



**Ministère de la Santé  
et des Services sociaux**

**Algorithme de prise en charge  
interdisciplinaire du syndrome de  
douleur régionale complexe (SDRC)**

Cet algorithme de prise en charge du **syndrome de douleur régional complexe (SDRC)** a été élaboré par l'équipe interdisciplinaire du centre d'expertise en gestion de la douleur chronique associé au Réseau universitaire intégré en santé (RUIS) de l'Université Laval sous la direction de D<sup>r</sup> René Truchon

### **Collaborations particulières**

M<sup>me</sup> Michèle Marquette

Édition :

**La Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux**

Le présent document s'adresse spécifiquement aux intervenants du réseau québécois de la santé et des services sociaux et n'est accessible qu'en version électronique à l'adresse :

**<http://intranetreseau.rtss.qc.ca> ou [www.msss.gouv.qc.ca](http://www.msss.gouv.qc.ca) section **Documentation**, rubrique **Publications****

Le genre masculin utilisé dans ce document désigne aussi bien les femmes que les hommes.

Dépôt légal  
Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2015  
Bibliothèque et Archives Canada, 2015

ISBN : 978-2-550-72256-4 (version PDF)

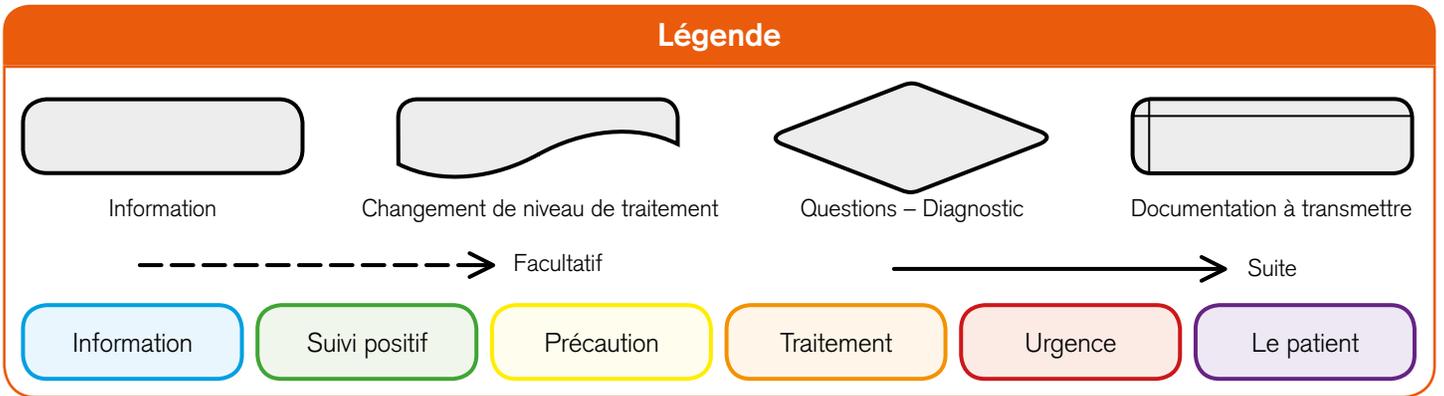
Tous droits réservés pour tous pays. La reproduction, par quelque procédé que ce soit, la traduction ou la diffusion de ce document, même partielles, sont interdites sans l'autorisation préalable des Publications du Québec. Cependant, la reproduction de ce document ou son utilisation à des fins personnelles, d'étude privée ou de recherche scientifique, mais non commerciales, sont permises à condition d'en mentionner la source.

© Gouvernement du Québec, 2015

# SYNDROME DE DOULEUR RÉGIONALE COMPLEXE (SDRC)

## Plan de prise en charge interdisciplinaire

### 1<sup>er</sup> niveau de traitement



**CET ALGORITHME DE TRAITEMENT NE SE SUBSTITUE PAS AU JUGEMENT CLINIQUE**

#### Critères diagnostiques

Selon les critères de l'IASP (Tableau I).  
Le diagnostic est exclusif et doit exclure les autres étiologies (Tableau II).

1A

#### Diagnostic

- Le diagnostic est clinique uniquement.
- Aucun examen d'investigation n'est spécifique (incluant la scintigraphie osseuse).
- L'investigation sert à éliminer les autres diagnostics différentiels.

1B

Le but du traitement est de permettre un meilleur contrôle de la douleur et une mobilisation active normale. Le traitement doit commencer le plus rapidement possible, dès l'apparition du SDRC.

#### Traitement pharmacologique

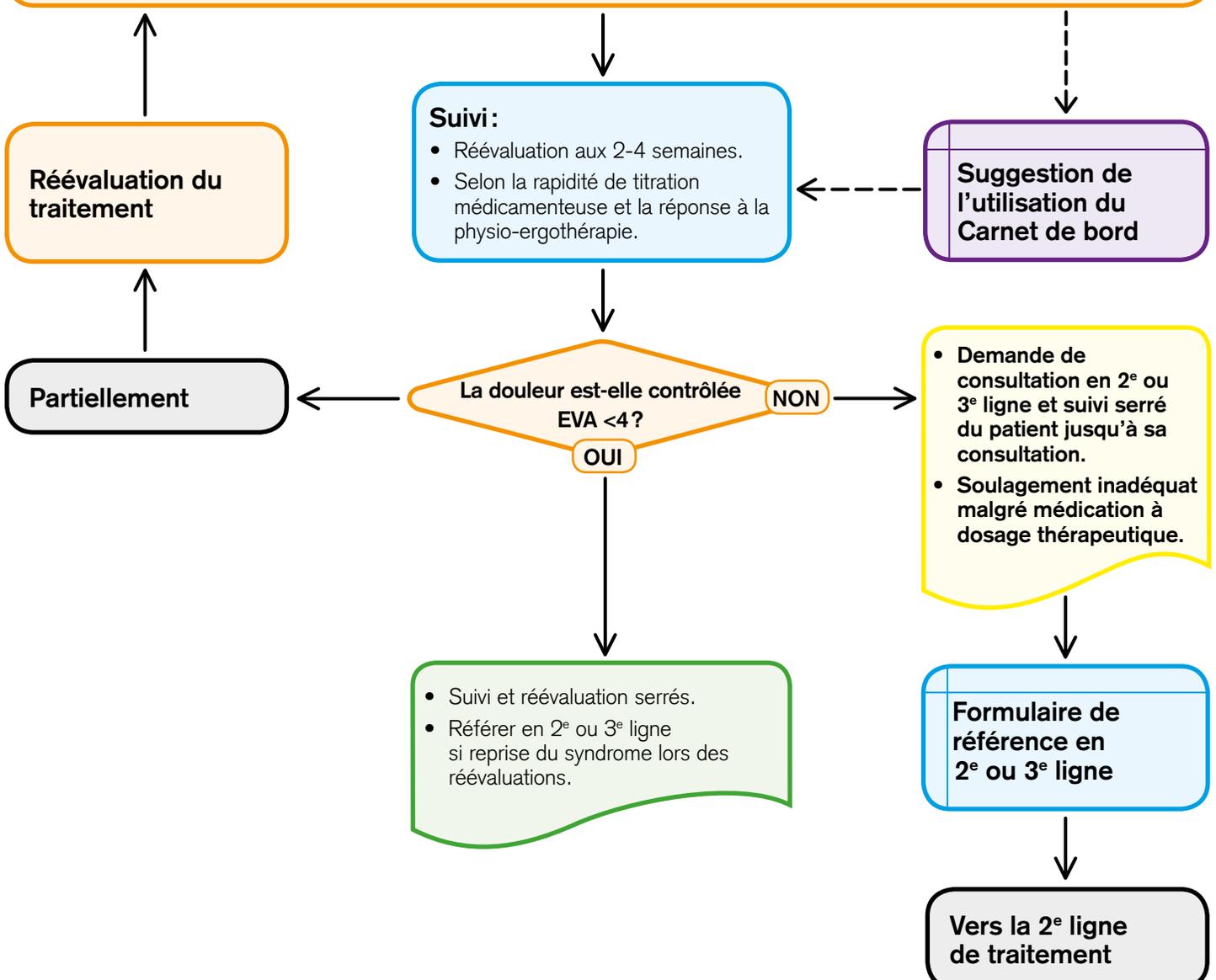
- AINS ou COX2.
- Antidépresseurs (ATC, IRSN).
- Gabapentinoïdes.
- Opioïdes si douleur avec EVA invalidante (Tramadol, Tapentadol, etc.).
- Protocole canadien de traitement de la douleur neuropathique (Annexe I).

1C

#### Interventions non pharmacologiques

- La physiothérapie et l'ergothérapie doivent être amorcées précocement et de façon intensive.
- Si indication : psychothérapie de support.
- Soutien et rassurance.

1D

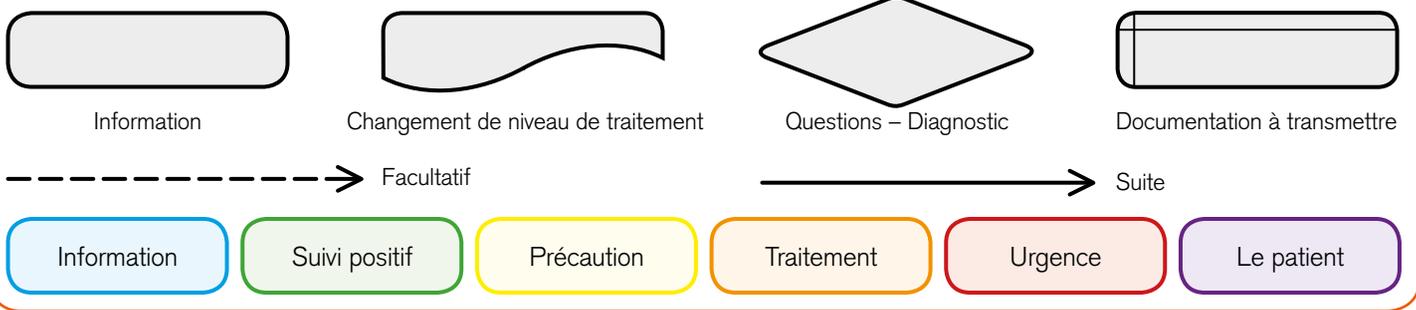


# SYNDROME DE DOULEUR RÉGIONALE COMPLEXE (SDRC)

## Plan de prise en charge interdisciplinaire

### 2<sup>e</sup> niveau de traitement

#### Légende



**CET ALGORITHME DE TRAITEMENT NE SE SUBSTITUE PAS AU JUGEMENT CLINIQUE**

#### Critères diagnostiques :

- Selon les critères de l'IASP (Tableau I).
- Le diagnostic est exclusif et doit exclure les autres étiologies (Tableau II).

2A

#### Diagnostic

- Le diagnostic est clinique uniquement.
- Aucun examen d'investigation n'est spécifique (incluant la scintigraphie osseuse).
- L'investigation sert à éliminer les autres diagnostics différentiels.

2B

#### Traitement pharmacologique et interventions invasives :

- Blocs sympathiques (stellaire, dorsal, lombaire).
- Blocs vasoactifs intraveineux.
- Blocs somatiques ou plexiques.
- Ajustement médication : protocole de douleur neuropathique.

2C

#### Interventions non pharmacologiques : Interdisciplinaire :

ergothérapeute, physiothérapeute, psychologue, travailleur social, kinésologue.

2D

Informations à transmettre au professionnel référent en cours de traitement et lors du congé de la clinique de la douleur par l'équipe interdisciplinaire.

**Suivi :**  
Aux 1 à 4 semaines

**Suggestion de l'utilisation du carnet de bord**

Réévaluation du traitement

**Retour vers l'équipe de 1<sup>e</sup> ligne**

Partiellement et incapacité persistante

**Offre d'un suivi et réévaluation**

La douleur est-elle contrôlée EVA <4?

NON

OUI

Si aucun traitement n'est efficace malgré la thérapie interventionnelle et pharmacologique optimisée, diriger le patient vers le CEGDC.

- Critères de retour vers le médecin référent ou de congé de la clinique de la douleur.
- Restauration fonctionnelle du membre avec douleur < 4 à la mobilisation.

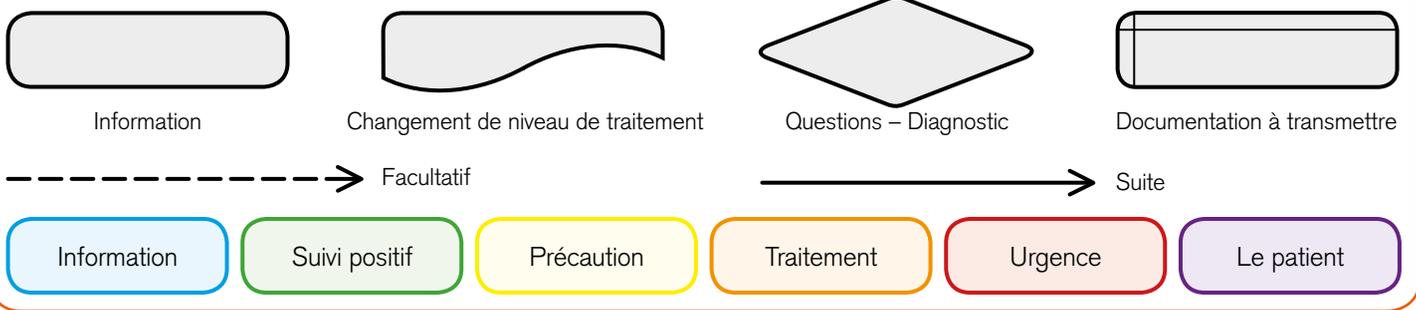
**Informations nécessaires lors de la demande de consultation :**  
formulaire de référence au CEGDC.

# SYNDROME DE DOULEUR RÉGIONALE COMPLEXE (SDRC)

## Plan de prise en charge interdisciplinaire

### 3<sup>e</sup> niveau de traitement (clinique de la douleur)

#### Légende



**CET ALGORITHME DE TRAITEMENT NE SE SUBSTITUE PAS AU JUGEMENT CLINIQUE**

#### Critères diagnostiques :

Selon les critères de l'IASP (Tableau I).  
Le diagnostic est exclusif et doit exclure les autres étiologies (Tableau II).

3A

#### Diagnostic

- Le diagnostic est clinique uniquement.
- Aucun examen d'investigation n'est spécifique (incluant la scintigraphie osseuse).
- L'investigation sert à éliminer les autres diagnostics différentiels (Tableau III).

