HAL
open science

Prise en charge initiale, par les médecins généralistes de Seine-Maritime, du Syndrome douloureux régional complexe

Sarah Lacrambe-Pépin

To cite this version:

Sarah Lacrambe-Pépin. Prise en charge initiale, par les médecins généralistes de Seine-Maritime, du Syndrome douloureux régional complexe. Médecine humaine et pathologie. 2018. dumas-02013435

HAL Id: dumas-02013435

https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02013435v1

Submitted on 11 Feb 2019

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

FACULTE MIXTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE DE ROUEN

ANNEE 2018 N°

THESE POUR LE
DOCTORAT EN MEDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

LACRAMBE-PEPIN Sarah

Né le 30/06/1988 à Talence

PRESENTEE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 12 NOVEMBRE 2018

Prise en charge initiale, par les médecins généralistes de Seine Maritime, du Syndrome douloureux régional complexe.

PRESIDENT DU JURY : Professeur Olivier VITTECOQ

DIRECTEUR DE THESE : Docteur Louis PERRIMON

ANNEE UNIVERSITAIRE 2017 - 2018

U.F.R. SANTÉ DE ROUEN

DOYEN : **Professeur Pierre FREGER**

ASSESSEURS : Professeur Michel GUERBET

Professeur Benoit VEBER Professeur

Guillaume SAVOYE

I - MEDECINE

PROFESSEURS DES UNIVERSITES – PRATICIENS HOSPITALIERS

Mr Frédéric **ANSELME**	HCN	Cardiologie
Mme Gisèle **APTER**	Havre	Pédopsychiatrie
Mme Isabelle **AUQUIT AUCKBUR**	HCN	Chirurgie plastique
Mr Fabrice **BAUER**	HCN	Cardiologie
Mme Soumeya **BEKRI**	HCN	Biochimie et biologie moléculaire
Mr Ygal **BENHAMOU**	HCN	Médecine interne
Mr Jacques **BENICHOU**	HCN	Bio statistiques et informatique médicale
Mr Olivier **BOYER**	UFR	Immunologie
Mme Sophie **CANDON**	HCN	Immunologie
Mr François **CARON**	HCN	Maladies infectieuses et tropicales
Mr Philippe **CHASSAGNE** *(détachement)*	HCN	Médecine interne (gériatrie) – Détachement
Mr Vincent **COMPERE**	HCN	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale
Mr Jean-Nicolas **CORNU**	HCN	Urologie
Mr Antoine **CUVELIER**	HB	Pneumologie
Mr Pierre **CZERNICHOW** *(surnombre)*	HCH	Epidémiologie, économie de la santé
Mr Jean-Nicolas **DACHER**	HCN	Radiologie et imagerie médicale
Mr Stéfan **DARMONI**	HCN	Informatique médicale et techniques de communication
Mr Pierre **DECHELOTTE**	HCN	Nutrition
Mr Stéphane **DERREY**	HCN	Neurochirurgie
Mr Frédéric **DI FIORE**	CB	Cancérologie

Mr Fabien **DOGUET**	HCN	Chirurgie Cardio Vasculaire
Mr Jean **DOUCET**	SJ	Thérapeutique - Médecine interne et gériatrie
Mr Bernard **DUBRAY**	CB	Radiothérapie
Mr Philippe **DUCROTTE**	HCN	Hépato-gastro-entérologie
Mr Frank **DUJARDIN**	HCN	Chirurgie orthopédique - Traumatologique
Mr Fabrice **DUPARC**	HCN	Anatomie - Chirurgie orthopédique et traumatologique
Mr Eric **DURAND**	HCN	Cardiologie
Mr Bertrand **DUREUIL**	HCN	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale
Mme Hélène **ELTCHANINOFF**	HCN	Cardiologie
Mr Manuel **ETIENNE**	HCN	Maladies infectieuses et tropicales
Mr Thierry **FREBOURG**	UFR	Génétique
Mr Pierre **FREGER**	HCN	Anatomie - Neurochirurgie
Mr Jean François **GEHANNO**	HCN	Médecine et santé au travail
Mr Emmanuel **GERARDIN**	HCN	Imagerie médicale
Mme Priscille **GERARDIN**	HCN	Pédopsychiatrie
M. Guillaume **GOURCEROL**	HCN	Physiologie
Mr Dominique **GUERROT**	HCN	Néphrologie
Mr Olivier **GUILLIN**	HCN	Psychiatrie Adultes
Mr Didier **HANNEQUIN**	HCN	Neurologie
Mr Fabrice **JARDIN**	CB	Hématologie
Mr Luc-Marie **JOLY**	HCN	Médecine d'urgence
Mr Pascal **JOLY**	HCN	Dermato – Vénéréologie
Mme Bouchra **LAMIA**	Havre	Pneumologie
Mme Annie **LAQUERRIERE**	HCN	Anatomie et cytologie pathologiques
Mr Vincent **LAUDENBACH**	HCN	Anesthésie et réanimation chirurgicale
Mr Joël **LECHEVALLIER**	HCN	Chirurgie infantile
Mr Hervé **LEFEBVRE**	HB	Endocrinologie et maladies métaboliques
Mr Thierry **LEQUERRE**	HB	Rhumatologie
Mme Anne-Marie **LEROI**	HCN	Physiologie
Mr Hervé **LEVESQUE**	HB	Médecine interne
Mme Agnès **LIARD-ZMUDA**	HCN	Chirurgie Infantile
Mr Pierre Yves **LITZLER**	HCN	Chirurgie cardiaque
Mr Bertrand **MACE**	HCN	Histologie, embryologie, cytogénétique
M. David **MALTETE**	HCN	Neurologie
Mr Christophe **MARGUET**	HCN	Pédiatrie
Mme Isabelle **MARIE**	HB	Médecine interne
Mr Jean-Paul **MARIE**	HCN	Oto-rhino-laryngologie
Mr Loïc **MARPEAU**	HCN	Gynécologie - Obstétrique

Mr Stéphane **MARRET**	HCN	Pédiatrie
Mme Véronique **MERLE**	HCN	Epidémiologie
Mr Pierre **MICHEL**	HCN	Hépato-gastro-entérologie
M. Benoit **MISSET**	HCN	Réanimation Médicale
Mr Jean-François **MUIR** *(surnombre)*	HB	Pneumologie
Mr Marc **MURAINE**	HCN	Ophtalmologie
Mr Philippe **MUSETTE**	HCN	Dermatologie - Vénéréologie
Mr Christophe **PEILLON**	HCN	Chirurgie générale
Mr Christian **PFISTER**	HCN	Urologie
Mr Jean-Christophe **PLANTIER**	HCN	Bactériologie - Virologie
Mr Didier **PLISSONNIER**	HCN	Chirurgie vasculaire
Mr Gaëtan **PREVOST**	HCN	Endocrinologie
Mr Jean-Christophe **RICHARD** *(détachement)*	HCN	Réanimation médicale - Médecine d'urgence
Mr Vincent **RICHARD**	UFR	Pharmacologie
Mme Nathalie **RIVES**	HCN	Biologie du développement et de la reproduction
Mr Horace **ROMAN**	HCN	Gynécologie - Obstétrique
Mr Jean-Christophe **SABOURIN**	HCN	Anatomie - Pathologie
Mr Guillaume **SAVOYE**	HCN	Hépato-gastrologie
Mme Céline **SAVOYE–COLLET**	HCN	Imagerie médicale
Mme Pascale **SCHNEIDER**	HCN	Pédiatrie
Mr Michel **SCOTTE**	HCN	Chirurgie digestive
Mme Fabienne **TAMION**	HCN	Thérapeutique
Mr Luc **THIBERVILLE**	HCN	Pneumologie
Mr Christian **THUILLEZ** *(surnombre)*	HB	Pharmacologie
Mr Hervé **TILLY**	CB	Hématologie et transfusion
M. Gilles **TOURNEL**	HCN	Médecine Légale
Mr Olivier **TROST**	HCN	Chirurgie Maxillo-Faciale
Mr Jean-Jacques **TUECH**	HCN	Chirurgie digestive
Mr Jean-Pierre **VANNIER** *(surnombre)*	HCN	Pédiatrie génétique
Mr Benoît **VEBER**	HCN	Anesthésiologie - Réanimation chirurgicale
Mr Pierre **VERA**	CB	Biophysique et traitement de l'image
Mr Eric **VERIN**	HB	Service Santé Réadaptation
Mr Eric **VERSPYCK**	HCN	Gynécologie obstétrique
Mr Olivier **VITTECOQ**	HB	Rhumatologie
Mme Marie-Laure **WELTER**	HCN	Physiologie

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES – PRATICIENS HOSPITALIERS

Mme Noëlle **BARBIER-FREBOURG**	HCN	Bactériologie – Virologie
Mme Carole **BRASSE LAGNEL**	HCN	Biochimie
Mme Valérie **BRIDOUX HUYBRECHTS**	HCN	Chirurgie Vasculaire
Mr Gérard **BUCHONNET**	HCN	Hématologie
Mme Mireille **CASTANET**	HCN	Pédiatrie
Mme Nathalie **CHASTAN**	HCN	Neurophysiologie
Mme Sophie **CLAEYSSENS**	HCN	Biochimie et biologie moléculaire
Mr Moïse **COEFFIER**	HCN	Nutrition
Mr Serge **JACQUOT**	UFR	Immunologie
Mr Joël **LADNER**	HCN	Epidémiologie, économie de la santé
Mr Jean-Baptiste **LATOUCHE**	UFR	Biologie cellulaire
Mr Thomas **MOUREZ**	HCN	Virologie
Mr Gaël **NICOLAS**	HCN	Génétique
Mme Muriel **QUILLARD**	HCN	Biochimie et biologie moléculaire
Mme Laëtitia **ROLLIN**	HCN	Médecine du Travail
Mr Mathieu **SALAUN**	HCN	Pneumologie
Mme Pascale **SAUGIER-VEBER**	HCN	Génétique
Mme Anne-Claire **TOBENAS-DUJARDIN**	HCN	Anatomie
Mr David **WALLON**	HCN	Neurologie

PROFESSEUR AGREGE OU CERTIFIE

Mr Thierry **WABLE**	UFR	Communication
Mme Mélanie **AUVRAY-HAMEL**	UFR	Anglais

II - PHARMACIE

PROFESSEURS

Mr Thierry **BESSON**	Chimie Thérapeutique
Mr Roland **CAPRON** (PU-PH)	Biophysique
Mr Jean **COSTENTIN** (Professeur émérite)	Pharmacologie
Mme Isabelle **DUBUS**	Biochimie
Mr François **ESTOUR**	Chimie Organique
Mr Loïc **FAVENNEC** (PU-PH)	Parasitologie
Mr Jean Pierre **GOULLE** (Professeur émérite)	Toxicologie
Mr Michel **GUERBET**	Toxicologie
Mme Isabelle **LEROUX - NICOLLET**	Physiologie
Mme Christelle **MONTEIL**	Toxicologie
Mme Martine **PESTEL-CARON** (PU-PH)	Microbiologie
Mr Rémi **VARIN** (PU-PH)	Pharmacie clinique
Mr Jean-Marie **VAUGEOIS**	Pharmacologie
Mr Philippe **VERITE**	Chimie analytique

MAITRES DE CONFERENCES

Mme Cécile **BARBOT**	Chimie Générale et Minérale
Mr Jérémy **BELLIEN** (MCU-PH)	Pharmacologie
Mr Frédéric **BOUNOURE**	Pharmacie Galénique
Mr Abdeslam **CHAGRAOUI**	Physiologie
Mme Camille **CHARBONNIER (LE CLEZIO)**	Statistiques
Mme Elizabeth **CHOSSON**	Botanique
Mme Marie Catherine **CONCE-CHEMTOB**	Législation pharmaceutique et économie de la santé Mme
Cécile **CORBIERE**	Biochimie
Mr Eric **DITTMAR**	Biophysique
Mme Nathalie **DOURMAP**	Pharmacologie
Mme Isabelle **DUBUC**	Pharmacologie
Mme Dominique **DUTERTE- BOUCHER**	Pharmacologie
Mr Abdelhakim **ELOMRI**	Pharmacognosie
Mr Gilles **GARGALA** (MCU-PH)	Parasitologie

Mme Nejla EL **GHARBI-HAMZA**	Chimie analytique
Mme Marie-Laure **GROULT**	Botanique
Mr Hervé **HUE**	Biophysique et mathématiques
Mme Laetitia **LE GOFF**	Parasitologie – Immunologie
Mme Hong **LU**	Biologie
M. Jérémie **MARTINET** (MCU-PH)	Immunologie
Mme Marine **MALLETER**	Toxicologie
Mme Sabine **MENAGER**	Chimie organique
Mme Tiphaine **ROGEZ-FLORENT**	Chimie analytique
Mr Mohamed **SKIBA**	Pharmacie galénique
Mme Malika **SKIBA**	Pharmacie galénique
Mme Christine **THARASSE**	Chimie thérapeutique
Mr Frédéric **ZIEGLER**	Biochimie

PROFESSEURS ASSOCIES

Mme Cécile **GUERARD-DETUNCQ**	Pharmacie officinale
Mr Jean-François **HOUIVET**	Pharmacie officinale

PROFESSEUR CERTIFIE

Mme Mathilde **GUERIN**	Anglais

ASSISTANT HOSPITALO-UNIVERSITAIRE

Mme Anaïs **SOARES**	Bactériologie

ATTACHES TEMPORAIRES D'ENSEIGNEMENT ET DE RECHERCHE

Mme Anne-Sophie **CHAMPY**	Pharmacognosie
M. Jonathan **HEDOUIN**	Chimie Organique
Mme Barbara **LAMY-PELLETER**	Pharmacie Galénique

