

FORMATION MÉDICALE CONTINUE : LE POINT SUR...

Hémoptysie grave : du diagnostic à l'embolisation[☆]



A. Khalil^{a,b,*}, B. Fedida^{a,e}, A. Parrot^d, S. Haddad^{a,e},
M. Fartoukh^{d,e}, M.-F. Carette^{a,e}

^a Service de radiologie, hôpital Tenon, 75020 Paris, France

^b Service de radiologie, hôpital Bichat, 46, rue Henri-Huchard, 75018 Paris, France

^c Université Paris VII, 75013 Paris France

^d Service de réanimation, hôpital Tenon, 75020 Paris, France

^e Université Paris VI, 75005 Paris France

MOTS CLÉS

Poumon ;
Hémoptysie ;
Radiologie
interventionnelle ;
Embolisation ;
Angio-TDM

Résumé L'hémoptysie grave met en jeu le pronostic vital des patients par asphyxie. Sa prise en charge diagnostique et thérapeutique est donc urgente. L'imagerie thoracique est primordiale, l'angio-TDM volumique permet de faire un bilan exhaustif non invasif comprenant la localisation, le mécanisme, la cause et la gravité de l'hémoptysie. Il est une étape incontournable dans la préparation du traitement endovasculaire. Le traitement endovasculaire est le traitement invasif de première intention, notamment l'artériographie bronchique avec embolisation dans la majorité des cas (plus de 90%) et la vaso-occlusion de l'artère pulmonaire dans moins de 10% des cas. Le contrôle de l'hémoptysie est obtenu dans 65 à 92% des cas selon les étiologies.

© 2015 Éditions françaises de radiologie. Publié par Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

L'hémoptysie est l'extériorisation par la bouche du sang rouge et aéré lors d'un effort de toux d'origine sous-glottique. Elle correspond au passage du sang du secteur vasculaire thoracique vers le secteur aérien. L'hémoptysie

symptôme est fréquente en pneumologie, elle représente 10 à 15% des motifs de consultation de pneumologie hospitalière. Elle représente un signal d'alarme pour l'exploration étiologique [1,2]. L'hémoptysie maladie ou hémoptysie grave (HG) met en jeu le pronostic vital avec une mortalité dépassant 50% en l'absence de contrôle du saignement [3,4]. Elle nécessite une prise en charge rapide et simultanée, à la fois diagnostique (mécanisme et cause) et thérapeutique [5]. L'embolisation des artères bronchiques est désormais le traitement de 1^{re} ligne [5] pour contrôler le saignement. Les indications du traitement endovasculaire sont indiscutables en cas d'hémoptysie alarmante par le débit (supérieur à 200 mL/24–48 h), le retentissement

DOI de l'article original :

<http://dx.doi.org/10.1016/j.diii.2015.06.007>.

[☆] Ne pas utiliser, pour citation, la référence française de cet article, mais celle de l'article original paru dans *Diagnostic and Interventional Imaging*, en utilisant le DOI ci-dessus.

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : antoine.khalil@yahoo.fr (A. Khalil).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.jradio.2015.06.010>

2211-5706/© 2015 Éditions françaises de radiologie. Publié par Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

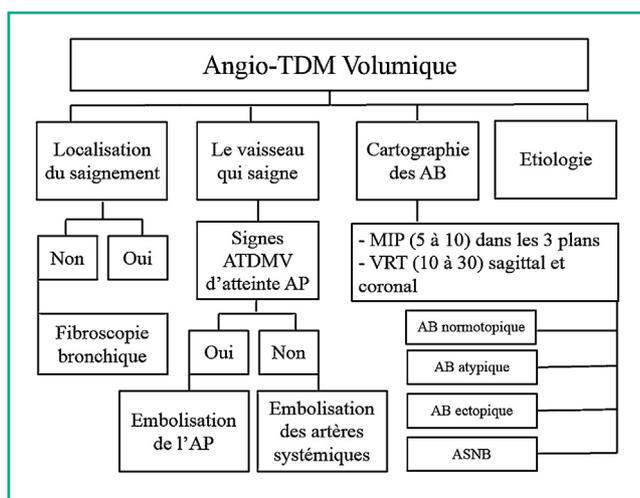


Figure 1. Arbre d'interprétation et des résultats attendus de l'analyse d'un angio-TDM volumique. ATDMV : angio-TDM volumique ; MIP : projection d'intensité maximale ; VRT : technique de rendu volumique ; AP : artère pulmonaire ; AB : artère bronchique ; ASNB : artère systémique non bronchique.

respiratoire (insuffisance respiratoire aiguë) ou quand le mécanisme est menaçant (lésion de l'artère pulmonaire) [6].

