

Prise en charge des hémoptysies en réanimation

Valentin Cassinat

Service de Médecine intensive réanimation

Hôpital Tenon, Assistance Publique- Hôpitaux de Paris. Sorbonne Université

vcassinat@gmail.com

Je n'ai pas de conflit d'intérêt

1 Le sang provient-il des voies aériennes sous glottiques ?



2 Quelle est la gravité de l'hémoptysie ?



3 Quel est le mécanisme de l'hémoptysie ?

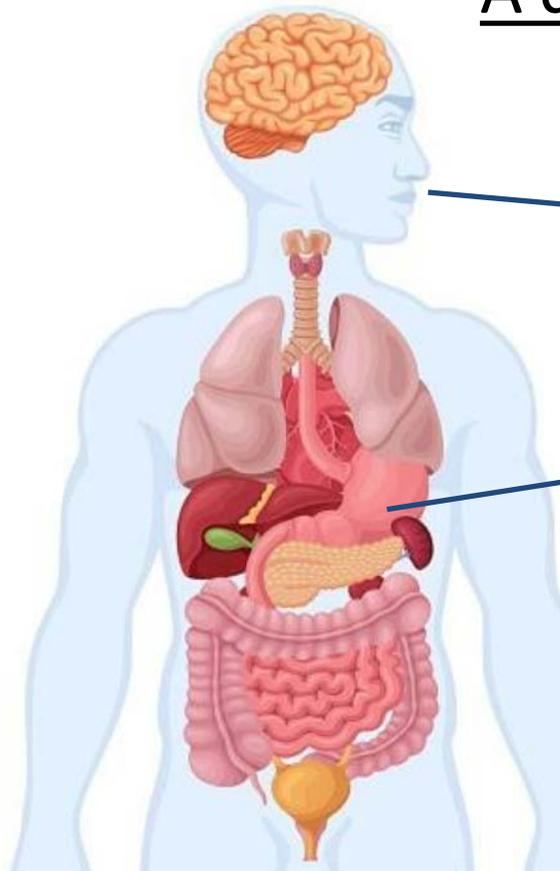


4 Quelle est la cause de l'hémoptysie ?

Q1. Est-ce bien une hémoptysie ?

Définition = Expectoration de sang rouge vif provenant de l'arbre aérien sous-glottique, au cours d'un effort de toux

À distinguer de / Éliminer les autres diagnostics



- Saignements ORL

- Hématémèse



Est-ce grave ?

Critères de gravité

1. Volume / débit de sang expectoré en 24 h

Faible abondance : <50ml

Moyenne abondance : 50-200ml

Grande abondance : >200ml

2. Tolérance respiratoire *d'avantage qu'hémodynamique*

(risque = asphyxie)

(Recours à la ventilation mécanique (15%-20% des patients admis en réanimation))

3. Comorbidités respiratoires et cardiovasculaires, traitements anticoagulants ou antiagrégants
4. Certaines étiologies : cancer bronchique, aspergillome
5. Mécanisme artériel pulmonaire



Quel mécanisme et quelle étiologie ?

Mécanisme

- **Hémoptysie liée à une hypervascularisation systémique bronchique 90 % :**

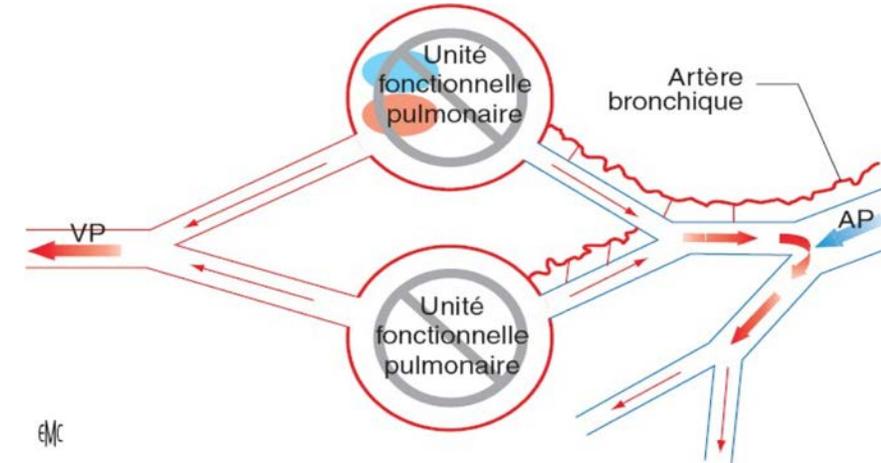
- Destruction et/ou Érosion du lit capillaire pulmonaire (inflammations bronchiques chroniques/répétées). Ces modifications structurelles augmentent la fragilité des artères bronchiques → Création d'anastomoses/dilations.