3B

#### Traitement pharmacologique et interventions invasives :

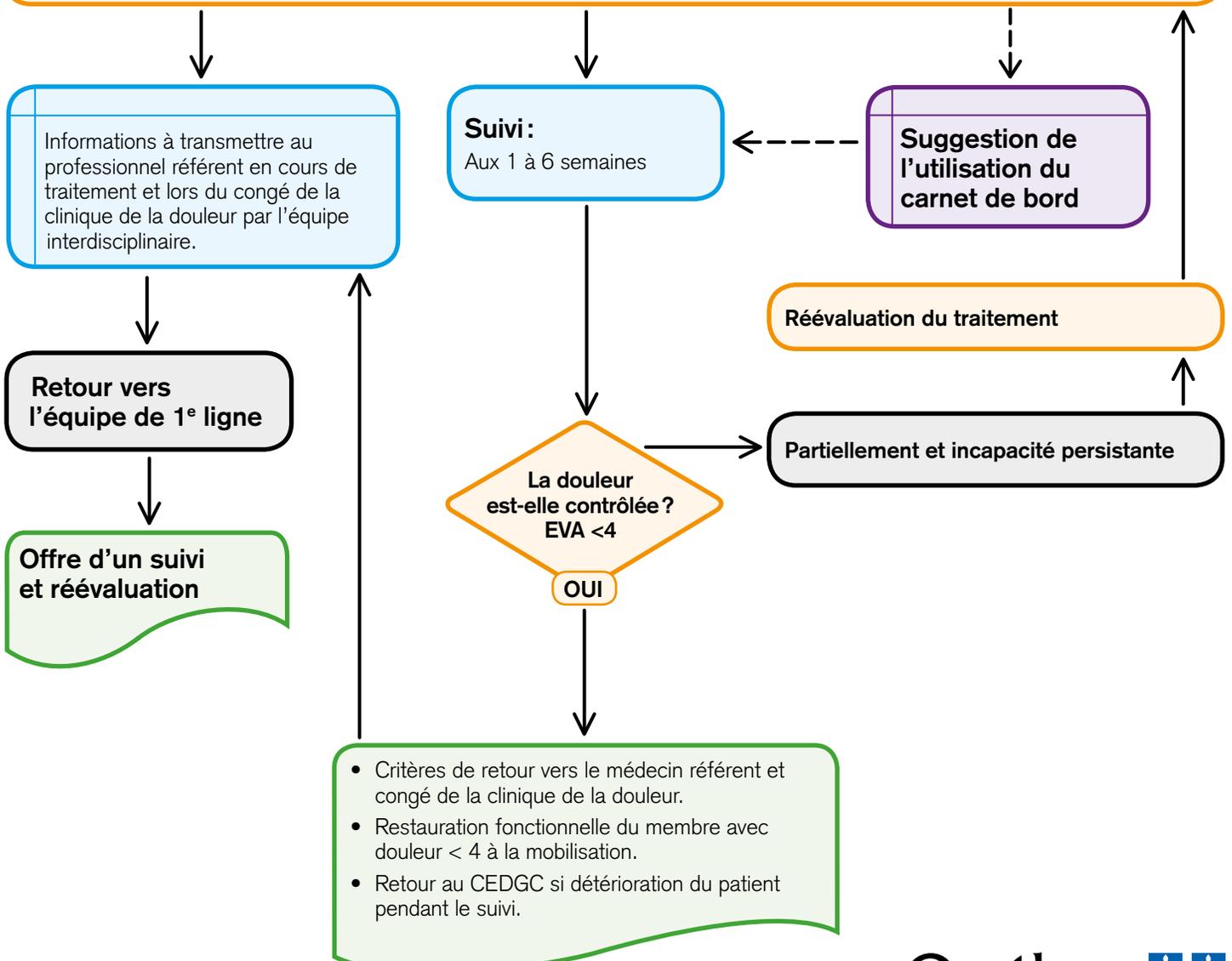
- Blocs continus nerveux ou plexiques.
- Neuromodulation (6 mois après l'échec des options thérapeutiques antérieures).
- Thérapie de perfusion avec kétamine.
- Hospitalisation pour traitements intensifs interdisciplinaires.
- Traitement expérimental dans un projet de recherche clinique.
- Ajustement médication selon les classes tertiaires du protocole de douleur neuropathique.

3C

#### Interventions non pharmacologiques :

Interdisciplinarité et consultation au centre de réadaptation pour thérapie de réadaptation surspécialisée.

3D



## **SDRC = SYNDROME DE DOULEUR RÉGIONALE COMPLEXE**

**OU**

## **CRPS = COMPLEX REGIONAL PAIN SYNDROME**

Le syndrome de douleur régionale complexe (SDRC) est un terme utilisé pour désigner une variété de présentations cliniques chez les patients présentant une douleur chronique persistante qui est disproportionnée au traumatisme ou à la lésion précédant la douleur et qui ne se limite pas à un territoire nerveux ou à un dermatome spécifique<sup>(1)</sup>.

L'ancienne terminologie pour cette condition se dénommait la dystrophie sympathique réflexe. En 1994, l'Association internationale pour l'étude de la douleur (IASP) a établi une nouvelle terminologie et des critères diagnostiques.

Plusieurs autres termes ont également été utilisés antérieurement :

- Syndrome de douleur post-traumatique
- Dystrophie de Sudeck
- Dystrophie neurovasculaire réflexe
- Névralgie post-traumatique
- Sympathalgie
- Syndrome épaule-main
- Algoneurodystrophie
- Ostéoporose post-traumatique
- Causalgie

---

SDRC (syndrome douloureux régional complexe)  
Cet algorithme de traitement ne se substitue pas au jugement clinique.

Le SDRC est divisé en deux types :

- Type 1 dans lequel on ne retrouve pas la notion de traumatisme nerveux
- Type 2 où on retrouve une lésion nerveuse en cause

Le SDRC type 1 et type 2 correspond respectivement aux anciennes terminologies suivantes : la dystrophie sympathique réflexe et la causalgie.

Récemment, un troisième sous-type a été également ajouté aux deux autres : il s'agit du SDRC non autrement spécifié ou NOS (*Non Otherwise Specified*). Ce syndrome ne remplit pas toutes les spécificités du SDRC classique, mais aucun autre diagnostic ne peut expliquer la pathologie retrouvée chez le patient<sup>(2)</sup>.

L'incidence du SDRC varie de 5,46 à 26,2 par 100 000 personnes par an. Son incidence chez l'adulte semble légèrement plus accentuée aux extrémités supérieures qu'aux extrémités inférieures. Le traumatisme précurseur le plus fréquemment rencontré est la fracture d'un membre. Les femmes sont affectées 3,4 à 4 fois plus fréquemment que les hommes. L'âge moyen du diagnostic ne diffère pas entre les sexes et survient en moyenne entre 47 et 52 ans, mais ce syndrome peut survenir à tout âge<sup>(3)</sup>.

## **PATHOPHYSIOLOGIE**

Dans la littérature, on retrouve plusieurs débats sur les mécanismes physiopathologiques du SDRC. Parmi ceux-ci, on retrouve des mécanismes périphériques, afférents, efférents et des mécanismes centraux. Les mécanismes périphériques sont : l'hypoxémie tissulaire causée par la vasoconstriction qui induirait des dysfonctions endothéliales et qui apporterait une baisse des taux d'oxyde nitrique (NO) et une augmentation d'endothéline 1 (ED-1) au niveau de l'extrémité touchée par le SDRC, un processus inflammatoire a également été en cause avec des niveaux élevés de cytokines pro-inflammatoires comme l'interleukine 6 (IL-6) et le facteur de nécrose tumorale alpha (TNF-alpha)<sup>(4)</sup>.

Une inflammation neurogénique serait causée par l'excitation des neuropeptides provenant de la fibre nociceptive A delta, ce qui a été démontré par des mesures élevées des taux de substance P, de

---

SDRC (syndrome douloureux régional complexe)  
Cet algorithme de traitement ne se substitue pas au jugement clinique.

bradykinine et de peptide lié au gène de la calcitonine (CGRP)<sup>(5)</sup>. Une hypersensibilité de dénervation pouvait également être engendrée par la dégénérescence des petites fibres nerveuses périphériques cutanées au membre atteint, conduisant à des stimuli neuronaux inappropriés<sup>(6)</sup>.

Une augmentation d'affluence au neurone afférent pourrait être causée par une prolifération des récepteurs alpha-1 adrénergiques au niveau du membre affecté et peut entraîner un couplage entre le neurone nociceptif et le neurone sympathique au niveau du membre atteint par le SDRC<sup>(7)</sup>.

Des mécanismes efférents sont également proposés comme des dysfonctions du système sympathique conduisant à de la vasoconstriction avec hypoxie et à des anomalies de sudation. Des dysfonctions des voies motrices efférentes expliquent les mouvements involontaires, la dystonie et de l'ankylose des articulations. Des mécanismes centraux, comme la sensibilisation supraspinale par le N-méthyl-D-aspartate (NMDA) et la neurokinine -1 (NK-1) ont également tenté d'expliquer ce phénomène.

Le diagnostic de SDRC est un diagnostic clinique fait à partir de l'histoire du traumatisme, de l'examen physique, de l'observation des signes et des symptômes du patient et après avoir exclu les autres diagnostics (tableau 3). Il n'y a aucun test diagnostique spécifique qui permet de confirmer ou d'infirmier la présence de ce syndrome. Les signes et symptômes sont variables. Les douleurs sont habituellement continues, intenses, parfois fulgurantes et souvent réfractaires à certains traitements. L'allodynie empêche l'utilisation fonctionnelle du membre atteint. De façon caractéristique, elles sont souvent exacerbées par la mobilisation articulaire, mais également par la déclivité, par les variations de température ainsi que par le stress et l'anxiété. Le patient peut également présenter des troubles sensitifs variables, des dysfonctions vasomotrices et sudomotrices et également des signes trophiques et moteurs. Certains cas de SDRC sans douleur ont été mentionnés dans la littérature, mais ces derniers seraient rarissimes et consisteraient principalement en des troubles vasomoteurs et de mobilisation (raideur articulaire, ankylose).

---

SDRC (syndrome douloureux régional complexe)  
Cet algorithme de traitement ne se substitue pas au jugement clinique.

## 1B **DIAGNOSTIC**

### 2B *Histoire du patient*

3B

Le SDRC survient le plus fréquemment après une fracture suivie d'une période d'immobilisation plâtrée du membre, mais peut également survenir après des traumatismes relativement mineurs dont le patient n'a aucun souvenir. Quelques cas d'apparition spontanée ont été décrits dans la littérature, mais ils demeurent rares<sup>(8,9,10)</sup>.

Parmi les symptômes retrouvés dans le SDRC, on note des douleurs, des troubles sensitifs le plus souvent sous forme d'allodynie, d'hyperalgésie, d'hypoesthésie, de sensation de brûlure et des dysfonctions vasomotrices telles froideur ou chaleur de l'extrémité atteinte et une augmentation de la sudation. Le patient peut également rapporter une intolérance au froid. Le patient peut se plaindre aussi de faiblesse, de tremblements, de spasmes et d'incoordination. Dans les phases plus tardives, nous retrouvons une ankylose articulaire débutant par les petites articulations et également des signes trophiques avec une peau qui devient mince, cireuse et adhérente.

À l'examen, nous retrouvons donc les signes de dysfonctions vasomotrices : œdème, changements de coloration de la peau, asymétrie de la température cutanée comparativement au côté sain, hyper ou hypohidrose ou, parfois, une simple moiteur cutanée.

On met également en évidence les troubles sensitifs et moteurs qui peuvent être très variés. Les troubles sensitifs se présentent souvent sous forme d'allodynie ou hyperalgésie mécanique. Avec l'évolution de la maladie, des signes sensitifs peuvent occasionnellement être observés à un autre territoire du membre ou même à l'hémicorps controlatéral, ce qui pourrait s'expliquer par une dysfonction secondaire du système nerveux central (Maleki, J., 2000 et McCabe, CS, 2003). Les troubles moteurs peuvent se présenter de différentes façons : perte du mouvement actif, retard d'initiation du mouvement et faiblesse malgré un EMG normal (excluant le SDRC type 2), tremblements d'action ou

---

SDRC (syndrome douloureux régional complexe)  
Cet algorithme de traitement ne se substitue pas au jugement clinique.

d'attitude, mouvements involontaires, troubles de la coordination, bardykinésie, myoclonies, dystonie.

L'amyotrophie est le plus souvent associée à la non-utilisation du membre atteint.

Le tableau clinique évolue souvent vers l'ankylose articulaire. Cette dernière est multifactorielle et favorisée par la douleur, la kinésiophobie (peur de bouger) et les comportements d'évitement que peut présenter le patient et qui doivent être traités. Par ailleurs, le patient peut présenter, en cours d'évolution, une croissance anormale de pilosité et des ongles au niveau du membre affecté.

Les signes et symptômes peuvent varier dans le temps, et ce, même au cours d'une même journée. Ils peuvent progresser rapidement, surtout si le syndrome n'est pas traité adéquatement. Il ne faut pas oublier que le SDRC est un diagnostic d'exclusion et que les signes et symptômes qui apparaissent en cours d'évolution peuvent être en lien avec une autre pathologie sous-jacente, d'où l'importance de réévaluer consciencieusement le patient au cours du suivi.

Le diagnostic est basé selon certains critères retrouvés à l'histoire et l'examen physique. Les critères les plus communément utilisés pour faire le diagnostic de SDRC sont les critères de l'IASP (selon les critères de Budapest) ainsi que les critères diagnostiques modifiés selon Harden et Bruehl<sup>(11,12,13)</sup>.

D'autres critères sont également utilisés dans certains pays, mais nous n'en ferons pas mention dans le présent ouvrage. Les critères diagnostiques de l'IASP seraient les plus sensibles et les critères modifiés de Harden et Bruehl, les plus spécifiques.

**Tableau 1**

1A

2A

3A

<b>Critères de l'IASP (selon les critères de Budapest de 2003)<sup>(12)</sup></b>	
Critère 1	Se développe après un dommage tissulaire (SDRC type 1) ou un dommage nerveux (SDRC type 2)
Critère 2	Douleur continue, allodynie ou hyperalgésie disproportionnée aux événements précipitants
Critère 3	Évidence d'œdème, anomalie des perfusions cutanées et anomalie de sudation dans la région douloureuse
Critère 4	Diagnostic confirmé par l'exclusion de conditions qui pourraient expliquer autrement l'intensité de la douleur et l'importance de l'atteinte fonctionnelle

(Les critères 2, 3 et 4 doivent être remplis.)

SDRC (syndrome douloureux régional complexe)  
Cet algorithme de traitement ne se substitue pas au jugement clinique.

2A

**Tableau 2**<sup>(12)</sup>

3A

Diagnostic de SDRC modifié de Harden		
1	Douleur continue disproportionnée à l'événement précipitant	
2	Le patient doit avoir au moins un symptôme de chacune des catégories suivantes et un signe dans deux ou plusieurs catégories :	
	1	<b>Sensitive</b> . Allodynie . Hyperalgésie . Hypoesthésie
	2	<b>Vasomotrice</b> . Anomalie de coloration ou de température cutanée
	3	<b>Sudomotrice</b> . Oedème ou anomalie de sudation
	4	<b>Trouble trophique ou moteur</b> . Faiblesse musculaire . Tremblements . Pilosité augmentée . Anomalie cutanée ou des ongles

Le syndrome de douleur régionale complexe nécessite un diagnostic différentiel exhaustif, car plusieurs des symptômes peuvent être engendrés par d'autres maladies. Le diagnostic différentiel doit être fait avec les atteintes neurologiques, vasculaires, myofasciales, inflammatoires, infectieuses et psychologiques (Tableau 3).

