

# Conduite à tenir devant une épistaxis

**Drs M. Zalagh\*, N. Errami\*,  
B. Bouaity\*, A. Jabidi\*,  
F. Benariba\*\***

\* Professeur assistant.

\*\* Professeur agrégé  
et Chef de service

Service d'Oto-Rhino-Laryngologie. Hôpital  
Militaire d'Instruction Mohamed V. Rabat

L'épistaxis est l'extériorisation, par les narines et/ou le cavum, de sang rouge vif, d'origine essentiellement artérielle, pouvant provenir des cavités nasales, des sinus ou du rhinopharynx.

Cette entité clinique soulève un double problème : thérapeutique, par la difficulté d'hémostase dans certaines urgences dramatiques, et pronostique, pouvant parfois mettre en jeu la vie du malade.

La fréquence de cette hémorragie s'explique par la richesse de la vascularisation des cavités nasales.

## RAPPEL ANATOMIQUE

Les cavités nasales constituent un carrefour vasculaire entre les systèmes carotidiens externe et interne.

Le système carotidien externe est le plus important, représenté essentiellement par l'artère sphéno-palatine, branche terminale

de l'artère maxillaire interne <sup>(1,2)</sup>.

Le système carotidien interne participe par les deux artères ethmoïdales antérieure et postérieure, branches de l'artère ophtalmique.

Les anastomoses sont nombreuses, notamment au niveau de la tache vasculaire ou zone de Kisselbach, siège de prédilection des épistaxis, surtout chez les enfants.

Les artères nasales sont pauvres en fibres contractiles les rendant moins résistantes aux modifications de pression endovasculaire ce qui favorise l'hémorragie.



Le réseau veineux est particulièrement riche au niveau des cornets réalisant **un véritable système caverneux**, gorgé de sang, responsable de l'érectilité de la muqueuse des cornets<sup>(1)</sup>.

## ETUDE CLINIQUE ET CONDUITE À TENIR

### TABLEAUX CLINIQUES

Deux tableaux cliniques de gravité différente peuvent habituellement se présenter : souvent, il s'agit d'un saignement bénin sans retentissement sur l'état général mais cependant, un saignement grave, éventuellement avec signes de choc hypovolémique, peut s'observer.

#### ■ Un saignement bénin sans retentissement sur l'état général

C'est la situation la plus fréquente. Il faut :

#### 1) **Mettre le patient dans une pièce calme et fraîche en position assise ou demi-assise, la tête penchée en avant.**

Soulignons qu'il existe, chez le sujet âgé, un risque d'inhalation important après anesthésie du carrefour pharyngé à la *xylocaïne naphazolinée*<sup>(2,3,4,5)</sup>.

#### 2) **Rassurer et calmer le patient.**

Celui-ci est souvent anxieux lors de ces épisodes hémorragiques. Chez un patient particulièrement agité, l'administration d'un anxiolytique, pour pouvoir facilement l'examiner et le mécher (le méchage est douloureux et stressant), peut être nécessaire<sup>(1,3,4)</sup>.

#### 3) **Reconnaître l'origine nasale de l'épistaxis** sur le caractère rouge vif du saignement qui provient des narines ou des choanes (ceci étant évident chez un patient conscient).

Toutefois, chez le patient en décubitus dorsal (coma, polytraumatisme, suites opératoires), **l'épistaxis peut être postérieure et déglutie.**

Le diagnostic est alors redressé par l'examen du pharynx à l'abaisse langue qui visualise un écoulement de sang sur sa paroi postérieure confirmant l'origine rhinopharyngée ou nasale du saignement.

#### 4) **Éliminer ce qui n'est pas épistaxis**, en cas de saignement postérieur pouvant faire penser à tort à une hémoptysie ou à une hématomèse.

#### 5) **Déterminer le caractère de l'épistaxis :**

- unilatéral ou bilatéral;
- antérieur et / ou postérieur.

