

# Algodystrophie du bras

---

**L'algodystrophie est une maladie longue et pénible, bien que finissant souvent par guérir quasiment sans séquelles.**

Sa cause est encore sujet de discussions. L'explication classique, dont vous entendrez parler chez la plupart des médecins, fait intervenir un **dérèglement du système nerveux sympathique**. Ce système est indépendant de la volonté. Les nerfs qui le constituent sont ceux qui font fonctionner nos automatismes: respiration, sphincters, battements cardiaques... C'est en quelque sorte le "système de maintenance" de l'organisme.

Sympathique, en l'occurrence ce système ne l'est pas quand il se dérègle, puisque tout déraile dans la région concernée par les troubles : microcirculation (œdème, chaleur anormale), peau et autres tissus "mous", tendons (rétractions, aspect cicatriciel), glandes sudoripares (excès de sueur), os (décalcification). Les nerfs soumis à la volonté sont également touchés. Cela explique les **douleurs importantes, hors de proportion avec ce que vous voyez** : ce bras n'a pourtant pas l'air d'être passé dans une broyeuse ! Vos sensations sont anormales : quelqu'un vous effleure, vous ressentez un choc électrique ! Vous êtes intouchable. Une catastrophe pour la relation de couple ! **Des sensations normalement anodines, comme le froid ou le chaud, deviennent douloureuses. La commande des muscles est souvent perturbée**, mais habituellement de façon discrète : crispations, tremblements, perte de force. C'est aussi parce que la douleur est omniprésente que vous n'osez pas vous servir de votre bras. Il n'y a pas de véritable paralysie.

Les conceptions sur l'origine de l'algodystrophie ont évolué : on pense maintenant qu'il s'agit d'une **stimulation anormale et prolongée de la moelle épinière** par les nerfs de la région où vous allez faire votre algodystrophie. Dans certains cas, cette zone a été traumatisée (choc, étirement brutal, opération...) mais pas toujours. S'il y a eu traumatisme, la stimulation anormale vient d'une **lésion d'un nerf**, qui ne se répare pas ou qui va mettre tellement longtemps à se réparer qu'elle provoque entretemps des perturbations sur la moelle épinière, qui est la destination de ce nerf.

Quand il n'y a pas eu de traumatisme... beaucoup de médecins constatent qu'il existe souvent un tempérament particulier chez les personnes atteintes d'algodystrophie : ce sont **souvent des grands nerveux**. Mais ce n'est pas le tempérament qui déclenche directement la maladie. Alors ? S'agit-il de personnes qui négligent trop une douleur banale mais insistante dans leurs activités quotidiennes, ou au contraire qui se crispent trop à cause de ces douleurs banales, ce qui perturberait leurs automatismes ? Ces personnes ont une **grande fréquence de douleurs vertébrales antérieures à l'algodystrophie**, à type de "blocages" fréquents. Une souffrance chronique des nerfs au niveau de la colonne déclenche-t-elle l'algodystrophie ? En tout cas, quand cette maladie s'est installée, elle devient "autonome" et ce n'est plus l'amélioration de l'hygiène de vie ou les manipulations vertébrales qui peuvent la guérir rapidement.

L'algodystrophie est aussi appelée "*Syndrome Douloureux Régional Complexe*" (SDRC). C'est plus parlant ! Il existe en fait 2 variétés de SDRC :

- **Le SDRC type 1 fait suite à un traumatisme souvent indirect** où on ne retrouve pas de lésion nerveuse précise, ou alors **il n'y a pas eu de traumatisme du tout**. Les douleurs concernent une large région, voire tout un membre. Les troubles de circulation (œdème, chaleur) sont fréquents, de même que la décalcification et l'aspect cicatriciel de la peau. C'est la forme la plus fréquente, que l'on continue à appeler algodystrophie.

