

Les hémoptysies au cours des exacerbations infectieuses des Dilatations de Bronches

Benouar A., El Khattabi W., Msika S., Bamha H., Bouggeb N., Arfaoui H., Jabri H., Afif Mly H.

Service des Maladies Respiratoires, Hôpital 20 Août, CHU Ibn Rochd, Casablanca, Maroc

Introduction

L'hémoptysie correspond à une toux ramenant du sang en provenance des voies respiratoires sous glottiques. Au cours des dilatations des bronches (DDB) l'hémoptysie est secondaire soit à une rupture d'un gros vaisseau dans l'arbre bronchique soit à un passage de sang des capillaires pulmonaires vers les alvéoles soit à un saignement à partir d'une circulation systémique anormalement développée.

Matériel et Méthodes

Notre travail s'intéresse aux hémoptysies au cours des exacerbations infectieuses des dilatations des bronches, le but étant d'évaluer les variations de l'abondance des hémoptysies. Notre étude intéressait 102 patients hospitalisés pour des exacerbations infectieuses des dilatations des bronches au sein du service de pneumologie de l'hôpital 20 août sur une période s'étalant de janvier 2021 à décembre 2024.

Résultats

L'âge était compris entre 18 et 76 ans avec une moyenne de 59,8 ans dont 52,9% étaient de sexe féminin. Des antécédents de tuberculose pulmonaire ont été retrouvés dans 27,5% des cas, un déficit immunitaire primitif dans 1%, des infections respiratoires répétées de l'enfance dans 18,6%, une polyarthrite rhumatoïde dans 2%, une insuffisance respiratoire dans 5%, un asthme dans 5,9%, une BPCO dans 3%, et dans 5% aucun antécédent n'a été noté.

Sur le plan clinique, la symptomatologie était dominée par un syndrome bronchique qui était purulent dans 85% des cas et muqueux dans 15% des cas. L'hémoptysie était présente dans 48,5% des cas, dont 97,9% étaient minimes et 2,1% de moyenne abondance. Une dyspnée dans 60% des cas.

La radiographie thoracique a été réalisée chez tous les patients, objectivant des images aréolaires bilatérales dans 40 cas soit 39,2 %, et unilatérales dans 19 cas 18,6%. Elle était normale dans 43 cas soit 42,2%.

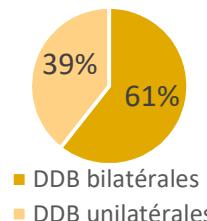
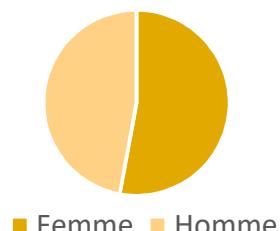
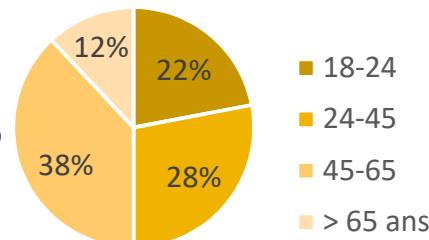
La TDM thoracique a montré des DDB bilatérales dans 60,6% et unilatérales dans 39,4% des cas.

La bronchoscopie a été réalisée chez 74,7% des patients et a permis d'identifier l'origine du saignement dans 2% des cas.

Les causes des dilatations des bronches étaient la surinfection bactérienne dans 52%, les séquelles de tuberculose 34,2%, les maladies de système 4,9%, la rougeole 2%, les dysimmunopathies dans 2% ainsi que d'autres causes plus rares ou indéterminées dans 4,9%.

Le traitement des hémoptysies était médical chez tous les patients à base d'acide tranexamique. Le recours à la transfusion sanguine n'a été nécessaire dans aucun cas. Le traitement de la surinfection a fait appel à une bi-antibiothérapie probabiliste à base d'amoxicilline-acide clavulanique et ciprofloxacine.

L'évolution a été favorable chez tous les patients.



Discussion

Les patients atteints de bronchectasie hospitalisés pour hémoptysie présentaient une gravité de bronchectasie et une mortalité à court terme inférieures à celles atteintes d'exacerbation infectieuse.(1,2)

Les personnes présentant le phénotype hémoptysie sont plus susceptibles d'avoir des antécédents de tuberculose pulmonaire, de mycétome et d'hypertrophie de l'artère bronchique au scanner.(4)

L'hémoptysie est associée à un risque plus faible de mortalité à court terme par rapport à l'exacerbation infectieuse en cas d'hospitalisation associée à une bronchectasie.(3)

Nos résultats concordent avec ceux de la littérature notamment avec une étude antérieure basée sur la population et utilisant les codes de diagnostic mené aux États-Unis, l'hémoptysie était le diagnostic secondaire le plus fréquent (21 %) parmi les hospitalisations dont le diagnostic principal était la bronchectasie (5). Dans une étude similaire réalisée en Allemagne, l'hémoptysie était un diagnostic secondaire dans 15 % des hospitalisations où la bronchectasie était le diagnostic principal (6)

Références

- 1/Chalmers JD, Aliberti S, Blasi F. Prise en charge de la bronchectasie chez l'adulte. Eur Respir J 2015;45:1446-62.
- 2/Hill AT, Sullivan AL, Chalmers JD et al. Ligne directrice de la British Thoracic Society pour la bronchectasie chez l'adulte. Thorax 2019 ;74 : 1-69.
- 3/Aliberti S, Lonni S, Dore S et al. Phénotypes cliniques chez les patients adultes atteints de bronchectasie. Eur Respir J 2016;47:1113-22.
- 4/Flume PA, Chalmers JD, Olivier KN. Avancées dans le domaine des bronchectasies : endotypage, génétique, microbiome et hétérogénéité des maladies. Lancet 2018 ; 392 : 880-90.
- 5/Seitz AE, Olivier KN, Steiner CA, et al. Trends and burden of bronchiectasis-associated hospitalizations in the United States, 1993-2006. Chest 2010;138:944-9
- 6/Ringshausen FC, de Roux A, Pletz MW, et al. Bronchiectasis-associated hospitalizations in Germany, 2005-2011: a population-based study of disease burden and trends. PLoS One 2013;8:e71109.

Conclusion

L'hémoptysie est une complication redoutable des DDB d'autant plus lorsqu'elle survient au cours des exacerbations infectieuses, pouvant mettre en jeu le pronostic vital, nécessitant une prise en charge simultanée du saignement ainsi que la surinfection bactérienne.