

Traitement

Syndrome douloureux régional complexe (SDRC) – partie 2

Dr méd. Michael Alexander Harnik^a, PD Dr méd. Konrad Streitberger^a, Prof. Dr méd. Florian Brunner^b,
Dr scient. méd. Kay-Uwe Hanusch^c, Dr méd. Florian Reisig^a

^a Universitätsklinik für Anästhesiologie und Schmerztherapie, Inselspital, Universität Bern, Bern; ^b Physikalische Medizin und Rheumatologie, Universitätsklinik Balgrist, Zürich; ^c Physiothérapie, Spital Emmental, Burgdorf

¹ La première partie de l'article, «Syndrome douloureux régional complexe (SDRC) – partie 1: diagnostic», ainsi que l'éditorial «Douleur chronique – de symptôme à maladie» relatif à ces deux articles ont paru dans le numéro précédent (13–14) du Forum Médical Suisse.

À l'instar de la complexité de la mosaïque des symptômes cliniques d'un SDRC, son traitement est lui aussi constitué de nombreux éléments. La deuxième partie¹ de cet article de synthèse se penche en détail sur les divers traitements du SDRC, y compris leurs particularités. Nous terminons l'article avec des propositions concrètes d'action pour les premiers pas thérapeutiques.

Introduction

Tout comme le diagnostic, le traitement du syndrome douloureux régional complexe (SDRC – en anglais «complex regional pain syndrome» [CRPS]) confronte souvent les médecins traitants à un défi de taille [1, 2]. En raison de l'état contradictoire des données et des limitations des études, de nombreuses mesures peuvent au mieux faire l'objet d'une faible recommandation [3, 4–9]. Les propos suivants s'orientent sur la directive S1 de la Société allemande de neurologie de 2018, les recommandations émises en 2018 par le Royaume-Uni concernant le traitement du SDRC ainsi que les lignes directrices habituelles relatives au traitement médicamenteux des douleurs neuropathiques [3, 6, 10–12].

Un SDRC «récent» survenu typiquement 2–6 semaines après l'événement déclencheur constitue une urgence en médecine de la douleur et requiert au plus tôt une bonne coordination entre la prise en charge de premier recours et les disciplines spécialisées. Le traitement présente des points communs avec le traitement des douleurs neuropathiques, avec toutefois quelques particularités: la réhabilitation somatosensorielle (au moyen d'ergothérapie et physiothérapie spécialisées) revêt une importance particulière. Par ailleurs, un rythme thérapeutique élevé est recommandé car il est supposé que les principaux progrès surviennent au début de la maladie (c.-à-d. durant les 6 premiers mois) [13–15]. De manière générale, l'attention était jusqu'à présent portée sur l'amélioration fonctionnelle. Un sondage multicentrique récemment publié a toutefois montré que les patientes et patients accordaient en priorité une importance au soulagement de la douleur [16]. C'est pourquoi il convient de traiter non seulement

l'aspect fonctionnel, mais également les douleurs, les restrictions cliniques ainsi que les comorbidités psychiques/morales (particulièrement susceptibles de se développer en séquelles de la maladie). Sont décrites ci-après les premières mesures thérapeutiques telles qu'elles doivent être initiées au cabinet de médecine de famille, mais aussi lors du contrôle chirurgical postopératoire. Le traitement peut initialement avoir lieu en ambulatoire, mais la consultation de consœurs et confrères ou d'un établissement spécialisés dans le traitement du SDRC est recommandée [3, 15].

