

<b>Référence : UF2300/47.a</b>		<b>Titre : Prise en charge de l'épistaxis</b>	
Document organisationnel : <input type="checkbox"/> Document opérationnel : <input type="checkbox"/>	<b>SECTEUR EMETTEUR :</b> Service d'Accueil des urgences	Page : 1/66	
		Date d'émission : 17/10/2022 Date dernière révision :	
<b>Rédaction :</b> Nom : BARREAU Guillaume Fonction : Interne	<b>Vérification :</b> Nom : Dr DESCHAMPS Camille Fonction : PHC	<b>Vérification :</b> Nom : Fonction :	
<b>Approbation :</b> Nom : Pr PUJO Jean Marc Fonction : PU-PH	<b>Approbation :</b> Nom : Dr FREMERY Alexis Fonction : Chef de clinique	<b>Approbation :</b> Nom : Fonction :	
<b>Ont collaboré à la rédaction :</b>		<b>Visa qualité :</b>	
<b>Services concernés par application :</b>			
<b>Attention, seule la version numérique de ce document fait foi</b>			



**I- OBJET**

Prise en charge d'une épistaxis

**II- PERSONNES CONCERNÉES**

Médecins, IDE

**III- TEXTE DE REFERENCE**

- Charrier, J-B. "Épistaxis, Spécificités En Médecine d'urgence". SFMU-SUdF (2009)
- Janapala, Rajesh Naidu, Quincy K. Tran, Jigar Patel, Esha Mehta, and Ali Pourmand. "Efficacy of Topical Tranexamic Acid in Epistaxis: A Systematic Review and Meta-Analysis." The American Journal of Emergency Medicine 51 (2022): 169–75. <https://doi.org/10.1016/j.ajem.2021.10.043>
- "RECOMMANDATION POUR LA PRATIQUE CLINIQUE - Prise En Charge Des Épistaxis de l'adulte." Société Française d'Oto-Rhino-Laryngologie et de Chirurgie de la Face et du Cou (2017)
- Collège National des Universitaires de Médecine d'Urgence

Référence :	Titre :	
Document organisationnel : □ Document opérationnel : □	SECTEUR EMETTEUR :	Page :2/6
		Date d'émission : Date dernière révision :

#### IV- DEFINITIONS

L'épistaxis est une hémorragie des muqueuses nasales.

La majorité (>90%) sont des saignements antérieurs originaires de la tache vasculaire.

Dans 85% des cas, elle est idiopathique et bénigne.

#### V- DESCRIPTION

##### V-1. Evaluation initiale

###### **V-1-1. Évaluer la gravité clinique de l'épistaxis**

- abondance du saignement >500cc : souvent surestimée (caractère anxiogène ++)
- durée et répétition du saignement (méchages antérieurs dans les heures/jours précédents)
- traumatisme facial : recherche d'un hématome de cloison ++
- épistaxis postérieure : examen buccal répété, à l'abaisse-langue après rinçage bucco-pharyngé
- épistaxis d'emblée bilatérale
- terrain : patient > 65 ans, traitement anti thrombotique, hémopathie, hypertension artérielle

###### **V-1-2. Évaluer le retentissement hémodynamique**

- sueurs, pâleur, dyspnée
- tachycardie, hypotension artérielle (PAS < 100mmHg avec pression pulsée pincée)

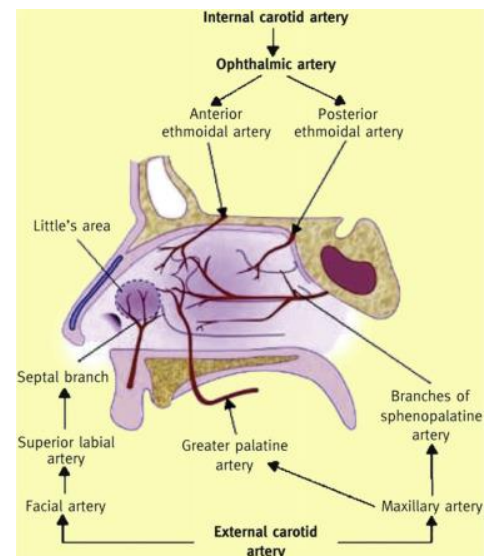
##### V-2. Conduite à tenir

###### **V-2-1. Prise en charge initiale**

- retrait des dispositifs posés par le patient ou son entourage (coton, mouchoir...)
- mouchage énergique des deux fosses nasales (évacuation des caillots contribuant au saignement par fibrinolyse locale) en l'absence de suspicion de fracture de l'orbite associée
- pincement bidigital de l'extrémité antérieure du nez avec le pouce et l'index (compression de la tache vasculaire) prolongée (10 minutes)
- si poussée hypertensive : prise en charge spécifique de l'HTA (Cf protocole)
- si traumatisme facial associé : TDM du massif facial

