



Orientation Diagnostique et Conduite à Tenir devant une Hémoptysie



Créé le 22/02/2005

Auteurs : CH. Marquette, JJ. Lafitte
pour le Collège des Professeurs de Pneumologie

Mis à jour le 10/06/2008

Révisé le 10/06/2008

CH. Marquette

Q 317 : Hémoptysie

Objectifs pédagogiques terminaux (n° 317)

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

Objectifs pédagogiques (Collège des Enseignants de Pneumologie)

Les objectifs

Mécanismes

- 1 Savoir que les hémoptysies peuvent provenir de l'arbre bronchique ou des alvéoles (hémorragies alvéolaires)
- 2 Savoir que les hémoptysies proviennent plus souvent du réseau artériel bronchique que du réseau artériel pulmonaire
- 3 Savoir qu'une hémoptysie peut-être un signe d'insuffisance cardiaque gauche

Connaître les critères de gravité d'une hémoptysie (abondance, tolérance)

Diagnostic et traitement

- Devant une hémoptysie, citer les principaux diagnostics différentiels (épistaxis postérieure, hématomèse, lésion stomatologique ou ORL)
- Connaître les principales étiologies des hémoptysies
- Connaître les causes d'hémoptysie chez un patient ayant des antécédents de tuberculose pulmonaire (réactivation tuberculeuse, aspergillisation, dilatations des bronches, broncholithiase, cancer sur cicatrice)
- Décrire la prise en charge et les traitements d'urgence à mettre en œuvre devant une hémoptysie de grande abondance ou mal tolérée

Les points clés

K.1. Suspicion

- Émission de sang rouge lors d'efforts de toux
- Éliminer épistaxis postérieure et hématurie (interrogatoire, examen endobuccal ± fibroscopie gastrique)

K.2. Confirmation

- L'endoscopie bronchique est toujours nécessaire sauf si suspicion radiographique de tuberculose (en attendant les résultats des recherches de BK) ou si masse médiastinale faisant suspecter un anévrisme de l'aorte (risque d'hémorragie mortelle lors de l'endoscopie)
- La radiographie pulmonaire est systématique : peut trouver des risques indirects de saignement, ou des anomalies en rapport avec la lésion causale (opacité tumorale, lésion excavée,...). Le bilan d'hémostase est indispensable

K.3. Prise en charge

Le risque est l'asphyxie aiguë en cas d'hémoptysie massive

- Si hémoptysie importante (> 200 cm³ ou > 500 cm³ en 24 heures)
 - Oxygénothérapie nasale
 - Appel du SAMU ou du réanimateur
 - Voie veineuse. Bilan d'hémostase, plaquettes, groupe sanguin
 - Administration IV de glypressine (1 à 2 mg IVD toutes les 4 à 6 heures, pendant 48 heures, arrêt progressif)
 - Contre-indications : insuffisance coronarienne instable
 - Hospitalisation en milieu spécialisé pour fibroscopie bronchique (localisation du côté qui saigne), puis artériographie bronchique avec embolisation, en cas de persistance du saignement ou de récurrence à son arrêt
- Si hémoptysie peu abondante
 - Le bilan diagnostique doit toujours évoquer les maladies "vasculaires" de diagnostic parfois difficile (insuffisance cardiaque, embolie pulmonaire, malformations vasculaires)
 - Le cancer bronchique reste la hantise

Le bilan doit toujours comporter une radiographie thoracique, une fibroscopie bronchique. Les autres examens dépendent de l'orientation étiologique.

On définit par hémoptysie tout saignement en provenance des voies respiratoires inférieures. Le saignement provient le plus souvent de la circulation systémique (artères bronchiques) qui assure la nutrition des parois bronchiques et des parois des artères pulmonaires (vasa vasorum) mais ne participe pas aux échanges gazeux. Les inflammations chroniques (bronchectasies, bronchite chronique), les lésions nécrosantes (tuberculose et mycoses) et les cancers sont à même, par le biais d'une néo-angiogénèse, d'entraîner une hypervascularisation localisée d'origine systémique, le plus souvent en provenance des artères bronchiques, mais parfois aussi des artères systémiques non bronchiques. C'est la rupture de ces néo-vaisseaux fragiles qui est la cause de la majorité des hémoptysies. Il est alors plutôt rouge vif et abondant et peut mettre en jeu le pronostic vital.

Le saignement provient parfois de la circulation pulmonaire (artères et veines pulmonaires, ex : augmentation de la pression veineuse pulmonaire telle qu'observée dans un œdème pulmonaire par insuffisance cardiaque gauche). Il est alors plutôt foncé et peu abondant.

Trois questions se posent face à une hémoptysie :
 S'agit-il bien d'une hémoptysie ?
 Quelle est la gravité de l'hémoptysie ?
 Quelle est la cause de l'hémoptysie ?

S'agit-il bien d'une hémoptysie ?

