

# Épistaxis

---

## Objectifs:

- Reconnaître l'épistaxis, et apprécier la gravité immédiate.
- Assurer l'hémostase et éventuellement la réanimation hémodynamique.
- Savoir rechercher la cause locale ou générale.

## I-Introduction

Une épistaxis est un écoulement sanglant provenant des cavités nasales. Ce saignement est très fréquent et la plupart du temps bénin. Dans certains cas, il peut devenir par son abondance, sa répétition ou la fragilité du terrain une véritable urgence médicochirurgicale.

## II-Rappels

### II-1-La muqueuse:

La muqueuse des fosses nasales (FN) ou muqueuse pituitaire recouvre les parois ostéo cartilagineuses des cavités nasales. Elle a comme particularité d'être fine, au contact direct du squelette et richement vascularisée ; trois caractéristiques expliquant la fréquence des épistaxis. Comme toutes les muqueuses, celle des fosses nasales est composée de 3 couches :

- Un épithélium : il est composé d'une monocouche cellulaire,
- Une membrane basale,
- Un chorion, lui-même composé de 3 couches. De la superficie vers la profondeur : la couche lymphoïde, la couche glandulaire et la couche vasculaire avec l'ensemble du réseau artério-veineux.

### II-2-La vascularization

#### II-2-1-Le système artériel

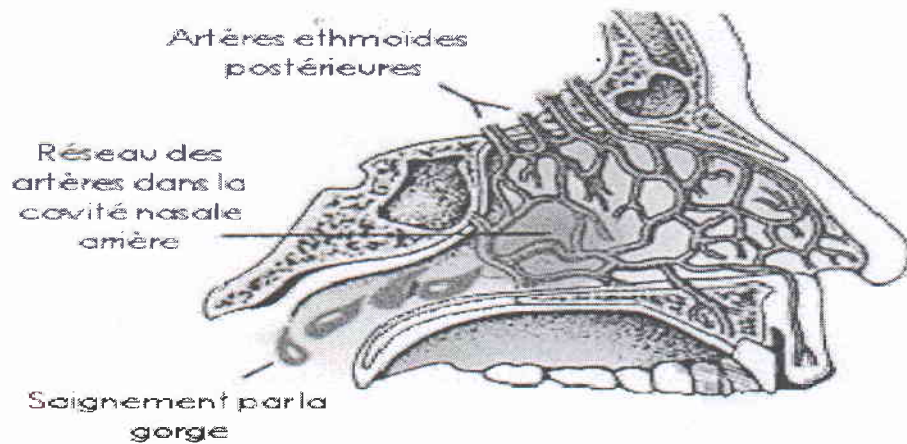
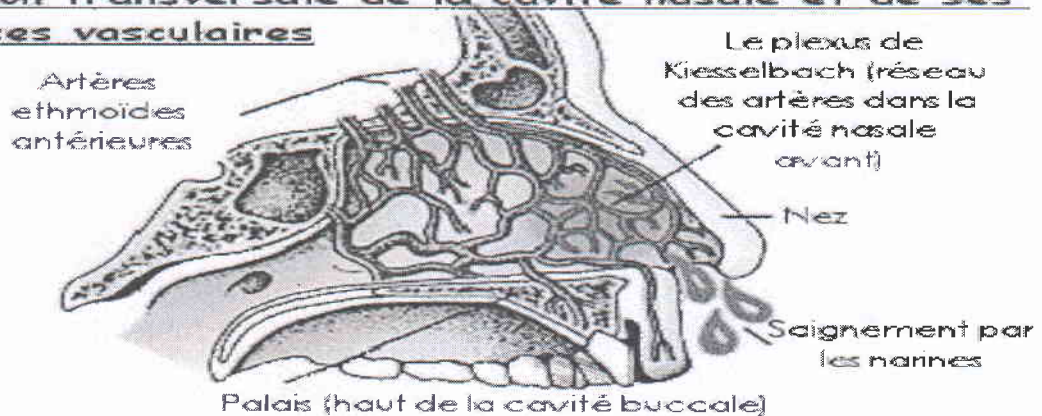
La vascularisation artérielle des FN est tributaire des 2 systèmes carotidiens (l'artère carotide externe et l'artère carotide interne). Il existe des anastomoses nombreuses entre des artéριοles issues des 2 systèmes carotidiens. Ces artéριοles sont dépourvues de membrane élastique interne ; elles ont donc un pouvoir contractile plus faible lors d'une blessure. L'artère sphéno palatine est l'artère principale des fosses nasales. C'est la branche terminale de l'artère maxillaire interne (issue de l'artère carotide externe), qui prend le nom de sphéno palatine lors de son passage au niveau du foramen sphéno palatin. Elle se divise en 2 branches :

