

LES HEMOPTYSIES

DEMARCHE DIAGNOSTIQUE

*Pr. Ben Kheder Ali**
Dr. Fennira Hamouda

L'hémoptysie est définie par une expectoration , de sang provenant des voies aériennes sous-glottiques.

Elle soulève 2 ordres de problèmes selon les circonstances de survenue :

- **Un problème de diagnostic étiologique** : lorsque l'affection causale n'est pas connue ; c'est « l'hémoptysie symptôme ».

La recherche étiologique doit faire appel aux nouvelles techniques d'investigation, qui découlent de la connaissance des principaux mécanismes physiopathologiques des hémoptysies.

- **Un problème thérapeutique** : dans ce cadre la pathologie causale est souvent connue, mais qui malgré le traitement laisse persister un saignement dont l'abondance peut mettre en jeu le pronostic vital du malade. C'est « l'hémoptysie maladie ».

Sa prise en charge a bénéficié de l'apport de l'endoscopie bronchique et de la radiologie en particulier interventionnelle.

Devant toute hémoptysie même minime, il convient de suivre une démarche diagnostique en 4 étapes :

1. DIAGNOSTIC POSITIF :

Le diagnostic positif repose essentiellement sur la clinique , il est facile lorsqu'on assiste à l'épisode, mais il est souvent discuté sur le seul interrogatoire ou en cas de saignement grave conduisant d'emblée à l'intubation avec assistance ventilatoire. L'hémoptysie passe habituellement par 3 stades :

- Stade prodromique :

- Sensation de plénitude thoracique et de chaleur rétro-sternale.
- Chatouillement laryngé.
- Goût métallique dans la bouche.

* *Hôpital A. Mami de pneumophthisiologie Ariana.*

- Angoisse.

- **Stade de rejet** :

Le sang est émis lors d'un effort de toux, il est rouge vif, spumeux et aéré, mêlé souvent à des crachats.

- **Stade de post-rejet** :

Dans les jours qui suivent, l'hémoptysie s'interrompt on se répète .
La « queue d'hémoptysie » marque la fin de l'épisode , traduite par l'émission de sang noirâtre .

En principe la queue d'hémoptysie caractérise le saignement d'origine pulmonaire. Celui d'origine bronchique s'interrompt brusquement sans queue .

2. DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL : Le diagnostic d'hémoptysie est parfois difficile lorsqu'on n'a pas assisté à l'accident . On discutera :

2-1 - Une hématémèse :

- prodromes digestifs.
- rejet de sang au cours d'efforts de vomissement.
- sang noir non aéré, mêlé à des débris alimentaires.
- moelena au toucher rectal.

Cependant l'hématémèse peut déclencher la toux et être rouge et abondante. A l'opposé, l'hémoptysie peut être déglutie et rejetée par vomissements ou donner un moelena.

Dans le doute on fera pratiquer une fibroscopie digestive ou mettre une sonde gastrique .

2-2 - Une hémorragie laryngée, pharyngée ou une épistaxis déglutie requièrent parfois un examen ORL.

De telles anomalies peuvent cependant coïncider avec une authentique hémoptysie.

2-3 - Hémosialhémèse : fréquente, sang d'origine gingivale et salive sont mélangés. Le contexte est souvent nevro-pathique .

3. DIAGNOSTIC QUANTITATIF ET DE GRAVITE :

L'abondance de l'hémoptysie est souvent difficile à évaluer.

Elle est souvent majorée par le patient et son entourage.

Le caractère récidivant ou non de l'hémoptysie sera précisé , ainsi que les antécédents pathologiques du patient (anémie, insuffisance respiratoire, rénale, cardiopathie...).

L'examen clinique peut être normal ou marqué par des signes de retentissement général et hémodynamique : tachycardie, hypotension .

Les signes d'insuffisance respiratoire aigue : polypnée, cyanose, tirage, hypoxémie, parfois associés à un collapsus sont la traduction d'une hémoptysie grave.

La NFS : permet une estimation approximative de la spoliation sanguine (taux d'hémoglobine et hématocrite).

L'abondance d'une hémoptysie est mieux précisée en débit, c'est ainsi qu'on distingue :

- **l'hémoptysie minime** : réduite à quelques crachats hémoptoïques, et dans tous les cas inférieure à 200 ml .

- **l'hémoptysie de moyenne abondance** : entre 200 et 500 ml / 24h génératrice d'anxiété et plus rarement de signes de retentissement hémodynamique.

