

HEMOPTYSIE

Définition: Rejet par la bouche, au cours d'un effort de toux, de sang rouge, aéré, provenant des voies aériennes sous glottiques.

Il faut la différencier de l'hématémèse ou d'un saignement d'origine ORL. L'hémoptysie peut être un symptôme ou une maladie. Elle est un symptôme quand, sans menacer le Pc vital, elle constitue un signe d'une pathologie pulmonaire sous-jaçante. Par contre quand elle menace le Pc vital ou en l'absence d'ATCD pathologiques connus et la normalité de l'examen clinique et Rx standard laissant entier le problème diagnostique, elle représente une maladie à part entière. L'hémoptysie pose 2 problèmes : un problème ttt et étiologique.

PHYSIOPATOLOGIE

Cause physiopathologique majeure d'hémoptysie

L'hypervascularisation systémique bronchique ou extrabronchique est la cause majeure des hémoptysies

- Le plus souvent il s'agit de la rupture de Vx systémique hyperdéveloppés à partir de la circulation bronchique (ou pariétale). L'hypervascularisation pariétale par le mécanisme d'anastomose est habituellement secondaire à des phénomènes infl ou cicatriciels : DDB, séquelles de tuberculose, néo-bronchique). Dans ces cas il s'agit d'hémoptysie de sang rouge.
 - Plus rarement origine vasculaire pulmonaire par érosion d'un gros Vx (cancer bronchique) ou rupture d'un anévrisme AV. Dans ces cas il s'agit d'hémoptysie de sang noir qq fois Cataclysmiques.
 - Quelque fois hémoptysie d'origine alvéolaire par élévation de la pression pulmonaire (œdème hémodynamique) ou altération de la membrane alvéolo-capillaire (œdème toxique-hémosidérose)
- Il s'agit alors plus souvent de crachats hémoptoïques que d'hémoptysie consécutive : les crachats sont noirs ou rouges ou rouges et aérés.

différents types d'hémoptysie selon l'abondance et la coloration du sang

Hémoptysie faite de sang rouge abondant :

- . Hémoptysie par rupture de vx systémique hyperdéveloppés, à partir de la circulation bronchique (ou pariétale par le mécanisme d'anastomose) = fréquent
- . Saignements d'origine proximal, artérielle pulmonaire ou aortique (rares) responsables d'hrq cataclysmique sans possibilité thérapeutique.

Hémoptysie faite de sang noir peu abondant :

Hémoptysie d'origine pulmonaire (système artériel distal ou veineux) : provient d'un secteur à basse pression

Hémoptysie faite de crachats noirs ou rouges de faible abondance

Hémoptysie par hyperpression veineuse (lors du RM ou de l'EP) qui entraînerait une érythrodiapédèse ou altération de la membrane alvéolocapillaire (œdème toxique =hémosidérose)

Structures vasculaires présentes dans les poumons

- Réseau artériel pulmonaire
- Réseau artériel bronchique
- Réseau veineux pulmonaire et
- Réseau capillaire

Mécanismes à l'origine de l'hémorragie dans les hémoptysies

- Ruptures d'un Vx
- Phénomènes de nécrose d'un Vx
- Phénomènes d'ulcération d'un Vx
- Phénomènes de fissuration d'un vaisseau
- Mécanisme d'érythrodiapédèse sur une vascularisation systémique

Différents types d'hémoptysie selon l'abondance

- H. de faible abondance : < 50 cc/24h
- H. moyenne abondance : > 50 – 200 cc/24h de l'ordre d'un ½ ou 1 verre
- H. de grande abondance : > 200 cc, menaçant le Pc vital ou > 500/24h.

DIAGNOSTIC**SIGNES CLINIQUES**

- **Prodromes** : chatouillement laryngé, sensation de chaleur retro-sternale, goût de sg ds la bouche

- **Krtq** : rejet de sg, rouge et spumeux, au milieu de quintes de toux

Que rechercher à l'interrogatoire en cas d'hémoptysie ?

Tabagisme : cancer bronchique

Tuberculose ancienne : bronchectasies localisées (DDB du lobe moyen), reprise évolutive tuberculeuse, greffe aspergillaire sur une caverne, cancer bronchique sur cicatrice.

