



item 201

Hémoptysie



Tumeurs bronchopulmonaires*

Dilatations des bronches (bronchectasies) localisées ou diffuses*

Tuberculose*

- évolutive : érosion vasculaire par une caverne
- séquelles : dilatations des bronches secondaires, aspergillome sur une caverne détergée

Hémoptysie idiopathique[°] (ou cryptogénique)*

Infections pulmonaires (en dehors de la tuberculose)

- infections aspergillaires (aspergillomes*, aspergillose invasive ou semi-invasive)
- Pneumopathies infectieuses nécrosantes

Causes vasculaires (en dehors du cas de l'hémorragie alvéolaire)

- embolie pulmonaire
- hypertension pulmonaire
- anévrysmes et malformations artério-veineuses (isolées ou dans cadre d'une maladie de Rendu-Osler)

Hémorragies alvéolaires

- insuffisance cardiaque gauche et rétrécissement mitral
- médicaments ou toxiques (pénicillamine, isocyanates, crack, anticoagulants)
- vascularites & collagénoses (lupus)
- syndrome de Goodpasture

[°] La forme idiopathique (encore appelée hémoptysie cryptogénique) n'est retenue que lorsque des examens de référence (scanner thoracique et endoscopie bronchique) ne permettent pas d'identifier l'étiologie de l'hémoptysie. Cette forme représente 10 à 25% des cas selon les séries).

- Principales étiologies des hémoptysies (les plus fréquentes sont marquées d'une *)



Figure 1 : une cuillère à soupe pleine au $\frac{3}{4}$ représente environ 10 ml; un verre ou un crachoir plein au $\frac{3}{4}$ représente environ 100 ml ; un haricot (ou un bol) plein au $\frac{3}{4}$ représente environ 500 ml.

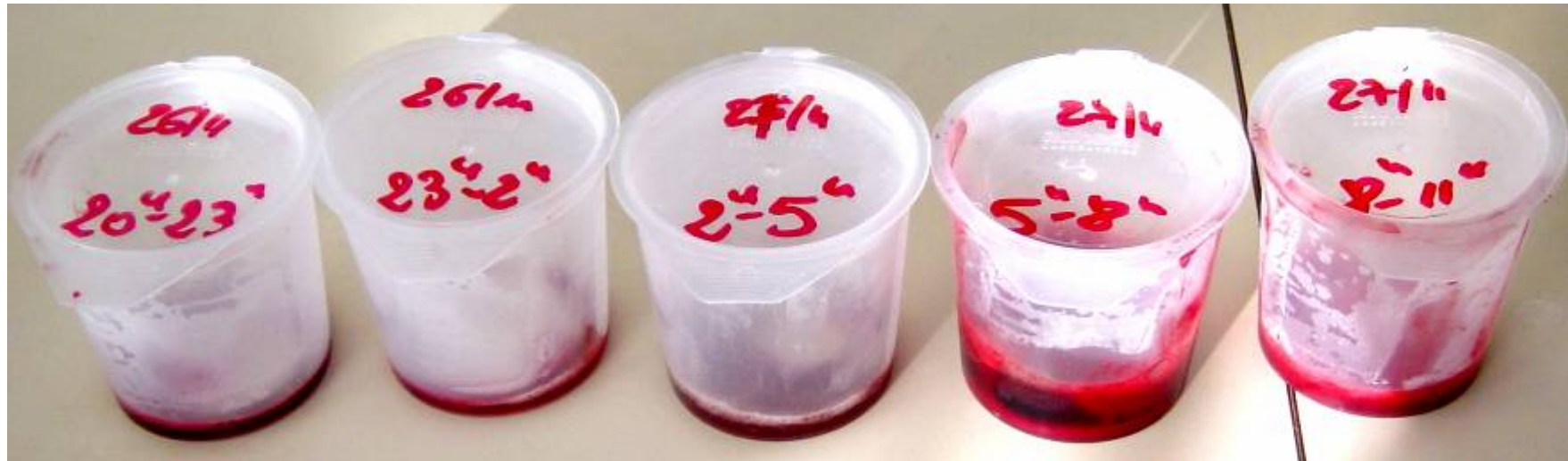


Figure 2 : surveillance du saignement par recueil de toutes les expectorations par tranches de 3 heures

