

QUAND ET POURQUOI PROPOSER UNE ANALGESIE INTRATHECALE ?

Dr Turriere ETSP 04

Dr Weber anesthésiste CH Aix en Provence

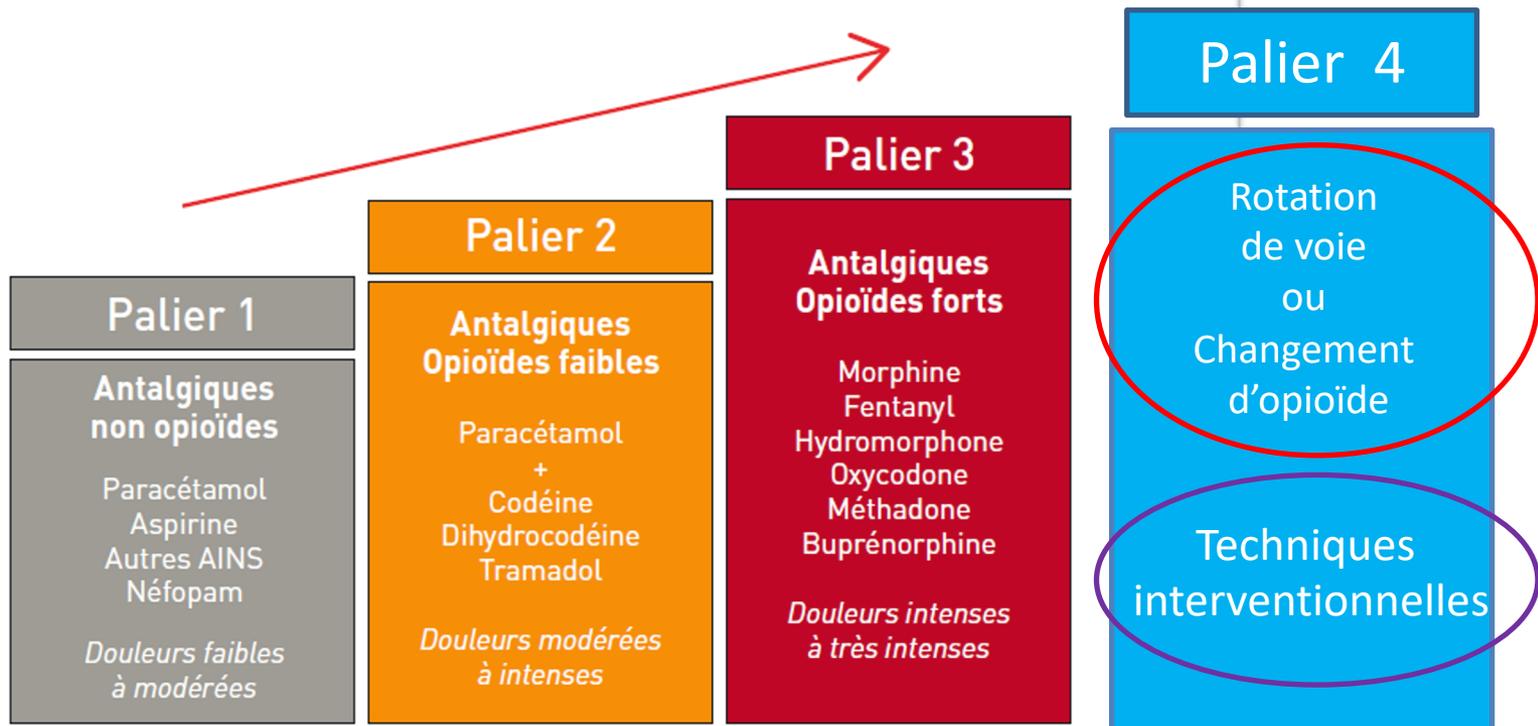
4 décembre 2021

Epidémiologie

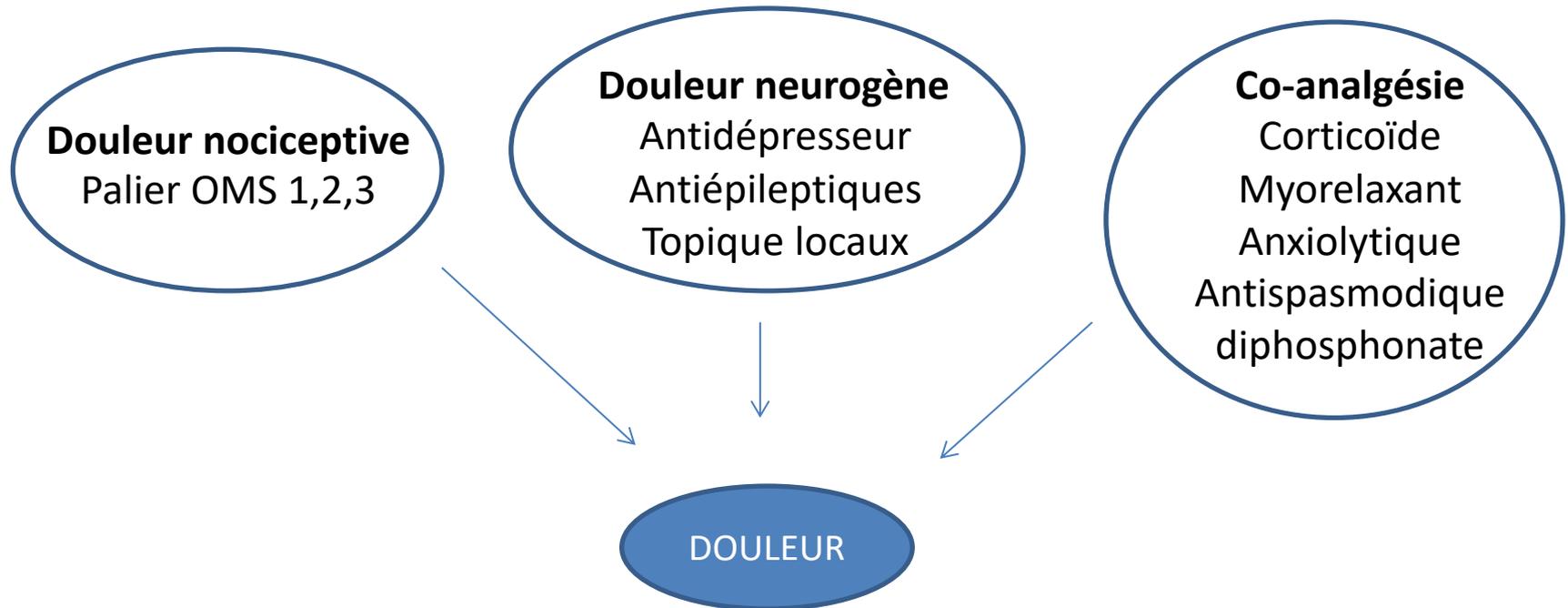
- Quelques chiffres...
- Cancer touche un homme sur deux et une femme sur trois
- Prévalence de la douleur (J pain symptom manage 2016;51:1070-1090)

Prévalence douleur	2007	2012
globale	53%	50%
Pendant les traitement	59%	55%
Phase avancée ou métastatique	64%	66%
Après les traitements	33%	39%

