



Liberté • Égalité • Fraternité

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

MINISTÈRE DE LA DÉFENSE



H.I.A BEGIN
Chirurgie Viscérale

MC B MALGRAS MC L. MONTAGLIANI MP C. BREVART
MP A-C EZANNO MP A. AIME MP C. SCHEIWE
MP X GIUDICELLI

FICHE D'INFORMATION PATIENT **« CARCINOSE PÉRITONÉALE et** **CHIP »**

Le but de cette notice est de vous permettre d'avoir les informations concernant votre intervention. Votre cas personnel peut ne pas y être parfaitement représenté. N'hésitez pas à interroger votre praticien pour toute information complémentaire. Ces informations complètent et ne se substituent pas à l'information spécifique qui vous a été délivrée par celui-ci. Cette fiche n'est pas exhaustive en ce qui concerne les risques exceptionnels.

Qu'est-ce que la carcinose péritonéale ?

Le péritoine est une membrane qui tapisse intégralement les parois de l'abdomen et les différents organes contenus dans la cavité abdominale..

La carcinose péritonéale résulte du développement d'un cancer au sein de cette membrane. Il en existe deux grands types :

- La carcinose péritonéale primitive. Le péritoine est à l'origine de la maladie. C'est une pathologie rare qui est représentée essentiellement par les mésothéliomes et pseudomyxomes
- La carcinose péritonéale secondaire. Le péritoine atteint est la conséquence d'un essaimage d'un cancer primitif. Celui-ci est le plus souvent digestif (colon, rectum, estomac..), gynécologique (ovaires) ou appendiculaire.

La présence d'une carcinose témoigne d'une maladie néoplasique évoluée

Quels sont les traitements possibles ?

Tout le monde ne peut pas être opéré. Le traitement de la carcinose péritonéale dépend de plusieurs points importants : en premier lieu son origine, son étendue et les possibilités de résection complète des lésions. Une chirurgie pour carcinose est une décision multidisciplinaire (Oncologue, chirurgien...).

Bien souvent le traitement des malades présentant une carcinose péritonéale repose sur une chimiothérapie intra veineuse. Mais pour certains malades, ayant une maladie bien contrôlée, il est parfait possible de proposer une **CHIP** « Chimiothérapie Hyperthermique Intra Péritonéale »

Ce traitement **a visé curative** de la carcinose péritonéale repose sur la chirurgie de réduction tumorale combinée à la chimiothérapie intrapéritonéale (c'est-à-dire effectuée directement dans l'abdomen).

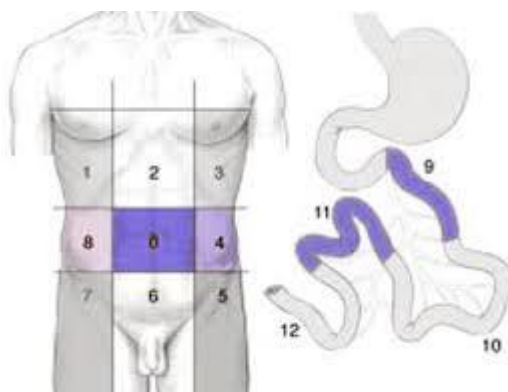
- **But de l'intervention :**

La chirurgie a pour but de retirer toute la maladie carcinomateuse macroscopique visible par le chirurgien. La chimiothérapie intrapéritonéale, toujours réalisée après le temps chirurgical, a pour but d'agir sur la maladie carcinomateuse microscopique, c'est-à-dire non visible par le chirurgien (nodule inférieur à 2 mm). Cette dernière est dans la majorité des cas chauffée (autour de 42°C) et réalisée dans le même temps opératoire que la chirurgie, elle est alors appelée chimio hyperthermie intrapéritonéale (CHIP).

- **Comment se déroule l'opération ?**

Une sonde gastrique et un sondage urinaire sont mis en place de manière systématique. L'intervention se déroule toujours par laparotomie (c'est-à-dire « à ventre ouvert ») et l'incision est de grande taille, située sur la ligne médiane, partant de la xiphoïde (pointe du sternum) jusqu'au pubis.

Le premier temps opératoire consiste à explorer l'ensemble de la cavité abdominale : le chirurgien examine chaque région de l'abdomen (13 régions ; 0 à 12) et établit un score ou index péritonéal. Ce score permet d'estimer l'importance de l'étendue de la maladie.



C'est seulement après cette étape qu'il est décidé si oui ou non l'intervention chirurgicale peut être réalisée. Une fois cette décision prise, l'opérateur commence à proprement parler l'intervention. Le but est de retirer tous les nodules visibles. En fonction de l'étendue de la maladie dans le péritoine, la chirurgie peut être plus ou moins longue (variant de 5 à 12 heures) et nécessiter la résection partielle ou complète de plusieurs organes (estomac, intestin grêle, colon, rate, utérus, ovaires,...). **Au cours de cette chirurgie, la vésicule biliaire et l'appendice sont retirés.** La réalisation d'une stomie temporaire (dérivation des selles) peut être nécessaire, le plus souvent après résection d'une partie du rectum, afin de protéger la suture entre le colon et le rectum. Cette stomie est habituellement refermée 2 à 6 mois après la CHIP.