#### 6) **Apprécier la gravité du saignement**, sur l'abondance (nombre de récipients ou de serviettes inondées), la répétition, la persistance de l'épistaxis sous la forme d'un écoulement postérieur à bas bruit car déglutie chez un patient en décubitus dorsal, l'état clinique du patient (conjonctives, respiration, conscience) et les constantes hémodynamiques (tension artérielle, pouls).

#### 7) **Faire une toilette des fosses nasales**, par aspiration endonasale ou en demandant au patient de se moucher énergiquement jusqu'à obtention de cavité nasale sans caillot sanguin qui entretient le saignement par activation de la fibrinolyse locale<sup>(2)</sup>.

**En cas de saignement de la tache vasculaire**, il faut faire **une compression bidigitale** (pouce-index) des ailes du nez pendant 15 minutes (temps de saignement normal), tête en avant. Cela suffit à arrêter de ce type de saignement.

- *En cas d'inefficacité*, aspirer d'abord dans la fosse nasale qui saigne, puis anesthésier et rétracter la muqueuse nasale grâce à une mèche de coton hydrophile de 10 cm de long imprégnée de *xylocaïne naphazolinée* à 5%<sup>(4)</sup> (Fig. 1).

La mèche est introduite le plus loin possible, horizontalement par rapport au plancher de la cavité nasale, et est laissée en place quelques minutes (10 à 15 minutes) sous une compression bidigitale.



Fig. 1 : Instruments pour méchage nasal  
1- Cupule avec tampons imbibés de solution anesthésique vasoconstrictrice  
2- Spéculum bivalve, 3- Abaisse-langue, 4- Pince coudée, 5- Spéculum nasal

Ceci facilite les manœuvres ultérieures grâce à l'action anesthésique de la solution et suffit dans certains cas, grâce à son action vasoconstrictrice puissante, à arrêter l'hémorragie.

- Si le saignement persiste, après avoir retiré la mèche de coton, il faudra réaliser un **tamponnement antérieur** qui doit être serré.

C'est un méchage des cavités nasales jusqu'aux choanes qui peut être fait à l'aide :

- de matériel résorbable, type Surgicel<sup>®</sup>, en particulier en cas de traitement anticoagulant ou de maladie hémorragique, pour éviter la récurrence de saignement lors du déméchage;

- de matériel non résorbable (Fig. 2) type fibres d'alginate de calcium (Algostéril<sup>®</sup>, Coalgan<sup>®</sup>)<sup>(3,4)</sup> ou mèches grasses (Biogaze<sup>®</sup>) tassées en "accordéon" de haut en bas et d'arrière en avant (Fig. 3A) ou tampons expansifs (Mérocel<sup>®</sup>, Pangen<sup>®</sup>) imprégnés de pommade antibiotique (Auréomycine<sup>®</sup>) ou hémostatique (pommade HEC<sup>®</sup>) ou de Vaseline<sup>®</sup>.

Ce type de matériel, au contact du sang, se dilate et réalise une compression douce et uniforme de toutes les parois de la cavité nasale et produit par ce fait l'hémostase<sup>(3)</sup> (Fig. 3 B). De plus, ces mèches sont faciles à retirer en bloc après avoir été imbibées de sérum physiologique ou de xylocaïne naphazolinée à 5%.

Il faut toujours confirmer l'efficacité du méchage par l'absence de saignement sur la paroi postérieure du pharynx par l'examen à l'abaisse-langue.

**Le méchage est laissé en place pendant 48 à 72 heures** et est associé à un traitement de consolidation comportant systématiquement un antibiotique vu le risque de surinfection, un anti-oedémateux, un corticoïde pour diminuer l'inflammation et un antalgique pour diminuer la douleur en rapport avec le tamponnement.