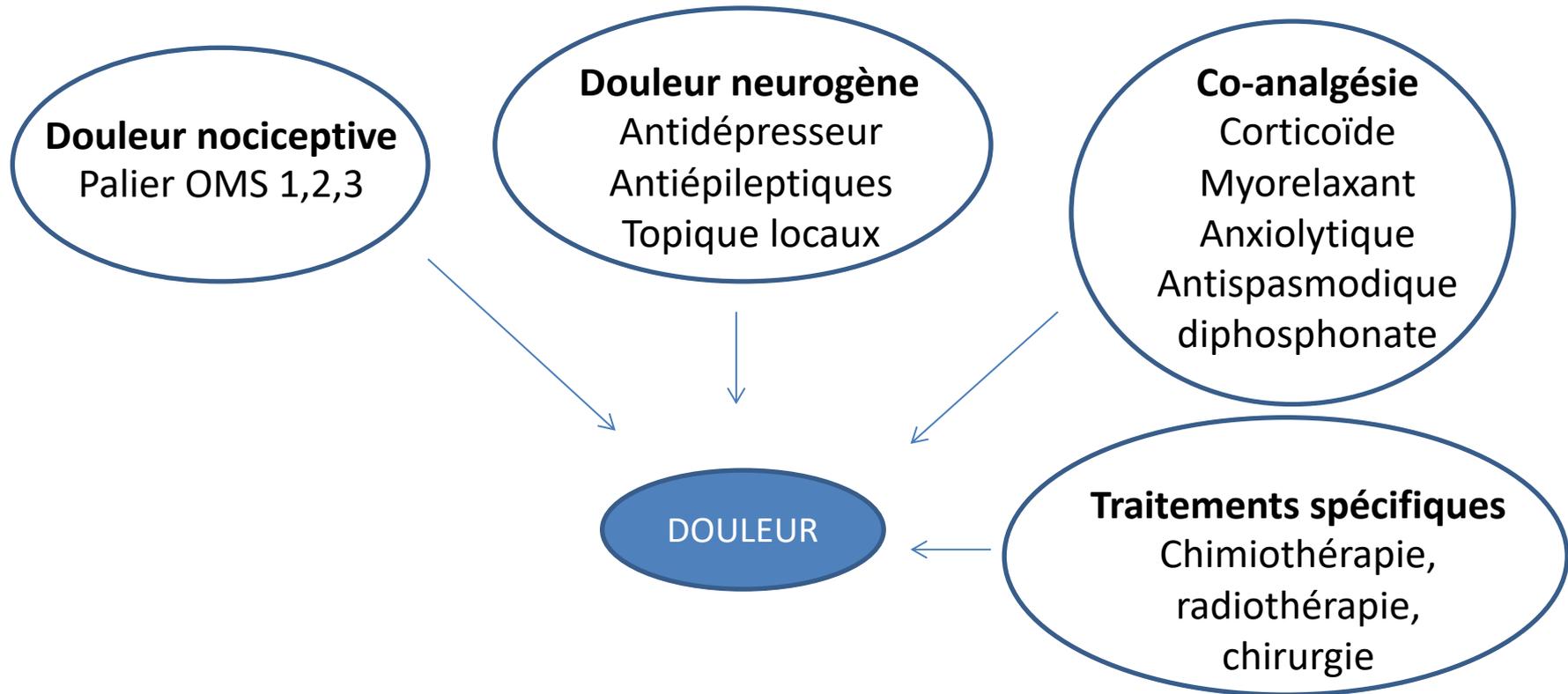
Paliers de l'OMS



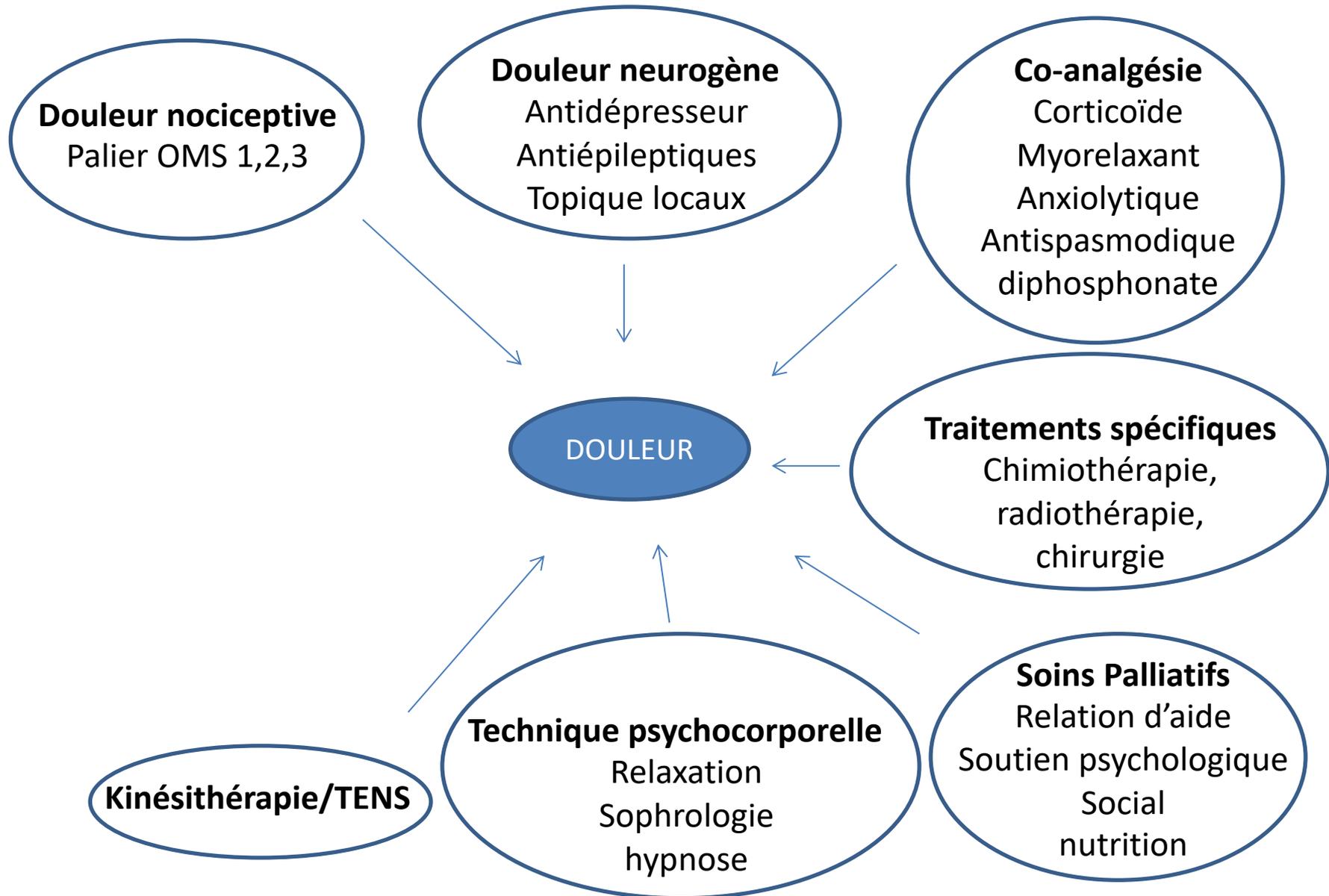
Arsenal Thérapeutique



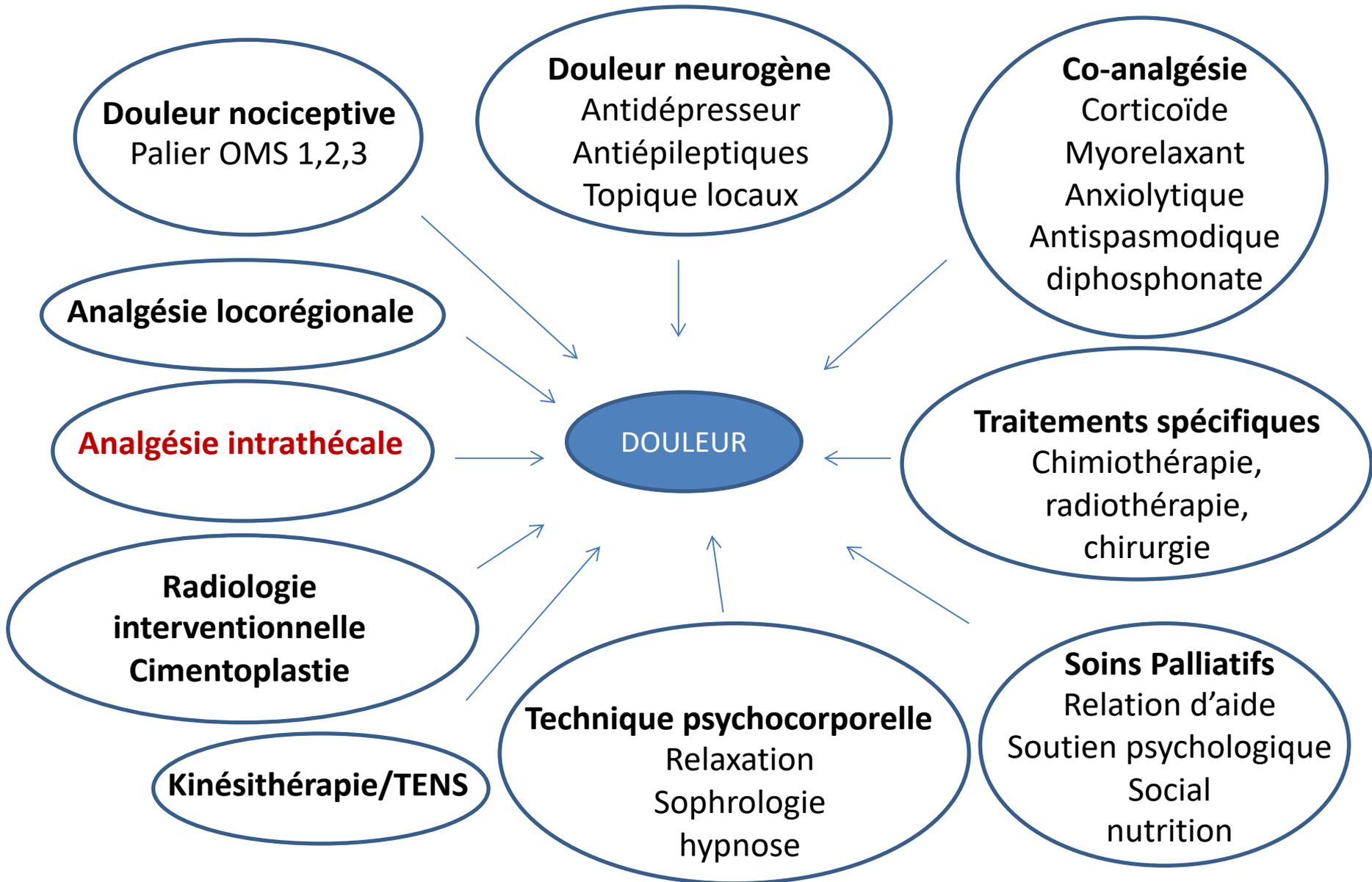
Arsenal Thérapeutique



Arsenal Thérapeutique



Arsenal Thérapeutique



Cas clinique

- Patiente née en 1951
- ATCD de cancer du sein traité en 2004 par chirurgie puis radiothérapie
- Cancer de l'endomètre traité en 2005
 - par chirurgie,
 - radiothérapie externe et curiethérapie