L'hémoptysie est un rejet par la bouche de sang en provenance des voies aériennes sous glottiques. Il convient de la distinguer de ce qui n'est pas une hémoptysie : sang en provenance de la sphère ORL, stomatologique ou digestive haute.

<p>Hémoptysie</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ ATCD respiratoires ▪ émis lors d'un effort de toux ▪ le sang est rouge vif, sauf en fin d'hémoptysie, aéré et spumeux (mousseux) <p>Pièges : une hématomèse ou un épistaxis abondant peuvent être inhalés et parfois en imposer à tort pour une hémoptysie. En cas de doute, l'exploration de la sphère ORL, stomatologique et digestive s'impose</p>	<p>Hématémèse</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ ATCD digestifs ▪ émis lors d'un effort de vomissement ▪ le sang est foncé, d'origine veineuse (varices oesophagiennes) ▪ non aéré ▪ ± accompagné de débris alimentaires <p>Epistaxis</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ saignement nasal ▪ sang rouge vif
---	---

Quelle est la Gravité de l'Hémoptyisie ?

La gravité et la cause d'une hémoptyisie conditionnent sa prise en charge. Cependant, le degré d'urgence avec lequel seront menées les investigations paracliniques et le type d'investigations sont surtout conditionnés par la gravité de l'hémoptyisie et non pas par sa cause.

Deux facteurs conditionnent la gravité d'une hémoptyisie, ils s'apprécient cliniquement :

1. Le volume du saignement

- Faible abondance : crachats hémoptoïques (< 50 cc/24h)
- Moyenne abondance : ½ à 1 verre (> 50 cc/24h)
- Hémoptyisie grave ou de grande abondance : plus de 200 cc (un bol) en une fois ou > 500 cc/24h

La classification de la gravité d'une hémoptyisie reposant sur le volume de sang émis est arbitraire et subjective et les valeurs rapportées ici sont données à titre indicatif. En revanche il est essentiel de retenir qu'une hémoptyisie qui ne se tarit pas et qui entraîne des manifestations d'intolérance respiratoire met en jeu le pronostic vital

2. Le retentissement respiratoire

- En cas d'hémoptyisie grave c'est l'asphyxie qui est la cause de la mort 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.
- Chez l'insuffisant respiratoire un volume de saignement modéré peut suffire à entraîner une détresse respiratoire.

En pratique on surveille et on mesure

- la quantité du saignement (par tranches horaires)
- la tolérance respiratoire (clinique et oxymétrie ± gaz)

Quelle est la Cause de l'Hémoptyisie ?

Les éléments du diagnostic étiologique

1. Clinique

- Interrogatoire :
 - ATCDs pulmonaires (bronchectasies, tuberculose, cancer), cardiaques et autres
 - histoire médicale récente (alitement, chirurgie)
 - aspect du sang : foncé ou rouge vif
- Examen clinique :
 - essentiellement à la recherche de signe de mauvaise tolérance respiratoire (ou hémodynamiques)
 - une gêne latéralisée peut parfois orienter vers le côté qui saigne
 - peut parfois orienter vers la cause : signes infectieux, phlébite (EP), syndrome récurrentiel (cancer), souffle mitral (OAP ou sub-OAP par hyperpression veineuse pulmonaire résultant d'un rétrécissement mitral)

2. Para clinique

- La radiographie de thorax :
 - recherche la lésion responsable du saignement (cavité, tumeur)
 - recherche des signes directs (infiltrats, granité localisé) ou indirects (trouble de ventilation) permettant de localiser le saignement,
 - oriente éventuellement vers une cause cardiaque : gros cœur et/ou oedème aigu du poumon (OAP)

- L'endoscopie bronchique
 - confirme le diagnostic d'hémoptysie
 - recherche la lésion qui saigne si celle-ci est dans une bronche proximale (tumeur endobronchique)
 - localise la topographie du saignement (essentiel dans la prise en charge des hémoptysies graves)
- Le scanner thoracique :
 - confirme les données de la radio sur la localisation du saignement (infiltrats, granité localisé)
 - plus précis que la radiographie pour orienter sur la nature de la lésion qui saigne (bronchectasies notamment)
 - donne une cartographie vasculaire précise et guide ainsi l'embolisation vasculaire
- L'ECG :
 - à la recherche des signes de nécrose myocardique, un troubles du rythme (OAP à forme hémorragique) ou de signes orientant vers une embolie pulmonaire (EP)
- Le bilan biologique (il apporte rarement d'éléments diagnostiques déterminants) :
 - recherche de BK dans l'expectoration (même sanglante) chaque fois le diagnostic de tuberculose peut être évoqué (aspect radiologique/antécédents).
 - bilan de coagulation à la recherche d'un trouble de la coagulation (ou d'un surdosage en anticoagulant), qui en soi ne peut être l'unique cause d'une hémoptysie
 - groupe sanguin : au cas où une transfusion serait nécessaire. En se rappelant que les indications de transfusion dans les hémoptysies sont exceptionnelles : au cours des hémoptysies graves c'est l'asphyxie qui cause la mort et non le choc hémorragique.
 - gaz du sang : élément de surveillance annexe en cas d'hémoptysie grave ou élément du diagnostic en cas de suspicion d'EP.
 - dosage des D-Dimères (voir chapitre dyspnée et chapitre douleur thoracique)

