

L'hémoptysie

Dr.K.BOUGHARNOUT

Université Ferhat Abbas

Faculté de médecine

Année universitaire 2019-2020

Plan du cours

- Introduction
- Définition
- Diagnostic différentiel
- Diagnostic de gravité
- Physiopathologie
- Diagnostic étiologique
- Etiologies
- Prise en charge
- Conclusion

Introduction

L'hémoptysie est une urgence fréquente en pneumologie.

C'est un symptôme assez alarmant conduisant fréquemment les malades à la consultation de pneumologie.

Définition

c'est l'émission lors d'un effort de **toux** du sang **rouge vif aéré** provenant des voies aériennes **sous glottiques** précédée parfois de prodromes tels le chatolement laryngé et la douleur rétro-sternale.

Diagnostic différentiel

Il est aisé si **on assiste** à l'épisode, parfois beaucoup plus difficile se posant essentiellement avec:

- l'épistaxis dégluti: intérêt d'un examen ORL
- l'hématémèse: qui est le rejet du sang gastrique **noirâtre mêlé à des débris alimentaires** lors d'un effort de **vomissement**.
- les gingivorragies: sang provenant de la gencive intérêt d'un examen stomatologique.

- **NB**: Le Sang d'une hématemèse arrivant à l'étage glottique peut l'irriter déclenchant une toux pouvant être ainsi confondue avec une hémoptysie :
- dgc différentiel difficile intérêt: recherche d'ATCD d'ulcère et de Fibroscopie digestive haute.

Diagnostic de gravité

- l'évaluation de la gravité d'une hémoptysie est une étape **fondamentale** pour réussir la démarche thérapeutique.
- sa gravité dépend essentiellement de:
 - *l'abondance du saignement
 - *le terrain sous jacent surtout respiratoire
- Il convient ainsi de recueillir le sang dans un récipient transparent gradué permettant la quantification.

On distingue alors:

- *Hémoptysie de grande abondance si le volume du saignement dépasse 200ml.
- *Hémoptysie de moyenne abondance si le volume du saignement est compris entre 50-200ml.
- *Hémoptysie de faible abondance si le volume du saignement ne dépasse pas 50ml.
- Une hémoptysie de petite abondance peut être extrêmement grave chez **un insuffisant respiratoire chronique**.

Donc

- la gravité immédiate d'une hémoptysie dépend non seulement de l'importance de la spoliation sanguine mais également du **retentissement sur l'hématose** et en particulier le **risque asphyxique** lié à l'inondation de l'arbre tracheo-bronchique (encombrement, polypnée, cyanose, signes de lutte)
- L'hémoptysie a **la même valeur sémiologique** quelque soit l'abondance.
- L'absence de tendance au tarissement sous traitement vasoconstricteur est un critère de gravité.

CAT DEVANT UNE HEMOPTYSIE POUR LES ETUDIANTS EN

MEDECINE



Dr innocent KASHONGWE MURHULA

DES pneumologie/CHNU Fann Dakar

Décembre 2011

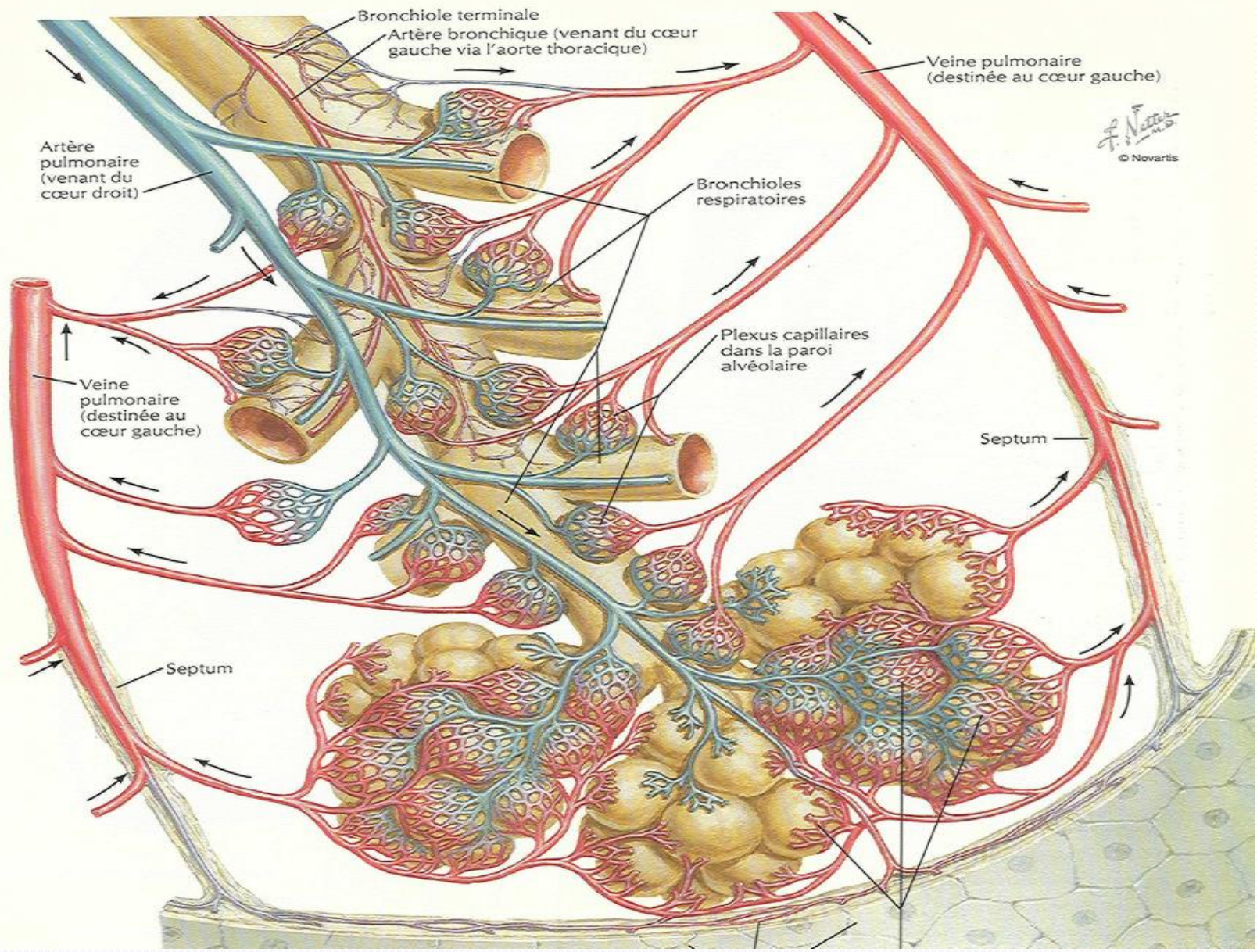
• Sur le plan para clinique:

