

Item 85 (ex item 313) : Épistaxis

Collège Français d'ORL et de Chirurgie Cervico-faciale

2014

Table des matières

Introduction.....	3
1. Rappels.....	3
1.1. La muqueuse	3
1.2. La vascularisation	3
2. Diagnostic positif et diagnostic de gravité.....	5
2.1. Épistaxis bénigne.....	5
2.2. Épistaxis grave.....	5
3. Diagnostics différentiels.....	6
4. Conduite à tenir devant une épistaxis quelle que soit son importance.....	6
4.1. Interrogatoire.....	6
4.2. Examen général.....	6
4.3. Examen ORL (rhinoscopie, examen pharyngé).....	6
4.4. Examens complémentaires.....	7
5. Traitement.....	7
5.1. Tarir l'hémorragie par hémostase locale.....	7
5.1.1. Localisation à la tache vasculaire (antérieure).....	7
5.1.2. Localisation non déterminée (postérieure, diffuse...).....	7
5.2. Éviter la reproduction de l'hémorragie.....	8
5.3. Transfusion exceptionnelle.....	8
6. Diagnostic étiologique.....	8
6.1. Épistaxis d'origine locale : épistaxis symptôme.....	8
6.1.1. Infectieuses et inflammatoires (rares).....	8
6.1.2. Traumatiques (fréquentes).....	8
6.1.3. Tumorales (à rechercher systématiquement).....	8
6.2. Épistaxis d'origine générale : épistaxis épiphénomène parfois révélatrice.....	9
6.2.1. Hypertension artérielle.....	9
6.2.2. Maladies hémorragiques.....	9
6.2.3. Maladies vasculaires.....	9
6.2.4. Épistaxis essentielle : épistaxis maladie.....	10
7. Note technique.....	10
7.1. Tamponnement antérieur – réalisation pratique.....	10
7.2. Mise en place d'un ballonnet hémostatique – réalisation pratique.....	10
7.3. Tamponnement antéropostérieur – réalisation pratique.....	11

Objectifs ENC

- Devant une épistaxis, argumenter les principales hypothèses diagnostiques et justifier les examens complémentaires pertinents.
- Identifier les situations d'urgence et planifier leur prise en charge.

Objectifs spécifiques

- Suspecter le siège d'une épistaxis et savoir déterminer le retentissement général.
- Connaître les principes des gestes d'hémostase locaux d'une épistaxis.
- Savoir rechercher la cause d'une épistaxis locale ou générale.
- Connaître le risque vital d'une épistaxis post-traumatique de grande abondance et savoir évoquer le siège des lésions.

Introduction

Une épistaxis est un écoulement sanglant provenant des cavités nasales.

Ce saignement est très fréquent et la plupart du temps bénin. Dans certains cas, il peut devenir par son abondance, sa répétition ou la fragilité du terrain une véritable urgence médicochirurgicale.

Tantôt l'épistaxis constitue toute la maladie (épistaxis essentielle du jeune due à des ectasies de la tache vasculaire situées à la partie antéro-inférieure de la cloison nasale), tantôt elle est le symptôme révélateur, tantôt la complication de nombreuses affections.

1. Rappels

Certaines caractéristiques anatomiques, voir histologique, de la muqueuse des fosses nasales, et notamment de sa vascularisation, sont essentielles à connaître pour comprendre les origines et la prise en charge des épistaxis.

1.1. La muqueuse

La muqueuse des fosses nasales (FN) ou muqueuse pituitaire recouvre les parois ostéo cartilagineuses des cavités nasales. Elle a comme particularité d'être fine, au contact direct du squelette et richement vascularisée ; trois caractéristiques expliquant la fréquence des épistaxis.

Comme toutes les muqueuses, celle des fosses nasales est composée de 3 couches :

- Un épithélium : il est composé d'une monocouche cellulaire,
- Une membrane basale,
- Un chorion, lui-même composé de 3 couches. De la superficie vers la profondeur : la couche lymphoïde, la couche glandulaire et la couche vasculaire avec l'ensemble du réseau artério-veineux.

