

313- Epistaxis

Une épistaxis est une hémorragie provenant des fosses nasales.

Ce saignement est très fréquent et la plupart du temps, bénin. Dans certains cas cependant, il peut réaliser par son abondance, sa répétition, ou une 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, l'épiphénomène ou la complication de nombreuses affections.

Devant une épistaxis, quatre ordres de problèmes se posent :

- la reconnaître
- en préciser la gravité : abondance ; retentissement par rapport au terrain
- en rechercher l'étiologie
- assurer l'hémostase

Table des matières

DIAGNOSTIC POSITIF ET DE GRAVITE

DIAGNOSTIC ETIOLOGIQUE

TRAITEMENT

Tarir l'hémorragie par hémostase locale

Eviter la reproduction de l'hémorragie

La transfusion doit être exceptionnelle

ORIENTATION DIAGNOSTIQUE DEVANT UNE EPISTAXIS

Epistaxis d'origine locale : épistaxis symptôme

Epistaxis d'origine générale : épistaxis épiphénomène parfois révélatrice

NOTE TECHNIQUE

Tamponnement antérieur

Mise en place d'un ballonnet hémostatique

Tamponnement postérieur

Prérequis :

- La plupart des épistaxis spontanées proviennent de l'**artère sphéno palatine** branche de l'artère maxillaire, terminaison de la carotide externe
- La tache vasculaire est à l'origine des épistaxis bénignes de l'enfant

DIAGNOSTIC POSITIF ET DE GRAVITE

Deux tableaux cliniques peuvent être schématiquement individualisés :

L'épistaxis bénigne

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.

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

L'épistaxis 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.

Le patient peut vomir des caillots de sang (épistaxis déglutie) et faire évoquer à tort une hématomèse.

Les diagnostics différentiels

- Hémoptysie : extériorisation de sang durant des efforts de toux
- Hématémèse : extériorisation de sang durant des efforts de vomissement

Quoiqu'il en soit, 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.

- L'INTERROGATOIRE DU PATIENT ET DE L'ENTOURAGE VONT PRECISER :
 - 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
- L'EXAMEN GENERAL PERMET D'EVALUER LE RETENTISSEMENT DE LA SPOLIATION SANGUINE PAR :
 - la prise du pouls et de la pression artérielle
 - l'aspect du patient : anxiété, agitation, sueurs, pâleur
- L'EXAMEN O.R.L. (RHINOSCOPIE, EXAMEN PHARYNGE), APRES EVACUATION 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 COMPLEMENTAIRES :**
 - 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.

DIAGNOSTIC ETIOLOGIQUE

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

TRAITEMENT

Il a pour but :

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

Tarir l'hémorragie par hémostase locale

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

- **LOCALISATION A LA TACHE VASCULAIRE**
 - 1) compression digitale simple de l'aile du nez pendant 10 minutes (épistaxis de la tache vasculaire)
 - 2) compression par tampon de coton hémostatique...
 - 3) cautérisation de la tache vasculaire le plus souvent à distance du saignement :
 - chimique (nitrate d'argent en perle ou liquide)
 - électrique (pincette bipolaire)
- **LOCALISATION IMPRECISE : « ESCALADE THERAPEUTIQUE »**
 - 1) méchage par voie antérieure de la fosse nasale
 - 2) tamponnement par voie antérieure avec ballonnet gonflable
 - 3) tamponnement par voie postérieure
 - 4) coagulation par voie chirurgicale endoscopique des artères sphéno-palatines
 - 5) ou embolisation de ces artères en radiologie interventionnelle
 - 6) coagulation des artères ethmoïdales par orbitotomie dans les cas d'épistaxis persistantes (ces artères ne peuvent pas bénéficier d'une embolisation puisqu'elles sont des branches terminales de l'artère ophtalmique, elle-même branche de la carotide interne : un accident d'embolisation entraînerait soit une hémiparésie, soit une cécité !).

- **DANS LE CAS DE LA MALADIE DE RENDU-OSLER** (affection héréditaire autosomique dominante révélée par des **épistaxis**, qui associe des télangiectasies cutanées (faciales) et muqueuses nasales, linguales, labiales et digestives). Les capillaires ont perdu leur couche musculaire et élastique :ils se dilatent (ectasies) et deviennent extrêmement fragiles.) : l'injection sous-muqueuse de colle biologique ou d'Ethibloc® sous contrôle angiographique est proposée.

Eviter la reproduction de l'hémorragie

- Recherche et traitement d'une cause locale : cautérisation d'une ectasie de la tache vasculaire ...
- Recherche et traitement d'une cause générale : hypertension artérielle, coagulopathies...

La transfusion doit être exceptionnelle.

- Penser à reconstituer les réserves martiales : fer per os ou injectable (veinofer®)
- Dans certains cas : indication d'EPO

- ⚠ Une épistaxis essentielle du jeune est traitée par simple compression digitale de l'aile du nez, puis par cautérisation de la tache vasculaire.
- ⚠ Une épistaxis grave chez un hypertendu nécessite un tamponnement bilatéral antérieur, quelquefois postérieur, ou la mise en place de ballonnets hémostatiques, exceptionnellement une coagulation artérielle par voie chirurgicale endoscopique voir une embolisation ou et la correction de l'hypertension.

