



# Le Syndrome Douloureux Régional Complexe

---

Marie-Li Dion Parenteau  
*Physiothérapeute*

Action Sport Physio  
Santé et mieux-être

# Table des matières

---

Préface . . . . .	3
Définition . . . . .	4
Épidémiologie et facteurs de risque . . . . .	5
Critères diagnostiques . . . . .	6
Diagnostic différentiel . . . . .	7
Sous-groupes du SDRC . . . . .	9
Physiopathologie du SDRC . . . . .	11
Présentation clinique - Corps et espace . . . . .	14
Traitements en physiothérapie . . . . .	15
Traitements connexes et alternatives . . . . .	20
Conclusion . . . . .	21
Références . . . . .	22

# Préface

Le syndrome douloureux régional complexe (SDRC) est une douleur neuropathique disproportionnée qui peut survenir à la suite d'un événement. Il s'agit d'une affection chronique qui implique une multitude de signes et symptômes comme des engourdissements, des sensations de brûlure, une hypersensibilité et de la douleur.

La douleur est généralement ressentie au site original de la blessure, communément dans la main ou dans le pied, et s'étend plus largement dans le bras ou dans la jambe respectivement sans pour autant qu'il n'y ait de dommages au niveau des tissus de ces membres. De plus, la douleur reste présente des mois après que la blessure soit guérie. Cela est malheureusement dû à une réorganisation de certaines régions du cerveau. Cependant, grâce à la plasticité cérébrale, la réadaptation en physiothérapie est possible. Nous verrons un peu plus en détail ce qu'est un syndrome douloureux régional complexe, ses implications, son diagnostic et les traitements possibles.

# Définition

Auparavant, le syndrome douloureux régional complexe (SDRC) portait plusieurs noms tels que la maladie de Sudek, le syndrome de la dystrophie sympathique réflexe et la causalgie. Cela est dû à une multitude de symptômes et de caractéristiques qui ont été observés chez différents patients (initialement chez des soldats blessés) ayant subi à travers le temps des blessures affectant les nerfs.

En 1994, le *International Association for the Study of Pain* (IASP) a proposé un nouveau terme afin d'unifier les pratiques et la recherche : le syndrome douloureux régional complexe (SDRC). Le terme syndrome signifie un ensemble de signes et de symptômes. Le terme douloureux est inclus, car c'est le principal symptôme et cette douleur est sévère et disproportionnée. En d'autres mots, la douleur va au-delà de sa présentation normale en termes d'intensité, de localisation et de présentation. Le terme *régional* indique qu'un membre ou une région particulière du corps est affecté. Puis, le terme complexe décrit la nature variée et dynamique du tableau clinique. En effet, la pathophysiologie du SDRC implique de nombreux systèmes du corps humain et n'est pas entièrement comprise à l'heure actuelle.

# Épidémiologie et facteurs de risque

Le SDRC est une condition très rare : Entre 5.5 et 26.2 cas pour 100 000 personnes par an. Il se développe davantage chez la femme que chez l'homme. L'âge moyen est de 36 à 42 ans, mais le SDRC pourrait aussi être présent chez un enfant ou une personne âgée. Il existe deux types de SDRC. Le type I survient suite à une lésion musculaire ou osseuse et le type II survient suite à une lésion nerveuse. Le type I est plus fréquent que le type II ; le membre supérieur (bras) est plus souvent atteint que le membre inférieur (jambe); et le SDRC survient plus souvent lors d'une blessure d'articulations distales (pied, main) que proximales (genou, épaule). 67% des SDRC se développent après un traumatisme, le plus commun étant une fracture du poignet. Toutefois, le SDRC peut aussi survenir après une opération (21%), une brûlure (2%) ou d'autres événements (5%) tels un AVC.

Les facteurs de risques sont une douleur de plus de 5 sur 10 dans la première semaine suivant le traumatisme, une fracture complexe, une immobilisation prolongée ou le port d'un plâtre trop serré. Il n'y a pas de relation entre la sévérité de la blessure et l'apparition d'un SDRC. La présence de facteurs psychologiques comme le stress et l'anxiété n'augmentent pas le risque de développer un SDRC. Par contre, ces facteurs sont souvent présents lors d'un SDRC et peuvent ralentir la progression des traitements. Étant donné que le SDRC implique des mécanismes d'inflammation, certaines études tendent vers une association entre le SDRC et la migraine, l'ostéoporose et l'asthme.

