

# conduite à tenir devant une hémoptysie



Dr NADJI Karima

Maître assistante en pneumologie

# Objectifs :

- Reconnaître une hémoptysie.
- Faire le diagnostic différentiel.
- Evaluer sa gravité.
- Connaître les étiologies d'une hémoptysie.
- Connaître les modalités de prise en charge thérapeutique.

# **PLAN DE LA QUESTION**

**I. Définition –**

**II. Physiopathologie et Mécanismes**

**Conduite à tenir devant une hémoptysie**

**A- AFFIRMER LE DIAGNOSTIC**

**B- DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL**

**C- EVALUER L'HEMOPTYSIE : (Le volume du saignement)**

**D- EVALUER LE TERRAIN**

**E- EVALUATION DU RETENTISSEMENT**

**F- PRESCRIPTIONS EN URGENCE**

**G- DIAGNOSTIC ETIOLOGIQUE**

**H- TRAITEMENT ET PRISE EN CHARGE**

**III. conclusion**

## **I. Hémoptysie – Définition**

---

- **Expectoration de sang** en provenance des voies aériennes sous glottiques
- Lors d'un **effort de toux**
- **Sang rouge vif** (origine artérielle)
- **Aéré et spumeux**
- Motif fréquent de consultation aux urgences, elle révèle souvent une pathologie sous-jacente
- C'est **une urgence**

# Physiopathologie

---

- Deux circulations pulmonaires au niveau du poumon
- Circulation pulmonaire fonctionnelle à basse pression
- Circulation bronchique nourricière à haute pression
- L'hémoptysie survient souvent dans le réseau bronchique suite à l'hypervascularisation ( infection ,tumeur)
- Rarement provient du réseau artériel pulmonaire
- Origine capillaire parfois :IVG, anomalies vasculaire

## II. Hémoptysie – Mécanismes (2)

- **Rupture d'un gros vaisseau**
  - **solution continuité de la paroi vasculaire**
    - rupture d'un anévrysme artério-veineux pulmonaire
    - rupture d'un anévrysme de l'Aorte thoracique
    - accidents des corps étrangers
- **Saignement provenant de la circulation pulmonaire – ALVEOLAIRE (10%)**
  - **sang → alvéoles → extériorisation**
    - lésion inflammatoire / immunologique de la barrière alvéolo-capillaire.
    - augmentation de régime de la pression au niveau de la circulation capillaire
- **Saignement provenant de la circulation systémique – BRONCHIQUE (90%)**
  - **hypervascularisation** systémique bronchique
  - **communications**: circulation systémique ↔ circulation pulmonaire

### III. Hémoptysie – Mécanismes (3)

---

- **Destruction du lit capillaire**
  - Nécrose du parenchyme pulmonaire**
    - ➔ érosion vasculaire d'origine tumorale/infectieuse
      - Tuberculose, cancer bronchique, processus fibrosant
- **Hyperhémie liée à l'infection**
- Bronchiectasies, abcès
- **HTAP**
- **Traumatique**
- **Cardiopathie congénital**
- **Mécanique**
  - ➔ broncholithiase
  - ➔ migration de prothèse

# *Conduite à tenir devant une hémoptysie :*

- **A- AFFIRMER LE DIAGNOSTIC :**

## **1. Typique :**

- Rejet de sang rouge, aéré, spumeux au cours d'effort de toux .
- précédé parfois par des prodromes :
  - chatouillement laryngé
  - chaleur rétro-sternale
  - malaise, lipothymie.

## **2. Moins évocateur**

- Rejet de crachats noirâtres devant faire rechercher un épisode typique dans les heures ou jours qui précèdent.



## B- ELIMINER CE QUI N'EST PAS UNE HEMOPTYSIE : : (diagnostic différentiel)

- **Hématémèse**

- Lors d'un effort de vomissement
- Sang foncé (origine veineuse) ou rouge vif (origine artérielle)
- Non aéré, débris alimentaires, mêle à du mucus digestif filant
- Sécrétions gastriques: pH acide

- **Épistaxis**

- Saignement nasal
- Sang rouge vif

- **Gingivorragies**

- **Poly traumatismes du visage et du thorax**

- Parfois difficile d'identifier l'origine exacte du saignement

## C- EVALUER L'HEMOPTYSIE : (Le volume du saignement)

- **Faible abondance** : crachats hémoptoïques ( $< 50\text{cc}/24\text{H}$ ) : risque de récurrence abondante et imprévisible.
- **Moyenne abondance** :  $\frac{1}{2}$  à 1 verre ( $> 50 \text{ cc}/24\text{H}$ ) jusqu'à 300 ml/jour.
- **Grande abondance** : plus de 200cc (un bol) en une fois ou  $>300 \text{ cc}/24\text{H}$
- **Massive, voire foudroyante** : entraînant le décès par asphyxie.

