MODULE : **ORL ET CHIRURGIE DE LA FACE ET DU COU.**

EPISTAXIS.

DOCTEUR SMAIL KHAROUBI.

PREREQUIS :

- Anatomie des cavités nasales.
- Vascularisation des cavités nasales.
- Hémostase.

OBJECTIFS PEDAGOGIQUES :

- Suspecter le siège d'une épistaxis et savoir déterminer le retentissement.
- Connaître le principe des gestes d'hémostase locaux d'une épistaxis.
- Savoir rechercher la cause d'une épistaxis locale ou générale.

PLAN :

I- GENERALITES

II- ANATOMIE

III- PROBLEMATIQUE

IV-DIAGNOSTIC POSITIF

V- DIAGNOSTIC DE GRAVITE

VI- DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL

VII- DIAGNOSTIC ETIOLOGIQUE

VIII- TRAITEMENT

I - GENERALITES :

L’épistaxis est une hémorragie des cavités nasales et des sinus pouvant s’extérioriser par voie antérieure (orifice narinaire), par voie postérieure (extériorisation buccale) voire les deux à la fois.

C’est une Urgence médico-chirurgicale fréquente en pratique ORL quotidienne. Elle est le plus souvent bénigne mais qui peut être dangereuse voire mortelle dans certains cas soit du fait de son abondance ou de son caractère répétitif.

L'épistaxis est un symptôme dont les variables anatomiques, quantitatives et étiologiques s'expliquent par :

* l'extrême richesse du réseau vasculaire des fosses nasales, assuré :

- par le système carotidien externe : branches des artères maxillaires interne et faciales.

- par le système carotidien interne : artères ethmoïdales antérieures et postérieures, branches des artères ophtalmiques.

* ces deux systèmes artériels sont riches en anastomoses, principalement dans la partie antéro-inférieure de la cloison constituant une véritable tache vasculaire ou zone de Kisselbach.

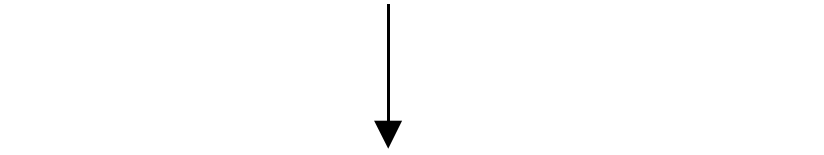
* la dépendance étroite vis-à-vis des à-coups tensionnels céphaliques.

* l'exposition directe de la muqueuse à l'air ambiant (température, pression et hygroscopie).

RICHESSE RESEAU VASCULAIRE.

DEPENDANCE VIS-A-VIS DES A-COUPS TENSIONNELS.