- **l'hémoptysie de grande abondance** : 500 ml en 24h , 600 à 1000 ml en 48h ou plus de 1000 ml en 7 jours . Elle est souvent responsable de signes d'anémie aigue, d'un état de choc hypovolémique et parfois d'une insuffisance respiratoire par inondation bronchique .

- **l'hémoptysie foudroyante** est d'emblée mortelle , souvent non précédée de prodromes, pouvant être extériorisée ou non .
10 % environ des hémoptysies seraient massives.

4. DIAGNOSTIC ETIOLOGIQUE :

L'hémoptysie est une cause fréquente d'hospitalisation, elle représente 8,8% du recrutement dans un service de pneumologie.
Devant une hémoptysie, il faut procéder à :

4-1. Un interrogatoire :

Il précise les circonstances de survenue de l'hémoptysie, et recherche un antécédent pathologique qui pourrait en favoriser la survenue.

4-2. Un examen clinique complet :

En insistant sur les appareils cardiaque et respiratoire .
Il faut noter que l'abondance de l'hémoptysie n'a aucune valeur d'orientation étiologique; un crachat strié de sang peut traduire une affection grave au même titre qu'une hémoptysie importante.

Certains examens sont utiles aussi bien pour le diagnostic positif, de localisation et étiologique .

4-3. Une radiographie thoracique :

Réalisée de face et de profil , elle peut montrer un syndrome alvéolaire localisé ou étendu ou un trouble ventilatoire secondaire à l'obstruction bronchique par un caillot (granité et atélectasie post-hémoptoïques).

Ces images sont isolées dans certaines hémorragies d'origine trachéale ou bronchique . Leur intrication aux images de la maladie causale est possible.

Une radiographie normale n'élimine pas le diagnostic d'hémoptysie.

4-4. Endoscopie bronchique :

Elle est indispensable surtout en période hémorragique pour localiser l'origine du saignement , sauf en cas d'inondation bronchique diffuse .
Permet parfois d'identifier la lésion causale.

4-5. TDM. Thoracique :

Elle peut dépister des anomalies infra-radiologiques et en préciser le caractère ou les rapports vasculaires :

- masse tumorale.
- anomalie vasculaire.
- bronchectasies . etc ...

4-6. Artériographie bronchique :

S'intègre plutôt dans la stratégie thérapeutique .
Examen invasif, il ne doit jamais être considéré comme un acte diagnostique, mais comme préalable à une éventuelle embolisation.

4-7. Exploration de la circulation pulmonaire :

L'étude morphologique et fonctionnelle circulatoire pulmonaire peut être abordée par :

- cathétérisme cardiaque droit.
- angiographie pulmonaire.
- scintigraphie pulmonaire.
- échocardiographie .

Dans le cadre des anévrysmes artériels ou artério-veineux pulmonaires, l'angiographie pulmonaire est actuellement envisagée comme le premier élément du geste thérapeutique de vaso-occlusion.

4-8. Echographie thoracique :

Elle peut visualiser chez l'enfant , l'artère anormale d'une séquestration.

A. HEMOPTYSIES D'ORIGINE BRONCHOPULMONAIRE .

1. La tuberculose :

Passée au second plan des étiologies pour l'ensemble des hémoptysies, elle reste néanmoins la première cause des hémoptysies graves mais curables .

Le mécanisme physiopathologique majeur est en rapport avec une hypervascularisation systémique. Plus rarement , elle est responsable en phase aiguë, d'une érosion d'une paroi vasculaire par une caverne.

- Les formes actives ulcéro-caséuses peuvent donner des saignements graves, elles nécessitent la mise en route rapide du traitement .

- Dans les formes « inactives », le saignement est souvent en rapport avec des bronchectasies ou des lésions fibro-cicatricielles.

Ailleurs, il peut s'agir d'une colonisation aspergillaire, d'un cancer sur cicatrice, et exceptionnellement d'une broncholithiase , ou de rupture d'un anévrisme de Rasmussen développé suite à l'érosion d'une branche de l'artère pulmonaire par une forme active de tuberculose .

Les bacilloscopies sont néanmoins systématiques pour éliminer une rechute de tuberculose.

2. Pathologie tumorale :

En dehors des tumeurs carcinoïdes et de certaines métastases hypervasculaires, les tumeurs sont rarement le siège d'une hypervascularisation systémique importante .

