

Item 313 . Epistaxis (avec le traitement)

- I. DIAGNOSTIC POSITIF ET DE GRAVITE
 - II. LES DIAGNOSTICS DIFFERENTIELS :
 - III. Conduite à TENIR, devant une épistaxis quelle que soit son importance.
 - IV. TRAITEMENT
 - V. DIAGNOSTIC ETIOLOGIQUE
 - VI. NOTE TECHNIQUE
-

Objectifs pédagogiques

-- Les objectifs nationaux du Bulletin Officiel --

- Devant une épistaxis, argumenter les principales hypothèses diagnostiques et justifier les examens complémentaires pertinents.
- Identifier les situations d'urgence et planifier leur prise en charge.

-- Les objectifs du Collège Français des Enseignants d'ORL --

- Suspecter le siège d'une épistaxis et savoir déterminer le retentissement général.
 - Connaître les principes des gestes d'hémostase locaux d'une épistaxis.
 - Savoir rechercher la cause d'une épistaxis locale ou générale.
 - Connaître le risque vital d'une épistaxis post-traumatique de grande abondance et savoir évoquer le siège des lésions
-

Une épistaxis est un écoulement sanglant provenant des fosses nasales .

Ce saignement est très fréquent et la plupart du temps bénin. Dans certains cas cependant, il peut devenir par son abondance, sa répétition ou la fragilité du terrain une véritable urgence médico-chirurgicale.

Tantôt l'épistaxis constitue toute la maladie (épistaxis essentielle du jeune due à des ectasies de la tache vasculaire situées à la partie antéro-inférieure de la cloison nasale), tantôt elle est le symptôme révélateur, tantôt la complication de nombreuses affections.

Devant une épistaxis, quatre ordres de problèmes se posent :

- la reconnaître
- en préciser l'abondance et le retentissement
- en rechercher l'étiologie
- assurer l'hémostase

I. DIAGNOSTIC POSITIF ET DE GRAVITE

Deux tableaux cliniques peuvent être schématiquement individualisés :

A. L'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.

B. L'épistaxis grave

La gravité d'une épistaxis dépend de facteurs à apprécier immédiatement.

- **Son abondance** appréciée moins par le caractère bilatéral ou antéro-postérieur de l'épistaxis que par les notions objectives que sont le fréquence cardiaque (pouls), la pression artérielle, les sueurs, la pâleur. L'appréciation du volume saigné est toujours difficile à estimer, fréquemment surestimée par le patient ou l'entourage mais parfois trompeur par défaut car dégluti.
- **La durée ou la répétition de l'épistaxis** doivent être vérifiées pour apprécier la gravité
- L'association à une pathologie susceptible de se décompenser par la déprivation sanguine telle qu'une coronaropathie ou une sténose carotidienne.
- La présence de troubles de la coagulation (tel que la prise de traitement anticoagulant) rend parfois le contrôle du saignement plus difficile.

L'examen des cavités nasales est parfois délicat en raison de l'abondance du saignement fréquemment bilatéral et antéropostérieur.

II. LES DIAGNOSTICS DIFFERENTIELS :

- Hémoptysie : le saignement s'extériorise lors d'effort de toux
- Hématémèse : le saignement s'extériorise principalement par la bouche et lors d'effort de vomissement

III. CONDUITE A TENIR, DEVANT UNE EPISTAXIS 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 orienter l'étiologie.

A. L'interrogatoire du patient et de l'entourage vont préciser :

- l'âge
- les antécédents (HTA connue, antécédents hémorragiques)
- la prise de médicaments (aspirine, anti-coagulants)
- la durée et l'abondance de l'épisode hémorragique actuel
- les éventuels antécédents d'épistaxis

B. 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

C. L'examen O.R.L. (rhinoscopie, examen pharyngé), après évacuation des caillots par mouchage permet :

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

D. 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), hémoglobine. La mesure du temps de saignement peut aider à guider le choix thérapeutique
- d'autres examens plus spécialisés seront demandés en fonction de l'orientation étiologique, le plus souvent dans un deuxième temps.

IV. TRAITEMENT

Le choix thérapeutique est adapté à la situation qui doit être soigneusement évaluée : retentissement, facteurs de risque, étiologie, surveillance nécessaire du patient. Cette dernière conditionne la décision de la prise en charge sur place, du transfert en centre spécialisée et de l'hospitalisation.

Il a pour but :

- de tarir l'hémorragie (traitement primaire)
- d'éviter sa reproduction (traitement secondaire).

A. Tarir l'hémorragie par hémostase locale

Selon l'importance et la localisation du saignement, une démarche plus ou moins invasive va être proposée :

1) 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 (pincette bipolaire)

2) Localisation non déterminée : (postérieure, diffuse ...)

