Question mise à jour le 11 février 2005

INSTITUT LA CONFÉRENCE HIPPOCRATE

www.laconferencehippocrate.com

La Collection Hippocrate

Épreuves Classantes Nationales

PNEUMOLOGIE
REANIMATION - URGENCES

Hémoptysie

III-317

Dr Etienne PIGNE
Chef de Clinique Assistant

L'institut la Conférence Hippocrate, grâce au mécénat des Laboratoires SERVIER, contribue à la formation des jeunes médecins depuis 1982. Les résultats obtenus par nos étudiants depuis plus de 20 années (15 majors du concours, entre 90 % et 95 % de réussite et plus de 50% des 100 premiers aux Épreuves Classantes Nationales) témoignent du sérieux et de la valeur de l'enseignement dispensé par les conférenciers à Paris et en Province, dans chaque spécialité médicale ou chirurgicale.

La collection Hippocrate, élaborée par l'équipe pédagogique de la Conférence Hippocrate, constitue le support théorique indispensable à la réussite aux Épreuves Classantes Nationales pour l'accès au 3ème cycle des études médicales.

L'intégralité de cette collection est maintenant disponible gracieusement sur notre site **laconferencehippocrate.com.** Nous espérons que cet accès facilité répondra à l'attente des étudiants, mais aussi des internes et des praticiens, désireux de parfaire leur expertise médicale.

A tous, bon travail et bonne chance !

Alain COMBES, Secrétaire de rédaction de la Collection Hippocrate

Toute reproduction, même partielle, de cet ouvrage est interdite.
Une copie ou reproduction par quelque procédé que ce soit, microfilm, bande magnétique, disque ou autre, constitue une contrefaçon passible des peines prévues par la loi du 11 mars 1957 sur la protection des droits d'auteurs.

© 2003-2005 - Association Institut La Conférence Hippocrate - Tous droits réservés
Les droits d'exploitation de ces textes sont gracieusement mis à votre disposition par les Laboratoires Servier

Hémoptysie

Objectifs :

– Devant une hémoptysie, argumenter les principales hypothèses diagnostiques et justifier les examens complémentaires pertinents.

- 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 différentiel

- Saignement ORL : examen nasal, pharyngé, buccal (gingivorragie, langue), examen stomatologique.
- Saignement digestif (hématémèse) : notion de vomissement, fibroscopie gastrique.
- L'interrogatoire est très important : tous les saignements ORL, buccaux et les hémoptysies peuvent être déglutis et rejetés et prêter à confusion avec une hématémèse.

C/ Diagnostic de gravité

1. Évaluation de l'importance de l'hémoptysie

- Minime :
  - crachats sanglants isolés,
  - même valeur : risque de récidive abondante et imprévisible.
- Moyenne :
  - jusqu'à 300 ml/jour.
- Grande :
  - supérieure à 300 ml/jour ou répétition d'une hémoptysie avec débit horaire > 150 ml/h.
- Massive, voire foudroyante, entraînant le décès par asphyxie.

© 2003-2005 - Association Institut La Conférence Hippocrate - Tous droits réservés
Les droits d'exploitation de ces textes sont gracieusement mis à votre disposition par les Laboratoires Servier

2. Évaluation de la tolérance

- Détresse respiratoire par inondation alvéolaire (clinique, saturation O_2, GDS).
- Anémie aiguë (clinique, NFS) : beaucoup moins urgente et importante que l'hématose…
- On ne meurt jamais d'anémie aiguë lors des hémoptysies mais d'hypoxémie bien avant…
- Décompensation d'une tare sous-jacente :
  - âge ;
  - antécédent respiratoire ;
  - antécédent cardio-vasculaire.

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.
- O_2 en fonction de la saturation O_2 et/ou des GDS.
- Repos au litposition semi-assise.
- Voies veineuses périphériques (2).
- Bilan sanguin : NFS, hémostase, ionogramme sanguin, groupe ABO, Rhésus, RAI.
- GDS.
- ECG.
- Radiographie thoracique :
  - étiologie ;
  - granité posthémoptoïque.
- Fibroscopie bronchique systématique en urgence dès l'état du patient stabilisé :
  - affirme le diagnostic positif.
  - précise l'origine du saignement : droit ou gauche (au mieux en cas d'hémorragie abondante…), segmentaires (si possible…) 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 étiologique

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. Risque majeur en cas de biopsies transbronchiques chez des patients souffrant d'hypertension artérielle pulmonaire).
- Ponction transpariétale (plaie vasculaire).