Aspergillose, tuberculose (active ou séquellaire), cancer bronchique, dilatation des bronches, pneumonies.

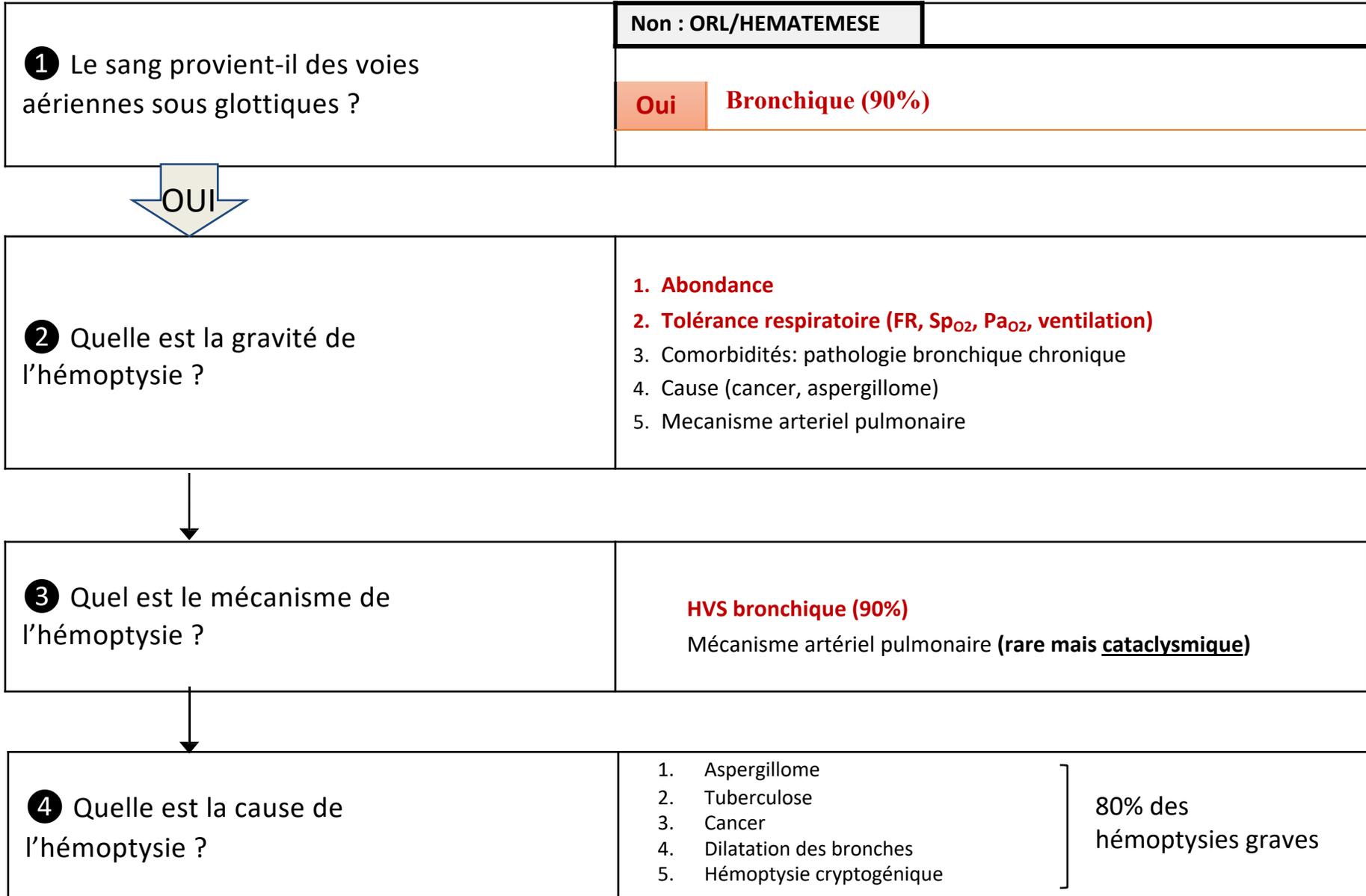
- **Hémoptysie liée à l'artère pulmonaire 10 %**