# Critères diagnostiques

Tout d'abord, le SDRC est un syndrome avec une pathophysiologie incertaine. Il n'est donc pas possible de le diagnostiquer via des marqueurs biologiques spécifiques ou par des examens d'imageries. Son diagnostic est donc clinique, c'est-à-dire qu'il se base sur l'histoire du traumatisme, l'examen physique, l'observation de signes et les symptômes du patient. Des critères diagnostiques ont été établis par l'IASP en 2003 à Budapest afin d'améliorer la reconnaissance d'un SDRC tout en limitant le plus possible les sur-diagnostic.

Le premier critère est rempli si le patient rapporte des douleurs continues et disproportionnées en sévérité par rapport à l'évènement initial. Le deuxième critère nécessite la présence d'au moins un symptôme dans au moins trois catégories (sensitive, vasculaire, oedème/sudomoteur et moteur/trophique). Le troisième critère requiert la présence d'un signe lors de l'évaluation dans au moins deux catégories (Voir le tableau 1). Le quatrième critère exige qu'aucun autre diagnostic puisse mieux expliquer les signes et symptômes.

**Tableau 1.** Critères diagnostiques de Budapest de l'IASP

Catégorie		Signe (Le thérapeute voit ou détecte un problème)	Symptôme (Le patient rapporte un problème)
Somatosensoriel	Hyperalgésie et/ou allodynie et/ou pression profonde et/ou mouvement articulaire		
Vasomoteur	Différence de température et/ou changement de couleur de peau et/ou asymétrie de coloration	(La différence de température doit être d'au moins 1°C)	
Sudomoteur/ Oedème	Oedème et/ou changement de la sudation et/ou différence de sudation		
Moteur/ Trophique	Amplitude articulaire diminuées et/ou dysfonction motrice (faiblesse, tremblements, dystonie) et/ou changements trophiques (poils, ongles, peau)		

*Il est à noter que la mesure de la perfusion via l'oxymétrie semble être une voie prometteuse dans le diagnostic du SDRC, cependant plus d'études sont nécessaires.*

**Figure 1.**

SDRC à la main droite et au pied gauche présentant de l'œdème, des changements et une asymétrie de coloration et des changements trophiques.



## Diagnostic différentiel

Par ailleurs, pour répondre au quatrième critère, un diagnostic différentiel doit être fait par un professionnel de la santé pour éliminer la possibilité d'une atteinte neurologique, vasculaire, myofasciale, inflammatoire, infectieuse et/ou psychologique. Comme nous avons vu dans le tableau ci-haut, le SDRC inclut des changements moteurs, vasomoteurs, somatosensoriels, sudomoteurs et de l'œdème. Nous allons voir quelques exemples de caractéristiques nous permettant de faire un diagnostic différentiel avec l'infection, la fracture, la neuropathie et la cicatrisation tardive. Il est cependant à noter que plusieurs autres diagnostics différentiels existent et c'est pourquoi les exemples à venir sont à titre indicatifs seulement.

Une infection n'inclut pas de changements trophiques ou sudomoteurs. L'œdème est local plutôt que diffus. La région infectée est chaude et rouge, représentant des signes d'inflammation, mais

## Le Syndrome Dououreux Régional Complexe

celle-ci n'est pas froide. Au niveau somatosensoriel, seule une augmentation de la douleur est présente (hyperalgésie). Il y a absence d'allodynie, soit une stimulation douloureuse qui n'est normalement pas douloureuse. Enfin, la douleur cause l'inhibition de la motricité (impotence douloureuse).

En ce qui concerne une fracture, celle-ci ne présente pas de changements trophiques, sudomoteurs et vasomoteurs. Tout comme l'infection, il y a une inhibition de la motricité secondaire à la douleur (impotence fonctionnelle), une douleur localisée de type hyperalgésique (somatosensoriel) et un peu d'oedème localisé. Contrairement au SDRC, une fracture complexe implique une douleur et une incapacité moins intenses. Il y a également moins de symptômes présents en même temps (ex : pas de changement de température ou pas de changement de couleur de la peau) et l'oedème n'est pas diffus et persistant comme le SDRC. De plus, moins d'altérations sensorielles sont présentes dans le cas d'une fracture complexe et le niveau d'anxiété est moins élevé.

La neuropathie n'inclut pas de changements vasomoteurs ni d'oedème. Une allodynie et une hyperalgésie sont présentes, mais celles-ci respectent la topographie dermatomale (aire de la peau innervée par un nerf). Il est possible de retrouver un changement sudomoteur, par exemple chez les diabétiques. Un changement trophique peut survenir si la douleur neuropathique inclut une perte de fonction. Puis, la neuropathie peut présenter une faiblesse musculaire douloureuse ou non douloureuse.

