

Journée Laurence LEROYER
Saint Malo
Vendredi 03 Avril 2015



Diagnostic et ses pièges, prise en charge thérapeutique des occlusions sur carcinose péritonéale des cancers gynécologiques



Clinique Océane
un établissement du Groupe Vitalia

Centre Saint Yves, Vannes

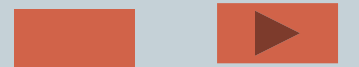
Docteur Anny PAROT-MONPETIT

**Vincent MANCEAU, interne en
radiothérapie**

Occlusions sur carcinose péritonéale des cancers gynécologiques



- **Carcinose péritonéale (CP):** présence de localisations tumorales multiples dans la séreuse péritonéale.
 - CP primitives ou secondaires, pronostic sombre sauf
 - **Cancer de l'ovaire** : chimiosensibilité ; maladie longtemps à évolution exclusivement locorégionale
- **Occlusion intestinale (OI):** interruption du transit intestinal (obstruction mécanique ou fonctionnelle).
 - Diagnostic: **clinique** (triade classique; signes trompeurs; tableau incomplet; évolution sournoise; Toucher Rectal)
et radiologique (TDM) ; grêle > colon (2/3; 1/3)
 - **Cancer de l'ovaire** : OI inaugurale de la CP ou OI liée à la récurrence d'un cancer prétraité



Occlusions sur carcinose péritonéale: biologie



- Les métastases péritonéales du carcinome épithélial de l'ovaire(CEO):
 - la voie trans mésothéliale (Sugarbaker, 2012):
 - par contiguité dans les organes intra génitaux(trompe de Fallope, ovaire controlatéral, utérus) ou dans le CR;
 - à distance par transport dans fluides péritonéaux puis implantation dans le grand épiploon et péritoine (péritoine proche diaphragme droit, mésentère IG)
 - la voie lymphatique:
 - à travers Vx lymphatiques(grand épiploon)
 - sous mésothéliale grâce à des gaps et à des « trous » dans le mésothélium péritonéal (péritoine diaphragmatique, pelvis, gouttières paracoliques, capsule de Morrison, ligaments périhépatiques)
- ➔ Localisations préférentielles à chercher en IMAGERIE, LAPAROSCOPIE (coupole diaphragmatique, cul-de-sac de Douglas, grand épiploon, zones inflammatoires ou traumatisées)



Epidémiologie carcinose péritonéale

Origine NON digestive	Origine digestive
1/3	2/3
OVAIRES > 50%	COLORECTAL > 50%
Tumeurs péritonéales, mésothéliomes et adénocarcinomes primitifs	GASTRIQUE 20%
SEIN (Carcinome lobulaire)	PANCREATIQUE 20%
POUMONS	AUTRES (vésicule biliaire/intestin/anus) 10%

MAIS...



**Présence de
métastases au
moment du
diagnostic**

OVAIRE
71%

ESTOMAC
17%

COLORECTAL
10%

Carcinose péritonéale en image



- **Signes de carcinose**
 - Ascite
 - Implants péritonéaux tumoraux
 - Infiltration mésentérique
 - Envahissement du grand épiploon

ASCITE



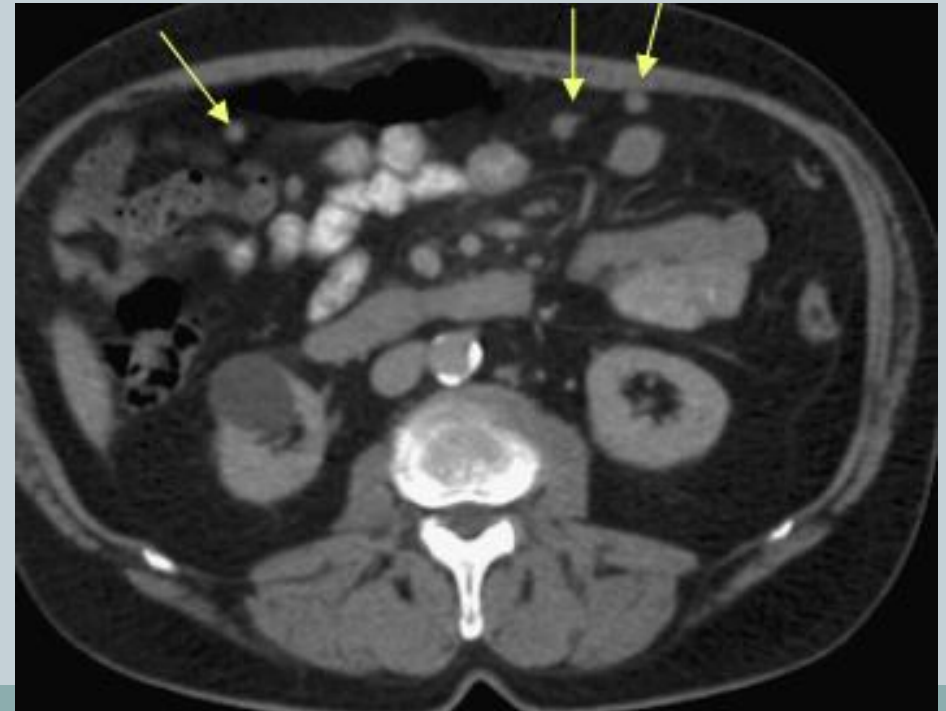
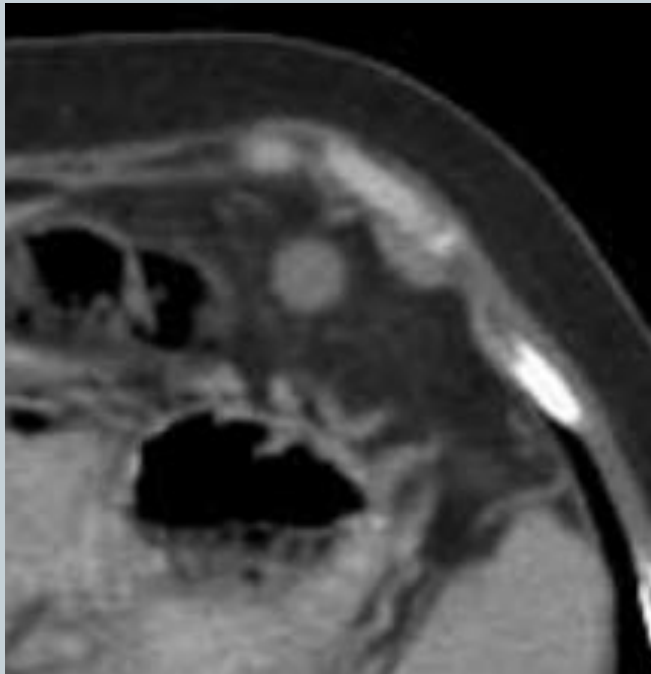
- Fréquente
- Zones déclives
- Non spécifique



