

Nouveautés concernant l'épistaxis

Michael B. Soyka, David Holzmann, Rudolf Probst

Klinik für Ohren-, Nasen-, Hals- und Gesichtschirurgie, UniversitätsSpital Zürich

Quintessence

- L'électrocoagulation constitue le meilleur traitement de l'épistaxis antérieure.
- En cas de saignement postérieur, il convient de procéder immédiatement à un simple tamponnement le moins traumatisant possible, et, le cas échéant, à une chirurgie d'assainissement.
- L'acide acétylsalicylique semble constituer l'un des principaux facteurs de risque de survenue d'épistaxis grave et ne devrait, à ce titre, être administré qu'en cas d'indication claire et après mûre réflexion.
- La détermination de l'INR est essentielle chez les patients atteints d'épistaxis et sous anticoagulants. Un traitement par anticoagulants parfaitement ajusté ne doit cependant pas être arrêté.
- Après un traumatisme, les patients présentant des maladies hémato-logiques connues ou une source de saignement postérieur présentent un risque de transfusion fortement accru.

L'épistaxis représente l'urgence rhinologique la plus fréquente et concerne aussi bien les hommes que les femmes de tous âges. La fréquence de l'épistaxis est difficile à évaluer même s'il semble que la majorité des personnes en souffre au moins une fois au cours de leur vie. A l'Hôpital universitaire de Zurich, environ deux patients par jour, en moyenne, sont pris en charge pour des saignements de nez, et une hospitalisation est nécessaire pour 17% d'entre eux.


Il est peu surprenant que les patients soient inquiétés par de violents saignements de nez. Pour les médecins traitants aussi, l'épistaxis représente un défi permanent, d'autant plus que le traitement semble souvent douloureux et peu prometteur. Dans un article publié récemment au sein du Forum médical suisse, les facteurs sous-jacents et les formes de traitement possibles de l'épistaxis ont été élégamment présentés par Schmuziger et Herwig [1]. En s'appuyant sur des évaluations actuelles, menées par nous-mêmes ou choisies à l'échelon international, le présent article abordera les facteurs de risque et passera au crible la qualité de nos traitements. En définitive, cet exposé devrait contribuer au choix du plan de traitement optimal.



Michael B. Soyka

Les auteurs n'ont déclaré aucune obligation financière ou personnelle en rapport avec l'article soumis.

Facteurs de risque

L'analyse des facteurs de risque est une étape essentielle dans le traitement de l'épistaxis afin d'éviter au maximum les récurrences et de reconnaître précocement les saignements graves ou sources de complications (fig. 1 )

Hypertension

L'hypertension «aiguë» est citée par des non-spécialistes ainsi que par de nombreux médecins comme facteur de risque supposé le plus largement connu. Tandis que la nécessité d'un contrôle de la pression artérielle et le traitement d'une crise hypertensive sont incontestés et judicieux, le lien entre l'épistaxis et l'hypertension est moins net. Aucune étude, récente ou ancienne, ne met en évidence un lien certain entre la pression artérielle actuelle et la survenue de l'épistaxis [2–4]. Notre étude prospective vient également étayer ces résultats. Dans une cohorte de plus de 600 patients, nous n'avons observé une pression artérielle moyenne >110 mm Hg lors de l'inclusion que dans 65% des cas. De plus, l'analyse de groupe n'a pu démontrer de différence entre le degré de gravité d'un saignement et la pression artérielle moyenne [5]. Au cours de l'anamnèse, 56% des patients atteints d'épistaxis ont déclaré souffrir d'hypertension. Le risque de recours à un traitement chirurgical de l'épistaxis était deux fois plus élevé chez ces patients, lesquels souffraient par conséquent de formes particulièrement graves. Une fois encore, ceci vient conforter la théorie des lésions aux organes cibles dans l'hypertension de longue durée en tant que risque de survenue d'une épistaxis [6].

Traitements anticoagulants

Un facteur de risque supplémentaire vient s'ajouter à cette observation. En effet, les patients présentant des facteurs de risque cardiovasculaire prennent plus fréquemment des médicaments antiagrégants. Parmi tous les patients atteints d'épistaxis de notre cohorte, 34% ont admis prendre de l'aspirine ou un générique en tant qu'antiagrégants. Par rapport à la population normale de même âge, dont 12% prennent des antiagrégants selon les évaluations, ce taux est significativement supérieur. A l'instar de rapports précédents sur l'effet de l'acide acétylsalicylique dans l'épistaxis, nos évaluations confirment ce facteur de risque supplémentaire [7–9].

