



Prise en charge de l'hémoptyisie chez un schizophrène : A propos d'un cas

S.Smaini, S, Elfathi ,H. Souhi, M, Mzouri, A,Zegumout ,I. Rhorfi,
Service de Pneumologie, Hôpital Militaire d'Instruction Mohamed V
Faculté de Médecine et de Pharmacie, Université Med V, Rabat



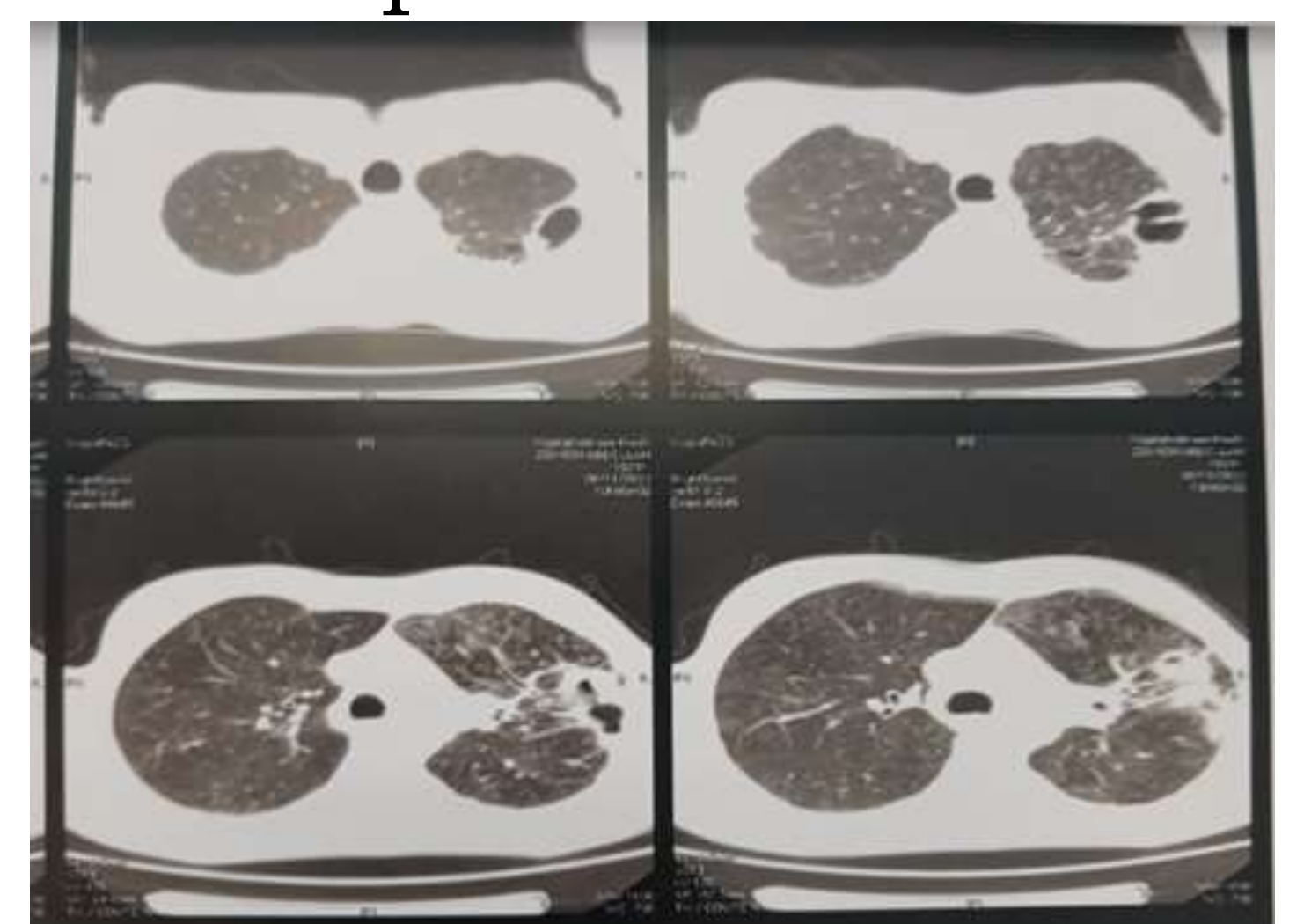
Hôpital
Militaire
Rabat

Introduction

L'hémoptyisie menaçant le pronostic vital est toute hémoptyisie qui provoque une décompensation hémodynamique ou une détresse respiratoire importante pouvant entraîner la mort si elle n'est pas traitée. Bien que la quantité d'hémoptyisie qualifiée d'hémoptyisie massive continue d'être débattue, toute quantité comprise entre 100 et 1000 ml/ jour est considérée comme significative. Jusqu'à 15 % des hémoptyisies sont létales et nécessitent une intervention vitale urgente. L'objectif du traitement réside dans la protection des voies aériennes, une oxygénation appropriée et la prévention de l'exsanguination. Une fois les voies respiratoires stabilisées, il convient d'établir un diagnostic rapide et de contrôler le site de l'hémorragie. Le bien être physique des sujets atteints de schizophrénie est remarquablement négligé, ces sujets ont une plus haute prévalence de diverses maladies physiques et un plus fort taux de mortalité de cause naturelle que la population générale. Ils n'ont pas profité de récentes tendances favorables concernant la mortalité par maladies physiques.

Observation médicale

Il s'agit d'un patient de 53 ans, tabagique chronique à raison de 30 PA toujours actif et cannabisme chronique. Suivi pour schizophrénie sous traitement avec bonne observance thérapeutique, il avait comme antécédent une tuberculose pulmonaire confirmée bactériologiquement traitée en 2022, déclaré guéri. Il a été admis aux urgences pour hémoptyisie massive découverte la 1ère fois dans les transports publics. A l'admission : patient pale cachectique, désorienté dans le temps et dans l'espace, apyrétique, stable sur le plan hémodynamique. Le patient a été vite pris en charge avec :
Mise en condition
Oxygénothérapie
Pose d'une voie veineuse périphérique
Administration de vasoconstricteurs par voie injectable
Transfusion en urgence
Puis transféré en service de pneumologie après stabilisation pour complément de prise en charge. La radiographie pulmonaire avait montré une opacité hétérogène mal limitée occupant le 1/3 supérieur de l'hémithorax gauche. La tomodensitométrie thoracique montrait : DEUX images cavitaires du LSG évoquant des cavernes tuberculeuses avec greffe aspergillaire. Il s'y associe une infiltration bronchiolaire micronodulaire du LSD, Fowler gauche et postéro basal gauche.



Le bilan biologique : a révélé une hémoglobine à 7 hypochochrome microcytaire. Le reste du bilan biologique est sans particularité. Le bilan phtisiologique : la recherche de bk dans les crachats était négative. Sérologie aspergillaire : revenue négative. Fibroscopie bronchique :

Inflammation du 2ème degré de l'arbre bronchique gauche avec provenance du sang du lobe supérieur gauche.

Le patient a été hospitalisé à deux reprises dans notre service pour le même motif. Une lobectomie supérieure gauche a été imposée mais refusée par le patient pour la première fois. Devant le refus du malade, des séances de psychothérapies cognitivo-comportementales ont été démarrées et le malade a finalement accepté de subir l'intervention.

Conclusion :

- la prise en charge d'une hémoptyisie massive chez un patient avec des troubles psychiatriques est particulière. Car elle associe à la fois une prise en charge physique et psychique.