

# Hémoptysie

## *Définition :*

---

- Expectoration de sang provenant des voies aériennes sous-glottiques.
- C'est une urgence.
- Elle nécessite l'hospitalisation du patient quelle que soit son abondance (récidive abondante possible).

## *DIAGNOSTIC*

---

### A- DIAGNOSTIC POSITIF

#### 1. Typique

- Rejet de sang rouge, aéré, spumeux au cours d'effort de toux .
- Parfois précession de 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 précédent.

### B- DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL (Ce qui n'est pas une hémoptysie)

Hématémèse :

- lors d'un effort de vomissement
- le sang est foncé, d'origine veineuse (varices œsophagiennes)
- non aéré

Epistaxis :

- saignement nasal
- sang rouge vif

### C- DIAGNOSTIC DE GRAVITE : Deux facteurs conditionnent la gravité d'une hémoptysie :

#### 1. Le volume du saignement

- × Faible abondance : crachats hémoptoïques (< 50cc/24H) : risque de récurrence abondante et imprévisible.
- × Moyenne abondance :
  - ½ à 1 verre (> 50 cc/24H) jusqu'à 300 ml/jour.
- × Grande abondance :
  - plus de 200cc (un bol) en une fois ou >300 cc/24H
- × 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.

**2. Le terrain respiratoire :** Chez l'insuffisant respiratoire un volume de saignement modéré peut entraîner une détresse respiratoire.

#### **D- PRESCRIPTIONS EN URGENCE**

- ✗ Hospitalisation (en unité de soins intensifs si hémorragie de grande abondance ou mal tolérée).
- ✗ Assurer si besoin la liberté des voies aériennes.
- ✗ O2 en fonction de la saturation et/ou des GDS.
- ✗ Repos au lit position semi-assise.
- ✗ Voies veineuses périphériques (2).
- ✗ Bilan sanguin : NFS, hémostase, ionogramme sanguin, groupe ABO, Rhésus.
- ✗ GDS (gaz du sang).
- ✗ ECG.
- ✗ Radiographie thoracique :
  - étiologie ;
  - gravité posthémoptoïque.
- ✗ Fibroscopie bronchique systématique en urgence dès l'état du patient stabilisé :
  - affirme le diagnostic positif.
  - précise l'origine du saignement : et permet le plus souvent de tarir le saignement (intérêt thérapeutique).
  - précise le caractère actif ou non de l'hémoptysie.
  - à visée étiologique (tumeur, BK...).

#### **E- DIAGNOSTIC ETIOLOGIQUE**

##### **1. L'hémoptysie survient dans un contexte évident**

- ✓ Traumatisme thoracique, fracture costale, rupture trachéo-bronchique, contusion pulmonaire,
- ✓ plaie thoracique.
- ✓ Barotraumatisme.
- ✓ Inhalation de gaz toxiques.
- ✓ Au décours d'une fibroscopie bronchique avec biopsies (spontanément ou patient sous anticoagulant.
- ✓ Ponction transpariétale (plaie vasculaire).

##### **2. L'hémoptysie peut compliquer une maladie hémoptoisante connue**

- Soit accident évolutif spontané.
- Soit complication thérapeutique (irradiation d'une tumeur bronchique...) pouvant remettre en cause la thérapeutique.
- Il faut néanmoins éliminer une autre cause.

##### **3. L'hémoptysie peut être révélatrice**

- Les causes les plus fréquentes sont :

###### ***a) Dilatations des bronches***

- Dues à l'hypervascularisation systémique bronchique : l'épisode hémoptoïque survient le plus souvent lors des poussées de surinfection bronchique.
- Diagnostic évoqué sur :
  - \* l'anamnèse : bronchorrhée chronique, hippocratisme digital ;
  - \* radiographie pulmonaire : image en rail, en rosette;
  - \* nécessite systématiquement un scanner thoracique en coupes fines pour confirmer le diagnostic.

###### ***b) Tuberculose pulmonaire active (surtout forme ulcéro-nodulaire commune)***

- Due à l'hypervascularisation systémique bronchique.
- Évoquée sur la clinique et la radiologie.

– Confirmée par la bactériologie (BK crachats, tubages, aspiration bronchique perfibroscopique).  
Intérêt des BK-crachat post fibroscopie, (plus souvent positif).

