

## Épistaxis, spécificités en médecine d'urgence

J.-B. CHARRIER

### 1. Introduction

Urgence ORL la plus fréquente.

Essentiellement bénigne mais massive dans près de 10 % des cas nécessitant des mesures de réanimation et une prise en charge spécifique.

La prise en charge thérapeutique doit être réalisée de façon concomitante à l'enquête étiologique.

### 2. Anatomie

Les fosses nasales sont vascularisées par 2 systèmes vasculaires :

- la carotide externe : artère sphénoptalmique (branche terminale de l'artère maxillaire interne) et artère faciale,
- la carotide interne : artères ethmoïdales antérieures et postérieures, branches de l'artère ophtalmique.

L'artère sphénoptalmique est l'artère qui a la part la plus importante à la vascularisation des fosses nasales.

Elle est accessible à un geste soit chirurgical de ligature, soit d'embolisation.

*Département de chirurgie de la face et du cou du P<sup>r</sup> Bobin, Pôle Neurosciences tête et cou, CHU de Bicêtre, AP-HP, Université Paris Sud-11.*

*Correspondance : D<sup>r</sup> JB Charrier, Département de chirurgie de la face et du cou du P<sup>r</sup> Bobin, Pôle Neurosciences tête et cou, CHU de Bicêtre, AP-HP, 78, avenue du Général Leclerc, 94275 Kremlin-Bicêtre Cedex, France. E-mail : jean-baptiste.charrier@bct.aphp.fr*

### 3. Clinique

Saignement antérieur par les fosses nasales et/ou saignement postérieur qui est dégluti et peut être alors sous-évalué. La meilleure façon d'évaluer le saignement postérieur est de regarder la paroi pharyngée postérieure avec une lampe et un abaisse langue.

On évalue le retentissement de la perte sanguine en recherchant des signes de choc : hypotension, tachycardie, sueurs, marbrures, pâleur, pouls filant, dyspnée.

Le bilan sanguin est justifié sauf en cas d'épistaxis minime : groupe, NFS, plaquettes, bilan d'hémostase, TS, groupe Rhésus RAI.

L'interrogatoire recherche un facteur favorisant :

- hypertension artérielle (HTA) ;
- traitement médicamenteux anticoagulant, anti-agrégant plaquettaire ;
- trouble de l'hémostase ;
- traumatisme nasal (facteur mécanique); rhinite (facteur inflammatoire) ;
- antécédent chirurgical récent ;
- profession à risques (menuisier,...).

### 4. Étiologies

Un examen clinique ORL avec rhinoscopie et au mieux nasofibroscopie devra systématiquement être envisagé au décours d'une épistaxis s'il n'a pas été fait dans le cadre de l'urgence.

#### 4.1. HTA

Les variations tensionnelles favorisent le saignement nasal dans le cadre d'une fragilité vasculaire. Les traitements anti-agrégants associés majorent le saignement.

#### 4.2. Épistaxis idiopathique du sujet jeune

Très fréquente, elle survient après grattage ou éternuements. Elle provient de la tache vasculaire, sur la paroi antérieure de la cloison nasale. Le traitement repose sur la cautérisation une fois l'hémorragie tarie.

#### 4.3. Anomalies de l'hémostase

L'hémorragie est diffuse, éventuellement abondante.

#### 4.3.1. Accident d'un traitement anticoagulant

Le surdosage en anticoagulants doit être systématiquement recherché.

#### 4.3.2. Pathologies vasculaires

La plus fréquente reste la maladie de Rendu-Osler, autosomique dominante à pénétrance variable, avec malformations de la microvascularisation artériovéineuse multiples (fosses nasales, estomac, poumon, cerveau...). Les épistaxis sont présentes dans 90 % des cas et peuvent être sévères et invalidants. Il faut à tout prix éviter le méchage traumatique qui majore les problèmes hémorragiques de cette angiomatose télangiectasique cutanée et muqueuse.