Traitement

Physiothérapie, ergothérapie et thérapie comportementale

Les patientes et patients souffrant de douleurs chroniques dues à un SDRC ont tendance à ménager les extrémités concernées [17]. Cela peut déclencher un cercle vicieux entre atrophie, ostéopénie d'inactivité et négligence [18]. C'est pourquoi les éléments de thérapie comportementale sont une composante essentielle du traitement. Dans la plupart des directives publiées au cours des dix dernières années, des mesures conservatrices sont décrites en tant que traitement de première ligne, mais aucune donnée de qualité n'est toutefois disponible pour la plupart des formes thérapeutiques. La «Graded Motor Imagery» (imagerie motrice graduelle, fig. 1) et la thérapie miroir semblent fournir le meilleur effet [19]. Il est recommandé de débiter très tôt avec une thérapie de mouvements passifs et actifs et d'opter pour une approche multimodale comportant un accompagnement éducatif de la douleur et une thérapie compor-



Michael Alexander Harnik

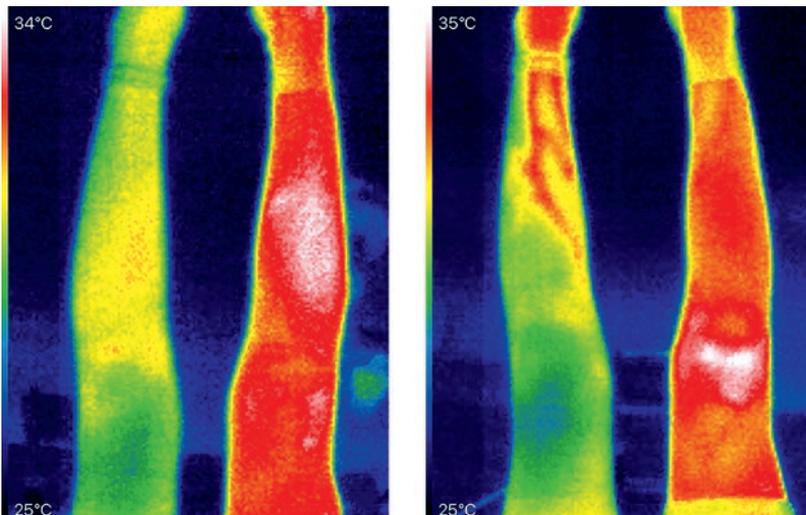


Figure 1: Images infrarouges avant la «Graded Motor Imagery» (à gauche) et après (à droite).

tementale [18]. La mobilisation passive ne doit jamais être pratiquée contre la volonté des patientes et patients, et nécessite leur coopération active [3]. L'analgésie joue alors un rôle important puisqu'elle assiste le traitement ou constitue même une condition préalable nécessaire.

Traitement topique

Diméthylsulfoxyde

Le diméthylsulfoxyde (DMSO) est un piégeur de radicaux libres utilisé en application topique contre les inflammations locales. Au vu de l'état incertain des études, aucune recommandation univoque ne peut être émise pour ce traitement [3]. Une étude randomisée contrôlée (RCT) datant de 1996 a certes pu montrer un effet significatif, mais le groupe placebo avait reçu une crème grasse à l'odeur neutre [20], ce qui a été critiqué plus tard comme une potentielle absence d'insu. En cas de réponse, l'application topique d'une substance aux propriétés analgésiques peut toutefois également favoriser le sentiment d'auto-efficacité du patient, ce qui – du moins théoriquement – pourrait constituer un facteur protecteur contre le développement de douleurs chroniques [21]. Le DMSO est mélangé à 50% à une crème grasse et appliqué 5x par jour.

Lidocaïne

La lidocaïne est considérée comme traitement de deuxième ligne des douleurs neuropathiques [10, 11, 22], mais son utilisation peut aussi être tentée en cas de SDRC en l'absence de réponse à une crème contenant du DMSO. Une crème (souvent sous forme de mélange eutectique avec prilocaïne 1:1) ou un patch de lidocaïne sont alors prescrits pendant max. 12 heures par utilisation.

Traitement systémique

Anti-inflammatoires non stéroïdiens

Le traitement médicamenteux systémique repose sur les directives relatives au traitement des douleurs neuropathiques [3, 18]. Les anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) ne revêtent alors qu'une faible importance. Lors de la phase initiale du SDRC, ils peuvent être utilisés pour le traitement de l'inflammation périphérique (en réduisant la prostaglandine via inhibition de COX-1 et COX-2), d'où la prescription fréquente de cette classe de médicaments. Toutefois, les RCT actuelles n'ont pu jusqu'à présent montrer aucun effet positif [23, 24].

