

Place de la chirurgie dans la prise en charge des hémoptysies graves

H. Mal

L'hémoptysie, qui peut être définie comme l'expectoration de sang venant des voies aériennes sous glottiques est un des symptômes majeurs de la pathologie thoracique. Elle traduit l'existence d'une anomalie pouvant siéger à tous les étages de l'appareil respiratoire. La quantité de sang émise peut aller du simple crachat strié de sang jusqu'à l'hémoptysie massive conduisant au décès du patient. Ce symptôme fréquemment observé en pathologie respiratoire mérite toujours une attention particulière car une hémoptysie minime peut récidiver sous forme massive. Quel que soit son volume, l'hémoptysie doit donc conduire à une démarche diagnostique active et systématique afin d'en déterminer la cause. En cas d'hémoptysie menaçante, cette démarche est menée en parallèle avec la prise en charge thérapeutique. Dans ce numéro de la *Revue des Maladies Respiratoires*, Velly et coll. [1] décrivent les différents aspects des diagnostics positifs et étiologiques de l'hémoptysie grave ainsi que sa prise en charge.

Le terme même d'hémoptysie grave n'est pas consensuel : certains comme Velly usent du terme hémoptysie massive [2-4] alors que d'autres l'appellent hémoptysie menaçant la vie [5, 6]. Le débit de sang émis au delà duquel une hémoptysie est considérée comme massive varie selon les auteurs de 100 ml/24 h à 1 000 ml/24 h (en règle > 500 ml/24 h). Cette définition qui ne prend pas en compte l'état respiratoire sous-jacent et l'évaluation du débit de sang sur 24 heures n'est pas adaptée à une situation d'urgence. Il paraît préférable d'utiliser une définition plus réaliste et fonctionnelle et d'user du terme « hémoptysie menaçant la vie » selon les critères de débit de saignement suivants [5] : supérieur à 200 ml/h en cas de fonction respiratoire normale; supérieur à 50 ml/h chez un patient avec insuffisance respiratoire chronique; plus de 2 épisodes d'hémoptysie modérée malgré la prescription de vasopressine. Comme cela est souligné par Velly et coll., la gravité immédiate d'une hémoptysie ne vient pas, en règle, du risque de spoliation sanguine mais plutôt du retentissement sur l'hématose et en particulier du risque asphyxique (le volume des voies aériennes de conduction étant approximativement de 250 ml). La notion de gravité immédiate ne doit pas masquer le fait

Service de Pneumologie et Réanimation Respiratoire,
Hôpital Beaujon, Clichy, France.

Correspondance : H. Mal
Service de Pneumologie et Réanimation Respiratoire,
Hôpital Beaujon, 100 boulevard du général Leclerc, 92110 Clichy.
herve.mal@bjn.ap-hop-paris.fr

Réception version princeps à la Revue : 09.07.2005.
Acceptation définitive : 08.08.2005.

qu'une hémoptysie même minime représente un signe d'alerte à ne pas négliger. Il n'est pas rare en effet qu'après un épisode minime, l'hémoptysie récidive sous une forme beaucoup plus sévère.

Comme cela est rappelé dans l'article de Velly et coll., le saignement peut provenir de la circulation systémique bronchique ou non-bronchique et aussi de la circulation pulmonaire. Mais il faut souligner que la grande majorité des hémoptysies a pour origine la circulation systémique bronchique ou non-bronchique par le biais du développement d'une hypervascularisation systémique. C'est ce que confirment les diverses séries publiées et cela est également le cas parmi les patients opérés en première intention par Velly et coll. [1]. Ce fait doit être intégré lors de la démarche diagnostique et thérapeutique devant une hémoptysie grave, sauf contexte particulier orientant vers la responsabilité de la circulation pulmonaire.

