

# Réunion Multidisciplinaire

Dr Julie MALLOIZEL

SFP Toulouse 2015

CHU Rangueil

Service de Médecine Vasculaire

# INTRODUCTION

- **Tumeurs et malformations vasculaires: affections rares 0,3 à 0,5 % de la population (Boon LM, Vikkula M. Vascular malformations 2012)**
  - **Malformations Veineuses: 2/3 des MV, 1 à 2 cas pour 10 000 N**
  - **Nourrissons, enfants, adultes**
  - **ISSVA, International Union of Phlebology, SFP (Int Angiol 2015/ Pédiatrics 2015)**
  - **Meilleure prise en charge, moins d'erreur diagnostic**
- Réunions multi-disciplinaires**

# Qu'est ce qu'une RCP ?

- La RCP est un lieu d'échanges entre spécialistes de plusieurs disciplines sur les stratégies diagnostiques et thérapeutiques
- Différentes compétences sont indispensables pour prendre une décision accordant aux patients la meilleure prise en charge en fonction de l'état de la science du moment
- Minimum de 3 médecins de spécialités différentes permettant d'avoir un avis pertinent sur toutes les procédures envisagées
- Dossiers des patients sont discutés de façon collégiale
- La décision prise est tracée, soumise et expliquée au patient

# RCP “Angiomes”



## ■ Coordonnateurs

- Rôle: établir la liste des patients dont le dossier doit être analysé en réunion, d'en avertir les membres permanents, médecin référent du patient, et de convoquer des représentants de disciplines utiles pour les discussions envisagées
- Pr Mazereeuw-Hautie (enfants)
- Dr PROS et Dr MALLOIZEL (adultes)
- 1 RCP tous les 3 mois



## ■ secrétariat/ contact

- Mme MANTES: 05-67-77-81-41 (Dermatologie)
- Mme CANADAS : 05-61-32-30-62 (Médecine Vasculaire)

# Membres de la RCP angiomes



- **Chirurgien Orthopédique: Dr ABID**
- **Chirurgien Maxillo-facial: Pr LAUWERS**
- **Chirurgien Plasticien: Dr CHAPUT**
- **Chirurgien Vasculaire: Pr BOSSAVY**
- **Dermatologues: Dr MAZA, Pr Mazereeuw-Hautie**
- **Hématologue: Dr VOISIN**
- **Médecins Vasculaires: Dr PROS, Dr V VERLHIAC, Dr MALLOIZEL**
- **Radiologue: Dr MOKKRANE**
- **Neuroradiologues: Dr JANUEL, Pr COGNARD**

# Pourquoi des RCP ?

## ■ DEMARCHE DIAGNOSTIQUE en EQUIPE

## ■ CONFIRMATION PAR ECHO DOPPLER:

- Examen complet détaillé, précis et fiable pour le bilan exhaustif de la MV et pour confrontation aux autres imagerie
- Bilan lésionnel et hémodynamique, cartographie et extension (4 membres)
- Suivi, évolutivité des lésions et complications

## ■ IRM: extension et autres localisations non accessibles à l'écho (muscle, os, articulation, intra cérébral...)

## ■ RADIO STANDARD - RADIOMENSURATIONS

## ■ Plus rarement: Lymphoscintigraphie, Echo cardiaque (HTAP)



# Et la biologie ?



- ❑ ANOMALIES DE LA COAGULATION AUGMENTATION D-DIMÈRES ET BAISSSE DU FIBRINOGENÈ
- ❑ TÉMOINS D'UNE CIVLMV ÉTENDUES ET/OU PROFONDES++
- ❑ Aggravation/ perturbation hormonal, geste invasif
- ❑ Willebrand, thrombophilie...
  
- ❑ Complication thrombotique/ Hémorragique
  
- ❑ Aucun score de risque validé
  
- ❑ Traitement anticoagulant ? Prophylaxie / geste invasif (sclérottt, embolisation, chirurgie,...)
  
