

III. L'HEMOPTYSIE

Définition : saignement qui vient des voies respiratoires inférieures, des poumons, extériorisé ou non

Provenance du saignement : bien qu'il vienne des poumons, le saignement vient de la **grande circulation**, des artères qui nourrissent les bronches (et non de la petite circulation).

Caractéristiques du saignement :

- le sang est **rouge vif** : riche en O_2 (alors que le sang de la petite circulation est plus foncé : pauvre en O_2)
- le régime de pression : **haute pression** pour grande circulation (haut débit mais petite pression pour petite circulation)

Quand vous savez ça vous comprenez pourquoi une artère qui saigne dans les poumons ça peut faire du mal.

Grandes causes :

- tous les phénomènes qui érodent, « bouffent » les vaisseaux = typiquement : cancer et infections
- tous les processus qui créent des vaisseaux = néoangiogénèse ou angiogénèse : infection et tumeurs là encore.

(en L2 les causes ne sont pas à savoir pour le professeur, « comprenez qu'il y a des chose qui font des trous dans les vaisseaux c'est bon »)

3 questions essentielles à se poser en présence d'une hémoptysie

- **Est ce une hémoptysie ?** (« est ce que je suis pas en train de me gourer »)

Épistaxis = saignement continu, coule tout seul (pas besoin de tousser)

Même si le patient crache du sang cela ne provient pas forcément des poumons, ce peut être un **épistaxis** : provenance du nez essentiellement.

Si ça vient du bas ça s'appelle une **hématémèse**, provenance du TD essentiellement. Ça peut être une artère qui saigne dans l'œsophage par exemple.

Comment faire la distinction entre « ça vient du nez, ça vient des bronches, ça vient du bas », avec les symptômes ?

- toux : poumons
- vomissement : estomac

Pourquoi peut on confondre ?

Si vous avez plein de sang qui coule du nez, ça peut couler dans vos bronches, et donc vous pouvez à un moment tousser sur une épistaxis.

Pareil vous avez plein de sang dans l'estomac vous vomissez vous en avez plein dans la gorge, vous pouvez l'envoyer dans vos bronches et tousser à un moment.

Et donc pour un certain nombre de patient, notamment lorsqu'ils ont des saignements abondants pendant quelques heures, on peut tourner autour du pot en disant nom de dieu je vois du sang partout d'où c'est qu'il vient ? Du haut, des bronches ou du digestif ?

Il faut donc bien interroger le patient et éventuellement aller voir à l'intérieur dedans si on voit que ça saigne effectivement dans les bronches pour dire ok c'est bien une hémoptysie.

Si on a un doute on fait une endoscopie

image de gauche : larynx et les cordes vocales
en haut à droite : carène (division entre bronche principale D et G)
en bas à gauche : lobaire inférieure : avec sang donc hémoptysie

Diagnostic différentiel ici : épistaxis et hématomèse.

→ est-elle grave ?

Pour juger de la gravité de l'hémoptysie il faut :

- quantifier le volume du saignement, le chiffrer avec des choses simples de la vie courante
 - o cuillère à soupe = 10 ml
 - o verre = 100 ml (équivalent d'un crachoir d'hôpital)
 - o bol = 500ml de sang (équivalent d'un haricot d'hôpital)
- le retentissement respiratoire = détecter la présence ou non de dyspnée : elle fait partie du signe de gravité
- avoir du bon sens, interpréter les propos du patient
un patient qui respire normalement et qui dit avoir cracher un seau de sang y a une discordance ou le patient qui est essoufflé en parlant et qui dit ne pas avoir beaucoup cracher soit il vous raconte des cracks, soit le sang est encore dans ses bronches.
- Définir le statut respiratoire : si vous je vous met l'équivalent de 300ml dans les bronches vous aller dire ah ca me gêne un peu mais si je met 300ml à un insuffisant respiratoire il va s'étouffer.
Donc le terrain sur lequel survient l'hémoptysie est important.
- chiffrer la durée du saignement
ex : une cuillère à soupe tous les 15 jours, depuis hier soir sans interruption en constante augmentation.
On fait l'addition de tout ce que le patient a craché : ce qu'il crache par tranche de 6/12 ou 24heures.
Si il vous dit en 24h j'ai craché l'équivalent d'un bol c'est aussi grave que si il avait craché un bol en une fois.

Si l'hémoptysie est grave elle peut entrainer une réanimation.

Le jugement de la gravité reste cependant assez arbitraire.