Le médecin (idéalement le réanimateur) confronté à une HG, doit se poser cinq questions : s'agit-il bien d'une hémoptysie ? Quelle en est la gravité ? Quelle en est la localisation ? Quels en sont l'étiologie et le mécanisme le plus probable ? Quel traitement mettre en route ? L'angio-TDM volumique (ATDMV) permet de répondre à un certain nombre de ces questions (Fig. 1) et, pour le radiologue, est indispensable avant d'envisager une radiologie interventionnelle [7,8].

Apport de l'angio-TDM dans l'hémoptysie grave

Technique d'acquisition

L'examen doit être effectué en inspiration profonde si elle est possible, sinon en respiration libre [9]. L'ensemble des vaisseaux intra-thoraciques doit être rehaussé. Le débit du produit de contraste (à une concentration supérieure ou égale à 300 mg d'iode/mL) est de 3,5 à 4 mL/s, avec un volume total de 90 mL. Le début de l'acquisition est déclenché par une région d'intérêt (ROI) dans l'aorte descendante à partir de 100 UH pour les scanners de moins de 16 barrettes de détecteurs et de 150 UH pour les autres scanners. La couverture doit partir de l'apex pulmonaire (C5–C6) jusqu'à hile des reins (L1–L2), des troncs supra-aortiques jusqu'à l'origine des artères diaphragmatiques inférieures. Un début à la base du crâne est préconisé en cas d'antécédents de chirurgie ou de radiothérapie cervicale pour un cancer ORL.

Confirmation de l'hémoptysie

Dans la majorité des cas, l'interrogatoire détermine l'origine d'une émission de sang rouge par la bouche.

Parfois, le diagnostic est hésitant et l'ATDMV peut alors montrer une étiologie et/ou des signes d'inondation alvéolaire ou bronchique, avec des caillots intraluminaux.

Gravité du saignement

Pour la gravité, le volume de l'hémoptysie et le retentissement respiratoire permettent de repérer cliniquement la majorité des HG [6]. Cependant, dans les cas où l'interrogatoire est peu fiable, là encore l'ATDMV peut constituer une aide.

Nous avons montré que l'étendue de l'atteinte parenchymateuse au scanner est corrélée à l'importance du saignement et à la gravité clinique. Une atteinte de 3 lobes est le plus souvent associée à un saignement extériorisé de plus de 200 mL/24–48 h et nécessite une prise en charge plus interventionniste, même si le patient n'a pas toujours extériorisé une quantité importante (Fig. 2).

Localisation du saignement

La latéralisation (côté qui saigne) et la localisation précise de l'hémoptysie sont primordiales pour la prise en charge thérapeutique. En cas d'hémoptysie asphyxiante, une protection sélective simple des voies aériennes n'est réalisable qu'en cas de latéralisation. De même, certaines décisions d'embolisation dans des situations à haut risque de complication ne se conçoivent que si le côté de l'hémoptysie est précisé avec certitude. Une décision de chirurgie d'exérèse n'est possible que sur une certitude du lobe à réséquer.

La localisation se fait sur l'analyse en fenêtre parenchymateuse qui recherche une surdensité en verre dépoli ou une condensation alvéolaire (Fig. 3a et b). La présence d'une telle anomalie isolée a une grande valeur localisatrice [10–12]. La présence de plusieurs zones de surdensité en verre dépoli et/ou de condensation alvéolaire avec un respect relatif de la périphérie doit faire penser à la possibilité d'une hémorragie intra-alvéolaire. En cas de surdensité en verre dépoli dans les bases, avec une opacité alvéolaire dans la partie supérieure du poumon (Fig. 2), la localisation du saignement est la partie la plus haute, les autres anomalies étant en rapport avec l'inondation par déclivité [12].

Certains signes reflétant la cause (dilatation de bronche, pseudo-anévrysme, cavitation) ou la conséquence du saignement (caillot endo-bronchique) ont une valeur localisatrice plus faible.

Une condensation avec nécrose ou cavitation, associée à une image de faux anévrysme artériel pulmonaire (situation peu fréquente), est localisatrice d'un saignement d'origine artérielle pulmonaire (Fig. 4).

Les rentabilités diagnostiques topographiques de l'ATDMV et de l'évaluation clinique au lit du malade, comprenant interrogatoire, examen clinique, radiographie thoracique et la fibroscopie bronchique (FB), sont voisines, de l'ordre de 80% [7]. Par conséquent, à notre sens, la réalisation de la FB peut être décalée dans le temps.

La fibroscopie bronchique n'est plus l'examen de première intention pour localiser le saignement ; elle est réservée pour les maladies diffuses ou bilatérales pour lesquelles l'ATDMV n'est pas localisateur. La majorité des patients auront une FB à distance de l'épisode hémorragique, 4 à 6 jours après le traitement endovasculaire. En

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/5663310>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/5663310>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)