- Rupture ou fistule artérioveineuse pulmonaire

Pneumonie nécrosante, tuberculose grave (Anévrisme artériel pulmonaire)



RARE mais **cataclysmique**, pas d'efficacité de la glypressine, radio-interventionnelle+++



Quelle prise en soin initiale ?

Sonde d'aspiration



Matériel oxygénation



Chariot d'urgence/fibro



BK Crachats



Isolement Respiratoire

» PRÉCAUTIONS COMPLÉMENTAIRES

AIR »

PROFESSIONNELS	VISITEURS
1. Désinfection des mains avec PHA À l'entrée et dès la sortie de la chambre	Désinfection systématique des mains avec PHA À l'entrée et dès la sortie de la chambre
1. Masque FFP2 Avant de rentrer dans la chambre (même en l'absence de patient) ; vérifier l'étanchéité avec Fit-Check ; Jeter à l'extérieur de la chambre (DMA).	Masque FFP2 avant d'entrer et réaliser un fit-check Jeter à l'extérieur de la chambre
3. Chambre individuelle	
4. Porte fermée NB : Binettiage (linge, tri des déchets) : selon procédure habituelle	

PATIENT
Masque chirurgical dans la chambre en présence d'une autre personne ; dès la sortie de la chambre
Désinfection des mains avec PHA À l'entrée et dès la sortie de la chambre
Chambre individuelle / Porte fermée

DÈS LA SORTIE DE LA CHAMBRE : DÉSINFECTION DES MAINS AVEC PHA

ASSISTANCE PUBLIQUE HÔPITAL DE PARIS

Crachoirs/haricots



Terlipressine



Alerter



Oxygénation = urgence

Protection des voies aériennes supérieures

Position Demi-assise pour faciliter expectoration/ventilation

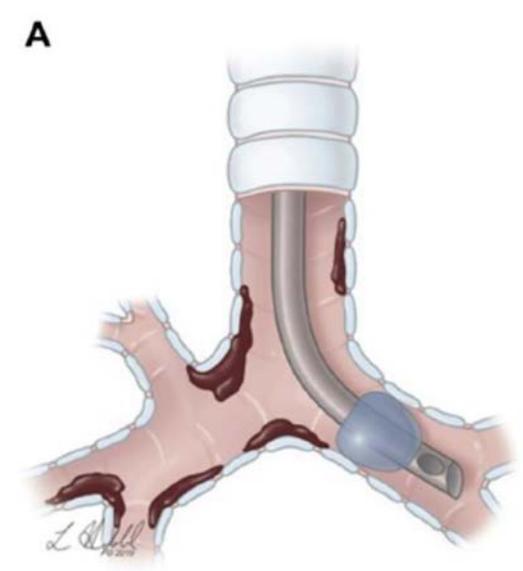
Si mauvaise tolérance :

Intubation (sonde classique et Gros calibre)

