

# Epistaxis IC-87

- Connaître la définition d'une épistaxis
  - Connaître les critères diagnostiques et de diagnostic différentiel
  - Connaître les données d'interrogatoire et d'examen clinique à rechercher devant une épistaxis
  - Décrire les examens biologiques de base dans une épistaxis
  - Connaître l'indication des examens d'imagerie devant une épistaxis
  - Connaître le principe de traitement par radiologie interventionnelle de l'épistaxis
  - Connaître la stratégie thérapeutique dans une épistaxis
  - Connaître les principes de la gestion thérapeutique de l'HTA au cours d'une épistaxis
  - Connaître les principales étiologies des épistaxis
  - Connaître les autres étiologies des épistaxis
  - Connaître le principe du tamponnement antérieur
  - Connaître le principe du tamponnement antéropostérieur
- 

## Connaître la définition d'une épistaxis OIC-087-01-A

L'épistaxis est un saignement issu des cavités nasales ou sinusiennes. Il provient d'une lésion muqueuse ou vasculaire située entre l'orifice narinaire et le nasopharynx.

---

## Connaître les critères diagnostiques et de diagnostic différentiel OIC-087-02-A

L'épistaxis correspond à un saignement actif extériorisé par les cavités nasales (épistaxis antérieure) et/ou visible au niveau de la paroi pharyngée postérieure (épistaxis postérieure).

La gravité d'une épistaxis est liée à :

- L'abondance du saignement et sa durée,
- La répétition des épisodes hémorragiques,
- La fragilité du patient (âge, terrain cardio-vasculaire, déplétion sanguine préexistante induite par une autre étiologie).

Lorsque l'épistaxis s'accompagne de signes respiratoires (toux, dyspnée, expectorations) ou de signes digestifs (vomissements, nausées), les diagnostics différentiels à éliminer sont respectivement l'hémoptysie et l'hématémèse.

---

## Connaître les données d'interrogatoire et d'examen clinique à rechercher devant une épistaxis OIC-087-03-A

**La première étape de la prise en charge a pour objectif d'évaluer la gravité de l'épistaxis en précisant :**

Par l'interrogatoire :

- L'abondance (quelques traces de sang à un ou plusieurs verres),
- La durée (quelques secondes à plusieurs minutes),
- La répétition des épisodes (sur quelques heures ou plusieurs jours),
- Le terrain à risque (âge, altération préexistante de l'état général),
- Les antécédents à risque (pathologies cardiovasculaires, troubles de l'hémostase, hypertension artérielle, prise de traitement antithrombotique, maladie de Rendu Osler).

Par l'examen clinique :

- Les signes de choc hémorragique (tachycardie, hypotension artérielle, troubles de conscience, pâleur, marbrures),
- Les signes d'encombrement bronchique en relation avec une éventuelle inhalation (toux, expectorations, râles bronchiques, polypnée, désaturation, sueurs, agitation).

**La deuxième étape de la prise en charge a pour objectif de rechercher l'étiologie de l'épistaxis :**

- Contexte accidentel ou polytraumatique,
- Intervention chirurgicale naso-sinusienne récente,
- Pathologies tumorales malignes (obstruction nasale unilatérale préexistante, atteinte des paires crâniennes, altération de l'état général, profession à risque (travail du bois)), ou bénignes (fibrome nasopharyngé de l'adolescent),
- Maladie de Rendu Osler (épistaxis fréquentes depuis l'enfance, antécédents familiaux, télangiectasies cutanéomuqueuses).

**La troisième étape de la prise en charge a pour objectif de rechercher les comorbidités susceptibles d'aggraver les épistaxis :**

- Prise de traitement antithrombotique (anti-vitamines K, antiagrégants plaquettaires, nouveaux anticoagulants type « xabans »),
- Pathologies responsables de troubles de l'hémostase (hémopathies, insuffisance hépatique, insuffisance rénale, déficits en facteurs de coagulation, maladies auto-immunes).

- Hypertension artérielle (traitements anti HTA en cours).

---

## Descire les examens biologiques de base dans une épistaxis OIC-087-04-A

Devant une épistaxis grave :

- Numération Formule Sanguine,
- Bilan pré-transfusionnel (Groupe sanguin, Rhésus, RAI).

Devant une suspicion de troubles de l'hémostase :

- TP, TCA, Plaquettes,
- INR (pour les AVK),
- Activité antiXa (pour la classe des xabans).