1.2. La vascularisation

Le système artériel

La vascularisation artérielle des FN est tributaire des 2 systèmes carotidiens (l'artère carotide externe et l'artère carotide interne). Il existe des anastomoses nombreuses entre des artéριοles issues des 2 systèmes carotidiens. Ces artéριοles sont dépourvues de membrane élastique interne ; elles ont donc un pouvoir contractile plus faible lors d'une blessure.

L'artère sphéno palatine est l'artère principale des fosses nasales. C'est la branche terminale de l'artère

maxillaire interne (issue de l'artère carotide externe), qui prend le nom de sphéno palatine lors de son passage au niveau du foramen sphéno palatin. Elle se divise en 2 branches :

- Une externe, l'artère des cornets : elle donne les artères du cornet moyen (ou artère nasale moyenne) et du cornet inférieur (ou l'artère nasale inférieure).
- Une interne, l'artère de la cloison : elle donne l'artère du cornet supérieur et les artères septales.

L'artère de la sous-cloison : branche de l'artère faciale (elle-même branche de l'artère carotide externe), vascularise également la partie antéro-inférieure de la cloison. En s'anastomosant avec l'artère de la cloison, et avec les rameaux de l'ethmoïdale antérieure.

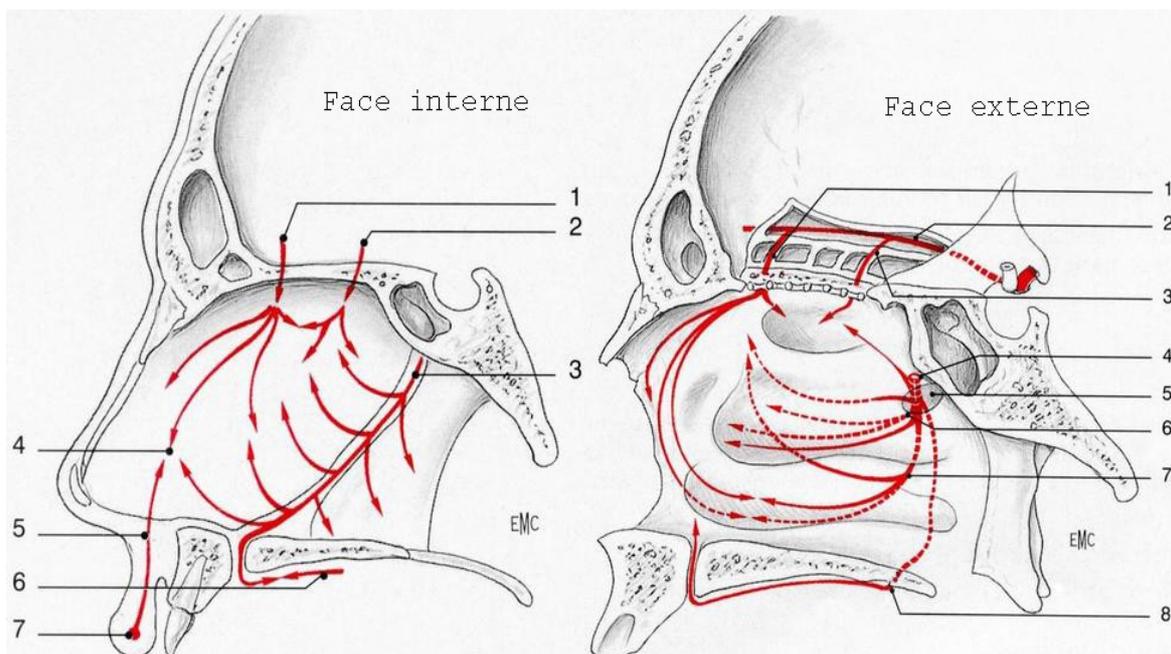
Les artères ethmoïdales : branches de l'artère ophtalmique (elle-même branche de l'artère carotide interne), issues de l'orbite, passent dans les trous ethmoïdaux, traversent la lame criblée, et atteignent la partie haute des fosses nasales.

- L'artère ethmoïdale postérieure : vascularise la région olfactive de la muqueuse.
- L'artère ethmoïdale antérieure : se distribue à la portion pré-turbinale de la paroi externe, et au sinus frontal.

