
La prise en charge du SDRC à la clinique Rennes-Beaulieu

Camille Guevel, Kinésithérapeute
Aurélie Rochelle, Ergothérapeute
Dr Benjamin Margo, Médecin MPR

- 1- Rappel diagnostic**
- 2- SDRC et douleur chronique**
- 3- Traitements médicamenteux**
- 4- Prise en charge en rééducation**
- 5- Qui et quand envoyer en centre de rééducation ?**

1- Rappel diagnostique

- Epidémiologie :
 - Le plus souvent post traumatique (40%) et localisé aux extrémités
 - Mais aussi après affection neurologique (AVC) , infectieuse, inflammatoire...
- Diagnostic clinique : Critères de Budapest
 - Une douleur continue disproportionnée par rapport à n'importe quel élément déclenchant et:
 - Troubles sensoriels : hyperalgie et/ou allodynie
 - Troubles vasomoteurs : asymétrie thermique et/ou modification de coloration cutanée et/ou asymétrie de coloration cutanée
 - Troubles sudoromoteurs/œdème : œdème et/ou sudation modifiée et/ ou sudation asymétrique
 - Troubles moteurs/trophiques : diminution de la mobilité et/ ou trouble moteur (faiblesse, tremblement, dystonie) et/ou trouble trophiques portant sur les poils, les ongles, la peau
- Examens complémentaires **pour éliminer un diagnostic différentiel** (IRM, Scintigraphie, RX, Echo...selon contexte et clinique)
 - Infection , fracture passée inaperçue, rhumatisme inflammatoire, trouble somatoforme...

2- SDRC et Douleur chronique

➤ Evolution naturelle (1) :

- Pour la majorité (env. 75%) : guérison en plusieurs mois (<1an) avec des traitements non invasifs
- Certains évoluent vers la chronicité (évolution >1an) : (55%=, 15%<, 30% améliorés à 6 ans)

➤ Facteurs de risque de chronicité ?

- Probablement les mêmes que ceux de la douleur chronique...
- Ce sont les **facteurs bio-psycho-sociaux** :
 - Psycho : Anxiété surtout, Dépression et composantes de la douleur +++ :
 - Emotionnelle : peur, tristesse, injustice
 - Cognitive : Catastrophisme, fausses croyances..
 - Comportementale : évitement, isolement social
 - Social : Accident de travail ? Aléa thérapeutique ?
 - Bio : génétiques, comorbidités, sensibilisation centrale de la douleur, déconditionnement physique

3- Les traitements médicamenteux

Sont débattus : assez peu de preuves selon EBM

Rôle discuté de la vitamine C en préventif.

Biphosphonates

Traitements médicamenteux : ceux des douleurs neuropathiques :

- gabapentine, amitriptyline, duloxetine / venlafaxine, associations
- parfois QTENZA (en CETD) ,
- hors AMM : patch de versatis, plus rarement toxine botulique SC.

Traitements plus invasifs :

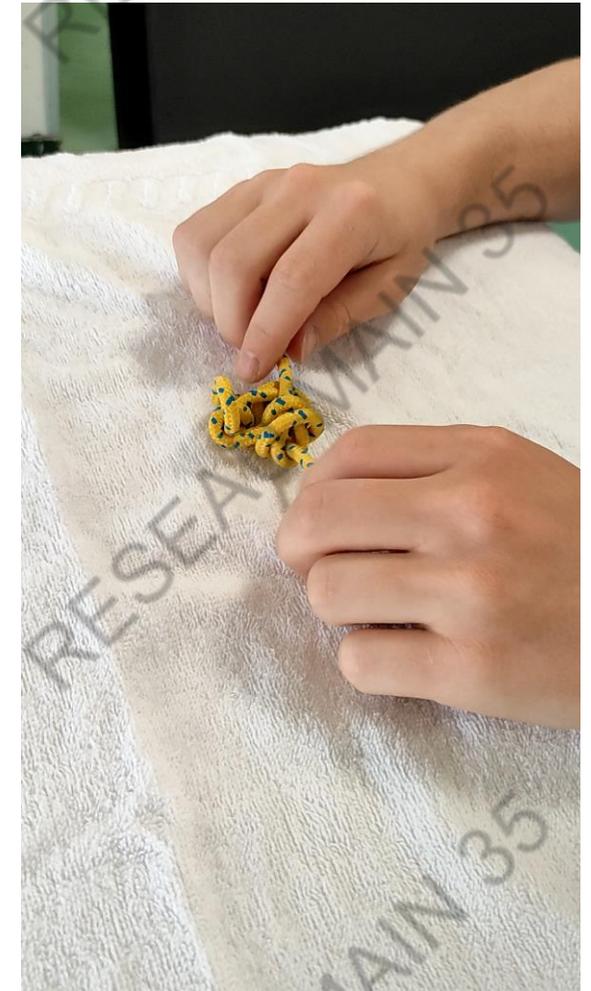
- neurostimulation médullaire implantée (en CETD, recours de plus en plus précoce)
- cathéter périmerveux pour analgésie de longue durée (en cas de limitations articulaires)