---

SDRC (syndrome douloureux régional complexe)  
 Cet algorithme de traitement ne se substitue pas au jugement clinique.

1A **Tableau 3**

2A

3A

<b>Diagnostic différentiel du syndrome de douleur régionale complexe</b>	
	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Syndrome de douleur neuropathique</li><li>▪ Polyneuropathie périphérique</li><li>▪ Entrapement nerveux</li><li>▪ Radiculopathie</li><li>▪ Névralgie postherpétique</li><li>▪ Douleur post-AVC</li><li>▪ Plexopathie</li><li>▪ Atteinte du neurone moteur</li></ul>
<b>Autres</b>	
	<b>Maladie vasculaire</b> <ul style="list-style-type: none"><li>▪ Thrombose</li><li>▪ Acrocyanose</li><li>▪ Athérosclérose</li><li>▪ Maladie de Raynaud</li><li>▪ Érythromélgie</li></ul>
	<b>Inflammation</b> <ul style="list-style-type: none"><li>▪ Érysipèle</li><li>▪ Inflammation NOS</li><li>▪ Bursite</li><li>▪ Arthrite séronégative</li><li>▪ Maladie rhumatologique</li></ul>
	<b>Douleur myofasciale</b> <ul style="list-style-type: none"><li>▪ Surutilisation</li><li>▪ Non-utilisation</li><li>▪ Épicondylite</li><li>▪ Traumatisme par mouvements répétitifs</li><li>▪ Fibromyalgie</li></ul>
	<b>Problèmes psychiatriques</b> <ul style="list-style-type: none"><li>▪ Trouble somatoforme</li><li>▪ Syndrome de Münchausen</li></ul>

SDRC (syndrome douloureux régional complexe)  
Cet algorithme de traitement ne se substitue pas au jugement clinique.

## TRAITEMENTS

**Tableau 4**

Summary of evidence scores and implications for recommendation		
Score	Description	Implication
<b>1 A<sup>+</sup></b>	Effectiveness demonstrated in various RCTs of good quality. The benefits clearly outweigh risk and burdens	Positive recommendation
<b>1 B<sup>+</sup></b>	One RCT or more RCTs with methodologic weaknesses, demonstrate effectiveness. The benefits clearly outweigh risk and burdens	
<b>2 B<sup>+</sup></b>	One or more TCTs with methodologic weaknesses, demonstrate effectiveness. Benefits closely balanced with risk and burdens	
<b>2 B<sup>±</sup></b>	Multiple RCTs, with methodologic weaknesses, yield contradictory results better or worse than the control treatment. Benefits closely balanced with risk and burdens, or uncertainty in the estimates of benefits, risk and burdens	Considered, preferably study-related
<b>2 C<sup>+</sup></b>	Effectiveness only demonstrated in observational studies. Given that there is no conclusive evidence of the effect, benefits closely balanced with risk and burdens	
<b>0</b>	There is no literature or there are case reports available, but these are insufficient to suggest effectiveness and/or safety. These treatments should only be applied in relation to studies	Only study-related
<b>2 C<sup>-</sup></b>	Observational studies indicate no or too short-lived effectiveness. Given that there is no positive clinical effect, risk and burdens outweigh the benefit	Negative recommendation
<b>2 B<sup>-</sup></b>	One or more RCTs with methodologic weaknesses, or large observational studies that do not indicate any superiority to the control treatment. Given that there is no positive clinical effect, risk and burdens outweigh the benefit	
<b>2 A<sup>-</sup></b>	RCT of a good quality which does not exhibit any clinical effect. Given that there is no positive clinical effect, risk and burdens outweigh the benefit	

Comme ressource aux cliniciens, nous disposons d'études randomisées contrôlées et des revues de littérature sur les traitements reliés aux douleurs et au syndrome de douleur régionale complexe.

Parmi les médicaments présentant certaines évidences d'efficacité, on retrouve : les antidépresseurs tricycliques, la gabapentine, la prégabaline, la carbamazépine, les opioïdes, la clonidine, la nifédipine, les

---

SDRC (syndrome douloureux régional complexe)  
Cet algorithme de traitement ne se substitue pas au jugement clinique.

biphospholates, les antagonistes alphaadrénergiques, les timbres de lidocaïne 5 % et la capsaïcine topique.

Nous reverrons l'usage de ces médications et tenterons d'extrapoler l'usage de certains médicaments qui ne sont pas nécessairement éprouvés dans la littérature et qui pourraient être utilisés en thérapie pharmacologique.

Il est à noter que toute thérapie utilisée dans le syndrome de douleur régionale complexe est efficace lorsque prescrite en conjonction avec des approches interdisciplinaires et des thérapies musculo-squelettiques fonctionnelles. En clinique, nous construisons une approche rationnelle à la prescription médicamenteuse selon deux classes principales de médication, soit une thérapie spécifique de maintenance composée des médicaments classés pour traiter les douleurs neuropathiques et l'usage d'analgésiques faibles à modérés et/ou d'opioïdes afin de diminuer les accès douloureux.

Finalement, en présence de comorbidités ou lors d'atteintes secondaires (« dommages collatéraux » de la douleur chronique) comme la dépression, l'insomnie et l'anxiété, certains médicaments comme les antidépresseurs, qui ont en plus de l'effet analgésique, auraient une indication d'usage prépondérante.

Il est essentiel d'utiliser de façon concomitante à la pharmacothérapie l'usage des thérapies physiques, occupationnelles et récréatives appropriées chez les patients atteints de syndrome de douleur régionale complexe.

## **1C 1. MÉDICATION ANTI-INFLAMMATOIRE ET IMMUNOMODULATEUR**

Les anti-inflammatoires non stéroïdiens, les corticostéroïdes, les inhibiteurs Cox-2 et les inhibiteurs de radicaux libres sont généralement employés comme médication contre la douleur de base et contre les symptômes inflammatoires au début de l'apparition de douleur régionale complexe. Les anti-inflammatoires non stéroïdiens inhibent la cyclooxygénase et préviennent la synthèse des prostaglandines qui produisent l'inflammation et l'hyperalgésie.

En plus de l'effet anti-inflammatoire, les anti-inflammatoires non stéroïdiens peuvent bloquer le processus de transmission nociceptive au niveau spinal<sup>(14)</sup>. Il est d'un niveau d'évidence 3 que les AINS

---

SDRC (syndrome douloureux régional complexe)  
Cet algorithme de traitement ne se substitue pas au jugement clinique.

peuvent être utilisés dans la douleur neuropathique lorsqu'il y a un processus d'inflammation important et également dans le syndrome de douleur régionale complexe. Certains AINS seraient plus efficaces que d'autres. Ainsi, le kétoprofène aurait des actions antibradykinines et antiprostacyclines en plus de l'effet antiprostaglandine. De plus, les inhibiteurs de la cyclo-oxygénase 2, tels le celecoxib et le rofécoxib, n'ont pas été étudiés de façon spécifique dans le syndrome de douleur régionale complexe, mais certains rapports recommandent leur usage, d'où un niveau d'évidence 4<sup>(15)</sup>.

Les corticostéroïdes oraux sont les seuls médicaments anti-inflammatoires avec une forte évidence bénéfique dans leur utilisation lors de syndrome de douleur régionale complexe avec un niveau d'évidence 1<sup>(16)</sup>. Des études prospectives randomisées (Thristensen et Brais) ont démontré que l'usage oral de corticostéroïdes à dose approximative de 30 mg par jour pour une période de 2 à 10 semaines et régressive par la suite chez les patients en phase aiguë de douleur régionale complexe amène une amélioration supérieure à celle de placebo pour plus de 12 semaines; donc un niveau d'évidence 2.

Étant donné que d'autres études se sont avérées négatives sur le même sujet, après revue de la littérature, les données nous permettent de dire que les stéroïdes peuvent être indiqués lors de processus inflammatoires importants, pour un usage pendant une brève période, et qu'il ne semble pas y avoir de bénéfice à long terme. Plusieurs études sont contradictoires concernant l'usage chronique de stéroïdes.

Les radicaux libres de l'oxygène semblent jouer un rôle important dans le processus inflammatoire relié au syndrome de douleur régionale complexe. Les inhibiteurs des radicaux libres, comme le Dimethyl sulfoxide (DMSO) et la vitamine C, peuvent diminuer la symptomatologie de la douleur régionale complexe. Une étude à double insu contrôlée avec placebo a démontré qu'un essai antioxydant en vitamine C permet de réduire l'incidence de SDRC chez les patients ayant une fracture du poignet<sup>(17)</sup>.

Le dimethyl sulfoxide (DMSO), utilisé en crème topique à concentration de 50 % comme inhibiteur des radicaux libres, a présenté un niveau 2 d'évidence pour diminuer la douleur lorsque comparé au placebo<sup>(18)</sup>.

---

SDRC (syndrome douloureux régional complexe)  
Cet algorithme de traitement ne se substitue pas au jugement clinique.

En douleur neuropathique, comme dans le syndrome de douleur régionale complexe, les interactions immunoneurologiques peuvent survenir et sont à l'origine des nouvelles thérapies d'immunomodulation et immunosuppressives dans le traitement du SDRC. Des études animales avec la cyclosporine, la thalidomide et le méthotrexate ont démontré des résultats prometteurs contre la douleur neuropathique<sup>(19)</sup>.

La thalidomide aurait des actions immunomodulatrices et inhibitrices des interleukines 1 et 6 et du TMS-alpha. Les nouvelles générations de composé immunomodulateur (IMiDs), comme le lénalidomide, ont démontré des résultats prometteurs en étude contrôlée<sup>(20,21)</sup>.

## 1C 2. LES NEUROMODULATEURS ET LES ANTICONVULSIVANTS

Les anticonvulsivants agissent contre le SDRC par une variété de mécanismes, dont le blocage des canaux calciques, le blocage des canaux sodiques, la baisse d'excitabilité neuronale, centralement au niveau de l'acide gamma-aminobutyrique, au niveau du NMDA, et certains ont des mécanismes présynaptiques. La gabapentine, largement utilisée contre la douleur neuropathique, a démontré un niveau d'évidence 4 quant à son usage spécifique contre le syndrome de douleur régionale complexe chez l'adulte et en pédiatrie<sup>(22,23)</sup>. En ce qui a trait à la gabapentine dans le syndrome de douleur neuropathique, on a reconnu son niveau d'évidence 2 pour son usage contre une névralgie postherpétique et les neuropathies diabétiques. On retrouve le même niveau d'évidence concernant l'usage du prégabaline dans le syndrome de douleur régionale complexe. Les autres antiépileptiques ayant un effet de stabilisation des membranes, tel le phénytoïne, peuvent être utilisés pour traiter le SDRC surtout lorsqu'il y a atteinte nerveuse, soit un SDRC de type 2, et, ainsi, diminuer les activités ectopiques nerveuses. Il s'agit d'un niveau d'évidence 2<sup>(24,25)</sup>.

Certains autres antiépileptiques, comme la lamotrigine, ont été étudiés en douleur neuropathique avec un niveau d'évidence 2, mais aucune étude dans le SDRC n'a été réalisée. La carbamazépine, qui possède une action de stabilisation membranaire, a été utilisée de façon traditionnelle dans la douleur neuropathique et une étude randomisée contrôlée<sup>(26)</sup> a indiqué qu'elle apporte un soulagement

---

SDRC (syndrome douloureux régional complexe)  
Cet algorithme de traitement ne se substitue pas au jugement clinique.

supérieur au placebo à dose de 600 mg par jour de carbamazépine, ce qui en fait un niveau d'évidence 2. Comme l'oxcarbamazépine semble aussi efficace que la carbamazépine contre les neuropathies diabétiques douloureuses, mais avec beaucoup moins d'effets secondaires, il semble que l'oxcarbamazépine pourrait être efficace dans le syndrome de douleur régionale complexe. Toutefois, aucune étude spécifique n'est actuellement publiée.

Certains experts ont tenté, avec de bons résultats, l'usage du lévétiracétam et du topiramate pour traiter la douleur neuropathique de certains patients, ce qui fait que nous considérons l'usage dans la deuxième ou troisième ligne de ces médications lorsque les gabapentinoïdes se sont avérés inefficaces.

### 1C **3. LES ANTIDÉPRESSEURS ET ANXIOLYTIQUES**

Dans le protocole de traitement de la douleur neuropathique, nous reconnaissons comme un niveau d'évidence 2 l'usage des antidépresseurs tricycliques dans le traitement de ce syndrome, et ceci avec un NNT d'environ 3<sup>(27)</sup>. Les effets antihyperalgésiques des tricycliques semblent être reliés à un mécanisme indépendant de l'effet antidépresseur, soit l'augmentation d'inhibition par les voies descendantes en agissant sur le système noradrénergique et également par un certain blocage au niveau des canaux sodiques neuronaux<sup>(28)</sup>.

On sait donc que l'action analgésique des antidépresseurs serait principalement par inhibition de la recapture de la sérotonine et de la noradrénaline, ce qui a été prouvé pour les antidépresseurs tricycliques. Les autres antidépresseurs n'ayant pas cette double action seraient légèrement moins efficaces et on sait que ceux exerçant une activité principalement sur la sérotonine seraient plus efficaces que ceux exerçant leur action au niveau de la recapture de la noradrénaline<sup>(29)</sup>. Ainsi, la doxépine et l'imipramine seraient plus efficaces contre la douleur neuropathique que la désipramine. Une étude ouverte menée chez 41 enfants<sup>(30)</sup> a démontré un usage de niveau 3 d'évidence d'efficacité des antidépresseurs tricycliques lors de syndrome de douleur régionale complexe en pédiatrie. Il est à noter que, parmi les antidépresseurs tricycliques, la nortriptyline aurait une préférence clinique comparée à l'amitriptyline étant donné qu'elle présente moins d'effets secondaires.

---

SDRC (syndrome douloureux régional complexe)  
Cet algorithme de traitement ne se substitue pas au jugement clinique.

Pour le choix de certains antidépresseurs tricycliques, nous pouvons utiliser avec avantage certains effets secondaires selon les symptômes associés de certains patients. Par exemple, le patient anxieux, déprimé ou insomniaque bénéficierait d'une médication plus anxiolytique et d'un antidépresseur sédatif tel le doxépin, alors que le patient plutôt somnolent, obèse, déprimé ou ayant un retard psychomoteur bénéficierait davantage d'un tricyclique qui agit davantage sur le système noradrénergique comme la désipramine.