La tache vasculaire

C'est une zone d'anastomose de 3 systèmes artériels : l'artère ethmoïdale antérieure, l'artère sphéno palatine et l'artère faciale (via l'artère de la sous-cloison). Aussi appelée tache vasculaire de Kiesselbach, elle est située sur la partie antérieure du septum nasal, et est la principale zone d'épistaxis essentiel.

Figure 1 : Vascularisation des fosses nasales.



Face interne (cloison nasale) : 1. artère ethmoïdale antérieure ; 2. artère ethmoïdale postérieure ; 3. artère sphéno palatine ; 4. tache vasculaire ; 5. artère de la sous-cloison ; 6. artère palatine supérieure ; 7. artère coronaire supérieure.

Face externe : 1. ethmoïdale antérieure ; 2. artère ophtalmique ; 3. artère ethmoïdale postérieure ; 4. artère sphéno palatine ; 5. foramen sphéno palatin ; 6. artère du cornet moyen ; 7. artère du cornet inférieur ; 8. artère palatine supérieure.

Le système veineux

Il se distribue en 3 couches au niveau muqueux :

- un réseau profond, périosté et péri-chondral (drainant les parois osseuses et cartilagineuse)
- un réseau superficiel, sous épithélial
- un réseau central correspondant au système caverneux (ensemble de sinus veineux). Prédominant au niveau du cornet inférieur et de la tête du cornet moyen, il permet, grâce à des veines riches en fibres musculaires lisses, la turgescence de la muqueuse nasale.

Satellite des artères, les veines suivent ensuite trois voies différentes :

- les veines postérieures (sphéno palatines) traversent le trou sphéno-palatin et se jettent dans les plexus veineux maxillaires internes,
- les veines supérieures (ethmoïdales) rejoignent la veine ophtalmique.
- les veines antérieures, via les veines de la sous-cloison, se jettent dans la veine faciale.

Enfin, les veines des FN présentent des anastomoses abondantes avec le système artériel.

2. Diagnostic positif et diagnostic de gravité

Devant une épistaxis, des problèmes de quatre ordres se posent :

- la reconnaître ;
- en préciser l'abondance et le retentissement ;
- en rechercher l'étiologie ;
- assurer l'hémostase.

Un interrogatoire rapide et concis permet d'orienter l'étiologie et la prise en charge.

Deux tableaux cliniques peuvent être schématiquement individualisés.

2.1. Épistaxis bénigne

L'écoulement est peu abondant, se faisant goutte à goutte par la narine, au début presque toujours unilatéral.

L'examen ORL est facile après mouchage et la rhinoscopie antérieure retrouve le siège du saignement, en général antérieur, au niveau de la tache vasculaire.

Il n'y a pas de retentissement sur l'état général.

2.2. Épistaxis grave

La gravité d'une épistaxis dépend de facteurs à apprécier en premier lieu. Un interrogatoire rapide du patient va permettre de connaître ses antécédents, son traitement en cours, la durée et l'abondance de l'épisode hémorragique actuel et les facteurs de risque hémorragiques.

Son abondance est évaluée moins par le caractère bilatéral ou antéropostérieur de l'épistaxis que par les notions objectives que sont la fréquence cardiaque (pouls), la pression artérielle, les sueurs, la pâleur. L'appréciation du volume saigné est toujours difficile à estimer, fréquemment surestimé par le patient ou l'entourage mais parfois trompeur par défaut car dégluti.

La durée ou la répétition de l'épistaxis doivent être vérifiées pour apprécier la gravité.

L'association à une pathologie susceptible de se décompenser par la déprivation sanguine telle qu'une coronaropathie ou une sténose carotidienne.

La présence de troubles de la coagulation (tels que la prise de traitement anticoagulant ou antiagrégant) rend parfois le contrôle du saignement plus difficile.

L'examen des cavités nasales est parfois délicat en raison de l'abondance du saignement fréquemment bilatéral et antéropostérieur.

La prise en charge d'une épistaxis grave nécessitera le plus souvent un tamponnement antérieur ou la mise en place d'une sonde à double ballonnets.

3. Diagnostics différentiels

Hémoptysie : le saignement s'extériorise lors d'efforts de toux.

