

Item 85 – UE 4

Épistaxis

- I. Rappels
- II. Diagnostic positif et diagnostic de gravité
- III. Diagnostics différentiels
- IV. Conduite à tenir devant une épistaxis
- V. Traitement
- VI. Diagnostic étiologique

Objectifs pédagogiques

Nationaux

- Devant une épistaxis, argumenter les principales hypothèses diagnostiques et justifier les examens complémentaires pertinents.
- Identifier les situations d'urgence et planifier leur prise en charge.

Collège français des enseignants d'ORL

- Suspecter le siège d'une épistaxis et savoir déterminer le retentissement général.
- Connaître les principes des gestes d'hémostase locaux d'une épistaxis.
- Savoir rechercher la cause d'une épistaxis locale ou générale.
- Connaître le risque vital d'une épistaxis post-traumatique de grande abondance et savoir évoquer le siège des lésions.

Une épistaxis est un écoulement sanglant provenant des cavités nasales.

Ce saignement est très fréquent et la plupart du temps bénin. Dans certains cas, il peut devenir, par son abondance, sa répétition ou la fragilité du terrain, une véritable urgence médicochirurgicale.

Tantôt l'épistaxis constitue toute la maladie (épistaxis essentielle du jeune due à des ectasies de la tache vasculaire situées à la partie antéro-inférieure de la cloison nasale), tantôt elle est le symptôme révélateur, tantôt la complication de nombreuses affections.

I. Rappels

Certaines caractéristiques anatomiques, voire histologiques, de la muqueuse des fosses nasales, notamment de sa vascularisation, sont essentielles à connaître pour comprendre les origines et la prise en charge des épistaxis.

A. Muqueuse

La muqueuse des fosses nasales, ou muqueuse pituitaire, recouvre les parois ostéo-cartilagineuses des cavités nasales. Elle a comme particularité d'être fine, au contact direct du squelette, et richement vascularisée — trois caractéristiques expliquant la fréquence des épistaxis.

Comme toutes les muqueuses, celle des fosses nasales est composée de trois couches :

- un épithélium, composé d'une monocouche cellulaire ;
- une membrane basale ;
- un chorion, lui-même composé de trois couches. De la superficie vers la profondeur, il y a la couche lymphoïde, la couche glandulaire et la couche vasculaire avec l'ensemble du réseau artérioveineux.

B. Vascularisation

1. Système artériel

La vascularisation artérielle des fosses nasales est tributaire des deux systèmes carotidiens (l'artère carotide externe et l'artère carotide interne). Il existe des anastomoses nombreuses entre des artéioles issues des deux systèmes carotidiens. Ces artéioles sont dépourvues de membrane élastique interne : elles ont donc un pouvoir contractile plus faible lors d'une blessure.

L'artère sphéno-palatine est l'artère principale des fosses nasales. C'est la branche terminale de l'artère maxillaire interne (issue de l'artère carotide externe), qui prend le nom de sphéno-palatine lors de son passage au niveau du foramen sphéno-palatin. Elle se divise en deux branches :

- une branche externe, l'artère des cornets : elle donne les artères du cornet moyen (ou artère nasale moyenne) et du cornet inférieur (ou l'artère nasale inférieure) ;
- une branche interne, l'artère de la cloison : elle donne l'artère du cornet supérieur et les artères septales.

L'artère de la sous-cloison, branche de l'artère faciale (elle-même branche de l'artère carotide externe), vascularise également la partie antéro-inférieure de la cloison. Elle s'anastomose avec l'artère de la cloison et avec les rameaux de l'ethmoïdale antérieure.

Les artères ethmoïdales, branches de l'artère ophtalmique (elle-même branche de l'artère carotide interne), issues de l'orbite, passent dans les trous ethmoïdaux, traversent la lame criblée, et atteignent la partie haute des fosses nasales :

- l'artère ethmoïdale postérieure vascularise la région olfactive de la muqueuse ;
- l'artère ethmoïdale antérieure se distribue à la portion pré-turbinale de la paroi externe et au sinus frontal.