- **Le SDRC type 2 ou *causalgie* : un nerf a été lésé localement, après un traumatisme ou une répétition de micro-traumatismes**. Les tissus où se termine ce nerf deviennent hypersensibles alors qu'on ne voit rien d'anormal. C'est une grande cause de conflit entre un patient et son chirurgien, le premier se trouvant très insatisfait des douleurs qu'il ressent dans la zone opérée, le second étant techniquement satisfait de son travail. Il ne s'agit pas réellement d'une faute chirurgicale. Les opérateurs sont entraînés à éviter l'agression des principaux troncs nerveux et choisissent leurs voies d'incision en conséquence. Mais il peut arriver qu'ils lèsent un plus petit rameau nerveux, en l'étirant quand ils écartent les tissus. **Comme dans l'algodystrophie, ces douleurs vont durer plusieurs mois, voire jusqu'à 1 ou 2 ans**, avant de s'estomper...

L'algodystrophie évolue en 3 phases :

- 1) **La phase *chaude*** : douleurs disproportionnées, exacerbées par le moindre contact, se prolongeant au-delà du raisonnable, des sensations banales comme le froid deviennent insupportables, un effort minime rebute. Il est important de comprendre que **ces douleurs proviennent d'un mauvais fonctionnement des nerfs** et non de lésions réelles de ce bras. C'est ainsi que vous accepterez les mobilisations du kiné pour ne pas trop vous enraidir. La peau est rouge, enflée, chaude. La surélévation du bras soulage un peu. Cette phase dure habituellement 1 mois, parfois beaucoup plus.
- 2) **La phase *froide*** : pendant 3 à 6 mois: la peau pâlit, devient moite, s'atrophie, les poils tombent et les ongles deviennent cassants. La douleur n'est plus permanente mais réapparaît dès le moindre mouvement un peu forcé.
- 3) **La phase *atrophique*** : l'œdème disparaît et fait place à des rétractions des tissus. La raideur s'installe.