4- Prise en charge rééducative



Mobilisations passives et actives

- Retrouver/maintenir des amplitudes articulaires physiologiques / force / intégration dans le schéma corporel / lutte contre la kinésiophobie / diminue la décorticalisation
 - Balnéothérapie
 - Il est recommandé de ne PAS IMMOBILISER
- Principes :
 - Tolérance d'augmentation légère de douleurs sur quelques heures
 - Privilégier de la tâche orientée, des gestes fonctionnels
 - Travail bimanuel pour automatiser des gestes
 - Tâche cognitive élevée : détournement de l'attention



GATE CONTROL :

- Placement : encadrer la douleur
- Action courte durée
- Fréquence fixe ou modulée



Principes d'utilisation :

- Phénomène d'habituation => réévaluer l'intensité
- Utilisation possible en séance de rééducation
- Fréquence : 1 à plusieurs fois par jour
- Location possible 6 mois, au-delà achat possible

ENDORPHINIQUE:

- Placement : gros muscles
- Libération de substances morphinomimétiques
- Action différée et de plusieurs heures

Electrothérapie

Le leader en
anti-douleur



- P1 Gate control 100 Hz
- P2 Gate control 80 Hz
- P3 Endorphinique 2 Hz
- P4 Gate control (canal 1 : 100 Hz)
+ endorphinique (canal 2 : 2 Hz)
- P5 TENS séquentiel : 10 min Gate control
100 Hz + 20 min endorphinique 2 Hz
- P6 Stimulation HAN : 100 Hz + 2 Hz
alterné toutes les 3 secondes
- P7 TENS Burst 2 Hz
- P8 TENS Modulation 2 à 80 Hz
- P9 Excito-moteur
- P10 Gate control 80 Hz dynamic lent (massage)
- P11 Gate control 80 Hz dynamic rapide (frottements)
- P12 TENS haute fréquence
- U1 Traitement facial 80 Hz - 60µs
(traitement des zones sensibles cutanées)
- U2 Traitement des nausées 10 Hz - 180µs

- Pas de preuve scientifique de l'utilité dans le cadre du SDRC
- A la clinique, cela est testé et le patient observe ou non un bénéfice.
- Durée 20 min : 4 min à 40°-42°C, puis 1 min à 10°-12°C
- Recommandations Gemmsor :
 - Faire des mouvements
 - Utilisation d'eau salée
- Facilement utilisable à la maison avec 2 bassines



Rééducation sensitive : contre stimulation vibro-tactile à distance

Objectif : diminution de l'allodynie mécanique statique – Claude Spicher

SDRC = stade V de l'hypoesthésie souvent recouvert d'allodynie mécanique

Cartographie de l'hypoesthésie et de l'allodynie grâce aux monofilaments

Définition de la zone de contre stimulation vibrotactile et protection de la zone avec allodynie

Application d'un stimulus non douloureux avec diminution de la zone par cercles concentriques en fonction de l'évolution 6 à 8 fois/jour 1min avec arrêt à 16H.

Ensuite rééducation de l'hypoesthésie

Education et implication du patient ++++



FSEF

- Effet gate control
- Illusion de la perception de mouvement dans la direction de l'allongement
- Activité motrice antagoniste
- Fréquence : 60-90 Hz selon Taylor
- Une étude montre* :
 - Diminution de raideur : 25 à 34% de gain articulaire sur MP, IPP, IPD
 - Pas de possibilité de conclure sur le poignet.
 - Diminution de douleur : significative après 10 semaines de traitement, diminution de la prise d'antalgique



Vibrations



* Gay A, Parratte S, Salazard B, Guinard D, Pham T, Legré R, Roll JP. Proprioceptive feedback enhancement induced by vibratory stimulation in complex regional pain syndrome type I: an open comparative pilot study in 11 patients. Joint Bone Spine. 2007 Oct;74(5):461-6. doi: 10.1016/j.jbspin.2006.10.010. Epub 2007 Aug 10. PMID: 17693114.