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.

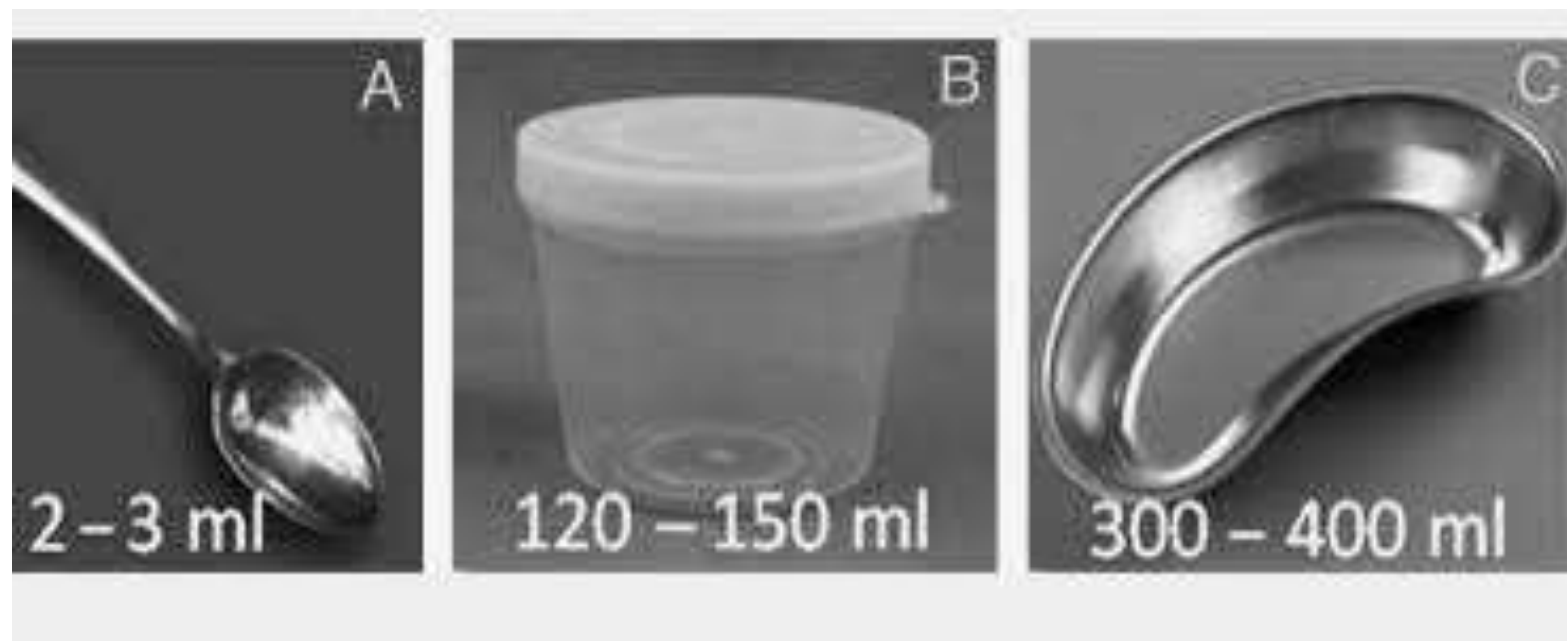
LE RISQUE MAJEUR  
=

**ASPHIXIE par INONDATION ALVEOLAIRE**

Cause de la mort

**Pourquoi?**

- **Volume** des voies aériennes de conduction  $\approx$  250 ml
- **Hémoptysie menaçant la vie**
  - > 200 mL/h en cas de fonction pulmonaire normale
  - > 50 mL/h en cas d'IRC
  - > 2 épisodes d'hémoptysie modérée malgré trt



## **D- EVALUER LE TERRAIN :**

- Conditions de survenue
- Les antécédents pulmonaires (cardiaque, DDB, primo-infection, tuberculose et autre histoire médicale récente (hospitalisation).
- L'examen clinique recherche :  
Signes de phlébite, syndrome cave, souffle mitral, hippocratisme digital.
- Chez l'insuffisant respiratoire : un volume de saignement modéré peut entraîner une détresse respiratoire.

