



Article original

## Association d'une rééducation sous analgésie péri-nerveuse continue et d'une capsulo-distension de l'épaule dans le traitement du syndrome épaule-main rebelle



### *Association of physiotherapy under continuous brachial plexus analgesia and shoulder arthrographic-distension for treatment of resistant shoulder-hand syndrome*

M. Nouri<sup>a,\*</sup>, P. Barré<sup>a</sup>, D. Vesvard<sup>b</sup>, M. Hanifi<sup>a</sup>, J.P. Estèbe<sup>b</sup>

<sup>a</sup> Centre d'étude et de traitement de la douleur, centre hospitalier du Haut Anjou, 1, quai Georges-Lefèvre, 53200 Château-Gontier, France

<sup>b</sup> Centre d'étude et de traitement de la douleur, hôpital Pontchaillou, CHU de Rennes, 35000 Rennes, France

#### INFO ARTICLE

##### Historique de l'article :

Reçu le 22 janvier 2013

Accepté le 14 mars 2014

Disponible sur Internet le 10 mai 2014

##### Mots clés :

Syndrome épaule-main

Analgésie péri-nerveuse

Capsulo-distension

Syndrome douloureux régional complexe

#### RÉSUMÉ

**Objectif.** – Évaluer la prise en charge du syndrome épaule-main rebelle (après échec des techniques conventionnelles) par une prise en charge agressive basée sur 4 points : analgésie péri-nerveuse continue par voie infraclaviculaire – rééducation intensive – arthro-distension – mobilisation rapide de l'épaule sous anesthésie générale.

**Patients et méthodes.** – Étude rétrospective de 25 patients présentant un syndrome épaule-main sévère pris en charge entre 2007 et 2012 de manière consécutive. Ces patients douloureux avaient une impotence fonctionnelle du membre supérieur. Ils ont été pris en charge au-delà de trois mois après le diagnostic d'algodystrophie. Tous ont été évalués à l'admission et six mois après.

**Résultats.** – Après traitement, une réduction de la douleur, évaluée par l'échelle numérique, a été supérieure à trois points pour 64 % des patients. La récupération de l'amplitude a été considérée par les patients comme complète ( $n = 12$  pour l'épaule et 17 pour main) et comme partielle, compatible avec les gestes de la vie quotidienne ( $n = 11$  pour l'épaule, 6 pour la main). Dix-neuf des 25 patients ont jugé leur amélioration fonctionnelle supérieure à 50 %. Seuls deux patients, pris en charge dans un délai supérieur à un an, n'ont eu aucune amélioration.

**Conclusion.** – Devant un syndrome épaule-main, après échec de la kinésithérapie et du traitement antalgique habituel, il n'y a pas de recommandations bien codifiées. Cette stratégie thérapeutique, en accord avec la littérature, confirme qu'une approche précoce, intensive et multidisciplinaire peut être efficace dans de telles situations.

© 2014 Société française d'anesthésie et de réanimation (Sfar). Publié par Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

#### ABSTRACT

**Objective.** – Evaluation of treatment of shoulder-hand syndromes resistant to conventional therapeutic. This approach consists of an intensive treatment based on arthrographic distension with rapid mobilization of the shoulder under general anaesthesia and on active rehabilitation under regional analgesia using infraclavicular brachial plexus catheter.

**Material and methods.** – It was a retrospective study of twenty-five consecutive patients with severe shoulder-hand syndrome treated between 2007 and 2012. Besides their persistent pain, these patients presented a functional disability of their shoulder, wrist and hand. Treatment was initiated at least three months after diagnosis. All were assessed at the admission and six months later.

##### Keywords:

Shoulder-hand syndrome

Continuous plexus analgesia

Arthrographic-distension

Complex regional pain syndrome

\* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : [m.nouri@free.fr](mailto:m.nouri@free.fr) (M. Nouri).

**Results.** – After treatment, pain was reduced by at least three points at the NS in 64% of the patients. Twelve patients described a complete recovery of their shoulder function; eleven patients described a normal hand function recovery and six patients a partial recovery allowing regular life. Nineteen patients evaluated their functional improvement of more than 50%. Only two patients with more than one year of chronic pain reported no improvement after treatment.

**Conclusion.** – After failure of the physiotherapy and analgesic treatment, there are no clear consensual procedures and guidelines remains discussed. The current study combined different approaches with a significant improvement of this complex regional pain syndrome called shoulder-hand syndromes.

© 2014 Société française d'anesthésie et de réanimation (Sfar). Published by Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

## 1. Introduction

Le syndrome épaule-main est une affection douloureuse et invalidante qui touche l'ensemble du membre supérieur. Il constitue une forme sévère du syndrome douloureux régional complexe (SDRC). Sa prise en charge initiale repose essentiellement sur la kinésithérapie et la prise d'antalgiques. Lorsque ce traitement n'est pas efficace, aucune alternative thérapeutique n'a été validée. Nous avons évalué rétrospectivement les résultats d'une thérapeutique agressive mise en place dans notre centre.

