



Item85-Épistaxis

Objectifs CNCI		
- Argumenter les principales hypothèses diagnostiques et justifier les examens complémentaires pertinents. - Identifier les situations d'urgence et planifier leur prise en charge.		
Recommandations	Mots-clés / Tiroirs	NPO / A savoir !
- Polycopié national: Épistaxis	- Unilatérale: local (trauma / tumeur/ inf) - Bilatérale: général (AVK / HTA / coag.) - Gpe-Rh-RAI si épistaxis abondante - 0: calmer / arrêt AVK +/- hospitaliser - 1: mouchage efficace / compression - 2: méchage: tamponnement antérieur - 3: sonde double-ballonnet (AP) / ABP - 4: embolisation (SP) ou ligature (Eth) - Si anémie: supplémentation martiale	- Médicaments: AVK / aspirine - Signes de gravité: hémorragie - Aucun ex. ne doit retarder le traitement - Arrêt des AVK +/- relais HNF - Embolisation ssi hémodynamique stable - Traitement étiologique: Cs ORL / rhino.

Généralités

Définition

- une épistaxis = hémorragie de sang rouge provenant des fosses nasales, des sinus ou du cavum
- s'extériorisant par les narines: épistaxis antérieure
- ou par la bouche / cavum: épistaxis postérieure
- !! fréquent et bénin mais toujours une urgence médico-chirurgicale

Anatomie: vascularisation des fosses nasales par 2 systèmes

- **carotide externe** → artères sphéno-palatines (partie inférieure des fosses)
- **carotide interne** → artères ethmoïdales (partie supérieure des fosses)
- anastomoses nombreuses: à la tâche vasculaire de Kisselbach ++

Etiologies

Epistaxis unilatérale = causes loco-régionales ++

- **Tâche vasculaire**: ectasie, grattage, irritation... (90% !)
- **Traumatique**: fracture (cf [Polytraumatisme.](#)) / post-chirurgical / perforation septale (attention aux associations avec une fracture de la base du crâne: rhinoloquorrhée potentielle (épistaxis qui s'éclaircit))
- **Infectieuse**: sinusite / rhinopharyngite (cf [Infections naso-sinusiennes de l'adulte et de l'enfant.](#))
- **Tumorales**: fibrome naso-pharyngé +++ / UNCT (cf [Tumeurs de la cavité buccale, naso-sinusiennes et du cavum, et des voies aérodigestives supérieures.](#))
- **Toxique**: cocaïne

Epistaxis bilatérale = causes générales ++

- **latrogène**: surdosage des anti-coagulants (**AVK**) (cf [Spondylarthrite inflammatoire.](#))
- **Poussée hypertensive**: **HTA**: crise aiguë hypertensive (cf [Hypertension artérielle de l'adulte.](#))
- **Troubles de la coagulation**: thrombopénie / thrombopathie (cf [Thrombopénie chez l'adulte et l'enfant](#))
- **Granulomatose de Wegener**: cf [Pathologies auto-immunes : aspects épidémiologiques, diagnostiques et principes de traitement.](#)
- **Maladie de Rendu-Osler**

- = téléangiectasies hémorragiques héréditaires (THH) (Transmission autosomique dominante)
- Téléangiectasies cutanées (péri-buccales ++) et muqueuses
- Mais aussi viscérales (hépatiques / pulmonaires / digestives)

Diagnostic

Examen clinique

- Interrogatoire
 - Terrain: **HTA** / troubles de l'hémostase / exposition professionnelle (bois)
 - Prises: anti-thrombotiques: **AVK**, aspirine (**A savoir !**) / toxique (cocaïne)
 - Anamnèse: facteur déclenchant / **traumatisme** / échec d'un traitement initial
 - Signes fonctionnels
 - Caractériser l'épistaxis: durée / aspect / **abondance** / uni ou bilatérale
 - Rechercher des signes associés: signes d'HTA / douleur
- Examen physique
 - Prise des constantes: **PA-FC** / FR-SpO2 / T.
 - Examen ORL: diagnostic positif
 - **abaisse-langue**: rechercher une épistaxis postérieure
 - **rhinoscopie** +++ : localise le côté, le siège (antérieur ou postérieur) +/- la cause
 - Evaluation du retentissement: signes de gravité (**A savoir !**)
 - **syndrome anémique**: **pâleur** / tachycardie / sueurs / dyspnée
 - **choc hémorragique**: marbrures / collapsus / oligurie / ↑ TRC
 - autres localisations hémorragiques: gynéco / digestif / hématurie

Examens complémentaires

- AUCUN ne doit retarder le traitement: urgence médico-chirurgicale (**A savoir !**)
- Si épistaxis bénigne: pas d'examen paraclinique nécessaire
- Si épistaxis abondante:
 - Pour retentissement: NFS-Plaquettes / TP-TCA / **INR** si AVK
 - Bilan pré-transfusionnel: **Groupe-Rh-RAI** (2 prélèvements)
- !! **NPO au décours**: bilan étiologique (**A savoir !**)
 - Consultation ORL / fibroscopie nasale: à la recherche d'une cause locale

Traitement (5)

0. Mise en condition

- **Calmer** le patient / rassurer / installer au calme +/- anxiolytique
- Hospitalisation dès que épistaxis abondante +/- récidivante, mauvaise tolérance ou terrain fragile +++
- !! **NPO ARRET** des AVK et relais par héparine IVSE si besoin (**A savoir !**)

1. Mouchage efficace et compression bi-digitale

- Mouchage efficace pour évacuer les caillots (sinon échec du méchage)
- Compression bi-digitale simple des ailes du nez, pendant au moins 10 min

2. Méchage = tamponnement antérieur

- Anesthésie locale de contact + vasoconstricteur = **xylocaïne-naphazolinée**
- Mèches non résorbables (Algosténil® / Merocel®) ou résorbables si AVK (Surgicel®)
- **ATB** le temps du méchage (si durée > 48h donc mèches résorbables ++)

3. Sonde à double ballonnet = tamponnement antéro-postérieur

- Si échec du méchage antérieur ou d'emblée en cas de signes de gravité
- Unilatéral ou bilatéral (1 côté si possible) / gonfler avec du sérum phy
- !! Si des deux côtés: dégonfler toutes les 6h (risque de nécrose locale)
- **ATB** systématique le temps du méchage (Augmentin®)

4. Si échec: selon les possibilités locales: 2 options (associer ++)

- !! dans tous les cas: seulement si patient hémodynamiquement stable (**A savoir !**)
- Traitement en radiologie interventionnelle: embolisation
 - artériographie sous AG / embolisation des a. **sphéno-palatines** (carotide externe)
 - !! embolisation des a. ethmoïdales formellement contre-indiquée (= issues de l'artère ophtalmique provenant de la carotide interne)
- Traitement chirurgical
 - endoscopique: cautérisation a. sphéno-palatine par voie endonasale
 - abord canthal interne: ligature a. **ethmoïdale**

5. Au décours: traitement étiologique +++

- **Cautérisation** si saignement de la tache vasculaire (épistaxis bénigne du sujet jeune)

- Education du patient si AVK / Loxen® si HTA / embolisation puis exérèse si fibrome
- **Consultation ORL** et rhinoscopie indispensable au décours devant toute épistaxis (**A savoir !**)
- **!! Remarque:** NPO **fer** si épistaxis abondante: prévenir une anémie ++ (cf [Pathologie du fer chez l'adulte et l'enfant](#))