

Saignement de nez: avancées thérapeutiques

Nicolas Schmuziger^{a, b, c}, Walter Herwig^{a, c}

^a HNO-Praxis, Reinach

^b HNO-Klinik, Kantonsspital, Liestal

^c Spital Dornach

Quintessence

- La classification des saignements de nez en épistaxis antérieure et postérieure, en épistaxis primaire et secondaire, ainsi qu'en épistaxis de l'enfant et de l'adulte est une classification clinique pertinente. L'épistaxis secondaire est rare et une recherche des causes est généralement uniquement nécessaire en cas de suspicion clinique correspondante. Tout comme pour l'épistaxis primaire, un traitement local s'impose également en cas d'épistaxis secondaire; le cas échéant, un traitement systémique doit aussi être administré.
- En cas de traitement local suffisant, un traitement anticoagulant oral, administré à une dose thérapeutique, peut souvent être poursuivi. L'acide acétylsalicylique et le clopidogrel, mais également certains médicaments de médecine complémentaire et alternative, inhibent la fonction plaquettaire.
- Pour le traitement local, il peut s'agir d'un traitement direct (spécifique au site de saignement) ou indirect. Le taux de succès est plus élevé en cas de traitement direct.
- L'épistaxis antérieure est un évènement fréquent, qui peut dans la plupart des cas être traité de manière simple.
- L'épistaxis postérieure survient avant tout chez les patients âgés. En cas d'épistaxis postérieure difficile à maîtriser, un traitement multimodal peut être nécessaire.




Nicolas Schmuziger

Walter Herwig

Introduction

Le saignement de nez (épistaxis) est l'une des causes les plus fréquentes de traitement en urgence. A l'échelle mondiale, il est estimé qu'environ 60% de la population présentent une épistaxis au moins une fois au cours de la vie et qu'environ 6% d'entre eux sollicitent un traitement médical [1]. De telles données ne sont pas disponibles pour la Suisse. La distribution de la fréquence en fonction de l'âge présente deux pics: l'un concerne les enfants de moins de 10 ans, l'autre les adultes de plus de 35 ans [2]. Dans la plupart des cas, l'évolution est bénigne et auto-limitante. Toutefois, l'épistaxis peut être associée à une morbidité considérable, particulièrement

chez les patients âgés atteints d'épistaxis postérieure, et dans des cas extrêmes, elle peut être à l'origine du décès du patient.

Le nez est irrigué par des branches de l'artère carotide interne et de l'artère carotide externe. Ces branches s'anastomosent entre elles au niveau du septum nasal et de la paroi nasale latérale, mais également du côté contralatéral. La figure 1  représente schématiquement la circulation sanguine artérielle au sein du nez. L'épistaxis antérieure tire son origine des zones qui peuvent être visualisées par rhinoscopie antérieure, à l'aide d'un spéculum nasal et d'une lampe frontale. Au niveau du septum antérieur se situe un plexus vasculaire (zone de Kiesselbach) composé de petits vaisseaux qui saignent particulièrement facilement en raison de son exposition à l'environnement extérieur et de sa fine muqueuse difficilement mobile.

Une épistaxis postérieure survient dans environ 10% des cas, le plus souvent chez les patients âgés, principalement au niveau de la partie postérieure du septum nasal et de la paroi nasale latérale. Cette région est avant tout irriguée par des branches de l'artère sphéno-palatine. Par rapport à celles situées plus en avant, ces branches sont de relativement grand calibre et elles peuvent dès lors saigner fortement. Le traitement de l'épistaxis postérieure est donc généralement nettement plus compliqué que celui de l'épistaxis antérieure, ce qui s'explique également par son inaccessibilité anatomique. L'épistaxis postérieure requiert souvent une prise en charge thérapeutique multimodale en milieu hospitalier. En comparaison, les artères ethmoïdales antérieures et postérieures irriguent une zone muqueuse nettement plus petite. Une ligature de ces vaisseaux par un accès externe via une incision médiane au niveau du bord du sourcil ou par voie endonasale n'est que rarement nécessaire, par ex. après fracture de la racine frontale du nez ou en cas d'hémorragie autrement non maîtrisable au niveau de ce territoire artériel [3, 4].