E n présence d'un épistaxis post-traumatique, un antihistaminique est également prescrit pour éviter l'éternuement, source de reprise de saignement essentiellement chez les

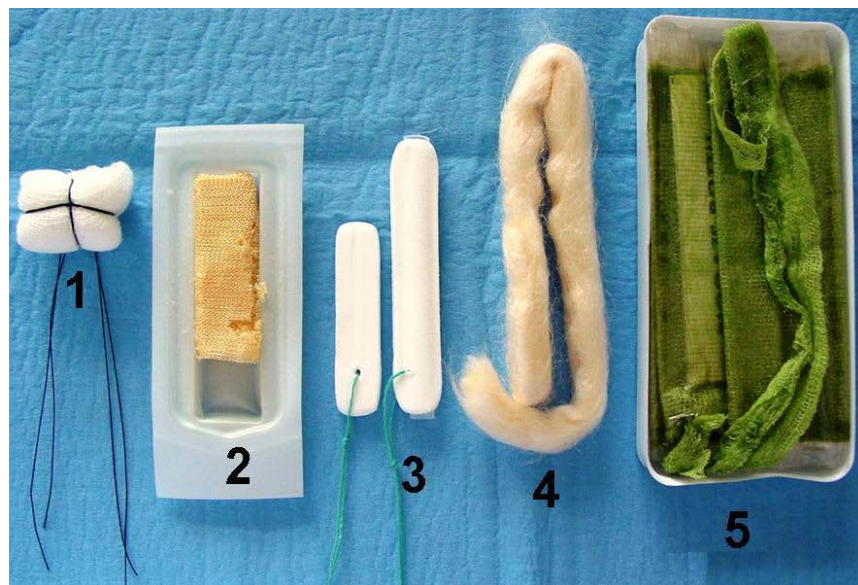


Fig. 2 : Matériels de méchage nasal.  
1- tampon confectionné, 2- Surgicel<sup>®</sup>, 3- Tampon expansif, 4- Algostéril<sup>®</sup>, 5- Mèche grasse

patients présentant une rhinite allergique.

L'adjonction d'un hémostatique est discutable car son efficacité ne serait pas prouvée<sup>(1)</sup>.

**La cautérisation** est à réaliser après méchage à la lidocaïne naphazolinée, en période hémorragique ou à distance.

**Elle peut être chimique** au nitrate d'argent, à l'acide trichloro-acétique ou une solution d'acide chromique.

Le produit choisi est appliqué à la manière d'un cerclage autour du point de saignement de la périphérie vers le centre.

**La cautérisation électrique** d'une artéiole de la tache vasculaire, grâce à la pince bipolaire et sous contrôle optique, doit être faite avec prudence car il existe un risque de nécrose et de diffusion thermique pouvant être à l'origine d'une paresthésie du palais et d'une obstruction du canal lacrymal, voire d'une lésion du nerf optique<sup>(6)</sup>. La photocoagulation au Laser peut être utilisée<sup>(1)</sup>.

■ Un saignement grave avec retentissement sur l'état général

Parfois, le saignement peut être grave avec éventuellement des signes de **choc**

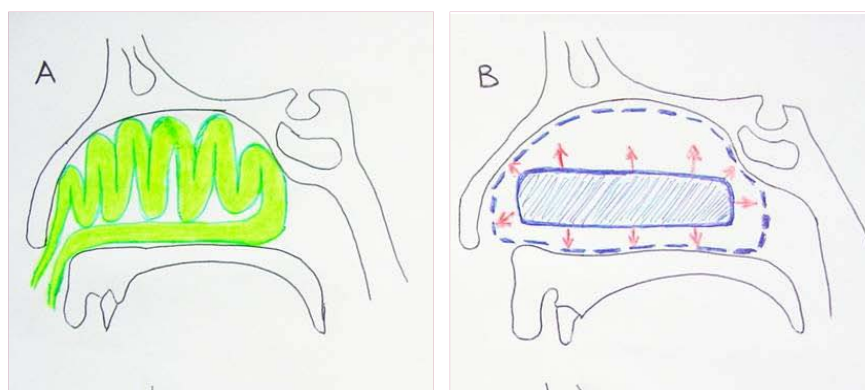


Fig. 3 A et 3 B : A- Tamponnement antérieur à la mèche grass  
B- Tamponnement postérieur au tampon confectionné

**hypovolémique** pouvant entraîner le décès du malade du fait de la spoliation sanguine. De même, l'état de choc peut entraîner, par inhalation de sang, des **troubles de la ventilation** avec des signes d'insuffisance respiratoire aiguë pouvant dominer le tableau clinique.

