

## ARTICLE ORIGINAL

## LA CHIRURGIE D'URGENCE DANS 5 CAS DE TUMEURS COMPLIQUEES D'HEMORRAGIE

## EMERGENCY SURGERY IN FIVE CASES OF TUMORS COMPLICATED BY HEMORRHAGE

TRAORE B<sup>1</sup>, LAMAH L<sup>2</sup>, DEM A<sup>3</sup>, CONDE M<sup>1</sup>, DIANE S<sup>1</sup>, KEITA M<sup>1</sup>, KEITA FS<sup>1</sup>, BARRY SM<sup>1</sup>, KOUROUMA T<sup>1</sup>, KEITA N<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Unité de chirurgie oncologique de Donka, <sup>2</sup>Service de Traumatologie de Donka, <sup>3</sup>Institut Curie de Dakar, Université Cheikh Anta Diop <sup>4</sup>Service de Gynécologie Obstétrique de Donka

*Auteur correspondant : Dr Bangaly Traore, - Maître assistant, Chirurgie-cancérologie  
Unité de Chirurgie Oncologique, Hôpital National de Donka, CHU de Conakry  
BP : 5575 Conakry (Guinée) - E-mail : ucodonka@gmail.com*

**Résumé**

Objectif : L'objectif de cette étude est de décrire les circonstances de découverte, les conduites thérapeutiques et le pronostic de 5 cas de tumeurs compliquées d'hémorragie dans des conditions d'exercices précaires. **Observations** : Il s'agissait d'un cas de tumeur pédiculée hémorragique du cuir chevelu chez une fillette de 11 ans, de deux cas de tumeur inflammatoire du tiers supérieur de la cuisse gauche compliquée d'hémorragie après biopsie chez un homme de 44 ans et une femme de 28 ans, d'un cas de tumeur ulcérée hémorragique du sein droit avec adénopathies axillaires mobiles chez une femme de 40 ans et d'une tumeur utérine chez une femme de 41 ans admise en urgence dans un tableau d'hémorragie.

Les gestes opératoires réalisés en urgence étaient : une exérèse large de la tumeur du cuir chevelu, une désarticulation de la hanche, une mastectomie de propreté et une hystérectomie totale simple avec annexectomie bilatérale. La mortalité péri opératoire a été deux cas dont dans un tableau de choc hypovolémique. **Conclusion** : Les tumeurs compliquées d'hémorragie sont la conséquence d'une consultation tardive chez des patients fragilisés. Si dans un pays à faibles ressources, la chirurgie reste la méthode hémostatique pour des tumeurs résecables, il faut cependant une bonne évaluation et une rapidité d'action pour améliorer leur pronostic.

**Mots clefs** : Tumeur hémorragique, chirurgie, urgence

**Summary**

Objective: The objective of this study is to describe the circumstances of discovery, the therapeutic and prognosis of five tumors complicated by hemorrhage under conditions of precarious exercise. **Discussion**: It was about a case of hemorrhagic pedunculated tumor of the scalp in a 11 year old girl, two cases of inflammatory tumor of the upper third of the left thigh complicated by bleeding after biopsy in a 44 year old male and a 28 year old woman, a case of hemorrhagic ulcerated tumor of the right breast with axillary lymph nodes involved in a woman aged 40 and a uterine tumor in a woman of 41 years admitted to emergency in an array of hemorrhage. The operative procedures were performed urgently: wide excision of the tumor of the scalp, a hip disarticulation, clean mastectomy and simple total hysterectomy with bilateral salpingo-oophorectomy. Perioperative mortality was two cases in an array of hypovolemic shock. **Conclusion**: The tumors complicated by bleeding are the consequence of a late consultation in patients weakened. In resource-poor countries, surgery remains the hemostatic method for resectable tumors, however, requires a good evaluation and a rapid action to improve their prognosis.