FNS: apprécie la spoliation sanguine(anémie)
groupage ++++ pour transfusion.

La gazométrie: apprécie le retentissement
sur la fonction respiratoire

Physiopathologie

- le poumon est un organe qui a une circulation double:
- Le Sang peut faire irruption dans les VAS à partir des gros vaisseaux intra thoraciques (ex: anévrisme de l'aorte thoracique)
- Le plus souvent il s'agit d'un vaisseau de la circulation systémique nourricière par le biais du développement d'une **hypervascularisation systémique bronchique** satellite d'une lésion pulmonaire sous jacente.
- l'origine du saignement peut être la circulation pulmonaire artérielle fonctionnelle (anévrisme de l'artère pulmonaire).



Diagnostic étiologique

- L interrogatoire permet de s'assurer de la réalité du Dg.
- Il faut préciser entre autre l'aspect du saignement rouge vif ou noirâtre.
- Le recueil des ATCD pulmonaires (Kc, TBC, DDB...)
 - les ATCD cardiaques (RM, cardiopathies congénitales)
 - la notion de contage tuberculeux
 - la notion d'élevage des bovins
 - facteurs de risque de l'embolie pulmonaire
 - la notion de traumatisme thoracique.
 - la notion de prise médicamenteuse.

Il recueille l'ensemble des signes fonctionnels et généraux associés: toux, douleur, dyspnée, fièvre amaigrissement...

L'examen physique:

-Appréciation du retentissement respiratoire et circulatoire (détresse resp, état de choc...) par la mesure des constantes hémodynamiques (FR, FC, TA)

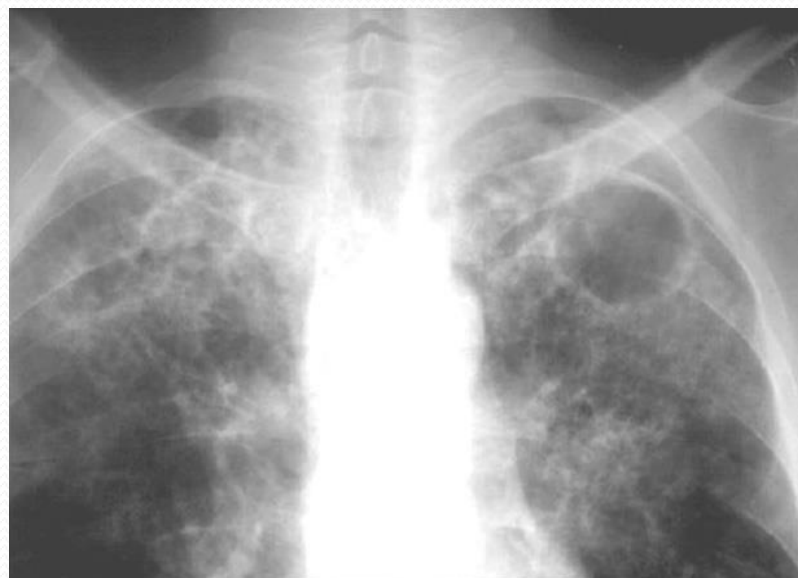
-Il permet de rechercher des signes cliniques qui ont une valeur **d'orientation étiologique:**