LISTE DES RESPONSABLES DES DISCIPLINES PHARMACEUTIQUES

Mme Cécile **BARBOT**	Chimie Générale et minérale
Mr Thierry **BESSON**	Chimie thérapeutique
Mr Roland **CAPRON**	Biophysique
Mme Marie-Catherine **CONCE-CHEMTOB**	Législation et économie de la
santé Mme Elisabeth **CHOSSON**	Botanique
Mme Isabelle **DUBUS**	Biochimie
Mr Abdelhakim **ELOMRI**	Pharmacognosie
Mr Loïc **FAVENNEC**	Parasitologie
Mr Michel **GUERBET**	Toxicologie
Mr François **ESTOUR**	Chimie organique
Mme Isabelle **LEROUX-NICOLLET**	Physiologie
Mme Martine **PESTEL-CARON**	Microbiologie
Mr Mohamed **SKIBA**	Pharmacie galénique
Mr Rémi **VARIN**	Pharmacie clinique
M. Jean-Marie **VAUGEOIS**	Pharmacologie
Mr Philippe **VERITE**	Chimie analytique

III – MEDECINE GENERALE

PROFESSEUR MEDECINE GENERALE

Mr Jean-Loup **HERMIL** (PU-MG)	UFR	Médecine générale

MAITRE DE CONFERENCE MEDECINE GENERALE

Mr Matthieu **SCHUERS** (MCU-MG)	UFR	Médecine générale

PROFESSEURS ASSOCIES A MI-TEMPS – MEDECINS GENERALISTE

Mr Emmanuel **LEFEBVRE**	UFR	Médecine Générale
Mme Elisabeth **MAUVIARD**	UFR	Médecine générale
Mr Philippe **NGUYEN THANH**	UFR	Médecine générale
Mme Marie Thérèse **THUEUX**	UFR	Médecine générale

MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE A MI-TEMPS – MEDECINS GENERALISTES

Mr Pascal **BOULET**	UFR	Médecine générale
Mr Emmanuel **HAZARD**	UFR	Médecine Générale
Mme Marianne **LAINE**	UFR	Médecine Générale
Mme Lucile **PELLERIN**	UFR	Médecine générale
Mme Yveline **SEVRIN**	UFR	Médecine générale

ENSEIGNANTS MONO-APPARTENANTS

PROFESSEURS

Mr Serguei **FETISSOV** (med)	Physiologie (ADEN)
Mr Paul **MULDER** (phar)	Sciences du Médicament
Mme Su **RUAN** (med)	Génie Informatique

MAITRES DE CONFERENCES

Mr Sahil **ADRIOUCH** (med)	Biochimie et biologie moléculaire (Unité
Inserm 905) Mme Gaëlle **BOUGEARD-DENOYELLE** (med)	Biochimie et biologie moléculaire (UMR 1079**)**
Mme Carine **CLEREN** (med)	Neurosciences (Néovasc)
M. Sylvain **FRAINEAU** (med)	Physiologie (Inserm U 1096)
Mme Pascaline **GAILDRAT** (med)	Génétique moléculaire humaine (UMR 1079)
Mr Nicolas **GUEROUT** (med)	Chirurgie Expérimentale
Mme Rachel **LETELLIER** (med)	Physiologie
Mme Christine **RONDANINO** (med)	Physiologie de la
reproduction Mr Antoine **OUVRARD-PASCAUD** (med)	Physiologie (Unité Inserm
1076)	
Mr Frédéric **PASQUET**	Sciences du langage, orthophonie
Mme Isabelle **TOURNIER** (med)	Biochimie (UMR 1079)

CHEF DES SERVICES ADMINISTRATIFS : Mme Véronique **DELAFONTAINE**

HCN - Hôpital Charles Nicolle *HB - Hôpital de BOIS GUILLAUME*

CB - Centre Henri Becquerel *CHS - Centre Hospitalier Spécialisé du Rouvray*

CRMPR - Centre Régional de Médecine Physique et de Réadaptation SJ – Saint Julien Rouen

Par délibération en date du 3 mars 1967, la faculté a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

SOMMAIRE

I. INTRODUCTION 18
1. CONTEXTE 19
   a. Historique 19
   b. Epidémiologie 19
   c. Physiopathologie 20
   d. Diagnostic 21
   e. Examens complémentaires 23
   f. Diagnostics différentiels 24
   g. Prise en charge 24
2. INTERET DE L'ETUDE 26
3. OBJECTIF 26

II. MATERIEL ET METHODE 27
1. TYPE D'ETUDE 28
2. POPULATION ETUDIEE 28
3. QUESTIONNAIRE 28
4. RECUEIL DES DONNEES 28
5. ANALYSE STATISTIQUE 29

III. RESULTATS 30
1. TAUX DE REPONSE 31
2. CARACTERISTIQUES DE L'ECHANTILLON DE MEDECINS 31
   a. Sexe 31
   b. Age 31
   c. Lieu d'exercice 32
3. CONCERNANT L'ETUDE DE CAS 33
   a. Caractéristique des patients 33
      i. Age 33
      ii. Sexe 34
      iii. Localisation initiale 34
      iv. Etiologies 35
      v. Accident de travail 36
      vi. Litige 36
   b. Lors de la 1ère consultation 36
      i. Critères(s) diagnostic 36
      ii. Composante neuropathique 37
      iii. Traitements médicamenteux 37
      iv. Examens complémentaires 38
      v. Kinésithérapie 39
      vi. Psychologue 40
      vii. Spécialistes 40
4. AVIS : 42
   a. Difficultés rencontrées 43
   b. Aide à la prise en charge 43
5. ASSOCIATION LITIGE ET PSYCHOLOGUE 44
6. ASSOCIATION ENTRE LE FAIT DE SE SENTIR BIEN INFORME ET LA PRISE EN CHARGE DU SDRC 44

IV. DISCUSSION 45
1. PUISSANCE DE L'ETUDE : 46

2. TYPE D'ETUDE : 46
3. MODE DE RECRUTEMENT : 46
4. QUESTIONNAIRE : 46
5. POPULATION ETUDIEE : 46
a. Médecins : 46
b. Patients : 47
c. Prise en charge : 47
i. Prise en charge diagnostic : 47
ii. Rééducation : 49
iii. Prise en charge de la douleur : 49
iv. Prise en charge psychologique : 50
v. Education : 51
d. Avis des médecins : 51
6. POINTS FORT ET LIMITES DE L'ETUDE : 52
a. Points forts : 52
b. Limites : 52
V. CONCLUSION 53
BIBLIOGRAPHIE: 57

REMERCIEMENTS :

A vous, Monsieur le Professeur Olivier Vittecoq qui avez accepté de présider mon jury de thèse. Je vous en suis sincèrement reconnaissante.

A vous, Messieurs les Professeurs Stéphane Derrey et Jean-Francois Gehanno, qui me faites l'honneur de faire partie de mon jury.

A vous, Docteur Louis Perrimon qui avez accepté d'être mon directeur de thèse. Votre approche de la médecine et votre savoir n'ont permis de cheminer. Je suis admirative de votre amour de ce métier. Alors je vous dis un grand merci.

A mes professeurs et maitres de stages qui m'avez si bien transmis votre savoir.
J'ai une pensée toute particulière pour vous, Dr Foison qui avez su me donner confiance en moi et en mes capacités.

A tous mes co-externes et co-internes (Claire, Emmanuelle, Benoit, Elenie…) avec qui j'ai grandis et avec lesquels je me suis formée pour devenir le médecin que je suis aujourd'hui…

A mes amis de toujours Sophie, Antoine, Aurelia malgré la distance vous êtes toujours avec moi…
A nos longues nuits de philosophie afin de faire la face du monde…

A mes parents pour leur amour et leur soutien, je vous remercie de l'éducation que vous m'avez donnée et que j'espère arriver à retransmettre maintenant à mes enfants...

Merci maman de toujours être la quand il le faut.

Merci papa pour ta précieuse aide en statistique….

A mes grands-parents, merci mamie jo pour tes cours d'orthographe et papi pour toutes les longues balades passées ensemble.

A mes cousines, que de bons souvenirs de vacances, et sans oublier bien sur nos magnifiques créations théâtrales…

Et à mes frères, Guillaume et Thomas, avec qui j'ai grandi avec bonheur.

A Nicolas, mon amour de mari qui est toujours à mes côtés pour me soutenir et surtout qui me supporte depuis toutes ces années et durant toutes celles qui nous reste à vivre ensemble…Je sais que je ne te le dis pas assez souvent mais merci d'être toujours là pour moi.
Je t'aime.

A mes très chers enfants, Constance et Marin qui font mon émerveillement chaque jour.
Et à l'enfant qui va naitre…
Je vous aime.

Et à tous ceux que j'aurai pu oublier mais qui se reconnaitront dans ces lignes…

« Guérir parfois, soulager souvent, écouter toujours. » Louis Pasteur

LISTE DES ABBREVIATIONS :

SDRC : Syndrome douloureux régional complexe
IASP : International Association for the Study of Pain
AT : Accident de Travail
IDM : Infarctus Du Myocarde
IEC : Inhibiteur de l'Enzyme de Conversion
AVC : Accident Vasculaire Cérébral
TVP : Thrombose Veineuse Profonde
IRSNA : Inhibiteur de la Recapture de la Sérotonine et de la NorAdrénaline
TENS : Neurostimulation électrique transcutanée
IV : Intra Veineux
PO : Per Os
SFETD : Société Française d'Etude et de Traitement de la Douleur
HAS : Haute Autorité de Santé
AINS : Anti Inflammatoire Non Stéroïdien
CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie
IRM : Imagerie par Résonance Magnétique
EMG : ElectroMyoGramme
AMM : Autorisation de Mise sur le Marché

I. INTRODUCTION

Le diagnostic et la prise en charge, des patients présentant un Syndrome Douloureux Régional Complexe (SDRC) sont difficiles de par la variabilité des tableaux cliniques présentés par les patients ainsi que par l'absence de thérapeutique permettant de le guérir. Il existe encore aujourd'hui de nombreuses incertitudes concernant ce syndrome. Heureusement, dans la grande majorité des cas, la guérison se fait de façon spontanée au cours de la première année d'évolution.
Tout l'enjeu de la prise en charge initiale, en médecine générale, est donc de poser le diagnostic rapidement et de repérer les situations à risque de chronicisation afin de les orienter vers les correspondants adaptés.
La littérature sur le SDRC est peu abondante. Cependant pour la prise en charge il existe des recommandations Américaine, Hollandaises et Anglaises et plus récemment la SFETD vient de travailler sur des recommandations françaises. (1)(2)(3)(4)

1. CONTEXTE

a. Historique

Le terme de syndrome douloureux régional complexe (SDRC) est relativement récent puisqu'il a été défini en 1994 par l'International Association for the Study of Pain (IASP).(5)
Auparavant, d'autres terminologies avaient été utilisé : dystrophie sympathique réflexe, causalgie, syndrome épaule-main, atrophie de Sudeck, ostéoporose post-traumatique. En France, le terme d'algodystrophie reste encore aujourd'hui le plus couramment utilisé.

Historiquement, c'est le chirurgien Ambroise Paré, en 1634, qui décrivit le premier ce syndrome douloureux, secondaire à une lésion périphérique. Puis, en 1864, lors de la guerre civile, le chirurgien américain Silas Weir Mitchell, observa, qu'après une lésion importante des nerfs par arme à feu, les soldats pouvaient présenter des douleurs chroniques décrites comme des brulures intenses. Il donna à ce syndrome le nom de causalgie.(6)
Par la suite, en 1946, James A. Evans, proposa le terme de dystrophie sympathique reflexe, suggérant le rôle clé du système nerveux sympathique dans le développement et la chronicisation du syndrome.

b. Epidémiologie

Peu d'étude épidémiologique ont été réalisées. Les critères étant hétérogènes, cela explique que l'incidence varie selon les études entre 5,46 et 26,2 pour 100000 personne par an. Cette incidence étant quoi qu'il en soit plutôt faible. (7)(8)

La plus récente des études, qui date de 2016, a été réalisée en utilisant les critères de Budapest. Elle retrouve une incidence de 0,3%. Cependant celle-ci n'a pas été réalisé en population générale, mais auprès de patients ayant eu une fracture du pied ou de la cheville.(9)

Les formes chroniques avec séquelles sont rares <2% (10)

Les femmes sont plus fréquemment touchées (avec un sex-ratio de 3 à 4 femmes pour 1 homme), surtout en post-ménopause.
L'âge moyen au diagnostic varie selon les études entre 38 et 53 ans. (7)(8)
C'est le membre supérieur qui est le plus souvent atteint (59,2%), surtout après un évènement traumatique puis chirurgicale.