---

## Connaître l'indication des examens d'imagerie devant une épistaxis OIC-087-05-B

Sans retarder le traitement de l'épistaxis,

En cas de traumatisme cranio-facial :

- Radiographie des os du nez si fracture du nez dans un contexte médico-légal
- Tomodensitométrie maxillo-faciale avec injection de produit de contraste lors des traumatismes faciaux plus importants à la recherche de fractures du tiers moyen de la face et de la base du crâne et/ou d'une atteinte vasculaire spécifique (fissuration carotidienne, plaie artère ethmoïdale, fistule carotido-caverneuse)

En cas de suspicion de tumeur naso-sinusienne :

- Tomodensitométrie maxillo-faciale et cervicale avec injection de produit de contraste,
- IRM naso-sinusienne avec injection de gadolinium.

---

## Connaître le principe de traitement par radiologie interventionnelle de l'épistaxis OIC-087-06-B

- Il s'agit de réaliser une embolisation des artères nourricières des cavités nasales et sinusiennes. L'axe carotidien externe (artère sphéno palatine et ses branches terminales) est le plus souvent concerné.
- La radio-embolisation est proposée **en situation de recours** et **en urgence** lors d'épistaxis récidivantes après un tamponnement antéro-postérieur par sonde à double ballonnet. L'intervention est réalisée sous anesthésie générale avec intubation oro trachéale, après consultation d'anesthésie. Elle nécessite que le patient soit stabilisé sur le plan hémodynamique. L'abord vasculaire est habituellement réalisé par voie fémorale. Un premier temps artériographique opacifie les vaisseaux pour rechercher une fuite de produit de contraste (blush). Une occlusion sélective des branches artérielles terminales est alors réalisée avec vérification de l'efficacité du geste occlusif par une nouvelle opacification.
- Les artères ethmoïdales (branches de l'artère ophtalmique naissant de l'artère carotide interne) ne sont pas habituellement accessibles à une radio-embolisation en raison du risque ischémique ophtalmique et cérébral.

---

## Connaître la stratégie thérapeutique dans une épistaxis OIC-087-07-A

La prise en charge répond à un protocole en 5 étapes successives. Les étapes 1 et 2 sont les stratégies de 1<sup>ère</sup> ligne efficaces dans plus de 80% des cas. Les étapes 3 à 5 sont des stratégies de seconde ligne réservées aux formes récidivantes d'épistaxis survenant souvent sur un terrain fragilisé. Les étapes 3 à 5 nécessitent l'intervention d'un ORL.

- **Etape 1 : Evacuation des caillots par mouchage et compression bidigitale des ailes narinaires** au contact des taches vasculaires pendant 10 min, tête penchée en avant. A ce stade et en l'absence de contre-indication, l'application locale sur coton d'un vasoconstricteur et d'un anesthésiant type naphazoline et lidocaïne 5% peut être réalisée pour permettre par rétraction muqueuse un tarissement de l'épistaxis, un repérage du site hémorragique par rhinoscopie ou endoscopie nasale si les conditions techniques sont réunies et une préparation de la fosse nasale avant un éventuel tamponnement.
- **Etape 2 : Tamponnement** vestibulaire (en cas de saignement limité au vestibule narinaire) ou **antérieur** (les 3/4 antérieurs de la fosse nasale) avec du matériel résorbable ou non résorbable en privilégiant le moins invasif. Si le site hémorragique actif est identifié et si le matériel est disponible aux urgences, l'électrocoagulation sélective sous anesthésie locale est une alternative efficace au méchage antérieur.
- **Etape 3 :** En cas d'échec, **tamponnement antérieur et postérieur par sonde à double ballonnet**. En comprimant la région sphéno palatine, le ballonnet postérieur permet d'améliorer l'efficacité du ballonnet antérieur.

- **Etape 4** : En cas d'échec, réduction de l'afflux sanguin nasal des **artères sphéno-palatines** par chirurgie endoscopique **avec électrocoagulation/ligature ou par radioembolisation**.
- **Etape 5** : En cas d'échec, réduction de l'afflux sanguin nasal des **artères ethmoïdales par électrocoagulation/ligature** selon un abord transcutané ou endoscopique.

A chaque étape, l'efficacité de la procédure est évaluée par le contrôle des constantes hémodynamiques et par un examen oropharyngé recherchant des rhinorrhées postérieures sanglantes. En cas de tamponnement antérieur non résorbable ou de sonde à double ballonnet, le matériel ne doit pas être laissé plus de 24 à 48h.

---

## Connaître les principes de la gestion thérapeutique de l'HTA au cours d'une épistaxis OIC-087-08-B

L'impact de l'HTA sur la survenue d'une épistaxis est controversé. L'HTA serait surtout associée au risque de récurrence de l'épistaxis.

