

MINISTERE DE LA SANTE
REGION LORRAINE
ECOLE DE KINESITHERAPIE DE NANCY

L'ALGODYSTROPHIE
DE LA
MAIN

Rapport de travail écrit personnel
présenté par Anne-Claire BERNARD
Etudiante en 3ème année de kinésithérapie
en vue de l'obtention du diplôme d'état
de masseur-kinésithérapeute
1991-1992

SOMMAIRE

Introduction

1- DEFINITIONS

2- ETIOLOGIES

3- PHYSIOPATHOLOGIE

4- SIGNES CLINIQUES

5- ASPECT PSYCHOLOGIQUE

6- EXAMENS COMPLEMENTAIRES

7- CAS CLINIQUES

8- TTT GENERAL

Conclusion

Bibliographie

L'algodystrophie constitue une entité symptomatique touchant les tissus conjonctifs des extrémités et est liée à un dysfonctionnement sympathique réflexe.

Décrite pour la première fois par Hunter, cette algodystrophie a connu des appellations multiples depuis la causalogie de Weir- Mitchell (1864), l'atrophie osseuse inflammatoire aiguë de Sudeck (1900), l'ostéoporose algique post traumatique de Leriche (1923), ou encore le syndrome physiopathique de Jabinski- Froment (1916) et le très célèbre syndrome épaule- main de Stainbrocher (1947).

Nous nous intéresserons essentiellement à l'algodystrophie de la main, qui est grave sur le plan fonctionnel. Négligée elle peut aboutir à un impotence majeure et définitive.

Nous étudierons, les étiologies de ce syndrome, la physiopathogénie et l'aspect psychologique. En effet, ne fait pas un algodystrophie qui veut.

Nous insisterons aussi sur l'importance de la radiographie et les examens complémentaires permettant de confirmer le diagnostic.

Deux cas cliniques permettront d'illustrer ce syndrome où la kinésithérapie a la primauté.

1- DEFINITIONS

L'algodystrophie est une affection caractérisée par des douleurs, des troubles vasomoteurs et trophiques, pouvant être déclenchés par des agressions très variées.

2- ETIOLOGIES

2.1- Les traumatismes

Ils sont très fréquents : environ 1/3 des algodystrophies sont d'origine traumatiques.

Ces traumatismes comportent :

- les fractures
- les entorses
- les luxations

C'est l'accident en lui-même mais aussi un éventuel geste chirurgical, une immobilisation plâtrée ou encore une rééducation mal conduite qui entraînent une algodystrophie, le délai d'apparition étant variable.

2.2- Les causes neurologiques

Elles sont :

- Les affections du SNC
- Les lésions vasculaires les plus fréquentes
- Les tumeurs
- Les maladies de Parkinson

Plus rarement l'affection neurologique périphérique telle qu'une élongation du plexus, un zona, une névralgie cervicobrachiale, entraîne une algodystrophie.

2.3- Les affections thoraciques

Elles sont :

- coronariennes
- Broncho-pulmonaires

2.4- Les origine iatrogènes et métaboliques

Ce sont :

- les barbituriques
- les hyperthyroïdies
- le diabète

2.5- les causes diverses

- les gelures
- les brûlures
- les infections de la main comme les plaies et les panaris

2.6- Les formes idiopathiques

20% des cas sont sans circonstances étiologiques.

3- PHYSIOPATHOGENIE

L'algodystrophie est le résultat de perturbations vasomotrices dues à un dérèglement de la régulation neurovégétative régionale.

Normalement toute agression déclenche une variation neurovégétative adaptée.

Le stimulus périphérique est transmis par la corne postérieure de la moëlle épinière où il est régulé par un système complexe fait de neurones intermédiaires ou d'associations. Ceci permet la diffusion du message régulé. De ce centre medullaire part une réponse transmise par les voies sympathiques vers la périphérie.

L'algodystrophie résulterait d'un dérèglement de ce mécanisme.

4- SIGNES CLINIQUES

TABLEAU GENERAL

L'algodystrophie évolue en 3 phases difficilement discernables car de durées variables d'un cas à un autre. Parfois des phases peuvent manquer.

4.1- La 1^{ère} phase : PHASE AIGUE ou PSEUDO- INFLAMMATOIRE

Le début est progressif, parfois brutal.

L'œdème suit de près la douleur.

La douleur est d'intensité variable, permanente ou survenant seulement lors des mouvements.

Elle peut aller de la douleur modérée bien calmée au repos, jusqu'aux algies intenses et entraînant une impotence fonctionnelle totale.

Quand l'algodystrophie est secondaire à un traumatisme ou à une intervention chirurgicale, la douleur apparaît quelques jours ou quelques semaines après. La tonalité de la douleur peut prendre une allure franchement causalgique quelle que soit l'étiologie. L'examen comparatif, parfois normal au début, peut montrer des signes inflammatoires avec œdème, chaleur, rougeur, associés à des troubles vasomoteurs : il y a une hypersudation. Le contraste entre l'intensité de la douleur et la pauvreté des signes de l'examen, plaide en faveur du diagnostic.

L'œdème donne un empatement diffus et fermé qui infiltre le tissu sous cutané et le derme de la main, boudine les doigts, efface les plis cutanés et remonte parfois vers le poignet et l'avant-bras.(photo n°1)

L'œdème et les troubles vasomoteurs réalisent l'aspect "pseudo inflammatoire".

Au niveau articulaire, on remarquera une limitation plus ou moins importante des mouvements de l'articulation. Les mouvements passifs peuvent être relativement conservés, la douleur n'apparaissant qu'en fin de course. Dans l'autre cas les mouvements passifs ou actifs sont pratiquement totalement impossibles, soit du fait de la douleur, soit du fait d'un enraidissement important précoce.

Cette phase aiguë a une durée très variable. Très courte au point de passer inaperçue elle peut durer plusieurs semaines voire plusieurs mois.

4.2- La 2^{ème} phase :LA PHASE FROIDE

Les douleurs diminuent, l'œdème regresse, les troubles vasomoteurs s'effacent mais les troubles trophiques s'installent.

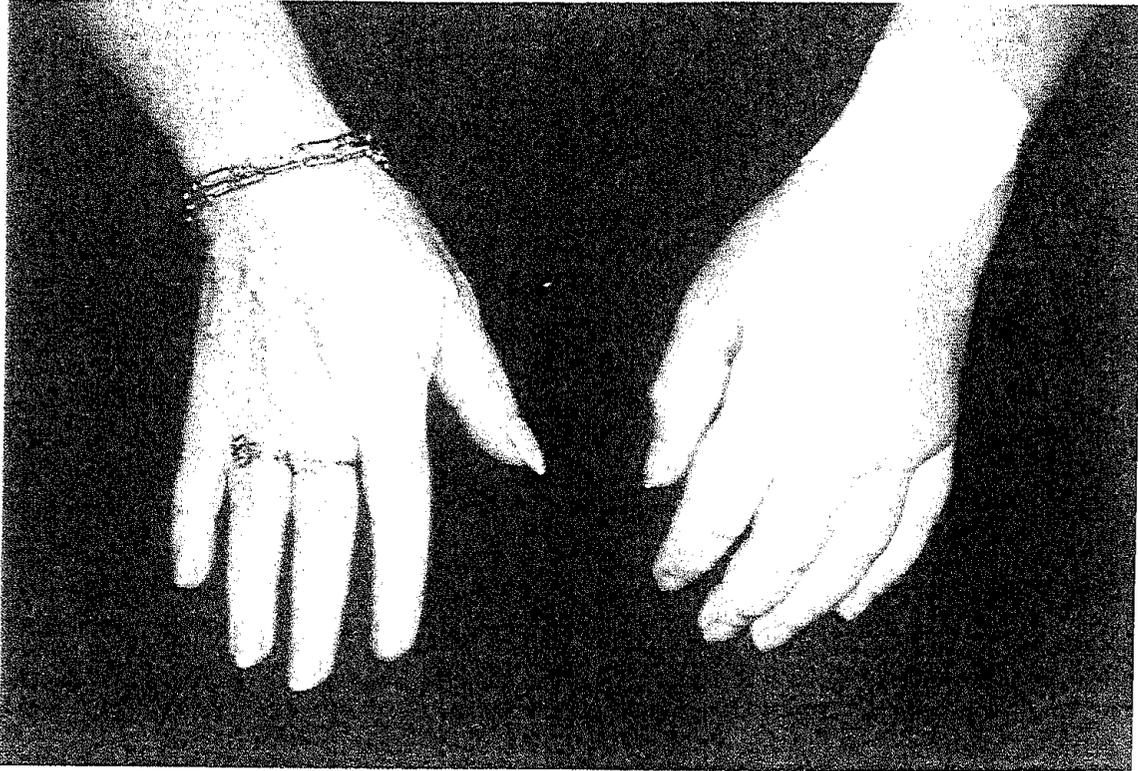
La peau devient fine, mince et luisante.