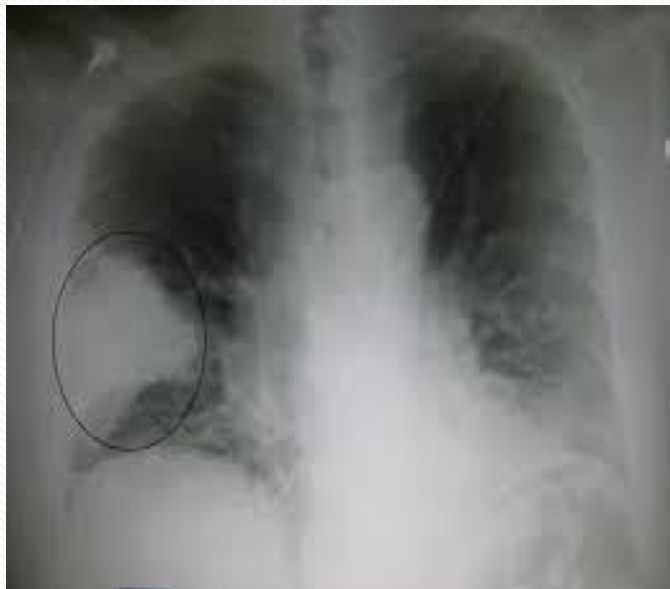
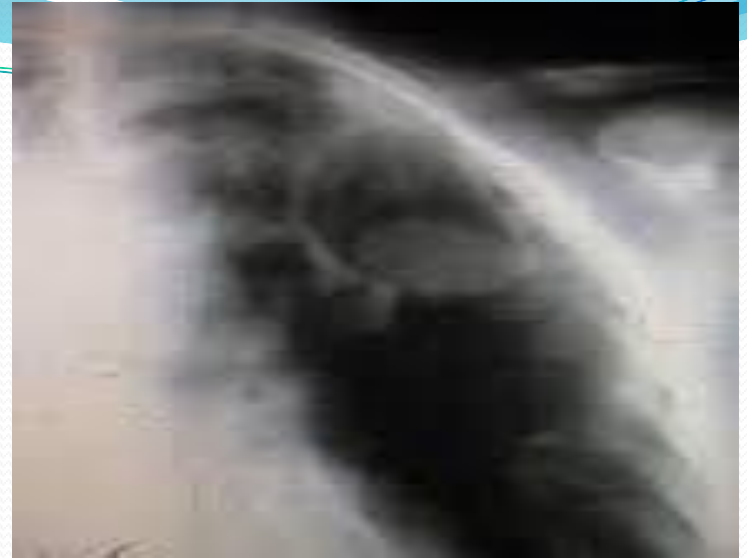
- hippocratisme digital (KC)
- syndrome phtisigène et perte pondérale (TBC)
- thrombophlébite (embolie)
- Adénopathies et processus tumoral extra thoracique
- souffle cardiaque ou roulement anormal témoignant une défaillance cardiaque (RM)
- syndrome hémorragique cutané ou généralisé.

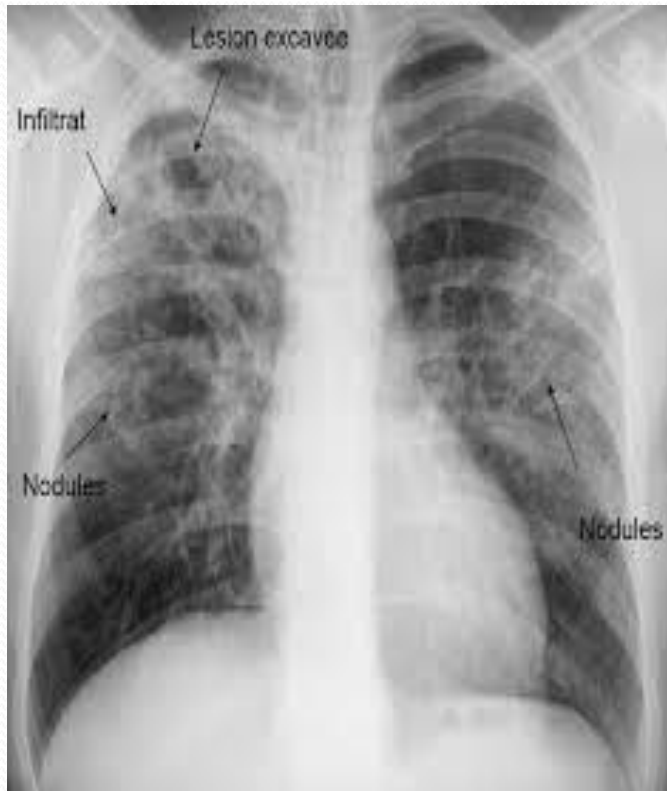
Radiographie thoracique

- les principales anomalies rencontrées sont:
 - opacité ronde à limites déchiquetées
 - opacité excavée
 - image de caverne
 - image en rosette dans le cadre de DDB
 - image hydro-aréique
 - image en grelot
 - condensation parenchymateuse
 - infiltrat de TBC
 - atélectasie
 - élargissement médiastinal
 - image de granité post hémoptoïque
- Le télé thorax peut être **normal**.