2. Tache vasculaire

La tache vasculaire est une zone d'anastomose de trois systèmes artériels : l'artère ethmoïdale antérieure, l'artère sphéno-palatine et l'artère faciale (*via* l'artère de la sous-cloison). Aussi dénommée « tache vasculaire de Kiesselbach », elle est située sur la partie antérieure du septum nasal et est la principale zone d'épistaxis ([figure 1.1](#)).

3. Système veineux

Le système veineux se distribue en trois couches au niveau muqueux :

- un réseau profond, périosté et périchondral (drainant les parois osseuses et cartilagineuses) ;
- un réseau superficiel, sous-épithélial ;
- un réseau central correspondant au système caverneux (ensemble de sinus veineux) : prédominant au niveau du cornet inférieur et de la tête du cornet moyen, il permet, grâce à des veines riches en fibres musculaires lisses, la turgescence de la muqueuse nasale.

Satellites des artères, les veines suivent ensuite trois voies différentes :

- les veines postérieures (sphéno-palatines) traversent le trou sphéno-palatin et se jettent dans les plexus veineux maxillaires internes ;
- les veines supérieures (ethmoïdales) rejoignent la veine ophtalmique ;
- les veines antérieures, *via* les veines de la sous-cloison, se jettent dans la veine faciale.

Enfin, les veines des fosses nasales présentent des anastomoses abondantes avec le système artériel.

II. Diagnostic positif et diagnostic de gravité

Devant une épistaxis, des problèmes de quatre ordres se posent :

- la reconnaître ;
- en préciser l'abondance et le retentissement ;
- en rechercher l'étiologie ;
- assurer l'hémostase.

Un interrogatoire rapide et concis permet d'orienter l'étiologie et la prise en charge.

Deux tableaux cliniques peuvent être schématiquement individualisés.

A. Épistaxis bénigne

L'écoulement est peu abondant, se faisant goutte à goutte par la narine, au début presque toujours unilatéral.

L'examen ORL est facile après mouchage, et la rhinoscopie antérieure retrouve le siège du saignement, en général antérieur, au niveau de la tache vasculaire.

Il n'y a pas de retentissement sur l'état général.

B. Épistaxis grave

La gravité d'une épistaxis dépend de facteurs à apprécier en premier lieu. Un interrogatoire rapide du patient va permettre de connaître ses antécédents, son traitement en cours, la durée et l'abondance de l'épisode hémorragique actuel et les facteurs de risque hémorragiques.

Son *abondance* est évaluée moins par le caractère bilatéral ou antéropostérieur de l'épistaxis que par les notions objectives que sont la fréquence cardiaque (pouls), la pression artérielle, les sueurs, la pâleur. L'appréciation du volume saigné est toujours difficile à estimer, fréquemment surestimé par le patient ou l'entourage mais parfois trompeur par défaut car dégluti.

La durée ou la répétition de l'épistaxis doivent être vérifiées pour apprécier la gravité.

L'épistaxis peut s'associer à une pathologie susceptible de se décompenser par la déprivation sanguine telle qu'une coronaropathie ou une sténose carotidienne.

La présence de troubles de la coagulation (tels que la prise de traitement anticoagulant ou antiagrégant) rend parfois le contrôle du saignement plus difficile.

L'examen des cavités nasales est parfois délicat en raison de l'abondance du saignement, fréquemment bilatéral et antéropostérieur.

La prise en charge d'une épistaxis grave nécessitera le plus souvent un tamponnement antérieur ou la mise en place d'une sonde à doubles ballonnets.

III. Diagnostic différentiel

Sont à éliminer :

- hémoptysie : le saignement s'extériorise lors d'efforts de toux ;
- hématomèse : le saignement s'extériorise principalement par la bouche et lors d'efforts de vomissement.

