

# Hémoptyisie IC-205

- Connaître la définition d'une hémoptyisie
- Connaître les modalités du diagnostic d'hémoptyisie et argumenter le diagnostic différentiel
- Savoir rechercher des signes de gravité
- Connaître les modalités d'initiation du traitement symptomatique en urgence
- Connaître les modalités de prescription d'un bilan initial
- Connaître la sémiologie en imagerie d'une hémoptyisie
- Connaître les éléments du diagnostic étiologique d'une hémoptyisie
- Connaître les principes généraux de prise en charge d'une hémoptyisie et leur hiérarchisation en fonction de sa gravité

## Connaître la définition d'une hémoptyisie OIC-205-01-A

Saignement provenant des voies aériennes sous-glottiques.

## Connaître les modalités du diagnostic d'hémoptyisie et argumenter le diagnostic différentiel OIC-205-02-A

L'hémoptyisie correspond à un saignement d'origine sous-glottique. L'émission de sang est donc associée à un **effort de toux**, qu'il faut rechercher à l'interrogatoire. Le sang émis par la bouche est rouge vif et aéré.

Les 2 diagnostics différentiels sont :

- *L'hématémèse* = vomissement de sang : on recherche les efforts de vomissements ; les antécédents digestifs
- Un *saignement d'origine ORL* : épistaxis ou saignement d'origine pharyngée ou laryngée

Lorsque l'origine du saignement n'est pas identifiée à l'interrogatoire, les examens complémentaires (fibroscopie bronchique ou ORL ; scanner thoracique) sont indiqués pour identifier l'origine et orienter les examens à visée étiologique.

## Savoir rechercher des signes de gravité OIC-205-03-A

La gravité d'une hémoptyisie est liée :

- *à son abondance*
- *au terrain du patient*
- *à sa persistance sous traitement vasoconstricteur*

**Abondance :**

- *faible abondance* : < 50 cc : allant de quelques stries de sang dans les expectorations à l'équivalent de 5 cuillères à soupe (1 cuillère à soupe ~ 10 cc)
- *moyenne abondance* : entre 50 et 200 cc : représente environ ½ à 2 verres (1 verre ~ 100 cc)
- *grande abondance* : > 200 cc : correspond environ à un bol ou un haricot.

**Terrain :**

La gravité est liée au risque d'asphyxie (détresse respiratoire) induit par l'inondation des voies aériennes (le volume des voies aériennes proximales représente environ 200 cc). Celle-ci est d'autant plus mal tolérée que le patient présente une pathologie respiratoire sous-jacente.

**Persistance sous traitement vasoconstricteur :**

La récurrence d'une hémoptyisie sous traitement vasoconstricteur (terlipressine) est un critère de gravité.

Toute hémoptyisie, même minime, est une **urgence** diagnostique, et thérapeutique, car une hémoptyisie de faible abondance peut être suivie d'une hémoptyisie massive.

La gravité de l'hémoptyisie conditionne le secteur de prise en charge (conventionnel ou soins intensifs), et la stratégie thérapeutique.

## Connaître les modalités d'initiation du traitement symptomatique en urgence OIC-205-04-A

La gravité d'une hémoptyisie est liée au risque d'asphyxie induit par l'inondation des voies aériennes, et non à la spoliation sanguine. L'hémoptyisie est donc d'autant plus mal tolérée que le patient présente une pathologie respiratoire sous-jacente. L'objectif de la prise en charge symptomatique initiale est donc de garantir l'hématose.

Le traitement symptomatique repose initialement sur

- **L'oxygénothérapie** : guidée par l'oxymétrie transcutanée, avec pour objectif le maintien d'une SpO2 > 90%. Les dispositifs utilisés (lunettes à O2, masque sans ou avec réservoir, oxygène haut débit, etc.) dépendent du débit nécessaire pour garantir une saturation suffisante.
- **Les agents vasoconstricteurs** par voie intraveineuse (terlipressine) : largement utilisés (hors AMM), en respectant les contre-indications (en particulier cardio-vasculaires, notamment cardiopathie ischémique).
- **La protection des voies aériennes** (nécessaire uniquement en cas d'hémoptysie massive)
  - mise en décubitus latéral du côté du saignement lorsque celui-ci est connu, pour éviter l'inondation du côté sain
  - intubation avec ventilation mécanique parfois nécessaire, idéalement avec sonde à double lumière pour intubation sélective.
- **L'embolisation des artères bronchiques** : pour les hémoptysies de moyenne à grande abondance et/ou récidivantes. C'est le traitement de première ligne dans les formes sévères ; elle permet :
  - de repérer la ou les artères bronchiques en cause dans le saignement
  - d'identifier leur caractère anormal éventuel (élargissement, hypervascularisation, etc.)
  - d'injecter du matériel pour obstruer l'artère responsable.
- **Le traitement endoscopique** : injection de sérum physiologique froid ou d'agent vasoconstricteur localement au cours d'une fibroscopie bronchique. N'est plus utilisée en pratique courante, au profit de l'artério-embolisation.
- **Le traitement chirurgical** : est discuté en dernier recours. L'exérèse de la lésion responsable du saignement permet de tarir l'hémoptysie et de prévenir la récurrence. Elle nécessite une fonction respiratoire suffisamment conservée et une cause étiologique localisée.

Et le traitement étiologique est entrepris dès que possible.