Les poils tombent et les ongles deviennent friables.

Le tissu sous- cutané s'atrophie et les doigts s'effilent tandis que la température locale diminue devenant parfois plus froide que l'autre.

Cependant l'hypersudation peut durer.

nº 1



Les rétractions aponévrotiques avec amyotrophie sont fréquentes. L'aspect sclérodermique des téguments joints à une rétraction capsulaire et au processus rétractile, expliquent la perte de fonction parfois importante à ce stade.

4.3- La 3^{ème} phase : PHASE SEQUELLAIRE

Elle dure en moyenne de 12 à 18 mois.

Très souvent l'évolution se fait de façon favorable. Pourtant même si la guérison est souvent complète, il existe d'authentiques sequelles du fait de la persistance de certains troubles trophiques à des degrés divers. En effet, il existe certaines limitations fonctionnelles, avec impossibilité de fléchir et d'étendre complètement les doigts pouvant aller jusqu'à la persistance d'une griffe digitale (en particulier la griffe cubitale). (photo n°2, n°3, n°4 et n°5)

Par contre le pouce est presque toujours épargné.

Persistent également des éventuels nodules palmaires et des rétractions aponévrotiques.

La succession des deux dernières phases cliniques n'est pas constante. En effet certaines algodystrophies traitées précocement au 1er stade guérissent avant la phase des troubles trophiques. Inversement on peut voir des algodystrophies débiter par la phase froide sans aucun signe inflammatoire. Cependant il est nécessaire de signaler qu'il existe un terrain prédisposant à l'algodystrophie : c'est un certain profil psychologique caractérisé le plus souvent par l'anxiété, l'hyperémotivité et une tendance à la dépression.

5- ASPECT PSYCHOLOGIQUE

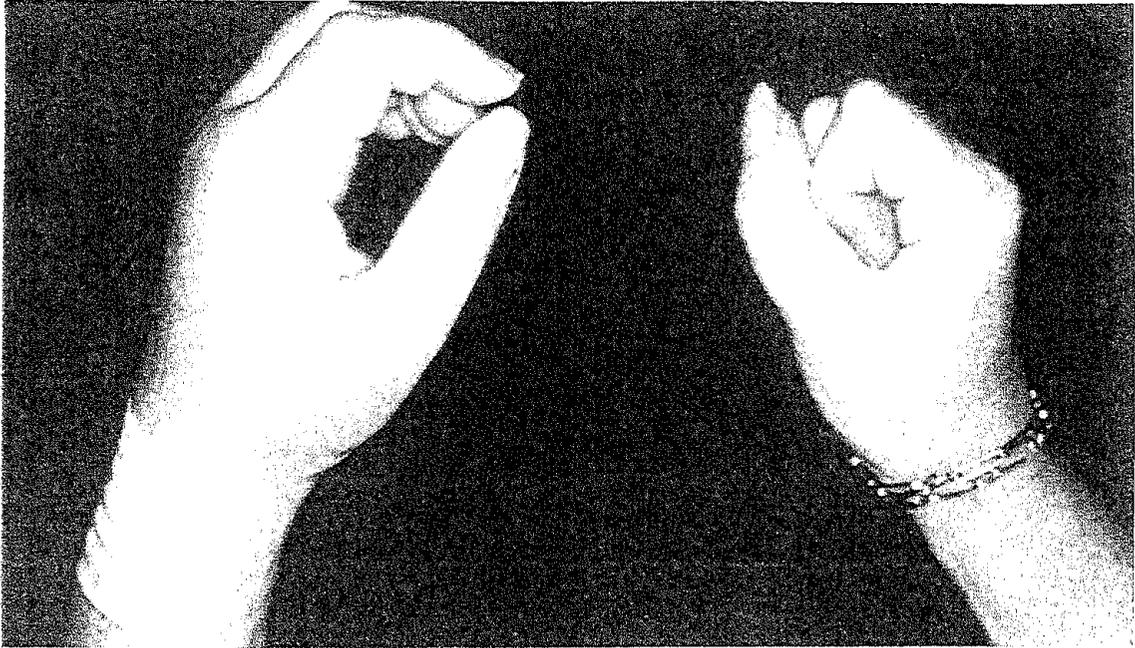
La personnalité du sujet atteint d'une algodystrophie paraît particulière. En effet ne fait pas d'algodystrophie qui veut.

Le patient est qualifié d'hyperémotif, d'anxieux et de dépressif. Dans les traumatisés de la main, l'évolution est le plus souvent favorable.

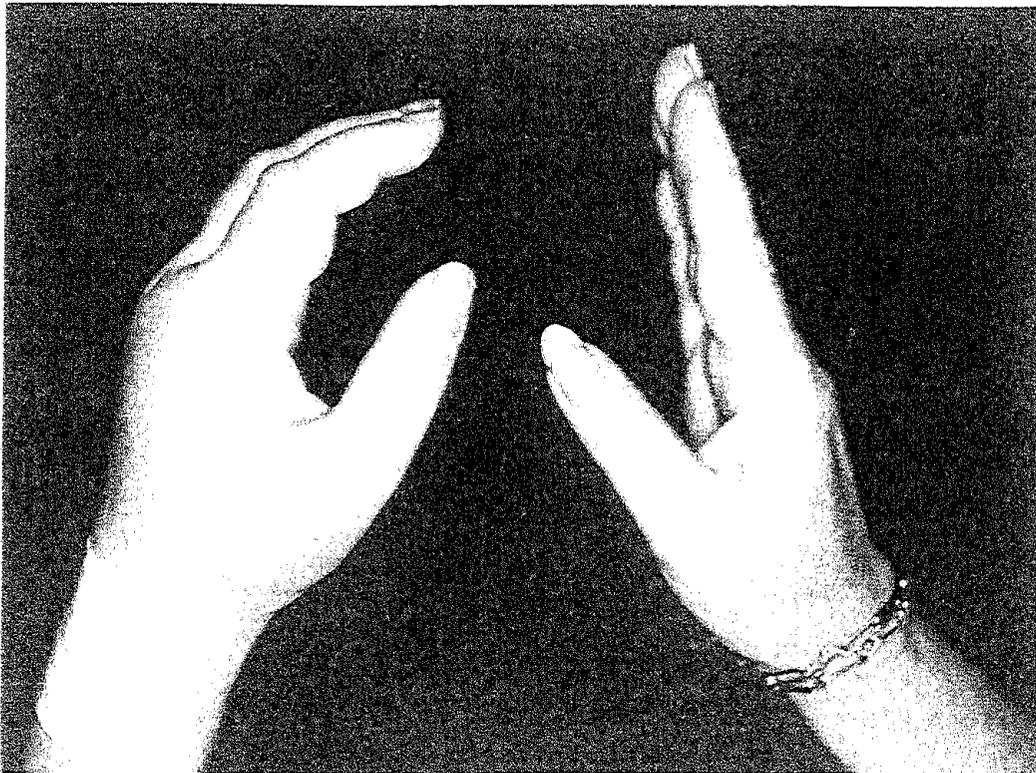
Cependant pour certains, nous nous sommes trouvés avec le pressentiment que l'évolution ne serait favorable et que tel patient allait développer une algodystrophie.

L'état dépressif est probablement réactionnel. Peut-être est-il "auto-entretenu" par la douleur et l'impotence fonctionnelle liée au syndrome algodystrophique ?

n° 2



n° 3



n° 4



n° 5



En tout cas le faciès avec lequel se présentent ces patients, paraît caractéristique non seulement de l'état dépressif mais aussi de l'algodystrophie. En effet ces personnes ont le regard triste, les lèvres "tournées" vers le bas et souvent paraissent nonchalants comme si "le ciel leur était tombé sur la tête". Ils tiennent leur membre comme "le saint sacrement". De plus, nous avons remarqué que ces patients pensent souvent que leur algodystrophie est la conséquence d' "une faute thérapeutique". Aussi il est nécessaire de mettre en confiance la personne et de la conforter pour obtenir des résultats satisfaisants.

Suivant le test Minnesota Multiphase Personality Investigation ou MMPI, qui est un test psychométrique de type questionnaire s'adressant à des personnes atteintes d'algodystrophie, on a montré que la personnalité avait un rôle déterminant. En effet la personnalité du sujet algodystrophique paraît correspondre dans plus de la moitié des cas à un profil névrotique : les éléments obsessionnels (doute, ambivalence) se mêlent aux éléments hystériques. L'état dépressif, dont l'incidence est ici confirmée, est effectivement réactionnel.