→ quelle est la cause ? (« pourquoi qu'il saigne »)

Remarque : les différents saignements

- hémoptysie (300ml de saignement c'est grave non pas par la quantité mais à cause de l'incapacité de respirer qu'il entraîne)
- épistaxis
- hématomèse
- rectorragie
- les saignements gynécologiques

IV. LA DOULEUR

Au niveau du thorax ce sont les enveloppes qui font mal.

Dans tout ce qui est en dehors des enveloppes, tout ce qui est dans votre thorax il n'y a « pas un poil de nerf de la douleur ».

La douleur dans le poumon est asymptomatique.

Ex : une boule qui pousse dans le poumon ne fait pas mal. Il n'y a que au moment où les parois sont atteintes, sont concernées que ça va faire mal. Une des raisons pour lesquelles le cancer du poumon est embêtant c'est qu'on le détecte à un stade tardif car il est quiescent : aucun symptôme, absence de douleur.

Qu'est ce qui fait mal dans les enveloppes ?

Trois couches :

- la paroi cutané musculaire (ex : hématome dans les muscles)
- OS (si vous vous petez les côtes ça fait extrêmement mal)
- enveloppe du poumon = plèvre qui est constituée de deux feuillets (un qui touche la paroi, l'autre le poumon)

Ces 3 couches sont très innervées en nerf sensitif qui vont transmettre la douleur contrairement au parenchyme qui ne fait pas mal. (+++)

Exemple de QCM :

Patient qui a un cancer qui pousse à l'intérieur du poumon, une fracture de cote, une inflammation aigüe de la plèvre = pleurésie et on va vous dire parmi ces affections la lesquelles vont engendrer une douleur ?

Sur l'hémoptysie vous avez vu les items. C'est facile de faire un qcm en disant monsieur machin arrive il n'est pas essoufflé du tout il a dit qu'il a craché un petit peu dans son mouchoir, considérez vous que c'est de l'hémoptysie grave ?

C'est facile de vous faire des QCM sur la gravité de l'hémoptysie.

Particularité de la douleur :

- ➔ douleur **respiro dépendante** (appelé ainsi par les suisses canadiens et belges)
- ➔ bloque l'inspiration profonde
- ➔ majorée à l'expiration, l'inspiration et la toux (+++)
- ➔ souvent basithoracique mais pas exclusivement
- ➔ douleur reproductrice en appuyant dessus, en mobilisant la paroi thoracique (majorée)

Les différentes douleurs :

- ➔ pariétales
 - d'origine traumatique
 - fracture
 - ostéolyse costale (tumeur)
- ➔ origine pleurale :
 - pneumothorax (les poumons se décollent, essoufflement et douleur brutale en coup de poignard)
 - épanchement pleural liquidien : jus d'origine cancéreuse, infectieuse, inflammatoire.
Douleur inspiro dépendante
 - épanchement d'origine tumorale : tumeur de la plèvre
 - épanchement pleural cloisonné (*ne pas retenir ce dernier*)

- pneumonie aigue : bourrée de pu et de microbes, très inflammatoire, si le processus infectieux touche la périphérie : la plèvre (viscérale qui tapisse le poumon et pariétale) donc cela entraîne une douleur
Exception : processus parenchymateux mêmes qui touche la paroi entraînent des douleurs

Cette douleur existe uniquement parce que le poumon touche la paroi, tant qu'il ne touche pas la paroi il ne fait pas mal.

Les douleurs thoraciques d'origine respiratoire sont à différencier des douleurs cardiaques !

Douleurs coronariennes :

- constrictif, « ca me serre comme dans un étau »
- peut irradier (mâchoires, épaules poignets)
- pas de position antalgique (quelque soit la position le patient a mal)

Dans les douleurs thoraciques :

- il existe une position antalgiques contrairement aux douleurs cardiaques : allongé sur le coté où l'on a mal = immobilisation
- pas constrictif
- pas d'irradiation

Informations fin de cours sur l'évaluation des connaissances : gravité de l'hémoptysie, comment on évalue l'importance d'une dyspnée par des échelles de dyspnée, et pour la douleur : questions assez simples avec la description des caractéristiques d'une douleur et lesquelles parmi celles ci correspondent à une douleur thoracique (du style le patient se tient le sternum il dit que ca sert ...)

Sémiologie respiratoire +++

Les QCMs porteront beaucoup plus sur la sémiologie respiratoire plutôt que sur les pathologies respiratoires.