**Keywords**: hemorrhagic tumor, surgery, emergency

## INTRODUCTION

A la différence des pays développés, les cancers dans les pays sous-développés se caractérisent par leur découverte tardive, souvent à un stade désespéré [1, 2]. Au niveau de nos hôpitaux, le retard accusé dans le diagnostic et le bilan sont des facteurs qui peuvent contribuer à l'évolution péjorative de certains cancers. Les procédures diagnostiques ne sont pas parfois indemnes de conséquence et pourraient augmenter le risque de complications hémorragiques. Dans cette étude, nous rapportons cinq (5) cas de tumeurs compliquées d'hémorragie dont quatre (4) opérées en urgence dans le but de discuter des circonstances de survenue et des conduites thérapeutiques réalisées dans des conditions d'exercices d'une institution à faible moyen diagnostique et thérapeutique.

## OBSERVATIONS

### Cas n°1

MS, 11 ans, de sexe féminin, a été admise pour prise en charge d'une tumeur hémorragique du cuir chevelu évoluant depuis 12 mois. Reçue le 26/01/10, la patiente avait une hyperthermie de 38,5°C, un indice OMS 2 et des muqueuses pâles. Elle présentait une tumeur pédiculée et mobile de la nuque, dont le sommet était ulcéré et saignait au moindre contact. On notait deux adénopathies mobiles sous mandibulaire (1cm) et sous mentonnière (1,5cm). Le bilan d'urgence retrouvait un taux d'hémoglobine à 3g/dL, des globules blancs à 16,6G/L et une goutte épaisse positive de 1 à 2 trophozoïtes/champs qui a nécessité un traitement par la quinine. Malgré la transfusion de trois unités de sang total, la patiente était jours pâle ; l'hémorragie devenant plus importante. Une exérèse large était alors réalisée en urgence sous anesthésie générale. Le 09/02/09, le taux d'hémoglobine était à 10g/dL et la patiente a été perdue de vue depuis sa sortie de l'hôpital. L'histologie de la pièce opératoire n'a pas été obtenue.

### Cas n°2

A D, 44 ans, cultivateur, avait consulté le 17/05/11 pour tumeur de la cuisse gauche avec impotence fonctionnelle évoluant depuis trois mois. Le patient fumait avec 34,5 paquet-année et il avait un antécédent de traumatisme par balle sur la cuisse gauche 8 mois au paravent. A l'examen, il était apyrétique et

présentait un indice OMS 1, une cicatrice en regard d'une tumeur de la face antéro-interne du tiers supérieur de la cuisse gauche, fixée, indolore et inflammatoire mesurant 24cm d'axe longitudinal. Des adénopathies inguinales homolatérales mobiles de taille variable de 1 à 2cm étaient présentes. Il n'y avait pas d'hépatomégalie ni de ganglion de Troisier. Une biopsie a été réalisée avec incision sur la face antérieure de la cuisse. Le tissu tumoral était très friable, infiltrant l'aponévrose. Au cours de la biopsie, une importante hémorragie artérielle non maîtrisable par tampon ou garrot était survenue. Devant ce tableau, une désarticulation de la hanche a été pratiquée. Le taux d'hémoglobine de 5g/dL a nécessité une transfusion de 3 unités de sang. Les suites opératoires ont été marquées par une suppuration post opératoire. Le bilan fait en post opératoire n'a pas montré de localisations secondaires. Le taux d'hémoglobine était remonté à 11,6g/dl. Les autres cures, n'ont pu être réalisées, faute de moyens financiers. Le patient est actuellement en vie, sans récurrence après un recul d'un an.

