

## 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** : professionnel-le-s de la santé concerné-e-s 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 et à un risque élevé de complications podologiques potentiellement sévères (amputation) mais évitables. La recherche d'autres causes de neuropathie chez les personnes diabétiques est également importante pour traiter les autres étiologies.

Les approches diagnostiques et thérapeutiques décrites ci-dessous obtiendront d'autant plus l'adhésion de la personne âgée diabétique qu'elle sera associée à la décision. Ses proches peuvent également être d'important soutien au processus de soins. Privilégier le dialogue est donc essentiel.

### L'essentiel

**Prévention primaire et secondaire** : la seule stratégie prouvée pour prévenir l'apparition et réduire la progression de la neuropathie est l'obtention d'un équilibre glycémique optimal et des adaptations du mode de vie (voir [RPC antidiabétique](#)).

**Dépistage de la neuropathie diabétique** : polyneuropathie (PNP) et dysautonomie (anamnèse, clinique)

- Au moment du diagnostic chez les personnes diabétiques de type 2
- 5 ans après le diagnostic chez les personnes diabétiques de type 1
- Puis au moins un examen annuel.

**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 une hypotension orthostatique, une tachycardie au repos, une intolérance à l'effort.

**Dysautonomie entérique** : en cas de signes 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).

**Dysautonomies urogénitale et vésicale** : 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** : en cas de doute diagnostique ou présence d'une neuropathie inhabituelle (une atteinte motrice, une forme asymétrique ou une présentation aiguë) ou neuropathie sévère nécessitant une prise en charge multidisciplinaire.

### Prévention primaire et secondaire de la neuropathie diabétique

Un équilibre glycémique optimal 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. Éliminer une hypovitaminose B12) liée par exemple à la Metformin.

### Dépistage de la neuropathie diabétique

- Au moment du diagnostic pour les personnes diabétiques de type 2
- 5 ans après le diagnostic pour les personnes diabétiques de type 1
- Puis, au minimum une fois par année.

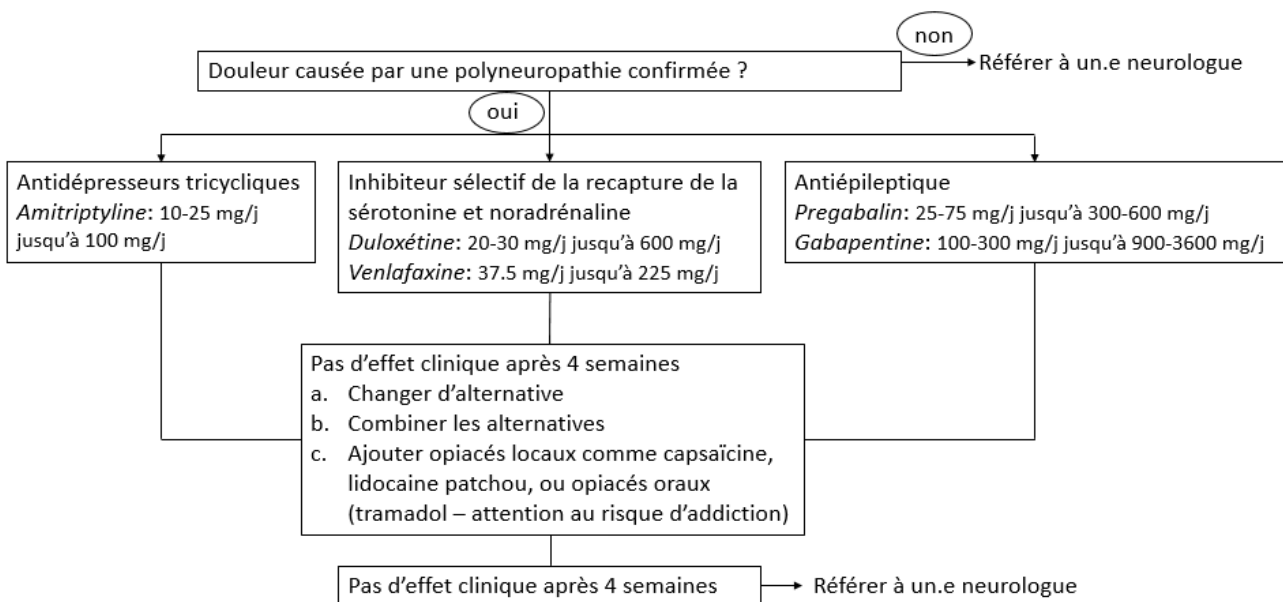
Le **dépistage** de la neuropathie diabétique comprend au minimum :

- Recherche d'une polyneuropathie (PNP) : 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). Voir la RPC sur le pied diabétique pour plus de détails.
- Dépistage de la dysautonomie : anamnèse, examen des troubles trophiques (atteinte sudorale, sécheresse cutanée, peau atrophique, perte de pilosité), absence de 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), profils glycémiques évocateurs (variabilité glycémique, hypoglycémies subites et profondes, profil post prandial évocateur de gastroparésie...).