Plusieurs facteurs de risques ont été mis en évidence :

- La grossesse et le post-partum (surtout SDRC hanche au 3eme trimestre)
- Les pathologies articulaires inflammatoires ou infectieuses, les maladies avec fragilité osseuse.
- Les patients ayant eu un IDM, un AVC ou un cancer.(11)
- Le fait d'avoir une douleur plus intense qu'attendu habituellement, précocement après un traumatisme est un facteur de risque de développer un SDRC.(12)(13)
- Prise de médicaments (phénobarbital, isoniazide, ciclosporine, antirétroviraux, IEC).(14)
- Idiopathique
- Par ailleurs aucune association n'a été retrouvée entre les facteurs psychologiques et le développement d'un SDRC type 1.(15) Cependant, ils pourraient agir sur les mécanismes physiopathologiques du SDRC.(3)

c. Physiopathologie

La physiopathologie du SDRC est complexe et non encore totalement expliqué. La première hypothèse, qui a longtemps été admise, était que seul le système nerveux autonome était incriminé. Actuellement, il est établi qu'il existe probablement des dysfonctionnements neurologiques de plusieurs types : (16)(17)

- Périphériques : inflammation neurogène périphérique (œdème, douleur), stress oxydatif (douleur, état pro-inflammatoire)
- Médullaires : dysfonctionnements sympathiques et sensitifs (dans la phase initiale entrainant une vasodilatation responsable d'œdème et chaleur, puis à la phase tardive une vasoconstriction responsable d'une froideur du membre)
- Cérébraux : réorganisations fonctionnelles des cortex sensitifs et moteurs. Neuroplasticité (diminution de la mobilisation active, myoclonie, dystrophie, tremblement)
- Facteur génétique : système HLA ?
- Facteur immunitaire : Anticorps dirigés contre les neurones sympathiques périphériques. (18)

Table 1. Summary of Pathophysiologic Mechanisms that May Contribute to CRPS

Mechanism	Supporting Pattern of Findings
Altered cutaneous innervation	Reduced density of C- and Aδ-fibers in CRPS-affected region[31,32]
	Altered innervation of hair follicles and sweat glands in CRPS-affected limb[32]
Central sensitization	Increased windup in CRPS patients[37,38]
Peripheral sensitization	Local hyperalgesia in CRPS-affected *vs.* -unaffected extremity[43]
	Increased mediators of peripheral sensitization (see Inflammatory Factors later)
Altered SNS function	Bilateral reductions in SNS vasoconstrictive function predict CRPS occurrence prospectively[50,51]
	Vasoconstriction to cold challenge is absent in acute CRPS but exaggerated in chronic CRPS[46,55,61]
	Sympatho-afferent coupling[48]
Circulating catecholamines	Lower norepinephrine levels in CRPS-affected *vs.* -unaffected limb[55,62,63]
	Exaggerated catecholamine responsiveness because of receptor up-regulation related to reduced SNS outflow[63,64]
Inflammatory factors	Increased local, systemic, and cerebrospinal fluid levels of proinflammatory cytokines, including TNF-α, interleukin-1β, -2, and -6[72–76]
	Decreased systemic levels of antiinflammatory cytokines (interleukin-10)[74]
	Increased systemic levels of proinflammatory neuropeptides, including CGRP, bradykinin, and substance P[80–82]
	Animal postfracture model of CRPS-I indicates that substance P and TNF-α contribute to key CRPS features[21,24,25]
Brain plasticity	Reduced representation of the CRPS-affected limb in somatosensory cortex[85–89]
	These alterations are associated with greater pain intensity and hyperalgesia, impaired tactile discrimination, and perception of sensations outside of the nerve distribution stimulated[86,88,91]
	Altered somatosensory representations may normalize with successful treatment,[87,89] although other brain changes may persist[90]
Genetic factors	In largest CRPS genetic study to date (n = 150 CRPS patients),[109] previously reported associations were confirmed between CRPS and human leukocyte antigen-related alleles[105–109]
	A TNF-α promoter gene polymorphism is associated with "warm CRPS"[106]
Psychologic factors	Greater preoperative anxiety prospectively predicts acute CRPS symptomatology after total knee arthroplasty[39]
	Emotional arousal has a greater impact on pain intensity in CRPS than in non–CRPS chronic pain, possibly *via* associations with catecholamine release[7,119]

CGRP = calcitonin gene-related peptide; CRPS = complex regional pain syndrome; SNS = sympathetic nervous system; TNF = tumor necrosis factor.

Figure 1 : Ce tableau résume les différents mécanismes physiopathologiques possibles pouvant contribuer au développement du SRDC. (19)

d. Diagnostic

La définition du SDRC est clinique puisqu'il s'agit d'un syndrome.

On distingue différents types de SDRC :

- <u>Le type I (ex- algodystrophie)</u> :

Il est défini par la présence d'une douleur continue, qui paraît disproportionnée en intensité ou en durée par rapport à l'évolution attendue de l'événement déclenchant.
Elle ne correspond pas à un territoire nerveux périphérique (tronculaire ou radiculaire).
Cette douleur est associée à des signes cliniques moteurs, sensitifs, sudoromoteurs, vasomoteurs, trophiques qui peuvent être inconstants et variables dans le temps.

- Le type II (ex-causalgie) :

Il se développe quant à lui après une lésion nerveuse.

- Plus 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*). Il ne remplit pas toutes les spécificités du SDRC classique, mais aucun autre diagnostic ne peut mieux expliquer la pathologie retrouvée.

Pour poser le diagnostic, depuis 2003, de nouveaux critères ont été établis à Budapest permettant une utilisation en pratique clinique avec une sensibilité de 85% et une spécificité de 69%.(20)
En effet, les critères de l'IASP de 1999 avaient conduit à une surestimation diagnostic (faible spécificité (36%) et sensibilité élevé (98%)).(5)

Critères de Budapest :

Les 4 points ci-dessous doivent être positif pour poser le diagnostic :

- 1. douleur continue et disproportionnée par rapport à l'évènement déclenchant initial.
- 2. au minimum un signe dans au moins 2 des catégories suivantes.
- 3. au minimum un symptôme dans au moins 3 des catégories suivantes.
- 4. aucun autre diagnostic ne peut mieux expliquer ces signes et symptômes.

Catégories :	Symptômes	Signes
Somatosensorielle	Hypersensibilité	Allodynie, hyperalgésie
Vasomotrice	Asymétrie de température, et ou changement de coloration cutanée, et ou coloration asymétrique de la peau	
Sudomotrice/œdème	Œdème et ou changement de sudation et ou sudation asymétrique	
Motrice /trophique	Raideur articulaire, dystonie, tremblement, manque de force, changements de la pilosité ou des ongles	Diminution de la mobilité articulaire, dystonie, *tremor*, faiblesse, changements trophiques de la pilosité ou des ongles

e. Examens complémentaires

Aucun examen complémentaire n'est suffisant pour poser le diagnostic de SDRC, qui est clinique. Les examens complémentaires servent à éliminer les diagnostics différentiels.
Les modifications suivantes peuvent être retrouvés de façon inconstante et variables :

- Radiographie : diminution de la densité osseuse, ostéopénie.
- Scintigraphie osseuse au technétium en 3 temps : augmentation de la captation du traceur au niveau du membre atteint
- IRM : œdème au niveau de la moelle osseuse
- EMG : recherche de lésion nerveuse

f. Diagnostics différentiels

Il existe de nombreux diagnostics différentiels à évoquer selon le contexte. Les plus fréquemment rencontrés sont listés ci-dessous :

Neuropathie périphérique diabétique, éthylique, infectieuse
Radiculopathie
Vasculaire : TVP, thrombophlébite, Raynaud
Inflammatoire : érysipèle, maladie rhumatismale
Douleur neuropathique
Psychiatrique : trouble somatoforme

g. Prise en charge

Prévention : Compte tenu du faible cout et des très faibles risques d'effets indésirables. La prescription de vitamine C, pendant 50 jours, à une posologie de 500mg, est recommandé chez les patients présentant une fracture du poignet.(4)(21)

Limiter l'immobilisation et la sous-utilisation du membre après un traumatisme autant que possible.

Réadaptation : La prise en charge rééducative a une place centrale dans la prise en charge du SDRC. Celle-ci doit être débuté dès que possible. L'intensité étant ajusté selon la douleur. La règle de la non douleur a été abandonné car difficile à respecter.

Aucune donnée dans la littérature n'existe sur l'efficacité des bains écossais. Les drainages lymphatiques ne semblants pas avoir d'efficacité.
Il existe aussi des thérapies plus spécifiques : la thérapie miroir, celle par entrainement discrimination sensorielle, exposition peur évitement.

L'éducation du patient à sa pathologies est importante afin d'aider le patient dans la gestion de ses symptômes.

La prise en charge psychologique est importante. Le dépistage des patients à risque fait donc partie intégrante de la prise en charge.

Sur le plan des traitements médicamenteux il n'existe à ce jour aucun traitement permettant de guérir ce syndrome, ceci pouvant être entre autres expliqué par le fait que sa physiopathologie ne soit pas encore totalement expliquée.
Il existe peu d'étude concernant le traitement médicamenteux du SDRC.

La stratégie médicamenteuse exposé ci-dessous est donc basé sur les recommandations françaises de la SFETD.(4)

De nombreuses thérapeutiques antalgiques peuvent être essayées afin d'améliorer la qualité de vie du patient et afin d'éviter les conséquences d'une sous-utilisation du membre atteint. Les traitements antalgiques ont donc tous leur intérêt prescrit de façon adjuvant en association avec la réadaptation :

- Antalgique de pallier I à II (Paracetamol, Tramadol)

- Les opioïdes forts ne semblent pas apporter d'amélioration.

- Les traitements utilisés pour les douleurs neuropathiques (Gabapentine, Pregabaline…), s'il existe une composante neuropathique.

- Les AINS n'ont pas d'intérêt. Il en va de même pour les corticoïdes.

- Les Bisphosphonates se discutent pour les SDRC évoluant depuis moins d'un an si la scintigraphie osseuse au technétium est positive (existence d'une hyperactivité osseuse), après avoir effectué un bilan buccodentaire suivi des soins nécessaires. Ceci étant réalisé au sein d'une prise en charge pluridisciplinaire associé à une prise en charge physique.

- La calcitonine n'est plus indiquée pour le traitement des SDRC.

- Concernant les topiques : pour la Capsaïcine il n'existe pas d'étude spécifique sur son utilisation au cours des SDRC.

- Les patchs de lidocaïne peuvent être utilisé chez les patients qui présentent une allodynie au frottement importante.

- La lidocaine iv, la kétamine, la toxine botulique et le baclofene intrathécal ne semblent pas être recommandées.

- La neurostimulation transcutanée peut être proposé (simple, inoffensive, peu coûteuse).

- La stimulation médullaire peut-être proposé pour les SDRC chronique rebelle aux traitements conventionnelles après 6 mois d'évolution selon les recommandations de l'HAS et 1 an selon les recommandations de Lille.(22)

2. INTERET DE L'ETUDE

Ce syndrome reste de diagnostic et de traitement difficile. En effet, la présentation clinique peut parfois être déroutante, on peut ne pas retrouver de facteurs déclenchants…
La physiopathologie reste encore non entièrement élucidée avec de nombreuses hypothèses et prise de réflexion. Les études sur le sujet sont peu nombreuses et très peu avec un fort niveau de preuve.
Heureusement, les formes chroniques sont rares et l'évolution naturelle du SDRC faisant que les signes cliniques disparaissent, pour la plupart, au bout d'un an d'évolution.(23)

Selon une étude menée par l'équipe hollandaise de Vaneker et al, les auteurs concluent que les séquelles fonctionnelles du SDRC sont quasi-définitives à un an d'évolution et confirment ainsi l'intérêt d'une prise en charge globale précoce. Et donc de la place centrale qu'occupe le médecin traitant en tant que premier recours. (24)

La prise en charge du SDRC est tout à fait d'actualité en France puisqu'un groupe d'expert mandaté par la SFETD vient tout récemment de proposer des recommandations concernant la prise en charge du SDRC, appelé recommandation de Lille.(4)
C'est sur ces recommandations que nous nous sommes appuyées pour notre étude.

3. OBJECTIF

Objectif principal : Comment les médecins généralistes de Seine maritime, prennent-ils en charge les patients présentant un SDRC en phase aiguë ?

Objectif secondaire : Identifier les difficultés et les attentes des médecins généralistes, afin d'améliorer la prise en charge du SDRC sur le territoire.

`

II. MATERIEL ET METHODE

1. TYPE D'ETUDE

Il s'agit d'une étude quantitative observationnelle, descriptive, un état des lieux de la pratique.

2. POPULATION ETUDIEE

L'étude porte sur les médecins généralistes libéraux, installés exerçant en Haute-Normandie. Etaient donc exclus les médecins généralistes remplaçants ainsi que ceux n'exerçant pas en libéral.

3. QUESTIONNAIRE

Il s'agissait pour la plupart de questions fermées, à choix unique ou multiple.
La 1ére partie du questionnaire s'attachait à recueillir les données personnelles des médecins (sexe, âge, lieu d'exercice) afin de définir si les médecins généralistes ayant répondus au questionnaire étaient identiques ou non à la population source.
La 2nde partie concernait le dernier patient ayant été pris en charge au cours des six derniers mois. Etait abordé les moyens diagnostiques et thérapeutiques mis en place. Cette seconde partie était donc facultative si aucun patient ne correspondait à ces critères.
Enfin, dans la 3eme partie, il était demandé aux médecins de donner leur avis sur leur état de connaissance de la pathologie et sur les difficultés qu'ils pouvaient ou non, rencontrer dans leur prise en charge.

4. RECUEIL DES DONNEES

Le choix des médecins s'est déroulé de façon aléatoire grâce à l'annuaire des praticiens disponible sur le site : amelie.fr.(25)
Le questionnaire a été envoyé par voie postale à 400 médecins généralistes exerçants en libéral en Seine-Maritime. Une explication des objectifs, ainsi qu'une enveloppe timbrée permettant de renvoyer le questionnaire, étaient fournies. L'étude s'est déroulée entre le 3 juillet et le 15 septembre 2017. Les questionnaires reçus après cette date n'ont pas été inclus dans l'étude.

