
Conduite à tenir devant une Hémoptysie

**F.ATOUI
2019-2020**

Objectifs

1. Énoncer les quatre éléments qui orientent vers une hémoptysie.
2. Éliminer ce qui n'est pas une hémoptysie.
3. Évaluer la gravité de l'hémoptysie.
4. Énumérer les différentes étiologies des hémoptysies.
5. Hiérarchiser les examens complémentaires à demander devant une hémoptysie.
6. Élaborer un plan thérapeutique adapté à la situation clinique.

Plan du cours

1. Définition de l'hémoptysie
2. Intérêt de la question
3. Rappel anatomique
4. Rappel physiopathologique
5. Diagnostic positif
6. Diagnostic différentiel
7. Diagnostic de gravité
8. Diagnostic étiologique
6. Prise en charge thérapeutique
7. Conclusion
8. Bibliographie

Définition de l'hémoptye

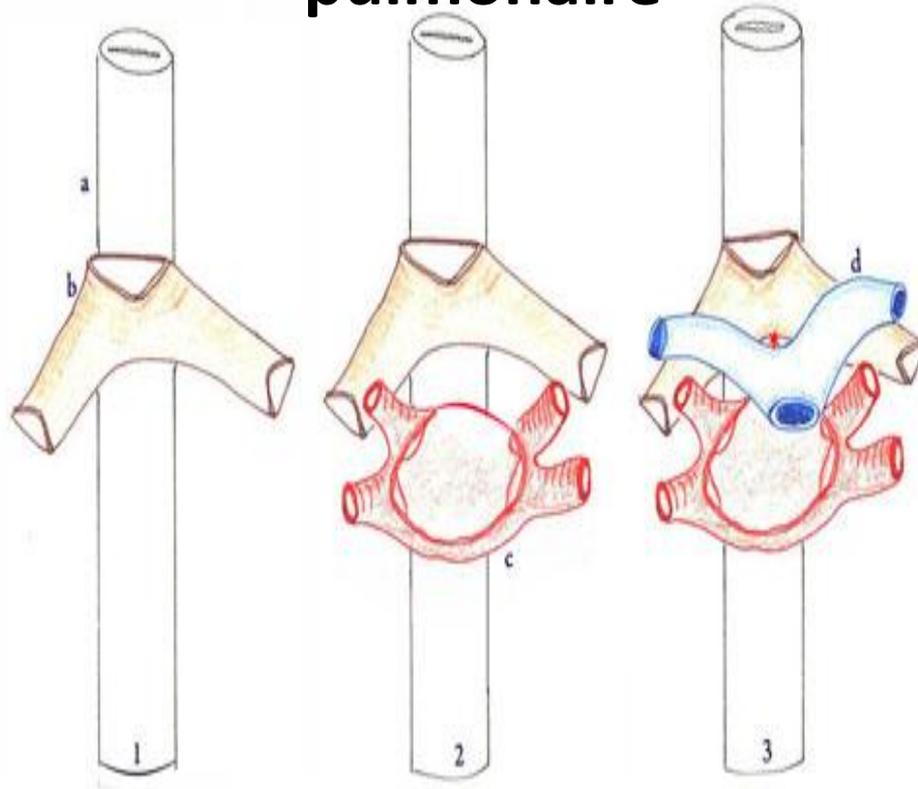
- C'est le rejet, par la bouche, au cours d'un **effort de toux**, de **sang rouge** provenant des **voies aériennes sous glottique**
- Couleur: rouge vif.
- Aspect: aéré, spumeux.
- Circonstance de survenue: effort de toux.

Intérêt de la question?

