

L'ALGODYSTROPHIE OU LES LARMES DU CORPS

LA MALADIE N'EST-ELLE PAS LÀ POUR NOUS GUÉRIR ?

Etienne LAJOUS, Géraldine FRANZETTI

Cette affection fréquente, connue depuis 1864, a depuis lors pris différents noms : causalgie (1854), atrophie osseuse aiguë (1900), atrophie de Sudeck, ostéotrophie, ostéoporose post-traumatique (1933), causalgie mineure (1940), syndrome épaule-main (1947), dystrophie sympathique réflexe (1947), douleur entretenue par le sympathique (1987) ...

Cette multiplicité d'appellation évoque les difficultés de compréhension de cette pathologie, des mécanismes mis en jeu et de son traitement.

Depuis 1994, une réunion d'experts de l'Association Internationale pour l'Etude de la Douleur, a proposé une nouvelle taxonomie qui fait aujourd'hui référence. Ce groupe d'experts a différencié 2 types de tableaux cliniques sous le vocable de *Syndrome Douloureux Régional Complexe Type I* (anciennement algodystrophie), et *Syndrome Douloureux Régional Complexe Type II* (anciennement causalgie).

Le terme actuel de Syndrome Douloureux Régional Complexe désigne une symptomatologie régionale souvent limitée à une articulation mais qui peut diffuser aux articulations voisines.

La qualification de complexe en dit long sur les mécanismes physiopathologiques qui sous-tendent cette définition, mais aussi a toutes les interactions émotionnelles et cognitivo-comportementales.

La localisation essentiellement régionale de cette affection (une main, un pied, le genou, le membre supérieur ou inférieur...) ne préjuge pas de l'ensemble des modifications observées dans la totalité du système nerveux central. Une modification du schéma corporel est

mise en évidence par les explorations modernes telles que l'I.R.M. fonctionnelle. La guérison de ce syndrome entraîne la normalisation des modifications cérébrales observées.

Dans le Type I la lésion n'intéresse que le tissu osseux, musculaire, conjonctif ou ligamentaire alors que dans le Type II on retrouve une lésion neurologique sensitive qui en fait la gravité car celle-ci est définitive et peut entraîner des séquelles.

Le SDRC survient généralement après un événement traumatique initial parfois minime (entorse, fracture, acte chirurgical, etc..) avec des conséquences souvent disproportionnées par rapport à la gravité du traumatisme. Parfois mais rarement, on ne retrouve pas d'étiologie traumatique mais des causes purement médicales (AVC, infarctus du myocarde, certains traitements tels que la cyclosporine, les barbituriques etc. .. ont été incriminés). Sur le plan clinique, va se développer une douleur continue, souvent nocturne, s'accompagnant d'un œdème régional avec modification de la vascularisation cutanée, et de la coloration cutanée, d'une hypersudation dans la zone douloureuse ; ce qui a pour conséquence une impotence fonctionnelle. Toutes les articulations peuvent être touchées, cependant la main, le pied et le genou sont le plus souvent en cause. Une extension aux articulations voisines en cas d'évolution est fréquente (par ex syndrome épaule-main, extension au genou et à la hanche lors d'une lésion du pied).

Ce SDRC survient généralement entre 30 et 70 ans, préférentiellement chez les femmes. Cependant les enfants et les personnes

ETIENNE LAJOUS

Anesthésiste réanimateur, fondateur de la consultation douleur de la clinique du parc Toulouse, formé en hypnose en 2000 sous l'égide de l'Institut Milton H. Erickson d'Avignon-Provence.

docteur.etienne.lajous@wanadoo.fr



GÉRALDINE FRANZETTI

Médecin généraliste, algologue, sexologue, formée en hypnose en 2001 sous l'égide de l'Institut Milton H. Erickson d'Avignon-Provence.

ge.franzetti@wanadoo.fr