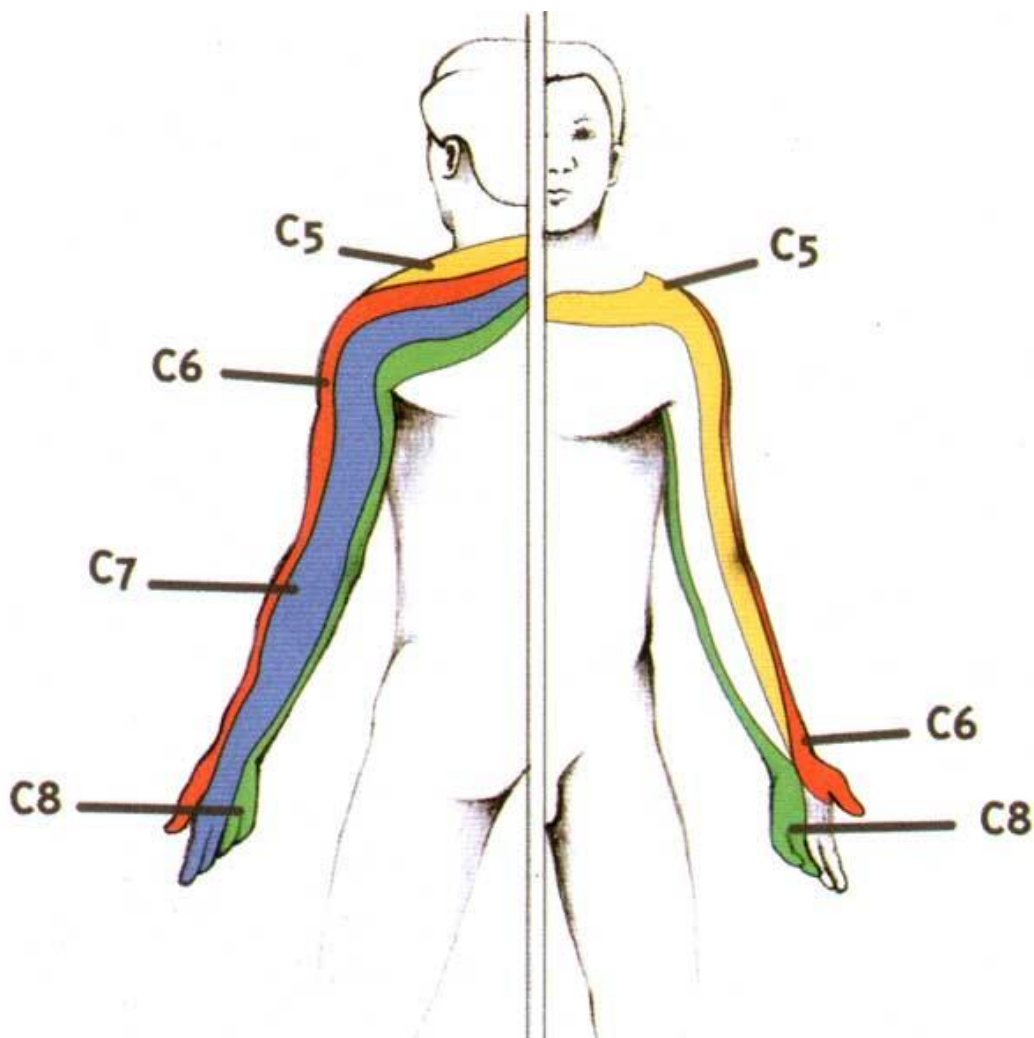


## Névralgie cervico-brachiale

---

La névralgie cervico-brachiale (NCB) est l'équivalent d'une sciatique au bras. Le conflit irritant le nerf se situe au niveau d'une vertèbre cervicale au lieu d'une lombaire, et le territoire douloureux des racines nerveuses concernées se fait dans la région de la clavicule, le haut du dos et de la poitrine, et le bras. Les 6ème, 7ème et 8ème racines sont les plus souvent concernées. C'est au niveau des doigts que l'on identifie le mieux le nerf exactement concerné.

### *Territoires cutanés des racines cervicales*



Comme les autres névralgies, c'est une **douleur particulière par son caractère lancinant**, les sensations anormales qui l'accompagnent (**fourmillements, engourdissements, gonflement, courant électrique**), et le fait qu'elle ne soit pas directement influencée par les mouvements du bras : la douleur est quasi-permanente, que vous soyez actif ou pas. Le repos n'est pas efficace. Vous pouvez ressentir des points douloureux plus précis dans le bras, qui vous font penser à une tendinite à cet endroit. Ils correspondent aux terminaisons nerveuses les plus irritées. Mais vous avez en fait du mal à localiser une zone bien précise et permanente, **les douleurs sont souvent changeantes et migratrices**, et vous n'arrivez pas à trouver de position pour vous en débarrasser.

Les 2 causes principales de NCB sont **l'arthrose cervicale et la hernie discale**. Contrairement aux vertèbres lombaires, ces 2 causes sont souvent associées, même chez une personne jeune. L' "arthrose" cervicale démarre en effet assez tôt, ces vertèbres étant très mobiles et soumises à de nombreuses contraintes voire traumatismes (entorses cervicales). On voit couramment dès la trentaine des disques détériorés et une déformation des rebords des vertèbres de chaque côté. Ces déformations, les fameux "becs de perroquet", empiètent sur le trou de conjugaison, orifice par lequel la racine nerveuse sort sur le côté de la vertèbre (schéma). Une hernie discale empiète aussi au même endroit. Les disques étant plus petits et les contraintes moins importantes qu'au niveau lombaire, il est rare d'expulser brutalement une grosse hernie. Ce sont souvent de petites hernies bien tolérées qui ont "poussé" progressivement. Elles durcissent en vieillissant et rétrécissent de façon permanente le trou de conjugaison comme l'arthrose. **La douleur du nerf, la NCB, apparaît en fait quand des activités énergiques de votre bras (tiraillements sur le nerf) ou une mauvaise posture de votre tête (nerf au contact de l'arthrose) viennent irriter le nerf**. La racine nerveuse gonfle, se retrouve encore plus coincée, et vous vous engagez dans un cercle vicieux pour plusieurs semaines à plusieurs mois.

