

Conf n°2 : Infections naso-sinusiennes, Epistaxis

I - Epistaxis

Vascularisation des fosses nasales

→ carotide externe +++ (artère sphéno-palatine)

→ carotide interne : artères ethmoïdales

→ anastomose des 2 systèmes au niveau de la tache vasculaire

a - Présentations cliniques

- **bénigne** : la plus fréquente ++
 - pas de retentissement sur l'état général
 - TTT local
- **grave** : par son abondance, sa répétition ou le terrain

Diag diff : hémoptysie et hématurie

/!\ l'abondance est souvent méjugée ! (on ne peut pas quantifier la quantité de sang extériorisées)

b - Etiologies

1. Epistaxis idiopathique (la plus fréquente ++)

- sujet jeune
- saignement fav par : grattage, exposition solaire, efforts
- diminue après la puberté

2. Maladies hémorragiques

- troubles de l'hémostase : perturbation du TS (Aspirine), perturbation de la coag Iir (AVK, Hépatine)
- origine vasculaire (bilan de coag normal) : capillarites, diabète...

3. Tumeurs

- Bénignes : Fibrome naso-pharyngien (garçon de 12-20ans, tumeur vascularisée ++ framboisée choanale, PAS de biopsie !!!) → très rare
- Malignes : CE (fosses nasales), adénocarcinome (ethmoïde), indifférencié (cavum)

4. Maladies infectieuses ou inflammatoires :

- Origine locale : rhinite, rhino-sinusite, grippe
- origine générale

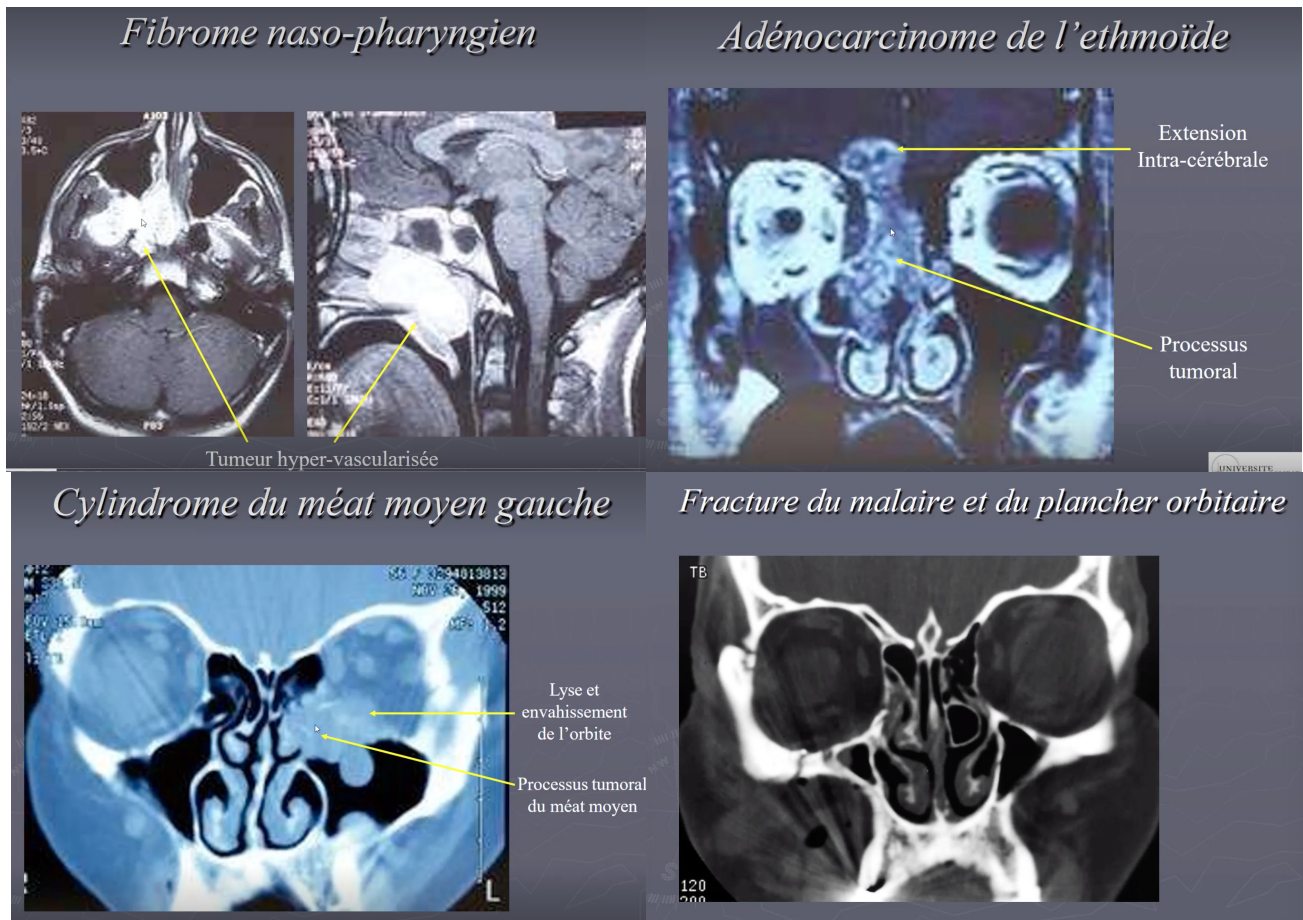
5. causes traumatiques :

