

Epistaxis pour le praticien

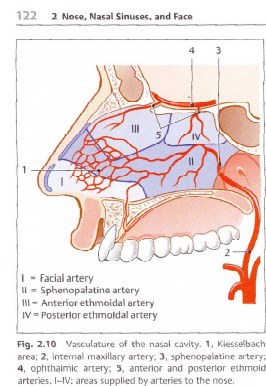
Dre Lucile Garchery
Supervision: Dre Noëlle Junod
En collaboration avec Dr Thierry Dubois,
Spéc. FMH ORL, médecin agréé HDLT

EPIDEMIOLOGIE

- 60% des adultes au moins 1 épisode au cours de leur vie
 - 10% nécessitent une consultation médicale
- Distribution bimodale: pic <10 ans et entre 45-65 ans
- Prédominance hivernale (IVRS)

ANATOMIE

- Antérieur
 - 90-95% Epistaxis
 - Plexus Kiesselbach
 - Branches des artères carotides int et ext
- Postérieur
 - 5-10% Epistaxis
 - Artères sphéno-palatines
 - Patients âgés
- Supérieur
 - Post-traumatique



Prise en charge ambulatoire?

- Hémostase chez 65% des épistaxis admis en salle d'urgence par spray d'oxymetazoline
 - Hémostase par coagulation au Nitrate d'Argent chez 50% des patients restants
 - Hémostase 80% patients
 - Hémostase par packing chez 60-80% des cas réfractaires à pression mécanique et vasoconstricteurs (Meroceel, bande de gaze ou Rapid Rhino)
 - Hémostase 90-95% patients
- Kreml et al. Use of oxymetazoline in the management of epistaxis. *Ann. Otol. Rhinol. Laryngol.* 1995;104(9 Pt 1):704-706
 - Schlosser RJ. Clinical practice. Epistaxis. *N. Engl. J. Med.* 2009;360(8):784-789

Epistaxis: Hospitalisation?

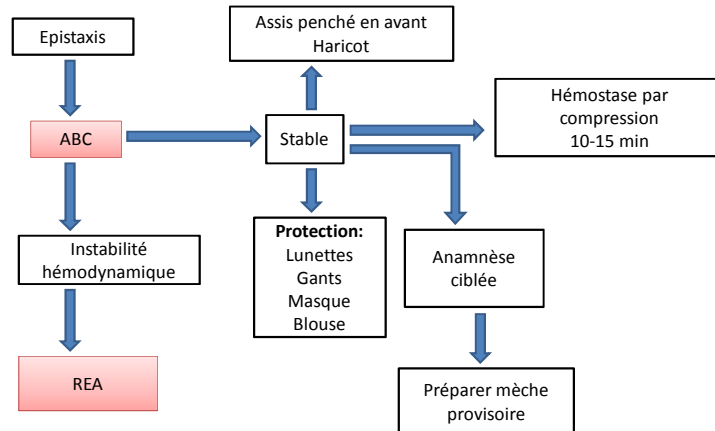
- Caractéristiques patients hospitalisés (10-28% selon séries):
 - Age >50-65 ans
 - Epistaxis postérieur
 - Co-morbidités les plus fréquentes: HTA et cardiopathie
 - Traitement anticoagulant ou antiagrégant
- Facteurs prédictifs d'échec d'hémostase:
 - Saignement abondant (>250ml)
 - Durée de saignement plus de 6h
 - Packing dans les 7 derniers jours

- Pollice et al. Epistaxis: a retrospective review of hospitalized patients. *Otolaryngol Head Neck Surg.* 1997;117(1):49-53.
- Klossek J et al. Epistaxis and its management: an observational pilot study carried out in 23 hospital centres in France. *Rhinology.* 2006;44(2):151-155.

Epistaxis: Critères hospitalisation

- Echec hémostase
- Instabilité hémodynamique
- Pertes de sang importantes
- Epistaxis postérieur ou non localisable
- Troubles de la coagulation
- Co morbidités susceptibles de se décompenser
- Traitement ORL récent (packing, chirurgie)
- Accès au soin, conditions de vie

Epistaxis: prise en charge



Méchage provisoire: matériel

- Matériel
 - Bande de gaze 1 cm
 - Tétracaïne
 - 1 cupule
 - Pince Lubet-Barbon



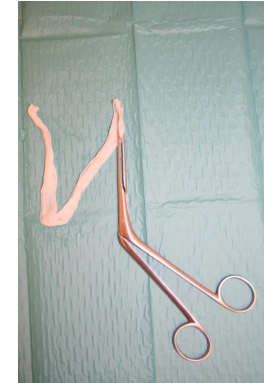
Méchage provisoire: marche à suivre

- Bande de gaze 1cm:
 - Couper longueur 40 cm
 - Faire tremper la mèche dans la tétracaïne