Bronchorrhée chronique : DDB localisée ou diffuse, mucoviscidose

Infections respiratoires sévères dans l'enfance notamment rougeole, coqueluche (DDB)

Traumatisme thor récent : contus° pulm

Not° de ponction ou de drainage pleural récent

Facteurs de risque thrombo-emboliques (chirurgie, alitement prolongé) : embolie pulm

Exposition professionnelle aux poussières : silicose

Cardiopathie ou valvulopathie connue : RM, IVG

Manifestations cutanées rhumatologiques, rénales (hématurie), d'une maladie du système

Que recherche l'examen clinique

- signes de gravité: **DR (cela est dû à l'inondation alvéolaire) anémie aiguë ($\pi > 110$, ↓TA, pâleur, agitation, obnubilation**

- Hypocratisme digital : ancien = DDB; récent = cancer bronchique

- Adénopathies sus-claviculaires : cancer bronchique

- Amaigrissement : cancer bronchique, tuberculose

- Souffle mitral : RM; Galop gauche : IVG

- Signes périphériques de phlébite profonde : embolie pulmonaire

- Examen ORL : indispensable pour éliminer la possibilité d'un saignement en provenance des VAS

EXAMENS COMPLEMENTAIRES

Biologie

NFS, plaquettes, hémostase, groupe sanguin, recherche de BK dans l'expectoration, SaO₂, GDS syst si \geq moy abondance

Radiologie

- Rx du thorax:

Cet examen est systématique et permet souvent la mise en évidence de la lésion causale et même si l'on découvre une lésion, l'hrq peut provenir d'un autre endroit radiologiquement invisible

. Opacité dense, spiculée : cancer bronchique

. Caverne, infiltrats nodulaires de l'apex : tuberculose active ou séquelles de tuberculose

. Image en rail ou opacités sacculaires prédominant aux bases: DDB

. Adénopathies hilaires : tuberculose, cancer bronchique

. Opacité en grelot au sein d'une caverne tuberculeuse : greffe aspergillaire

. Infiltrats péri-hilaires, bilatéraux : œdème cardiogénique

. Opacités en bande aux bases : EP

. Opacités micronodulaires localisées (granité hémoptoïque) qui

traduit simplement l'hémorragie alvéolaire

- Fibroscopie bronchique

syst dvt te hémoptysie sauf en cas de suspicion d'EP (en urgence en cas d'hémoptysie d'abondance moy ou plus. Essayer aussi de

l'obtenir en période hrqg stt en absence de signes Rx, le plus précocement possible si examen ORL normal et sauf embolie pulmonaire

. visualise et localise l'origine du saignement (sang ou caillot) étape fondamentale en cas d'hémoptysie de grde abondance où l'on peut être amené à intuber selectivement du coté sain et aussi dans l'éventualité d'une embolisat° bronchique ou d'une chirurgie d'hémostase ;

. apprécie l'abondance du saignement et notamment son caractère pulsatile d'origine artérielle ;

. permet une tentative d'hémostase in situ : administration de sérum glacé ou adrénaliné ;

. permet surtout d'identifier la cause du saignement : cancer bronchique+++

- Artériographie bronchique en cas d'hémoptysie abondante ou récidivante

. Visualise le siège du saignement bronchique

. Recherche des anomalies de la vascularisation bronchique : artères dystrophiques de calibre augmenté avec des aspects hypervascularisés (chevelu) : dystrophies bronchiques

. Permet une embolisation sélective de l'artère pathologique par administration de coils

. Réservée aux hémoptysies abondantes ou récidivantes

- bronchographie

- Scanner thoracique

. Opacité dense spiculée avec adénopathie satellite hilare : cancer bronchique

. Infiltrats nodulaires avec cavernes : tuberculose pulmonaire

. Augmentation du calibre des bronches plus ou moins diffus (scanner avec coupes fines) : DDB

. Opacité mobile en grelot dans une caverne tuberculeuse : aspergillose pulmonaire

. Recherche de calcifications parenchymateuses ou ganglionnaires : séquelles de tuberculose.

- Autres examens

. Recherche de BK dans les crachats ou par tubages et IDR à la tuberculine

. Sérologie aspergillaire, précipitines aspergillaires, recherche d'aspergillus sur les produits d'origine bronchique

. Examens bactériologique et cytologiques des expectorations,

DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL

Eliminer :

- Hématémèse
- Vomique noire de nécrose aseptique d'une masse tumorale silicotique
- Saignement stomatologique ou ORL (épistaxis = saignement du nez avec écoulement postérieur)

CONDUITE A TENIR PRATIQUE

- Eliminer un saignement stomatologique ou ORL, ainsi qu'une hématomérose
- Apprécier l'abondance du saignement
- Rechercher des signes de détresse respiratoire: Font la gravité du tableau, ils témoignent d'une inondation alvéolaire et indiquent une menace du Pc.
- Rechercher des signes détresse circulatoire, notamment d'anémie: sont en règle absents, il ne faut pas compter sur eux pour déterminer la gravité.

