

## Algodystrophie réflexe chez l'enfant

France Simard  
Physiothérapeute CHUL  
Hiver 2010

## Revue de littérature

- Maladie touche adultes >> enfants
- Filles > garçons (3:1)
- Atteinte des Minfs > Msups
- Peu de littérature à ce sujet chez les jeunes enfants

## Différentes appellations DRS

- CRPS (syndrome complexe régional douloureux)
- ADRS
- Atrophie de Sudeck
- Syndrome épaule-main

## Signes cliniques de DRS

- Douleur importante et disproportionnée p/r trauma bénin (allodynie)
- Incapacité à utiliser le membre atteint
- Œdème
- Changement de coloration et de température
- Hyperesthésie
- Atrophie (*rare*)
- Contractures (*rare*)
- Déminéralisation osseuse (si atteinte prolongée)
- Changements a/n pilosité, ongles et texture de la peau (*rare*)
- P/R à l'adulte : ne passe pas par les 3 phases

## Causes de la DRS

- Trauma mineur + + + +
- Facteurs psychogéniques et sociaux très importants
  - Séparation des parents
  - Changement d'école
  - Perte d'ami
  - Événement parfois banal qui passe inaperçu
- Beaucoup plus rarement post trauma + majeur (fx – immobilisation prolongée - post chirurgie)

## Examens diagnostiques de la DRS

- Scintigraphie osseuse souvent anormale
  - Hyper captation 54%
  - Hypo captation 19%
- Les RX et examens de laboratoires sont habituellement négatifs. IRM rarement faite.

## Traitement de la DRS Physiothérapie

- Éviter à tout prix l'immobilisation car augmente les symptômes (CHUL)
- MEC progressive (CHUL)
- Mobilisation active et passive (CHUL)
- Désensibilisation (toucher, massage) (CHUL)
- Bains contrastants
- Hydrothérapie
- TENS (même chez enfant de 3 ans)
- Relaxation
- Distraction à offrir lors des thérapies pour éviter de focaliser sur dlr → jeux +++ (CHUL)
- Tubigrip
- Imagerie mentale CHUL (miroir)

## Traitement de la DRS Physiothérapie

- Imagerie mentale
  - Cortex moteur s'occupe des tâches simples
  - Chez DRS: si on touche le membre atteint, tout le cortex moteur s'allume plutôt qu'une petite région à l'IRM
  - But: normaliser l'activité corticale et la dlr en restaurant les fonctions sensorielles via le schéma corporel

4 phases: (CD disponible) (2-3 sem/phase, 3x/J, 10 min, 6 j/sem, journal de bord)

1. Reconnaissance D/G: doit identifier le membre (G ou D) présenté à l'écran. Vitesse variable.
2. Imaginer le mvt: avec le reflet de la main saine dans le miroir, sans bouger la main.
3. Débuter le mvt: bouger la main saine dans le miroir et regarder le reflet sans que le membre atteint bouge.
4. Mouvement des 2 mains en même temps avec le miroir

## Traitement de la DRS Physiothérapie

- Traitements majoritairement en externe

CHUL:

- Pas de suivi intensif
- Pt revu après 1 à 2 semaines avec programme d'exercices et objectifs très précis
- Lors de la visite: évaluation, traitement et enseignement

## Traitement de la DRS Physiothérapie

- Hospitalisation si cas + important :
  - Permet physio intensive (article : 6 jours x 5-6 h)
  - Retire l'enfant de son environnement
  - Permet traitement de physio sans la présence des parents
- CHUL:
  - Suivi quotidien d'une heure au département avec programme d'exercices
  - Présence ou non du parent selon l'évolution
  - Si peu d'amélioration, coupure de bénéfices secondaires (TV, ordi, salle de jeux, présence des parents refusée )
  - Durée : 1 semaine en moyenne
  - Efficacité : 100%
  - Objectifs de départ clairs avec le patient et les parents

## Traitement de la DRS

- Médical
  - Blocs nerveux
  - Corticothérapie (effet sur la circulation)
  - Narcotiques rares (CHUL: Neurontin occasionnellement)
- Psychologique
  - Psychothérapie (parent et/ou enfant) (CHUL)

## Évolution et pronostic

- Meilleur pronostic si diagnostic précoce et traitement approprié
- Durée moyenne variable selon les études: 2 mois allant à 9 mois (>80% à 6 mois) (CHUL: beaucoup moindre)
- Récurrence fréquente (79% ???) mais résolution beaucoup + rapide si applique immédiatement les modalités
- Enfant revu en contrôle post guérison en rhumato pour s'assurer de la bonne évolution. PRN en physio