

# Orientation diagnostique devant une hémoptysie

Dr SELMANI

## Objectifs

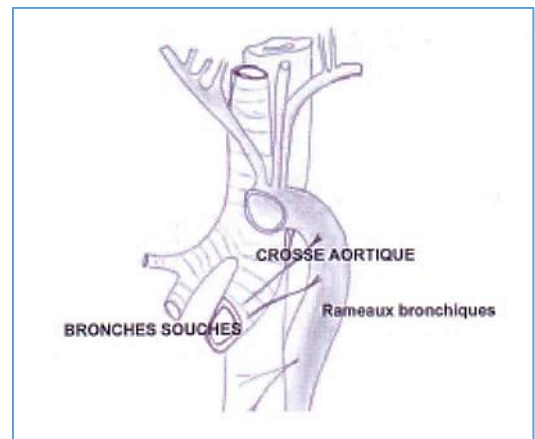
- Argumenter les principales hypothèses diagnostiques.
- Justifier les examens complémentaires pertinents.
- Adopter une prise en charge adéquate.

## Introduction

- Une hémoptysie est une URGENCE :
  - Diagnostique : localisation et cause du saignement
  - Thérapeutique : tarir le saignement.
  - 7 à 10 % motif de consultation externe en pneumologie et 10 à 15 % de motif d'hospitalisation.
- L'évolution d'une hémoptysie est imprévisible : 2/3 des hémoptysies massives font suite à des crachats de faibles abondances...
- En cas d'hémoptysie grave, c'est l'asphyxie qui est la cause de la mort et non le choc hémorragique

## Définition

- Crachat de sang rouge vif aéré lors d'un effort de toux.

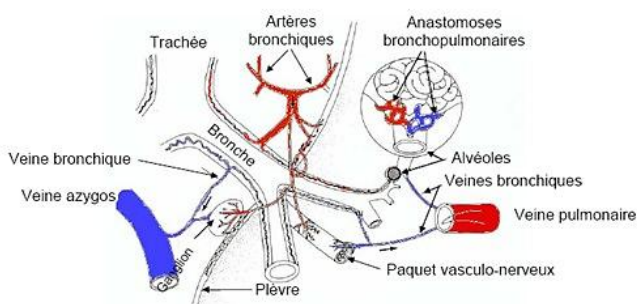


## Mécanisme de l'hémoptysie

- L'origine du saignement est située dans les VA sous-glottiques.
- 95 % des saignements sont **artériels systémiques**, rarement d'origine artérielle pulmonaire.
- Artères bronchiques : naissance de l'aorte thoracique entre T4 et T8.
- Le saignement survient le plus souvent d'un foyer d'**hypervascularisation** capillaire aux dépens du système artériel bronchique.
- phénomène inflammatoire chronique (DDB, tuberculose...) ou sont malformatifs.

## Circulation Bronchique

- Aorte → artères bronchiques → capillaires bronchiques  
→ veines bronchiques → veines azygos → veine cave supérieure  
→ **veines pulmonaires**



- DEVANT UNE HEMOPTYSIE, 3 questions essentielles
  1. S'agit-il bien d'une hémoptysie ?
  2. Quelle est la gravité de l'hémoptysie ?
  3. Quelle est la localisation du saignement ?

## Diagnosics Différentiels

### EPISTAXIS ET HEMATEMESE

#### 1. S'agit-il bien d'une hémoptysie ?

- Le diagnostic d'hémoptysie est évident lorsqu'on assiste à la séquence **toux + expectoration de sang frais rouge aéré**.
- De manière rétrospective, l'interrogatoire précise :
  - L'existence d'une toux précédant l'hémoptysie
  - La notion d'une sensation de goût métallique
  - L'absence de vomissement.
  - Il faut évoquer une **hématémèse** (notamment par syndrome de Mallory-Weiss) ou une épistaxis inhalée en l'absence de ces éléments.
- En cas de doute, il est nécessaire de réaliser un examen ORL avec une nasofibroscopie et une fibroscopie digestive haute.

#### 2. Evaluer la gravité

##### ETAT RESPIRATOIRE

- Fréquence respiratoire, signes de lutte
- Saturation périphérique en oxygène (SpO2)
- Gazométrie artérielle.

##### VOLUME DE L'HEMOPTYSIE

- L'interrogatoire est peu fiable pour l'évaluation de la quantité de sang craché.
- Utiliser des éléments objectifs permettant d'évaluer le volume

Cuillère à café	5 mL	Faible
Cuillère à soupe	10 mL	
Tasse à expresso	50 mL	Moyenne
Verre à moutarde	200 mL	Grande
Haricot	500 mL	Cataclysmique

##### TERRAIN

- Les hémoptysies sont plus sévères :
  - Chez les insuffisants respiratoires : Séquelles de TP, BPCO
  - En cas d'anticoagulation efficace : TP/TCA
  - Dans les aspergillomes.