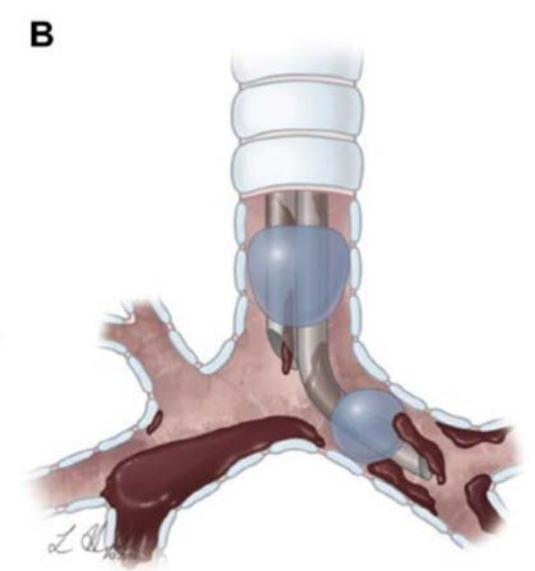
+/- pour ventilation uni-pulmonaire

Sonde double-lumière rarement utilisée (car 2x petits calibres)

---> Contrôle de l'hémoptysie <---



Intubation uni-pulmonaire avec sonde IOT classique

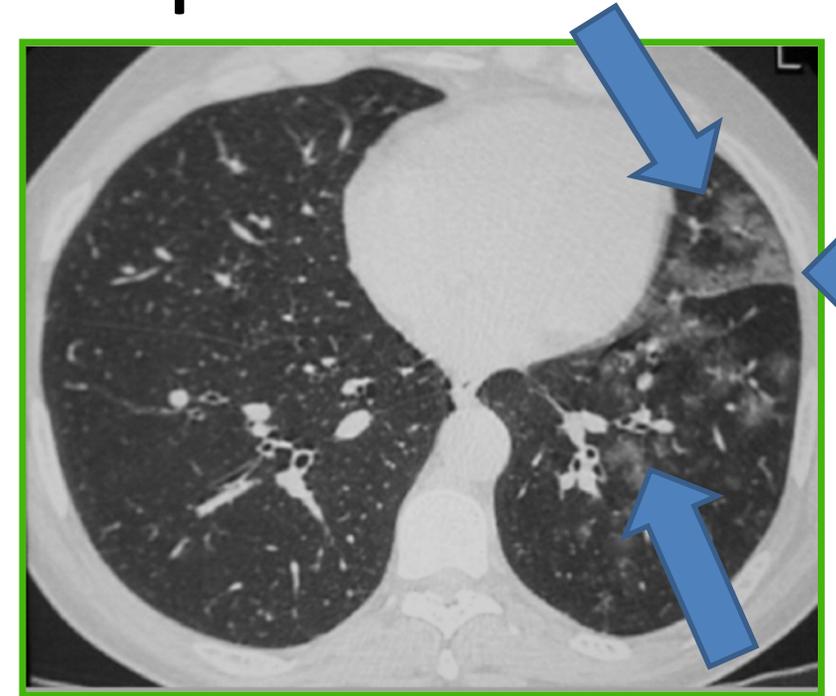


Intubation uni-pulmonaire avec sonde de Carlens

Angioscanner thoracique

-examen clé-

- **Localiser l'hémoptysie**
- **Préciser l'étiologie et le mécanisme: donc la conduite à tenir**

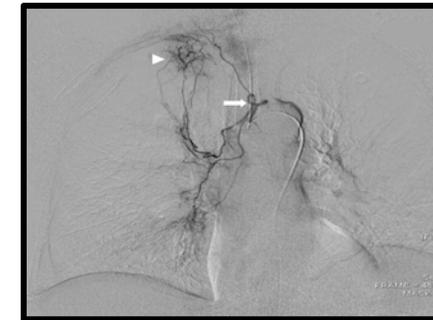


Angioscanner: Coupe transversale thoracique

Traitement par radiologie vasculaire Interventionnelle (artério-embolisation)

Procédure thérapeutique visant à stopper une hémorragie pulmonaire (responsable de l'hémoptysie) en bloquant le flux sanguin (des zones hémorragiques)

- Insertion d'un cathéter via l'artère fémorale → artères bronchiques
- Embolisation à l'aide de microbilles ou autres agents embolisants



Traitement de première intention des hémoptysies graves

Chez **Patient stabilisé**

Et **Après TDM**

(Si possible, à distance de traitement vasoconstricteur)



Et la fibroscopie bronchique ?



