

HEMOPTYSIES

J. MAZIERES, C. HERMANT

Rappel des objectifs :

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

• INTRODUCTION

Il s'agit de rejet de sang par la bouche provenant des voies aériennes sous-glottiques. L'hémoptysie constitue un des signes d'alarme important en pneumologie :

1. Elle impose d'affirmer qu'il s'agit bien d'une hémoptysie, c'est donc le problème du diagnostic positif ;
2. son abondance peut constituer une urgence vitale
3. elle débouche sur une enquête étiologique minutieuse qui repose sur différentes investigations parmi lesquelles deux paraissent indispensables : la radiographie thoracique et l'endoscopie bronchique.

DIAGNOSTIC POSITIF

Facile si l'on assiste à l'hémoptysie. On constate effectivement une émission de sang au cours d'efforts de toux. Le patient ressent une saveur métallique dans la bouche, peut présenter un malaise plus général ou des lipothymies franches et rejette, au cours d'efforts de toux, du sang rouge « aéré » et en quantité variable.

En fonction de la quantité, on distingue des petites hémoptysies inférieures à 100 ml, parfois réduites à un simple crachat strié de sang.

L'hémoptysie est dite moyenne lorsque le patient rejette en moyenne 100 ml. On retrouve alors fréquemment les prodromes précédemment cités, souvent on note de l'angoisse. L'hémoptysie peut être abondante, plus de 500 cc, il s'agit alors d'une urgence vitale. Il faut lutter contre le choc hémorragique et contre l'asphyxie par obstruction de l'arbre trachéobronchique par le sang.

Le diagnostic est parfois plus difficile :

- si le sang est dégluti et/ou non extériorisé. Il est parfois émis plusieurs jours après le saignement, sous forme de crachats noirâtres, on parle de queue d'hémoptysie.
- l'hémoptysie est parfois émise au cours de vomissements ou sous forme d'épistaxis.

DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL

On élimine en général assez facilement une hémossalémèse. Il faut penser aux causes ORL en particulier dans les épistaxis postérieures ou les hémorragies avec extériorisation de l'hémorragie à l'occasion d'efforts de toux.

Une hématomèse importante peut être constituée de sang rouge émis parfois au cours d'accès de toux du fait de discrètes fausses routes. Elle doit être recherchée en cas d'enquête étiologique négative de l'hémoptysie.

DIAGNOSTIC ETIOLOGIQUE

Ce dernier repose sur une série d'investigations : anamnèse, examen clinique, bilan de la crase sanguine, mais surtout **RADIOGRAPHIE THORACIQUE**

Sa normalité ne doit pas empêcher la réalisation d'une endoscopie bronchique qui permet de confirmer le diagnostic et parfois d'objectiver la cause, en tout cas de préciser le côté qui saigne.

On peut difficilement se passer d'un scanner thoracique qui peut non seulement confirmer l'hémoptysie, mais aussi aider à la démarche du diagnostic étiologique.

Selon le contexte, on peut proposer d'autres investigations comme la recherche de BK dans les expectorations, une analyse bactériologique et mycologique de l'expectoration, enfin de façon plus rare, des examens comme l'artériographie bronchique avec un double objectif, visualiser l'origine du saignement et en proposer éventuellement le traitement par embolisation.

CAUSES BRONCHO-PULMONAIRES

Les principales causes à discuter sont :

- **Le cancer bronchique** : il est actuellement la première cause à évoquer. L'hémoptysie est un des signes révélateurs dans environ un tiers des cas. Il doit être évoqué de principe chez un tabagique dont la radiographie thoracique met en évidence une opacité suspecte. Le diagnostic pourra dans la plupart des cas être établi au cours de la fibroscopie ou lors de prélèvements sous scanner.

L'existence d'hémoptysies importantes au cours d'un cancer bronchique doit faire craindre une hémorragie cataclysmique favorisée par les traitements chimiothérapeutiques ou radiothérapeutiques. Les hémoptysies sont plus rares au cours de métastases pulmonaires.

- **La tuberculose pulmonaire** : autrefois la première cause d'hémoptysie, elle peut encore de nos jours dans sa forme classique, être révélatrice. Le diagnostic peut être évoqué devant des signes d'imprégnation tuberculeuse classique. La radiographie thoracique pourra montrer des opacités évocatrices. Le diagnostic repose sur la mise en évidence de BK dans les expectorations.

De façon plus rare, les hémoptysies peuvent accompagner une primo-infection tuberculeuse et il faut alors craindre l'existence d'une fistulisation ganglio-bronchique.

Toujours dans le cas de la tuberculose, il y a le problème des hémoptysies chez l'ancien tuberculeux. Ce symptôme doit faire craindre un certain nombre de pathologies au premier rang desquels il faut évoquer :

- Une rechute de tuberculose, le diagnostic pourra être suspecté sur des modifications des images radiologiques et tomodensitométriques. Il faudra s'acharner à mettre en évidence la présence de BK dans l'expectoration
- Parfois, il peut s'agir d'un aspergillome : greffe aspergillaire dans une caverne détergée résiduelle. Elle donne la classique image en grelot parfaitement visualisée sur le scanner. Le diagnostic repose sur la sérologie aspergillaire et la mise en évidence sur les prélèvements bronchiques de l'aspergillus. Ces aspergillomes peuvent être source d'hémoptysie parfois importantes. Cela tient au fait en particulier que l'aspergillus sécrète des fibrynolysines et qu'il génère également au pourtour des lésions séquellaires des hypervascularisations qui peuvent saigner facilement.
- Toujours chez l'ancien tuberculeux, les hémoptysies peuvent provenir de bronchectasies péri-cicatricielles dans des territoires remaniés.
- Enfin, il a été décrit la survenue de cancers bronchiques sur séquelles tuberculeuses.