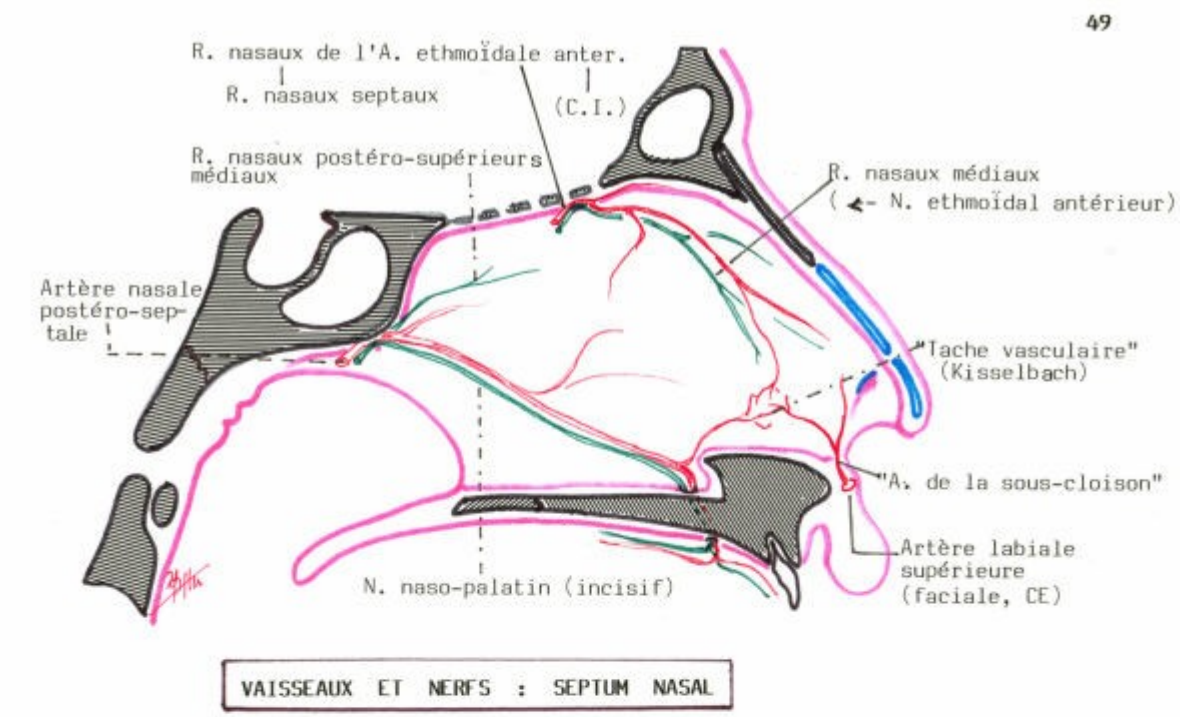
EXPOSITION DIRECTE DE LA MUQUEUSE A L’AIR AMBIANT.

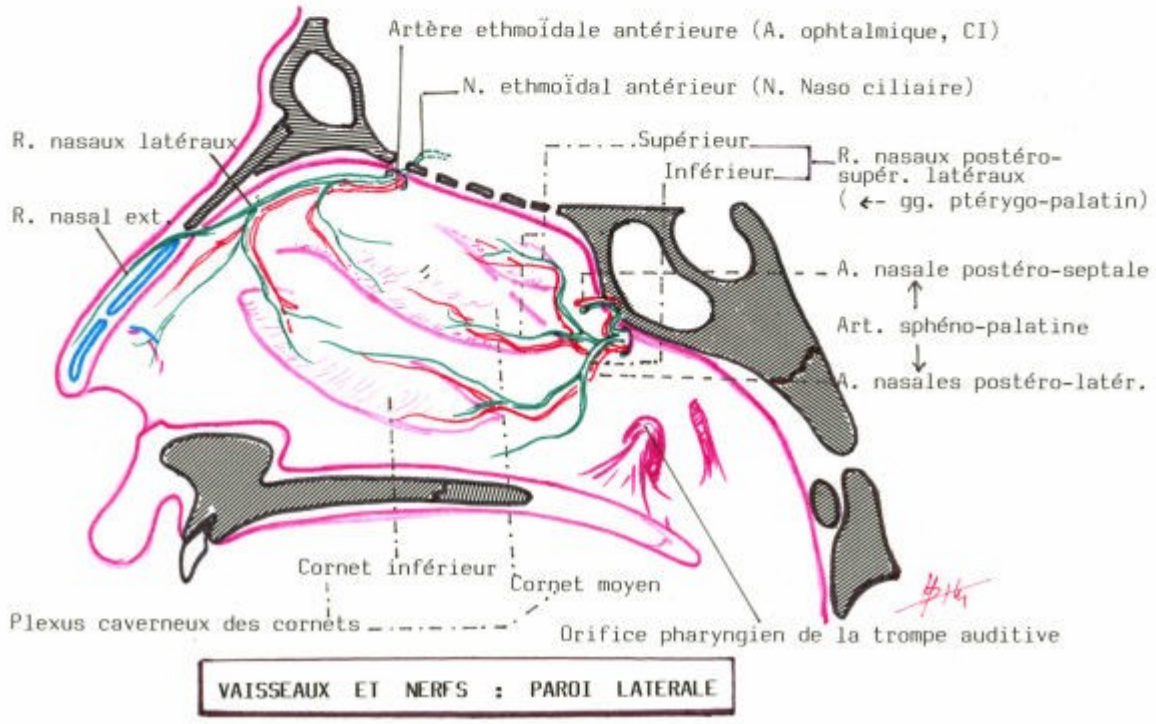


EPISTAXIS

II ANATOMIE :

Vascularisation des cavités nasales est tributaire des systèmes carotidiens *externe* (artère sphéno-palatine) et interne.