##### ANEMIE

- Elle témoigne de l'intensité du saignement :
  - Surmortalité si Hb < 10 g/dl
  - Hémogramme et bilan pré-transfusionnel : groupes ABO, Rhésus

N.B. : un bilan d'hémostase doit être systématiquement réalisé.

#### 3. Localiser l'origine du saignement

- EXAMENS INDISPENSABLES :
  - Radio de thorax
  - Scanner thoracique
  - Fibroscopie bronchique.

## Imagerie

### RADIOLOGIE

- **RADIOGRAPHIE DE THORAX EN URGENCE : RENTABILITE de 75 %**
  - ✓ **Anomalies aspécifiques** : infiltrat alvéolo-interstitiel des bases (inhalation) ou du territoire hémorragique
  - ✓ **Images évocatrices** : opacité excavée, atélectasie, opacité nodulaire, etc.
  - ✓ Une RP normale n'élimine pas le diagnostic d'hémoptysie.



### SCANNER

#### THORACIQUE

- **Il est presque systématique**
- L'injection de produit de contraste se fait au temps artériel.
- Intérêts :
  - Topographie d'une lésion causale
  - Stigmate indirect de saignement (verre dépoli traduisant l'inondation alvéolaire)
  - Analyse des artères bronchiques.



## Fibroscopie bronchique

- **Les biopsies seront retardées et réalisées après contrôle de l'hémorragie.**
  - Sa rentabilité est de 90%,
  - Elle doit être systématique.
  - Elle sera réalisée en urgence ou en semi-urgence selon la tolérance respiratoire du patient.
- **APPORT DIAGNOSTIC**
  - Localisation du saignement
  - Aspect endo-bronchique :
    - Cavité nécrotique
    - Tumeur endo-bronchique.
  - Aspiration bronchique : examen direct et culture à la recherche du bacille de Koch.
- **APPORT THERAPEUTIQUE**
  - Limitation de l'inondation de l'arbre bronchique par aspiration
  - Hémostase locale à minima par instillation de sérum physiologique froid ou de vasoconstricteurs (adrénaline ou Glypressine®).

## Etiologies

- **3 CAUSES PRINCIPALES D'HEMOPTYSIE :**
  1. Cancer bronchopulmonaire.
  2. Tuberculose pulmonaire.
  3. Dilatation des bronches.

Cancer bronchique	<b>FIBROSCOPIE BRONCHIQUE OBLIGATOIRE</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Tout crachat hémoptoïque doit être considéré comme un signe d'alarme révélant une néoplasie pulmonaire chez un fumeur à risque.</b></li> <li>• La normalité d'un examen radiologique n'autorise jamais à se passer de l'endoscopie bronchique.</li> </ul>
DDB	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 10 à 15% des causes d'hémoptysie.</li> <li>• infections, bronchites à répétition depuis l'enfance, toux et crachats quotidiens purulents.</li> <li>• Maladie connue (mucoviscidose, DDB localisées post-infectieuses)</li> <li>• L'hémoptysie est souvent préoccupante car elle survient sur un terrain respiratoire fragile avec fort risque de récurrence.</li> </ul>
TP	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 10 à 15% des causes d'hémoptysie. <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ HEMOPTYSIE REVELATRICE (26%)</li> <li>✓ TUBERCULOSE CONNUE</li> </ul> </li> <li>• Hémoptysie chez un ancien tuberculeux ou en cours de traitement : <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Récidive ?</li> <li>✓ Résistance au traitement ?</li> <li>✓ Dilatations des bronches séquellaires ?</li> <li>✓ Aspergillome ?</li> <li>✓ Cancer sur cicatrice de tuberculose (rarement) ?</li> </ul> </li> </ul>