Opioides

Les opioïdes déploient principalement leur efficacité par agonisme au niveau du récepteur μ dans le système nerveux central. Une autre analgésie survient pour certaines préparations par inhibition supplémentaire de la recapture de la noradrénaline et la sérotonine (ce qui renforce à son tour l'inhibition de la douleur au niveau de la moelle épinière). Il n'existe guère de données sur l'efficacité des opioïdes en cas de SDRC, ce qui explique pourquoi cette classe de substances n'est même pas mentionnée dans les directives courantes. En ce qui concerne les douleurs neuropathiques, une revue systématique de 2015 [10] ainsi que les recommandations correspondantes considèrent le tramadol comme le seul opioïde destiné au traitement de deuxième ligne [11]. Les autres substances apparentées à la morphine sont éventuellement envisagées comme traitement de troisième ligne. Cela concorde en grande partie avec les recommandations actuelles de la Société allemande de neurologie, dans lesquelles toutefois *tous les opioïdes y compris le tramadol sont classés comme traitement de troisième ligne* [22]. La cause de la mauvaise évaluation est notamment due à l'incidence élevée d'effets indésirables: une mauvaise utilisation survient dans env. 20–30% des cas, le risque de dépendance est de 8–12% [25]. De même, la mortalité après prescription d'opioïdes est nettement accrue avec un hazard ratio s'élevant globalement à 1,64 et même à 4,16 au cours des 30 premiers jours [26]. Il convient également de signaler ici le risque de tolérance et d'hyperalgésie induite par les opioïdes [27]. Une évaluation très semblable est émise dans la directive S3 actuelle du groupe de travail des sociétés scientifiques et médicales allemandes (AWMF) concernant l'utilisation à long terme d'opioïdes en présence de douleurs chroniques d'origine non tumorale. Dans le cas des neuropathies, seule la polyneuropathie diabétique peut faire l'objet d'une forte recommandation d'utilisation à court terme d'opioïdes – et ce uniquement pour un

maximum de 12 semaines [28]. De manière générale, aucune préparation à libération par afflux ne doit être prescrite. Si, malgré les inquiétudes exprimées, la patiente ou le patient répondent aux opioïdes par une réduction de la douleur, ceux-ci peuvent être administrés pour une durée limitée comme aide au traitement somatique/conservateur. Pour résumer, les substances apparentées à morphine ne doivent être utilisées qu'avec réserve et uniquement en observant des objectifs thérapeutiques clairement définis et des contrôles réguliers du succès thérapeutique [29].

Antineuropathiques

La gabapentine a révélé au moins un léger effet analgésique en cas de SDRC I [30]. Dans une sous-population d'adolescents, la gabapentine et l'amitriptyline étaient toutes deux efficaces [31]. Une étude faisant appel à la carbamazépine a montré une réponse positive au médicament. Toutefois, l'examen a été réalisé chez des patientes et patients au moyen de stimulateurs de la moelle épinière [32]. Par ailleurs, des antineuropathiques sont utilisés conformément à l'expérience du spécialiste prescripteur [12]. Le traitement de première ligne inclut des antidépresseurs tricycliques (amitriptyline, trimipramine), des inhibiteurs de la recapture de la sérotonine-noradrénaline (IRSN; duloxétine) et des antiépileptiques (gabapentine, prégabaline). Etant donné que l'amitriptyline n'est pas disponible sous forme de gouttes en Suisse, une augmentation prudente de la dose peut également être effectuée à l'aide de gouttes de trimipramine, avant de passer à la préparation mieux étudiée (c'est-à-dire l'amitriptyline) à partir d'une dose de 25 mg. L'effet inducteur de sommeil des tricycliques peut alors être utilisé comme traitement d'accompagnement des troubles du sommeil souvent présents.