### Cas n°3

FBT, 28 ans, ménagère, avait présenté une tumeur douloureuse de la cuisse gauche, survenue après une première tentative d'exérèse depuis 8 mois sur terrain de la maladie de Von Recklinghausen. En mai 2011, la patiente avait un état général altéré (OMS 2). Elle présentait une volumineuse tumeur des 2/3 inférieurs de la cuisse gauche, dure, douloureuse à la palpation, avec présence d'une cicatrice disgracieuse arciforme et des zones de fluctuation par endroit. Le taux d'hémoglobine était de 12,5g/dL. L'échostructure de la tumeur était hétérogène et mal limitée. Il n'y avait pas de localisations secondaires. Trois jours après une biopsie réalisée en juin 2011, une hémorragie était survenue malgré un pansement compressif. Une désarticulation était alors décidée, mais la patiente est décédée dans un tableau de choc hypovolémique.

### Cas n°4

M C, 40 ans, ménagère, hypertendue connue, a présenté en juin 2011 tumeur ulcéro-bourgeonnante et nécrotique (figure 1), occupant la quasi-totalité du sein droit. A l'examen, l'état général était altéré (indice OMS 2). La tumeur était mobile sans adéno-

pathies axillaires ou sus claviculaires. Une biopsie a été faite le 17/06/11. Dans l'attente des résultats de la biopsie, la patiente saignait à chaque pansement et l'hémorragie devenait de plus en plus importante. Une mastectomie de propreté était alors réalisée. En post opératoire, la patiente a encore bénéficié d'une unité de sang et du traitement préventif thromboembolique par héparine bas poids moléculaire. Le taux d'hémoglobine était à 9g/dl. La patiente est décédée au 2ème jour post opératoire dans un tableau d'embolie pulmonaire.

### Cas n°5

FC, 41 ans, a été reçue le 20/01/11 pour métrorragie abondante associée à des douleurs pelviennes irradiant aux lombes depuis 12 mois. La patiente avait eu 10 grossesses à terme et était bien réglée. Une masse endo-utérine a été suspectée à l'échographie lors de consultation dans un centre médical communal. La métrorragie s'aggravant de jour en jour a justifié, la référence de la patiente. A sa réception, l'état général altéré, la vulve était couverte de sang rouge vif, le vagin souple, les culs de sac vaginaux libres et le col utérin gros et hémorragique, surmonté d'un utérus globuleux ; les paramètres étaient souples. Malgré la tamponnade vaginale à plusieurs reprises et l'administration d'etamsylate injectable, l'hémorragie ne s'est pas arrêtée. La tension artérielle était de 09/06 cmHg, le pouls filant. Le taux d'hémoglobine était à 8g/dL. Une laparotomie réalisée en urgence a permis de découvrir un hémopéritoine et gros utérus. Une hystérectomie totale simple a été réalisée avec suites simples. L'examen histologique a confirmé un choriocarcinome. La patiente a été perdue de vue après sa sortie d'hôpital. Le dosage de la fraction bêta de l'hormone gonadochorionique n'a pas été effectué.

### COMMENTAIRES

Ces observations illustrent quelques difficultés de diagnostic et de traitement des cancers dans nos conditions d'exercices. Les 5 patients étaient repartis en : tumeur du cuir chevelu 1 cas, tumeur des parties molles de la cuisse 2 cas, tumeur du sein 1 cas et tumeur de l'utérus 1 cas. Trois cas ont été admis avec une complication hémorragique alors que pour les deux autres l'hémorragie est survenue après l'admission.

L'hémorragie touche 10% des patients atteints de cancers avancés et représente 6% de cause de décès [3]. Toutes les lésions tumorales décrites dans cette série étaient à un stade clinique avancé.

Dans des cas de tumeur des parties molles de la cuisse, l'hémorragie était survenue suite à une biopsie chirurgicale. Cette méthode a été utilisée car elle permet d'avoir un fragment tissulaire représentatif. Cependant, la biopsie à l'aiguille fine offre les mêmes avantages, surtout si elle est guidée, avec moins de complications hémorragiques possibles, mais exige une technique rigoureuse.