Quant à elle, la cicatrisation tardive inclut des changements moteurs, vasomoteurs, somatosensoriels et de l'oedème. Elle peut parfois inclure des changements trophiques et sudomoteurs. En effet, on retrouve des limitations fonctionnelles douloureuses, une peau chaude et un oedème qui sont locaux (pas diffus comme dans le SDRC), et une augmentation de la douleur (hyperalgésie). Une perte de poils, d'ongles ou de peau est rare, mais parfois présente. Une sécheresse de la peau peut également être présente. Il est à noter que ces symptômes

peuvent durer plusieurs semaines et même plusieurs mois ce qui peut biaiser la distinction entre la cicatrisation tardive et le SDRC. Il est donc important de connaître les temps normaux de cicatrisation afin de déceler une cicatrisation tardive d'un SDRC. Par ailleurs, la localisation de la douleur sera un autre indice permettant de distinguer la cicatrisation tardive d'un SDRC.

Il est recommandé de faire le diagnostic le plus tôt possible afin d'offrir un meilleur pronostic. Généralement le SDRC se développe dans les 3 à 8 semaines après la blessure initiale. Il y a d'ailleurs une grande variabilité dans les études quant à l'histoire naturelle et le pronostic. En effet, certains auteurs disent qu'il y aurait 75% de guérison des symptômes la première année, tandis que d'autres auteurs disent qu'il n'y a aucun cas de rémission spontanée dans la première année. Dans 15% à 20% des cas, le SDRC est sévère et dure plus longtemps. Dans 22% à 64% des cas, certains symptômes persistent après 3 ans.

## Sous-groupes du SDRC

À l'origine, le SDRC était catégorisé par phase: la phase chaude, la phase froide et la phase d'atrophie. Selon la théorie des phases, le SDRC débute dans une phase aiguë où le membre atteint est rouge, chaud et gonflé. Par la suite, le SDRC progresse vers une phase dystrophique où le membre devient froid, subit une décoloration de la peau, présente une faiblesse musculaire et aussi une perte d'amplitude. Puis, le SDRC termine en phase atrophique où la douleur est moindre, mais le membre a perdu sa masse osseuse, musculaire et la peau est amincie.

Des études ont montré que tous les patients ne passent pas par les trois phases nommées ci-dessus. La phase dans laquelle se retrouve un patient SDRC n'est pas indicative de la progression de sa condition et n'est pas corrélée avec la durée du syndrome. En effet, 2/3 des patients débutent dans une phase chaude et progressent vers une phase froide, alors que 1/3

## Le Syndrome Dououreux Régional Complexe

des patients débutent dans une phase froide et restent dans une phase froide. Il est assez rare que des patients débutent dans une phase froide et progressent vers une phase chaude. Il est donc préférable de regrouper les SDRC en fonction des symptômes plutôt que par phase.

Le tableau 2 présente les différents sous-groupes de SDRC. Le groupe 1, soit le groupe *Vasomoteur*, inclut des symptômes tels qu'un changement de température significatif entre le membre atteint et le membre opposé non atteint, un changement de couleur, une faiblesse musculaire et un changement au niveau des ongles, des poils, etc. Le groupe 2 représente le groupe *Douleur*, soit des patients qui décrivent une douleur plus forte secondairement à un stimulus qui serait normalement douloureux (hyperalgésie), ou une douleur à la suite d'un stimulus normalement non douloureux (allodynie). Ce groupe rapporte très peu de symptômes vasomoteurs. Puis, le groupe 3, soit le groupe *SDRC++*, inclut à la fois des symptômes vasomoteurs et des symptômes douloureux. Ces derniers sont davantage présents que dans les groupes 1 et 2.

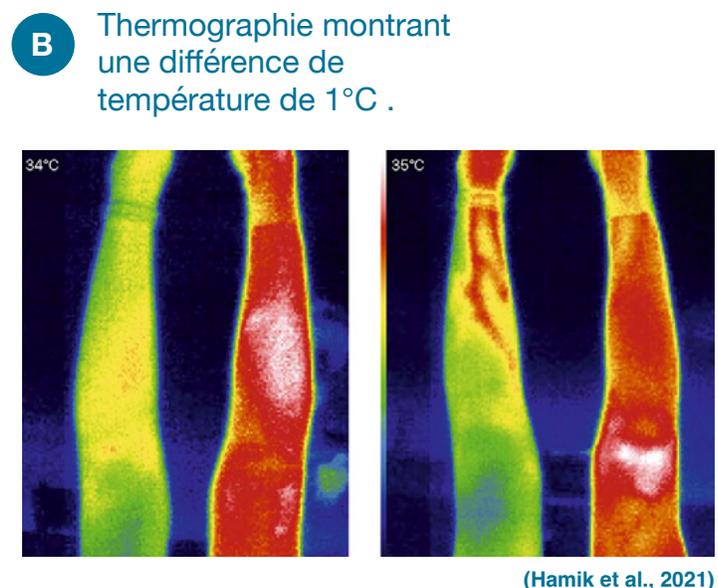
**Tableau 2.** Sous-groupes du SDRC en fonction des symptômes rapportés

