

Neuropathie diabétique: cause rare de steppage bilatéral 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 medecine physique et réadaptation fonctionnelle, CHU IBN ROCHD, Casablanca, MAROC

Introduction :

La neuropathie diabétique périphérique se définit par une atteinte des nerfs périphériques et/ou des nerfs du système nerveux autonome qui ne peut être expliquée que par la maladie diabétique. La plus fréquente des neuropathies est la polyneuropathie périphérique sensitive ou sensitivomotrice. En dehors de ces formes typiques, il existe d'autres expressions atypiques plus rares. C'est le cas des neuropathies symétriques à prédominance motrices.

Observation :

Nous rapportons le cas d'une patiente âgée de 30 ans, diabétique type 1 depuis l'âge de 5 ans sous insuline mal suivie en déséquilibre glycémique permanent, hospitalisée à plusieurs reprises pour coma acido-cétosique. L'examen avait trouvé une impotence fonctionnelle avec marche en steppage, le testing des releveurs des 2 pieds était cotés à 1, abolition des ROT sans troubles de la sensibilité, l'EMG a objectivé une atteinte neurogène périphérique avec altération des vitesses de conduction motrices et sensitives. Le traitement a consisté sur la rééducation avec électrostimulation du nerf sciatique poplitée externe sans résultat, un appareillage par des orthèses des releveurs a été prescrit avec déambulateur vu que la patiente habite un terrain accidenté majorant le risque de chute. L'évolution a été marquée par la reprise de l'autonomie intérieure et extérieure.