Localisation de l'hémoptysie si scanner non localisateur

Traitement local

Toilette bronchique

Traitement topique chimique

Application directe d'un produit (chimique) sur la peau/surface pour traiter une affection locale)

- **Sérum physiologique froid**
- **Xylocaïne adrénalinée**
- **Sérum physiologique adrénaliné**
- **Terlipressine/Acide tranexamique**

Toilette bronchique

- **Elimination des sécrétions**
- **Libération voies aériennes**
- **Contrôle de l'hémorragie**

RESPECTER LE CAILLOT tant que
l'arterioembolisation n'est pas réalisée sous
peine d'une récivide **massive**



Moule bronchique à H+24
post-AEB (fibro pour toilette
bronchique)

Traitement vasoconstricteur (IV)

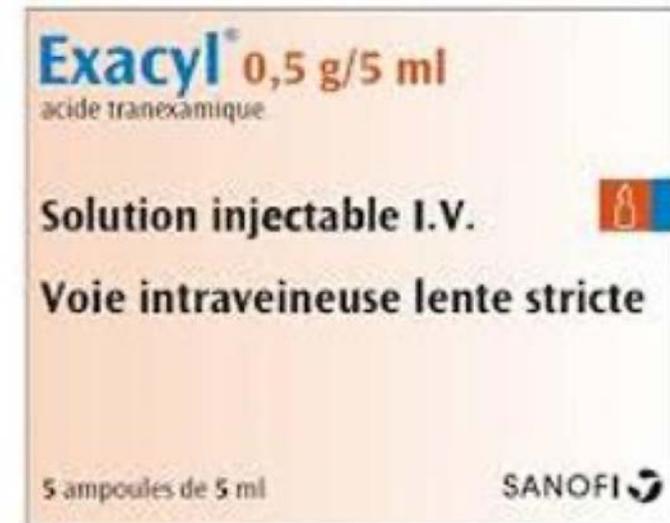
- **Terlipressine (glypressine)**
 - Vasopresseur de la circulation sanguine systémique
 - 1mg toutes les 4 à 6h (IVL ~20mn)



Vasopression durable qui peut permettre le transport du patient

Traitement médicamenteux (IV/Aérosol)

- **Acide tranexamique (Exacyl)**
 - Anti-fibrinolytique
 - *inhibent le processus de fibrinolyse*

