

Douleur analg. (2014) 27:62-64
DOI 10.1007/s11724-014-0368-x

MISE AU POINT / UPDATE

Critères diagnostiques du syndrome douloureux régional complexe (SDRC)

Diagnostic Criteria for Complex Regional Pain Syndrome (CRPS)

C. Spicher · J.-P. Estebe · E. Létourneau · T.L. Packham · P. Rossier · J.-M. Annoni

© Springer-Verlag France 2014

Introduction

Il est fréquent que la description d'un syndrome, sa dénomination et la définition de ses critères diagnostiques soient proposées à des dates distinctes dans l'histoire de la médecine, surtout lorsque le diagnostic repose essentiellement sur des données cliniques. Le syndrome dont il est question ici en offre un exemple quasi caricatural. De fait, la description détaillée du syndrome de patients torturés par des sensations de cuisson, un membre rouge, chaud et humide nous vient de Mitchell et al. [19]. Toutefois, le terme de causalgie a été proposé seulement par la suite [18,20].

Terminologie

Ultérieurement, ce syndrome s'est vu attribuer d'assez nombreuses dénominations. Celle qui est couramment admise

aujourd'hui est la suivante : syndrome douloureux régional complexe (SDRC, *complex regional pain syndrome* [CRPS]). Ainsi, la communauté internationale a progressivement abandonné, au profit du SDRC, des syndromes définis avec une telle imprécision que les critères d'inclusion pour des études cliniques poussaient à la controverse [6,21]. Les anglophones ont abandonné le *reflex sympathetic dystrophy* [9,13,14], les francophones l'algo(neuro)dystrophie [10], les néerlandophones et les germanophones (y compris en Suisse) [2] le *Morbus Sudeck* [22]. Le terme *sympathetic* a disparu de la terminologie anglophone au profit de *complex*, parce que des patients qui avaient bénéficié de blocs sympathiques continuaient de souffrir de leurs symptômes. Le terme de *sympathetically maintained pain* avait été utilisé pour dénommer ces derniers [8]. Ces anciens syndromes ne recouvrent qu'en partie le SDRC. En 2001, un congrès a pu se dérouler sur le thème de patients souffrant de SDRC. Un tel congrès n'aurait pu avoir lieu 10 ou 20 ans auparavant, tant les définitions apportées ne faisaient pas consensus : « Il y a 18 ans, un congrès sur le SDRC aurait été un débat pour savoir quels patients ont une dystrophie sympathique réflexe ou non. La définition du SDRC a définitivement aboli l'argument habituel lors des débats, à savoir : les patients que j'étudie et les patients que tu étudies ne sont certainement pas les mêmes, car moi je sais qu'un patient a une "algo" quand je le vois. » [1].

À ce jour, la liste de la terminologie des concepts de l'Association internationale pour l'étude de la douleur (IASP) [15] retient seulement l'ancien terme de causalgie [18]. Cependant, une sous-commission a été nommée par cette association pour redéfinir le SDRC en général et la subdivision en deux sous-groupes, SDRC I versus II, en particulier. En effet, la critique de la terminologie du SDRC porte en particulier sur ces deux formes cliniques, car les critères pour distinguer un SDRC I d'un SDRC II sont flous. À titre d'exemple, le SDRC II est décrit « avec des lésions nerveuses », alors que rien n'est spécifié au sujet des lésions nerveuses dans les caractéristiques du SDRC I [7]. Une des tâches de cette sous-commission sera d'énoncer précisément

C. Spicher (✉)

Unité de physiologie, département de médecine,
université de Fribourg, 5, rue du Musée,
CH-1700 Fribourg, Suisse
e-mail : claude.spicher@unifr.ch

J.-P. Estebe

Département d'anesthésie, CHU de Rennes,
rue Henri-Le-Guilloux, F-35000 Rennes, France

E. Létourneau

Centre de rééducation sensitive, clinique générale,
6, rue Hans-Geiler, CH-1700 Fribourg, Suisse

T.L. Packham

1280, Main Street West, Hamilton L8S 4L8, Ontario, Canada

P. Rossier

Service de réadaptation, hôpital fribourgeois (HFR),
CH-1681 Billens, Suisse

J.-M. Annoni

Unité de neurologie, département de médecine,
université de Fribourg et hôpital fribourgeois (HFR),
case postale, CH-1708 Fribourg, Suisse

les critères diagnostiques qui distinguent ces deux sous-groupes ou de les abandonner (Tableau 1).