Concernant l'usage des inhibiteurs sélectifs de recapture de sérotonine (ISRS) (le citalopram), cette classe d'antidépresseurs n'a pas démontré d'efficacité analgésique; donc un niveau d'évidence 4<sup>(31,32)</sup>. Les nouveaux antidépresseurs comme la mirtazapine et la venlafaxine (inhibiteur de la recapture de sérotonine et de la noradrénaline) ont démontré des valeurs anecdotiques et un niveau d'évidence 1 dans les syndromes de douleur neuropathique. Leurs usages sembleraient supérieurs et mieux tolérés par les patients étant donné qu'ils présentent un meilleur profil de toxicité et des effets secondaires plus bénins, mais nous ne possédons actuellement aucune étude concernant le syndrome de douleur régionale complexe.

Les nouveaux IRSNa, tels le milnacipran, le duloxétine, la bupropion, semblent prometteurs, mais nous n'avons aucune étude concernant le traitement contre le syndrome de douleur régionale complexe.

## 1C **4. LES OPIOÏDES**

L'usage des opioïdes dans la douleur chronique non cancéreuse demeure controversé. Par contre, leur usage est recommandé pour le soulagement de la douleur neuropathique modérée ou sévère (ÉVA  $\geq$  à 4). La morphine à libération lente n'a pas été démontrée supérieure au placebo dans la seule étude randomisée et contrôlée concernant un opioïde dans le SDRC<sup>(33)</sup>. Néanmoins, des études randomisées contrôlées démontrent l'efficacité des opioïdes dans la douleur neuropathique (niveau d'évidence 2)<sup>(34,35)</sup>. Généralement, la douleur neuropathique est plus résistante aux agents opioïdes que la douleur nociceptive. Conséquemment, les dosages nécessaires sont plus élevés.

---

SDRC (syndrome douloureux régional complexe)  
Cet algorithme de traitement ne se substitue pas au jugement clinique.

Parmi les opioïdes, certains ont des particularités à ne pas négliger. La méthadone est à considérer avec une légère action antagoniste des récepteurs NMDA. De plus, le Tramadol, avec légère action opioïde, peut être utile étant donné son blocage dans la recapture de la sérotonine et de la norépinéphrine au niveau des voies descendantes inhibitrices spinales.

Les opioïdes peuvent et doivent être introduits rapidement en présence d'une douleur neuropathique modérée à sévère afin d'obtenir un contrôle rapide de la douleur. Néanmoins, ils doivent être vus initialement comme un traitement d'appoint et l'optimisation des coanalgésiques est cruciale. À long terme, on observe une tolérance et un plafonnement des effets analgésiques des opioïdes. Leur utilisation prolongée à de fortes doses peut provoquer une hyperalgésie induite par les opioïdes. Les effets secondaires sont également très fréquents (sommolence, constipation, etc.) tout comme la tolérance médicamenteuse. Malgré cela, ils demeurent un outil à ne pas négliger pour soulager les patients présentant des douleurs neuropathiques de type SDRC.

## 3C **5. AUTRES CATÉGORIES**

### **5.1 Les antagonistes des récepteurs NMDA**

Les antagonistes des récepteurs NMDA, tels MK-801, la kétamine, l'amantadine et le dextrométorphan, semblent d'usage logique contre les traitements des douleurs neuropathiques et de SDRC. Par contre, ces classes ont des effets secondaires intolérables à la dose à laquelle ils sont efficaces contre la douleur neuropathique. La kétamine s'est montrée efficace dans au moins une étude randomisée contrôlée chez les patients cancéreux ayant des douleurs neuropathiques et n'ayant plus de réponse à la morphine, ce qui en fait un niveau d'évidence 2<sup>(36)</sup>. Nous avons également quelques rapports de cas de patients avec SDRC; donc un niveau d'évidence 4<sup>(37)</sup>. Il est à noter que ces derniers patients recevaient de la kétamine de façon transdermique sous forme de gel. L'amantadine s'est avérée efficace chez les patients cancéreux ayant des douleurs neuropathiques, soit un niveau d'évidence 2<sup>(38)</sup>.

---

SDRC (syndrome douloureux régional complexe)  
Cet algorithme de traitement ne se substitue pas au jugement clinique.

Concernant le dextrométorphan, une étude<sup>(39)</sup> a démontré que les comprimés de dextrométorphan seuls étaient mieux tolérés et augmentaient l'effet analgésique des autres médicaments comme les opioïdes.

## **5.2 Les antagonistes alpha-adrénergiques et les antihypertenseurs**

La clonidine est un agoniste  $\alpha_2$  adrénergique qui a été utilisé dans les syndromes douloureux aigus et les syndromes douloureux chroniques avec grande efficacité. Il est logique de considérer ce médicament en usage dans le SDRC. Malheureusement, il n'est disponible qu'en comprimés au Canada, alors qu'aux États-Unis, il est aussi offert sous forme de timbre transcutané, ce qui produit moins d'effets néfastes. Certaines études ont démontré un effet bénéfique de la clonidine en utilisation épidurale chez les patients ayant une douleur de type sympathique, ce qui en fait un niveau d'évidence 3<sup>(40)</sup>. Une étude menée chez les patients avec SDRC a démontré que l'usage de clonidine transdermique permettrait de diminuer l'allodynie et l'hyperalgésie chez ces patients, ce qui en fait un niveau d'évidence 4<sup>(41)</sup>.

Concernant l'usage des bloquants des canaux calciques vasculaires, l'usage de la nifédipine a démontré une certaine efficacité pour diminuer les symptômes de SDRC lorsque le patient présente une vasoconstriction intense. Deux études menées avec de bonnes séries de patients<sup>(42)</sup> ont indiqué que des doses de nifédipine jusqu'à 60 mg par jour pouvaient être efficaces dans le traitement du syndrome de douleur régionale complexe. Concernant l'usage de la phénoxybenzamine, deux études de série de cas ont démontré une certaine efficacité de la phénoxybenzamine lors de SDRC, avec un effet optimal dans les syndromes d'une durée de moins de 3 mois, ce qui en fait un niveau d'évidence 4<sup>(43)</sup>.

## **5.3 La calcitonine**

L'usage de la calcitonine dans le SDRC a été retiré à cause des effets toxiques possibles de cette substance. Les biphosphonates, l'alendronate, le clodronate, le pamidronate empêchent la résorption osseuse et semblent utiles chez les patients souffrant de SDRC. De nombreuses études de littérature de bonne qualité ont prouvé l'usage des biphosphonates dans la résorption osseuse. Le clodronate<sup>(46)</sup> à

---

SDRC (syndrome douloureux régional complexe)  
Cet algorithme de traitement ne se substitue pas au jugement clinique.

dose de 300 mg par jour pour 10 jours, l'alandronate<sup>(47)</sup> à dose de 7.5 mg par jour pendant 3 jours et le pamidronate<sup>(48)</sup> se sont avérés efficaces également contre la douleur chez les patients présentant un syndrome douloureux régional complexe avec ostéopénie.

**1D** **APPROCHE EN INTERDISCIPLINARITÉ**

**2D** L'interdisciplinarité se définit comme étant un groupe de professionnels de différentes spécialités

**3D** (médecin, personnel infirmier, pharmacien, physiothérapeute, ergothérapeute, kinésologue, psychologue, conseiller d'orientation, neuropsychologue, travailleur social, éducateur spécialisé, etc.) spécifiquement entraînés et dédiés à l'évaluation, au traitement et à la prise en charge concertée de patients ayant une pathologie spécifique (**douleur chronique**, diabète, MPOC, greffe rénale, etc.). La composition de l'équipe est à l'image de la pathologie traitée et de la clientèle ciblée (par exemple : douleur chronique postopératoire, polytraumatisés, TCC, amputés, blessés médullaires, etc.). La nécessité de plusieurs intervenants au sein d'une équipe interdisciplinaire dédiée aux patients souffrant de douleur chronique témoigne de la complexité, des nombreuses variables et des multiples aspects de la problématique.

Il est crucial d'identifier et de traiter agressivement toutes les sphères entourant l'expérience douloureuse du SDRC, tant la sphère biomédicale que les facteurs de comorbidité et les facteurs psychologiques du patient. Les sphères psychologiques de la douleur peuvent maintenant être quantifiées par diverses mesures et par des tests psychométriques<sup>(49,50)</sup>. Le SDRC n'est cependant pas un désordre psychologique et la mesure de l'intensité douloureuse ainsi que de la comorbidité psychologique de la douleur doivent être reconnues comme étant des éléments de base indispensables à la compréhension de la globalité de l'état du patient. Le traitement idéal de la SDRC repose sur des algorithmes pivots qui permettent une restauration fonctionnelle globale du patient, d'où l'association avec les thérapies physiques et de réhabilitation, les traitements psychologiques et de support appropriés pour le patient et ses proches. Cette restauration fonctionnelle du patient, avec un accent

---

SDRC (syndrome douloureux régional complexe)  
Cet algorithme de traitement ne se substitue pas au jugement clinique.

mis sur l'interdisciplinarité par la physiothérapie, l'ergothérapie, la psychologie et le support social, vise cette restauration fonctionnelle globale du patient. Les programmes d'exercice, la reprise de l'activité physique, la rééducation sensitive et la normalisation du tonus sympathique du membre affecté viseront à conduire vers une réhabilitation complète de tous les aspects de la vie du patient touché. Les données scientifiques demeurent plutôt faibles concernant l'efficacité des modalités spécifiques de thérapie physique ainsi que de la durée et de l'intensité des programmes de traitement<sup>(51)</sup>. Les données scientifiques sont également faibles pour appuyer les conduites et les traitements psychoéducatifs tels que retrouvés dans une méta-analyse en 1997<sup>(52)</sup>. Les études cliniques du SDRC tendent à porter sur de petits groupes avec peu d'études de contrôle et peu de double insu pour permettre d'utiliser des tests statistiques performants. Quelques études prospectives publiées dans la revue « *Pain* » ont démontré que l'ergothérapie et la physiothérapie étaient indispensables au traitement de la douleur, à la restauration de la mobilité et à la réduction de l'ankylose, ce qui constitue donc un niveau d'évidence 2<sup>(54)</sup>. De plus, Moseley a suggéré comme hypothèse que les symptômes de la SDRC résultent d'un trouble d'afférence centrale et de représentation corticale du segment atteint. Ceci constitue la base de thérapie par imagerie avec miroir afin de reconstruire cette dynamique centrale<sup>(55)</sup>. Cette approche de thérapie au miroir semble donc être un traitement à intégrer en thérapie afin d'améliorer la restauration fonctionnelle et la normalisation des mouvements du membre atteint. De plus, la thérapie interdisciplinaire doit viser à renverser cette immobilité du membre et les thérapies doivent permettre de renverser cette phobie du mouvement (kinésiophobie). La thérapie doit viser l'instruction du patient afin qu'il évite cette immobilité douloureuse qui bloque le retour fonctionnel du membre. La qualité de la nutrition du patient est également un élément à évaluer et à améliorer.

L'équipe interdisciplinaire se rencontre régulièrement, parfois quotidiennement (programme intensif) pour élaborer le plan de traitement adapté au profil et à l'évaluation du patient. En douleur chronique, l'approche a une visée active et a comme principaux objectifs la gestion de la douleur et de ses conséquences (« dommages collatéraux »), la restauration fonctionnelle optimale du patient et un

---

SDRC (syndrome douloureux régional complexe)  
Cet algorithme de traitement ne se substitue pas au jugement clinique.

retour à une vie active et satisfaisante. Au cours des différentes interventions auprès du patient, l'équipe vise également une prise en charge autonome du patient qui est « l'acteur principal » au sein de l'équipe. Le patient se doit d'être motivé, engagé et volontaire tout au long de cette démarche.

Dans le cas du SDRC, il est crucial d'identifier précocement tous les aspects du syndrome, et non seulement la douleur, pour ensuite les traiter adéquatement, de façon multimodale. Cela inclut la prise en charge de la sphère biomédicale, les facteurs de comorbidités, les facteurs psychologiques et tous autres « dommages collatéraux » potentiels. Tout doit être pris en considération et être reconnu comme des éléments de base indispensables à la compréhension juste de la problématique du patient et, ainsi, permettre une prise en charge de celui-lui dans sa globalité. Rien ne peut être laissé au hasard ou sous-estimé afin d'offrir le support approprié au patient et à ses proches, car la douleur chronique a aussi des impacts sur l'entourage du patient.

Il ne faut surtout **pas** considérer la douleur chronique comme une problématique « statique » d'où l'importance de réévaluer de façon régulière le patient afin de bien adapter le plan de traitement de celui-ci. Ceci est impératif dans le **Syndrome Douloureux Régional Complexe**. De plus, dans l'élaboration du plan de traitement du patient souffrant de douleur chronique, il est essentiel de toujours avoir des objectifs réalistes et réalisables qui évolueront avec la condition du patient.

En douleur chronique, la recherche clinique demeure difficile à faire à grande échelle et elle est limitée par la diversité et la complexité du phénomène douloureux, car on se doit de considérer plusieurs variables en même temps. Les données scientifiques demeurent plutôt faibles concernant l'efficacité des modalités spécifiques de thérapie physique ainsi que de la durée et de l'intensité des programmes de traitement<sup>(51)</sup>. Les données scientifiques sont également faibles pour appuyer les conduites et les traitements psychoéducatifs tels que retrouvés dans une méta-analyse en 1997<sup>(52)</sup>. Les études cliniques du SDRC tendent à porter sur de petits groupes avec peu d'études de contrôle et peu de double insu pour permettre d'utiliser des tests statistiques performants. Quelques études prospectives publiées dans la revue « *Pain* » ont démontré cependant que l'ergothérapie et la physiothérapie étaient

---

SDRC (syndrome douloureux régional complexe)  
Cet algorithme de traitement ne se substitue pas au jugement clinique.

indispensables au traitement de la douleur, à la restauration de la mobilité et à la réduction de l'ankylose avec un niveau d'évidence 2<sup>(54)</sup>.

De plus, Moseley a suggéré comme hypothèse que les symptômes du SDRC résultent d'un trouble d'afférence centrale et de représentation corticale du segment atteint. Ceci constitue la base de la thérapie par imagerie avec miroir afin de reconstruire cette dynamique centrale<sup>(55)</sup>. Cette approche semble donc être un traitement à intégrer en thérapie afin d'améliorer le retour fonctionnel et la normalisation des mouvements du membre atteint. Au Québec, concernant la recherche en réadaptation, une communauté de pratique provinciale en réadaptation devrait voir le jour à l'automne 2014, sous l'initiative du centre de réadaptation Constance-Lethbridge et de son centre de recherche (CRIR), ce qui est très prometteur pour l'avenir.