Hématémèse : le saignement s'extériorise principalement par la bouche et lors d'efforts de vomissement.

4. Conduite à tenir devant une épistaxis quelle que soit son importance

L'interrogatoire, l'examen ORL, mais aussi l'examen général et un bilan paraclinique sont indispensables pour en apprécier la gravité et orienter l'étiologie.

4.1. Interrogatoire

L'interrogatoire du patient et de l'entourage précise :

- l'âge ;
- les antécédents : HTA connue, antécédents hémorragiques, pathologies cardio-vasculaires, maladies hématologiques, insuffisance hépatique, maladie de Rendu Osler ;
- la prise de médicaments (aspirine, anticoagulants, antiagrégants) ;
- la durée et l'abondance de l'épisode hémorragique actuel ;
- les éventuels antécédents d'épistaxis.

Le coté du début de l'épistaxis est essentiel à déterminer car les hémorragies bilatérales sont rares. Le saignement peut être antérieur et/ou postérieur.

L'interrogatoire ne doit en aucun cas retarder la prise en charge thérapeutique.

4.2. Examen général

L'examen est débuté par l'inspection faciale à la recherche de télangiectasies ou d'ecchymoses.

L'examen général permet d'évaluer le retentissement de la spoliation sanguine par :

- la prise du pouls et de la pression artérielle ;
- l'aspect du patient : anxiété, agitation, sueurs, pâleur.

4.3. Examen ORL (rhinoscopie, examen pharyngé)

L'examen ORL (rhinoscopie, examen pharyngé), après évacuation des caillots par mouchage, permet :

- d'apprécier l'abondance de l'hémorragie, sa poursuite ou son arrêt ;
- de préciser son siège antérieur ou postérieur ;
- son origine localisée ou diffuse.

Le méchage des cavités nasales avec Xylocaïne Naphazoline® durant 10 mn permettra une anesthésie locale et une rétraction muqueuse afin de localiser le saignement (sauf chez le jeune enfant).

4.4. Examens complémentaires

Il est indispensable de poser rapidement une voie veineuse. Les examens complémentaires sont réalisés en fonction de l'abondance de l'hémorragie et en urgence : groupe Rh, RAI, numération sanguine, hématoците, étude simple de l'hémostase (TP, INR, TCA), hémoglobine. La mesure du temps de saignement peut aider à guider le choix thérapeutique et à déterminer l'étiologie de certaines maladies (ex : maladie de Willebrandt).

D'autres examens plus spécialisés sont demandés en fonction de l'orientation étiologique, le plus souvent dans un deuxième temps.

5. Traitement

Le choix thérapeutique est adapté à la situation qui doit être soigneusement évaluée : retentissement, facteurs de risque, étiologie, surveillance nécessaire du patient. Cette dernière conditionne la décision de la prise en charge sur place, du transfert en centre spécialisé et de l'hospitalisation.

Il a pour but de :

- stabiliser l'état hémodynamique du patient si nécessaire (transfusion sanguine, oxygène)
- tarir l'hémorragie (traitement primaire) ;
- éviter sa reproduction (traitement secondaire) ;
- rechercher une étiologie (dans un 2ème temps)

Il est parfois utile de prescrire un anxiolytique oral ou injectable chez un patient agité et anxieux.

5.1. Tarir l'hémorragie par hémostase locale

Selon l'importance et la localisation du saignement, une démarche plus ou moins invasive est proposée.

L'examen de la cavité nasale sera réalisé à l'aide d'un endoscope rigide 0° ou 30° alimenté par une source de lumière froide. L'examen est réalisé d'avant en arrière en inspectant la cloison nasale, le cornet inférieur, le cornet moyen, la région des méats et le rhinopharynx.

5.1.1. Localisation à la tache vasculaire (antérieure)

- Compression digitale simple de l'aile du nez pendant 10 minutes.
- Compression par tampon hémostatique.
- Cautérisation de la tache vasculaire :
 - chimique (nitrate d'argent en perle ou liquide, acide chromique) ;
 - électrique (pince bipolaire).