Stéroïdes

Les corticostéroïdes sont décrits dans les études comme efficaces pour le traitement du SDRC [24, 33–36]. Une revue souvent citée datant de 1997 a émis une recommandation directe pour l'administration de stéroïdes en cas de SDRC [9], ce qui est également mentionné dans des travaux ultérieurs [12, 18]. Une RCT «open-labeled» réalisée en 2016 a examiné les répercussions d'une administration à long terme de prednisolone en cas de SDRC à la suite d'un accident vasculaire cérébral [36]. Elle est parvenue à la conclusion qu'un traitement à base de prednisolone faiblement dosée pendant au maximum deux mois était sûr et efficace. Il est conseillé de débiter le traitement le plus tôt possible (dans les deux premiers mois) et principalement en présence de composantes inflammatoires [12, 18].

Autre parcours thérapeutique dans des centres spécialisés

Bloc de la chaîne sympathique

La dysrégulation autonome et la réponse accrue aux catécholamines sont considérées responsables du maintien d'un SDRC [37, 38]. Afin d'interrompre ce processus, un bloc de la chaîne sympathique peut être effectué (ganglion stellaire pour les extrémités supérieures [fig. 2 et 3], chaîne sympathique lombaire pour les extrémités inférieures). Toutefois, la dernière revue *Cochrane* réalisée à ce sujet n'a pu trouver aucun effet essentiel de l'intervention [39]. Cela était notamment dû à la mauvaise qualité de la plupart des études incluses. À l'avenir, il convient d'identifier les sous-groupes de patientes et patients pouvant profiter d'un bloc. Il n'existe actuellement aucun facteur d'évaluation de la probabilité avant test: il n'est possible de savoir si une patiente/un patient répond au bloc ou pas qu'une fois le test réalisé. Si l'intervention entraîne un soulagement de la douleur, elle est néanmoins hautement efficace [40], c'est pourquoi elle peut aussi être proposée en série. Celle-ci doit impérativement être ancrée dans un concept multimodal et les séances de bloc doivent être suivies d'un traitement corporel d'ergothérapie et de physiothérapie. L'intervention est «la clé vers le traitement proprement dit».

Bisphosphonates

Les bisphosphonates sont actuellement recommandés avec réserve [3]. Leur efficacité a été examinée dans une revue systématique avec méta-analyse de quatre études de qualité modérée à bonne [41]. Le mécanisme d'action est complexe et une baisse de la concentration de protons sur site est en fin de compte supposée [42]. Dans les études observées, aucune complication grave n'est survenue, mais nettement plus d'effets indésirables sont



Figure 2: Réalisation d'un bloc du ganglion stellaire sous contrôle échographique.