Mais cette personnalité s'est rarement révélée comme psychopathologique.

Cependant la psychothérapie ne pouvait- elle pas constituer une solution d'appoint ?

Les techniques impliquant une prise de conscience progressive des sensations et perceptions d'origine corporelle, amèneraient peut- être une redécouverte du membre douloureux. Sécurisante elle contribuerait à atténuer l'angoisse puis la dépression.

Elle ne gênerait en rien le programme de rééducation dont elle serait le complément et en particulier dans la phase initiale jouerait un rôle dans la non exclusion du membre algodystrophique impotent et douloureux.

Cependant il apparaît primordial de respecter leur discours et d'accepter leur refus, de rassurer ces patients quant à leur avenir face à une maladie somme toute bénigne, et de leur faire bénéficier d'une chimiothérapie sédatrice ou tranquilisante.

Il faut donc être très prudent comme nous restons très prudent dans nos propos au terme de l'aspect psychologique des algodystrophiques. Oui les malades atteints d'algodystrophie présentent un profil psychologique particulier... mais d'autres travaux devraient être poursuivis pour en préciser les contours.

6- EXAMENS COMPLEMENTAIRES

6.1- La radiographie

Les signes radiologiques ont une grande importance dans l'algodystrophie. Le délai d'apparition des signes varie de quelques jours à quelques semaines. Les clichés intéressent la région pathologique et ont pour comparaison le côté opposé

Les radiographies mettent en évidence des éléments positifs et négatifs.

Les éléments positifs sont :

La diminution globale de la densité des éléments radiographiques de la même région : en effet il y a

- . Une raréfaction de la trame osseuse
- . Une ostéoporose mouchetée
- . Une ostéoporose vitreuse avec disparition de la trame osseuse

Les éléments négatifs sont :

L'absence

- . De modification des interlignes articulaires
- . De calcification des parties molles
- . D'érosion ou de déformations des surfaces articulaires

Ainsi la radiographie montre une déminéralisation et un os à l'aspect moucheté.

(photo n°6 et n°7)

L'évolution :

On assiste à une minéralisation progressive. la guérison s'obtient sans sequelles osseuses.

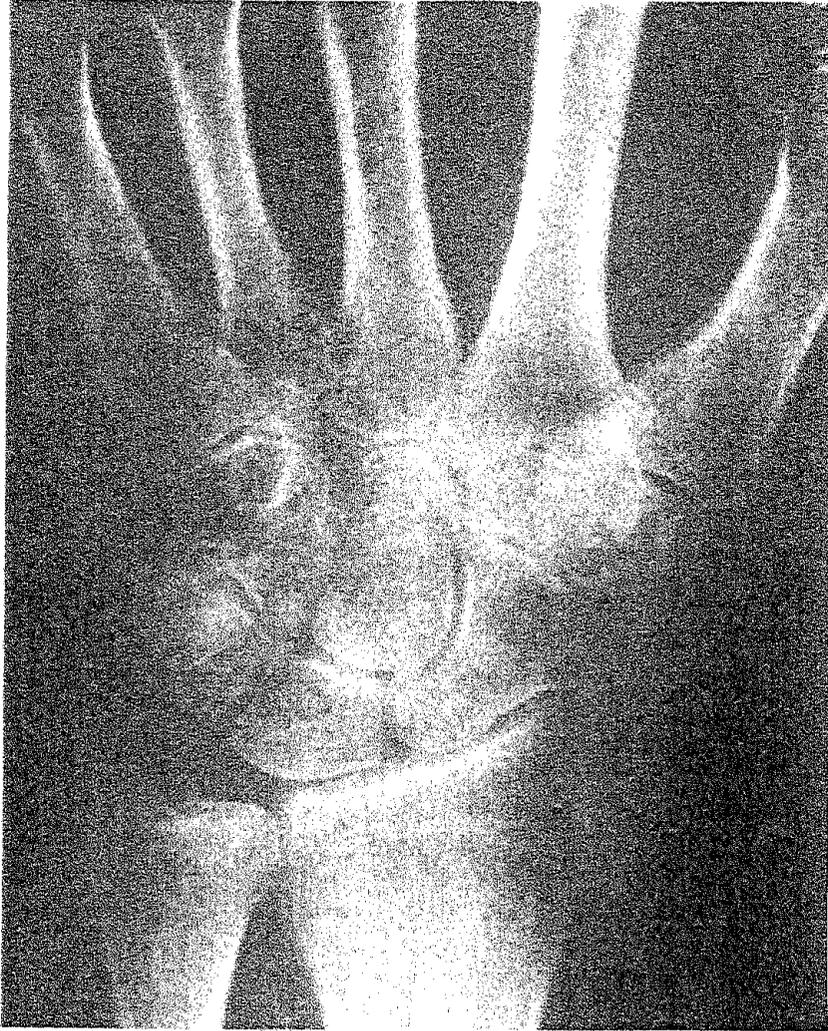
Cependant il ne faut pas faire reposer le diagnostic de l'algodystrophie sur les signes radiologiques ; aussi d'autres techniques d'imagerie (scintigraphie et RMN) acquièrent une place importante.

6.2- La scintigraphie

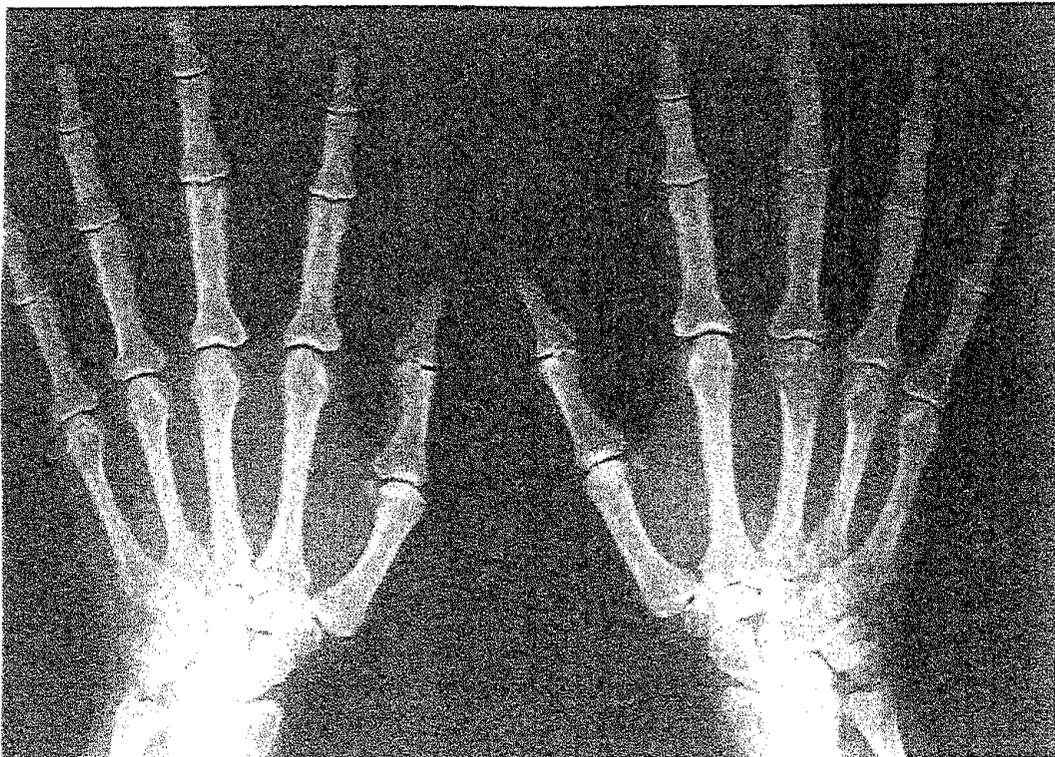
La scintigraphie osseuse classique, avec les complexes phosphatés marqués au technetium 99 M met en évidence une hyperfixation précoce loco-régionale.

L'algodystrophie de la main, régulièrement étendue au poignet, se caractérise dans ses formes complètes par une hyperfixation de tous les os du carpe, qui se confondent de l'extrémité inférieure du radius et du cubitus, de l'extrémité proximale des métacarpes,

n°6



n°7



des articulations métacarpophalangiennes et aux articulations interphalangiennes proximales et distales.

Associée aux signes cliniques, l'hyperfixation précoce permet par son intensité et sa topographie de porter un diagnostic préradiologique quand le malade est examiné au début de l'évolution de l'algodystrophie.

La scintigraphie permet de suivre l'évolution d'un algodystrophie, la diminution de la fixation annonce la guérison.(photo n°8 et n°9)

6.3- L'angioscintigraphie

Ceci consiste à injecter 15 millicuries de méthylène disphosphate de technitium 99 M. Ceci montre une augmentation du flux isotopique.