Devant ces tableaux cliniques, il faut, et sans délai :

**1) Mettre en œuvre les mesures de réanimation d'urgence :**

- avertir le réanimateur et mettre le malade en condition;
- libérer ses voies aériennes supérieures en cas de traumatisme;
- réaliser éventuellement une trachéotomie en cas d'inondation des voies aériennes chez un patient perdant connaissance;
- compenser la déplétion sanguine par la prise d'une voie d'abord veineuse et la perfusion de solutés macromoléculaires (en attendant l'arrivée de sang iso-groupe iso-rhésus);
- prélever un échantillon en vue d'un bilan biologique : numération et formule sanguine (NFS), hémocrite, groupage sanguin, bilan d'hémostase;
- assurer une surveillance hémodynamique clinique et biologique (pouls, tension artérielle, état des téguments et de la conscience, respiration, diurèse).

**2) Procéder à un méchage postérieur**

Dans la majorité des cas, les gestes d'hémostase précédents s'avèrent insuffisants et il faut alors procéder à un méchage postérieur<sup>(3)</sup>.

On introduit, dans la fosse nasale, une sonde atraumatique (type Nélaton®) dont l'extrémité sera repérée dans l'oropharynx et tirée hors de la cavité buccale à l'aide d'une pince.

Un tampon confectionné sous forme quadrangulaire et serré par deux fils solides en croix et laissant dépasser 4 brins longs sera alors mis en place. Deux de ses brins sont attachés à l'extrémité buccale de la sonde. Cette dernière retirée par le nez, entraîne les fils qui sortent par l'orifice

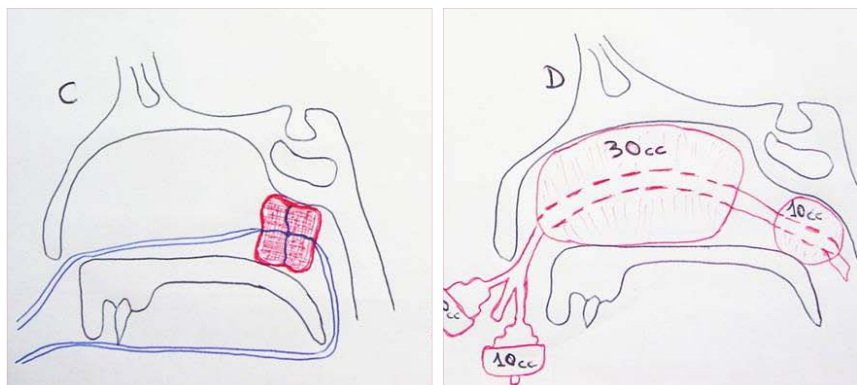


Fig. 3 C et 3 D : C- Méchage avec du tampon expansif  
D- Tamponnement avec une sonde à double ballonnet

narinaire et amène progressivement par la même occasion le tampon dans le cavum qui se bloque dans la choane (aidé par un doigt qui le guide derrière le voile et dans le rhinopharynx) (Fig. 3 C).

Les 2 brins antérieurs du fil du tampon retirés par la narine sont noués sur une compresse roulée placée devant l'orifice narinaire. Les 2 brins postérieurs du fil sont fixés de part et d'autre des commissures labiales par un morceau de sparadrap sur la joue. Ces 2 brins facilitent l'ablation du tampon postérieur. Tout en maintenant la traction sur le tampon, un méchage antérieur classique combiné sera réalisé comme décrit, plus haut, afin d'éviter que le tampon postérieur ne se décroche vers l'arrière.

Il est possible d'utiliser une sonde à ballonnet simple (sonde urinaire de Foley® N° 8 ou 10 à défaut).

Le ballonnet est introduit dégonflé dans les cavités nasales et est poussé au ras du plancher jusque dans la cavum. Il est ensuite gonflé avec une seringue (à pression juste suffisante pour arrêter le saignement) pour le bloquer dans la choane et comprimer les queues des cornets et obstrue aussi la choane, car le ballonnet remplit tout le cavum.

