



## Item201-Hémoptysie.

Objectifs CNCI		
- Argumenter les principales hypothèses diagnostiques et justifier les examens complémentaires pertinents.		
Recommandations	Mots-clés / Tiroirs	NPO / A savoir !
- Polycopié national: <a href="#">Hémoptysie</a> - CEP	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Cancer / BK / DDB / aspergillome- SdG respiratoires ++ / choc tardif</li> <li>- GDS en AA / NFS / iono- créatinine</li> <li>- RTx / angioTDM Tx / fibroscopie</li> <li>- Protection VAS: décubitus lat. / O2</li> <li>- Traitement: endo / vasoP / embolisation / chir</li> <li>- Embolisation d'emblée si importante</li> <li>- Surveillance: crachoir / récidue</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Arrêt du tabac / substitution</li> <li>- Toujours rechercher le cancer</li> <li>- Fibroscopie bronchique</li> <li>- Groupe-Rhésus-RAI</li> <li>- Arrêt AVK-aspirine / anti-tussif</li> </ul>

### Généralités

**Définition:** hémoptysie

- = rejet de sang d'origine sous-glottique par la bouche au cours d'un effort de toux
- !! toujours une **urgence** diagnostique et thérapeutique: risque principal = asphyxie

**Physiopathologie**

- **Mécanisme principal:** hypervascularisation bronchique +++
  - a. bronchiques = haute pression (origine aortique) → **90%** des cas
  - a. pulmonaires = basse pression → seulement 5% des hémoptysies
- **Cas particulier**
  - hémorragie intra-alvéolaire (HIA): sang provenant des capillaires alvéolaires (5%)

### Etiologies

**Cancer bronchique +++** (Tumeurs du poumon, primitives et secondaires.)

- A rechercher impérativement devant toute hémoptysie chez un fumeur (**A savoir !**)
- !! une RTx normale n'élimine pas le diagnostic → fibroscopie + TDM Tx

**Tuberculose +++** (Tuberculose de l'adulte et de l'enfant.)

- Peut être révélatrice d'une tuberculose active ou bien séquellaire
- **Remarque: si tuberculose ancienne connue, causes possibles (4)**
  - DDB séquellaire: le plus fréquent
  - Rechute ou ré-infection tuberculeuse
  - Greffe aspergillaire (= aspergillome)
  - Cancer bronchique sur cicatrice
  - (Broncholithiase: érosion de l'a. par caséum calcifié / rare)

**Dilatation des bronches (DDB) +++**

- DDB = bronchiectasie = disparition du rétrécissement bronchique
- Etiologies: infections pulmonaires à répétition / tuberculose / mucoviscidose
- Hémoptysie survenant souvent dans un contexte de surinfection (à traiter !)

**Etiologies infectieuses** (Infections broncho pulmonaires communautaires de l'adulte et de l'enfant.)

- **Aspergillose ++ ; 3 formes cliniques**
  - Aspergillome (ou truffe aspergillaire): sur cavité pré-existante (BK, sarcoïdose)
  - Aspergillose invasive: chez l'immunodéprimé (SIDA / post-chimiothérapie)
  - Aspergillose allergique = ABPA (ne donne pas d'hémoptysie: cf [Hypersensibilité et Allergies respiratoires chez l'enfant et chez l'adulte. Asthme, rhinite.](#))

- **Pneumopathie bactérienne**
  - PFLA du pneumocoque = « crachat rouillé »
  - PAC excavée à staphylocoque aureus ou klebsiella

#### Etiologies vasculaires

- Embolie pulmonaire: hémoptysie noirâtre de faible abondance (**Thrombose veineuse profonde et embolie pulmonaire**)
- IVG ou RM; par hypertension veineuse: OAP + HIA (hémoptysie rosée / mousseuse)
- Anévrisme artério-veineux (M. de Rendu-Osler: épistaxis récidivantes + téléangiectasies)

#### Hémorragie intra-alvéolaire (HIA)

- Aspect TDM : **plages de verre dépoli** +/- condensation alvéolaire
- **LBA** pathognomonique: aspect rosé homogène + sidérophages à la coloration de Perls + présence d'hématies
- **Etiologies**
  - **cardiovasculaires**: troubles de l'hémostase (et AVK) / HTAP sur RM-ICG / Tout oedème aigu pulmonaire cardiogénique
  - **immunologiques**: GNRP (Goodpasture / Wegener) / connectivite (LED)
  - **toxiques**: médicaments / cocaïne