Groupe 1 Vasomoteur	Groupe 2 Douleur	Groupe 3 SDRC ++
Température	Allodynie	Tout plus que les autres (Beaucoup de douleur et de troubles vasomoteurs)
Couleur	Hyperalgésie	
Faiblesse	Très peu vasomoteur	
Changement phanère		

## Physiopathologie du SDRC

Tel que mentionné précédemment, le SDRC se déclenche suite à un trauma initial. Il s'ensuit une inflammation locale (oedème, rougeur, chaleur, etc.). Cela entraîne une dysfonction endothéliale, c'est-à-dire une perturbation des cellules qui tapissent l'intérieur des vaisseaux sanguins. Il s'agit d'un mécanisme complexe qui n'est pas encore entièrement compris, mais ces changements mènent à une dysfonction du système nerveux sympathique en périphérie. Cette dysfonction se manifeste par des symptômes vasomoteurs, sudomoteurs, trophiques, moteurs et somatosensoriels, comme des changements au niveau du volume, de la couleur, ou de la température du membre atteint. Elle entraîne aussi une plus grande difficulté d'adaptation aux variations de température. Les patients atteints de SDRC sont donc moins aptes à préserver la température de leur membre atteint. Par contre, toutes les altérations du système sympathique ne sont pas systématiques et ces altérations peuvent être mineures. C'est pourquoi la présentation du SDRC est très variable d'un patient à un autre.

**Figure 2.**



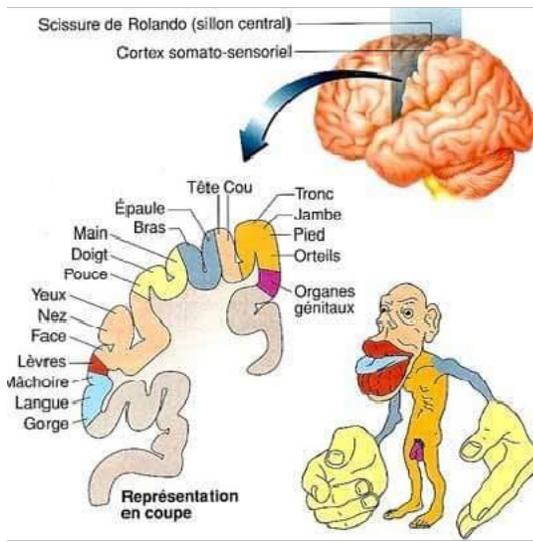
## Le Syndrome Douloureux Régional Complexe

Une dérégulation du système nerveux sympathique peut entraîner une hypersensibilité périphérique, c'est-à-dire que les tissus périphériques deviennent anormalement sensibles à l'activité du système nerveux sympathique. Cela a été démontré via l'injection de noradrénaline. En effet, une augmentation de noradrénaline dans le corps représente une augmentation de l'activité du système nerveux sympathique et son injection a suscité un phénomène douloureux chez certains patients. Cependant, seulement 30 à 50% des patients SDRC présenteraient un lien entre le système nerveux sympathique et la douleur. Dans ces cas, le patient pourrait possiblement avoir une diminution de la douleur suite à un bloc sympathique. Il s'agit bien d'une injection permettant de « bloquer » les nerfs sympathiques pour réduire la douleur et améliorer la qualité de vie.

La sensibilisation centrale est un phénomène physiologique normal et réversible. Il s'agit d'une augmentation de la réactivité du système de transmission du danger dans le système nerveux central. Toutefois, une hypersensibilité centrale peut se déclencher suite à une dérégulation des systèmes inhibiteurs et excitateurs. Le stress sympathique va alors augmenter la perception douloureuse plutôt que l'inhiber (réaction normale). Chez les patients atteints d'hypersensibilité centrale, une situation de contrainte cognitive va engendrer de la douleur. Par exemple : une double tâche ou une tâche exécutée rapidement, ou encore l'écoute d'un son intense. Nous verrons plus loin les traitements possibles en physiothérapie.

**Figure 3.**

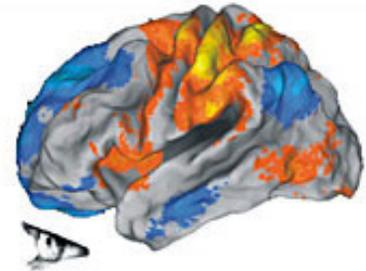
**A** Homonculus et représentation somatotopique du cortex S1.