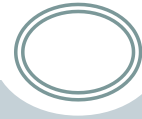
Implants péritonéaux tumoraux



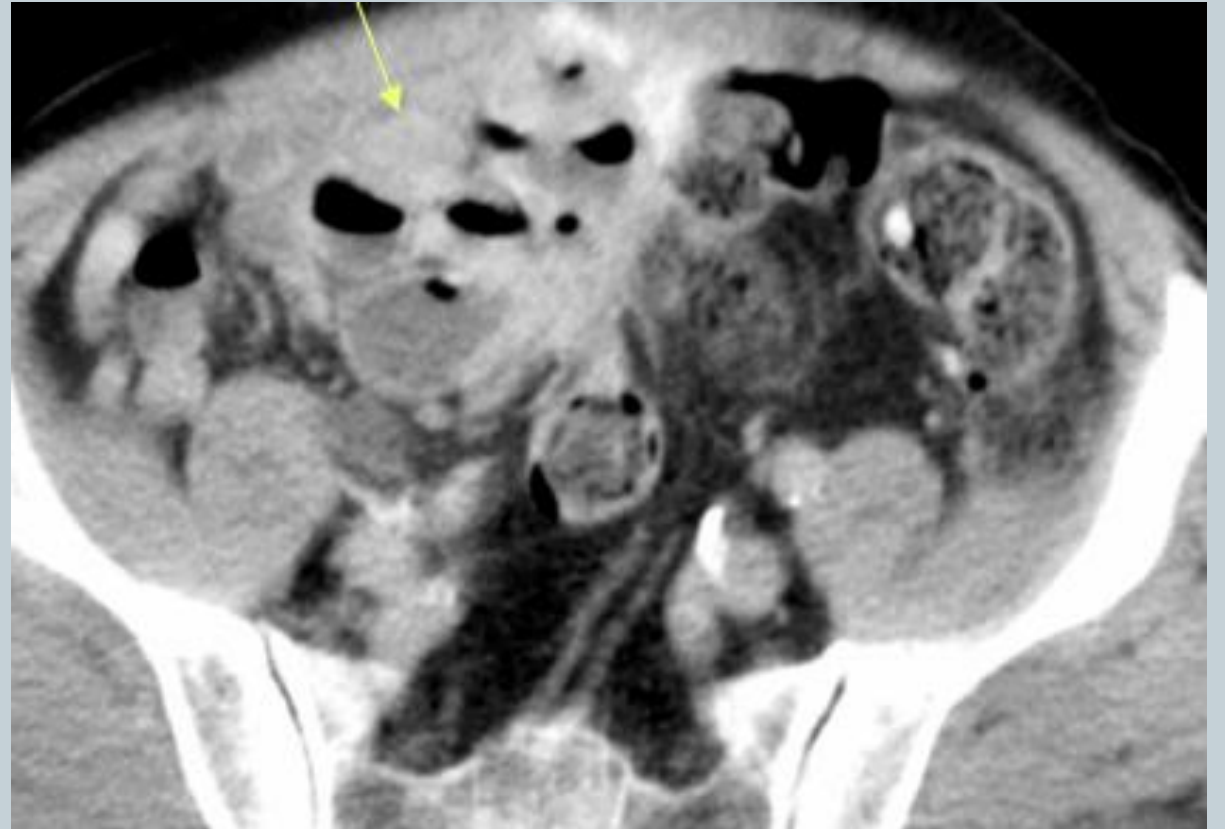
- Diffus ou nodulaires se rehaussant après injection
- Confluence de nodules millimétriques à la surface du péritoine
- La présence de graisse facilite leur détection



Infiltration mésentérique



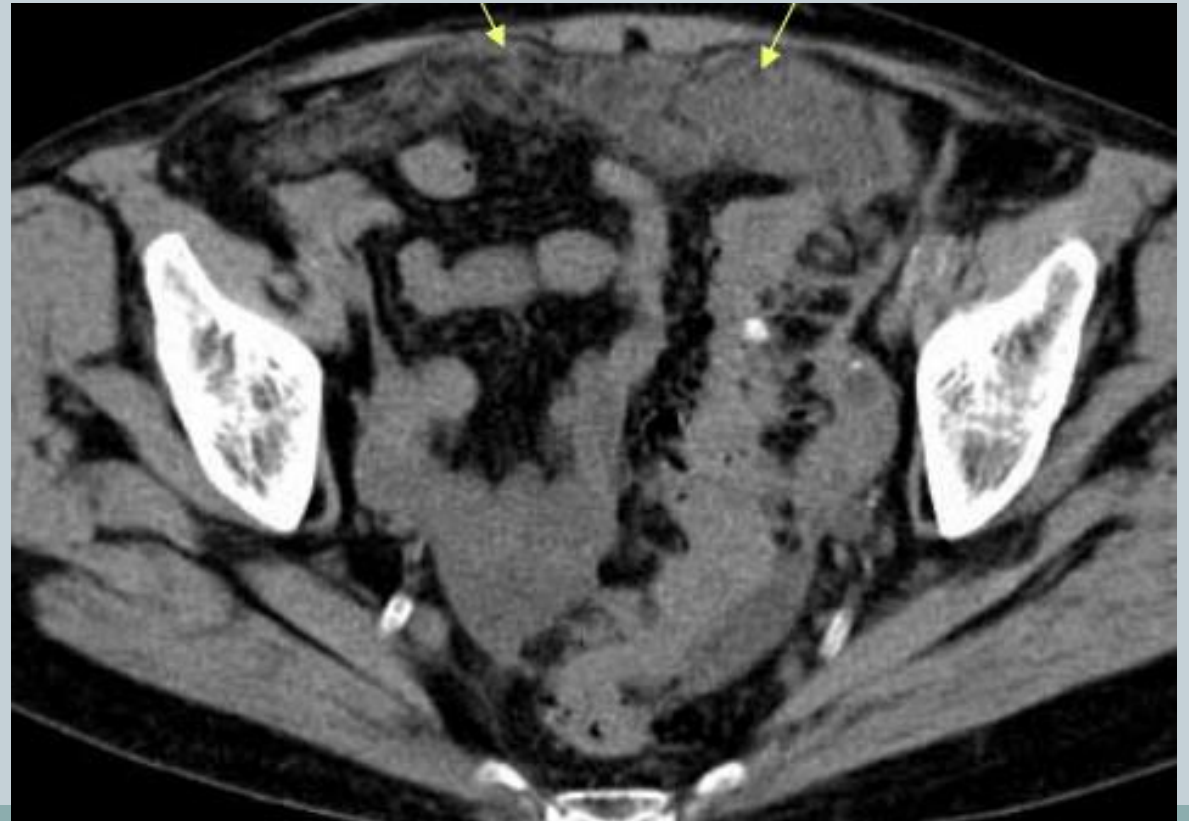
- Fixation anormale des anses digestives dont la paroi peut être épaissie



Envahissement du grand épiploon



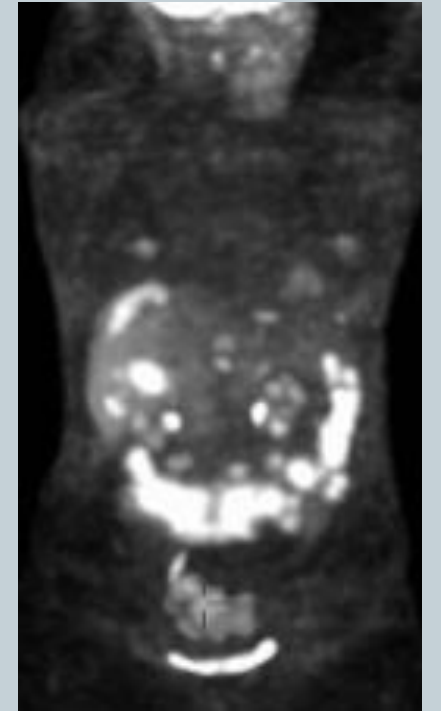
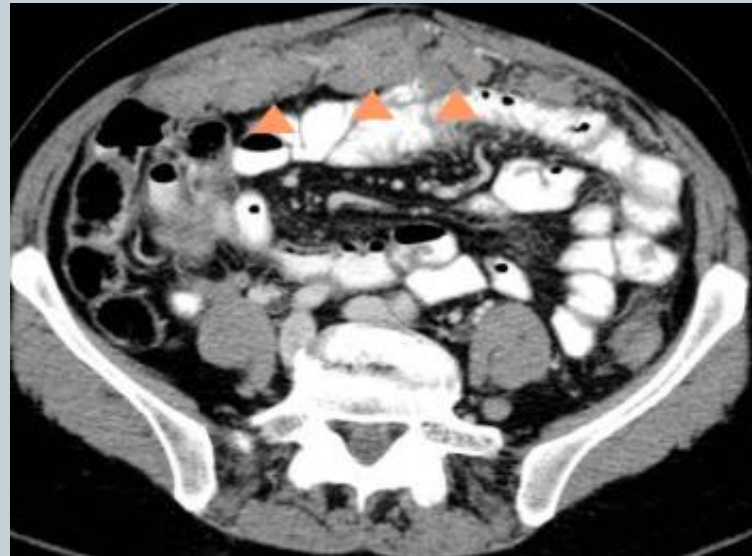
- Le grand épiploon n'est pas identifiable chez le sujet normal
- Aspect : petits nodules avec infiltration de la graisse jusqu'au gâteau épiploïque (omental cake)



