
CAT face à une épistaxis

Une épistaxis est un écoulement sanglant provenant des fosses nasales ou des sinus, qui peut être extériorisé :

- **En avant par les narines** : Épistaxis antérieure.
- **En arrière par le rhinopharynx** : Épistaxis postérieure.

Ce saignement est très fréquent et la plupart du temps bénin, facilement curable, mais peut être le symptôme révélateur d'une pathologie sous-jacente. Dans certains cas, il peut devenir, par son abondance, sa répétition ou la fragilité du terrain, une véritable urgence médicochirurgicale.

La fréquence de l'épistaxis s'explique du fait :

- De la riche vascularisation des fosses nasales.
- De la finesse de la muqueuse qui est au contact direct de l'os.
- De la multiplicité des anastomoses au sein du système carotidien externe et entre le système carotidien externe qui peut rendre l'épistaxis difficile à maîtriser.
- Que les artéριοles des fosses nasales sont dépourvues de membrane élastique interne. Elles ont donc un pouvoir contractile plus faible lors d'une blessure.

Devant une épistaxis, des problèmes de quatre ordres se posent :

- La reconnaître.
- En préciser l'abondance et le retentissement.
- En rechercher l'étiologie.
- Assurer l'hémostase.

I- Étude clinique

1- Diagnostic positif et différentiels

Il est facile. Le saignement est fait de sang rouge vif s'extériorisant par les narines et/ou par la bouche. Il doit être différencié :

- **De l'hémoptysie** : Le saignement s'extériorise lors d'effort de toux.
- **De l'hématémèse** : Le saignement s'extériorise par la bouche et lors d'effort de vomissement. Il arrive parfois qu'une épistaxis postérieure soit déglutie puis vomie donnant l'aspect d'hématémèse, mais dans ce cas, l'exploration gastro-intestinale revient négative.

2- Interrogatoire

Il ne doit en aucun cas retarder la prise en charge :

- Age, sexe.
- Mode de survenue, début de l'hémorragie, sa durée, notion de facteur déclenchant (Traumatisme).
- Côté de l'épistaxis.
- Quantité de sang perdu (Nombre de mouchoirs utilisés), traitements déjà reçus.
- Antécédents hémorragiques personnels et familiaux, d'HTA, d'hémopathies...
- Notion de prise d'anticoagulants.

3- Examen clinique

- **Examen général** : A pour but d'apprécier le retentissement et de rechercher les signes de choc : Pâleur, sueurs, agitation, tachycardie, hypotension...

- **Examen ORL** : Se fait après mouchage et évacuation des caillots, voir rétraction de la muqueuse par la xylocaïne naphzolinée. Il a pour but d'apprécier l'abondance de l'hémorragie, son caractère actif ou non, son siège (Antérieur ou postérieur) et de rechercher une étiologie. On pratique :
 - **Rhinoscopie antérieure** : Apprécie le côté qui saigne et visualise la tache vasculaire, le plus souvent à l'origine du saignement.
 - Rhinoscopie postérieure (Abandonnée).
 - **Examen de l'oropharynx** : Systématique à la recherche d'un saignement postérieur.
 - **Naso-fibroscopie** : Peut être difficile en cas de saignement important et est généralement réalisée après la prise en charge initiale. Elle est essentielle pour le diagnostic étiologique.
- Examen cutanéomuqueux à la recherche de télangiectasies ou de pétéchies (Maladie de Rendu-Osler).

4- Apprécier le retentissement

A- Épistaxis bénigne

C'est la forme la plus fréquente, touchant l'enfant ou l'adulte jeune. Elle présente les caractéristiques suivantes :

- 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.
- Cède rapidement spontanément ou par simple compression bi-digitale.

