

Orientation et CAT devant une hémoptysie (item 317)

I. Est-ce une hémoptysie ?

Hémoptysie : rejet par la bouche de sang en provenance des voies aériennes sous glottiques

Ce qui n'est pas une hémoptysie : saignements de la sphère ORL et stomatologique et digestive haute.

Hémoptysie

- lors d'un effort de toux
- le sang est rouge vif (sauf en queue d'hémoptysie) car d'origine artérielle (le plus souvent art. systémiques, notamment bronchiques)
- aéré et spumeux

NB : une hématomèse ou un épistaxis abondant peuvent être inhalés et parfois en imposer à tort pour une hémoptysie. En cas de doute, l'exploration de la sphère ORL, stomatologique et digestive s'impose

Hématomèse

- lors d'un effort de vomissement
- le sang est foncé, d'origine veineuse (varices oesophagiennes)
- non aéré

Epistaxis

- saignement nasal
- sang rouge vif

II. Est-elle grave ?

Deux facteurs conditionnent la gravité d'une hémoptysie :

Le volume du saignement

Faible abondance : crachats hémoptoïques (< 50 cc/24H)

Moyenne abondance : ½ à 1 verre (> 50 cc/24H)

Grande abondance : plus de 200cc (un bol) en une fois ou >300 cc/24H

L'asphyxie est la cause de la mort aux cours des hémoptysies et non le choc hémorragique. En pratique toute quantité de sang qui est à même d'obstruer l'espace mort anatomique (150 cc) menace le pronostic vital chez un sujet sain.

Le terrain respiratoire

Chez l'insuffisant respiratoire un volume de saignement modéré peut entraîner une détresse respiratoire

En pratique

on surveille et on mesure la quantité du saignement (par tranches horaires)

on surveille la tolérance respiratoire (clinique et oxymétrie ± gaz)

III. Quelle est son étiologie ?

Les éléments du diagnostic étiologique

Clinique

- Interrogatoire : analyse des ATCDs pulmonaires (de bronchectasies ou de primo-infection tuberculeuse), cardiaques, et autres, histoire médicale récente (hospitalisation ?), conditions de survenue, aspect du sang : foncé ou rouge vif
- Examen clinique : signes de phlébite, syndrome cave, souffle mitral, hypocratisme digital

Para clinique

La radiographie de thorax :

recherche la lésion responsable du saignement

recherche des signes permettant de localiser le saignement (infiltrats ou granité localisé)

L'endoscopie bronchique

confirme le diagnostic

recherche la lésion responsable du saignement (tumeur, ...)

permet de localiser le saignement (essentiel dans la prise en charge des hémoptysies graves)

Le scanner thoracique

précise les données de la radio de thorax

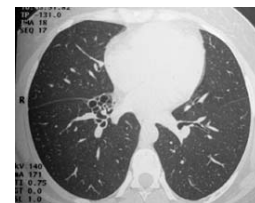
peut obtenir des informations sur la nature de vaisseau responsable

guide le geste en cas d'embolisation

A- Hémoptysies d'origine bronchopulmonaire

1. Dégénérative

- Bronchectasies* (dilatation des bronches) et bronchopathies chroniques, pneumoconioses (hypervascularisation artérielle bronchique quasi-constante)

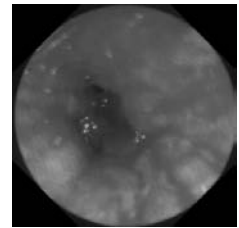


Hémoptysies de sang rouge vif chez une jeune fille de 18 ans, aux antécédents de pneumonie lobaire inférieure droite 10 ans auparavant. Le cliché de thorax est normal, le scanner thoracique met en évidence des bronchectasies du segment paracardiaque

* causes les plus fréquentes

2. Tumorale

- Cancer bronchique primitif* : 1^{ère} cause d'hémoptysies chez le fumeur > 40 ans; le + souvent de faible abondance
- Métastases endobronchiques (cancer du sein, rein et thyroïde)
- Tumeur bénigne carcinoïde typique (chez le sujet jeune)



hémoptysies de moyenne abondance chez un fumeur (35 paquets-année) âgé de 53 ans révélant une volumineuse néoformation hilaire gauche. L'endoscopie met en évidence une infiltration tumorale sous muqueuse débutante dès la fin du tronc souche gauche ainsi qu'une prolifération tumorale obstruant partiellement l'origine de la lobaire supérieure et de la lobaire inférieure gauche

3. Tuberculose

- tuberculose pulmonaire ulcéro-caséuse (excavation): symptôme révélateur de la tuberculose (simple phénomène inflammatoire autour des lésions ou anévrysme artériel, soit une artère bronchique ou pulmonaire)
- séquelles de tuberculose* : bronchectasies 2aires, colonisation d'une cavité résiduelle par un aspergillôme, + rarement migration d'une calcification ganglionnaire au travers d'une paroi bronchique



