

SDRC



GUIDE DE SURVIE:
COMPRENDRE,
ÉVALUER ET TRAITER !!!

Isabelle Quintal, erg., RSDC.
Centre Professionnel d'Ergothérapie
iquintal.erg@hotmail.ca

PLAN



- Introduction (synonymes);
- Définition;
- Diagnostic;
- Incidence & Pathophysiologie;
- Évaluation;
- Réadaptation;
- Traitements pharmacologiques;
- Interventions invasives;
- Pronostics;
- Retour au travail;

SYNONYMES



SDRC = Syndrome douloureux régional complexe

- Complex Regional Pain Syndrome (CRPS);
- Algodystrophie (“algo”);
 - ✦ Algodystrophie réflexe;
- Dystrophie réflexe sympathique;
- Causalgie;
- Syndrome épaule-main;
- Atrophie de Sudeck.

DÉFINITION



Selon IASP:

- **douleur régionale** continue (spontanée et/ou évoquée) qui semble **disproportionnée**;
- suivant un trauma ou toute autre lésion;
- **anomalies sensibles, motrices, vasomotrices** (oedème) **et/ou trophiques**;
- **progression variable** dans le temps.

DIAGNOSTIC (clinique)

Critères de Budapest

1. Douleur continue disproportionnée à l'événement initial;
2. ≥ 1 symptôme dans ≥ 3 des 4 catégories

Sensoriel	Vasomoteur	Sudomoteur (oedème)	Moteur/trophique
<input type="checkbox"/> Hyperalgésie; <input type="checkbox"/> Allodynie	<input type="checkbox"/> Température asymétrique <input type="checkbox"/> Changement de couleur (peau) <input type="checkbox"/> Dyscoloration asymétrique	<input type="checkbox"/> Oedème <input type="checkbox"/> Changements de sudation <input type="checkbox"/> Sudation asymétrique	<input type="checkbox"/> Hypomobilité <input type="checkbox"/> Dysfonction motrice: faiblesse, tremblements, dystonie. <input type="checkbox"/> Changements trophiques: poils, ongles, peau.

DIAGNOSTIC (clinique)

3. ≥ 1 signe dans ≥ 2 des 4 catégories

Sensoriel	Vasomoteur	Sudomoteur (oedème)	Moteur/ trophique
<ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Hyperalgésie;<input type="checkbox"/> Allodynie	<ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Température asymétrique<input type="checkbox"/> Changement de couleur (peau)<input type="checkbox"/> Dyscoloration asymétrique	<ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Oedème<input type="checkbox"/> Changements de sudation<input type="checkbox"/> Sudation asymétrique	<ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Hypomobilité<input type="checkbox"/> Dysfonction motrice: faiblesse, tremblements, dystonie.<input type="checkbox"/> Changements trophiques: poils, ongles, peau.

4. Aucun autre diagnostic n'explique mieux les signes et symptômes.



- Couleur peau
- Peau sèche
- Ongles plus durs

+ pied froid
+ hypomobilité
+ allodynie

DIAGNOSTIC



- Recherche de déminéralisation osseuse:
 - IRM;
 - Radiographies;
 - **Scintigraphie osseuse.**

Ne pas faire avant 3 mois

Test + = aide à diagnostiquer SDRC

Test négatif = n'élimine pas SDRC

3 types de SDRC



- Type I: sans lésion nerveuse périphérique **majeure**;
- Type II: avec lésion nerveuse périphérique **majeure**;
 - Selon examens médicaux: évidence physique de lésion ou électrodiagnostic (EMG et vitesses de conduction sensibles).
- CRPS-NOS: NOS = not otherwise specified
 - Rencontre partiellement les critères de SDRC, n'est pas mieux expliqué par toute autre condition.

