Syndrome douloureux régional complexe (SDRC)

PROGRAMME CANADIEN DE SURVEILLANCE PÉDIATRIQUE
2305, boul. St. Laurent
Ottawa (Ontario) K1G 4J8
Tél. : 613-526-9397, poste 239
Téléc. : 613-526-3332
pcsp@cps.ca
www.pcsp.cps.ca

RENSEIGNEMENTS SUR LA DÉCLARATION (Partie remplie par le PCSP)	
Numéro du rapport	
Mois de déclaration	
Province	
Date du jour	

Veuillez remplir les sections suivantes relativement au cas susmentionné.
Les données seront traitées confidentiellement.

DÉFINITION DE CAS DU SYNDROME DOULOUREUX RÉGIONAL COMPLEXE

Déclarer tout nouveau patient âgé de deux ans à 18 ans (jusqu'à son 18e anniversaire) qui reçoit un nouveau diagnostic conformément aux critères diagnostiques suivants :

1. Douleur continue, disproportionnée par rapport à l'événement causal
2. Présence d'au moins <u>un symptôme dans au moins trois</u> des quatre catégories suivantes :
   - Sensoriel : hyperesthésie ou allodynie
   - Vasomoteur : asymétrie de la température, changements de couleur de la peau ou asymétrie de la couleur
   - Sudomoteur ou œdémateux : œdème ou altération ou asymétrie de la sudation
   - Moteur ou trophique : diminution de l'amplitude de mouvements ou dysfonction motrice (faiblesse, tremblements, dystonie) ou changements trophiques (cheveux, ongles, peau)
3. Présence d'au moins <u>un signe dans au moins deux</u> des quatre catégories suivantes :
   - Sensoriel : hyperalgésie (à une piqûre d'épingle) ou allodynie (à un toucher léger, à la sensation de température ou à une pression somatique profonde ou au mouvement articulaire)
   - Vasomoteur : asymétrie de la température (>1 °C), changements de couleur de la peau ou asymétrie de la couleur
   - Sudomoteur ou œdémateux : œdème ou altération ou asymétrie de la sudation
   - Moteur ou trophique : diminution de l'amplitude de mouvements ou dysfonction motrice (faiblesse, tremblements, dystonie) ou changements trophiques (cheveux, ongles, peau)

Critères d'exclusion
Présence d'un autre diagnostic qui explique mieux les signes ou symptômes

Mois de la première rencontre _____

SECTION 1 – RENSEIGNEMENTS DÉMOGRAPHIQUES

1.1 Date de naissance : _____ /_____ /_____ (**JJ/MM/AAAA**)

1.2 Sexe biologique attribué à la naissance : Masculin___ Féminin___ Autre ___

1.3 Trois premiers signes du code postal de la résidence du patient : ____ ____ ____

1.4 Province ou territoire où le diagnostic a été posé : _____

1.5 Groupes de population (cochez toutes les réponses applicables)

□ Arabe	□ Noir	□ Chinois	□ Philippin
□ Japonais	□ Coréen	□ Latino-américain	□ Blanc
□ Première nation	□ Inuit	□ Métis	□ Inconnu
□ Asiatique du Sud-Est (p. ex., vietnamien, cambodgien, laotien)	□ Asiatique du Sud (p. ex., Indien de l'est, Pakistanais, Sri-lankais)	□ Asiatique de l'Ouest (p. ex., Iranien, Afghan)	□ Autre, précisez : _____