## **LA PHYSIOTHÉRAPIE**

Le physiothérapeute joue un rôle crucial dans l'évaluation, le traitement et la restauration fonctionnelle chez un patient atteint du SDRC, et ce, dès la première ligne. Il sera très souvent le premier thérapeute que le patient consultera soit en accès direct ou, par exemple, en soins postopératoires, après avoir été référé. C'est pourquoi il doit être très vigilant et alerte aux premiers signes pouvant laisser présager un SDRC lors de son évaluation et de sa prise en charge subséquente. Le travail en étroite collaboration avec le médecin traitant du patient sera important dès le début de l'apparition des premiers symptômes du SDRC.

Son expertise aidera à préciser le ou les diagnostics physiques et à déterminer le potentiel de réadaptation du patient. En synergie avec tous les autres membres de l'équipe, le physiothérapeute participera à l'élaboration du plan de traitement individualisé du patient pour un retour fonctionnel optimal dans les meilleurs délais.

Son évaluation et ses interventions seront faites à plusieurs niveaux. Il travaillera à augmenter et à maintenir des amplitudes articulaires fonctionnelles et une bonne flexibilité. La force, les patrons de mouvement et la posture feront également partie de sa prise en charge. L'approche active sera faite par

---

SDRC (syndrome douloureux régional complexe)  
Cet algorithme de traitement ne se substitue pas au jugement clinique.

le biais de programmes d'exercices spécifiques, adaptés et bien dosés, incluant des techniques de désensibilisation par le mouvement et par la thérapie miroir ou l'imagerie motrice. Le **DOSAGE** et la **PROGRESSION** juste et adéquate des exercices sont primordiaux et essentiels chez le patient souffrant de douleur chronique, dont le patient atteint du SDRC. Dès le début de la prise en charge, un bon contrôle des symptômes du SDRC diminue la détresse psychologique et la fatigue du patient et augmente sa collaboration. Cette collaboration est la pierre angulaire pour la poursuite du processus de prise en charge.

Comme tous les autres intervenants de la santé oeuvrant auprès du patient souffrant du SDRC, le physiothérapeute sera attentif aux « dommages collatéraux » potentiels de ce syndrome, que ce soit les facteurs psychologiques associés au syndrome, les comorbidités et les problématiques biomécaniques surajoutées où il aura, encore une fois, un rôle crucial à jouer. Son rôle sera également très important dans l'enseignement auprès du patient, entre autres, sur l'anatomie, la biomécanique, la neurophysiologie de la douleur, les séquelles physiologiques de son atteinte et sur les stratégies de gestion de la douleur. Cet enseignement sera un atout majeur pour faciliter la compréhension du patient par rapport à sa condition, ce qui aidera à la modification des comportements inadéquats ainsi que des perceptions et des croyances erronées associées à la douleur. Ces comportements inadéquats et ces fausses croyances « paralysent » bien souvent le patient et entretiennent le phénomène de kinésiophobie empêchant ainsi le retour moteur et la restauration fonctionnelle visés.

En ce qui a trait à la recherche, certaines études ont fait la preuve que la physiothérapie améliorerait à elle seule le pointage de la douleur et la mobilité active du membre atteint par le SDRC (56). La physiothérapie s'est également avérée être la thérapie de choix concernant les enfants atteints de SDRC (57) apportant une récupération fonctionnelle complète.

---

SDRC (syndrome douloureux régional complexe)  
Cet algorithme de traitement ne se substitue pas au jugement clinique.

## **ERGOTHÉRAPIE**

L'ergothérapeute est un professionnel de la santé qui évalue à l'aide d'outils spécifiques et standardisés et qui traite le patient souffrant de douleur chronique afin de développer, de préserver et de maximiser son potentiel fonctionnel dans ses habitudes de vie ainsi qu'au niveau socioprofessionnel. Ceci afin que le patient puisse bénéficier d'une vie active, stimulante, valorisante, productive et satisfaisante malgré sa douleur chronique.

Il met le patient en situation réelle, concrète et à visée thérapeutique (individuellement ou en groupe) afin de développer et d'optimiser ses capacités résiduelles de façon sécuritaire et durable dans un environnement adapté à sa condition et à ses restrictions ou limitations.

L'ergothérapeute travaille sur cinq axes d'intervention avec le patient, soit l'enseignement personnalisé, l'intégration des stratégies actives de gestion de la douleur, le développement des capacités fonctionnelles à travers la réalisation d'activités significatives, la motivation à l'occupation et l'investissement d'une routine satisfaisante et significative selon ses capacités résiduelles. Il recommandera des aides techniques, si nécessaire.

L'ergothérapeute est un intervenant de la santé qui est essentiel dans le continuum de la prise en charge en réadaptation et adaptation pour le soutien des habitudes de vie et le soutien à l'intégration socioprofessionnelle. Ce processus est réalisé en synergie avec le travail des autres membres de l'équipe interdisciplinaire qui interviennent dans le processus complexe du cycle de la douleur persistante.

## **KINÉSIOLOGIE**

Le kinésologue apporte lui aussi ses compétences spécifiques au sein de l'équipe interdisciplinaire. Il est le professionnel de la santé, spécialiste de l'activité physique, qui utilise le mouvement à des fins de prévention, de traitement et de performance. Il évalue les déterminants de la condition physique, les facteurs de risque ainsi que les habitudes de vie en intervenant à chacun de ces niveaux. Il élabore des programmes d'entraînement adaptés, spécifiques et sécuritaires en fonction de la condition du patient et de ses restrictions ou limitations.

---

SDRC (syndrome douloureux régional complexe)  
Cet algorithme de traitement ne se substitue pas au jugement clinique.

Sa place est primordiale auprès du patient souffrant de douleur chronique. La reprise de l'activité physique est très souvent freinée par les construits psychologiques spécifiques (kinésiophobie, catastrophisme, hypervigilance) du patient. Le kinésologue participe grandement à cette reprise de l'activité et à l'utilisation du ou des membres atteints. S'y ajoute souvent un déconditionnement physique sévère (« dommage collatéral » de la douleur chronique) que le kinésologue évalue et traite au cours de la prise en charge du patient.

Les bienfaits de l'activité physique sont connus et sont des plus bénéfiques tant sur le plan physique que psychologique. L'approche n'est pas que ludique. Elle a des buts spécifiques de remise en forme et de promotion de la santé. Le thérapeute en kinésiologie cherche à faire reprendre au patient ses activités antérieures ou à lui apprendre de nouvelles activités avec ou sans adaptations par désensibilisation, exposition et intégration des outils de gestion de la douleur. Il aidera le patient à se fixer des objectifs réalistes et atteignables et tiendra compte de ses goûts et de ses intérêts afin de favoriser une observance à long terme pour le maintien des acquis. Ce spécialiste du mouvement et de l'activité physique apporte un complément d'expertise qui est essentiel à l'équipe.

### **CONSEILLER D'ORIENTATION**

Autant que possible, le patient reprendra son travail antérieur, la plupart du temps de façon progressive. Le patient aura besoin de supervision et de réassurance, car la crainte d'une rechute, d'une récurrence ou d'une aggravation peut être une source d'anxiété. Ce retour au travail est essentiel et doit être entrepris de façon sécuritaire, et ce, le plus rapidement possible et tout en appliquant les enseignements reçus des différents intervenants de l'équipe interdisciplinaire. Parfois, le patient ne peut reprendre son travail antérieur et une réorientation professionnelle ou un retour aux études est nécessaire. La réinsertion socioprofessionnelle est elle aussi une affaire d'équipe. Après l'évaluation du patient et au cours du développement de ses capacités, le conseiller d'orientation entre en jeu lorsqu'il y a un retour aux études ou une réorientation professionnelle.

---

SDRC (syndrome douloureux régional complexe)  
Cet algorithme de traitement ne se substitue pas au jugement clinique.

Avec sa propre évaluation du patient, l'identification des ressources et des partenariats appropriés et avec les données de l'équipe sur le profil médical et fonctionnel du patient, le conseiller d'orientation assistera le patient dans son processus afin que les choix définitifs soient des choix réalistes et réalisables pour permettre un retour à une vie professionnelle durable et satisfaisante. Il aura bien souvent à évaluer et à recadrer les perceptions, les craintes et les croyances erronées du patient en lien avec la douleur chronique et ses impacts sur le projet d'insertion socioprofessionnelle en voie d'élaboration. Le conseiller d'orientation aidera, lui aussi, le patient à reprendre un rôle de travailleur et favorisera le transfert des connaissances et des stratégies enseignées durant la prise en charge interdisciplinaire.

À ce stade final du processus de réadaptation, l'implication de l'ergothérapeute est significative et son travail, en étroite collaboration avec le conseiller d'orientation, est souvent déterminant. L'application des stratégies d'intégration préalablement établies et certaines interventions se prolongent même en milieu de stage ou en milieu de travail réel dans certains cas. Le soutien et l'accompagnement dans le projet socioprofessionnel du patient vont donc au-delà des interventions en milieu clinique.

## **LA RÉHABILITATION PROFESSIONNELLE ET LA THÉRAPIE RÉCRÉATIONNELLE**

Le conseiller de réhabilitation assistera le patient dans son retour au travail et l'utilisation optimale de ses fonctions. Ce thérapeute utilisera l'information médicale, financière, éducative et de l'environnement de travail pour guider le retour au travail du patient. Il pourra recommander des modifications de travail, des variations de technicité afin de diminuer la douleur au mouvement. Il assistera le patient lors de la reprise de son rôle de travailleur à l'aide d'un plan de retour au travail. Même si l'intervention du spécialiste de réhabilitation constitue une étape finale à notre processus interdisciplinaire, le retour au travail sera envisagé, dans certains cas, précocement afin de préserver l'emploi à long terme au travailleur. Le patient devra également comprendre que le retour au travail et

---

SDRC (syndrome douloureux régional complexe)  
Cet algorithme de traitement ne se substitue pas au jugement clinique.

que des activités rémunératrices n'entraîneront pas d'exacerbation de son problème, et ce, ni à moyen ni à long terme.

La thérapie récréationnelle est souvent l'activité la plus appréciée par le patient, et ce thérapeute est souvent le premier à amorcer la reprise des mouvements et l'utilisation du membre. Le retour vers les activités récréatives antérieures est souvent l'outil qui permet de briser la kinésiophobie créée par la douleur chez les patients atteints de SDRC. Grâce à des modifications d'appareils, à des équipements adaptés et à des résolutions créatives de problèmes, ce thérapeute permettra au patient d'effectuer le retour à des activités récréatives antérieures ou nouvelles. De plus, l'activité récréative permet au patient de retrouver des contacts sociaux et de regagner un rôle social. Les anciens comportements souvent passifs adoptés par le patient avec la douleur chronique sont alors antagonisés.

### **AUTRES INTERVENTIONS THÉRAPEUTIQUES**

La thérapie par oxygénation hyperbare a déjà été utilisée avec des résultats mitigés ou, tout au moins, controversés (niveau d'évidence 2). Concernant l'acupuncture, nous ne disposons pas d'études contrôlées randomisées associées au SDRC et, en chiropratique, aucune étude médicale ne supporte les manipulations chiropratiques en SDRC.

### **THÉRAPIES INTERVENTIONNELLES EN SDRC**

Les blocs nerveux plexiques et sympathiques, l'infusion intraveineuse de médicaments, les traitements de neuromodulation sont les principales thérapies interventionnelles utilisées dans le traitement du SDRC.

---

SDRC (syndrome douloureux régional complexe)  
Cet algorithme de traitement ne se substitue pas au jugement clinique.

## 2C LES BLOCS NERVEUX SYMPATHIQUES

3C

Nous considérons que le SDRC est un syndrome complexe impliquant des atteintes somato-sensorielles, sensitives, sympathiques et, également, du système vasomoteur. Les blocages des ganglions sympathiques sont connus pour apporter une aide diagnostique et un certain soulagement au SDRC. Antérieurement, on pensait que la dystrophie sympathique consistait en une atteinte prédominante du système nerveux sympathique qui conduisait aux symptômes cliniques et qui répondait au blocage sympathique. On sait maintenant que le SDRC appartenant au groupe de douleur maintenue par le sympathique (*Sympathetically Maintained Pain*) comporterait des associations des branches sympathiques terminales avec plusieurs types d'afférences nerveuses au niveau périphérique et, également, au niveau du système nerveux central<sup>(58)</sup>. Classiquement, le blocage des ganglions sympathiques se pratique au niveau du ganglion stellaire lorsque l'atteinte se situe aux membres supérieurs ou au niveau des ganglions sympathiques lombaires lorsque la douleur est aux extrémités inférieures. Le soulagement de la douleur, à la suite d'un bloc sympathique, dépasse généralement la durée de l'effet anesthésique local. En plus des blocages ganglionnaires sympathiques, d'autres procédures à visée sympathicolytique thérapeutique peuvent être effectuées par certains blocs intraveineux, en injectant la phentolamine, le bretylium, la clonidine, la réserpine, le magnésium et la guanéthidine. Le rôle des blocages sympathiques considérés dans plusieurs algorithmes, permet de différencier le syndrome douloureux complexe en deux sous-groupes, soit celui où la douleur est indépendante du sympathique et celui où la douleur comporte une composante sympathique. En cas d'échec du blocage sympathique, l'absence de SDRC ne peut être évoquée, car le blocage incomplet des afférences sympathiques fausse ce test diagnostique.

Cliniquement, ces blocages sympathiques par différents modes servent à diminuer la douleur pendant une certaine période et améliorent l'issue du syndrome lorsqu'associés à des traitements interdisciplinaires. Ces blocages sympathiques par différentes méthodes permettent de diminuer la douleur (allodynie) et de faciliter les traitements par les techniques physiques en offrant une fenêtre

---

SDRC (syndrome douloureux régional complexe)  
Cet algorithme de traitement ne se substitue pas au jugement clinique.

non douloureuse pour la thérapie<sup>(59)</sup>. Concernant l'efficacité des blocages ganglionnaires sympathiques; à cause de l'hétérogénéité de patients, le nombre restreint, les critères flous et, souvent, non contrôlés des études associées et par l'imprécision de la technique de blocage ganglionnaire : les blocs sont tout de même utilisés lorsque les traitements de première ligne ont échoué.

Quelques études récentes concernant l'efficacité du bloc stellaire ont démontré des niveaux d'évidence 2 et 3 concernant l'efficacité de ces blocages dans le SDRC<sup>(60,61)</sup>. Le rôle des différents blocages sympathiques, soit au niveau ganglionnaire ou par des blocs de type Bier intraveineux avec des agents vasoactifs, ne seront utilisés que pour faciliter l'analgésie par une série de quelques blocs, et ce, en interdisciplinarité pour faciliter les thérapies physiques (ergo ou de physiothérapie)<sup>(62)</sup>.