PERCEPTIONS & PENSÉES (patient)



- “ça bouille”, “ça brûle”, ...
- Peur de bouger (kinésiophobie);
- Pensées catastrophiques;
- Tendance à percevoir le membre affecté plus gros qu’il l’est en réalité (Moseley, G.L., 2005);
- Trouve le membre “laid”;
- Impression que le membre ne lui appartient pas, qu’il est éloigné;
- A l’impression que tout le monde remarque le membre;
- Désir de se débarrasser du membre atteint, de se faire amputer;
- ...

INCIDENCE



- 5,46 à 26,2 / 100 000;
- MS > MI;
 - Certaines études MI > MS.
- F > H;
- En majorité 25-55 ans
 - Âge moyen: 47 à 52 ans
 - Mais, peut survenir à tout âge.
- Traumatisme précurseur:
 - Chirurgie > fracture > entorse > écrasement > contusion > ... (Sharma et al., 2009);
 - Fracture > entorse > ... (Sandroni et al., 2003).
 - Immobilisation ???

PATHOPHYSIOLOGIE



- Hypothèses:
 - Processus inflammatoire post-traumatique exagérée?
 - Désorganisation du SNP?
 - Désorganisation du SNC?
 - Système nerveux sympathique?
 - Dysfonction des voies motrices?
 - Etc.

OU toutes ces réponses ???

INCIDENCE



- ϕ facteurs psychologiques (Beerthuizen et al., 2011):
 - ✦ ϕ agoraphobie;
 - ✦ ϕ dépression;
 - ✦ ϕ somatisation;
 - ✦ ...
- Mais...
 - les facteurs psychologiques peuvent prolonger la durée du SDRC;
 - les dlrs 24/24 peuvent conduire à : isolement, dépression, insomnie, idées suicidaires, ...
 - Selon l'événement initial, il peut y avoir une comorbidité de syndrome de stress post-traumatique.

ÉVALUATION



- GÉNÉRALITÉS:

- DOULEUR:

- ✦ Échelle numérique (/10);
- ✦ Échelle visuelle analogue;
- ✦ McGill Pain Questionnaire ou Questionnaire de la douleur Saint-Antoine;

- OEDÈME

- ✦ Volumétrie;
- ✦ Circonférence;
- ✦ ...

ÉVALUATION



- PLUS SPÉCIFIQUEMENT:
 - **Physiothérapie / ergothérapie:**
 - ✦ Bilans musculaires;
 - ✦ Bilans articulaires;
 - ✦ Bilan sensitif;
 - ✦ Proprioception (tests équilibre, ...)
 - ✦ ...
 - **Psychologie**
 - ✦ Beck depression inventory;
 - ✦ Kinésiophobie;
 - ✦ Catastrophisme;
 - ✦ ...

With pain, no gain!
Lentement, mais sûrement!



RÉADAPTATION

PRINCIPES DE BASE



- Prise en charge rapide;
- Prise en charge multidisciplinaire/interdisciplinaire;
- D'abord, tenter les interventions non-invasives, puis s'il y a échec, tenter les interventions invasives;
- Respecter les limites (dlr) du patient:
 - Les txs doivent être **tolérables**;
 - Des txs inappropriés = exacerbation du SDRC.
- Éducation thérapeutique au patient:
 - Vulgarisation du SDRC;
 - Gestion de l'effort et de la douleur.
 - ✦ Le juste milieu!
- Le choix des modalités repose sur:
 - Symptômes;
 - Pathophysiologie suspectée.

OBJECTIFS



- Succès en douleur chronique = 50% moins de dlr;
- Objectif principal: optimiser la fonction;
 - Objectiver et traiter la douleur;
 - ✦ Désensibiliser;
 - Gérer l'oedème;
 - Progression constante: modalités douces, non-invasives, etc.
- Identifier les facteurs psychologiques et les comorbidités.

RÉADAPTATION (physio/ergo)



Physio/ergo: traitements de 1^{re} ligne

- Gestion de l'oedème:
 - Bains contrastes;
 - Drainage lymphatique;
 - Compression.
- Gestion de la douleur:
 - Aides techniques: mitaines chauffantes, ...
 - Rééducation sensitive/désensibilisation;
 - Imagerie motrice graduée (IMG);
 - Cours de gestion de la douleur;
 - +techniques de relaxation, respiration, pauses, micro-pauses, repos, ...
 - Massages;
 - TENS;
 - Applications de froid.