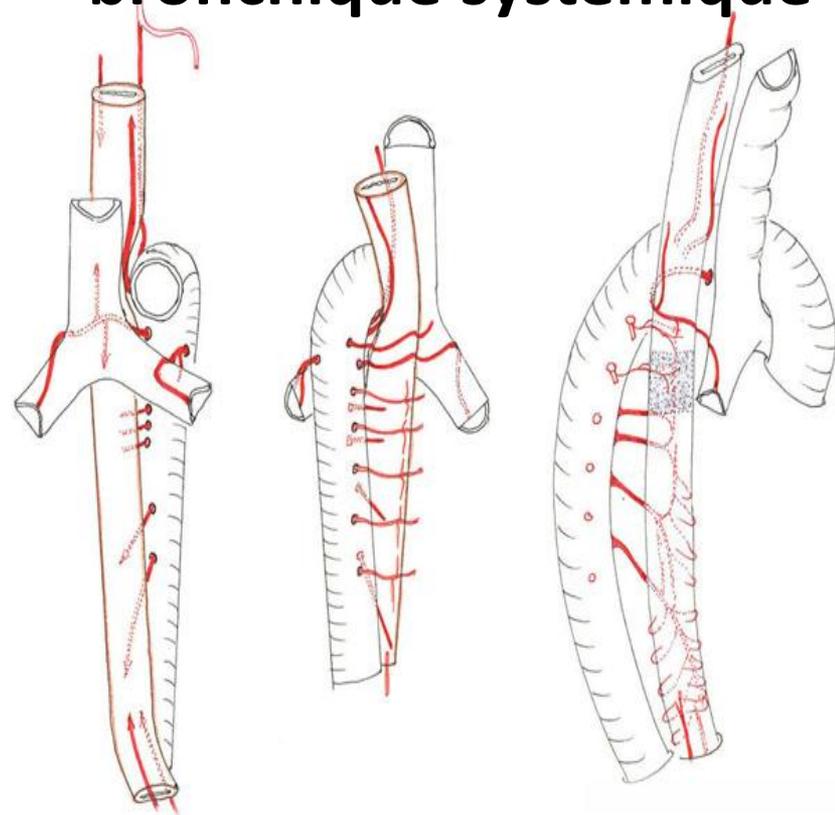
- Motif de consultation fréquent en pneumo-phtisiologie.
- Urgence et gravité.
- L'hémoptysie nécessite une démarche diagnostique active et systématique afin d'en déterminer la cause = ***hémoptysie symptôme***.
- Pronostic vital engagé = ***hémoptysie maladie***.
- Causes nombreuses et variées.

Rappel anatomique

Circulation fonctionnelle pulmonaire



Circulation nourricière bronchique systémique



**Il existe des anastomoses entre les
deux circulations**

Physiopathologie

- L'hémoptysie traduit l'existence d'une anomalie liée soit à:
 - Une atteinte de la membrane alvéolo-capillaire (maladie de système) ou
 - Une hyperpression capillaire.
- 95% des saignements sont **artériels systémiques bronchiques** par le biais du développement d'une **hyper vascularisation systémique (HVS)**.
- L'HVS survient suite à:
 - Une destruction du lit capillaire quelle qu'en soit l'origine (granulome, fibrose, cicatrice d'une lésion pulmonaire, quelle que soit sa cause): **principal mécanisme** .
 - Un défaut d'apport de la circulation pulmonaire (HTAP post-embolique, de sténose inflammatoire de l'artère pulmonaire (maladie de Takayasu), ou dans certaines cardiopathies congénitales.

Diagnostic positif

- Le diagnostic est facile si l'on assiste à l'épisode
- Il est difficile lorsque l'épisode est rapporté → ***interrogatoire:***
- *Un effort de toux* conduisant à l'expectoration de sang.
- Couleur: rouge vif.
- Aspect: aéré, spumeux.
- prodromes: sensation d'oppression, picotement laryngé ou une chaleur rétro-sternale ou une saveur métallique dans la bouche.

Diagnostic différentiel (Ce qui n'est pas une hémoptysie)

- **Hématémèse** : valeur des antécédents digestifs, de la notion d'une émission au cours d'un effort de vomissement, de débris alimentaires associés.
- **Saignement ORL** : épistaxis postérieure déglutie ou saignement d'origine pharyngée ou laryngée.

Dans certaines situations, une exploration endoscopique oeso-gastro-duodénale ou des voies aériennes sus-glottiques s'impose.

- **Autres** : saignement lingual, gingivorragie

Diagnostic de gravité (1) :

hémoptysie symptôme ou maladie?

- Appréciation de l'abondance de l'hémoptysie.
- Appréciation du retentissement clinique de l'hémoptysie.