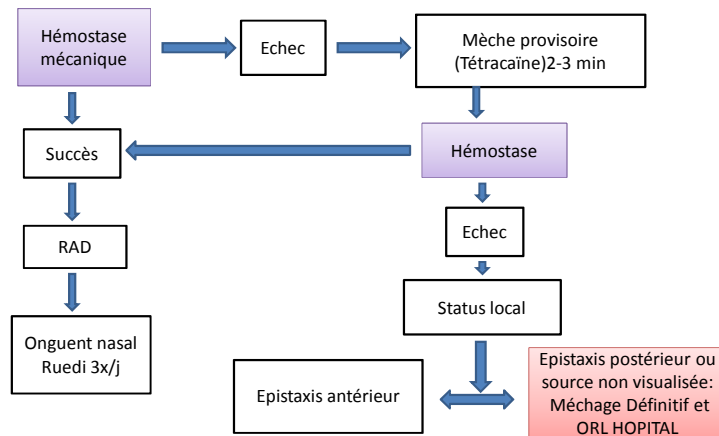


Méchage provisoire: marche à suivre

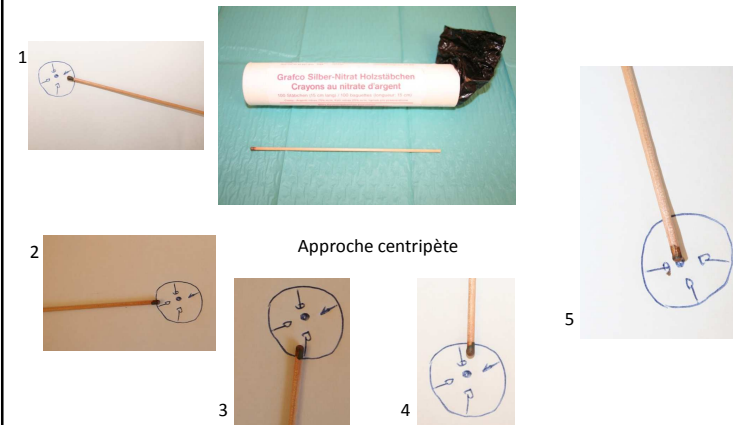
- Insérer la totalité de la mèche dans la narine concernée
- CAVE: longer horizontalement le plancher de la cavité nasale
- Laisser la mèche en place au moins 2 minutes:
 - Effet vasoconstricteur
 - Effet anesthésiant



Epistaxis: Prise en charge



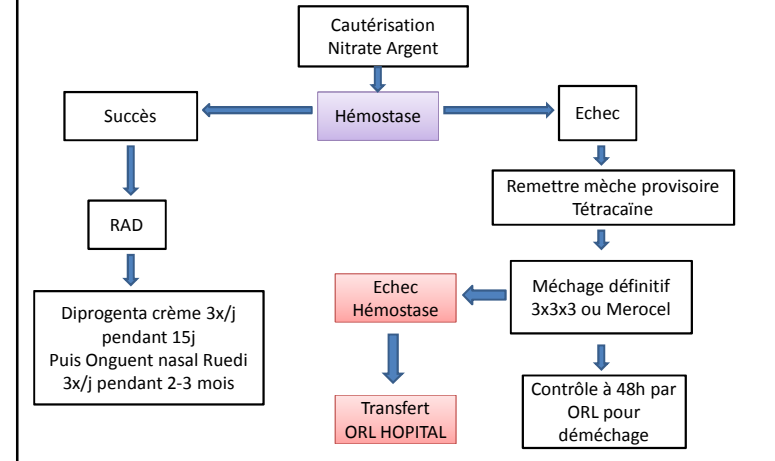
Epistaxis antérieure avec source bien visualisée: cautérisation au Nitrate d'Argent



Nitrate d'Argent: précautions

- Cautérisation chimique de tout tissu:
 - **Eviter application sur autre site que hémorragie:**
 - visage, ailes du nez ou autres parties de muqueuse nasale
 - **Avertir le patient** de sensation désagréable et nécessité de rester immobile
 - **Prendre appui** sur pommette du patient pour application
- **NE JAMAIS CAUTÉRISER LES 2 CÔTES DU SEPTUM EN MÊME TEMPS**
 - risque de perforation septale

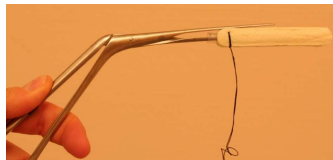
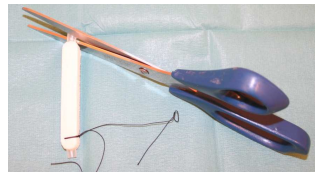
Epistaxis antérieure



Méchage définitif: Merocel



Enduire légèrement le merocel pour faciliter son insertion



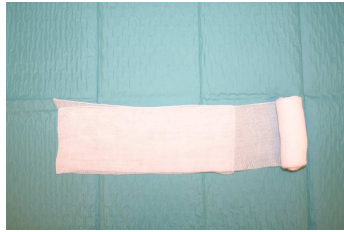
Méchage définitif: matériel 3x3x3

- Bande de gaze 6cm largeur
- Bepanthen Onguent
 - Ou Diprogenta
- Pince Lubet-Barbon