L'étiologie de l'épistaxis est souvent indéterminée ou elle peut uniquement être soupçonnée. Par conséquent, une classification clinique exclusivement basée sur l'étiologie est souvent inutile. La classification suivante a néanmoins fait ses preuves dans la pratique quotidienne: distinction entre épistaxis primaire sans cause évidente et épistaxis secondaire avec facteur causal avéré. Parmi les facteurs souvent à l'origine d'une épistaxis secondaire figurent les troubles de la coagulation, qui peuvent également être induits par des médicaments, par ex. par l'acide acétylsalicylique, le clopidogrel et des anticoagulants oraux, mais également par certaines substances administrées dans le cadre d'un traitement de

Les auteurs ne déclarent aucun soutien financier ni d'autre conflit d'intérêt en relation avec cet article.

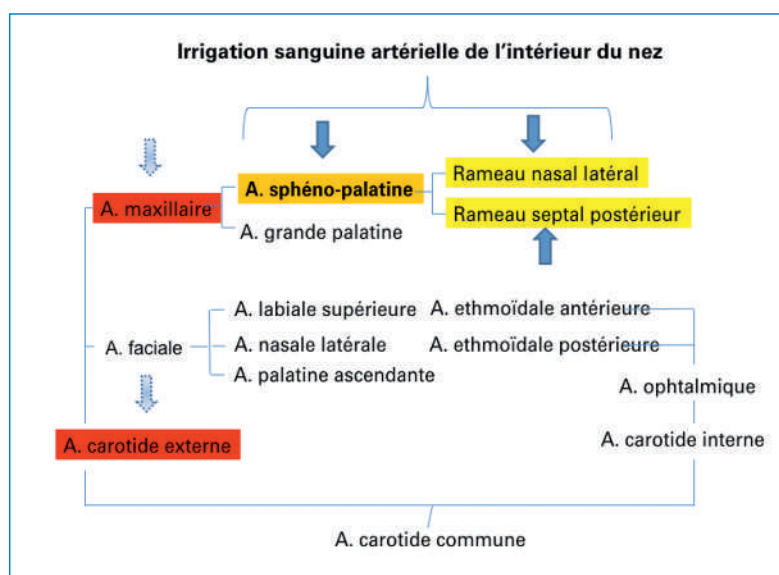


Figure 1
Représentation schématique de l'irrigation sanguine artérielle à l'intérieur du nez.
Flèche bleue: emplacement de la ligature endonasale de l'artère sphéno-palatine et de ses branches; flèche bleu clair en pointillés: emplacement de la ligature des artères nourricières éloignées du nez en cas d'épistaxis massive.

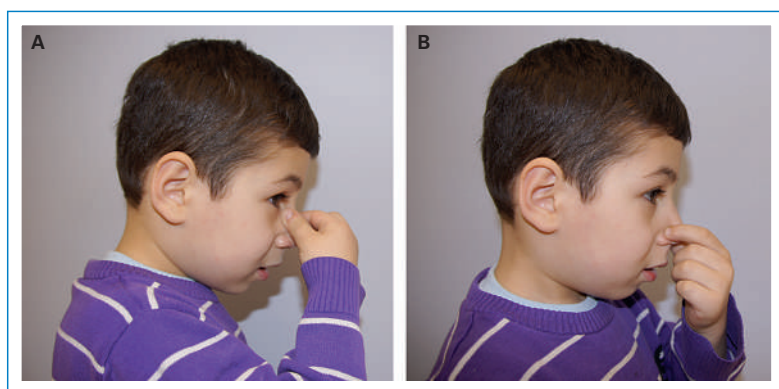


Figure 2
Auto-traitement en cas d'épistaxis chez l'enfant.
A Procédure incorrecte avec pression effectuée sur la partie osseuse de la pyramide nasale.
B Procédure correcte.

médecine complémentaire et alternative. L'épistaxis secondaire fait aussi souvent suite à des traumatismes, à des interventions chirurgicales, ainsi qu'à des tumeurs du nez et des sinus.

Une autre classification clinique se base sur l'âge et fait la distinction entre l'épistaxis de l'enfant (le patient est âgé de moins de 16 ans) et l'épistaxis de l'adulte.



