



# Prise en charge symptomatique de l'ascite maligne en phase palliative : place de la paracentèse et des diurétiques

Vincent Gamblin<sup>1</sup>, Arlette Da Silva<sup>1</sup>, Stéphanie Villet<sup>1</sup>, Farid El Hajbi<sup>2</sup>

Reçu le 11 février 2015  
Reçu sous la forme révisée le 25 août 2015  
Accepté le 1<sup>er</sup> septembre 2015  
Disponible sur internet le :  
23 octobre 2015

1. Centre Oscar-Lambret, unité de soins palliatifs, 3, rue Frédéric-Combemale, 59020 Lille, France
2. Centre Oscar-Lambret, département de cancérologie urologique et digestive, 3, rue Frédéric-Combemale, 59020 Lille, France

## Correspondance :

Vincent Gamblin, Centre Oscar-Lambret, unité de soins palliatifs, 3, rue Frédéric-Combemale, 59020 Lille, France.  
[v-gamblin@o-lambret.fr](mailto:v-gamblin@o-lambret.fr)

## Mots clés

Ascite maligne  
Paracentèse  
Diurétiques

## ■ Résumé

L'ascite maligne, survenant à un stade avancé de la maladie, constitue un facteur de mauvais pronostic et peut être responsable de symptômes invalidants altérant la qualité de vie. Les mécanismes physiopathologiques sont complexes et mal élucidés. Le plus souvent, l'ascite est liée à une carcinose péritonéale, responsable d'une altération de la perméabilité vasculaire par production de VEGF et d'une réduction du drainage lymphatique. Elle peut être secondaire à une hypertension portale, par exemple lors de métastases hépatiques multiples ou être la conséquence d'une obstruction lymphatique. Bien que les ponctions évacuatrices et les diurétiques soient couramment employés, il n'existe aucune étude contrôlée randomisée comparant leur efficacité. La paracentèse apporte un soulagement rapide mais temporaire dans plus de 90 % des cas, et oblige à des hospitalisations répétées. Le contrôle de l'ascite semble possible par spironolactone seule ou en association avec du furosémide. Mais les données disponibles sont controversées, et il n'existe pas de facteur prédictif pour identifier les patients pouvant bénéficier d'un traitement diurétique. L'indication des diurétiques reste laissée à l'appréciation du clinicien. Les recommandations existantes sont anciennes, et les pratiques adaptées des résultats issus du contexte des ascites non néoplasiques. Des preuves supplémentaires sont nécessaires afin d'élaborer des recommandations pour la prise en charge des ascites malignes.

## Keywords

Malignant ascites  
Paracentesis  
Diuretics

## ■ Summary

### Supportive care for malignant ascites in palliative phase: Place of paracentesis and diuretics

*Malignant ascites, occurring in advanced stages of cancer, is linked with poor prognosis and can cause invalidating symptoms. Physiopathological mechanisms of ascites formation are complex and have yet to be fully elucidated. In most cases, ascites is due to peritoneal carcinomatosis in*

*which vascular permeability is enhanced by VEGF production while lymphatic drainage decreases. Ascites can also be secondary to portal hypertension, for example in case of multiple liver metastases, or due to lymphatic obstruction. While paracentesis and diuretics are commonly used, their efficiency has never been compared in a randomized controlled study. Paracentesis brings immediate but temporary relief in over 90% of cases, and implies multiple hospitalizations. Literature reports ascites control by aldosterone alone or in association with furosemide. But, available data is controversial, and there is no predictive factor to identify patients that respond to diuretic treatment. The indication of diuretic treatment is left to the appreciation of physicians. Existing recommendations are old, and practices influenced by results obtained in non-neoplastic ascites. Additional evidences are required before guidelines can be established for the palliative management of malignant ascites.*