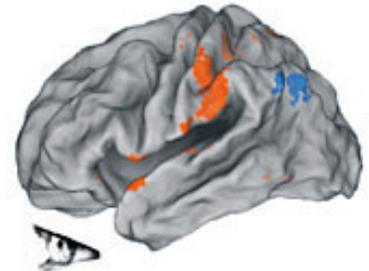
(Yaya, 2020)

**B** Augmentation de l'activité cérébrale en présence d'hyper sensibilité centrale en comparaison avec un cerveau sain.

**HYPERSENSIBILITÉ CENTRALE**



**SAIN**



(Physiopedia, 2021)

Au niveau structural, la « carte » de la surface du corps (organisation somatotopique) se retrouve dans le cortex somatosensoriel S1. Il a été montré que l'aire représentant le membre atteint se déplace et devient plus petit chez un SDRC. Cela démontre une réorganisation corticale pouvant être en lien avec l'intensité de la douleur et la présence d'hyperalgésie mécanique (exagération de la sensibilité douloureuse en lien avec un stimulus mécanique). Il y aurait également une dérégulation de la connectivité thalamus-S1 affectant la sensibilité tactile et une altération du cortex moteur primaire M1 causant les symptômes moteurs tels qu'une faiblesse musculaire et une perturbation des schémas moteurs.

Les autres hypothèses sur la physiopathologie du SDRC sont les facteurs liés à l'immunité et les facteurs génétiques. Il semble y avoir un mécanisme auto-immun car des anticorps dirigés contre

le système nerveux sympathique auraient été retrouvés chez certains patients SDRC. Toutefois, il n'y a pas encore de certitude quant à la façon dont ces systèmes interagissent entre eux. En ce qui concerne les facteurs génétiques, il y aurait potentiellement un phénomène de prédisposition du système nerveux sympathique. Des études ont montré qu'une personne a plus de risques de développer un SDRC si un membre de sa famille a souffert d'un SDRC lorsqu'il était jeune. Ce sont des pistes intéressantes qui nécessitent encore plusieurs années d'études.

# Présentation clinique - Corps et espace

L'image corporelle représente la façon dont on décrit notre corps et celle-ci est perturbée chez les patients SDRC. En effet, ils ont tendance à surestimer la taille du membre affecté et la différence de température. Ils rapportent fréquemment une déformation du corps douloureux et le décrivent comme gonflé, atrophié ou même manquant. En d'autres mots, le patient SDRC ne sait plus à quoi ressemble vraiment son corps.

Le schéma corporel, quant à lui, correspond à une représentation inconsciente permettant d'assurer la motricité. C'est la relation entre les différentes parties du corps et leur position dans l'espace. Les patients SDRC ont de la difficulté à localiser leur corps dans l'espace et à relativiser les parties du corps entre elles. Ils ont aussi de la difficulté avec la reconnaissance de la latéralité, c'est-à-dire la capacité d'identifier la droite et la gauche. De manière simplifiée, les troubles du schéma corporel amènent le patient SDRC à ne plus savoir où est son corps et comment le bouger.

Le trouble de la perception spatiale est aussi présent chez les patients SDRC. Cela implique un retard d'intégration d'informations tactiles provenant de l'espace douloureux. En effet, pour un syndrome douloureux (SDRC) à la main droite par exemple, le patient va dire que la stimulation de

