

# **EPISTAXIS: MODE PRATIQUE**

## **COMMENT JE REALISE UN TAMPONNEMENT NASAL.**

KHAROUBI SMAIL  
SERVICE ORL ET CHIRURGIE DE LA FACE ET DU COU CHU ANNABA  
FACULTE DE MEDECINE  
UNIVERSITE BADJI MOKHTAR ANNABA 23000 ALGERIE

## **TROUSSE D'URGENCE DU PRATICIEN EN PRESENCE D'UNE EPISTAXIS:**

- Lidocaïne à la naphazoline pour application muqueuse.
- Mèche gaze iodo-formée.
- Mèches hémostatiques résorbables (type Surgicel®).
- Tampon de polymères non résorbables (type Merocel®).
- Aspiration de nez.
- Speculum nasal.
- Lampe et abaisse langue.
- Fibroscope nasal.
- Pince de Politzer.
- Sonde urinaire de Foley.
- Eau PPI (Eau Préparation Injectable).
- Pince bipolaire de cautérisation électrique.
- Bâtonnets de nitrate d'argent pour les cautérisations chimiques.

La prise en charge d'une épistaxis comporte :

- La mise en condition du patient.
- L'évaluation de l'importance du saignement et les critères de gravité.
- Une recherche étiologique (rapide) basée sur une anamnèse succincte (antécédents médicaux, traumatismes, prise médicamenteuse).
- Identification des patients nécessitant une hospitalisation.
- Une hémostase efficace.

Cette démarche se fait de façon méthodique, simultanée en ayant toujours à l'esprit le problème de tolérance générale de l'hémorragie (possibilité de décompensation en cours ou en fin de traitement).

#### 1. Mise en Condition du patient :

Le patient est installé en position assise ou demi-assise. Il est mis en confiance et rassuré, le chariot d'instrumentation d'urgence est ramené.

Dans certaines situations l'importance du stress et la charge émotionnelle particulière consécutive à l'épistaxis (synonyme de danger imminent) nécessite une attitude plus active sous forme de prescription médicamenteuse, anxiolytique, qui facilitera par ailleurs les manœuvres d'hémostase.

- PROTOCOLE DE PREMEDICATION (MILIEU HOSPITALIER) :

#### PER OS :

Hydroxyzine (Atarax\*) : 1mg/kg une heure avant l'acte

Benzodiazépine : comprimés

Lorazepam (Temesta\*) : 1cp (avant l'acte).

#### VOIE VEINEUSE :

Diazepam (Valium\*) associé à un morphinique central fentanyl (Fentanyl\*).

L'examen ORL (éclairage frontal et protection contre les projections sanglantes) permet de préciser le côté qui saigne et l'existence d'un écoulement postérieur à l'abaisse langue. Les caillots doivent être impérativement évacués (entretiennent la fibrinolyse) par mouchage ou aspiration et une rétraction des cavités nasales est faite par application de xylocaïne naphtazolinée à 5%.

## 2. Hémostase proprement dite :

### • TAMPONNEMENT ANTERIEUR :

Principe : Il permet une compression des trois quarts antérieurs des cavités nasales.

#### **Technique :**

##### Préparation :

Une rétraction est préalablement réalisée par application de xylocaïne naphthazolinée à 5%. Une aspiration des cavités nasales est faite avant le tamponnement pour évacuer l'ensemble des caillots et rendre la compression efficace.

Le patient étant assis au calme, le praticien explique très succinctement la manœuvre en sollicitant sa collaboration à l'acte médical. Une prémédication est rarement nécessaire sauf devant un profil psychologique particulier.

- Tamponnement proprement dit :

Une mèche est introduite progressivement à l'aide d'une pince de POLITZER ou de LUBET-BARBON d'arrière en avant. Elle est tassée en accordéon en mettant le bout proximal de la mèche au fond de la cavité nasale puis en appliquant le reste de la longueur de la mèche en couches superposées, l'extrémité inférieure de la mèche étant bloquée au niveau du vestibule nasal.

Ce tamponnement est dit bloqué quand l'extrémité distale de la mèche est maintenue en dehors de la fosse nasale en fin de méchage. Ce méchage est bilatéral pour parfaire la compression.

Un pansement externe coiffe un ou deux orifices narinaux (selon que le tamponnement soit unilatéral ou bilatéral) pour assurer une bonne contention du méchage.

L'efficacité du tamponnement est vérifiée par l'absence d'écoulement postérieur à l'examen par l'abaisse-langue.

##### Durée du tamponnement :

Le tamponnement est laissé en place généralement pendant deux jours avec un déméchage le troisième jour.