Diagnostic de gravité (2):

1 - Appréciation de l'abondance de l'hémoptysie



Hémoptysie de
faible abondance
< 50 ml

Hémoptysie de
moyenne abondance
[50–200] ml

Hémoptysie de
grande abondance
[> 500] ml



Hémoptysie cataclysmique au-delà de toute ressource thérapeutique

Diagnostic de gravité (2):

1 - Appréciation de l'abondance de l'hémoptysie

La suite de l'interrogatoire:

- Il s'agit du 5^{ème} épisode depuis 2 mois.
- La quantité estimée du dernier épisode à une cuillère à soupe.

Diagnostic de gravité (3):

2 - Appréciation du retentissement clinique de l'hémoptysie

Interrogatoire + examen physique

- **Retentissement hémodynamique** : surtout des signes en rapport avec un collapsus ou un état de choc, à savoir tachycardie, hypotension artérielle, oligurie, pouls filant.....
- **Retentissement respiratoire** : dyspnée, augmentation de la fréquence respiratoire, polypnée superficielle, signes de lutte, cyanose, balancement thoraco-abdominal.....
- **Retentissement neurologique** : agitation, angoisse, trouble de la conscience.....

Diagnostic de gravité (4):

2 - Appréciation du retentissement clinique de l'hémoptysie

L'examen physique:

- Le patient est conscient, état général conservé, bonne coloration cutanéomuqueuse.
- La TA: 12/07cmhg FR: 18 C/min pouls:76 batt/min
SO²: 98% IMC= 21 kg/m²
- L'inspection, la palpation et la percussion des hémithorax sont sans particularités
- L'auscultation pleuro-pulmonaire met en évidence des fins râles sibilants en biapical.

Il y a un bilan paraclinique à réaliser en urgence dès que c'est possible mais qui ne doit en aucun cas retarder la prise en charge thérapeutique en cas de mauvaise tolérance:

- Groupage ABO, RH, RAI
- NFS (hémoglobine, plaquettes)
- Hémostase (TP, TCK, Fibrinogène...)
- Gaz du sang
- ...

Diagnostic étiologique (1)

1- clinique:

Interrogatoire:

1. L'analyse sémiologique de l'hémoptysie :
 - **Circonstances d'apparition** : effort, repos, traumatisme.....
 - **Mode d'installation** : brusque, progressive
 - **Signes accompagnateurs** : pâleur, tachycardie...
 - **Durée.**
 - **Répétition** : unique ou répétitif.
- les antécédents pulmonaires, cardiaques, généraux du patient.
- l'histoire médicale récente (alitement, chirurgie, prise médicamenteuse.....)

Examen clinique:

- **Complet:** rechercher des signes qui peuvent nous orienter vers la cause de l'hémoptysie (Signes infectieux, phlébite (EP), Hippocratisme digital.....)

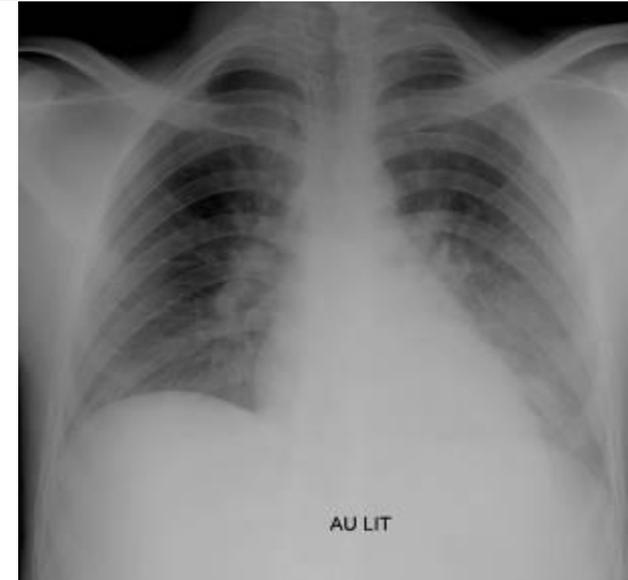
Diagnostic étiologique (2)

