

## Conduite à tenir devant une hémoptysie.

M. BESBES

Service de réanimation respiratoire, Hôpital A. MAMI - ARIANA

Motif fréquent de consultation aux urgences, l'hémoptysie représente, le plus souvent, un simple symptôme qui impose une enquête étiologique et le traitement approprié de la cause.

Dans certains cas, l'hémoptysie peut être grave et représenter, par ses conséquences respiratoires (inondation bronchique) et/ou hémodynamique (spoliation sanguine), une menace vitale. La prise en charge doit alors considérer, en premier lieu, l'hémoptysie même, et doit viser l'obtention d'une ventilation alvéolaire satisfaisante, la reconstitution de la masse sanguine et l'arrêt du saignement à son origine.

### I- Prise en charge initiale :

#### 1- L'hospitalisation :

Vu le caractère imprévisible de l'hémoptysie, l'hospitalisation s'impose dans tous les cas. En l'absence de gravité l'hospitalisation peut être décidée dans un service de pneumologie. Alors qu'en cas d'hémoptysie grave, le malade doit être adressé, le plus rapidement possible, dans la structure la plus proche dotée en moyens humains et matériels nécessaires permettant de faire face à ce genre de situations et, selon les cas, d'effectuer intubation trachéale, ventilation artificielle, endoscopie bronchique, embolisation ou chirurgie thoracique.

#### 2- Première évaluation à l'entrée :

- Importance de l'hémoptysie : souvent difficile à évaluer.
- Etat respiratoire : seront recherchés les signes d'encombrement bronchique ainsi que la présence d'une insuffisance respiratoire aiguë et/ou chronique.
- Etat de conscience et capacité de toux.
- Etat hémodynamique.
- Examens complémentaires : groupe sanguin, taux d'hémoglobine, gaz du sang artériels, bilan d'hémostase, radiographie du thorax. Cette évaluation initiale servira de référence pour des évaluations ultérieures afin de déceler les moindres stigmates d'une évolution défavorable, notamment vers l'inondation bronchoalvéolaire.

#### 3- Mise en place d'un ou deux abords veineux permettant un bon débit et correctement fixés.

#### 4- Prévention de l'inondation bronchique et rétablissement d'une hématose correcte :

La position en Trendelenburg, malade en décubitus latéral, le côté qui saigne étant déclive, est conseillée en cas d'hémoptysie massive, elle permet de protéger le côté sain contre l'inondation bronchique. En fait, la position demi-assise est, généralement, la mieux acceptée par le malade. En cas d'insuffisance respiratoire une oxygénothérapie sera délivrée par sonde nasale ou par masque facial de manière à obtenir une saturation en oxygène satisfaisante ( $SaO_2 > 90\%$ ). Dans les cas les plus sévères, l'intubation et la ventilation artificielle peuvent s'avérer nécessaires. La ventilation artificielle peut accentuer le saignement et contribuer à l'inondation de la totalité de l'arbre trachéobronchique. L'intubation sélective de la bronche saine ou l'intubation par une sonde à double lumière sont des solutions qui permettent de protéger le côté sain.

#### 5- Reconstitution de la masse sanguine :

Il est rare que le syndrome hémorragique soit au premier plan au cours de l'hémoptysie. La compensation de la perte sanguine doit se faire par du sang isogroupe isorhésus.

#### 6- Les anxiolytiques :

Leur indication peut se justifier par l'angoisse et l'agitation qui accompagne tout saignement. Un entretien rassurant avec le patient est souvent suffisant. Les anxiolytiques sont, toutefois, formellement contre indiqués en cas d'hémoptysie massive ainsi que chez l'insuffisant respiratoire chronique.

#### 7- Les antitussifs :

L'utilisation des antitussifs est controversée. Une toux efficace permet certes d'assurer le drainage bronchique et d'éviter ainsi l'encombrement, mais elle peut aussi entretenir voire accentuer le saignement. C'est dire que les antitussifs doivent être prescrits de façon très prudente et à de faibles doses de manière à ne pas abolir complètement la toux (30 à 60 mg de codéine par voie intramusculaire toutes les 6 heures). Les antitussifs sont formellement contre indiqués chez l'insuffisant respiratoire chronique.

