

Compressions médullaires

-

Prise en charge dans les 24
premières heures d'un patient
atteint de cancer

03/12/2010

Contributeurs

Coordination

Nadine MEYER (RRC-RA), Vincent GAUTIER (RRC-RA)

Membres du groupe de travail

Pascale BETHENOD(RRC-RA), Philippe DEBOURDEAU (RRC-RA), Yves DEVAUX (RRC-RA), Cyprian ENACHESCU (RRC-RA), Vincent GAUTIER (RRC-RA), René-Pierre (RRC-RA), Hélène LABROSSE (RRC-RA), Caroline MAINDET-DOMINICI (RRC-RA), Claire MALLAVAL (RRC-RA), Annyck MARION (RRC-RA), Philippe MAYRAND (RRC-RA), Nadine MEYER (RRC-RA), Olivier MOCQ (RRC-RA), Christophe MORILLE (RRC-RA), Olivier PALOMBI (RRC-RA), Michel PAVIC (RRC-RA), Claude PIOT-BOISSIER (RRC-RA), Isabelle RUFFIER (RRC-RA), Pierre VALLESE (RRC-RA), Nathalie VOCANSON (RRC-RA)

Relecture

Laurence BAHUET (ONCO POITOU CHARENTE), Jean-Christophe FAIVRE (ONCOLOR), Fadila FARSI (RRC-RA), Annick LEROL (ONCORIF), Patrick MERLIN (ONCOLOR), Bernard ROULLET (ONCO POITOU CHARENTE)

Contributeurs (participants aux ateliers des J2R du JJ/MM/AA)

Frédéric AUGIER (ONCORUN), Isabelle BEREDER (ONCOPACA), Véronique BLOCK, Noël BRUNIES (ONCOLIM), Jacques CAMERLO (ONCOPACA), Laurent CENARD (ONCORIF), Bernard CHERU (ONCONORMAND), Christine CLESSE (ONCOLOR), Anne Laure COUDERC (ONCOPACA), Fernand COURTOIS (Belgique), Odile DUGUEY CACHET (RRC Aquitaine), Adoracion ESTESO (ONCORIF), Jean Christophe FAIVRE (ONCOLOR), Brunella FIORINI, Véronique FRASIE (ONCOLOR), Vincent GAUTIER (RRC-RA), Véronique GUERIN MEYER (ONCO PAYS DE LOIRE), Janine GUILLOT MOUNIE (ONCORIF), Franck HECHT (ONCORIF), Lucile HERVOUET (ONCORIF), Hélène LABROSSE (RRC-RA), Fetto LAOUDI (ONCORIF), Emmanuelle LE TROCQUER (ONCOLOR), Patricia LEMAITRE (RRC-RA), Sophie LESQUERBAULT (ONCO NORD PAS DE CALAIS), Didier MAYEUR (ONCORIF), Philippe MAYRAND (RRC-RA), Patrick MERLIN (ONCOLOR), Nadine MEYER (RRC-RA), Renée MORANI (ONCOPACA), Laure MUSIL (RRC-RA), Gilles NALLET (ONCOLIE), Didier NAOURI (ONCORIF), Marie Christine PAILLER (ONCORIF), Anny PAROT MONPETIT (ONCOBRETAGNE), Frédérique PECHINOT (ONCORIF), Maria PEDRO (ONCORIF), Annie PERRIER (ONCOCENTRE), Henri PIERSON (ONCOLOR), Claude PIOT BOISSIER (RRC-RA), Christelle RENON (ONCORIF), Robert RIOU (RRC-RA), Marie Luce ROBIN (ONCORIF), Elisabeth SCHADT (RRC-RA), Nathalie TESNIER (ONCOCHA), Anne Catherine VANNEUVILLE (ONCOBOURGOGNE), Edwige VIMARD (RRC Aquitaine)

Justification

Les patients atteints de cancer sont particulièrement fragiles du fait de leur maladie cancéreuse et des traitements qui leur sont délivrés.

Sous la thématique « Urgences chez le patient atteint de cancer » sont regroupées des situations cliniques présentant un risque vital ou des séquelles si des mesures thérapeutiques ne sont pas mises en œuvre rapidement.

