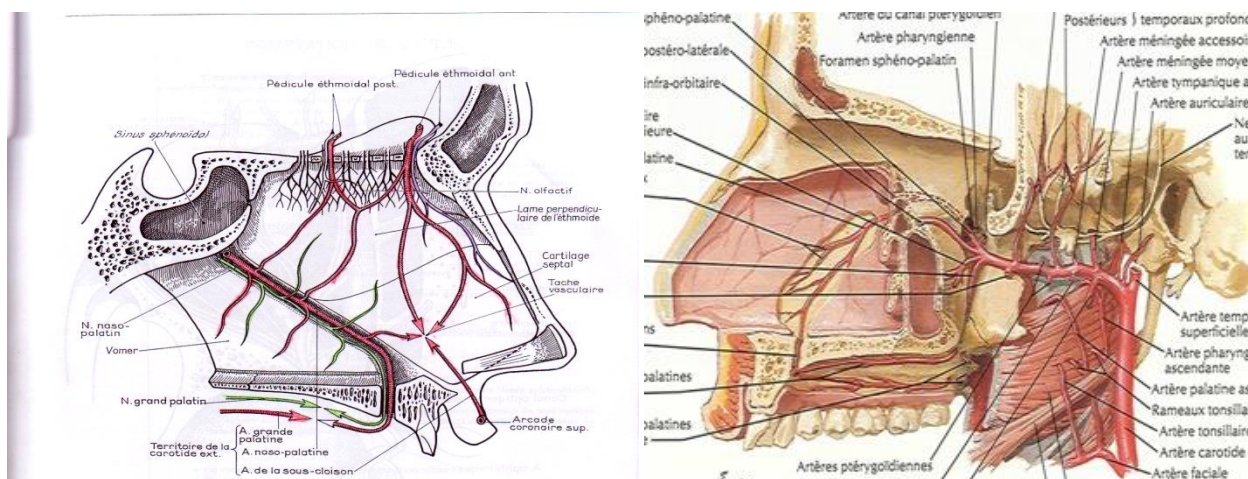


## I DEFINITION, GENERALITES :

- Une épistaxis est un écoulement de sang extériorisé par L'orifice narinaire ou choanal.
- Cette hémorragie d'origine nasale est une des urgences les plus fréquente en ORL. Elle peut être essentielle ou symptomatique d'une affection locale ou générale.
- Elle est le plus souvent bénigne mais peut être grave du fait de son abondance et/ou de sa répétition mettant en jeu le pronostic vital du patient.
- La prise en charge d'une épistaxis débute par l'appréciation de sa gravite.

## II RAPPEL ANATOMIQUE

- La muqueuse des fosses nasale est richement vascularisée. Deux réseaux, largement anastomosés entre eux (en particulier au niveau de la cloison nasale : c'est la tache vasculaire), entrent en jeu dans cette vascularisation.
- ✓ Le réseau de la carotide externe : le plus important, via les artère maxillaire interne qui donne la sphéno-palatine+++ et l'artère faciale
- ✓ Le réseau de la carotide interne : via les artère ethmoïdales.
- Les artères de ce réseau sont pauvres en fibres musculaires ce qui favorise les hémorragies.
- Le réseau veineux est très développé, particulièrement au niveau des cornets.



## III DIAGNOSTIC :

### • DIAGNOSTIC POSITIF :

#### ➤ EPISTAXIS BENIGNE :

- ✓ L'écoulement est peu abondant, se faisant goutte à goutte par la narine, souvent 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.

## LES EPISTAXIS. : Dr W. MEDJEDOUB

---

- ✓ Il n'y a pas de retentissement sur l'état général.
- EPISTAXIS GRAVE :
  - par son abondance (hypertension artérielle...)
  - par sa répétition ou sa continuité (hémopathie, traitement anticoagulant...)
  - par un risque de décompensation de tare associée (coronaropathie, sténose carotidienne...)
- Elle est souvent bilatérale.
- L'écoulement est antérieur, par les narines, mais aussi postérieur, par les choanes et mis en évidence par l'examen du pharynx à **l'abaisse-langue**.
- L'examen ORL est difficile et la rhinoscopie ne permet souvent que de suspecter le siège postérieur de l'hémorragie, au niveau de l'artère sphéno-palatine.
- L'épistaxis peut être moins abondante mais persistante, sous la forme d'un écoulement postérieur à bas bruit car déglutie chez un sujet en décubitus dorsal.

### IV DIAGNOSTICS DIFFÉRENTIELS :

- HÉMOPTYSIE : EXTÉRIORISATION DE SANG DURANT DES EFFORTS DE TOUX.
- HÉMATÉMÈSE : EXTÉRIORISATION DE SANG DURANT DES EFFORTS DE VOMISSEMENT.

