

Cathy THERY, Médecin Douleur-Soins Palliatifs, Centre Henri Becquerel, Rouen; Angélique FOUTEL, IDE de l'EMSP, Centre Henri Becquerel, Rouen; Delphine MARTIN, Médecin de Soins Palliatifs, CHU, Rouen; Cyril GUILLAUME, Médecin de Soins Palliatifs, CHU Caen; Camille DI PALMA, Neurochirurgien, CHU, Caen; Jean Christophe THERY, Oncologue, Centre Henri Becquerel, Rouen

Introduction

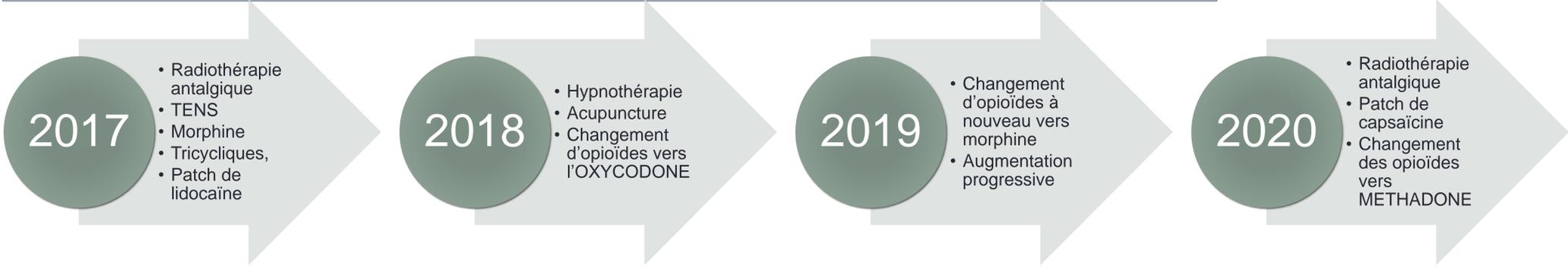
La prise en charge de la douleur cancéreuse est l'un des soins oncologiques de support essentiel pour la qualité de vie du patient. Cette dernière a progressé ces dernières années, requérant une expertise interdisciplinaire et pluriprofessionnelle avec une approche personnalisée et multimodale. Il est proposé diverses techniques: traitements médicamenteux, interventions non conventionnelles (hypnose, acupuncture) et/ou techniques invasives (chirurgie, radiothérapie, radiologie interventionnelle). Malgré ces avancées thérapeutiques et les recommandations internationales, on note encore 10 à 15 % de douleurs dites rebelles, nécessitant l'accès à des techniques de recours. Nous exposons au travers d'une situation clinique les questionnements autour de ces techniques, leur faisabilité et leur « bon moment »...



Fig.1 : lésion ostéolytique de l'hémibassin gauche

Situation clinique

Patiente de 72 ans suivie pour un carcinome d'origine indéterminée métastatique au niveau de la hanche, du fémur et du cotyle gauche depuis 2017. Elle présente des douleurs mixtes en lien avec l'atteinte osseuse (Fig.1). Plusieurs traitements antalgiques médicamenteux ou non médicamenteux sont proposés au fil des années (Fig.2). Plusieurs lignes de chimiothérapies sont réalisées, et une prise en charge palliative exclusive est décidée au mois d'août 2022.



Intolérance aux traitements antidépresseurs et antiépileptiques...