- traumatismes internes : corps étranger, grattage intempestif, opératoire...
- Externes : trauma nasal (hématome de la cloison = urgence chirurgicale), massif facial (scanner ++)...
 - /!\ Epistaxis qui s'éclaircit → fuite de LCR !!!

6. Etiologies générales : HTA +++, ± Grossesse (bof)

Sujet type présentant une épistaxis : **sujet âgé hypertendu sous anticoagulants / antiagrégants ++**

c - Imageries



d – CAT

1. Interrogatoire (rapide) : prises médicamenteuses ++
2. Examen général : pouls, TA, signes de choc
3. Examen clinique : après mouchage pour évacuer les caillots
4. ± Bilan paraclinique : groupe sanguin, Rh, RAI, hémostase, NFS, plaquettes
5. Calmer le patient, position semi-assise

e – Epistaxis sévère

Qu'est-ce qu'une épistaxis sévère ?

- antéro-postérieure d'emblée : regarder au fond de la gorge à l'examen clinique
- bilatérale : quel est le côté qui a commencé à saigner +++ (à TTT en 1er)
- retentissement sur l'état général

CAT :

- NFS, TP, TCA, Fg, INR, Gp Rh RAI, iono, creat
- rechercher le choc
- hospitaliser
- transfusion si Hb < 7 g/dL (10 si insuffisance coronaire)

f – Prise en charge de l'épistaxis

1ere intention :

- TOUJOURS :
 - moucher (évacuer les caillots qui activent la fibrinolyse)
 - compression bidigitale pdt 10min (!\ ne pas pincer sur l'os mais sur le cartilage) tjrs la tête penchée en avant
 - position demi-assise avec la tête penchée en avant
- Si échec :
 - anesthésie + vasoconstriction : mèche de xylo naphazolinée < 30 min, TTT temporaire, à retirer ++ (CI = épilepsie non contrôlée)
 - Endoscopie => localiser le saignement : 70%
 - si saignement localisé : tache vasculaire => cautérisation chim > élec + pommade HEC et RAD
 - si saignement non-localisé/échec de la cautérisation => méchage
 - = tamponnement antérieur
 - résorbable : surtout si trouble de l'hémostase
 - mèche hémostatique (Surgicel) surtout
 - non-résorbable => /\ déméchage – durée 2-3j
 - Algostéril surtout, Jelonet, Merocel
 - + acide tranexanique (Exacyl)
 - TOUJOURS parallèle au plancher des fosses nasales !!



