

L'ÉPISTAXIS

Plan du cours

- I- Généralités
- II- Epidémiologie
- III- Rappel Anatomique
- IV- Diagnostic positif
- V- Tableaux cliniques
- VI- Diagnostics différentiels
- VII- Etiologies
- VIII- Conduite pratique

INTRODUCTION :

- Urgence ORL la plus fréquente
- Se définit comme étant un saignement d'origine endonasale ou sinusienne qui s'extériorise soit :
 - ✓ Narines : épistaxis antérieure 90-95%
 - ✓ Rhinopharynx : épistaxis postérieure 05-10%

Epidémiologie :

- Affecte le plus souvent la population âgée (altération dégénérative des parois vasculaires)
- Fréquence en automne et en hiver (froid, sécheresse, fragilisation des vaisseaux)
- Sexe ratio: femme < homme entre 20 et 49 ans puis = 1 après 50 ans
- Rôle protecteur des hormones
- Exposition masculine plus marquée aux traumatismes
- Distribution bimodale: pic <10 ans et entre 45- 65 ans
- 60% des adultes au moins 1 épisode au cours de leur vie

Rappel anatomique : vascularisation des fosses nasales

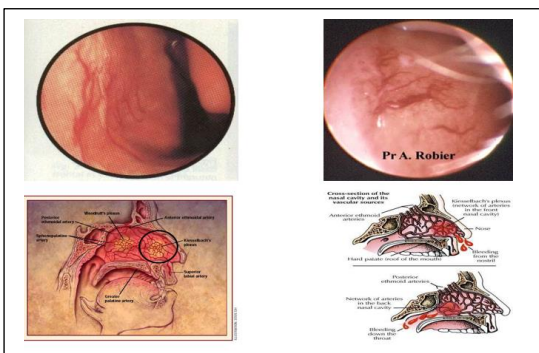
- 80% système carotidien externe :
 - ▶ artère maxillaire
 - ▶ artère faciale (vascularisation de la face)
- 20% système carotidien interne (ophtalmique) :
 - ▶ artère ethmoïdale postérieure
 - ▶ artère ethmoïdale antérieure

A/ système carotidien externe :

- **Artère maxillaire** Fosse pterygo maxillaire ▶ **Artère pterygo palatine** (cavum + choanes) donne l'artère palatine ascendante ▶ Foramen spheno palatin ▶ **Artère spheno palatine donne la branche latérale vers le méat moyen et la région turbinale** ▶ Branche médiale ▶ Cornet supérieur

B/ système carotidien interne :

- **Artère ethmoïdale antérieure** ▶ Passage par le foramen ethmoïdal antérieur (15 mm du rebord orbitaire ▶ Trou ethmoïdal ▶ cavité nasale ▶ rameau nasal
- **Artère ethmoïdale postérieure** ▶ Passage par le foramen ethmoïdal postérieur ▶ Contingent nasal ▶ Cellules ethmoïdales postérieures + Région olfactive
- Les deux systèmes s'anastomosent :
 - ✓ Partie antero inférieure de la cloison (tache vasculaire ou zone de *kisselbach*)
 - ✓ Cornets
- tache vasculaire ou zone de **kisselbach (pauvre en fibres contractile) :**



Diagnostic positif :

- ✓ Reconnaître l'épistaxis
- ✓ Apprécier l'abondance et le retentissement
- ✓ Rechercher une cause tout en assurant l'hémostase
 - **Interrogatoire :**
 - ✓ Terrain : âge, sexe, antécédents personnels et familiaux, HTA, hémopathies, notion de prise médicamenteuse et de traumatisme cranio facial récent
 - ✓ Episode actuel : mode de début, durée, facteurs déclenchants, quantité de sang perdue et le traitement déjà reçu
 - **Examen clinique :**
 - ✓ Examen général : apprécier le retentissement et rechercher un état de choc : pâleur, sueurs, agitation, tachycardie, hypotension
 - ✓ Examen ORL : après mouchage et évacuation des caillots puis rétraction de la muqueuse par la xylocaïne naphazolinée
 - - Rhinoscopie antérieure
 - - Rhinoscopie postérieure: cavum,
 - choanes
 - - Examen pharyngé
 - Nasofibroskopie
 - **Examen complémentaires :**
 - ✓ Groupage +++
 - ✓ FNS TP INR TCK TAUX DE PLAQUETTES