5. ANALYSE STATISTIQUE

L'analyse des données a été réalisée à l'aide du logiciel Excel en utilisant la réalisation de tableaux croisés dynamiques et de calculs de moyennes.
Afin de tester la représentativité de l'échantillon, un test de référence par rapport à une norme a été utilisé. Les calculs ont été réalisé avec le logiciel Gretl.
Enfin, le test exact de Fisher a été utilisé afin de mettre en évidence ou non des différences de prise en charge entre les médecins se sentant bien informés sur la prise en charge du SDRC et les autres. Le seuil d'erreur était fixé à 5 %. Les calculs ont été réalisé via le site en ligne BiostaTGV. (26)

III. RESULTATS

1. TAUX DE REPONSE

Sur les 400 médecins interrogés, 125 réponses ont été reçues soit un taux de réponse de 31,5%. Sur les 125 médecins ayant répondu, seulement 79 médecins (soit 63,2%) ont complété la 2nde partie du questionnaire.

2. CARACTERISTIQUES DE L'ECHANTILLON DE MEDECINS

a. Sexe

Parmi les médecins ayant répondu, 68 étaient des femmes (54%) et 57 des hommes (46%). En comparaison avec la population source, ceci se situe à la limite de la significativité (p=0,051).

b. Age

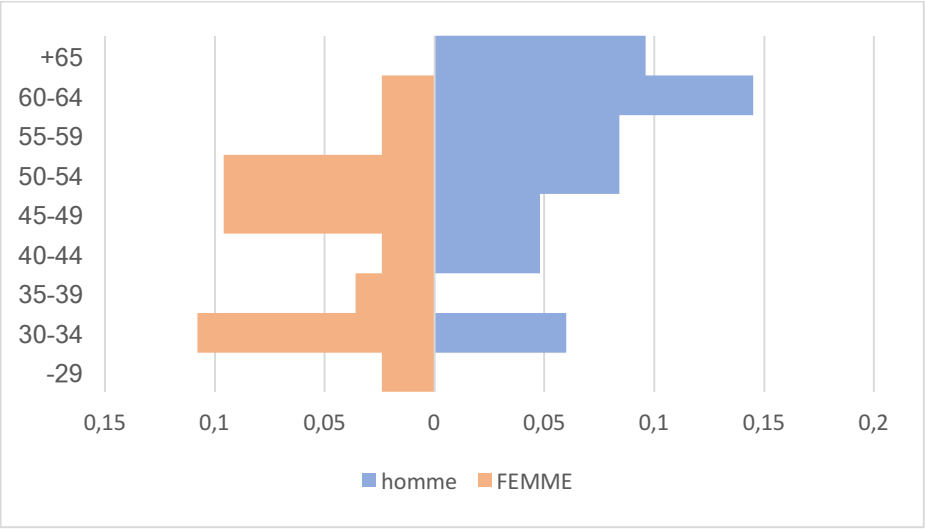
Sur les 83 médecins ayant répondu à cette question (taux de non réponse : 33,6%), l'âge moyen de l'échantillon était de 50,2 ans. Cela étant comparable à celui de la population source (52ans), p=0,82.

L'âge moyen des femmes était de 43,7 ans et celui des hommes de 55 ans.

La proportion de médecins âgés de moins de 40 ans était significativement différente de la population source (p<0,05).

La proportion de médecins âgés de plus de 60 ans était comparable à la population source (p=0,84).

Figure 2 : Pyramide des âges des médecins généralistes de l'échantillon.



c. Lieu d'exercice

81 praticiens exerçaient en milieu urbain (65%) et 43 en milieu rural (35%). 1 praticien n'ayant pas répondu.

Tableau 1 : Données descriptives de la population source et de l'échantillon.(27)

	Échantillon	Population	p
TOTAL	125	1616	
SEXE			
Féminin	50,2%	45%	0,051
AGE			
Moyenne d'Age	50,2 ans	52 ans	0,82
%<40ans	22,9	15	0,001
%<60ans	26,5	28	0,84
LIEU D'EXERCICE			
Urbain	65%		
Rural	35%		

3. CONCERNANT L'ETUDE DE CAS

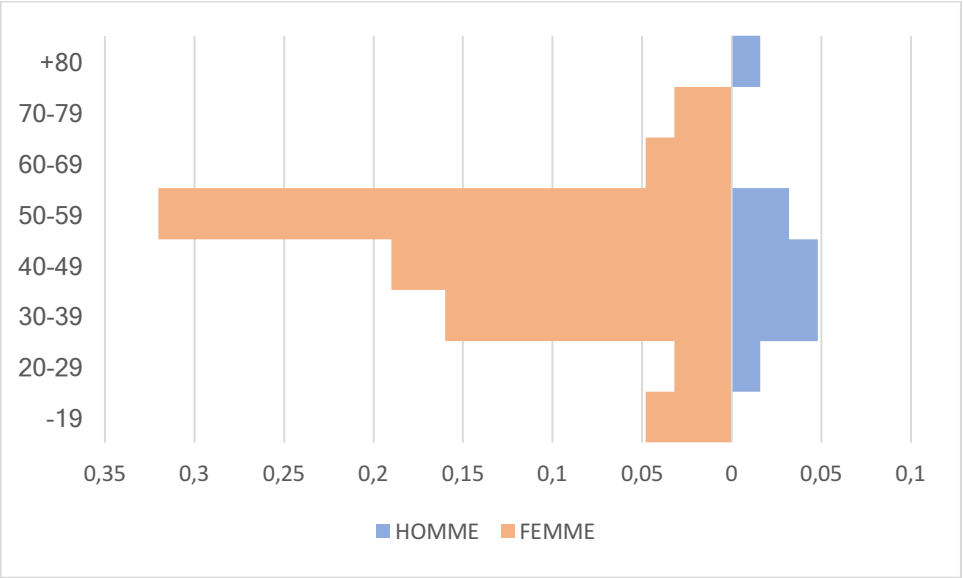
La 2nde partie du questionnaire porte donc sur 79 patients.

a. Caractéristique des patients

i. Age

La moyenne d'âge des patients était de 46 ans avec un âge minimum de 11 ans et un âge maximum de 82 ans (17 données manquantes). La majorité des patients étant compris entre 30 et 60 ans.
Ces données sont comparables avec la littérature où l'on retrouve un âge moyen au diagnostic variant selon les études entre 38 et 53 ans. (7)(8)

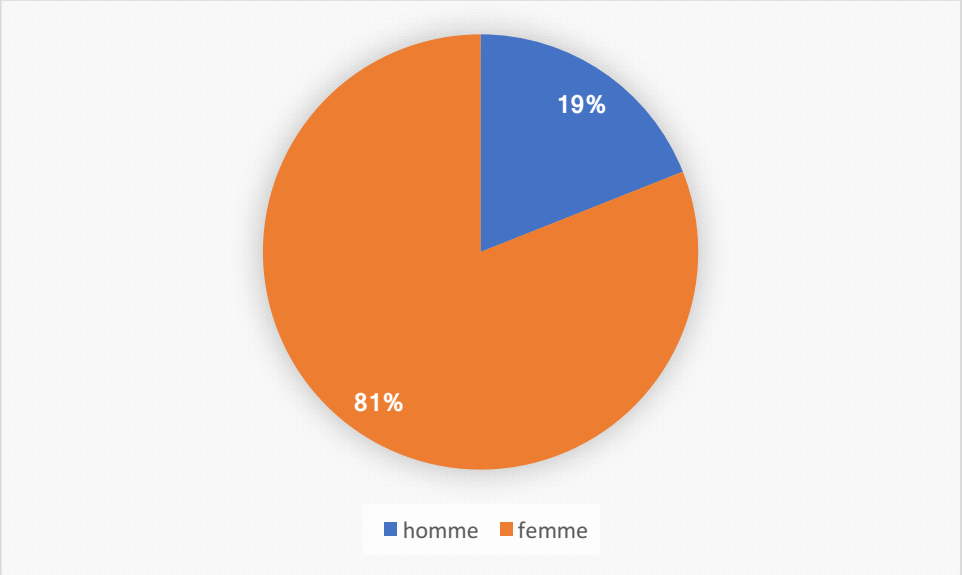
Figure 3 : Pyramide des âges des patients.



ii. Sexe

On retrouvait 15 hommes (19%) et 64 femmes (81%). Ce qui donne un sex-ratio de 1 pour 3. Ceci étant identique à ce que l'on peut retrouver dans la littérature.

Figure 4 : Répartition des sexes (%)



iii. Localisation initiale

La localisation initiale du SDRC prédominait au niveau du membre inferieur. Avec, 45 patients (57%) contre 36 (45,5%) au niveau du membre supérieur.
Trois patients présentaient plusieurs localisations : syndrome épaule-main, hanche et genou et « multiple » sans autre précision.

Tableau 2 : Localisation initiale

TOTAL	80
Cheville	27 (33,75%)
Epaule	18 (3,75%)
Main	7 (8,75%)
Pied	7 (8,75%)
Genou	5 (6,25%)
Poignet	4 (5%)
Membre inferieur	3 (3,75%)
Hanche	3 (3,75%)
Coude	2 (2,5%)
Multiple	1 (1,25%)
Syndrome épaule-main	1 (1,25%)
Bras	1 (1,25%)
Rachis	1 (1,25%)

iv. Etiologies

L'étiologie post-traumatique était la plus souvent retrouvée (40,86%) puis la post-chirurgie (20,43%).
5 médecins avaient noté comme étiologie le « stress ».
Douze patients (15%) en avaient plusieurs (maximum 3).

Tableau 3 : Etiologies identifiés.

Total des réponses	93
Post-traumatique	38 (40,86%)
Chirurgie	19 (20,43%)
Idiopathique	10 (10,75%)
Stress	5 (5,38%)
Immobilisation	5 (5,38%)
Fracture	4 (4,30%)
Pathologie articulaire	2 (2,15%)
Syndrome anxio-dépressif	2 (2,15%)
Tendinite	1 (1,08%)
AVC	1 (1,08%)
Affection neurologique périphérique	1 (1,08%)
Carence vitaminique	1 (1,08%)
Médicament	1 (1,08%)
Personnalité schizoïde	1 (1,08%)
Alcool	1 (1,08%)
Hypertriglycéridémie	1 (1,08%)

v. Accident de travail

Chez 28 patients le SDRC faisait suite à un accident de travail (36%), et 1 patient avait une reconnaissance en maladie professionnel.

vi. Litige

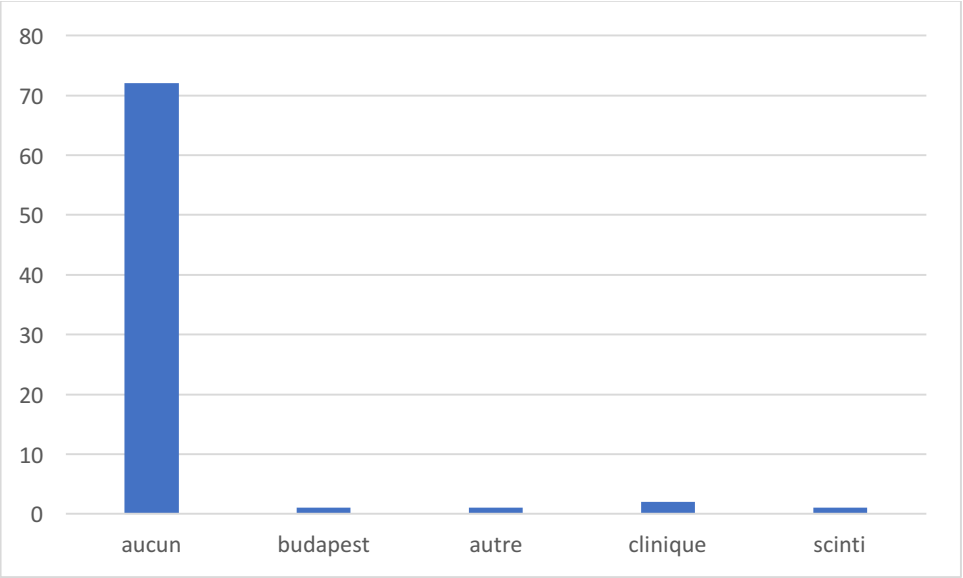
4 patients avaient un litige en cours (5%).
Cependant, aucun de ces patients n'avait été adressé à une spécialiste pour ce motif.
2 patients avaient été adressé à un spécialiste : rhumatologue devant un risque de chronicisation et le second à un psychologue.

b. Lors de la 1ère consultation

i. Critères(s) diagnostic

72 médecins n'avaient pas utilisé de critère diagnostic.
2 médecins avaient utilisé des critères « clinique » sans plus de précisions.
Un médecin avait utilisé les critères de Budapest.
Un médecin avait répondu avoir utilisé la scintigraphie comme critère diagnostic.