Cas clinique

- Evolution lombo-aortique et osseuse ischion gauche en 2008
 - Irradiation de l'ischion gauche 36 grays en 2008 puis chimiothérapie jusqu'en janvier 2009
 - Asymptomatique jusqu'en **mars 2010** : apparition de douleurs hanche gauche
- A partir de cette date** : persistance de douleurs importantes nécessitant un traitement morphinique mal toléré
 - Adressée en **Aout 2010** pour Cyberknife[®] réfuté eu égard au volume lésionnel
 - => Radiofréquence en octobre 2010
 - Efficacité de courte durée (# 15 jours)

Cas clinique

- RCP **décembre 2010** :
 - Proposition de RT ou si impossible discussion d'une alcoolisation
 - Ré-irradiation ischion gauche 8 Gy dose unique 03/01/11
 - Objectif principal : réduction prise antalgiques, amélioration de la qualité de vie
 - « nous sommes proches d'une impasse thérapeutique concernant cette lésion »
 - Efficacité partielle
- RCP **Mars 2011** :
 - Introduction biphosphonates
 - Poursuite traitement antalgique systémique

Cas clinique

- Réévaluation **Septembre 2011** :
 - Evolutivité de la masse de la branche ischiopubienne gauche
 - Douleur « relativement stable » au prix d'une majoration du traitement antalgique par Skénan (200 mg X 2) et Lyrica (200 mg X 3)
 - Difficultés de tolérance de la morphine notamment à type de somnolence
 - Tentative de rotation des opioïdes
- RCP **Oct 11** :
 - Modification traitement systémique :
reprise d'une chimiothérapie

Cas clinique

- 1ère consultation d'algologie **Octobre 2011** :
De 2008 à 2010 douleurs relativement soulagées
Depuis Juin 2010 douleurs sévères qui altèrent sa qualité de vie
=> Titration morphinique = 900 mg/j
- Hospitalisée **le 14/11/2011** pour douleurs invalidantes (marche impossible)
=> PCA morphine IV = 300 mg/j
=> Programmation d'une pose de KT intrathécal
- **Le 29/11/2011** : Pose du cathéter intrathécal avec pompe programmable

Cas clinique



Evolution des posologies

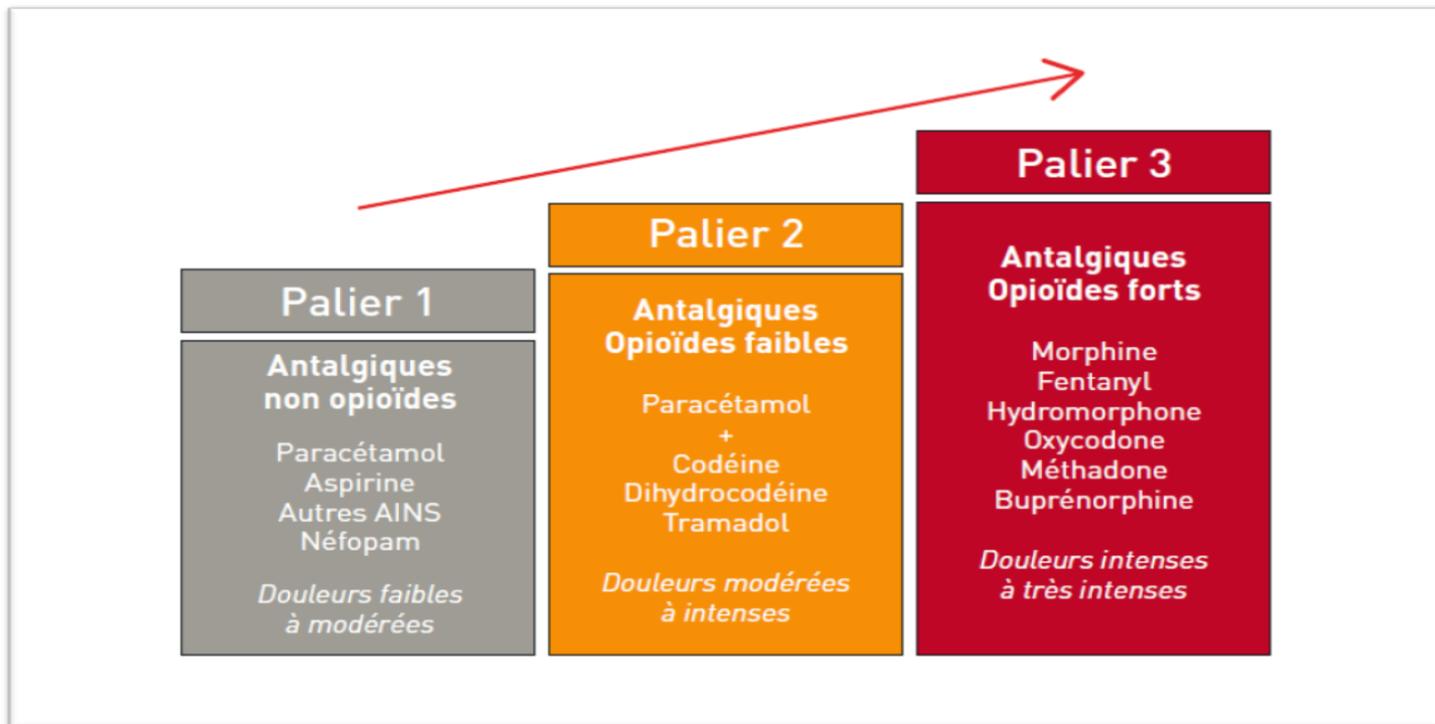
	Morphine (mg)	Naropéine (mg)	Ziconotide (µg)
29/11/2011	3,0	7,0	0,5
12/12	3,5		
26/12	4,0	9,0	0,5
23/01/2012 EN=0	idem		
16/02	idem		
05/04	4,0	10,0	1,0
16/04 EN=10	5,0	13,0	1,3
30/04	idem		
10/05	7,0	15	1,5
22/05	8,5	16	2,0
31/05	9,0	20	2,5

