

Prise en charge de l'hémoptyisie grève

Congrès SRLF - Janvier 2000

Pr Thomas Similowski
Unité de Réanimation du service de Pneumologie
Groupe Hospitalier Pitié Salpêtrière
Paris, France

Correspondance :

Pr Thomas SIMILOWSKI
Unité de Réanimation du service de Pneumologie
Groupe Hospitalier Pitié Salpêtrière
47-83, boulevard de l'Hôpital
75651 Paris Cedex 13
tél : 0142176797 fax : 0142176708

adresses électroniques:

thomas.similowski@psl.ap-hop-paris.fr
ts@splf.org

PRISE EN CHARGE DE L'HEMOPTYISIE GRAVE : 10 points importants

1. Définition - fréquence

- L'hémoptyisie se définit comme l'extériorisation par la bouche (ou par l'orifice d'une prothèse endotrachéale), lors d'un effort de toux (par extension, d'une aspiration bronchique) de sang provenant des voies aériennes sous-glottiques.
- Les hémoptyisies graves représentent probablement moins de 5% de toutes les hémoptyisies.
- L'hémoptyisie grave n'est pas une pathologie fréquente en réanimation (rapport CUB-réa 1997 : 17188 séjours en réanimation ; diagnostic "hémoptyisie" : n= 181, 68% en diagnostic principal, 32% en diagnostic associé ; 0,7% des diagnostics relevés). Il s'agit néanmoins d'un problème important dans la mesure où elle met en jeu le pronostic vital à court terme et nécessite une prise en charge spécifique.

2. Caractère massif

- On trouve dans la littérature des définitions variées de l'hémoptyisie massive. La notion "d'hémoptyisie menaçant la vie" est pragmatique, et correspond grossièrement à un saignement supérieur à 200 ml/h chez un patient ayant une fonction respiratoire sous-jacente normale ou 50 ml/h chez un patient porteur d'une insuffisance respiratoire chronique. Deux épisodes d'hémoptyisie modérée (plus de 30 ml) malgré l'administration de vasoconstricteurs par voie parentérale constituent une hémoptyisie grave.
- Une part de subjectivité intervient souvent dans l'évaluation de la gravité d'une hémoptyisie.

3. Contexte et causes

- Le risque médical majeur de l'hémoptysie n'est pas lié à la spoliation sanguine mais au risque asphyxique.
- Des anomalies au niveau de la circulation systémique bronchique sont le plus souvent en cause dans le mécanisme de l'hémoptysie ; c'est beaucoup rarement le cas pour la circulation pulmonaire ou les gros vaisseaux intra-thoraciques.
- Les principales causes d'hémoptysie grave sont les dilatations des bronches, la tuberculose active ou séquellaire, le cancer bronchique, les aspergillomes ou l'aspergillose semi-invasive ou invasive. Il y a d'autres causes plus rares (certaines cardiopathies congénitales avec obstacle sur la circulation pulmonaire, certaines formes de coeur pulmonaire chronique post-embolique).

4. Diagnostic

- La stratégie diagnostique comporte trois aspects :
- Confirmer l'hémoptysie (diagnostic différentiel, non pas tant de saignement digestif, mais plutôt de saignements ORL, parfois d'hémorragie alvéolaire).
- Préciser le site, ou au minimum le côté, du saignement.
- Préciser le diagnostic étiologique.
- Elle repose sur l'anamnèse, une radiographie de thorax, un bilan d'hémostase, et une endoscopie bronchique en urgence.

5. Prise en charge thérapeutique initiale : traitement médical

- "Mise en condition" standard incluant une oxygénothérapie intensive ; l'assistance ventilatoire est rarement nécessaire en raison de la détresse respiratoire, MAIS :
- L'intubation peut être rendue indispensable pour assurer la liberté des voies aériennes et permettre les investigations ; il en va de même de la sédation, parfois impérative simplement pour permettre la prise en charge d'un patient agité, anxieux, dans un contexte difficile techniquement (endoscopie, transport en radiologie...) ; l'intubation d'emblée sélective du côté sain (lésions radiologiques évidentes, contexte clinique - plaie isolée du thorax -). ne saignant pas peut contribuer au traitement (sondes de Carlens classiques mais actuellement exceptionnellement utilisées).
- Un trouble de l'hémostase éventuel doit être corrigé (antagonistes en cas de surdosage en anticoagulants, transfusion plaquettaire..).
- L'administration de vasoconstricteurs par voie intra-veineuse est une pratique courante, mais non validée par des études contrôlées (exemples de protocole : lysine-8-vasopressine -Diapid®- IVSE : 10U/h pendant 10-30', puis 1 à 10U/h ; terlipressine -Glypressine®- : 2mg IVL puis 1 à 2 mg toutes les 4 heures, en discontinu ou continu ; contre-indiqués en cas d'insuffisance coronarienne).
- Le traitement étiologique médicamenteux n'a pas sa place en urgence (antituberculeux, antibiotiques ...).