###### **V-2-2.Épistaxis avec retentissement hémodynamique : installation en SAUV d'emblée**

- HEMOCUE + bilan biologique minimal : hémogramme, bilan de coagulation, bilan pré-transfusionnel, ionogramme sanguin avec créatininémie  
transfusion globulaire si anémie aiguë avec hémoglobine < 7 g/dL  
correction d'éventuels troubles d'hémostase / antagoniser une anticoagulation
- tamponnement antéro-postérieur (voir V-3. Techniques de tamponnement)



Référence :	Titre :	
Document organisationnel : ☐ Document opérationnel : ☐	SECTEUR EMETTEUR :	Page :3/6
		Date d'émission : Date dernière révision :

### V-2-3 Épistaxis bénigne (i.e. pas de signes de gravité)

- compression bidigitale en position demi-assise, la tête légèrement penchée en avant
- si disponible : spray de lidocaïne naphazolinée (vasoconstriction + anesthésie locale si tamponnement ou geste ultérieur)
- alternative : compresse imbibée d'acide tranexamique
- si échec après 30 minutes ou impossibilité de localiser le saignement : tamponnement antérieur avec convocation en consultation ORL dans les 24h
- si tarissement : retour à domicile avec ordonnance de mèches hémostatiques (type COALGAN) et de pommade hémostatique (type HEC)

### V-3. Techniques de tamponnement

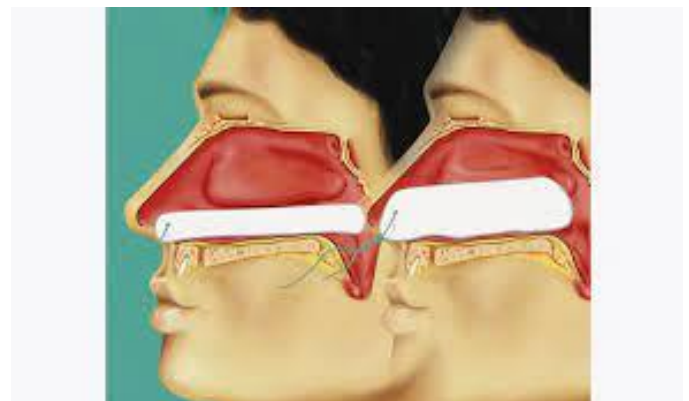
Le tamponnement nasal est un geste qui peut être douloureux et très anxiogène :

- spray ou application d'une compresse imbibée de lidocaïne (naphazolinée si disponible) pendant quelques minutes
- antalgique : Paracétamol systématique, morphinique à considérer ++
- réassurance du patient

#### V-3-1. Tamponnement antérieur non-résorbable

Seuls les tampons non-résorbables sont disponibles aux urgences. Les tampons de 4cm n'ont aucun intérêt, il ne faut utiliser que les mèches plus longues (8-10cm). **Le tamponnement doit être bilatéral.** Leur pose et surtout leur extraction sont généralement douloureuses.

- ouverture de la narine
- introduction du tampon parallèlement au plancher nasal, le plus profond possible
- humidification pour gonflement du tampon au sérum salé isotonique (au cathlon)
- fixation des ficelles à la peau au sparadrap



- /!\ **antibioprophylaxie par Amoxicilline-Ac.Clavulanique (1g/125mg matin et soir) pendant la durée du méchage + 5 jours si durée du méchage >48h ou si indication (valvulopathie, déficit immunitaire...)**
- Convocation en consultation ORL dans les 24h pour déméchage

#### V-3-2. Tamponnement postérieur

Le tamponnement postérieur est indiqué devant une épistaxis grave avec retentissement hémodynamique ou si l'épistaxis persiste (antérieure ou/et postérieure) malgré le tamponnement antérieur bilatéral.

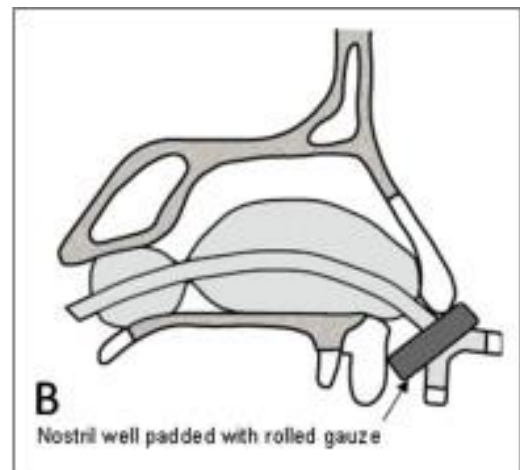
En première intention, il faut utiliser les sondes à double ballonnet. Si celles-ci ne sont pas disponibles aux urgences, il convient alors d'utiliser des sondes uréthro-vésicales de Foley (ch.16).

Ce geste est particulièrement anxiogène/douloureux : ne pas hésiter à utiliser une sédation procédurale.