Cas clinique / Conclusion 1

- Malgré une prise en charge pluridisciplinaire de qualité, la valeur ajoutée de la prise en charge en algologie n'est pas apparue évidente à l'ensemble des intervenants
- Nécessité d'une communication auprès des oncologues et radiothérapeutes :
 - Présence et/ou disponibilité des algologues aux RCP
 - Définition de la place de l'algologue dans le projet de soins établi

Cas clinique / Conclusion 2

Techniques interventionnelles



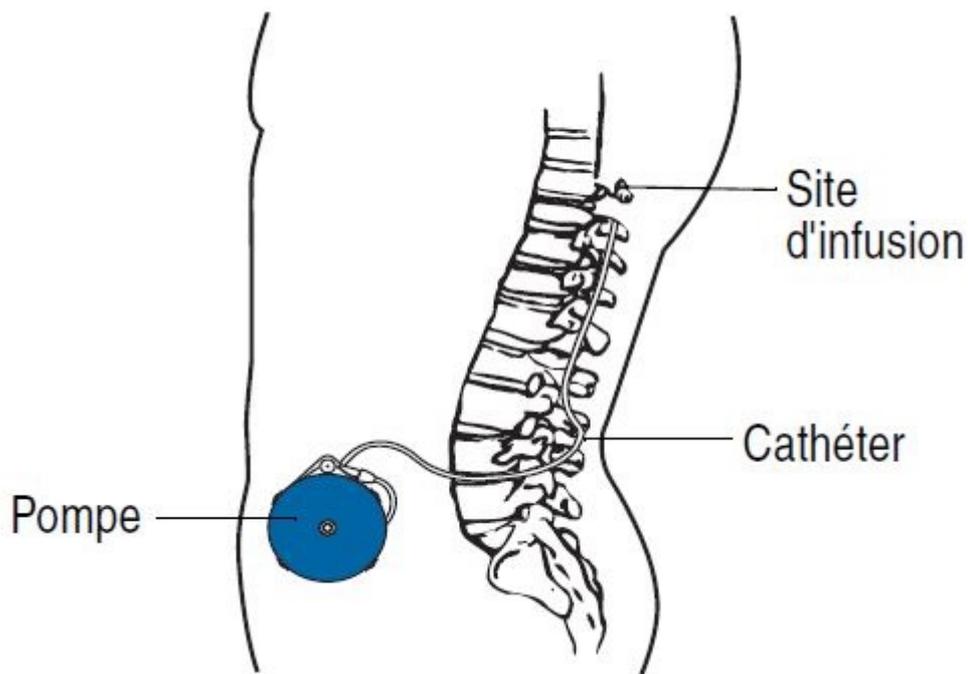
Cas clinique / Conclusion 3

- **Identifier les patients éligibles précocement:**
selon les recommandation de SFAR-SFETD 2013
- Par une équipe pluridisciplinaire
- **Douleur réfractaire** (ex EMPO 300mg/j)
- **Effets secondaires invalidants**
- Indication précoce dans certaines **localisations:**
Cancers abdominopelviens, pancréas, Pancoast Tobias
- **Espérance de vie > 3 mois**

Pourquoi proposer
une analgésie
intrathécale ?