Les tumeurs peuvent également éroder les gros vaisseaux qui sont à leur contact, et dont la rupture peut être foudroyante.

2-1. Le cancer bronchique primitif :

C'est la cause la plus fréquente d'hémoptysie dans les pays développés, elle est souvent minime et révélatrice de cancer dans 1/3 des cas après l'âge de 40 ans. Le diagnostic doit être systématiquement évoqué devant tout sujet tabagique. Le cancer épidermoïde est le plus souvent en cause.

Ailleurs, le cancer est connu et traité , l'hémoptysie traduit soit une récurrence locale après exérèse chirurgicale, soit qu'elle complique un traitement par irradiation .

2-2. Les métastases bronchiques : saignent plus rarement et encore moins pour les métastases pulmonaires. Celles hypervasculaires ont souvent comme tumeur primitive un cancer de la thyroïde, du rein ou un mélanome. Il faut y penser et vérifier l'intensité de la prise de contraste avant d'envisager la biopsie transthoracique.

3. Dilatations des bronches : (DDB)

Cause fréquente d'hémoptysie, évaluée de 2,8 à 56 % des cas selon les auteurs. L'augmentation de la proportion des DDB causales dans certaines études est liée à l'apport de la tomodensitométrie haute résolution.

Les hémoptysies sont souvent favorisées par les poussées de surinfection bronchique .

Elles sont parfois graves chez les jeunes malades porteurs de mucoviscidose et qui semblent pouvoir bénéficier d'une embolisation bronchique.

4. Bronchopathies aiguës et chroniques :

Les hémoptysies sont rarement abondantes favorisées par un épisode infectieux intercurrent.

Le problème est que des investigations complètes sont indispensables pour écarter le risque d'un cancer encore localisé ou d'une infection tuberculeuse.

5. Etiologies infectieuses non tuberculeuses :

- Pneumopathies Bactériennes :

Surtout les pneumopathies abcédées à germes nécrosants pouvant donner lieu à de petites hémoptysies « sentinelles » avant de dégénérer en une hémoptysie massive.

Les pneumopathies virales ou à germes apparentés sont plus rarement en cause.

- Les Mycoses :

Elles sont représentées essentiellement en Tunisie par les aspergillomes, développés sur des séquelles de tuberculose.

Le pronostic des hémoptysies est mauvais, avec une relative inefficacité à long terme de l'embolisation ; néanmoins, celle-ci peut être utile pour minimiser les risques d'hémorragie au cours d'une intervention curative ou d'un traitement percutané guidé sous scanner.

- Les Parasitoses :

Dominées par l'hydatidose pulmonaire au stade de complications.

6. Les maladies de système :

L'hémoptysie est le plus souvent en rapport avec des hémorragies intra-alvéolaires.

Le tableau associé à l'hémoptysie, un syndrome alvéolaire radiologique diffus et une anémie ferriprive.

Il peut être inaugural ou marquer une poussée évolutive de la maladie.

Les principales affections en cause sont :

Le Syndrome de Goodpasture (maladie à anticorps anti-membrane basale) Le Lupus érythémateux disséminé

La Maladie de Wegener.

La Périartérite noueuse.

D'autres affections susceptibles d'entraîner des hémoptysies :

- l'Amylose
- la Maladie de Behcet où le facteur menaçant est celui de rupture d'anévrismes artériels pulmonaires.
- la Sarcoïdose dans sa forme aiguë granulomateuse ou pseudo-tumorale fibrosante surtout lorsqu'apparaissent des images cavitaires.

7. Malformations pulmonaires :

Anévrismes artériels ou artério-veineux pulmonaires , isolés ou par maladie de Rendu-Osler. Les séquestrations pulmonaires.

8. Autres causes bronchopulmonaires :

La silicose peut être à l'origine d'hémoptysie par hypervascularisation systémique .

L'endométriose bronchopulmonaire où les hémoptysies ont un rythme cataménial.

B. HEMOPTYSIES D'ORIGINE CARDIO-VASCULAIRE.

La survenue des hémoptysies à l'effort évoque ce type d'étiologie.

1. Rétrécissement mitral :

Les hémoptysies surviennent volontiers entre le 6^{ème} mois de grossesse et le post-partum.

Elles sont en rapport soit avec un suboedème pulmonaire , soit avec la rupture d'une varice bronchique. La dilatation des veines bronchiques étant due à la transmission de l'hyperpression veineuse pulmonaire par l'intermédiaire des anastomoses veineuses de Le Fort.