B- Épistaxis grave

Rare, elle impose une prise en charge efficace (Hospitalisation, voie d'abord, bilan biologique). La gravité d'une épistaxis dépend de facteurs à recueillir à l'interrogatoire et à l'examen clinique :

- **Importance de l'hémorragie** : L'appréciation du volume saigné est toujours difficile à estimer, fréquemment surestimé par le patient ou l'entourage mais parfois trompeur par défaut car dégluti.
- La durée ou la répétition des hémorragies.
- **Retentissement de l'hémorragie** : Altération de l'état général, état de choc (FC, PA...).
- 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 (Tels que la prise de traitement anticoagulant ou antiagrégant) qui rend le contrôle du saignement plus difficile.

L'examen des cavités nasales peut être ici délicat en raison de l'abondance du saignement, qui est fréquemment bilatéral et antéropostérieur. Le saignement postérieur lorsque important peut entraîner une inondation pulmonaire et induire des troubles respiratoires.

5- Examens complémentaires

Les examens complémentaires sont réalisés en fonction de l'abondance de l'hémorragie et de l'orientation étiologique :

- FNS et étude de l'hémostase (TP ou INR, TCA, TS), en cas d'épistaxis grave.
- Groupage, rhésus et RAI en cas de formes graves (Bilan pré-transfusionnel ou pré-opératoire).
- Selon l'orientation étiologique :
 - Bilan hépatique.
 - Imagerie en cas de cause tumorale (TDM, IRM) ou traumatique (TDM).
 - Biopsie au moindre doute.
 - Artériographie en cas de tumeurs vasculaires.

II- Étiologies

Le diagnostic étiologique est le plus souvent fait en second temps après l'hémorragie jugulée.

1- Épistaxis essentielle

C'est un **diagnostic d'élimination**, qui doit être toujours remis en question en cas d'épistaxis récurrentes. L'épistaxis serait en rapport avec une fragilité vasculaire fréquente chez l'enfant pouvant disparaître à l'adolescence, déclenchée par :

- Le soleil.
- Le grattage.
- L'éternument.
- Mais pouvant être spontanée.

A l'examen, l'origine du saignement est antérieure au niveau de la tache vasculaire.

2- Causes locales

A- Épistaxis post-traumatiques

- **Fracture de la pyramide nasale (Avec ou sans fracture des os propres du nez)** : Cause fréquente, l'épistaxis qui cède souvent rapidement. Elle doit toujours faire rechercher un hématome de la cloison nasale qui impose un traitement urgent, du fait du risque de surinfection.
- **Fractures de la face** : Toute fracture de la face dont le trait passe par les fosses nasales ou les cavités sinusiennes peut donner une épistaxis. L'épistaxis est abondante par lésion des artères éthmoïdales, maxillaires internes. Il faut faire attention aux fractures de l'étage antérieur de la base du crâne, où il faudra reconnaître une fuite du LCR témoignant d'une brèche méningée, par une épistaxis qui s'éclaircit (Rhinorrhée).
- **Rupture traumatique de la carotide interne** : Épistaxis parfois cataclysmique, souvent après un intervalle libre plus ou moins long. Tout épistaxis abondant à début et à fin brusque doit faire réaliser une artériographie. La rupture peut se faire dans :
 - **Son segment rétro-stylien** : Par effraction pharyngée de la fossette de Rosenmuller.
 - **Son segment intra-pétreux** : La carotide se rompt dans la trompe d'Eustache.
 - **Son segment intra-caverneux** : Localisation la plus fréquente. La carotide peut se rompre :
 - **Dans le sinus sphénoïdal.**
 - **Dans le sinus caverneux (Anévrysme carotido-caverneux)** : Des signes ophtalmologiques s'associeront à l'épistaxis : Exophtalmie pulsatile, baisse de l'acuité visuelle, paralysie oculo-motrice, chémosis conjonctival...
- **Autres** : Corps étrangers (Rhinorrhée purulente de l'enfant ++), perforations septales...

B- Épistaxis post-opératoire

L'épistaxis peut faire suite à :

- **Une chirurgie rhino-sinusienne** : Rhinoplastie, polypectomie, turbinectomie...
- **Une chirurgie endo-nasale** : Chirurgie des rhino-sinusites et rhinites chroniques.
- A une intubation nasotrachéale.