6.4- L'I.R.M

C'est l'imagerie par résonance magnétique nucléaire.

6.5- La scanographie

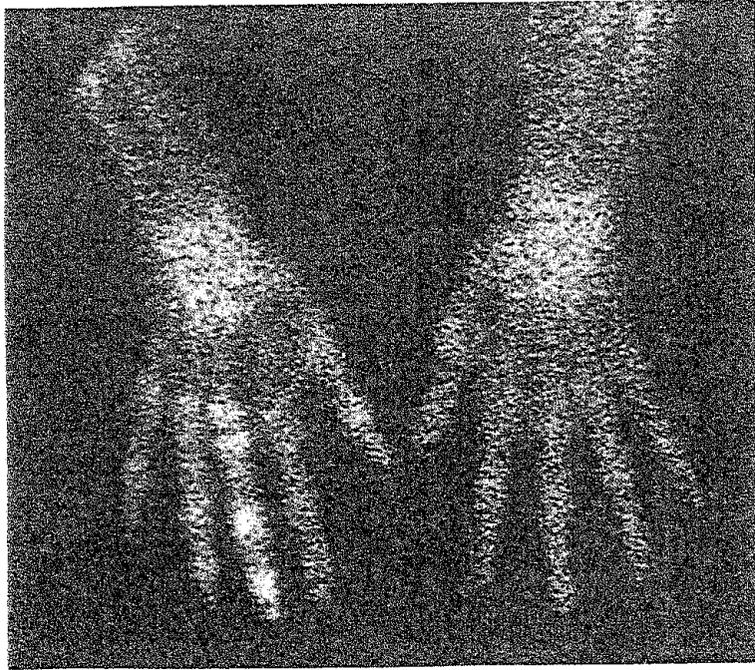
7- CAS CLINIQUES

7-1 Monsieur B...

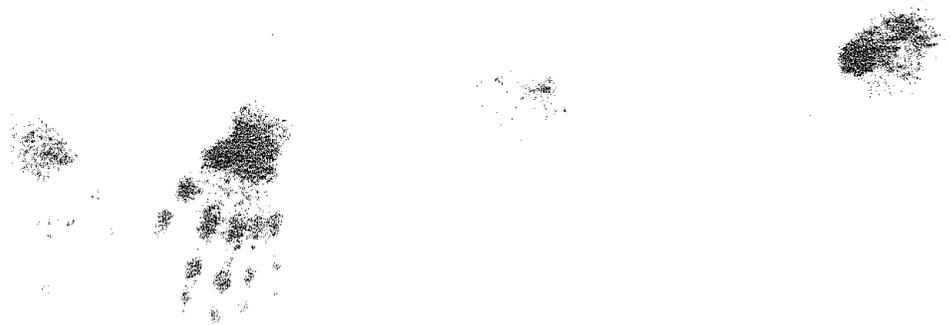
- Né le 7/11/66
- Français
- Profession : employé communal polyvalent
- Accident de travail le 12/06/91
- Droitier
- Loisirs : musculation, moto-cross

Le 12/06/91 : La main droite est écrasée par un pilier en granit. Il présente une fracture du IIIe métacarpe. Il a eu un traitement orthopédique sur boule pendant deux mois.

n° 8



n° 9



BILAN

- Palpatoire : adhérence sur la face dorsale de la main des cicatrices
- Articulaire :

* le 9/09/91 : le poignet droit :

50° flexion

65° extension

Main droite :

	MP	IPP	IPD
Deuxième doigt	20	75	50
Troisième doigt	15	80	55
Quatrième doigt	15	85	55
Cinquième doigt	10	85	65

Interphalangienne proximale en extension :

Deuxième doigt	165
Troisième doigt	150
Quatrième doigt	160
Cinquième doigt	170

Métacarpophalangienne en passif :

Deuxième doigt	70
Troisième doigt	50
Quatrième doigt	60
Cinquième doigt	70

Ecart puplo-palmaire :

Deuxième doigt	35
Troisième doigt	45
Quatrième doigt	35
Cinquième doigt	25

- Douleur : importante au niveau de toute la main droite.
- Radiologique : déminéralisation en bande au niveau de l'articulation métacarpophalangienne et interphalangienne.(photo n°10)

* Le 19/09

- articulaire :

	MP	IPP	IPD
Deuxième doigt	60	80	70
Troisième doigt	45	95	80
Quatrième doigt	40	100	65
Cinquième doigt	45	90	80

Fléxion de la métacarpophalangienne en passif :

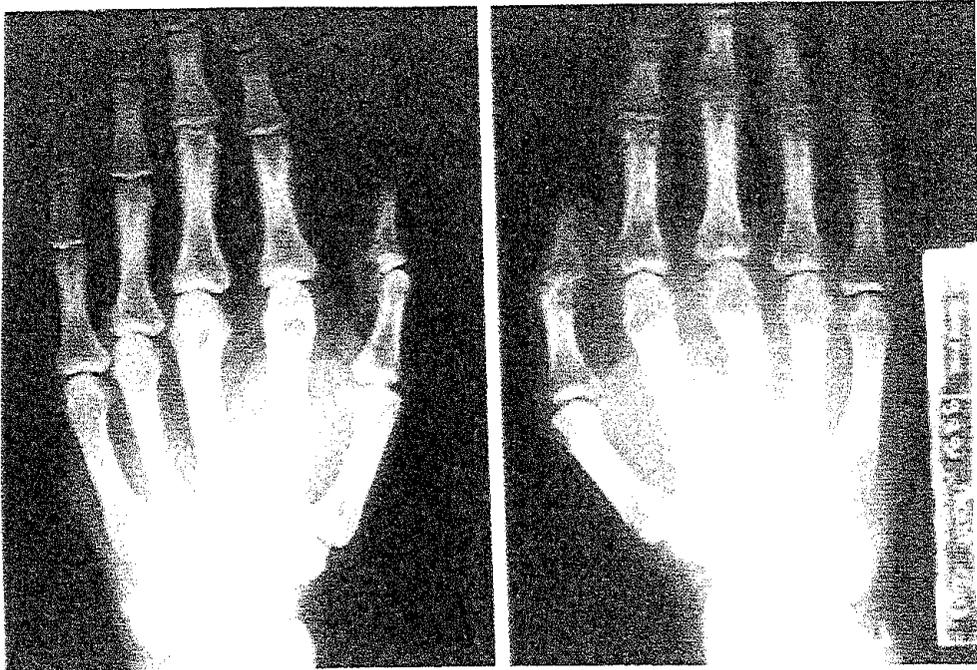
Deuxième doigt	85
Troisième doigt	80
Quatrième doigt	95
Cinquième doigt	95

Extension de l'interphalangienne proximale :

Troisième doigt	45
Cinquième doigt	25

Scintigraphie : confirme le diagnostic du SAD

nº 10



- Traitement :

Le patient se présente avec un enraidissement de toute la main en flexion et en extension et un enraidissement plus important au niveau du troisième doigt.

Il ne sourit pas, regarde ailleurs. Il parle de lui-même difficilement. Il ne pose pas de questions.

On n'arrive pas à savoir si la mobilisation lui fait mal. Sa réponse est un "non" qui n'est pas franc. Il est sous miacalcic.

Kinésithérapie :

- Il commence sa séance par des bains écossais puis des ionisations calciques.
- Il fait des ultra-sons sur la face dorsale de la main notamment au niveau de sa cicatrice.
- Mobilisations passives des doigts : analytiques et globales en flexion en extension en respectant la "loi de la non douleur" ce qui est difficile chez lui.
- Sollicitations en actif des fléchisseurs profonds et superficiels avant les intrinsèques.
- Travail des pinces en actif et en passif
- Constitution d'une orthèse dynamique d'enroulement global du troisième doigt.

Ergothérapie :

La première semaine, il ne veut pas y aller. Puis lui faisant comprendre que cela pouvait apporter beaucoup à sa main, il décide d'y aller et fabrique "un solitaire".

Après quelques jours, le dialogue s'installe. Le tutoiement que nous avons décidé d'employer facilite l'entretien. Nous essayons de le mettre en confiance quant à la guérison de sa main.

Il sympathise avec son compagnon de chambre et commence à arriver en rééducation avec le sourire.

Les résultats sont, alors, un peu plus satisfaisants chaque jour. Nous obtenons des amplitudes correctes. Sa main reprend peu à peu de la force.

Aussi, compte tenu des résultats fonctionnels, le jour de son départ est programmé pour continuer en kinésithérapie libérale. Il nous avoue son regret de partir : "Tout est bien ici, la kiné, l'ergo... Tout le monde est très gentil et sympathique et je n'ai aucune envie de partir"

Trois semaines plus tard :

* Le 14/10/91

Bilan :

- Dououreux : Faible douleur au niveau de la face dorsale cicatrice non douloureuse.

