

Chapitre VIII. Hémorragies

Les hémorragies sont un problème souvent grave chez le patient cancéreux.

Mécanismes

L'hémorragie peut survenir directement au niveau de la tumeur par effraction vasculaire. Elle peut aussi être la conséquence de troubles de coagulation induits par l'affection néoplasique ou son traitement. Le plus fréquent est la thrombopénie induite par la chimiothérapie. On peut également avoir des hémorragies dans le contexte d'une coagulation intravasculaire disséminée. Ce syndrome très souvent associé au cancer peut entraîner des thromboses ou des hémorragies. Il résulte d'une activation systémique de la coagulation. Il se voit dans le cancer mais également dans le sepsis et le choc. La troisième grande cause de troubles de coagulation est un surdosage en anticoagulants (anti-vitamine K, héparine...).

Tableau clinique

Les hémorragies peuvent être localisées au niveau d'un organe ou être diffuses.

La rupture de l'artère carotide est ce qu'on appelle une urgence carotide. Elle est due à l'infiltration tumorale, à une surinfection ou au traitement (radiothérapie). Elle peut être interne ou externe. Lorsqu'elle survient, le tableau est tout à fait aigu, il convient de comprimer l'artère et de conduire le patient en salle d'opération pour que le chirurgien réalise une suture de l'artère carotide. Le patient survit sans séquelle dans un tiers des cas, décède dans un autre tiers et dans le dernier tiers, garde des séquelles neurologiques de type hémiplégie ou troubles cognitifs.

Les hémorragies digestives peuvent survenir par infiltration tumorale ou ulcère au niveau de l'estomac ; elles peuvent également être basses, notamment dans les tumeurs coliques et sigmoïdiennes. On peut également avoir des hémorragies hautes par atteinte ORL, par exemple par un cancer du larynx.

La cystite hémorragique est une complication redoutable dans les greffes de moelle et les traitements par hautes doses de cyclophosphamide ou d'ifosfamide. Elles peuvent être prévenues lorsque c'est dû à la chimiothérapie par du mesna. Elles peuvent être aussi causées par des infections bactériennes ou par certains virus.

Les hémoptysies peuvent être dues à un saignement au niveau d'une métastase endobronchique ou d'une tumeur primitive bronchique. Le traitement sera souvent local, par embolisation au niveau de l'artère bronchique. En cas d'hémoptysie sévère (> 100 ml) sur un cancer bronchique non à petites cellules, la survie à l'hospitalisation est de 69 % et à un an de 30 % (1). On peut également avoir des hémoptysies dans le contexte d'une hémorragie intra-alvéolaire (2). Celle-ci peut résulter d'une infiltration pulmonaire, d'une infection pulmonaire ou d'une toxicité du traitement en rapport avec une surcharge d'origine cardiaque et des

troubles de coagulation. Si on est sûr que la cause n'est pas infectieuse, on peut envisager une corticothérapie à haute dose (3).

L'hémorragie cérébrale due à des troubles de coagulation ou à une hémorragie sur tumeur est particulièrement redoutable (4). Le diagnostic repose sur les examens radiologiques.

On peut également avoir des hémorragies au niveau gynécologique souvent difficiles à traiter localement par des petits moyens.

Les syndromes hémorragiques (5) se voient essentiellement en cas de troubles de la coagulation (thrombopénie, CIVD, accidents d'anticoagulant). Ils se manifestent par des pétéchies ou des hématomes au niveau cutané ou muqueux ou bien des hémorragies profondes, comme une hémorragie cérébrale, une hémorragie alvéolaire, etc.

Traitement

Le traitement (6) reposera d'une part sur des mesures locales, comme des pansements hémostatiques l'administration d'agents hémostatiques ou bien un traitement interventionnel (radiothérapie, chirurgie, endoscopie, radiologie interventionnelle). Il conviendra également de traiter les troubles de coagulation par l'administration de vitamine K, d'analogues de somatostatines, d'agents antifibrinolytiques ou bien de produits sanguins (plaquettes, globules rouges, facteurs de coagulation, plasma frais congelé).

Références

- (1) Razazi K, Parrot A, Khalil A, Djibre M, Gounant V, Assouad J, et al. Severe haemoptysis in patients with nonsmall cell lung carcinoma. *Eur Respir J* 2015 Mar;45(3):756-64.
- (2) Afessa B, Tefferi A, Hoagland HC, Letendre L, Peters SG. Outcome of recipients of bone marrow transplants who require intensive-care unit support. *Mayo Clin Proc* 1992 Feb;67(2):117-22.
- (3) Haselton DJ, Klekamp JG, Christman BW, Barr FE. Use of high-dose corticosteroids and high-frequency oscillatory ventilation for treatment of a child with diffuse alveolar hemorrhage after bone marrow transplantation: case report and review of the literature. *Crit Care Med* 2000 Jan;28(1):245-8.
- (4) Dubas F, Serre I. Complications vasculaires cérébrales des cancers. *Rev Neurol (Paris)* 1992;148(11):663-71.
- (5) Zojer N, Ludwig H. Hematological emergencies. *Ann Oncol* 2007 Feb;18 Suppl 1:i45-i48.

- (6) Pereira J, Phan T. Management of bleeding in patients with advanced cancer. *Oncologist* 2004;9(5):561-70.