## Introduction et contexte

L'ascite maligne, définie par une accumulation anormale et excessive de liquide péritonéal d'origine néoplasique, représente la deuxième cause la plus fréquente d'ascite après les hépatopathies cirrhotiques, soit environ 10 % des étiologies [1]. En l'absence de traitement systémique efficace envisageable, qui peut permettre d'obtenir un contrôle prolongé voire très prolongé de l'ascite notamment dans les cancers de l'ovaire, du sein, du côlon, et les lymphomes, la présence d'ascite correspond à une entrée dans la phase terminale de la maladie néoplasique, avec une espérance de survie estimée entre 1 et 4 mois [2-4]. Le cancer ovarien représente 28 % à 54 % des cas d'ascite maligne. C'est le cancer le plus fréquemment responsable d'ascite maligne et celui qui, avec une médiane de survie de 10 mois, offre le meilleur pronostic. Les ascites malignes de primitif inconnu représentent la deuxième cause la plus fréquente, observée dans 13 % à 22 % des cas [5,6]. De nombreux autres cancers solides peuvent également être responsables d'une ascite maligne : côlon, rectum, estomac, sein, pancréas, poumon, lymphome [1,6].

L'ascite maligne est responsable de nombreux symptômes, proportionnels au volume de l'épanchement et pouvant altérer significativement la qualité de vie du patient : distension abdominale douloureuse, anorexie, asthénie, dyspnée, orthopnée, nausées/vomissements, œdème des membres inférieurs, réduction de la mobilité [7,8].

En phase initiale, et de façon générale, la prise en charge de l'ascite maligne dépend du traitement systémique de la tumeur primitive. À un stade avancé de la maladie, le traitement est exclusivement palliatif et a pour objectif de lutter contre la symptomatologie en réduisant le volume liquidien. Diurétiques et ponctions d'ascite deviennent alors les thérapeutiques de première ligne en pratique courante dans ce contexte [1,9].

Afin d'éviter les inconvénients des ponctions itératives (risques de complications, déplacements et hospitalisations répétées), il est possible de proposer la mise en place d'un cathéter péritonéal permanent, de type PleurX ou cathéter de dialyse péritonéale [2,5,7]. Ils exposent cependant à un risque de

complications infectieuses pouvant atteindre 35 % [10], et aucune étude randomisée n'a comparé ponctions d'ascite répétées et drainage continu par cathéter à demeure [11].

Le shunt péritonéo-veineux, initialement développé dans l'ascite cirrhotique, est un système de drainage interne permettant de réduire l'hypovolémie et l'hypoalbuminémie secondaires à des ponctions multiples. Il est en pratique réservé à de rares indications sélectionnées (patients dont l'espérance de vie est supérieure à 3 mois), et reste de façon générale peu employé, en raison d'une mortalité péri-opératoire élevée (10-20 %) et de complications fréquentes [4,5,7,12].

## Anatomopathologie du péritoine et des ascites malignes [2,4,6,7,12]

La cavité péritonéale contient normalement une faible quantité de liquide (50-100 mL) afin d'assurer la lubrification de la surface des séreuses et ainsi prévenir la formation d'adhérences entre les viscères intra-abdominaux.

Produit à partir d'un ultrafiltrat du plasma, ce liquide contient un surfactant constitué de phospholipides et de glycosaminoglycannes synthétisés par les cellules mésothéliales, et des immunoglobulines assurant un rôle anti-infectieux. Sa cellularité normale est faible, composée essentiellement de macrophages (50 %), de lymphocytes, de mastocytes, et de cellules mésothéliales.

Par le biais de jonctions serrées entre les cellules endothéliales et de glycoprotéines chargées négativement, les capillaires péritonéaux forment une barrière endothéliale permettant d'éviter la fuite de macromolécules plasmatiques et assurent le transport d'eau et d'ions par le biais de pores intracellulaires. Dans des conditions physiologiques, cette relative imperméabilité capillaire aux protéines génère une pression oncotique stable, le flux dépendant du gradient des pressions oncotique et hydrostatique entre l'interstitium et les capillaires, de la perméabilité capillaire, et de l'aire de la surface de filtration, ces paramètres étant liés par la loi de Starling.

Environ les 2/3 du liquide péritonéal sont résorbés par les vaisseaux lymphatiques situés au niveau de la face inférieure

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/6190134>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/6190134>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)