IV. Conduite à tenir devant une épistaxis

L'interrogatoire, l'examen ORL, mais aussi l'examen général et un bilan paraclinique sont indispensables pour en apprécier la gravité et orienter l'étiologie.

A. Interrogatoire

L'interrogatoire du patient et de l'entourage précise :

- l'âge ;
- les antécédents (HTA connue, pathologies cardiovasculaires, maladies hématologiques, insuffisance hépatique, maladie de Rendu-Osler) ;
- la prise de médicaments (aspirine, anticoagulants, antiagrégants) ;
- la durée et l'abondance de l'épisode hémorragique actuel ;
- les éventuels antécédents d'épistaxis.

Le côté du début de l'épistaxis est essentiel à déterminer car les hémorragies bilatérales sont rares. Le saignement peut être antérieur et/ou postérieur.

L'interrogatoire ne doit en aucun cas retarder la prise en charge thérapeutique.

B. Examen général

L'examen est débuté par l'inspection faciale à la recherche de télangiectasies ou d'ecchymoses.

L'examen général permet d'évaluer le retentissement de la spoliation sanguine par :

- la prise du pouls et de la pression artérielle ;
- l'aspect du patient : anxiété, agitation, sueurs, pâleur.

C. Examen ORL

L'examen ORL (rhinoscopie, examen pharyngé), après évacuation des caillots par mouchage, permet :

- d'apprécier l'abondance de l'hémorragie, sa poursuite ou son arrêt ;
- de préciser son siège antérieur ou postérieur ;
- de préciser son origine localisée ou diffuse.

Le méchage des cavités nasales avec Xylocaïne® à la naphazoline durant 10 minutes permet une anesthésie locale et une rétraction muqueuse afin de localiser le saignement (sauf chez le jeune enfant).

D. Examens complémentaires

Il est indispensable de poser rapidement une voie veineuse. Les examens complémentaires sont réalisés en fonction de l'abondance de l'hémorragie et en urgence : groupe-rhésus, recherche d'anticorps irréguliers antiérythrocytaires (RAI), numération sanguine, hématokrite, étude simple de l'hémostase — taux de prothrombine (TP), *International Normalized Ratio* (INR), temps de céphaline activé (TCA) —, hémoglobine. La mesure du temps de saignement peut aider à guider le choix thérapeutique et à déterminer l'étiologie de certaines maladies (par exemple, maladie de Willebrand).

D'autres examens plus spécialisés sont demandés en fonction de l'orientation étiologique, le plus souvent dans un deuxième temps.

V. Traitement

Le choix thérapeutique est adapté à la situation qui doit être soigneusement évaluée : retentissement, facteurs de risque, étiologie, surveillance nécessaire du patient. Cette dernière conditionne la décision de la prise en charge sur place, du transfert en centre spécialisé et de l'hospitalisation.

Le traitement a pour but de :

- stabiliser l'état hémodynamique du patient si nécessaire (transfusion sanguine, oxygène) ;
- tarir l'hémorragie (traitement primaire) ;
- éviter sa reproduction (traitement secondaire) ;
- rechercher une étiologie (dans un deuxième temps).

Il est parfois utile de prescrire un anxiolytique oral ou injectable chez un patient agité et anxieux.

A. Tarir l'hémorragie par hémostase locale

Selon l'importance et la localisation du saignement, une démarche plus ou moins invasive est proposée.

L'examen de la cavité nasale sera réalisé à l'aide d'un endoscope rigide 0° ou 30°, alimenté par une source de lumière froide. L'examen est réalisé d'avant en arrière, en inspectant la cloison nasale, le cornet inférieur, le cornet moyen, la région des méats et le rhinopharynx.

1. Localisation à la tache vasculaire (antérieure)

Peuvent être réalisées :

- une compression digitale simple de l'aile du nez pendant 10 minutes ;
- une compression par tampon hémostatique ;
- une cautérisation de la tache vasculaire :
 - chimique (nitrate d'argent en perle ou liquide, acide chromique) ;
 - électrique (pince bipolaire).

