

Algodystrophie

=

Syndrome douloureux régional
complexe type I

Dr. Dib Kh

Kh_dib80@yahoo.fr

I- Généralités – définition

- L'algodystrophie est un syndrome douloureux loco-régional chronique
- associé à des signes vasomoteurs et trophiques portant sur des structures sous-cutanées, péri-articulaires, articulaires et osseuses
- déclenchées par des agressions diverses sans relation entre la sévérité de la douleur persistante et l'intensité du traumatisme initial

II- Physiopathologie

La physiopathologie du SDRC-1 n'est pas totalement élucidée.

- Pendant longtemps on a suggéré que l'algodystrophie était liée à une dysrégulation du système sympathique.
- Mais les progrès réalisés témoignent de l'intrication de plusieurs paramètres et on parle actuellement de "maladie plurifactorielle" impliquant non seulement le rôle du système sympathique mais aussi des phénomènes pro-inflammatoires, neurogéniques, vasculaires, des anomalies cérébrales et des facteurs génétiques. Toutefois, l'importance de chacun de ces mécanismes n'est pas établie.

III- Épidémiologie

- touche surtout l'adulte, entre 40 et 70 ans,
- prédominance féminine (3 femmes pour 1 homme),
- possible chez l'enfant et l'adolescent mais reste exceptionnelle.

IV- Étiologie

Elle peut être secondaire ou primitive.

A- Algodystrophie secondaire (3/4 des cas) :

- Traumatismes (50 %) : pas de relation avec l'intensité du trauma
délai trauma → AND variable (qlq jrs à qlq sem)
- Causes non traumatiques
 - Neurologiques
 - Viscérales
 - Causes médicamenteuses
 - Grossesse
 - Causes métaboliques

B- Algodystrophies idiopathiques

- Elles correspondent à 25 % des algodystrophies. Un terrain anxiodépressif et émotif, est retrouvé chez certain patient

V- Diagnostic

A/ Tableau clinique

- Les signes cliniques du SDRC-1 associent des manifestations douloureuses, des troubles vasomoteurs, sudoraux et trophiques, parfois des troubles moteurs.

1) Phase "chaude" ou oedémateuse

Jamais de syndrome général (fièvre, adénopathie, altération).

signes locaux pseudo-inflammatoires, dépassant souvent la zone du traumatisme

- **Les douleurs**, d'apparition rapide, dans une ou plusieurs régions articulaires. Intenses, plus ou moins permanentes, d'allure inflammatoire mais augmentées par la mobilisation et la mise en fonction des articulations touchées ;
Disproportionnées par rapport à l'événement traumatique initial.
- **L'impotence fonctionnelle**
- **Un épanchement intra-articulaire**

- **symptômes trophiques et sudoraux :**
 - * gonflement avec oedème douloureux et ferme,
 - * hypersudation.
- **troubles vasomoteurs :**
 - * peau rouge ou cyanotique et lisse,
 - * hyperthermie locale, asymétrie de température
- **signes sensoriels :**
 - * hyperesthésie cutanée, allodynie,

2) Phase "froide" ou scléreuse, dystrophique

- **Douleurs** de type **mécanique**, d'utilisation, dues à la raideur articulaire et aux rétractions tendineuses. Allodynie ++.
- Troubles **trophiques et vasomoteurs**, avec disparition du gonflement et de l'oedème, peau sèche, froide, pâle et atrophique.
- La **raideur articulaire** est importante, source d'attitudes vicieuses (flessum) par rétractions des structures articulaires (capsule articulaire) et périarticulaires (ligaments, tendons).

3) Phase " d'inversion ", (atrophique)

- phase de guérison du phénomène.
- au bout de 3 à 18 mois.
- La récupération peut se faire *ad integrum*
- *Ou* peut laisser des séquelles : douleur, raideur, rétraction capsulaire ou ligamentaire.

B/ Biologie négative

Son intérêt est d'**éliminer** les diagnostics différentiels :

- absence de syndrome inflammatoire (VS, CRP, hémogramme normaux): dc ≠ de l'arthrite (phases chaudes)
- en cas d'épanchement articulaire : liquide de type mécanique (< 1.000 cell/mm³ et < 50 % de PNN), sans germe, ni microcristal.

C/ Imagerie

1) Radiographies simples : tjrs comparative

- Retard sémiologique (nle au moins les 4 premières semaines).
- déminéralisation hétérogène et mouchetée
- respect de l'interligne articulaire (pas de pincement)
- jamais de condensation osseuse.

