

# EPISTAXIS

## I- INTRODUCTION :

Une épistaxis est une **hémorragie des fosses nasales**, des **sinus** ou du **cavum** et s'extériorisant par les **narines** (épistaxis **antérieure**) ou par le **rhinopharynx** (épistaxis **postérieure**). Les épistaxis, **urgences très fréquentes** en ORL, souvent **bénin** mais peut être révélateur d'une maladie.

**Fréquence élevée** ; Cette fréquence est expliquée par :

- La **fragilité de la muqueuse** et sa **riche vascularisation**
- Congestion facile due à la pauvreté des vaisseaux en fibres élastiques.

Devant une épistaxis le praticien doit :

- La **reconnaître** : diagnostic positif et différentiel
- **Évaluer sa gravité** : importance et le retentissement de l'hémorragie.
- **Assurer l'hémostase**
- **Trouver son étiologie**

## II- RAPPEL ANATOMIQUE

Deux systèmes artériels participent à la vascularisation des fosses nasales

### A- LE SYSTEME CAROTIDIEN EXTERNE (80%) :

- Il tient une place prépondérante par sa branche qu'est l'**artère maxillaire interne** qui devient **sphéno-palatine** et donne l'**artère de la cloison** et les **artères des cornets moyen et inférieur**.
- L'**artère faciale** donne l'artère de la **sous cloison**.
- Nb: la rupture de la sphéno-palatine et ses branches sont les plus graves du fait de leurs diamètres ainsi que leur accès difficile.

### B- LE SYSTEME CAROTIDIEN INTERNE :

- Il a un rôle non négligeable par le biais des **artères éthmoïdales antérieure et postérieure**, branches de l'**artère ophtalmique**.
- Il existe de nombreuses **anastomoses** entre les différentes artères qui irriguent les fosses nasales et donc entre les systèmes carotidiens externe et interne. La zone anastomotique la plus riche et la plus sensible est la **tache vasculaire** qui se situe à la **partie antéro-inférieure** de la **cloison nasale** : la tache vasculaire.

## III- DIAGNOSTIC POSITIF :

- ❖ Saignement souvent **modéré**, fait de **sang rouge vif** d'origine **endonasale** ou **endosinusienne** s'extériorisant par les **narines** et/ou par la **bouche**, qui cède soit **spontanément** ou à la **simple pression** ; Parfois il devient abondant menaçant ainsi le **pronostic vital**
- ❖ **L'interrogatoire** : Détaillé du patient, **durée du saignement**, **répétitions**, maladie sous jacente, ... précisant les prises **médicamenteuses**.
- ❖ **Examen général** : constantes vitales, état général, **tension artérielle**, **rythme cardiaque**, **pâleur**, **sueurs**, angoisse.
- ❖ **Examen ORL** : Sous bonne source lumineuse après mouchage (les caillots entretiennent une fibrinolyse locale), anesthésie locale xylo-naphta, l'examen de l'oropharynx, nasofibroscopie apprécier les caractères de saignement (uni ou bilat, diffus ou localisé, ant ou post)
- ❖ **Examens complémentaires** : Orientés par la clinique ; Bilan biologique : **NFS**, **plaquettes**, groupe rhésus, **bilan d'hémostase**...rx des sinus, artériographie, **TDM**

## IV-DIAGNOSTIC DE GRAVITE :

- ❖ **Épistaxis bénigne** : Extériorisation **antérieure**, **unilatérale**, isolée.
- ❖ **Épistaxis potentiellement grave** :
  - **Abondance** du saignement
  - Epistaxis à **répétition** évoluant à bas bruit pouvant entraîner une **anémie sévère**.
  - **Terrain** : **troubles de la coagulation** constitutionnelle, patients **sous traitement anticoagulant** (AVK) et **antiagrégant plaquettaire** (aspirine, Ticlid) ; **tares associées en particulier cardiaques** (**retentissement** du saignement).

## V- DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL

- ❖ Hématémèse (FOGD)
- ❖ Hémoptysie (plutôt rouge franc mousseux)

## VI- DIAGNOSTIC ETIOLOGIQUE

### A- CAUSES LOCALES :

#### 1. TRAUMATIQUE

##### Traumatismes accidentels

- Fractures du 1/3 moyen de la face : os propres du nez, septum, malaire, plancher de l'orbite, disjonction cranio-faciale.
- Fractures du 1/3 supérieur : sinus frontaux, dépister une brèche méningée (avec rhinorrhée de LCR).
- Ulcère simple de la tache vasculaire par grattage

##### Traumatismes opératoires

- Chirurgie du nez ou des sinus, particulièrement la chirurgie endonasale.
- Anesthésie : intubation nasotrachéale, aspirations traumatiques.

#### 2. CAUSES TUMORALES

##### Tumeurs bénignes

- Fibrome naso-pharyngien : fibrome saignant de la puberté masculine, son caractère hémorragique peut dominer tout le tableau clinique mais une obstruction nasale le précède souvent la biopsie étant formellement proscrite.
- Polype saignant de la cloison.
- Angiofibrome de la tache vasculaire.
- Angiome vrai des fosses nasales ou de l'éthmoïde.
- Hémangiome

##### Tumeurs malignes

- Tumeurs malignes des fosses nasales, des sinus et du cavum (UCNT, carcinomes épidermoïdes adénocarcinomes, cylindromes, mélanomes, sarcomes). Elles se manifestent par des épistaxis généralement peu abondantes mais récidivantes et une obstruction nasale au début unilatérale.

