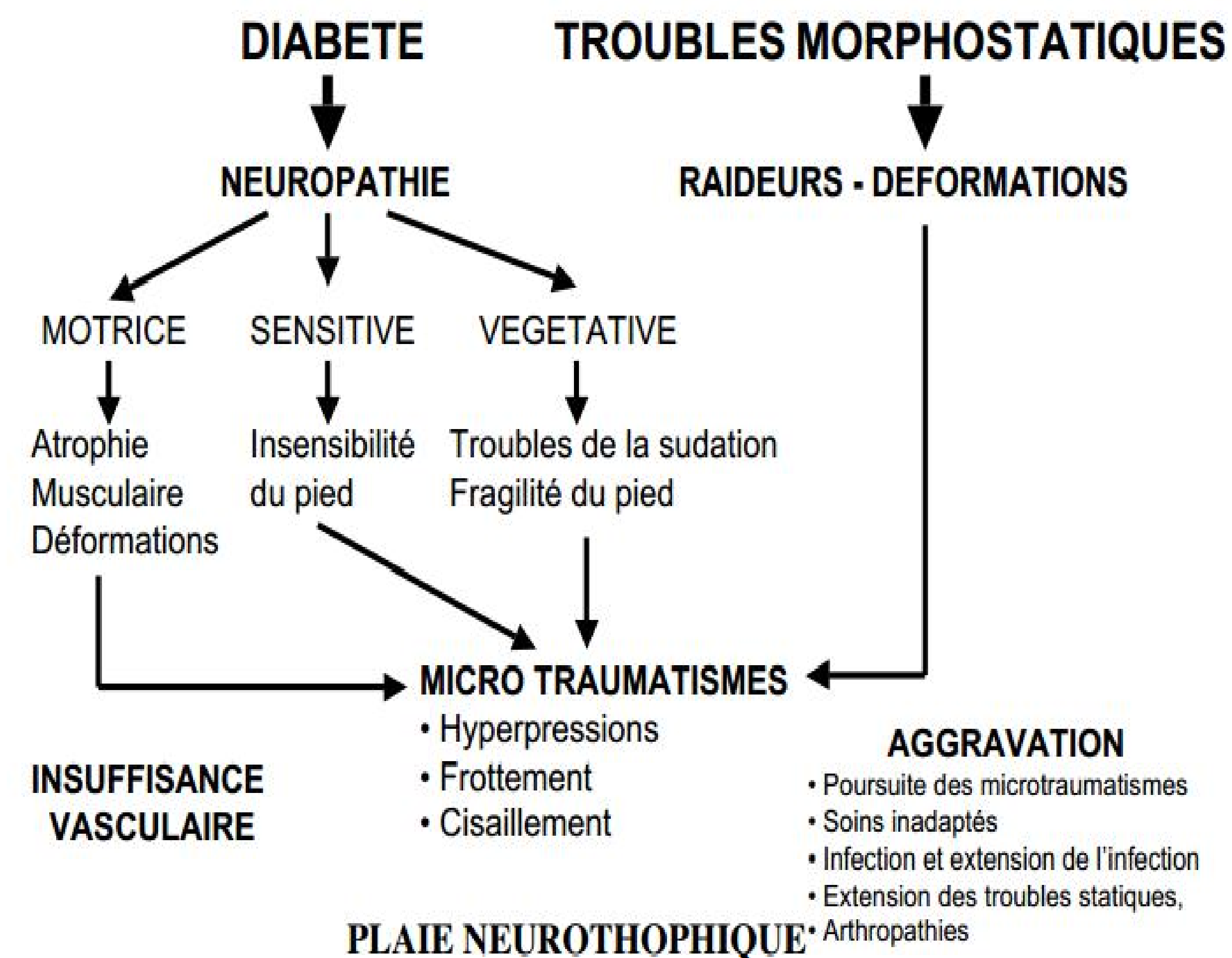
Observation :

M. K.Z., âgée de 39 ans diabétique type 1 depuis 28 ans et multi-complicé avec une cécité bilatérale, une néphropathie stade IV et une neuropathie diabétique.

L'examen clinique a retrouvé une hypoesthésie tactile et thermoalgique des deux membres inférieurs, un romberg + l'appui monopodal est impossible, on retrouve un supra-adductus des orteils, des pieds creux au podoscope, une sécheresse cutanée, des cicatrices d'ulcérations cutanées aux deux jambes.

Au niveau fonctionnel, l'équilibre postural assis est coté à 4 et celui debout coté à 2, un élargissement du polygone de sustentation, la marche nécessite l'aide d'une personne.

En effet, il existe un risque de chute important avec une perte d'autonomie intérieure et surtout extérieure. La patiente a bénéficié d'une rééducation de l'équilibre et l'appareillage par une canne tripode pour plus de sécurité à la marche, l'évolution a été marquée par la reprise de l'autonomie



Discussion :

La neuropathie diabétique fait le lit du pied neurogène : il faut la dépister précocement.

Elle est longtemps asymptomatique ou faiblement symptomatique : il faut savoir la chercher et écouter le patient. Elle débute dans la distalité la plus extrême : il faut donc la rechercher au niveau de l'halux.

Pour établir un pronostic il faut la quantifier : ici la neuroesthésiométrie (recommandée par la Haute autorité de santé [HAS] pour les centres dits « de référence ») prend toute sa place, car elle seule permet une quantification (le monofilament étant un outil binaire : oui – non).

L'examen écho-doppler artériel ne peut mettre que sur une fausse piste quand il est demandé devant une douleur des membres inférieurs dont on n'a pas fait une analyse sémiologique rigoureuse ; l'électromyogramme (EMG) « n'a pas lieu d'être » selon les recommandations de la HAS.

Les muscles peuvent s'affaiblir, et ainsi devenir douloureux, avec fonte (diminution) musculaire au niveau des cuisses (bien que cela puisse se résoudre avec le temps). Si les nerfs au niveau des muscles des pieds sont touchés et que la neuropathie a de plus diminué la sensibilité nerveuse, les muscles ne sont plus assez forts pour empêcher les os de se briser en cas d'effort. Les dommages causés peuvent ne pas être physiquement ressentis à cause de la perte de sensibilité nerveuse, et des déformations peuvent en résulter.

Conclusion:

Les auteurs mettent le point à travers cette observation et une revue de la littérature sur le retentissement du diabète sur l'équilibre, sur la fréquence des troubles s'y rapportant. Ils montrent l'intérêt de l'évaluation de l'équilibre chez le diabétique afin de proposer un protocole de rééducation adapté au déficit et à l'incapacité.