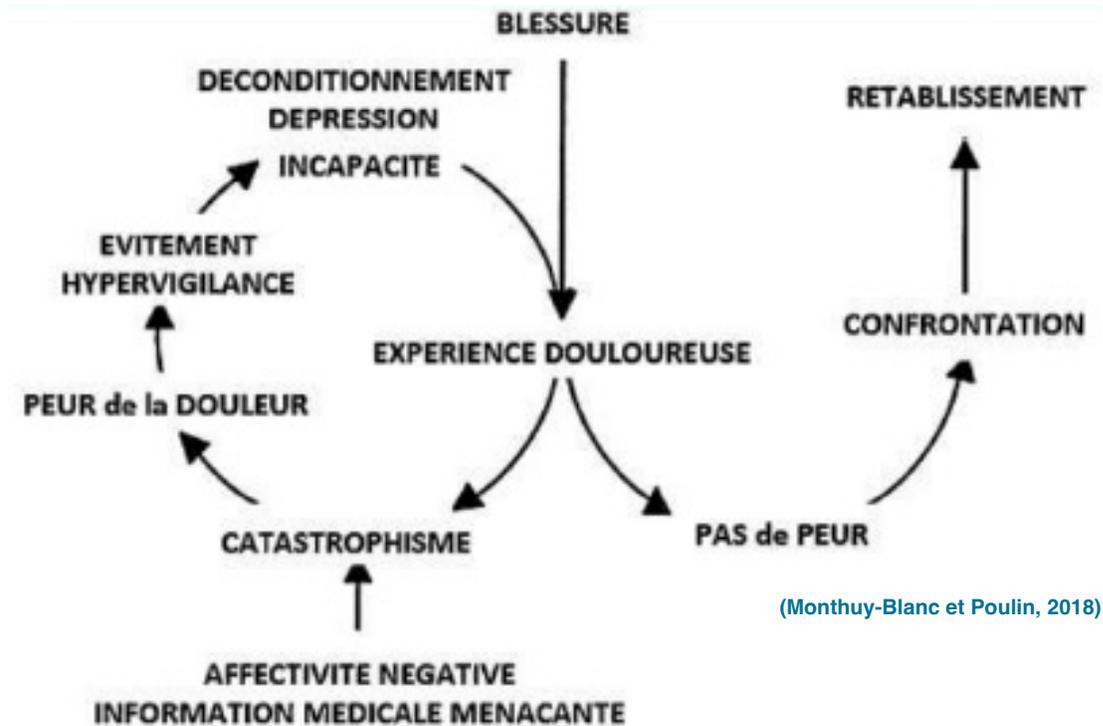
sa main droite est apparue après celle de sa main gauche alors qu'en réalité les deux mains ont été stimulées en même temps (par vibration, toucher léger, etc.) Par contre, si la main droite est stimulée quelques millisecondes plus tôt que la main gauche, le patient SDRC dira que les deux mains ont été stimulées en même temps. Toutefois, ce ne sont pas toutes les représentations spatiales qui sont affectées chez le SDRC. Plus de recherches doivent être faites dans ce domaine.

# Traitements en physiothérapie

Les objectifs en physiothérapie sont de promouvoir la fonction et diminuer les douleurs afin d'améliorer la qualité de vie. Il faut donc prioriser les traitements actifs plutôt que passifs et s'assurer que le patient soit motivé et impliqué dans sa rééducation. Autrement, la peur et l'évitement peuvent rapidement mener à une augmentation de la douleur et à un déconditionnement général.

Un des rôles du physiothérapeute est d'accompagner et d'outiller le patient SDRC dans sa gestion de la douleur. L'éducation est alors un aspect important du traitement pour rassurer le patient et l'informer sur la cause, les signes et symptômes, les résultats habituels et les options de traitement. Il est important que le patient, de même que son entourage, soit au courant du fait que le SDRC est un syndrome non grave avec un pronostic favorable, mais dont la durée est difficile à déterminer. Nous savons également que les facteurs psychologiques peuvent ralentir la progression du SDRC. Il est donc important d'aborder rapidement les éléments pouvant causer de l'anxiété et de la peur.

**Figure 4.** Cercle vicieux de l'appréhension et de l'évitement.



Dû aux présentations très variables du SDRC, plusieurs options de traitements sont possibles en physiothérapie. En voici quelques-uns.

**L'imagerie motrice graduée (IMG)** vise le système nerveux central (SNC). Cette méthode consiste en trois phases principales : la discrimination gauche/droite, l'imagerie motrice explicite et la thérapie miroir.

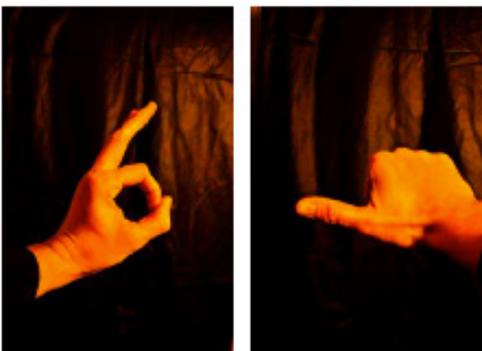
- La discrimination gauche/droite est une tâche implicite, car elle n'implique pas de mouvement direct du membre atteint. La difficulté de cette tâche peut être augmentée à travers la vitesse de reconnaissance et le nombre d'erreurs. Par la suite l'imagination de la position du mouvement peut s'avérer pertinente à explorer avant de passer à l'étape suivante.

## Le Syndrome Dououreux Régional Complexe

- Dans le cas où la discrimination gauche/droite déclenche trop de douleur ou de symptômes, l'observation du mouvement peut être employée au préalable.
- L'imagerie motrice explicite quant à elle implique un mouvement du membre atteint. Cela permet d'augmenter graduellement la difficulté de la tâche afin de réorganiser le cortex somatosensoriel S1 et par conséquent de réduire la douleur.
- La thérapie miroir permet de tromper le cerveau en lui faisant croire que le membre affecté bouge normalement (reflet du membre sain). Cette dernière représente le dernier niveau de l'imagerie motrice et permet également d'aborder les troubles de la perception du corps.

