

	Département de Médecine d'Urgence - SAU	2051-DO-THE-06
	Protocole thérapeutique	
	Hémoptysie	
		V1 12/12/2019
		Version initiale 12/12/2019

Rédaction	Validation	Approbation
A.C. Gaudin - Assistante - DMU	D. Savary - PH - Chef de service Urgences - DMU T. Jeanfaivre - PH - Pneumologie A. Kouatchet - PH - MIR G. Bouhours - PH - MAR S. Willoteaux - PU-PH - Radiologue	P.M. Roy - PU-PH - Responsable du DMU

1) Critères diagnostiques

Extériorisation de sang par la bouche lors d'un effort de toux provenant du secteur aérien sous-glottique.
Sang rouge, aéré, spumeux.

Diagnostics différentiels : hématomèse, saignement de la sphère ORL (épistaxis postérieure déglutie)

2) Critères de gravité

Evaluation de la gravité par :

- **Critère quantitatif** (volume ou débit de sang expectoré) : (1 haricot = 300 mL / 1 verre d'eau = 200 mL)
 - Grave =
 - > 200 mL de sang rouge cumulé depuis début des symptômes ou depuis 12h
 - OU 50 mL cumulé si insuffisance respiratoire chronique, si cardiopathie, si traitement anticoagulant et/ou antiagrégant
 - OU hémoptysie de sang rouge objectivée aux urgences quelle que soit la quantité
- **OU par Retentissement** :
 - Respiratoire (FR > 30 cycles/min, SpO2 < 90 % AA)
 - OU Hémodynamique : rare et tardif (tachycardie, PAS < 90 mmHg, TRC > 3 sec, marbrures)

3) Etiologies

- Infections broncho-pulmonaires (tuberculose, infections aspergillaires)
- Pathologies des voies aériennes (tumeur, bronchectasie)
- Embolie pulmonaire
- Traumatisme thoracique
- Hémorragie intra-alvéolaire (œdème pulmonaire cardiogénique, vascularite)

4) Examens complémentaires

A réaliser dans tous les cas MAIS en urgence vitale si critère de gravité

- Biologie : GDS artériels, NFS, plaquettes, TP/INR, TCA, fibrinogène, dosage de l'AOD, dosage anti-Xa si Rivaroxaban ou Apixaban, groupe Rhésus RAI, ionogramme sanguin, créatininémie
- ECG
- AngioTDM thoracique (temps artériel pulmonaire + artériel systémique) si position allongée possible et patient stable (Si critère de gravité, transfert en Médecine Intensive Réanimation avant l'imagerie).
Objectifs : étiologique + orienter sur la zone du saignement + repérage des artères bronchiques pour embolisation
- Radiographie thoracique +/- écho pulmonaire si patient instable et/ou AngioTDM thoracique non disponible

5) Prise en charge thérapeutique aux urgences

- Mise en condition :
 - o Remettre au patient un pot à crachat par l'IOA
 - o Position demi-assise, scope, LVAS, oxygénothérapie pour $SpO_2 \geq 95\%$ (O_2 à ajuster si insuffisance respiratoire chronique).

5-1) Hémoptysie AVEC critère de gravité (Cf. 2)

- **En cas de détresse vitale immédiate et nécessité d'intubation orotrachéale sans délai**, appel de l'Anesthésiste Réanimateur du Déchocage (40016 ou 41616 si indisponible) et admission au Déchocage
- **En l'absence de détresse vitale immédiate mais AVEC critère de gravité, appeler Réanimateur Médical (41412) :**
Sécuriser le patient en SAUV avant hospitalisation en Médecine Intensive Réanimation, transfert éventuellement avant imagerie :
 - Position ½ assise ou en décubitus latéral du côté du saignement si connu
 - Pose de 2 VVP
 - Contrôle PA/3 minutes
 - **ACIDE TRANEXAMIQUE** (Exacyl®) 1 g IVL en absence de contre-indication (épilepsie)), ne doit pas retarder le transfert en Médecine Intensive Réanimation pour fibroscopie.
 - Correction des troubles de l'hémostase (réversion systématique des anticoagulants ; si AOD OU interrogation OU gravité : avis UTH 42562) - ne doit pas retarder le transfert en Médecine Intensive Réanimation pour fibroscopie.
- Appel simultané Réanimateur Médical (41412) ET Pneumologue (Sénior 42520) puis appel du Radiologue interventionnel pour artériembolisation bronchosystémique (42658 ou passer par standard 90)
- Fibroscopie bronchique pour aspiration des gros troncs et latéraliser le saignement par **Réanimateur Médical et/ou Pneumologue** + geste de sauvetage avec intubation orotrachéale sélective si nécessaire
- **TERLIPRESSINE** (Glypressine®) si hémoptysie menaçante et embolisation non accessible rapidement, à discuter avec le Réanimateur et le Pneumologue.
 - Attention : artériographie bronchique non rentable dans les 4 à 6h suivant son administration
 - 1 mg si < 50 kg, 1,5 mg entre 50 et 70 kg, 2 mg si > 70 kg **sur 4h IVSE**
 - Contre-indications : HTA et/ou coronaropathie et/ou insuffisance artérielle (artériopathie carotidienne +++)
 - Effets secondaires : HTA, bradycardie, angor, accident ischémique
- Discussion exceptionnelle de chirurgie thoracique de sauvetage par le Réanimateur et Pneumologue

5-2) Hémoptysie SANS gravité de gravité (Cf. 2)

- Mesures générales :
 - Position demi-assise
 - 1 VVP
 - Contrôle PA/5 minutes
 - Correction des troubles de l'hémostase (réversion des AVK, si AOD OU interrogation : avis UTH 42562)
 - **ACIDE TRANEXAMIQUE** (Exacyl®) 1 g IVL en absence de contre-indication (épilepsie)
- Appel **Pneumologue** (Sénior 42520) pour fibroscopie bronchique
- Si nécessité d'embolisation, discussion avec Réanimateur d'une surveillance en Médecine Intensive Réanimation
- Traitement de l'étiologie
- Hospitalisation en Pneumologie si possible ou discussion du meilleur choix d'orientation avec le Pneumologue

Cas particulier : Si suspicion tuberculose : isolement respiratoire de type « air » (port de masque chirurgical pour le patient et FFP2 pour les soignants)