Epistaxis de l'enfant

Au cours de l'enfance, l'épistaxis idiopathique récidivante est fréquente et elle est généralement sans danger. Elle est souvent localisée au niveau de la zone de Kiesselbach ou directement derrière la columelle, émanant d'une veinule proéminente. Les facteurs déclenchants incluent les inflammations locales, la sécheresse des muqueuses nasales et les traumatismes locaux, particulièrement lorsque les enfants se «mettent les doigts dans le nez». L'évolution spontanée est généralement bénigne. Mise à part une rhinoscopie antérieure minutieuse ou mieux


encore, une endoscopie nasale, les enfants en bon état général, avec une anamnèse sans particularité, ne nécessitent pas d'autres examens. Chez les enfants de moins de 2 ans, l'épistaxis est rare, mais elle peut indiquer une genèse traumatique, par ex. une maltraitance. Les autres causes potentielles incluent la thrombopénie idiopathique qui, si elle est suspectée, doit être clarifiée par le biais d'analyses biologiques.

Une mise au point ORL, voire hématologique, est recommandée face à des saignements de nez récidivants, qui inquiètent les parents et l'enfant et qui ne parviennent pas à être traités efficacement par une crème nasale visant à hydrater les muqueuses, avec présence concomitante d'écoulements nasaux, surtout s'ils sont purulents, chez des enfants présentant un trouble de la coagulation connu ou suspecté, chez des enfants avec une récente anamnèse de saignements de nez intenses, en cas de symptômes unilatéraux persistants, par ex. en cas d'inflammation du vestibule nasal (vestibulite nasale) probablement provoquée par un corps étranger. Un angiofibrome nasopharyngé juvénile devrait être recherché chez les garçons adolescents avec épistaxis inexplicée.

Des études contrôlées conduites avec un faible nombre de patients sont uniquement parvenues à démontrer un bénéfice à court terme, mais pas à long terme, de mesures locales comme la cautérisation avec du nitrate d'argent et/ou l'application locale de crèmes nasales antiseptiques par rapport à la seule application de produits réparateurs et hydratants [5–9]. Toutefois, les circonstances exigent parfois que des mesures actives soient prises. Déjà la première étape, à savoir l'incontournable anesthésie superficielle, devrait se dérouler de la manière la plus atraumatique possible chez les enfants. Il est recommandé d'utiliser en premier lieu un spray à base d'anesthésique superficiel puis d'appliquer des bandes de gaze ou de coton imprégnées d'anesthésique local. Il faut tenir compte du fait que la muqueuse nasale absorbe très bien l'anesthésique local et veiller à ce que les doses maximales ne soient pas dépassées. Après un délai d'action d'environ 15 minutes, il est possible de réaliser une cautérisation ou une coagulation bipolaire au niveau des vaisseaux proéminents visibles. En raison du risque de perforation septale, la procédure est généralement réalisée unilatéralement.

Souvent, les saignements nasaux chez l'enfant peuvent être interrompus par des moyens simples, comme la compression des ailes du nez durant 5 minutes. Toutefois, cette compression est parfois mal exécutée par les enfants eux-mêmes. Il arrive par ex. que la pression soit exercée au niveau de la partie osseuse de la pyramide nasale et non pas sur l'aile du nez. La figure 2A  montre la mauvaise manière de procéder, alors que la figure 2B  montre le lieu correct de compression.

Epistaxis de l'adulte

La figure 3  fournit un algorithme potentiel pour la prise en charge de l'épistaxis chez l'adulte.

En cas d'épistaxis sévère, particulièrement chez les patients âgés, il faut en premier lieu veiller à sécuriser les