RÉADAPTATION (physio/ergo)



- Mobilité, force & fonction:
 - Chaleur;
 - Exercices de posture, proprioception, ...
 - Aquathérapie (exercices en piscine);
 - Exercices progressifs en clinique:
 - Mise en charge / Stress-loading program;
 - Les orthèses de fonction ou de mobilité peuvent être nécessaires;
 - Activités de loisirs;

+ exposition graduée aux activités

RÉADAPTATION



- Ergothérapie (en +):
 - Évaluation des besoins en aides techniques;
 - Évaluation des besoins en aide personnelle;
 - Évaluation des capacités fonctionnelles;
 - ✦ Développement des capacités fonctionnelles (DCF);
 - Évaluation du poste de travail:
 - ✦ Aménagement du poste de travail;
 - ✦ Modification des modes opératoires;
 - ✦ Aides techniques.

RÉADAPTATION



- **Psychologie:**
 - Cognitivo-comportemental;
 - techniques de respiration, de relaxation;
 - techniques de gestion de la douleur;
 - “acceptation”;
 - Éducation thérapeutique
 - Exposition graduée.

RÉADAPTATION



- Kinésiologie;
- Acupuncture;
- Ostéopathie;
- Chiropractie;
- ... ???

TRAITEMENT PHARMACOLOGIQUE



- Pharmacologie:
 - Calcitonine;
 - Biphosphonates;
 - Corticostéroïdes;
 - Tricycliques;
 - Gabapentin;
 - Pregabalin;
 - Carmazepine;
 - Opioides;
 - Clonidine;
 - ...

Aucune médication unique ne peut traiter tous les symptômes !!!

INTERVENTIONS INVASIVES



- Bloc stellaire;
- Bloc sympathique;
- Bloc veineux;
- Bloc nerveux régional (ex: bloc digital);
- Bloc du plexus brachial;
- Épidurale;
- Neurostimulation;
- Coma;
- ...

LE DÉFI!!!



Il n'y a pas de recette prédéfinie...

Définir les priorités en fonction de chaque patient!

Sélectionner, enseigner et appliquer les bonnes modalités au bon moment !!!

PRONOSTIC



RETOUR AU TRAVAIL ???

PRONOSTIC



- Selon Bean, D.J. et al., 2014 (revue systématique):
 - La plupart des SDRC récupèrent entre 6 et 13 mois;
 - Mais, un nombre significatif demeure avec des symptômes:
 - ✦ Douleur chronique et incapacités.
 - La qualité des évidences scientifiques était pauvre...
 - Les futures recherches devraient s'orienter vers l'identification des facteurs associés à la **récupération** et à l'identification des sujets à risque de **mauvais pronostic**.

Globalement, certains patients ont une bonne récupération (rapide), tandis que d'autres développeront des douleurs chroniques et des incapacités.

Selon Wertli et al., 2013 (revue systématique): les évidences scientifiques concernant les facteurs pronostics du SDRC I sont insuffisantes.

PRONOSTIC



- 78,8%: symptômes s'étendent à une autre région (Sharma et al, 2009);
 - Rarement à un autre membre.
- Un succès en douleur chronique = 50% amél.
 - La majorité des patients, resteront avec des douleurs.
- Peut durer des semaines, des mois, des années!
 - Parfois, rémission spontanée;
 - Parfois, rechutes.
- ~62% des patients éprouvent une diminution d'autonomie dans les activités de travail (Sharma et al., 2009);
- Facteurs psychosociaux (Cho, S., 2013):
 - ↓ réponse aux txs;
 - ↑ persistance des symptômes.
- + Symptômes SDRC= mauvais pronostic (Brunner, F. et al., 2011).