**Figure 5.**

**A** Imagerie motrice implicite (jugement de la latéralité).



(Yaya, 2020)

**B** Thérapie miroir.



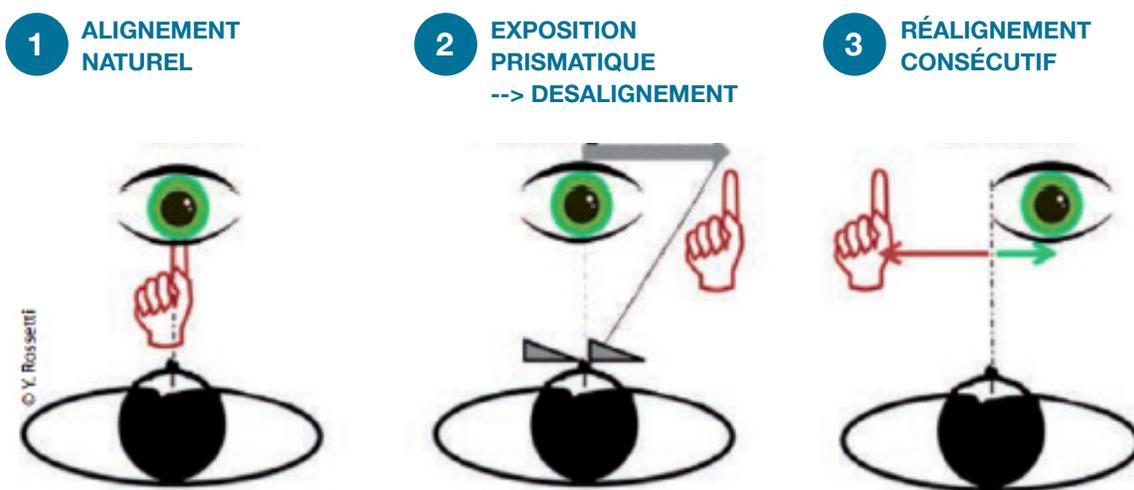
(Physiopedia, 2021)

**La méthode PEPT** pour « **Pain exposure physical therapy** » part du principe que la douleur serait un faux message. Son but est d'ignorer la douleur pour renforcer les gains de fonction via une mise en charge progressive. Ce n'est pas une méthode qui convient à tout le monde, mais celle-ci peut s'avérer utile dans des cas de SDRC chroniques qui ne répondent pas aux traitements conventionnels.

**La rééducation sensorielle** fait également partie des recommandations dans le traitement du SDRC. Son objectif peut viser la désensibilisation en provoquant les symptômes pour créer une habitude ou, au contraire, une réhabilitation sensorielle pour laquelle on évite de déclencher des symptômes. Il y a plusieurs moyens et modalités différentes pour rééduquer la sensation. La discrimination tactile en est un exemple. Lors de celle-ci, le but est de détecter un stimulus sur la zone atteinte ou reconnaître la localisation ou le type de stimulus reçu (ex : doux vs pointu). Cela favorise la réorganisation corticale et peut également améliorer la perception corporelle. L'entraînement sensori-moteur est une autre option et consiste à reconnaître différentes formes. Cet exercice ne doit pas déclencher de douleur et pour ce faire, différentes progressions sont possibles. Il existe également des traitements plus spécifiques pour l'allodynie.

L'utilisation de **lunettes prismatiques** permet de décaler le champ visuel vers le côté sain. Cela peut être utile lorsqu'un patient SDRC présente de la difficulté à intégrer les informations selon leur provenance spatiale. Le but est de décaler la perception de l'environnement pour entraîner le cerveau à utiliser le champ visuel négligé.

**Figure 6.** Modification des référentiels spatiaux par l'adaptation prismatique.



**L'entraînement de l'image corporelle et du schéma corporel** s'avère utile dans les cas de troubles de la perception du corps. Le but est de réapprendre à identifier la zone affectée (image corporelle) et à toucher cette zone (schéma corporel). Ce dernier sera fait via l'atteinte de cibles corporelles et le contrôle du geste. Prenons l'exemple d'un patient avec un SDRC à la phalange distale du quatrième doigt de la main gauche. Le thérapeute peut toucher différentes régions sur la main et les doigts et demander au patient « Quel endroit je touche? ». Au départ on peut accepter une réponse plus large telle que le quatrième doigt. Par la suite, on peut exiger que la réponse du patient soit plus précise comme répondre « le bout du quatrième doigt ». Dans le cas du schéma corporel, on peut demander au patient de venir toucher la zone qui est stimulée par le thérapeute. Lorsque le patient ne fait pratiquement plus d'erreurs, l'exercice peut progresser en augmentant la vitesse et la précision. Selon les déficits du patient, l'entraînement sera fait en utilisant des mouvements fins, des mouvements globaux ou les deux.