Tableau clinique :

- **Epistaxis bénigne :**
 - ✓ La plus fréquente
 - ✓ Cède rapidement ou par simple pression
 - ✓ Bon état général
- **Epistaxis grave :**
 - ✓ Abondante ou répétée
 - ✓ Sang rouge
 - ✓ Altération de l'état général + état de choc

Diagnostic différentiel :

- Hémoptysie
- Hématémèse

Etiologies :

Causes locales :

1. Tache vasculaire :

Fragilité capillaire de ce plexus artériel qui nécessite une cautérisation 8 à 10 jours après l'épisode. Parfois, si l'épistaxis est minime, on peut cautériser pendant l'épisode et faire cesser l'hémorragie.

2. Traumatisme de la sphère maxillo-faciale :

Blessure des artères ethmoïdales antérieures et postérieures, Le plus souvent au cours des fractures des os propres du nez, de - Topographie antérieure, Récidives fréquentes malgré divers tamponnements.

La ligature et la coagulation de l'artère ethmoïdale antérieure par abord direct externe, constitue le traitement.

3. Post opératoire :

Blessure de l'artère sphéno-palatine ou d'une de ses branches, Au déméchage ou à partir du 8^{ème} jour (à partir de la chute d'escarre). La turbinectomie inférieure, La méatotomie moyenne, La résection de la queue du cornet moyen lors d'une ethmoïdectomie, Septoplastie, Rhinoplastie.

4. Rupture traumatique ou spontanée de la carotide interne :

Epistaxis cataclysmiques, La rupture peut se faire dans son trajet retro stylien, dans son segment intra pétreux ou sa partie intra cavernreuse,

Des signes ophtalmologiques : exophtalmie pulsatile, baisse de l'acuité visuelle et chémosis sont en faveur d'une fistule carotido-cavernreuse

Un souffle au niveau du cou est en faveur d'un anévrisme de la carotide

5. Tumeurs bénignes :

- ✓ Fibrome nasopharyngien : Adolescent, Partie supérieure des choanes, **Ne jamais biopsier ++++** : TDM, IRM, artériographie Trt : Exérèse chirurgicale après embolisation
- ✓ Polype de la cloison

- ✓ Angiome des fosses nasales
- ✓ Tumeurs de l'ethmoïde

6. Tumeurs malignes : Epistaxis unilatérales répétées

Cancer du cavum ,Carcinome épidermoïde des fosses nasales ou des sinus maxillaires,Adénocarcinome de l'ethmoïde

7. Autres :

Sinusites chroniques, Rhinites atrophiques, Lésions de grattage, ulcération de la cloison nasale, Corps étrangers.

+ Causes générales :

1. Hypertension artérielle

2. Infections :

Grippe, Pneumopathies atypiques , Fièvre typhoïde , Syndrome malin des maladies infectieuses , Scarlatine

3. Troubles de l'homéostasie :

Traitements anticoagulants, antiagrégants plaquettaire, AINS, Déficit en facteurs de la coagulation ,Insuffisance hépato cellulaire ,Hémopathies , Purpuras : thrombopéniques, immuno-allergiques, toxiques, médicamenteux et thrombopathiques

4. Maladie de Rendu Osler :

Angiomatose hémorragique familiale ,Autosomique dominante } anomalie des parois vasculaires ,Se manifeste dans l'enfance (épistaxis, gingivorragies), télangiectasies (face, lèvres, mains++)

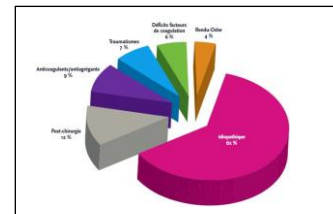
Autres localisations : angiomes viscéraux, fistules artério-veineuses, anévrismes pulmonaires, atteintes hépatiques et cérébrales

5. Maladies métaboliques : diabète et scorbut

6. Troubles endocriniens : puberté : accompagne surtout les menstruations, Gestation

+ Epistaxis essentiel :

- - Diagnostic d'exclusion
- - Fréquence dans l'enfance
- - Apres exposition au soleil, grattage, éternuement voir spontanément
- - En rapport avec une fragilité vasculaire constitutionnelle



Conduite à tenir : urgence hémorragique

Une épistaxis finit toujours par se tarir !!! faut faire simple, et rester calme. Il faut éviter l'escalade thérapeutique ...Il faut agir de façon atraumatique !

