

# *Epistaxis*



# INTRODUCTION:

- L'épistaxis est la plus fréquente des urgences en ORL.
- Bénigne chez le sujet jeune.
- elle peut engager le pronostic vital chez le sujet âgé.
- Sa prise en charge doit être d'emblée satisfaisante et menée à une enquête étiologique.

# DEFINITION:

- c'est une hémorragie des fosses nasales, des sinus ou du cavum et s'extériorisant par:

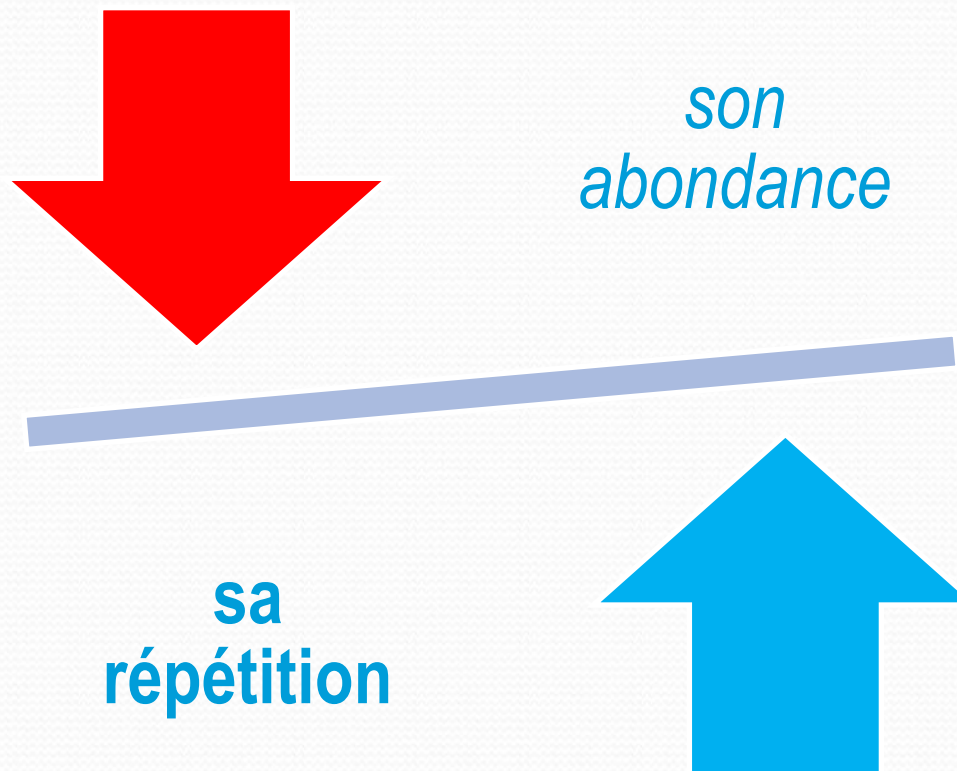
les narines

épistaxis  
antérieure

le  
rhinopharynx

épistaxis  
postérieure

# ***POUVANT ETRE GRAVE DU FAIT DE :***



# RAPPEL ANATOMIQUE:

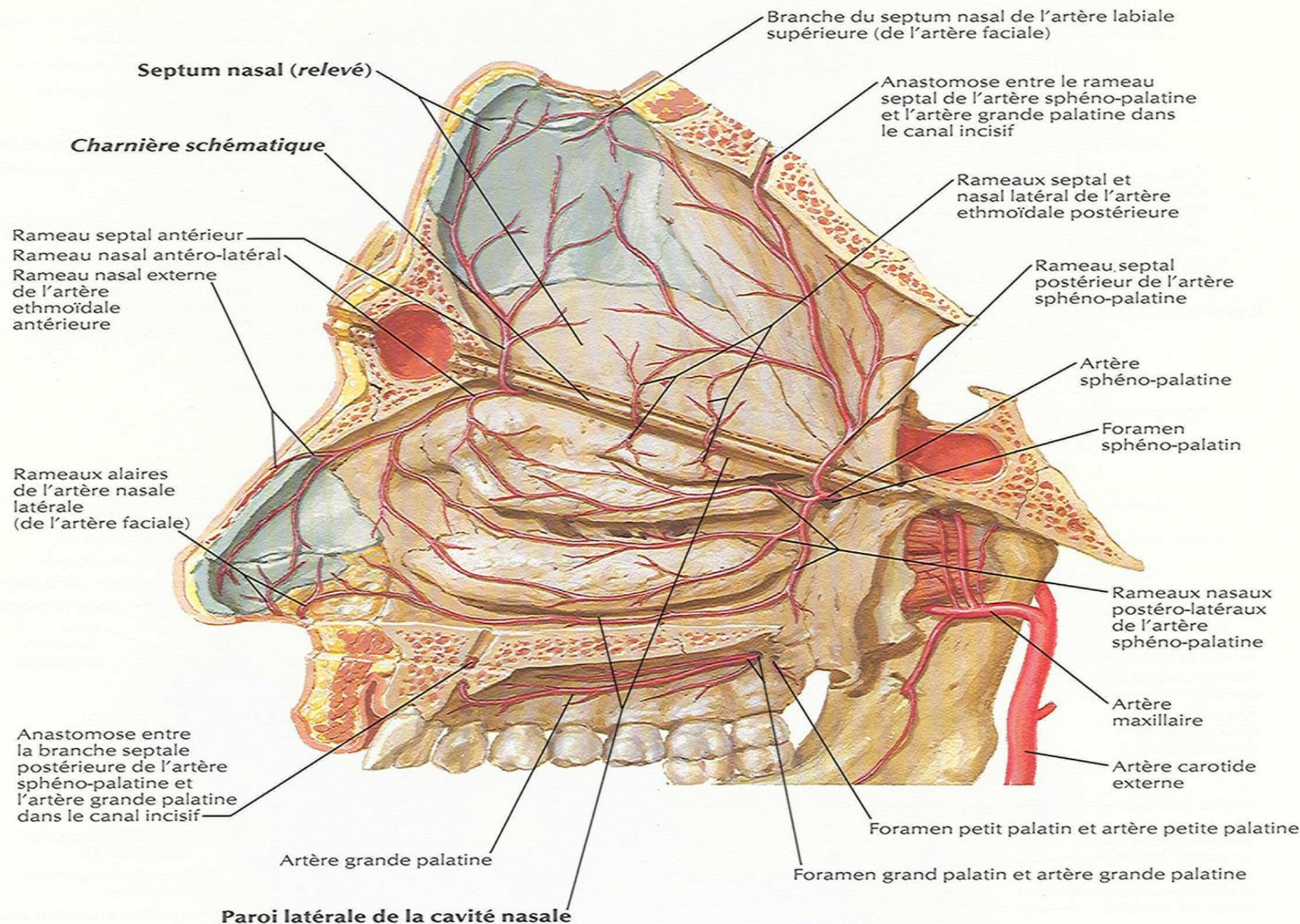
- 2 Systèmes artériels participent à la vascularisation de la muqueuse nasale:

## système carotidien externe

- par l'artère maxillaire et l'artère faciale

## système carotidien interne

- les artères ethmoïdales antérieure et postérieure, branches de l'artère ophtalmique



Septum nasal (relevé)

Charnière schématique

Rameau septal antérieur

Rameau nasal antéro-latéral

Rameau nasal externe de l'artère ethmoïdale antérieure

Rameaux alaires de l'artère nasale latérale (de l'artère faciale)

Anastomose entre la branche septale postérieure de l'artère sphéno-palatine et l'artère grande palatine dans le canal incisif

Artère grande palatine

Paroi latérale de la cavité nasale

Branche du septum nasal de l'artère labiale supérieure (de l'artère faciale)

Anastomose entre le rameau septal de l'artère sphéno-palatine et l'artère grande palatine dans le canal incisif

Rameaux septal et nasal latéral de l'artère ethmoïdale postérieure

Rameau septal postérieur de l'artère sphéno-palatine

Artère sphéno-palatine

Foramen sphéno-palatin

Rameaux nasaux postéro-latéraux de l'artère sphéno-palatine

Artère maxillaire

Artère carotide externe

Foramen petit palatin et artère petite palatine

Foramen grand palatin et artère grande palatine

La grande richesse vasculaire



La fragilité de la muqueuse nasale



Exposition a l'air ambiant



La fréquence des épistaxis

# DIAGNOSTIC POSITIF

Devant une épistaxis le praticien doit :