La sonde est alors clampée avec une pince ou un clamp ombilical pour éviter que le ballonnet ne glisse vers l'arrière<sup>(7)</sup>. Si l'introduction de la sonde est difficile, en cas de déviation de la cloison nasale, il ne faudra pas hésiter à la rigidifier au congélateur.

Si l'on utilise une sonde à double ballonnets (type Bivona®, Exomed®) il faudra commencer par gonfler le ballonnet postérieur dans le rhinopharynx, ensuite le ballonnet antérieur dans le vestibule narinaire pour isoler l'ensemble de la fosse nasale (Fig. 3 D).

Cette méthode de sonde à ballonnets a l'avantage de dégonfler progressivement les ballonnets toutes les 6 à 8 heures, après contrôle du saignement et de les regonfler afin de permettre à la muqueuse nasale de se revasculariser en évitant la fonte du cartilage.

Elles sont laissées en place plus de 24 heures. Lors de l'ablation des sondes, il faut commencer par dégonfler progressivement les ballonnets et patienter quelques minutes avant de les retirer définitivement sous peine d'une reprise de saignement qui amènera à les regonfler dans l'attente de décider d'un moyen radical (hémostase chirurgicale ou embolisation artérielle).

Il est préférable de ne procéder à l'ablation d'un tamponnement postérieur que le matin et les jours ouvrables car il existe en effet un risque de reprise de l'hémorragie quelques heures plus tard<sup>(8)</sup>.

**3) En cas de reprise du saignement**

Dans la plupart des cas, l'épistaxis s'arrête grâce aux gestes d'hémostase locale mais parfois, il reprend et il faut alors recourir à **l'hémostase régionale** par :

- *la ligature de l'artère sphéno-palatine* est la plus "élégante" : elle est réalisée, à la pince coagulante ou aux clips, à son émergence au niveau du trou sphéno-palatin, par voie endonasale, sous contrôle endoscopique. La ligature de l'artère maxillaire interne est réalisée dans la fosse ptérygo-maxillaire à travers le sinus maxillaire (voie de Caldwell-Luc) sous microscope. La ligature des artères ethmoïdales antérieure et postérieure se fait par voie latéro-nasale, en longeant la paroi médiale de l'orbite (voie canthale interne).

- *L'embolisation d'une ou plusieurs branches du système carotidien externe* (artères sphéno-palatine, maxillaire interne et faciale) est réalisée par cathétérisme sélectif en radiologie interventionnelle par injection in-situ de particules, résorbables ou non, afin d'occlure l'artère en cause et provoquer un assèchement du territoire d'aval. Le largage de ballonnets, également réalisé en radiologie interventionnelle, est utilisé dans les ruptures de la carotide interne.

### Cas particuliers d'épistaxis

Pour les cas particuliers d'épistaxis survenant dans le cadre de la **maladie de Rendu-Osler-Weber** ou d'une **anomalie plaquettaire** (thrombopénie, thrombopathie) où la muqueuse nasale saigne en nappe, **le méchage doit être doux afin de ne pas traumatiser la muqueuse et aggraver le saignement**. Les produits résorbables et la sonde à double ballonnets sont préférés lors du méchage pour éviter le risque de traumatisme lors du déméchage.

En cas d'inefficacité, il convient de recourir à une sonde à double ballonnets<sup>(4,5)</sup>.

**Les cautérisations sont formellement proscrites.**

### ENQUÊTE ÉTIOLOGIQUE

Le malade étant mis à l'abri de complications hémorragiques, on procède à l'enquête étiologique.