### V DIAGNOSTIC DE GRAVITE ET ORIENTATION ETIOLOGIQUE :

- Devant une épistaxis quelle que soit son importance, l'interrogatoire, l'examen ORL, mais aussi général et un bilan paraclinique sont indispensables pour en apprécier la gravité et préciser l'étiologie.
- Il faut toujours rassurer, calmer le patient et le mettre en bonne condition.
- L'interrogatoire du patient et de l'entourage vont préciser :
  - l'âge
  - les antécédents (HTA connue, antécédents hémorragiques, pathologie orl)
  - la prise de médicaments (aspirine, anti-coagulants)
  - la durée et l'abondance de l'épisode hémorragique actuel
  - Contexte : traumatisme craniofacial
- 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

## LES EPISTAXIS. : Dr W. MEDJEDOUB

---

- L'examen ORL (Rhinoscopie, examen pharyngé), après évacuation des caillots par mouchage permet :
  - d'apprécier l'abondance de l'hémorragie
  - de préciser son siège antérieur ou postérieur
  - et son origine localisée ou diffuse
- Les examens complémentaires : sont réalisés en fonction de l'abondance de l'hémorragie et en urgence :
  - groupe, numération sanguine, hématocrite, étude simple de l'hémostase (TP, INR, TCA).
  - d'autres examens plus spécialisés seront demandés en fonction de l'orientation étiologique, le plus souvent dans un deuxième temps.
- Après arrêt du saignement et stabilisation des constantes hémodynamique :
  - Le reste de l'examen ORL
  - Examen somatique complet
  - Les examens radiologiques (TDM, artériographie) peuvent être demandés dans un second temps en fonction des étiologies envisagées.

### VI ETIOLOGIES :

#### ➤ LES CAUSES LOCALES :

- **Les causes infectieuses et inflammatoires** : Toute inflammation des fosses nasales peut occasionner une épistaxis, le plus souvent bénigne :
  - ✓ rhinite aiguë
  - ✓ rhino-pharyngite, rhinosinusite aiguës.
- **Les causes traumatiques** : pouvant être cataclysmiques
  - ✓ fracture des os propre de nez
  - ✓ fracture de la cloison nasale, hématome de la cloison
  - ✓ fracture de l'étage moyen de la face
  - ✓ fracture de l'étage antérieur du crâne : L'épistaxis est souvent associée a
    - ✓ une rhinorrhée cérébro-spinale. Le signe du halot permet de porter le diagnostic.
  - ✓ fracas cranio-faciaux avec possibilité de fracture du sinus caverneux avec
- ✓ plaie de la carotide interne et faux anévrisme. L'épistaxis est cataclysmique le plus souvent mortelle (50% des cas) associée a une amaurose ou a des troubles de la motricité extrinsèque du globe oculaire.

## LES EPISTAXIS. : Dr W. MEDJEDOUB

---

- ✓ post opératoire (chirurgie rhino sinusienne)
- ✓ post intubation nasotrachéale
- **Les causes tumorales :** Toute tumeur bénigne ou maligne des fosses nasales ou des sinus paranasaux peut se manifester par une épistaxis. Elle est unilatérale, répétée, associée à une obstruction nasale et ou un syndrome otologique ou ganglionnaire.
- ✓ **Les tumeurs bénignes :** Le **polype saignant de la cloison, angiome, le fibrome nasopharyngien** (tumeur bénigne très vascularisée qui se rencontre quasi exclusivement chez l'adolescent de 12 à 20 ans pouvant donner des hémorragies majeures).
- ✓ **Les tumeurs malignes :** **cancers rhino-pharynges et rhino sinusiens.**
- **LES CAUSES GENERALES :**
  - **Maladies hémorragiques :**
    - ✓ thrombopénies, thrombopathies
    - ✓ purpura : rhumatoïde, fulminant, immuno-allergique, infectieux
    - ✓ perturbation des facteurs de la coagulation : hémophilie, CIVD, fibrinolyse,
    - ✓ anticoagulants, insuffisance hépatocellulaire.
  - **Maladies vasculaires :**
    - ✓ L'hypertension artérielle est une cause fréquente chez l'adulte.
    - ✓ L'artériosclérose
    - ✓ La maladie de **RENDU OSLER** : pathologie héréditaire autosomique dominante avec une répartition géographique originale. C'est une dysplasie angiomateuse caractérisée par des angiomes stellaires au niveau de la peau et des muqueuses mais également des viscères (foie, poumons, appareil génito-urinaire, moelle épinière, cerveau). Le maître symptôme est l'épistaxis qui a un retentissement très fréquent sur l'état général par son abondance et sa répétition.
  - **Maladies métaboliques :**
    - ✓ Diabète
    - ✓ Scorbut
- **L'EPISTAXIS ESSENTIELLE :**
  - La plus fréquente chez le sujet jeune, elle est favorisée par : le grattage, l'exposition solaire, les facteurs endocriniens (puberté, syndrome prémenstruel, grossesse). Le saignement est de faible abondance, il siège au niveau de la tache vasculaire : La muqueuse de la partie antérieure de la cloison nasale est le siège d'une petite arborescence vasculaire fragile, cause du saignement.
  - Reste un diagnostic d'élimination.

### VII LE TRAITEMENT :

- Il faut toujours préparer le patient au geste d' hémostase. Tout en le rassurant, un sédatif léger peut être propose.
- La position demi assise.
- Le but du traitement est d'arrêter le saignement de lutter contre la spoliation sanguine et éviter les récives.
- Les techniques utilisées sont fonction de l'importance du saignement et de l'étiologie.
- Faire moucher les caillots représente le premier geste.