SECTION 2 – PRÉSENTATION CLINIQUE

2.1 Date d'apparition des symptômes de SDRC : ____ _____ (MM/AAAA)

2.2 Date du diagnostic de SDRC : _____ _____ (MM/AAAA)

2.3 Diagnostiqué par : un pédiatre général ___ une clinique de la douleur ___ autre, précisez : _____

2.4 Poids : _____kg

2.5 Taille : _____cm

2.6 Ménarche : Oui____ Non____ Inconnu____ n.a.____

2.7 Foyer du SDRC : Droit___ Gauche___ Bilatéral___ Membre supérieur ___ Membre inférieur ___ Autre, précisez : _____

2.8 Intensité de la douleur au cours de la semaine précédente selon le patient : légère___ modérée___ grave____

2.9 Événement déclencheur : Aucun___ Traumatisme ou blessure___ Opération___ Autre___ Inconnu___

Précisez (inclure la date du plâtre et le type d'opération, s'il y a lieu) :

_____

(p. ex., cheville tordue et piétinée au soccer, plâtrée en cas de lésion des plaques de croissance, mais aucune amélioration; ténotomie à cause d'un pied bot, nouvelles douleurs postopératoires graves qui ne disparaissent pas et caractéristiques consignées)

2.10 **Signes et symptômes cliniques**

		Oui	Non	Inconnu
Symptôme déclaré par le patient				
Sensoriel	Hyperesthésie	___	___	___
	Allodynie	___	___	___
Vasomoteur	Asymétrie de la température	___	___	___
	Changements de couleur de la peau	___	___	___
	Asymétrie de la couleur de la peau	___	___	___
Sudomoteur ou œdémateux	Œdème	___	___	___
	Altération de la sudation	___	___	___
	Asymétrie de la sudation	___	___	___
Moteur ou trophique	Diminution de l'amplitude de mouvements	___	___	___
	Faiblesse	___	___	___
	Tremblements	___	___	___
	Dystonie	___	___	___
	Changements trophiques, cheveux, peau ou ongles	___	___	___
Signes au moment de l'évaluation				
Sensoriel	Hyperalgésie à une piqûre d'aiguille	___	___	___
	Allodynie au toucher léger	___	___	___
	Allodynie à la sensation de température	___	___	___
	Allodynie à la pression somatique profonde	___	___	___
	Allodynie – mouvements articulaires	___	___	___
Vasomoteur	Asymétrie de la température (>1 °C)	___	___	___
	Changements de couleur de la peau	___	___	___
	Asymétrie de la couleur de la peau	___	___	___
Sudomoteur ou œdémateux	Œdème	___	___	___
	Altération de la sudation	___	___	___
	Asymétrie de la sudation	___	___	___
Moteur ou trophique	Diminution de l'amplitude de mouvements	___	___	___
	Faiblesse	___	___	___
	Tremblements	___	___	___
	Dystonie	___	___	___
	Changements trophiques, cheveux, peau ou ongles	___	___	___

SECTION 3 – CONSÉQUENCES DE LA DOULEUR DEPUIS L'APPARITION DES SYMPTÔMES

3.1 Absentéisme scolaire : Oui___ Non___ n.a.___

Dans l'affirmative, pendant combien de temps? < 2 semaines___ de 2 à 4 semaines___ de 1 à 3 mois___ >3 mois___ Inconnu___

3.2 L'enfant a-t-il été inscrit à un programme d'école à domicile, à distance ou en ligne à cause de la douleur?

Oui___ Non___ n.a.___ Inconnu___

3.3 Effets fonctionnels des symptômes sur les éléments suivants (cochez toutes les réponses applicables) :

Effets sur l'activité physique___ le sommeil___ la réussite scolaire___ les activités sociales___

les événements familiaux___ l'humeur___ le sport de haut niveau___, (précisez) : _____

_____

SECTION 4 – ÉVALUATION DU RECOURS AUX SERVICES DE SANTÉ DEPUIS L'APPARITION DES SYMPTÔMES

4.1 Consultations pour ce problème (cochez toutes les réponses applicables) : Salle d'urgence___ Hospitalisation en pédiatrie ou à l'aile générale___ Transfert en soins tertiaires___ Hospitalisation en psychiatrie___