C- Tumeurs bénignes

- **Fibrome naso-pharyngien (Angiofibrome)** : C'est une tumeur rare, richement vascularisée, qui touche surtout les garçons au moment de la puberté (12-18 ans). Cliniquement, elle se manifeste par une épistaxis minime ou abondante,

récidivante, associée à une obstruction nasale unilatérale et des signes de compression de voisinage. La naso-endoscopie permet de visualiser la tumeur sous forme d'une masse violacée richement vascularisée, régulière parfois polylobée, à développement endo-nasal implantée sur le toit de l'orifice choanal où se situe l'orifice sphéno-palatin.

La biopsie étant formellement contre-indiquée (Risque hémorragique), le diagnostic est réalisé à la TDM qui retrouve une masse à développement endo-nasal élargissant le foramen sphéno-palatin et se réhaussant à l'injection iodée. L'artériographie apprécie la vascularisation tumorale et permet une embolisation qui doit précéder tout acte chirurgical (Embolisation puis résection chirurgicale).

- **Polype saignant de la cloison** : C'est un angiofibrome de la cloison retrouve surtout chez la femme enceinte. Il est visualisé à la rhinoscopie antérieure sous forme d'une masse rougeâtre pédiculée siégeant au niveau de la tache vasculaire. Le traitement repose sur la résection chirurgicale.
- **Autres** : Angiome des fosses nasales, angiome de l'ethmoïde...

D- Tumeurs malignes

Il s'agit de tumeurs malignes des cavités nasales, des sinus ou du cavum. Elles doivent être évoquées face à une épistaxis associée à l'un des signes suivants :

- Obstruction nasale chronique unilatérale.
- Troubles neurologiques (Déficit des nerfs crâniens).
- Otite séreuse.
- Exophtalmie.
- Suintement sanguinolent unilatéral, rhinorrhée, douleurs...

Le diagnostic est fait à l'aide de la naso-fibroscopie et l'imagerie. L'examen histologique permet de préciser le type :

- **Tumeurs nasales** : Carcinomes et mélanomes.
- **Tumeurs sinusiennes** : Adénocarcinome de l'éthmoïde (Professionnels du bois ++).
- **Tumeurs rhinopharyngées** : Cancer du cavum (Carcinome épidermoïde et indifférencié).

E- Causes infectieuses et inflammatoires

- **Rhinites (Tout type de rhinite) et sinusites (Maxillaire ++)** : Du fait de la congestion vasculaire associée.
- Grippe, typhoïde, scarlatines...
- Ulcère de cloison.
- Maladie de Wegener.
- Malade de Chug et Strauss.

3- Causes générales

A- Hypertension artérielle

C'est l'étiologie la plus fréquente chez l'adulte (Pouvant être révélatrice de la maladie), c'est pourquoi la prise de la pression artérielle est systématique face à tout épistaxis. Elle survient dans le cadre de la triade de Dieulafoy : Céphalées, bourdonnements, épistaxis. Le saignement peut provenir de la tâche vasculaire mais est plus souvent postérieur. L'abaissement de la pression artérielle est essentiel pour arrêter le saignement.

Remarque : Il faut savoir répéter les mesures de la pression artérielle après que l'hémorragie soit calmée, car initialement la PA peut être faussement élevée du fait de l'anxiété. Si elle persiste un traitement adéquat doit être instauré.

B- Troubles de l'hémostase primaire

- **Maladie de Rendu-Osler** : C'est dysplasie vasculaire rare (1 à 2 cas pour 100 000 habitants), à transmission autosomique dominante à pénétrance variable, caractérisée par une angiomatose télangiectasique cutanée, viscérale et

muqueuse, associée à des anévrysmes et des fistules artério-veineuses pulmonaires et cérébrales surtout. Il s'agit de malformations des capillaires veineux dont la paroi ne comporte ni fibres élastiques ni fibres musculaires les rendant très fragiles. Le diagnostic est clinique devant la présence de multiples télangiectasies atteignant principalement la muqueuse des cavités nasales (Septum, plancher, cornets inférieur et moyen), mais aussi la muqueuse de la cavité buccale et les téguments de la face. Les localisations viscérales sont beaucoup plus rares mais la réalisation d'une imagerie abdominale et cérébrale est systématique au diagnostic à la recherche de malformations vasculaires hépatiques et cérébrales. Le traitement est difficile, les épistaxis étant récidivantes.