Après une réévaluation des études portant sur les agents pour blocage intraveineux régionaux, le bretylium s'est avéré efficace dans au moins une étude randomisée chez des patients présentant un SDRC<sup>(63)</sup>; ce qui en fait donc une évidence clinique de niveau 2. Quant à l'usage de la clonidine, qui est un agoniste  $\alpha_2$  et qui possède les propriétés analgésiques reconnues, son usage en bloc intraveineux régional s'est avéré efficace et prolongé dans le traitement de la douleur lors de SDRC, ce qui en fait un niveau d'évidence 3. Il est à noter que, dans la majorité des études avec usage de la clonidine par bloc de Bier, aucun effet secondaire notable n'a été rapporté. À l'avenir, la compréhension des nouveaux mécanismes impliqués dans le SDRC (comme l'implication des cytokines) entraînera sûrement l'usage des blocages intraveineux, régionaux ou ganglionnaires<sup>(64)</sup> avec de nouvelles classes de médicaments.

## **PERFUSION INTRAVEINEUSE**

Concernant l'infusion intraveineuse de Phentolamine (un bloquant alphaadrénergique), la revue de littérature conclut que cette infusion n'apporterait pas de changement significatif sur la douleur et les signes physiques de SDRC ainsi que des variations au niveau du débit sanguin régional du membre et de l'hyperalgésie<sup>(65)</sup>.

---

SDRC (syndrome douloureux régional complexe)  
Cet algorithme de traitement ne se substitue pas au jugement clinique.

Les infusions de lidocaïne ont également été évaluées à différentes concentrations et aucun effet, même à court terme de ces infusions, n'a été démontré<sup>(66)</sup>.

## 2C **AUTRES TYPES DE BLOPAGE NERVEUX** (pour usage en centre d'expertise de douleur)

### 3C **Blocs plexiques continus et infusion rachidienne continue**

Grâce à l'addition de nouvelles technologies pour améliorer la performance de l'anesthésie régionale, il est maintenant facile de produire des blocs plexiques et nerveux continus afin d'assurer un blocage sympathique ou un blocage somatique afin de permettre une meilleure perfusion et le soulagement de la douleur de façon prolongée chez les patients porteurs de SDRC. Ces techniques sont déjà utilisées en soin périopératoire, lors d'un trauma, pour le soulagement de la douleur, lors de compromis vasculaire, lors de douleur sévère intractable de type neuropathique, de douleur régionale complexe des membres et, également, au niveau des membres fantômes. Afin de favoriser une sympathicolyse au niveau du membre atteint, plusieurs types de perfusion ont été utilisés, de la bupivacaïne à la ropivacaïne à différentes concentrations et plusieurs additifs ont été ajoutés à l'infusion périnerveuse, soit des opioïdes, des anesthésiques locaux, de la clonidine et d'autres agents analgésiques. De plus, le blocage en continu permet une meilleure utilisation du membre et facilite la physiothérapie et l'ergothérapie axées sur le membre atteint<sup>(67)</sup>. L'usage de la perfusion péridurale en continu a été décrit dans plusieurs études concernant la douleur régionale complexe<sup>(68)</sup>. Parmi les médications qui peuvent être utilisées en perfusion péridurale, on retrouve les anesthésiques locaux à des concentrations variées, la clonidine, les opioïdes. En général, les perfusions épidurales ou plexiques sont utilisées lors de syndromes de douleur régionale complexe sévères ou résistants. Les perfusions continues plexiques ou épidurales sont généralement instaurées sur une période de 7 à 10 jours avec hospitalisation du patient pour ce traitement. En général, on note une amélioration modérée à importante chez plus de 50 % des patients après de telles thérapies. Pour toutes ces techniques de perfusion continue avec cathéter, une stérilité scrupuleuse doit être respectée et même une tunnellation partielle du cathéter est à envisager afin

---

SDRC (syndrome douloureux régional complexe)  
Cet algorithme de traitement ne se substitue pas au jugement clinique.

d'éviter toute infection. Ce taux d'infection en épidural peut s'élever jusqu'à 30 %, et certains préconisent même l'usage d'antibiotiques pendant la période de traitement avec cathéter<sup>(71)</sup>.

Concernant l'usage d'analgésie par voie intrathécale, il semble émerger une certaine évidence avec l'usage du Baclofen intrathécal qui apporte une bonne amélioration lors de CRPS réfractaire associé à des dystonies très sévères<sup>(72)</sup>.

### **3C BLOCAGE SYMPATHIQUE, NEUROLYTIQUE OU PAR RADIOFRÉQUENCE**

Les sympathectomies chirurgicales ont été utilisées antérieurement lors de dystrophie sympathique, de phénomène de Raynaud ou d'hyperhidrose. La littérature actuelle démontre un taux d'échec initial jusqu'à 35 % relié aux causes suivantes : des erreurs diagnostiques, la résection incomplète, la réinnervation. Les techniques de résection sympathique chirurgicale ne semblent plus être encouragées dans la littérature et seraient davantage remplacées par les techniques de radiofréquence qui se sont avérées plus efficaces selon certaines publications<sup>(73,74)</sup>. Concernant l'usage de la sympathectomie avec substance neurolytique tels alcool ou phénol, cet usage semble de plus en plus limité aux soins palliatifs terminaux. La technique de radiofréquence percutanée s'est avérée aussi efficace avec beaucoup moins de danger de névrite post-sympathectomie ou de douleur de désafférentation.

Nous n'avons pas encore d'études fiables comparant l'efficacité des sympathectomies par radiofréquence aux blocs sympathiques intermittents et à la neuromodulation lors de douleurs régionales complexes de type 1 et 2.

### **3C NEUROMODULATION : NEUROSTIMULATION ET POMPE INTRATHÉCALE IMPLANTÉE**

L'usage de neurostimulation épidurale cervicale ou lombaire s'est avéré efficace pour améliorer la qualité de vie et diminuer la douleur de plus de 50 % lors de syndrome de douleur régionale complexe rebelle et résistante à toute thérapie<sup>(75,76)</sup>. En général, les auteurs s'accordent pour dire que, dans les

---

SDRC (syndrome douloureux régional complexe)  
Cet algorithme de traitement ne se substitue pas au jugement clinique.

stades tardifs de CRPS, la neurostimulation est une thérapie alternative excellente pour les patients avec échec de thérapie aux autres modes de traitement. Ils s'accordent aussi pour dire que, généralement, la douleur est diminuée de plus de 50 % avec une baisse de consommation d'analgésiques et la qualité de vie est améliorée de plus de 50 % également, et ce, pendant une période de suivi jusqu'à 5 ans selon certaines études<sup>(77)</sup>. Actuellement, les études sont divisées entre l'usage précoce (3-6 mois) versus tardif (> 1 an) de la neurostimulation épidurale. Le récent rapport (2013) de l'INESSS, rédigé par un comité d'experts du Québec, a pris la décision qu'un essai minimal de 6 mois avec échec de la thérapie intensive est requis avant de procéder à la neuromodulation.

### **AUTRES THÉRAPIES**

Différentes globulines humaines ont été utilisées par intraveineuse et proposées dans le traitement du SDRC. La théorie encourageant cette thérapie serait la modulation du système immunitaire comme traitement au SDRC<sup>(78)</sup>.

## **3C**

### **ADMINISTRATION DE KÉTAMINE**

La perfusion de kétamine comme analgésique pour son action anti-NMDA semble gagner en popularité dans le traitement du SDRC. À cause des effets secondaires psychotropes importants, l'usage de la kétamine est limité à des petites doses uniquement<sup>(79,80)</sup>, mais la perfusion intraveineuse semble efficace dans le traitement des SDRC rebelles. Son usage requiert tout de même un monitoring cardiovasculaire et la présence d'un anesthésiologiste étant donné les effets secondaires liés à la dose administrée et l'apnée possible.

La conclusion des diverses méta-analyses nous révèle que nous n'avons pas de données suffisantes pour permettre l'usage routinier de kétamine en douleur chronique et que d'autres études de qualité devront être entreprises concernant l'usage en SDRC.

---

SDRC (syndrome douloureux régional complexe)  
Cet algorithme de traitement ne se substitue pas au jugement clinique.

### **3C SYSTÈME DE PERFUSION INTRATHÉCALE TOTALEMENT IMPLANTÉE**

L'installation d'un système de perfusion intrathécale avec pompe implantée en sous-cutané dans le traitement du SDRC est à considérer lorsque toutes les autres modalités de traitement n'ont pas réussi à enlever les symptomatologies douloureuses ou la spasticité du patient. À ce stade, le Baclofen en perfusion intrathécale s'est avéré efficace pour traiter les dystonies sévères qui résultent de complications tardives dues au SDRC. Une étude récente<sup>(72)</sup> a démontré que les dystonies associées au SDRC répondaient de façon très marquée à l'administration intrathécale de Baclofen, et ce, même jusqu'à 3 ans. De plus, la Ziconotide, qui est une classe d'analgésiques non opioïdes connue comme étant un bloqueur des canaux calciques de type N, s'est avérée efficace pour traiter la douleur des patients qui reste sévère et intraitable malgré toutes les thérapies usuelles et interdisciplinaires. Ce traitement doit demeurer exclusivement à l'usage chez les patients qui ne répondent à aucune autre thérapie, car cette thérapie peut entraîner des risques potentiels de dommage neurologique et d'atteinte psychiatrique. Son usage est uniquement expérimental actuellement.

### **3C LE TRAITEMENT PAR CHAMP ÉLECTROMAGNÉTIQUE**

Une étude contrôlée, randomisée à double insu avec contrôle placebo utilisant la thérapie par champ électromagnétique a démontré l'absence de différences significatives entre le groupe placebo et le groupe traité<sup>(81)</sup>. Cette thérapie demeure actuellement au stade expérimental.

#### **L'OXYGÉNATION HYPERBARE**

L'oxygénation hyperbare a déjà été tentée pour traiter la douleur associée au SDRC et une étude préliminaire<sup>(82)</sup> semble présenter des améliorations significatives quant aux signes de SDRC chez les patients traités, et ce, jusqu'à une période de 1 mois. Cette thérapie semble donc prometteuse, mais demeure à l'étude pour l'instant.

---

SDRC (syndrome douloureux régional complexe)  
Cet algorithme de traitement ne se substitue pas au jugement clinique.

## CONCLUSION

En résumé, les consensus d'experts recommandent que les traitements du SDRC incluent la réhabilitation, le contrôle pharmacologique de la douleur chronique, les traitements psychologiques et les thérapies physiques. Le but primaire de cette thérapie est la restauration fonctionnelle du membre atteint. Les traitements conservateurs de base sont la physiothérapie, l'ergothérapie, la stimulation électrique transcutanée, les médicaments oraux et topiques, le suivi et le dépistage psychologique et les blocs anesthésiques, nerveux ou intraveineux.

En l'absence d'amélioration, lors de contre-indication ou en l'absence totale de réponse au traitement conventionnel, nous devons envisager des traitements plus invasifs; donc à un centre secondaire et tertiaire de la thérapie de la douleur du SDRC, ce qui inclut les blocs nerveux périphériques continus ou épiduraux, les médicaments intrathécaux, la sympathectomie par radiofréquence jusqu'à la neuromodulation avec stimulateur au niveau spinal.

1A

## CRITÈRES DIAGNOSTIQUES DU SDRC

2A

### ADOPTÉS PAR L'IASP

3A

### CRITÈRES DE BRUEHL DE 1996

---

#### SYMPTÔMES ET SIGNES CLINIQUES

- **Anomalies sensitives**
    - Douleur spontanée, hyperalgésie mécanique, hyperalgésie thermique, hyperalgésie profonde somatique
  
  - **Anomalies vasculaires**
    - Vasodilatation, vasoconstriction, asymétrie de température cutanée, changement de coloration cutanée
    - Oedème, anomalie de sudation, gonflement, hyperhidrose ou hypohidrose
  
  - **Variations trophiques et motrices**
    - Faiblesse motrice, tremblement, dystonie, troubles de coordination, variation des ongles et de pilosité, atrophie cutanée, ankylose articulaire, amaigrissement des tissus mous
  
  - **Interprétations**
    - Usage clinique :  $\geq 3$  symptômes dans chaque catégorie et  $\geq 2$  signes dans chaque catégorie
    - Recherche :  $\geq 4$  symptômes dans chaque catégorie et  $\geq 2$  signes dans chaque catégorie
-

## RÉFÉRENCES

1. Bruehl HD: An update on the pathophysiology of complex regional pain syndrome. *Anesthesiology* 2010;113(3):713-725.
2. Bruehl HD et al.: Complex regional pain syndrome: are there distinct subtypes and sequential stages of syndromes? *Pain* 2002;95:119-124.
3. DeMos M et al.: The incidence of complex regional pain syndrome: a population-based study. *Pain* 2007;129:12-20.
4. Groeneweg JG et al.: Increased endothelin1 and diminished nitric oxide levels in blister fluids of patients with intermediate cold type complex regional pain syndrome type 1. *BMC Musculoskeletal Disord* 2006;7:91.
5. Birkelein F et al.: Neuropeptides, neurogenic inflammation and CRPS. *Neurosc. Lett.* 2008;437:199-202.
6. Oaklander AL et al.: Is reflex sympathetic dystrophy/CRPS type 1 a small fiber neuropathy? *Ann Neurol* 2009;65:629-638.
7. Gibbs GF et al.: Unravelling the pathophysiology of CRPS : focusing sympathetically maintain pain.
8. DeMos M et al.: The incidence of CRPS : a population-based study. *Pain* 2007;129(1-2):12-20.
9. DeMos M et al.: Medical history and the onset of CRPS. *Pain* 2008;139(2):456-466.
10. Sandroni P et al.: CRPS type 1: Incidence and prevalence in Olmsted county. *Pain* 2003;103:199-207.
11. IASP: Merskey et al.: Radicular pain and radiculopathy, classification of chronic pain, 2<sup>nd</sup>. *ISP Press* 1994;13-16.
12. Harden RN et al.: Proposed criteria for CRPS. *Pain Med* 2007;8:326-331.
13. Bruehl HD et al.: External validation of IASP diagnostic criteria of CRPS. *Pain* 1999;81:147-154.
14. Geisslinger G et al.: Proceeding of the 9<sup>th</sup> world congress on pain. *IASP Press* 2000:833-855.
15. Pappagallo M et al.: Epidemiology, physiopathology and management of CRPS. *Pain Practice* 2001;1:11.
16. Kingery NS et al.: A critical review of controlled clinical trials for peripheral neuropathic pain and complex pain syndromes. *Pain* 1997;73:123-139).
17. Zollinger PE et al.: Effect of vitamin C on frequency of CRPS in wrist fracture. *Lancet* 1999;354:2025-2028.