5.1.2. Localisation non déterminée (postérieure, diffuse...)

Par ordre d'escalade thérapeutique :

- tamponnement antérieur de la cavité nasale ;
- tamponnement par ballonnet gonflable hémostatique antérieur et postérieur ;
- tamponnement postérieur ;
- coagulation par voie endonasale des artères sphéno-palatines ou embolisation de ces artères en radiologie interventionnelle ;
- ligature des artères ethmoïdales dans les cas d'épistaxis non contrôlées par les thérapeutiques précédentes (situation rare). Leur embolisation est contre-indiquée car elles sont des branches terminales de l'artère ophtalmique, branches de la carotide interne entraînant un risque d'hémiplégie ou de cécité (figure 1).

Ces gestes sont associés à d'autres mesures selon les cas particuliers :

- si une HTA est observée dès la prise en charge, il faut savoir répéter les mesures de la tension artérielle après avoir tari l'hémorragie et calmé le patient qui est souvent anxieux devant ces saignements importants (parfois, le recours à un anxiolytique est nécessaire) car la tension artérielle peut être faussement élevée au début de la prise en charge du patient. En revanche, devant une HTA qui persiste, une régulation rapide de la tension artérielle par traitement antihypertenseur adapté est indiquée ;
- pour les patients porteurs d'angiomasose diffuse (cf. diagnostic étiologique) ou de coagulopathie, les tamponnements sont préférentiellement réalisés avec des tampons résorbables pour réduire le risque de récurrence lors de leur ablation ;
- l'embolisation de l'artère sphénoptalmique et des branches de l'artère faciale est indiquée après échec du tamponnement antéropostérieur ;
- la coagulation du point de saignement à la consultation sous contrôle endoscopique est envisageable si le matériel est disponible. Il est réalisé par l'ORL.

A cet emplacement se trouve une vidéo ou un son, disponible sur la version en ligne.

5.2. Éviter la reproduction de l'hémorragie

- Recherche et traitement d'une cause locale : cautérisation d'une ectasie de la tache vasculaire.
- Recherche et traitement des facteurs généraux : hypertension artérielle, coagulopathies, surdosage d'anticoagulants ou d'antiagrégants plaquettaires.

5.3. Transfusion exceptionnelle

En dehors de perte massive et d'une altération de l'état général, il est préférable de reconstituer les réserves martiales (fer *per os* ou injectable) ou de proposer un traitement par EPO.

6. Diagnostic étiologique

On peut opposer des causes spécifiquement ORL, locales : nasales et paranasales, et des causes générales où l'épistaxis n'est qu'un épiphénomène d'une maladie souvent déjà connue, mais qu'elle peut parfois révéler.

6.1. Épistaxis d'origine locale : épistaxis symptôme

6.1.1. Infectieuses et inflammatoires (rares)

Rhino-sinusites aiguës.

6.1.2. Traumatiques (fréquentes)

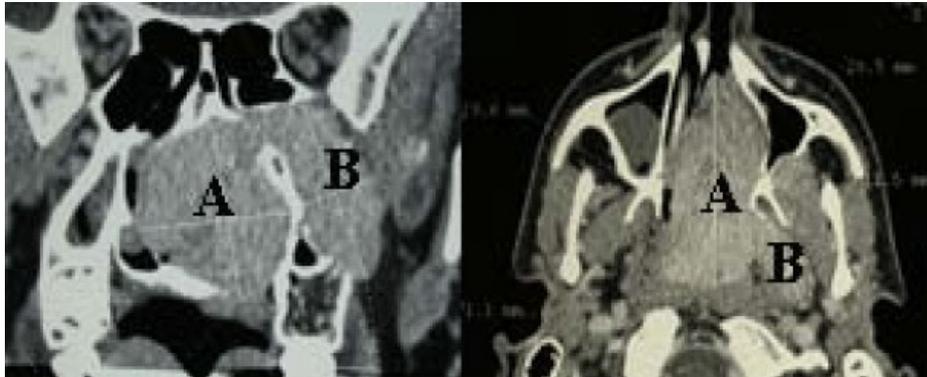
- Corps étranger.
- Perforation septale
- Traumatismes opératoires :
 - chirurgie rhinosinusienne (turbinectomie septoplastie, rhinoplastie, polypectomie, méatotomie, Caldwell-Luc, ethmoïdectomie) ;
 - intubation nasale.
- Traumatismes accidentels :
 - nasal, avec ou sans fracture des os du nez ;
 - fracture du tiers moyen de la face : sinus frontaux.