On en rapproche l'obstruction des prothèses mitrales, le myxome de l'oreillette gauche et la maladie veino-occlusive pulmonaire.

2. Insuffisance ventriculaire gauche :

Responsable d'oedèmes pulmonaires hémorragiques et d'une hypervascularisation de la muqueuse bronchique.

3. Embolie pulmonaire :

A la phase aigue , il s'agit surtout de crachats hémoptoïques noirâtres en rapport avec une nécrose tissulaire sur embolie distale .

Plus tardivement, l'hémoptysie est en rapport avec une hypervascularisation systémique de suppléance sur embolie proximale .

Ces hémoptysies sont rarement graves .

4. Hypertension artérielle pulmonaire (HTAP) sévère :

Peut être à l'origine d'hémoptysie .

5. Cardiopathies congénitales :

- Sténose ou atrésie de l'artère pulmonaire conduisant à la formation de shunts systémo-pulmonaires .

- Shunt gauche-droit : source d'une HTAP.

6. Anévrismes des gros vaisseaux :

Dont la fissuration ou la rupture dans le parenchyme pulmonaire, peut être responsable d'hémoptyxies massives .

C. HEMOPTYSIES AVEC TROUBLES DE L'HEMOSTASE.

Troubles de l'hémostase héréditaires ou acquis .
Les traitements anticoagulants ou thrombolytiques.
Mais il faut toujours rechercher une cause organique sous-jacente.

D. HEMOPTYSIES D'ORIGINE TRAUMATIQUE.

Plaie pénétrante pulmonaire.
Contusion pulmonaire .
Rupture bronchique .

Toute hémoptyxie au décours d'un traumatisme doit donc faire pratiquer une endoscopie bronchique .

On en rapproche les causes iatrogènes :

Ponctions et drainages pleuraux .
Biopsies transbronchiques .
Ponctions transpariétales sous scanner .
Fissuration du tronc artériel brachio-céphalique dans la trachée au cours des intubations prolongées ou rupture de la paroi artérielle pulmonaire au cours des cathétérismes avec sondes de Swan-Ganz.

Certains corps étrangers trachéo-bronchiques peuvent entraîner des hémoptyxies même après extraction, par effet de corrosion de la muqueuse.

E. HEMOPTYSIES IDIOPATHIQUES.

Lorsqu'aucune cause n'est retrouvée. Leur fréquence est en moyenne de 15% , ce chiffre est plus important avant endoscopie bronchique .
Dans de tels cas, la surveillance est judiciable.

CONCLUSION

Le diagnostic d'hémoptysie ne peut être retenu qu'après s'être assuré de l'origine sous - glottique d'un saignement extériorisé par la bouche .

On doit en apprécier l'abondance et le retentissement.

L'anamnèse, l'examen clinique, la radiographie thoracique sont systématiques .

En dehors des cas où la chirurgie s'impose d'urgence ou des cas où l'hémoptysie est la traduction symptomatique d'une lésion évidente qui se prête à un traitement médical , on peut retenir 4 situations :

- L'hémoptysie est de petite abondance :

Le bilan est essentiellement étiologique, l'endoscopie est orientée par la radiographie du thorax .Selon les résultats, un examen TDM peut être demandé.

En l'absence d'étiologie évidente , une simple surveillance s'impose .

- L'hémoptysie est de moyenne abondance ou récidivante :

Les conduites étiologique et thérapeutique peuvent être menées de front . Les examens majeurs sont l'endoscopie qui doit tenter de localiser le saignement ainsi que l'examen TDM.

- L'hémoptysie est de grande abondance :

Après mise en oeuvre des moyens thérapeutiques médicaux, l'endoscopie doit dès que possible , pouvoir tenter de localiser le saignement . On mettra tout en place pour qu'une embolisation bronchique puisse être réalisée .

La chirurgie n'est à envisager en urgence qu'en cas d'impossibilité de geste interventionnel radiologique.

Si un geste chirurgical est indiqué, l'embolisation permet de réaliser un bilan pré-opératoire et d'optimiser les conditions de réalisation de l'intervention.

- L'hémoptysie est cataclysmique :

Seules des manoeuvres d'hémostase endobronchique immédiate et avec l'aide des vasoconstricteurs permettent de revenir à la situation précédente .

