

Une hémoptysie doit toujours être considérée comme une urgence, quelle que soit son abondance.

CODEx  **S-ECN.COM**

TTT

	Traitement médical	→ Hospitalisation systématique en milieu spécialisé (soins continus, réanimation)		
		- Repos au lit strict		
		- Mise en conditions (selon la gravité) : pose de 1 ou 2 VVP, scope (saturation, FR, FC, PA)		
		- Oxygénothérapie souvent nécessaire (surtout si pathologie respiratoire sous-jacente ou volume d'hémoptysie abondant) : objectif de saturation ≥ 90%		
	- Arrêt des traitements anticoagulants si possible ± vitamine K ± PPSB			
	- Antibiothérapie : si bronchectasie compliquée de surinfection bronchique, mucoviscidose, pneumonie bactérienne, abcès pulmonaire			
	Vaso-constricteur IV	= Terlipressine (1 mg IVL toutes les 4-6h) ou vasopressine : si hémoptysie grave		
	- Utilisation prudente/ CI : HTA, cardiopathie ischémique			
	- EI :			
	. Vasoconstriction coronaire (IDM), splanchnique, cérébrale (AVC)			
. Hyponatrémie en cas d'utilisation prolongée				
Protection des voies aériennes	= En cas d'hémoptysie massive :			
	- Décubitus latéral du côté du saignement (si connu)			
	Intubation avec ventilation mécanique	= Dans les formes sévères : protection des voies aériennes par		
		- Sonde à double lumière de Carlens		
		- A défaut :		
		. Intubation sélective du côté sain		
		. Sonde à ballonnet dans la bronche souche du côté atteint		
Traitement endoscopique	= Lors de la fibroscopie : instillation locale , d'efficacité limitée			
- Toilette bronchique avec aspiration des caillots				
→ La mobilisation du caillot en rapport avec le saignement est à proscrire				
- Sérum physiologique glacé (instillations répétées par bolus de 20 à 50 mg)				
- En cas d'échec ou d'hémoptysie très abondante : Xylocaïne® adrénalinée ou sérum physiologique adrénaliné, terlipressine				
Embolisation artérielle bronchique (EAB)	= Radiologie interventionnelle :			
	. Contrôle de l'hémoptysie dans 80 à 90% des cas			
	. Absence de récurrence à moyen/long terme dans 60-80% des cas			
	- Traitement de choix (si disponible) :			
	. D'emblée en cas d'hémoptysie grave			
. Si échec des vasoconstricteurs				
→ Réalisé à distance (> 6h) de l'injection de vasoconstricteurs (terlipressine)				
- Uniquement sur un patient stable hémodynamiquement				
	Réalisation	- Repérage des artères bronchiques en cause		
	- Identification de leur caractère anormal éventuel : élargissement, hyper-vascularisation, shunt systémo-pulmonaire			
	Complication	- Caractère actif d'un saignement : flaque (<i>blush</i>) de produit de contraste		
		- Injection de particules ou de spirales pour obstruer l'artère atteinte		
	Complication	- Embolisation du rameau médullaire : ischémie médullaire		
		- Embolisation du rameau œsophagien : nécrose de l'œsophage		
		- Embole artériel		
Embolisation artérielle pulmonaire		= Vaso-occlusion artérielle pulmonaire par radiologie interventionnelle : en cas de saignement artériel pulmonaire		
Traitement chirurgical	= Lobectomie voire pneumectomie : traitement radical de la lésion responsable de l'hémoptysie			
	- Seulement si :			
	. Zone pathologique limitée (à un lobe, ou au moins à un poumon)			
	. Fonction respiratoire autorisant la résection pulmonaire			
	Indication	En urgence	- Uniquement en cas d'échec de l'EAB	
		→ Mortalité importante = 40%		
	A distance	= Prévention de la récurrence : indiqué si		
		- Lésion localisée avec hémoptysie récidivante ou abondante : DDB localisées		
		- Lésion à haut risque hémorragique : aspergillose, cancer bronchique		
		- Mécanisme artériel pulmonaire		

HEMORRAGIE INTRA-ALVEOLAIRE

Hémorragie intra-alvéolaire = irruption de sang dans l'alvéole pulmonaire suite à l'agression de la barrière alvéolo-capillaire
 - Complication aiguë rare, engageant le pronostic vital (20 à 100% de mortalité)

Étiologie	Cause auto-immune	- Vascularite : polyangéite microscopique et granulomatose avec polyangéite principalement - Maladie de Goodpasture : Ac anti-MBG circulant, touche le sujet jeune et fumeur principalement - Collagénose : lupus principalement → Syndrome pneumo-rénal fréquent : protéinurie, hématurie, IR rapidement progressive
	Cause non immune	- Rétrécissement mitral - Œdème pulmonaire cardiogénique - Coagulopathie : anticoagulant, CIVD, purpura thrombopénique - Médicamenteux : D-pénicillamine, amiodarone, azathioprine, acide transrétinoïque, méthotrexate - Toxique : cocaïne - Infection : leptospirose, hantavirus, aspergillose invasive, Candida, infection à CMV, grippe maligne - Néphropathie à IgA - SAPL - Maladie coeliaque - Idiopathique (hémosidérose idiopathique)
Diagnostic	Diagnostic positif	- Hémoptysie (2/3 des cas) : rarement abondante - Insuffisance respiratoire aiguë - Anémie d'installation brutale - Infiltrats pulmonaires radiologiques : images micronodulaires, évoluant vers des opacités alvéolaires - LBA = confirmation : . Liquide uniformément hémorragique . Liquide rosé avec nombreuses hématies . Liquide clair/grisé avec > 20-30% de sidérophages ou score de Golde > 20
	Bilan	- Signes extra-pulmonaires : arthralgie, rhinite, perforation nasale, conjonctivite, atteinte cutanée... - BU et bilan rénal systématique : syndrome pneumo-rénal (cause immune principalement) - Bilan immunologique : ANCA, anti-MBG, AAN, dosage du complément - Ponction-biopsie rénale en cas d'atteinte rénale : orientation étiologique - Biopsie pulmonaire : en dernier recours
TTT		- TTT symptomatique : oxygénothérapie, ventilation mécanique, transfusion... - Corticothérapie à forte dose en bolus - Cyclophosphamide : en cas de vascularite, de lupus ou de syndrome de Goodpasture - Echange plasmatique : en cas de syndrome de Goodpasture