### Mesures d'accompagnement :

Une antibiothérapie à large spectre est instituée notamment en cas de terrain particulier (immunodéprimés). En cas d'éternuements le patient doit maintenir une pression sur les deux orifices nasaires pour éviter l'expulsion des mèches. Une prescription antalgique peut être indiquée en tenant compte de l'étiologie (traumatisme) ou en cas de tamponnement douloureux.

### Déméchage :

Les mèches sont retirées progressivement et avec des manœuvres douces par traction sur le bout nasaire de la mèche. Ce déméchage peut s'accompagner d'un saignement en général de faible abondance qui cède spontanément ou après application de coton imbibé de xylocaine naphthazolinée à 5%.

### Répétition ou nombre :

Un tamponnement antérieur peut être répété, dans le principe, sans inconvénients majeurs. Cependant des tamponnements itératifs en particulier rapprochés peuvent entraîner ou exacerber des lésions muqueuses nasales conduisant à la reprise des hémorragies nasales ou à des lésions nécrotiques et trophiques muqueuses.

### Inconvénients :

Le tamponnement antérieur peut générer quelques inconvénients dont certains doivent faire l'objet d'explications au patient pour atténuer leurs effets.

- Gene respiratoire, en particulier en cas de méchage bilatéral ou en cas d'une déviation de cloison nasale contro latérale.
- Douleurs, manœuvres de méchage douces et antalgiques au besoin.
- Inconfort (respiration buccale et stagnation des sécrétions).
- Complications infectieuses (antibiothérapie de couverture).
- Complications trophiques locales : nécroses muqueuses, synéchies (méchages itératifs et rapprochés).

### Contre-indications :

Il s'agit surtout de certaines situations pathologiques où un méchage peut être source de complications locales surtout de type hémorragique. Dans ces conditions particulières il faut surtout recourir à des procédés hémostatiques plus spécifiques toujours dans une perspective de traitement curatif (selon les possibilités).

Le tamponnement antérieur est à éviter en cas de :

- Tumeurs malignes des fosses nasales et des sinus.
- Fibrome nasopharyngien.

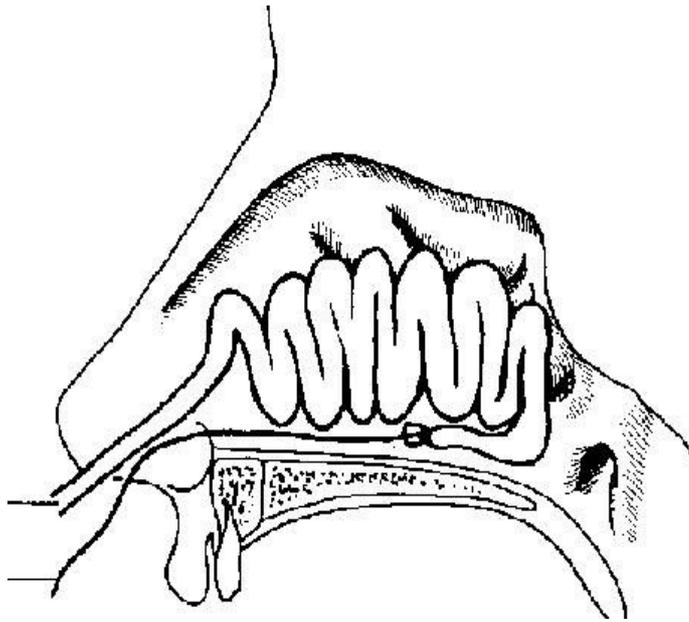


FIGURE N°1 : TAMPONNEMENT ANTERIEUR (BLOQUE).

## • TAMPONNEMENT POSTERIEUR :

### Principe :

Le principe repose sur l'exclusion de la totalité de la cavité nasale entre ses deux orifices antérieurs (narinaire) et postérieurs (choanes).

Ce geste est un peu lourd, inconfortable pour le patient à qui on doit expliquer très succinctement le but et les étapes de la manœuvre afin d'obtenir sa collaboration.

### **Technique :**

Indication : Il s'impose parfois devant une épistaxis haute et surtout postérieure.

### Préparation :

Une analgésie voire une prémédication sont parfois nécessaires.

- Tamponnement postérieur proprement dit :

Une sonde fine et souple (NELATON ou sonde d'aspiration) est introduite par voie nasale et récupérée par voie buccale sur la paroi postérieure de l'oropharynx à l'aide d'une pince. Un tampon de compresses grasses est réalisé dont la forme et les dimensions sont adaptées à chaque cas. Il est maintenu par du fil tressé solide non résorbable dont les quatre brins sont laissés longs. Deux brins sont fixés aux extrémités de la sonde qui est progressivement retirée de la fosse nasale, l'autre main guidant le cheminement du tampon dans la cavité buccale puis derrière le voile, de façon à l'impacter au niveau de l'orifice choanal.

