

Neuropathie diabétique

Personnes à qui s'appliquent les recommandations : adultes ayant un diabète de tout type (femmes enceintes exclues)

Personnes à qui sont destinées les recommandations : professionnels de la santé concernés par les soins aux personnes diabétiques

Introduction, justificatifs

La neuropathie diabétique est une complication grave, qui peut être prévenue, retardée et traitée symptomatiquement. Elle est associée à une surmortalité des personnes diabétiques. La recherche d'autres causes de neuropathie chez les diabétiques est également importante pour traiter les autres étiologies.

L'essentiel

Dépistage la neuropathie diabétique, neuropathie périphérique et autonome (anamnèse, clinique) : premier dépistage dès que le diagnostic de diabète de type 2 est posé, et 5 ans après le diagnostic d'un diabète de type 1, puis au moins un examen annuel.

Mesures générales : la seule stratégie prouvée pour prévenir l'apparition et réduire la progression de la neuropathie est l'obtention d'un contrôle glycémique optimal.

Douleurs neuropathiques : peuvent avoir un profond impact négatif sur la qualité de vie, le sommeil et l'humeur. Prendre en charge les douleurs, et les troubles psychologiques qu'elles induisent, avec traitement d'épreuve symptomatique.

Dysautonomie cardiovasculaire : dépister en recherchant un orthostatisme, une tachycardie au repos, une intolérance à l'effort.

Dysautonomie entérique : en cas de gastroparésie, proposer des adaptations diététiques et pharmacologiques

Dysfonction érectile : dépistage 1x/an. Évaluer les autres facteurs contributifs. Un inhibiteur de la PDE-5 peut être proposé, en l'absence de contre-indications (notamment cardiopathie).

Neuropathie vésicale / urinaire : dépister une incontinence 1x/an, et rechercher un trouble de la vidange vésicale en cas d'infections urinaires récidivantes, pyélonéphrite, incontinence, ou vessie palpable.

Délégation à un-e neurologue : si doute diagnostique ou présence d'une neuropathie inhabituelle (une atteinte motrice, une forme asymétrique ou une présentation aiguë).

Dépistage de la neuropathie diabétique

Recherche au moins annuelle de neuropathie périphérique et de dysautonomie chez les personnes diabétiques (dans le type 2, dès que le diagnostic a été posé ; dans le type 1, cinq ans suivant le diagnostic).

Le **dépistage** de la neuropathie diabétique comprend au minimum :

- Recherche d'une neuropathie périphérique : grâce au monofilament de 10 gr (troubles de la sensibilité superficielle tactile) et/ou diapason gradué (diminution de la sensibilité vibratoire) ; examen du réflexe achilléen (abolition des réflexes).
- Dépistage de la neuropathie végétative : anamnèse, examen des troubles trophiques (atteinte sudorale, sécheresse cutanée, peau atrophique, perte de pilosité), variation de la fréquence cardiaque lors de la respiration profonde, test de Schellong (basé sur la recherche d'une chute de plus de 20 mmHg de la PA systolique ou de plus de 10 mmHg de la PA diastolique après 3 min d'orthostatisme).

Des examens neurologiques plus poussés ne sont indiqués qu'en présence d'une neuropathie inhabituelle, comme une forme asymétrique ou de présentation aiguë.

Mesures générales pour la neuropathie diabétique

Un contrôle glycémique rigoureux peut prévenir l'apparition de neuropathie (diabète de type 1) et diminuer la rapidité de progression de la neuropathie (diabète de type 1 et 2). Des mesures symptomatiques spécifiques ont pour but d'améliorer la qualité de vie. Faire le diagnostic différentiel des polyneuropathies (notamment hypovitaminose B12).