Lors de notre étude mentionnée précédemment, nous avons passé au crible l'effet de ce médicament. Il a pu être démontré que l'aspirine n'était pas uniquement associée à la forme grave de l'épistaxis, mais également à des récurrences beaucoup plus fréquentes et des interventions chirurgicales plus nombreuses (OR 3,3) [5]. Concernant ce dernier point, l'aspirine était même un facteur de risque plus important que le traitement anticoagulant oral par antagonistes de la vitamine K.

Un traitement anticoagulant oral parfaitement ajusté ne doit pas être interrompu en cas de survenue d'une épistaxis [10]. Ceci étant, qu'en est-il de l'INR chez les patients atteints d'épistaxis et sous anticoagulants? Nous nous sommes

également penchés sur cette question et avons déterminé l'INR chez 116 patients traités par anticoagulants et présentant des saignements de nez. Chez 16% d'entre eux, un traitement surdosé et la nécessité de mesures thérapeutiques ont été observés (Soyka et al. 2013, Letter to the editor under Review). Il semble donc judicieux de déterminer l'INR chez tous les patients traités par anticoagulants et atteints d'épistaxis. A contrario, chez les patients atteints d'épistaxis mais sans traitement anticoagulant, un bilan systématique de l'hémostase n'est pas indiqué car son utilité semble être trop faible [11].


Autres facteurs de risque

Durant les périodes les plus froides de l'année, la fréquence des épistaxis augmente sensiblement tandis que moins de 20% des traitements relatifs à cette affection sont administrés durant l'été [5]. Bien que l'air sec et le chauffage en soient généralement rendus responsables, l'influence du temps est globalement contestée [12].

La consommation accrue d'alcool durant l'hiver pourrait constituer un autre facteur intéressant [13]. L'influence de l'alcool sur la survenue d'épistaxis avait déjà été soupçonnée tandis que son influence sur la coagulation a effectivement été prouvée [14]. L'évaluation directe de la consommation d'alcool dans un cas d'urgence tel que l'épistaxis ne fournit pas de résultats fiables pour différentes raisons. Dans le cadre de notre collecte de données prospective, des prélèvements sanguins ont été effectués dans 510 cas. L'hémogramme ainsi que les transaminases, les gamma-glutamyl-transférases (GGT) et la phosphatase alcaline ont été déterminés. Les marqueurs indirects de l'abus d'alcool, tels que des transaminases ou les volumes corpusculaires (MCV/MCH), étaient élevés chez davantage de patients de notre enquête que ce qui était attendu [15]. La valeur moyenne des GGT de tous les patients de notre cohorte atteignait un niveau pathologique. Un MCV >100 fl a été observé chez presque 5% des patients (significativement supérieur à la répartition normale de juste 3%); par ailleurs, il existait une corrélation directe entre le MCV et les transaminases ainsi que les GGT. Les patients présentant un MCV élevé étaient clairement plus nombreux dans le

groupe atteint d'épistaxis postérieur que dans celui atteint d'épistaxis antérieur. En résumé, ces éléments suggèrent que l'alcool est un autre facteur de risque potentiel.

Traitement

Le traitement de l'épistaxis doit être sûr, efficace, peu douloureux et peu coûteux. Qu'en est-il de nos traitements au quotidien? Que valent-ils réellement? Afin de répondre à cette question, il est nécessaire de considérer séparément les méthodes de traitement des saignements antérieurs et postérieurs (fig. 2 )

Saignements antérieurs

Efficacité du traitement

Dans l'épistaxis, une source de saignement est dite «antérieure» lorsqu'elle est visible à la rhinoscopie antérieure. Les saignements antérieurs sont la cause d'épistaxis la plus fréquente; dans notre étude, ils ont été rapportés chez 70% des patients. A Zurich, comme dans la plupart des centres ORL, est pratiquée la coagulation locale chimique ou électrique de la source visible des saignements. Le tamponnement n'est utilisé qu'exceptionnellement. Après traitement, le taux de récurrence dans le mois s'élevait à 22% pour la coagulation chimique et à 12% pour l'électrocoagulation ($p = 0,04$) [16].

Confort du patient

Si l'on considère de manière prospective les désagréments provoqués par le traitement, le score médian de l'échelle visuelle analogique (EVA), sur une échelle de 0 à 10, est de 1,5 pour la coagulation chimique et de 2 ($p = 0,7$) pour l'électrocoagulation [17].