- **Les dilatations de bronches**

Il s'agit d'une cause importante d'hémoptysie (en moyenne 20 à 30 %). Les hémoptysies peuvent concerner les bronchectasies diffuses comme les bronchectasies localisées. Le diagnostic est en général facile lorsque la bronchorrhée domine le tableau et que le diagnostic de bronchectasie est connu. Il peut y avoir des bronchectasies ne se manifestant que par des hémoptysies sans suppuration bronchique associée. Ces hémoptysies sont volontiers récidivantes et parfois potentiellement graves. C'est surtout dans cette étiologie que l'artériographie bronchique avec l'embolisation peuvent être proposées. Dans les formes localisées avec hémoptysies récidivantes, un traitement chirurgical peut aussi être discuté.

A côté de ces trois grandes étiologies broncho-pulmonaires, il en existe de moins fréquentes :

- Certaines bronchites aiguës d'origine infectieuse, allergique ou toxique. Il faut cependant ne pas méconnaître un cancer bronchique sous-jacent.
- Les tumeurs bénignes bronchiques
- Les pneumopathies infectieuses aiguës, en particulier les infections nécrosantes à staphylocoque ou klebsielle. L'hémoptysie est également classique au cours de l'infection aspergillaire, notamment l'aspergillose pulmonaire invasive des immunodéprimés, mais aussi au cours des bronchites aspergillaires.
- Plus rarement, les hémoptysies peuvent être observées au cours de maladies systémiques, réalisant des tableaux radio-cliniques variés avec des syndromes pneumo-rénaux comme le

syndrome de Goodpasture, la maladie de Wegener, la maladie de Schurg et Strauss, la périartérite noueuse.

- Enfin, l'hémoptysie peut être représentée par des saignements diffus parenchymateux correspondant à des hémorragies alvéolaires idiopathiques ou secondaires en particulier dans le syndrome de Goodpasture.

CAUSES CARDIO-VASCULAIRES

Les hémoptysies de l'OAP hémoptoïques ou les hémoptysies d'effort du rétrécissement mitral sont classiques. Effectivement il s'agit d'expectorations hémoptoïques associées à une dyspnée d'effort.

Dans l'embolie pulmonaire, en général il s'agit d'hémoptysies décalées par rapport à l'épisode initial le plus souvent sous forme de crachats noirâtres (peu d'hémoptysies). Elles ont une grande valeur séméiologique rétrospective. Elles correspondent à l'élimination du foyer de nécrose d'infarctus pulmonaire. Lorsqu'elles sont précoces au cours de l'embolie pulmonaire, elles traduisent un œdème pulmonaire localisé.

D'autres affections pulmonaires peuvent être à l'origine d'hémoptysies :

- les anévrismes artério-veineux pulmonaires qui peuvent entrer dans le cas de la maladie de Rendu-Osler
- des anévrismes de l'aorte thoracique fissurée dans une bronche,
- hypertension artérielle pulmonaire primitive.

CAUSES IATROGENES ET TRAUMATIQUES

Les hémoptysies compliquant un traitement anti-coagulant doivent cependant conduire à la même démarche diagnostique que pour toute autre hémoptysie.

Dans un contexte de traumatisme thoracique, une hémoptysie doit faire rechercher une plaie pulmonaire après fracture costale ou contusion pulmonaire.

D'autres traumatismes peuvent être impliqués : barotraumatisme chez un plongeur, corps étranger intra-bronchique, de même que certaines manœuvres instrumentales : fibroscopie bronchique, avec biopsie surtout transbronchique, ponction et biopsie pleurale.

TRAITEMENT

En présence d'une hémoptysie de grande abondance, il s'agit d'une urgence et faut lutter d'une part contre l'asphyxie, et d'autre part contre l'hémorragie.

Il faut rapidement mettre le malade en décubitus latéral sur l'hémithorax d'où provient le saignement, nettoyer les voies aériennes supérieures, aspirer les caillots.

Mise en place rapide d'une voie veineuse et remplissage éventuel.

Injection intraveineuse de vasopressine (glypressine) à répéter toutes les 4 à 6 heures.

Une fibroscopie bronchique peut être nécessaire en urgence pour désobstruer les voies aériennes et tenter une première approche diagnostique.

En cas d'hémorragie persistante abondante, une intubation sélective devra être proposée excluant le poumon d'où vient l'hémorragie.

En dehors de cette situation, il faut utiliser des moyens simples :

- malade étendu, au calme
- faire sucer de la glace, utiliser des sédatifs puissants de la toux. On peut être amené à prescrire un traitement hémostatique. Il faut cependant se méfier des effets secondaires néfastes de la vasopressine (angor, HTA)
- le traitement passe habituellement par le diagnostic étiologique, avec mise en place d'un traitement approprié.
- L'artériographie bronchique sélective peut être indiquée en semi-urgence ou de façon programmée en cas d'hémoptysies répétées au cours de bronchectasies, sur des séquelles de tuberculose au cours d'anévrysmes artério-veineux ou au cours de l'aspergillome. Elle permet alors de proposer des embolisations sélectives de l'artère pathologique. Cet examen n'est pas dénué de risques puisqu'il faut un radiologue entraîné, s'assurer qu'une artère médullaire ne parte pas du tronc commun intercostaux bronchique droit, ou d'une artère intercostale. Car il y a alors un risque important de dischémie médullaire. La présence d'une artère oesophagienne inférieure issue d'une artère bronchique est aussi une contre-indication avec risque de nécrose oesophagienne.

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. Bronchectasies, 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