### L'interrogatoire

Le médecin doit s'enquérir de<sup>(1,3)</sup> :

- **l'âge du patient** : les sujets âgés saignent plus facilement;

- **la profession** : travailleur de bois, du cuir, du nickel, du chrome sont particulièrement exposés;

- **les antécédents** : il est important de rechercher :

- une hypertension artérielle connue;
- une rhinite allergique ou une rhinite aiguë, une rhinopharyngite, une rhinosinusite ;
- une prise de toxiques par voie nasale (cocaïne, morphine) ;
- l'application locale de vasoconstricteur et de corticoïdes ;
- une prise médicamenteuse prolongée, (salicylés, anti-vitamine K, anti-agrégants plaquettaires, héparine de bas poids moléculaire) mais également la prise d'arsenic ou l'exposition à l'oxyde de carbone;
- une thrombolyse récente ;
- l'existence d'une maladie générale : hémopathie, maladie cardio-vasculaire, insuffisance hépatique ;
- un traumatisme externe ou interne post-opératoire (chirurgie endonasale récente : turbinectomie, septo-rhinoplastie, ethmoïdectomie...).
- des antécédents personnels ou familiaux de saignements anormalement prolongés, d'ecchymose faciles, de difficultés d'hémostase lors d'intervention chirurgicales;
- un traitement antérieur d'un carcinome des voies aéro-digestives supérieures ou des cavités nasales.

### L'examen clinique

#### • L'inspection

Elle recherchera un point d'impact traumatique, une cicatrice d'intervention, une lésion à type d'angiomes stellaires au niveau naso-génien, des joues et des lèvres, évocateurs de la maladie de Rendu-Osler.

#### • La rhinoscopie antérieure

Elle notera l'aspect de la muqueuse pouvant évoquer une rhinite infectieuse ou de type allergique, la présence d'une tumeur maligne (cancer de l'ethmoïde), d'un polype ou d'une ectasie vasculaire. Elle recherchera une éventuelle issue de liquide céphalo-rachidien par les cavités nasales (rhinoliqorrhée) témoignant d'un traumatisme, accidentel ou iatrogène, de l'étage antérieur de la base du crâne.

#### • L'examen bucco-pharyngé

Il recherchera une lésion évocatrice d'une maladie générale comme par exemple des angiomes stellaires, évoquant la maladie de Rendu-Osler.

- **La rhinoscopie postérieure** : permet d'explorer le cavum à la recherche d'un processus tumoral saignant (angiome nasopharyngien, tumeur maligne).

- **L'examen endoscopique endonasal à l'optique rigide** (0° ou 30°) : est devenu partie intégrante de l'examen clinique car il permet de mieux explorer les différentes structures de la fosse nasale et du cavum et de mener une stratégie thérapeutique adaptée. De plus, cet examen limite le nombre de méchage et d'hospitalisation<sup>(10,11)</sup>.

- **L'examen des aires ganglionnaires cervicales** : peut mettre en évidence des adénopathies métastatiques d'un cancer du cavum.

Enfin l'examen du malade doit également comporter un **examen cardio-vasculaire** (TA, pouls, auscultation cardiaque), **abdominal** (recherche une hépatomégalie, une splénomégalie, une circulation veineuse collatérale) et un examen **cutanéomuqueux** (angiomes, pétéchies, ecchymoses, télangiectasies).

### Le bilan paraclinique

#### 1- Les examens biologiques

- *La NFS avec plaquettes et le bilan de la crase sanguine* (TS, TP, TCA, fibrinogène) constituent les examens de base.

- *Le groupage sanguin* doit se faire au moindre doute sur la tolérance de l'anémie ou sur la crainte d'une récurrence précoce de l'épistaxis.

- *Les examens de coagulation orientés* seront demandés au cas par cas : TS, test d'agrégation plaquettaire, dosage séparé des facteurs de la coagulation et recherche d'anti-coagulants circulants.

## 2- Les examens radiologiques

- *La TDM naso-sinusienne*, du cavum et du massif facial : en cas de traumatisme ou de tumeur (étude de l'extension osseuse).

- *L'IRM cérébrale et faciale* : pour étudier l'extension des parties molles (contenu orbitaire, fosse infra-temporale, parenchyme cérébral).

- *L'artériographie* est souvent réalisée à titre diagnostique. Elle met en évidence une tumeur vasculaire telle un angiome nasopharyngien.

Elle est parfois réalisée à visée thérapeutique en urgence afin de localiser le vaisseau qui saigne et effectuer son embolisation.