18. Zuurmond WW et al.: Treatment of acute reflex sympathetic dystrophy with DMSO 50% in cream. *Acta Anaesthesiol Scand* 1996;40:364-367.
19. Schwartzman RJ et al.: Thalidomide has activity in treating CRPS. *Arch Intern Med* 2003;163:1487-1488.
20. Schwartzman RJ et al.: Efficacy of lénalidomide in treatment of CRPS. Paper presented at IASP Congress 2005.
21. Irving G et al.: Paper presented at American Pain Society Meeting 2005.
22. Mellick GA: Reflex sympathetic dystrophy treated with gabapentin. *Arch Phys Med Rehabil* 1997;78:98-105.
23. Wheeler DS et al.: Use of gabapentin in treatment of CRPS in childhood. *Pediatr Neurol* 2000;22:220-221.
24. Chadda V et al.: Double blind study of effects of diphenylhydantoin on diabetic neuropathy. *J Ass Indic* 1978;26:403.
25. Matzner O et al.: Na<sup>+</sup> inductance for repetitive neurofiring. *Brain Res* 1992;597:92-98.
26. Harke H et al.: The response of neuropathic pain and pain in CRPS to carbamazépine. *AA* 2001;92:488-495.
27. Sindrup SH et al.: Pharmacologic treatment of pain in polyneuropathie. *Neurology* 2000;55:915-920.
28. Woolf CJ: Mechanism-based pain diagnosis. *Anesthesiology* 2001;95:241-249.
29. Ribbers GM et al.: Pharmacology treatment of CRPS. *Arch Phys Med Rehabil* 2003;84:141-146.
30. Watson CP: Nortriphylie vs amitriptyline in post herpetic nevralgia. *Neurology* 1998;51:1166-1171.
31. Sindrup SH et al.: Citalopram relieves the symptom of diabetic neuropathy. *Clin Pharm* 1991;52:547.
32. Sindrup SH et al.: Paroxetine in the treatment of diabetic neuropathy. *Pain* 1990;42:2135-2144.
33. Harke H et al.: The response of neuropathic pain and pain in complex regional pain syndrome. *A.A.* 2001;92:488-495.
34. Harden R et al.: The use of opioids in treatment of chronic pain. *J Back musculoskel Rehabil* 1997;9:155-158.
35. Dellelmiijn PL et al.: Prolonged treatment with transdermal fentanyl in neuropathic pain. *J Pain Symptom Manag* 1998;16:220-229.
36. Mercadante S et al.: Analgesic effect of intravenous kétamine in cancer patients with morphine therapy. *J Pain Symptom Manag* 2000:246-252.
37. Gammaitoni A et al.: Topical kétamine gel in neuropathic pain. *Pain med* 2000;1:97-100.

38. Pud D et al.: The NMDa receptor antagonist amantadine reduces surgical neuropathic pain in cancer patients. *Pain* 1998;75:349-354.
39. Sang CN et al.: NMDa receptor antagonists in neuropathic pain. *J Pain Symptom Manag* 2000;19 suppl 1:521.
40. Rauck et al.: Epidural clonidine for refractory reflex sympathetic dystrophy. *Anesthesiology* 1993;79:1163-1169.
41. Davis KD et al.: Topical application of clonidine relieves hyperalgesia in patient with SMP. *Pain* 1991;47:309-317.
42. Prough DS: Efficacy of oral nifédipine in CRPS. *Anesthesiology* 1985;62:796-799.
43. Ghostine S.Y. et al.: Phenoxybenzamine in treatment of causalgia. *J Neurosurg* 1984;60:1263-1268.
44. Bickerstaff DR et al.: The use of nasal calcitonine in treatment of post-traumatic algodystrophy. *Br J Rheum* 1991;30:291-294.
45. Gobelet C et al.: The effect of adding calcitonin to physical treatment in CRPS. *Pain* 1992;48:171-175.
46. Varenna M et al.: Intravenous clodronate in treatment of CRPS. *J Rheumatol* 2000;27:1477-1483.
47. Adami S et al.: Biphosphonate therapy in CRPS type 1. *Ann Rheum Dis* 1997;56:201-204.
48. Robinson JN et al.: Efficacy of pamidronate in CRPS type 1. *Pain Med* 2004;5:276-280.
49. Fordyce WE et al.: Operant conditioning in the treatment of chronic pain. *Arch Phys Med Rehab* 1973;54:399-408.
50. Bradley L et al.: Assessment of psychological status using interviews and self-report instruments. Turkd, Melzack R, *Handbook of Pain Assessment* 2001.
51. Staton-Hick SM et al.: An updated interdisciplinary clinical pathways for CRPS. *Pain Practice* 2002;2(1):1-16.
52. Kingery WS: A critical review of controlled trials in neuropathic pain and CRPS. *Current diagnosis and therapy* 2005;32.
53. Carlson LK et al.: Treatment of reflex dystrophy using the stress-loading program. *J Hand Ther* 1988;1:149-154.
54. Oerlemans H et al.: Do physical therapy and occupational therapy reduce the impairment percentage in reflex sympathetic dystrophy? *Am J Phys Rehab* 1999;78:533-539.
55. Moseley GL: Graded motor imagery in affective for long standing complex regional pain syndrome. *Pain* 2004;108:192-198.
56. Oerlemans AM: Pain and reduced mobility in CRPS type 1. *Pain* 1999;83:77-83.

57. Sherry DD et al.: Short and long-term outcomes of children with CRPS. Clin J Pain 1999;15:218-223.
58. Janig W et al.: Sympathetic nervous system contribution to chronic pain. Prog Brain Res 2000;129:451-468.
59. Schurmann M et al.: Clinical and physiologic evaluation of stellate ganglion blockade for CRPS. Clin J Pain 2001;17:94-100.
60. Price D et al.: Analysis of peak magnitude and durational analgesic produced by local anesthetic injected into sympathetic ganglia for CRPS. Clin J Pain 1998;19:216-226.
61. Bonnelli S et al.: Regional intravenous guanéthidine vs stellate ganglion blocks in reflex dystrophies. Pain 1983;16:297-307.
62. Stanton-Hicks et al.: An updated interdisciplinary clinical pathway for CRPS. Pain practice 2002;2:1-16.
63. Hurd AH et al.: Intravenous region bretylium and lidocaïne for treatment of CRPS. Anesth Analg 1992;74:818-821.
64. Leis S et al.: Facilitated neurogenic inflammation in unaffected limbs with CRPS. Neurosc Letter 359: 163-166.
65. Verdugo R et al.: Phentolamine block questions the concepts. Neurology 1994;44:1003-1010.
66. Wallace M et al.: Concentration effect relationship of intravenous lidocaïne in CRPS. Anesthesiology 2000;92(1):75.
67. Wang L et al.: Axillary brachial plexus block in CRPS patient type 1. Reg Anesth Pain Med 2001;26(11):68-71.
68. Buchheit T et al.: Lateral cervical epidural catheter placement and sympathetic block. Reg Anesth Pain Med 2000;25:313-317.
69. Rauck R et al.: Epidural clonidine for refractory reflex sympathetic dystrophy. Anesthesiology 1993;79:1163-1169.
70. König H et al.: Cervical epidural blockade and reflex sympathetic dystrophy. Pain Clinic 1995;8:230-244.
71. Dupen S et al.: Infection during chronic continuous epidural catheterization. Anesthesiology 1990;73:905-909.
72. Van Hilten R et al.: Intrathecal Baclofen for the treatment of dystonic in patients with sympathetic dystrophy. NEJM 2000;343:625-630.
73. Kim K et al.: Sympathectomy open and..... Surgical Management of Pain 2002:688-700.

74. Wilkinson H et al.: Percutaneous radiofrequency upper thoracic sympathectomy. Neurosurgery 1996;38:715-725.
75. Turner J et al.: Spinal and stimulation for patient with CRPS. Pain 2004;104:137-147.
76. Grabow T et al.: Spinal and stimulation for CRPS. Clin J Pain 2003;19:371-383.
77. Kemler MA et al.: Effect of spinal cord stimulation for chronic complex regional pain syndrome type 1. J Neurosurg 2008;108(2):292-298.
78. Goebel A et al.: Intravenous immunoglobuline treatment of CRPS. Ann Inter Med 2010;150(2):152-158.
79. Kiefer RT et al.: Efficacy of kétamine in anesthetic dosage for the treatment of refractory CRPS. Pain Med 2008;9(8):1173-1201.
80. Schwartzman RJ et al.: Outpatient intravenous kétamine for the treatment of CRPS. Pain 2009;147(1-3):107-115.
81. Durmus A et al.: The efficiency of electromagnetic field treatment in CRPS. Disabil Rehabil 2004;26(9):537-545.
82. Kiralp MZ: Effectiveness of hyperbaric oxygen therapy in the treatment of CRPS. J Int Med Res 2004;32(3):258-262.

## ANNEXE I - À LIRE

### *DPC et spécialités*

## Algorithme de traitement de la douleur neuropathique

# Recommandations d'un forum québécois sur la douleur neuropathique

Par Aline Boulanger, Pierre Arsenault, Alain Béland, André Bélanger, Christian Cloutier, Dominique Dion, Pierre Dolbec, Angela Genge, David Lussier, Serge Marchand, Huu Tram Anh Nguyen, Robert Thiffault et Mark Ware

### **Objectifs pédagogiques**

- *Connaître la physiopathologie et le diagnostic des douleurs neuropathiques.*
- *Préciser les indications et les précautions lors de l'instauration des traitements pharmacologiques et non pharmacologiques des douleurs neuropathiques.*
- *Savoir prescrire et débiter les différents traitements pour les douleurs neuropathiques.*

### **Mots-clés**

Douleur neuropathique, algorithme de traitement.

## Neuropathic pain: a practical guide for the clinician

*CMAJ August 1, 2006 vol. 175 no. 3 doi: 10.1503/cmaj.060146*

- **Review**

### **Abstract**

Neuropathic pain, caused by various central and peripheral nerve disorders, is especially problematic because of its severity, chronicity and resistance to simple analgesics. The condition affects 2 %–3 % of the population, is costly to the health care system and is personally devastating to the people who experience it. The diagnosis of neuropathic pain is based primarily on history (e.g., underlying disorder and distinct pain qualities) and the findings on physical examination (e.g., pattern of sensory disturbance); however, several tests may sometimes be helpful. Important pathophysiologic mechanisms include sodium- and calcium-channel upregulation, spinal hyperexcitability, descending facilitation and aberrant sympathetic–somatic nervous system interactions. Treatments are generally palliative and include conservative nonpharmacologic therapies, drugs and more invasive interventions (e.g., spinal cord stimulation). Individualizing treatment requires consideration of the functional impact of the neuropathic pain (e.g., depression, disability) as well as ongoing evaluation, patient education, reassurance and specialty referral. We propose a primary care algorithm for treatments with the most favourable risk–benefit profile, including topical lidocaine, gabapentin, pregabalin, tricyclic antidepressants, mixed serotonin–norepinephrine reuptake inhibitors, tramadol and opioids. The field of neuropathic pain research and treatment is in the early stages of development, with many unmet goals. In coming years, several advances are expected in the basic and clinical sciences of neuropathic pain, which will provide new and improved therapies for patients who continue to experience this disabling condition.

<http://www.cfp.ca/content/57/11/e407.full>

## Lignes directrices canadiennes sur l'utilisation sécuritaire et efficace des opioïdes pour la douleur chronique non cancéreuse

### ***Résumé clinique pour les médecins de famille. Partie 1 : population en général***

Les ordonnances d'opioïdes ont connu une hausse dramatique au cours des dernières années. Par exemple, les prescriptions d'oxycodone aux bénéficiaires de l'assurance-médicaments en Ontario ont augmenté de 850 % de 1991 à 2007, passant de 23 prescriptions par 1 000 personnes par année à 197 prescriptions par 1 000 personnes par année. La quantité moyenne par prescription est passée de 1 830 mg à 2 280 mg. Les prescriptions d'autres opioïdes, en particulier le fentanyl, ont aussi augmenté. Ces hausses se sont accompagnées d'une augmentation des problèmes liés aux opioïdes comme la dépendance et la surdose.

### ***Élaboration des lignes directrices***

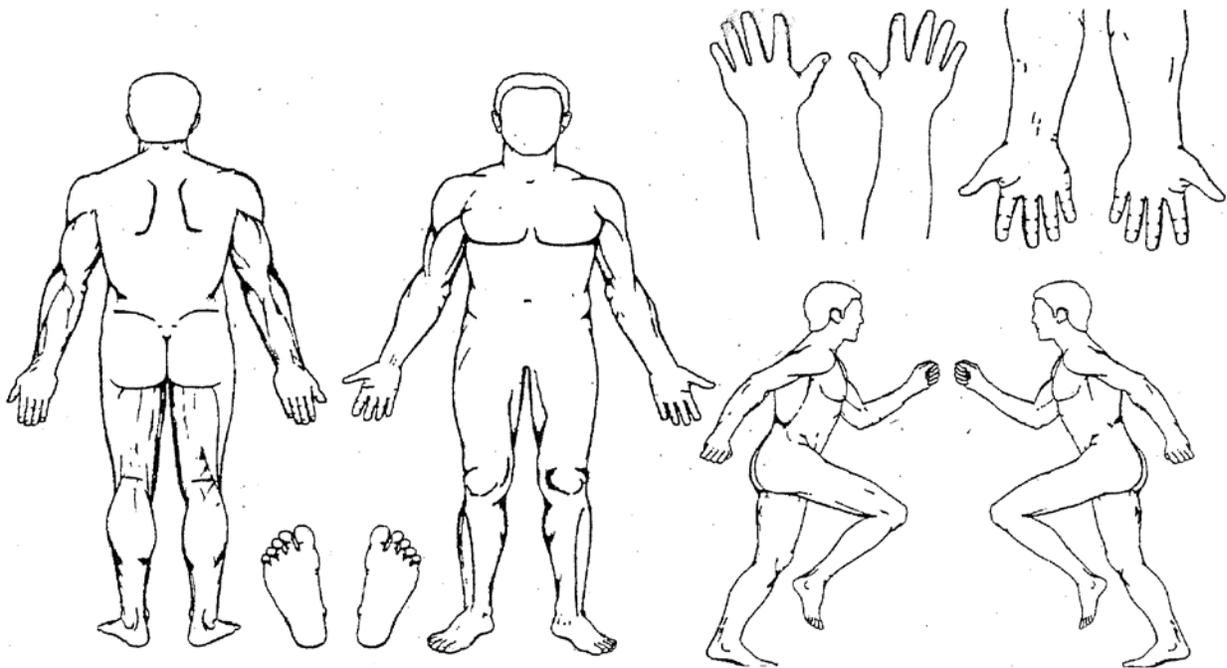
En 2008, un groupe de recherche dont les membres ont été choisis par la Fédération des ordres des médecins du Canada a effectué une révision systématique de la littérature médicale sur l'efficacité et les effets indésirables des opioïdes. Les chercheurs ont produit une ébauche initiale de recommandations qui a été examinée par le Panel consultatif national, un groupe de 49 experts en médecine familiale, en physiatrie, en médecine de la toxicomanie et d'autres disciplines. À la suite de 4 rondes de révision, le Panel consultatif national a atteint un consensus sur 24 recommandations.

## Echelle BPI (*Brief Pain Inventory*) (Version abrégée) modifiée

Sur le diagramme ci-dessous, veuillez noircir les régions où vous ressentez de la douleur.

