

Le syndrome douloureux régional complexe : qu'est-ce à dire ?

Le syndrome douloureux régional complexe (SDRC) est le « nouveau » terme médical qui tend à remplacer ceux de dystrophie (ou algodystrophie) sympathique réflexe et d'atrophie de Südeck. Il s'agit d'un diagnostic que tout gestionnaire en SST devrait connaître.

Définition du SDRC

Plusieurs caractéristiques sont propres au SDRC. Mais, essentiellement, il s'agit d'une douleur ressentie, au-delà du siège de lésion, qui est disproportionnée en intensité par rapport à l'événement accidentel initial. La cause exacte de ce syndrome est encore méconnue¹.

Facteurs prédisposants au SDRC

Il s'agit d'un diagnostic auquel vous avez peut-être déjà été confronté ou avec lequel vous le serez, car il est souvent associé à des dossiers de SST. Pourquoi ? Parce que ce syndrome douloureux apparaît dans près de 65 % des cas **après un traumatisme**² tel qu'une chute, un écrasement, un impact direct, etc. Ces types de traumatismes entraînent souvent une **blessure musculosquelettique**. Or une fracture ou une atteinte aux tissus mous (ligaments, tendons, ménisques, etc.) prédisposent au SDRC.

Sans être exclusif, il appert que ce syndrome **touche tout particulièrement les membres supérieurs**. Toutefois, le genou est également vulnérable (plus précisément l'articulation qui relie le fémur et la rotule).

Parmi les autres facteurs favorisant le développement du SDRC, il y a ceux liés à :

- une **immobilisation** d'un membre (plâtre, attelle, béquille, et ce, même de courte durée) ou
- un **traitement incorrect, tardif ou prolongé** ou
- une **condition suivant une intervention chirurgicale** (par exemple, une décompression du nerf médian en présence d'un syndrome du canal carpien, une arthroscopie du genou, etc.)³.

Caractéristiques particulières du SDRC

Notez qu'il n'y a **pas de lien entre le degré de gravité de la blessure** et ce diagnostic. Ainsi, le diagnostic initial peut être une contusion bénigne (après que le travailleur se soit cogné le coude sur une surface dure) qui évoluera au final en un SDRC. Retenez également que les signes et les symptômes du SDRC ne se manifestent pas au niveau des tissus lésés (selon notre exemple, le siège de lésion est le coude), mais ils **migrent aux extrémités du membre touché**, soit la main ou le poignet. S'il s'agit du genou, le SDRC sera localisé au pied, à un orteil, etc.

L'importance d'avoir des données à jour

Soyez prudent lors de vos lectures sur ce sujet. Les dernières années, les connaissances scientifiques ont évolué. Ainsi, certaines affirmations que vous retrouvez, tant dans la littérature médicale ancienne que dans les décisions moins récentes de la **Commission des lésions professionnelles** (CLP), sont maintenant écartées ou plus nuancées.

À titre d'exemple : le **SDRC n'est plus considéré comme une déficience** qui apparaît en raison de conditions préexistantes telles qu'une maladie métabolique (diabète et hypothyroïdie ne sont plus reconnus comme des éléments déclencheurs) ou une prédisposition psychologique (des troubles de personnalité, anxieux, etc., ne sont plus considérés comme des causes préalables).

Par conséquent, les jugements concluant que le SDRC, dans de telles circonstances, constitue **d'emblée**⁵ un handicap au sens de l'article 329 de la *Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles* (LATMP) ne reflètent plus les connaissances médicales actuelles.

Les critères diagnostiques du SDRC

Pour identifier et différencier le SDRC des autres types de douleur, les experts tentent, par consensus, d'établir une liste de critères diagnostiques standardisés. Diverses études et recoupements ont permis, avec le temps, de préciser ceux-ci. Ainsi, les critères retenus en 1994 ne sont plus tout à fait les mêmes aujourd'hui. Il s'agit d'une raison de plus pour porter une attention particulière à la date de publication de la documentation à laquelle vous réferez. Vous trouverez ci-dessous, un tableau qui résume les plus récents critères diagnostiques⁶.