## E- EVALUATION DU RETENTISSEMENT :

- **Signes de détresse respiratoire:** témoignant d'une inondation alvéolaire au cours des hémoptysies massives.
- **Signes d'anémie :** Le risque de décès par hémoptysie est plus lié à l'asphyxie qu'au choc hypovolémique par spoliation sanguine.

a. Tolérance clinique: IRA ou IRC, signes d'encombrement bronchique

Etat de conscience, capacité de toux, pâleur, TA

b. Oxymétrie et/ou gazométrie

c. taux d'Hb

**Quelle que soit l'abondance, une hémoptysie avec détresse respiratoire et une altération des gaz du sang est une hémoptysie grave**

## F- PRESCRIPTIONS EN URGENCE

- **Hospitalisation** (en unité de soins intensifs si hémorragie de grande abondance mal tolérée).
  - a. Assurer si besoin la liberté des voies aériennes.
  - b. O2 en fonction de la saturation et/ou des GDS.
  - c. Repos au lit position semi-assise.
  - d. Voies veineuses périphériques (2).
  - e. Bilan sanguin : NFS, hémostase, ionogramme sanguin, groupe ABO, Rhésus.
  - f. GDS (gaz du sang).
  - g. ECG.
  - h. Radiographie thoracique (face/profil) : - Etiologie.
    - granité posthémoptoïque (conséquences de l'inondation alvéolaire).

- **Endoscopie bronchique** : systématique en urgence dès l'état du patient stabilisé :
  - affirme le diagnostic positif.
  - localise le saignement :
  - permet le plus souvent de tarir le saignement (intérêt thérapeutique).



## G- DIAGNOSTIC ETIOLOGIQUE:

- **1. Tuberculose pulmonaire :**

Hémoptysie dans le cadre d'une tuberculose aiguë, évolutive

L'hémoptysie peut aussi survenir chez un ancien tuberculeux guéri, sans reprise évolutive.

Elle est alors le témoin de bronchectasies secondaires ou d'une greffe aspergillaire.

- **2. Pathologie tumorale**

- a- **Cancer bronchique primitif** : C'est la cause principale d'hémoptysie chez le fumeur.

- b- **Métastases bronchiques** sont moins souvent à l'origine d'hémoptysies.

- **3. Dilatations des bronches :**

C'est une cause très fréquente d'hémoptysie.

La TDM en coupes fines constitue maintenant un excellent moyen de diagnostic positif

- **4. Bronchite chronique :** Cause non négligeable d'hémoptysies. En rapport des poussées de surinfection.

**5. Etiologies infectieuses** (non tuberculeuses):

- a. **Pneumopathies** (Crachats hémoptoïques).
- b. **Mycoses** : Les aspergillomes développés sur des lésions cavitaires préexistantes.
- c. **Parasitoses** : En particulier les kystes Hydatiques remaniés ou en cas de rupture.

**6. Embolie pulmonaire** : volontiers peu abondante et de sang noir, survient dans les 48 h

**7. Insuffisance ventriculaire gauche** : Crachat rosé et mousseux de l'œdème alvéolaire.

**8. Rétrécissement mitral** : Les hémoptysies sont souvent de petite abondance

**9. Angiomes** (angiomatose de Rendu-Osler).

**10. Vascularites et connectivites** : (maladie de Wegener, lupus érythémateux disséminé, la maladie de Behçet, la sarcoïdose, le syndrome de Goodpasture).

**11. Traumatisme thoracique**: Les plaies pénétrantes pulmonaires, les contusions pulmonaires avec ou sans hématome et les ruptures bronchiques.

**12. Malformations** : sont parfois responsables d'hémoptysies.

**13. Inhalation Gaz ou fumées toxiques**, corps étrangers.

**14. Anticoagulants** : Surdosage en héparine ou antivitamine K.

**15. Hémoptysies sans cause retrouvée** 15%.

## **E. Etiologies :**

### **SIX CAUSES MAJEURES :**

- Tuberculose pulmonaire ( avant 40 ans)
- Cancer bronchique (après 40 ans)
- Bronchectasies
- Aspergillome
- Embolie pulmonaire
- Insuffisance ventriculaire gauche

## Traitement et prise en charge:

- La gravité de l'hémoptysie conditionne l'attitude initiale.

### A- Hémoptysie de faible abondance :

Elle ne nécessite aucun traitement en urgence  
mais justifie la surveillance

Diagnostic et traitement étiologiques

Urgence si lésion excavée

## B- Hémoptysie de moyenne ou de grande abondance

⇒ hospitalisation

La prise en charge thérapeutique se fait en même temps avec l'exploration étiologique

1- Repos.