#### ➤ HEMOSTASE LOCALE :

##### • **La compression bi digitale :**

- le patient est penche en avant, la compression bidigitale pendant 5 a 10 minutes suffit. Elle peut être réalisée par le patient ou l'entourage, aidée par des hémostatiques locaux.
- En cas d' inefficacité du premier geste, il faudra réaliser **un méchage antérieur bilatéral avec des mèches grasses, des mèches** résorbables, des tampons rhinologiques expansifs. Les mèches sont enlevées au bout de 48 à 72 heures avec couverture ATB.
- Si le méchage antérieur est inefficace il faut alors recourir au **méchage postérieur. Il peut nécessiter une simple prémédication, une anesthésie locale, ou générale.**
- peut être réalise avec des mèches grasses ou des sondes a doubles ballonnets qui permettent un tamponnement postérieur peu douloureux. Le tamponnement est laisse en place 48 a 72 heures, 24h si sonde à ballonnets.

##### • Autre :

- ✓ les hémostatiques par voie générale.
- ✓ une coagulation a la pince bipolaire, ou une cautérisation chimique.

#### ➤ HEMOSTASE REGIONNALE : Elle est proposée en cas d'échec de l'hémostase locale.

- La ligature ou la coagulation de l' artère sphéno palatine a son émergence du trou sphéno palatin par voie endon salé sous contrôle endoscopique. Il faut le matériel adéquat ce qui est rarement possible dans un contexte d'urgence.
- D'autres gestes chirurgicaux peuvent être indiqués :
  - ✓ La ligature de l'artère maxillaire interne dans la fosse ptérygomaxillaire par voie transantrale (Caldwel-Luc).
  - ✓ Ligature des artères ethmoïdales antérieure et postérieure par voie paralateronasale.

## LES EPISTAXIS. : Dr W. MEDJEDOUB

---

- ✓ L'embolisation radiologique supra sélective de l'artère maxillaire interne ou de la sphénoalatine sous contrôle scopique par SELDINGER.
- ✓ La ligation de la carotide externe
- ✓ Il est possible également de larguer un ballonnet par SELDINGER sous contrôle radiologique pour assurer l'hémostase lors d'une rupture de carotide interne dans le sinus caverneux ou utilisation des coils.

- **HIERARCHIE DES MOYENS THERAPEUTIQUES :**

- MOYENS DE PREMIERE INTENTION:

- Compression digitale.
- Cautérisation chimique.
- Cautérisation électrique.
- Tamponnement antérieur.

- MOYENS DE DEUXIEME INTENTION:

- Le tamponnement postérieur.
- Les sondes à ballonnets

- MOYENS DE TROISIEME INTENTION:

- la chirurgie d'hémostase.
- l'embolisation.

- **Ils deviennent nécessaires face à :**

- toute épistaxis postérieure non contrôlée,
- récidivante dans les 72 heures,
- toute épistaxis massive supérieure à 1,5 litre,
- toute épistaxis persistante avec un taux d'hémoglobine inférieur à 8 g/l.
- Le choix entre ces différentes techniques est variable selon les équipes. L'embolisation radiologique donne de bon résultats, elle ne nécessite qu'une anesthésie locale et permet par l'artériographie qui est systématiquement réalisée d'éliminer certaines étiologies (malformation vasculaires, pseudo anévrysmes de la carotide interne, tumeurs). Mais elle n'est pas dénuée de risques (AIT, AVC).
- La ligation de la sphénoalatine est élégante et ne nécessite pas pour certains d'anesthésie générale. La voie trans-antrale laisse souvent des séquelles douloureuses et/ou fonctionnelles.

## LES EPISTAXIS. : Dr W. MEDJEDOUB

---

- L'embolisation et les ligatures artérielles sont réservées aux épistaxis graves et récidivantes.
- **LE TRAITEMENT DU CHOC HYPOVOLEMIQUE.**
- **LE TRAITEMENT ETIOLOGIQUE** : HTA, tumeur, maladie hémorragique...
- **SORTIE** :
- Toute épistaxis bénigne sans signe de gravité clinique tarie.
- L'ordonnance de sortie comportera des mèches hémostatiques (Coalgan®) +/- pommade hémostatique locale type pommade HEC®) pour une mise en place par le patient en cas de récurrence.
- En cas de méchage antérieur, la sortie se fait sous antibiotique (Amoxicilline 2g/24h) et avec nécessité de consulter un ORL dans les 48h (ABLATION MECHAGE).
- **PRÉVOIR DANS TOUS LES CAS UNE CONSULTATION ORL POUR COMPLÉTER BILAN.**

### **VIII Conclusion :**

- L'épistaxis est le plus souvent bénigne et essentielle, elle impose toujours la recherche d'une étiologie. L'épistaxis récidivante et unilatérale est hautement suspecte.
- L'épistaxis peut être grave par son abondance et / ou par sa répétition mettant ainsi en jeu le pronostic vital.
- Les moyens thérapeutiques simples sont les plus utiles.