

Compression médullaire chez un cancéreux: quand et qui opérer?

Vincent Pointillart
Unité de Pathologie Rachidienne JM Vital
CHU Bordeaux

Différencier

compression radiologique
et
compression clinique (douleur, déficit)

En cas de déficit,
si on opère, c'est très vite

Ce que nous savons faire:

Décompresser l'élément neurologique

Fixer l'élément mécanique

Atteinte Neurologique

- Atteinte neurologique = **IRM**
- Au niveau thoracique, le premier trouble est souvent la paraparésie
- Attention aux troubles sphinctériens



IRM rachis entier
incontournable

Éléments du choix stratégique

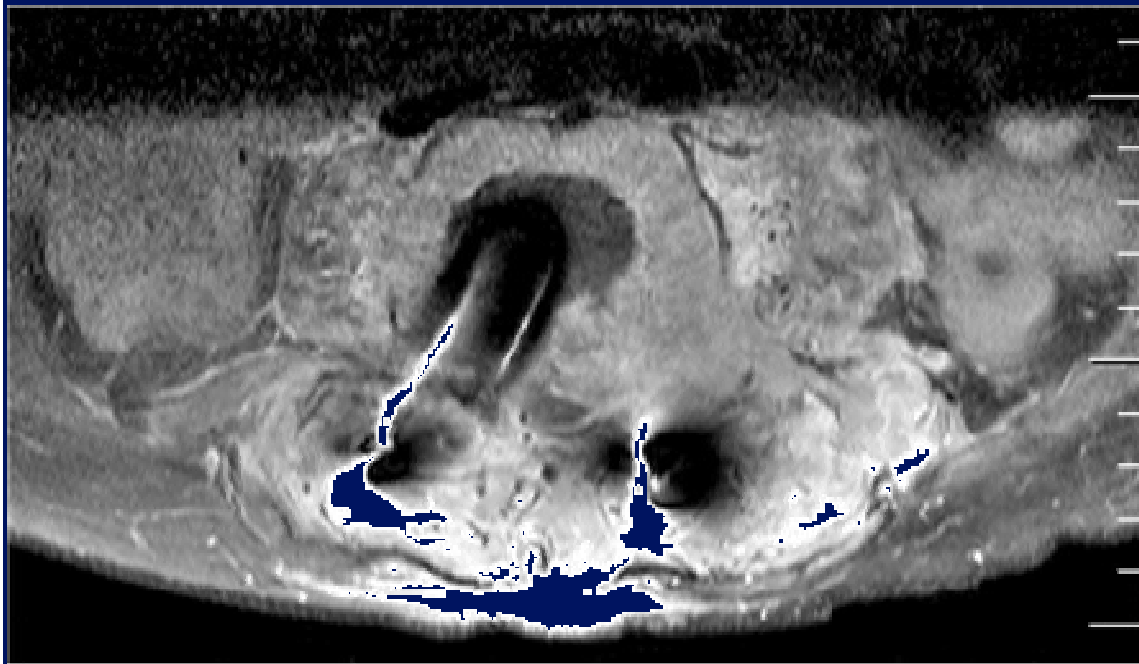
- Sensibilité de la tumeur aux autres traitements
- Evaluation du risque fracturaire
- Evaluation du risque neurologique
- Unicité régionale de la métastase
- Le patient

Cancer du rein

Opéré janv 08

Récidive sous Radiothérapie

Déficit crural gauche



Le but du « scoring » est
d'adapter le traitement au
désir du patient

- En terme de douleur
- En terme de vie quotidienne
- En terme de durée d'hospitalisation
- En terme de respect de la personne

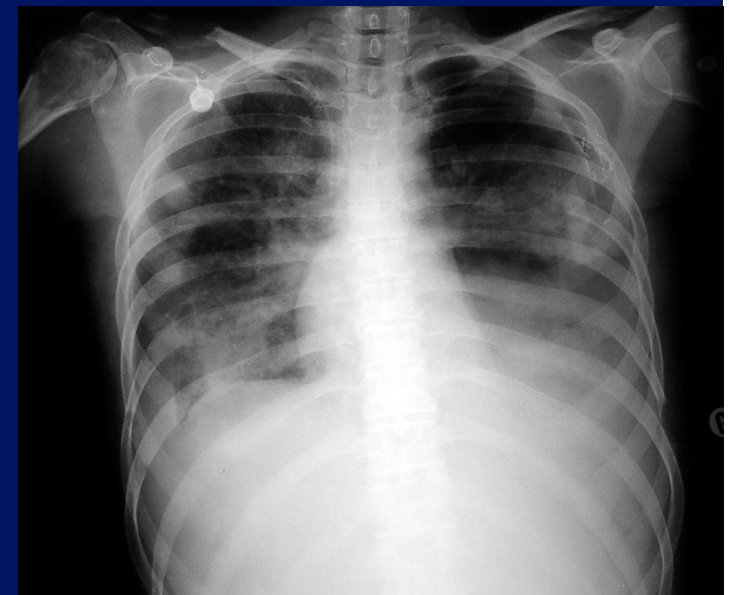
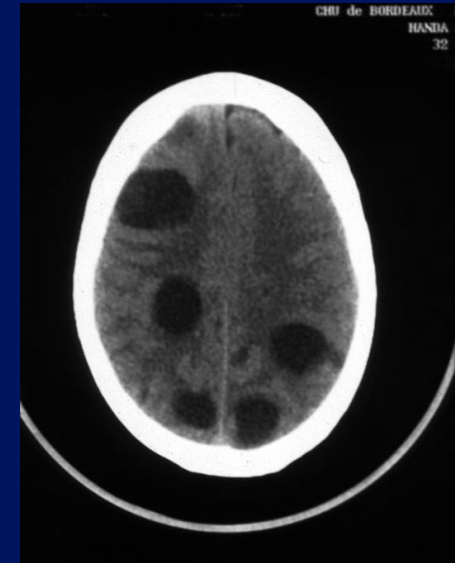
Scoring des métastases

- Situation le long du rachis
- Nombre et dispersion
- Atteinte ou menace neurologique
- Atteinte ou menace mécanique
- Réponse potentielle à radio et/ou chimiothérapie en fonction du primitif
- Traitements antérieurs