Coûts

Les coûts sont également très proches, environ 200 francs dans les deux cas [17]. Ainsi, le constat global est le suivant: si l'on considère la sécurité du traitement, l'électrocoagulation isolée est à privilégier même si la variante chimique devrait fournir des résultats comparables.

Saignements postérieurs

Efficacité du traitement

Dans le cadre du traitement des saignements postérieurs, nous avons comparé diverses formes de tamponnement au traitement chirurgical car le traitement alternatif par cautérisation était peu utilisé et l'irrigation à l'eau chaude [18] n'était pas disponible dans notre institution.

Les taux de réussite du traitement par tamponnement seul se sont avérés incroyablement mauvais. Le tamponnement gonflable largement répandu Rapid Rhino® 7,5 cm n'a pu calmer durablement les saignements que dans 64% des cas. Lorsque le saignement n'est pas maîtrisable au moyen de Rapid Rhino®, il convient de mettre en place des tamponnements plus importants, avec une sonde vésicale par exemple. Le ballonnet est gonflé dans le rhinopharynx qu'il tamponne ainsi, tandis que les fosses nasales sont obstruées par l'avant à l'aide de tulle gras. Bien que cette méthode permette de stopper presque tous les saigne-

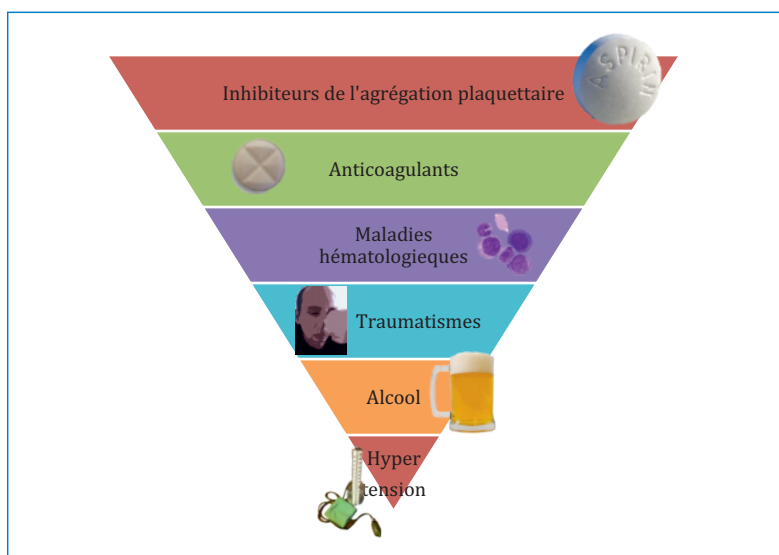


Figure 1
Les principaux facteurs de risque de l'épistaxis.

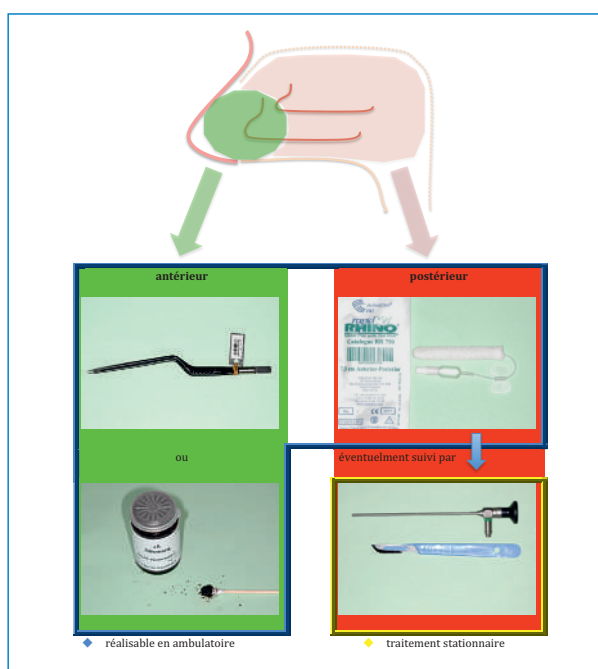


Figure 2
Schéma thérapeutique optimal de l'épistaxis.

ments dans un premier temps, leur arrêt définitif, ou «taux de guérison», de 52% est insuffisant [16]. Avec un taux de réussite >95%, le traitement chirurgical semble clairement supérieur.