Pas d'hypersudation

- Trophique : pas de sudation

- Articulaire :

Force de préhension :

55 à droite

32 à gauche

Flexion des doigts :

	MP	IPP	IPD
Deuxième doigt	70	105	60
Troisième doigt	75	100	70
Quatrième doigt	75	100	80
Cinquième doigt	75	95	80

Extension du troisième doigt :

	MP	IPP	IPD
Troisième doigt	180	160	180

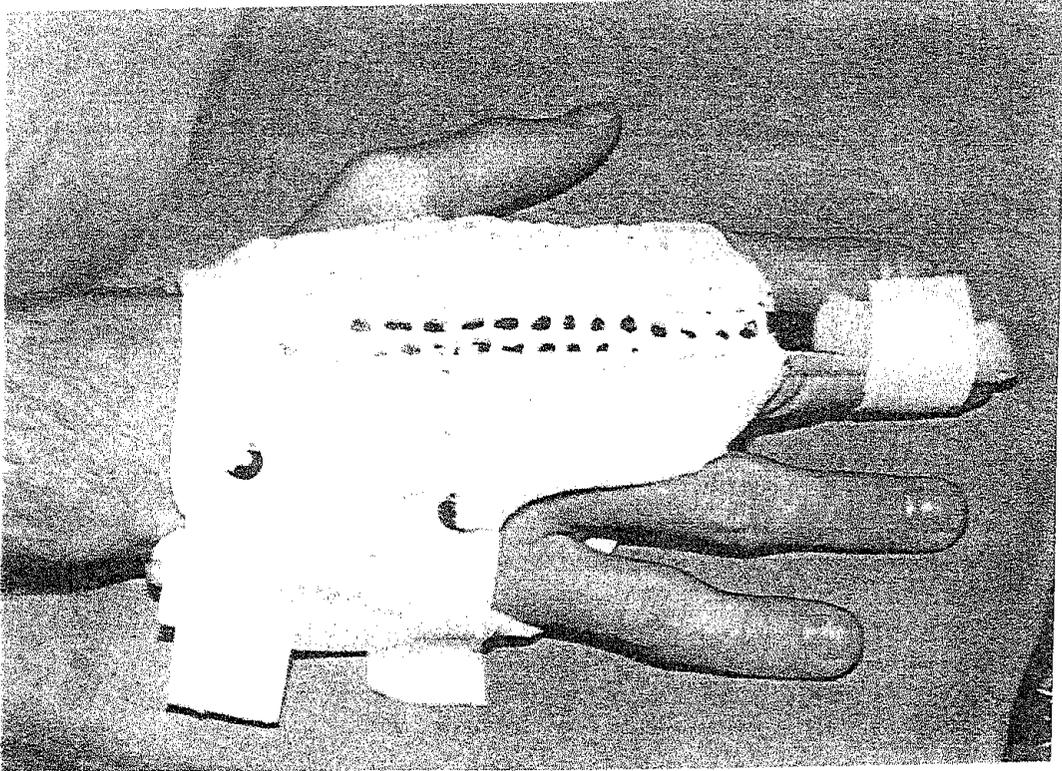
- Constitution d'une atelle d'extension de l'interphalangienne proximale pour la nuit.(photo n°11 et n°12)

- Bon résultat. Il retrouve peu à peu de la force et son bilan, 400 points, en ergothérapie montre ses progrès.

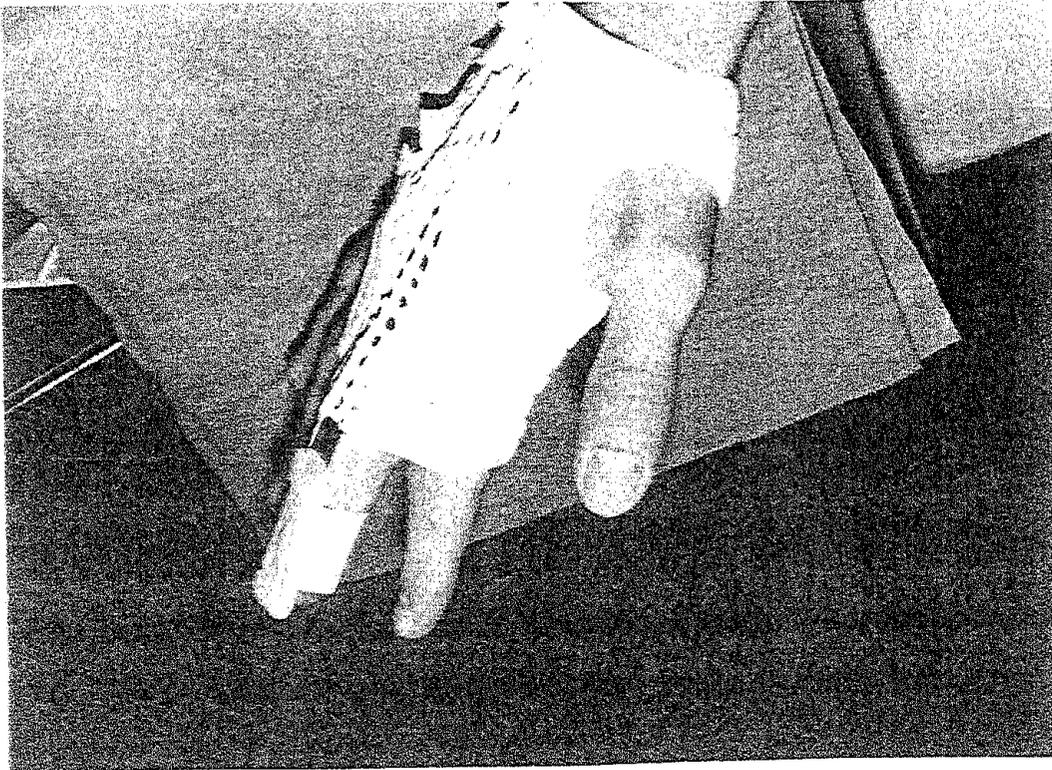
Nous continuons la kinésithérapie :

- Bains écossais

n° 11



n° 12



- Ultra-sons
- Pressothérapie
- Ionisations calciques
- Mobilisation vers l'enroulement passivement puis activement puis contre résistance.
- Sollicitation du troisième doigt en extension passivement puis activement, en plaçant ses articulations métacarpophalangiennes en flexion afin de mettre l'extenseur commun en facilitation.
- Travail contre résistance.
- Mise en place d'un bracelet permettant un enroulement plus important des troisièmes phalanges des doigts.(photo n°13 et n°14)

Pour ce patient, l'évolution a été bonne. Après un début difficile de communication nous avons l'impression qu'il va mieux et dans un même temps que sa main guérie. Il reprend peu à peu ses loisirs tel que la course et le moto-cross. Aussi nous pouvons conclure que sa main est redevenue tout à fait fonctionnelle.

7-2 Monsieur C...

- Né le 26/03/64.
- Français
- Profession : aléreur.
- Accident du travail le 05/06/91
- Droitier

Le 05/06 : Fracture ouverte plurifragmentaire du col du troisième métacarpien de la main droite.

Il est ostéosynthésé par broche et on lui fait un parage cutané. Il est immobilisé par attelle plâtrée pendant un mois et demi.

* 30/09

Bilan :

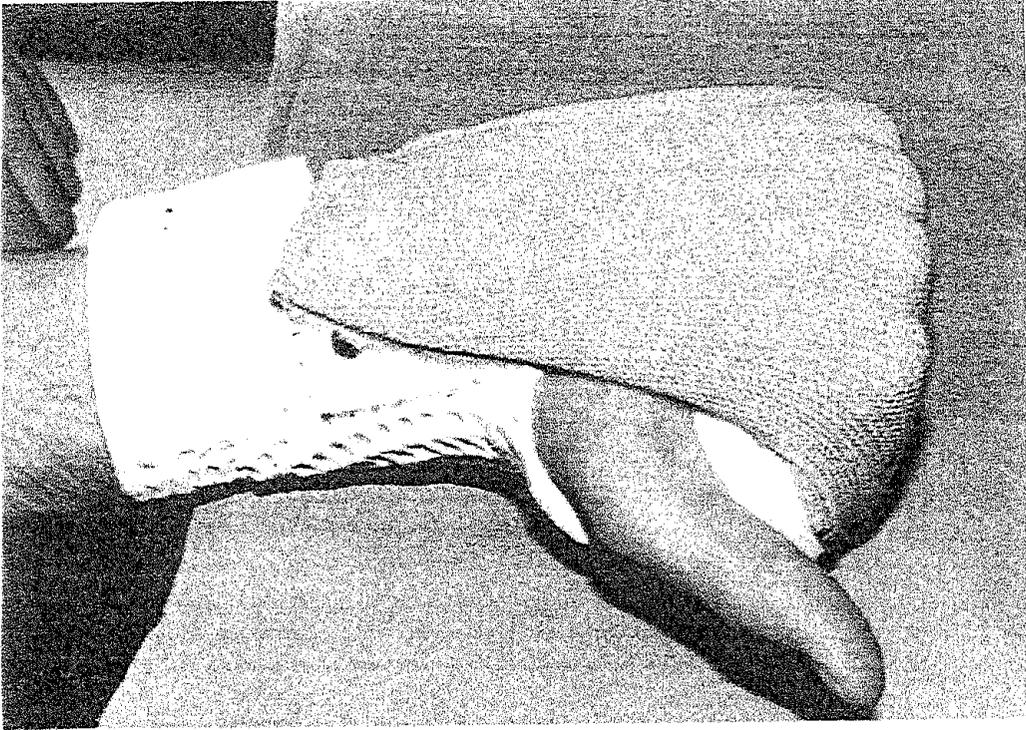
- Inspection :

Oedème entre le troisième et le quatrième doigt.