L'acte opératoire proposé était une exérèse conservatrice ou radicale. Dans cette situation d'urgence, ces gestes posent le problème de l'acceptabilité de l'acte opératoire envisagé. Si pour les patients présentant une tumeur du cuir chevelu, l'exérèse large paraissait acceptable, il en a été moins quant à l'hystérectomie, la mastectomie et la désarticulation en urgence respectivement pour les tumeurs de l'utérus, du sein et du membre. Après information éclairée, tous les patients ont finalement accepté l'acte opératoire.

En cas de complications hémorragiques sévères, certains auteurs proposent d'autres alternatives en complémentarité avec la chirurgie, la radiothérapie pour Ple'inac-Karapandzic [4] et l'embolisation artérielle selon Barber [5]. En l'absence de radiothérapie et d'artériographie interventionnelle, la chirurgie reste la méthode privilégiée, car, elle permet un geste à la fois diagnostique et thérapeutique si la tumeur est résécable.

Le risque opératoire devient important en cas de comorbidité et pour des patients en mauvais état général. En effet, pour Augustet al [6], la décision opératoire en urgence ne tient pas compte de l'évaluation préopératoire à la recherche de co-morbidité, mais ne donne pas aussi le temps nécessaire à la concertation multidisciplinaire, elle ne tient pas non plus compte des préférences des patients ou de leur famille.

La mortalité péri opératoire a été importante : 2 patients dont une tumeur de la cuisse, pendant la phase périopératoire et une tumeur du sein après mastectomie avec curage axillaire. L'état général à l'admission, le retard accusé dans la prise de décision, l'agressivité du geste opératoire et le terrain d'hypertension sont des facteurs défavorables dans l'évolution de ces patients.

Un des problèmes à résoudre reste le suivi post thérapeutique. Celui-ci est fonction des résultats de

l'examen histologique dont la définition des facteurs prédictifs de réponse thérapeutique (type histologique, grade histopronostique, emboles lymphatiques, marges de résection, état des ganglions) n'est plus à démontrer[7].

## CONCLUSION

Les tumeurs compliquées d'hémorragie sont la

conséquence d'une consultation tardive chez des patients fragilisés. Dans une institution à faible moyen de diagnostic et de traitement, la chirurgie reste la méthode hémostatique pour des tumeurs résécables, mais il faut cependant une bonne évaluation et une rapidité d'action pour améliorer leur pronostic.



**Figure 1 : Tumeur ulcérobourgeonnante et nécroticohé-morragique du sein droit chez une femme de 40 ans (cas n°4)**

## REFERENCES

1. Parkin DM, Ferlay J, Hamdi-Cherif M, Sitas F, Thomas JO, Wabinga H, et Coll. – Cancer in Africa : Epidemiology and prevention. IARC Scientific publications N° 153, IARC Press (Lyon) 2003
2. Timothy P Hanna, Alfred CT Kangole. Cancer control in developing countries: using health services research to measure and improve access, quality and efficiency. BMC International Health and Human Rights 2010;10:211
3. Marty S, Mazzocato C, Bossard D, Cantin B, Larpin R. Les urgences et les dernières heures à domicile. Guide des soins palliatifs du médecin Vaudois. 2006;6:7-9
4. Ple'inac-Karapandzic V. & Durbaba M. Intracavitary brachytherapy as the intensive therapy of severe metrorrhagia caused by advanced gynecological neoplasms. Archive of Oncology 2000;8(Suppl 1):27-8.
5. Barber WA, Scriven P, Turner D, Hughes D and Wyld L. Epithelioid angiosarcoma: Use of angiographic embolisation and radiotherapy to control recurrent haemorrhage. Journal of Surgical Case Reports 2010; 5:7
6. August DA, Kearney T and Roderich E. Schwarz. Surgical Emergencies Oncology 2006;7:1332-1348
7. Crawford J M Original research in pathology: judgment, or evidence-based medicine? Laboratory Investigation 2007;87:104–114