

Ministère de l'enseignement supérieur et de la recherche scientifique

Université Ferhat Abbas

Faculté Médecine

ÉPISTAXIS

PR Salem. ZEROUG

Année universitaire

2023-2024

ORIENTATION DIAGNOSTIQUE DEVANT UNE ÉPISTAXIS (ET PRINCIPES DU TRAITEMENT)

L'épistaxis ou saignement des fosses nasales est l'une des plus fréquente urgence de l'oto-rhino-laryngologie. Bien que spectaculaire, elle est le plus souvent bénigne et ne pose pas de problème thérapeutique.

1. Bases anatomiques

Les fosses nasales sont richement vascularisées par deux systèmes artériels:

- le système carotidien externe vascularise les fosses nasales par l'artère faciale en avant et l'artère maxillaire interne en arrière.
- le système carotidien interne vascularise les fosses nasales par les artères ethmoïdales antérieure et postérieure, branches de l'artère ophtalmique.

Ces différents systèmes artériels s'anastomosent largement. Une région anastomotique a une importance particulière: la tache vasculaire de Kisselbach située à la partie antéroinférieure de la cloison nasale génératrice de beaucoup d'épistaxis bénignes.

2. Le diagnostic positif

2.1. L'épistaxis bénigne

C'est la plus fréquente.

Elle touche le plus souvent l'adulte jeune ou l'enfant.

L'examen rhinoscopique antérieur objective un saignement venant le plus souvent de la tache vasculaire.

2.2. L'épistaxis grave

Elle est rare.

Elle peut être grave pour trois raisons:

- l'importance de l'hémorragie
- la répétition des hémorragies.

3. **La conduite à tenir: principes du traitement d'urgence** Devant une épistaxis, il convient simultanément de :

- Estimer l'importance de l'hémorragie.

rechercher des signes de choc :

- baisse de la pression artérielle;
- tachycardie, pouls fémoral faible;
- polypnée, sueurs;
- . marbrures débutant souvent aux genoux, extrémités froides et cyanosées :
- . parfois obnubilation.
- Rechercher une étiologie pouvant être rapidement traitée: hypertension artérielle en particulier.

- **Traiter l'épistaxis.**

Le traitement de l'épistaxis comprend les gestes suivants:

- hémostase;
- prévention et traitement du choc ;
- traitement préventif des tares pouvant se décompenser;
- prescription de sédatifs et isolement pour rassurer le patient.

Les épistaxis de faible abondance sont le plus souvent jugulées grâce à des moyens d'hémostase simples et ne nécessitent pas d'hospitalisation.

Cas d'épistaxis graves, la prise en charge impose l'hospitalisation avec un bilan biologique réalisé en urgence (groupe, recherche d'agglutinines

irrégulières, NFS, plaquettes, TP,). Un abord veineux doit être systématiquement posé et les gestes d'hémostase locale entrepris. Secondairement, un bilan étiologique sera entrepris. Il est le plus souvent réalisé après le traitement de l'épistaxis en dehors du contexte de l'urgence.

4. Les gestes d'hémostase

Ils doivent être réalisés de manière graduée.

4.1. La compression bidigitale des fosses nasales

Elle doit comprendre les gestes suivants:

- mouchage des fosses nasales afin d'évacuer tous les caillots sanguins
- la compression bidigitale doit être réalisée par le patient en comprimant entre pouce et index l'aile narinaire durant une dizaine de minutes.

4.2. La compression par tamponnement antérieur des fosses nasales

Il n'est réalisé qu'en cas d'échec du geste précédent.

Il est réalisé après mouchage des fossés nasales jusqu'à obtention d'une fosse nasale sans caillot sanguin.

Il s'agit d'un **méchage des fosses nasales jusqu'aux choanes**.

- le plus souvent une mèche de biogaze de 10 cm de coté roulée sur elle-même.

Le méchage est laissé en place 48 heures sous couverture antibiotique (amoxicilline)[Fig. 1];

- parfois une sonde à ballonnet type Brighton;
- plus rarement des mèches résorbables, surtout utiles en cas de troubles de l'hémostase.

4.3. La compression par tamponnement antérieur et postérieur des fosses nasales

Cas d'échec du geste précédent.

Il est réalisé après mouchage des fosses nasales jusqu'à obtention d'une fosse nasale sans caillot sanguin.