2) IRM (Imagerie par résonance magnétique) : Précocité des signes (avant les radiographies), n'est pas systématique

- intérêt dans les cas difficiles et pour un diagnostic différentiel avec l'ostéonécrose.

3) Scintigraphie osseuse

- Précoce sensible mais moins spécifique
- hyperfixation loco-régionale en phase chaude, fixation normale ou diminuée en phase froide.
- La scintigraphie reste + longtemps même après guérison.

VI- Formes cliniques

- Formes étiologiques : traumatique, geste chirurgical, trouble métabolique, grossesse, cardiopathie, immobilisation plâtrée, prise médicamenteuse...
- Selon l'évolution et la symptomatologie : phase chaude isolée, phase froide d'emblée (enfant, l'adolescent, prédominance féminine), alternance de phases chaude/froides, récurrence après guérison, extension à une articulation voisine, atteinte contralatérale

- Selon la localisation :
 - Syndrome épaule-main : volontiers secondaire à une pathologie intrathoracique ou un traumatisme. L'atteinte de l'épaule précède souvent l'atteinte de la main et se traduit par une douleur profonde, irradiant vers le membre supérieur, voire le cou. Après qlq semaines, ou qlq mois, s'installe une capsulite rétractile de l'épaule. La main est oedématiée et douloureuse. L'atteinte isolée de la main ou de l'épaule est possible
 - L'algodystrophie de hanche: typiquement chez la femme enceinte au 3ème trimestre ou après l'accouchement.
 - L'algodystrophie du pied ou de la cheville : fréquente, l'oedème douloureux au dessus de la cheville peut simuler une phlébite
 - L'algodystrophie du genou : peut simuler une arthrite

VII- Diagnostic différentiel

Chaque forme clinique a ses diagnostics différentiels ou parfois associés,

Il se fait globalement avec :

- les thromboses du membre inférieur
- les processus tumoraux
- ostéonécrose notamment de la tête fémorale.
- les arthrites (septiques, aseptiques, microcristaline..), ténosynovites et cellulites.
- Rhumatismes inflammatoires et métaboliques.

VIII- Evolution et pronostic

- Généralement favorable avec guérison complète en qlq mois (6 à 24 mois).
- La guérison est plus rapide aux mbres sup/mbres inf, les récives sont possibles.
- Plus rarement (5 à 10 % des cas), il existe :
 - une évolution lente avec persistance des dlrs pdt plusieurs années ;
 - des séquelles modérées marquées par des trbles trophiques et d'enraidissement articulaire syndromes épaule-main ++

IX- Traitement

- Il n'y a pas de traitement standard
- Ce traitement est d'autant plus efficace qu'il est entrepris précocement.
- **Objectifs** : calmer rapidement la douleur et restituer la fonction.

- **Traitement médicamenteux :**
 - **Les antalgiques** simples palier 1 ou 2 (paracétamol, codéines, tramadol..)
 - **Les corticoïdes** per os (prednisolone 1mg/kg/j durant 15 jours puis à dose dégressive) sont réputés efficaces dans les algodystrophies douloureuse, ou en Infiltration locale pour calmer la douleur et faciliter la rééducation, surtout pour les grosses articulations (genou, épaule).
 - **Les bisphosphonates** par voie orale ou injectable (alendronate, pamidronate...) actuellement utilisés (hors AMM) pour leur effet antalgique.
 - **Les antidépresseurs**
 - **La calcitonine** n'a plus d'AMM dans l'algodystrophie
 - La griséofulvine et les bêta-bloquants ne sont plus que rarement utilisés.

- **Prise en charge physique rééducative** : Respect de la règle de la non-douleur
 - En phase initiale : repos et mise en décharge si membre inférieur, éviter l'immobilisation.
 - En phase chaude : kinésithérapie passive, progressive, drainage de l'oedème (une kinésithérapie active risque de réactiver ou d'entretenir l'algodystrophie), bains écossais (alternance eau chaude/eau froide).
 - En phase froide : objectif = lutte contre l'enraidissement et les rétractions : mobilisations actives aidées tout en respectant la règle de la non-douleur.
- Recherche et traitement d'un **facteur favorisant** potentiel : Hypothyroïdie, Hypertriglycéridémie, diabète déséquilibré ...
- **Information** du patient sur la nature de cette affection, son profil évolutif assez long mais le plus souvent spontanément favorable ; **Prise en charge psychologique** si nécessaire.