Sur la présentation on distingue 2 formes de NCB très différentes :

- 1) La forme très inflammatoire : **douleurs invalidantes, permanentes, particulièrement nocturnes**. C'est la plus susceptible de réagir aux traitements anti-inflammatoires : anti-inflammatoires classiques, cortisone en infiltration ou en comprimés. Des antalgiques de niveau 2 minimum seront utilisés, et s'ils ne sont pas assez efficaces, il ne faut pas hésiter à réclamer de la morphine à votre médecin : elle a moins d'inconvénients que l'abus d'antalgiques plus simples mais insuffisants. **Une mise au repos du cou (collier cervical voire minerve) et du bras (utilisation coude au corps) est conseillée**, bien que peu spectaculaire sur le moment.
- 2) La forme peu inflammatoire : **douleurs modérées, intermittentes, réveillées dans les jours suivant une agitation inhabituelle** (bricolage, travaux domestiques, jardinage, sport utilisant ce bras), médicaments inefficaces. C'est la situation sur laquelle tous les thérapeutes se cassent les dents : infiltrations inefficaces, manipulations sans effet si elles sont prudentes, aggravant parfois si elles sont plus agressives, minerve ne faisant qu'apporter une gêne supplémentaire. **Le moins inefficace est une rééducation posturale visant à modifier de la façon la plus permanente possible la position de votre tête**. Il s'agit en général d'exercices tête droite et de musculation de l'arrière du cou, mais ils sont à personnaliser en fonction de la posture où vous vous sentez le plus à l'aise. Il faut revoir également toutes vos positions habituelles dans la vie quotidienne et les corriger, faire des adaptations du poste de travail, s'interrompre régulièrement pour faire des exercices de postures.

Les **radios de la colonne cervicale sont utiles pour apprécier globalement l'arthrose** et son retentissement sur les trous de conjugaison. Les autres examens complémentaires, scanner et IRM, ne sont pas nécessaires au début d'une NCB car n'influencent pas la conduite du traitement et ne permettent pas de faire un pronostic : de grosses hernies guérissent parfois facilement, et réciproquement, des arthroses minimales vont irriter longtemps. Il existe cependant à notre avis une exception : quand les signes sont peu typiques et que le médecin hésite entre un simple "dérangement" vertébral (le populaire "blocage" de vertèbre) et une véritable névralgie cervico-brachiale. **Il est prudent, avant de faire une manipulation (traitement de choix du blocage) de vérifier l'absence de hernie par un scanner ou une IRM.** Paradoxalement, ce n'est donc pas si vos douleurs sont très importantes que ces examens sont justifiés dès le début, mais au contraire si elles sont peu étendues et que l'on doute de leur origine.

Bien évidemment, l'échec d'un traitement médical bien conduit entraînera la prescription systématique de ces examens par votre médecin. Vous arrivez à l'orée du traitement chirurgical. Une dernière solution si vous n'êtes pas très tenté par le bistouri : **l'infiltration par voie foraminale radio-guidée** : un peu pénible car la proximité de la moelle épinière empêche d'utiliser une anesthésie locale, cette injection aborde votre colonne par le côté et vise à déposer un corticoïde directement dans le trou de conjugaison, au contact de la racine nerveuse irritée. Principale condition : être sûr du trou concerné, car l'arthrose touche souvent plusieurs vertèbres, et même si scanner et IRM précisent beaucoup mieux les choses, ils ne déterminent pas avec certitude la racine enflammée. C'est le boulot du médecin d'établir la cohérence avec le trajet de votre douleur et une éventuelle zone d'insensibilité ou un réflexe disparu au bras.

**Chirurgicalement**, on distingue également 2 formes pronostiques de NCB :

- 1) Celles qui sont liées principalement à une **franche hernie discale, "molle" (récente), avec peu d'arthrose** : le résultat est habituellement excellent, sans douleurs résiduelles.
- 2) Celles qui sont liées à une **association d'arthrose et de hernie**: les résultats sont moins constants. Si l'arthrose est diffuse, vous risquez ne pas être opéré au site exact du conflit. Vous aurez sans doute des douleurs résiduelles car, contrairement à la hanche ou au genou, on ne "change" pas tout. Si avez eu un avis chirurgical enthousiaste, vous pouvez légitimement en prendre un second, de préférence à l'hôpital, où les promesses sont en général plus mesurées.

Ne soyez pas surpris de l'emplacement de votre cicatrice post-opératoire : la voie habituelle des chirurgiens se situe en effet en avant de la carotide, le disque intervertébral étant beaucoup plus au centre du cou qu'on ne l'imagine.

<http://www.rhumatopratique.com/public/region/rachis/NCB.html>