Envahissement du grand épiploon



Vu coelioscopique

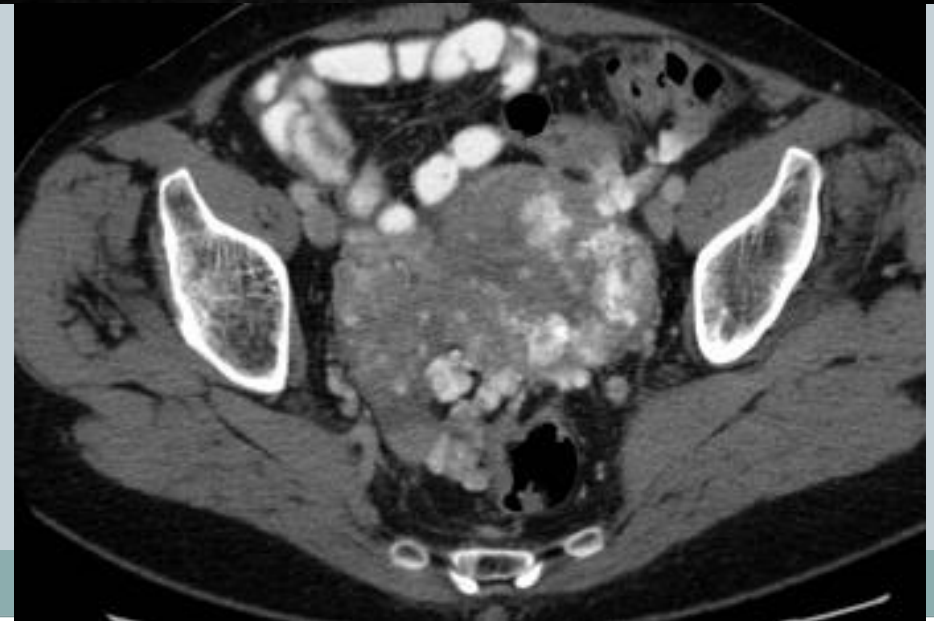
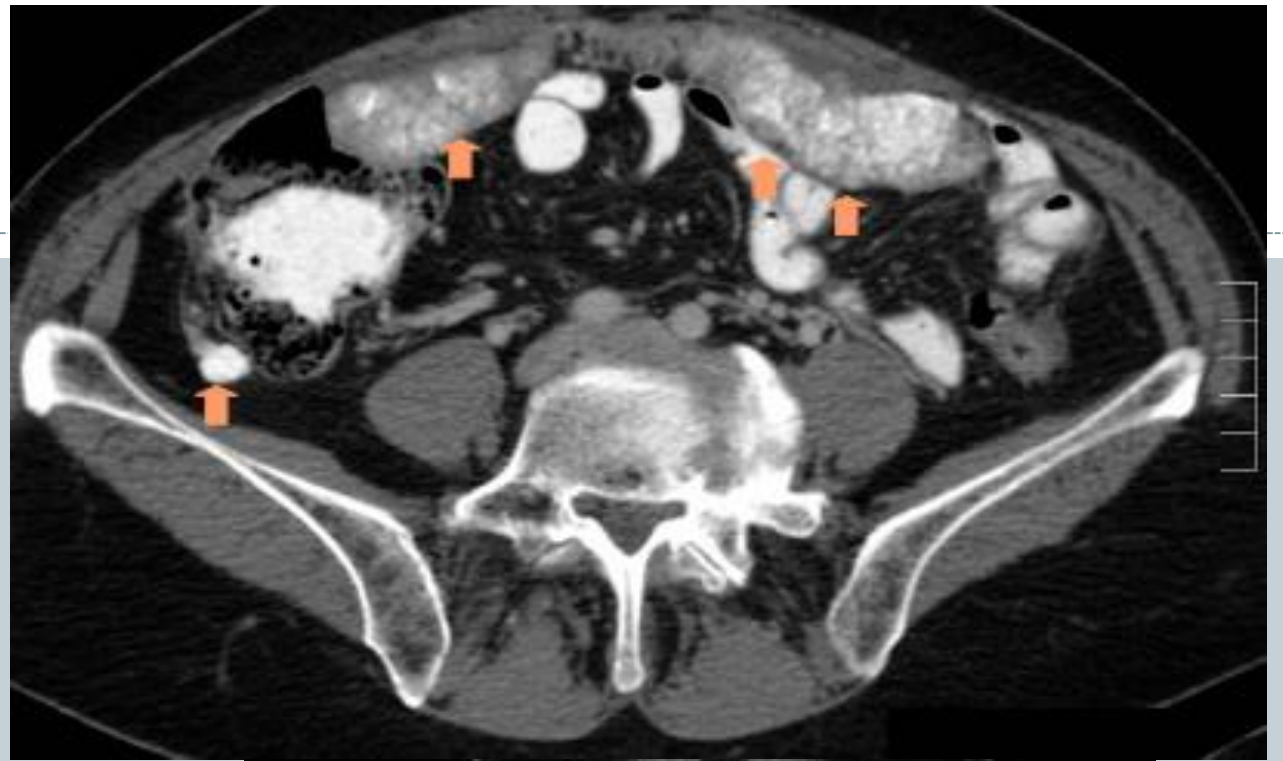