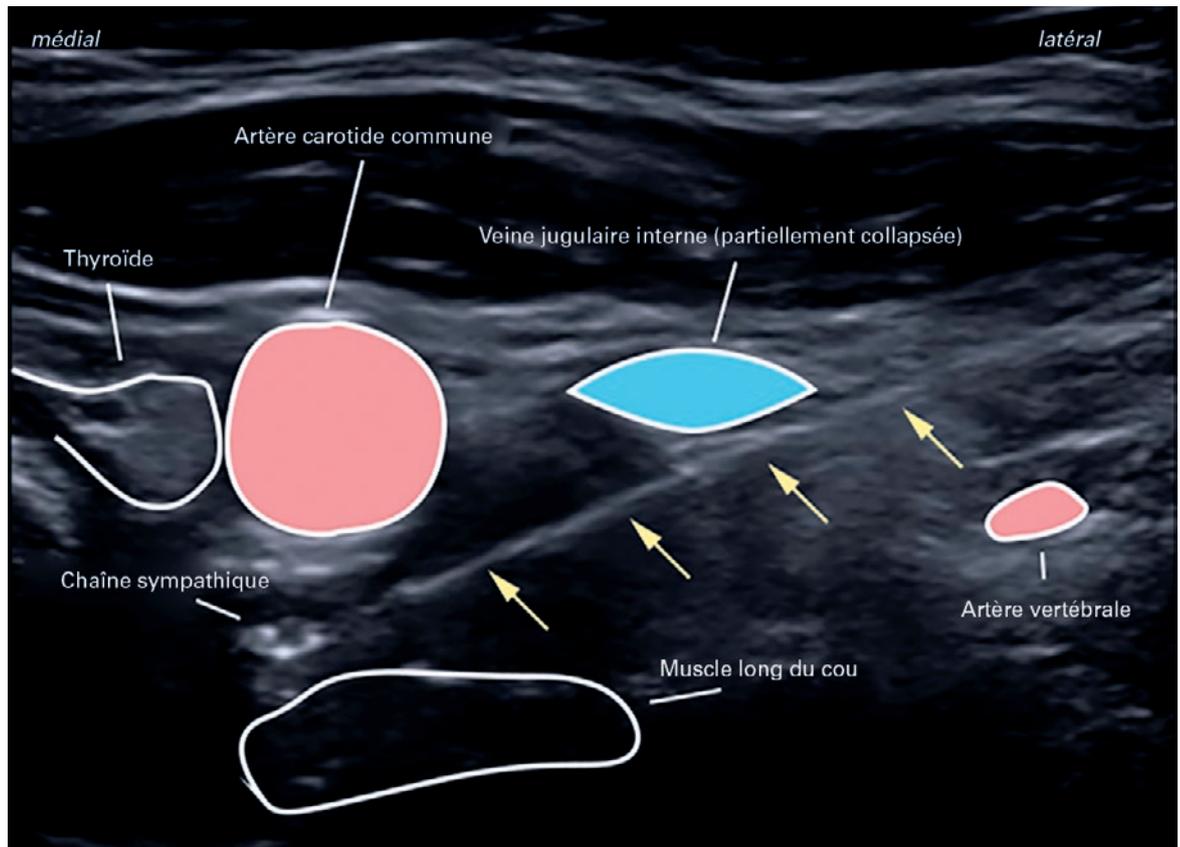


Figure 3: Echographie d'un bloc du ganglion stellaire. Les flèches montrent l'aiguille, représentée dans toute sa longueur, permettant d'éviter au possible toute lésion des structures avoisinantes.

apparus chez 35,5% des patientes et patients par rapport à 16,4% dans le groupe placebo: ont été décrits fièvre modérée, intolérance gastro-intestinale, érythème, hypocalcémie sans symptômes cliniques et polyarthralgie. Le «number needed to harm» (NNH) était de 4,6 et donc relativement faible. Il convient d'évaluer attentivement les avantages possibles d'un traitement contre les dommages potentiels. L'utilisation chez les femmes jeunes avant la ménopause est en particulier déconseillée. Lorsqu'un état dentaire nécessitant un assainissement est supposé, un contrôle dentaire doit avoir lieu avant l'administration de bisphosphonates afin de prévenir le risque d'ostéonécroses d'origine iatrogène.

«Spinal cord stimulators» et «dorsal root ganglion stimulators»

Une étude rétrospective avec 25 patientes et patients et une période de suivi de 88 mois (en moyenne) a montré le meilleur effet d'une implantation de «spinal cord stimulator» (SCS), dans la mesure où elle a été réalisée un an après survenue du SDRC [43]. Cela n'a toutefois pas permis de stopper la progression de la maladie. Une revue dans laquelle ont été évaluées 19 études portant sur le SCS a révélé une efficacité en termes de soulagement de la douleur. Cependant, les données

relatives à l'amélioration psychologique, la qualité du sommeil et l'amélioration fonctionnelle étaient contradictoires [44]. Une stimulation ciblée au niveau du ganglion spinal («dorsal root ganglion» [DRG]) peut constituer une alternative pertinente au SCS, mais il manque encore les études nécessaires pour pouvoir émettre une recommandation claire.

Kétamine

Une revue systématique datant de 2015 n'a permis d'émettre des recommandations que faibles à modérées concernant le traitement intraveineux à base de kétamine [45]. Une revue plus récente de 2018 est parvenue à la même conclusion [46]. En raison de l'antagonisme du N-méthyl-D-aspartate (NMDA), qui est également utilisé pour le traitement de la sensibilisation centrale à la douleur, les auteurs en question recommandent une administration subanesthésique ou à faible dose du médicament. Celle-ci doit néanmoins toujours avoir lieu sous la surveillance adéquate d'un établissement spécialisé.

