

LES EPISTAXIS

DR ABES

I- Définition & Généralités

II- Rappel Anatomique

III- Diagnostic Positif

IV- Diagnostic différentiel

V- Diagnostic étiologique

V.1 causes locales

V.2 causes générales

V.3 épistaxis essentielle

VI- Traitement :

Conclusion

I- Définition & Généralités

L'épistaxis est l'extériorisation de sang par le nez, elle peut prendre son origine dans :

- La cavité nasale ;
- Sinus ;
- ou rhinopharynx.

Urgence fréquente en ORL, le plus souvent bénigne, mais parfois elle peut être dramatique, engage le pronostic vital du fait de son abondance ou de sa répétition.

Toute épistaxis impose la recherche d'une étiologie locale ou générale sans retarder l'arrêt du saignement.

II- Rappel Anatomique

La grande richesse vasculaire et la fragilité de la muqueuse des fosses nasales, expliquent la fréquence des épistaxis.

Cette vascularisation est assurée par les branches provenant des deux grands systèmes artériels de l'extrémité céphalique, et sont :

- *le système carotidien externe.*
- *le système carotidien interne.*
- le système carotidien externe : tient une place prépondérante par l'intermédiaire de l'une de ses deux branches terminales :

**la maxillaire interne* :

**la faciale* : dont l'importance est moindre.

- le système carotidien interne : joue un rôle par l'intermédiaire des artères ethmoïdale antérieure (AEA) et postérieure (AEP) ; branches de l'artère ophtalmique.

Ces deux systèmes artériels sont richement anastomosés principalement dans la partie antéro-inférieure de la cloison où le réseau anastomotique constitue la tache vasculaire

III- Diagnostic Positif

L'épistaxis est une hémorragie des cavités nasales et des sinus, très fréquente. Elle impose toujours la même démarche au clinicien :

- ✓ la reconnaître.

- ✓ apprécier l'abondance et le retentissement.
- ✓ rechercher la cause, tout en assurant le traitement.

III.1 l'interrogatoire :

- préciser l'âge et le sexe.
- Circonstances d'apparition, le côté, la quantité de sang approximativement perdue, durée du saignement.
- Traitement éventuel déjà effectué.
- Antécédents personnels :

*antécédents hémorragiques : épistaxis précédente, hémorragie d'un autre siège.

*HTA, cardiopathie, maladie hématologique.

*prise éventuelle d'anticoagulants, d'aspirine, d'anti-inflammatoires.

*antécédents de chirurgie ORL

*Antécédents familiaux : rechercher une hémopathie, maladie de Rendu-Osler...

III.2 examen clinique :

a) L'examen ORL :

- examen des fosses nasales : rhinoscopie antérieure, après un mouchage forcé et alternatif pour expulser les caillots, en s'aidant de l'aspiration chez l'enfant.

L'examen permettra de préciser l'importance et le site anatomique du saignement.

- examen de l'oro-pharynx : recherchera tout particulièrement un écoulement postérieur.
- examen du cavum : rhinoscopie postérieure particulièrement soigneuse.

Ces examens seront toujours renouvelés à distance de l'épisode hémorragique.

c) examen général : aspect du faciès, existence de sueurs, soif.

Chiffrer le pouls, la TA

d) examens para-cliniques :

- *biologiques* : surtout l'importance de l'hémorragie et l'étiologie suspectée.
- * NFS, hémoglobine, taux de plaquettes
- *bilan d'hémostase (TS, TQ, TCK)
- *groupage sanguin, rhésus

*d'autres examens spécialisés sont demandés dans un second temps en fonction de l'orientation étiologique.

IV- Diagnostic différentiel

Il faut éliminer :

- Une hémorragie de l'oropharynx et de l'hypopharynx
- Une hémorragie digestive haute
- Une hémoptysie.

V- Diagnostic étiologique

On peut opposer des causes spécifiquement ORL donc locales (nasales et paranasales) ; et des causes générales .

V.1 causes locales

a) traumatiques : Il faut savoir que l'épisode hémorragique peut survenir à distance du traumatisme initial, après un intervalle libre.

✓ Traumatismes iatrogènes :

* chirurgie rhinosinusienne

*épistaxis survenant au décours d'une intubation nasale, d'une fibroscopie, ou de la mise en place d'une sonde naso-gastrique.