2. L'hémoptysie peut compliquer une maladie hémoptoïsante 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.

© 2003-2005 - Association Institut La Conférence Hippocrate - Tous droits réservés
Les droits d'exploitation de ces textes sont gracieusement mis à votre disposition par les Laboratoires Servier
SERVIER

– Diagnostic évoqué sur :
  * l'anamnèse : bronchorrhée chronique, hippocratisme digital ;
  * radiographie pulmonaire : image en rail, en rosette (parfois normale) ;
  * 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 postfibroscopie, (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) ;
  * une ulcération vasculaire par une caverne, un broncholithe ;
  * 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 tomodensitométrie 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

– Dû à l'hyperpression veineuse pulmonaire.
– Évoqué sur le contexte :
  * cardiopathie connue ou de découverte auscultatoire (auscultation de Durosiez) ;
  * 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.

© 2003-2005 - Association Institut La Conférence Hippocrate - Tous droits réservés
Les droits d'exploitation de ces textes sont gracieusement mis à votre disposition par les Laboratoires Servier

– Aspergillose broncho-pulmonaire primitive et autres mycoses.
– Parasitoses (amibiase, kyste hydatique).
– Corps étranger (enfant, alcoolique) : diagnostic à la fibroscopie.
– Tumeur à malignité réduite (carcinoïde) : sujet jeune, fibroscopie avec aspect évocateur macroscopique (sans biopsie car très hémorragique).
– Malformation vasculaire (angiome, anévrisme, séquestration) : artériographie bronchique.
– Endométriose pulmonaire (hémoptysie cataméniale).
– Hémorragie alvéolaire :
  * *Goodpasture* (anticorps antimembrane basale, syndrome pneumorénal…) ;
  * vascularite, lupus, Wegener, microangéite (FAN, ANCA) ;
  * hémosidérose pulmonaire idiopathique ;
  * 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.

FICHE THÉRAPEUTIQUE

A/ Hémoptysie minime

- Pas de traitement immédiat.
- Surveillance et bilan étiologique.
- Traitement de la cause.
- Fibroscopie dans tous les cas (peut être la face émergée de l'iceberg…).

B/ Autres hémoptysies

- Assurer la liberté des voies aériennes si besoin (aspiration, voire intubation sélective par sonde de Carlens).
- Oxygénothérapie adaptée.
- Voies veineuses, (± expansion volémique en cas de grande spoliation sanguine (rare +++).
- Bilan biologique comportant systématiquement : GDS, groupe Rhésus, RAI, NFS, ECG.
- Radiographie thoracique.
- Fibroscopie qui a deux buts :
  – diagnostique, précisant l'origine du saignement (droite/gauche, segmentaire…), permettant de visualiser des images endobronchiques évocatrices (tumeur, DDB…). Habituellement, pas de biopsie en période hémorragique. Cependant, prélèvement à visée bactériologique et cytologique (aspiration, PDP…).
  – thérapeutique : on tentera d'arrêter le saignement d'abord avec de l'eau froide localement, puis de l'adrénaline (locale) et enfin, en cas d'échec, glypressine (locale toujours).
- Éviter le plus possible d'utiliser la glypressine par voie IV (sauf en cas de nécessité absolue : saignement incontrôlable par la fibroscopie, palliatif…).
  Il s'agit d'un puissant vasoconstricteur avec risque (d'autant que patient « vasculaire ») d'AVC, angor et/ou IdM, d'angor mésentérique, etc.
  De plus, demi-vie de huit heures, pendant lesquelles les artères à emboliser sont très spasmées, grêles, rendant extrêmement difficile la tâche du radiologue.
  En cas d'utilisation de ce produit, surveillance : Pression artérielle, douleurs thoraciques, examen neurologique, douleurs abdominales, ECG, natrémie (analogue de la lysine-vasopressine donc risque d'hyponatrémie).
- Dans tous les cas, surveiller : signes de tolérance de l'hémoptysie, quantification de l'hémoptysie.
- Embolisation (indications larges) :
  – voie fémorale ou humérale (artérielle) ;

© 2003-2005 - Association Institut La Conférence Hippocrate - Tous droits réservés
Les droits d'exploitation de ces textes sont gracieusement mis à votre disposition par les Laboratoires Servier
SERVIER

- asepsie chirurgicale ;
- mise en évidence du système de vascularisation artérielle bronchique (naissance sur l'aorte et/ou artères intercostales) ;
- prérequis indispensable a la réalisation d'une embolisation (médico-légal) : visualisation de l'artère médullaire ;
- puis (en aval de cette artère) embolisation sélective (hypervascularisation pathologique le plus souvent) ;
- surveillance : pouls périphériques (risque d'hématome, de fistule, d'anévrisme…), signes déficitaires (AVC par embol d'une plaque d'athérome aortique lors de la montée de la sonde, paraplégie par embolisation de l'artère d'Adamkievitz), embols de cristaux de cholestérol.

• Dans tous les cas, a distance de l'épisode aigu, bilan étiologique et traitement.
• Si échec de l'embolisation, envisager une chirurgie d'hémostase. ■

© 2003-2005 - Association Institut La Conférence Hippocrate - Tous droits réservés
Les droits d'exploitation de ces textes sont gracieusement mis à votre disposition par les Laboratoires Servier