La chimiothérapie contenue dans le bain n'étant efficace que sur la maladie microscopique, elle ne peut être réalisée qu'après résection chirurgicale complète. **Par conséquent, si lors de la chirurgie, le chirurgien constate qu'il ne peut pas retirer toute la maladie macroscopique, la CHIP ne sera pas réalisée.** C'est donc seulement au cours de l'intervention que le chirurgien voit s'il peut ou non retirer toute la maladie visible, puis réaliser la CHIP. Le type et la durée de la chimiothérapie sont fonction du type de maladie péritonéale et choisis par le chirurgien. En fin d'intervention, 4 drains sont mis en place (qui permettront d'évacuer et de surveiller les sécrétions résiduelles post chirurgicale) et l'abdomen est fermé.

- **Qu'elles sont les suites habituelles ?**

La chirurgie de la carcinose péritonéale est une procédure longue qui nécessite plusieurs heures d'interventions. Dans la majorité des cas, vous serez réveillé le soir de l'intervention et surveillé pendant quelques jours dans un service de soins intensifs ou de réanimation chirurgicale. Vous serez par la suite transféré dans un service de chirurgie si votre état est stable. La durée d'hospitalisation totale est d'au moins 10-12 jours et peut s'avérer plus longue si nécessaire.

Quels sont les principaux risques en rapport avec la CHIP ?

Aucune intervention n'est dénuée de risques. Ceux-ci sont assez rares et dans la majorité des cas bien maîtrisés mais vous devez connaître ces éventualités avant de vous décider à vous faire opérer.

- **Risques pendant l'intervention :**

-Exérèse d'organe non prévu : malgré les bilans pré opératoire, le chirurgien ne connaît pas les localisations exactes de tous les nodules de carcinose. Il vous prévient du risque de résection d'organe (colon, grêle, rate, rectum...) mais ce n'est que l'abdomen ouvert et l'exploration minutieuse qui définira les résections nécessaires.

-Pneumothorax : la carcinose se situe souvent au niveau des coupes diaphragmatiques. Le chirurgien en réséquant la maladie peut faire un petit trou dans le diaphragme. Il crée alors un pneumothorax dont le traitement repose sur la mise en place d'un drain thoracique que vous garderez environ 5 jours.

- **Risques après l'intervention :**

-**Fistules anastomotiques** : Elles surviennent habituellement vers le 4-5ème jour post opératoire. L'absence de cicatrisation au niveau de l'anastomose expose à un risque d'abcès et de péritonite et peut nécessiter la mise en place d'un drainage évacuateur par les radiologues, une ré-intervention chirurgicale et/ ou la confection d'un anus artificiel temporaire. Leur fréquence moyenne est de 5 à 10%

-**Saignements** : ils peuvent être à l'origine d'hématome ou d'hémorragie et nécessiter une ré intervention chirurgicale et/ ou une transfusion. Ce risque peut être augmenté en fonction du type de chimiothérapie utilisée (cf).

- **Occlusion intestinale** : elle est possible lors de toute intervention chirurgicale abdominale. Elle peut nécessiter la mise en place d'une sonde naso gastrique transitoire voir d'une ré intervention chirurgicale si il existe un blocage mécanique de l'intestin en cause.

- **Infection** : même en condition d'asepsie stricte, des infections du site opératoires peuvent survenir. Elles sont dans la plupart des cas traitées par antibiotiques et soins de pansements.

- **Risques inhérents à la chimiothérapie intra péritonéale** : Ils sont variables en fonction du type de chimiothérapie utilisée. Les plus fréquents sont l'occlusion fonctionnelle post opératoire, l'insuffisance rénale transitoire (chimiothérapie type cisplatine) et l'hémorragie retardée (chimiothérapie type oxaliplatine).

- **Risques généraux :**

-Une phlébite ou une embolie pulmonaire peuvent survenir après toute intervention chirurgicale. Elles sont cependant rares, en raison de la prévention systématique qui est réalisée par un traitement anticoagulant préventif et l'utilisation de contentions veineuses (bas de contention).

- **Qu'elles sont les conséquences possibles de l'intervention ?**

Il est fréquent qu'une fatigue importante soit présente dans les suites de l'intervention, mais celle-ci disparaît classiquement au bout de quelques mois. Les conséquences possibles de l'intervention seront fonction des gestes chirurgicaux réalisés, qui peuvent être très variables, et il ne faut pas hésiter à questionner votre chirurgien. Les plus fréquentes sont des troubles du transit intestinal (nausées, accélération du transit, douleurs abdominales) s'améliorant en règle quelques mois après la chirurgie.



HIA BEGIN – 69 avenue de Paris 94163 SAINT MANDE CEDEX. Tél : 01.43.98.50.00

Service de Chirurgie Viscérale, endocrinienne & Vasculaire
Secrétariat Consultation : 01.49.57.50.00 – Hospitalisation : 01.43.98.52.42 – Fax : 01.43.98.59.22