- *D'autres examens plus spécialisés* peuvent être nécessaires en fonction de l'orientation étiologique et sont réalisés, le plus souvent dans un second temps.

## LES ÉTIOLOGIES

Au terme du bilan clinique et para-clinique, la cause de l'épistaxis pourra être précisée.

### CAUSES LOCALES, SPÉCIFIQUEMENT ORL

#### Traumatismes

- **Traumatismes iatrogènes** : au cours d'une intubation nasale, d'une fibroscopie nasale agressive, d'une réduction d'une fracture des os propres du nez ou de toute chirurgie rhino-sinusienne, notamment la turbinectomie inférieure, la méatotomie moyenne, l'évidement ethmoïdal et la septoplastie.

- **Traumatismes maxillo-faciaux** : ils intéressent essentiellement l'étage moyen de la face (fracture des os propres du nez, du septum nasal, du malaire, disjonction crânio-faciale ...).

- **Corps étranger des cavités nasales**, notamment chez l'enfant et le psychotique (piles corrosives, punaises ...).

- **Rupture de l'artère carotide interne**, traumatique ou spontanée, dans le cadre d'un anévrisme: responsable d'épistaxis parfois cataclysmique.

#### Tumeurs

- **Tumeurs malignes** : quelle qu'elle soit leur origine (cavité nasale, sinus et cavum) ou leur type histologique (carcinome épidermoïde indifférencié ou plus ou moins différencié, adénocarcinome, mélanome), elles peuvent être à l'origine d'épistaxis.

- **Tumeurs bénignes** : les plus hémorragiques sont au nombre de deux.

- *Le fibrome naso-pharyngien* est un angio-fibrome très vascularisé se développant chez l'adolescent (12 - 20 ans) en règle de sexe masculin.

**Une biopsie est formellement contre-indiquée en raison du risque hémorragique majeur.**

- *Le polype saignant de la cloison* est un angiofibrome de la cloison implanté sur la région de la tache vasculaire.

#### Infections et inflammations

Tous les états infectieux et inflammatoires des cavités nasales et sinusiennes, aigus ou chroniques, peuvent être responsables d'épistaxis par le biais de l'hyperhémie diffuse de la muqueuse qu'ils entraînent.



Fig. 4 : Fibrome naso-pharyngien

## CAUSES GÉNÉRALES

#### Maladies hémorragiques

Elles se caractérisent par des hémorragies spontanées ou à l'occasion d'un traumatisme minime.

**Elles sont diffuses (en nappes), sans aucune tendance à s'arrêter spontanément.**

#### Pathologies vasculaires

- *Maladie de Rendu-Osler-Weber ou angiomatose hémorragique familiale* est au premier rang. C'est une maladie héréditaire autosomique dominante, responsable d'épistaxis répétées, de gravité croissante, parfois dramatiques.

- *Maladie de Willebrand* : c'est une affection héréditaire autosomique dominante.

- *Capillarites* des maladies immuno-allergiques (typhoïde, scarlatine, ...), *purpura rhumatoïde*, *diabète*.

#### Anomalies plaquettaires

- *Purpuras thrombopéniques* immuno-allergiques ou médicamenteux.

- *Purpuras thrombopathiques* : héréditaire (thromboasthénie de Glanzmann) ou acquis (insuffisance rénale, hémopathies).

• **Anomalies des facteurs de la coagulation**

- *Hémophilie* : maladie récessive liée à l’X, n’atteignant que les hommes, source d’un déficit congénital de facteurs de coagulation.

- *Déficits acquis en facteurs de coagulation* dus aux traitements anti-coagulants, à une insuffisance hépatique et aux anomalies de la fibrinoformation.

■ **Hypertension artérielle**

LHTA est considérée tantôt comme un simple facteur favorisante, tantôt comme une véritable cause d’épistaxis.

**EPISTAXIS ESSENTIELLE**

Elle reste **un diagnostic d’exclusion** puisque son mécanisme est inconnu.