- Une externe, l'artère des cornets : elle donne les artères du cornet moyen (ou artère nasale moyenne) et du cornet inférieur (ou l'artère nasale inférieure).
- Une interne, l'artère de la cloison : elle donne l'artère du cornet supérieur et les artères septales. L'artère de la sous-cloison : branche de l'artère faciale (elle-même

branche de l'artère carotide externe), vascularisé également la partie antéro-inférieure de la cloison. En s'anastomosant avec l'artère de la cloison, et avec les rameaux de l'ethmoïdale antérieure. Les artères ethmoïdales : branches de l'artère ophtalmique (elle-même branche de l'artère carotide interne), issues de l'orbite, passent dans les trous ethmoïdaux, traversent la lame criblée, et atteignent la partie haute des fosses nasales.

- L'artère ethmoïdale postérieure : vascularise la région olfactive de la muqueuse.
- L'artère ethmoïdale antérieure : se distribue à la portion pré-turbinale de la paroi externe, et au sinus frontal.

### section transversale de la cavité nasale et de ses sources vasculaires



### II-2-2-La tache vasculaire

C'est une zone d'anastomose de 3 systèmes artériels : l'artère ethmoïdale antérieure, l'artère sphéno palatine et l'artère faciale (via l'artère de la sous-cloison). Aussi appelée tache vasculaire de Kiesselbach, elle est située sur la partie antérieure du septum nasal, et est la principale zone d'épistaxis essentiel.

### II-2-3-Le système veineux

Il se distribue en 3 couches au niveau muqueux :

- un réseau profond, périosté et péri-chondral (drainant les parois osseuses et cartilagineuse)
- un réseau superficiel, sous épithélial

- un réseau central correspondant au système caverneux (ensemble de sinus veineux). Prédominant au niveau du cornet inférieur et de la tête du cornet moyen, il permet, grâce à des veines riches en fibres musculaires lisses, la turgescence de la muqueuse nasale. Satellite des artères, les veines suivent ensuite trois voies différentes :
  - les veines postérieures (sphéno palatines) traversent le trou sphéno-palatin et se jettent dans les plexus veineux maxillaires internes,
  - les veines supérieures (ethmoïdales) rejoignent la veine ophtalmique.
  - les veines antérieures, via les veines de la sous-cloison, se jettent dans la veine faciale. Enfin, les veines des FN présentent des anastomoses abondantes avec le système artériel.

### **III-Diagnostic positif et diagnostic de gravité**

#### **III-1-Épistaxis bénigne**

L'écoulement est peu abondant, se faisant goutte à goutte par la narine, au début presque toujours unilatéral.

L'examen ORL est facile après mouchage et la rhinoscopie antérieure retrouve le siège du saignement, en général antérieur, au niveau de la tache vasculaire.

Il n'y a pas de retentissement sur l'état général.

#### **III-2-Épistaxis grave**

Les facteurs de gravité d'une épistaxis sont:

- la durée et l'abondance de l'épisode hémorragique actuel sont appréciées par le caractère bilatéral ou antéro postérieur de l'épistaxis; et par la fréquence cardiaque (pouls), la pression artérielle, les sueurs, la pâleur.
- les facteurs de risque hémorragiques; La présence de troubles de la coagulation (tels que la prise de traitement anticoagulant ou antiagrégant);
- Les antécédents et L'association à une pathologie susceptible de se décompenser par la déprivation sanguine telle qu'une coronaropathie ou une sténose carotidienne.