III - PROBLEMATIQUE :

La prise en charge de cette situation clinique implique la résolution de manière graduelle (selon l'importance et la gravité) des quatre problèmes posés une épistaxis :

- le diagnostic.

- en reconnaître l'abondance et le retentissement.

- en rechercher l'étiologie.

- assurer l'hémostase.

IV- DIAGNOSTIC POSITIF:

Deux tableaux cliniques peuvent être schématiquement individualisés.

Épistaxis *bénigne :*

C'est le tableau clinique le plus fréquent correspondant au banal saignement de nez.

Écoulement de sang rouge, souvent unilatéral et antérieur (narinaire), peu abondant :

- il n'existe pas de retentissement sur l'état général.

-le saignement cède rapidement soit spontanément soit par simple compression.

L'examen ORL est facile après mouchage ou aspiration, la rhinoscopie antérieure montrant le siège d'un saignement, très souvent au niveau de la tache vasculaire de Kisselbach.

Épistaxis *importante :*

L'épistaxis importante est antérieure et postérieure à la fois et se voit dans 10% des cas.

En arrière, l'écoulement est mis en évidence par l'examen du pharynx à l'abaisse-langue.

L'examen ORL est difficile dans ces cas, ne permettant pas toujours de localiser l'origine du saignement : en principe postérieur, dans une des fosses nasales.

Il peut exister un retentissement sur l'état général.

Remarque :

On se méfiera d'épistaxis bénignes en apparence, mais qui peuvent devenir graves par leur retentissement sur l'équilibre hémodynamique :

- épistaxis dégluties chez un sujet en décubitus dorsal.

- épistaxis antérieures de faible abondance mais répétées et/ou associées à un écoulement postérieur prolongé passé inaperçu.

- épistaxis répétées avec anémie hypochrome hyposidérémique.

Quelle que soit l'importance du saignement, l'interrogatoire, l'examen ORL et général ainsi qu'un bilan para clinique sont indispensables afin d'en évaluer la gravité et d'en orienter l'étiologie.

EXAMEN CLINIQUE :

1- Interrogatoire :

L'interrogatoire du patient et de l'entourage précise :

** le terrain :*

- âge, sexe (épistaxis vicariante des règles, grossesse).

- antécédents médicaux personnels et familiaux (HTA, maladies hémorragiques héréditaires, hémopathies...).

- notion de prise médicamenteuse (Aspirine, anticoagulants).

- signes d'imprégnation éthylique chronique.

- notion de traumatisme cranio-facial récent et accompagné de signes visuels et/ou oculomoteurs.

** l'épisode actuel :*

- mode de début, durée, circonstance déclenchante.

- quantité approximative de sang perdu.

2- Examen général :

L'examen général permet d'évaluer le retentissement de la spoliation sanguine par :

- la prise du pouls et de la tension artérielle.

- l'aspect du patient : pâleur, sueurs, soif, oligurie, agitation, anxiété, altération de la conscience...

3- Examen ORL :

L'examen ORL est réalisé chez un patient en position assise ou demi-assise, à l'aide d'un bon éclairage (miroir de Clar) et après mouchage d'une fosse nasale, puis de l'autre pour évacuer les caillots.

* Il comprend :

- une rhinoscopie antérieure.

- une rhinoscopie postérieure lorsqu'elle est possible (cavum et choanes).

- un examen pharyngé (saignement postérieur).

Actuellement l'endoscopie nasale à l'optique rigide (0°, 30°) ou au fibroscope souple permet un bilan dans de très bonnes conditions.