4.2 Bilan sanguin demandé pour ce problème :

	Oui	**Non**	**Demandé**	**Inconnu**	***Dans l'affirmative,* résultats :**
Hémogramme	___	___	___	___	_____
Protéine C-réactive	___	___	___	___	_____
Vitesse de sédimentation	___	___	___	___	_____

4.3 Investigations particulières à cause de ce problème :

	Oui	**Non**	**Demandé**	**Inconnu**	***Dans l'affirmative,* résultats :**
Radiographie	___	___	___	___	_____
Tomodensitométrie d'un membre	___	___	___	___	_____
Tomodensitométrie du cerveau	___	___	___	___	_____
Imagerie par résonance magnétique d'un membre	___	___	___	___	_____
Imagerie par résonance magnétique du cerveau	___	___	___	___	_____
Scintigraphie osseuse	___	___	___	___	_____
Échographie	___	___	___	___	_____
Études de conduction nerveuse	___	___	___	___	_____
Autre, précisez : _____	___	___	___	___	_____

4.4 Consultation auprès d'un spécialiste à cause de ce problème :

	Oui	**Non**	**Demandé**	**Inconnu**	***Dans l'affirmative,* diagnostic :**
Pédiatrie générale	___	___	___	___	_____
Neurologie pédiatrique	___	___	___	___	_____
Orthopédie pédiatrique	___	___	___	___	_____
Rhumatologie pédiatrique	___	___	___	___	_____
Neurologie	___	___	___	___	_____
Orthopédie	___	___	___	___	_____
Rhumatologie	___	___	___	___	_____
Anesthésie interventionniste	___	___	___	___	_____
Clinique multidisciplinaire de la douleur	___	___	___	___	_____
Programme intensif de réadaptation de la douleur *Dans l'affirmative,* lieu : _____	___	___	___	___	_____
Ergothérapeute	___	___	___	___	_____
Physiothérapeute	___	___	___	___	_____
Psychologue	___	___	___	___	_____
Autre, précisez : _____	___	___	___	___	_____

SECTION 5 – TRAITEMENT DEPUIS L'APPARITION DES SYMPTÔMES

5.1 Analgésiques et adjuvants :

	Oui	**Non**	**Prescrit**	**Inconnu**	
Acétaminophène	___	___	___	___	
Anti-inflammatoires non stéroïdiens (p. ex., ibuprofène, naproxène, kétorolac)	___	___	___	___	
Tramadol	___	___	___	___	
Autres opioïdes (p. ex., morphine, codéine)	___	___	___	___	
Agents topiques (p. ex., lidocaïne, diclofénec)	___	___	___	___	
Agents topiques composés	___	___	___	___	*Dans l'affirmative,* % : _____

	Oui	**Non**	**Prescrit**	**Inconnu**
Antidépresseurs tricycliques (p. ex., amitriptyline, nortriptyline)	___	___	___	___
Gabapentinoïdes (p. ex., gabapentine, prégabaline)	___	___	___	___
Agents du canal sodique (p. ex., carbamazépine)	___	___	___	___

	Oui	Non	Prescrit	Inconnu	
Inhibiteur sélectif de la recapture de la sérotonine (p. ex., sertraline)	___	___	___	___	
Inhibiteur de la recapture de la sérotonine et de la noradrénaline (p. ex., duloxétine)	___	___	___	___	
Bisphosphonates	___	___	___	___	
Injection de kétamine (par voie intraveineuse)	___	___	___	___	
Bloc régional	___	___	___	___	*Dans l'affirmative,* précisez : _____
Marijuana médicale	___	___	___	___	
Autre, précisez : _____	___	___	___	___	

5.2 Traitement parallèle ou complémentaire observé ou conseillé pour soigner ce problème :

	Oui	Non	Prescrit	Inconnu
Acupuncture	___	___	___	___
Thérapeute de l'exercice	___	___	___	___
Chiropraticien	___	___	___	___
Massothérapeute	___	___	___	___
Naturopathe	___	___	___	___
Autre, précisez : _____	___	___	___	___