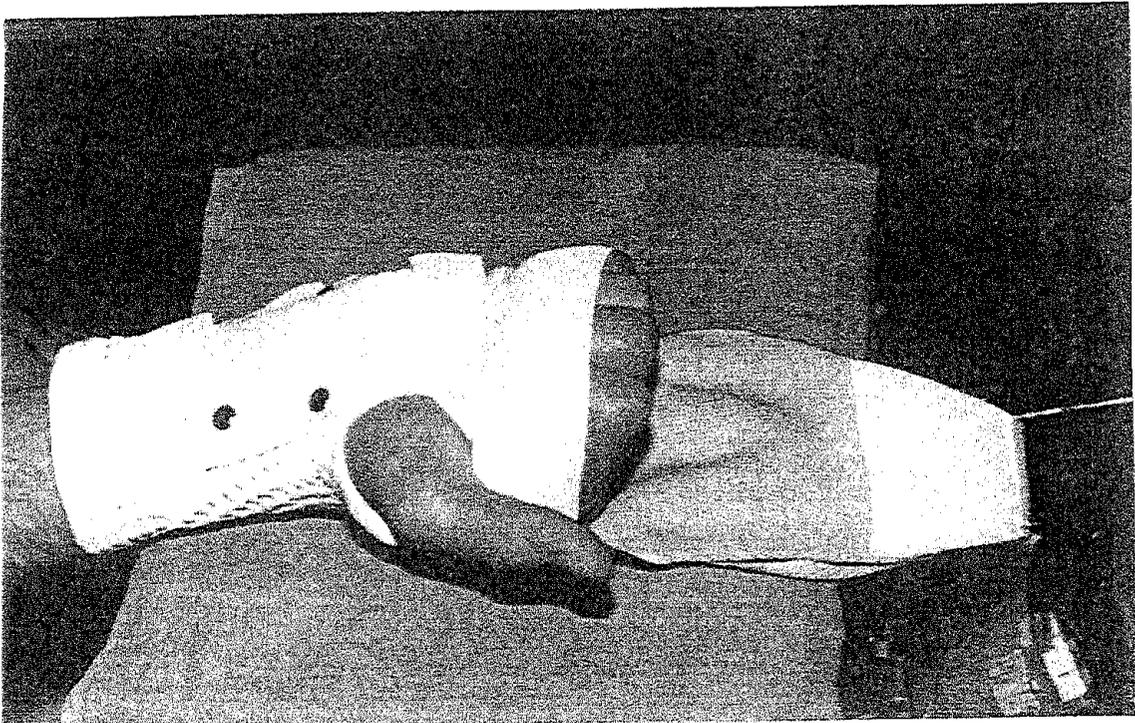
Hypersudation

- Articulaire :

n° 13



n° 14



Flexion :

	MP	IPP	IPD
Deuxième doigt	70	100	/
Troisième doigt	60	95	30
Quatrième doigt	75	105	/
Cinquième doigt	80	100	/

Extension du troisième doigt :

	MP	IPP	IPD
Troisième doigt	160	160	180

Force de préhension :

- 40 à gauche
- 18 à droite

- Apparement adhérence de l'extenseur sur le foyer de la fracture.
- Douleur : parfois face dorsale de la main
- Radiographie : déminéralisation osseuse.

* 09/10 :

- Articulaire :

Flexion des doigts :

	MP	IPP	IPD
Deuxième doigt	70	10	/
Troisième doigt	60	85	35
Quatrième doigt	60	105	/
Cinquième doigt	85	100	/

Extension du troisième doigt :

	MP	IPP	IPD
Troisième doigt	160	160	180

Force de préhension :

- 40 à gauche
- 24 à droite

- Retour de l'hypersudation. Augmentation de la chaleur locale de toute la main.
- Radiographie : déminéralisation osseuse plus un aspect pommelé
=> Traitement médical : piqûres calciques + Iexomil.
- Ergothérapie : bilan 400 points : 74%

Traitement :

Le patient se présente avec un enraidissement important du troisième doigt.

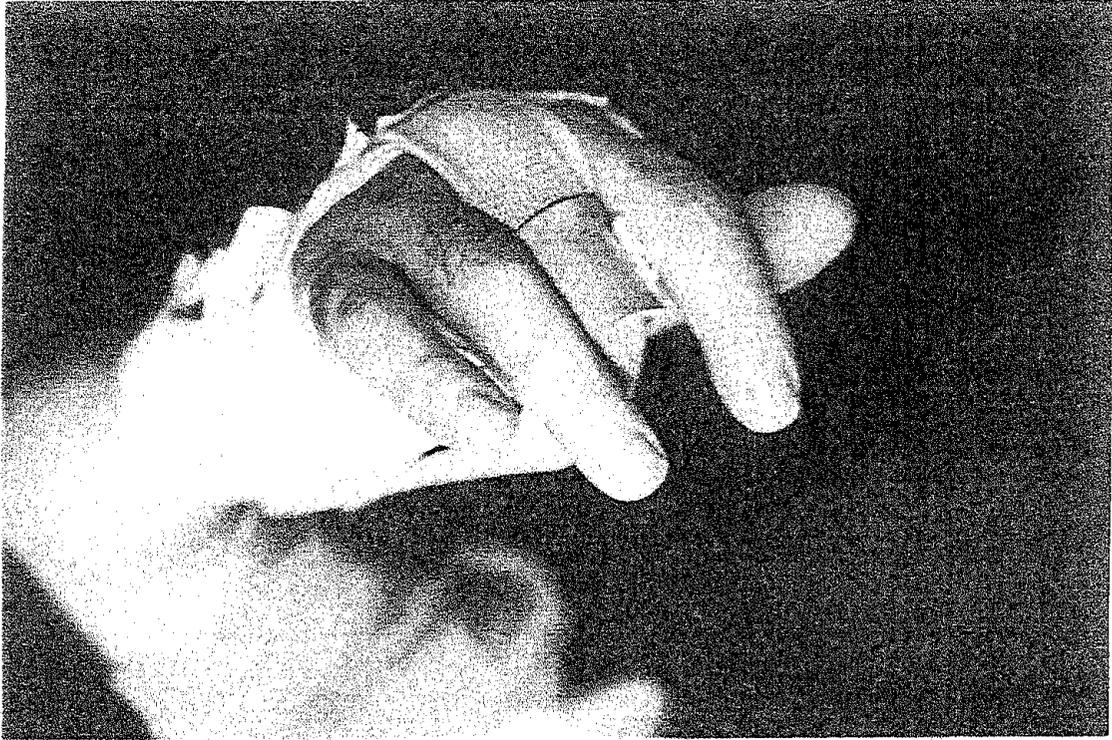
Kinésithérapie :

- Bains écossais
- Ionisations calciques
- Ultra-sons
- Pressothérapie
- Mobilisation passive en flexion et en extension
- Mobilisation active en flexion et en extension
- TOUT CECI EN RESPECTANT LA "LOI DE LA NON DOULEUR"
- Travail des pinces
- Constitution d'un anneau d'enroulement global du troisième doigt avec traction directe sur la deuxième phalange. (photo n°15 et n°16)