Les principales causes d'hémoptysies

(* causes les plus fréquentes d'hémoptysies graves ; ° causes les plus fréquentes d'hémoptysies)

1. Hémoptysies d'origine bronchopulmonaire

- Bronchectasies * (dilatation des bronches)
- Bronchopathies chroniques
- Cancer bronchique primitif * ° (chez le fumeur > 40 ans ; le + souvent de faible abondance)
- Métastases endobronchiques et Tumeur bénigne carcinoïde
- Tuberculose pulmonaire commune * (excavation : symptôme révélateur de la tuberculose (simple phénomène inflammatoire autour des lésions ou véritable anévrysme artériel))
- Séquelles de tuberculose *
- Autres causes infectieuses
 - Bronchites aiguës°
 - Pneumonies aiguës infectieuses (à germes banals ou à germes nécrosants)
 - Aspergillose pulmonaire invasive (immunodéprimé)
 - Pneumonies virales : rares (réalisent avant tout un aspect d'OAP hémorragique)
- Hémorragies alvéolaires (contexte particulier : infectieux, angéites, mal. de système)
- Cryptogéniques* = sans cause identifiée (Diagnostic d'exclusion, surtout chez le gros fumeur, peut révéler un cancer radio-oculte)

2. Hémoptysies d'origine cardiaque ou vasculaire

- Embolie pulmonaire° (dyspnée + douleur thoracique puis crachats hémoptoïques noirâtres)
- Insuffisances ventriculaires gauches et rétrécissement mitral
- Autres affections vasculaires (anévrismes artério-veineux acquis ou congénitaux)

3. Hémoptysies d'origine traumatiques ou iatrogènes

- Traumatisme thoracique (contusion pulmonaire ou fracture bronchique (exceptionnelle))
- Corps étranger
- Anticoagulants (surdosage en héparine ou AVK), toujours rechercher une cause locale

Le bilan étiologique en pratique

1. Hémoptysie de faible abondance :
Pas d'urgence diagnostique ni thérapeutique (sauf cas particuliers) ⇒ avis pneumologique
cas particuliers : l'hémoptysie sentinelle d'une lésion excavée. Les lésions sont en général déjà connues. Il s'agit soit de cancers soit de processus nécrotiques (aspergillose invasive)
2. Hémoptysie de moyenne abondance ou hémoptysie grave
 - Nécessité d'une prise en charge multidisciplinaire (soins intensifs respiratoires/réanimation, radiologie interventionnelle ± chirurgie thoracique)
 - Rx de thorax, scanner thoracique, fibroscopie bronchique (si doute sur la réalité de l'hémoptysie ou si le scanner ne peut localiser le saignement avec précision)

Hémoptysies Graves : les Principes Thérapeutiques

Eviter l'asphyxie

- Oxygène et, si détresse respiratoire
- Ventilation mécanique, si possible avec une sonde à double lumière pour isoler le côté qui saigne
- Fibro-aspiration des caillots endobronchiques

Tarir le saignement, dans l'ordre

- Vasoconstricteurs artériels par voie systémique ou locale : terlipressine (Glipressine®)
- Dans de très rares cas on peut pratiquer la coagulation d'une lésion endobronchique ou l'isolement du poumon qui saigne par un ballonnet bloqueur bronchique
- Embolisation de l'artère qui saigne (radiologie interventionnelle)
- Chirurgie d'exérèse de la lésion qui saigne. En sachant que la chirurgie à chaud des hémoptysies est grevée d'une lourde mortalité

Les points forts

1. L'hémoptysie est à distinguer de l'hématémèse et de l'épistaxis, sur la base de la clinique
2. En cas d'hémoptysie grave (HG) c'est l'asphyxie qui est la cause de la mort et non le choc hémorragique
3. La gravité est fonction du volume du saignement, du terrain sous-jacent et de la tolérance respiratoire
4. Broncheectasies, cancer, tuberculose, aspergillome et hémoptysie cryptogéniques sont les principales causes d'HG
5. La prise en charge des HG est multidisciplinaire : pneumologues, réanimateurs, radiologues ± chirurgiens thoraciques
6. Bilan de 1^{ère} intention face à une HG = Rx de thorax, scanner thoracique, fibroscopie bronchique (si doute sur la réalité de l'hémoptysie ou si le scanner ne peut localiser le saignement avec précision)
7. Principes thérapeutiques : éviter l'asphyxie et tarir le saignement