TEP: Hyperfixation du grand omentum

- Lésions calcifiées du gâteau omental

- + nodule calcifié de la gouttière pariéto-colique droite

- secondaire à un cancer ovarien mucineux



Utilité des autres techniques d'imageries: TEP-scan



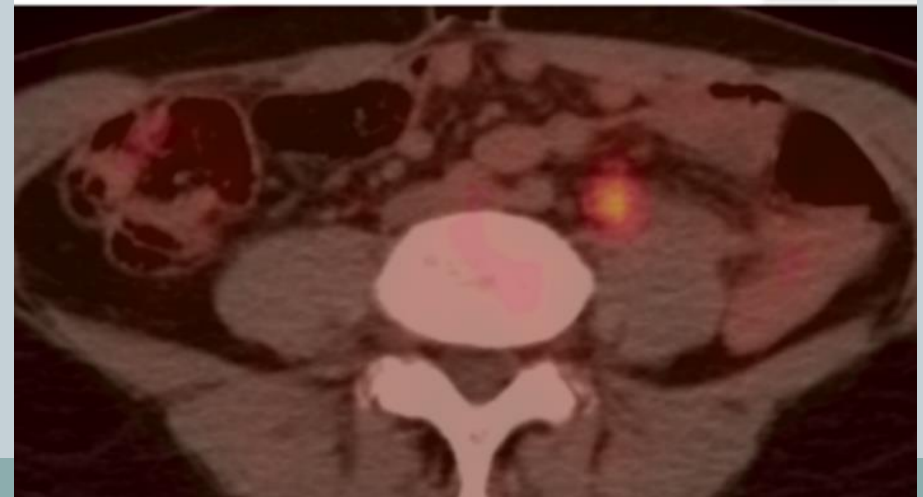
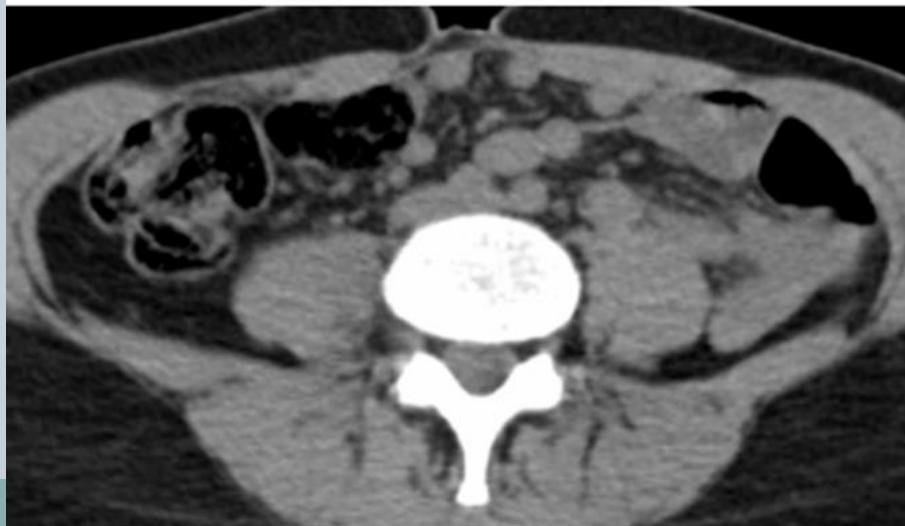
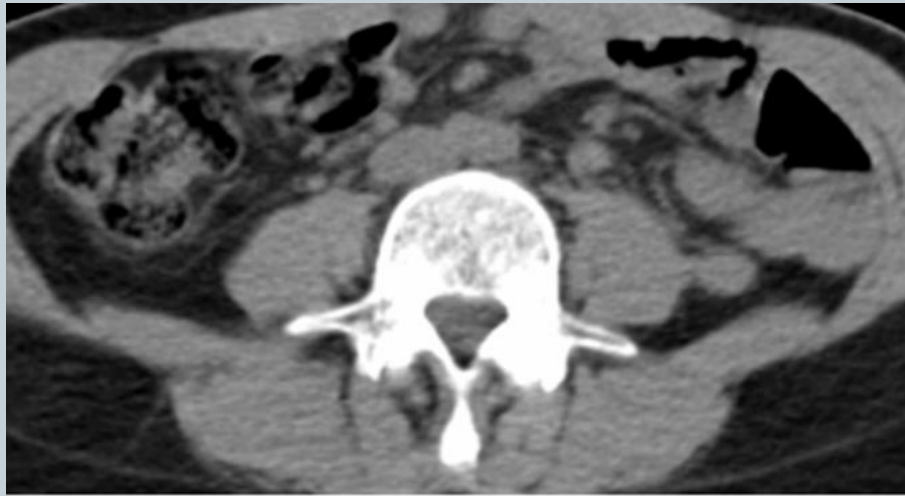
- **Avantages:**

- Fort contraste implant tumoraux/bruit
- Attire l'œil sur des lésions le plus souvent visibles au scanner rétrospectivement
- Meilleure sensibilité que la TDM pour les anses digestives, le mésentère
- Imagerie corps entier: autres sites ++

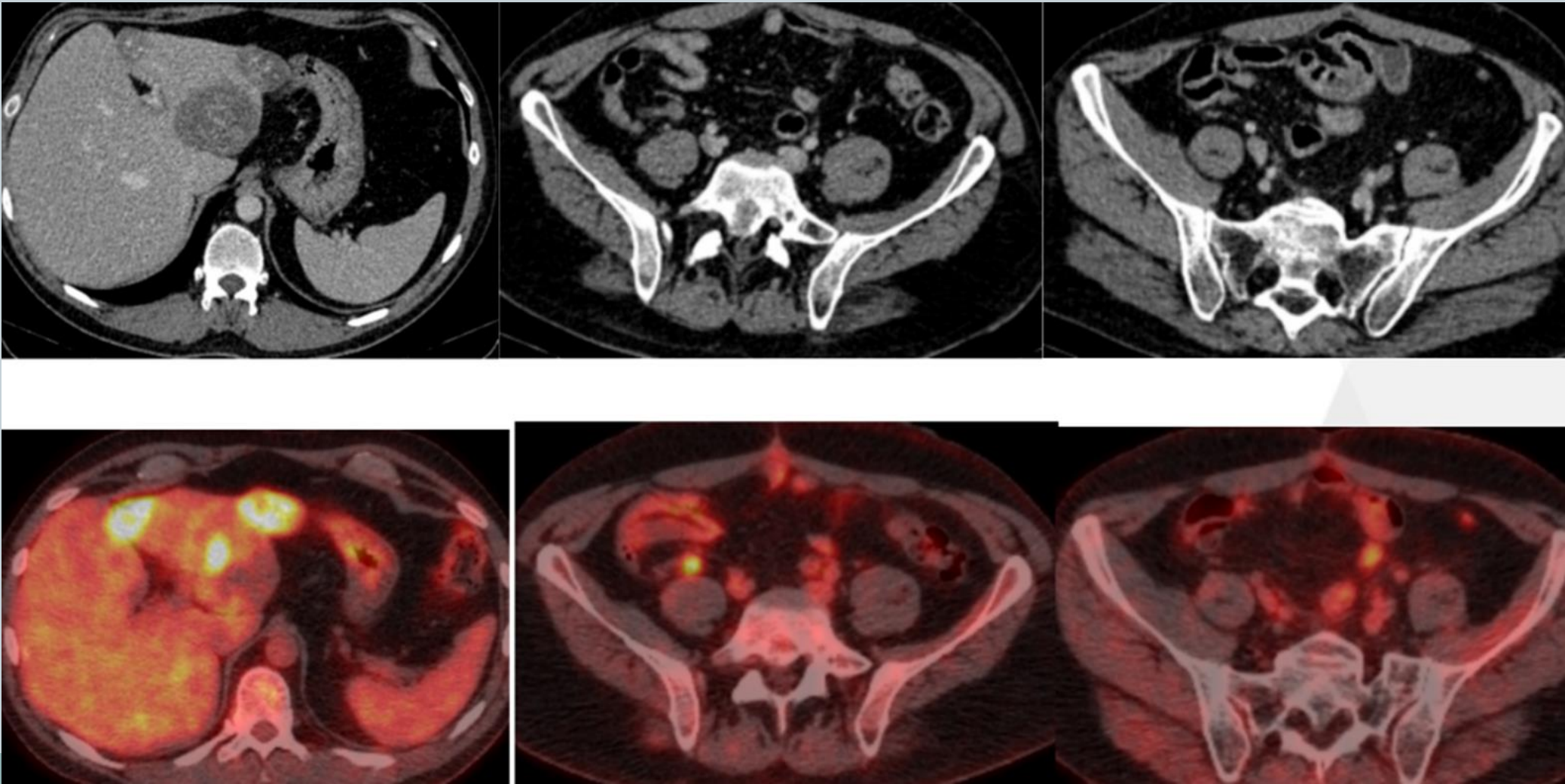
- **Limites:**

- Résolution spatiale
- Captation physiologique du traceur par l'estomac et le tube digestif
- Faux négatifs et faux positifs

Utilité des autres techniques d'imageries: TEP-scan



Utilité des autres techniques d'imageries: TEP-scan



Utilité des autres techniques d'imageries: IRM de diffusion



- **Avantages**

- Fort contraste lésionnel
- Améliore la détectabilité des implants tumoraux en supprimant le signal de l'ascite, de la graisse

- **Limites:**

- Hypersignal diffusion physiologique de la rate, des ganglions , des surrénales
- Faux positifs (hypersignal persistant des structures à forte composante liquidienne)