2- OXYGENE (maintenir la SaO<sub>2</sub> > 90 %).

3- VASOCONSTRICTEURS : Glypressine : 1 à 1.5 mg en IV sur 10 min à renouveler toutes les 4 heures

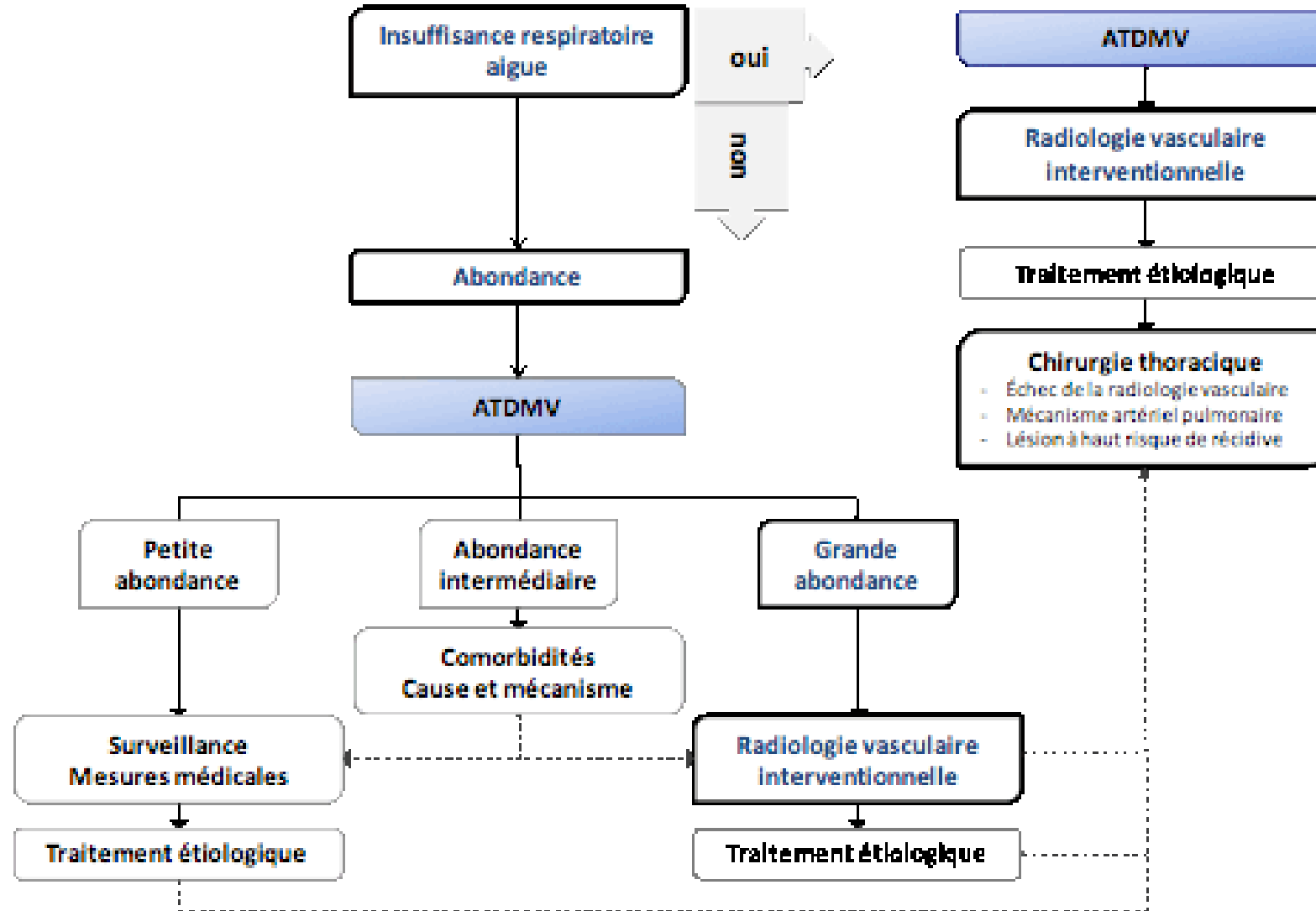
4- Remplissage vasculaire (Il faut toujours prévoir une transfusion iso-groupe isorhésus)