CRITÈRES DIAGNOSTIQUES DU SYNDROME DOULOUREUX RÉGIONAL COMPLEXE	
Douleur continue disproportionnée par rapport à l'événement initial	
Le PATIENT doit rapporter au moins un symptôme dans trois des catégories suivantes :	CATÉGORIE 1 – TROUBLE DE SENSIBILITÉ <ul style="list-style-type: none"> • hyperesthésie (augmentation de la sensibilité au toucher, thermique, ou autre) • dysesthésie (sensation anormale désagréable, spontanée ou provoquée : fourmillement, sensation de décharge électrique, etc.)
	CATÉGORIE 2 – CHANGEMENT VASOMOTEUR <ul style="list-style-type: none"> • variation asymétrique de la température (forte chaleur à froideur) • et/ou de la coloration de la peau (de rouge violacé à blanc livide, marbrée, rougeâtre, bleutée), œdème
	CATÉGORIE 3 – ACTIVITÉ SUDOMOTRICE <ul style="list-style-type: none"> • sudation anormale (excessive) asymétrique dans le territoire douloureux
	CATÉGORIE 4 CHANGEMENTS TROPHIQUES <ul style="list-style-type: none"> • fendillement, perturbation de la croissance des ongles, diminution de la pilosité, peau mince et luisante et/ou ATTEINTE DE LA MOTRICITÉ <ul style="list-style-type: none"> • diminution de l'amplitude • et/ou dysfonction motrice : faiblesse, tremblements, contractions musculaires involontaires (dystonie)

Le MÉDECIN doit rapporter au moins un signe dans deux des catégories suivantes :	CATÉGORIE 1 – TROUBLE DE SENSIBILITÉ <ul style="list-style-type: none"> • allodynie (sensation douloureuse déclenchée par une stimulation normalement indolore) • hyperalgésie (réaction accrue voire excessive à la douleur)
	CATÉGORIE 2 – CHANGEMENT VASOMOTEUR <ul style="list-style-type: none"> • variation asymétrique de la température • et/ou variation de la coloration de la peau
	CATÉGORIE 3 – ACTIVITÉ SUDOMOTRICE <ul style="list-style-type: none"> • sudation anormale (excessive) asymétrique
	CATÉGORIE 4 CHANGEMENTS TROPHIQUES <ul style="list-style-type: none"> • fendillement, perturbation de la croissance des ongles, diminution de la pilosité, peau mince et luisante et/ou ATTEINTE DE LA MOTRICITÉ <ul style="list-style-type: none"> • diminution de l’amplitude • et/ou dysfonction motrice : faiblesse, tremblements, contractions musculaires involontaires (dystonie)
Il n’y a aucun autre diagnostic qui puisse mieux expliquer les symptômes (l’intensité de la douleur) et les signes (perte fonctionnelle). <i>✓ Les tests paracliniques (imagerie, scintigraphie osseuse, doppler, etc.) permettent d’éliminer d’autres diagnostics.</i>	

À la lecture de décisions rendues par la CLP, vous constaterez que les experts et les décideurs mettent beaucoup l’accent sur la présence de ces critères. Cela est motivé par le fait que le diagnostic du SDRC s’appuie essentiellement sur l’examen physique du travailleur et la cueillette de l’information auprès de ce dernier⁷. Si la scintigraphie osseuse a été longtemps considérée comme un bon indicateur, les études démontrent que ce test doit être effectué au moment propice⁸ dans le cours de l’évolution de la maladie. En fait, aucun test d’investigation ne permet de valider véritablement ce diagnostic.

L’évolution clinique

Parfois, le SDRC peut se manifester rapidement après l’événement accidentel ayant causé la lésion, c’est-à-dire dès la première semaine. Tout comme quelques semaines peuvent s’écouler avant qu’il ne se manifeste.

La durée du SDRC est imprévisible. Elle peut varier de quelques semaines à plusieurs années. Le risque de rechute serait de 10 % et se manifesterait parfois jusqu’à deux ans plus tard⁹.

Le traitement du SDRC : tout un défi pour le clinicien !