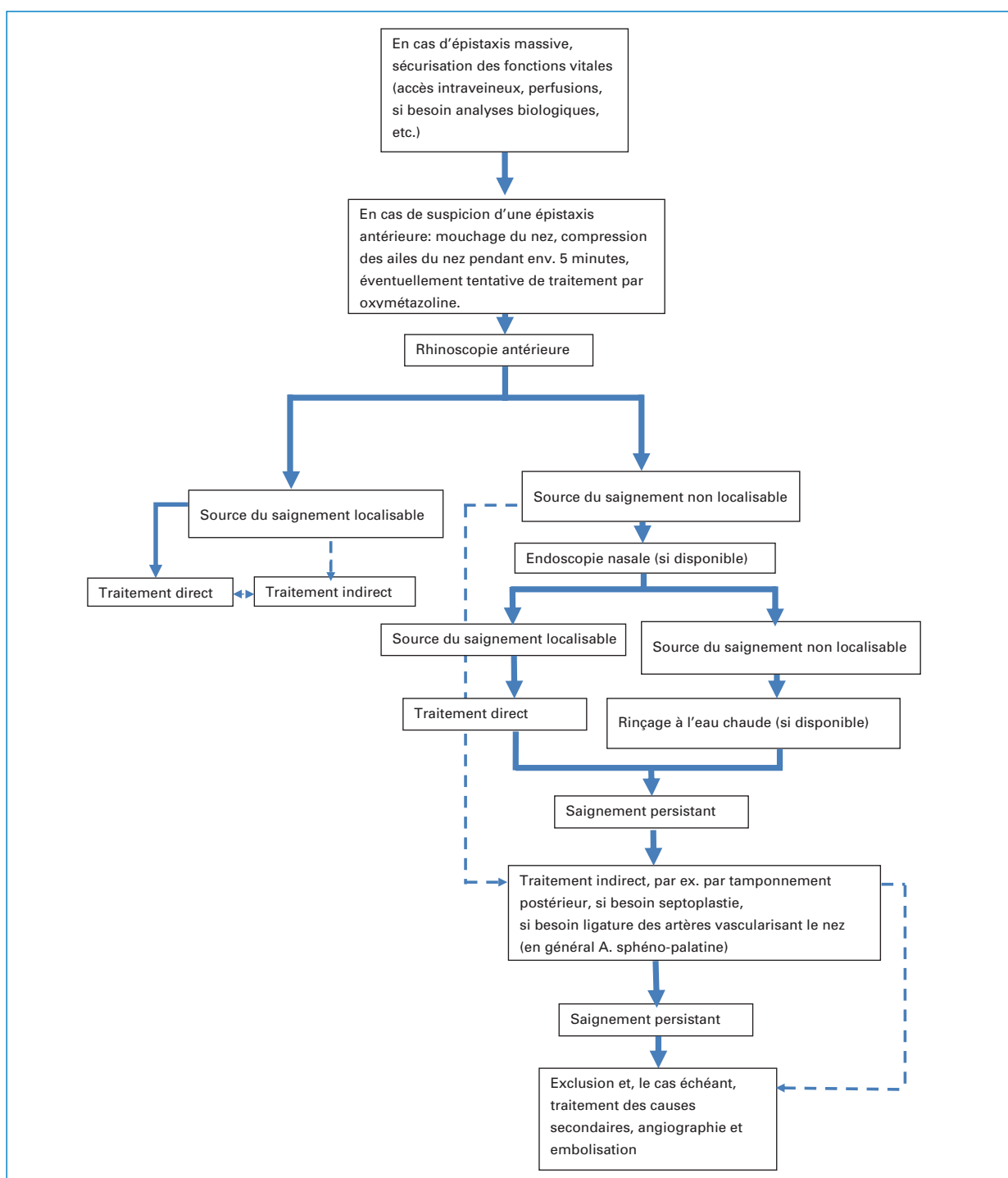


Figure 3

Algorithme possible en cas d'épistaxis primaire chez l'adulte.

Ligne en pointillés: procédure possible en cas d'indisponibilité de techniques (par ex. endoscopie nasale).

voies respiratoires et la circulation cardiaque. En cas de suspicion d'une épistaxis anémiantes ayant des répercussions sur la circulation sanguine ou en cas d'anticoagulation, un accès intraveineux est posé et l'hémo-gramme et, si nécessaire, le statut de la coagulation sont déterminés.

La relation entre l'hypertension artérielle et l'épistaxis est discutée de manière controversée dans la littérature. La fréquence des épisodes d'épistaxis semble être indépendante du degré de sévérité de l'hypertension artérielle [10]. Il existe toutefois des indices suggérant

qu'une hypertension artérielle persistante augmente le risque d'épistaxis, le plus vraisemblablement en raison d'un effet vasculaire délétère. Par ailleurs, il est soupçonné que l'hypertension artérielle allonge la durée de saignement. Il est indiscutable qu'une crise hypertensive devrait être traitée par des médicaments. Toutefois, il est actuellement déconseillé d'administrer de manière routinière des médicaments pour abaisser la pression artérielle en cas d'épistaxis en raison du risque potentiel de déclencher une hypotension artérielle.