6.1.3. Tumoraux (à rechercher systématiquement)

Présence de signes associés : obstruction nasale chronique, déficit de paires crâniennes, otite séreuse, exophtalmie.

- Bénignes : fibrome nasopharyngien, angiome de la cloison (figure 2).
- Malignes : cancers rhinosinusiens, cancers du cavum.

Figure 2 : Scanner chez un patient présentant un fibrome nasopharyngien.



À droite, coupe frontale ; à gauche, coupe axiale. Le fibrome a un contingent nasal et nasopharyngé (A) et un contingent dans la fosse ptérygomaxillaire (B), les deux contingents communiquant par un élargissement de la fente sphéno-palatine, siège de départ de ce type de tumeur.

6.2. Épistaxis d'origine générale : épistaxis épiphénomène parfois révélatrice

6.2.1. Hypertension artérielle

Facteur général à rechercher systématiquement : elle peut être la cause de l'épistaxis, mais elle peut aussi aggraver une autre cause d'épistaxis.

6.2.2. Maladies hémorragiques

Perturbation de l'hémostase primaire : temps vasculoplaquettaire (TC normal)

- capillarites :
 - purpura rhumatoïde,
 - purpuras immuno-allergiques et infectieux (typhoïde, scarlatine, purpura fulminant) ;
- thrombopénies ou thrombopathies :
 - constitutionnelles (Glanzmann, Willebrand),
 - médicamenteuses (aspirine, antiagrégants, AINS),
 - acquises (insuffisance rénale, hémopathies).

Perturbation des facteurs de la coagulation :

- congénitales : hémophilie ;
- acquises : anticoagulants, chimiothérapie, insuffisance hépatique, CIVD, fibrinolyse.

6.2.3. Maladies vasculaires

- Maladie de Rendu-Osler (angiomatose hémorragique familiale autosomique dominante à expressivité variable).
- Rupture d'anévrisme carotidien intracaverneux.

6.2.4. Épistaxis essentielle : épistaxis maladie

Des facteurs favorisants sont à rechercher :

- grattage, exposition solaire, phénomènes vasomoteurs ;
- facteurs endocriniens (épistaxis pubertaire, prémenstruelle, de la grossesse) ;
- artériosclérose.

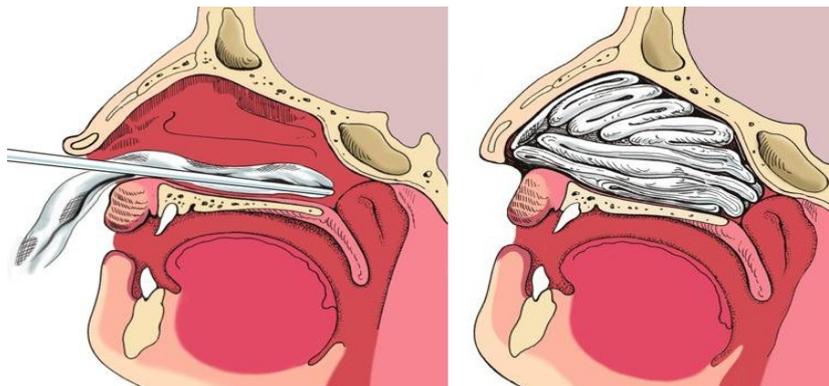
7. Note technique

En cas de tumeurs malignes ou de fibrome nasopharyngien, les tamponnements sont à éviter sauf extrême urgence, car ils peuvent entraîner des lésions hémorragiques supplémentaires.