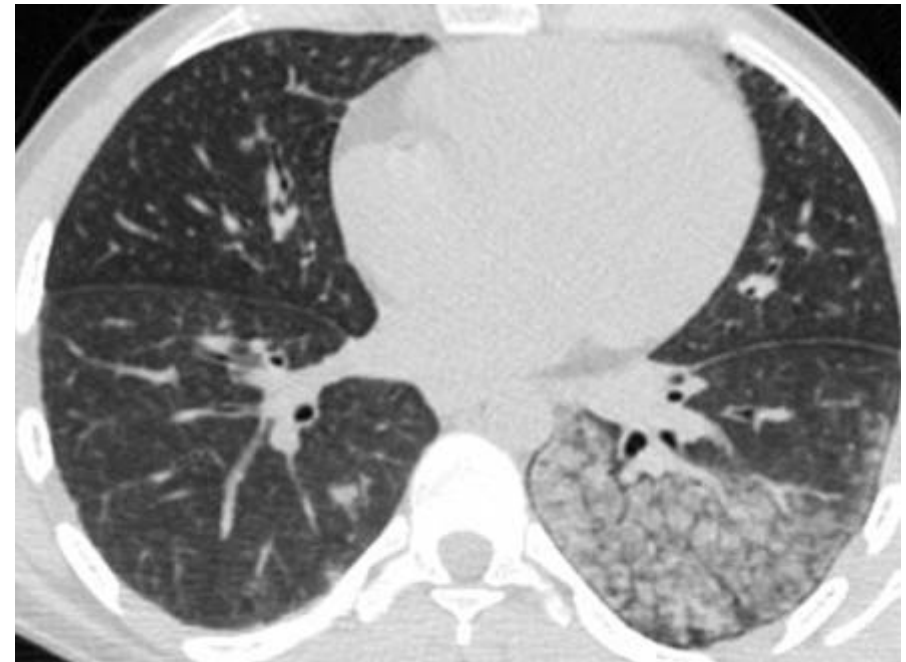
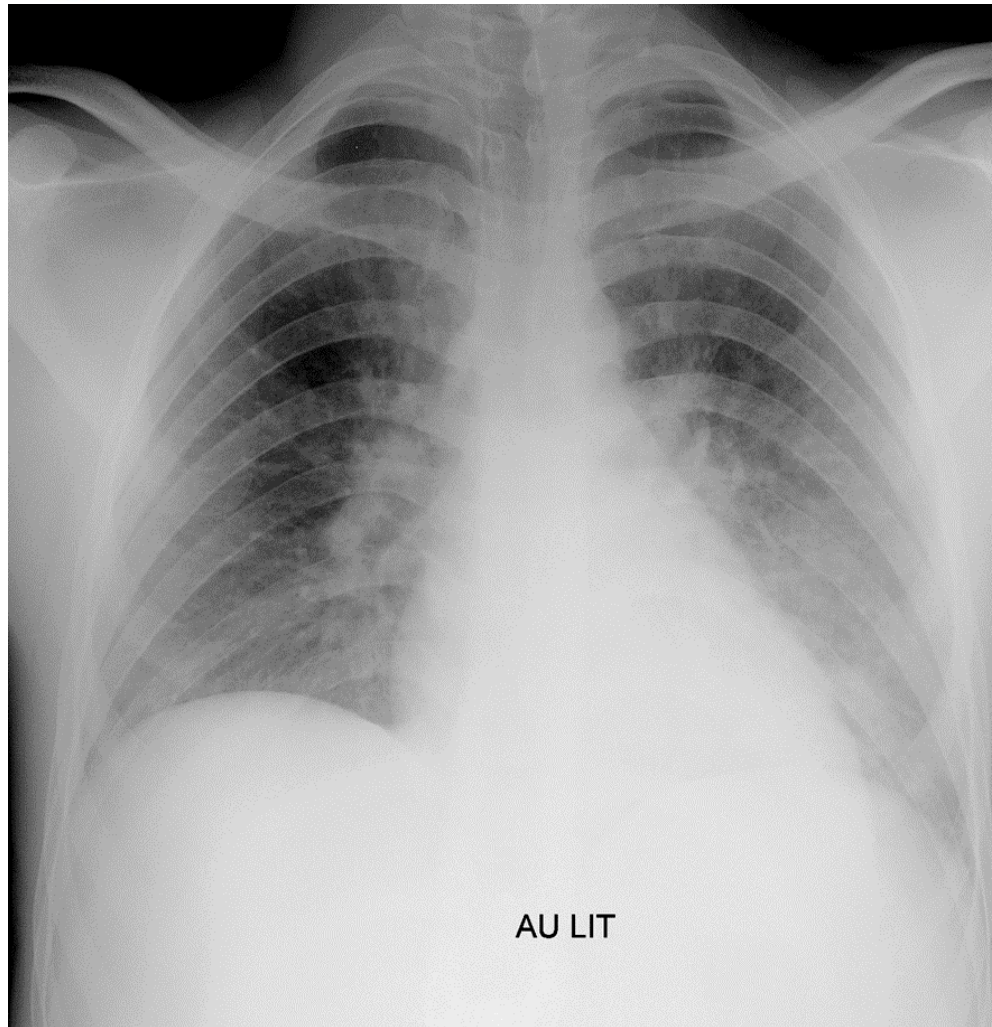