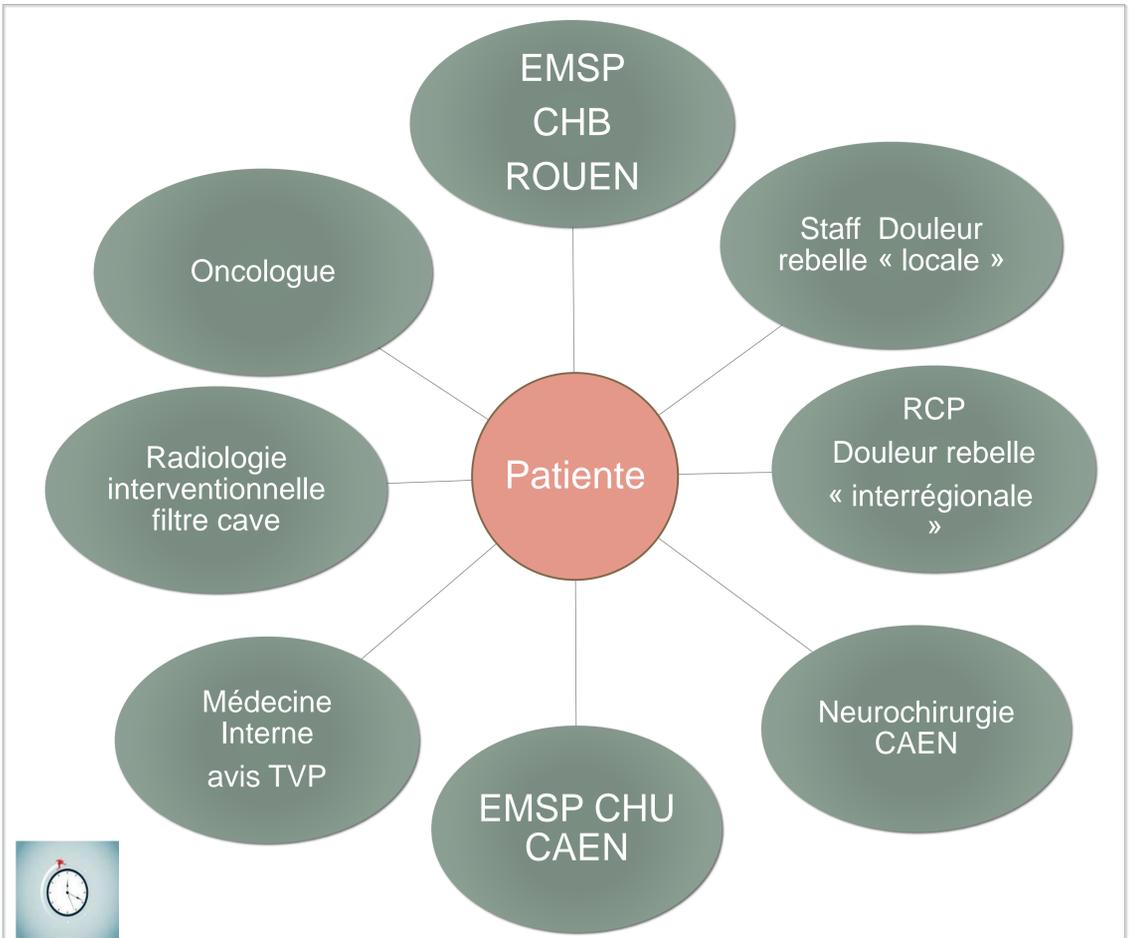
Fig.2 : Chronologie des traitements antalgiques

Evolution

On note une augmentation progressive des posologies de la Méthadone jusqu'en Mars 2023 (60 mg 2x/jr) avec en parallèle la poursuite des techniques locales (patch de Capsaïcine). La patiente se plaint de plus en plus de somnolence, de troubles de la concentration et surtout de la persistance des douleurs avec une perte de son autonomie fonctionnelle, élément essentiel pour sa qualité de vie (elle garde ses petits enfants régulièrement).

« Tout commence » en mars 2023 (Fig.3)

- Discussion en RCP « locale » douleurs rebelles avec propositions de différentes techniques de recours: Analgésie Intra-Thécale ? Cordotomie?
- Sollicitation du service de Neurochirurgie de Caen (recours régional) : validation de l'indication de cordotomie en accord avec la patiente. Est alors définie la date de la chirurgie (J1).



J1 C'est alors la « course contre la montre » (Fig.2)

- ❖ **Coordination en pré-opératoire**
 - Réunion interdisciplinaire entre EMSP et Oncologue du CLCC de Rouen, EMSP du CHU de Caen et le Neurochirurgien de Caen
 - Lien en urgence avec les services de Médecine Interne et de Radiologie Interventionnelle pour la pose du filtre cave (du fait d'un TVP quelques mois plus tôt)
 - Consultation EMSP du CHU de Caen pré-opératoire
 - Avis auprès de la RCP inter-régionale coordonnée par le CLCC de Lyon pour partage d'expériences autour de l'usage de méthadone à visée antalgique lors d'un geste neurochirurgical pouvant entraîner un soulagement rapide (méthadone étant une molécule difficile à « manier »)
- **CORDOTOMIE (J15)**
- ❖ **Suivi post-opératoire**
 - Gestion du post-opératoire par EMSP du CHU de Caen
 - Lien journalier avec la patiente et entre professionnels...

J22 « Tout s'est bien passé ». La patiente est soulagée et a récupéré son autonomie fonctionnelle, ressortant au domicile (à J7 de la chirurgie) avec un traitement de morphine per os (40 mg par jour).

Fig.3 : schéma de la coordination et pluridisciplinarité
Plus de douleur, plus de somnolence, plus de cauchemars...

Discussion

L'application des recommandations internationales n'est pas chose aisée en pratique. La complémentarité des techniques antalgiques est alors essentiel. En effet, il n'existe pas d'algorithme, questionnant sur la place de chaque technique, dans quel ordre, à quel moment...Ce sont les discussions pluriprofessionnelles et avec le patient qui permettent une prise en charge personnalisée...Un tel parcours nécessite de la coordination, de l'anticipation, de la disponibilité, de la pluridisciplinarité... Un fait marquant est l'intérêt des interactions inter-régionales (accès à des techniques neurochirurgicales spécifiques, aide au sevrage en méthadone).

Conclusion

Le maillage territorial et le temps de partage de décisions sont essentiels pour une médecine « sur mesure » afin de savoir où sont les recours et les expertises. La coordination en amont et en aval reste un élément important au bon déroulement des soins du patient. La mise en place d'un réseau organisé (e-staff) est une perspective pour une meilleure accessibilité.