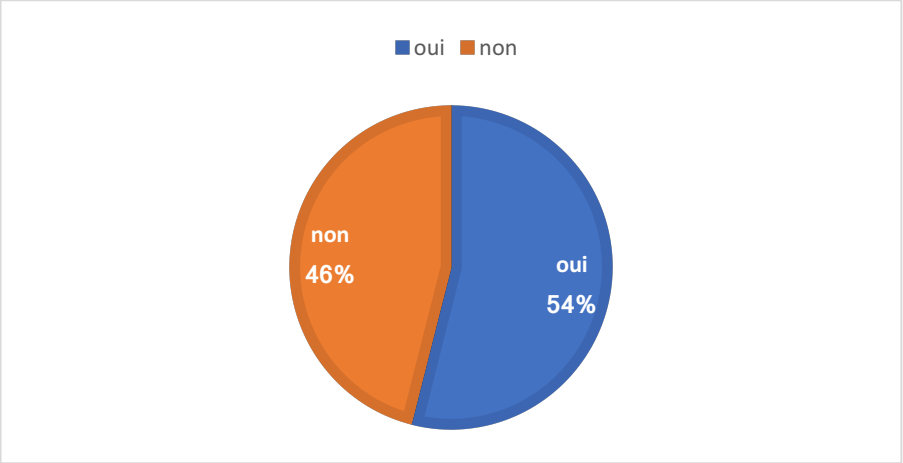
Figure 5 : Critères diagnostics utilisés, en nombre de patient.



ii. Composante neuropathique

Une douleur de type neuropathique avait été retrouvé chez 54% des patients (n=41). Sur ces 41 patients, 39 avaient reçus un traitement médicamenteux, mais seulement 25 de ces patients à visé neuropathique (soit 64,10%).

Figure 6 : % douleurs neuropathiques.



iii. Traitements médicamenteux

96% (n=76) des patients avaient bénéficié d'un traitement antalgique.
La prescription la plus courante était le Paracétamol (n=43) puis le Tramadol (n=32) et la Pregabaline (n=24).
4 patients avaient eu une prescription de Calcitonine et 3 de Bisphosphonate iv.
Certaines réponses étaient plutôt généralistes : « antalgique, niveau 2, IRSNA, antidépresseur »

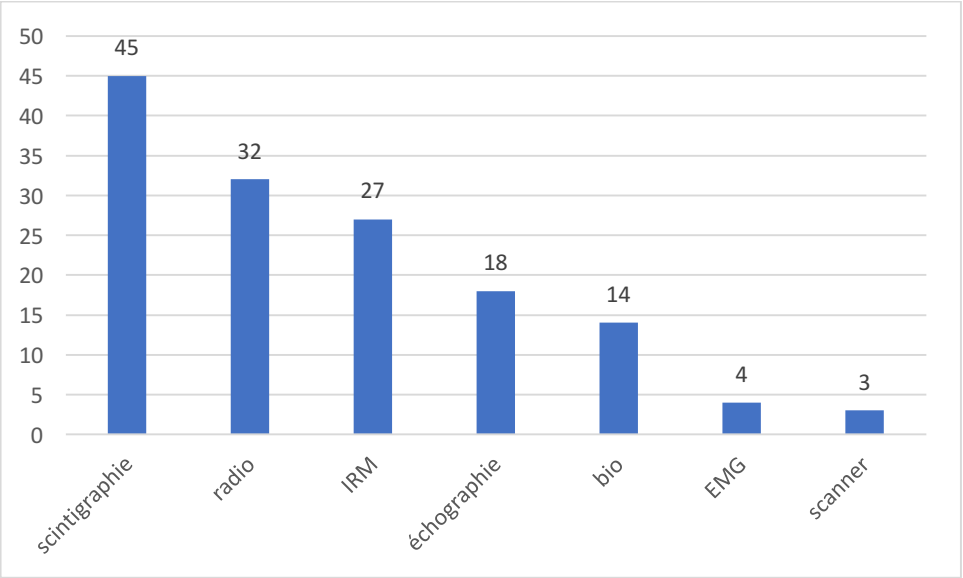
Tableau 4 : Traitements médicamenteux prescrits.

Total des médicaments prescrits	211
Antalgique	7 (3,32%)
Antalgique niveau 2	1 (0,47%)
Paracétamol	43 (20,38%)
Tramadol	32 (15,17%)
Codéine	16 (7,58%)
Nefopam	5 (2,37%)
Sulfate de morphine	4 (1,90%)
Opium	4 (1,90%)
Lamaline	1 (0,47%)
Oxycodone	1 (0,47%)
AINS	19 (9%)
Antidépresseur	2 (0,95%)
Pregabaline	24 (11,37%)
IRSNA	15 (7,11%)
Amitriptyline	5 (2,37%)
Gabapentine	4 (1,90%)
Duloxetine	1 (0,47%)
Paroxétine	1 (0,47%)
Autres :	
Emplâtre de lidocaïne	9 (4,27%)
Calcitonine	4 (1,90%)
Corticoide	3 (1,42%)
Bisphosphonate iv	3 (1,42%)
Infiltration	3 (1,42%)
Bisphosphonate po	2 (0,95%)
TENS	1 (0,47%)
Capsaicine	1 (0,47%)

iv. Examens complémentaires

73 patients avaient bénéficié d'examens complémentaires (92%).
La scintigraphie étant l'examen qui avait été le plus prescrit : 45 patients (57%).

Figure 7 : Examens complémentaires réalisés, en nombre de patient.

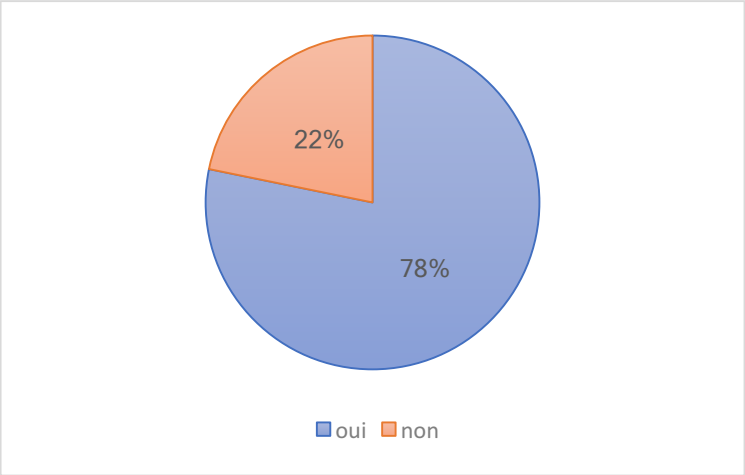


57 médecins avaient prescrit des examens complémentaires afin de poser le diagnostic et 52 pour éliminer des diagnostics différentiels.

v. Kinésithérapie

61 patients (78%) avaient bénéficié d'une prise en charge par un kinésithérapeute.

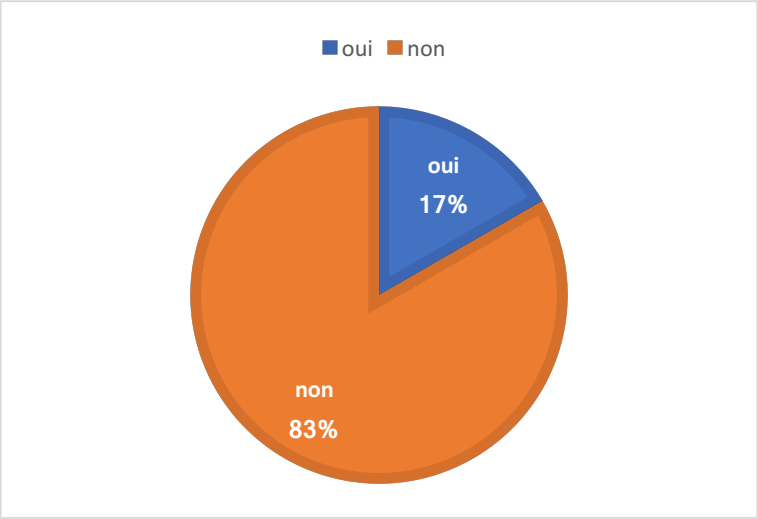
Figure 8 : % de prescription de kinésithérapie.



vi. Psychologue

13 patients (17%) avaient été adressé à un psychologue.

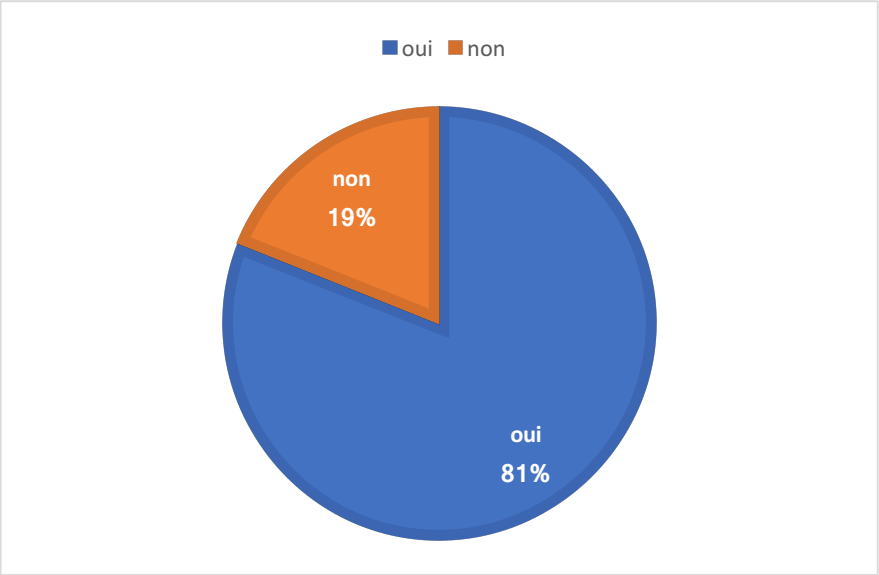
Figure 9 : % patients adressé à un psychologue.



vii. Spécialistes

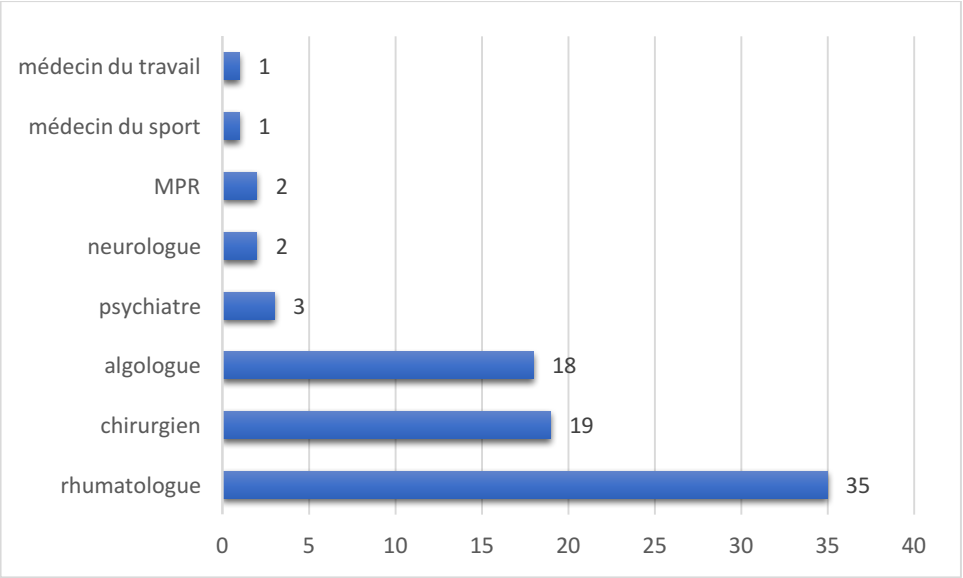
64 patients (81%) avaient été adressé à un spécialiste.

Figure 10 : % patients adressé à un spécialiste.



Les rhumatologues étant les médecins de second recours les plus sollicités (44%), puis les chirurgiens (24%) et les algologues (22,7%).

Figure 11 : Spécialistes consultés, en nombre de patient.



Les raisons du recours à un spécialistes les plus fréquemment évoquées étaient surtout la nécessité de traitement spécifique dans 17,86% (n=25), et l'élimination de diagnostics différentiels dans 15,71% des cas (n=22).

Tableau 5 : Raison pour lesquelles un avis spécialisé a été demandé.

Total	140
Besoin de traitement spécifique	25 (17,86%)
Éliminer des diagnostics différentiels	22 (15,71%)
Retentissement socio-professionnel	18 (12,86%)
Poser le diagnostic	17 (12,14%)
Retentissement thymique	14 (10%)
Échec des traitements antalgiques	13 (9,29%)
Besoin de rééducation spécifique	13 (9,29%)
Facteur de risque de chronicisation	12 (8,57%)
Litige en cours	2 (1,43%)
Suivi post opératoire	1 (0,71%)
Intensité de la douleur	1 (0,71%)
Pour rassurer le patient	1 (0,71%)
Autre	1 (0,71%)

viii. Diagnostic

Seulement 42 médecins avaient répondu à cette question (taux non réponse=53%).
28 médecins avaient posé le diagnostic eux même (66,6%).
Pour la plupart des patients le diagnostic avait été posé en moins de 6 mois.