Cet examen permet d'apprécier le côté du saignement, son siège antérieur ou postérieur, son caractère localisé ou diffus.

En fonction de l'importance du saignement et de son retentissement sur l'état général, il faut répondre aux questions suivantes :

- quand hospitaliser ? Que faire en attendant ?

- quand poser une voie veineuse et transfuser ?

- quel type de traitement mettre en œuvre : local et/ou systémique ?

EXAMENS COMPLEMENTAIRES :

Les examens complémentaires à pratiquer sont les suivants :

* groupe sanguin, Rhésus, recherche d'agglutinines irrégulières.

* hématocrite, hémoglobine, plaquettes.

* bilan d'hémostase (temps de saignement, Temps de Quick, TCK).

D'autres examens spécialisés sont demandés dans un second temps en fonction de l'orientation étiologique (bilan hépatique, imagerie naso sinusienne).

V- DIAGNOSTIC DE GRAVITE :

L'appréciation de la gravité d'une épistaxis bien qu'importante souffre d'une certaine subjectivité et ne répond pas bien aux situations urgentes pratiques.

1- En fonction de la quantité de sang perdu, on distingue :

- l'épistaxis *légère* : 10 à 100cc de sang, cessant en 10 minutes.

- l'épistaxis *abondante* : 250 à 400cc en 30 minutes, dans 15% des cas.

- l'épistaxis *grave* : 500 à 1000cc parfois cataclysmique, avec signes de choc (5%).

2- autres critères de gravité :

-perte sanguine supérieure à 1 litre ou 1,5 litre.

-un échec des méchages antérieurs et postérieurs.

-échec de l'embolisation.

-une Hémoglobine inférieure à 7g/dl.

VI- DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL:

1- Epistaxis chez un patient en décubitus dorsal, le saignement est dégluti et peut s'extérioriser secondairement sous forme d'hématémèse ou de mélaena.
2- Hémorragie digestive haute avec un rejet de sang par voie nasale.

VII- DIAGNOSTIC ETIOLOGIQUE:

On peut opposer des causes spécifiquement ORL donc locales (nasales et paranasales) et des causes générales, où l'épistaxis n'est qu'un épiphénomène d'une maladie déjà connue ou révélée par cette épistaxis.

I- ÉPISTAXIS DE CAUSE LOCALE :

1- <u>Épistaxis infectieuses et inflammatoires :</u>

Les épistaxis infectieuses et inflammatoires surviennent dans un contexte de :

- rhinosinusites aiguës, coryza.

- corps étranger nasal associé à une obstruction unilatérale et fétide chez un jeune enfant.

- ulcère de la cloison, voire perforation d'origine variable.

2- Épistaxis traumatiques :

2-1 : Traumatismes maxillo-faciaux : tous les traumatismes faciaux ou cranio-faciaux peuvent se compliquer d'épistaxis :

- fracture de la pyramide nasale.

- fracture du tiers moyen ou du tiers supérieur de la face (attention à l'association à une fracture de l'étage antérieur de la base du crâne, le LCR accompagnant l'épistaxis).

- fracture de la base intéressant le sphénoïde au contact du sinus caverneux.

Dans ces conditions particulières d'hémorragie post traumatique il faut se méfier tout spécialement de toute épistaxis survenant après un intervalle libre :

- une blessure de la carotide interne peut se manifester dans son trajet rétrostylien, dans son segment intrapétreux ou, plus fréquemment, dans sa portion intracaverneuse.

- une fistule carotido-caverneuse immédiate ou plus ou moins retardée par rapport au traumatisme, avec exophtalmie pulsatile, amaurose, paralysie oculomotrice et chémosis conjonctival.

2-2 : Traumatismes iatrogènes :

* Traumatismes iatrogènes au décours d'une intubation nasale, d'une fibroscopie, de la mise en place d'une sonde naso-gastrique.

* Chirurgie rhinosinusienne : septoplastie, turbinectomie, septorhinoplastie.