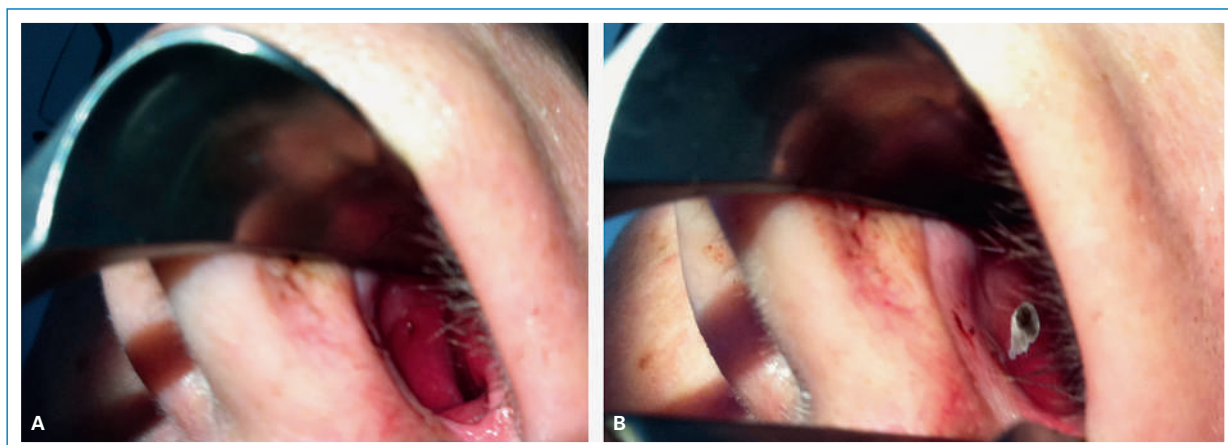


Figure 4

A Epistaxis au niveau de la zone de Kiesselbach avant cautérisation.
B Après cautérisation au nitrate d'argent.

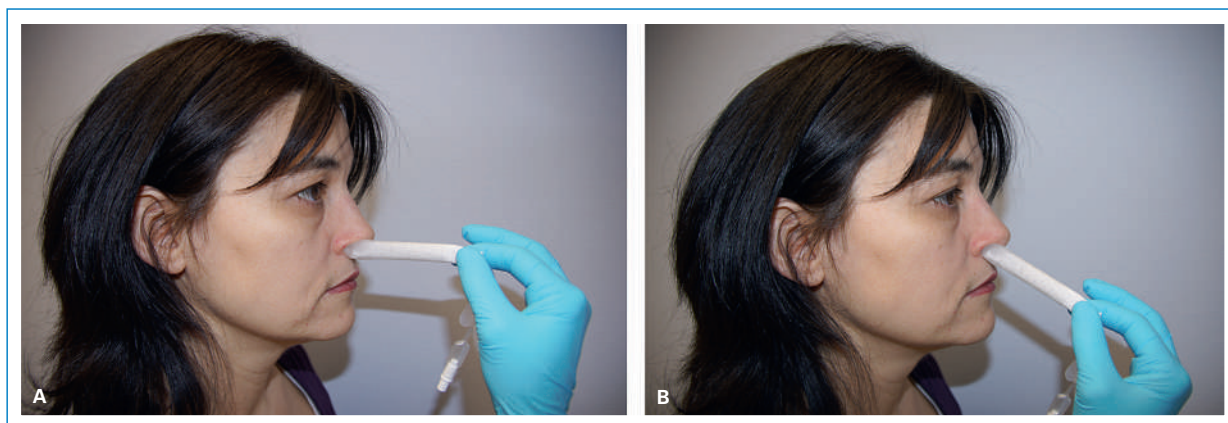


Figure 5

A Introduction correcte d'un tampon nasal à mécanismes d'action multiples.
B Introduction incorrecte.

En cas de suspicion d'une épistaxis antérieure, il a été montré qu'il était utile de se moucher ou une aspiration pour évacuer les caillots de sang qui peuvent entretenir le saignement. Etant donné que l'épistaxis peut s'en trouver temporairement renforcée, il est recommandé de comprimer les parties cartilagineuses des ailes du nez durant env. 10 à 15 minutes. D'après une ancienne étude rétrospective, un traitement par oxymétazoline (par ex. Nasivin®) peut être efficace dans jusqu'à deux tiers des cas [11].