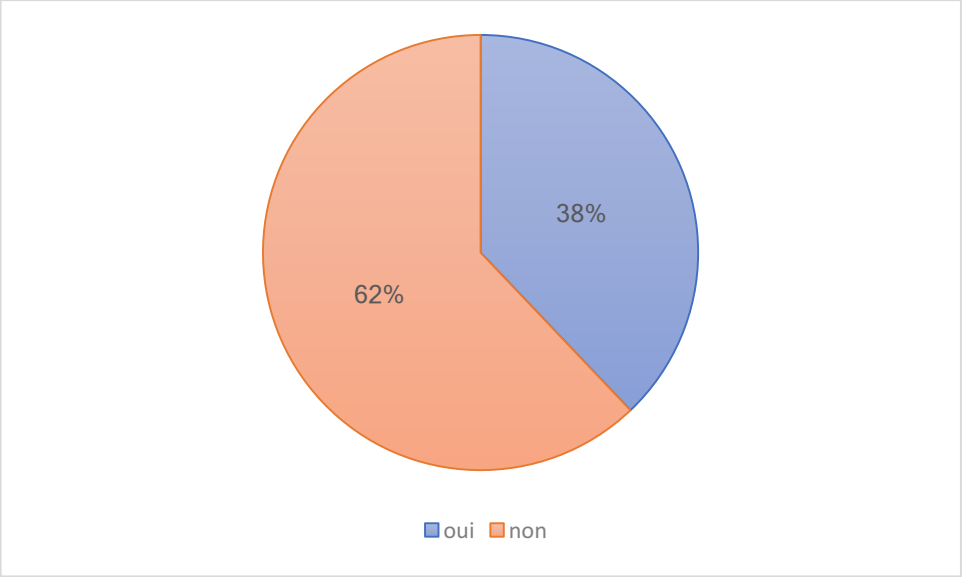
Tableau 6 : Durée mise afin de poser le diagnostic de SDRC.

Total	74
A la première consultation	7 (9,46%)
1 semaine	5 (6,76%)
Entre 1 semaine et 1 mois	26 (35,14%)
Entre 1 mois et 6 mois	32 (43,24%)
Plus de 6 mois	4 (5,41%)

4. AVIS :

47 médecins se sentaient bien informé sur la prise en charge du SDRC.

Figure 12 : % médecins se sentant informé sur la pathologie.



a. Difficultés rencontrées

Le manque d'efficacité des traitements pour 86 médecins (34,68%) et les délais d'obtention d'avis spécialisés pour 57 médecins (22,98%), étaient les difficultés les plus souvent décrites par les médecins généralistes.

Tableau 7 : Difficultés rencontrés par les médecins généralistes.

Total	248
Pour la prise en charge thérapeutique par manque d'efficacité des traitement médicamenteux	86 (34,68%)
Pour obtenir un avis spécialisé (délais de rendez-vous long)	57 (22,98%)
Pour poser le diagnostic	36 (14,52%)
Pour savoir quand et vers qui adresser le patient	31 (12,5%)
Pour savoir quelles informations donner aux patients	19 (7,66%)
Pour la prise en charge thérapeutique liée aux effets indésirables des traitements médicamenteux	17 (6,85%)
Non remboursements des traitements et infirmières	1 (0,4%)
Acceptation du patient	1 (0,4%)

b. Aide à la prise en charge

Concernant les besoins mis en avant dans la prise en charge du SDRC, un support pour les aider dans la prise en charge diagnostic et thérapeutique était le plus souvent cité (31,31%, n=67).

Tableau 8 : Aide à la prise en charge.

Total	214
Un support d'aide à la prise en charge diagnostic et thérapeutique	67 (31,31%)
Un livret d'information destiné aux patients	53 (24,77%)
Un réseau de soin dédié	39 (18,22%)
Des critères de recours aux spécialistes	39 (18,22%)
EPU	15 (7,01%)
Reconnaissance ALD	1 (0,47%)

5. ASSOCIATION LITIGE ET PSYCHOLOGUE

Il n'existait pas de lien entre le fait d'avoir un litige en cours et le fait d'être adressé à un psychologue selon un risque alpha de 5% (p=0,53). Cela signifie que les patients ayant un litige n'étaient pas plus adressé à un psychologue par rapport aux autres patients.

6. ASSOCIATION ENTRE LE FAIT DE SE SENTIR BIEN INFORME ET LA PRISE EN CHARGE DU SDRC

Il n'est ressorti aucune association significative, selon un risque alpha 5%, entre le fait de se sentir bien informé sur le SDRC et la prise en charge des patients.
En effet concernant l'utilisation de critères diagnostics, le seul médecin ayant utilisé les critères de Budapest avait cependant répondu ne pas de sentir bien informer sur cette pathologie.
Les médecins se sentant bien informé prescrivaient autant d'examens complémentaires, adressaient tout autant à un psychologue, à un kinésithérapeute ou à un spécialiste. Le diagnostic était autant fait par eux-mêmes et pas de différence de significativité dans la durée de diagnostic.

Tableau 9 : Facteurs liés à la prise en charge :

	p value
Utilisation de critère diagnostic	1
Examens complémentaires	0,39
Kinésithérapie	0,78
Psychologue	0,22
Spécialiste	1
Diagnostic par soi-même	0,23
Durée de diagnostic	0,43

IV. DISCUSSION

1. Puissance de l'étude :

Le nombre de questionnaires analysable était de 125. Soit 7,8% de la population cible. Cependant, seulement 79 médecins avaient répondu à la seconde partie du questionnaire, concernant l'étude de cas (soit 4,9% de la population cible). Cela rend la puissance de l'étude faible. De plus, certaines réponses comportaient de nombreuses données manquantes.

2. Type d'étude :

L'étude a été réalisé sur le dernier patient pris en charge dans les 6 derniers mois, afin de limiter le risque de biais de mémorisation. Cependant de par la prévalence faible de cette pathologie cela explique peut-être le faible nombre de médecins ayant pu répondre à l'étude de cas. Il aurait peut-être été préférable de ne pas donner de limite de temps.

3. Mode de recrutement :

Le questionnaire a été diffusé par envoi postal. Les médecins ayant été choisi de façon aléatoire afin d'obtenir un échantillon représentatif de la population et d'éviter un biais de sélection.

4. Questionnaire :

La plupart des questions étaient fermés afin de limiter le risque de mauvaise interprétation des données.
Les questions ouvertes avaient parfois données lieu à des réponses un peu trop généralistes, comme par exemple à la question des traitements médicamenteux avec des réponses comme « antalgique », difficilement analysable.
De nombreux questionnaires n'ont pas été complétés entièrement rendant le nombre de données manquantes importante et donc l'analyse des données moins puissante.

5. Population étudiée :

a. Médecins :

L'échantillon de médecin ayant répondu au questionnaire de l'étude était représentatif de la population cible (à savoir les médecins généralistes exerçant en Seine-Maritime), en termes de sexe (p=0,051) et d'âge.

Cependant lorsque l'on a pris les âges extrêmes, il existait une différence significative. En effet, il existait une surreprésentation de jeunes médecins de moins de 40 ans par rapport à la population source. Ceci pouvant s'expliquer par le fait que les jeunes médecins sont peut-être plus sensibilisés pour répondre à un questionnaire de thèse.

b. Patients :

Il y a peu de données épidémiologiques publiées sur le SDRC. Celle réalisé par l'équipe de De Mos est l'une de celle de plus grande envergure. C'est une étude de cohorte rétrospective qui a été réalisée, au Pays-Bas, auprès des médecins généralistes, entre 1996 et 2005.(28)
Les résultats obtenus en termes d'âge moyen des patients lors du diagnostic et de répartition des sexes ainsi que le sex-ratio (1 homme pour 3 femmes) est similaire à notre étude.
Notre échantillon de patient de rapprochant donc de la description de population de grande envergure, cela nous rassurant quant à la représentativité de notre échantillon.

Cependant, la différence rencontré se situe au niveau de la localisation. Elle prédomine dans notre étude au niveau membre inférieur (surtout au niveau de la cheville), à l'instar de l'équipe de De Mos où c'est au niveau du membre supérieur (59,2%).

L'étiologie post fracture (44%) était le plus souvent retrouvé dans l'étude de l'équipe de De Mos ce qui est identique à nos données.

On peut noter que plusieurs médecins de notre étude avaient décrit comme étiologie : le stress ou encore un syndrome anxio-dépressif. Plusieurs études ont été réalisé à ce sujet ne permettant à de conclure à un lien entre ceci. Cependant les patients anxio-depressif sont plus à risque de chronicisation et devraient donc être surveillé plus étroitement et adressé à un psychologue si nécessaire.(29)

c. Prise en charge :

Il existe trois guidelines de la Grande-Bretagne et des Etats-Unis et aux Pays-Bas respectivement publié en 2012 et 2013 sur lesquels notre étude s'est appuyé. Ainsi que sur les recommandations françaises de Lille de 2017.(2) (1)(3)(4)

i. Prise en charge diagnostic :

La moitié des patients de l'étude avaient été diagnostiqué en moins de 1 mois. Cela étant plutôt rapide, puisque paradoxalement 12,14% des patients avaient été adressé à un spécialiste afin de poser le diagnostic et que 22,98% des médecins se disaient en difficulté pour obtenir un avis spécialisé de par des délais de rendez-vous long.

On aurait donc pu s'attendre à un délai de diagnostic plus tardif pouvant tout à fait s'expliquer par le fait que le SDRC soit un diagnostic d'élimination (critère de Budapest : aucun autre diagnostic ne peut mieux expliquer ces signes et symptômes) et donc probablement difficile à poser lors de la première consultation (le temps d'attente afin d'avoir des examens complémentaires ou d'avoir un avis spécialisé ?).
Cependant ces résultats doivent être interprété avec précaution de par de nombre important de données manquantes pour cette question (taux de réponse de 53%)

Pour poser le diagnostic, l'utilisation des critères de Budapest, définis par l'IASP en 2003, était quasi nul dans notre échantillon (1 médecin).(20)
Ces critères ne semblent donc pas être intégré à la pratique courante des médecins généralistes de notre étude. Il aurait été intéressant, dans notre étude, de savoir pourquoi les médecins n'utilisaient pas ces critères ?
Apres la diffusion des recommandations de Lille leur utilisation devrait apparaitre dans la pratique des médecins généralistes, puisque c'est sur ces critères qu'ils recommandent de poser le diagnostic de SDRC.(4)

Une étude très récente, publié dans le journal of pain, en 2018, a identifié 11 mécanismes étiologiques permettant le diagnostic de SDRC avec une sensibilité et une spécificité plus importante que l'utilisation des critères de Budapest (sensibilité 0,869 et spécificité 0,829 contre respectivement 0,819 et 0,679 pour les critères de Budapest), pouvant remettre en cause l'utilisation de ces critères à l'avenir ? (30)

En ce qui concerne les examens complémentaires, la plupart des médecins de notre étude, en avaient prescrit à leurs patients. Presque la moitié avaient été prescrit dans un but diagnostic avec la scintigraphie en tête de liste.
La scintigraphie n'est pas un bon examen diagnostic comparé à l'utilisation des critères de Budapest selon une revue de la littérature publié en 2017. (31)
L'IRM est plus indiqué maintenant que la scintigraphie, les anomalies retrouvées étant aussi précoces que la scintigraphie. Cependant une IRM normale ne permet pas d'exclure le diagnostic qui reste avant tout clinique.
Les examens complémentaires doivent donc être prescrit dans le but d'éliminer des diagnostics différentiels et aucun examen complémentaire n'a d'intérêt pour documenter l'évolution de l'affection.(4)
L'indication de la scintigraphie maintenant serait plutôt dans un but thérapeutique, lorsqu'un traitement par Bisphosphonate est à envisager.

Une fois le diagnostic établie la prise en charge est basé sur 4 grands axes : la mise en place d'une rééducation spécifique, la prise en charge de la douleur, la prise en charge psychologique et l'éducation des patients.

ii. Rééducation :

Dans notre étude, seulement 78% des patients en avaient bénéficiés, sans différence entre les médecins se sentant bien informés et les autres. Il aurait été intéressant de savoir pourquoi certains n'en avaient pas bénéficié

La prise en charge rééducative fait partie intégrante de la prise en charge du SDRC, elle doit être débuter le plus précocement possible chez les patients présentant une limitation de la mobilité articulaire et ou une sous-utilisation du membre selon les recommandations de Lille. Initialement, elle peut être réalisé par des kinésithérapeute de ville lorsque l'atteinte est légère à modéré. Elle se compose d'exercices analytiques et fonctionnels, d'apprentissage de stratégies de gestion de la douleur et des activités ainsi qu'un reconditionnement physique global. (4)
Aucune étude n'existe sur la réalisation de bains écossais ni sur la désensibilisation.

Actuellement des étude sont toujours en cours sur la mise en place de thérapies spécifiques complémentaires, mise en place dans des centres de réadaptions : comme la thérapie miroir (32), la thérapie par entrainement de la discrimination, les thérapies d'expositions graduée aux activités perçus par le patient comme dangereuse (peur-évitement). (33)
Les données de la littérature peuvent être un peu contradictoire. En effet, selon deux revues de la littérature publiée par la Cochrane, l'efficacité de la prise en charge par les kinésithérapeutes montre des faibles niveaux de preuve nécessitant d'autres études puisque celles disponibles ne sont pas de bonnes qualités.(34)(35)
Cependant, l'équipe d'Oerlemans et al, avait évalué la prise en charge en kinésithérapie et en ergothérapie avec des résultats montrant une diminution de la douleur et une amélioration des amplitudes articulaires.(36)

iii. Prise en charge de la douleur :

On peut noter que les médecins généralistes de notre étude avaient adressé leurs patients à un spécialiste en premier lieu lorsqu'il y avait un besoin de traitement spécifique et que leur plus grande difficulté est la prise en charge thérapeutique, de par un manque d'efficacité des traitements médicamenteux existants (34,68%) ainsi que les problèmes d'effets indésirables des traitements (6,85%). En effet, la stratégie de prise en charge de la douleur reste difficile et la prise en charge multidisciplinaire doit être envisagé rapidement dès qu'il n'y a pas d'efficacité avec les traitements pouvant être mis en place en médecine de premier recours.