Opacité
médiastino-hilaire





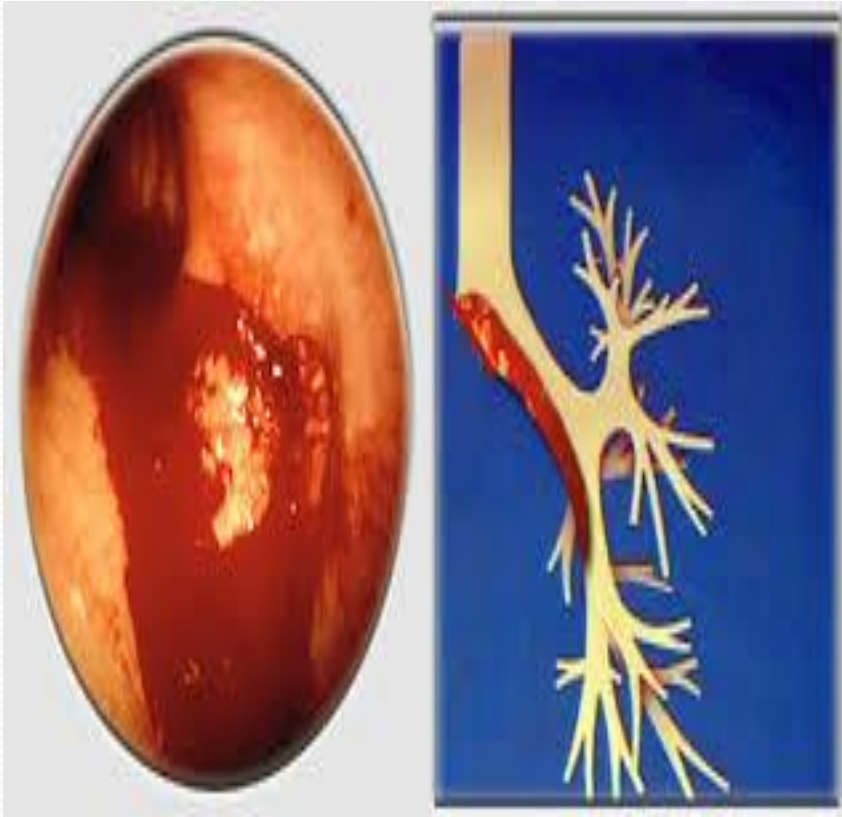


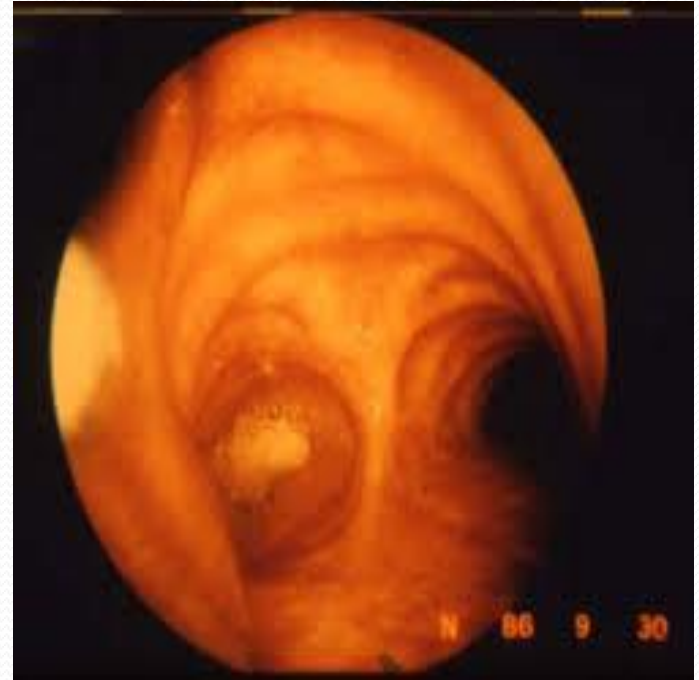
TDM thoracique:

- Permet une meilleure description des anomalies observées au télé thorax et la découverte d'anomalies **infra-radiologiques**.
- Avec injection du produit de contraste, elle permet l'identification des anomalies vasculaires telles que les anévrismes, les faux anévrismes, les malformations artério-veineuses.
- La reconstruction multibarette assure un inventaire complet de la circulation pulmonaire artérielle et bronchique