## Orientation diagnostique

### Examen clinique

- **Interrogatoire**
  - **Terrain**: atcd de tuberculose / ID / insuffisance cardiaque connue
  - **Prises**: médicaments: AVK-aspirine / toxique: tabagisme ++
  - **Anamnèse**: facteur déclenchant / évolution / infection en cours
  - **Signes fonctionnels**
    - **caractériser l'hémoptysie**: aspect (couleur) / abondance / aéré
    - **rechercher des signes associés**: toux +++ / dyspnée / douleur
- **Examen physique**
  - **Prise des constantes**: FR-SpO2 / FC-PA / température
  - **Evaluation du retentissement**: **signes de gravité (A savoir !)**
    - **Terrain**
      - Une hémoptysie chez un insuffisant respiratoire est toujours grave
      - Cas classique: hémoptysie sur cancer chez un patient BPCO (ECN 09)
    - **Abondance de l'hémoptysie**
      - En pratique, hémoptysie grave :
        - > **200ml/h** (2 verres) chez sujet sain
        - >50 mL/heure chez patient IRC,
        - >2 épisodes/24h d'hémoptysie modérée malgré terlipressine
    - **SdG respiratoires +++**
      - signes d'hypoxémie (cyanose) / d'hypercapnie (sueurs-HTA)
      - polypnée et signes de lutte = obstruction bronchique
    - **SdG hémodynamiques: !! tardifs / rares +++**
      - hypovolémie: oligurie / soif / marbrures / collapsus
      - syndrome anémique: pâleur / sueurs (rare: HIA ++)
  - **Orientation étiologique clinique**
    - Pour un cancer: AEG / aires ganglionnaires / compression médiastinale
    - Pour une tuberculose: fièvre prolongée / AEG / toux / contexte social
    - Pour DDB / aspergillome: atcd respiratoires (pneumopathies / mucoviscidose)

### Examens complémentaires

- **En urgence, devant toute hémoptysie**
  - **GDS artériels en AA +++** : recherche une hypoxémie / hypercapnie (**A savoir !**)
  - **Hémostase**: TP-TCA / plaquettes +/- **INR** si patient sous AVK (**A savoir !**)
  - **Radio thorax**: recherche une HIA / orientation étiologique (BK..)
  - **NFS-plaquettes**: recherche une anémie (absente sauf HIA)
  - **Iono-urée-créatinine**: recherche une IRA associée (sur GNRP ++)
  - **Bilan pré-transfusionnel**: groupe ABO-Rh-RAI en urgence (même si transfusion rare)
- **Pour diagnostic étiologique / pré-thérapeutique**
  - **Fibroscopie bronchique +++**
    - **Systématique** devant toute hémoptysie (**A savoir !**)
    - En urgence si saignement actif abondant (hémostase) / après TDM sinon (Dg)
    - **Modalités**
      - Sous O2 fort débit au masque / Monitoring CT / anesthésie locale
      - Fibroscope par le nez / !! pas de biopsie ni LBA si saignement actif
    - **A visée diagnostique**

- Diagnostic positif / précise si le saignement est **actif** ou non / localise
  - Recherche une étiologie: tumeur ++ / ex. bactério (BK) / HIA, etc.
  - **A visée thérapeutique**
    - Guide la prise en charge: embolisation /intubation sélective selon le côté
    - Parfois hémostase: injection locale d'adrénaline (10%) +/- sonde ballonnet
      - efficacité limitée ( différent de l'hémorragie digestive)
  - **Angio-TDM thoracique +++**
    - **Sytématique** / avant la fibro (car guide la fibroscopie) sauf en cas de détresse respiratoire
    - En coupes fines / injectée / avec reconstruction a. bronchiques / après créatinine
    - Localise le saignement (au moins le **côté**): cf « granité post-hémoptoïque »
    - Recherche l'**étiologie** +++ (tumeur / caverne de BK / dilatation des bronches)
  - **Artériographie bronchique**
    - A visée diagnostique et thérapeutique dans le cadre d'une embolisation (cf infra)
    - Repérage de l'a. bronchique qui saigne = extravasation de produit de contraste
    - Repérage de l'a. d'Adamkiewicz (cf risque: paraplégie sur infarctus médullaire)
  - **Recherche d'une étiologie infectieuse (hors étiologie évidente)**
    - **ECBC pour BK**: avec BAAR-Lowenstein / sur 3 jours
    - **Sérologie aspergillaire**
- Diagnostics différentiels**
- **Epistaxis déglutie**: examen des fosses nasales en rhinoscopie / cf **Épistaxis**
  - **Hématémèse**: rejet de sang au cours d'un effort de vomissement et non de toux
  - **Gingivorragie**: examen de la cavité buccale ++