- **Capillarites :**
 - Purpura rhumatoïde
 - Purpura immuno-allergique (Purpura fulminans, typhoïde, scarlatine).
 - Maladies immuno-allergiques.
 - Diabète.
 - Scorbut.
- Prise d'aspirine ou d'AINS.
- **Affections hématologiques :** Thrombopénie, thrombopathies (Glanzmann, Willebrand, syndrome de Bernard).

C- Troubles de l'hémostase secondaire

- **Insuffisance hépatique :** D'origine alcoolique, virale ou toxique. L'épistaxis intervient dans un contexte hémorragique diffus, et peut être déglutie et passer pour une hématomèse ou mélaena. Par ailleurs, l'alcool induit un dysfonctionnement plaquettaire.
- **Traitements anti-coagulants :** C'est la première cause à évoquer chez un patient sous anticoagulants. L'épistaxis n'est pas grave en lui même mais représente un signe d'alarme, témoin d'une hypocoagulabilité excessive. Il faut demander une crase sanguine en urgence pour adapter la prise en charge.
- **Affections hématologiques :** L'épistaxis est l'expression locale d'un syndrome hémorragique diffus : CIVD, fibrinolyse, hémophilie, déficits divers en facteurs de la coagulation...
- Chimiothérapie.

Remarque : Un bilan de la coagulation systématique devant une épistaxis persistante ou sévère.

III- Prise en charge

Le traitement a pour but de :

- Stabiliser l'état hémodynamique du patient si nécessaire (Transfusion sanguine, oxygène).
- Tarir l'hémorragie et éviter sa reproduction.
- Rechercher et traiter l'étiologie.

1- Mesures générales

1. Le médecin doit rassurer, évaluer, interroger et bilancer le patient dès son arrivée. Il est parfois utile de prescrire un anxiolytique oral ou injectable chez un patient agité et anxieux.
2. Installer le patient au calme en position assise ou demi-assise pour éviter les inhalations de sang
3. Apprécier le retentissement hémodynamique (Sueur, pâleur, hypotension...) et prendre en charge un éventuel choc hémorragique.
4. Rechercher une détresse respiratoire par inhalation de sang nécessitant une bronchoaspiration.
5. Arrêter les anticoagulants si le patient en prend.
6. Devant une épistaxis sévère demander une NFS, un bilan d'hémostase, une hémoglobine et groupage.
7. Faire évacuer les caillots de sang par mouchage ou aspiration (Les caillots sont pourvoyeurs de saignement du fait de la fibrinolyse).

8. Anesthésier et rétracter la muqueuse nasale par un coton imprégné de xylocaïne naphazolinée. L'hémorragie cède le plus souvent après ce geste.

2- Hémostase locale

A- Compression bi-digitale

Réalisée par le patient, elle consiste en la compression entre pouce et index l'aile narinaire durant 5 à 10 minutes, tête baissée en avant. Ce geste suffit le plus souvent à arrêter un saignement bénin provenant de la tache vasculaire.

B- Tamponnement vestibulaire (diapo)

Il consiste à tasser dans le vestibule narinaire de façon uni- ou bilatérale une mèche simple, grasse (Tulle gras*), résorbable (Surgicel*) ou à base d'alginate de calcium (Coalgan*).