Protocole d'imagerie motrice graduelle de Moseley (3 phases de 2 semaines, 10 min /h) :

- 1- reconnaissance de latéralité (80 photos MS et 48 MI)
- 2- imagerie motrice : mouvement imaginé en utilisant photos coté lésé
- 3- thérapie miroir : mouvement lent membre sain dans miroir





- **Dessintey IVS 3 :**

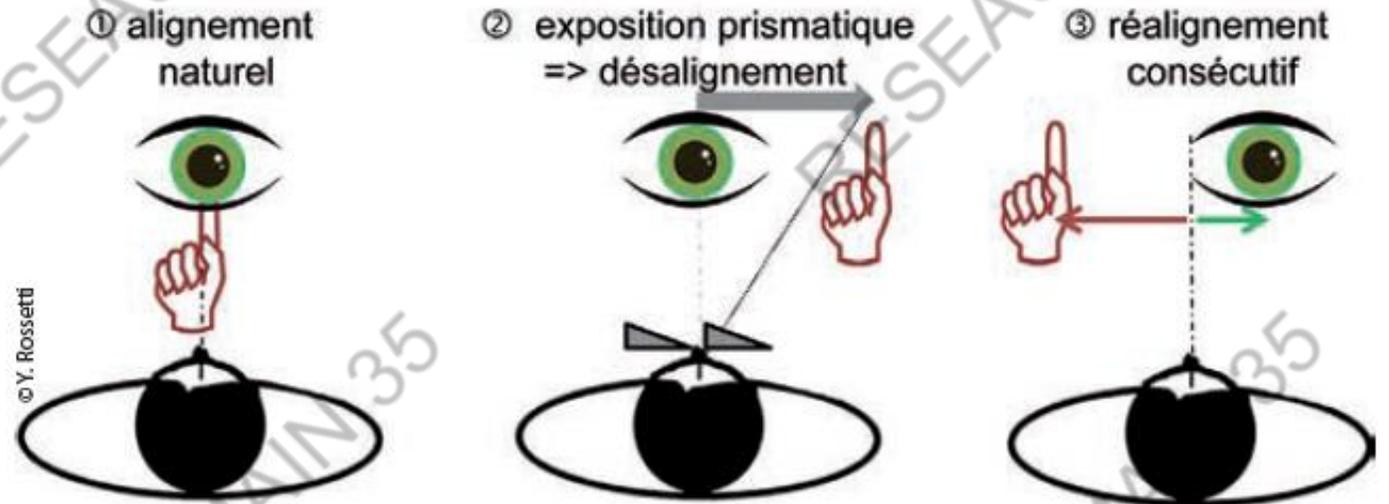
Imaginer mouvement sans sensation de douleur

Puis mouvements lents

Augmentation amplitude, force, gestes du quotidien

Modification du ressenti dans SDRC de type 1 :

- Immobilité – diminution de la représentation corticale – atrophie
 - Selon Moseley, négligence de l'espace dans lequel le membre est normalement situé
 - Déviation du référentiel égocentré visuel du côté du membre douloureux (droit-devant)
- Rééducation du membre atteint dans l'hémicorps sain
- Utilisation de prismes déviant le regard de 20° vers le côté sain
- réalignement référentiel égocentré visuel et proprioceptifs



5- Qui envoyer en centre de rééducation ?

- Signes d'alerte devant faire craindre une chronicisation des douleurs / une évolution défavorable :
 - **Dans ces situations : proposer un suivi rapproché**
 - **En l'absence d'évolution positive dans les 12 premiers mois ou plus tôt en cas d'éléments péjoratifs : (douleurs non contrôlées, fort impact fonctionnel, exclusion du membre, limitation des amplitudes articulaires)**
 - > **orientation vers CETD et/ ou MPR pour prise en charge multidisciplinaire.**

exemple de la clinique FSEF Rennes Beaulieu

Prise en charge sur demande du chirurgien, du médecin algologue du CETD, plus rarement médecin traitant ou autre spécialiste.

Consultation de préadmission préalable : information et proposition d'un projet de soins le cas échéant
Hôpital de jour ou hospitalisation si nécessaire (éloignement, cathéter...)

Permet d'accéder en un lieu à une prise en charge multidisciplinaire coordonnée, et si besoin intensive (jusqu'à 7j/7) :

- **Kinésithérapie et méthodes physiques**
- **Balnéothérapie**
- **Thérapies psychocorporelles**
- **Ergothérapie**
- **Activités physiques adaptées**
- **accompagnement psychologique, socio professionnel / réinsertion...**
- **Médecin MPR**