Au plus tard à ce moment-là, il convient de réaliser une rhinoscopie antérieure, puis d'initier un traitement direct ou indirect, en fonction des résultats. Dans le traitement direct, le saignement est localisé, puis traité de manière ciblée, par ex. par coagulation bipolaire, cautérisation au nitrate d'argent ou tamponnement ciblé. La figure 4A [1] présente un vaisseau visible au niveau de la zone de Kiesselbach à gauche avant cautérisation, tandis que la figure 4B [2] illustre ce vaisseau après cautérisation. Un traitement indirect, par ex. par tamponnement par sonde à ballonnet, ne nécessite pas d'identification et de localisation de l'origine du saignement. Le taux de succès du traitement direct, qui s'élève à env. 90%, est nettement supérieur à celui du traitement indirect et le traitement direct est associé à moins d'effets indésirables [12].

Toutefois, dans la pratique quotidienne, les moyens techniques nécessaires à la mise en œuvre d'un traitement direct ne sont pas toujours disponibles et dans ce cas, il faut naturellement opter pour l'option de traitement indirect.

Toutefois, il est judicieux dans ce cas de figure d'enlever le tampon après 48 heures, dans de meilleures conditions, par ex. retrait par un oto-rhino-laryngologiste. Si le vaisseau se remet à saigner, il peut alors être cautérisé ou coagulé sous contrôle endoscopique ou microscopique.

Si le vaisseau qui saigne n'est pas visible à l'œil nu, à l'aide d'une lampe frontale, il faudrait, dans la mesure du possible, toujours effectuer une endoscopie nasale. Ensuite, lorsque le saignement est localisé, le traitement direct peut être réalisé, par ex. par électrocoagulation bipolaire.

Si même une endoscopie nasale minutieuse ne permet pas de localiser l'origine du saignement, qui est probablement postérieure, un rinçage nasal à l'eau chaude est réalisé, pratique datant du XIX^e siècle qui est à nouveau utilisée depuis peu. D'après Schlegel et al., le taux de succès du rinçage nasal s'élèverait à 82% au total, éventuellement en répétant la procédure une fois en cas d'échec d'un premier rinçage [13, 14], ce qui est compris entre le taux de succès du traitement direct par coagu-