Les traitements médicamenteux proposés aux patients ont donc pour but de soulager la douleur.
Aucun traitement médicamenteux n'existe et n'a d'AMM dans un but thérapeutique en France. En effet, depuis 2004, la calcitonine n'a plus l'AMM pour cette indication, devant un rapport bénéfice risque insuffisant. Cependant, 4 patients en avaient bénéficié dans notre étude.

Dans le questionnaire, la question des traitements antalgiques concernait uniquement ceux prescrits lors de la première consultation. Cette question n'a probablement pas été bien comprise par les médecins ayant répondu puisque certaines réponses semblaient étonnantes.

En effet, la prescription de TENS est réservée aux douleurs chronique et ne peut être prescrit que par un médecin exerçant dans un centre de la douleur ou ayant un Diplôme Universitaire de prise en charge de la douleur ou une Capacité d'évaluation et de traitement de la douleur. (37) Il en va de même pour la prescription de Capsaïcine réservé uniquement à un usage dans les centre de la douleur.(38)

La prescription la plus courante de notre étude est le Paracetamol puis le Tramadol ce qui était attendu lors d'une première consultation.

La moitié des patients présentaient une douleur neuropathique, il aurait été intéressant de savoir comment les médecins avaient recherchés cette composante neuropathique (notamment avec l'utilisation du DN4).
Cependant, dans notre étude seulement un peu plus de la moitié de ces patients avaient reçus un traitement adapté à ce type de douleur.
Cette proportion importante de patient présentant une douleur de type neuropathique, explique que le troisième médicament le plus prescrit était la Pregabaline. La SFETD a rédigé des recommandations dans le traitement des douleurs neuropathiques chroniques sur lesquels l'on peut s'appuyer.(39)
Plusieurs patients n'ayant pas de douleurs neuropathiques avaient eu une prescription de Pregabaline, ou d'un autre traitement à visé neuropathique. Il aurait été intéressant de savoir pourquoi ? (à visé antidépressive ?)

Trois patients avaient eu recours aux Bisphosphonates iv. Cela aussi semble peu probable là aussi, lors d'une première consultation. Sa place dans la stratégie thérapeutique est en cours d'étude mais pourrait être une stratégie de traitement.(40)
Une méta-analyse portant sur la stratégie médicamenteuse, dans la prise en charge de la douleur du SDRC type 1, place les Bisphosphonates comme traitement de choix dans les SDRC évoluant depuis moins de 12 mois.(41) Ce que confirme aussi les recommandations de Lille.
Cela place donc la coordination et la mise en place d'un réseau de soin dédié au premier plan afin que les patients qui le nécessite puisse en bénéfice le plus rapidement possible.

Par contre les AINS et les opioïdes forts ne font plus partie de la stratégie thérapeutique. Un certain nombre de patients de notre étude en avaient bénéficié (19 pour les AINS et 5 pour les opioïdes forts).

iv. Prise en charge psychologique :

Peu de patients dans notre étude avaient bénéficié d'une prise en charge par un psychologue (10% d'entre eux avaient été adressé à un spécialiste de par un retentissement thymique). Le dépistage et la prise en charge spécifique est importante car ceci fait partie des facteurs de risques de chronicisation.

Selon une étude publiée dans le journal of pain les patients présentant un état de stress post traumatique sont plus important chez les patients présentant un SDRC que dans la population générale. Les dépister précocement doit être un enjeu lors de la prise en charge initiale. (42)

Dans notre étude les patients ayant un litige n'avaient pas été plus adressé à un psychologue que les autres.
Il n'existe pas de littérature spécifique au SDRC.

Les recommandations de Lille se sont donc basés sur des recommandations d'experts. `
Le recours est conseillé à un psychologue lorsque : la demande de soin exprimé semble inadéquate, lorsqu'il existe un litige ou une recherche de compensation, phobie de contact, état thymique défavorable.
Le recours est nécessaire : lorsqu'il existe un état de stress post traumatique, retentissement majeur sur la qualité de vie, présence de propos ou comportements suicidaires, suspicion de trouble factice ou pathologie psychiatrique ou suspicion de somatisation d'un trouble psychique.

v. Education :

Les patients doivent être bien informés de leur pathologie ainsi que de l'évolution de celle-ci afin de permettre une meilleure d'adhésion au programme de soin proposé.(4)

d. Avis des médecins :

Un grand nombre des médecins (68%) se disaient insuffisamment formé sur la prise en charge du SDRC. Cependant il n'est pas ressorti de différence significative dans la prise en charge des patients selon que le médecin se sente bien formé ou non. Est-ce par manque de puissance de l'étude qu'aucune différence n'ai été retrouvée ?
Ce manque d'information pourrait aussi s'expliquer par le fait qu'il n'existait pas encore de recommandation française sur la prise en charge du SDRC lors du questionnaire.
Les recommandations de bonne pratique de la SFETD devraient aider dans la prise en charge du SDRC puisque la mise en place de recommandation fait partis de ce que les médecins demandent le plus afin de les aider dans leur pratique quotidienne (31%)

Cependant, lorsque l'on regarde les deux plus grandes difficultés citées par les médecins, elles ne sont pas inhérentes au fait d'être formé ou non à ce syndrome (le manque d'efficacité des traitements et les délais d'obtention d'avis spécialisés).

La création d'un réseau de soin dédié permettrait peut-être d'améliorer de façon encore plus importante la prise en charge du SDRC (comme le souhaiterai 18% des médecins).
Un médecin a noté comme difficulté la non reconnaissance du SDRC par la CPAM. Ceci concernant plutôt les patients présentant un SDRC chronique. Cette question a d'ailleurs été porté à l'attention de la ministre des affaires sociales et de la santé en avril 2017. Un travail de l'HAS sur les douleurs chroniques devrait voir le jour bientôt. (43)(44)

6. Points fort et limites de l'étude :

a. Points forts :

Le questionnaire étant à destination des médecins généralistes le but était d'analyser la prise en charge des SDRC en phase aiguë auprès des médecins généralistes. Peu d'études existent sur le sujet notamment sur la prise en charge en soins primaire. Au vu des recommandations françaises récente il était intéressant de savoir quelles pratiques et quelles difficultés pouvaient rencontrer les médecins généralistes dans leur pratique quotidienne.
L'anonymat du questionnaire à probablement incité les médecins généralistes à donner leur point de vue avec plus de sincérité.

b. Limites :

Limites du questionnaire : le fait d'avoir utilisé au maximum des questions fermées a permis de faciliter l'analyse des données statistiques. Ceci a peut-être limité le champ des réponses possible, bien qu'à chaque question une proposition « autre » permettait d'inscrire un commentaire libre.
Malheureusement de nombreux questionnaires n'ont pas été remplis de façon complète entrainant lors de l'analyse un certain nombre de données manquantes rendant la puissance de l'étude plus faible.
Biais de sélection : bien que les questionnaires aient été envoyé aux médecins de façon aléatoire, il y a eu une surreprésentation des médecins âgés de moins de 40 ans, probablement plus sensibilisé à répondre aux questionnaires de thèse.

Biais d'interprétation : notamment à la question concernant la prescription médicamenteuse lors de la première consultation où certaines réponses aberrantes pour une première consultation ont probablement été comprise comme toutes les prescriptions que le patient avait reçues.

`

V. CONCLUSION

De façon globale les médecins généralistes de l'étude prennent en charge leurs patients de façon adapté. Bien qu'une grande majorité d'être eux ne se sentent pas bien formé à cette pathologie il n'y a pas de différence significative entre les médecins qui se sentent bien formé et les autres dans la prise en charge du SDRC. Les médecins n'utilisent pas les critères de Budapest pour le diagnostic. Il serait donc intéressant de les former à l'utilisation de ces critères. Le recours à une réadaptation, pierre angulaire de la prise en charge, devrait devenir plus important.
L'autre difficulté qui ressort de cette étude est le délai pour obtenir un avis spécialisé. La création d'un réseau de soins spécifique serait une autre piste de réflexion à créer pour permettre une prise en charge rapide des patients présentant un risque de chronicisation, ou nécessitant une prise en charge multidisciplinaire.

L'enjeux lors d'une première consultation en médecine générale est donc pour le médecin, de penser à ce diagnostic et de le poser en utilisant les critères de Budapest ; d'éliminer les diagnostics différentiels ; de repérer les patients à risque de chronicisation afin de les adresser rapidement vers le spécialiste ; de soulager la douleur et d'informer le patient sur sa pathologie lorsque le diagnostic est confirmé. Les recommandations de bonne pratique du SFETD devraient permettre d'aider les médecins généralistes dans leur prise en charge à l'avenir. Puisque malgré tout, le SDRC reste de diagnostic et de traitement difficile. Dans l'avenir un travail similaire pourrait être intéressant afin de voir si les pratiques des médecins vont évoluer ?

Annexe 1 : questionnaire

Bonjour,

J'effectue actuellement un travail de thèse portant sur :

L'Etat des lieux de la prise en charge initiale du Syndrome Douloureux Régional Complexe (SDRC) (ou algodystrophie) lors de la première consultation chez les médecins généralistes exerçants en Seine Maritime.

L'objectif étant de dresser un état des lieux des méthodes diagnostiques et thérapeutiques utilisées par les médecins généralistes, ainsi que les difficultés pouvant être rencontrées dans la prise en charge de cette pathologie.

Afin de permettre ce travail, je vous remercie d'avance de répondre au questionnaire ci-joint et de me le renvoyer via l'enveloppe fournit ou par mail, cela vous prendra environ 5 minutes .

Lacrambe Sarah
Interne en médecine générale
Faculté de Rouen

thesesdrc@gmail.com

I. Vous concernant :

1. Vous êtes :
   - Une femme
   - Un homme
2. Votre âge : _____ans
3. Exercez-vous en secteur :
   - Urbain (>2000 habitants)
   - Rural (<2000 habitants)

II. Votre patient :

Cette partie concerne un patient que vous avez pris en charge et dont le diagnostic de SDRC a été posé il y a moins d'un an. Si aucun patient ne correspond vous pouvez passer directement à la 3eme partie du questionnaire

A. *Généralités :*

1. Age du patient : _____ans
2. Sexe :
   - Masculin
   - Féminin

9. Combien de temps a-t-il fallu pour poser le diagnostic :
   - Diagnostic poser lors de la 1ére consultation
   - 1 semaine
   - Entre 1 semaine et 1 mois
   - Entre 1 et 6 mois
   - Plus de 6 mois

III. Votre avis :

1. Vous sentez-vous bien (in)formé sur la prise en charge de cette pathologie ?
   - Oui
   - Non

   Si non, rencontrez-vous des difficultés :
   - Pour poser le diagnostic
   - Pour la prise en charge thérapeutique par manque d'efficacité des traitements médicamenteux
   - Pour la prise en charge thérapeutique liée aux effets indésirables des traitements médicamenteux
   - Pour savoir quand et vers qui adresser le patient
   - Pour obtenir un avis spécialisé (délais de rendez-vous long)
   - Pour savoir quelles informations donner aux patients
   - Autre : _____
2. Trouveriez-vous utile pour votre pratique d'avoir...
   - Un support d'aide à la prise en charge diagnostic et thérapeutique
   - Un livret d'information destiné aux patients
   - Un réseau de soin dédié
   - Des critères de recours aux spécialistes
   - Autres : _____
3. N'hésitez pas à me faire part de vos remarques :

   _____
   _____
   _____
   _____

3. S'agissait-il d'un accident de travail :

Oui
Non

4. Existait-il un litige en cours (avec l'assurance, l'employeur...)

Oui
Non

5. Localisation initiale du SDCR : _____

6. Facteur(s) déclenchant(s) retrouvé(s) : _____
_____

B. *Au cours de la 1ère consultation :*

1. Aviez-vous utilisé un ou des critère(s) pour vous aider à poser le diagnostic :

Aucun
Budapest
Velman
IASP
Autre : _____

2. Aviez-vous retrouvé une composante neuropathique à la douleur :

Oui
Non

3. Aviez-vous prescrit un ou des traitement(s) médicamenteux :

Oui
Non

Si oui, le ou lesquel(s) : _____
_____

4. Aviez-vous prescrit un ou des examen(s) complémentaire(s) ?

Oui
Non

Si oui le ou lesquels ? _____
_____

Dans quel(s) but(s) ?

Poser le diagnostic
Eliminer des diagnostics différentiels
Autre : _____

5. Aviez-vous prescrit de la kinésithérapie :

Oui
Non

6. Aviez-vous adressé votre patient à un psychologue ?

Oui
Non

7. Aviez-vous adressé votre patient à un spécialiste :

Oui
Non

Si oui ; le ou lesquel(s) : _____
_____

Pourquoi :

Pour poser le diagnostic
Eliminer des diagnostics différentiels
Besoin de traitement spécifique
Besoin de rééducation spécifique
Facteur de risque de chronicisation retrouvé
Retentissement socio professionnel
Retentissement thymique
Litige en cours
Autre : _____

8. Le diagnostic a-t-il été posé :

Par vous
Par un spécialiste

BIBLIOGRAPHIE:

1. De Mos M, Huygen FJPM, Van Der Hoeven-Borgman M, Dieleman JP, Stricker BHC, Sturkenboom MCJM. Referral and treatment patterns for complex regional pain syndrome in the Netherlands. Acta Anaesthesiol Scand. 2009 Jul;53(6):816-25.