2- Examens complémentaires

sont orientés par l'interrogatoire + examen clinique

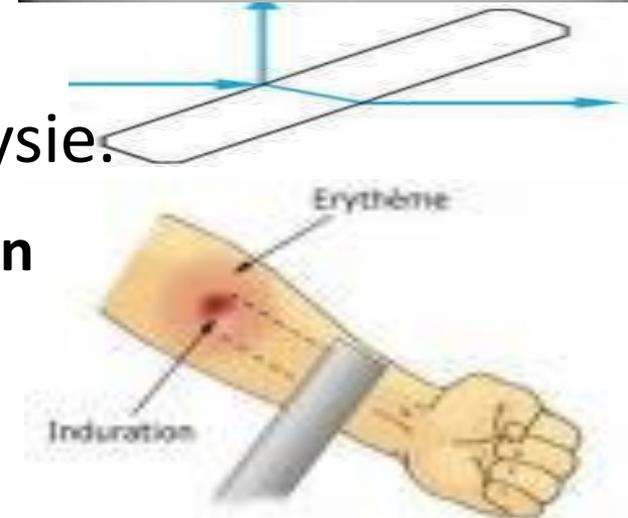
- **La radiographie de thorax:**

- Recherche la lésion responsable du saignement
- Recherche des signes permettant de localiser le saignement (infiltrats ou granité localisé)

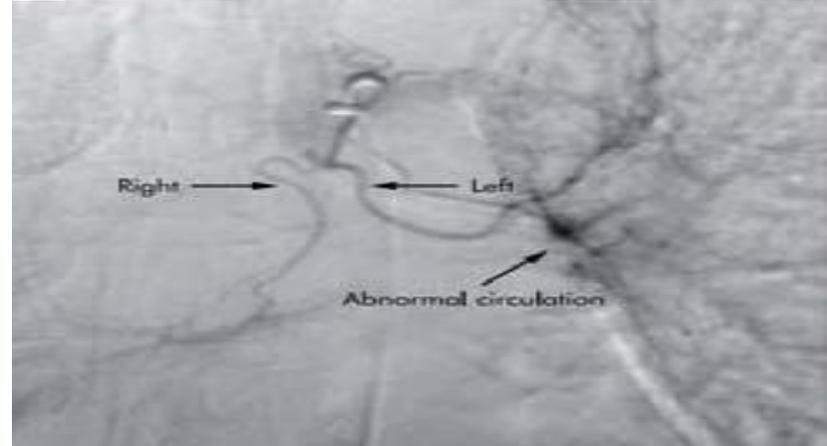
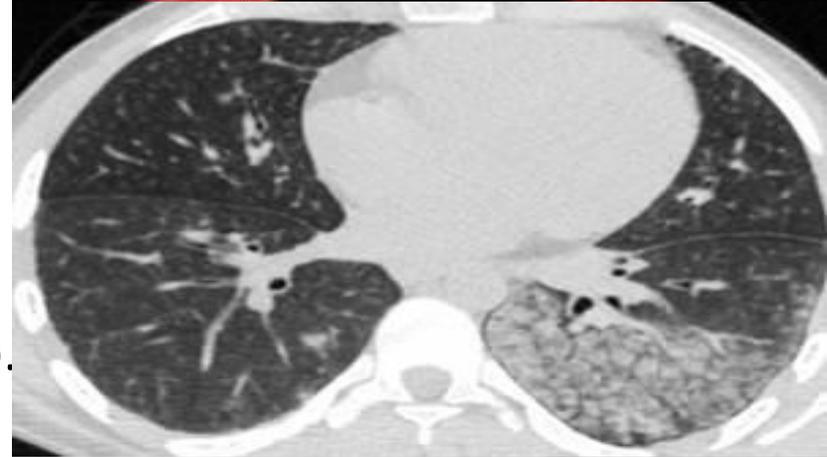
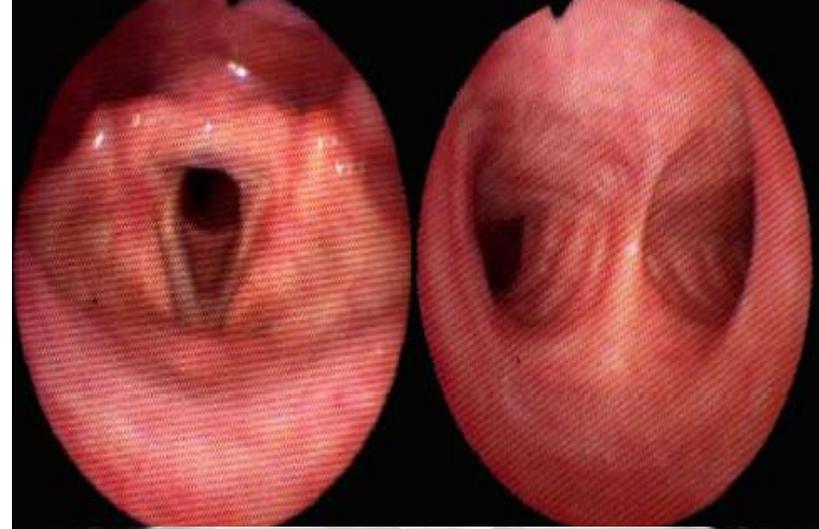