Calcitonine

La calcitonine inhibe l'activité ostéoclastique et régule le taux sanguin de calcium, tout en possédant un effet analgésique. L'état des études sur ce médicament est

controversé, les résultats des revues systématiques et méta-analyses actuelles ne sont pas univoques [3, 47–49]. Ainsi, il n'existe pas de recommandation claire, mais la calcitonine peut être utilisée pour le traitement d'un SDRC pendant quatre à maximum huit semaines. Le flush survient souvent en tant qu'effet indésirable, des complications significatives ne sont néanmoins pas attendues à un dosage faible.

Traitements non recommandés

En ce qui concerne les traitements suivants, des recommandations claires font défaut, en raison soit de l'état contradictoire des données, soit de résultats négatifs dans des RCT: *immunoglobulines intraveineuses* [50]. Il n'existe aucune recommandation univoque concernant *l'anesthésie régionale par cathéter*. Un effet protecteur des blocs nerveux périphériques a longtemps été supposé, mais les résultats d'études sont jusqu'à présent rares [51, 52]. Il existe quelques rapports concernant le soulagement de la douleur au moyen de blocs continus

de plexus [53], mais aucune recommandation thérapeutique n'est possible sans indication du nombre de sujets ou en l'absence d'un groupe témoin. L'effet préventif de *la vitamine C* n'est pas prouvé pour le traitement, ce qui signifie que, dès la survenue d'un SDRC, l'administration «peut» avoir lieu, mais n'est pas «obligatoire».

Pour résumer, nous avons établi un parcours thérapeutique servant de référence, représenté à la figure 4. Cela constitue la première étape avec une durée visée d'au maximum trois mois (traitement effectué par des médecins de famille ou des spécialistes en neurologie, rhumatologie, orthopédie, chirurgie de la main). La figure 5 présente en détail deux médicaments anti-neuropathiques systémiques souvent utilisés.

Perspectives

Le mécanisme pathologique exact du SDRC reste à clarifier et les sous-groupes supposés doivent encore être