Figure 3 : hémoptysie de moyenne abondance, râles crépitants en base gauche, doute sur des infiltrats en arrière de la silhouette cardiaque sur la radiographie. Le scanner montre clairement un comblement alvéolaire du lobe inférieur gauche.

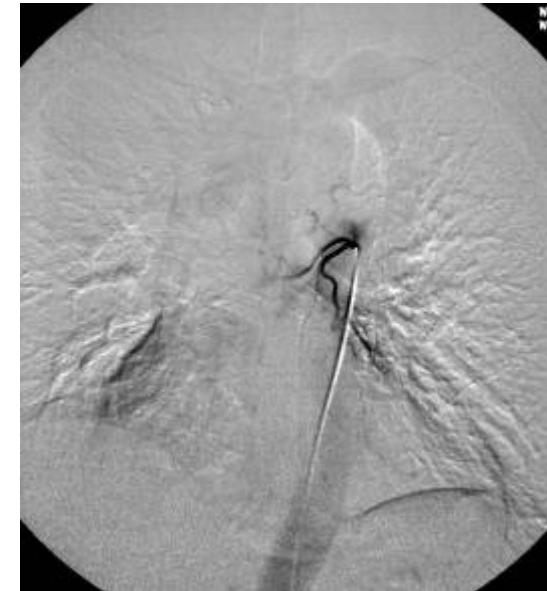
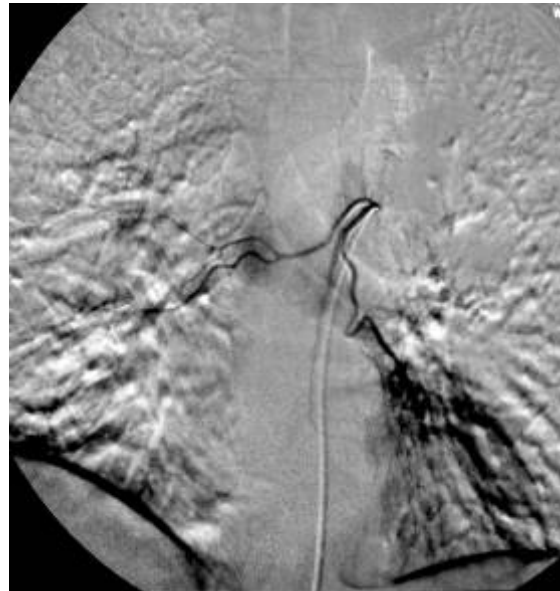
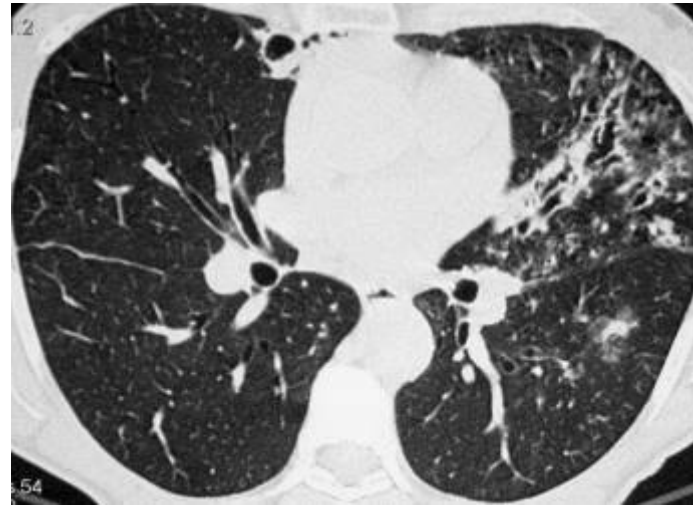


Figure 4 : hémoptysie de moyenne abondance chez une femme de 29 ans, qui tousse et qui crache depuis près de 15 ans. Cliché de thorax (A) : doute sur un infiltrat paracardiaque gauche. Le scanner thoracique (B) montre des bronchectasies étendues de la lingula, mais aussi, en controlatéral, au niveau du lobe moyen. L'artériographie bronchique (C) montre une nette hypervascularisation de la lingula qui disparaît après embolisation (D)