Il s'agit d'un méchage des fosses nasales jusqu'aux choanes associé à un tamponnement ducavum.

Les matériaux utilisés sont: - des mèches de biogaze ;

FIGURE 1
TAMPONNEMENT ANTÉRIEUR DES FOSSES NASALES

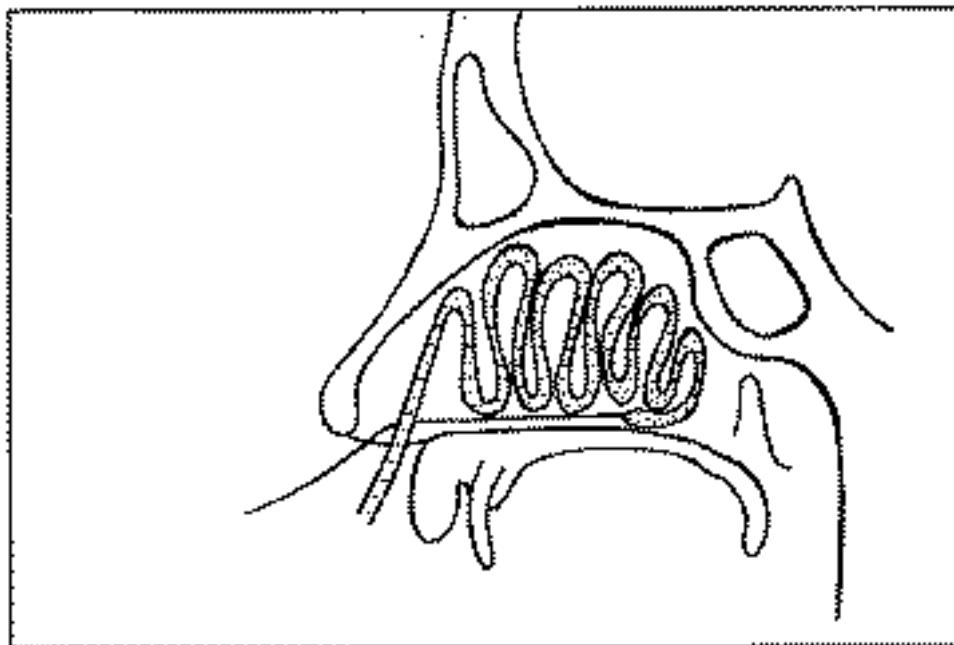
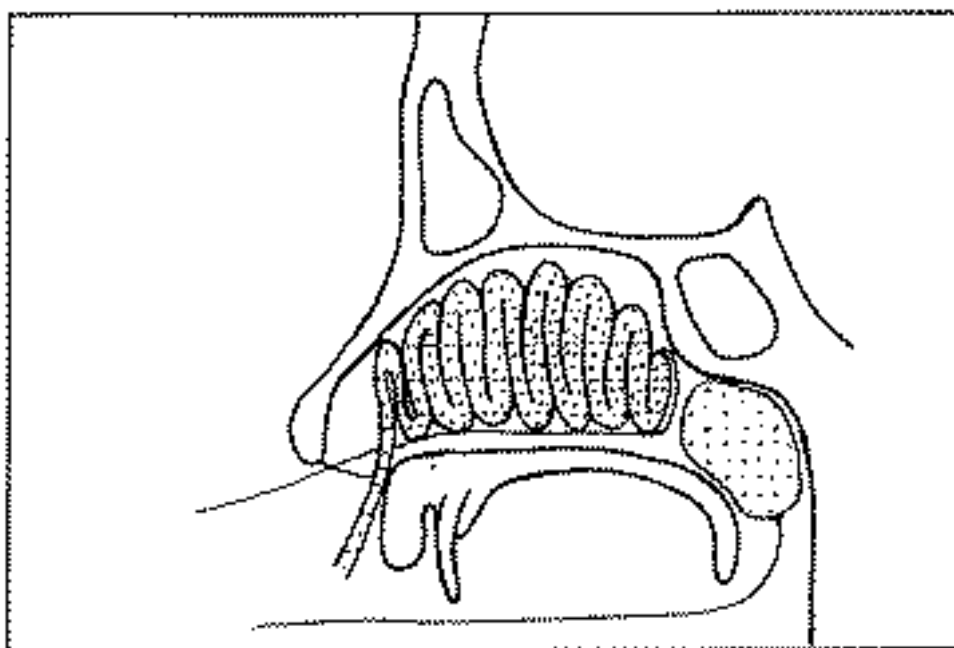


FIGURE 2
TAMPONNEMENT ANTÉRIEUR ET POSTÉRIEUR DES FOSSES NASALES



-la sonde à double ballonnet.