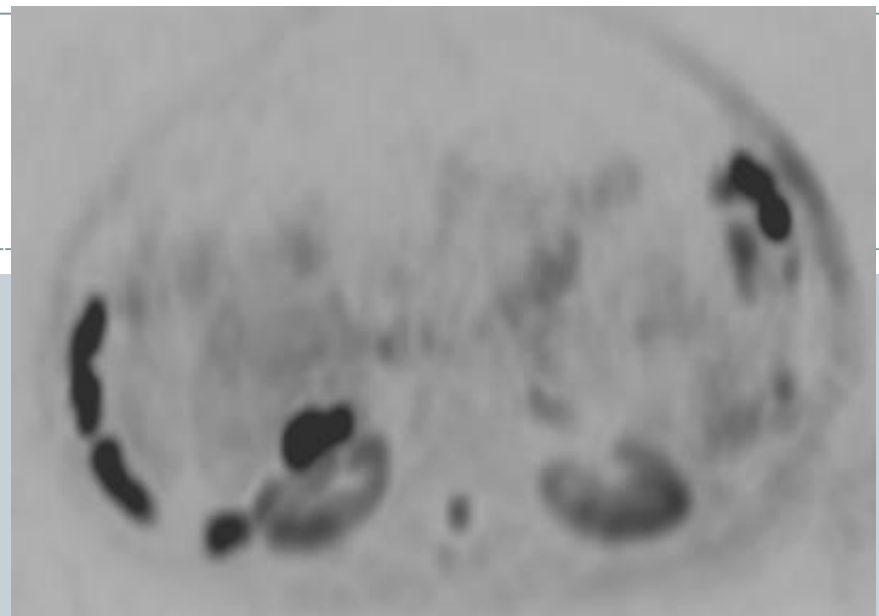
Utilité des autres techniques d'imageries: IRM de diffusion



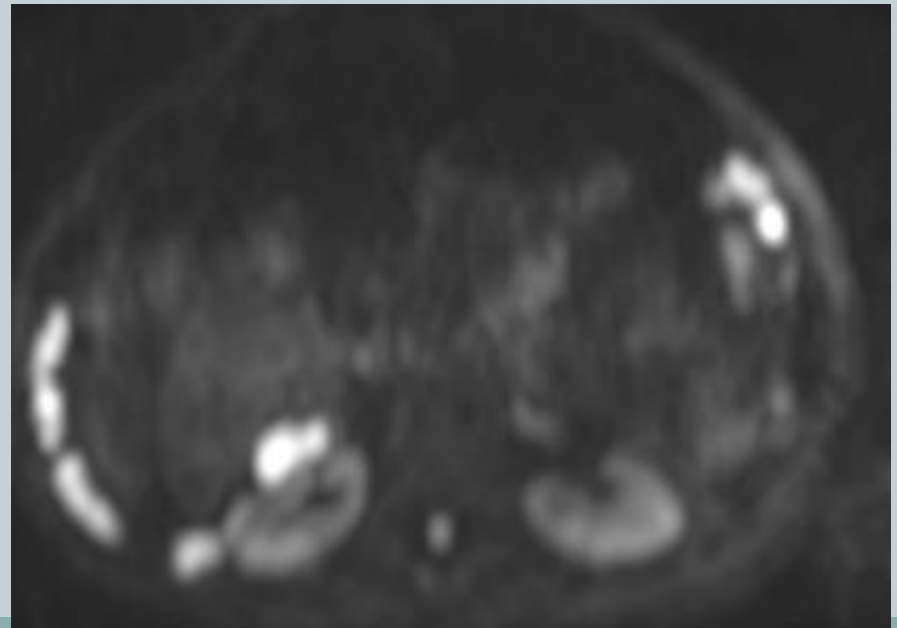
- Pour l'instant pas de recommandation « standard » pour l'étude du péritoine:
 - Mais une IRM de diffusion abdomino pelvienne devrait systématiquement être réalisée en complément d'une IRM pelvienne réalisée dans le cadre d'un bilan initial ou pré op d'un **cancer de l'ovaire**.
 - La séquence de diffusion peut être proposée en complément de la TDM devant l'augmentation des marqueurs ou pour bilan pré op d'une carcinose



Scanner



DWI inversé



DWI

Incidence de l'occlusion intestinale



Incidence de l'occlusion intestinale

Cancers de l'ovaire

5% à 51%

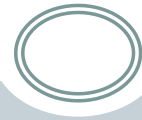
Cancers colorectaux

4,4% à 24%

Dans les séries de CP
opérées

9 à 52 %

Images occlusion sur carcinose



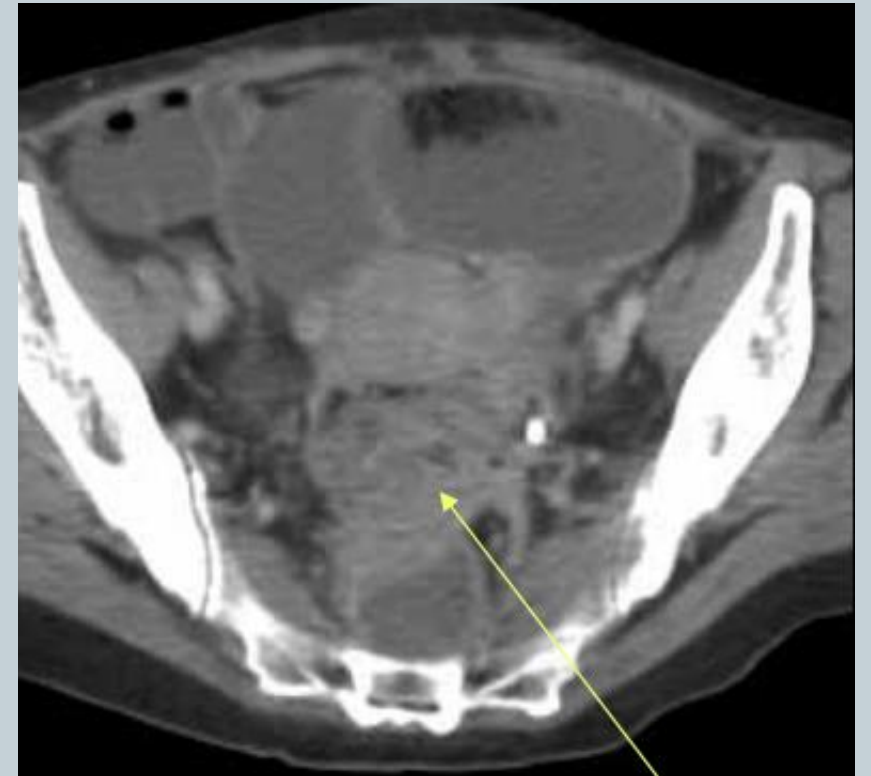
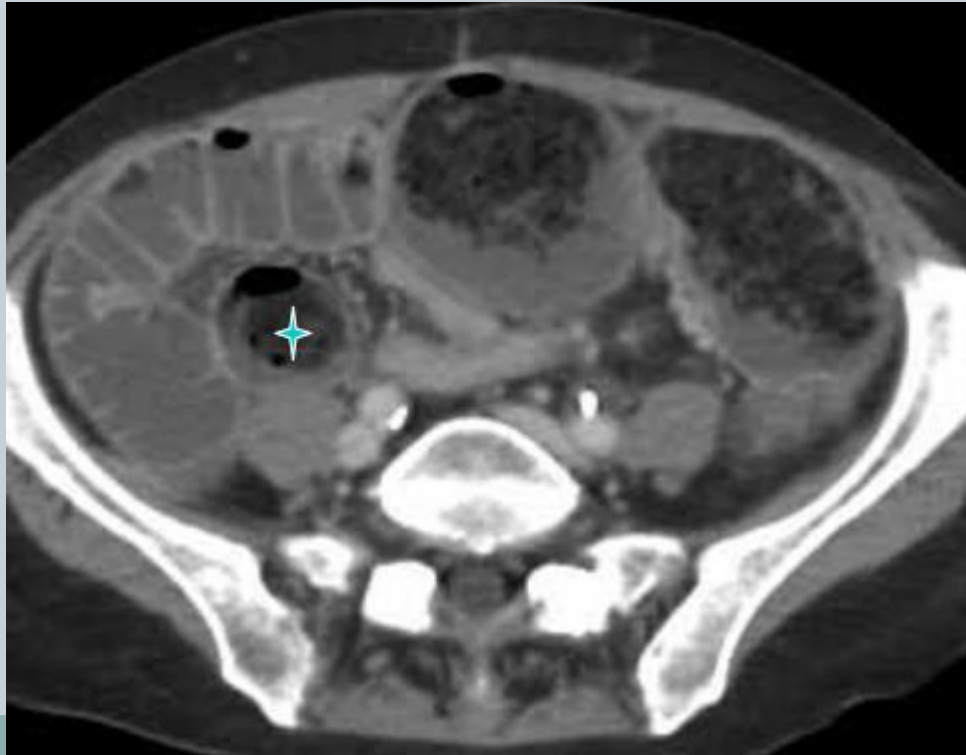
- Carcinose avec distension du grêle
- Zones de *rétrécissement* de calibre du tube digestif (flèche blanche) en regard de *l'infiltration du grand épiploon* (flèche jaune) sans masse circonscrite.



Images occlusion sur carcinose



- Distension grêlocolique en rapport avec l'obstruction chronique (étoile) / masse de carcinose du cul-de-sac de Douglas responsable d'un effet de masse sur le recto-sigmoïde.



Etiologies fréquentes d'occlusion dans un contexte de tumeur abdomino pelvienne



- une récurrence tumorale loco-régionale
- une carcinose péritonéale
- un grêle radique, survenant après un intervalle libre souvent long entre l'épisode occlusif et l'irradiation d'une tumeur pelvienne.
- une bride post-chirurgicale
- une lésion sur stomie externe (sténose inflammatoire, hernie para-stomiale.)

Mais il faut éliminer les pièges...15%



- La survenue d'une occlusion chez un malade ayant des antécédents de cancer **n'est pas synonyme d'occlusion néoplasique**. Même lorsque la maladie néoplasique est évoluée, avec présence d'une récurrence régionale ou de métastases à distance, la fréquence des **occlusions non néoplasiques reste non négligeable, voisine de 15 %**

Mais il faut éliminer les pièges...15%

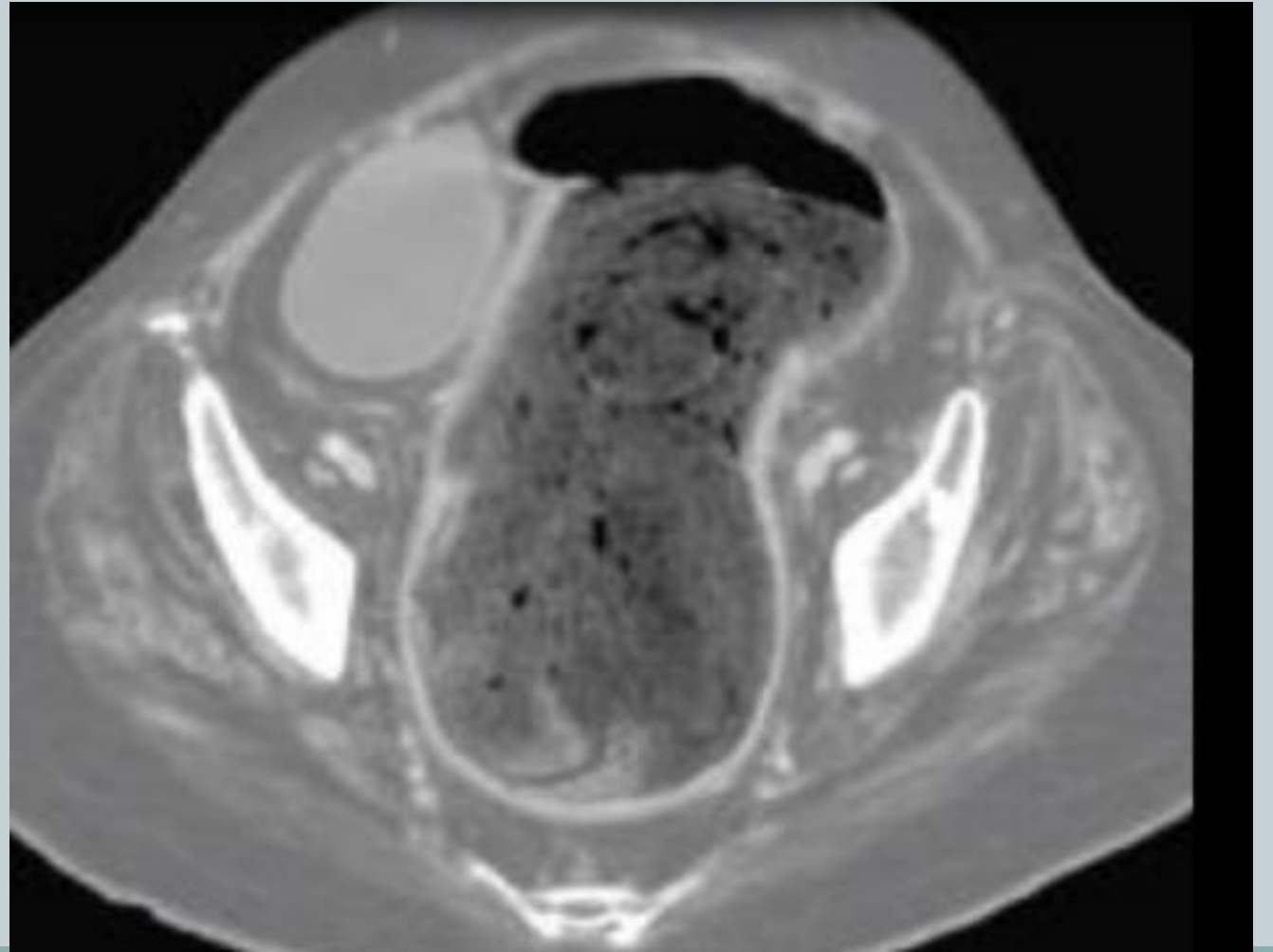


- **Occlusions fonctionnelles** comme les iléus postopératoires, le syndrome d'Ogilvie, médicaments, troubles ioniques, ...
- **Occlusions-symptômes** : iléus réflexe , hémopéritoines , foyers septiques intrapéritonéaux, appendicite mésocoeliaque, sigmoïdite, cholécystite , pathologie vasculaire (ischémie intestinale) , crise de colique néphrétique, pancréatite aiguë
- **Occlusions mécaniques du grêle** : occlusions sur brides et adhérences postopératoires, hernies étranglées, tumeurs du grêle
- **Occlusions mécaniques du côlon** : cancer du côlon (deuxième cancer...) , la sigmoïdite, volvulus, fécalome (toucher rectal)