2. Localisation non déterminée (postérieure, diffuse...)

La conduite à tenir est la suivante, par ordre d'escalade thérapeutique :

- tamponnement antérieur de la cavité nasale ;
- tamponnement par ballonnet gonflable hémostatique antérieur et postérieur ;
- tamponnement postérieur ;
- coagulation par voie endonasale des artères sphéno-palatines ou embolisation de ces artères en radiologie interventionnelle ;
- ligature des artères ethmoïdales dans les cas d'épistaxis non contrôlées par les thérapeutiques précédentes (situation rare). Leur embolisation est contre-indiquée car elles sont des branches terminales de l'artère ophtalmique, branches de la carotide interne, entraînant un risque d'hémiplégie ou de cécité ([figure 1.1](#)).

Ces gestes sont associés à d'autres mesures selon les cas particuliers :

- si une HTA est observée dès la prise en charge, il faut savoir répéter les mesures de la tension artérielle après avoir tari l'hémorragie et calmé le patient qui est souvent anxieux devant ces saignements importants (parfois, le recours à un anxiolytique est nécessaire), car la tension artérielle peut être faussement élevée au début de la prise en charge du patient. En revanche, devant une HTA qui persiste, une régulation rapide de la pression artérielle par traitement antihypertenseur adapté est indiquée ;
- pour les patients porteurs d'angiomasose diffuse (cf. *infra* « Diagnostic étiologique ») ou de coagulopathie, les tamponnements sont préférentiellement réalisés avec des tampons résorbables pour réduire le risque de récurrence lors de leur ablation ;
- l'embolisation de l'artère sphéno-palatine et des branches de l'artère faciale est indiquée après échec du tamponnement antéropostérieur ;
- la coagulation du point de saignement à la consultation sous contrôle endoscopique est envisageable si le matériel est disponible. Il est réalisé par l'ORL.

B. Éviter la reproduction de l'hémorragie

Pour cela, il faut :

- rechercher et traiter une cause locale : cautérisation d'une ectasie de la tache vasculaire ;
- rechercher et traiter des facteurs généraux : HTA, coagulopathies, surdosage d'anticoagulants ou d'antiagrégants plaquettaires.

C. Transfusion exceptionnelle

En dehors de perte massive et d'une altération de l'état général, il est préférable de reconstituer les réserves martiales (fer *per os* ou injectable) ou de proposer un traitement par érythropoïétine (EPO).

Points clés

- Une épistaxis essentielle du jeune est traitée par simple compression digitale de quelques minutes de l'aile du nez, puis éventuellement par une cautérisation de la tache vasculaire.
- Une épistaxis grave chez un hypertendu nécessite un tamponnement antérieur, quelquefois postérieur, ou la mise en place de ballonnets hémostatiques, exceptionnellement une embolisation ou une coagulation artérielle par voie endonasale. La correction de l'hypertension par hypotenseur à action rapide est associée devant la persistance de cette HTA après arrêt de l'épistaxis.
- Il est indispensable de tarir l'hémorragie rapidement et de rechercher l'étiologie dans un deuxième temps.

VI. Diagnostic étiologique

On peut opposer des causes spécifiquement ORL, locales (nasales et paranasales), et des causes générales où l'épistaxis n'est qu'un épiphénomène d'une maladie souvent déjà connue, mais qu'elle peut parfois révéler.

A. Épistaxis d'origine locale : épistaxis symptôme

1. Infectieuses et inflammatoires (rares)

Il s'agit des rhinosinusites aiguës.

2. Traumatiques (fréquentes)

Les causes traumatiques sont :

- les corps étrangers ;
- les perforations septales ;
- les traumatismes opératoires :
 - chirurgie rhinosinusienne (turbinectomie, septoplastie, rhinoplastie, polypectomie, méatotomie, Caldwell-Luc, ethmoïdectomie) ;
 - intubation nasale ;
- les traumatismes accidentels :
 - nasal, avec ou sans fracture des os du nez ;
 - fracture du tiers moyen de la face : sinus frontaux.