Méchage définitif: préparation 3x3x3

- Pour une mèche:
- Couper une longueur de bande de gaze de 45-50cm de long
- Replier en 3 épaisseurs pour avoir une mèche de 15 cm de long



Méchage définitif: préparation 3x3x3

- Mettre une bonne quantité de Bepanthen Onguent sur toute la longueur de la mèche



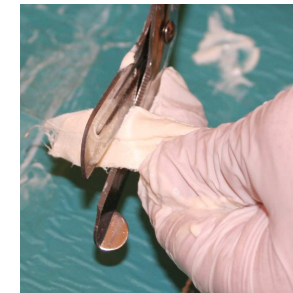
Méchage définitif: préparation 3x3x3

- Replier chaque 1/3 externe vers le milieu



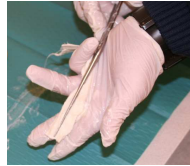
Méchage définitif: préparation 3x3x3

- Enduire la totalité de la mèche avec Bepanthen Onguent
- Puis couper net une des extrémités de la mèche



Méchage définitif: mise en place 3x3x3

- Saisir l'extrémité coupée nette avec la pince Lubet-Barbon
- Introduire la première mèche dans la cavité nasale en étant bien horizontal (parallèle au plan inférieur de cavité nasale)



Méchage définitif: mise en place

- Insérer les 3 mèches l'une sur l'autre (empilement) dans la cavité nasale
- Couper l'extrémité extériorisée à l'extérieur de la fosse nasale des 2 mèches supérieures
- Faire un bouchon en repliant l'extrémité de la mèche inférieure dans l'entrée de la cavité nasale



Méchage définitif: mise en place 3x3x3

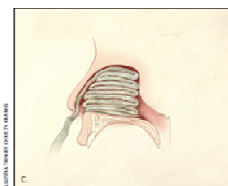
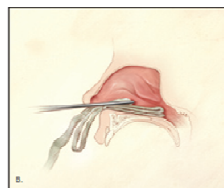
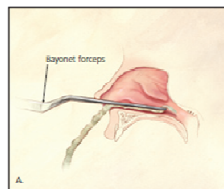


Figure 3. Packing of the anterior nasal cavity using gauze strip impregnated with petroleum jelly. **A.** Gauze is gripped with bayonet forceps and inserted into the anterior nasal cavity. **B.** With a nasal speculum (not shown) used for exposure, the first packing layer is inserted along the floor of the anterior nasal cavity. Forceps and speculum then are withdrawn. **C.** Additional layers of packing are added in an accordion-fold fashion, with the nasal speculum used to hold the positioned layers down while a new layer is inserted. Packing is continued until the anterior nasal cavity is filled.

January 15, 2005 • Volume 71, Number 2

Méchage: complications

- Inconfort pour le patient
- Otite moyenne
- Sinusite
- Nécrose muqueuse nasale et cartilage
- Toxic Shock Syndrome
- Hypoventilation
- Pas de couverture antibiotique d'emblée
 - A considérer si diabète, immunosuppression
 - Augmentin ou Klacid

Epistaxis: Take Home Message

- Prise en charge non spécialisée possible:
 - Le plus souvent antérieur
 - Hémostase possible avec gestes simples
- Reconnaître rapidement les facteurs aggravants
- Anticiper et transférer le patient assez tôt!

Références

- Ear, Nose, and Throat Diseases, Behrbohm / Kaschke / Nawka / Swift, 2010, 3rd edition, Thieme
- UpToDate: Approach to the adult with epistaxis
- Viehweg TL; Roberson JB; Hudson JW. Epistaxis: diagnosis and treatment. *J Oral Maxillofac Surg.* 2006 Mar;64(3):511-8.
- Leong SCL, Roe RJ and Karkanevatos A . No frills management of epistaxis. *Emerg Med J* 2005 22: 470-472
- Kucik CJ; Clenney T. Management of Epistaxis. *Am Fam Physician* 2005 71(2): 305-311
- Krempf GA, Noorily AD. Use of oxymetazoline in the management of epistaxis. *Ann. Otol. Rhinol. Laryngol.* 1995;104(9 Pt 1):704-706.
- Schlosser RJ. Clinical practice. Epistaxis. *N. Engl. J. Med.* 2009;360(8):784-789
- Pollice PA, Yoder MG. Epistaxis: a retrospective review of hospitalized patients. *Otolaryngol Head Neck Surg.* 1997;117(1):49-53.
- Klossek J, Dufour X, de Montreuil CB, et al. Epistaxis and its management: an observational pilot study carried out in 23 hospital centres in France. *Rhinology.* 2006;44(2):151-155.