

SDRC: Quelles sont les nouveautés?

PD Dr méd. et Dr phil. Florian Brunner

Abteilung für Physikalische Medizin und Rheumatologie, Universitätsklinik Balgrist, Zürich

Dans le quotidien clinique, le syndrome douloureux complexe régional s'avère être un défi dans de nombreux cas. En raison du spectre varié des manifestations cliniques, la pose du diagnostic est complexe. En dépit de la recherche croissante, les processus pathologiques sous-jacents ne sont guère élucidés et le traitement se focalise avant tout sur les symptômes. Cet article vise à résumer les connaissances pertinentes acquises au cours des dernières années.

Contexte

Le syndrome douloureux régional complexe (SDRC) constitue toujours une condition médicale difficile à appréhender et à bien comprendre, tant pour le patient que pour le médecin. La définition actuelle du terme SDRC englobe divers états douloureux qui surviennent généralement au niveau des extrémités après un événement déclencheur tel qu'un traumatisme ou une intervention chirurgicale [1]. Typiquement, l'intensité et la durée des symptômes évoluent de manière disproportionnée par rapport à l'événement déclencheur [1]. Sur le plan clinique, le patient présente un tableau aux manifestations multiples telles que des altérations sensitives, vasomotrices (changements de couleur, asymétrie de température corporelle), sudomotrices (tendance à l'œdème, sudation asymétrique), motrices (faiblesse, limitation des mouvements, tremblements, crampes musculaires) et trophiques (croissance asymétrique des cheveux et des ongles) [2].

Nouveauté: «CRPS Severity Score»

Sur le plan diagnostique, les critères de Budapest modifiés se sont entre temps établis dans la pratique courante [3]. Suite au processus de validation, le nouveau «CRPS Severity Score» destiné à évaluer l'activité et l'évolution du syndrome est désormais disponible [4, 5]. Ce score se base sur les mêmes symptômes et données que les critères de Budapest et il est d'utilisation pratique dans le quotidien clinique.

Les résultats d'une étude de cohorte récente confirment pour la première fois l'expérience clinique selon laquelle les premiers symptômes d'un SDRC surviennent dans un délai proche de l'événement déclencheur, soit environ 6 semaines [6]. Après 3 mois, déjà plus de la moitié

des patients souffrant de SDRC ne remplissaient déjà plus les critères diagnostiques, ce qui dans le quotidien clinique est désormais désigné comme «SDRC avec rémission partielle».

Approche thérapeutique multimodale

Le traitement du SDRC se base sur l'approche multimodale associant des mesures médicamenteuses, physio- et ergothérapeutiques, psychologiques et analgésiques.

Aucune découverte récente n'a été réalisée sur le plan médicamenteux. Ainsi, une méta-analyse récente portant sur le rôle des bisphosphonates dans le traitement du SDRC a une nouvelle fois établi la conclusion selon laquelle ces médicaments pourraient également, outre leur effet antirésorptif, exercer une activité analgésique au niveau de l'os [7]. En raison du faible échantillon de sujets volontaires, la valeur de preuve de cette méta-analyse qui ne porte que sur quatre études reste néanmoins fortement limitée. En conséquence, les auteurs exigent que l'efficacité des bisphosphonates dans le traitement du SDRC soit vérifiée dans des études à plus grande échelle. A ce sujet, il convient de rappeler que les phases de recrutement de deux études (zolétronate par voie orale et nérédronate par voie intraveineuse) avec environ 200 volontaires planifiés sont terminées. Les résultats de ces études sont attendus avec grande impatience (www.clinicaltrials.gov).

Pour les patients atteints de SDRC, les physio- et ergothérapies continuent à jouer un rôle central afin d'augmenter la fonction et la perception des extrémités touchées. Les approches thérapeutiques disponibles à ce jour ont été résumées dans un article de revue de première qualité [8].



Florian Brunner

Malgré les différentes approches thérapeutiques, l'état des preuves pour le traitement pharmacologique du SDRC est à ce jour peu prometteur. Une raison en est que le SDRC ne se rapporte pas à une seule entité clinique, mais résume plutôt, d'après sa définition, des états douloureux dissemblables. Il existe donc un consensus parmi les experts qui prévoit que le traitement pharmacologique utilisé jusqu'à présent doit absolument être modifié de manière à aboutir à une approche thérapeutique tenant davantage compte des mécanismes pathophysiologiques sous-jacents. A cette fin, il convient d'effectuer des analyses de cluster pour identifier des sous-groupes de malades qui pourront alors être traités de manière plus spécifique avec certains médicaments. Les résultats de l'étude Bruehl et al., qui a été publiée l'année dernière dans le journal *Pain*, constituent un pas dans cette direction [9]. Dans le cadre d'une étude multicentrique portant sur 152 patients, deux sous-groupes différents de patients ont été identifiés: un sous-groupe «chaud» qui a manifesté des changements inflammatoires accrus durant la première année, et un sous-groupe «froid» qui s'observe surtout en cas d'évolution chronique. Sur le plan moléculaire, la recherche fondamentale a acquis des connaissances essentielles concernant les mécanismes pathologiques sous-jacents du SDRC, qui ont été résumées dans un excellent article de revue publié cette année [10].

Dans le cadre d'une collaboration internationale, les experts se sont mis d'accord sur un ensemble minimum de paramètres de mesure dans le domaine du SDRC [11]. Cette uniformisation contribuera fortement à la possibilité de comparer les différentes études futures entre elles. Il est à espérer que cette stratégie nous permettra de mieux comprendre les processus sous-jacents et d'en déduire des mesures thérapeutiques ciblées.

Discussion

Cet article résume les connaissances les plus récentes dans le domaine du SDRC et reflète la difficulté de saisir cette maladie à multiples facettes dans toutes ses dimensions. Grâce à la recherche croissante dans le domaine du SDRC, il nous reste l'espoir de mieux comprendre ce tableau complexe, étape par étape, et de pouvoir offrir aux malades des options thérapeutiques performantes.

Disclosure statement

L'auteur n'a pas déclaré des obligations financières ou personnelles en rapport avec l'article soumis.

Références

La liste complète des références est disponible dans la version en ligne de l'article sur www.medicalforum.ch.

Correspondance:
PD Dr méd. et Dr phil.
Florian Brunner
Abteilung für Physikalische
Medizin und Rheumatologie
Universitätsklinik Balgrist
Forchstrasse 340
CH-8008 Zürich
Florian.brunner[at]
balgrist.ch