Les meilleurs résultats ont été obtenus par une approche interdisciplinaire. Ainsi, il y a la prise en charge de la douleur, entre autres, à l’aide d’une polymédication, des injections intra-articulaires, de la neuromodulation (ex. : TENS utilisé pour la stimulation nerveuse), etc. Le

patient est parfois référé à un centre spécialisé de la douleur. Il y a habituellement un suivi en physiothérapie, en ergothérapie, etc. Un soutien psychologique est également nécessaire.

¹ BERGERON, Yves, Luc FORTIN et Richard LECLAIRE. *Pathologie médicale de l'appareil locomoteur*, 2^e édition, Saint-Hyacinthe, Edisem, Paris, Maloine, 2008, p. 1038-1045 (chapitre 22 : « Syndrome douloureux régional complexe (SDRC) », de Nicole BEAUDOIN et autres).

² Précité note 1, p. 1040.

³ Cet article vise avant tout à vous informer de l'aspect médical relié au SDRC. Les volets administratif et légal, compte tenu de l'ampleur du sujet, pourront faire l'objet d'une prochaine publication. Néanmoins, quelques précisions sont nécessaires. Possiblement, à la lecture de ces facteurs prédisposants, vous voyez la possibilité d'invoquer que le SDRC peut être considéré comme une lésion professionnelle au sens de l'article 31 de la LATMP. Toutefois, pour qu'il en soit ainsi, retenez que l'employeur doit prouver que le SDRC résulte véritablement des soins inappropriés ou de l'absence de soins, d'un traitement inadéquat, etc. Si le SDRC origine plutôt de l'évolution ou des complications de la lésion initiale (par exemple : fracture, blessure par écrasement ou autre traumatisme), l'article 31 de la LATMP ne pourra pas s'appliquer. N'hésitez pas à demander l'opinion de votre médecin-conseil quant au lien de causalité, car un transfert de coûts, en vertu de l'article 327 de la LATMP, est possible en autant qu'une lésion professionnelle soit reconnue en vertu de l'article 31.

⁴ La mise à jour, en 2008, du livre *Pathologie médicale de l'appareil locomoteur* a changé plusieurs paradigmes que nous retrouvions dans l'édition de 1986.

⁵ Ainsi, l'employeur qui désire obtenir un partage de coûts, en vertu de l'article 329 de la LATMP, doit présenter une preuve médicale prépondérante de la présence d'une déficience préexistante, laquelle doit représenter un « terrain » propice à développer un SDRC.

⁶ Inspiré du magazine *Le Spécialiste*, vol. 13, n° 2, juin 2011, p. 20, dans le cadre d'un dossier spécial portant sur : *Comprendre la douleur*. Le texte sur le syndrome douloureux régional complexe a été rédigé par les docteurs BEAUDOIN N., Y. BERGERON et F. FUGERE. La source initiale des données qui est mentionnée par les auteurs est : HARDEN RN., S. BRUEHL, M. STANTON-HICKS et PR. WILSON. *Proposed New Criteria for Complex Regional Pain Syndrome*. *Pain Med* 8:326-31 (2007).

* Notez que le contenu de ce tableau a été adapté pour un public non spécialisé dans le domaine médical. La reproduction n'est donc pas intégrale.

⁷ En tant que gestionnaire, si vous faites face à un diagnostic de SDRC, cela signifie que vous devriez retrouver dans la documentation médicale, produite par le travailleur, la présence de ces critères objectifs. En cas de doute, demandez l'aide de votre médecin-conseil. Tout comme dans les rapports d'expertise, rédigés soit par votre expert ou un membre du Bureau d'évaluation médicale (BEM), il doit y avoir mention de la présence ou de l'absence des critères diagnostiques particuliers au SDRC.

⁸ L'aspect osseux est touché dans la phase tardive (3^e phase). Donc, c'est à ce moment qu'une scintigraphie osseuse positive sera un bon indicateur. Mais, à la phase chronique, sa valeur diagnostique est faible (la scintigraphie est plus souvent négative).

⁹ Précité note 1, p. 1045.