Les différentes causes d'hémoptysie graves sont, comme le rappellent Velly et coll. [1], dominées par le cancer broncho-pulmonaire, et les maladies inflammatoires broncho-pulmonaires (bronchectasies s'intégrant ou non dans le cadre d'une mucoviscidose, aspergillose). Plutôt que de classer les étiologies en causes respiratoires et en causes cardiovasculaires, je pense qu'il faut rester calé sur la physiopathologie et les classer en causes impliquant la circulation systémique bronchique ou non-bronchique et en causes impliquant la circulation pulmonaire. Cette classification est rendue nécessaire par le fait que la démarche thérapeutique diffère sensiblement selon le mécanisme en cause. La tuberculose occupe toujours une place prépondérante (la première dans notre série de Beaujon [5]), qu'il s'agisse de tuberculose active ou de séquelles. Enfin les causes idiopathiques, c'est à dire celles où aucune étiologie n'est repérée en combinant la fibroscopie, la tomographie thoracique et la scintigraphie pulmonaire ne sont pas rares (2^e cause dans notre expérience).

La démarche diagnostique qui doit aboutir au diagnostic positif, à la localisation du saignement et au diagnostic étiologique est menée conjointement à la démarche thérapeutique en cas d'hémoptysie grave. Il faut bien dire qu'en la matière, les attitudes sont très empiriques et qu'elles n'ont pas été validées par des études contrôlées. La majorité des auteurs s'accorde à donner une place prépondérante à la tomographie thoracique et à la fibroscopie bronchique. Comme le soulignent Velly et coll. [1], la tomographie a connu au cours des dernières années des développements importants avec l'avènement des scanners multi-barettes qui permettent une meilleure définition des anomalies parenchymateuses, ainsi que la détection et le repérage des artères bronchiques anormales. Pour la fibroscopie bronchique, qui demande dans le cas des hémoptysies graves une expertise particulière, il n'y a pas consensus sur le fait qu'elle doit être pratiquée « à chaud » c'est à dire en période hémorragique ou à distance du saignement. Même si l'examen est plus difficile à réaliser en période hémorragique, les renseignements fournis par la fibroscopie « à chaud » doivent la faire préférer à la fibroscopie « à froid » car on peut plus facilement repérer le saignement actif et donc

renseigner sur l'origine précise du saignement ou au minimum sur le côté du saignement. Si le saignement actif s'est tari lorsque la fibroscopie est réalisée, il ne faut pas hésiter à faire un nouvel examen en cas de récurrence du saignement.

En cas de saignement trop abondant, l'opérateur peut ne pas arriver à déterminer le côté qui saigne. À l'inverse la simple présence de sang d'un côté ne permet pas d'affirmer que l'hémoptysie en provient. Le seul critère qui doit être retenu est la visualisation directe d'une hémorragie active issue d'un territoire particulier.

La prise en charge thérapeutique des hémoptysies graves repose sur différentes approches non mutuellement exclusives : traitement médical (O₂, ventilation mécanique, médicaments vasopresseurs par voie systémique, traitement antibiotique spécifique ou non), traitement topique (vasopresseurs par voie locale, coagulation d'une lésion endobronchique, bloqueurs bronchiques, intubation sélective), radiologie interventionnelle (principalement l'embolisation d'artères systémiques bronchiques ou non-bronchiques) et traitement chirurgical. Chaque centre prenant en charge des hémoptysies doit pouvoir mettre en œuvre ces différentes approches ce qui souligne comme l'indiquent Velly et coll., la nécessité d'adresser les patients dans des unités spécialisées réunissant les compétences requises. Les places respectives de la chirurgie et de la radiologie interventionnelle ne sont pas bien codifiées et aucune étude contrôlée n'a comparé les 2 approches en première intention. L'efficacité à court terme de l'embolisation systémique n'est plus à démontrer. Néanmoins la technique n'est pas toujours réalisable (pas de repérage de l'artère pathologique, impossibilité de la cathétériser, présence d'une artère spinale antérieure), n'est pas exempte de complications graves notamment médullaires), n'est pas toujours efficace (saignement persistant malgré plusieurs tentatives d'embolisation) et ne permet pas de s'éviter dans tous les cas une récurrence à moyen ou long terme. La chirurgie réglée (lobectomie, pneumonectomie), permet quant à elle un traitement définitif du problème quand elle résèque une lésion localisée responsable de l'hémoptysie grave. Elle peut se concevoir en première intention ou à distance (en général quelques semaines plus tard chez un patient qui a arrêté de saigner). Néanmoins, elle n'est pas toujours possible à réaliser du fait d'une fonction respiratoire trop compromise, de l'extension tumorale, de l'étendue des lésions ou de l'impossibilité de localiser le saignement. Elle est, d'autre part, grevée dans la littérature d'une morbidité et d'une mortalité non négligeable, surtout quand elle est réalisée en phase aiguë sur un patient présentant une hémoptysie massive encore active.