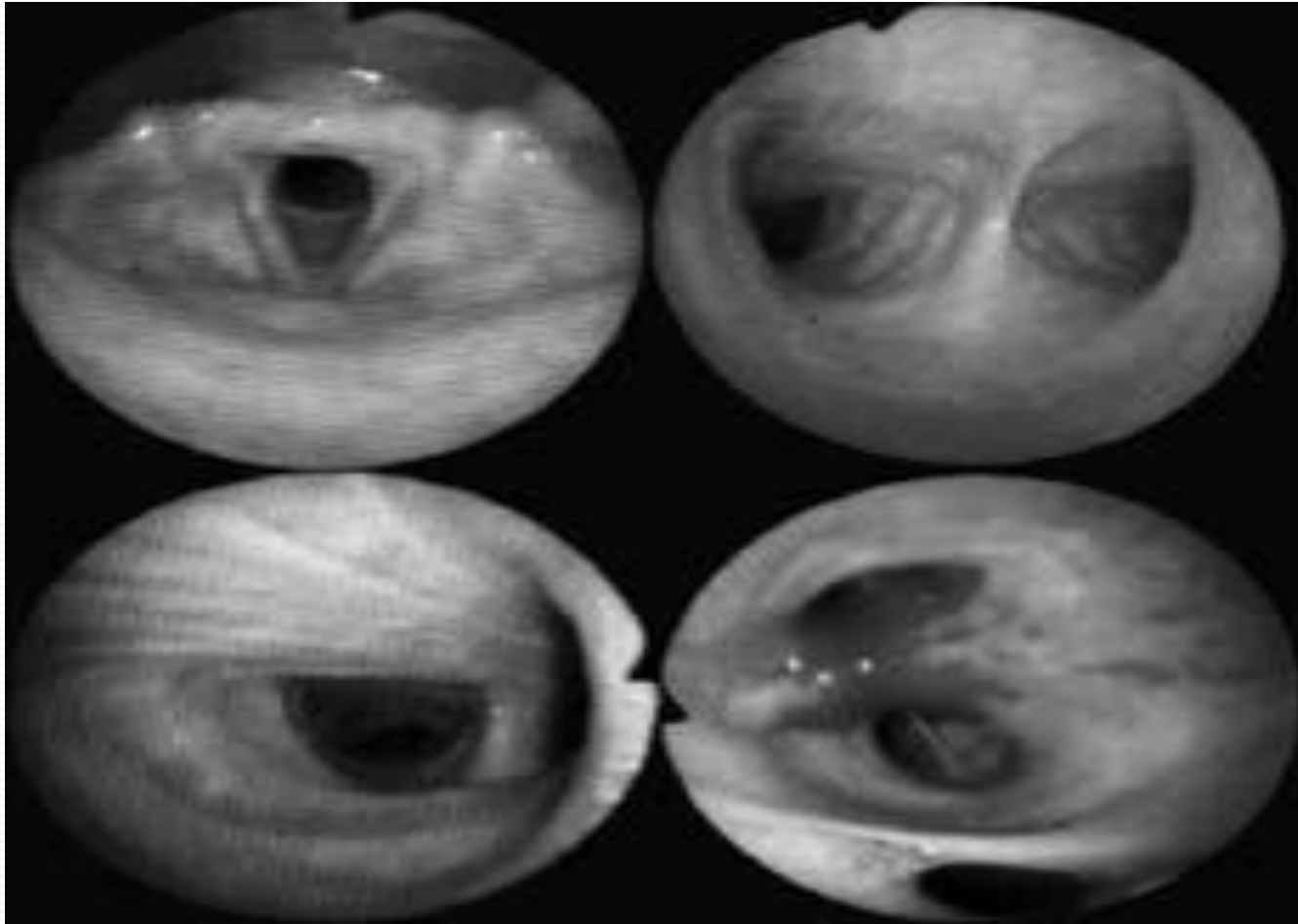
La fibroscopie bronchique:

- Elle confirme parfois le diagnostic en objectivant le saignement.
- Elle précise l'origine du saignement et permet la réalisation de prélèvements à visé étiologique (biopsie bronchique)
- Elle permet parfois la réalisation d'une hémostase locale.
- Récemment l'endoscopie interventionnelle permet un traitement local de certaines étiologies surtout néoplasiques.