Critères diagnostiques

La paternité du concept de SDRC, avec ses critères diagnostiques, est fréquemment attribuée au groupe de Michael Stanton-Hicks de Cleveland [21], alors que le SDRC a été défini en 1994 sous l'égide de l'Association internationale pour l'étude de la douleur (IASP) [17]. Ce sont ces critères de l'IASP (Tableau 2) qui ont été présentés dans un article récemment paru dans *Douleur et Analgésie* [3]. Toutefois, l'utilisation des critères de l'IASP aboutit à une surestimation des diagnostics de SDRC, pouvant conduire à la mise en place de traitements inutiles ou inappropriés [4,5,11]. Une nouvelle définition des critères diagnostiques du SDRC a été proposée en 1999 [5] (Tableau 3) et revue ultérieurement par un groupe d'experts réunis à Budapest [11,12]

(Tableau 3). Le SDRC a été défini par des symptômes et des signes d'examen clinique selon quatre catégories, c'est-à-dire les troubles somatosensoriel, vasomoteur, sudomoteur et moteur [5,11]. Le diagnostic clinique, avec une validité de 84 %, est posé si les trois critères suivants sont positifs :

- une douleur continue disproportionnée par rapport à l'événement initial ;
- au minimum un symptôme présent pour chaque catégorie énumérée dans le Tableau 3 ;
- au minimum un signe d'examen clinique dans deux des catégories énumérées dans le Tableau 3.

Il est important de souligner que les travaux du groupe de Roberto Perez [4] ont montré, sur une cohorte de 692 patients ayant un SDRC, que les critères diagnostiques de Bruehl et al. [5] sont plus restrictifs (38 %) que les anciens critères de l'IASP. Par conséquent, ces critères de Bruehl et al. diminuent le nombre de diagnostics de SDRC par excès.

Tableau 1 Présentation de l'historique de l'évolution des différents critères diagnostiques par auteur et les champs d'intérêt d'utilisation concrète en fonction du domaine d'expertise.

	Date (auteur)	Intérêt
Causalgie	1872 (Mitchell) [18]	Historique
SDRC selon l'IASP	1994 (Merskey et Bogduk) [17]	Ne plus utiliser
SDRC selon Bruehl et al.	1999 (Bruehl et al.) [5]	Intérêt en clinique Intérêt en recherche
SDRC « Budapest »	2003 (Harden et al.) [12]	Intérêt en clinique Ne pas utiliser en recherche

Tableau 2 Critères diagnostiques de l'IASP pour le syndrome douloureux régional complexe [17].

1) Présence d'un événement nociceptif initial ou d'une cause d'immobilisation
2) Douleur continue, allodynie ou hyperalgésie avec une douleur disproportionnée par rapport à l'événement déclencheur
3) Présence, à un moment ou un autre, d'œdème, de variation du flot sanguin ou d'une activité sudomotrice anormale dans la région douloureuse
4) Diagnostic infirmé par l'existence de conditions qui pourraient expliquer autrement l'intensité de la douleur et l'importance de la perte fonctionnelle

Tableau 3 Critères diagnostiques pour le syndrome douloureux régional complexe selon Bruehl et al. [5] et Harden et al. [11] (« critères de Budapest »).

1) Douleur continue disproportionnée par rapport l'événement initial ^a
2) Au minimum un symptôme présent dans chacune des 4 catégories énumérées ci-dessous [5] ; ou un symptôme présent dans 3 des 4 catégories [11] (« critères de Budapest »)
– Somatosensorielle : hypersensibilité
– Vasomotrice : température asymétrique, changement de couleur de peau ou couleur de peau asymétrique
– Sudomotrice/œdème : sudation asymétrique, œdème
– Motrice/trophique : raideur articulaire, dystonie, tremblement, manque de force, changements de la pilosité ou des ongles
3) Au minimum un signe d'examen clinique dans deux de ces catégories
– Somatosensorielle : allodynie, hyperalgésie
– Vasomotrice : température asymétrique, changement de couleur de peau ou couleur de peau asymétrique
– Sudomotrice/œdème : sudation asymétrique, œdème
– Motrice/trophique : diminution de la mobilité articulaire, dystonie, <i>tremor</i> , faiblesse, changements trophiques de la pilosité ou des ongles
4) Aucun autre diagnostic ne rend mieux compte des signes et des symptômes (uniquement dans les critères de Budapest)
^a Pratiquement : une douleur supérieure à 20 points (au questionnaire de la douleur Saint-Antoine de 100 points) ou supérieure à 3 (sur une EVA de 10 cm).

Conclusion

Les critères diagnostiques du SDRC tels qu'ils sont présentés dans le Tableau 3 sont aujourd'hui incontournables [5,11]. Ce syndrome de douleur continue se manifeste comme une sensation de cuisson, associée à un dysfonctionnement vasomoteur, sudomoteur et ultérieurement à des troubles trophiques. Pour permettre la comparaison des études concernant le SDRC, nous proposons d'utiliser les critères de Bruehl et al. [5] (Tableau 3). En dehors de la recherche clinique, les « critères de Budapest », moins restrictifs (au minimum un symptôme présent dans trois catégories) (Tableau 3), peuvent être utilisés. Enfin, notez que, depuis 2011 et jusqu'à nouvel avis, les anciens critères de l'IASP ne sont plus reconnus par cette association. De nouvelles données, en particulier la progression de la connaissance des mécanismes sous-tendant le SDRC, pourraient conduire à une évolution des critères diagnostiques de ce syndrome.