2. Goebel A, Barker CH, Turner-Stokes L, British Psychological Society, British Orthopaedic Association, College of Occupational Therapists, et al., éditeurs. Complex regional pain syndrome: UK guidelines for diagnosis, referral and management in primary and secondary care. London: Royal College of Physicians; 2012.

3. Harden RN, Oaklander AL, Burton AW, Perez RS, Richardson K, Swan M, et al. Complex regional pain syndrome: practical diagnostic and treatment guidelines. Pain Med. 2013;14(2):180–229.

4. Société Française d"Etude et de Traitement de la Douleur- Recommandations finalisées sur la prise en charge du Syndrome Douloureux Régional Complexe [Internet]. [cité le 03 avril 2018]. Disponible sur : https://html5.slideonline.eu/event/17SFETD

5. Merskey H, Bogduk N, International Association for the Study of Pain, éditeurs. Classification of chronic pain: descriptions of chronic pain syndromes and definitions of pain terms. 2nd ed. Seattle: IASP Press; 1994. 222 p.

6. Mitchell SW, Morehouse GR, Keen WW. Gunshot wounds and other injuries of nerves. 1864. Clin Orthop. 2007 May ;458:35-9.

7. De Mos M, de Bruijn AGJ, Huygen FJPM, Dieleman JP, Stricker BHC, Sturkenboom MCJM. The incidence of complex regional pain syndrome: a population-based study. Pain. 2007 May ;129(1-2):12-20.

8. Sandroni P, Benrud-Larson LM, McClelland RL, Low PA. Complex regional pain syndrome type I: incidence and prevalence in Olmsted county, a population-based study. Pain. 2003 May;103(1-2):199-207.

9. Bullen M, Lang C, Tran P. Incidence of Complex Regional Pain Syndrome I Following Foot and Ankle Fractures Using the Budapest Criteria. Pain Med. 2016 Dec;17(12):2353-9.

10. Atkins RM. Complex Regional Pain Syndrome. Bone Jt J. 2003 Nov ;85-B(8):1100-6.

11. Allen G, Galer BS, Schwartz L. Epidemiology of complex regional pain syndrome: a retrospective chart review of 134 patients. Pain. 1999;80(3):539–544.

12. Moseley GL, Herbert RD, Parsons T, Lucas S, Van Hilten JJ, Marinus J. Intense pain soon after wrist fracture strongly predicts who will develop complex regional pain syndrome: prospective cohort study. J Pain Off J Am Pain Soc. 2014 Jan ;15(1):16-23.

13. Pons T, Shipton EA, Williman J, Mulder RT. Potential Risk Factors for the Onset of Complex Regional Pain Syndrome Type 1: A Systematic Literature Review. Anesthesiol Res Pract. 2015; 2015:1-15.

14. De Mos M, Huygen FJPM, Stricker BHC, Dieleman JP, Sturkenboom MCJM. The association between ACE inhibitors and the complex regional pain syndrome: Suggestions for a neuro-inflammatory pathogenesis of CRPS. Pain. 2009 Apr ;142(3):218-24.

15. Beerthuizen A, Stronks DL, Huygen FJPM, Passchier J, Klein J, Spijker AV. The association between psychological factors and the development of complex regional pain syndrome type 1 (CRPS1)-a prospective multicenter study. Eur J Pain Lond Engl. 2011 Oct ;15(9):971-5.

16. Borchers AT, Gershwin ME. Complex regional pain syndrome: A comprehensive and critical review. Autoimmun Rev. 2014 March ;13(3):242-65.

17. Bruehl S. An update on the pathophysiology of complex regional pain syndrome. Anesthesiology. 2010 Sept ;113(3):713-25.

18. Wasner G. Vasomotor disturbances in complex regional pain syndrome--a review. Pain Med Malden Mass. 2010 Aug ;11(8):1267-73.

19. Bruehl S. An update on the pathophysiology of complex regional pain syndrome. Anesthesiology. 2010 Sept ;113(3):713-25.

20. Harden NR, Bruehl S, Perez RSGM, Birklein F, Marinus J, Maihofner C, et al. Validation of proposed diagnostic criteria (the “Budapest Criteria”) for Complex Regional Pain Syndrome: Pain. 2010 Aug ;150(2):268-74.

21. Aïm F, Klouche S, Frison A, Bauer T, Hardy P. Efficacy of vitamin C in preventing complex regional pain syndrome after wrist fracture: A systematic review and meta-analysis. Orthop Traumatol Surg Res OTSR. 2017 May;103(3):465-70.

22. Haute autorité de santé. Neurostimulateurs médullaires implantables : une technique de dernier recours. HAS; Mars 2014.

23. Schwartzman RJ, Erwin KL, Alexander GM. The natural history of complex regional pain syndrome. Clin J Pain. 2009 May;25(4):273-80.

24. Vaneker M, Wilder-Smith OHG, Schrombges P, Oerlemans HM. Impairments as measured by ISS do not greatly change between one and eight years after CRPS 1 diagnosis. Eur J Pain. 2006 Oct ;10(7):639-44.

25. CPAM-Annuaire santé. [Internet]. [cité 01 juill 2017]. Disponible sur : http://annuairesante.ameli.fr/professionnels-de-sante/recherche-1/liste-resultats-page-1-par_page-20-tri-aleatoire-2eb2634aebbd03bd473fdfde1f997ca6.html

26. BiostaTGV-Statistiques en ligne [Internet]. [cité 01 juill 2018]. Disponible sur : http://marne.u707.jussieu.fr/biostatgv/

27. Conseil national de l'ordre des médecins, Atlas national de la démographie médicale 2015 [Internet]. [cité 12 avril 2018]. Disponible sur : https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/atlas_haute_normandie_2015.pdf.

28. De Mos M, de Bruijn AGJ, Huygen FJPM, Dieleman JP, Stricker BHC, Sturkenboom MCJM. The incidence of complex regional pain syndrome: a population-based study. Pain. 2007 May ;129(1-2):12-20.

29. Speck V, Schlereth T, Birklein F, Maihöfner C. Increased prevalence of posttraumatic stress disorder in CRPS. Eur J Pain Lond Engl. 2017;21(3):466-73.

30. Ott S, Maihöfner C. Signs and Symptoms in 1043 Patients with Complex Regional Pain Syndrome (CRPS). J Pain Off J Am Pain Soc. 2018 Fev.

31. Wertli MM, Brunner F, Steurer J, Held U. Usefulness of bone scintigraphy for the diagnosis of Complex Regional Pain Syndrome 1: A systematic review and Bayesian meta-analysis. PloS One. 2017;12(3):e0173688.

32. Arcagni P, Baylot D, Berger M, Beynel AC, Chaleat E, Chometon E, et al. La Thérapie Miroir appliquée au Syndrome Dystrophique Régional Complexe. [cité 20 juill 2016]; Disponible sur: http://www.sfetd douleur.org/sites/default/files/u3349/DossierdumoisSFETD/2016/dossier_du_mois_sfetd_juin_2016.pdf

33. De Jong JR, Vlaeyen JWS, Onghena P, Cuypers C, den Hollander M, Ruijgrok J. Reduction of pain-related fear in complex regional pain syndrome type I: the application of graded exposure in vivo. Pain. 2005 Aug ;116(3):264-75.

34. Smart KM, Wand BM, O'Connell NE. Physiotherapy for pain and disability in adults with complex regional pain syndrome (CRPS) types I and II. Cochrane Database Syst Rev. 24 2016 Fev ;2:CD010853.

35. O'Connell NE, Wand BM, McAuley J, Marston L, Moseley GL. Interventions for treating pain and disability in adults with complex regional pain syndrome- an overview of systematic reviews. Cochrane Database Syst Rev [Internet]. 2013 [cité 14 oct 2018];(4). Disponible sur: https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD009416.pub2/abstract

36. Oerlemans HM, Oostendorp RA, de Boo T, van der Laan L, Severens JL, Goris JA. Adjuvant physical therapy versus occupational therapy in patients with reflex sympathetic dystrophy/complex regional pain syndrome type I. Arch Phys Med Rehabil. 2000 Jan ;81(1):49-56.

37. Haute Autorité de santé-Commission d'évaluation des produits et prestations. Appareils de neurostimulation électrique transcutanée (Titre 1 ; Chapitre 1°; Section 7°; Sous-section 2) de la liste des Produit s et prestations mentionnés à l'article L. 165-1 du code de la sécurité sociale). HAS; 17 fevr 2009.

38. Haute Autorité de santé- Commission de la transparence. Capsaïcine. HAS; 5 Oct 2016.

39. Martinez V, Attal N, Bouhassira D, Lantéri-Minet M. Les douleurs neuropathiques chroniques : Diagnostic évaluation et traitement en médecine ambulatoire. Recommandations pour la pratique clinique de la SFETD. [Internet]. [cité 10 juin 2018] Disponible sur : http://www.sfetd- douleur.org/sites/default/files/u3/docs/main.pdf

40. Chevreau M, Romand X, Gaudin P, Juvin R, Baillet A. Bisphosphonates pour le traitement du syndrome douloureux régional complexe de type 1 : revue systématique de la littérature et méta-analyse des essais randomisés versus placebo. [Internet]. [cité 24 févr 2018]. Disponible sur : http://www.em-consulte.com/en/article/1143267

41. Dahan E. Quelles stratégies médicamenteuses dans la gestion de la douleur du SDRC 1 ? De l'essai randomisé à la méta-analyse et de la méta-analyse à la méta-analyse en réseau. Douleurs Eval - Diagn - Trait. 2014 Dec;15(6):317-8.

42. Speck V, Schlereth T, Birklein F, Maihöfner C. Increased prevalence of posttraumatic stress disorder in CRPS. Eur J Pain Lond Engl. 2017 March ;21(3):466-73.

43. Journal officiel de la république française. Question à l'assemblée national écrite n° 103899, 18 avril 2017.[Internet]. [cité le 10 juil 2018] Disponible sur: http://questions.assemblee-nationale.fr/static/14/questions/jo/jo_anq_201716.pdf

44. Journal officiel de la république française. Réponse des ministres aux questions écrites n° 103899, 16 mai 2017. [Internet]. [cité le 10 juil 2018] Disponible sur: http://www2.assemblee-nationale.fr/static/14/questions/jo/jo_anq_201720.pdf

Résumé :

Rationnel : Le diagnostic et la prise en charge du SDRC sont difficiles. Très récemment des recommandations françaises viennent de voir le jour. Le médecin généraliste en tant que médecin de premier recours est donc un acteur majeur de la prise en charge. Il semble donc intéressant de le sensibiliser aux enjeux de cette pathologie.

Objectifs : Déterminer comment les médecins généralistes de Seine maritime, prennent en charge les patients présentant un SDRC en phase aiguë, identifier quelles peuvent être leurs difficultés et leurs attentes.

Matériel et méthodes : Il s'agit d'une étude quantitative observationnelle et descriptive portant sur les médecins généralistes libéraux exerçant en Haute-Normandie. Le questionnaire a été envoyé par voie postale à 400 médecins généralistes en juillet 2017.

Résultats : 125 questionnaires ont été analysé, soit un taux de réponse de 31,5%. Les médecins ayant répondus étaient représentatifs de la population (sexe, âge). Seulement, 79 médecins avaient répondu à la seconde partie du questionnaire, qui concernait l'étude de cas. La moyenne d'âge des patients était de 46 ans, avec un sex-ratio de 1 homme pour 3 femmes. La localisation prédominante était le membre inferieur. L'étiologie post traumatique était la plus souvent retrouvée et 28 SDRC étaient secondaire à un accident de travail, 4 avaient un litige en cours. Concernant la prise en charge diagnostic, un seul médecin avait utilisé les critères de Budapest pour le diagnostic, 92% des patients avaient eu une prescription d'examens complémentaires et 54% présentaient une douleur de type neuropathique.
Concernant le prise en charge médicamenteuse, 96% avaient eu une prescription de traitement antalgique (Paracetamol 20,38%, Tramadol 15,17%) et 78% avaient bénéficiés d'une réadaptation par kinésithérapie. Seulement, 17% avaient été adressé à un psychologue. Le recours à un spécialiste avait eu lieu chez 81% des patients. Ils y étaient adressés le plus souvent devant la nécessité de traitements spécifiques (17,86%), et pour permettre éliminer des diagnostics différentiels (15,71%). 66,6% des médecins avaient posé le diagnostic par eux même.
Concernant le prise en charge du SDRC, 38% des médecins se sentaient bien informé. Les difficultés les plus souvent rencontrés étaient le manque d'efficacité des traitements, pour 86 médecins (34,68%) et les délais d'obtention d'avis spécialisés pour 57 médecins (22,98%). Les aides les plus souvent cités étaient un support pour les aider dans la prise en charge diagnostic et thérapeutique (31,31%). Il ne ressort de l'étude aucune association significative entre le fait de se sentir bien informé sur le SDRC et la prise en charge des patients. Les patients ayant un litige n'étaient pas plus adressé à un psychologue par rapport aux autres patients (p=0,53).

Conclusion : Plus de la moitié des médecins généralistes ne se sentent pas bien informé sur la prise en charge du SDRC. Les critères de Budapest ne sont pas utilisés pour le diagnostic. La sortie de recommandations françaises devrait les aider dans cette prise en charge difficile. Une autre piste de réflexion pourrait être la création d'un réseau de soin.

Mots clés : Syndrome douloureux régional complexe, médecine générale, soin primaire.