Confort du patient

Eu égard aux douleurs provoquées, la situation est tout aussi claire: le score EVA moyen des patients traités par chirurgie d'une part, et par Rapid Rhino® ou tamponnement par ballonnet d'autre part s'élevait respectivement à 3,6 et 7,5. La comparaison directe avec des patients ayant bénéficié d'un tamponnement puis d'une intervention chirurgicale a également révélé une différence significative et appréciable dans le score de douleur.

Sécurité et coûts

Lorsque l'état général le permet, un traitement ambulatoire de patients présentant un saignement postérieur bénin est possible, aussi longtemps que l'état clinique est stable, que le tamponnement seul du saignement suffit et qu'aucun autre facteur de risque n'est présent, notamment un temps de trajet long (>30 min), des pathologies chroniques graves, un syndrome d'apnée obstructive du sommeil manifeste ou autres [19]. Cela se répercute sur les coûts des traitements. Les patients qui peuvent être traités par Rapid Rhino® en ambulatoire suscitent nettement moins de coûts que le traitement stationnaire par tamponnement à l'aide d'un ballonnet ou par chirurgie. Nous n'avons décelé aucune différence significative de coût entre ces deux dernières options [17].

Par conséquent, les éléments actuels basés sur les preuves nous permettent de conclure que le traitement chirurgical de l'épistaxis postérieur est non seulement peu traumatisant et efficace, mais également économique par rapport aux autres traitements. En cas d'épistaxis postérieur, la meilleure approche semble consister en un tamponnement à l'aide de Rapid Rhino®, à titre de première intervention

rapide et facilement disponible, suivi, le cas échéant, par une intervention chirurgicale. La littérature confirme non seulement nos résultats, mais également la sécurité de la procédure chirurgicale [20, 21].

Résultats, complications et perspective

Parmi nos séries de patients atteints d'épistaxis, tous les saignements ont pu être contrôlés de manière adéquate à l'aide de plus ou moins de ressources. Globalement, des complications ne sont survenues que rarement lors du traitement: des complications bénignes sous forme d'infections des plaies dans les fosses nasales ont été observées chez quatre patients (0,7%). Deux complications graves sans séquelles sont survenues chez deux patients pour lesquels le tamponnement a provoqué une telle obstruction des voies aériennes supérieures qu'une surveillance a été nécessaire. Des complications locales longues à cicatrifier ont été observées chez deux patients qui ont présenté des nécroses des muqueuses et une sclérose excessive. Durant l'opération, une lésion de la dure-mère est survenue chez deux patients mais elle a pu être refermée sans problème. Un infarctus du myocarde est survenu chez deux patients, un accident vasculaire cérébral est survenu chez un patient et une embolie pulmonaire non mortelle chez un autre. Trois patients sont décédés au cours du traitement de l'épistaxis: un dans le cadre de lésions suite à un polytraumatisme, un autre en raison d'une maladie tumorale, et un troisième suite à une embolie pulmonaire (données non publiées). Avec le recul, un lien direct entre les saignements de nez et les décès ne peut qu'être difficilement établi. Conclusion: l'épistaxis est un symptôme isolé, souvent bénin mais peut également constituer un symptôme d'une pathologie grave ou mortelle.

Bien que nous appliquions une gestion restrictive des transfusions, 22 patients (3,7%) avec un taux médian d'hémoglobine de 73,5 g/l ont nécessité une transfusion (étendue: 1–6 concentrés érythrocytaires) (Murer et al. 2013, J Oto. HNS, sous presse). Ces patients partageaient une caractéristique que nous avons résumée par l'acronyme THREAT. Outre la classique évaluation du risque, les patients qui présentent un traumatisme, une maladie hématologique ou un saignement postérieur (**rear**) nécessitent plus fréquemment des transfusions et doivent par conséquent être étroitement surveillés.

D'autres études sont nécessaires afin de déterminer les conséquences à long terme et les séquelles potentielles. De plus, de nouveaux tamponnements se développent (se résorbant seuls, à double lumière, etc.). Nous considérons que l'évaluation de telles évolutions dans la pratique clinique quotidienne est une mission essentielle de la médecine académique.

Correspondance:

Dr Michael B. Soyka
Klinik für Ohren-, Nasen-, Hals- und Gesichtschirurgie
UniversitätsSpital Zürich
CH-8091 Zürich
[michael.soyka\[at\]usz.ch](mailto:michael.soyka[at]usz.ch)

Références

Vous pouvez retrouver l'ensemble des références numérotées sur www.medicalforum.ch.