Le traitement est préventif. Les injections locales d'agent sclérosant (Ethibloc®) donnent de bons résultats. Elles sont répétées de façon annuelle ou en fonction de la fréquence des épisodes hémorragiques.

#### 4.3.3. Anomalies des plaquettes et hémostasie primaire

Thrombopénies et thrombopathies associent des saignements multiples à l'épistaxis.

Traitement anti-agrégant plaquettaire.

#### 4.3.4. Anomalies des facteurs de la coagulation

Elles peuvent se rencontrer dans certaines pathologies héréditaires (hémophilie) ou dans le cadre d'insuffisance hépatique.

### 4.4. Traumatisme du nez

Tous les traumatismes faciaux antérieurs sont susceptibles d'entraîner une épistaxis, au premier rang desquels se trouve évidemment la fracture des os propres du nez (brèche muqueuse nasale).

Dans le cadre d'un traumatisme nasal, il est indispensable d'effectuer une rhinoscopie antérieure à la recherche d'un hématome de cloison qui doit être drainé chirurgicalement en urgence.

La radio des os propres du nez n'a pas de raison d'être en pratique clinique en dehors d'un contexte médico-légal si le patient souhaite porter plainte. En effet la sanction chirurgicale est retenue en cas de déformation ou de déviation de la pyramide nasale constamment associée à une fracture ; et une fracture non ou peu déplacée ne s'opère pas. Une antibiothérapie de couverture par amoxicilline se discute en cas de méchage.

Notons les atteintes du complexe naso-ethmoïdo-maxillo-fronto-orbitaire (CNEMFO) lors de traumatismes plus importants de l'étage moyen de la face avec risque de fuite de liquide céphalorachidien (LCR) et les fractures de Le Fort avec hémosinus et épistaxis associée.

## 4.5. Tumeur des fosses nasales

En dehors de l'angiofibrome nasopharyngien, une épistaxis est rarement révélatrice d'une tumeur des fosses nasales.

- Bénigne : angiofibrome nasopharyngien, polype, papillome :
  - l'angiofibrome nasopharyngien, le « polype saignant de la puberté masculine » est une tumeur vasculaire rare qui se développe chez le jeune garçon et qui est vascularisé essentiellement par l'artère sphéno palatine. Le diagnostic est clinique (*il justifie le dogme de la réalisation systématique d'une nasofibroscopie pour toute épistaxis*) et radiologique (scanner, IRM et artériographie qui précisent l'extension qui peut être importante). La biopsie est contre-indiquée car très hémorragique. Le traitement est radiochirurgical (exérèse chirurgicale par voie endonasale précédée d'une embolisation).
- Maligne : adénocarcinome de l'ethmoïde chez les travailleurs du bois ou du cuir, carcinome épidermoïde, cylindrome...

## 4.6. Corps étranger dans la fosse nasale chez l'enfant

Le plus redoutable reste la pile bouton, responsable de nécrose de cloison avec troubles de croissance faciale ultérieure. Quelques heures sont suffisantes pour avoir une nécrose extensive et le moindre doute justifie l'avis spécialisé en urgence. Même si l'épistaxis n'est pas leur mode de révélation le plus fréquent, tous les corps étrangers peuvent être responsables d'épistaxis et motivent l'exploration systématique des fosses nasales.

# 5. Traitement

## 5.1. En ambulatoire, en cas d'épistaxis bénigne

### 5.1.1. Mesures générales

Patient au repos.

Installer le patient en position assise, tête penchée en avant.

Rassurer le patient et lui conseiller une alimentation froide et des boissons glacées (sucrer des glaçons).

Oter tout corps étranger non adapté placé par le patient (mouchoir, ouate, coton,...).

Faire moucher énergiquement et abondamment le patient afin d'éliminer les caillots. En effet, la persistance d'un caillot dans les fosses nasales entretient le saignement. Contrôler une éventuelle poussée d'HTA.

L'hospitalisation se discute selon l'âge du patient, le terrain, l'abondance du saignement et son retentissement.

## 5.1.2. Traitement local d'hémostase

Il est toujours nécessaire en complément des mesures générales.