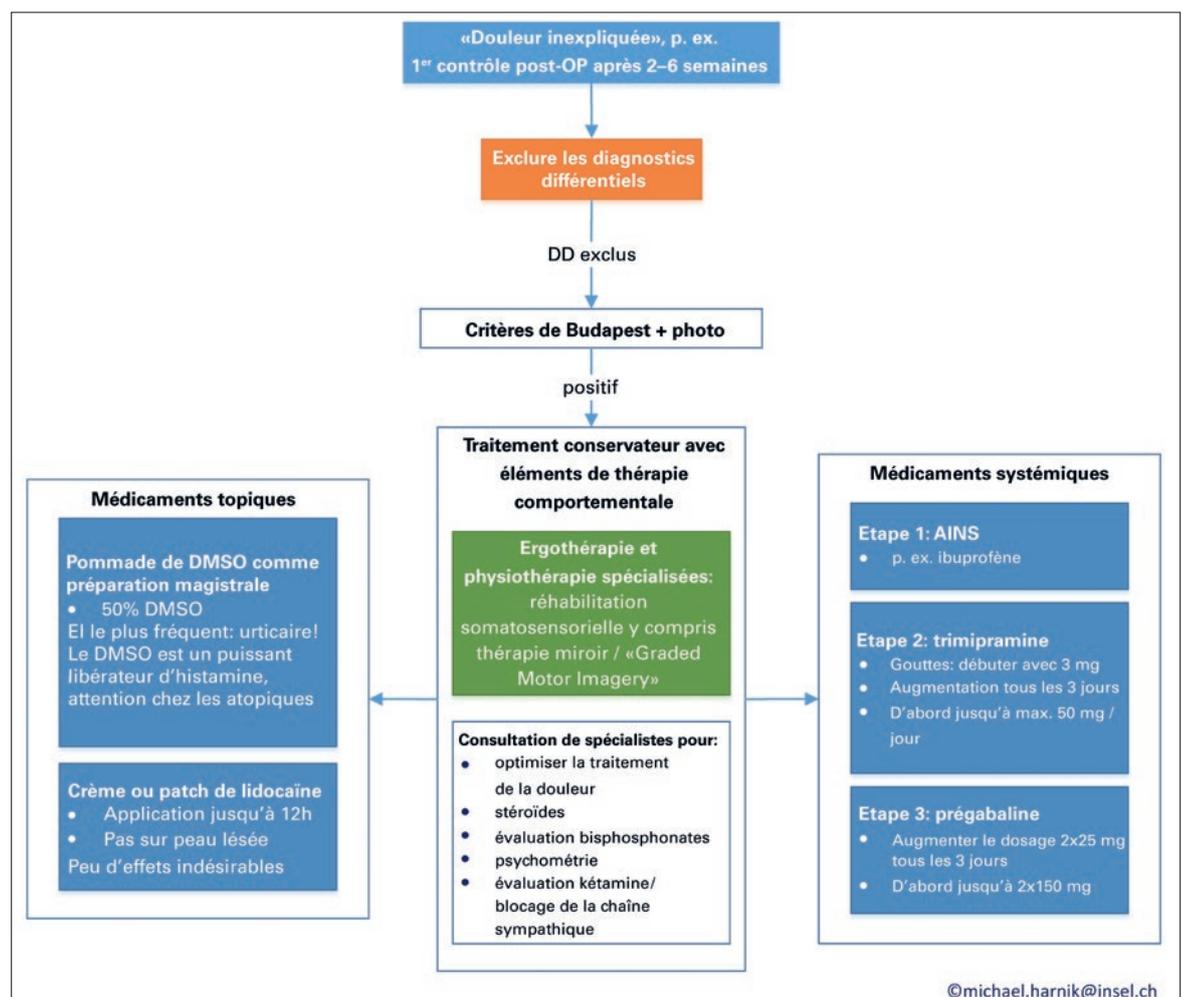
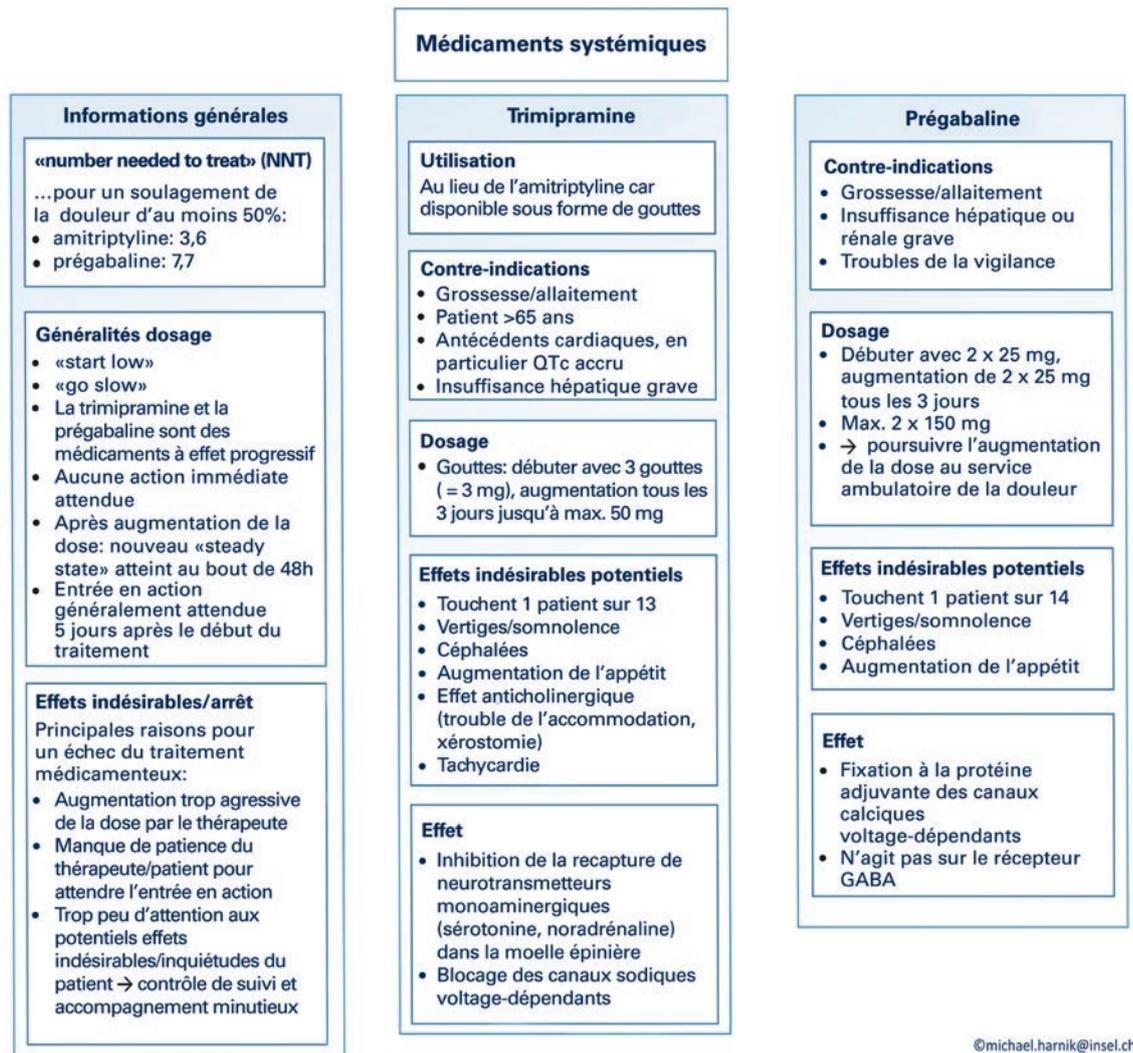