➤ Mesures générales :

- 1- Calmer le patient et le rassurer : on peut donner des anxiolytiques ou des sédatifs (Tranxène, Valium)
- 2- Repos
- 3- Position demi assise, , tête penchée en avant.
- 4- Apprécier la gravité : volume de la perte sanguine + retentissement
- 5- Voie d'abord si hémorragie grave
- 6- Position de Trendelenburg
- 7- prendre les chiffres tensionnels et traiter si HTA
- 8 - l'hospitalisation se discute selon l'âge du patient, le terrain, l'abondance du saignement et son retentissement

➤ Gestes locaux :

- 1- Nettoyer les fosses nasales : Faire moucher énergiquement et abondamment le patient afin d'éliminer les caillots. En effet, la persistance d'un caillot dans les fosses nasales entretient le saignement. +ou- aspiration
 - 2- Oter tout corps étranger non adapté placé par le patient (mouchoir, ouate, coton,...).
 - 3- Compression bi digitale ou tamponnement vestibulaire (tache vasculaire)
 - 4- Anesthésier et rétracter la muqueuse nasale (coton imprégné de xylocaïne naphazolinée)
- Du coup, l'hémorragie cède le plus souvent.

❖ Pour l'hémostase locale on peut utiliser des mèches imbibées d'Eau oxygénée, ou des mèches résorbables type Oxycellulose (Surgicel®)

❖ Pour l'hémostase générale on utilisent :

- ✓ Activateurs de l'hémostase: dicynone
- ✓ Sulfate de protamine : si surdosage en héparine
- ✓ Vitamine K ou PPSB : si surdosage en AVK
- ✓ Produits substitutifs :plasma frais congelé , concentrés plaquettaires...
- ✓ Transfusions si déglobulisation mal tolérée (Hb<7 g/l)

➤ **Moyens de 1ere intention :**

✓ **TAMPONNEMENT ANTERIEUR :**

Matériel résorbable et non résorbable (tulle gras) Laisser 48h + ATB systématique, Contre indication au tamponnement si suspicion de tumeur maligne ou bénigne (fibrome nasopharyngien)

Lors du déméchage, il est nécessaire et préférable d'appliquer une pommade hémostatique (pommade HEC®) au niveau de la fosse nasale afin d'éviter une possible récurrence dont le malade doit être prévenu.

✓ **CAUTERISATION CHIMIQUE :**

Boule de nitrate d'argent appliquée directement sur le point de saignement : **Nitrate d'Argent: précautions +++**
Cautérisation chimique de tout tissu:

-Eviter l'application sur autre site que l'hémorragie : visage, ailes du nez ou autres parties de la muqueuse nasale.

-Avertir le patient de la sensation désagréable et de la nécessité de rester immobile

-Ne jamais cautériser des deux cotés en même temps : risque de perforation septale

✓ **CAUTERISATION ELECTRIQUE :** En utilisant la bipolaire ou la monopolaire.

✓ **IRRIGATION A L'EAU CHAUDE :**

Irrigation de la fosses nasale a l'aide d'un cathéter par une eau chaude a 51°. A côté de l'effet mécanique d'élimination des caillots, l'eau chaude posséderait un effet hémostatique propre, en créant un oedème muqueux rétrécissant la filière aérienne nasale.

➤ **Moyens de 2eme intentions :**

✓ **TAMPONNEMENT POSTERIEUR :**

Echec du tamponnement antérieur et épistaxis haute ou postérieure. En principe, réalisé par le spécialiste ORL. Il est très douloureux et il doit être fait sous anesthésie générale ou au moins sous sédation.

Mais dans les cas extrêmes on est obligés de le faire en urgence.

✓ **SONDES A BALLONNET :**

* **Sonde a Ballonnet simple :**

on peut utiliser une sonde urinaire (Foley)

Elle comprime la région retro turbinaire qui est la zone d'émergence de l'artère sphéno-palatine.

Il ne doit pas être laissé en place plus de 24 heures, et **si possible** doit être dégonflé toutes les 6 à 8 heures.