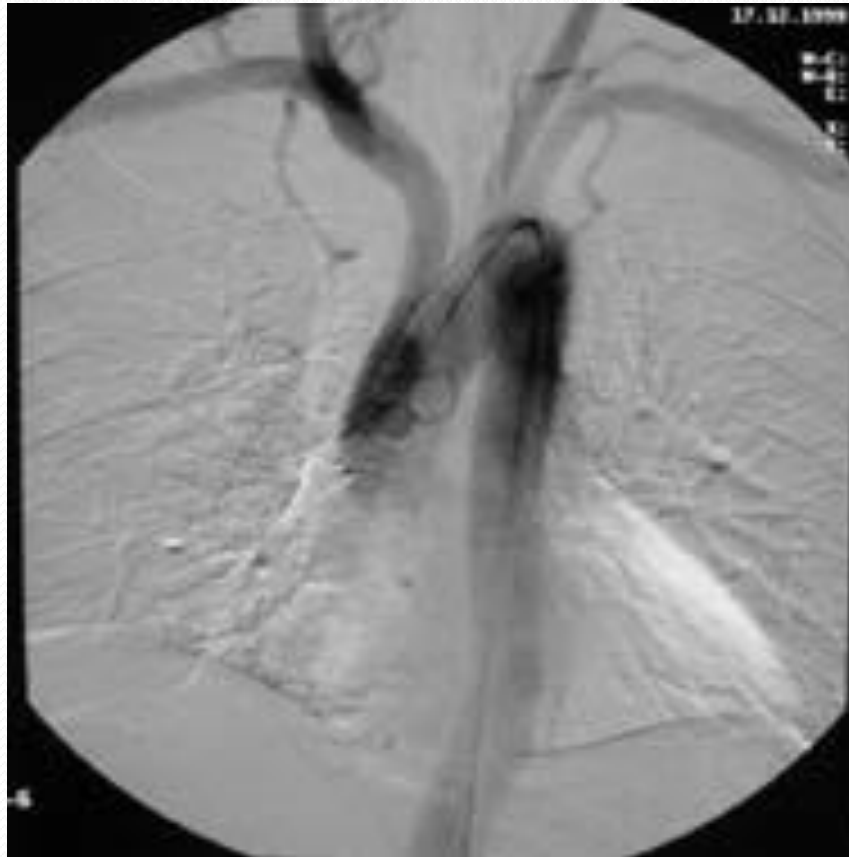
un saignement en provenance de la bronche segmentaire postéro-basale gauche)



L'artériographie:

Son intérêt ne se conçoit que dans la perspective d'une embolisation pour **des hémoptysies de grande abondance réfractaires au traitement médical.**

L'artériographie confirme l'existence d'une hyper vascularisation systémique bronchique anormale



Autres examens

selon le contexte:

- Bacilloscopies à la recherche de BK
- Sérologie hydatique
- Sérologie aspergillaire
- D-dimères angioscanner ou Doppler des MB inf
- ECG et échocoeur
- Biopsie rénale
- Bilan immunologique

Etiologies

Hémoptysie sur radio pathologique évocatrice:

1-La Tuberculose pulmonaire:

- Tuberculose **active** par érosion vasculaire au contact d'une caverne
- Séquelles** de tuberculose responsables d'hémoptyisie par le biais de:

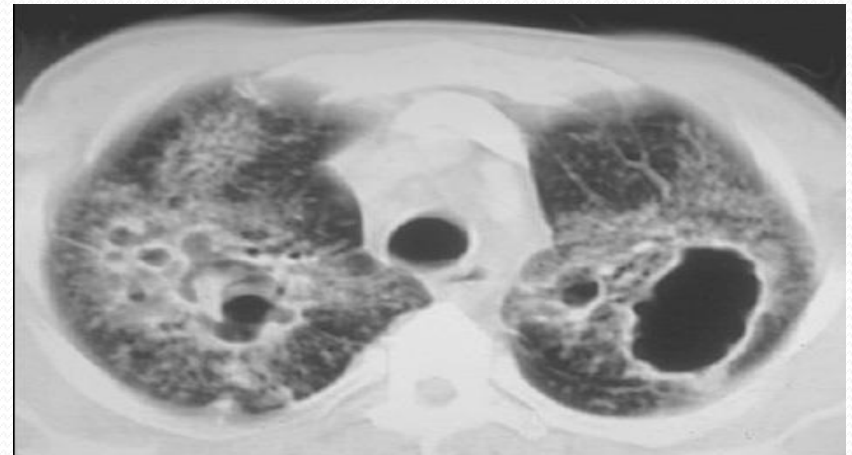
DDB

Greffe aspergillaire

Dégénérescence néoplasique

Réactivation de tuberculose

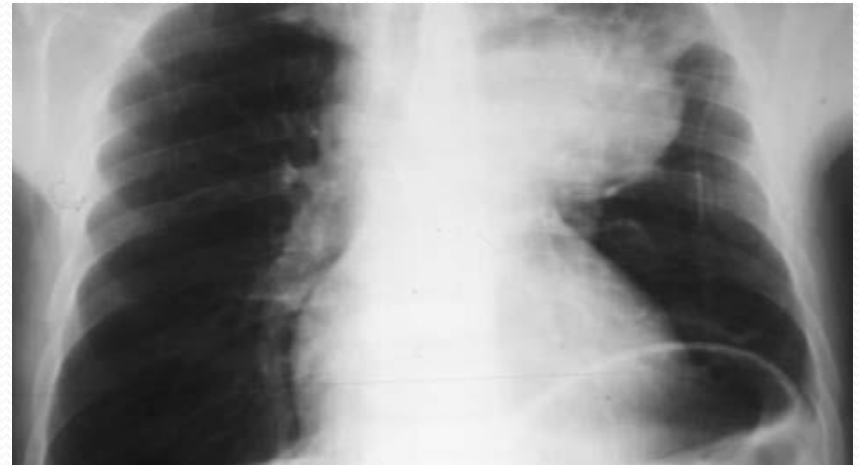
Faux anévrisme (Rasmussen)