PRONOSTIC

- Selon Zyluk et al. (2001):
 - Malgré un traitement avec succès de SDRC de la main (n=94), en moyenne 11 mois, les patients mentionnent:
 - ✦ Perte de force de préhension (78%)
 - ✦ Douleur reliée à la température
 - Intolérance au froid (44%);
 - ✦ Légère dlr à l'utilisation du membre (34%);
 - ✦ Changements trophiques: poils, ongles (34%);
 - ✦ Perturbations sensibles (34%);
 - ✦ Raideurs des doigts le matin (28%).
 - ✦ En plus, certains:
 - ↓ ext doigts, dlr et ↓ mobilité épaule, oedème après utilisation.

Malgré des résultats satisfaisants avec les traitements,
il persiste des séquelles...

PRONOSTIC



- Pour prévenir les rechutes (Perez et al., 2010):
 - Chirurgie reportée jusqu'à la diminution max des signes/symptômes de SDRC;
 - Blocs stellaires péri-op;
 - Anesthésie régionale vs anesthésie générale;
 - Utilisation minimale d'un garrot lors de la chirurgie;
 - Durée minimale de chirurgie;
 - Anti-douleurs post-op.

PRONOSTIC (retour au travail)



- Selon Kang, J.E. et al. (2012):
 - 20% RAT;
 - ✦ + jeunes;
 - ✦ Moins de dlr;
 - ✦ Diagnostic rapide (<8 mois);
 - ✦ Haut niveau d'éducation;
 - ✦ Travail de bureau;
 - ✦ Maintien d'emploi (employeur);
 - ✦ Modifications de l'emploi: ↓ exig phys, ↓ nb heures.
 - 80% invalidité.
- Selon Sandroni, P. et al. (2003):
 - 34/55 RAT (61,8%)

Durée moyenne des soins et durées moyennes de l'incapacité de travail

Algodystrophie	Durée moyenne des soins	Durée moyenne de l'incapacité de travail
Epaulés	23 mois	15 mois
Formes extensives	23 mois	13 mois
Mains	20 mois	21 mois
Syndrome épaule-main	19 mois	22 mois
Pieds	14 mois	17 mois
Genoux	14 mois	17 mois
Hanches	7 mois	3 mois

Claude Spicher (2010). Notes de formation continue: Module 1 de rééducation sensitive. Montréal. Non publié.

RETOUR AU TRAVAIL



- Facteurs favorisant la réussite:
 - Poser des objectifs réalistes;
 - ✦ Évaluer les capacités du travailleur;
 - ✦ Évaluer le poste de travail;
 - Au besoin, DCF;
 - Essai de RAT / stage;
 - RAT progressif, tâches modifiées **spécifiquement**, au besoin:
 - ✦ Soulever/pousser/tirer;
 - ✦ S'accroupir, monter/desc escaliers, échelles, ...;
 - ✦ Marcher, debout statique, assis, ...;
 - ✦ Environnement (chaud / froid);
 - ✦ Tâches répétitives;
 - ✦ Préhension soutenue, utilisation d'outils;
 - ✦ Vibrations, contrecoups;
 - Réorientation professionnelle???

RETOUR AU TRAVAIL



- **Obstacles:**
 - Durée de l'arrêt de travail;
 - Échecs de RAT précédents;
 - Comorbidités:
 - ✦ Syndrome de stress post-traumatique, anxiété, ...
 - Augmentation des douleurs à long terme;
 - Pas de possibilité de travaux légers;
 - Durée maximale (ex. 8 semaines) pour un retour au travail progressif;
 - Climat de travail;
 - ...

POUR CONCLURE



Peu de recherches... surtout de bonne qualité

Nos patients ne peuvent attendre...

Responsabilité de traiter !!!

Graduer le retour au travail !