<u>Hémoptyisie de petite abondance :</u>	<u>Hémoptyisie de moyenne abondance :</u>	<u>Hémoptyisie de grande abondance ou récidivante :</u>
<ul style="list-style-type: none"> - Repos - Surveillance - Antitussif éventuellement <p>Adresser le patient <u>à jeun</u> en consultation de pneumologie le jour même ou le lendemain si le patient est vu en dehors des heures ouvrables (prévenir le lendemain le gastrologue pour préparer l'endoscopie éventuelle).</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Repos strict au lit - Alimentation froide - O2 éventuellement - Arrêt de l'Aspirine et de tout ttt anticoagulant si antérieurement prescri - hospitalisation : <p>Laisser à jeun pour endoscopie bronchique le lendemain Poser une voie veineuse.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - O2 nasal à fort débit pour assurer une SaO2 > 90% (BAR) suivre le saturomètre - Vvp de bon calibre - Remplissage par macromolécules afin de maintenir une PAS = 80 mmHg si état de choc - Traitement vasoconstricteur : Terlipressine (glypressine*) : 1 à 2 mg iv en 10 min puis 1 mg /4h en perfusion avec surveillance du pouls et de la TA (peut aussi être utilisée par voie locale lors de la fibro) après lecture d'un ECG ou - Lypressine : Diapid 5 U/h en iv continu ; il est pfs nécessaire de Passer 10u en 10 min et un entretien de 10 U/h (pour un traitement maximum de 5 jours) La glypressine peut être responsable de douleurs abdominales, Céphalées, hyponatrémie, poussée hypertensive. (prudence si HTA ou insuff coron ; reserve si artériographie, il faut sursoir la glypressine - La surveillance est clinique (expectoration, pouls, TA, diurèse, FR), radiologique, gazométrique, ionogramme sanguin ECG si le patient est coronarien - En cas d'échec du ttt médical : . Embolisation de l'artère bronchique responsable, au cours de l'artériographie bronchique (nécessite un repérage angiographique soigneux pq il faut éviter d'emboliser les A à destinée radiculo-médullaire ms aussi les rameaux oesophagiens et trachéaux . La sanction chirg ds de rares cas où l'abondance ou la persistance de l'hrg l'imposent : resect° pulm ± étendue ou chirurg conservatrice - CAT en cas d'hémoptyisie cataclysmique : L'intubation sélective (afin d'exclure le poumon qui saigne et de préserver le poumon sain) peut être réalisée à l'aide de la sonde de Carlens, avant l'intervention chirurgicale. Dans tous les cas le ttt de la cause s'impose

QUI HOSPITALISER ?

- Pas de règle générale
- De nombreux patients ayant une hémoptyisie de faible abondance pvt être pris en charge en externe après évaluation aux urgences. Cela dépend aussi de la cause mise en évidence ou suspectée (EP). Mais il faut organiser une consultation du médecin Ttt sous 48h et les examens paracliniques en externe
- Hospitaliser tous les patients qui ont une hémoptyisie ≥ moy abond, des signes de gravité, une décompensation respiratoire ou cardiaque associée, une cause (avérée ou suspectée) justifiant un ttt urg

COMPLICATIONS :

- Immédiates : spasme, dissection ; ischémie
- Immédiates ou différées : recidive de l'hémoptyisie ou recrutement d'autres territoires
- Différées : chute d'escarres

D'OU DES REGLES STRICTES

- KT exhaustif des pédicules
- Embolisation la + distale possible
- Des particules de calibre suffisant, non resorbables
- Surv en tps réel de la ↓ du débit artériel

ETIOLOGIES

Causes les plus fréquentes :

- Cancer bronchopulmonaire
- Tuberculose
- DDB
- Causes cardiaques : EP, IVG, RM

Causes les moins fréquentes :

- Bronchite aigüe
- Pneumopathies aigües infectieuses
- Tumeurs bénignes des bronches
- Aspergillose
- Hrg alvéolaire dans le cadre de :
 - . Maladies immunologiques : Goodpasture, collagénose, vascularite (Granulomatose de Weneger, Churg et Strauss, purpura rhumatoïde)
 - . Connectivites (lupus)
 - . Hémosidrose idiopathique
 - . Cas particulier du sarcome de Kaposi, des microangiopathies paranéoplasiques, des troubles de la crase sanguine
- Malformation vasculaires
 - . Angiome isolé ou dans le cadre d'une maladie de Rendu-Osler
 - . Séquestration pulmonaire
 - . Rupture d'anévrysme de l'aorte