Remerciements Nous tenons à remercier tout particulièrement Harold Merskey [16,17] et Marshall Devor pour les précisions qu'ils ont pu apporter à la lecture de cette mise au point.

Conflit d'intérêt : les auteurs déclarent ne pas avoir de conflit d'intérêt.

Références

- Bennett GJ (2001) Epilogue. In: Complex regional pain syndrome, progress in pain research and management (vol. 22) sous la direction de Harden RN, Baron R, Jänig W. IASP Press, Seattle, pp 323–5
- Birklein F (2006) CRPS. In : Handbook of clinical neurology (Volume 81 3rd series) sous la direction de Cervero F, Jensen TS. Elsevier, Edinburgh, pp 529–46
- Blum B, Estebe JP (2013) Anesthésie locorégionale et anesthésie locorégionale intraveineuse dans la prise en charge du syndrome douloureux régional complexe (algoneurodystrophie) chez l'adulte. *Doul Analg* 26:86–92
- Boer de RD, Marinus J, Hilten van JJ, et al (2011) Distribution of signs and symptoms of complex regional pain syndrome type I in patients meeting the diagnostic criteria of the International Association for the Study of Pain. *Eur J Pain* 15:830–5
- Bruehl S, Harden RN, Galer BS, et al (1999) External validation of IASP diagnostic criteria for complex regional pain syndrome and proposed research diagnostic criteria. *Pain* 81:147–54
- Bruehl S, Harden RN, Galer BS, et al (2002) Complex regional pain syndrome: are there distinct subtypes and sequential stages of the syndrome? *Pain* 95:119–24
- Brunner F, Lienhardt SB, Kissling RO, et al (2008) Diagnostic criteria and follow-up parameters in complex regional pain syndrome type I: a Delphi survey. *Eur J Pain* 12:48–52
- Campbell JN, Meyer RA, Davis KD, et al (1992) Sympathetically maintained pain. A unifying hypothesis. In: *Hyperalgesia and allodynia* sous la direction de WD Willis. Raven Press, New York, pp 17–43
- Evans JA (1946) Reflex sympathetic dystrophy. *Surg Gynecol Obstet* 82:36–43
- Gougeon J, Eschard JP, Moreau-Hottin J, et al (1982) Les algodystrophies : évolution, formes polyarticulaires, formes à épisodes multiples. *Rev Rhum* 49:809–14
- Harden RN, Bruehl S, Perez RSGM, et al (2010) Validation of proposed diagnostic criteria (the “Budapest criteria”) for complex regional pain syndrome. *Pain* 150:268–74
- Harden RN, Bruehl S, Stanton-Hicks M, et al (2007) Proposed new diagnostic criteria for complex regional pain syndrome. *Pain Med* 8:326–31
- Kozin F, Genant HK, Bekerman C, et al (1976b) The reflex sympathetic dystrophy syndrome II. Roentgenographic and scintigraphic evidence of bilaterality and of periarticular accentuation. *Am J Med* 60:332–8
- Kozin F, McCarty DJ, Sims J, et al (1976a) The reflex sympathetic dystrophy syndrome I. Clinical and histologic studies: evidence for bilaterality, response to corticosteroids and articular involvement. *Am J Med* 60:321–31
- Loeser JD, IASP Taxonomy Working Group (2011) IASP Taxonomy. <http://www.iasp-pain.org> (source) (16.9.2013)
- Merskey H (1979) Pain terms: a list with definitions and notes on usage. *Pain* 6:247–52
- Merskey H, Bogduk N (eds) (1994) Classification of chronic pain: descriptions of chronic pain syndroms and definitions of pain terms, (2nd ed.). Seattle: IASP Task Force on Taxonomy
- Mitchell SW (1874) Des lésions des nerfs et de leurs conséquences. Masson, Paris (traduction française de Mitchell SW (1872) *Injuries of nerves and their consequences*. JB Lippincott Co, Philadelphia)
- Mitchell SW, Morehouse GR, Keen WW (1864) *Gunshot wounds and other injuries of nerves*. JB Lippincott Co, Philadelphia
- Spicher CJ, Quintal I (2013) *La méthode de rééducation sensitive de la douleur* (2^e édition). Sauramps Médical, Montpellier, Paris
- Stanton-Hicks M, Jänig W, Hassenbusch S, et al (1995) Reflex sympathetic dystrophy: changing concepts and taxonomy. *Pain* 63:127–33
- Sudeck PHM (1900) Über die acute entzündliche Knochenatrophie. *Archiv für Klinische Chirurgie* 62:147–5