- Lors de l'examen clinique initial d'une épistaxis, une TA élevée peut être associée au stress du patient et doit être contrôlée 30 minutes plus tard pour être confirmée.
- En cas de confirmation d'une TA élevée, un traitement par inhibiteurs calciques en seringue électrique ou en comprimé peut-être nécessaire en l'absence de contre-indication.
- Un avis cardiologique est recommandé en cas d'échec de cette première stratégie de prise en charge.
- A distance de l'épistaxis, une réévaluation de la TA du patient est à prévoir auprès du médecin traitant
- A distance de l'épistaxis, une réévaluation du traitement de fond d'un patient déjà connu comme hypertendu est conseillée.

---

## Connaître les principales étiologies des épistaxis OIC-087-09-A

Une épistaxis implique une lésion muqueuse ou vasculaire nasale ou sinusienne. Cette lésion peut être induite par plusieurs étiologies locales. Les comorbidités altérant l'hémostase locale sont à l'origine de la gravité des épistaxis en favorisant leur abondance et leur récurrence.

### Etiologies locales :

- Traumatisme (fréquents) : accidentel (nasal et/ou sinusien), chirurgical (chirurgie turbino-septale ou sinusienne), intubation naso-trachéale, sonde naso-gastrique, corps étranger,
- Infectieuses ou inflammatoires (rares) : rhino-sinusites et vascularites,
- Tumeurs bénignes (fibrome naso-pharyngien) ou malignes,
- Pathologies vasculaires (Télangiectasies Héréditaires Familiales (maladie de Rendu Osler), maladies anévrismales carotidiennes).
- Microtraumatismes méconnus ou microdilatactions artériolaires de la tache vasculaire à l'origine des épistaxis dites essentielles (fréquentes chez l'enfant et l'adolescent, diagnostic d'élimination) .

---

## Connaître les autres étiologies des épistaxis OIC-087-10-B

Une épistaxis implique une lésion muqueuse ou vasculaire nasale ou sinusienne. Cette lésion peut être induite par plusieurs étiologies locales. Les comorbidités altérant l'hémostase locale sont à l'origine de la gravité des épistaxis en favorisant leur abondance et leur récurrence.

### Comorbidités :

- Prise de traitements anticoagulants ou antiagrégants plaquettaires, réalisation d'une fibrinolyse,
- Coagulopathies congénitales (déficit en facteurs de coagulation, thrombopathies),
- Coagulopathies acquises (hémopathies, insuffisance hépatique, insuffisance rénale, maladies auto-immunes, CIVD),
- HTA (surtout à l'origine des récurrences des épistaxis).

---

## Connaître le principe du tamponnement antérieur OIC-087-11-A

- Il s'agit de la technique de **tamponnement à proposer en 1<sup>ère</sup> intention**.
- Il est réalisé sur un patient en position assise après mouchage pour évacuation des caillots.
- La fosse nasale est préalablement imbibée d'une solution anesthésique locale (en spray ou sur coton) en l'absence de contre-indication.
- Le matériel utilisé est résorbable ou non. **S'il est disponible, le matériel résorbable est privilégié en cas de coagulopathie ou de maladie de Rendu Osler.**
- La mèche est introduite à l'aide d'une pince à bouts mousses en longeant le plancher de la fosse nasale et est enfoncée jusqu'à la partie postérieure de la fosse nasale. Elle est ensuite tassée d'arrière en avant.
- **Le tamponnement antérieur non résorbable est laissé en place 24 à 48 heures** et son efficacité est contrôlée régulièrement par un examen en bouche de la paroi pharyngée postérieure.

## Connaître le principe du tamponnement antéropostérieur OIC-087-12-B

- Il est proposé **après échec du tamponnement antérieur**.
- Il permet de comprimer à la fois la fosse nasale et l'émergence de l'artère sphéno-palatine pour diminuer l'afflux sanguin au niveau de la muqueuse naso-sinusienne.
- La sonde à double ballonnet a supplanté le tamponnement antéro-postérieur à la compresse qui est réalisé sous anesthésie générale.
- Il est réalisé sur un patient en position assise après mouchage pour évacuation des caillots.
- La fosse nasale est préalablement imbibée d'une solution anesthésique locale (en spray ou sur coton) en l'absence de contre-indication.
- L'étanchéité des 2 ballonnets est vérifiée préalablement à la mise en place de la sonde.
- La sonde est introduite en suivant le plancher de la fosse nasale. Le ballonnet postérieur est d'abord gonflé avec de l'eau pour préparation injectable puis le ballonnet antérieur.
- **La sonde doit être dégonflée au bout de 24 à 48 heures** et son efficacité est contrôlée régulièrement par un examen en bouche de la paroi pharyngée postérieure.