2e intention :

- = tamponnement postérieur (cavum) :
 - Sonde Double Ballonnet > Sonde Urinaire > packing (ne se fait plus)
 - si échec du tamponnement antérieur bilatéral
 - Hospitaliser, laisser en place 2-3j, dégonfler progressivement à 1-2j
 - 100% efficace (fosses nasales isolées) mais n'arrête pas le saignement en soit, et très douloureux (morphine)

Risque infectieux (=> ATB) :

- si :
 - tampon non-résorbable > 48h
 - récurrence d'épistaxis et 2e méchage
 - ID, valvulopathie
- Durée du méchage + 5j
- Augmentin, Clarithromycine si CI

3e intention :

- Embolisation :
 - Carot externe => artère maxillaire ++ (=> artère sphéno-palatine) + artère faciale
 - JAMAIS Carot interne : les artères ophtalmiques ou ethmoïdales
 - 1er temps diagnostic
 - 0,5% de complication
 - si saignement abondant post-traumatique : intuber, tamponner, angioTDM (rechercher une lésion de la carotide interne)
- Chirurgie :
 1. ligature artères sphéno-palatines (voie endonasale)
 2. ligature artère ethmoïdale antérieure (voie canthale interne)
 3. si échec : coagulation élective endonasale ± ethmoïdectomie

1 ^{er} Palier	Interrogatoire Exam Physique (TA, abaisse langue) Mouchage Compression Bi-digitale + Glaçons Mouchage Méchage à la xylo-napha (20min) Retrait de la mèche de xylo-napha <i>Endoscopie</i> <i>Cautérisation</i> Tamponnement antérieur	
2 ^{ème} Palier	Tamponnement antéro-postérieur	
3 ^{ème} Palier	Embolisation	Chirurgie

Maladie de Rendu-Osler :

- angiomatose héréditaire (AD)
- télangectasies cutanéomuqueuses
- malformations artérioveineuses
- anémie chronique (car saignements répétés)
- pas de trouble de la coag (maladie anatomique des vaisseaux)
- Eviter le méchage +++

II – Infections naso-sinusiennes de l'enfant et de l'adulte

a - Rhinopharyngite

Def : infection des fosses nasales et du pharynx

- presque toujours virale
- fréquent chez l'enfant, hivernale
- clinique : fébricule, obstruction nasale, éternuements, rhinorrhée claire puis sale ± toux, ± otalgie
- guérit spontanément en 1 semaine
- PEC : PAS D'ATB ++, TTT symptomatique (lavages de nez...)
- attention aux convulsions chez l'enfant
- si reprise fébrile vers J3-4 sous TTT : rechercher une infection bactérienne (OMA, sinusite, adéno-phlegmon) *car obstruction des orifices qui se drainent dans les fosses nasales*

b - Sinusite

Def : inflammation d'un ou plusieurs sinus

Toute sinusite

=> **penser aux causes dentaires**

=> **rechercher une complication orbitaire et neuro**

=> **TTT par augmentin sauf la sinusite maxillaire simple d'origine rhinogène ou sinusite compliquée**

Origine :

- virale ++++ ou bactérienne
- rhinogène ou dentaire (granulome apical, kyste radiculo-dentaire)

Physiopath : disparition du mvt mucociliaire qui fav l'adhésion des bactéries et leur multiplication
=> dépression endosinusienne donc aspiration des bactéries dans le sinus => drainage sinusien compromis par œdème ostial => prolifération des bactéries dans le sinus

sinusite rhinogène : dans l'évolution d'une rhinopharyngite virale

- rhinorrhée purulente, uni/bilatérale
- reprise de la fièvre +++
- douleur faciale pulsatile (tête en bas +++)
- douleur à la pression +++

sinusite dentaire : caractère UNILATERAL

Critères diagnostiques : au moins 2 des 3 critères majeurs :