Causes infectieuses	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>PNEUMONIES AIGUES INFECTIEUSES ABCEDEES</b></li> <li>• <b>INFECTIONS ASPERGILLAIRES</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Aspergillome : <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Terrain particulier : immunodépression, cavité préexistante</li> <li>✓ Image en grelot sur la radio, très évocatrice.</li> </ul> </li> <li>- Aspergillose invasive.</li> </ul> </li> <li>• <b>KYSTES HYDATIQUES</b></li> </ul>
Causes cardiovasculaires	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ses étiologies sont très rares voire anecdotiques. <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>RETRECISSEMENT MITRAL</b></li> <li>• <b>HTAP</b></li> <li>• <b>EMBOLIE PULMONAIRE</b>: Hémoptysie de faible abondance et d'aspect noirâtre</li> <li>• <b>ANEVRISME DE L'AORTE</b>: post chirurgie cardiaque.</li> <li>• <b>OAP</b>: L'œdème aigu du poumon est une cause fréquente. Le mécanisme est une inondation alvéolaire par élévation des pressions capillaires pulmonaires.</li> </ul> </li> </ul>
Traumatiques	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Causes rares mais évidentes. <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>TRAUMATISME THORACIQUE</b></li> <li>• <b>TRAUMATISME BRONCHIQUE</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Inhalation de corps étranger</li> <li>- latrogénie : biopsies bronchiques, pose de cathéter vasculaire ou de drain pleural (rare).</li> </ul> </li> </ul> </li> </ul>
Malformations	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Causes rares. <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>MALADIE DE Rendu-Osler</b>: Angiome unique ou multiple. On retrouve des anévrismes au niveau de l'artère pulmonaire ou de ses branches.</li> <li>• <b>SEQUESTRE PULMONAIRE</b>: Anomalie congénitale responsable d'une vascularisation d'un segment pulmonaire par une artère systémique.</li> </ul> </li> </ul>

## Traitement

### 1. HOSPITALISATION

- Elle est systématique, en USI ou en réanimation. L'évaluation par un pneumologue ou un réanimateur est obligatoire.

### 2. AMELIORER L'HEMATOSE : OXYGENOTHERAPIE

- L'oxygénothérapie est indispensable,
- la ventilation mécanique s'impose en cas de détresse respiratoire.
- La fibroaspiration du saignement peut permettre de limiter l'inondation alvéolaire.

### 3. Tarir le saignement

## Tarir le saignement

### 1. CORRECTION DE TROUBLES DE L'HEMOSTASE

- Arrêt, voire antagonisme d'un traitement anticoagulant (Vitamine K, protamine).

### 2. Endoscopie

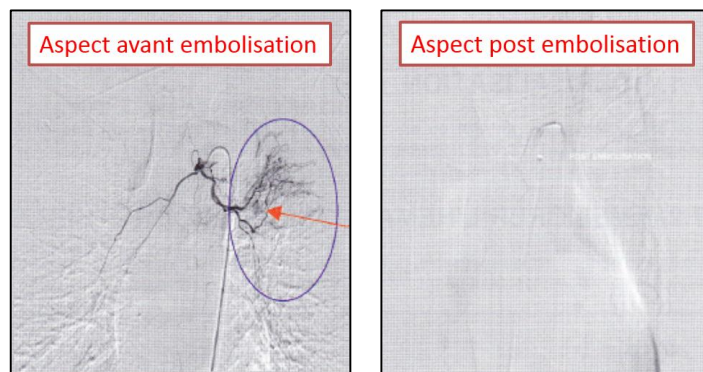
- Endoscope souple (fibroscopie) : instillation d'adrénaline, de terlipressine (Glypressine<sup>R</sup>), de sérum physiologique glacé.
- Endoscopie au tube rigide : technique peu disponible et qui n'est jamais réalisée en urgence.
  - ✓ Traitement des lésions proximales (tumeur de trachée, de la carène)
  - ✓ Laser, endoprothèses.

### 3. Vasoconstriction systémique

- Terlipressine (Glypressine<sup>R</sup>)
  - ✓ Contre-indication : cardiopathie ischémique, hyponatrémie
  - ✓ Surveillance ECG et natrémie quotidienne.

## AEBS

- L'Artério-Embolisation Bronchique Sélective (AEBS) est un traitement radio-interventionnel endo-vasculaire.
  - TECHNIQUE
    - ✓ Cathétérisme artériel
    - ✓ Localisation de l'artère bronchique ou du foyer d'hypervascularisation hémorragique
    - ✓ Embolisation par microsphères (500 à 900 µm de diamètre) ou par coils (endoprothèses en ressort)
    - ✓ Succès : **95% des cas** ; récurrence précoce dans 8 à 10% des cas.



## Traitement chirurgical

- Ce n'est pas le traitement de 1<sup>re</sup> intention, c'est un traitement de sauvetage.
- EN URGENCE
  - Forte mortalité : 40% dans la littérature
  - Lobectomie, pneumonectomie d'hémostase ou ligature d'un tronc artériel ectopique.
- A DISTANCE
  - Certaines lésions (foyers de DDB, aspergillome) peuvent faire l'objet d'une résection anatomique (lobectomie ou pneumonectomie) préventive si le risque de récurrence est important.
  - Décision multidisciplinaire d'experts.