- Faire le diagnostic positif et différentiel.
- Préciser l'importance et le retentissement de l'hémorragie.
- rechercher le site et la cause de l'épistaxis.
- La traiter en insistant sur l'hémostase



# INTERROGATOIRE:

- préciser l'âge et le sexe.
- Circonstances d'apparition, le coté, la quantité de sang approximativement perdue, durée du saignement.
- prise médicamenteuse : aspirine, anticoagulants
- Antécédents personnels :
  - \*antécédents hémorragiques : épistaxis précédente, hémorragie d'un autre siège.
  - \*HTA, cardiopathie, maladie hématologique; insuffisance rénale chronique.
  - \*antécédents de chirurgie ORL
- Antécédents familiaux : une hémopathie, maladie de Rendu-Osler...

# EXAMEN CLINIQUE :

## Examen général :

Permet d'évaluer : le retentissement de la spoliation sanguine par :

- La prise du pouls et de la TA.
- Aspect du patient : **pâleur, sueurs, soif**, oligurie, agitation, anxiété, altération de la conscience.

## Examen loco-régional:

Palpation des chaînes ganglionnaires

# EXAMEN CLINIQUE :

Examen ORL : Position assise ou demi-assise ,après mouchage et en bon éclairage ,il comprend :

- Une rhinoscopie antérieure (**tache kisselbach**)
- Une rhinoscopie postérieure lorsqu'elle est possible (cavum et choanes).
- Examen pharyngé
- Endoscopie des fosses nasales



# DIAGNOSTIC POSITIF:

2 formes de présentation:

```
graph TD; A[2 formes de présentation:] --> B[EPISTAXIS BENIGNE]; A --> C[EPISTAXIS GRAVE];
```

EPISTAXIS  
BENIGNE

EPISTAXIS  
GRAVE

# DIAGNOSTIC POSITIF:

Faible abondance,  
brutale, antérieure,  
unilatéral

Cède: spontanément, ou  
par simple compression

**EPISTAXIS  
BENIGNE**

L'état général du patient  
est satisfaisant.

diagnostic est fait par une  
rhinoscopie antérieure.

# DIAGNOSTIC POSITIF:

**Par son abondance:** important, bilatéral à extériorisation antérieure et postérieure+crachats hématisés

L'état général est **altéré**,  
L'examen ORL difficile  
=**hospitalisation** s'impose

## EPISTAXIS GRAVE

**Par sa répétition:** l'épistaxis apparaît comme bénigne, mais sa persistance ou la répétition va entraîner

une spoliation sanguine importante.

# DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL:

- Problème du sujet couché (patient de réa ++)
- Se fera essentiellement avec :
  - Une hémorragie de l'oropharynx et de l'hypopharynx.
  - Rarement, un corps étranger dans le rhinopharynx (sang sue).
  - Une hémorragie digestive haute
  - Une hémoptysie.
- *Ces diagnostics sont facilement redressés par :*
  - Le contexte
  - l'examen ORL
  - La rhinoscopie ou l'endoscopie nasale

# EXAMENS COMPLEMENTAIRES

## Bilan biologique

Groupe sanguin, rhésus,  
Hématocrite, FNS, taux  
de plaquettes.

## Bilan d'hémostase

TS, TQ, TCK

## dans un second temps

Bilan hépatique,  
radiographie des sinus,  
scanner...artériographie  
carotidienne etc.)



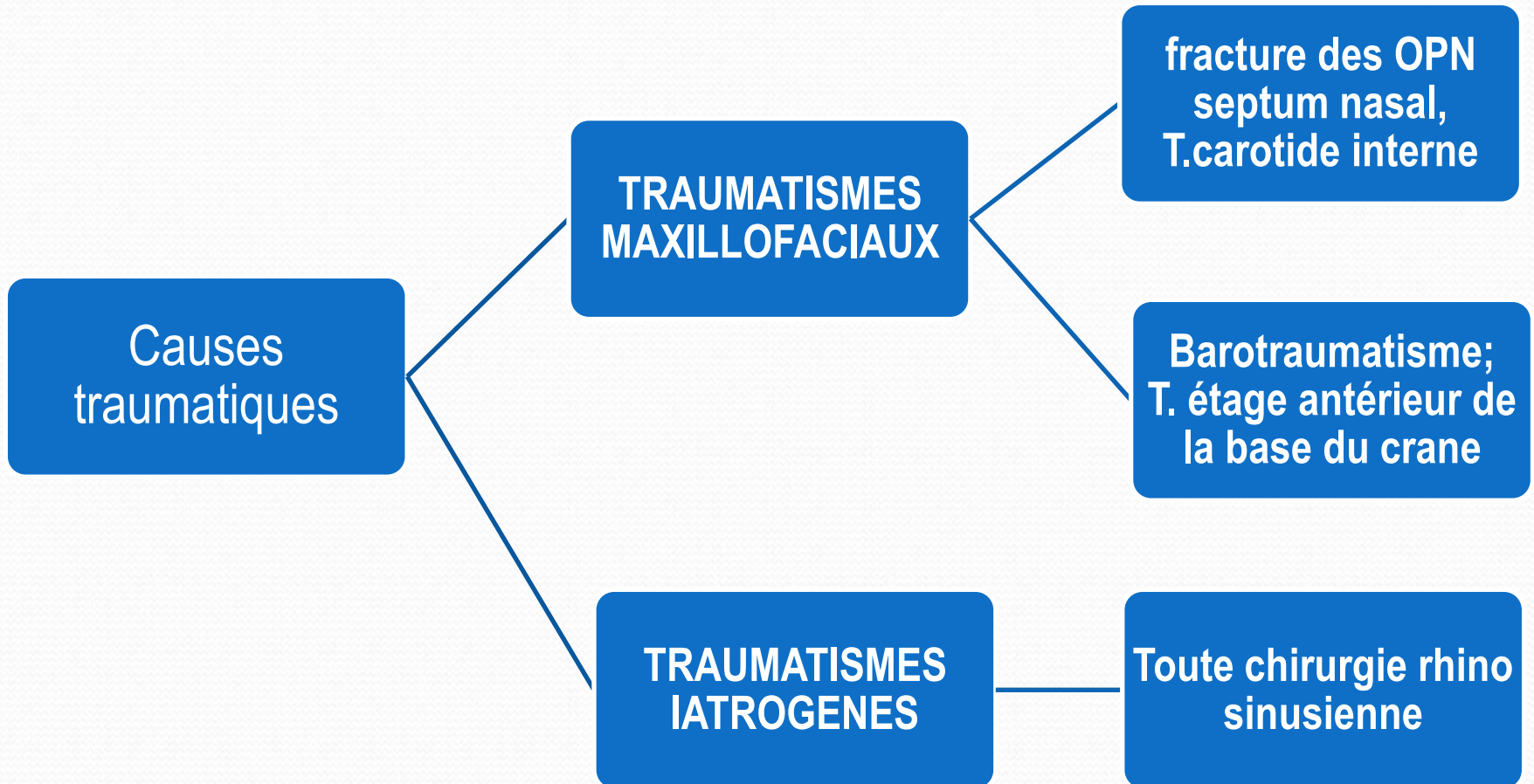
# DIAGNOSTIC ETIOLOGIQUE:

Causes locales

Causes générales

Épistaxis essentielle

# Causes locales

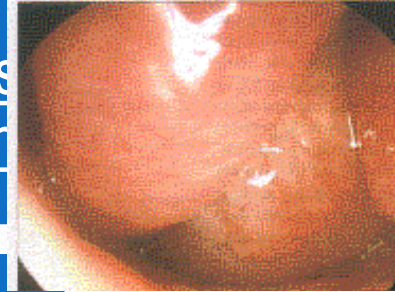


# Causes locales

Récidivante unilatérale +++  
Obstruction nasale unilatérale associée

TUMEURS  
BENIGNES

Fibrome nasopharyngien



Angiofibrome de la cloison



TUMEURS  
MALIGNES

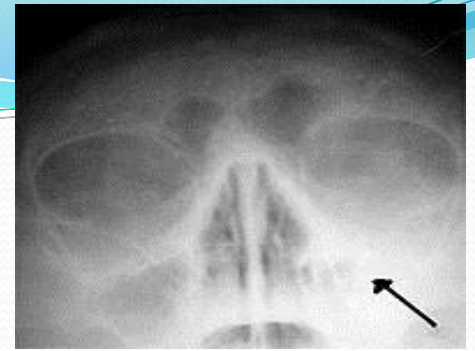
Adénocarcinome de l'ethmoïde  
Cancer du cavum

Carcinome des FN



Causes  
tumoraux

# Causes locales



## Causes inflammatoires, infectieuses

sinusite, rhinopharyngite

surinfection sur corps étranger

# Causes générales

## Maladies hémorragiques +++

### ☐ Perturbations hémostasie primaire :

- thrombopénies
- thrombopathies
- **Aspirine**

### ☐ - Perturbations de la coagulation :

- Congénitales : hémophilie
- Acquisées : **ttt anticoag : AVK**  
insuffisance hépatique  
fibrinolyse, CIVD...

## Causes générales:

Maladies « vasculaires »:

- **Poussée hypertensive ++++**
- **Rendu-Osler** : angiomatose hémorragique familiale:  
autosomique dominante.  
télangectasies (face, lèvres, mains++).
- Purpura rhumatoïde, PTI, purpuras immuno-allergiques.
- Fragilité capillaire constitutionnelle.

## Épistaxis essentielle:

lésion de grattage

Éternuements

**!! Diagnostic d'élimination, surtout si récidive !!**



## Hémostase locale:

- Compression digitale.
- tamponnement vestibulaire.





➤ Tamponnement antérieur:

- Mèche grasse ou tuille gras
- Anesthésie de contact et vasoconstricteurs locaux :  
*xylocaine naphazolinée*®

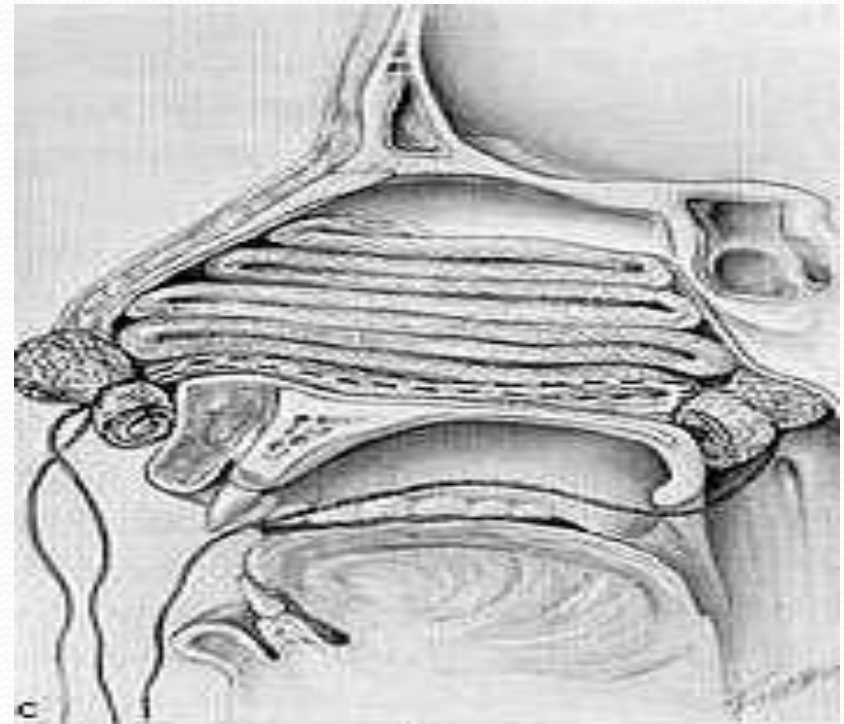
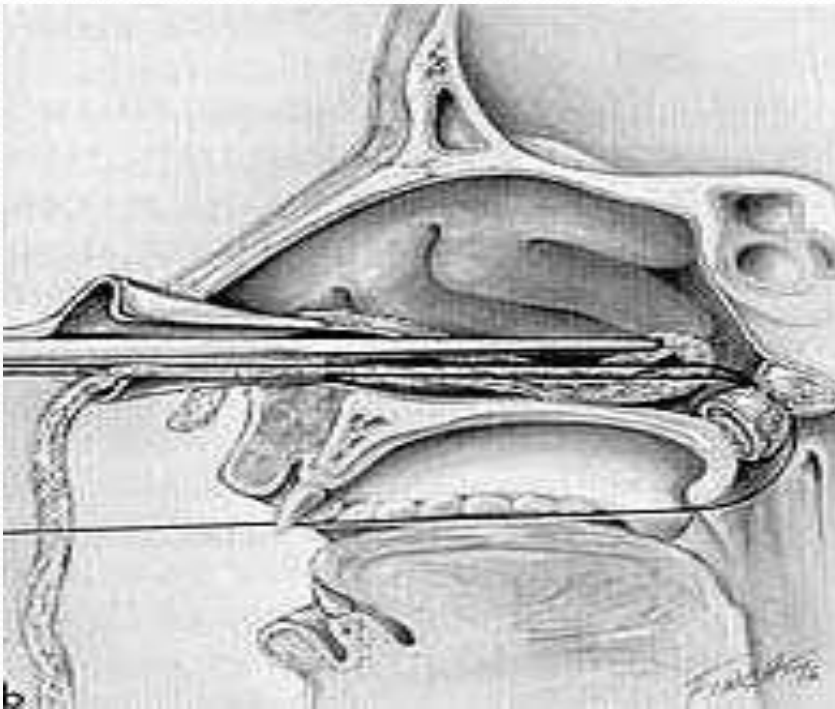


- Parallèle au plancher des fosses nasales



## ➤ Tamponnement postérieur

- Épistaxis graves ou rebelles
- Douloureux ++ : sous Anesthésie
- Associé à un méchage antérieur
- Au moins 48h, Sous couverture antibiotique



### **1- Hémostase locale:** cautérisation:

- *Chimique* : acide chromique, perle de nitrates d'argent.
- *Electrique* : électrocoagulation unipolaire ou bipolaire : cautérisation thermique (galvanocautère)
- *Cryothérapie, Electrocoagulation au laser.*

### **2- Hémostase régionale**

Ligature des artères éthmoïdales , Ligature ou coagulation sphéno-palatine ,maxillaire interne, carotide externe.

### **3- Hémostase générale:**

- Repos, sédatifs et anxiolytiques, activateurs de l'hémostase : Dicynone.
- Vit C* (rôle protecteur capillaire), *vit K* : insuffisance hépatique, cirrhose.
- Transfusions de culot globulaire si(Hb<7 g/dl).

# CAT PRATIQUE

Une épistaxis se tarit presque toujours spontanément

Il faut faire simple, et rester calme.

Il faut éviter l'escalade thérapeutique ...

et donc agir de façon **a traumatique.**

# Epistaxis bénigne

- Rassurer le patient en position assise
- Mouchage afin d'évacuer tous les caillots.
- Compression bidigitale:  
Fermer les ailes du nez pendant 10 à 15 min.
- Pencher la tête en avant.



- Et / ou pratiquer un **tamponnement antérieur** pendant **48h+** traitement **antibiotique**
- une cautérisation ou une coagulation 48h plus tard si nécessaire.



# Épistaxis graves

- **Hospitalisation** +(GR/RH, NFS ..)
  - Tamponnement nasal, bilatéral serré
  - Si persistance: tamponnement postérieur 48h sous antibiotiques et **surveillance** médicale.
  - Si persistance et après un 2<sup>ème</sup> tamponnement: il ne cède pas c'est l'indication de **ligature artérielle**
- + **trt de l'etiologie si c possible( HTA, hémophiles)**
- Tout en assurant une hemodynamie stable.



# INDICATIONS:

- 1<sup>ère</sup> intention: compression bi digitale ou tamponnement vestibulaire.
- 2<sup>ème</sup> intention: tamponnement antérieur ou ballonnet.
- 3<sup>ème</sup> intention: tamponnement postérieur Si possible coagulation au bistouri.
- Enfin en cas d'échec: on passe à l'hémostase régionale.

# A NE PAS FAIRE:

- Les efforts.
- Penchement de la tête en arrière.
- pincement si fracture du nez.
- La prise d'ASPIRINE.
- Se moucher pendant les 48H suivants l'arrêt du saignement.

# CONCLUSION

- ✓ L'épistaxis est une urgence médico-chirurgicale.
- ✓ Toute épistaxis même banale et isolée nécessite un bilan complet: clinique, biologique et endoscopique réalisé à distance de l'épisode hémorragique à la recherche d'une étiologie.
- ✓ Toujours apprécier son retentissement sur l'état général en assurant une hémostase efficace.