Attention à deux présentations cliniques dans un cadre traumatique :

- épistaxis et fracture de l'étage antérieur de la base du crâne : fracture frontobasale et rhinorrhée cérébrospinale : épistaxis qui « s'éclaircit » ;
- épistaxis et exophtalmie pulsatile : fistule carotidocaverneuse, gravissime.

3. Tumorales

Les causes tumorales sont à rechercher systématiquement :

- présence de signes associés : obstruction nasale chronique, déficit de paires crâniennes, otite séreuse, exophtalmie ;
- bénignes : fibrome nasopharyngien, angiome de la cloison ([figure 1.2](#)) ;
- malignes : cancers rhinosinusiens, cancers du cavum.

B. Épistaxis d'origine générale : épistaxis épiphénomène, parfois révélatrice

1. Hypertension artérielle

C'est un facteur général à rechercher systématiquement : elle peut être la cause de l'épistaxis, mais elle peut aussi aggraver une autre cause d'épistaxis.

2. Maladies hémorragiques

La perturbation de l'hémostase primaire (temps vasculoplaquettaire, TC normal) fera évoquer :

- capillarites :
 - purpura rhumatoïde ;
 - purpuras immunoallergiques et infectieux (typhoïde, scarlatine, purpura fulminans) ;
- thrombopénies ou thrombopathies :
 - constitutionnelles (Glanzmann, Willebrand) ;
 - médicamenteuses (aspirine, antiagrégants, AINS) ;
 - acquises (insuffisance rénale, hémopathies).

La perturbation des facteurs de la coagulation orientera vers des pathologies :

- congénitales : hémophilie ;
- acquises : anticoagulants, chimiothérapie, insuffisance hépatique, coagulation intravasculaire disséminée (CIVD), fibrinolyse.

3. Maladies vasculaires

Il peut s'agir :

- de la maladie de Rendu-Osler (angiomatose hémorragique familiale autosomique dominante à expressivité variable) ;
- d'une rupture d'anévrisme carotidien intracaverneux.

4. Épistaxis essentielle : épistaxis maladie

Des facteurs favorisants sont à rechercher :

- grattage, exposition solaire, phénomènes vasomoteurs ;
- facteurs endocriniens (épistaxis pubertaire, prémenstruelle, de la grossesse) ;
- artériosclérose.

Note technique

En cas de tumeurs malignes ou de fibrome nasopharyngien, les tamponnements sont à éviter sauf extrême urgence, car ils peuvent entraîner des lésions hémorragiques supplémentaires.

Tamponnement antérieur

La réalisation pratique est la suivante :

- malade assis ;
- mouchage énergique pour évacuer les caillots ;
- lavage des cavités nasales au sérum physiologique froid si besoin ;
- pulvérisation ou méchage de la ou des cavités nasales avec une solution anesthésique locale (Xylocaïne[®] à 5 %) additionnée de naphazoline (sauf chez le jeune enfant) ;
- introduction à l'aide d'une pince (à bouts mousses sans griffe, ou nasale, coudée) d'une mèche grasse de 2 à 5 cm de large. La pince saisit la mèche à 10-15 cm de son extrémité (pour éviter sa chute dans le pharynx à travers la choane) et est enfoncée jusqu'à la partie postérieure de la fosse nasale. La mèche est ensuite bien tassée en accordéon d'arrière en avant jusqu'à la narine, en suivant le plan du plancher nasal ([figure 1.3](#)) ;
- contention de l'extrémité antérieure du tamponnement par un ruban adhésif sur l'orifice narinaire ;
- le tamponnement est retiré après 24 ou 48 heures, après correction des facteurs favorisants ;
- l'antibiothérapie n'est pas nécessaire ;
- la mèche grasse peut être remplacée par un tampon ou une mèche hémostatique selon la disponibilité et les habitudes ;
- en cas de coagulopathie, une mèche résorbable (par exemple, Surgicel[®]) est souhaitable pour éviter la reprise du saignement lors de son ablation ([figure 1.4](#)).