### **IV-Diagnostics différentiels**

Hémoptysie : le saignement s'extériorise lors d'efforts de toux.

Hématémèse : le saignement s'extériorise principalement par la bouche et lors d'efforts de vomissement.

### **V-Diagnostic étiologique**

#### **V-1-Épistaxis d'origine locale : épistaxis symptôme**

##### **V-1-1-Infectieuses et inflammatoires (rares)**

Rhino-sinusites aiguës.

##### **V-1-2-Traumatiques (fréquentes)**

- Corps étranger.
- Perforation septale

- Traumatismes opératoires :
  - chirurgie rhinosinusienne (turbinectomie septoplastie, rhinoplastie, polypectomie, méatotomie, Caldwell-Luc, ethmoïdectomie) ;
  - intubation nasale.
- Traumatismes accidentels :
  - nasal, avec ou sans fracture des os du nez ;
  - fracture du tiers moyen de la face : sinus frontaux.

### **V-1-3 Tumorales (à rechercher systématiquement)**

Présence de signes associés : obstruction nasale chronique, déficit de paires crâniennes, otite séreuse, exophtalmie.

- **Bénignes :**
  - Le fibrome nasopharyngien de l'adolescent, implanté sur le pourtour choanal responsable d'épistaxis récidivantes et d'accidents aigus en cas de biopsies.
  - Un angiome des FN ou des sinus évoqué au scanner par la prise du PC.
- **Malignes :**
  - cancers rhinosinusiens, cancers du cavum (évoqués devant une épistaxis unilatérales répétées)

## **V-2-Épistaxis d'origine générale**

### **V-2-1-Hypertension artérielle**

Facteur général à rechercher systématiquement : elle peut être la cause de l'épistaxis, mais elle peut aussi aggraver une autre cause d'épistaxis.

### **V-2-2-Maladies hémorragiques**

Perturbation de l'hémostase primaire : temps vasculoplaquettaire (TC normal)

- capillarites :
  - purpura rhumatoïde,
  - purpuras immuno-allergiques et infectieux (typhoïde, scarlatine, purpura fulminant);
- thrombopénies ou thrombopathies :
  - constitutionnelles (Glanzmann, Willebrand),
  - médicamenteuses (aspirine, antiagrégants, AINS),
  - acquises (insuffisance rénale, hémopathies).

Perturbation des facteurs de la coagulation :

- congénitales : hémophilie ;
- acquises : anticoagulants, chimiothérapie, insuffisance hépatique, CIVD, fibrinolyse

### **V-2-3-Maladies vasculaires**

- Maladie de Rendu-Osler (angiomatose hémorragique familiale autosomique dominante à expressivité variable). Caractérisée par des télangiectasies cutanéomuqueuses qui s'étendent avec l'âge et peuvent atteindre l'appareil digestif et urogénital.

- Rupture d'anévrisme carotidien intracaverneux

## **V-3-Épistaxis essentielle : épistaxis maladie**

Des facteurs favorisants sont à rechercher :

- grattage, exposition solaire, phénomènes vasomoteurs ;
- facteurs endocriniens (épistaxis pubertaire, prémenstruelle, de la grossesse) ;
- artériosclérose.

## **VI-Conduite à tenir devant une épistaxis quelle que soit son importance**

### **VI-1-Interrogatoire**

- l'âge ;
- les antécédents : HTA connue, antécédents hémorragiques, pathologies cardiovasculaires, maladies hématologiques, insuffisance hépatique, maladie de Rendu Osler ;
- la prise de médicaments (aspirine, anticoagulants, antiagrégants) ;
- la durée et l'abondance de l'épisode hémorragique actuel ;
- les éventuels antécédents d'épistaxis.

### **VI-2-Examen général**

L'examen est débuté par l'inspection faciale à la recherche de télangiectasies ou d'ecchymoses.

