

## Algodystrophie

**Syndrome douloureux** ostéo-articulaire à prédominance distale évoluant en **2 phases** avec tb vasomoteurs et tendance à la rétraction capsulo ligamentaire d'évolution spontanée généralement favorable mais prolongée.

*Diagnostic différentiel :*

à évoquer devant une monoarthrite (chaleur, gonflement, douleur) :

- arthrite septique
- arthrite inflammatoire
- arthrite microcristalline
- algoneurodystrophie de la cheville
- poussée d'arthrose

### I. **clinique :**

début le plus souvent **progressif**, rarement brutal, s'installe en qqs semaines (lorsqu'il y a un **facteur déclenchant** précis ex : trauma) par des **douleurs diffuses du mb** ou du segment de mb affecté, prédominant en regard des articulations.

### **2 phases :**

#### **1/ phase inflammatoire :**

le plus souvent brève (qqs semaines)

**-vives douleurs** avec retentissement fonctionnel majeur

augmenté par les mvts persiste svnt la nuit, douleur par pression non seulement des articulations mais aussi des **pièces osseuses adjacentes**. Il s'agit d'une douleur régionale intéressant l'ensemble d'un segment de mb. S'accompagne d'un enraidissement des articulations avec augmentation franche de la douleur lors des tentatives de réduction de cet enraidissement.

→ atteinte **loco-régionale**

**-tb vasomoteurs marqués**

tuméfactions oedémateuses réalisent un empatement régional et prennent le godet (rougeur cutanée, hypersudation, augmentation de la chaleur locale)

#### **2/ phase froide : phase secondaire de rétraction**

succède à la première, voire alternance. Peut être très longue.

régression progressive douleurs et tb vasomoteurs initiaux

laissant progressivement la place à : *tb trophiques, rétraction capsulo-ligamentaire*

→ entraîne au fur et à mesure une **impotence fonctionnelle**

**-tb trophique :**

-peau devient pale lisse atrophique

-oedème modéré

-ongles friables, striés, cannelés

-segment mb froid, pâle, acrocyanose et persistance hypersudation

**-rétraction :**

enraidissement **progressif, invincible**, de l'articulation.

Tentatives de mobilisation en force restent douloureuses.

Peut devenir très marqué voire complet.

Souvent associé à une amyotrophie.

→ need ++ d'éviter cette phase qui fait la **gravité** de la pathologie.

La **douleur** est l'élément central. Si on la gère, on réduit le nb d'algodystrophie post op.

## II. Examen paracliniques :

### 1) imagerie :

**radiographie bilatérale et symétrique** :

l'examen doit toujours être **comparatif**.

Attention : **retard** de qq semaines par rapport aux signes.

Seul un examen comparatif d'excellente qualité permet de les reconnaître précocement.

Sur la radio :

au début : déminéralisation moucheté et hétérogène.

.... ??? manque

### 2ème examen capital :

**scintigraphie osseuse** : hyperfixation marquée tant au temps précoce que tardif.

Enfin : **IRM** : hypersignal en T2 traduisant en oedème. (pas tjs faite car difficulté d'accès.)

### 2) biologie :

**abs de signes bio d'inflammation** : s'il y en a (accélération VS et augm CRP) → rejet du diagnostic d'algodystrophie.

## III. Étiologies :

-idiopathique (20%)

-trauma locorégionaux

-médicamenteuse