- **Bilan tuberculeux:**

- Pays endémique.
- Tuberculose cause fréquente d'hémoptysie.
- Recherche de BK dans les crachats par examen direct (03 frottis) et par culture.
- Intradermo-réaction à la Tuberculine.



- **L'endoscopie bronchique:**
 - **Intérêt diagnostique** (localiser le saignement, aspect macroscopique, aspiration bronchique).
 - **Intérêt thérapeutique** (aspiration, hémostase locale)
- **TDM thoracique:**
 - Cartographie vasculaire très précise;
 - Topographie d'une lésion causale;
 - Stigmate indirect de saignement (verre dépoli traduisant l'inondation alvéolaire).
 - Analyse des artères bronchiques.
- **Artériographie bronchique:**
 - **Intérêt diagnostique** (anévrisme artérioveineux)
 - **Intérêt thérapeutique** (embolisation sélective).



Diagnostic étiologique (2)

2- Autres examens complémentaires:

- Bilan d'hémostase
- La gazométrie
- Scintigraphie de perfusion/ ventilation
- ECG, échocardiographie,
- Les D.Dimères
- La sérologie aspergillaire
- Dosage pondéral des Ig et des sous classes IgG (IgG1, IgG2 et IgG4)
- Électrophorèse des protides sériques
- Dosage α 1antitrypsine
- Facteur rhumatoïde, anticorps antinucléaires

Diagnostic étiologique (3)

3- Les étiologies

- Un homme de 25 ans, fumeur à raison de 5 P/A, consulte pour une hémoptysie.
- Un homme de 45 ans, agent de sécurité, consulte pour une hémoptysie.
- Une femme de 38 ans, agent d'hygiène, consulte pour une hémoptysie.
- Un homme de 54 ans, fumeur à raison de 64 P/A, consulte pour une hémoptysie.
- Une femme de 49, infirmière, consulte pour une hémoptysie.

Diagnostic étiologique (4)

3- Les étiologies

- **La tuberculose pulmonaire :**

- 58% des causes des hémoptysies.
- De l'hémoptysie de faible à grande abondance, récidivante.
- peut se voir dans toutes les formes :
 - Hémoptysie révélatrice d'une tuberculose.
 - Hémoptysie survenant au cours d'une tuberculose évolutive sous traitement.
 - Hémoptysie survenant chez un ancien tuberculeux déclaré guéri.

- **Tumeurs broncho-pulmonaires :**

- Mode de révélation le plus fréquent, mais elle ne se voit que dans 10%.
- Hémoptysie de faible abondance, traînante, récidivante = capricieuse.

- **Dilatation des bronches:**

- (50 – 70%), surinfections bronchiques des DDB
- Elles sont récidivantes, imposant parfois le recours à l'embolisation

Diagnostic étiologique (5)

3- Les étiologies

- Un homme de 21 ans, non fumeur, consulte pour une hémoptysie.
- Un homme de 26 ans, électricien, consulte pour des hémoptysies.
- Un homme de 54 ans, chimiste, consulte pour des hémoptysies de moyenne abondance

Diagnostic étiologique (4)