Par ordre d'escalade thérapeutique :

- tamponnement antérieur de la fosse 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 et fréquemment post traumatique) car leur embolisation est contre-indiquée car elles sont branches terminales de l'artère ophtalmique, branches de la carotide interne entraînant un risque d'hémiplégie ou de cécité.

Figure 314-4

Ces gestes sont associés à d'autres mesures selon les cas particuliers :

- si HTA, régulation rapide de la tension artérielle par traitement antihypertenseur adapté
- pour les patients porteurs d'angiomatose diffuse (cf diagnostic étiologique) ou de coagulopathie, les tamponnements sont préférentiellement réalisés avec des tampons résorbables pour réduire le risque de récurrence lors de leur ablation.
- l'embolisation de l'artère sphéno-palatine et des branches de l'artère faciale sont une alternative au tamponnement antéropostérieur.
- la coagulation du point de saignement à la consultation sous contrôle endoscopique est envisageable si le matériel est disponible. il est réalisé par l'ORL.

B. Eviter 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 anticoagulants ou d'antiaggrégants plaquettaires.

C. La transfusion doit être exceptionnelle.

En dehors de perte massive et d'une altération de l'état général, il est préférable de reconstituer les réserves martiales (fer per os ou injectable) ou de proposer un traitement par EPO.

Points clés



Une épistaxis essentielle du jeune est traitée par simple compression digitale de quelques minutes de l'aile du nez, puis éventuellement par une cautérisation de la tache vasculaire.



Une épistaxis grave chez un hypertendu nécessite un tamponnement antérieur, quelquefois postérieur, ou la mise en place de ballonnets hémostatiques, exceptionnellement une embolisation ou une coagulation artérielle par voie endonasale . La correction de l'hypertension par hypotenseur à action rapide est associée.

V. DIAGNOSTIC ETIOLOGIQUE

On peut opposer des causes spécifiquement O.R.L., locales : nasales et para-nasales, et des causes générales où l'épistaxis n'est qu'un épiphénomène d'une maladie souvent déjà connue, mais qu'elle peut parfois révéler.

A. Epistaxis d'origine locale : épistaxis symptôme

1) Infectieuses et inflammatoires (rares)

- rhino-sinusites aiguës

2) Traumatiques (**fréquentes**)

- Corps étranger
- Traumatismes opératoires :
 - Chirurgie rhino-sinusienne (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.



Attention à deux présentations cliniques dans un cadre traumatique :

- Epistaxis et une fracture de l'étage antérieur de la base du crâne : fracture fronto-basale et d'une rhinorrhée cérébro-spinale : épistaxis qui "s'éclaircit".
- Epistaxis et une exophtalmie pulsatile : fistule carotido-caverneuse, gravissime

3) Tumorales : (à rechercher systématiquement) :

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

- bénignes : fibrome naso-pharyngien, polype saignant de la cloison

Figure 313-1

- malignes : cancers rhino-sinusiens, cancers du cavum.

B. Epistaxis d'origine générale : épistaxis épiphénomène parfois révélatrice

1) Hypertension Arterielle

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

2) Maladies hémorragiques

- Perturbation de l'hémostase primaire : temps vasculo-plaquettaire (T.C. 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, C.I.V.D., fibrinolyse

3) Maladies vasculaires

- maladie de Rendu Osler (angiomatose hémorragique familiale)
- rupture d'anévrisme carotidien intracaverneux

4) Epistaxis essentielle : épistaxis maladie

Des facteurs favorisants sont à rechercher :

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

VI. NOTE TECHNIQUE

En cas de tumeurs malignes ou de fibrome nasopharyngien, les tamponnements sont à éviter sauf extrême urgence, car ils peuvent entraîner des lésions hémorragiques supplémentaires.

A. Tamponnement antérieur – Réalisation pratique

- Malade assis.
- Mouchage énergique pour évacuer les caillots.
- Lavage des fosses nasales si besoin
- Pulvérisation dans la ou les fosses nasales d'une solution anesthésique locale (xylocaïne à 5 %...) additionnée de naphtazoline (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 313-3

- 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.

Photo 313-2

B. Mise en place d'un ballonnet hémostatique – Réalisation pratique

- Ballonnet simple :
 - Il est introduit, dégonflé, dans la fosse nasale, en suivant le plan du plancher nasal. Il est ensuite gonflé avec 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 antéro postérieur
 - 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 modérément pour le bloquer dans la choane. On gonfle ensuite le ballonnet antérieur dans le vestibule narinaire pour isoler la fosse nasale.
- Les ballonnets hémostatiques doivent faire partie de la trousse d'urgence de tout médecin.

C. Tamponnement antéro-postérieur – Réalisation pratique

En principe, réalisé par le spécialiste ORL, mais il est de plus en plus remplacé par la mise en place de sonde à double ballonnet. Il est douloureux et nécessite parfois une anesthésie générale

- Introduction par la narine dans la ou les fosses 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 fosse nasale.