Ce diagnostic ne doit donc être retenu qu’après un bilan clinique, endoscopique, biologique complet. Elle est de loin la cause la plus fréquente, liée à une fragilité de la tache vasculaire, préférentiellement entre l’âge de 5 et 20 ans <sup>(1)</sup>.

L’épistaxis essentielle est favorisée par le grattage, les éternuements, les efforts physiques, l’exposition au soleil et les infections rhinologiques ainsi que les facteurs endocriniens (période prémenstruelle, grossesse ...).

**CONCLUSION**

Le plus souvent bénigne et idiopathique, l’épistaxis peut parfois être gravissime et mettre en jeu la vie du patient.

La maîtrise du saignement nécessite une attitude proportionnelle au degré de gravité de l’hémorragie.

Récidivante et unilatérale, elle doit évoquer une lésion maligne.

**RÉSUMÉ :** Le plus souvent bénigne et idiopathique, l’épistaxis peut parfois être gravissime et mettre en jeu la vie du patient. Sa prise en charge nécessite une attitude proportionnelle au degré de gravité du saignement. Cet article se veut donc d’être didactique en ayant un intérêt d’ordre pratique aussi bien pour le médecin généraliste que pour le jeune interne ou résident. Ces derniers étant, en effet, souvent les premiers confrontés dans l’exercice de leur fonction à ce type de saignement ; qu’ils soient isolés avec des moyens d’hémostase réduits ou dans des centres dotés de plateau technique performant. Ainsi, le lecteur s’identifiera-t-il dans cet éventail thérapeutique.

**SUMMARY :** Commonly the epistaxis is benign hemorrhage but sometimes the vital prognosis of the patient is compromised. Thus this article is meant to be pedagogical with a practical interest for both the General Physician and the young Internship Doctor.

They are, in fact, often the first people to face, in exercising their powers, such cases of bleeding, whether they are isolated in remote areas and only have reduced means of hemostasis or working in centers equipped with technical and highly performing platforms. Thus, the reader of this article may easily identify with this therapeutic range.

**RÉFÉRENCES**

1- Albert S, Bozerc H. Comment réussir l’internat: ORL et Chirurgie cervico-faciale. Paris : Edition Ellipses. 2002.  
 2- Tran Ba Huy P, Herman Ph. Epistaxis. Dans : Urgences en ORL. Tran Ba Huy P, Manach Y. Paris: L’Européenne d’Editions. 2002. Pp99-119.  
 3- François M. Conduite à tenir devant une épistaxis de l’enfant. Médecine et Enfant Avril 2000; 241-45.  
 4- Dufour X. Comment examiner et mécher un patient atteint d’épistaxis? Ann Otolaryngol Chir Cervicofac 2007;124:210-11.  
 5- Serrano E, Galinier M, Pessy JJ. Conduite à

tenir devant une épistaxis. Les Cahiers d’ORL 1998; XXXIII (7).  
 6- Neto JFL, Fuchs FD, Facco SR, Gus M, Faso-lo L, Mafessoni R, Gleissner AL. Is epistaxis evidence of end-organ damage in patients with hypertension? Laryngoscope 1999; 109:1111-15.  
 7- Wurtele P. How I do it : emergency nasal packing using an umbilical cord clamp to secure a Foley catheter for posterior epistaxis. J Otolaryngol 1996;25:46-47.  
 8- Cicquiel P, Fontanel JP. Épistaxis. EMC Otorhino-laryngologie 1995-20310-A-10,8p.  
 9- Serrano F, Percodani J, Pessy JJ. La fermeture

bilatérale des fosses nasales. Une technique chirurgicale originale du traitement des épistaxis récidivantes graves de la maladie de Rendu-Osler. Ann Otolaryngol Chir Cervicofac 1998;115:169-73.  
 10- klossek JM, dufour X, de Montreuil CB et al. Epistaxis an dits management : an observational pilot study carried out in 23 hospital centres in France. Rhinology 2006;44:151-5.  
 11- Police PA, Yoder MG. Epistaxis : a retrospective review of hospitalized patients. Otolaryngol Head Neck Surg 1997;117:49-53.