Femme de 32 ans, ATCDt de tuberculose, hémoptysies de moyennes abondance. Le cliché de thorax montre des nodules de l'apex gauche. Le scanner confirme l'existence de bronchectasies séquellaires à ce niveau

4. Autres causes infectieuses

- Bronchites
- Pneumonies aiguës infectieuses à germes banals (PFLA ou pneumonies à germes nécrosant)
- Aspergillose pulmonaires invasives (immunodéprimé)
- Pneumonies virales : rares (réalisent avant tout un aspect d'œdème pulmonaire hémorragique)

5. Hémorragies alvéolaires (contexte particulier : infectieux, d'angéites, maladie de système,)

B- Hémoptysies d'origine cardiaque et vasculaire

1. Embolie pulmonaire*
 - dyspnée + douleur thoracique puis crachats hémoptoïques noirâtres
2. Insuffisances ventriculaires gauches et rétrécissement mitral
 - crachats hémoptoïques et dyspnée d'effort
3. Autres affections vasculaires
 - anévrysmes artério-veineux congénitaux (maladie de Rendu Oesler) ou acquis



Dyspnée évoluant depuis 4 jours, hyperthermie à 38° et crachats hémoptoïques chez un homme de 78 ans dont le cliché de thorax était normal. L'angioscanner révèle un thrombus des branches de l'artère pulmonaire à destinée lobaire inférieure gauche

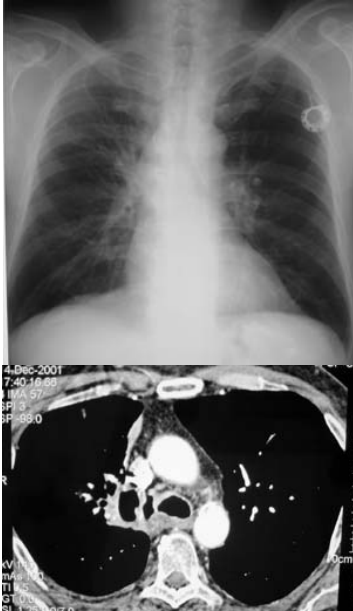
C- Hémoptysies d'origine traumatique ou iatrogènes

1. Traumatisme thoracique
 - contusion pulmonaire
 - fracture bronchique (exceptionnelle)
2. Corps étranger
3. Anticoagulants (surdosage en héparine ou AVK)
 - rechercher une cause locale

IV. Proposer une attitude thérapeutique adaptée

A- Hémoptysie de faible abondance

- pas d'urgence thérapeutique ni diagnostique (sf cas particulier) ⇒ avis pneumologique
- cas particulier : l'hémoptysie sentinelle d'une lésion excavée. Les lésions sont en général déjà connues. Il s'agit soit de cancer soit de processus nécrotiques (aspergillose invasive)



Hémoptysie fatale : homme de 63 ans, carcinome épidermoïde hilair droit traité par chimiothérapie et radiothérapie. Hémoptysie de 300 cc. La radiographie ne donne pas l'explication du saignement. La fibroscopie montre une « cavité » en lieu et place de la bronche lobaire supérieure droite. Le scanner thoracique montre l'excavation de la tumeur et les rapports très étroits de cette cavité avec les vaisseaux médiastinaux. Le patient est décédé d'une hémoptysie foudroyante 24 plus tard.



Aspergillose invasive : femme âgée de 23 ans en aplasie profonde et prolongée au cours d'une chimiothérapie pour leucémie aiguë myéloblastique. Aspergillose pulmonaire invasive avec nécrose massive des lésions responsable d'hémoptysies. Ce type de lésion représente une urgence thérapeutique (chirurgie ou embolisation).

B- Hémoptysie de moyenne ou de grande abondance ⇒ hospitalisation

Bilan étiologique et localisation du saignement (en vue d'une éventuelle embolisation)

- clinique
- radiographie de thorax
- endoscopie bronchique
- recherche de BK (expectoration)
- bilan de coagulation

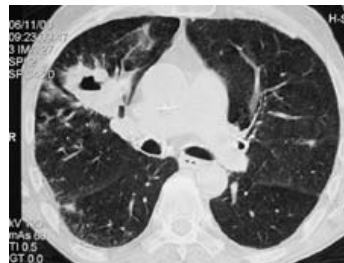
- ± scanner thoracique



Fibroscopie bronchique : il s'agit de l'examen de référence qui permet de repérer l'origine du saignement (orientation topographique en vue d'une embolisation éventuelle ultérieure) et parfois aussi d'affirmer l'origine des saignements, en particulier quand il s'agit d'une lésion tumorale. De principe, des prélèvements seront réalisés au cours de l'endoscopie (cytologie et recherche de BK).

Principales causes des hémoptysies de grande abondance

- Séquelles de tuberculose
- Bronchectasies
- Aspergillome intracavitaire
- Pneumoconioses étendues
- Cancer bronchique à un stade avancé (érosion d'un gros vaisseau)



Cancer pulmonaire excavé : homme âgé de 83 ans présentant un cancer épidermoïde lobaire supérieur droit d'emblée excavé révélé par des crachats hémoptoïques.