Ce référentiel s'adresse aux médecins généralistes et aux équipes médicales des services d'urgence.

Les directives anticipées des patients doivent être prises en compte lors de la prise en charge du patient.

Sommaire

Suspicion de compressions médullaires.....	<u>5</u>
Symptomatologie à caractère d'urgence.....	<u>6</u>
Classification de Magerl.....	<u>7</u>
Score prédictif de Tokuhashi.....	<u>8</u>
Score prédictif de Tokuhashi modifié.....	<u>9</u>
Indice de Karnofsky.....	<u>10</u>
Bibliographie.....	<u>11</u>

* **Signes d'appel :**

Douleurs rachidiennes et/ou radiculaires (en moyenne 7 semaines avant l'apparition du déficit neurologique)

Signes neurologiques déficitaires :

- déficit moteur : diminution de la force
- déficit sensitif
- déficit neurovégétatif : paraplégie spasmodique ou flasque, trouble sphinctérien ou syndrome complet de la queue de cheval, iléus paralytique, etc...

Survenue d'un tassement rachidien, symptomatique ou non.

Suspicion de compressions médullaires

Détermination du score de Frankel

Frankel A = paralysie sensitivo-motrice complète

Préconisation :
Discussion avec le chirurgien

Score de Frankel

- B** = paralysie motrice complète, sensitive incomplète
- C** = paralysie sensitivo-motrice incomplète (incapacité fonctionnelle)
- D** = motricité normale ou modérément altérée, permettant le maintien d'une fonction; et/ou atteinte sensitive incomplète; et/ou atteinte sphinctérienne

Symptomatologie à caractère d'urgence

page 6

Frankel E = motricité et sensibilité normales à l'examen

Symptomatologie ne présentant pas de caractère d'urgence

Symptomatologie à caractère d'urgence

Classification
de Magerl
👉 [page 7](#)

Préconisation :

- Examen clinique, dont examen neurologique
- Imagerie : si fractures, utilisation possible de la classification de MAGERL
 - IRM du rachis total, à défaut scanner injecté
 - Radiographie : rachis standard complet, demander si signes d'épidurite
- Prise en charge de la douleur sans oublier sa composante neuropathique
- Pose d'une sonde urinaire
- Repos au lit strict: mobilisation monobloc
- Si transport nécessaire: matelas coquille

👉 Les corticoïdes n'ont pas montré d'efficacité. Recours aux corticoïdes qu'en cas d'épidurite.

Détermination du score prédictif de Tokuhashi
Discussion oncologue / urgentiste / chirurgien pour
décision de prise en charge chirurgicale rapide?

Score de Tokuhashi
👉 [Page 8, 9](#)

oui

non

Préconisation:

Chirurgie

👉 Si métastases de cancer du rein, thyroïde, tumeurs endocrines, embolisation avant la décompression médullaire

Préconisations:

- Immobilisation.
- Radiothérapie en urgence dans les 24 premières heures: dans ce cas débuter une corticothérapie +++
- Prise en charge de la douleur
- Hospitalisation en service adapté: unité de soins palliatifs ou service d'oncologie...

Classification de Magerl

☞ La classification de MAGERL peut être utilisée pour décrire les fractures métastatiques et n'est pas valable pour les compressions sans fractures.

Type A	Type B	Type C
Par compression	Par distraction antérieure ou postérieure	Lésion avec composante rotatoire
Atteinte purement osseuse corporeale	Atteinte osseuse ligamentaire	
A1: fracture tassement A2: fracture séparation A3: fracture comminutive (burst)	B1: flexion-distraction postérieure à prédominance osseuse B2: flexion-distraction postérieure à prédominance ligamentaire B3: distraction antérieure (hyper extension) avec cisaillement à travers le disque	C1: type A avec composante rotatoire C2: type B avec composante rotatoire C3: trait oblique et cisaillement rotatoire

Score prédictif de Tokuhashi*

Définition: Le score prédictif de Tokuhashi est une évaluation du pronostic vital établie par l'addition des scores élémentaires fournis par l'évaluation des 6 paramètres suivants :