### 5.1.2.1. En cas de saignement antérieur limité bien localisé

Compression manuelle bidigitale des fosses nasales pendant 10 minutes (port de gants et de lunettes par le personnel soignant). Anesthésie locale par un tampon d'ouate imbibé de Xylocaïne 5 % naphazolinée (vasoconstricteur et anesthésique) pendant quelques minutes (sauf en cas d'allergie).

Un méchage traumatique préalable rend parfois difficile la localisation du point de saignement le plus souvent localisé au niveau de la tache vasculaire.

Cautérisation électrique (à la pince bipolaire) ou chimique (nitrate d'argent), rarement possible car le saignement est le plus souvent diffus, sauf en cas de saignement au niveau de la tache vasculaire.

L'alternative est la mise en place prudente d'une mèche hémostatique résorbable (Surgicel®) ou non résorbable (Algostéril®) à la pince de Polizer sous contrôle visuel pour ne pas majorer le traumatisme muqueux par un méchage aveugle sur une cloison déviée.

### 5.1.2.2. En cas de saignement bénin plus abondant

Le méchage antérieur est un geste précis qui ne relève pas forcément de l'ORL, mais peut être réalisé par un urgentiste qui en a l'expérience. Le risque principal est de négliger une déviation de cloison et de lacérer la muqueuse de la cloison ou des cornets ayant pour conséquence une aggravation du saignement en particulier en cas de troubles de l'hémostase.

Les mèches résorbables sont préférées en cas de troubles de l'hémostase car elles évitent le saignement qui peut survenir à l'ablation des mèches.

- méchage antérieur non résorbable (Algosteril®) :
  - bilatéral pour une efficacité maximale, après anesthésie locale (Xylocaïne naphazolinée pendant 10 min) ; laissé en place pendant 48 à 72 heures ; avec contrôle de l'absence de saignement postérieur après le méchage par l'examen de la paroi pharyngée postérieure au moyen d'une lampe et d'un abaisse langue.
- méchage antérieur par mèche hémostatique résorbable (Surgicel®) :
  - en cas de maladie hémorragique (tumeur ; Rendu-Osler ; hémopathie) ou d'anomalie de l'hémostase (AVK).
- tout tamponnement nécessite une antibiothérapie pendant la durée du méchage :
  - Amoxicilline ou Amoxicilline + Acide Clavulanique 1 gr matin et soir (Pyostacine ou Dalacine si allergie à la pénicilline).

Après un méchage bien conduit, une surveillance du patient pendant une à deux heures est nécessaire pour évaluer l'absence de saignement local (attention au

saignement postérieur) et la normalisation de la tension (car le stress favorise souvent la récurrence du saignement). Au cours de cette période de surveillance, le patient reste allongé sur un brancard en suçant des glaçons.

### 5.1.3. *Traitement préventif des récurrences*

Traitement local, au décours de l'épistaxis :

- Pommade hémostatique et cicatrisante (pommade HEC<sup>®</sup>, Homéoplasmine<sup>®</sup>) et humidification des fosses nasales au sérum physiologique pour éviter les croûtes (récurrence de l'épistaxis au moment de la chute d'escarre). Injection annuelle d'Ethibloc<sup>®</sup> dans le Rendu Osler.
- Éviter l'exposition solaire.
- Éviter les traumatismes locaux par grattage, ou mouchage trop énergétique.
- Traitement général hémostatique : Exacyl<sup>®</sup> : 3 cp/j pendant 7 jours dont l'indication en pratique reste exceptionnelle.

## 5.2. À L'hôpital, dans les formes graves

Après bilan d'une épistaxis abondante, persistante ou récidivante.

Surveillance des signes de tolérance, surveiller signes de choc hypovolémique (FC, PA, pâleur conjonctivale).

Bilan diagnostique et étiologique :

- Examen ORL avec rhinoscopie antérieure pour localiser le saignement et contrôler l'absence de saignements postérieurs (l'utilisation d'optique rigide est parfois utile).