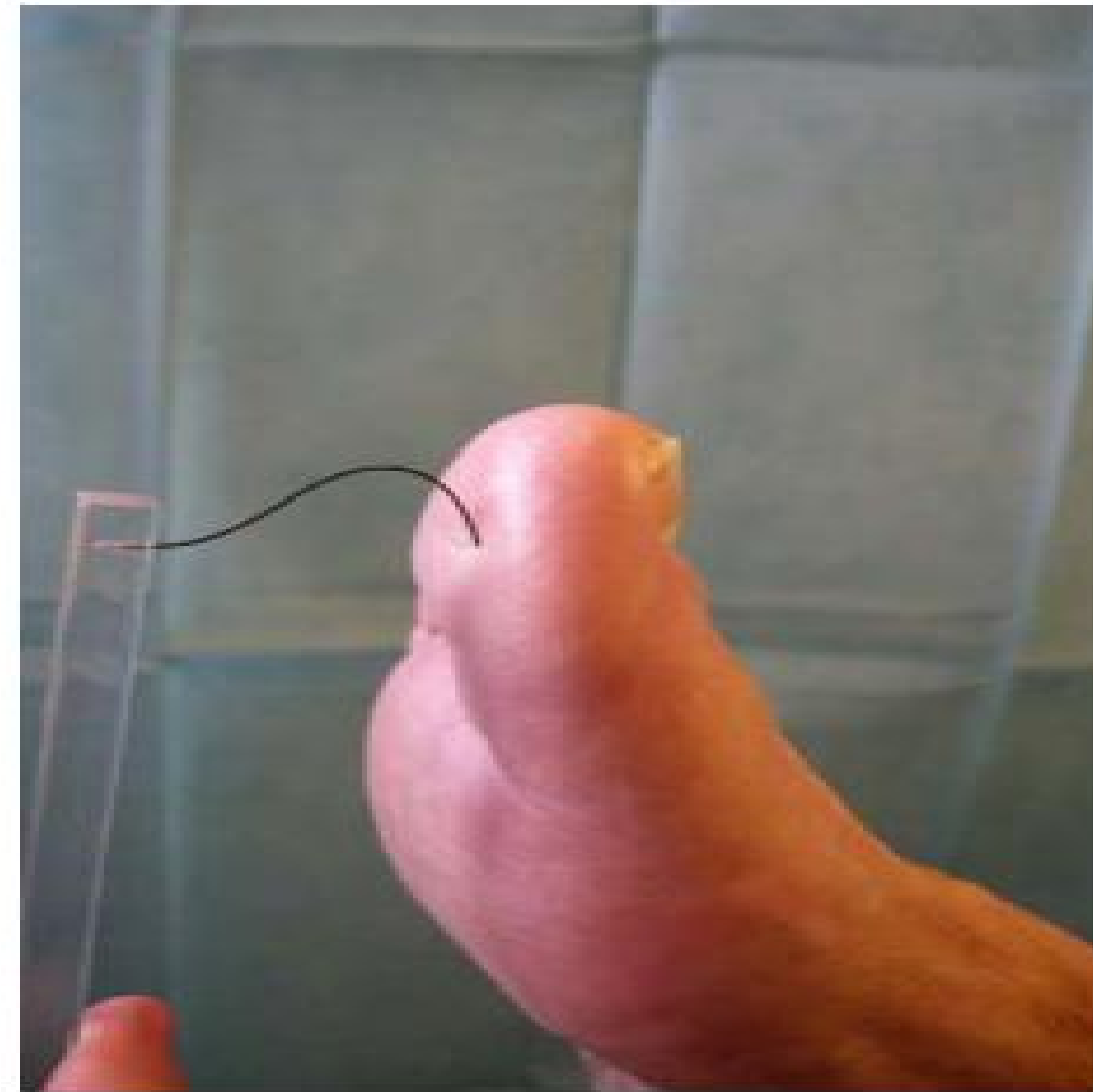


Figure 1. Test au monofilament de 10 g.



Tableau I
Identification des pieds diabétiques à risques.

Grade de risque	Complications	Fréquence surveillance
0	Pas de neuropathie	1 fois/an
1	Neuropathie sensitive	1 fois/6 mois
2	Neuropathie, artériopathie et/ou déformation des pieds	1 fois/3 mois
3	Antécédent de plaie chronique > 1 mois	1 fois/mois



Figure 2. Recherche de contact osseux.

Discussion :

La neuropathie diabétique est la forme de neuropathie la plus fréquente des pays occidentaux. Cependant il existe de nombreuses autres causes de neuropathies périphériques, ce qui nécessite un diagnostic différentiel avec les autres formes de neuropathies bilatérales, symétriques et distales. Elle est longtemps silencieuse et donc méconnue. Elle fait pourtant le lit du pied neurogène; la reconnaître tôt est le seul moyen d'assurer la prévention du « pied diabétique ». Elle débute toujours dans la distalité la plus extrême : c'est là qu'il faut la rechercher par une écoute attentive du patient et par l'examen clinique ; les plaintes sont modérées dans la mesure où les symptômes s'installent progressivement. Ils sont initialement négligés et se caractérisent par des paresthésies et des dysesthésies, parfois des douleurs à type de brûlure, de froid douloureux, de sensations d'étau, d'épingle ou de piqûre. Ils peuvent être déclenchés par le contact des draps ou des vêtements. La recherche de troubles sensitifs est l'élément le plus important (dans la distalité : au niveau de l'halux). Le monofilament et le neuroesthésiomètre sont les outils majeurs du diagnostic, en soulignant la grande supériorité du neuroesthésiomètre qui donne une réponse quantifiée et non pas binaire comme le monofilament. La quantification est le seul moyen d'accéder au pronostic. Une analyse sémiologique insuffisante et trop rapide ne doit pas conduire à la demande d'un écho-doppler artériel qui risquera de mettre le médecin sur une fausse piste. De plus, en accord avec les recommandations de la Haute autorité de santé (HAS), l'électromyogramme « n'a pas lieu d'être ».

Conclusion:

les auteurs mettent le point à travers cette observation et une revue de la littérature sur les neuropathies diabétiques à prédominance motrice qui engagent le pronostic fonctionnel et nécessitent une prise en charge multidisciplinaire dont la rééducation et l'appareillage.