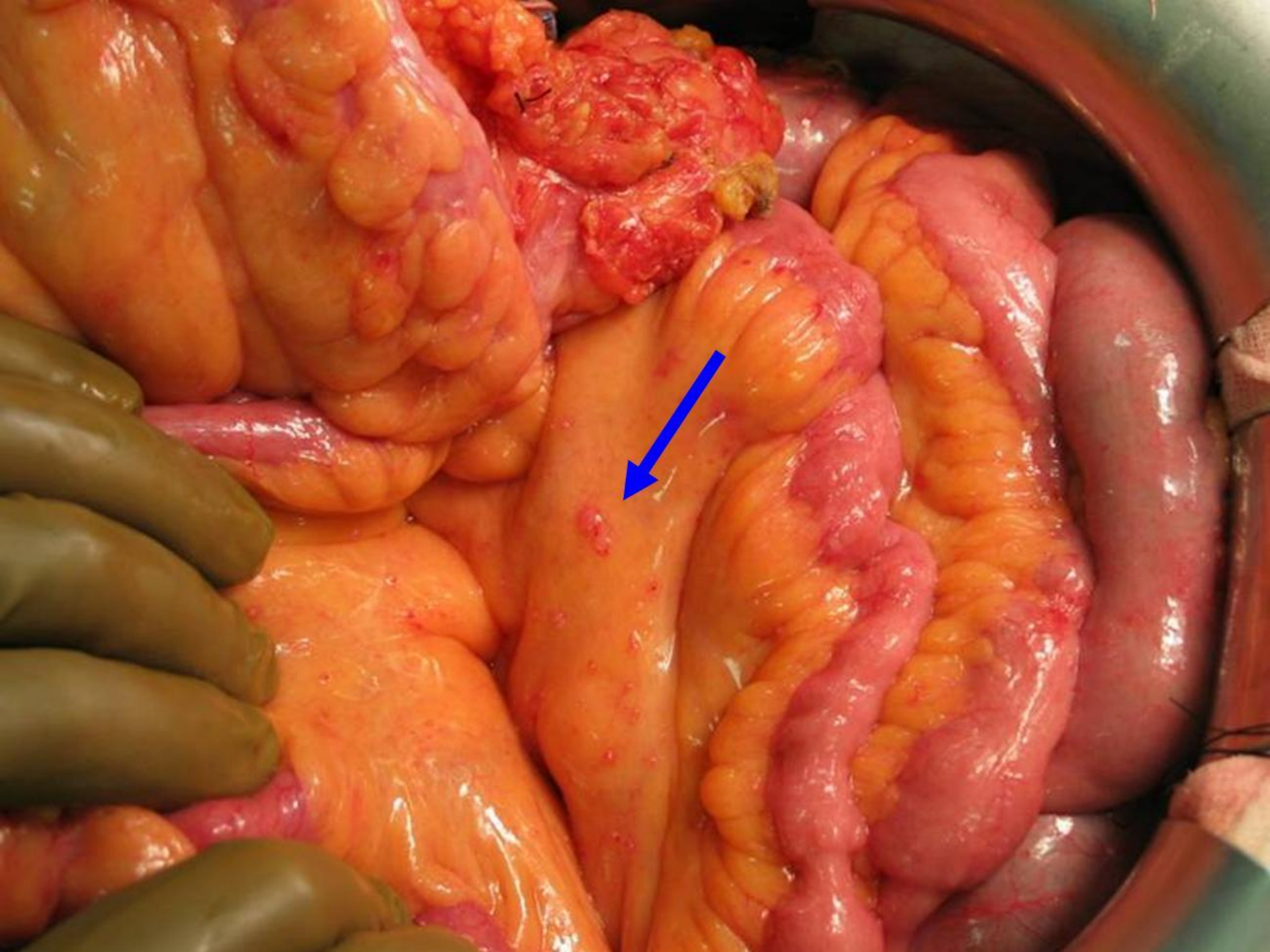


Carcinose péritonéale.

- C'est quoi ?
- Diagnostic.
- Prise en charge dans objectif « curatif ».
- Prise en charge dans objectif « palliatif ».

Carcinose péritonéale.

- La carcinose péritonéale est la présence de nodules tumoraux, secondaires à un autre cancer, sur le péritoine.
- Il peut y avoir un seul nodule, il peut y en avoir de multiples.





Carcinose péritonéale.