Mise en place d'un ballonnet hémostatique

La réalisation pratique est la suivante :

- ballonnet simple :
 - il est introduit, dégonflé, dans la cavité nasale en suivant le plan du plancher nasal. Il est ensuite gonflé avec du sérum physiologique à l'aide d'une seringue à une pression juste suffisante pour arrêter le saignement tout en vérifiant que son extrémité ne fait pas hernie dans l'oropharynx ;
 - il est laissé en place moins de 24 heures, en le dégonflant si possible toutes les 6 à 8 heures ;
- sonde à double ballonnet : tamponnement antéropostérieur. Elle remplace de plus en plus le classique tamponnement postérieur en cas d'hémorragie importante. La sonde est introduite jusque dans le cavum, le ballonnet postérieur est gonflé avec du sérum physiologique modérément pour le bloquer dans la choane. On gonfle ensuite le ballonnet antérieur dans le vestibule narinaire pour isoler la cavité nasale.

Les ballonnets hémostatiques doivent faire partie de la trousse d'urgence de tout médecin.

Tamponnement antéropostérieur

En principe, il est réalisé par le spécialiste ORL, mais il est de plus en plus remplacé par la mise en place de sonde à double ballonnet. Il est douloureux et nécessite une anesthésie générale.

La réalisation pratique est la suivante :

- introduction par la narine dans la ou les cavités nasales d'une sonde molle, jusque dans le pharynx, où son extrémité est repérée et tirée par la bouche à l'aide d'une pince ;
- fixation à cette extrémité des deux longs fils reliés à un tampon de gaze serré, qui est introduit par voie buccale ;
- la sonde, retirée par le nez suivant le mouvement inverse de son introduction, entraîne les fils qui sortent par l'orifice narinaire et le tampon qui se bloque dans la choane (aidé par un doigt qui le guide derrière le voile et dans le cavum) ;
- un tamponnement antérieur est ensuite effectué en maintenant une traction sur le tamponnement postérieur ;
- les fils du tampon postérieur sont noués sur un tampon placé devant l'orifice narinaire pour bloquer les méchages dans la cavité nasale.

Points clés

- La tache vasculaire est la réunion de plusieurs artères issues du système carotidien externe et interne :
 - de l'artère carotide externe naît : l'artère maxillaire interne qui en est une des deux branches terminales (avec la temporale). Celle-ci passe en arrière du sinus maxillaire et rentre dans le nez à travers le foramen sphéno-palatine, et donne alors son artère terminale, l'artère sphéno-palatine. Cette dernière donne plusieurs branches, notamment une branche septale qui rejoint la tache vasculaire, et l'artère faciale qui va donner l'artère de la sous-cloison qui remonte vers la tache vasculaire à travers la lèvre supérieure ;
 - de l'artère carotide interne naît l'artère ophtalmique qui donne les artères ethmoïdales antérieure et postérieure qui vont rejoindre la tache vasculaire.
- Les premières mesures à prendre en cas d'épistaxis sans gravité sont toujours les mêmes. On commence **toujours** par décailloter (les caillots sont pourvoyeurs de saignement du fait de la fibrinolyse), par aspiration et/ou mouchage. Par la suite, il faut faire une compression digitale de l'aile du nez **10 minutes**.
- **Il faut localiser autant que possible le saignement**. En effet, la prise en charge d'une hémorragie de la tache vasculaire, antérieure, ne sera pas la même que pour une épistaxis postérieure. La coagulation de la tache vasculaire n'est pas recommandée en urgence si le tamponnement suffit. L'injection de vitamine K n'est ici pas recommandée (cf. recommandations de l'HAS 2008, « Prise en charge des surdosages en vitamine K en ville et en milieu hospitalier »).
- Si après deux méchages antérieurs inefficaces, le patient continue à extérioriser du sang par la bouche, On se trouve dans le cadre d'une épistaxis postérieure non contrôlée par méchage antérieur. Un méchage antéropostérieur est nécessaire. Actuellement, on utilise souvent une sonde double ballonnet.
- Lorsque le méchage postérieur s'avère insuffisant (généralement après 48 heures de méchage), on décide de passer au stade supérieur. La première étape va consister à