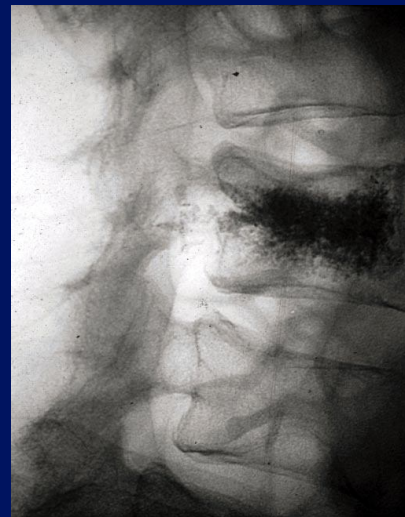
Scoring du patient

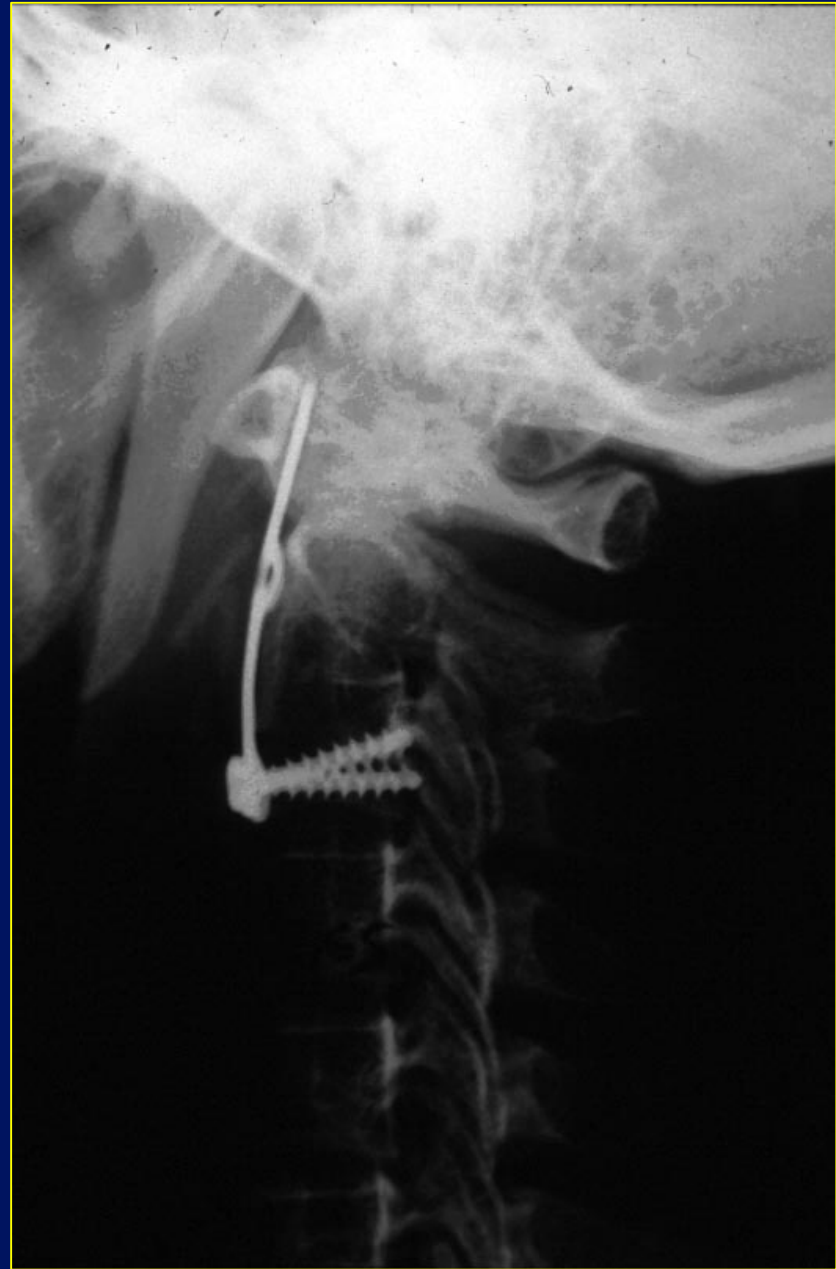
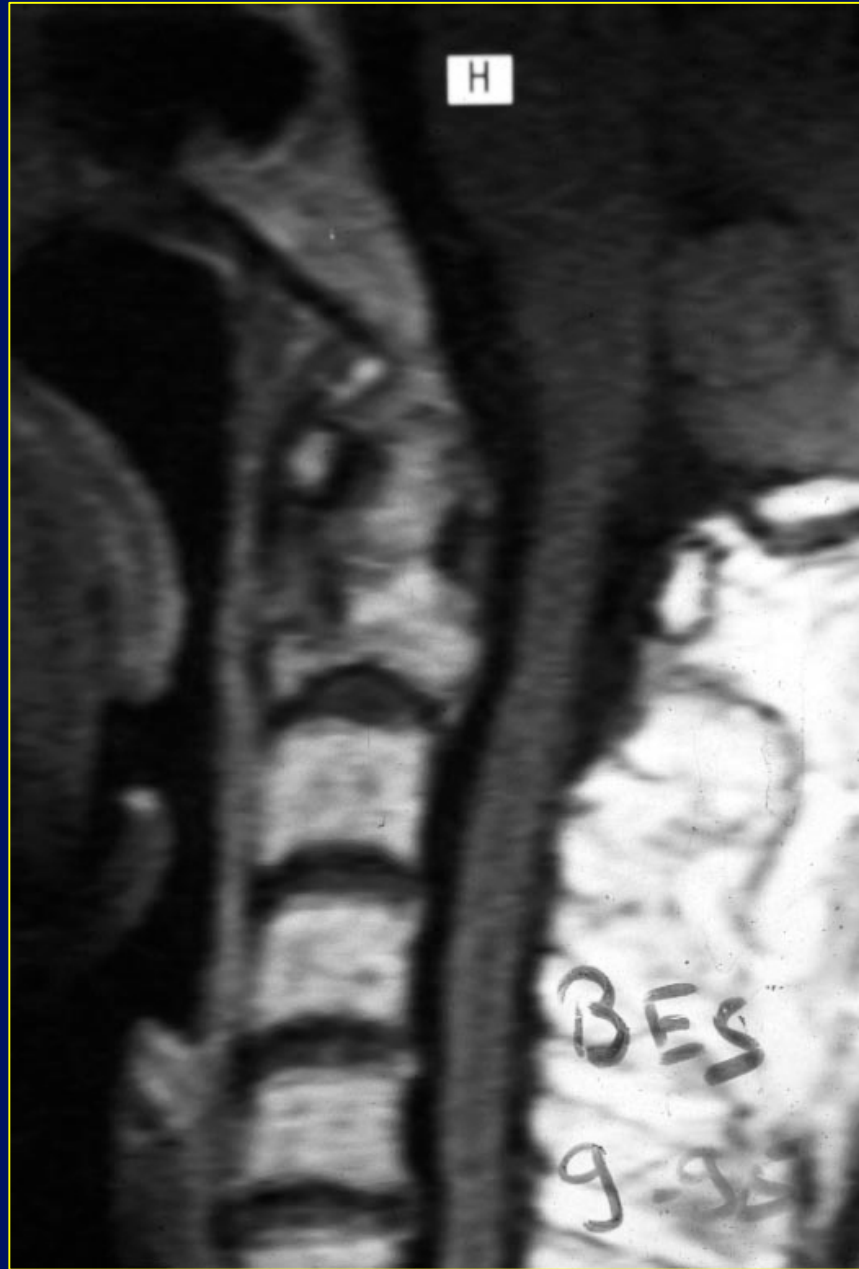
- Echelle de douleur
- Echelle OMS
- Karnofsky ou échelle fonctionnelle
- Tokuashi ou échelle d'espérance de vie
- Dénutrition
- ASA score ou capacité à supporter le traitement