Pompe intrathécale

- Dimension 8,8 cm de large X 2,5cm épaisseur



Pompe intrathécale

- Diminution des doses antalgiques :

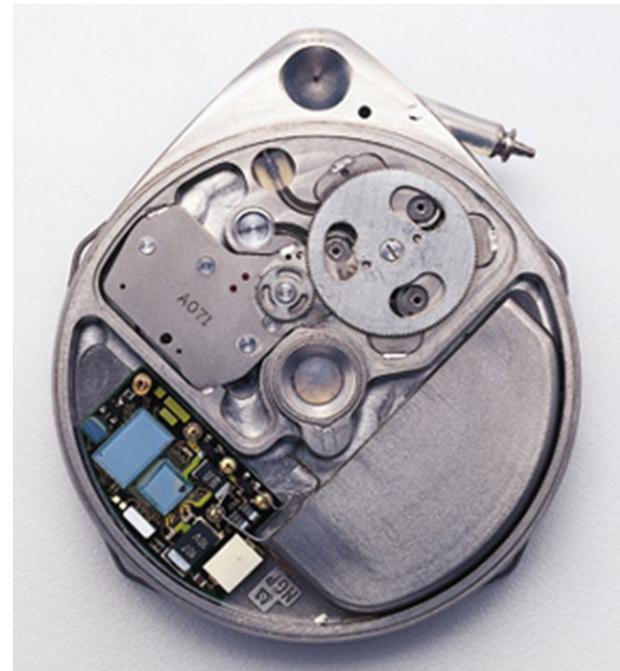
Doses équi analgésiques de morphine			
Orale	IV	Péridurale	intradurale
300 mg	100 mg	10 mg	1 mg

- Amélioration de la tolérance
- Puissance d'action
- Amélioration qualité de vie
 - Maintien à domicile
- Amélioration de la survie



Intérêts de la pompe implantable

- Autonomie totale
 - Retour à domicile / à une vie « normale »
- Asepsie
 - Risque infectieux moindre
- Fiabilité excellente
 - Pannes exceptionnelles
- Programmable
 - Modification des débits
 - Débits modulable /24 H
- Bolus possibles
 - Adaptation des doses
 - Sécurisant pour le patient
- Sécurité
 - Pas de manipulation possible
 - Mémoire des événements

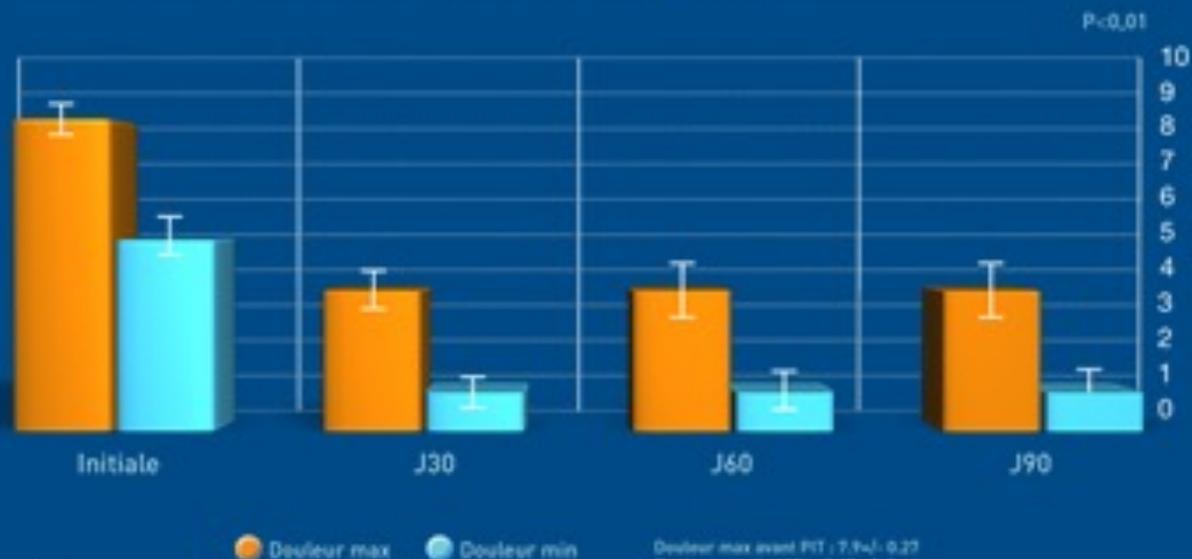


PREUVES CLINIQUES

L'AIA dans la douleur cancéreuse :