3- Épistaxis tumorales :

3-1 : Épistaxis des tumeurs bénignes :

* Fibrome naso-pharyngien : tumeur du cavum chez l'adolescent de sexe masculin, habituellement révélée par des épistaxis récidivantes et une obstruction nasale.

L'examen objective une masse polylobée implantée à la partie supérieure des choanes.

* Angiofibrome ou polype saignant de la cloison.

* Tumeur saignante de l'ethmoïde (hémangiopéricytome).

3-2 : Epistaxis des tumeurs malignes :

* Toutes les tumeurs des cavités nasales, des sinus ou du cavum, quelle que soit leur histologie, peuvent se révéler par une épistaxis :

- carcinomes indifférenciés de type UNCT du cavum.

- adénocarcinome de l'ethmoïde (travailleurs du bois).

- carcinome épidermoïde des fosses nasales, des sinus.

- le mélanome malin des muqueuses naso sinusiennes.

Il faut rechercher, à l'interrogatoire, la notion d'obstruction nasale, de douleurs et de signes déficitaires neurologiques.

Une épistaxis qui survient dans les suites thérapeutiques d'un cancer du massif facial peut relever d'une complication thérapeutique (radionécrose) voire d'une récidive tumorale.

II- ÉPISTAXIS DE CAUSE GENERALE :

1-1 : Maladies infectieuses :

* Typhoïde.

* Scarlatine (syndrome malin).

1-2 : Maladies métaboliques :

* Diabète.

* Scorbut : maladie provoquée chez l'Homme par un déficit prolongé en vitamine C, ou acide ascorbique, dans l'alimentation. Le syndrome hémorragique cutanéo-muqueux ; épistaxis, hémorragie gingivale, conjonctivale, hémoptysie sont habituel dan les formes communes ou compliquées.

1-3 : Pathologie vasculo-tensionnelle :

* Hypertension artérielle.

* Athéromatose.

* Insuffisance rénale.

1-4 : Troubles de la crase sanguine :

* Traitements anticoagulants.

* Insuffisance hépatique.

* Hémopathies :

- hémophilies A et B (à traiter en milieu spécialisé).

- thrombopénies des aplasies médullaires : idiopathiques, toxiques, médicamenteuses et leucosiques.

- thrombopathie constitutionnelle (maladie de Willebrand).

* Fragilité vasculaire sans troubles de la coagulation avec parfois allongement du temps de saignement : purpuras, fragilité capillaire constitutionnelle, maladie de Rendu-Osler : angiomatose hémorragique et familiale à localisation cutanée (thorax), ORL et digestive (hémorragie intestinale), sans trouble de la coagulation.

III- ÉPISTAXIS ESSENTIELLES :

Les épistaxis essentielles sont les plus fréquentes avant la puberté.

Facteurs favorisants :

- grattage, exposition solaire, efforts physiques, phénomènes vasomoteurs...

- modifications endocriniennes : puberté, grossesse et période prémenstruelle.

VIII- TRAITEMENT :

Outre le traitement général (repos, sédatifs éventuels, correction d'une éventuelle anémie...), le traitement de l'épistaxis a pour but de tarir l'hémorragie et d'éviter sa reproduction.

A- TARIR L'HÉMORRAGIE : HEMOSTASE

1- HEMOSTASE LOCALE :

-compression bi digitale.

-tamponnement vestibulaire.

-tamponnement antérieur : il permet une compression des ¾ antérieurs des cavités nasales. Après une aspiration des caillots et rétraction locale par la xylocaine naphtazolinée à 5% *une mèche grasse* (tulle gras) est tassée d'arrière en avant dans les fosses nasales.

-tamponnement postérieur : il est indiqué dans les épistaxis hautes et postérieures. Un tampon est immobilisé dans le cavum par voie rétro vélaire en utilisant deux sondes de Nélaton pour ce cheminement rétrograde. On y associe systématiquement un tamponnement antérieur.

NB : il faut signaler la disponibilité sur le marché de sondes à ballonnet pour tamponnement antérieur et postérieur. Elles sont facile d'utilisation, peu traumatique et permettent une compression efficace de l'ensemble de la cavité nasale.