C- Cautérisation

Indiquée dans les épistaxis antérieures en seconde intention, surtout celles intéressant la tache vasculaire. Elle est réalisée après anesthésie de contact et nettoyage de la cavité nasale (Mouchage, aspiration etc...) si l'épistaxis n'est pas trop abondante. Il peut s'agir de :

- **Cautérisation chimique** : Une boule de nitrate d'argent est appliquée directement sur le point de saignement, ce qui va scléroser les capillaires.
- **Cautérisation électrique** : A la pince bipolaire ou monopolaire.
- Photo-coagulation au laser YAG ou KTP.

D- Tamponnement antérieur

Le tamponnement antérieur est indiqué en cas d'échec de la compression bi-digitale des fosses nasales et de la cautérisation. Il est réalisé après mouchage et anesthésie à la xylocaïne 5% naphazolinée, il permet une compression des $\frac{2}{3}$ antérieurs de la cavité nasale. Chez le malade assis, on introduit à l'aide d'une pince de Politzer une mèche dans la fosse nasale qui est tassée d'arrière en avant en accordéon, et ceux **de façon bilatérale**. La contention de l'extrémité antérieure du tamponnement est assurée par un ruban adhésif sur l'orifice narinaire.



La mèche peut être résorbable ou non (En cas de coagulopathies, les tamponnements sont préférentiellement réalisés avec des tampons résorbables pour réduire le risque de récurrence lors de leur ablation). Ce tamponnement sera laissé 48h (Pouvant être renouveler) et doit être systématiquement associé à une antibiothérapie prophylactique (Amoxicilline).

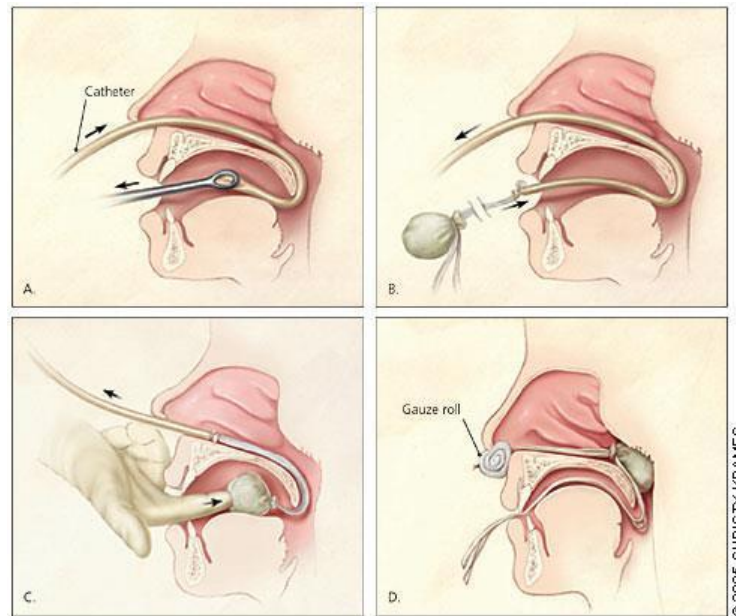
L'efficacité du traitement ne se juge pas seulement sur l'arrêt du saignement par le vestibule nasal. Il est capital de vérifier l'arrêt du saignement postérieur en regardant l'oropharynx : Un traitement efficace doit se traduire par un arrêt de l'écoulement sanglant sur la paroi postérieure de l'oropharynx. Un bon éclairage et un abaisse-langue sont indispensables afin de réaliser cet examen.

E- Tamponnement postérieur (Antéro-postérieur)

En cas d'échec de 2 tamponnements antérieurs, le patient continue à extérioriser du sang par la bouche, on se retrouve face à une épistaxis postérieure non-contrôlée qui nécessite de compléter par un tamponnement postérieur. Il s'agit donc d'un méchage des cavités nasales jusqu'aux choanes associé à un tamponnement du cavum.