- **Diagnostic :**

Clinique : peu de signe quand on est au début de la maladie, les symptômes deviennent plus net au stade de carcinose avancée. (Ascite, nodules palpables, sub occlusion et occlusion)

En imagerie : Le TDM abdominal est l'examen de référence. Le TEP n'est pas bon, surtout si mucineux et nodules petits.

Carcinose péritonéale.

- 1) **Prise en charge « curative » : La CHIP**
(Chimiothérapie intra péritonéale.)

Consiste à donner un traitement de chimiothérapie donné directement dans le péritoine après une intervention chirurgicale visant à retirer toute les lésions macroscopiques, précédé par une chimiothérapie IV , et accompagnée d'une hyperthermie (42°).





Carcinose péritonéale. CHIP.

- **Modalités :**

Centre de référence.

Patient capable de supporter une intervention de 10 heures et des suites opératoires lourdes.

Carcinose péritonéale. CHIP.

- **Critères majeurs de contre indication :**

Age physio > 70 ans.

Métastases hépatiques multiples et / ou non traitables.

Score OMS > ou = à 2.

Co morbidités graves.

Aggravation clinique sous chimio IV.

Dénutrition.

Métastases pulmonaires.

Carcinose Péritonéale. CHIP.

- **Critères Mineurs de contre indication :**

Pas de baisse des marqueurs sous chimio IV.

Obésité, IMC > 40.

Carcinose étendue sur TDM.

Occlusion.

Métastase intra abdominale associée, sauf ovarienne ou foie traitable.

Carcinose péritonéale. CHIP.

- Non indiquée si plus de 1 critère majeur.
- Non indiquée si plus de 3 critères mineurs.
- Entre les deux, discuter et demander avis au centre expert (exemple :1 critère majeur et 2 mineur)

Carcinose péritonéale.

- 2) **Prise en charge palliative.**

Ascite : Due à l'obstruction tumorale lymphatique et augmentation de la perméabilité vasculaire à l'albumine.

Traitée **que** si symptomatique.

Carcinose péritonéale.

- **Occlusion :**

Rarement prise en charge chirurgicalement.

=> Diminuer la sécrétion gastrique :

Anti sécrétoire anti H2 mieux que IPP.

Expl : Ranitidine, 150 à 200 mg / j en IV.

Carcinose péritonéale / palliatif.

Occlusion, suite

Contrôle de la douleur :

Morphine non contre indiquée : QSP antalgie.

Antisécrétoire :

Scoburen^o par son effet anti sécrétoire et anti-péristaltique : 100 à 300 mg / 24 H.

Rq : *Pas scopolamine car effets centraux gênants*

Carcinose péritonéale / Palliatif.

Antisécrétoire suite :

Octréotide

Effet anti sécrétoire complémentaire du Scoburen°. Dose habituelle de 300 à 600 µg / 24 en IVSE continu car douloureux en SC.

Rq : *Plus efficace dans CP liée à maladie de l'ovaire que du tube digestif.*

Rq : Intérêt de l'Octréotide LP à discuter (Cher)

Anti nauséux :

Prokinétiques : Primpéran, contre indiqué si occlusion complète.

Neuroleptiques : Haldol (5 à 15 mg / j) ou Largactil (12,5 à 50 mg / j).

Carcinose péritonéale / Palliatif.

Corticoïdes :

Par habitude, car pas de preuve absolue dans les études versus placebo. Dose variable de 1 à 2 mg / KG de méthyl-prednisolone.

Carcinose péritonéale / Palliatif.

- **Sonde gastrique :**

Efficace sur les vomissements et la douleur.

Devrait être proposée en deuxième intention seulement si fin de vie proche, en echec du traitement médicamenteux.

Technique doit être maitrisée / anatomie pour pose la moins désagréable possible.

En attente de gastrostomie de décharge éventuelle.

Carcinose péritonéale / palliatif.

- Proposition de prise en charge à J1:

Réhydratation IV.

Morphine : 25 à 30 mg / j en IV continu. Bolus possible de 5 mg si douleur + adaptation.

Scoburen : 80 mg à 200 mg (si coliques) / j.

Largactil : 25 mg / j.

Solumédrol : 1,5 à 2 mg / kg / j.

Carcinose péritonéale / Palliatif.

- Selon évolution à J3:

Si Coliques : débiter Octréotide.

Si douleur : Titrer la morphine.

Si Vomissements : Augmenter Largactil,
Associer Ranitidine (Dés J1 possible), Dose
maxi de Scoburen° (300 mg / j) et commencer
Octréotide, si pas déjà fait.

=> *si échec* : poser SNG en aspiration et chir
de décharge +/- endoprothèse.