3- Les étiologies

- **Infections pulmonaires (en dehors de la tuberculose):**
 - infections aspergillaires (aspergillomes, aspergillose invasive ou semi-invasive)
 - Pneumopathies infectieuses nécrosantes aiguës ou subaiguës (entérobactéries, *S. aureus*, *P. aeruginosa*, *Actinomyces*, *Nocardia*..)
 - mycobactéries atypiques (infection active ou séquelles)
 - kystes hydatiques pulmonaires
- **Causes cardiovasculaires :** embolie pulmonaire, hypertension artérielle pulmonaire primitive, postembolique, sur cardiopathie congénitale ou collagénose; sténoses de l'artère pulmonaire (maladie de Takayasu, fibrose médiastinale), rupture spontanée d'un anévrisme de l'aorte.
- **Hémorragies alvéolaires :**
 - médicaments ou toxiques (pénicillamine, isocyanates, crack, anticoagulants)
 - vascularites (Wegener, polyangéite microscopique..), collagénoses (lupus érythémateux disséminé) , syndrome de Goodpasture
 - autres : thrombopénie chez l'immunodéprimé; causes infectieuses; hémosidérose idiopathique

Les étiologies (5):

Tableau 1 : Principales étiologies des hémoptysies (* principales causes)

Dilatations des bronches (bronchectasies) localisées ou diffuses*

- toutes causes
- mucoviscidose*

Tuberculose*

- séquelles : cicatrices, dilatations des bronches secondaires, aspergillome sur une caverne détergée, broncholithiase)
- plus rarement forme évolutive : érosion vasculaire par une caverne

Tumeurs bronchopulmonaires*

- cancer bronchique primitif (HVS, plus rarement érosion d'une branche artérielle pulmonaire)
- tumeur carcinoïde bronchique

Infections pulmonaires (en dehors de la tuberculose)

- Pneumopathies infectieuses nécrosantes aiguës ou subaiguës (entérobactéries, *S. aureus*, *P. aeruginosa*, Actinomyces, Nocardia...)
- infections aspergillaires (aspergillomes*, aspergillose invasive ou semi-invasive)
- mycobactéries atypiques (infection active ou séquelles)
- kystes hydatiques pulmonaires

Hémorragies alvéolaires

- insuffisance cardiaque gauche et rétrécissement mitral
- médicaments ou toxiques (pénicillamine, isocyanates, crack, anticoagulants)
- vascularites (Wegener, polyangéite microscopique...)
- collagénoses (lupus érythémateux disséminé)
- syndrome de Goodpasture
- autres : thrombopénie chez l'immunodéprimé; causes infectieuses; hémosidérose idiopathique

Anévrismes pulmonaires, faux anévrysmes et malformations artério-veineuses (isolées ou dans cadre d'une maladie de Rendu-Osler)

Séquestration pulmonaire

Hémoptysies traumatiques et iatrogènes

Causes cardiovasculaires (en dehors du cas de l'hémorragie alvéolaire)

- embolie pulmonaire
- hypertension artérielle pulmonaire primitive, postembolique, sur cardiopathie congénitale ou collagénose; sténoses de l'artère pulmonaire (maladie de Takayasu, fibrose médiastinale)
- rupture spontanée d'un anévrisme de l'aorte

Autres étiologies

- maladies pulmonaires fibrosantes (sarcoïdose, silicose, fibrose idiopathique)
- endométriose bronchopulmonaire

Hémoptysie idiopathique (ou cryptogénique)*

Prise en charge thérapeutique :

But :

- Eviter l'asphyxie.
- Localiser le saignement et le tarir.
- Rechercher l'étiologie et la traiter.

Moyens :

Traitement médical :

- Hospitalisation en milieu spécialisé.
- Oxygénothérapie (SaO₂>90%) .
- Protection des voies aériennes :
- Abord veineux périphérique.
- Agents vasoconstricteurs par voie intraveineuse: glypressine = 1 mg en IV en 10 min sauf contre-indications.
- Traitement étiologique.

Traitement endobronchique :

Injection par le canal opérateur du fibroscope d'adrénaline, de terlipressine ou de sérum glacé dans les bronches, d'efficacité très limitée.