## **II- Interruption du saignement à son origine :**

### 1- Moyens médicaux :

Les vasoconstricteurs sont de loin les plus efficaces. La post-hypophyse est actuellement abandonnée. Elle est remplacée par des analogues de synthèse comme la lysine-8-vasopressine (Diapidâ) ou la terlipressine (Glypressineâ). Le Diapidâ est administré par voie intraveineuse continue, après un éventuel bolus de 5 UI, à la dose moyenne de 5 à 10 UI/h. La posologie est par la suite adaptée en tenant compte du contrôle du saignement et de la tolérance. Les effets secondaires sont fréquents, à type de pâleur, de vertiges, de vomissements et à moyen terme d'hyponatrémie, par action antidiurétique. Les patients coronariens justifient une prudence particulière en raison du risque de vasoconstriction coronaire. La glypressineâ semble mieux tolérée. Elle est utilisée en intraveineuse toutes les 4 heures, de 1 mg si le poids est inférieur à 50 kg, de 15 mg si le poids est entre 50 et 70 kg et de 2 mg si le poids est supérieur à 70 kg. L'adrénaline, habituellement administrée au cours de l'acte endoscopique, peut aussi être administrée en aérosol. Des aérosols contenant 2 à 3 mg d'adrénaline diluée dans 5 ml de sérum physiologique peuvent être administrés d'abord en continu jusqu'à arrêt du saignement puis toutes les 4 heures ou en cas de récurrence. Cette voie d'administration, même si elle n'a jamais été validée dans l'hémoptysie, nous semble très souvent efficace et bien tolérée.

Le recours aux antifibrinolytiques per os (acide epsilon aminocaproïque) ainsi qu'aux substances à action vasculaire comme l'étamsylate (Dicynoneâ) ou le carbazochrome (Adrénoxylâ) est discutable. L'efficacité de ces produits n'a jamais été réellement vérifiée. Arrêt de toute thérapeutique pouvant favoriser le saignement (Héparine, Aspirine). Le traitement à visée étiologique est indispensable lorsqu'il est possible et peut même être suffisant dans les hémoptysies de faible abondance. Il s'agit essentiellement d'un traitement anti-infectieux adapté à l'agent causal, de la correction d'un trouble de la crasse sanguine, d'un traitement à visée cardiaque, de la corticothérapie en cas d'hémosidérose aiguës etc.

### 2- Moyens endoscopiques :

En plus de son indication dans but diagnostique, l'endoscopie bronchique est de plus en plus souvent effectuée à visée thérapeutique au cours de l'hémoptysie. Cette indication n'est toutefois justifiée que dans les hémoptysies de moyenne et de grande abondance. Après repérage le plus précis possible de l'origine du saignement, différents moyens peuvent être

utilisés dans le but de réaliser une hémostase locale : - L'application de vasoconstricteurs (adrénaline diluée ou glypressine) en instillation ou en application par des compresses imbibées par le produit. La vasoconstriction peut aussi être obtenue par l'irrigation de la bronche concernée par du sérum physiologique à 4°C.

- La compression locale peut être réalisée par une sonde de Fogarty introduite par le chenal du bronchoscope ou du fibroscope ou encore poussée à côté du fibroscope. Une fois la sonde placée dans la bronche qui saigne, le ballonnet est gonflé. La sonde de Fogarty peut être gardée en place jusqu'à 24 à 48 heures si nécessaire. Certains associent une intubation dans le but de bloquer la sonde et d'éviter ainsi les déplacements secondaires. Enfin, certains auteurs ont rapporté des cas d'hémoptysies récidivantes traitées avec succès par application locale perfibroscopique d'un bouchon de fibrine.

### 3- Moyens chirurgicaux :

C'est bien la chirurgie qui, la première, a transformé le pronostic immédiat des hémoptysies graves. La place de la chirurgie est actuellement discutée. La chirurgie en urgence est grevée d'une forte mortalité per-opératoire et de nombreuses complications post-opératoires, fistules bronchopleurales notamment. Certains malades sont d'emblée inopérables (insuffisants respiratoires chroniques sévères, cancer disséminé, mucoviscidose, tuberculose). Le siège de saignement peut être difficilement localisable. Enfin, et pour les malades opérables il est rare d'avoir à disposition un bilan bronchique, vasculaire et fonctionnel récent.

Pour ces différentes raisons et vu l'important développement qu'ont connu les techniques endoscopiques et surtout les techniques de radiologie interventionnelle, la chirurgie est, actuellement, le plus souvent considérée en deuxième intention une fois le saignement est parfaitement maîtrisé.

### 4- Moyens radiologiques :

L'embolisation est d'un apport considérable dans la prise en charge des hémoptysies graves ainsi que celle des hémoptysies récidivantes et ceci que ce soit en tant qu'étape préalable permettant de présenter le malade à la chirurgie dans des conditions optimales ou en tant que solution définitive pour les cas inopérables.

### **III- Conclusion :**

Divers moyens thérapeutiques peuvent être envisagés en cas d'hémoptysie. Le choix de l'approche dépend de la gravité de l'hémoptysie et de la disponibilité du plateau technique. Dans les formes graves les différentes approches peuvent être associées entre elles. C'est l'utilisation optimale de ces différentes approches thérapeutiques qui permet de garantir au mieux le pronostic final du malade.