7.1. Tamponnement antérieur – réalisation pratique

- Malade assis.
- Mouchage énergique pour évacuer les caillots.
- Lavage des fosses nasales si besoin.
- Pulvérisation dans la ou les cavités nasales d'une solution anesthésique locale (xylocaïne à 5 %...) additionnée de naphazoline (sauf chez le jeune enfant).
- Introduction à l'aide d'une pince (à bouts mousses sans griffe ou nasale, coudée) d'une mèche grasse de 2 à 5 cm de large. La pince saisit la mèche à 10-15 cm de son extrémité (pour éviter sa chute dans le pharynx à travers la choane) et est enfoncée jusqu'à la partie postérieure de la fosse nasale. La mèche est ensuite bien tassée en accordéon d'arrière en avant jusqu'à la narine en suivant le plan du plancher nasal (figure 3).
- Contention de l'extrémité antérieure du tamponnement par un ruban adhésif sur l'orifice narinaire.
- Le tamponnement est retiré après 24 ou 48 heures, après correction des facteurs favorisants.
- L'antibiothérapie n'est pas nécessaire.
- La mèche grasse peut être remplacée par un tampon ou une mèche hémostatique selon la disponibilité et les habitudes.
- En cas de coagulopathie, une mèche résorbable (ex. : Surgicel®) est souhaitable pour éviter la reprise du saignement lors de son ablation.

Figure 3 : Réalisation d'un tamponnement antérieur de la fosse nasale.



La mèche est introduite dans la cavité nasale progressivement, permettant une compression permettant une compression des parois nasales.

7.2. Mise en place d'un ballonnet hémostatique – réalisation pratique

- Ballonnet simple :
 - il est introduit, dégonflé, dans la cavité nasale, en suivant le plan du plancher nasal. Il est ensuite gonflé avec du sérum physiologique à l'aide d'une seringue à une pression juste suffisante pour arrêter le saignement tout en vérifiant que son extrémité ne fait pas hernie dans l'oropharynx ;
 - il est laissé en place moins de 24 heures, en le dégonflant si possible toutes les 6 à 8 heures.

- Sonde à double ballonnet : tamponnement antéropostérieur. Elle remplace de plus en plus le classique tamponnement postérieur en cas d'hémorragie importante. La sonde est introduite jusque dans le cavum, le ballonnet postérieur est gonflé avec du sérum physiologique modérément pour le bloquer dans la choane. On gonfle ensuite le ballonnet antérieur dans le vestibule narinaire pour isoler la fosse nasale.
- Les ballonnets hémostatiques doivent faire partie de la trousse d'urgence de tout médecin.

7.3. Tamponnement antéropostérieur – réalisation pratique

En principe, réalisé par le spécialiste ORL, mais il est de plus en plus remplacé par la mise en place de sonde à double ballonnet. Il est douloureux et nécessite parfois une anesthésie générale.

- Introduction par la narine dans la ou les cavités nasales d'une sonde molle, jusque dans le pharynx, où son extrémité est repérée et tirée par la bouche à l'aide d'une pince.
- Fixation à cette extrémité des deux long fils reliés à un tampon de gaze serré, qui est introduit par voie buccale.
- La sonde, retirée par le nez suivant le mouvement inverse de son introduction, entraîne les fils qui sortent par l'orifice narinaire et le tampon qui se bloque dans la choane (aidé par un doigt qui le guide derrière le voile et dans le cavum).
- Un tamponnement antérieur est ensuite effectué en maintenant une traction sur le tamponnement postérieur.
- Les fils du tampon postérieur sont noués sur un tampon placé devant l'orifice narinaire pour bloquer les méchages dans la cavité nasale.

Points essentiels

- Une épistaxis essentielle du jeune est traitée par simple compression digitale de quelques minutes de l'aile du nez, puis éventuellement par une cautérisation de la tache vasculaire.
- Une épistaxis grave chez un hypertendu nécessite un tamponnement antérieur, quelquefois postérieur ou la mise en place de ballonnets hémostatiques, exceptionnellement une embolisation ou une coagulation artérielle par voie endonasale. La correction de l'hypertension par hypotenseur à action rapide est associée devant la persistance de cette HTA après arrêt de l'épistaxis.
- Il est indispensable de tarir l'hémorragie rapidement et de rechercher l'étiologie dans un 2ème temps.
- Attention à deux présentations cliniques dans un cadre traumatique :
 - épistaxis et fracture de l'étage antérieur de la base du crâne : fracture frontobasale et d'une rhinorrhée cérébrospinale : épistaxis qui « s'éclaircit » ;
 - épistaxis et exophtalmie pulsatile : fistule carotido-caverneuse, gravissime.