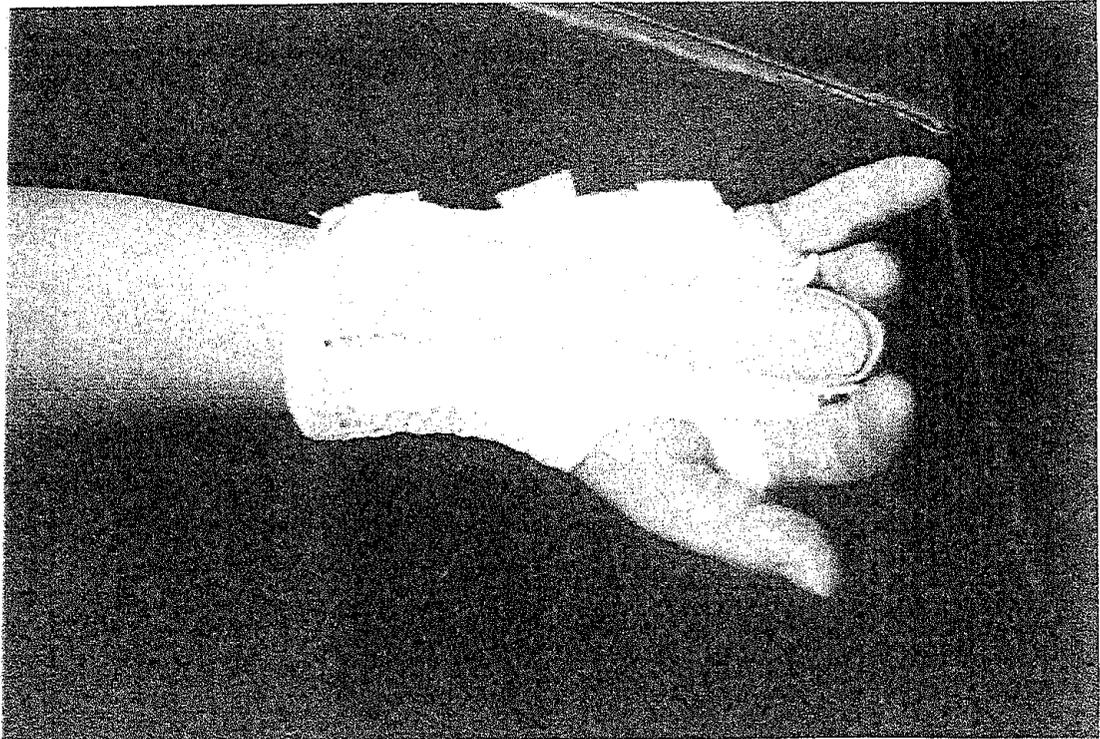
Le patient ne met pas régulièrement ses orthèses et ne travaille pas seul.

Le lundi 7 Octobre, il revient avec une main très enraidie. Il nous avoue n'avoir ni porté ses appareils ni travaillé seul pendant le week-end. De plus, il n'a, apparemment, pas passé un bon week-end. Il arrive en rééducation en "traînant les pieds" et avec ce faciès particulier, sans sourire et le regard triste.

n° 15



n° 16



Le mercredi 9 octobre, il doit passer en consultation chez le médecin, l'après midi. Il est prévenu le matin. Il veut absolument sortir à la fin de la semaine. Lui disant que cela ne tenait pas de nous mais du médecin, il s'est inquiété.

Il revient en rééducation l'après midi avec un main chaude, rouge, suant plus que normalement et particulièrement douloureuse lors de la mobilisation.

Voyant ce tableau qui fait penser à l'algodystrophie en phase chaude, l'interne en rééducation est tout à fait réticent quant à sa sortie.

Il lui prescrit du lexiomil et de nouveau des piqûres calciques

Nous décidons d'un commun accord d'accepter sa sortie pour une semaine préférant qu'il revienne de son plein gré.

La scintigraphie faite le lendemain nous apprend et confirme que le patient est en phase chaude d'algodystrophie.

Il part une semaine en kinésithérapie libérale.

Il revient le 21 octobre avec une main ne présentant plus de signes inflammatoires.

Nous continuons une rééducation classique.

La mise en place d'un anneau d'enroulement de la troisième phalange du troisième doigt le stimule pour porter ses appareils plus souvent.

* Le 24/10

Bilan

- Articulaire :

Flexion des doigts :

	MP	IPP	IPD
Deuxième doigt	80	100	50
Troisième doigt	65	95	40
Quatrième doigt	70	100	45
Cinquième doigt	80	95	75

Extension du troisième doigt :

	MP	IPP	IPD
Troisième doigt	160	165	180

Force de préhension :

- 28 à droite
- 36 à gauche

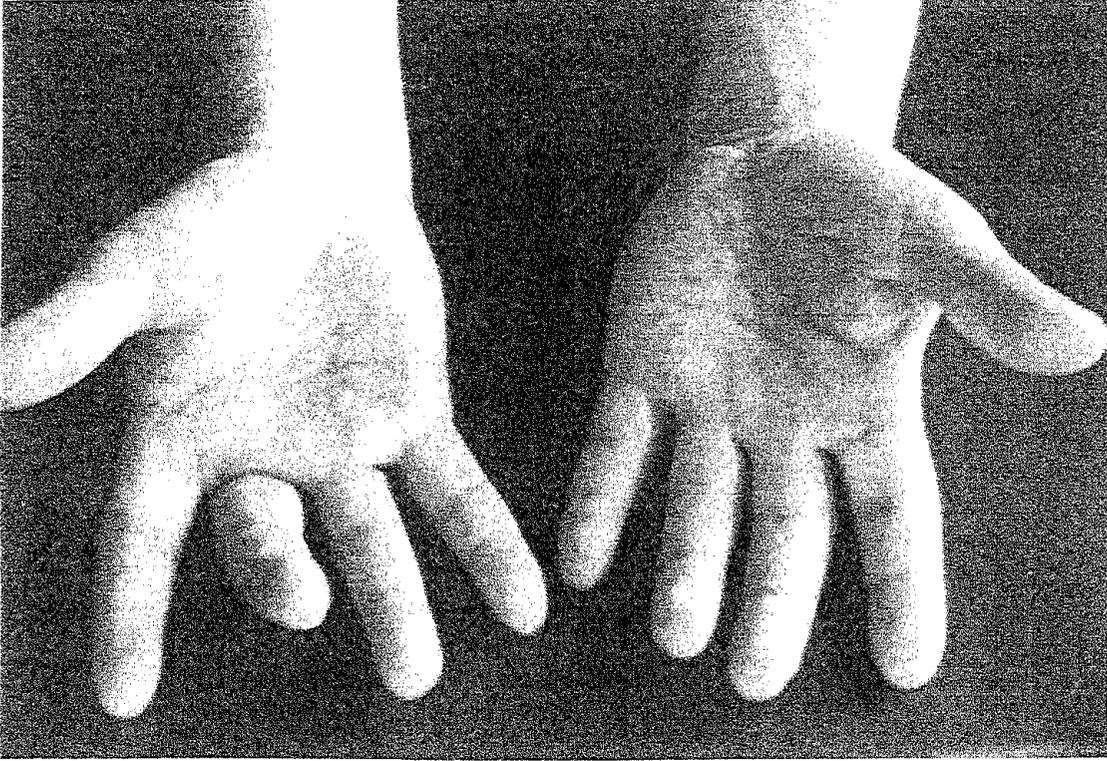
Bilan ergothérapique 400 points : 86%

Sa sortie est décidée pour le 25 octobre. Le résultat fonctionnel est satisfaisant.