Embolisation artérielle bronchique (EAB) :

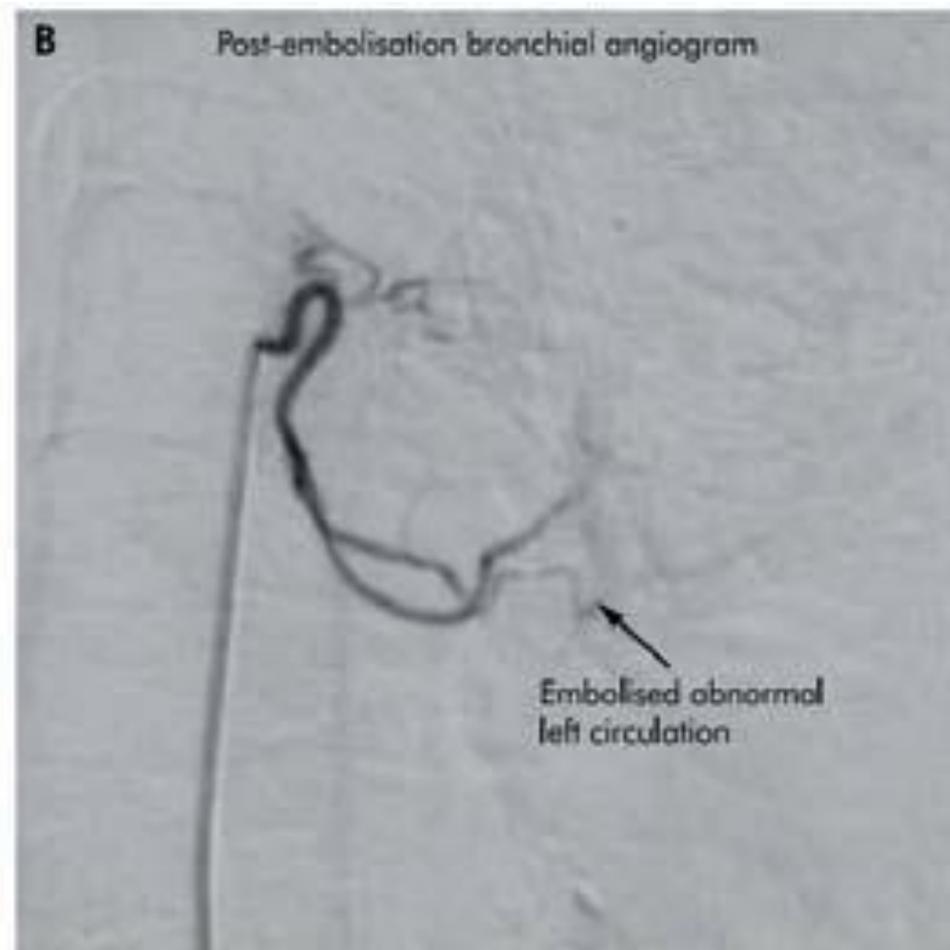
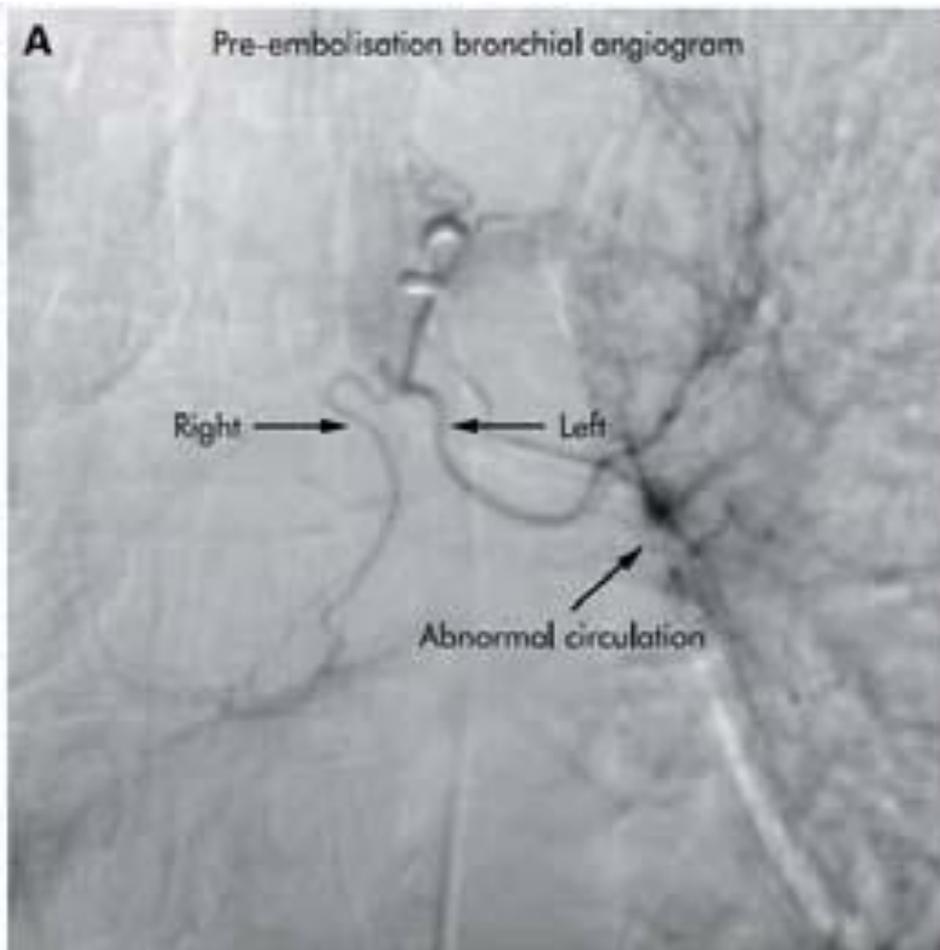
- Repérer le ou les artères bronchiques se dirigeant vers la zone de saignement
- Identifier leur caractère anormal
- Injecter des particules pour obstruer le vaisseau qui saigne.