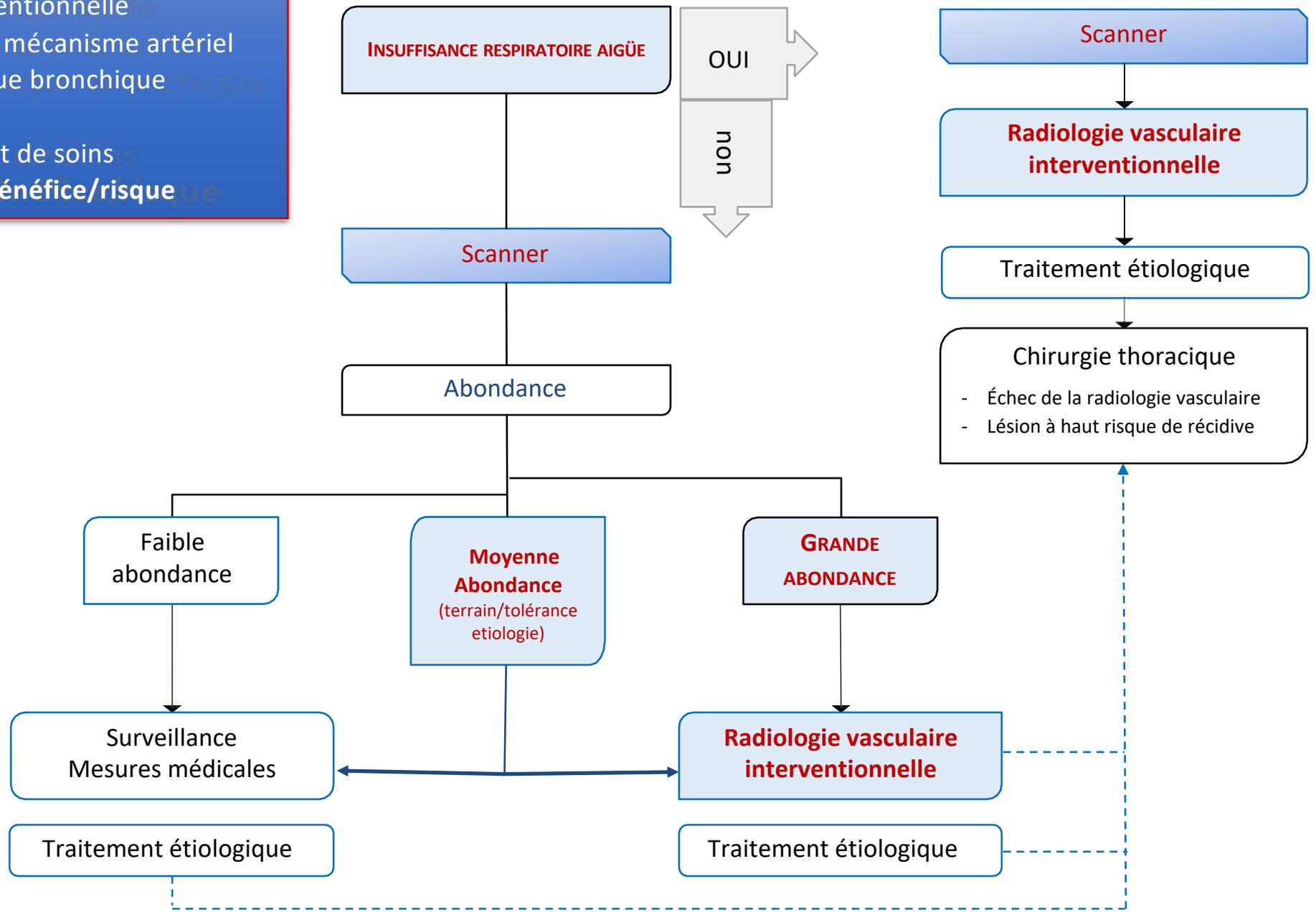
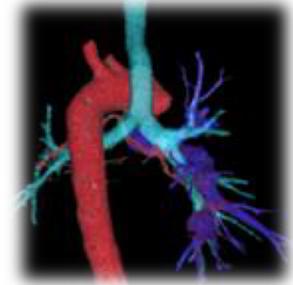


Traitement chirurgical

(rare)

- **Si échec / persistance / récurrence précoce après la radiologie vasculaire interventionnelle**

R₁ Radiologie vasculaire re
 in interventionnelle
 Hy > 100 ml de mécanisme artériel
 artérielsystémique bronchique
 P Projet de soins s
 R₂ Rapport bénéfice/risque



Post Artério-embolisation

Surveillance du site d'insertion +++



Pansement compressif

- **Surveillance prolongée**
- **Mobilisation limitée jambe**
(repos strict au lit ~12h)
- **Contrôle fréquent du pansement**
(+++post artério)

Pansement Non-compressif (Femoseal)

Le Femoseal est un dispositif de fermeture vasculaire qui scelle l'artère immédiatement après le retrait de l'introducteur, sans nécessiter de compression prolongée.