#### *c) Tuberculose ancienne traitée et supposée guérie*

– Due à l'hypervascularisation systémique bronchique.

– Elle doit faire évoquer :

\* une reprise évolutive (BK, antibiogramme) ;

\* une bronchectasie séquellaire (Cf. « DDB ») ;

\* une greffe aspergillaire dans une cavité résiduelle :

- image en grelot (radio de thorax, scanner),
- recherche d'aspergillus dans les expectorations,
- sérologie aspergillaire (> 3 arcs) ;

\* un cancer sur cicatrice fibreuse (adénocarcinome le plus souvent), éventualité rare.

#### *d) Cancer bronchique primitif*

– Évoqué sur :

\* le contexte clinique (tabagisme...) ;

\* la radiographie et la tomодensitométrie thoracique (image tumorale, atélectasie).

– Confirmé par :

\* la fibroscopie avec biopsies (pas de biopsie en période hémorragique !...).

#### *e) Embolie pulmonaire*

– Due à un infarctus pulmonaire, souvent retardée et de sang noirâtre (dû à la reperméabilisation d'une artériole pulmonaire avec sang veineux inondant le territoire détruit par le ramollissement tissulaire : infarctus d'origine veineux).

– Évoquée sur :

\* le contexte (alitement, chirurgie, phlébite...) ;

\* la gazométrie, l'ECG, la radiographie.

– Confirmée par :

\* la scintigraphie ou l'angioscanner thoracique ;

\* voire l'angiographie pulmonaire.

#### *f) Rétrécissement mitral* Évoqué sur le contexte :

\* cardiopathie connue ou de découverte auscultatoire

\* survenu à l'effort, au troisième trimestre de grossesse (augmentation de la volémie)

\* signes d'insuffisance cardiaque gauche.

– Confirmé par les investigations cardiologiques (échographie cardiaque, ECG...).

#### *g) Autres causes plus rares*

– **Pneumonie aiguë, bronchite aiguë** : il importe de rechercher une cause sous-jacente ; c'est un diagnostic d'élimination. Toute pneumopathie chez un tabagique doit comporter une endoscopie bronchique à distance

– **Aspergillose broncho-pulmonaire**

– **Parasitoses (amibiase, kyste hydatique).**

– **Corps étranger** (enfant, alcoolique) : diagnostic à la fibroscopie.

– **Malformation vasculaire** (angiome, anévrisme, séquestration) : artériographie bronchique.

– **Endométriome pulmonaire (hémoptysie cataméniale).**

– **Hémorragie alvéolaire :**

- \* *Goodpasture* (anticorps antimembrane basale, syndrome pneumoréal...);
- \* vascularite, lupus, Wegener,
- \* hémopathie.

*h) Parfois, au terme du bilan étiologique, aucune cause n'est retrouvée*

– Il faut surveiller rigoureusement et régulièrement ces patients à la recherche d'une pathologie sous-jacente latente.

## **Traitement**

---

### *A- Hémoptysie de faible abondance*

pas d'urgence thérapeutique ni diagnostique (sf cas particulier) ⇒ avis pneumologique  
cas particulier : l'hémoptysie sentinelle d'une lésion excavée. Les lésions sont en général déjà connues. Il s'agit soit de cancer soit de processus nécrotiques (aspergillose invasive)

### *B- Hémoptysie de moyenne ou de grande abondance ⇒ hospitalisation*

#### **Bilan étiologique et localisation du saignement**

(en vue d'une éventuelle embolisation)

- ❖ clinique
- ❖ radiographie de thorax
- ❖ endoscopie bronchique
- ❖ recherche de BK (expectoration)
- ❖ bilan de coagulation
- ❖ ± scanner thoracique

- 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

Effets secondaires

- ❖ pâleur, crampes digestives (ischémie), angor, HTA
- ❖ bradycardies (sensibles à l'atropine)
- ❖ hyponatrémie (analogue de l'ADH)

#### 4- EMBOLISATION

- des artères bronchiques, des artères pulmonaires (anévrisme artério-veineux)
- en cas de non réponse à la Glypressine

- 5- CHIRURGIE DE L'HEMOSTASE : Si échec de l'embolisation.
- 6- TRAITEMENT ETIOLOGIQUE (tuberculose, etc, ...)