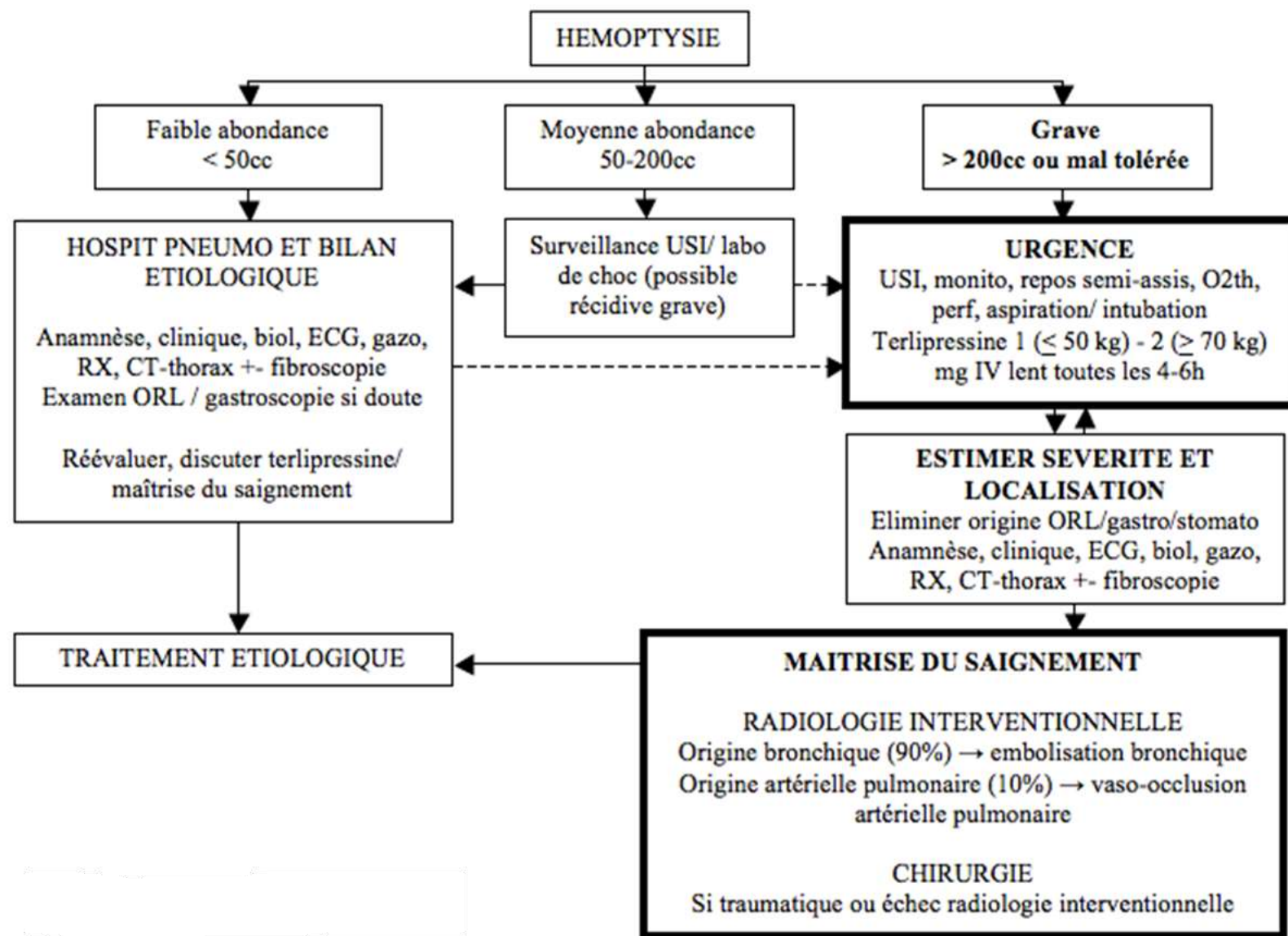
5- EMBOLISATION des artères bronchiques en cas de non réponse à la Glypressine.

6- CHIRURGIE DE L'HEMOSTASE: Si échec de l'embolisation.

7- TRAITEMENT ETIOLOGIQUE (tuberculose, etc, ...)

# PEC de l'hémoptysie:





# Conclusion:

- Le diagnostic de Gravité d'une Hémoptysie dépend de:

- Abondance de l'hémoptysie
- Terrain respiratoire sous-jacent:

Insuffisant respiratoire → volume **modéré** du saignement → **détresse respiratoire**

=> surveillance volume/ heure du saignement

=> surveillance tolérance respiratoire ( clinique, SaO2, GDSA)



Merci de votre attention

---