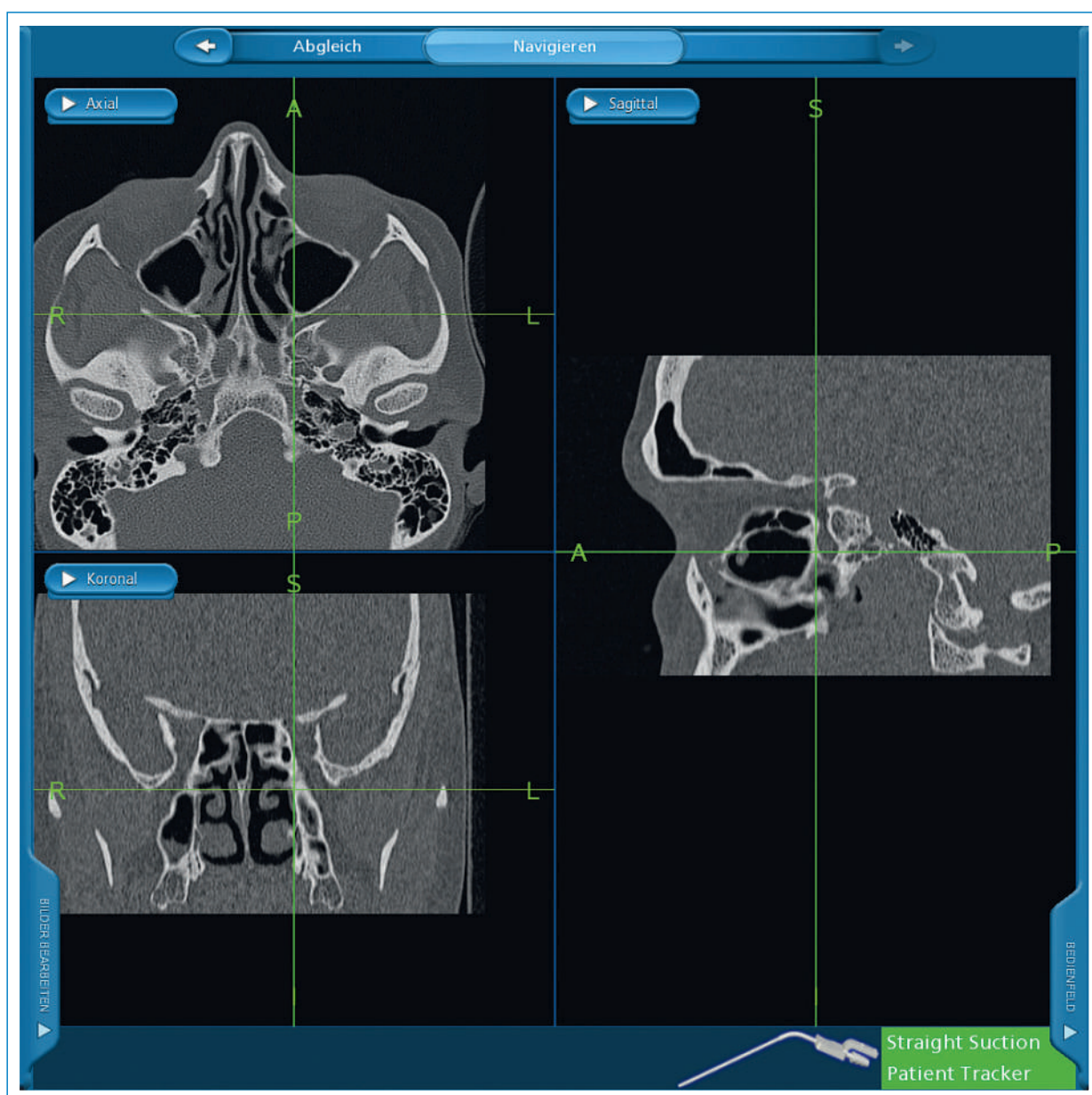


Figure 6

Exploration de la région du foramen sphéno-palatin gauche au moyen de la navigation.



lation et le taux de succès du traitement indirect par tamponnement nasal. Après pose d'une sonde à ballonnet vésicale pour fermer l'orifice postérieur du nez (choane), la cavité nasale touchée est irriguée durant env. 3 minutes avec de l'eau chaude à 50 °C. A cet effet, Schlegel et al. ont utilisé un stimulateur calorique à eau conventionnel, qui a été techniquement modifié. L'eau chaude provoque une vasodilatation et un œdème de la muqueuse nasale, avec compression locale consécutive des vaisseaux qui saignent. La cascade de la coagulation sanguine est aussi probablement influencée positivement. Ce traitement est généralement relativement bien toléré et après interruption du saignement, le patient peut rentrer chez lui à l'issue d'une période d'observation d'env. 2 heures.

En cas d'épistaxis persistante, *a priori* postérieure, qui ne peut pas faire l'objet d'une anesthésie superficielle,


il est recommandé d'opter pour un traitement indirect par tamponnement nasal avant d'envisager éventuellement une anesthésie générale. Le type, l'efficacité et les effets indésirables des tamponnements nasaux les plus variés ont été décrits en détails par Beule et al., en 2004, dans une excellente revue de la littérature [15].

Depuis quelques années, des tamponnements aux mécanismes d'action multiples sont de plus en plus souvent utilisés, comme tamponnement avec ballonnet gonflable à l'air et revêtement en cellulose (par ex. Rapid Rhino® de Arthrocare, Knaresborough, Angleterre). Après humidification avec de l'eau, ce revêtement devient glissant, ce qui facilite considérablement l'introduction dans la cavité nasale. Le revêtement favorise l'agrégation locale des plaquettes et donc l'hémostase, alors que le ballonnet gonflable renforce encore davantage cette hémostase par compression [16]. Grâce à cette structure

superficielle spéciale, les caillots sanguins nouvellement formés restent peu, voir pas du tout, attachés lorsque le tampon est enlevé, ce qui réduit le risque de lésion de la muqueuse. Ainsi, les nouveaux saignements sont plus rares lors du retrait du tampon et les douleurs sont plus faibles par rapport à un simple tamponnement absorbant sans revêtement de cellulose [17]. Ces propriétés du tampon et la pression contrôlable de l'air confèrent un grand confort au patient; par ailleurs, si quelques principes élémentaires sont respectés, la manipulation est simple pour le médecin:

Après avoir fait tremper la mèche dans de l'eau stérile durant environ 30 secondes et après avoir obtenu une anesthésie superficielle efficace, introduire le tampon dans le nez, parallèlement au plancher nasal. La figure 5A  montre la manière correcte d'insérer le tampon nasal, tandis que la figure 5B  montre la mauvaise manière. Une complication rare mais très redoutée des tamponnements, et en particulier des tamponnements effectués avec un doigtier, est la dislocation en totalité vers l'arrière, qui peut être fatale en cas d'obstruction des voies respiratoires [18]. Par conséquent, les tamponnements devraient impérativement être sécurisés au moyen d'un support afin d'éviter une telle dislocation.

