

HEMOPTYSIE



Conduire à tenir : 1. confirmer la réalité de l'hémoptysie/ 2. Estimer la gravité/ 3. Aboutir au diagnostic

Confirmer la réalité de l'hémoptysie

Définition : saignement, extériorisé ou non, des voies respiratoires sous glottiques

- Simple crachat à l'hémoptysie massive
- **URGENCE** (risque récurrence massive)
- Toujours rechercher l'étiologie
- Sang rouge vif à **l'effort de toux** +/- chaleur rétrosternale, angoisse, chatouillement laryngé, goût métallique dans la bouche
 - Diagnostic différentiel
 - Hématémèse
 - Epistaxis postérieure/ saignement pharyngolaryngé
- Origine du saignement dû à une hypervascularisation artérielle **systémique**

Evaluer la gravité

=> conditionne le pronostic et oriente le choix thérapeutique

- Abondance > 200 ml chez sujet sain (volume des voies aériennes de conduction = 200 ml)
- Terrain insuffisant respiratoire
- Persistance sous vasoconstricteur

HEMATOSE ET ASPHYXIE

Aboutir au diagnostic

1) Connaître les 4 étiologies principales +++ : **K broncho-pulmonaire/DDB/tuberculose/Aspergillome**

Infectieuse

- Dilatations des bronches (bronchectasies) localisées ou diffuses*
- Tuberculose
- Infection fongique (aspergillomes)
- Pneumopathies infectieuses nécrosantes

Tumorale (tumeurs bronchopulmonaires primitives)

➔ Attention la BPCO n'est pas une cause d'hémoptysie

Vasculaire

- Embolie pulmonaire
- Malformations artério-veineuses (isolées ou dans le cadre d'une maladie de Rendu-Osler)

Hémorragies alvéolaires

- Insuffisance cardiaque gauche et rétrécissement mitral
- Médicaments ou toxiques (pénicillamine, isocyanates, crack, anticoagulants)
- Vascularites et collagénoses (lupus syndrome de Goodpasture)

Hémoptysie idiopathique 10 à 25%

2) Interrogatoire :

ATCD pulmonaire et cardiaque, alitement, chirurgie, médicaments, toxiques, aspect du sang

5) Bilan complémentaire :

- NFS-plaquette
- SpO2 +/- gds (retentissement)
- TP, INR TCK, activité antiXa, dosage spé AOD, groupe sanguin (trouble coagulation, intervention, transfusion)
- Recherche BK (tuberculose suspectée)
- Sérologie/antigénémie aspergillaire
- ECG/ECHO cœur (EP/OAP)

3) EC :

Constantes, signes de mauvaises tolérance, gêne latéralisée (coté qui saigne), Hipp.dig, signes cancer, signe de pathologie valvulaire cardiaque, signe de vascularite

4) Imagerie :

Scanner thoracique injecté avec temps aortique = examen clef (Nature de la lésion/Localise saignement/Cartographie vasculaire/Orienté l'embolisation)

Endoscopie bronchique : limité depuis le scanner, doute sur l'hémoptysie/localise topographie/identifie cause

Artériographie bronchique : si perspective de TT par embolisation +++

Selon sévérité : TT médical, TT topique, embolisation, TT chirurgical (en association ou successivement)

TT médical 1^{ère} intention si hémoptysie grave

- Hospitalisation en milieu spécialisé
- Oxygène SpO₂>90%
- Terlipressine IV (CI : cardiopathique ischémique, risque AVC) car vasoconstricteur
- Mise en décubitus latéral/intubation avec VM si nécessaire
- Tt de l'étiologie

Radiologie interventionnelle hémoptysie grave d'emblée et/ou après échec des vasoconstricteurs

- Méthode de choix
- Injection de particules ou spirale pour obstruer le vs

TT topique hémoptysie non grave

Sérum physiologique à 4°C ou solution adrénalinée

TT chirurgical à froid +++ ou à chaud si échec de l'embolisation

- Si zone pathologique limitée, unilatérale, autorisant une lobectomie ou pneumonectomie, si fonction respiratoire le permet