Traitement chirurgical :

- Traitement radical de la lésion responsable de l'hémoptysie, arrête le saignement et prévient la récurrence.
- La zone malade doit être limitée

Embolisation après artériographie bronchique sélective

- repérage du flux anormal par artériographie
- embolisation sélective: 73 à 98% d'efficacité selon



Indications

- Les mesures d'urgence:
 - Hospitalisation dans un centre spécialisé de pneumo-phtisiologie.
 - Décubitu latéral du côté du saignement, si ce dernier est connu.
 - Oxygénothérapie au besoin.
 - Mettre en place une voie veineuse périphérique avec transfusion sanguine si besoin.
 - Intubation sélective si saignement massif.
 - Surveillance clinique, biologique, gazométrique.
- Administration d'un vasoconstricteur:
 - Adrénaline en nébulisation peut être utilisée en première intention (peut être renouvelée après 6h, risque d'ischémie bronchique par vasoconstriction).
 - La glypressine en IV est utilisée en cas d'échec à l'adrénaline.
- Un geste d'hémostase est indiqué en cas de non réponse au traitement médical:
 - par embolisation ou par un acte chirurgical si pas de réponse à l'EAB.
- Traitement de l'étiologie

Conclusion

- Une hémoptysie constitue une urgence diagnostique (localisation et cause du saignement) et thérapeutique (tarir le saignement).
- L'évaluation rapide de la gravité de l'hémoptysie ne doit pas être retardée.
- Les étiologies les plus fréquentes dans notre pays restent : la tuberculose, le cancer bronchique, la DDB et le rétrécissement mitral.
- Malgré la fréquence des hémoptysies, il persiste beaucoup de zones d'ombres dans les modalités de prise en charge diagnostique et thérapeutique, qui est largement fondée sur des bases empiriques.

Bibliographie

1. Lafitte et Marquette; Orientation et CAT devant une hémoptysie (item 317); Année Universitaire 2004-2005
2. M. BESBES ; Conduite à tenir devant une hémoptysie ; service de réanimation respiratoire, Hôpital A. MAMI - ARIANA
3. M.F. Carette ; Hémoptysies : principales étiologies et conduite à tenir ; Pneumologie 6-090-A-10.
4. *Omar DAHMANI* ; CAT devant une hémoptysie.
5. Sanziana CORHUT; Orientation diagnostique et conduite à tenir devant une hémoptysie service de pneumologie, CHU Nancy