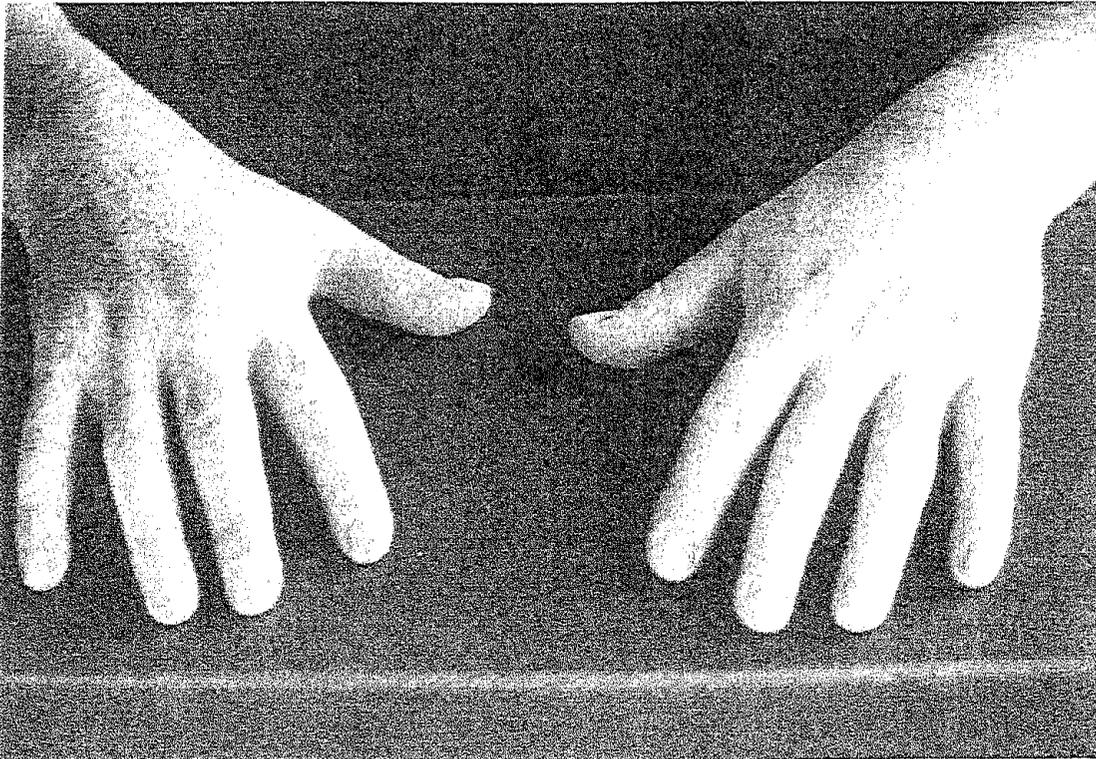
Nous voyons chez ce patient le caractère hyperémotif et anxieux caractérisant les personnes faisant une algodystrophie.

Le retour à une phase chaude n'a été dû qu'à "la peur de ne pas sortir". Puis rassuré , le patient a retrouvé une main "normale".(photo n°17 et n°18)

n° 17



n° 18



8- TRAITEMENT GENERAL

Le traitement de l'algodystrophie a pour but de lutter contre la douleur, contre la stase vasculaire et de prévenir d'éventuelles rétractions aponévrotiques, capsulaires et tendineuses.

8-1 Traitement préventif

Dans les suites d'un traumatisme, il faut réduire autant que possible l'immobilisation et prescrire une rééducation aussi précoce, aussi prudente et aussi progressive que possible.

8-2 Traitement médicamenteux

8-2-1 Antalgiques

Sont utilisés les antalgiques usuels comme l'aspirine, le Doliprane, le Di-antalvic et les anti-inflammatoires non stéroïdiens.

8-2-2 Les médicaments s'adressant au processus algodystrophique

Il existe un large éventail de médicaments qui s'adressent au processus algodystrophique lui-même : ils sont surtout un point d'impact vasculaire :

- . La griséfuline : agit sur la microcirculation.
- . Les vasodilatateurs ou vasorégulateurs utilisés par voie générale ou locale.
- . Les β -bloquants : Avlocardyl à dose progressive jusqu'à l'apparition d'une bradycardie inférieure à 60 pulsions par minute est parfois efficace.

8-2-3 Médicaments visant à bloquer de façon plus spécifique le système sympathique.

- . La calcitonine s'est montrée efficace dans l'algodystrophie. On utilise des calcitonine de porc (Calcitar) ou de saumon (Calsyn, Miacalcic) ou encore humaine (Cibacalcine). Le traitement est d'une injection par jour durant 15 à 20 jours.

En dehors de la calcitonine, l'utilisation des autres médicaments restent des "affaires d'écoles".

8-3 Traitement physique

8-3-1 En phase chaude

La prise en charge du patient par le thérapeute doit être aussi maximale que possible. Il semble important de soustraire le patient de son environnement habituel par une hospitalisation. On doit "s'occuper de lui au maximum".

OBJECTIFS :

- Lutte contre la douleur.
- Lutte contre l'œdème et l'entretien de la trophicité cutanée.
- Entretien des amplitudes articulaires.

8-3-1-1 Lutte contre la douleur.

- . Ultra-sons.
- . Ionisations calciques.
- . Paraffinothérapie.

8-3-1-2 Lutte contre l'œdème et entretien de la trophicité cutanée

- . Mise en déclive.
- . Pressothérapie.
- . Massage doux.
- . Drainage lymphatique.

8-3-1-3 Entretien des amplitudes articulaires

- . Mobilisation dans les bains écossais : 4mn dans l'eau chaude et 1mn dans l'eau froide pendant 20mn.
- . Mobilisation douce.
- . Mobilisation analytique et globale infra-douloureuse active aidée dans les secteurs existants sans rechercher le gain systématique d'amplitude.
- . Appareillage : attelle de nuit pour lutter contre les attitudes vicieuses.

8-3-1-4 L'ergothérapie

a-

- . Travail de tout le membre supérieur dans les amplitudes sans résistance et évitant les compensations.
- . Travail des préhensions, avant bras en apesanteur.

b-

. Tous les exercices sont effectués sur un plan incliné dont l'inclinaison variera en fonction de l'importance de l'œdème.

c-

. Lutte contre l'enraidissement : exercices analytiques des différentes préhensions, on utilise la vannerie, le travail des mosaïques et des perles, la menuiserie, les jeux de dames ou les échecs avec souvent les pions fixés au damier par velcro, techniques qui mettent en oeuvre les divers types de mouvements de préhension et de coordination de la main.

d-

. Lutte contre l'exclusion du membre supérieur par activités bi-manuelles.

A EVITER DANS CETTE PHASE

- Toute violence.
- Le travail passif.

8-3-2 En phase froide

Après dissipation des douleurs, on est confronté aux problèmes posés par une raideur.

- . Bains écossais.
- . Mobilisation active et passive du poignet et des doigts en flexion et en extension de toutes les articulations.
- . Etirements des fléchisseurs et des extenseurs sont souvent nécessaires pour retrouver une course musculaire normale.
- . Travail actif sans et avec résistance en recherchant les gains d'amplitude.

8-3-2-1 Appareillage

- . Appareil d'enroulement avec ou sans traction directe des doigts sont amenés progressivement en flexion par une bande biflex (enroulement global).
- . Enroulement des métacarpophalangiennes et des interphalangiennes proximales et distales.
- . Appareil d'extension pour la nuit.

8-3-2-2 Ergothérapie

- . Recherche de la dextérité dans les activités demandant une dissociation des doigts.
- . Travail de force et d'endurance dans des activités de poterie, menuiserie, de sculpture faisant intervenir chocs et vibrations.

. Réalisation de bilan 400 points.

- 1ère partie : gestes analytiques.
- 2ième partie : fonctions bimanuelles.
- 3ième partie : force.

L'algodystrophie est une maladie fréquente, liée à une dysrégulation sympathique. La scintigraphie osseuse permet un diagnostic précoce car les signes radiologiques typiques sont plus tardifs.

Les méthodes de rééducation fonctionnelle ont leur place dans tous les stades de l'algodystrophie, selon des modalités variant en fonction du siège de l'affection. Si les traitements médicaux généraux écourtent habituellement le stade pseudo-inflammatoire, les techniques physiques permettent, au début, de lutter contre la douleur et l'œdème, ensuite de limiter les séquelles articulaires et musculaires.

La "psychothérapie" a une importance capitale à tous les stades de l'affection. En effet nous avons démontré que le patient présentant une algodystrophie avait un profil psychologique particulier et il est nécessaire d'en tenir compte pour l'évolution de la maladie.

C'est à ces conditions que l'on peut considérer l'algodystrophie comme une affection de bon pronostic, guérissant, généralement, sans séquelle notable.

BIBLIOGRAPHIE

1. CREPIN G.- TRIPON J.

Le kinésithérapeute face au syndrome algodystrophique en "période chaude".

Kinésither.sci. 1988. 272. 14-17

2. CREPIN G.- TRIPON J.

Le kinésithérapeute face au syndrome algodystrophique.

Kinésither.sci. 1988. 272. 14-17

3. HERISSON C.- SIMON L.

Plaidoyer pour la rééducation dans les algodystrophies sympathiques réflexes.

Les algodystrophies sympathiques réflexes/ sous la dir. de L. SIMON- C.HERISSON - Paris : Masson, 1987 (Acquisitions rhumatologiques, 8) 232-235.

4. SCHIANO A., DELARQUE A., BENEZET P.

Place et modalités de la rééducation dans le traitement des algodystrophies.

Lyon Med. 1980. 8/216. 28-34

5. SCHIANO A. POUGET J. DOBBELS E.

La rééducation des algodystrophies.

Lyon Méditer. Med. 1984. 20/17. 9469-74

6. VAUTRAVERS P. TRITSCHER J. L.

Algodystrophie et rééducation.

CAH. Kinésither. 1982. 97. 39-44

7. VERDIER M. J.

Le syndrome de l'algodystrophie au niveau de la main.

CAH. Kin. 1979. 81. 61-66.