✓ Traumatismes maxillo-faciaux : tous les traumatismes faciaux, ou crânio-faciaux peuvent se compliquer d'épistaxis.

*traumatisme de l'étage moyen de la face : fracture des OPN, du septum nasal, disjonction crânio-faciale.

*traumatisme de l'étage antérieur de la base du crane et surtout une liquorrhée cérébro-spinale masquée au début par l'épistaxis qui s'éclaircit progressivement.

*épistaxis par rupture traumatique ou spontanée de la carotide interne : peut se manifester dans son trajet rétro-syllien, dans son segment intra pétreux (extériorisation par la trompe d'Eustache) ou plus fréquemment dans sa portion intra-caverneuse.

b) causes tumorales : toute tumeur *bénigne ou maligne* des cavités nasales et des sinus, est susceptible d'entraîner des épistaxis, et cette étiologie est toujours recherchée en principe devant toute hémorragie *récurrente*, d'autant plus qu'elle est *unilatérale*.

✓ *Tumeurs malignes :*

Tumeurs des cavités nasales, des sinus ou du cavum, quelle que soit leur type histologique peuvent être révélées par une épistaxis :

- Cancer des sinus
- Cancer des fosses nasales
- Cancer du cavum

Tumeurs bénignes :

- Fibrome nasopharyngien : Tumeur de l'adolescent, de sexe masculin se caractérise par sa très riche vascularisation (biopsie est formellement contre-indiquée en raison de son risque hémorragique).
- Angiofibrome de la cloison (ou polype saignant de la cloison) : implanté sur la région de la tache vasculaire.

c) causes infectieuses et inflammatoires : l'hyperhémie diffuse de la muqueuse induite par les états infectieux et inflammatoires des cavités nasales et sinusiennes, est fréquemment responsable d'épistaxis de faible abondance telle :

V.2 causes générales

Dominées par les syndromes hémorragiques et l'hypertension artérielle.

- a) **Maladie hémorragique** : toute perturbation d'un temps de l'hémostase, quelle que soit sa cause peut être à l'origine du saignement.

*maladie de Rendu-Osler-Weber maladie héréditaire à transmission autosomique dominante se caractérise par la présence de telangiectasie

*purpura thrombopénique idiopathique, immuno-allergique

*purpura thrombopathique

- b) **hypertension artérielle** : étiologie classique de l'épistaxis.

V.3 épistaxis essentielle

Diagnostic d'exclusion, et doit être retenue qu'après un bilan clinique, endoscopique, biologique, et surtout lorsque les épisodes hémorragiques sont récurrents.

- Fréquente dans l'enfance, l'examen permet de mettre en évidence son origine antérieure au niveau de la tache vasculaire.
- Chez le sujet âgé, elle est plus volontiers postérieure.
- Facteurs favorisants : grattage, exposition solaire, éternuements, efforts physiques, modification endocrinienne (puberté, grossesse et période prémenstruelle)

VI- Traitement :

a) Hémostase locale :

*la compression :

- ✓ *Compression bidigitale* durant une dizaine de minutes, ailes nasales collées (=10min)
- ✓ *Tamponnement vestibulaire*, efficace sur l'épistaxis de la partie antérieure de la cloison nasale. Compression bilatérale est nécessaire du fait de la souplesse de la cloison nasale.
- ✓ *Tamponnement antérieur*, permet une compression efficace sur les $\frac{1}{4}$ antérieurs de la cloison nasale, on utilise les mèches grasses.
- ✓ *Tamponnement postérieur*, malade calmé et prémédiqué car le tamponnement est douloureux.
- ✓ *Les ballonnets*, sondes possédant 2 ballonnets : un postérieur pour la région choanale, un antérieur pour la fosse nasale.

b) Hémostase régionale :

- Ligature artérielles, de : *L'artère maxillaire interne,*

La carotide externe.

c) Traitement étiologique

Conclusion :

L'épistaxis est une urgence fréquente en pathologie ORL, et son traitement fait appel à une véritable escalade thérapeutique allant de la simple compression bidigitale aux ligatures artérielles.

La conduite à tenir devant toute épistaxis se fait toujours selon les mêmes principes :

- *Appréciation du retentissement.*
- *Réalisation de l'hémostase.*
- *Enquête étiologique.*

Cette dernière doit toujours être réalisée à distance des saignements, et le diagnostic d'épistaxis essentielle doit rester un diagnostic d'exclusion.