

Protocole Médecine d'Urgences	Service émetteur : Service d'Accueil des Urgences Pôle : Médecine d'urgences
Carcinose péritonéale	Version : 1 Date d'application : 01/2023

Prise en charge des symptômes liés à la carcinose péritonéale.

1. Généralités

- Définition de la carcinose péritonéale : nodules tumoraux sur le péritoine, le plus souvent au cours d'un cancer de l'ovaire ou d'un cancer colorectal.
- Elle est symptomatique à un stade avancé, avec **ascite** (très mauvais pronostic), nodules palpables, **sub-occlusion** et **occlusion**.
- L'occlusion peut être partielle ou totale, de survenue brutale ou progressive, et les douleurs sont variables.
- La prise en charge peut être curative (CHIP : chimiothérapie intrapéritonéale, après chimiothérapie IV et chirurgie) ou palliative.

2. Démarche diagnostique

- **L'objectif est d'éliminer une autre cause d'occlusion ou de douleur abdominale** : occlusion sur bride (antécédent récent de chirurgie carcinologique +++), hernie compliquée, entérite radique, volvulus, constipation sous morphinique, fécalome, infection intra-abdominale ou urinaire, ischémie mésentérique, colite...
- **L'examen de référence est le scanner abdominal** (injecté si possible). Il n'est pas obligatoire en cas de récurrence d'épisodes identiques sans atypie, chez un patient avec carcinose péritonéale connue.

3. Prise en charge de l'occlusion ou sub-occlusion sur carcinose péritonéale

- ⇒ **Prise en charge adaptée au degrés d'occlusion** (évalué par l'imagerie et l'intensité des symptômes).
- ⇒ **Privilégier le confort du patient.**
- ⇒ **Contacter le médecin référent du patient si possible.**

- A jeun (non strict)
- **Sonde naso-gastrique (SNG) en déclive ou en aspiration douce** : non systématique, savoir « accepter » parfois 1 à 2 vomissements par jour. Privilégier le confort. Mettre la SNG en cas de vomissements répétés et de risque d'inhalation, ou de distension abdominale importante, notamment en cas d'échec du traitement médical.
- Installation confortable
- Anxiolyse si besoin (benzodiazépine, en IV ou en goutte ++).
- Ponction d'ascite si volumineuse avec distension importante et/ou gêne respiratoire.

Rédigé par : Tom VERCELLONE

Vérifié par : Marie-Angèle ROBIC ; Adrien LE MEUR ; Anne GUILLERMIN

Approuvé par : Nathalie VINNEMANN ; Charles Henri HOUZE CERFON

Protocole Médecine d'Urgences	Service émetteur : Service d'Accueil des Urgences Pôle : Médecine d'urgences
Carcinose péritonéale	Version : 1 Date d'application : 01/2023

- **Réhydratation** intraveineuse : ne pas trop hydrater. Quantifier les pertes digestives (SNG) et les apports IV. Autoriser les prises de liquides per os.
- **Corriger les troubles ioniques.**
- **Scoburen®** (Butylbromure de scopolamine) : 60 à 120mg/j, en SC ou en IV, en continu ou en 3 injections par jour. *Effet anti sécrétoire et antipéristaltique. Risque de sécheresse buccale, de tachycardie, de glaucome, de rétention aigue d'urine. Eviter la Scopolamine® (bromhydrate de scopolamine) du fait de ses effets indésirables centraux.*
- **Anti-nauséeux** : **Zophren®** (8mg deux fois par jour, maximum 32mg/j), ou **Haldol®** (10 à 15mg/j en 3 ou 4 fois, en VO, IM ou SC), ou **Largactil®** (12,5 à 50 mg/j en 2 à 3 fois par jour, en IV, SC ou en goutte, attention à l'effet sédatif). *Contre-indication des prokinétiques (Primperan®, Vogalen® ...) surtout en cas d'occlusion complète.*
- **Anti-H2** (Ranitidine) ou **IPP** (40 à 80mg/j)
- **Corticoïdes** : 1 à 3mg/kg/j de Methylprednisolone, pendant 5 à 10 jours. *Actions anti-œdémateuse, anti-inflammatoire, antiémétique, co-analgésique et stimulante.*
- **Antalgiques** (la morphine n'est pas contre-indiquée) et **antispasmodiques.**

En cas de résistance aux traitements précédent, et après avis spécialisé :

- Résistance après 3 jours de prise en charge : **Sandostatine** (Octréotide®) 300-600µg/j IV ou SC, en continu ou en discontinu.
- Résistance après une semaine de prise en charge : augmenter la Sandostatine à 900µg/j et envisager la gastrostomie de décharge, les endoprothèses et la chirurgie palliative.

4. Critères d'hospitalisation

- Mise en place d'une sonde nasogastrique (retour à domicile possible en cas d'HAD).
- Douleur non soulagée malgré antalgie multimodale optimale.
- Autre anomalie indiquant une hospitalisation (troubles ioniques sévères, encéphalopathie, insuffisance rénale aigue...)

NB : Constipation chez les patients atteints de cancer :

- Causes multiples : opiacés, anorexie, inactivité physique, immobilisation, diminution des apports hydriques, troubles ioniques, tumeur abdominale, carcinose, chimiothérapie, Zophren, anxiolytique et antidépresseurs.
- Prise en charge multimodale (laxatif, rotation des opioïdes, hydratation, activité physique, alimentation adaptée, prise en charge de la carcinose...).

Rédigé par : Tom VERCELLONE

Vérifié par : Marie-Angèle ROBIC ; Adrien LE MEUR ; Anne GUILLERMIN

Approuvé par : Nathalie VINNEMANN ; Charles Henri HOUZE CERFON