ORIENTATION DIAGNOSTIQUE DEVANT UNE EPISTAXIS

Epistaxis d'origine locale : épistaxis symptôme


- **INFECTIEUSES ET INFLAMMATOIRES**
 - rhino-sinusites aiguës
 - corps étrangers
- **TRAUMATIQUES**
 - Traumatismes accidentels :
 - nasal, avec ou sans fracture des os propres (impliquant fréquemment les artères ethmoïdales)
 - fractures du massif facial
 - ⚠ Attention à l'association
 - à une fracture de l'étage antérieur de la base du crâne : responsable d'une rhinoliquorrhée : épistaxis qui "s'éclaircit".
 - à une exophtalmie pulsatile : fistule carotido-cavernereuse (**les plus graves**).
 - Traumatismes opératoires :
 - Chirurgie rhino-sinusienne (septo-rhinoplastie, ethmoïdectomie...)
 - Intubation nasale

- TUMORALES : (à rechercher systématiquement)
 - Rechercher un syndrome tumoral : obstruction nasale chronique, déficit des paires crâniennes, otite séreuse (cavum)
 - bénignes : [fibrome naso-pharyngien](#) de la puberté masculine, hémangiome de la cloison...
 - malignes : cancers primitifs ou secondaires rhino-sinusiens, exceptionnellement du rhinopharynx.

Epistaxis d'origine générale : épistaxis épiphénomène parfois révélatrice

- MALADIES HEMORRAGIQUES
 - Perturbation de l'hémostase primaire : temps vasculo-plaquettaire
 - maladie de Rendu Osler (angiomatose hémorragique familiale)
 - capillarites :
 - purpura rhumatoïde
 - purpuras immuno-allergiques et infectieux (typhoïde, salmonellose, scarlatine, purpura fulminans)
 - thrombopénies
 - thrombopathies :
 - constitutionnelles (Glanzmann, Willebrand)
 - médicamenteuses (**Aspirine, antiagrégants**, AINS...) (**fréquentes**)
 - acquises (insuffisance rénale, hémopathies)
 - Perturbation des facteurs de la coagulation
 - congénitales : hémophilie
 - acquises : **anticoagulants (fréquentes)**, insuffisance hépatique, CIVD, fibrinolyse...
- MALADIES VASCULAIRES
 - HTA surtout
 - rupture d'anévrisme carotidien intracaverneux
- EPISTAXIS ESSENTIELLE : EPISTAXIS MALADIE
 - Facteurs favorisants :
 - grattage, exposition solaire, phénomènes vasomoteurs
 - facteurs endocriniens (préménstruelle, de la grossesse...)

NOTE TECHNIQUE : LES TAMPONNEMENTS


 Contre indication *relative* au tamponnement : suspicion de tumeur maligne ou bénigne (fibrome nasopharyngien)

Tamponnement antérieur

- Malade assis
- Mouchage énergique de chaque fosse nasale pour évacuer les caillots
- Anesthésie de contact et vasoconstricteurs locaux : *xylocaïne naphazolinée*® (rétraction de la muqueuse).
- Introduction à l'aide d'une pince (anatomique, sans griffe ou nasale, coudée) d'une mèche grasse de 2 à 5 cm de large. La pince saisit la mèche à 10 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 bien tassée en accordéon d'arrière en avant jusqu'à la narine.
- Contention de l'extrémité antérieure du tamponnement par un ruban adhésif sur l'orifice narinaire.
- Plusieurs types de mèche peuvent être utilisés : elles sont ôtées (déméchage) à 48 heures.
 - En cas de coagulopathie et si le saignement est modéré, l'utilisation de Surgicel® est préférée car ce matériau évite un déméchage souvent source de resaignement : lavage des fosses nasales à l'eau salée.

Mise en place d'un ballonnet hémostatique

- Ballonnet simple : (une sonde de Folley =urinaire, fait souvent l'affaire)
 - Il est introduit, dégonflé, dans la fosse nasale. 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 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 :
 - Remplace de plus en plus le tamponnement postérieur en cas d'hémorragie importante. La sonde est introduite jusque dans le rhinopharynx, le ballonnet postérieur est gonflé modérément et bloqué dans la choane. On gonfle ensuite le ballonnet antérieur dans le vestibule narinaire, pour isoler l'ensemble de la fosse nasale.

 Les ballonnets hémostatiques doivent faire partie de toute trousse d'urgence médicale.

Tamponnement postérieur

En principe, réalisé par le spécialiste ORL.

- 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 fils reliés à un tampon de gaze serré.
- 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 rhinopharynx).
- Un tamponnement antérieur est ensuite effectué.



Question 344

- Les fils du tampon postérieur sont noués sur un tampon placé devant l'orifice narinaire.