#### 3. CAUSES INFLAMMATOIRES OU INFECTIEUSES

- Un état inflammatoire peut réveiller une ectasie de la tache vasculaire. Il peut s'agir d'un corps étranger, de rhino-sinusites aiguës ou chroniques, Granulome malin de la face, artériosclérose...

### B) CAUSES GENERALES :

- HTA, cardiopathies mitrales
- Maladie de Rendu-Osler ou angiomatose hémorragique familiale : Transmission autosomique dominante due à l'absence de fibres musculaires et élastique expliquant les télangiectasies associées. Rechercher des télangiectasies et des angiomes stellaires disséminés sur les muqueuses, les téguments (face, mains++). Il s'agit d'angiomes capillaires ou de communications artério-veineuses avec anomalies de la paroi vasculaire.
- Troubles de la coagulation ou de l'agrégation plaquettaire, congénitaux ou acquis (hémophilie, CIVD, AVK, insuffisance hépatique...)
- Une épistaxis est un symptôme de nombreuses maladies infectieuses (typhoïde, scarlatine, rougeole, grippe...)
- Autres : Capillarite ; purpura rhumatoïde, Scorbut, diabète, Purpura thrombopénique ou thrombopathique, purpuras immuno-allergiques, fragilité capillaire constitutionnelle ...
- Certaines grossesses peuvent s'accompagner d'épistaxis.
- Aviateur, plongeur

### C) ÉPISTAXIS MALADIE :

- Diagnostic d'élimination. Epistaxis essentielle (enfant d'âge préscolaire) ayant pour origine la tache vasculaire.

## IV- TRAITEMENT

**A-BUTS :** Assurer l'hémostase et éviter la récurrence.

### **B-MOYENS :**

- ❖ HÉMOSTASE LOCALE

- Compression bi digitale
- Tamponnement vestibulaire
- Tamponnement antérieur
- Sonde a ballonnet
- Tamponnement postérieur
- Cautérisation chimique ou électrique

#### ❖ **HEMOSTASE REGIONALE**

- Ligature de l'artère sphéno palatine, maxillaire ou ethmoïdale
- Embolisation radiologique supra sélective de la maxillaire interne

### **C-INDICATIONS**

❖ **EN 1° INTENTION :** hémostase locale ; compression bi digitale 10 minutes puis tamponnement vestibulaire.

#### ❖ **EN 2° INTENTION :**

- **Tamponnement antérieur** ; mèche grasse ou ballonnet vérifier l'efficacité du tamponnement en examinant l'oro-pharynx, antibiothérapie (amoxicilline) de 48 h le temps du méchage
- **Tamponnement postérieur** : en cas d'inefficacité du précédent, réalisé sous analgésie (hémorragie haute et postérieure) a l'aide d'une sonde de Nélaton (pdt 48 h+ ATB)
- **Tamponnement par sondes à ballonnets** :
  - Sondes urinaires type Foley dont le ballonnet est gonflé avec de l'air et bloque la choane. Elles doivent être dégonflées dans les 24 heures pour son risque de nécrose.
  - Sonde à double ballonnets basse pression.
- **Les mèches résorbables** : Oxycellulose (Surgicel®) utilisé en cas de trouble de l'hémostase ou de la coagulation.
- **Hémostatiques locaux** ; Coalgan ouate, coagulation électrique de la tache vasculaire, cautérisation chimique (nitrates d'argent), laser, eau oxygénée, thrombase, éthibloc.

❖ **EN 3° INTENTION :** hémostase régionale : Utilisée très souvent après échec des manoeuvres précédentes :

- Ligature ou coagulation des branches de l'artère sphéno-palatine par voie transantrale ou par voie endonasale.
- Ligature des artères éthmoïdales ant. et post
- Embolisations sélectives par une équipe entraînée, dans le territoire carotidien externe (contre-indiquée dans le territoire carotidien interne), artère maxillaire interne (ou plus sélective: sphéno-palatine), artère faciale.

#### ❖ **HEMOSTASE GENERALE ET SUBSTITUTION**

- Repos, sédatifs et anxiolytiques.
- Activateurs de l'hémostase: en l'absence de perturbation connues de l'hémostase : Cocktails hémostatiques type Dicynone-Reptilase-Exacyl en perfusion toutes les 6 heures
- Sulfate de protamine en cas de surdosage en héparine.
- Vitamine K ou PPSB en cas de surdosage en AVK.
- Transfusion si la tolérance clinique est mauvaise ou si l'Hb <7 g/l.
- Solutés macromoléculaires en cas de choc hémorragique

### **D-TRAITEMENTS ETIOLOGIQUES :**

#### ❖ **TUMEUR :**

- L'embolisation peut permettre de compléter le bilan avant d'envisager un traitement spécifique, le plus souvent chirurgical, (fibrome naso-pharyngien : le traitement repose sur l'exérèse chirurgicale, précédée par l'embolisation des pédicules artériels nourriciers par voie endovasculaire).

#### ❖ **MALADIE DE RENDU-OSLER :**

- Le traitement est difficile, ce qui explique la diversité des traitements employés :
- Coagulation, tamponnement au pansement résorbable, dermoplastie, embolisations répétées, ligature des artères ethmoïdales, curithérapie (abandonnée), embolisations par ponction directe...

### **V- CONCLUSION :**

Le diagnostic d'épistaxis est aisé, quoiqu'il ne soit pas toujours possible d'identifier l'origine et l'étiologie du saignement, la tache vasculaire est le plus souvent l'origine des épistaxis, néanmoins les causes d'épistaxis sont très polymorphes, c'est pourquoi il est important de réexaminer les patients à distance de l'épistaxis quand l'absence de saignement permet un examen précis des fosses nasales.