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

**Douleurs neuropathiques**

Offrir une prise en charge adéquate des troubles psychologiques découlant des douleurs chroniques. Traitement symptomatique graduel avec passage à une autre alternative en cas d'échec (durée du traitement : 4 semaines). Prévenir la ou le patient qu'il s'agit de traitements d'épreuve.



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

Aucune interaction n'est décrite entre ces lignes de traitement successives et les antidiabétiques oraux / l'insuline. En cas de succès du traitement, discuter d'une 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, hypoglycémies post prandiales précoces et hyperglycémies post prandiales tardives).
- 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 la ou le patient : pour exclure une autre cause, si vomissements persistants ou importants, diarrhées importantes.

<p><b>Dysfonction érectile</b></p> <p>Anamnèse 1 x/an de la dysfonction érectile chez l'homme.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• En cas de dysfonction érectile : évaluer et discuter avec le patient les facteurs contributifs (par ex. : tabagisme, facteurs psychologiques, hypogonadisme, médicaments, athérosclérose, etc.) et les options de prise en charge.</li> <li>• Proposer un inhibiteur de la PDE-5 en l'absence de contre-indication (affection cardiovasculaire grave telle qu'angor instable ou insuffisance cardiaque sévère ; infarctus &lt;6 mois ; prise de dérivés nitrés).</li> <li>• Référer à une consultation spécialisée : si les inhibiteurs de la PDE-5 sont inefficaces ou contre-indiqués.</li> </ul>
<p><b>Dysautonomies urogénitale et vésicale</b></p> <p>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. Des troubles sexuels causés par la dysautonomie peuvent aussi survenir chez la femme.</p>
<p><b>Délégation à un·e neurologue</b></p> <p>En cas de doute diagnostique, et en particulier si :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Atteinte isolée des paires crâniennes.</li> <li>• Atteinte débutant/prédominant aux membres supérieurs.</li> <li>• Neuropathie d'apparition aiguë (surtout si diabète récent et/ou bien équilibré) ou forme d'évolution inhabituellement rapide.</li> <li>• Amyotrophie ou troubles moteurs prédominants.</li> <li>• Asymétrie de l'atteinte neurologique.</li> <li>• Echec du traitement des douleurs neuropathiques.</li> </ul>
<p><b>Autres manifestations de la neuropathie</b></p> <p>En cas de traitement anti-hypertensif attention aux complications, telle l'hypotension orthostatique si neuropathie concomitante, surtout si co-traitement par antidépresseurs tricycliques.</p>
<p><b>Méthode</b></p> <p>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 canton de Vaud 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.</p>
<p><b>Niveau de preuve et force des recommandations</b></p> <p>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 diagnostic. 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.</p>
<p><b>Recommandations sources</b></p> <p>American Association of Neuromuscular and Electrodiagnostic Medicine, American Academy of Neurology, American Academy of Physical Medicine &amp; Rehabilitation – USA</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Brill 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 &amp; Rehabilitation. <i>Neurology</i>. 2011; 76(20):1758-65. <a href="#">Lien</a></li> </ul> <p>American Diabetes Association (ADA) – USA</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ADA. Microvascular complications and foot care. Section 11. In Standards of Medical Care in Diabetes 2019. <i>Diabetes Care</i> 2019; 42 (Suppl.1): S124-S138. <a href="#">Lien</a></li> </ul>

- ADA. Diabetic neuropathy: a position statement by the American Diabetes Association. Diabetes Care 2017; 40:136-154. [Lien](#)

### Diabète Canada – Canada

- Comité d'experts des Lignes directrices de pratique clinique de Diabète Canada. Lignes directrices de pratique clinique 2018 : neuropathie. Can J Diabetes. 2018; 42 (suppl 1): S217-S221. [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: July 2019). [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: August 2019). [Lien](#)

**Groupe ayant mis à jour la RPC :** Chantal Ardit, Marc Egli, Isabelle Peytremann Bridevaux.

**Expert neurologue :** Thierry Kuntzer.

**Groupe de validation :** Chantal Ardit, Stéphane Coendoz, Jacqueline Collet, Angela Cottier, Frédéric Emery, Rafi Hadid, Patricia Halfon, Cristina Henry, Sébastien Jotterand, Isabelle Peytremann Bridevaux, Anne Wojtusciszyn, Anne Zanchi.

**Date de la recommandation :** janvier 2020

**Date de la prochaine révision :** janvier 2023

Toutes les recommandations de pratique clinique pour le 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.