Douleurs neuropathiques

Offrir une prise en charge adéquate des troubles psychologiques découlant des douleurs chroniques. Traitement symptomatique graduel avec passage à la ligne de traitement suivante en cas d'échec (durée du traitement : 6-8 semaines pour les antidépresseurs tricycliques, 4 semaines pour les autres lignes). Prévenir le patient qu'il s'agit de traitements d'épreuve :

- 1ère ligne : antidépresseurs tricycliques (duloxétine, amitriptyline) et inhibiteur sélectif de la recapture de la sérotonine et de la noradrénaline (venlafaxine) (augmentation progressive de la dose quotidienne ; prise avant l'horaire où les symptômes sont d'intensité maximale; effet maximal thérapeutique attendu à 6-8 semaines).
- 2ème ligne : prégabaline (dose maximale tolérée ou jusqu'à 600 mg/jour avant de déclarer inefficace, attention si insuffisance rénale).
- 3ème ligne : gabapentine (dose maximale tolérée ou jusqu'à 1800-3600 mg/jour avant de déclarer inefficace).
- 4ème ligne : opiacés locaux tels la capsaïcine (recrudescence initiale de la douleur), lidocaïne patchou opiacés oraux (tramadol).

Selon l'évolution, prendre contact avec la consultation spécialisée de référence.

Il n'est pas utile d'effectuer une fenêtre de traitement entre deux lignes.

Aucune interaction n'est décrite entre ces lignes de traitement successives et les antidiabétiques oraux / l'insuline. En cas de succès du traitement, discuter diminution progressive sur 6 mois.

Dysautonomie cardiovasculaire

C'est un facteur de risque de mortalité indépendant des autres risques cardiovasculaires.

Rechercher les manifestations cardiovasculaires autonomes (tachycardie de repos, intolérance à l'effort, hypotension orthostatique/tachycardie posturale, dysfonction systolique et/ou diastolique). Être vigilant si une anesthésie générale est prévue en présence de symptômes de neuropathie diabétique (cardioneuropathie autonome).

Dysautonomie entérique

- Evoquer gastroparésie si : contrôle erratique de la glycémie ou symptômes gastro-intestinaux inexplicables (nausées/vomissements, sensation de réplétion gastrique, ballonnements, diarrhées/constipation, perte de poids).
- En cas de gastroparésie : essayer des mesures diététiques (réduction du volume et fractionnement des repas), arrêter les traitements ralentissant la vidange gastrique (p. ex. : anticholinestérasiques, morphiniques, etc.), et traiter par prokinétiques dompéridone ou érythromycine).
- Envisager de référer le patient : pour exclure une autre cause, si vomissements persistants ou importants.

Dysfonction érectile

Anamnèse 1 x/an de la dysfonction érectile chez l'homme.

- En cas de dysfonction érectile : évaluer et discuter avec le patient les facteurs contributifs (p. ex. : psychologiques, hormonaux, médicamenteux, athérosclérose, etc.) et les options de prise en charge.
- Proposer un inhibiteur de la PDE-5 en l'absence de contre-indication (affection cardiovasculaire grave telle qu'angor instable ou insuffisance cardiaque sévère ; prise de dérivés nitrés).
- Référer à une consultation spécialisée : si les inhibiteurs de la PDE-5 sont inefficaces ou contre-indiqués.

Neuropathie vésicale / urinaire

Anamnèse de l'incontinence 1x/an. Investiguer les troubles de la vidange vésicale (dysurie, urgence mictionnelle), en cas d'infections urinaires récidivantes ou pyélonéphrite ou incontinence ou vessie palpable.

Délégation à un-e neurologue

En cas de doute diagnostique, et en particulier si :

- Atteinte isolée des paires crâniennes.
- Atteinte débutant/prédominant aux membres supérieurs.
- Neuropathie sévère d'apparition aiguë (surtout si diabète récent et/ou bien équilibré) ou forme d'évolution inhabituellement rapide.
- Amyotrophie ou troubles moteurs prédominants.
- Asymétrie de l'atteinte neurologique.
- Echec du traitement des douleurs neuropathiques.

Autres manifestations de la neuropathie

En cas de traitement anti-hypertensif attention aux complications, tel l'hypotension orthostatique si neuropathie concomitante, surtout si co-traitement par antidépresseurs tricycliques.