En pratique, après mouchage, on introduit dans la cavité nasale une sonde souple (Type sonde Nélaton) dont l'extrémité est récupérée dans l'oropharynx avec une pince. Un tampon de mèche grasse serré qui a été préalablement réalisé et maintenu par du fil tressé (Dont les bras sont laissés libres) est attaché à l'extrémité buccale de la sonde qui est alors retirée par le nez amenant progressivement le tampon de gaze dans le cavum en s'aidant par le doigt qui guide derrière le voile du palais. Une fois ce tamponnement en place dans le cavum un méchage antérieur est classiquement réalisé. Les fils du tampon postérieur sont noués sur un tampon placé devant l'orifice narinaire pour bloquer les méchages dans la cavité nasale. Il est laissé en place pendant 48h sous couverture antibiotique (Amoxicilline).

Il est réalisé sous analgésie locale mais le caractère traumatisant et douloureux de ce geste impose une réalisation au bloc opératoire au cours d'une légère sédation voire d'une anesthésie générale chez certains sujets ou chez l'enfant.



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

F- Tamponnement au ballonnet

Actuellement le tamponnement antéro-postérieur est de plus en plus remplacé par la mise en place d'une sonde double ballonnet quand celle-ci est disponible, du fait de sa réalisation plus facile. La sonde est introduite jusque dans le cavum, le ballonnet postérieur est gonflé avec du sérum physiologique modérément, puis la sonde est tirée vers l'avant pour le bloquer dans la choane. On gonfle ensuite le ballonnet antérieur dans la cavité nasale. Le ballonnet doit être dégonflé toutes les 6 à 8h pour éviter la nécrose de la muqueuse nasale, et est laissé en place moins de 24h.



3- Hémostase régionale

Ils sont indiqués en cas :

- Épistaxis postérieure non contrôlée ou récidivante après tamponnement antéro-postérieur.
- Épistaxis massive supérieur à 1,5L.
- Épistaxis persistante avec un taux d'hémoglobine < 8g/dl.
- Complications ou contre-indications des traitements précédents.

A- Embolisation

C'est une technique lourde qui est réservée à certains centres de radiologie interventionnelle. Elle se fait sous anesthésie locale comme suit :

- Cathétérisme de l'artère fémorale jusqu'aux artères du système carotidien externe.
- Injection de particules sous contrôle scopique, de façon bilatérale du fait de la richesse des anastomoses.
- Seules les artères de la carotide externe peuvent être embolisées. On n'embolise jamais les artères éthmoïdales du fait du risque d'AVC et de cécité.

B- Ligature artérielle

On peut ligaturer :

L'artère sphéno-palatine (Voie endoscopique).

L'artère maxillaire interne (Clampage trans-antral).

L'artère carotide externe.

Les artères éthmoïdales antérieures et postérieures.

Exceptionnellement la carotide interne après confirmation que le polygone de willis est fonctionnel et perméable.

4- Hémostase générale

Vitamine K, PPSB, activateurs de l'hémostase (Exacyl, Dicynone)...

5- Indications

A- Épistaxis bénigne

- Compression bi-digitale.
- Tamponnement vestibulaire.
- Cautérisation.
- Tamponnement antérieur.

B- Épistaxis grave

- Tamponnement antérieur.
- Tamponnement postérieur ou antéro-postérieur.
- Embolisation.
- Ligature artérielle.

C- Cas particuliers

- **Maladie de Rendu-Osler :**
 - Cautérisation.
 - Injection intra-muqueuse (Colle de fibrine).
 - Embolisation sélective.
 - Dermoplastique nasale (Résection de la muqueuse qui sera remplacée par une greffe de peau).
- **Lésion traumatique de la carotide interne :** Artériographie interventionnelle.

Remarque : Y a aussi ceux qui font mention de l'irrigation à l'eau chaude comme moyen hémostatique local. Une sonde à double ballonnet est introduite dans la cavité nasale jusqu'au cavum, le ballonnet est gonflé afin de limiter le risque d'inhalation, la cavité nasale est alors irriguée par une solution de 500 cc de sérum tiède (à 50°C), le patient ayant la tête penchée en avant afin de faciliter l'évacuation du liquide de lavage. Cette irrigation entraîne un œdème de la muqueuse et une baisse du flux sanguin ainsi qu'un nettoyage des caillots.