ligaturer ou coaguler l'artère sphéno-palatine par voie endonasale ou de la faire emboliser en neuroradiologie. La discussion est spécialisée et affaire d'écoles. La ligature des ethmoïdales ne se discutera qu'après échec de ces premières mesures. **On n'embolise classiquement pas les artères ethmoïdales !** En effet, celles-ci étant issues du système carotidien interne, il y a un risque d'AVC et de cécité.

- La prise en charge d'un accident hémorragique grave chez un patient sous AVK est toujours la même, à savoir arrêt des AVK et injection de 10 mg de vitamine K + concentrés de complexes prothrombiniques (CCP ou PPSB). L'objectif INR est inférieur à 1,5. On recontrôle alors l'INR à 30 minutes. Si c'est insuffisant, une nouvelle dose de complexes prothrombiniques est faite, et ainsi de suite. La transfusion de plaquettes ne s'envisagerait que si les plaquettes étaient inférieures à 50 G/l. La transfusion de globules rouges est nécessaire chez un patient présentant une cardiopathie ischémique. L'objectif sera de toute façon d'avoir un taux d'hémoglobine supérieur à 7 g/dl dans tous les cas, et 10 g/dl chez un patient cardiopathe.

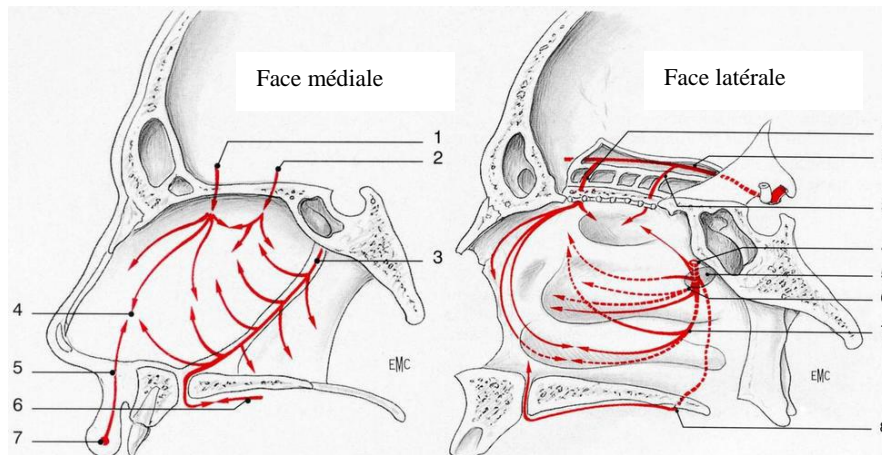


Fig. 1.1.

Vascularisation des fosses nasales.

Sur la face médiale (cloison nasale), des branches du système carotidien interne (artère ethmoïdale antérieure (1), artère ethmoïdale postérieure (2)), viennent communiquer avec des branches de l'artère carotide externe (artère nasopalatine (3), artère de la sous-cloison (5) — branche de l'artère faciale —, artère palatine supérieure (6)), au niveau de la tache vasculaire (4), siège habituel des épistaxis antérieures. En effet, la tache vasculaire est la zone d'anastomose de trois systèmes artériels : artères ethmoïdales, artère nasopalatine, artère faciale (par l'artère de la sous-cloison).

Sur la face latérale, le système carotidien interne donne naissance à l'artère ethmoïdale antérieure (1) et à l'artère ethmoïdale postérieure (3), toutes deux branches de l'artère ophtalmique (2). Le système carotidien externe donne naissance à l'artère nasopalatine (4), branche de l'artère sphéno-palatine au travers du foramen sphéno-palatine (5) (zone de saignement fréquente dans les épistaxis postérieures), l'artère sphéno-palatine donnant trois branches collatérales : l'artère du cornet moyen (6), l'artère du cornet inférieur (7), l'artère palatine supérieure (8).