5.3 Traitements amorcés à cause de ce problème :

	Oui	Non	Prescrit	Inconnu
Injections de botox	___	___	___	___
Appareil, orthèse de la cheville et du pied, botte	___	___	___	___
Désensibilisation	___	___	___	___
Imagerie motrice calibrée	___	___	___	___
Orthèses, orthèses pour chaussures	___	___	___	___
Stimulation nerveuse électrique transcutanée	___	___	___	___
Piscine ou hydrothérapie	___	___	___	___
Éducation à la douleur	___	___	___	___
Stratégies psychologiques	___	___	___	___
Forme physique, stratégies d'exercice	___	___	___	___
Yoga	___	___	___	___
Autre, précisez : _____	___	___	___	___

5.4 Suppléments nutritionnels amorcés :

	Oui	Non	Prescrit	Inconnu
Vitamine C	___	___	___	___
Oméga 3	___	___	___	___
Autre, précisez : _____	___	___	___	___

SECTION 6 – RÉACTIONS INDÉSIRABLES

6.1 Réactions indésirables liées à ce problème :

	Oui	Non	Inconnu
Arrêt du traitement à cause d'une exacerbation de la douleur	___	___	___
Surdose accidentelle des analgésiques	___	___	___
Tentative de suicide	___	___	___
Mauvaise utilisation de l'ordonnance (p. ex., diversion, renouvellement rapide)	___	___	___
Consommation de drogues (p. ex., marijuana, gabapentine)	___	___	___

SECTION 7 – ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX

7.1 Antécédents médicaux personnels :

	Oui	Non	Inconnu	
Prématurité	___	___	___	*Dans l'affirmative,* âge gestationnel : _____
SDRC	___	___	___	*Dans l'affirmative,* membre et date : _____
Adaptations pour le TDAH	___	___	___	
Troubles du comportement, classe modifiée	___	___	___	
Trouble de conversion	___	___	___	
Dysménorrhée	___	___	___	
Hypermobilité (score de Beighton sur 9)	___	___	___	
Migraines ou céphalées	___	___	___	

	Oui	Non	Inconnu	
Trouble de l'humeur ou trouble anxieux	___	___	___	
Tachycardie ou hypotension orthostatique posturale	___	___	___	
Tension artérielle en position couchée : fréquence cardiaque de ___ battements/min				
Tension artérielle en position debout (2 min) : fréquence cardiaque de ___ battements/min				
Maladie rhumatologique (p. ex., arthrite inflammatoire juvénile, lupus érythémateux disséminé)	___	___	___	
Autre trouble douloureux (p. ex., chronique, fonctionnel)	___	___	___	*Dans l'affirmative*, précisez : _____
Autre affection médicale ou trouble de santé mentale	___	___	___	*Dans l'affirmative*, précisez : _____

		Oui	Non	Inconnu	
7.2	SDRC touchant un parent du premier degré	___	___	___	*Dans l'affirmative,* lien avec l'enfant : _____

SECTION 8 – PLAN DE SUIVI DU PATIENT

8.1 Je suis : pédiatre général____ médecin dans une clinique de la douleur____
surspécialiste/autre (précisez) : _____

8.2 Je suivrai le patient : ____
Autres services pour suivre le patient, précisez : _____
Type de thérapeute qui suivra le patient, précisez : _____

___ **J'accepte que le PCSP prenne contact avec moi pour obtenir des compléments d'information.**
___ **Je préfère que le PCSP ne prenne pas contact avec moi pour me demander des compléments d'information.**

SECTION 9 – MÉDECIN DÉCLARANT

Prénom_____ Nom_____

Adresse_____

Ville_____ Province ou territoire_____ Code postal_____

Téléphone_____ Télécopieur_____

Courriel_____ Date de complétion_____

Merci d'avoir rempli ce formulaire.