6. Prise en charge diagnostique et thérapeutique : endoscopie bronchique

• INDISPENSABLE ET URGENTE

- Elle confirme le diagnostic d'hémoptysie, par opposition aux saignements ORL et à l'hémorragie alvéolaire.
- Elle localise l'origine du saignement (essentiel au guidage de l'artériographie bronchique)
- Elle peut contribuer au diagnostic étiologique (lésion, aspect endobronchique).
- Elle peut contribuer au traitement (aide à l'intubation +++, instillation locale d'adrénaline)

7. Prise en charge thérapeutique : radiologie interventionnelle

- ARTERIOGRAPHIE BRONCHIQUE essentiellement
 - Précise le site du saignement (souvent, LES sites, bronchiques ou non bronchiques, mais la recherche doit rester minimaliste), peut contribuer au diagnostic étiologique.
 - Embolisation artérielle bronchique (Spongel®, microsphères).
 - Contre-indiquée si visualisation d'une artère spinale antérieure.
 - Risques significatifs (Nécrose bronchique ou oesophagienne, fistule bronchooesophagienne, nécrose myocardique, embolie systémique, ischémie médullaire).
 - Echec 10%, récurrence après 30j 10-20%.
-
- BEAUCOUP PLUS RAREMENT : vasoocclusion artérielle pulmonaire
 - traitement de choix de :
 - malformations artério-veineuses isolées ou dans le cadre du Rendu-Osler ;
 - traumatisme distal de l'artère pulmonaire (sonde de Swan-Ganz) ;
 - faux anévrisme de l'artère pulmonaire (tuberculose, aspergillome, abcès) ;
 - occlusion par ressorts.
 - complications non exceptionnelles (passage systémique, infarctus pulmonaire...).
 - demande une expérience particulière, rarement disponible.

8. Prise en charge thérapeutique : endoscopie interventionnelle

- Les différentes techniques d'endoscopie interventionnelle (laser, cryothérapie...) sont à la limite du traitement étiologique et du traitement symptomatique ; une hémoptysie sur une tumeur quasi-obstructive des grosses voies aériennes peut en être une bonne indication.

9. Prise en charge thérapeutique : chirurgie

- La ligature d'une artère bronchique qui saigne n'a pas d'intérêt; la chirurgie repose sur lobectomie ou pneumonectomie, voire marsupialisation ou "packing".
- Arrête le saignement ET prévient la récurrence SI zone malade limitée.
- Pas toujours possible (insuffisance respiratoire sous-jacente, lésions diffuses, localisation impossible), dangereuse (mortalité > 15%).
- Séries anciennes, pas de comparaison avec embolisation artérielle bronchique ou traitement médical.

10. Hémoptysie massive par ulcération du tronc artériel brachio-céphalique

- devenue exceptionnelle
- y penser néanmoins en cas d'hémoptysie chez un malade trachéotomisé sans cause évidente
- NE PAS DECANULER ; BLOC en urgence, ± artériographie gros troncs préalable

Quelques références

1. Ramon, P., B. Wallaert, M. Derollez, J.P. D'Odemont, and A.B. Tonnel. 1989. Traitement des hémoptysies graves par la terlipressine. Etude de l'efficacité et de la tolérance du produit. *Rev Mal Respir* 6:365-8.
2. Mal, H., I. Rullon, F. Mellot, O. Brugiere, C. Sleiman, Y. Menu, and M. Fournier. 1999. Immediate and long-term results of bronchial artery embolization for life-threatening hemoptysis [see comments]. *Chest* 115:996-1001.
3. Shivaram, U., P. Finch, and P. Nowak. 1987. Plastic endobronchial tubes in the management of life-threatening hemoptysis. *Chest* 92:1108-10.
4. Cahill, B.C., and D.H. Ingbar. 1994. Massive hemoptysis. Assessment and management. *Clin Chest Med* 15:147-67.
5. Knott-Craig, C.J., J.G. Oostuizen, G. Rossouw, J.R. Joubert, and P.M. Barnard. 1993. Management and prognosis of massive hemoptysis. Recent experience with 120 patients. *J Thorac Cardiovasc Surg* 105:394-7.