Le méchage est laissé en place 48 heures sous couverture antibiotique (amoxicilline) [Fig. 2].

4.4. L'embolisation et les ligatures artérielles

Ces gestes ne sont réalisés qu'en cas d'échec du tamponnement postérieur. Les ligatures vasculaires peuvent être réalisées au niveau:

- des artères ethmoïdales antérieure et postérieure;
- de l'artère maxillaire interne ou de ses branches.

L'embolisation peut être réalisée sur les branches de la carotide externe.

5. Le diagnostic étiologique

5.1. Les épistaxis d'origine traumatique

5.2. Les épistaxis d'origine endocrinienne

Les épistaxis sont fréquentes lors de :

- la grossesse surtout au cours des deux derniers trimestres;
- la puberté.

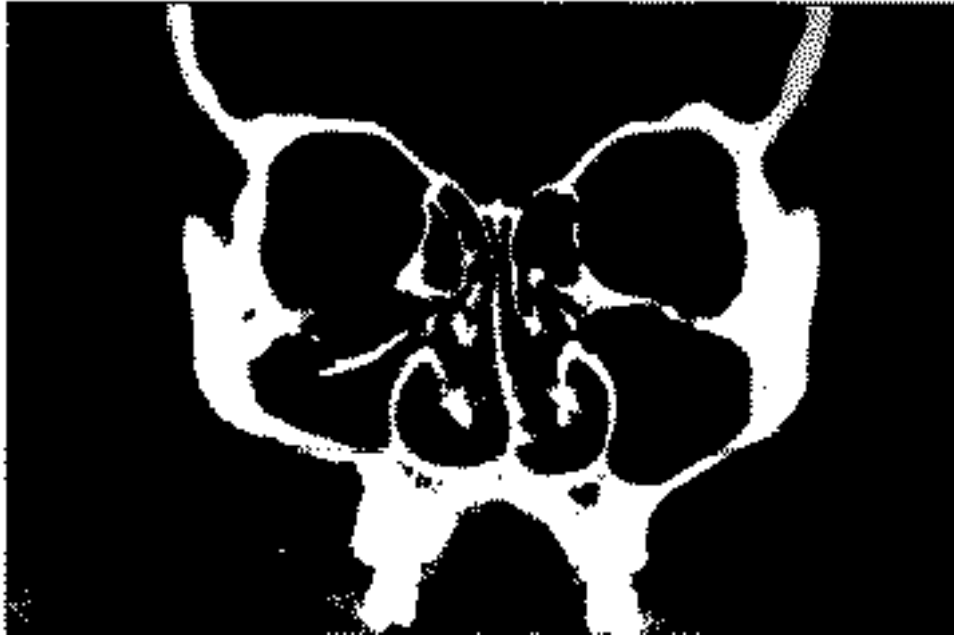
5.3. Les épistaxis d'origine infectieuse

- une maladie infectieuse sans lésion locale: typhoïde, typhus, grippe, scarlatine;

5.4. Les épistaxis d'origine hémorragique

Toute pathologie sur un des temps de la coagulation peut entraîner une épistaxis. Un bilan de la coagulation doit être systématiquement demandé devant une épistaxis persistante ou sévère.

FIGURE 3
EXAMEN TOMODENSITOMÉTRIQUE D'UNE FRACTURE
FACIALE AVEC ÉPISTAXIS



Examen tomodensitométrique d'une fracture de l'étage moyen de la face entraînant une épistaxis de faible abondance spontanément résolutive. Il s'agit d'une fracture du plancher orbitaire droit.

5.4.1. Les anomalies vasculaires:

L'exemple type est la maladie de Rendu Osler

LA MALADIE DE RENDU OSLER

- Angiomatose hémorragique familiale .
- Manifestation clinique essentielle: les épistaxis débutant entre 20 et 30 ans.