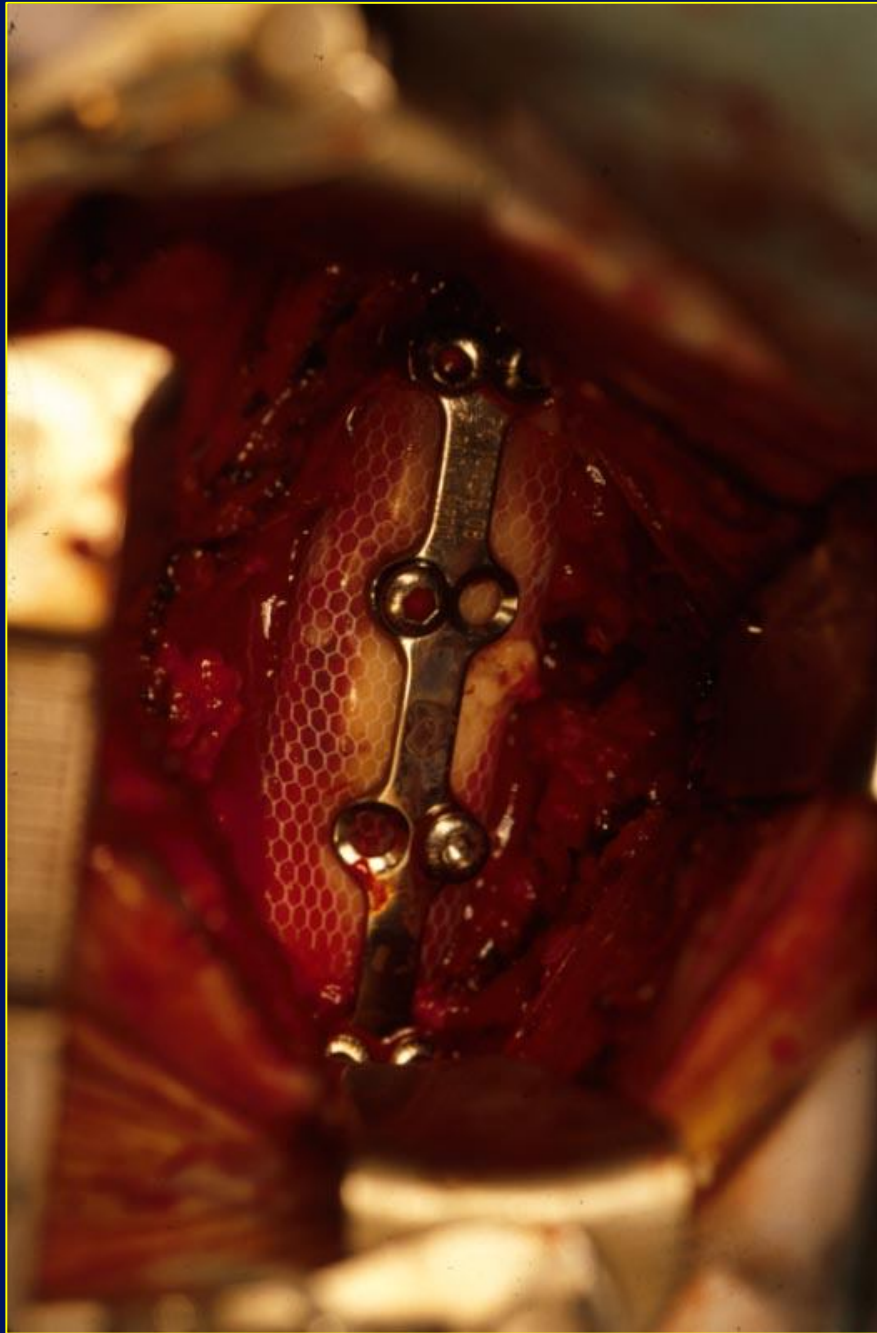


Scoring du traitement

- Type et extension de l'approche
- Saignement prévisible
- Risques neurologiques, cutanés, vitaux
- Douleur induite
- Invalidité induite

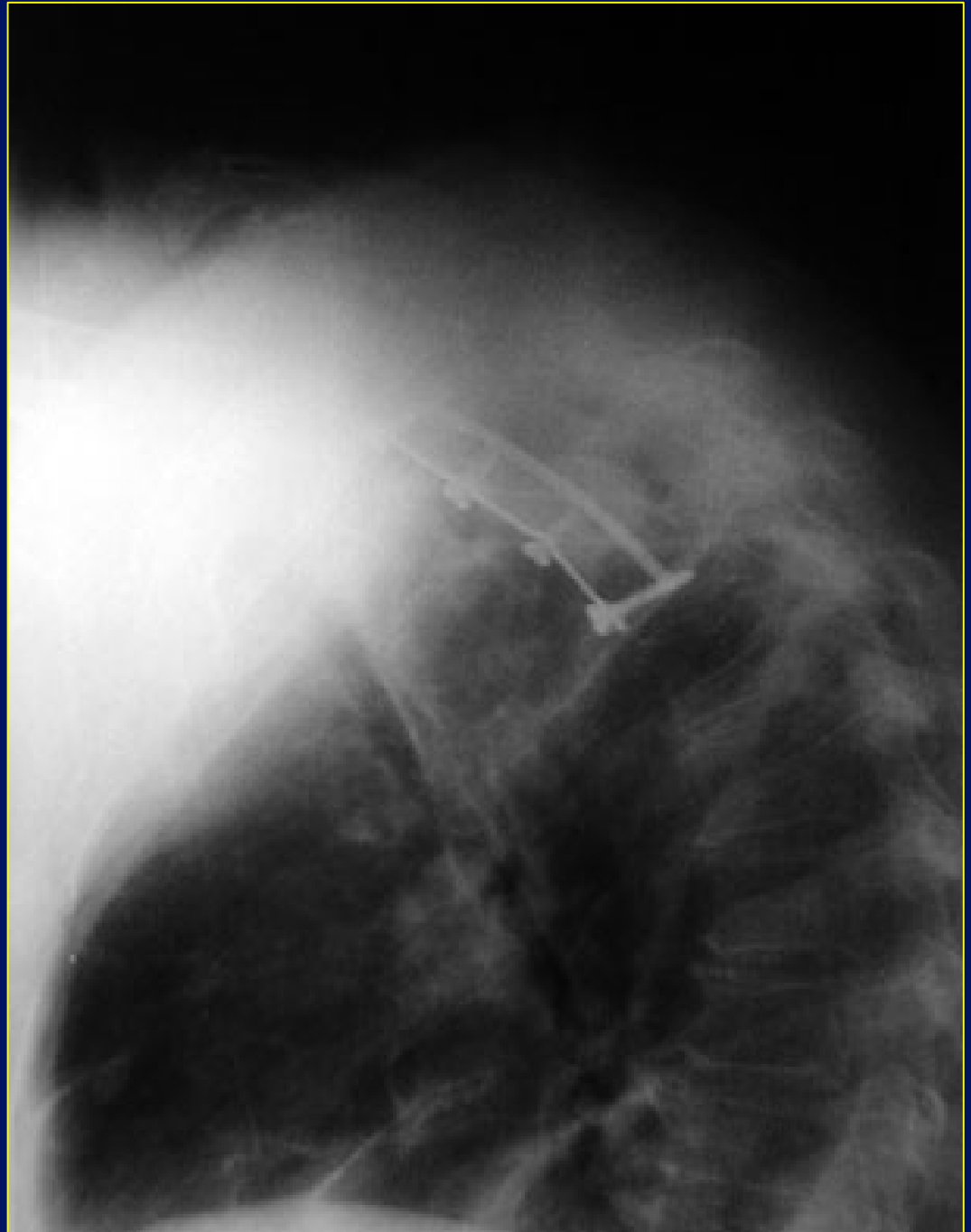




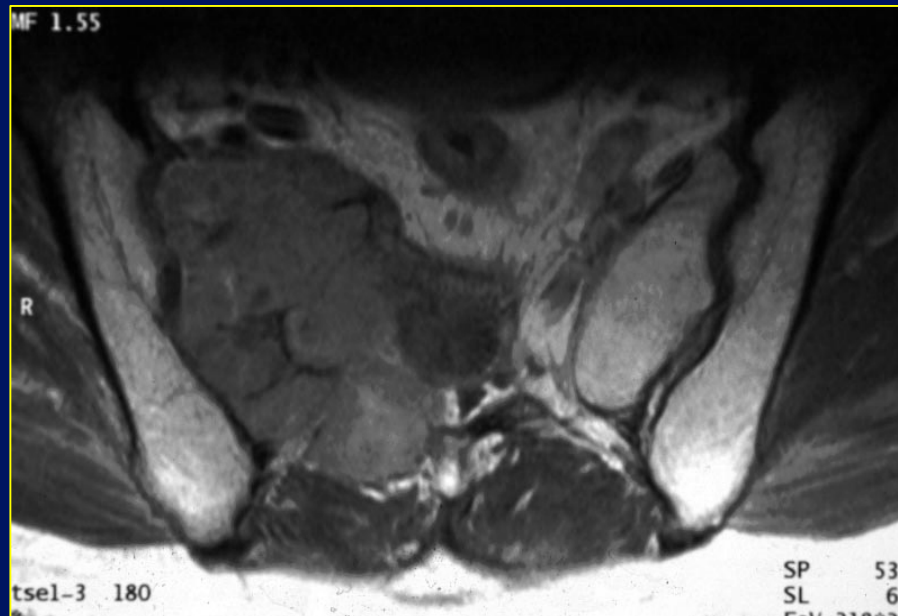
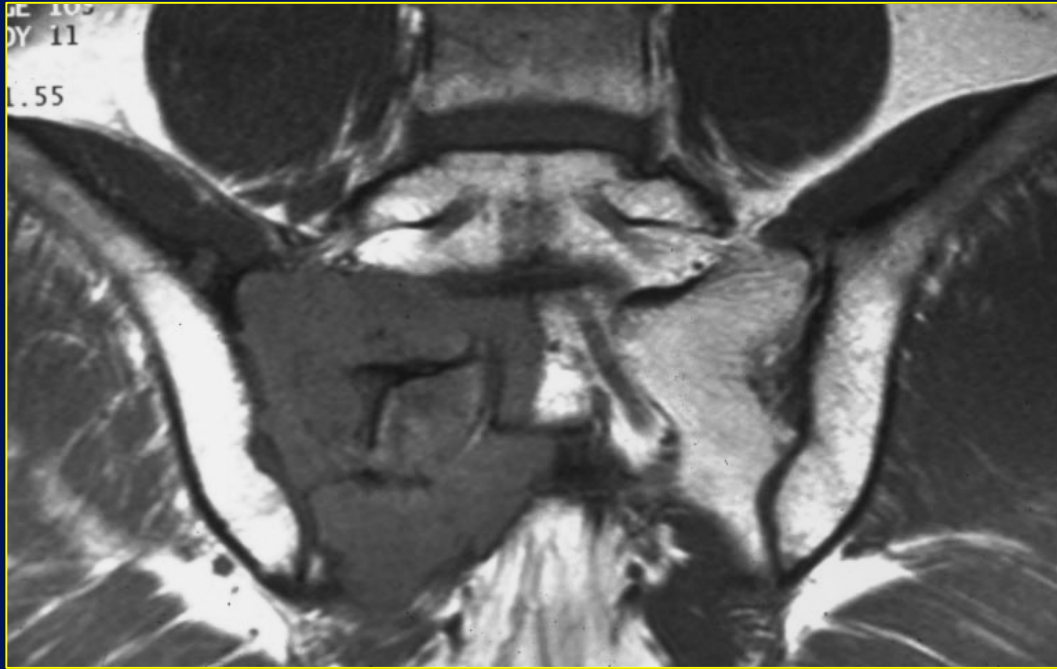






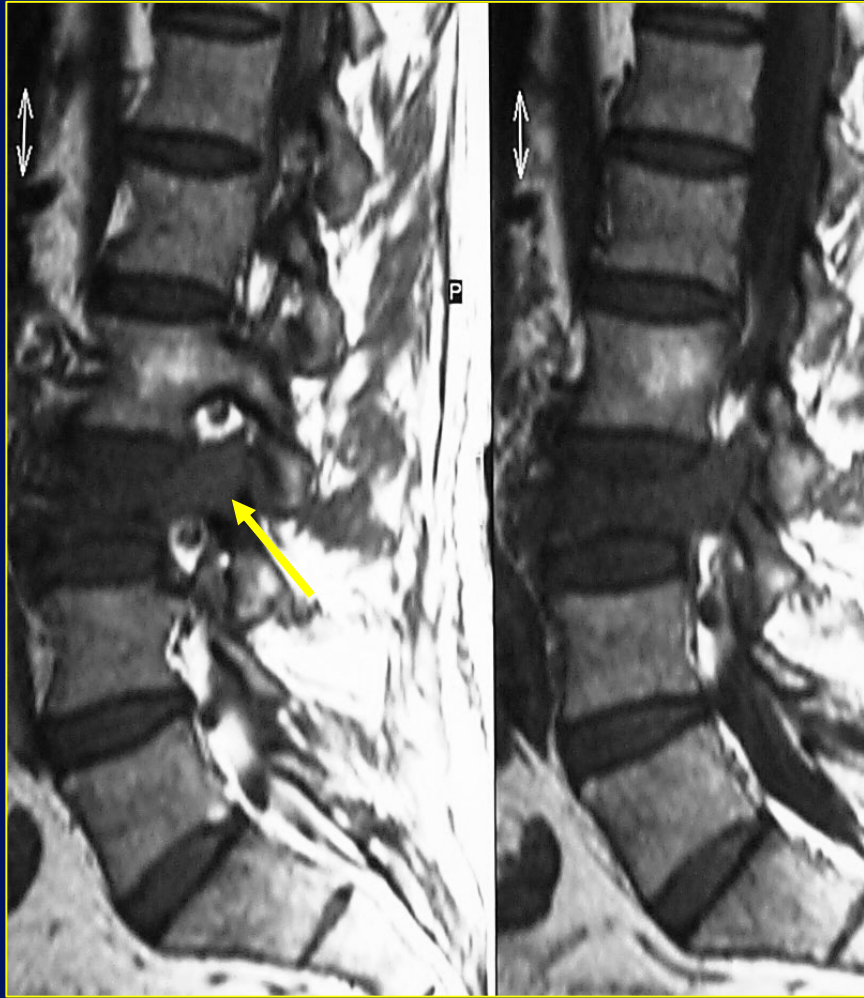




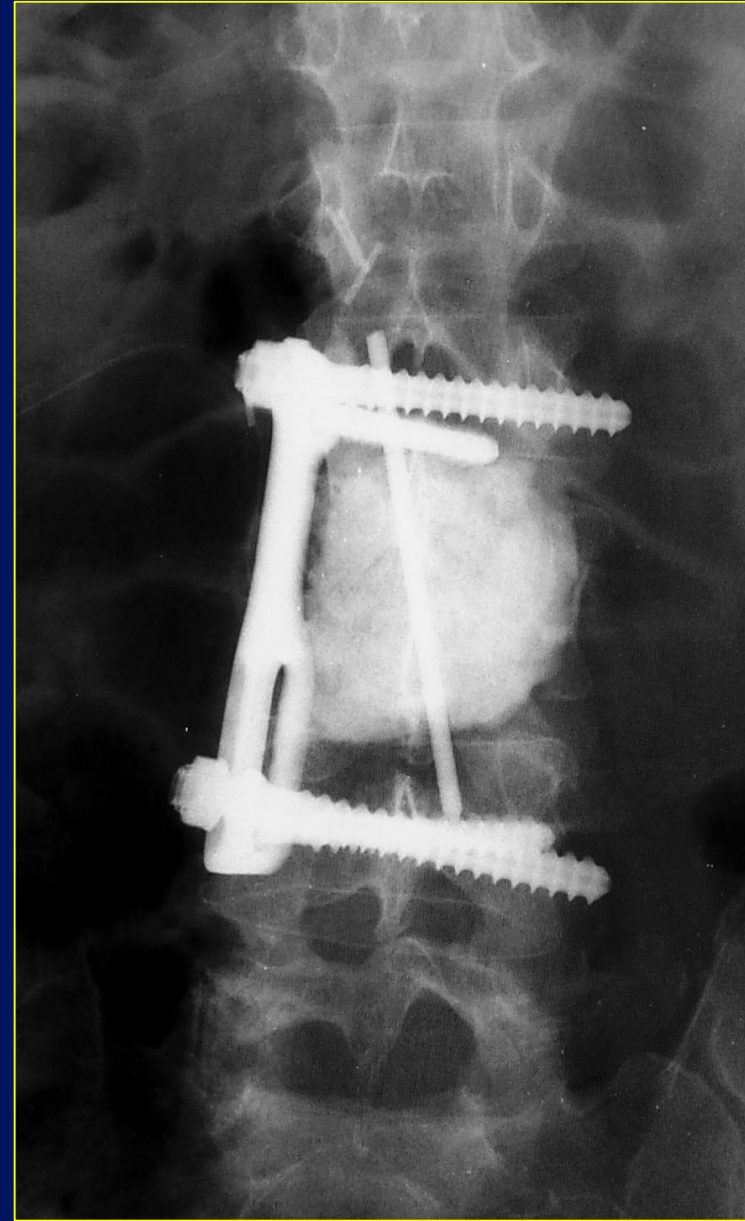


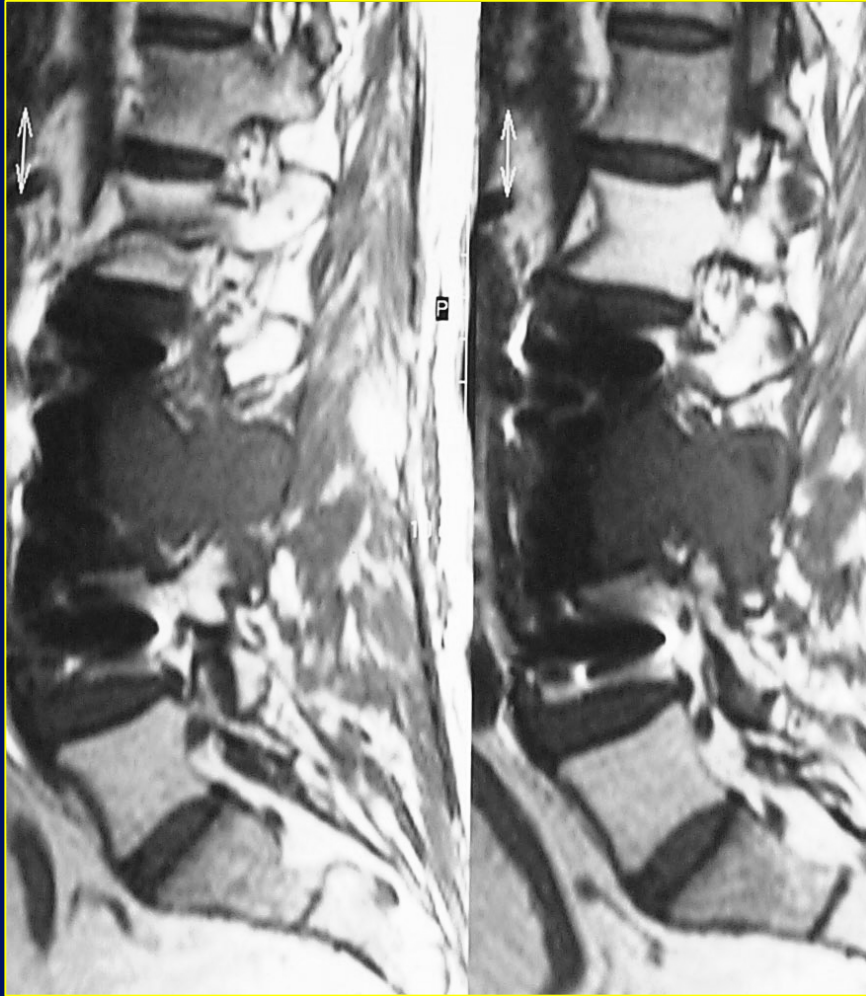
Charnière lombo sacrée



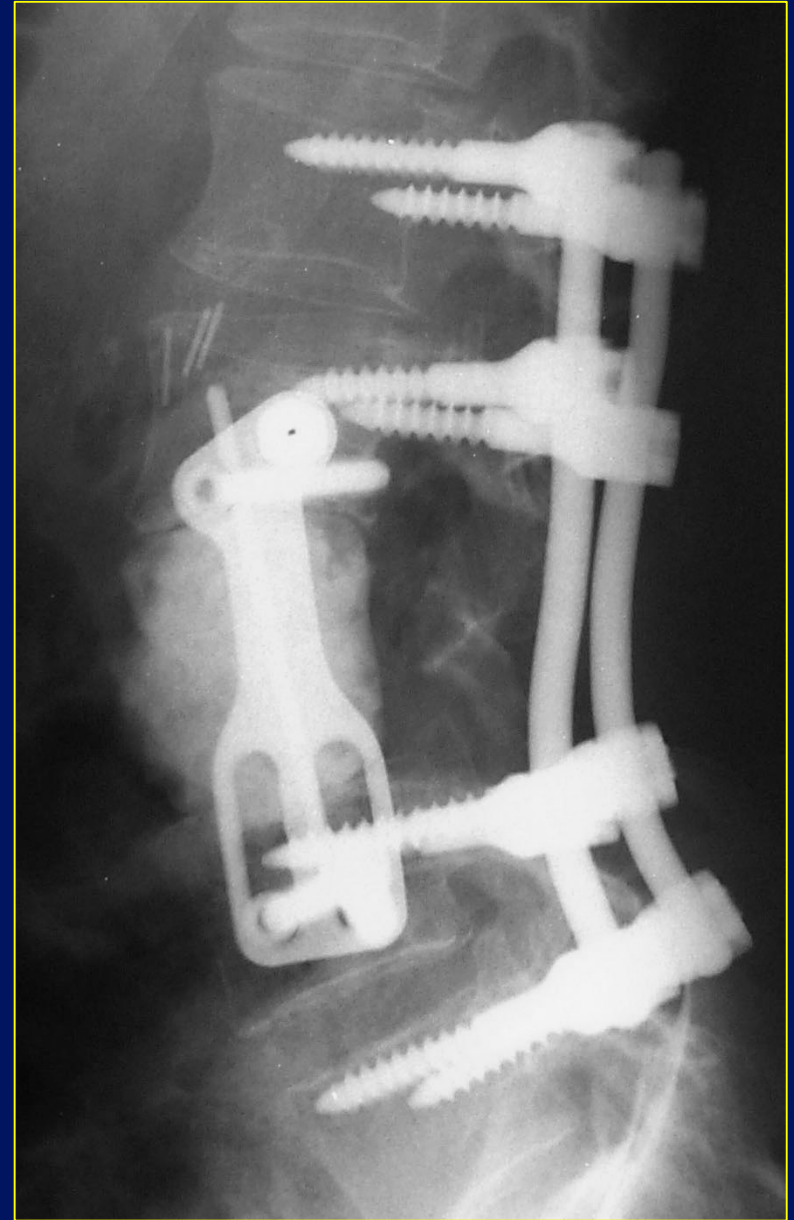


I RM Preop





9 mois plus tard



Qui ne pas opérer

Cas simples

Tous ceux accessibles à une technique non chirurgicale doivent en bénéficier

Intérêt de l'IRM rachis entier

Thérapies générales ou locales

Cas simples

Patients pre mortem

Ne pas accélérer le processus

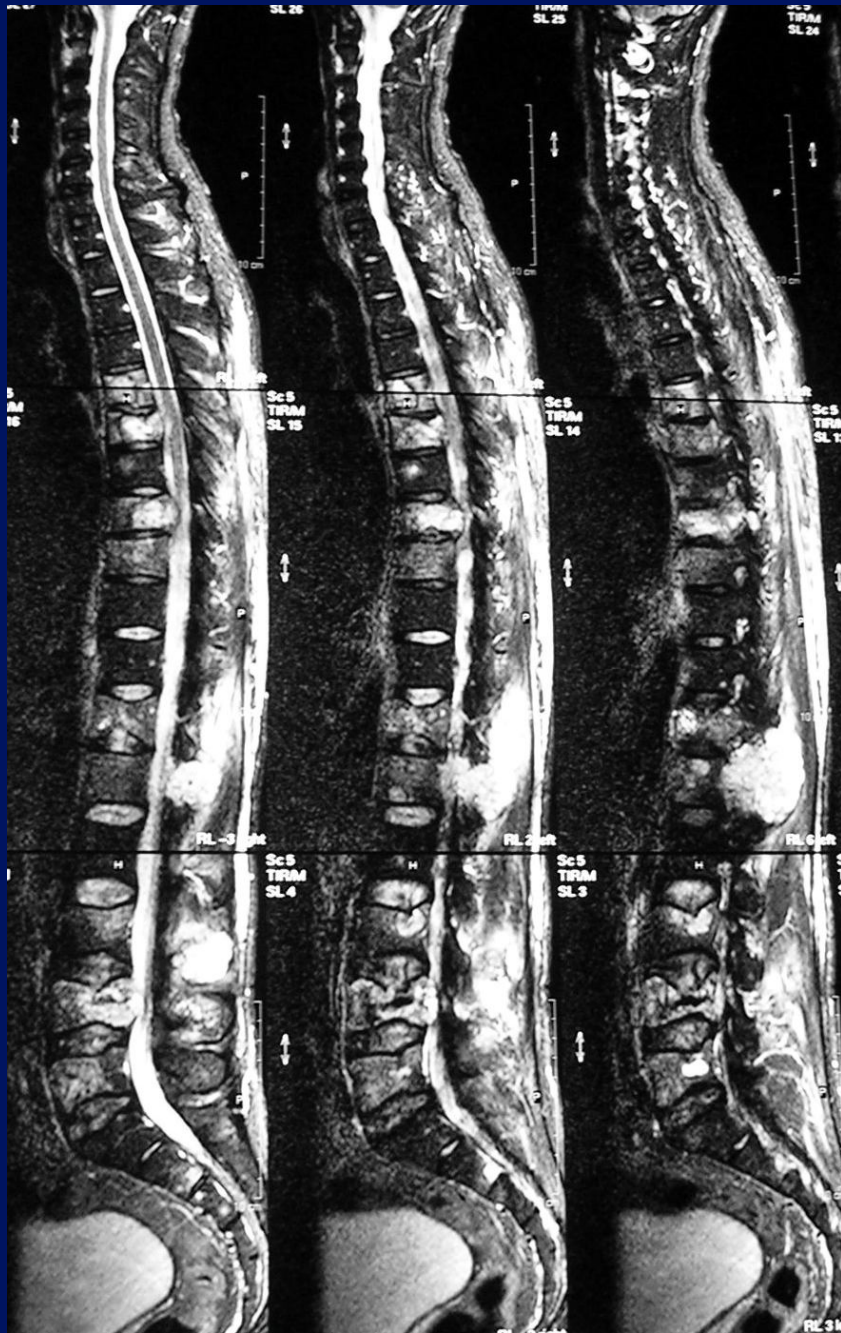
Paralysie complète brutale installée

Cas simples

Le rachis n'est qu'une métastase

Décompression seule
si épidurite compressive
et métastases condensantes





Explosion de la maladie

Délai entre deux évènements

Métastase viscérale

Invasion des tissus mous

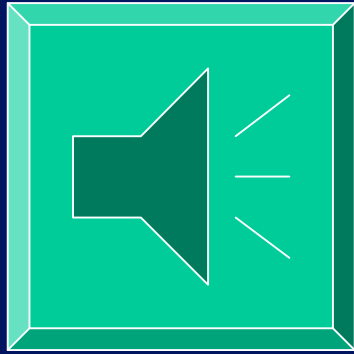
Réponse aux traitements

Tous les autres sont difficiles

La seule personne qui a raison
est celle qui prend le risque de la décision
après concertation

Ce que nous voudrions faire:

Adapter la stratégie au cas par cas
Pour offrir le meilleur au moindre risque



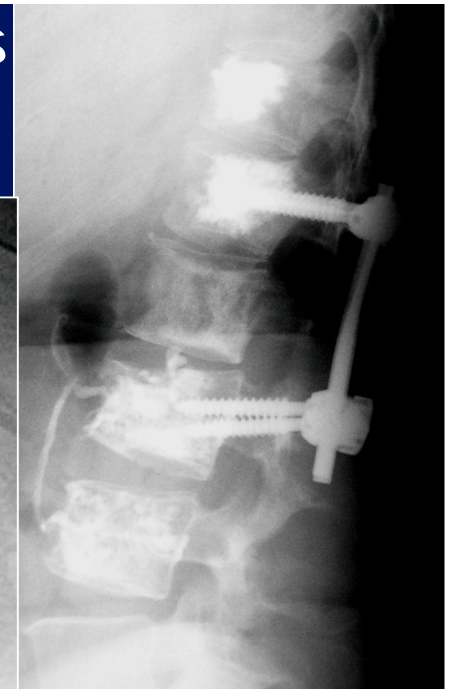
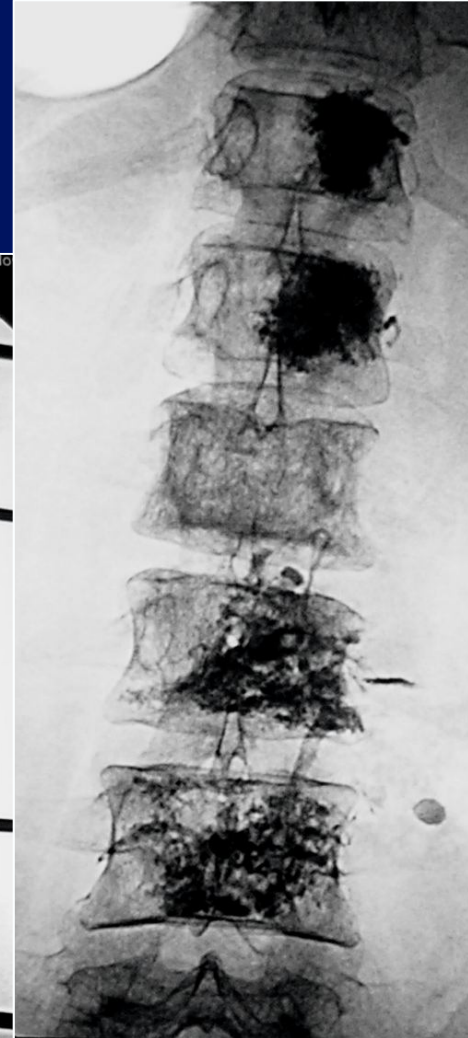
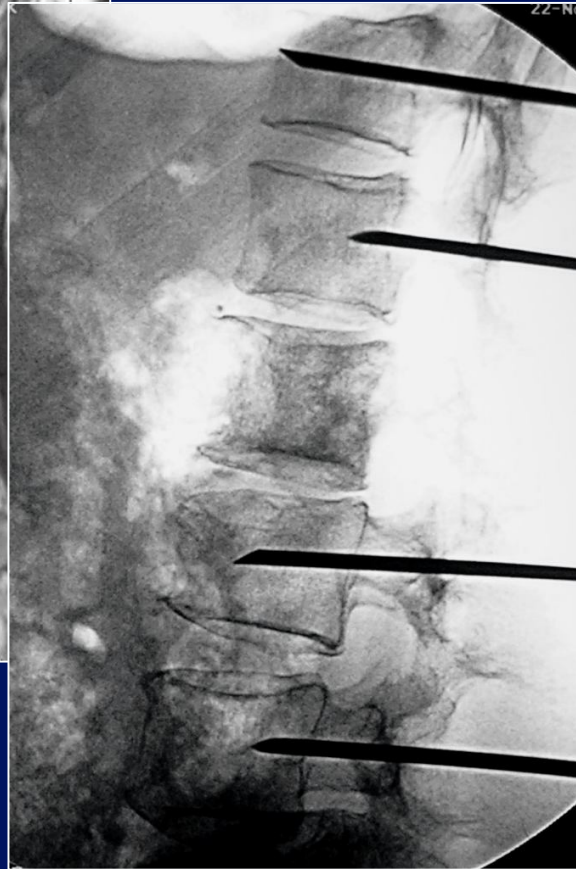
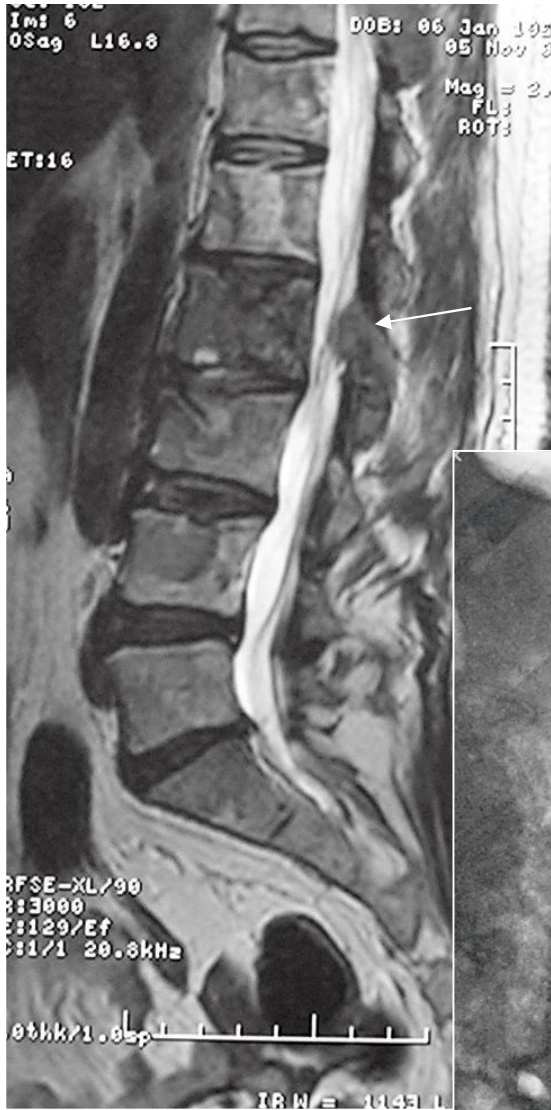
DOULEUR

- Temps moyen entre début des symptômes et diagnostic: **4 MOIS**
- 1/3 des patients entrent dans la maladie par cette complication
- Douleur vertébrale + contexte néoplasique ou sujet de plus de 50 ans = **IRM**

Comment y parvenir ?

Apprendre ce que chacun est capable de faire et évaluer chaque stratégie en prévoyant ensemble les échecs et moyens d'y remédier

Passer d'un problème 5 étages à un problème 1 étage



Complications

- Peau + radiothérapie
- Malnutrition (albumine)
- Toutes les autres.....



Aucune technique n'est « la » bonne à elle seule!

- Nécessité de techniques complémentaires
- Nécessité de décisions multidisciplinaires
- Nécessité d'associer le patient