Traitement

REPOS

OXYGENE

- Débit ad hoc (maintenir la $SaO_2 > 90\%$)

VASOCONSTRICTEURS

Glypressine

- AMM : ttt des hémorragies digestives
- en pratique on l'utilise hors AMM pour le ttt des hémoptysies
- 1 à 1.5 mg en IV sur 10 min à renouveler toutes les 4 heures

Effets secondaires

- pâleur, crampes digestives (ischémie), angor, HTA
- bradycardies (sensibles à l'atropine)
- hyponatrémie (analogue de l'ADH)

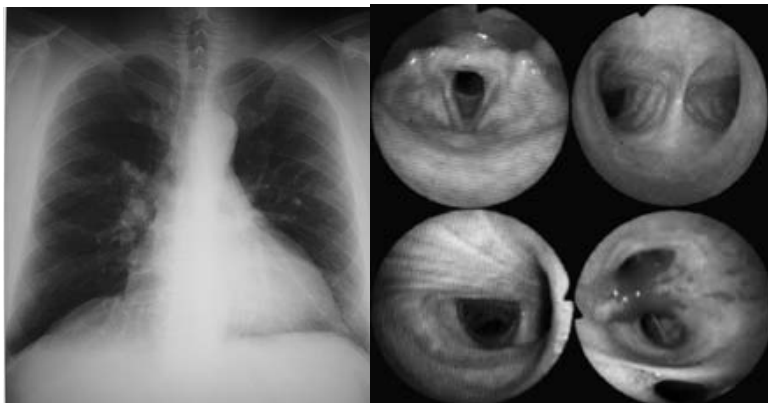
VASO-OCCLUSION

- des artères bronchiques et/ou artères trans-pariétales (risque d'ischémie médullaire, de largage de plaques d'athérome)
- vaso-occlusion des artères pulmonaires (anévrisme artério-veineux)
- en cas de non réponse à la Glypressine

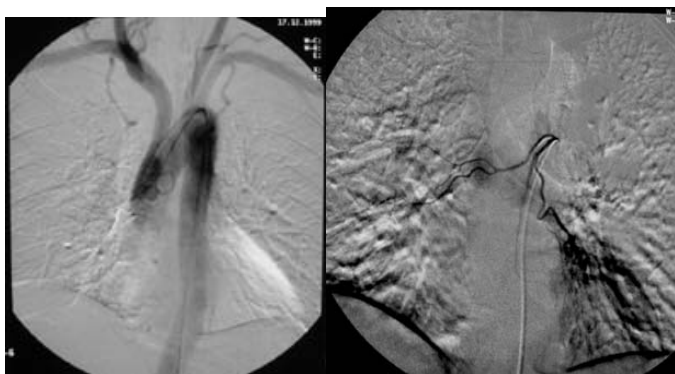
TRAITEMENT CAUSAL (tuberculose, etc, ...°)

TRAITEMENT CHIRURGICAL de la lésion causale (exceptionnel)

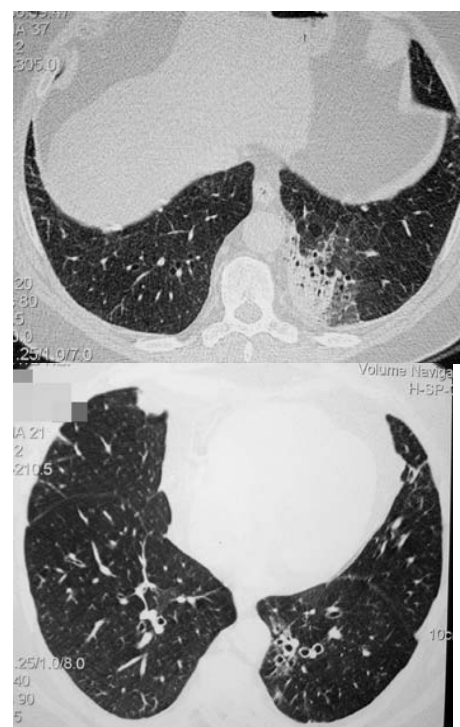
NB : Les autres médicaments (Dycinone, Adrénoxy) ainsi que le régime « repas froid » n'ont aucun intérêt



Homme de 54 ans ex-fumeur (tabagisme arrêté depuis 5 ans, tabagisme cumulé 23 paquets), hospitalisé pour hémoptysies de 200 cc cumulés sur 24 heures. Le cliché de thorax ne permet pas d'orienter le diagnostic. L'endoscopie bronchique met en évidence un saignement en provenance de B 10 G (postéro-basale gauche).



L'angiographie confirme l'existence d'une hypervascularisation anormale à ce niveau



Le scanner thoracique retrouve un comblement alvéolaire post-hémoptoïque dans le même territoire et quelques coupes au-dessus un aspect de bronchectasies