Référence :	Titre :	
Document organisationnel : □ Document opérationnel : □	SECTEUR EMETTEUR :	Page :4/6 Date d'émission : Date dernière révision :

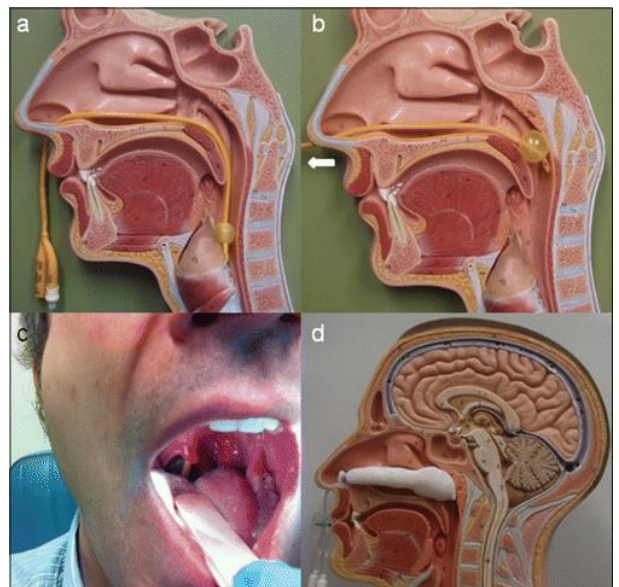
### V-3-2-1. Tamponnement postérieur à la sonde à double ballonnet

- lubrification de l'extrémité de la sonde (vaseline ou lubrifiant hydrosoluble)
- possibilité de monter la sonde à double ballonnet sur une sonde d'aspiration (Ch.14) pour servir de guide
- introduction délicate de la sonde d'aspiration jusqu'à sa visualisation dans l'oropharynx (à l'abaisse-langue ou au laryngoscope)
- insérer la sonde à double ballonnet jusqu'à la garde et retirer la sonde d'aspiration
- gonflement du ballonnet postérieur avec 4 à 8cc d'eau stérile (ou d'air), lentement, afin d'éviter un épisode de brady-systolie, puis gonflement du ballonnet antérieur avec 10 à 25cc d'eau stérile (ou d'air). noter le volume et l'heure de gonflement.
- vérifier l'absence de saignement postérieur après la fixation
- nécessité de l'avis ORL pour prise en charge, hospitalisation pour surveillance et dégonflement progressif du ballonnet (pour éviter la nécrose de la muqueuse nasale)



### V-3-2-2. Tamponnement postérieur à la sonde de Foley

- lubrification de l'extrémité de la sonde (vaseline ou lubrifiant hydrosoluble)
- introduction de la sonde
- vérification du positionnement de la sonde dans l'oropharynx à l'abaisse-langue ou au laryngoscope
- gonflement du ballonnet avec 4 à 6 cc d'eau stérile (ou d'air), lentement, afin d'éviter un épisode brady-systolique. noter le volume et l'heure de gonflement.
- exercer une traction sur la sonde afin d'obstruer la choane et fixation au ras de la narine avec une pince (type clamp de Bahr)
- vérifier l'absence de saignement postérieur après la fixation
- tamponnement antérieur bilatéral
- nécessité de l'avis ORL pour prise en charge, hospitalisation pour surveillance et dégonflement progressif du ballonnet (pour éviter la nécrose de la muqueuse nasale)



Référence :	Titre :	
Document organisationnel : <input type="checkbox"/>	SECTEUR EMETTEUR :	Page :5/6
Document opérationnel : <input type="checkbox"/>		Date d'émission : Date dernière révision :

#### **V-4. Avis spécialisé** (numéro sur liste d'astreinte)

Prendre contact avec l'ORL devant :

- épistaxis postérieure incontrôlée ou récidivante
- tout patient ayant nécessité la mise en place d'un tamponnement postérieur
- épistaxis massive (>500mL)
- épistaxis persistante avec anémie (hémoglobémie <8g/dL)
- épisodes répétés si traitement antithrombotique ou maladie hémorragique
- antécédent d'épistaxis grave
- épistaxis d'origine traumatique persistante après mesures générales (compresses imbibées de lidocaïne naphazolinée si disponible ou acide tranexamique++)

#### **V-5. Cas particuliers**

- épistaxis non sévère d'origine traumatique : prise en charge initiale identique. Si persistance après 30 minutes, appel de l'ORL.
- épistaxis grave d'origine traumatique : risque d'insertion intra-crânienne de la sonde dont l'utilisation peut malgré tout être nécessaire : appel ORL pour réalisation du geste
- épistaxis persistante s'éclaircissant : suspicion de rhinorrhée cérébrospinale sur fracture de l'étage antérieur de la base du crâne.
- épistaxis associée à une exophtalmie pulsatile : suspicion de fistule carotido-caverneuse indiquant une embolisation en urgence.



Référence :	Titre :	
Document organisationnel : <input type="checkbox"/>	SECTEUR EMETTEUR :	Page :6/6
Document opérationnel : <input type="checkbox"/>		Date d'émission :
		Date dernière révision :

## VI- ANNEXES

### VI-1. Algorithmes de prise en charge