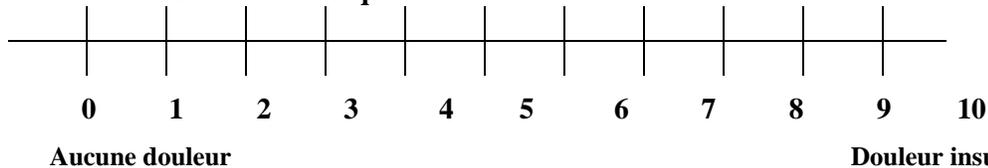
Inscrivez un X dans la région où la douleur est la plus intense.

**V** = vive/en coup de poignard    **B** = brûlante    **E** = engourdissement    **P** = Picotement    **C** = Continue  
**Flèches** = fulgurante



☞ Utilisez des couleurs différentes si vous éprouvez plusieurs types de douleur.

### Échelle de douleur numérique



- **Indiquez le chiffre qui décrit le mieux votre douleur selon l'échelle de douleur numérique d'intensité de 0 à 10.**

- A) Votre douleur **actuelle** : \_\_\_\_\_
- B) La plus **faible** douleur durant la dernière semaine : \_\_\_\_\_
- C) La plus **intense** douleur durant la dernière semaine : \_\_\_\_\_
- D) La **moyenne** de votre douleur durant la dernière semaine : \_\_\_\_\_

- **Indiquer (✓) au cours des dernières 24 hrs, à quel moment de la journée la douleur a été la plus sévère :**

**Matin**     **Midi**     **Soir**     **Nuit**

- **Combien de temps a-t-elle duré?**

SDRC (syndrome douloureux régional complexe)  
 Cet algorithme de traitement ne se substitue pas au jugement clinique.

- **Indiquez (✓) les symptômes associés :**

**Nausées**     **Constipation**     **Maux de tête**     **Insomnie**

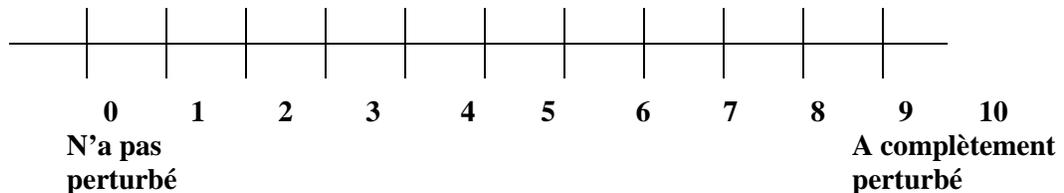
● **Indiquez (✓) ce qui aggrave votre douleur :**

- |  |  |   |   |
|--|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Lever des poids | <input type="checkbox"/> S'asseoir               | <input type="checkbox"/> Marcher        | <input type="checkbox"/> Chang. température |
| <input type="checkbox"/> Être debout     | <input type="checkbox"/> Garder la même position | <input type="checkbox"/> La chaleur     |   |
| <input type="checkbox"/> Travailler      | <input type="checkbox"/> Le bruit                | <input type="checkbox"/> Se pencher     | <input type="checkbox"/> Le froid           |
| <input type="checkbox"/> Conduire        | <input type="checkbox"/> Se coucher              | <input type="checkbox"/> Autres : _____ |   |

● **Indiquez (✓) ce qui soulage votre douleur :**

- |   |   |  |   |
|---|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Se reposer     | <input type="checkbox"/> S'asseoir      | <input type="checkbox"/> Marcher         | <input type="checkbox"/> Être debout    |
| <input type="checkbox"/> Regarder la TV | <input type="checkbox"/> Le froid       | <input type="checkbox"/> La chaleur      | <input type="checkbox"/> La distraction |
| <input type="checkbox"/> Le massage     | <input type="checkbox"/> L'exercice     | <input type="checkbox"/> Les médicaments | <input type="checkbox"/> Alcool         |
| <input type="checkbox"/> Rien           | <input type="checkbox"/> Autres : _____ |  |   |

● **D'après l'échelle ci-dessous, indiquez entre 0 et 10 le chiffre qui décrit le mieux comment, au cours de la dernière semaine, votre douleur a perturbé avec votre :**



- A) **Activité générale** \_\_\_\_\_ (tâches domestiques, travaux autour de la maison, épicerie, magasinage...)
- B) **Humeur** \_\_\_\_\_
- C) **Capacité à marcher** \_\_\_\_\_
- D) **Travail** \_\_\_\_\_ (à l'extérieur de la maison, bénévolat...)
- E) **Relations avec les autres** \_\_\_\_\_
- F) **Sommeil** \_\_\_\_\_
- G) **Joie de vivre** \_\_\_\_\_
- H) **Sexualité** \_\_\_\_\_

● **Quel niveau de douleur serait acceptable pour maintenir confortablement vos activités personnelles?**

\_\_\_\_\_

● **Indiquez (✓) les autres méthodes thérapeutiques utilisées pour soulager votre douleur?**

- |   |                                      |  |                                   |
|---|--------------------------------------|--|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Physiothérapie           | <input type="checkbox"/> Relaxation  | <input type="checkbox"/> Chiropraxie (Chiro) | <input type="checkbox"/> Massage  |
| <input type="checkbox"/> Ostéopathie              | <input type="checkbox"/> Acupuncture | <input type="checkbox"/> Yoga                | <input type="checkbox"/> Imagerie |
| <input type="checkbox"/> Technique de respiration | <input type="checkbox"/> Hypnose     | <input type="checkbox"/> Autres : _____      |                                   |

● **Au cours de la dernière semaine, quel pourcentage de soulagement les médicaments et les traitements vous ont-ils procuré?**

SDRC (syndrome douloureux régional complexe)  
Cet algorithme de traitement ne se substitue pas au jugement clinique.

● **Activité(s) et loisir(s) :**

Présent(s)	Passé(s)

Traduit et adapté de C.S. Cleeland et KM Ryan, Pain assessment: global use of the Brief Pain Inventory, Annals of the Academy of medicine of Singapore, vol. 23, n° 2, p. 129-138.

## Échelle PCS

Il nous arrive à tous d'éprouver, à certains moments, des sensations douloureuses. Il peut s'agir, entre autres, de maux de tête, de maux de dents, de douleur articulaire ou musculaire, ou encore d'une douleur causée par une maladie, une blessure, une chirurgie dentaire ou une intervention chirurgicale.

Nous voulons connaître la nature des pensées et des sensations qui accompagnent votre douleur. Vous trouverez ci-après, 13 énoncés décrivant diverses émotions et réflexions pouvant être associées à la douleur. À l'aide de l'échelle ci-dessous, veuillez encercler le chiffre correspondant à la mesure dans laquelle les sensations et les réflexions suivantes s'appliquent à votre cas.

- 0 = Jamais
- 1 = Rarement
- 2 = Parfois
- 3 = Souvent
- 4 = Toujours

### Lorsque je ressens de la douleur...

- |  |           |
|--|-----------|
| 1. J'ai peur qu'elle ne disparaisse jamais. ....                       | 0 1 2 3 4 |
| 2. J'ai l'impression de ne plus pouvoir vivre ainsi. ....              | 0 1 2 3 4 |
| 3. C'est atroce; j'ai l'impression que je n'irai jamais mieux. ....    | 0 1 2 3 4 |
| 4. C'est atroce, je me sens complètement dépassé <sup>2</sup> . ....   | 0 1 2 3 4 |
| 5. J'ai l'impression de ne plus pouvoir endurer la douleur. ....       | 0 1 2 3 4 |
| 6. J'ai peur que la douleur s'intensifie. ....                         | 0 1 2 3 4 |
| 7. Je me rappelle sans cesse d'autres épisodes douloureux. ....        | 0 1 2 3 4 |
| 8. J'attends impatiemment que la douleur disparaisse. ....             | 0 1 2 3 4 |
| 9. Je ne pense qu'à ça. ....   | 0 1 2 3 4 |
| 10. Je ne fais que penser à quel point ça me fait mal. ....            | 0 1 2 3 4 |
| 11. Je ne pense qu'à faire disparaître la douleur. ....                | 0 1 2 3 4 |
| 12. Je ne peux rien faire pour réduire l'intensité de la douleur. .... | 0 1 2 3 4 |
| 13. J'ai peur qu'il m'arrive quelque chose de grave. ....              | 0 1 2 3 4 |

---

SDRC (syndrome douloureux régional complexe)  
Cet algorithme de traitement ne se substitue pas au jugement clinique.

## Échelle PCS

< 15 = normal

> 24 = catastrophizer

*Sullivan et al., 1995*

<sup>2</sup> Dans le présent document, le masculin désigne aussi bien les femmes que les hommes.

# ANNEXE III - DEMANDE DE CONSULTATION

## Centre d'expertise en gestion de la douleur chronique

**RUIS UL**

RÉSEAU UNIVERSITAIRE INTÉGRÉ DE SANTÉ  
DE L'UNIVERSITÉ LAVAL

### DEMANDE DE CONSULTATION

Établissement référant : \_\_\_\_\_

Date de référence : \_\_\_\_\_

Date de la demande : \_\_\_\_\_

Arrêt de travail :  Non  Oui

Durée :  ≤ 3 mois  ≤ 12 mois  > 12 mois

Indemnisation :  SAAQ (date) \_\_\_\_\_

CSST (date) \_\_\_\_\_

Autre \_\_\_\_\_

Médecin référant : \_\_\_\_\_

### Personne-ressource (au besoin)

Nom, prénom : \_\_\_\_\_

Lien avec le patient : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_ p. : \_\_\_\_\_

Médecin traitant : \_\_\_\_\_

### Motif de la référence

Référence au CEGDC	Référence en centre de réadaptation
<input type="checkbox"/> Opinion médicale/équipe interdisciplinaire	<input type="checkbox"/> Gestion de la douleur pour la reprise des habitudes de vie
<input type="checkbox"/> Intervention / Technique ciblée : _____	<input type="checkbox"/> Retour / Maintien au travail
<input type="checkbox"/> Médication / Ajustement	<input type="checkbox"/> Réorientation
<input type="checkbox"/> Autre, spécifier : _____	<input type="checkbox"/> Autre, spécifier : _____
_____	_____

### Impression(s) diagnostique (s)

- Cervico-brachialgie ou lombosciatalgie < 2 mois avec diagnostic confirmé par l'imagerie
- Douleur cancéreuse sévère et réfractaire aux traitements
- Fracture ostéoporotique d'apparition < 2 mois
- Zona – NPH < 6 mois
- Douleur postopératoire persistante < 6 mois
- Syndrome douloureux régional complexe (SDRC) < 6 mois
- Trouble d'adaptation à la douleur, médicalement stable avec potentiel d'améliorations dans AVD et AVQ et capacité de participation à une activité d'approche éducative
- Condition chronique réfractaire
- Autre : \_\_\_\_\_

### Localisation principale de la douleur

- |   |   |  |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Tête             | <input type="checkbox"/> Région thoracique  | <input type="checkbox"/> Membres inférieurs        |
| <input type="checkbox"/> Région cervicale | <input type="checkbox"/> Région abdominale  | <input type="checkbox"/> Douleur généralisée       |
| <input type="checkbox"/> Région dorsale   | <input type="checkbox"/> Région pelvienne   | <input type="checkbox"/> Gynécologique / Pelvienne |
| <input type="checkbox"/> Région lombaire  | <input type="checkbox"/> Membres supérieurs | <input type="checkbox"/> Autre, spécifier : _____  |

SDRC (syndrome douloureux régional complexe)

Cet algorithme de traitement ne se substitue pas au jugement clinique.

## Histoire de la condition douloureuse

Depuis quand le patient se plaint-il de douleur ?  ≤ 3 mois  ≤ 12 mois  > 12 mois

Circonstance d'apparition de la douleur	Autres conditions douloureuses
<input type="checkbox"/> Accident, spécifier : _____	<input type="checkbox"/> Fibromyalgie, spécifier : _____
<input type="checkbox"/> Chirurgie, spécifier : _____	<input type="checkbox"/> Migraine, spécifier : _____
<input type="checkbox"/> Maladie, spécifier : _____	<input type="checkbox"/> Autre, spécifier : _____
<input type="checkbox"/> Autre, spécifier : _____	_____

## Autres conditions de santé

Santé physique	Santé psychologique	
<input type="checkbox"/> Diabète	<input type="checkbox"/> Abus de substances : _____	Anticoagulants : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
<input type="checkbox"/> Cancer <input type="checkbox"/> Présent <input type="checkbox"/> Passé	<input type="checkbox"/> Dépression	Allergies : _____
<input type="checkbox"/> Maladie cardiovasculaire	<input type="checkbox"/> Stress post-traumatique	_____
<input type="checkbox"/> Maladie auto-immune, spécifier : _____	<input type="checkbox"/> Autre, spécifier : _____	_____
<input type="checkbox"/> Trouble cognitif	_____	_____
<input type="checkbox"/> Autre, spécifier : _____	_____	_____

## SECTION À COMPLÉTER LORSQUE PERTINENT À LA DEMANDE DE CONSULTATION

Cocher et inclure les rapports d'investigation et de consultation pertinents

	Complété	À venir		Complété	En cours	À venir
<b>Investigations médicales</b>			<b>Consultations spécialisées</b>			
Laboratoire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Clinique de la douleur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Radiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Réadaptation interdisciplinaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nucléaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Autre, spécifier : _____			
IRM	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____			
TDM	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
<b>Interventions médicales pour le problème douloureux</b>			<b>Approches thérapeutiques</b>			
Bloc, spécifier : _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Physiothérapie / Ergothérapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____			Programme d'exercice / Kinésio.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Chirurgie, spécifier : _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Traitement psychologique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____			Traitement psychiatrique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autre, spécifier : _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Autre, spécifier : _____			
_____						
<b>Médication déjà tentée - Joindre la liste actuelle de médicament(s)</b>						
<input type="checkbox"/> AINS / Acétaminophène : _____			<input type="checkbox"/> Anticonvulsivants : _____			
<input type="checkbox"/> Antidépresseurs : _____			<input type="checkbox"/> Opioïdes : _____			
<input type="checkbox"/> Autre : _____			<input type="checkbox"/> Tramadol : _____			
_____			<input type="checkbox"/> Autre : _____			

Toute demande incomplète sera retournée – si l'utilisateur ne se présente pas au rendez-vous, la demande sera annulée.

En référant ce patient, je m'engage à assurer un suivi de sa condition de douleur chronique pendant le traitement et à la suite de son congé de la clinique de la douleur / centre de réadaptation. Si je suis un médecin consultant spécialiste, je m'engage à informer le médecin traitant de cette demande de référence, et ce, afin que le médecin traitant assure le suivi auprès du patient.

Signature

Date

Demande de consultation en douleur chronique RUIS-UL  
/2014

Téléphone : 418 654-2707  
Télécopieur : 418 654-2249

SDRC (syndrome douloureux régional complexe)

Cet algorithme de traitement ne se substitue pas au jugement clinique.