## Connaître les modalités de prescription d'un bilan initial OIC-205-05-B

Le bilan initial a pour objectifs :

- **d'évaluer la gravité** : clinique, bilan biologique initial (dont bilan d'hémostase), gaz du sang
- **identifier le côté du saignement**, pour orienter le traitement symptomatique : radiographie de thorax ; tomodensitométrie (TDM) thoracique

**identifier la cause du saignement**, pour orienter le traitement étiologique : radiographie de thorax et TDM thoracique

Ainsi, avec les données de l'interrogatoire, de l'examen physique, et des premiers examens complémentaires systématiques (biologie, gaz du sang ; radiographie de thorax), **la TDM thoracique avec injection de produit de contraste au temps artériel systémique a une place clé** dans la prise en charge, en permettant :

- *de localiser la lésion responsable*, ou à défaut le côté du saignement
- *de caractériser la lésion responsable* et donc d'orienter les examens complémentaires, voire le traitement étiologique.
- *de cartographier la vascularisation artérielle bronchique*, et ainsi guider une éventuelle artério-embolisation.

## Connaître la sémilogie en imagerie d'une hémoptysie OIC-205-06-B

Rédaction de la demande d'un examen d'imagerie

Demande d'un examen d'imagerie

Demande d'explication d'un patient sur le déroulement, les risques et les bénéfices attendus d'un examen d'imagerie

La *radiographie de thorax* est peu sensible et peu spécifique pour orienter le diagnostic de l'hémoptysie. Elle peut montrer :

- des **infiltrats**
- un syndrome de **condensation alvéolaire**, voire une atélectasie (dans le cas d'une obstruction bronchique par un caillot ou par la lésion responsable du saignement)
- éventuellement la **lésion responsable** de l'hémoptysie (tumeur, caverne, etc.)

La radiographie de thorax peut être normale.

La *tomodensitométrie (TDM) thoracique*

est plus sensible et plus spécifique. Elle peut montrer :

- des plages de **verre dépoli** (dans ce cas les images les plus hautes sont celles correspondant à la localisation de l'origine du saignement)
- une **condensation**, voire une atélectasie
- éventuellement la **lésion responsable** de l'hémoptysie (tumeur, caverne, etc.) (cf. question précédente « savoir demander un bilan initial »)

Elle est rarement normale.

# Connaître les éléments du diagnostic étiologique d'une hémoptysie OIC-205-07-B

Les principales causes d'hémoptysie sont :

1- *Cancer broncho-pulmonaire*, évoqué devant :

- un terrain à risque (tabac),
- une altération de l'état général (AEG),
- un syndrome paranéoplasique,
- des signes d'envahissement local ou loco-régional (ex. : syndrome cave supérieur, etc.), des métastases (adénopathies périphériques, métastases cutanées, etc.)
- un aspect radiologique évocateur : masse, atélectasie, syndrome médiastinal, etc.

2- *Tuberculose*, évoquée devant :

- terrain à risque (antécédent, contagé, etc.)
- AEG, sueurs nocturnes, fièvre
- un aspect radiologique évocateur : caverne, infiltrats des sommets

3- *Dilatations des bronches (dont mucoviscidose)* :

- diagnostic souvent déjà connu
- toux et expectorations quotidiennes, anciennes, avec exacerbations infectieuses répétées
- l'aspect radiologique au scanner permet de faire le diagnostic

4- *Pneumonies infectieuses nécrosantes* (dont infections fongiques), évoquées devant :

- terrain à risque : immunodéprimé ; pathologie respiratoire pré-existante
- signes infectieux
- aspect radiologique évocateur : abcès ; aspergillome

5- *Causes vasculaires*, évoquées selon le terrain et la présentation :

- embolie pulmonaire ;
- œdème aigu cardiogénique ;
- malformations artério-veineuses pulmonaires (maladie de Rendu Osler)

6- *Hémorragie intra-alvéolaire* :

- multiples causes (infectieuses ; médicaments, causes immunes (vascularites, etc.)...)
- aspect radiologique évocateur : verre dépoli
- affirmée par le lavage alvéolaire

Dans un certain nombre de cas (jusqu'à 25% des cas), aucune cause n'est identifiée : l'hémoptysie est *idiopathique*.

---

## Connaître les principes généraux de prise en charge d'une hémoptysie et leur hiérarchisation en fonction de sa gravité OIC-205-08-B

Une hémoptysie grave ou qui persiste sous traitement médical doit être prise en charge dans un *secteur de soins intensifs*, dans un centre permettant une prise en charge avancée : artério-embolisation, voire chirurgie thoracique.

Ainsi, la gravité de l'hémoptysie conditionne le secteur de prise en charge et la stratégie thérapeutique.

Quelle que soit la gravité de l'hémoptysie, le bilan diagnostique étiologique est toujours réalisé parallèlement au traitement symptomatique, en urgence, et nécessite donc systématiquement l'accès à l'angioscanner thoracique .

**Pour rappel :**

La gravité de l'hémoptysie ne repose pas que sur l'abondance du saignement, mais aussi sur le terrain sous-jacent (ex. insuffisance respiratoire chronique), et sur la cause du saignement (ex. : tumeur excavée à haut risque de récurrence sous forme d'hémoptysie massive).

Stratégie thérapeutique selon la gravité :

- **traitement médical en première intention** : il est mis en place systématiquement parallèlement aux explorations étiologiques :

- traitement symptomatique (oxygène) + surveillance
- vasoconstricteurs (terlipressine IV ou acide tranexamique inhalé ou IV)
- bilan étiologique urgent : le traitement étiologique est urgent si une cause à risque de récurrence sous une forme grave est identifiée (ex. : lésion excavée)

à en cas de persistance : discuter artério-embolisation ou chirurgie à froid selon bilan étiologique

- **traitement médical + artério-embolisation** d'emblée en cas d'hémoptysie grave
  - traitement symptomatique (oxygène) + surveillance + vasoconstricteurs
  - artério-embolisation systématiquement envisagée

à si récurrence après artério-embolisation : discuter traitement chirurgical selon bilan étiologique