Retour sur l'expérience Française™

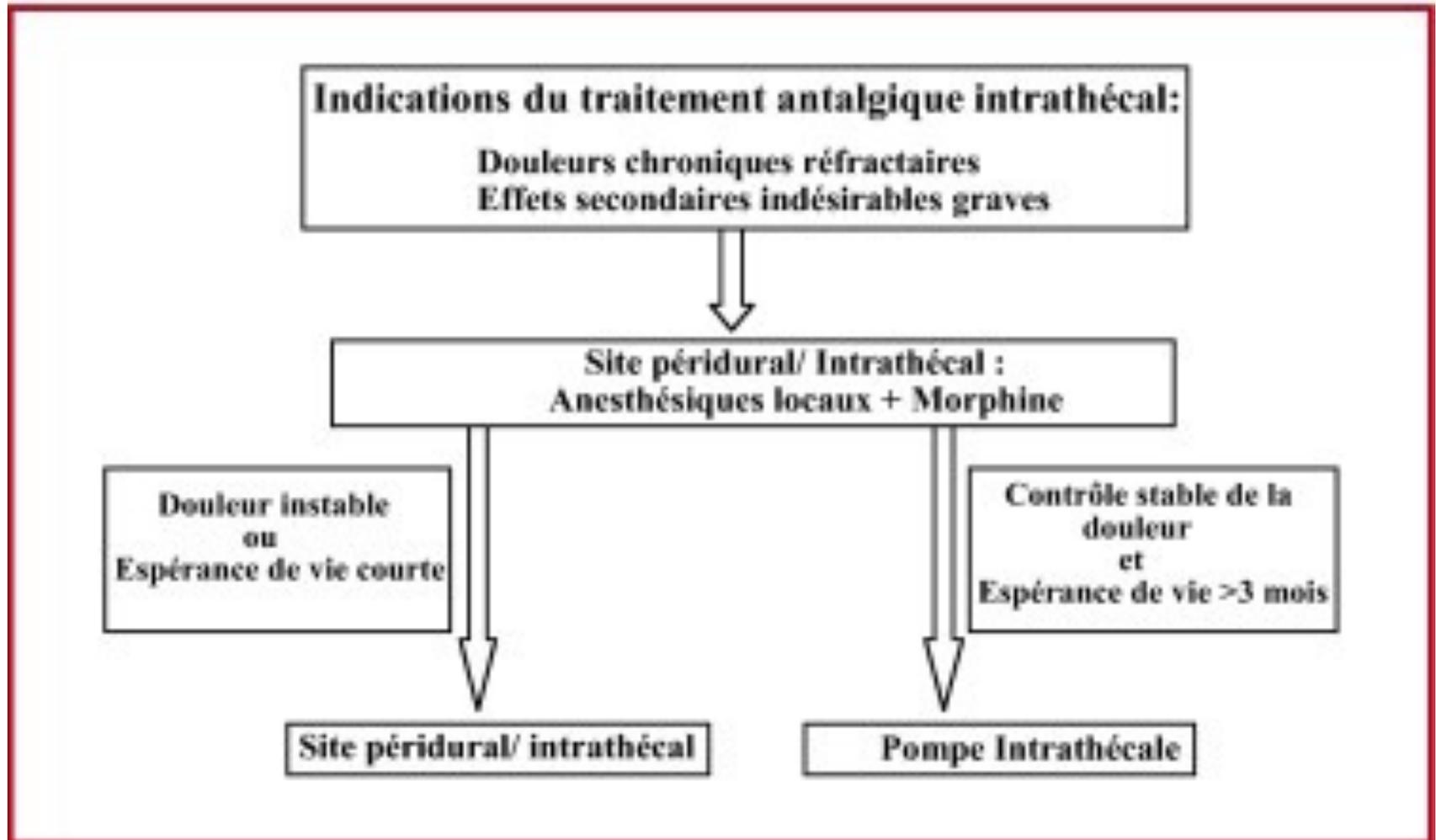
Une amélioration du contrôle de la douleur rapide et pérenne



Chaloupier et al., 2011

Medtronic
Further Together

Péridurale vs intradurale



Conclusion

- Y penser tôt pour ne pas laisser passer le bon moment
- Pour éviter la perte d'autonomie
- Décision collégiale précoce
- Coordination avec les soignants extérieurs et l'entourage
- Etre disponible en cas de problème