POUR PLUS D'INFORMATIONS



Ministère de la Santé et des Services Sociaux:

Algorithme de prise en charge interdisciplinaire du
syndrome de douleur régionale complexe (SDRC)

<http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2014/14-947-03W.pdf>

RÉFÉRENCES



- Bean, D.J., Johnson, M.H., Kydd, R.R. (2014). The Outcome of Complex Regional Pain Syndrome Type I: A Systematic Review. *The Journal of Pain* 2014;15(7):677-690.
- Beerthuisen, A. et al. (2011). The association between psychological factors and the development of complex regional pain syndrome type I (CRPS I) – A retrospective multicenter study. *European Journal of Pain* 2011;15:971-975.
- Birklein, F., O'Neill, D. & Schlereth, T. (2015). Complex regional pain syndrome. An optimistic perspective. *Neurology* 2015;84:89-96.
- Cho, S. et al. (2013). Pain acceptance-based coping in complex regional pain syndrome type I: daily relations with pain intensity, activity and mood. *J Behav Med* 2013;36:531-538.
- Harden, R.N. et al. (2007). Proposed New Diagnostic Criteria for Complex Regional Pain Syndrome. *Pain Medicine* 2007;8(4):326-331.
- Harden, R.N. et al. (2010). Validation of proposed diagnostic criteria (the “Budapest Criteria”) for Complex Regional Pain Syndrome. *Pain* 2010;150(2):268-274.
- Harden, R.N. et al. (2013). *Complex Regional Pain Syndrome: Practical Diagnostic and Treatment Guidelines*, 4th edition. *Pain Medicine* 2013;14:180-229.
- Harden, R.N. (2006). *Complex Regional Pain Syndrome: Treatment Guidelines*, 3rd edition. Milford CT: RSDSA Press.
- Jänig, W., Baron, R. (2004). Experimental approach to CRPS. *Pain* 2004;108:3-7.
- Kang, J.E. et al. (2012). Relationship between Complex Regional Pain Syndrome and Working Life: A Korean Study. *J Korean Med Sci* 2012; 27: 929-933
- Mitchell, S.W. (1872) - *Injuries of Nerves and their Consequences*. Philadelphia: JB Lippincott Co.
- Moseley, G.L. (2005). Distorted body image in complex regional pain syndrome. *Neurology* 2005;65:773.

RÉFÉRENCES



- Perez, R.S, et al. (2010). Evidence based guidelines for complex regional pain syndrome type I. BMC Neurology 2010; 10:20.
- Quintal, I. et al. (2013). La méthode de rééducation sensitive de la douleur. *Encyclopédie Médico-Chirurgicale (EMC), Kinésithérapie-Médecine physique-Réadaptation, 26-469-A-10*, 1-16.
- Sandroni, P. et al. (2003). Complex regional pain syndrome type I: incidence and prevalence in Olmsted County, a population-based study. Pain 2003; 103:199-207.
- Sharma, A. et al. (2009). A Web-Based Cross-Sectional Epidemiological Survey of Complex Regional Pain Syndrome. Reg Anesth and Pain Med. 2009;34:110-115.
- Spicher, C. (2010). Notes de formation continue: Module 1 de rééducation sensitive. Montréal.
- Spicher C., Quintal I. & Vittaz M. (2015), Rééducation sensitive des douleurs neuropathiques. Sauramps Médical: Montpellier, France.
- Stanton-Hicks, M., Baron, R., Boas, R. et al. (1998). Complex Regional Pain Syndromes: Guidelines for therapy, Clin J Pain 1998;14:155-66.
- Wertly, M. et al. (2013). Prognostic factors in complex regional pin syndrome I: a sstematic review. J Rehabil Med 2013;45:225-231.
- Zyluk, A. (2001). The sequelae of reflex sympathetic dystrophy. Journal of Hand Surgery (British and European Volume) 2001; 26B:2:151-154.

RÉFÉRENCES



- IASP taxonomy (2012). Classification of Chronic Pain, Second Edition (Revised). Descriptions of Chronic Pain Syndromes and Definitions of Pain Terms.
 - http://www.iasp-pain.org/files/Content/ContentFolders/Publications2/ClassificationofChronicPain/Part_II-A.pdf