2-La pathologie tumorale

- Cancer bronchique primitif et secondaire responsables de néo-vascularisation tumorale et d' érosion vasculaire
- Tumeurs carcinoïdes à malignité atténuée
- Tumeurs bénignes





3-La DDB localisée ou diffuse: parfois responsable d'hémoptysie foudroyante



Les Causes infectieuses:

l'aspergillome

KHP

Abcès et suppurations pulmonaires

Pneumocystose

Pneumopathie infectieuse à germes nécrosants

L'embolie pulmonaire



Les séquestrations pulmonaires

Les connectivites et les vascularites:

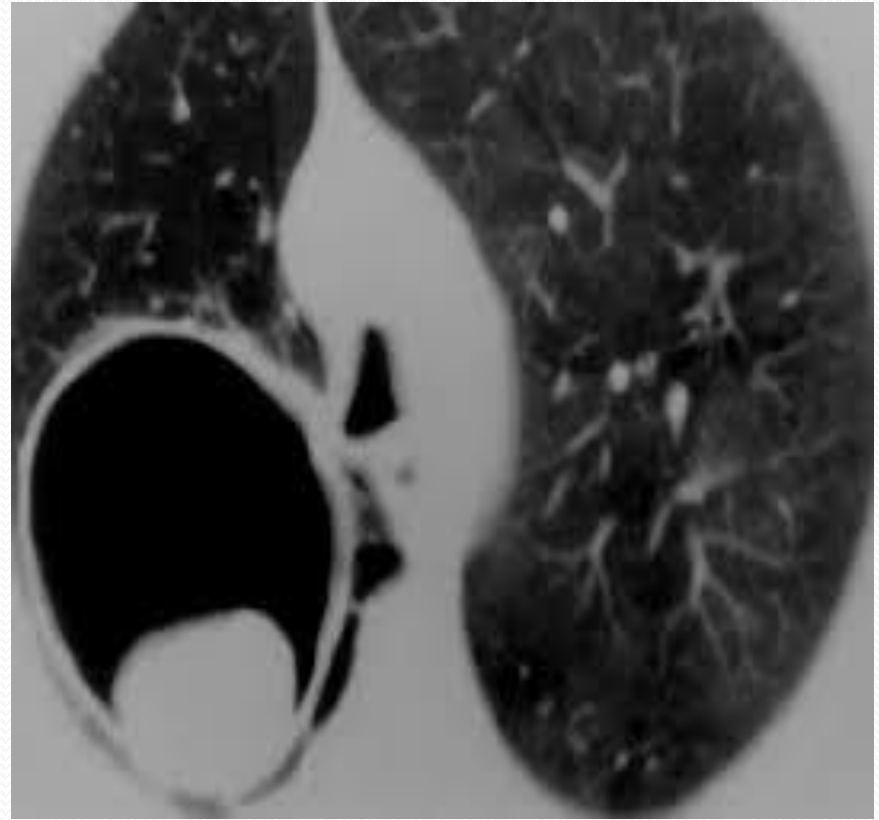
c'est surtout le syndrome pneumo-rénal de **Goodpasture** qui associe à l'hémorragie intra-alvéolaire une glomérulonéphrite extra-capillaire

-les anévrismes artériels au cours de la maladie de **Behçet**









Hémoptysie sur radiographie normale

Rétrécissement mitral chez le sujet jeune

Insuffisance cardiaque gauche

La bronchite aiguë

DDB infra-radiologique

TM infra-radiologique

HTAP primitive

Autres causes:

Traumatisme thoracique

Intoxication aux anticoagulants

Hémosidérose

Endométriose

Hémoptysie cryptogénique dans **10-25%**

Traitement

Les objectifs:

Tarir l'hémoptysie pour éviter le décès

Assurer un bon état hémodynamique et respiratoire

Traiter l'étiologie pour prévenir la récurrence

Les moyens:

Médicaux

- Hospitalisation, mise en condition ,AVS ,bilan initial
groupage RH repos strict et mise en place d'une poche de
glace
- Oxygénothérapie en cas de déssaturation.
- Remplissage par macromolécules en cas de retentissement
hémodynamique
- Mesures hygiéno-diététiques et alimentation froide
- Cocktail anxiolytique (Largactil)
- Traitement vasoconstricteur:
l'ocytocine, on utilise aussi la **terlipressine ou diapid** 1,5 mg
en IVL renouvelable chaque 3hr contre indiqué en cas de
coronaropathie et d'AVC récent

