

Douleur et cancer

Intérêt d'une RCP Inter régionale de recours?



D BAYLOT, V TEQUI, G CHVETZOFF
DISSPO
CLB LYON

WEB Conf



- **Projet initial**
 - Equipe de départ : B Fergane de Besançon, Ivan Krakowski de Nancy, D Baylot de Saint Etienne (ATS technique interventionnelles)
 - Partager des dossiers difficiles douleur et cancer avec une orientation technique interventionnelle
 - ✦ Plusieurs idées : développer les techniques interventionnelles et préciser les indications
 - ✦ Partager les expériences
 - ✦ Proposer aux patients l'accès à des techniques non dispo sur place
 - Etablir une base de données pour des études sur l'efficacité des TI

Plusieurs problèmes posés : 1 Le support; 2 Le timing, 3 développer la culture RCP, 4 les compétences souhaitées



- Le support : Onco Lorraine en avance sur le réseau avec développement de web conf
- Le timing : une heure, deux fois par mois, premier et troisième vendredi de chaque mois
- Les compétences : algologues, anesthésistes, neurochirurgiens, oncologues, radiothérapeutes, radiologues interventionnels
- Participation régulière ou ponctuelle

Ce qui a marché



- Régularité dans les web, efficience technique
- Fidélisation de certaines équipes : Lyon, Nancy, Verdun, Saint Etienne, Bordeaux, Rotschild
- Apports de discussion avec des conséquences « concrètes » pour les patients

Ce qui a moins bien marché



- Principale limite manque de compétence neurochirurgicale douleur : grand espoir avec Rotschild...
- Nombre restreint de dossier
- Difficulté à attirer des jeunes praticiens
- Pas de banque de données exploitables
- Avenir :

Reste t'il une utilité à cette RCP de recours ?



- Chaque centre a ces propres RCP ou ces réseaux

Les TI se sont développées ++++

- Nos besoins persistants : neurochir de la douleur et radiologues interventionnels, anesthésistes
- Cas complexes qui sont plus fqts
- Avis de confrères
- Participe à notre formation
- Accepter de l'inscrire dans son agenda

Si vous voulez participer



Premier et troisième vendredi de chaque mois de 8h30 à 9h30

- <https://www.lorrconf.org/sos>
- Tel : 01 72 28 30 01 puis 50 38 83 91 #
- <https://e-rcp.sante-lorraine.fr>

Cas clinique



- Madame: Dol Prénom: Sara née en 1969
- Mariée Deux enfants de 4 et 14 ans
- 2009 : Nodule du sein gauche
 - Biopsie: carcinome canalaire infiltrant triple négatif
- 12/2009: Mastoplastie bilatérale de réduction+ tumorectomie sein gauche+ 3 sentinelles non envahis
- RCP : 6 TAC (taxotère + endoxan) plus radiothérapie

Plusieurs récurrences ou poursuite évolutive



- 12/2013 : ganglionnaire cervicale et axillaire
 - Chimio (Taxol; Avastin)
 - Radiothérapie de rattrapage cervicale et axillaire
- 04/2014 : Pet scanner car douleur épaule gauche : « aspect de rémission complète »
- 10/2014 : Image infrapectorale gauche : récurrence localisée : curage Lympho Nodulaire axillaire par abord direct
- Poursuite évolution rétro claviculaire
- Année 2015 : plusieurs cryoablations (4) de nodules tumoraux; essai thérapeutique immunothérapie



- Aggravation, chimio : Xeloda + Eribuline puis Carbo + Paclitaxel
- 03/2017 : exérèse tumorale avec pontage A+V conservateur membre sup
- 05/2017 : Pet scanner: évolution locale : désarticulation inter scapulo thoracique
- 8 lignes de chimiothérapie, trois radiothérapies, quatre chirurgies, RI....

Les douleurs ont jalonné le parcours



- Douleurs mixtes : excès de nociception/neuropathique
- Membre fantôme après amputation
- Morphiniques, y compris méthadone
- Antineuropathiques
- Antihyperalgésiants : kétamine
- Prise en charge précoce par équipe de psycho onco plus famille
- Prise en charge par soins palliatifs

STAFF Douleur CLB du 15 Mai 18



- Présentée par Dr V Téqui
 - Éléments de discussion
 - ✦ Femme jeune
 - ✦ Maladie évolutive non contrôlée, sans autres possibilités thérapeutiques spécifiques
 - ✦ Douleurs réfractaires devenant pharmaco résistantes (méthadone) et troubles de la déglutition
 - Propositions
 - ✦ Passage PCA IV morphine + kétamine
 - ✦ Technique interventionnelle ?
 - ✦ On décide de présenter le cas à la Web conf Inter régionale du vendredi



RCP du 18 Mai



- Présentation du cas par Dr Téqui
- Présents : I Krakowski de Bordeaux, N Crétineau de Nancy, JL Zitloti de Verdun, V D'Hardemare Paris, D Baylot, G Chvetzoff, V Tequi Lyon, F G Barral Saint Etienne,....
- Partage des images