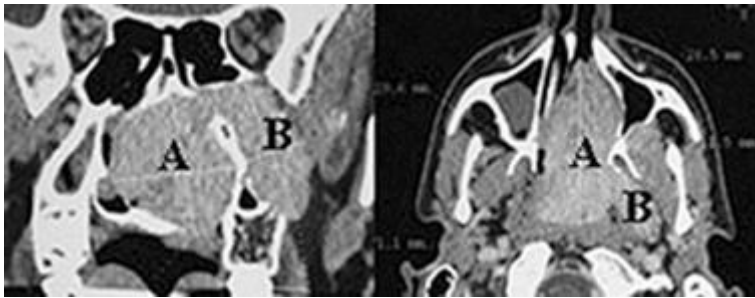


Fig. 1.2.

Scanner chez un patient présentant un fibrome nasopharyngien.

À droite, coupe frontale ; à gauche, coupe axiale. Le fibrome a un contingent nasal et nasopharyngé (A) et un contingent dans la fosse ptérygomaxillaire (B), les deux contingents communiquant par un élargissement de la fente sphéno-palatine, siège de départ de ce type de tumeur.

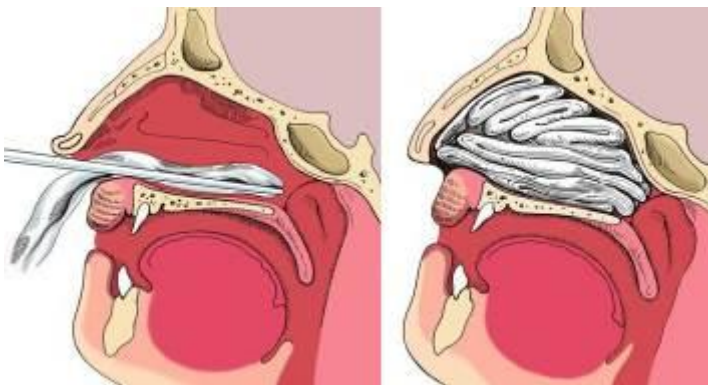


Fig. 1.3.

Réalisation d'un tamponnement antérieur de la fosse nasale.

La mèche est introduite dans la cavité nasale progressivement, permettant une compression des parois nasales.

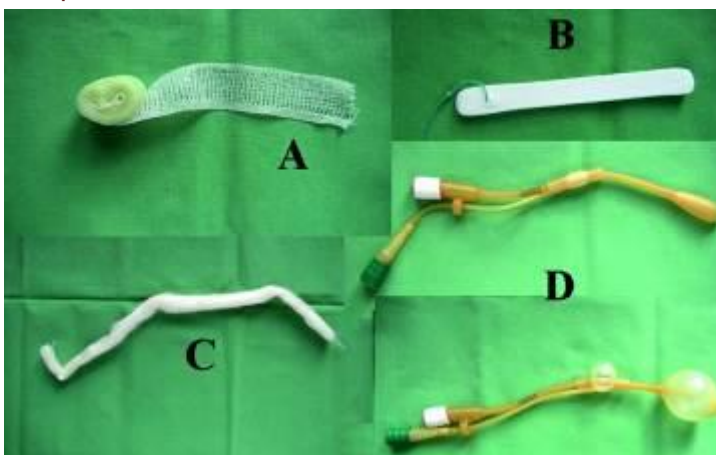


Fig. 1.4.

Différents matériels utilisables pour réaliser un tamponnement antérieur.

A. Mèche grasse. **B.** Éponge de Merocel® (qui va augmenter de volume au contact des liquides, permettant une compression). **C.** Mèche contenant des alginate : action mécanique et locale des alginate. **D.** Ballonnet gonflable (action mécanique).