2- HEMOSTASE REGIONALE :

-embolisation sélective.

-ligatures artérielles : *ligature de l'artère sphéno-palatine.

*ligature de l'artère maxillaire interne.

*ligature des artères ethmoïdales antérieures et postérieures.

*ligature de l'artère carotide externe.

3- HEMOSTASE GENERALE :

-concentré plaquettaire encas de Thrombopénie ou Thrombopathie.

-complexe PPSB en cas de déficit en facteurs de coagulation.

-activateurs de l'hémostase : *etamsylate (DICYNONE): 2 à 3 ampoules 3 fois/j.

*hemocoagulase (REPTILASE) : 1 ampoule IV 3 fois/j.

4- TRAITEMENTS ADJUVANTS :

- transfusions sanguines en cas de spoliation sanguine importante.
- HTA : Nifédipine (ADALATE 10) :1 capsule 2x en sublingual.
- Nicardipine (LOXEN 20) : 1 cp 3X jour.
- Clonidine (CATAPRESSAN) : 3 A 4 ampoules (IM ou en perfusion).
- Urapidil (EUPRESSYL) :1 ampoule 25mg en IV en 20 secondes puis relais oral
- Antibiothérapie : en particulier en cas de méchage (Amoxicilline® 2g/24h)
- Vitaminothérapie : VIT C.

SUR LE PLAN PRATIQUE :

1- CE QU'IL FAUT AVOIR : LA TROUSSE POUR EPISTAXIS.

Eclairage frontal, pince fine longue (lubet-barbon), solution nasale (vaso constricteur –anesthésique), des mèches (mèche grasse type tulle gras, tampons type coalgan-merocel, mèche résorbable type surgicel).

2-TRAITEMENT DE PREMIERE LIGNE :

Cautérisation sélective ou méchage antérieur des cavités nasales.

3- TRAITEMENT DE DEUXIEME LIGNE :

Sonde à double ballonnet.

4- TRAITEMENT DE TROISIEME LIGNE :

Chirurgie ou radiologie interventionnelle.

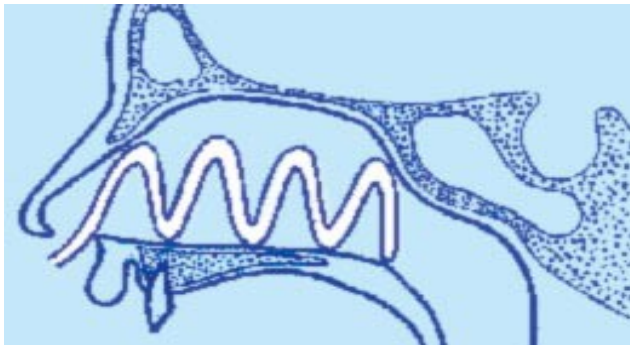
B- ÉVITER LA REPRODUCTION DE L'HÉMORRAGIE :

* Traitement étiologique général : HTA, insuffisance hépatique, hémopathie,

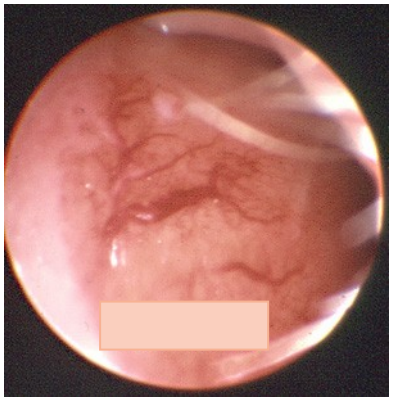
* Traitement étiologique local : traumatisme, tumeur, cautérisation d'une tache vasculaire.

* Prévention : éviter Aspirine et AINS et contrôler un traitement anticoagulant.

SONDE À BALLONNET.



MECHAGE (TULLE GRAS) ANTERIEUR.



TACHE VASCULAIRE DE KISSELBACH : ASPECT ENDOSCOPIQUE.