

1. Épidémiologie

La plus fréquente des urgences ORL (SAU Larib : 13 % des motifs de consultation et 15 % des causes hospitalisations).

- 95 % ne nécessitent pas de prise en charge médicale.
- Population adulte et âgée.
- Prédominance masculine.

2. Anatomie et vascularisation

La vascularisation des fosses nasales assurée par le système carotidien interne et externe s'anastomosant au niveau de la tache vasculaire (tache de Kisselbach).

Cette vascularisation explique la fréquence des épistaxis et leur localisation fréquente au niveau de la tache vasculaire (partie antérieure de la cloison nasale).

3. Prise en charge en urgence

3.1. Apprécier la gravité

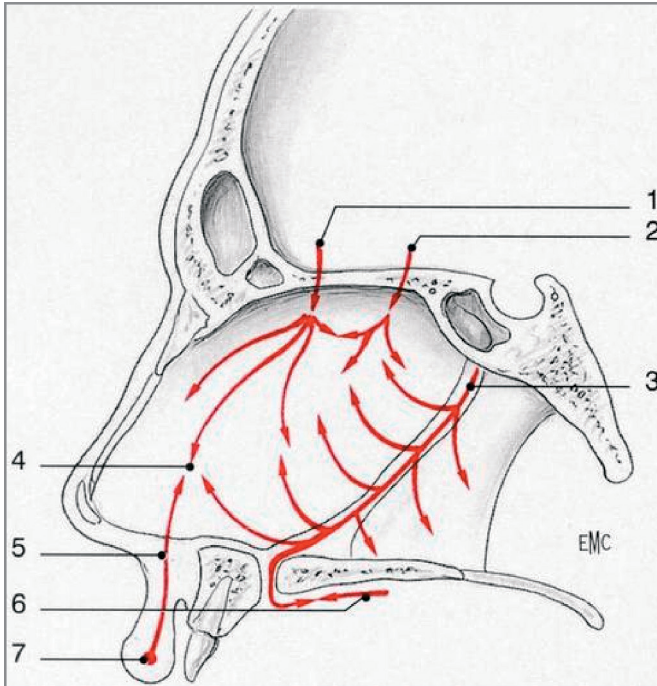
La gravité d'une épistaxis se définit par son abondance, son retentissement sur le patient mais également le terrain du patient (tolérance).

Les facteurs de gravité conduisant donc à une hospitalisation sont :

- Durée de l'épistaxis : épistaxis récidivante sur les 15 derniers jours.
- Récidive d'épistaxis après méchage effectué aux urgences selon les règles de l'art.

Correspondance : D' Khaled Altabaa – Service ORL – CHU Lariboisière – 10, rue Ambroise Paré – 75010 Paris.

Figure 1 – Vascolarisation des fosses nasales



Sur la face interne, des branches du système carotidien interne (1) artère ethmoïdale antérieure, 2) artère ethmoïdale postérieure) viennent communiquer avec des branches de l'artère carotide externe (3) artère nasopalatine, 5) artère de la sous cloison (branche l'artère faciale), 6) artère palatine supérieure) au niveau de la tache vasculaire (4), siège habituel des épistaxis antérieures. En effet, la tache vasculaire est la zone d'anastomose de 3 systèmes artériels : artères ethmoïdales, artère nasopalatine, artère faciale (par l'artère de la sous cloison).

- Hb < 10 g/dl ou mauvaise tolérance hémodynamique.
- Troubles de l'hémostase.
- Terrain fragile ou hémorragique (Rendu Osler).
- Sonde double ballonnet.
- Surveillance à domicile non réalisable.

3.2. Contrôler l'épistaxis

Le contrôle du saignement se fait suivant une échelle thérapeutique.

3.2.1. Mesure générale

- Calmer le patient, le laisser en position demi-assise.
- Apprécier le retentissement hémodynamique.
- Rechercher une détresse respiratoire.
- Bilan biologique devant une épistaxis sévère (comportant GR, Rh, RAI).

3.2.2. Techniques non invasives

Systématiquement :

- Nettoyage des fosses nasales.
- Compression digitale.
- Faire sucer des glaçons.
- Anesthésie et rétraction des muqueuses nasales (Xylocaïne naphazolinée).
- Ces gestes locaux préliminaires permettent de préciser l'origine du saignement (côté ; antérieur et/ou postérieur).

Le tamponnement antérieur est réalisé en 1^{re} intention (non invasif) permettant une compression, les matériaux utilisés sont :

- Matériaux non résorbables :
 - tampons nasals, Mérocel : simple d'utilisation mais démêchage traumatique avec risque de récidence ;
 - Algosteril : effet hémostatique et démêchage non traumatique.
- Matériaux résorbables :
 - Surgicel : en cas de trouble de l'hémostase (démêchage traumatique).

En cas d'échec, il faudra procéder à un tamponnement antéropostérieur *via* une sonde à double ballonnet (moyen de 2^e intention).

Figure 2 – Pince pullizer avec coton imbibée de xylocaïne naphazolinée avant tamponnement au surgicel



La sonde à double ballonnet est :

- Efficace +++
- Traumatisante pour les muqueuses.
- Laisser en place moins de 24 h +++
- Souvent solution d'attente aux moyens de 3^e intention.

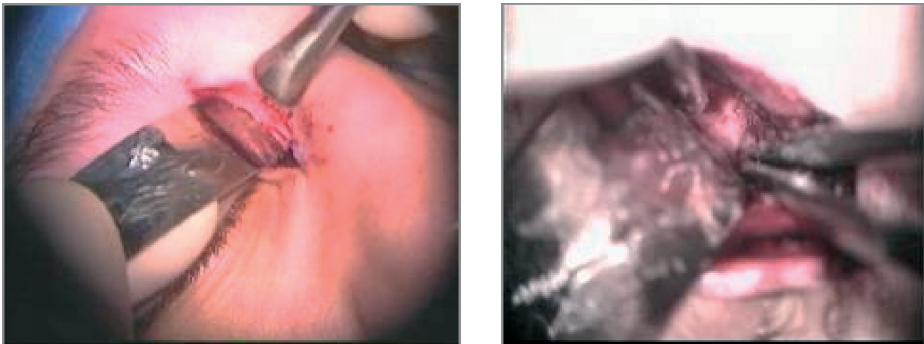
Figure 3 – Sonde à double ballonnet



3.2.3. Techniques invasives

- Réalisées au bloc opératoire sous AG.
- Clippage ou coagulation de l'artère sphénoptalmique par vidéo-chirurgie endogène : ligature des artères éthmoïdales par voie externe sous AG, en cas d'échec des techniques précédentes (coagulation sphénoptalmique ou embolisation).

Figure 4 – Coagulation des artères éthmoïdales



Ou bien embolisation :

- Plateau technique de radiologie interventionnelle.
- Ne nécessite pas d'AG.
- Demande une grande expérience.
- Action transitoire de quelques semaines à mois.
- Occlusion des 2 artères faciales et des 2 maxillaires internes.
- Efficacité : 90 à 95 %.

3.2.4. *Choix entre chirurgie et embolisation*

- Dépend des habitudes et du plateau technique.
- Taux d'échec et de complication :
 - sensiblement identiques ;
 - mais gravité plus importante des complications de l'embolisation.
- Attitude dans notre service :
 - coagulation d'artère(s) sphéno-palatine(s) le plus souvent ;
 - embolisation si :
 - AG impossible,
 - troubles de l'hémostase,
 - échec de la chirurgie d'hémostase.

3.3. En cas d'échec des techniques précédentes

Cas rare des épistaxis persistantes après chirurgie(s) d'hémostase et embolisation

→ **Ethmoïdectomie totale**

3.3.1. *Schémas thérapeutiques possibles*

- Coagulation des SP :
 - coagulation des ethmoïdales ;
 - embolisation ;
 - ethmoïdectomie totale.
- Embolisation :
 - coagulations des ethmoïdales ;
 - ethmoïdectomie totale.

4. Enquête étiologique

- Épistaxis essentielle le plus souvent
- Causes générales :
 - HTA ;
 - troubles de l'hémostase (TTT anticoagulants, insuffisance hépatique, affections hématologiques, prises médicamenteuses) ;
 - affections médicales (typhus, grippe, fièvre typhoïde, CIVD).

- Causes locales :
 - post-traumatiques et opératoires ;
 - tumorales (épistaxis unilatérales, répétées) ;
 - maladie de Rendu-Osler ;
 - fibrome naso-pharyngien : polype saignant de la puberté masculine ;
 - maladies de la muqueuse nasale (ulcère de la cloison, rhinite atrophique, Churg et Strauss, ...)

N.B : Rhinoscopie au fibroscope souple ou à l'optique rigide systématique pendant ou au décours d'une épistaxis.

5. Cas particulier : patient sous AVK (recommandations HAS avril 2008)

5.1. Quand faut-il arrêter les AVK en urgence ?

Une hémorragie grave, ou potentiellement grave, est définie par la présence d'au moins un des critères suivants : (menace du pronostic vital ou fonctionnel)

- hémorragie extériorisée non contrôlable par les moyens usuels (mise en place de sondes à double ballonnets) ;

Figure 5 – Mesures correctrices en fonction de l'INR dans le cadre d'une hémorragie non grave

INR Mesuré	Mesures correctrices	
	INR cible 2,5 (fenêtre entre 2 et 3)	INR cible ≥ 3 (fenêtre 2,5 – 3,5 ou 3 – 4,5)
INR < 4	<ul style="list-style-type: none"> • pas de saut de prise • pas d'apport de vitamine K 	
$4 \leq \text{INR} < 6$	<ul style="list-style-type: none"> • saut d'une prise • pas d'apport de vitamine K 	<ul style="list-style-type: none"> • pas de saut de prise • pas d'apport de vitamine K
$6 \leq \text{INR} < 10$	<ul style="list-style-type: none"> • arrêt du traitement par AVK • 1 à 2 mg de vitamine K par voie orale (1/2 à 1 ampoule buvable forme pédiatrique) (grade A²) 	<ul style="list-style-type: none"> • saut d'une prise • un avis spécialisé (ex. cardiologue si le patient est porteur d'une prothèse valvulaire mécanique) est recommandé pour discuter un traitement éventuel par 1 à 2 mg de vitamine K par voie orale (1/2 à 1 ampoule buvable forme pédiatrique)
INR ≥ 10	<ul style="list-style-type: none"> • arrêt du traitement par AVK • 5 mg de vitamine K par voie orale (1/2 ampoule buvable forme adulte) (grade A) 	<ul style="list-style-type: none"> • un avis spécialisé sans délai ou une hospitalisation est recommandé

- instabilité hémodynamique : PAS < 90 mmHg ou diminution de 40 mmHg par rapport à la PAS habituelle, ou PAM < 65 mmHg, ou tout signe de choc ;
- nécessité d'un geste hémostatique urgent : chirurgie, radiologie interventionnelle, endoscopie ;
- nécessité de transfusion de culots globulaires ;
- localisation menaçant le pronostic vital ou fonctionnel, par exemple : hémorragie intracrânienne et intraspinale, hémorragie intraoculaire et rétro-orbitaire, hémothorax, hémo et rétropéritoine, hémopéricarde, hématome musculaire profond et/ou syndrome de loge, hémorragie digestive aiguë, hémarthrose.

S'il n'existe aucun de ces critères, l'hémorragie est qualifiée de non grave.

5.2. En cas de surdosage en AVK mais hémorragie non grave

En fonction de l'INR mesurée et l'INR cible (cf. [figure 5](#)).