- **Mobilisation + rapide**
(repos strict au lit ~4h)
- **Moins de surveillance intensive**

- **Surveillance signes d'ischémie**

(Chaleur, pouls pédieux, coloration, sensibilité)

Dans les deux cas :

- **Surveillance récidive hémoptysie**

(quantifier volume/aspect (sang rouge vif/foncé))

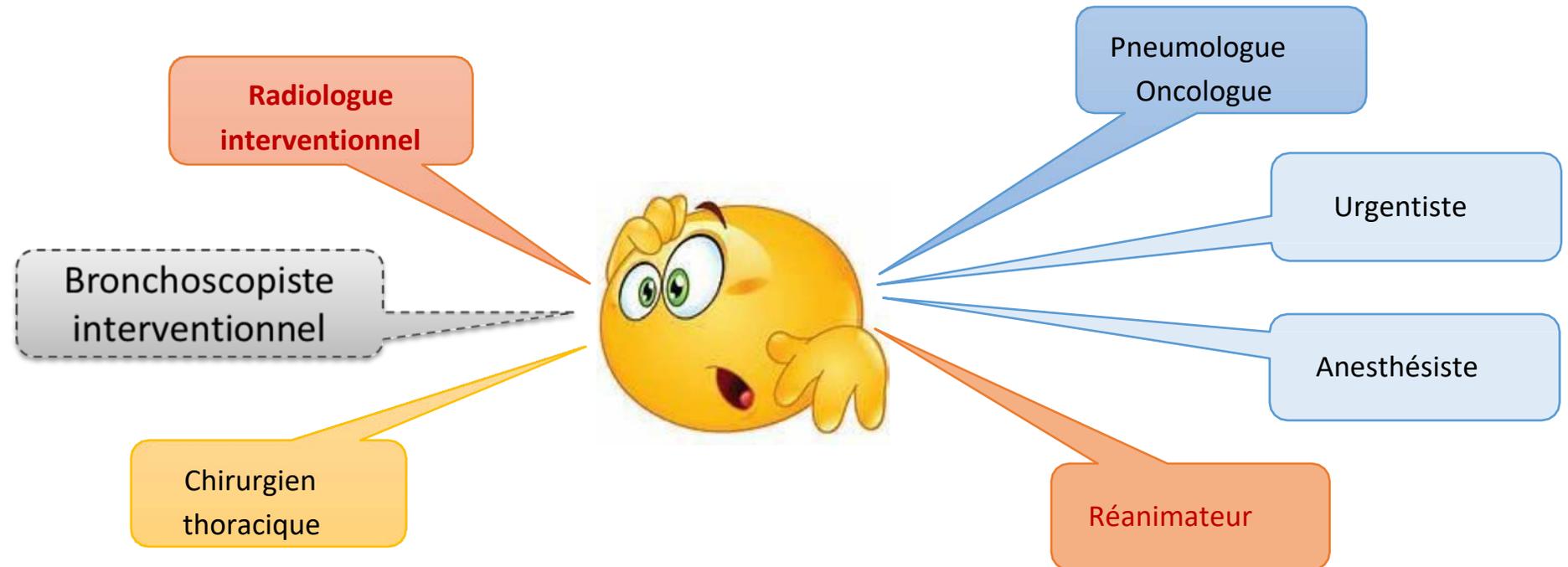
Objectifs initiaux de la prise en soin paramédicale

Prévenir l'obstruction des voies respiratoires et l'aggravation de l'état respiratoire

- **Surveillance signes de détresse respiratoire**
- **Quantification de l'hémoptysie** (combien?, aspect : sang rouge? vieux sang?)
- **Positionnement** (demi-assis)
- **Aspiration des sécrétions** (aspiration forte, sonde d'aspiration de gros calibre)
- **Oxygénation adéquate** ($SpO_2 \geq 95\%$)
- **Préparation matériel d'intubation orotrachéale** (Gros calibre)(si mauvaise tolérance respiratoire)

- Limiter les mouvements et la toux
- Administration des thérapeutiques
- Réduire l'anxiété du patient (communication, réassurance)

Multidisciplinarité & Collaboration étroite → Prise en soin coordonnée



- Abondance et tolérance
- Mécanisme (HVS 90%)
- Cause (aspergillose, tuberculose, cancer)

- Projet thérapeutique (maladie causale, souhaits du patient)
- Risques évolutifs (hémoptysie)
- Risques liés aux procédures