En cas d'épistaxis postérieure intense, si le saignement ne parvient pas à être maîtrisé après traitement indirect adéquat, une intervention chirurgicale est généralement entreprise sous anesthésie générale, avec sécurisation des voies aériennes. En cas de déviation du septum nasal ayant pour conséquence un rétrécissement de la cavité nasale, une septoplastie est éventuellement réalisée. De cette manière, le vaisseau qui saigne peut souvent être localisé, permettant alors de réaliser un traitement direct.

Au demeurant, la ligature si possible complète de l'artère sphéno-palatine et de ses branches par voie endonasale est une procédure de plus en plus répandue [19], mais elle peut néanmoins être délicate en raison des contraintes anatomiques. Grâce aux techniques endoscopiques modernes et à une formation adéquate, il est possible de visualiser le foramen sphéno-palatin, qui est bien visible à la tomodensitométrie (fig. 6 ) , par ex. en intraopératoire, en cas de recours à la navigation [20]. Le

taux de succès de la ligature endonasale de l'artère sphéno-palatine en cas d'épistaxis postérieure difficile à maîtriser est supérieur à 90% si l'intervention est correctement exécutée [21].

Une épistaxis post-traumatique peut être fatale et nécessite éventuellement une ligature des artères plus éloignées du nez, comme l'artère carotide externe, ou l'embolisation après angiographie. Les complications graves, par ex. survenues d'un accident vasculaire cérébral, sont rares après une embolisation.

L'inhibition potentielle de la fonction plaquettaire après prise d'acide acétylsalicylique ou clopidogrel est une cause bien connue de saignement [22], tandis que l'inhibition de la fonction plaquettaire après prise d'un traitement de médecine complémentaire et alternative l'est moins [23].

Chez les patients suivant un traitement anticoagulant à des doses surthérapeutiques, le saignement est souvent diffus et un traitement direct est rarement possible. Dans ces cas de figure, il est recommandé de recourir à un traitement indirect, par ex. par tamponnement nasal, et à une correction systémique de la coagulation sanguine. D'après une étude récente, un traitement anticoagulant administré à doses thérapeutiques ne doit pas nécessairement être interrompu si l'épistaxis parvient à être maîtrisée par tamponnement nasal ou simplement par coagulation locale [24].

Correspondance:

PD Dr Nicolas Schmuziger
Solothurner Spitäler AG (soH), Spital Dornach
Spitalweg 11
CH-4143 Dornach
[nschmuziger\[at\]vtxmail.ch](mailto:nschmuziger[at]vtxmail.ch)

Références recommandées

- Michael Gleeson, ed. Scott Brown's Otolaryngology, Head and Neck Surgery. 7th edition. London: Hodder Arnold; 2008. Kapitel 81 und 126.
 - Folz BJ, Kanne M, Werner JA. Aktuelle Aspekte zur Epistaxis. HNO. 2008;56:1157-66.
 - Melia L, McGarry GW. Epistaxis: update on management. Curr Opin Otolaryngol Head Neck Surg. 2011;19(1):30-5.
- La liste complète des références numérotées se trouve sous www.medicalforum.ch.

CME www.smf-cme.ch

1. Laquelle de ces propositions est correcte? L'épistaxis postérieure:

- A Est plus fréquente chez les enfants que chez les adultes.
- B A le plus souvent pour origine un saignement de l'artère ethmoïdale postérieure.
- C Peut être particulièrement dangereuse étant donné que le saignement provient généralement de branches de l'artère sphéno-palatine qui sont, comparées aux vaisseaux endonasaux situés plus en avant, de plus petit calibre et facilement accessibles sur le plan anatomique.
- D Survient principalement chez les patients âgés.

2. Laquelle de ces propositions *n'est pas* correcte? L'épistaxis pédiatrique:

- A Survient principalement chez les nourrissons de moins de 2 ans et est inoffensive.
- B Survient en général au niveau de la zone de Kiesselbach ou directement derrière la columelle.
- C Est en général bénigne et auto-limitante.
- D Peut souvent être stoppée en comprimant les ailes du nez pendant 5 minutes.