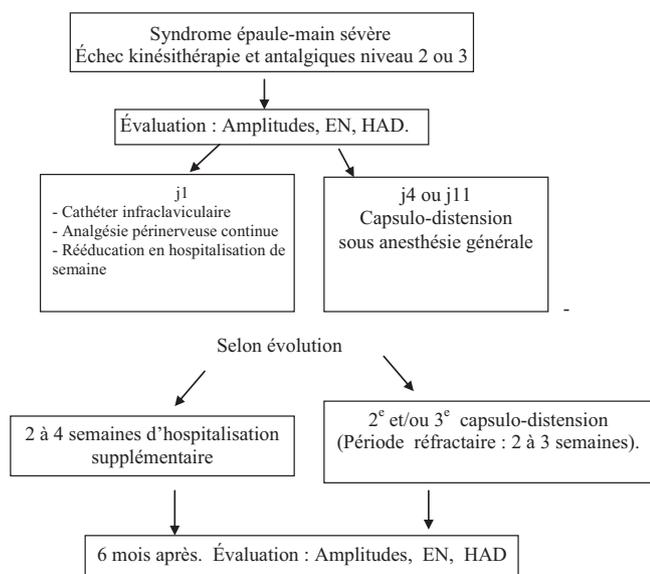
## 2. Patients et méthodes

L'étude rétrospective a porté sur les 25 patients présentant un syndrome épaule-main sévère pris en charge entre 2007 et 2012. Tous les patients ont été informés de l'absence de données de la littérature et le consentement a été obtenu. Les critères d'inclusions étaient : patients présentant un SDRC de tout le membre supérieur avec une limitation des amplitudes articulaires ayant résisté à un traitement bien conduit pendant au moins trois mois. Notre protocole de prise en charge est schématisé sur la Fig. 1. Sous couvert des moyens de sécurité usuels, nous avons introduit un cathéter stimulant péri-nerveux infraclaviculaire par voie coracoïdienne sous neurostimulation. Un bolus au travers du cathéter de 200 mg de lidocaïne 1 %

(20 mL) a été effectué en salle de surveillance post-interventionnelle afin de juger de son efficacité. Puis, à l'aide d'un auto-diffuseur, un débit de 4 mg/h de ropivacaïne 2 mg/mL a permis d'assurer une analgésie continue. En cas de douleur, une dose supplémentaire de 40 mg de ropivacaïne (20 mL) était injectée à la demande du kinésithérapeute et/ou du patient (dose maximale de 120 mg/j, période réfractaire = 2 h). La rééducation a été biquotidienne, le patient réalisait également une auto-rééducation en utilisant pour la main des balles en mousse et pour l'épaule un bâton ou un élastique. Les semaines d'hospitalisation (une à quatre avec des sorties le week-end) dépendaient de l'évolution. Pour le traitement de la capsulite, une arthrodistension au bloc opératoire a été effectuée sous anesthésie générale par propofol (1 à 2 mg/kg). En intra-articulaire, à chaque injection, les patients ont reçu 10 mL de produit de contraste, 200 mg de lidocaïne (20 mL), 14 mg de bêtaméthasone et 20 mL de sérum physiologique (soit un volume 54 mL). Le nombre d'arthro-distensions (une à trois toutes les 2 à 3 semaines) était en fonction de la réponse. Tous les patients ont été évalués lors de la première consultation et six mois après par autoévaluation grâce à un questionnaire identique adressé par voie postale. Il comportait l'échelle numérique de douleur (EN) notée sur 10, les scores d'anxiété et de dépression (HAD : Hospital Anxiety and Depression Scale). Les paramètres analysés ont été : l'âge, le sexe, les antécédents, l'étiologie, le délai et la durée de la prise en charge, la quantité de bolus supplémentaire, le nombre de capsulo-distension, les réponses aux questionnaires, les amplitudes de la main et de l'épaule, ainsi que le pourcentage d'amélioration globale et le devenir professionnel.

## 3. Résultats

La cohorte comprend 22 femmes et trois hommes, d'âge moyen 59 ans (extrêmes 37, 76). Seuls trois patients avaient des antécédents particuliers : hypertension artérielle ( $n = 1$ ), syndrome dépressif ( $n = 2$ ) et diabète ( $n = 1$ ). Les patients ont présenté une fracture du poignet dans 52 % des cas (Tableau 1). À l'admission, tous nos patients étaient sous traitement antalgique de niveau 2 voire 3. Dix-neuf patients ont été pris en charge dans un délai inférieur à six mois après l'apparition des symptômes (Fig. 2). L'hospitalisation a été de 2 à 3 semaines pour 84 % des patients. Seul sept patients ont eu besoin d'injections supplémentaires de ropivacaïne avec une moyenne de 1,15 bolus/j (extrêmes 0,35–2,6). Les patients ont bénéficié respectivement d'une capsulo-distension dans 28 % des cas, deux dans 40 % et de trois dans 32 %. Tous les patients ont répondu aux questionnaires. Avant prise en charge, la moyenne des EN était à 7 (2, 10) après à 4 (0, 10). Aucun patient n'a noté une augmentation de l'EN. Les variations de l'EN entre l'admission, 6 mois après traitement et l'amélioration globale déclarée par le patient sont présentées dans le Tableau 2. Celle-ci a été jugée comme nulle pour les deux patients dont le délai de prise en charge a été supérieur à 1 an. Nos patients ont considéré



**Fig. 1.** Protocole utilisé. EN : échelle numérique ; HAD : scores d'anxiété et de dépression.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/2745561>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/2745561>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)