- ❑ pas de consensus → intérêt des RCP

# Evaluation de la qualité de vie

- ❑ Retentissement psychologique et social
- ❑ En fonction de l'âge, localisation
- ❑ Aucune échelle spécifique
- ❑ Altération de QV
- ❑ Altération de l'image de soi, culpabilité parentale
- ❑ HANDICAP FONCTIONNEL (extrémités, ORL, stomato, troubles respiratoires, cardiaques, croissance..)
- ❑ Evaluation de la douleur (EVA, Échelle DN4)
- ❑ Psychologue, CLUD





# PRISE EN CHARGE MULTIDISCIPLINAIRE

- **Annonce du diagnostic**
  - informer le patient sur sa pathologie
  - reformulation du diagnostic
  - permettre un dialogue autour de cette information
  - répondre aux questions/ étiologie, évolutivité, complications
- **Retentissement de la MV (3 dimensions, douleur)**
  - formulé par le patient et non par l'entourage
- **Demande précise du patient**
- **Discussion des alternatives THÉRAPEUTIQUES avec le**



# Traitements

## □ Non invasives

Toujours

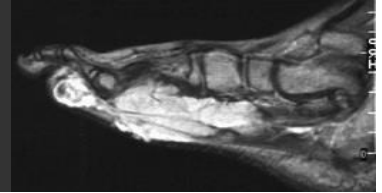


- **COMPRESSION**( effet antalgique, fonctionnel, diminution du risque thrombotique)
- Orthèse, attelle de posture
- Antalgique , AINS
- **ANTICOAGULATION** (HBPM, durée, en cas de récurrence, surveillance biologique)

# Traitement

- ▣ **Technique invasive**
- ▣ **Informer le patient sur les alternatives thérapeutiques et les effets indésirables respectifs (Déroulement de la procédure, bénéfice/risque)**
- ▣ **Sclérottt (médecin vasculaire, radiologue)**
- ▣ **Laser endoveineux (médecin vasculaire)**
- ▣ **Embolisation (radiologue)**
- ▣ **Chirurgie vasculaire, plastique, orthopédique..**
- ▣ **Traitements combinés**

# Cas clinique

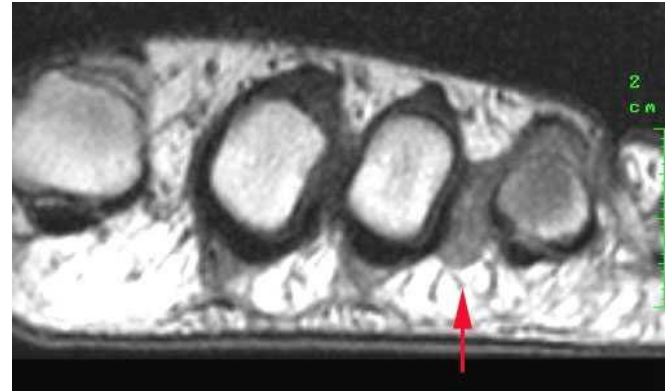
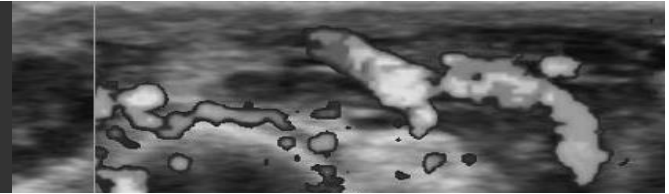


- Patient de 36 ans
  - Douleur du pied droit depuis 1987 (radio standard)
  - IRM en 1997: Hamartome caverneux voute plantaire pied droit ?exérese chirurgicale ANAPATH: Hamartome vasculaire
  
  - 2004: Récidive → IRM : Récidive d'une MAV
  - 2005: Artériographie pour embolisation
  - 2007: IRM en faveur d'une MAV, radio: affaissement de la voute plantaire: semelles orthopédiques
  
  - 2011: IRM: Hamartome caverneux voute plantaire pied droit
  - 2015: Echo en faveur d'une masse vasculaire



■ RCP :

- Examen clinique: douleur de névrome
- Diagnostic échographique de MV
- Relecture de l'IRM de 2015
  - Diagnostic de MV à flux lent
  - Névrome de Morton



■ Décision TTT:

- Lyrica/ douleurs neuropathiques → Infiltration corticoïde
- Contention
- Podologue
- Sclérothérapie

# CONCLUSION



- ▣ Assurer que la stratégie thérapeutique proposée au patient s'est appuyée sur une concertation entre différents spécialistes impliqués dans le diagnostic et le traitement des malformations vasculaires et suivi
- ▣ Partage de connaissances entre différents acteurs médicaux et paramédicaux
- ▣ Meilleure connaissance de la physiopathologie
- ▣ Propositions thérapeutiques plus adaptées

# Equipe interdisciplinaire