Pièges / quelques exemples



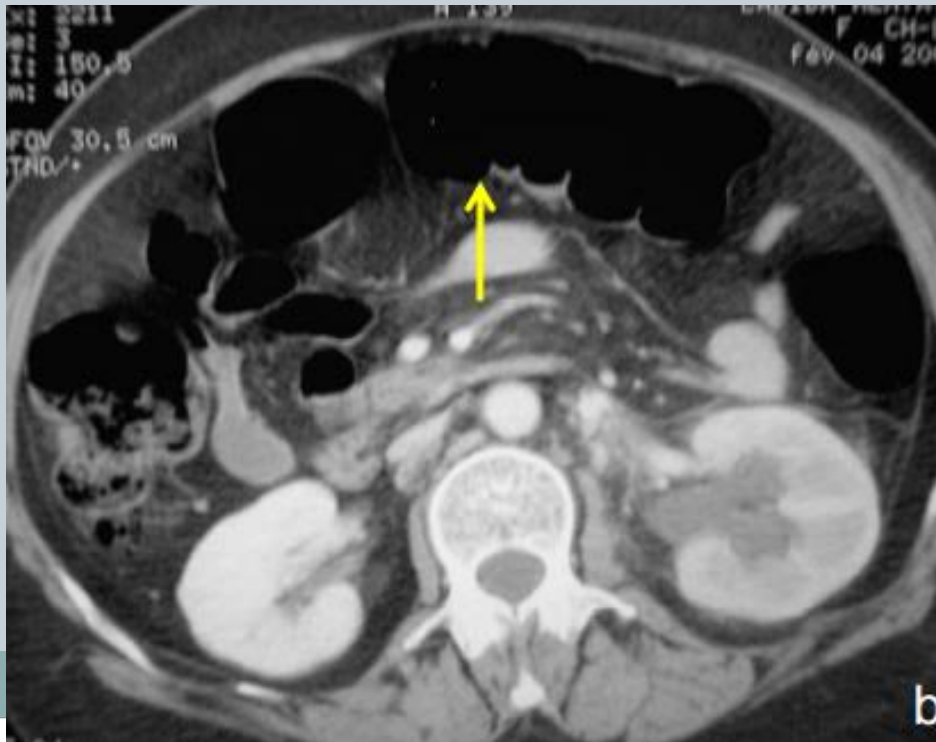
Fécalome



Pièges / quelques exemples

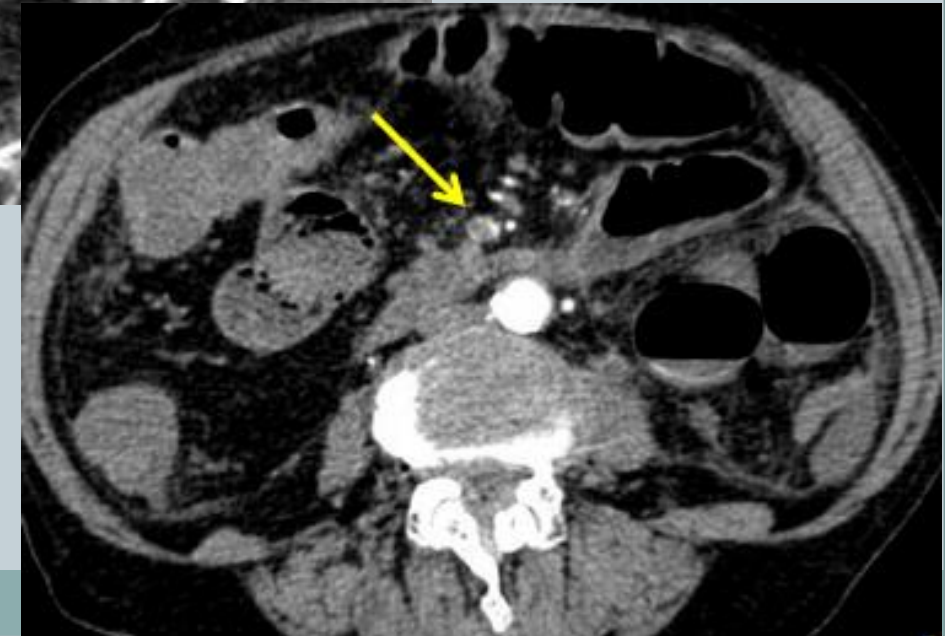
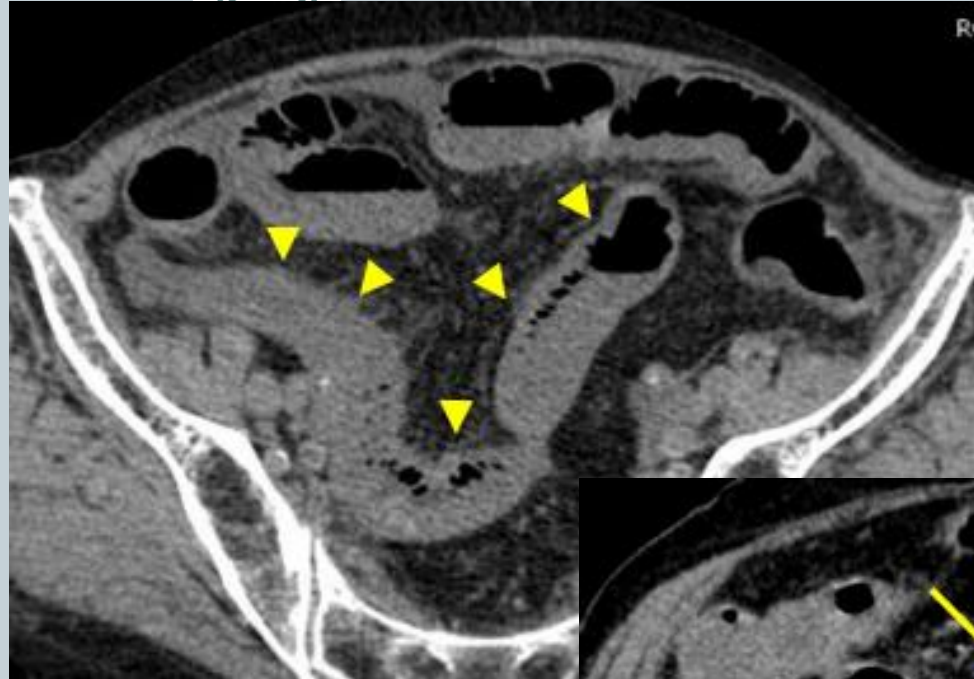


- Causes réflexes: Traumatisme fermé de l'abdomen, du rachis ; Crise de colique néphrétique ; Pancréatite aigue; Iléus de certaines affections médicales ...
- Ex: colique néphrétique gauche



Pièges / quelques exemples

- Causes vasculaires :
ischémie mésentérique :
 - anses gréliques et coliques distendues à contenu liquidien et aérique
 - *parois épaissies non rehaussées* après injection de PDC (têtes de flèche)
 - image du *thrombus endoluminal* au niveau de l'artère mésentérique supérieure (flèche)



Pièges / quelques exemples



- Occlusion mécanique du grêle distal sur bride
- Zone transitionnelle brutale avec une bride entre les anses plates et les anses dilatées



Traitement symptomatique de l'OI sur CP des cancers gynécologiques (stades avancés)



- **Objectifs:**

- lever l'occlusion et/ou contrôler les symptômes
- assurer le confort de la patiente, améliorer sa qualité de vie
- permettre le retour au domicile

- **Moyens:**

- Chirurgie
- Intubation nasogastrique- gastrostomie de décompression
- Prothèse endoluminale
- Traitement symptomatique médical - *Et la chimiothérapie?*

Ils Dépendent:

- cancer sous-jacent
- nbre, sites obstruction
- EG, espérance vie
- Buts du traitement

- **Principes:**

- Réévaluations fréquentes
- " EARLY PALLIATIVE CARE " (*Temel JS et al. N Engl J Med 2010; 363: 733-42*)
- Redonner place à la réflexion : information de la patiente, limites ou futilité des traitements (Loi Léonetti, 2005) , directives anticipées, ...

Modalités thérapeutiques: complexité de la prise en charge



- Y-a-t-il une place pour la chirurgie? Y- a t- il une place pour la chimiothérapie?
→ **concertation médico-chirurgicale (RCP)**
- Y-a-t-il une place pour une **prothèse endoluminale?** (stent de dilatation)
- **Aspiration nasogastrique par sonde?** - si vomissements importants (>3/j)
 - si accord du patient
 - pas plus de 3 j (ou alternatives: « vidanges ») sauf si sécrétions > 1l/j
- **Traitement médical pharmacologique multimodal et synergique** (antispasmodiques-antisécrétoires-antalgiques-antiémétiques)
- **Place de la gastrostomie** de décompression: trop rare? - vomissements incoercibles - SNG mal supportée - survie de plusieurs semaines (**cancer de l'ovaire**) - patient voulant des apports oraux – retour au domicile (Indications – CI, SFED 2007)
- **Hydratation - Nutrition** orales ou parentérales: à discuter (souhaits patient ET famille; chimiothérapie palliative)
- Traitement des autres symptômes (ponction ascite, anxiété, ...); rôle +++ **Bains de bouche** (soif)
- **Soins de Support – Soins palliatifs- Accompagnement** patient ET famille (« Elle va mourir de faim, elle va mourir de soif... »): LE PLUS TÔT POSSIBLE!
- **Retour au domicile** (HAD, Réseaux de soins , ...)