## Traitement

### Mise en condition

- **Hospitalisation** en urgence devant toute hémoptysie (même non active)
- Si besoin, prévoir transfert vers un **centre spécialisé** (endoscopie-embolisation) (ECN 09)
- Si hémoptysie grave: transfert en REA / VVP x2 / monitoring SpO2-PA
- Mettre le patient **1/2 assis** / en décubitus latéral du côté atteint si connu (ECN 09)
- **!! Arrêt des AVK** / aspirine / anti-tussifs (**A savoir !**)

### Traitement symptomatique

- **Oxygénothérapie**: pour maintien SpO2 ≥ 95% (sauf BPCO: 90-92%)
- **Protection des VAS +++** : patient 1/2 assis +/- intubation sélective du côté sain
- **Si choc hémorragique (!! rare)**: remplissage et NAd +/- transfusion de CGR

### Traitement curatif: contrôle de l'hémoptysie (4)

- **Traitement endoscopique**
  - **Indications**: en 1ère intention si peu abondant / lors de la fibroscopie
  - **Modalités**: instillation de sérum glacé +/- xylocaïne adrénalinée ou vasopresseur
    - efficacité limitée (différent de l'hémorragie digestive)
- **Traitement médicamenteux = vasopresseur**
  - **Indications**: si échec du traitement endoscopique: en attente de l'artério-embolisation
  - **Modalités**: terlipressine MSE (Glypressine®) / !! CI chez coronarien
- **Traitement radio-interventionnel = artério-embolisation +++**
  - **Indications**: d'emblée et en urgence si hémoptysie abondante (**A savoir !**) / si échec sinon
  - **Modalités**: embolisation de l'a. bronchique responsable au cours de l'artériographie
- **Chirurgie d'hémostase**
  - Rarement: seulement si échec de l'embolisation et patient opérable-foyer localisé
  - Mortalité = 15-25% ; surtout si hémoptysie active donc dernier recours ++

### Traitement étiologique (NPO)

- **Tuberculose**: quadri-ABT classique: cf **Tuberculose de l'adulte et de l'enfant**.
- **Cancer bronchique**: chirurgie +/- RCT : cf **Tumeurs du poumon, primitives et secondaires**.
- **DDB**: chirurgie d'un foyer de DDB seulement si très localisé

### Mesures associées

- **Kinésithérapie** respiratoire +++
- ABT associée si surinfection (systématique si DDB)

### Surveillance

- **Clinique**: **crachoir gradué** / récidence +++ / inhalation / constantes
- **Paraclinique**: TDM systématique au décours si non faite

## Synthèse

## Synthèse pour questions fermées

Quelle est la cause de la mort en cas d'hémoptyisie grave ?

- Asphyxie  
et pas le choc hémorragique...  
(CEP)

Quel élément recherchez vous pour affirmer l'hémoptyisie (vs hématurie et épistaxis) ?

- Sang rejeté **au cours d'un effort de toux**  
(CEP)

Quel est le volume d'un haricot plein au 3/4 ?

- 500 mL  
(CEP)

4 principales causes d'hémoptyisie ?

- Cancer Broncho-Pulmonaire  
- DDB  
- Tuberculose active ou séquellaire  
- Aspergillome  
(CEP)

Quels sont les 2 principes du Traitement de l'hémoptyisie grave ?

- Lutte contre l'asphyxie  
- Contrôle du saignement  
(CEP)