- **Le traitement chirurgical** : si séquelles orthopédiques gênant la fonction
 - Ténotomies,
 - allongements tendineux,
 - arthrodèses en position de fonction...

X- Prévention :

- En milieu orthopédique et traumatologique
+++
 - la limitation de l'immobilisation plâtrée, une
 - meilleure prise en charge de la douleur postopératoire
 - rééducation douce permettrait de limiter le risque de développer une algodystrophie,
 - diagnostic précoce pour un traitement adapté le plus tôt possible afin de garantir les meilleurs résultats.

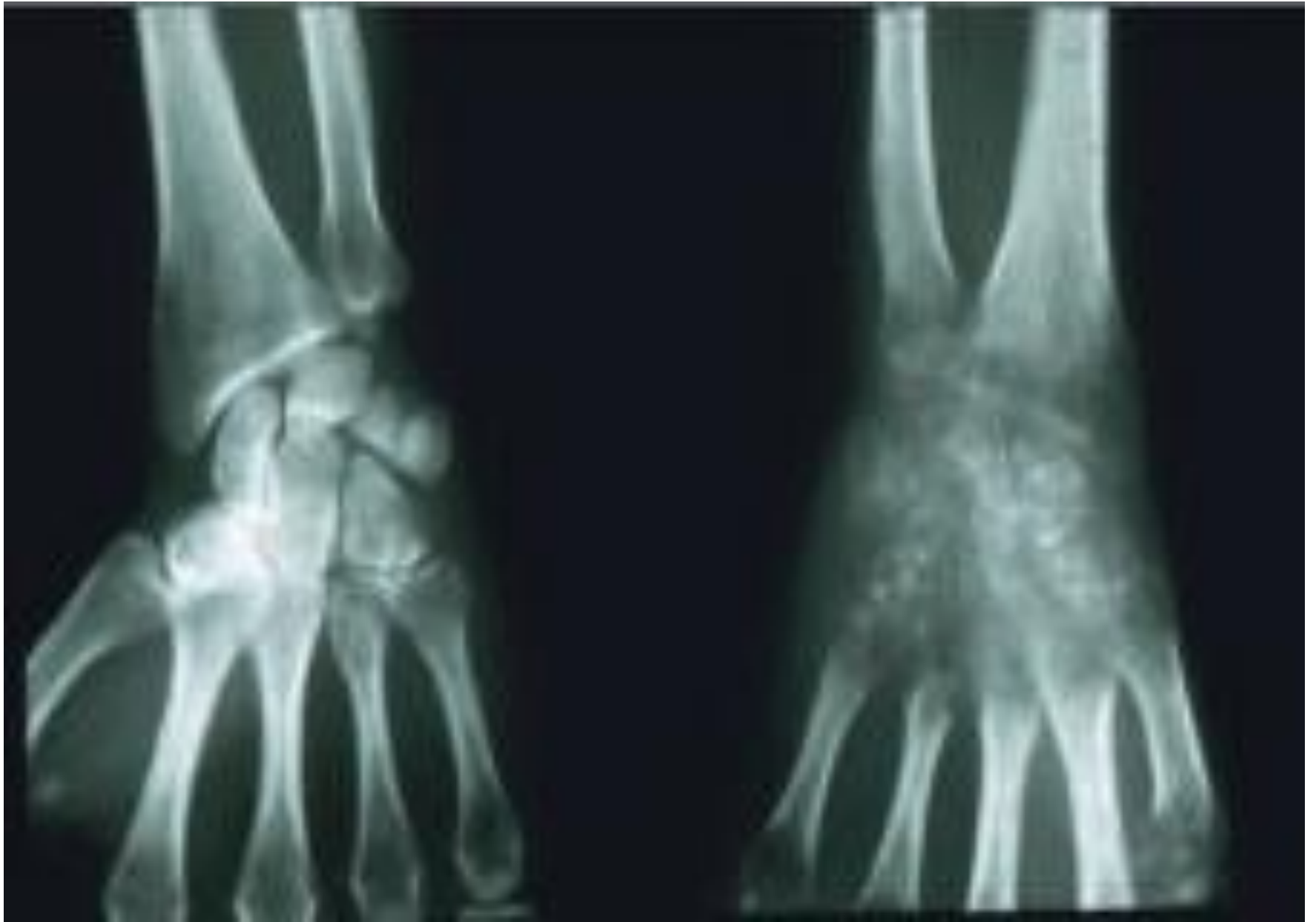






HSL





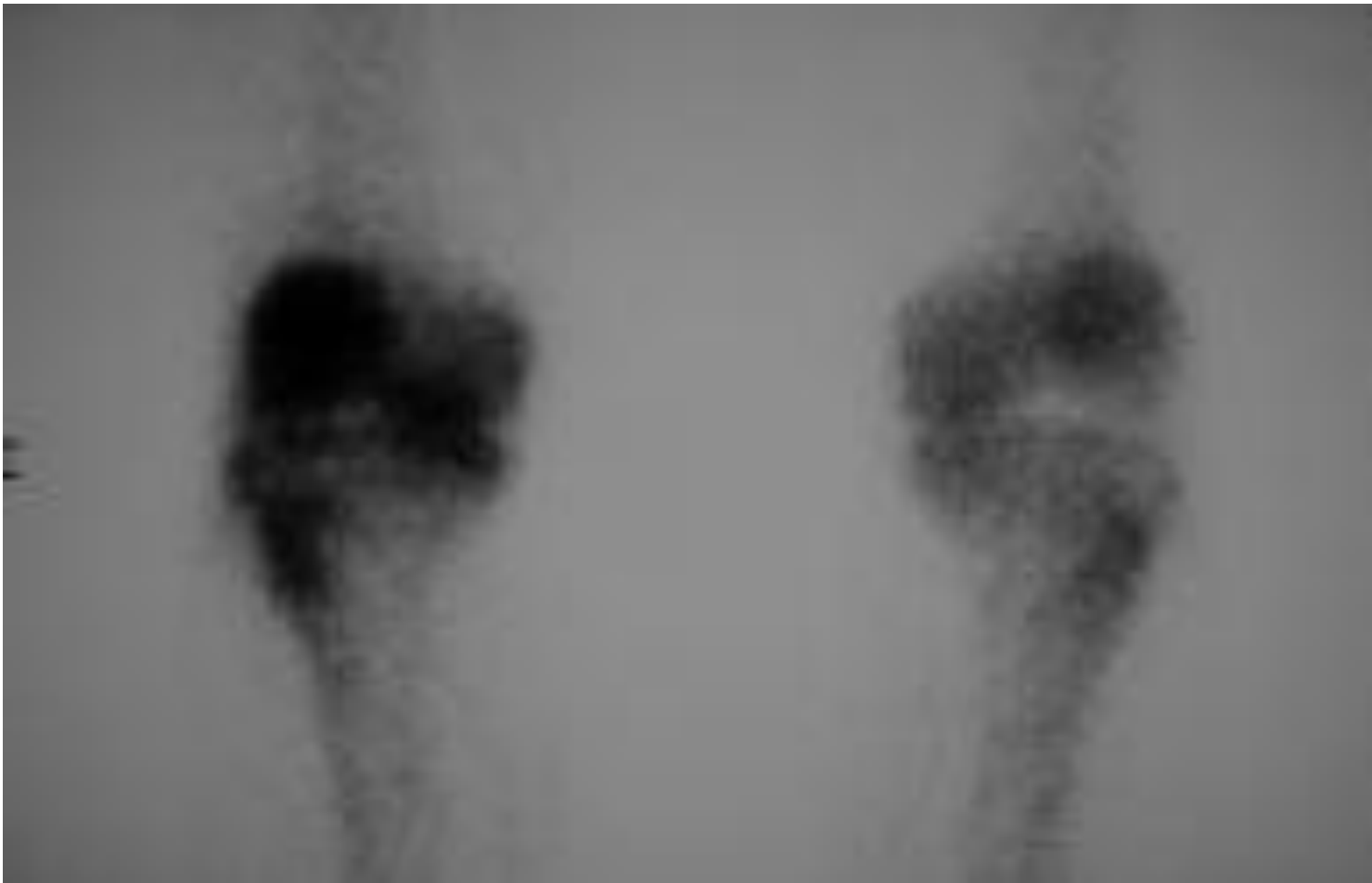












XI- Conclusion

L'algodystrophie est un phénomène locorégional, souvent méconnu, sa physiopathologie est complexe, mais son diagnostic est basé principalement sur les données cliniques. Le traitement n'est pas bien codifié et sa gravité réside dans le risques de séquelles, mais le SDRC 1 diagnostiqué et traité précocement a de meilleurs chances pour une évolution favorable.