



# HEMOPTYSIE

*Dr Djenfi - 2012*

## ***Définition :***

---

- Rejet par la bouche de sang en provenance des voies aériennes sous glottiques.
- C'est une urgence.

## ***Conduite à tenir devant une hémoptysie :***

---

### **A- AFFIRMER LE DIAGNOSTIC :**

#### **1. Typique**

- Rejet de sang rouge, aéré, spumeux au cours d'effort de toux .
- précédé parfois par des 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 précèdent.

### **B- CE QUI N'EST PAS UNE HEMOPTYSIE : (diagnostic différentiel)**

#### ***Hématémèse :***

- lors d'un effort de vomissement
- le sang est foncé (d'origine veineuse).
- non aéré, mêlé à des débris alimentaires

#### ***Saignement en provenance des voies aériennes supérieures***

- Epistaxis, gingivorragies, polypes, cancers saignement nasal
- sang rouge vif

### **C- EVALUER L'HEMOPTYSIE : (Le volume du saignement)**

- × Faible abondance : crachats hémoptoïques (< 50cc/24H) : risque de récurrence abondante et imprévisible.
- × Moyenne abondance :
  - ½ à 1 verre (> 50 cc/24H) jusqu'à 300 ml/jour.
- × Grande abondance :
  - plus de 200cc (un bol) en une fois ou >300 cc/24H
- × Massive, voire foudroyante, entraînant le décès par asphyxie.

L'asphyxie est la cause de la mort aux cours des hémoptysies 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.

#### D- EVALUER LE TERRAIN :

- Conditions de survenue
- Les antécédents pulmonaires (cardiaque, DDB, primo-infection tuberculose et autre histoire médicale récente (hospitalisation).
- *L'examen clinique recherche* : Signes de phlébite, syndrome cave, souffle mitral, hippocratisme digital.
- L'insuffisant respiratoire : un volume de saignement modéré peut entraîner une détresse respiratoire.

#### E- EVALUATION DU RETENTISSEMENT :

- Signes de détresse respiratoire
  - Signes d'anémie : **Le risque de décès par hémoptysie est plus lié à l'asphyxie qu'au choc hypovolémique par spoliation sanguine.**
- a. Tolérance clinique:  
 IRA ou IRC, signes d'encombrement bronchique  
 Etat de conscience, capacité de toux, pâleur, TA
- b. Oxymétrie et/ou gazométrie
- c. taux d'Hb : **Quelle que soit l'abondance, une hémoptysie avec détresse respiratoire et une altération des gaz du sang est une hémoptysie grave**

#### F- 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.
- × O2 en fonction de la saturation et/ou des GDS.
- × Repos au lit position semi-assise.
- × Voies veineuses périphériques (2).
- × Bilan sanguin : NFS, hémostase, ionogramme sanguin, groupe ABO, Rhésus.
- × GDS (gaz du sang).
- × ECG.
- × Radiographie thoracique (face/profil) :
  - Etiologie.
  - granité posthémoptoïque (conséquences de l'inondation alvéolaire).

- ✘ Endoscopie bronchique systématique en urgence dès l'état du patient stabilisé :
  - affirme le diagnostic positif.
  - localise le saignement : et permet le plus souvent de tarir le saignement (intérêt thérapeutique).

## E- DIAGNOSTIC ETIOLOGIQUE

### **1. Tuberculose pulmonaire**

Hémoptysie dans le cadre d'une tuberculose aiguë, évolutive, L'hémoptysie peut aussi survenir chez un ancien tuberculeux guéri, sans reprise évolutive. Elle est alors le témoin de bronchectasies secondaires ou d'une greffe aspergillaire.

### **2. Pathologie tumorale**

- a- Cancer bronchique primitif : C'est la cause principale d'hémoptysie chez le fumeur.
- b- Métastases bronchiques sont moins souvent à l'origine d'hémoptysies.

### **3. Dilatations des bronches** C'est une cause très fréquente d'hémoptysie.

La TDM en coupes fines constitue maintenant un excellent moyen de diagnostic positif

### **4. Bronchite chronique** : Cause non négligeable d'hémoptysies. En rapport des poussées de surinfection.

### **5. Etiologies infectieuses (non tuberculeuses)**

- a. Pneumopathies (Crachats hémoptoïques).
- b. Mycoses : Les aspergillomes développés sur des lésions cavitaires préexistantes.
- c. Parasitoses : En particulier les kystes Hydatiques remaniés ou en cas de rupture.

### **6. Embolie pulmonaire** : volontiers peu abondante et de sang noir, survient dans les 48 h

### **7. Insuffisance ventriculaire gauche** : Crachat rosé et mousseux de l'œdème alvéolaire.

### **8. Rétrécissement mitral** : Les hémoptysies sont souvent de petite abondance

### **9. Angiomes** (angiomatose de Rendu-Osler).

**10. Vascularites et connectivites** : (maladie de Wegener, lupus érythémateux disséminé, la maladie de Behçet, la sarcoïdose, le syndrome de Goodpasture).

**11. Traumatisme thoracique**: Les plaies pénétrantes pulmonaires, les contusions pulmonaires avec ou sans hématome et les ruptures bronchiques.

**12. Malformations** : sont parfois responsables d'hémoptysies.

**13. Inhalation Gaz ou fumées toxiques, corps étrangers.**

**14. Anticoagulants** : Surdosage en héparine ou antivitamine K.

**15. Hémoptysies sans cause retrouvée 15%.**

## **Traitement**

---

La gravité de l'hémoptysie conditionne l'attitude initiale.

### **A- Hémoptysie de faible abondance**

Elle ne nécessite aucun traitement en urgence mais justifie la surveillance  
Diagnostic et traitement étiologiques

### **B- Hémoptysie de moyenne ou de grande abondance ⇒ hospitalisation**

La prise en charge thérapeutique se fait en même temps avec l'exploration étiologique

- 1- Repos.
- 2- OXYGENE (maintenir la SaO<sub>2</sub> > 90 %).
- 3- VASOCONSTRICTEURS : **Glypressine** : 1 à 1.5 mg en IV sur 10 min à renouveler toutes les 4 heures
- 4- Remplissage vasculaire (Il faut toujours prévoir une transfusion iso-groupe iso-rhésus).
- 5- EMBOLISATION des artères bronchiques en cas de non réponse à la Glypressine.
- 6- CHIRURGIE DE L'HEMOSTASE: Si échec de l'embolisation.
- 7- TRAITEMENT ETIOLOGIQUE (tuberculose, etc, ...)