L'examen général permet d'évaluer le retentissement de la spoliation sanguine par :

- la prise du pouls et de la pression artérielle ;
- l'aspect du patient : anxiété, agitation, sueurs, pâleur.

### **VI-3-Examen ORL**

- d'apprécier l'abondance de l'hémorragie, sa poursuite ou son arrêt ;
- de préciser son siège antérieur ou postérieur ;
- son origine localisée ou diffuse.

### **VI-4-Examens complémentaires**

Les examens complémentaires sont réalisés en fonction de l'abondance de l'hémorragie et en urgence :

- groupe Rh, NFS, hématocrite, étude simple de l'hémostase (TP, INR, TCA), hémoglobine.

NB: La mesure du temps de saignement peut aider à guider le choix thérapeutique et à déterminer l'étiologie de certaines maladie (ex : maladie de Willebrandt).

### **VI-5-Traitement**

But:

- stabiliser l'état hémodynamique du patient si nécessaire (transfusion sanguine, oxygène)
- tarir l'hémorragie (traitement primaire);
- éviter sa reproduction (traitement secondaire);
- rechercher une étiologie (dans un 2ème temps)

#### **VI-5-1-Tarir l'hémorragie par hémostase locale**

Selon l'importance et la localisation du saignement, une démarche plus ou moins invasive est proposée. L'examen de la cavité nasale sera réalisé à l'aide d'un

endoscope rigide alimenté par une source de lumière froide. L'examen est réalisé d'avant en arrière en inspectant la cloison nasale, le cornet inférieur, le cornet moyen, la région des méats et le rhinopharynx.

#### **VI-5-2-Localisation à la tache vasculaire (antérieure)**

- Compression digitale simple de l'aile du nez pendant 10 minutes.
- Compression par tampon hémostatique.
- Cautérisation de la tache vasculaire :
  - chimique (nitrate d'argent en perle ou liquide, acide chromique) ;
  - électrique (pince bipolaire).

#### **VI-5-3-Localisation non déterminée (postérieure, diffuse...)**

- tamponnement antérieur de la cavité nasale ;
  - tamponnement par ballonnet gonflable hémostatique antérieur et postérieur ;
  - tamponnement postérieur ;
  - coagulation par voie endonasale des artères sphéno-palatines ou embolisation de ces artères en radiologie interventionnelle ;
  - ligature des artères ethmoïdales dans les cas d'épistaxis non contrôlées par les thérapeutiques précédentes (situation rare).
- NB: l'embolisation des artères ethmoïdales est contre-indiquée car elles sont des branches terminales de l'artère ophtalmique, branches de la carotide interne entraînant un risque d'hémiplégie ou de cécité.
- si une HTA est observée dès la prise en charge, il faut savoir répéter les mesures de la tension artérielle après avoir tari l'hémorragie et calmé le patient qui est souvent anxieux devant ces saignements importants.
  - l'embolisation de l'artère sphéno-palatine et des branches de l'artère faciale est indiquée après échec du tamponnement antéropostérieur ;
  - la coagulation du point de saignement.

#### **VI-5-3-Éviter la reproduction de l'hémorragie**

- Recherche et traitement d'une cause locale : cautérisation d'une ectasie de la tache vasculaire.
- Recherche et traitement des facteurs généraux : hypertension artérielle, coagulopathies, surdosage d'anticoagulants ou d'antiagrégants plaquettaires.

#### **VI-5-4-Transfusion exceptionnelle**

En dehors de perte massive et d'une altération de l'état général.