D'autres hémorragies sont possibles suivant la topographie des angiomes.

- C'est une angiomatose touchant :
 - . les muqueuses: télangiectasies dans la muqueuse nasale mais aussi la

langue, le plancher buccal

. la peau : télangiectasies faciales le plus souvent parfois mains, pieds, cou, thorax.

- Traitements locaux difficiles et des résultats souvent décevants.

5.4.2. Les anomalies du temps plaquettaire : thrombopénies et thrombopathies, leucoses.

5.4.3. Les anomalies de la coagulation: hémophilie, maladie de Willebrand, insuffisance hépatique.

5.4.4. La fibrinolyse et CIVD.

5.4.5. Les causes médicamenteuses: antivitamine K, héparine, aspirine.

5.5. Les épistaxis d'origine tumorale

5.5.1. Les étiologies tumorales bénignes

LE FIBRAOME NASO-PHARYNGIEN

•Obstruction nasale unilatérale ;

•Épistaxis ;

•Signes de compression de voisinage.

- Visualisation de la tumeur par la endoscopie nasale.

- Bilan radiographique :

• TDM et IRM ;

•Angiographie avec embolisation.

- Biopsie contre-indiquée (saignement)

- Traitement chirurgical, quelques jours après l'embolisation.

- L'angiofibrome de la cloison:

Synonyme: polype saignant de la cloison

Le traitement est chirurgical.

5.5.2. Les étiologies tumorales malignes:

Une épistaxis peut être révélatrice d'une tumeur maligne des fosses nasales, du cavum ou des sinus.

Les étiologies nasales sont essentiellement les épithéliomas et les mélanomes.

Les étiologies rhino-pharyngées sont représentées par les cancers du cavum (carcinome épidermoïde et carcinome indifférencié).

. Les étiologies sinusiennes sont dominées par l'adénocarcinome de l'ethmoïde.

5.6. L'hypertension artérielle

5.7. L'épistaxis idiopathique

C'est la cause la plus fréquente d'épistaxis surtout chez le sujet jeune.

Néanmoins, ce diagnostic doit être toujours remis en question surtout en cas d'épistaxis récidivantes.

ÉTIOLOGIES DES ÉPISTAXIS en résumé :

1. Maladies locales :

-Traumatisme :

*** grattage de la tache vasculaire.**

*** traumatismes externes ;**

***lésion de la carotide interne.**

- Infections :

*** rhinite, sinusite ;**

*** corps étranger intra-nasal.**

- Tumeurs :

*** Tumeur bénigne.**

- fibrome naso-pharyngien ;

- angiofibrome de la cloison ;

*** tumeur maligne :**

- cancer des fosses nasales ;

- cancer du cavum ;

- cancer des sinus de la face.

2. Maladies générales :

- Hypertension artérielle.

- Maladies hémorragiques :

. iatrogènes : anticoagulants, aspirine ;

. anomalies vasculaire : maladie de Rendu-Osler ;

. anomalies de la coagulation ;

. anomalies de la fibrinoformation.

- Maladies infectieuses : typhoïde, grippe, scarlatine...

- Troubles endocriniens : puberté, gestation.

Conclusion :

Urgences ORL

Grave par sa répétition et son abondance.

Rechercher les étiologies.

Connaitre la conduite à tenir.

Bibliographie

1. **Denis, ayache.Pierre,bonfils**.ORL édition estem collection med –line 1996
2. **M.portmann**.précis d’otorhino laryngologie.masson.
3. **F.legent, p.narcy, c.beauvillain, p.Bordure**.ORL pathologie cervico-faciale. Connaissances et pratiques.6^{ème} édition masson.
4. **S.perrot,denis. Ayache,p.bonfils**.epreuves nationales classantes.orl.edition 2006.
5. **Xavier .lachiver,ilana.lachkar**.ORL.internat 2004.éditions vernazobres-grego.
6. **S.ALBERT, H.BOZEC**.ORL ET CHIRURGIE CERVICO FACIALE. ELLIPSES.
7. **H.BENKADRI**, l’ORL de l’étudiant au praticien.DAR el HOUDA.2001.
8. **CH.DUBREUIL, J.C.PIGNAT, G.BOLOT**. pour le praticien ORL 2^{ème} édition.MASSON.