Figure 4: Proposition d'un parcours thérapeutique pragmatique en cas de diagnostic d'un syndrome douloureux régional complexe (SDRC) pendant les trois premiers mois (©michael.harnik@insel.ch). post-OP: postopératoire; DD: diagnostic différentiel; DMSO: diméthylsulfoxyde; EI: effet indésirable; AINS: anti-inflammatoire non stéroïdien.



©michael.harnik@insel.ch

Figure 5: Examen détaillé de deux antineuropathiques souvent utilisés (©michael.harnik@insel.ch).

Correspondance:

Dr méd.

Michael Alexander Harnik
Universitätsklinik für
Anästhesiologie und
Schmerztherapie
Inselspital, Universität Bern
Freiburgerstrasse 18
CH-3010 Bern
michael.harnik[at]insel.ch

identifiés. Afin d'obtenir une collecte standardisée dans le cadre d'études multicentriques, un groupe international de recherche a convenu d'un nombre minimum de paramètres à enregistrer [54]. L'objectif sera de développer un traitement spécifique à partir des découvertes des prochaines années [55]. Notre expé-

rience personnelle nous permet de rapporter que, chez de nombreux patients et patientes, l'examen diagnostique et la consultation de spécialistes en médecine de la douleur ont eu lieu trop lentement et trop tard. Il convient à l'avenir d'adopter un changement de mentalité et de diagnostiquer rapidement les «douleurs inexpliquées».

L'essentiel pour la pratique

- Il est conseillé de consulter au plus tôt les consœurs et confrères expérimentés dans le traitement de la douleur.
- Un traitement multimodal assure le meilleur succès thérapeutique. En particulier au début, le traitement doit rapidement être complété, surtout en l'absence d'amélioration.
- Il est essentiel de tenir compte de la situation psychique/morale des patientes et patients ainsi que de leurs perspectives professionnelles et financières.

Remerciements

Nous remercions Dr méd. Michael Gassmann; Médecine interne générale, Praxis Dr. med. Gassmann Michael, cabinet médical, Berne, pour la révision de l'article.

Disclosure statement

Les auteurs n'ont pas déclaré des obligations financières ou personnelles en rapport avec l'article soumis.

Références

La liste complète des références est disponible dans la version en ligne de l'article sur <https://doi.org/10.4414/fms.2021.08716>.