* **Sonde à double ballonnet : (Bivona)**

➤ **3eme intention :**

❖ Epistaxis postérieure non contrôlée ou récidivante après traitement

❖ Epistaxis massive supérieure a 1,5L

❖ Epistaxis persistante avec taux d'Hg < 8 gr/dl

❖ Complications ou contre indications aux traitements précédents

✓ **EMBOUSATION**

*Cathétérisme de l'artère fémorale

*Occlusion des artères maxillaires interne et faciale a l'aide de micro particules calibrées

✓ **CHIRURGIE D'HEMOSTASE**

*Ligature de la carotide externe

*Ligature transantrale de la maxillaire interne

*Ligature endoscopique de l'artère sphenopalatine

*Ligatures des artères ethmoïdales

Indications :

➤ **EPISTAXIS BENIGNE :**

- Compression bidigitale
- Tamponnement vestibulaire
- Tamponnement antérieur

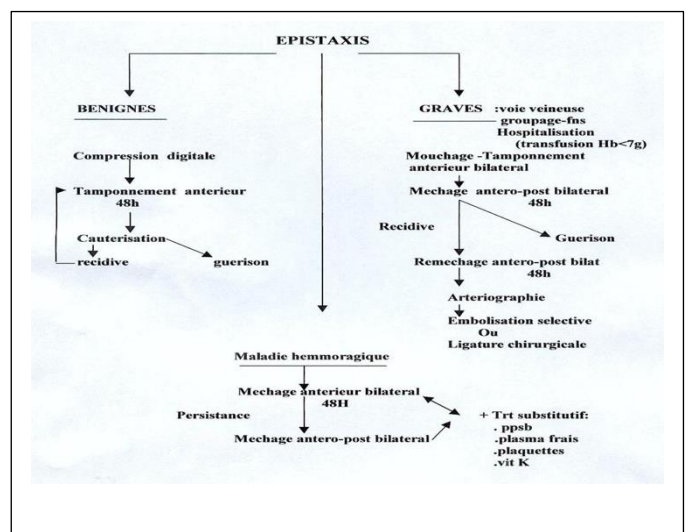
➤ **EPISTAXIS GRAVE :**

- Mouchage- Tamponnement antérieur bilatéral
- Tamponnement antéro-postérieur
- Embolisation ou
- Ligature artérielle

➤ **MALADIE HEMORRAGIQUE :**

- Tamponnement antérieur bilatéral, si persistance tamponnement antéro-postérieur bilatéral avec traitement substitutif

➤ **MALADIE DE RENDU OSLER :**



- Cautérisation
- Injection intra muqueuses : colle de fibrine ou ethibloc
- Embolisation sélective
- Dermoplastie nasale

Hospitalisation :

- ✓ **Age > 50-65 ans**
- ✓ Instabilité hémodynamique
- ✓ Epistaxis postérieure ou non localisable
- ✓ Présence de Co-morbidités : HTA et cardiopathies, Susceptibles de se décompenser,
- ✓ Troubles de la coagulation
- ✓ Prise d'un Traitement anticoagulant ou antiagrégant
- ✓ Facteurs prédictifs d'échec d'hémostase:
 - Saignement abondant (>250ml)
 - Durée de saignement plus de 6h
 - Packing dans les 7 derniers jours ou bien chirurgie ORL.
- ✓ Accès aux soins; conditions de vie,

- **Le médecin des urgences** doit faire face à une épistaxis et savoir la juguler, tout en sachant que la majorité des épistaxis sont bénignes et cèdent le plus souvent à une compression bidigitale des narines ou à un méchage vestibulaire.

- le premier geste à entreprendre est L'évacuation des caillots encombrant les fosses nasales : ce geste est primordial pour la suite de la prise en charge,

- Il doit savoir réaliser un tamponnement antérieur.

- Il doit savoir Reconnaître rapidement les facteurs aggravants

- **Le médecin des urgences** doit Anticiper et transférer le patient assez tôt! vers un spécialiste ORL :

Lorsqu'il n'arrive pas à maîtriser l'épistaxis :

- ❖ En cas de saignements postérieurs avérés ou soupçonnés,
- ❖ En cas de saignements antérieurs récidivants

(en recherchant simultanément un trouble de la coagulation),

- ❖ En cas de lésions soupçonnées à l'examen ou
- ❖ En cas d'antécédents de chirurgie cervico faciale et de cancer.