Il faut néanmoins remarquer que les séries sur lesquelles reposent cette assertion sont en général assez anciennes [7-9] et que des études plus récentes sont moins sévères [10]. Néanmoins les 3 décès déplorés par Velly et coll. [1] sur les 11 patients avec chirurgie immédiate donnent à réfléchir. La chirurgie réalisée à distance donne quant à elle *a priori* des résultats qui sont de l'ordre de ceux de la chirurgie thoracique réglée, faite « à froid ».

Quelle stratégie peut-on au total, recommander en cas d'hémoptysie grave. Il faut encore une fois répéter qu'il ne s'agit pas de médecine fondée sur des preuves mais sur des données empiriques où se mêlent le bon sens, les données de la littérature et l'expérience acquise. Je suis pour ma part en plein accord avec les propositions de Velly et coll. Ces auteurs proposent de réaliser en première intention une artériographie bronchique avec embolisation. En cas de succès, la chirurgie élective est proposée à distance si elle est réalisable. Si l'embolisation est impossible ou si le saignement persiste malgré une ou plusieurs tentatives d'embolisation, la seule stratégie envisageable est la chirurgie immédiate malgré ses risques. Cette chirurgie immédiate est également l'intervention de choix en cas de lésions artérielles pulmonaires proximales.

Références

- 1 Velly JF, Jougon J, Laurent F, Valat P : L'hémoptysie massive : prise en charge et traitement. Quelle est la place de la chirurgie ? *Rev Mal Respir* 2005 ; 22 : 777-84.
- 2 Dweik RA, Stoller JK : Role of bronchoscopy in massive hemoptysis. *Clin Chest Med* 1999 ; 20 : 89-105.
- 3 Stoller JK : Diagnosis and management of massive hemoptysis: a review. *Respiratory Care* 1992 ; 37 : 564-81.
- 4 Cahill BC, Ingbar DH : Massive hemoptysis. Assessment and management. *Clin Chest Med* 1994 ; 15 : 147-67.
- 5 Mal H, Rullon I, Mellot F, Brugiere O, Sleiman C, Menu Y, Fournier M : Immediate and long-term results of bronchial artery embolization for life-threatening hemoptysis. *Chest* 1999 ; 115 : 996-1001.
- 6 Wong ML, Szkup P, Hopley MJ : Percutaneous embolotherapy for life-threatening hemoptysis. *Chest* 2002 ; 121 : 95-102.
- 7 Garzon AA, Gourin A : Surgical management of massive hemoptysis. A ten-year experience. *Ann Surg* 1978 ; 187 : 267-71.
- 8 Knott-Craig CJ, Oosthuizen JG, Rossouw G, Joubert JR, Barnard PM : Management and prognosis of massive hemoptysis. Recent experience with 120 patients. *J Thorac Cardiovasc Surg* 1993 ; 105 : 394-7.
- 9 Conlan AA, Hurwitz SS, Krige L, Nicolaou N, Pool R : Massive hemoptysis. Review of 123 cases. *J Thorac Cardiovasc Surg* 1983 ; 85 : 120-4.
- 10 Lee TW, Wan S, Choy DK, Chan M, Arifi A, Yim AP : Management of massive hemoptysis: a single institution experience. *Ann Thorac Cardiovasc Surg* 2000 ; 6 : 232-5.