Même si l'exposition est graduelle, il arrive que la douleur soit trop difficile à tolérer. Dans ce cas, des adjuvants sont disponibles pour faciliter la rééducation comme le «taping», la thérapie miroir, la cryothérapie, la médication et les «trigger points». Dans le cas de patients avec des formes de SDRC plus sévères, mieux vaut les référer à des équipes de soins multidisciplinaires et spécialisées.

## Traitements connexes et alternatives

L'objectif est, en premier lieu, de guérir ou d'améliorer la condition d'un patient SDRC via la rééducation. Cependant, il arrive que le patient nécessite un soutien médicamenteux supplémentaire. Il n'y a pas de médicament permettant de traiter un SDRC. L'objectif des médicaments est de soulager la douleur pour permettre au patient SDRC de poursuivre sa rééducation. Il y a quelques pistes prometteuses qui sont encore à l'étude à l'heure actuelle, mais l'inconvénient des médicaments réside encore dans les importants effets indésirables.

Les techniques chirurgicales sont utilisées en dernier recours pour les patients avec des formes sévères ou plus longues de SDRC lorsque la rééducation et la thérapie médicamenteuse ne permettent pas d'améliorer la condition du patient. Dans ce cas, plusieurs techniques chirurgicales sont possibles : un bloc analgésique continu épidural, un bloc sympathique, une lyse sympathique et une neuromodulation implantée. La technique la moins invasive est le bloc nerveux sympathique. Précisons qu'il s'agit d'une injection permettant de « bloquer » les nerfs sympathiques pour réduire la douleur et améliorer la qualité de vie. Si la réponse est négative, alors les interventions plus invasives peuvent être utilisées comme la neurostimulation pour laquelle un générateur sera implanté avec des électrodes. Toutefois, il est à noter que seulement 50% des patients ressentent une diminution de l'intensité de la douleur suite à la neurostimulation. Si la réponse est inadéquate, les dernières options sont une sympathectomie, une stimulation du cortex moteur ou une stimulation profonde du cerveau.

L'amputation peut avoir un impact néfaste sur la douleur et la qualité de vie. Certains patients SDRC ayant été amputés voient leur douleur persister et remonter plus haut dans leur membre ou ressentent une douleur fantôme. Une douleur fantôme survient lorsque le cerveau envoie des messages de douleur pour un membre qui n'est plus là.

# Conclusion

En somme, le SDRC est une condition rare, mais généralement non grave, avec un bon pronostic. La réadaptation peut toutefois être longue et celle-ci doit intégrer toutes les sphères biopsychosociales. Plusieurs études sont actuellement en cours et tendent vers de nouvelles méthodes et technologies prometteuses afin d'améliorer le traitement du SDRC.

Appellez pour prendre un rendez-vous dans une clinique

Action Sport Physio dès maintenant: [actionsportphysio.com](https://actionsportphysio.com)

*Consultez nos capsules vidéos  
ainsi que nos articles.*



# Références

1. [Aurelien. \(2020\). L'algodystrophie ou syndrome douloureux régional chronique. PNF Thérapie.](#)
2. [Brain Areas In The NeuroMatrix And The Changes Due To Chronic Pain. Physiopedia.](#)
3. Dodane, E., Christophe, L., Jacquin-Courtois, S., et Rossetti, Y. (2014). Altération des référentiels spatiaux dans le SDRC : nouveaux concepts et perspectives thérapeutiques. *Kinésithérapie Scientifique*, 552(1), 11-16.
4. [Harnik, M.A. et al. \(2021\). «Komplexes regionale Schmerzsyndrom \(CRPS\) – Teil 2». Swiss Medical Forum.](#)
5. [La Thérapie Miroir Dans Les Cas De SDRC. \(2017\). Thérapie Miroir.](#)
6. [Monthuy-Blanc, J. et Poulin, C. \(2018\). La Sensation-Clinico -Scientifique Appréhension-Évitement \[PDF\]. Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue](#)
7. [Osinski, T. et Acapo, S. \(2022\). Le Syndrome Douloureux Régional Complexe En Rééducation \[PDF\]. Agence EBP](#)
8. [Ouellet, D. \(2021\). Syndrome Douloureux Régional Complexe \(SDRC\) \[Livre\]. OPPQ](#)
9. [Syndrome douloureux régional complexe - SDRC. \(2016\). Meduacol.](#)
10. [Yaya, K. \(2020\). L'homonculus. Facebook.](#)