Scanner Cervico-thoraco-abdomino-pelvien

Actu Sé: 4
Im: 60/344

CORONAL TA

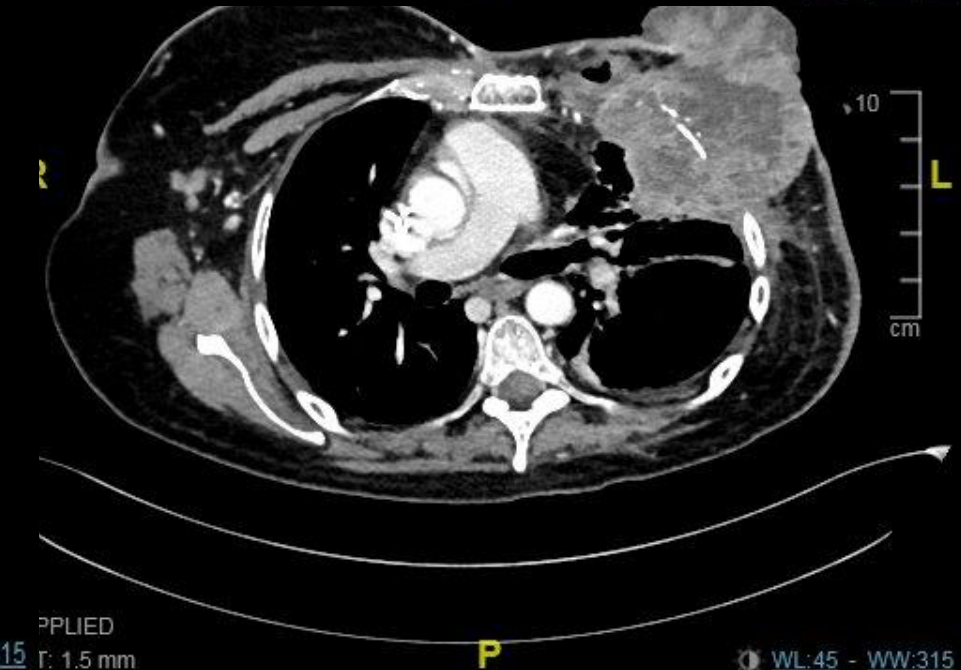
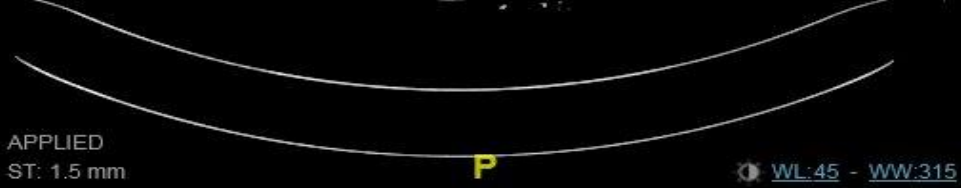
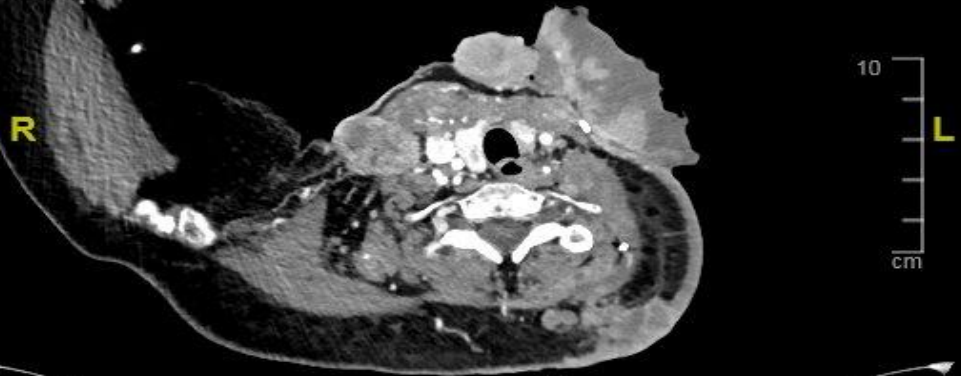
Centre Léon Bérard - Radiolo

Se: 7

Study Date: 16-May-20

Im: 37/86

Study Time: 10:11



Discussion



- Plusieurs possibilités thérapeutiques évoquées : réduction masse tumorale, analgésie IT,
- On a fait le choix d'une technique « radicale » ne nécessitant pas plusieurs passages au bloc...: tractotomie sous mésencéphalique et pose IT
- Tractomie mésencéphalique plus ICV (AG impossible) le 30/5 à la fondation Rotschild

Retour de Paris



- Amélioration initiale nette des douleurs
- Deux symptômes gênants : diplopie plus modification perception sensorielle hémicorps gauche
- Utilisation ICV car latéralisation controlatérale des douleurs par envahissement tumorale dans prise en charge terminale
- Décès le 30/Juin