1. Condition générale (indice de Karnofsky):**

- mauvaise (10 à 40 %)	0
- moyenne (50 à 70 %)	1
- bonne (80 à 100%)	2

2. Nombre de métastases osseuses extra-rachidiennes :

- > 3	0
- 1 à 2	1
- 0	2

3. Nombre de métastases vertébrales :

- > 3	0
- 2	1
- 1	2

4. Métastases viscérales :

- inopérable(s)	0
- opérable(s)	1
- absente(s)	2

5. Nature du cancer primitif :

- poumon, estomac	0
- rein, foie, utérus, vessie, vésicule biliaire, autre, non identifié	1
- thyroïde, prostate, sein, rectum	2

6. Atteinte médullaire :

- complète	0
- incomplète	1
- aucune	2

Trois groupes pronostiques à distinguer selon le total du score: $T < 5$; $5 < T < 9$; $T > 9$ avec le meilleur pronostic pour le score le plus élevé.

** Indice de Karnofsky
 [page 10](#)

*A discuter
 Score de Tokuhashi
 modifié
 [page 9](#)

Score prédictif de Tokuhashi modifié

Considère, en plus des six paramètres évalués par le score prédictif de Tokuhashi, les phases thérapeutiques :

7. Phases thérapeutiques :

- épuisement thérapeutique	0
- déjà prétraité	1
- virginité thérapeutique	2

Quatre groupes pronostiques à distinguer selon le total du score :

T de 0 à 4 : pas d'intervention

T de 5 à 8 : chirurgie décompressive et antalgique

T de 9 à 12 : chirurgie antalgique et stabilisatrice

T > 12 : chirurgie curatrice et stabilisatrice à long terme

Indice de Karnofsky



A estimer avant le déficit moteur ou l'épisode de compression.

L'indice de Karnofsky évalue l'état de performance du patient vis à vis des activités professionnelles ou physiques, des activités domestiques et des activités élémentaires :

- **de 100 à 80 %** , le patient est encore capable d'assumer des activités professionnelles ou physiques
 - 100 % : normales, intenses et sans difficulté; aucune douleur; aucun signe de maladie
 - 90 % : normales + gêne modérée; symptômes cliniques mineurs
 - 80 % : réduites; capable de mener une activité normale mais avec des efforts; apparition de quelques symptômes cliniques
- **de 70 à 50 %** , le patient est encore capable d'avoir une activité domestique (activité réduite, à domicile)
 - 70 % : à peu près normale, sans aide, mais incapable d'avoir une activité professionnelle ou physique normale ou nécessitant un effort
 - 60 % : restreinte aux besoins personnels; nécessite une aide occasionnelle, mais est capable d'assumer la plupart de ses besoins
 - 50 % : minime, avec assistance importante mais encore intermittente; soins médicaux fréquents
- **au-dessous de 50 %**, le patient est atteint d'incapacité pour les besoins élémentaires (nécessité d'une aide permanente)
 - 40 % : patient handicapé, nécessitant des soins spéciaux et une assistance permanente
 - 30 % : patient gravement handicapé, fréquemment alité; hospitalisation indiquée, bien que la mort ne soit pas imminente
 - 20 % : patient grabataire, hospitalisation nécessaire; nécessité d'un traitement actif de soutien vital
 - 10 % : patient moribond

BIBLIOGRAPHIE

- Akram H. et al. Spinal surgery for palliation in malignant spinal cord compression. Clin Oncol. 2010;22(9):792-800.
- Chaichana KL et al. Vertebral compression fractures in patient presenting with metastatic epidural spinal cord compression. Neurosurgery. 2009;65(2):267-74
- Loblaw L. Et al. Systematic review of the diagnosis and management of malignant extradural spinal cord compression: the Cancer Care Ontario Practice Guidelines Initiative's Neuro-Oncology Disease Site Group. J Clin Oncol. 2005 Oct 20;23(30):7750-1
- Prasad D. Malignant-spinal cord compression. Lancet Oncology. 2005 ;6(1):15-24.