### 5.2.1. *Traitement général*

Traitement d'un choc hémorragique, si nécessaire.

Mise en place de deux voies veineuses et perfusion de macromolécules.

Éventuellement, si nécessaire, transfusion iso-groupe, iso-Rhésus.

Repos et anxiolytiques pour diminuer les poussées hypertensives liées au stress.

Traitement général hémostatique :

- Dicynone<sup>®</sup> (3 amp. IM/j) ou Exacyl<sup>®</sup> : 3 cp/j pendant 7 jours à discuter selon les circonstances.

### 5.2.2. *Traitement local d'hémostase*

Tamponnement antérieur et postérieur par sonde à double ballonnet gonflée au sérum physiologique après anesthésie locale à la xylocaïne naphazolinée ; sous anesthésie locale ; laissé en place pendant 24 heures ; à dégonfler toutes les 2 ou 3 heures pour éviter les nécroses ischémiques ; sous couverture antibiotique (cf. supra). Attention à la nécrose de l'aile narinaire sur une sonde mal positionnée. Une sonde à double ballonnet ne doit pas être laissée pendant plus de

6 heures si les ballons sont très gonflés, 48 heures s'ils sont peu gonflés. Dans tous les cas ils doivent être dégonflés régulièrement.

La sonde à double ballonnet peut être mise en place par l'urgentiste qui en a l'expérience. La procédure de mise en place est comparable à celle d'une intubation par voie nasale. L'embout de la sonde est biseauté et peut être enduit de vaseline. L'anesthésie locale préalable est nécessaire chez le patient conscient car il s'agit d'un geste douloureux et souvent traumatisant. Il convient de gonfler en premier le ballonnet postérieur avec 5 ml de sérum puis de tracter doucement sur la sonde pour que ce ballonnet vienne s'impacter dans le rhinopharynx. On procède ensuite au gonflage du ballonnet antérieur qui est gonflé avec 5 à 10 ml de sérum et permet le blocage de la sonde en bonne position, même en cas de tamponnement unilatéral.

La sonde à double ballonnet doit être préférée à la sonde urinaire qui n'est pas autostatique et nécessite donc un tamponnement bilatéral souvent traumatisant. Ce type de sonde devrait pouvoir être présente dans le matériel d'une équipe de SMUR.

### 5.2.3. En cas d'échec, l'obturation vasculaire est nécessaire

Embolisation endovasculaire par radiologie interventionnelle de l'artère maxillaire interne par cathétérisme rétrograde au niveau de l'artère fémorale; sous AL ou AG selon le terrain et la coopération du patient ; permet l'embolisation sélective par microparticules résorbables des branches de la carotide externe (artère maxillaire interne, faciale et sphéno-palatine) ; ne permet pas l'embolisation des branches de la carotide interne (artères ethmoïdales antérieures et postérieures) car risque de cécité par occlusion de l'artère ophtalmique ; à réaliser de préférence en cas de trouble de l'hémostase, en particulier chez le sujet âgé ou en mauvais état général.

Traitement chirurgical par ligature vasculaire sous anesthésie générale :

- du système carotidien externe : coagulation de l'artère sphéno-palatine par voie endonasale ; à réaliser en première intention,
- du système carotidien interne : coagulation des artères ethmoïdales par voie canthale interne ; à réaliser en cas de saignement antérieur ou de persistance de l'épistaxis après ligature sphéno-palatine ou embolisation,
- Ethmoïdectomie d'hémostase par voie endoscopique sous contrôle optique en dernier recours en cas d'épistaxis majeure.

## Références bibliographiques

1. Brasnu D. Traité d'ORL. Paris, Flammarion 2008 ; 275-9.
2. Tran Ba Huy P, Manach' Y. Les urgences ORL. Paris, Rapport annuel de la Société Française d'ORL, 2008 ; 99-113.
3. P. Herman. Épistaxis et autres urgences hémorragiques ORL, Conférences Médecins SFMU 2003 ; 3-11.