Arbre décisionnel: OI sur CP*

1. Y-a-t-il une indication chirurgicale? →
Concertation pluridisciplinaire médico-chirurgicale

Critères pronostiques d'aide à la décision:

- Age et Co-morbidités
- Etat nutritionnel
- ATCD radiothérapie
- Niveau de l'occlusion
- Possibilités de traitements oncologiques ultérieurs

Oui

Occlusion non néoplasique
Perforation, volvulus aigu
Obstacle bien identifié non accessible à une prothèse endoscopique

Non

Refus du patient
Mauvais EG du patient
Carcinose étendue
Plusieurs niveaux de sténose
Envahissement racine
Mésentère
Ascite abondante

Non

Car indication de stent de dilatation sur sténose unique,
Lésion accessible à l'endoscope,
Plateau technique disponible

2. Stratégie thérapeutique médicamenteuse

Stratégie thérapeutique médicamenteuse



- **Contrôle médical des symptômes en associant anti sécrétoires, antiémétiques, analgésiques et corticoïdes**
(≠ traitement stéréotypé classique)

- **Place de l'Octréotide (analogue de la somatostatine):**
 - inhibe sécrétions endocrines gastro-intestinales et pancréatiques
 - diminue sécrétions exocrines gastro-intestinales, pancréatiques et biliaires
 - ralentit le péristaltisme gastro-intestinal
 - diminue le débit sanguin splanchnique
 - Action puissante et rapide sur nausées et vomissements

- **Traitement pharmacologique par étapes limitées dans le temps**

Traitement pharmacologique de l'OI sur carcinose péritonéale

classe thérapeutique	spécialités	posologie
<p>Antiémétiques neuroleptiques</p> <p>Anti 5HT3 en 2^{ème} ligne</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Halopéridol - Métopropramide (seulement en cas d'occlusion partielle et d'absence de coliques) - Chlorpromazine - Dropéridol - En 2^e ligne: anti 5HT3 seul ou en association 	<ul style="list-style-type: none"> - 0.5-5 mg, toutes les 8 h; SC - 5 -20 mg, toutes les 6h à 8h; SC ou IV - 12-50 mg /j ; SC ou IV (continu ou discontinu) - 2.5-5 mg/j ; SC ou IV (continu ou discontinu)
Anticholinergiques (antispasmodiques)	- Butylbromure de Scopolamine	- 40 -120 mg/j; SC ou IV(continu ou discontinu)
<p>Analogues de la somatostatine* (action antisecrétoire, antiémétique , antalgique)</p> <p>Pas d'AMM dans OI(cités dans recommandations de l'AFSSAPS (2002)</p>	- Octréotide	<ul style="list-style-type: none"> - 600 µg/j; SC ou IV (continu ou discontinu) - Relais possible par la forme LP:1 injection de 30mg en IM /28j
Antalgiques	<p>Les antalgiques des 3 paliers de l'OMS</p> <p>OPIOÏDES NON CONTRE-INDIQUES!</p>	SC, IV, PSE, PCA, Fentanyl ID (douleurs stables), Analgésie interventionnelle
Corticoïdes	<ul style="list-style-type: none"> - Méthylprednisolone (France) - Dexaméthasone 	<ul style="list-style-type: none"> - 1- 4 mg/kg/j en IV lente/1h le matin- 3 à 5 j de suite - 0.25 à 1 mg/kg/j en 1 fois
IPP discutés	- Oméprazole	- 40mg/j ; IV en continu sur 24h ou une injection unique- SC possible

* Laxatifs: CI si OI complète; indiqués si reprise du transit ou si OI incomplète et obstacle colique bas ou rectal→ laxatifs osmotiques ou lubrifiants + lavements

*Prix analogues Somatostatine/Scoburen®

* En euros	Prix unitaire Etablissement de soins	Prix unitaire TTC Officine	Prix à poso 3x/j Etablissement de soins	Prix TTC à poso 3x/j Officine	Prix à poso ttes les 4h/24h Établissement de soins	Prix TTC à poso ttes les 4h/24h Officine
SIROCTID® (octréotide) IV/SC, seringue 0,1mg/1ml (100µg)	7,89*	55,94*	23,67* (300 µg) 47,34*(600µg) 71,01* (900µg)	167,82* (300µg) 335,64 *(600µg) 503,46* (900µg)		
SANDOSTATINE LP® 30mg IM (octréotide) seringue 30mg	1389,29*	1509,32*				
SCOBUREN® inj (scopolamine) ampoule 20mg/1ml (10mg=1/2 amp 20)	1,12*	14,12*			6,72* (6 amp= poso max= 120mg)	84,72* (6 amp = poso max= 120mg)

* D'après le Référentiel
IR AFSOS, 2013

Syndrome occlusif sur carcinose péritonéale*

- 1 Corticoïdes
- 2 butyle bromure de scopolamine
- 3 octréotide d'emblée à discuter

Réévaluation après 3 jours

Poursuite des vomissements?

Oui

Non

Pose ou maintien de la sonde naso-gastrique

Revoir les posologies:
Corticoïdes, b.b.de scopolamine, octréotide

Evolution à 7 jours favorable?

Oui

Non

Relais par octréotide LP ou lanréotide LP,
Diminution et arrêt du b.b.de scopolamine, des corticoïdes
Retrait de la SNG, Surveillance clinique

Traitements symptomatiques associés

- Réhydratation parentérale
- Pose d'une SNG si vomissements répétés (avec accord du patient ou discuter une alternative)
- Antalgiques palier I, II, III
- Inhibiteurs pompe à protons
- Antiémétiques
- Nutrition parentérale (à discuter)
- Place de la chimiothérapie à définir

Arrêt ou diminution des corticoïdes, b.b.de Scopolamine (à discuter)
Si analogue, poursuite et relais forme LP

Arrêt de l'octréotide
Maintien du b.b. de scopolamine
Diminution/arrêt des corticoïdes(à discuter)

RCP: en présence d'un gastro-entérologue:
Indication d'une gastrostomie de décharge chirurgicale ou endoscopique ou GPR

En conclusion



Amélioration de la prise en charge en situation palliative

Contrôle des symptômes par stratégie médicamenteuse multimodale et synergique

Soulagement de l'inconfort

Retour au domicile envisageable

Rôle de l'équipe pluridisciplinaire:

→ EVALUER, EVALUER,

EVALUER !

BIBLIOGRAPHIE



- ***PET SCAN ET IRM :***

- *JFR 2013 - Carcinose péritonéale : quelle imagerie pour la détection? Apport des autres techniques d'imagerie : PET et IRM de diffusion*
- *JFR 2008- Bilan pré-thérapeutique de la carcinose péritonéale des cancers de l'ovaire. Qu'attend le chirurgien ?*

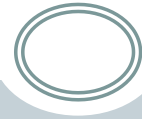
- ***Biblio pièges***

- *Occlusion intestinale aigüe sur abdomen non cicatriciel / société française de radiologie*
- *L'occlusion du grêle pour les nuls / société française de radiologie*

- ***Incidence de l'occlusion intestinale :***

- *(Baines MJ. The pathophysiology and management of malignant intestinal obstruction. In : Oxford textbook of palliative medicine. 2nd Edn. Doyle D, Hanks G, Mac Donald N editors. Oxford. Oxford University Press 1998:526-33.)*
- *(Feuer DJ, Broadley KE, Shepherd JH, Barton DPJ. Systematic review of surgery in malignant bowel obstruction in advanced gynecological and gastrointestinal cancer. Gynecol Oncol 1999;75:313-22)*

BIBLIOGRAPHIE



- *Stratégie thérapeutique médicamenteuse:*
 - *(Baines M, Oliver DJ, Carter RL. Medical management of intestinal obstruction in patients with advanced malignant disease. A clinical and pathological study. Lancet 1985;2: 990-3)*
 - *(Mercadante S, Spoldi E, Caraceni A, Maddaloni S, Simonetti MT. Octreotide in relieving gastrointestinal symptoms due to bowel obstruction. Palliat Med 1993; 7: 295-9)*
 - *(Traitement symptomatique de l'occlusion intestinale sur carcinose péritonéale: Recommandations de bonnes pratiques cliniques, groupe de travail pluriprofessionnel, septembre 2012)*
 - *(Occlusion digestive sur carcinose péritonéale, Référentiels inter régionaux en Soins Oncologiques de Support, 2013)*