Le traitement local endoscopique

l'instillation per endoscopique de vasoconstricteurs
(adrénaline)

l'intubation sélective par la sonde de Carlens

le tamponnement par des sonde à ballonnet adaptées

Traitement interventionnel

par bronchoscopie rigide:

- laser

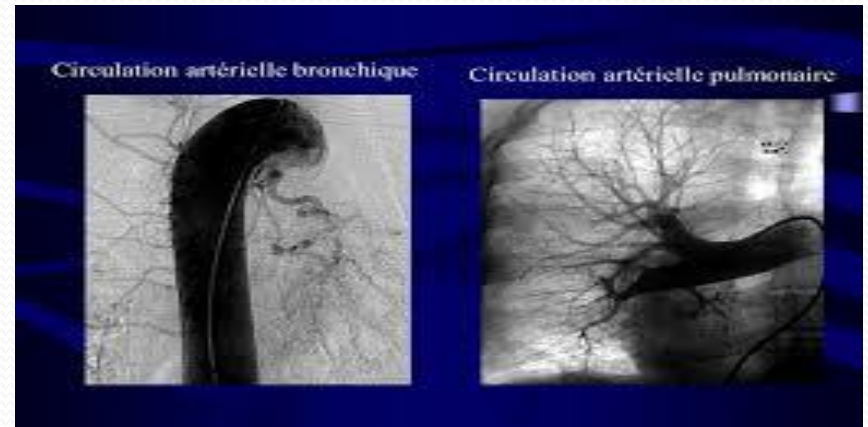
- Thermo-coagulation haute fréquence

- Cryothérapie

- Curiethérapie



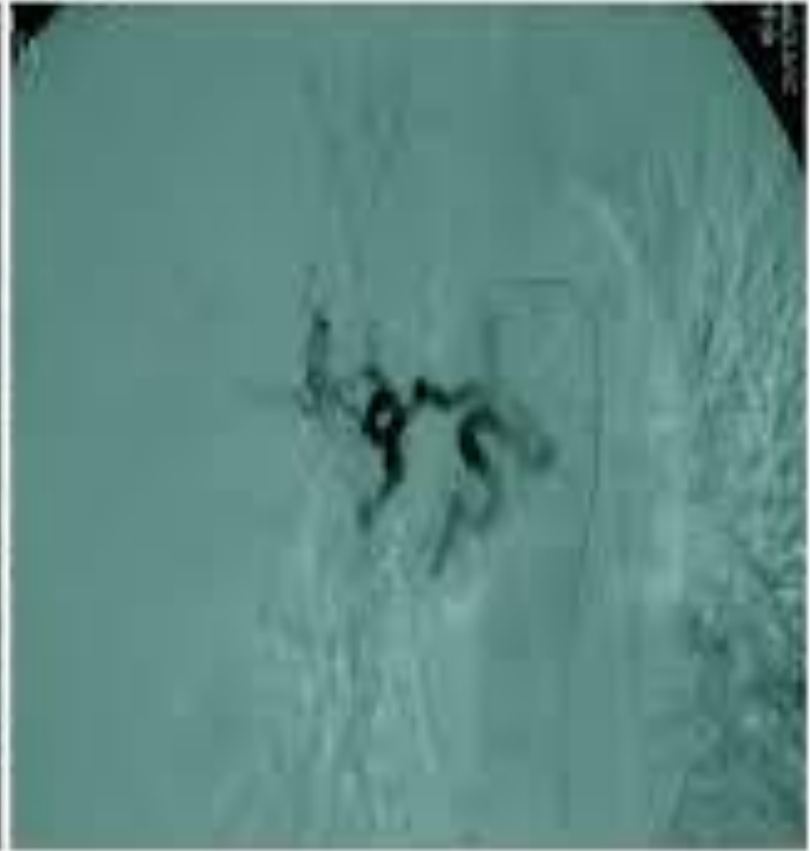
Embolisation: identification de l'artère bronchique qui saigne par artériographie puis Injection de spongels pour occlusion vasculaire 6hr a distance de la terlipressine



Avant embolisation



Après embolisation



Traitement chirurgical:

voit son intérêt en cas de lésion localisée, en cas d'échec du TRT médical et de l'embolisation avec respect des contre-indications fonctionnelles.

NB: ces modalités thérapeutiques ne sont pas mutuellement exclusives ,elles sont souvent mises en œuvre en **association ou successivement**

Indications

Hémoptysie de moyenne abondance: traitement médical

Hémoptysie de grande abondance: traitement médical
+embolisation

Traitement chirurgical: lésion localisée il est associé à
une mortalité élevée.

Traitement étiologique: antibiothérapie, traitement
antituberculeux, traitement antifongique, traitement
chirurgical d'une DDB, de KHP...

Conclusion

-l'hémoptysie est une urgence médicale fréquente nécessitant une exploration approfondie et une prise en charge rapide afin d'éviter le décès.

-Elle bénéficie actuellement des progrès de la fibroscopie et de la radiologie interventionnelle.