**NB: Toute épistaxis grave nécessite l'hospitalisation du patient et le démarrage immédiat de la prise en charge.**

#### **VI-5-5-Tamponnement antérieur – réalisation pratique**

- Malade assis.
- Mouchage énergique pour évacuer les caillots.
- Lavage des fosses nasales si besoin.
- Pulvérisation dans la ou les cavités nasales d'une solution anesthésique locale (xylocaïne à 5 %...) additionnée de naphazoline (sauf chez le jeune enfant).
- Introduction à l'aide d'une pince (à bouts mousses sans griffe ou nasale, coudée) d'une mèche grasse de 2 à 5 cm de large. La pince saisit la mèche à 10-15 cm de son

extrémité (pour éviter sa chute dans le pharynx à travers la choane) et est enfoncée jusqu'à la partie postérieure de la fosse nasale. La mèche est ensuite bien tassée en accordéon d'arrière en avant jusqu'à la narine en suivant le plan du plancher nasal (figure 3).

- Contention de l'extrémité antérieure du tamponnement par un ruban adhésif sur l'orifice narinaire.
- Le tamponnement est retiré après 24 ou 48 heures, après correction des facteurs favorisant.
- L'antibiothérapie n'est pas nécessaire.
- La mèche grasse peut être remplacée par un tampon ou une mèche hémostatique selon la disponibilité et les habitudes.
- En cas de coagulopathie, une mèche résorbable (ex. : Surgicel®) est souhaitable pour éviter la reprise du saignement lors de son ablation.

#### **VI-5-6-Mise en place d'un ballonnet hémostatique**

- **Ballonnet simple :**
  - il est introduit, dégonflé, dans la cavité nasale, en suivant le plan du plancher nasal. Il est ensuite gonflé avec du sérum physiologique à l'aide d'une seringue à une pression juste suffisante pour arrêter le saignement tout en vérifiant que son extrémité ne fait pas hernie dans l'oropharynx ;
  - il est laissé en place moins de 24 heures, en le dégonflant si possible toutes les 6 à 8 heures. Sonde à double ballonnet : tamponnement antéropostérieur. Elle remplace de plus en plus le classique tamponnement postérieur en cas d'hémorragie importante. La sonde est introduite jusque dans le cavum, le ballonnet postérieur est gonflé avec du sérum physiologique modérément pour le bloquer dans la choane. On gonfle ensuite le ballonnet antérieur dans le vestibule narinaire pour isoler la fosse nasale.

#### **VI-5-7-Tamponnement antéropostérieur**

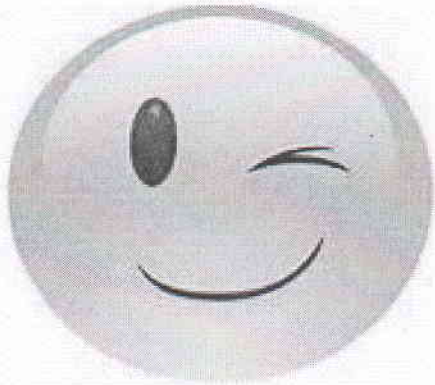
- Introduction par la narine dans la ou les cavités nasales d'une sonde molle, jusque dans le pharynx, où son extrémité est repérée et tirée par la bouche à l'aide d'une pince.
- Fixation à cette extrémité des deux long fils reliés à un tampon de gaze serré, qui est introduit par voie buccale.
- La sonde, retirée par le nez suivant le mouvement inverse de son introduction, entraîne les fils qui sortent par l'orifice narinaire et le tampon qui se bloque dans la choane (aidé par un doigt qui le guide derrière le voile et dans le cavum).
- Un tamponnement antérieur est ensuite effectué en maintenant une traction sur le tamponnement postérieur.
- Les fils du tampon postérieur sont noués sur un tampon placé devant l'orifice narinaire pour bloquer les méchages dans la cavité nasale.

## **VII-CONCLUSION**

Les épistaxis sont des urgences fréquentes, le plus souvent bénignes mais parfois graves. Elles ne doivent pas être négligées surtout lorsqu'elles se répètent et doivent faire l'objet d'un examen O.R.L. à distance pour ne pas ignorer une étiologie grave.

Les méthodes hémostatiques simples suffisent généralement à juguler l'hémorragie, en cas d'échec, les progrès de la radiologie interventionnelle limitent les indications chirurgicales en urgence.

**Bon courage**



**Pr Gharsallah/Boudraa.Fadila**