Méthode

Ces recommandations pour la pratique clinique (RPC) ont été adaptées à partir de RPC jugées de bonne qualité méthodologique et fondées sur les meilleures preuves actuellement disponibles. Une sélection a été effectuée à partir de nombreuses RPC issues de différentes bases de données (National Guidelines Clearing house (AHRQ), Guidelines International Network, sites de différentes agences de RPC, de sociétés ou associations, Medline). La grille d'évaluation AGREE a été utilisée pour évaluer la qualité méthodologique des recommandations sources. Nous avons utilisé le processus d'adaptation ADAPTE pour ces RPC. Les recommandations adaptées au contexte du Programme cantonal Diabète ont été élaborées par un groupe restreint, puis évaluées et finalisées par un groupe de travail multidisciplinaire. Les éléments détaillés de la méthode sont disponibles sur demande.

Niveau de preuve et force des recommandations

Les recommandations sur le diagnostic précoce de la neuropathie périphérique sont basées sur des études de cohortes et des études d'évaluation d'un test diagnostique. La prévention de la neuropathie par le contrôle glycémique rigoureux, les traitements médicamenteux des douleurs neuropathiques et de la dysfonction érectile ont démontrés leur efficacité lors d'essais randomisés comparatifs. Toutes les autres recommandations se fondent sur des consensus d'experts.

Recommandations sources

American Association of Neuromuscular and Electrodiagnostic Medicine, American Academy of Neurology, American Academy of Physical Medicine & Rehabilitation – USA

- Bril V et al. Evidence-Based Guideline: Treatment of painful diabetic neuropathy — Report of the American Association of Neuromuscular and Electrodiagnostic Medicine, The American Academy of Neurology, and the American Academy of Physical Medicine & Rehabilitation. *Neurology*. 2011; 76(20):1758-65. [Lien](#)

American Diabetes Association (ADA) – USA

- ADA. Microvascular complications and foot care. Section 10. In Standards of Medical Care in Diabetes 2017. *Diabetes Care* 2017; 40 (Suppl.1): S88-S98. [Lien](#)
- ADA. Standards of medical care in diabetes 2017. *Diabetes Care* 2017; 40 (Suppl. 1). [Lien](#)

Association canadienne du diabète – Canada

- Comité d'experts des Lignes directrices de pratique clinique de l'Association canadienne du diabète. Lignes directrices de pratique clinique 2013 de l'Association canadienne du diabète pour la prévention et le traitement du diabète au Canada. *Can J Diabetes*. 2013; 37 (suppl 5): S361-S598. [Lien](#)

European Federation of Neurological Societies (EFNS) – Europe

- Attal N et al. EFNS guidelines on the pharmacological treatment of neuropathic pain: 2010 revision. *European Journal of Neurology*. 2010; 17:1113-1123. [Lien](#)

Haute Autorité de Santé (HAS) – France

- HAS. Guide parcours de soins - Diabète de type 2 de l'adulte. 2014. [Lien](#)
- HAS. Guide – Affections de Longues Durées: Prise en charge diagnostique des neuropathies périphériques. 2007. [Lien](#)

Institute for Clinical Systems Improvement (ICSI) – USA

- ICSI. Health care guideline: Diagnosis and management of type 2 diabetes mellitus in adults. Sixteenth edition, 2014. [Lien](#)

National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) – UK

- Clinical guideline CG173. Neuropathic pain in adults: pharmacological management in non-specialist settings. 2013 (Last updated: February 2017). [Lien](#)
- NICE guideline NG17. Type 1 diabetes in adults: diagnosis and management. 2015 (Last updated: July 2016). [Lien](#)
- NICE guideline NG28. Type 2 diabetes in adults: management. 2015 (Last updated: April 2017). [Lien](#)

Groupe ayant mis à jour la RPC : Bernard Burnand, Jean-Yves Camain, Aline Chappuis, Fabrizio Cominetti, Lilli Herzig, Heike Labud, Isabelle Peytremann-Bridevaux, Juan Ruiz, Erik Von Elm, Ida Welle.

Expert neurologue : Thierry Kuntzer.

Groupe de validation : Angela Cottier, Frédéric Emery, Rafi Hadid, Isabelle Hagon Traub, Sébastien Jotterand, Cristina Henry, Anne Zanchi.

Date de la recommandation : février 2015 / mise à jour des références en novembre 2017

Date de la prochaine révision : juin 2018

Toutes les recommandations de pratique clinique du Programme cantonal Diabète sont disponibles sur le site

<http://www.recodiab.ch>

Merci de n'utiliser que le site susmentionné comme la seule source fiable et à jour des recommandations.