Un tamponnement antérieur classique est réalisé, puis les deux brins de fils antérieurs sont fixés sur une compresse roulée placée en avant de l'orifice narinaire de façon à assurer la stabilité du montage. Les brins postérieurs « de rappel » sont fixés en para commissural et permettront de récupérer le tampon postérieur à l'ablation du méchage. L'efficacité du tamponnement est contrôlée par un examen de l'oropharynx (écoulement postérieur).

### Durée du tamponnement :

Le tamponnement est maintenu en place jusqu'au troisième jour date du déméchage.

### Soins particuliers :

Le tamponnement postérieur réclame des soins appropriés. Des nécroses muqueuses et du septum peuvent se voir sous l'effet de la compression et sont favorisés par une surinfection (antibiothérapie). De ce fait il doit être enlevé ou renouvelé au bout de 48 heures.

L'ablation des mèches de tamponnement peut s'accompagner d'une reprise du saignement, en dehors de la lésion initiale, secondaire au traumatisme de la muqueuse.

Il faut dans ces cas procéder à un lavage doux des cavités nasales au sérum physiologique froid et en l'absence d'amélioration, refaire un méchage en douceur des cavités nasales à l'aide de mèches résorbables.

Inconvénients :

- Gene respiratoire.
- Douleurs.
- Inconfort.
- Complications infectieuses.
- Complications trophiques locales.

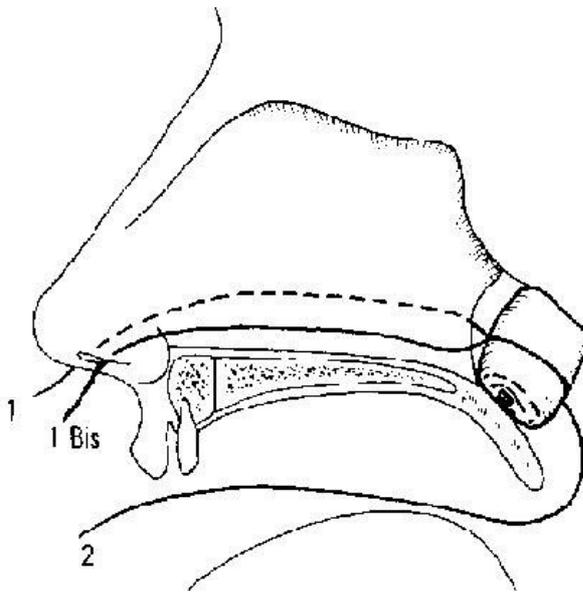


FIGURE N° 2: TAMPONNEMENT POSTERIEUR  
(fils 1 et 1 Bis narinaires, fil 2 rappel buccal).

### **Matériaux utilisés pour les procédés de compression :**

Il existe plusieurs matériaux utilisés comme vecteur de compression lors des épistaxis. Ces matériaux doivent toujours contenir un agent gras qui prévient une adhérence à la muqueuse des cavités nasales, elle-même source de saignement lors de l'ablation du méchage.

On peut citer à titre indicatif :

- mèches grasses : TULLE GRAS, BIOGAZE, ANTIBIOTULLE.
- mèches avec un effet coagulant local : alginate de calcium (ALGOSTERIL), COALGAN.
- tampons expansibles : MEROCEL.
- matériel résorbable : SURGICEL, SORBACEL, NASOPORE.

### **Phase post déméchage (après Tamponnement antérieur et Postérieur) :**

Après déméchage, seuls 20 % des patients sont susceptibles de présenter de nouveau une épistaxis. La reprise d'une hémorragie nasale éventuelle se fait en général dans les quatre premières heures suivant le déméchage. Au delà de cette durée la probabilité de reprise d'une épistaxis demeure faible.

On considère que quatre à cinq heures de surveillance après le déméchage sont suffisantes pour une éventuelle reprise hémorragique.

### **Autres Procédés de Compression :**

#### **SONDES A DOUBLE BALLONNETS :**

Elles constituent une alternative au tamponnement postérieur. Après anesthésie locale la sonde est introduite dans la fosse nasale puis le ballonnet postérieur est modérément gonflé à l'eau. La sonde est tirée vers l'avant avec douceur pour bloquer le ballonnet postérieur dans la choane ; le ballonnet antérieur est ensuite gonflé dans la cavité nasale. La sonde est laissée en place 24 heures et doit être dégonflée chaque 6 heures.

Ces sondes hémostatiques sont de maniement plus simple, moins agressives pour la muqueuse nasale. Les inconvénients de ce procédé étant le cout de ce matériel (à

usage unique) et les difficultés potentielles de mise en place en présence d'une déviation de cloison.



BALLONNET BINOVA.



BALLONNET EPISTAT.



BALLONNET DE SIMPSON.

: