

EPISTAXIS

III- RAPPEL ANATOMIQUE

Vascularisation des FN:

Riche +++

02 système :

- Système carotidien **externe:**
 - A. maxillaire int **A. sphéno-palatine**
 - A. faciale **A. de la sous cloison**
- Système carotidien **interne:**
 - A. ophthalmique **A. ethmoïdales ants et posts**

ANASTOMOSES +++

La zone anastomotique la plus riche et la plus sensible est la **zone de Kisselbach (tache vasculaire)** situé à la partie antéro-inférieure de la cloison nasale ,à environ 1 cm en arrière de l'orifice narinaire.

IV- DIAGNOSTIC

1. **Reconnaître l'épistaxis** : DG+
2. **Eliminer ce qui n'est pas épistaxis** : DG≠
3. **Apprécier l'abondance et le retentissement** :
DG de gravité.
4. **Rechercher l'origine du Sgt** : DG étiologique.

A - TABLEAUX CLINIQUES :

1- Epistaxis bénigne : 90 %

- Svt unilatérale.
- Extériorisation antérieure.
- Cédant spontanément ou à la compression bidigitale.
- EG conservé.
- EX ORL facile : Origine du Sgt (svt tache vasculaire)

2- Epistaxis Grave :

- Svt bilatérale.
- Extériorisation ant et post avec crachats sanglants.
- EG altéré.
- EX ORL difficile: origine du sgt? → Hospitalisation +++

3- Epistaxis en apparence bénignes :

- Epistaxis dégluties chez un sujet en décubitus dorsal (REA)

B- EXAMEN CLINIQUE:

Quelque soit l'importance du sgt , l'interrogatoire , l'examen clinique (ORL et général) ainsi qu'un bilan para clinique sont indispensables afin d'évaluer la gravité , et d'orienter l'étiologie.

1- INTERROGATOIRE:

- Age , profession.

- ANCD: HTA , diabète , cardiopathie , Hémorragiques , traumatique.
 - Prise médicamenteuse (aspirine, anticoagulants)
 - épisode hémorragique actuel: durée, l'abondance de l'épistaxis
- 2- **EXAMEN GENERAL**: EVALUER LE RETENTISSEMENT
 Pouls, TA
 Aspect du patient : anxiété, agitation, sueurs, pâleur.
- 3- **EXAMEN O.R.L.** (RHINOSCOPIE, EXAMEN PHARYNGE), APRES EVACUATION DES CAILLOTS PAR MOUCHAGE PERMET :
 - Apprécier l'abondance de l'hémorragie
 - Préciser son siège ant ou post et son origine .
- 4- **LES EXAMENS COMPLEMENTAIRES** :
 en urgence : GR-Rh, NFS, HK, bilan d'hémostase (TP, INR, TCK).
 en fonction de l'orientation étiologique: bilan hépatique, TDM, artériographie

DG DE gravité

1) Préciser le contexte :

→ Terrain :

- Age

- Antécédents : cardiaque, hémorragique , TRT en cours (aspirine, anticoagulants).

→ Episode hémorragique :

- Durée.

- Abondance.

- Répétition.

- Traitements déjà réalisés.

2) Apprécier le retentissement

→ Clinique: pouls, TA, signes de choc

→ Biologique : HK , NFS (Hb, PLQ)

Critères de gravité

→ ANAMNESTIQUES :

* Terrain: - AGE > 65 ans.

- Comorbidité: Cardiaque , Tbles de l'hémostase

- Anticoagulant (AVK) et antiagrégants plq (aspirine)

* Episode hémorragique: Durée (+ ieurs heures voire jours)

Abondance.

Epistaxis à répétition
Inefficacité des TRT.

→ CLINIQUE: signes de choc (asthénie, pâleur, sueurs, soif, tachycardie, hypotension, agitation, marbrures, trouble de la conscience....

→ BIOLOGIQUE: HK < 30%

HB < 10 g/dl

Thrombopénie < 80.000/mm³

Diagnostic étiologique

A- CAUSES LOCALES:

1- Causes traumatiques :

→ Accidentelles : Traumatismes cranio -faciaux

* Fracture étage moy face (OPN, CNEMFO)

* Fracture étage ant BDC: rhinoliqorrhée +++

* Rupture CI :

- Epistaxis **très abondante** voire **cataclysmique**.

- Peut survenir après **intervalle libre** +/- long.

- DG: **artériographie**.

→ Iatrogène:

- Interventions chir : rhinoplastie, septoplastie, ethmoïdectomie,

turbinectomie, meatotomie.

- SNG, intubation nasale, fibroscopie nasale.

2- Causes tumorales :

Récidivante unilatérale +++ ON

unilatérale associée

→ Bénignes :

1- FNP:

- **Adolescent de sexe masculin.**

- DG : Endoscopie + TDM.

Endo: formation arrondie, régulière parfois polylobée, obstruant la cavité nasale au niveau de la choane.

TDM: masse à développement endonasal élargissant le foramen sphéno-palatinal et se rehaussant APC.

- Biopsie : CI formelle.

- TRT : CHIR (exérèse après embolisation).

2- Polype saignant de la cloison : Angiofibrome de la tache Vx.

→ Malignes :

- UCNT.
- ADK de l'ethmoïde (**travailleur de bois**)
- CE des FN et sinus.
- Mélanome.

3- Causes infectieuses et inflammatoires

- Infections rhino-sinusiennes aiguës ou chroniques.
- Surinfection sur corps étranger (E+++ ON unilatéral + odeur fétide).

B- CAUSES GÉNÉRALES

1- Maladies hémorragiques +++

→ Perturbation du temps vasculaires :

* **Mdise de Rendu-Osler** : angiomatose hémorragique familiale

- Maladie rare, héréditaire autosomique dominante
- Anomalie de structure du cap: absence de couche mœlleuse et

élastique → **ectasies Vx** et de **communications A-V**.

-DG : clinique.

Epistaxis reccurrente +++ **Télangiectasies**
cutanés (face, lèvres, mains) et muq (FN , CB)
Abs de trouble de l'hémostase +++

- Thrombopénies :

Centrale (aplasie médullaire, Sd
myéloprolifératif)

Périphérique (PTI, Immunoallergique, méd ...).

- Thrombopathies :

Constitutionnelle: Glanzmann, Willebrand

Acquise: insuffisance rénale, hémopathies..

→ ***Perturbations de la coagulation :***

- **Congénitales** : hémophilie +++.

- **Acquises** : Insuffisance hépatocellulaire

Anticoagulants : AVK

Fibrinolyse, CIVD...

2- Maladies vasculaires :

*** HTA:**

Triade de Dieulafoy: céphalées, bourdonnements,
épistaxis

épistaxis Post +++.

Prise TA +++

*** Rupture spontanée anévrisme Carotido-caverneux :**

Exophtalmie pulsatile + BAV + chémosis.

C - ÉPISTAXIS ESSENTIELLE = « EPISTAXIS MALADIE »

- Enfant +++

- Après exposition au soleil, grattage, éternuement voire spontanément.
- En rapport avec une fragilité vasculaire (**ectasie de la tache vasculaire**).
- DG d'élimination, surtt si récidive

V- TRAITEMENT

A- BUT

- Tarir l'hémorragie.
- Eviter sa reproduction.

B- MOYENS

1- Mesures générales:

- Repos.
- Calmer le patient (sédatifs si besoin)
- Position assise, tête penchée en avant.
- Evacuer les caillots de Sg: mouchage ou aspiration.
- Remplissage par les macromolécules si état de choc
- Transfusion sanguine (hb < 7g/dl ou mal toléré)

2- HEMOSTASE

a) Hémostase locale :

*** Compression bi digitale :**

- Compression bidigitale (pouce-index)
- sur les ailes nasales pendant 10 min.

01 mèche dans chaque vestibule.

- Mèche de coton imbibée de Xylo naphazolinée 5% pdt 10 min.
- Mèche biodégradable: surgicel.
- Mèche grasse : tulle gras.

01 mèche dans chaque FN (2/3 ANT).

- Mèche grasse : Tulle gras.
- Mèche biodégradable: Surgicel
- Mèche expansive après humidification: Mérocel

Mèche de coton imbibée de Xylo naphazolinée 5% pdt 10 min

(Anesthésie + rétraction).

- Introduction de la mèche ds une FN en suivant le plancher.
- Tassement d'arrière en avant puis de bas en haut.
- Même chose de l'autre coté.
- Vérifier l'efficacité (Ex oropharynx).
- Pdt 48 - 72h + ATB (Amoxicilline).
- Dououreux et stressant +++ : prémedication ou AG.
 - Associé à un méchage antérieur. Pdt 48 - 72h + ATB (Amoxicilline
- **Cautérisation chimique** : nitrate d'argent.
- **Cautérisation électrique**: BIP.
- **Photo coagulation** : laser.

b) Hémostase régionale

- Ligature de la carotide externe.
- Ligature transantrale de l'A. maxillaire interne.
- Ligature endoscopique de l'A. Sphéno-palatine.
- Ligatures des Artères ethmoïdales.
- Cathétérisme de l'artère fémorale
- Occlusion des A. maxillaires interne et faciale à l'aide de micro particules calibrées.

C) Hémostase générale

Dicynone - Reptilase ...

* Santidote de l'héparine.

* Vantidote des AVK.

* **Produits substitutifs :**

- PPSB (prothrombine, proconvertine, facteur Stuart, facteur antihémophilique)

- Plasma frais

- Concentré plaquettaire

VI- CONCLUSION

Urgence fréquente en ORL.

La tache vasculaire est le plus souvent en cause

Néanmoins les causes d'épistaxis sont très polymorphes. C'est pourquoi il est important de réexaminer les patients à distance de

l'épistaxis quand

l'absence de Saignement permet un examen précis

des fosses nasales.

Traitement fait appel à une véritable escalade

thérapeutique allant de la simple compression bidigitale à l'embolisation.