1. Douleur >= 2 jours, réponse au TTT
 2. caractéristiques de la douleur (pulsatile, nocturne, procubitus)
 3. augmentation de l'abondance et de la purulence de la rhinorrhée
- Critères mineurs associés qui renforcent la suspicion :
- fièvre qui persiste au 3e jour d'évolution
 - obstruction nasale, éternuements, gêne pharyngée, toux > 10j

Imageries :

- Pas d'indication à la radio
- Scanner : uniquement si complications, échec du TTT ou suspicion d'origine dentaire (symptomatologie unilatérale) pour rechercher la dent incriminée
- IRM : exceptionnelle (sinusite sphénoïdale, complications)

Autres formes cliniques :

- sinusite maxillaire : aigue bloquée (arrêt de la rhinorrhée et augmentation de la douleur car le pus ne peut plus s'écouler), sur hémosinus ou compliquant une tumeur sinusienne
- sinusite ethmoïdo-frontale
- sinusite sphénoïdale

Complications :

- Orbitaires : la classique ethmoïdite
 - forams neuro-vasculaires
 - déhiscence de la lame papyracée
- Méningites isolées en l'absence d'ostéite extensive
- Ostéite ++ : sur os vascularisé (frontal, sphénoïde)
 - à l'origine d'abcès ou de cellulite faciale/d'emphysème sous dural, de thrombophlébite...

3 Buts du TTT :

1. Rétablir la perméabilité du méat
 - Corticothérapie : non recommandés mais fonctionnent en pratique, que avec ATB, 1mg/kg pendant 3-5j le matin
2. Favoriser le drainage du sinus
 - Vasoconstricteurs (avec précautions) suivis de lavages
3. Traiter l'infection
 - Pneumocoque et Hémophilus
 - Augmentin (sauf maxillaire simple rhinogène ou complications)

Chez l'enfant :

- avant 6 ans : seuls sinus = ethmoïdaux
- Après 6 ans : sinusites maxillaires
- Rhinopharyngites dans 99% des cas, donc pas d'ATB ++

Ethmoïdite aigue : enfants de 2-3 ans, complication d'une rhinopharyngite banale

- Formes aigues : non-extériorisées ou extériorisées (cellulite orbitaire, formes abcédées)
- Forme non-extériorisée : fièvre, œdème du canthus interne et des paupières, douleur à la pression de l'angle interne, rhinorrhée purulente homolatérale
 - ATB + lavages de nez
 - Tester l'oculomotricité + RPM pour ne pas méconnaître une complication orbitaire
 - Scanner si doute/suspicion d'une complication orbitaire (avec injection)
- Forme extériorisée :
 - Cellulite orbitaire : exophtalmie absente ou réductible, FO normal, pas d'anesthésie cornéenne ni mydriase, TTT med ± chir
 - Formes abcédées : exophtalmie réductible, mydriase, anesthésie cornéenne, BAV
 - germes : H. influenza, Staph Aureus, Pneumocoque, Strepto A
 - TTT chir urgent
- Diag diff : conjonctivite aigue (pus devant l'oeil), dacryocistite (inflammation de la voie

lacrymale)

- TTT : Hospit, VVP, ATB IV large spectre, AINS, soins de l'oeil ± chirurgie

A retenir des sinusites aiguës :

- Diag difficile, radios inutiles
- interrogatoire +++
- origine dentaire (unilat) ou rhinogène (bilat)
- Ethmoïdites chez l'enfant

Sinusites chroniques :

- polyposse nasosinusienne : obstruction nasale, rhinorrhée, hyposmie
 - TTT de fond : lavages de nez + corticoïdes nasaux
 - Evol par poussées, Cortico voie générale (per os) pdt les poussées
 - si > 3-4 poussées/an, chir : polypectomie + méatotomie (élargir le méat moyen) + ethmoïdectomie pour (drainer le sinus ethmoïde)
 - Scanner : complément complet des sinus D et G
 - SDR de Widal = Asthme + polyposse nasosinusienne + intolérance à l'aspirine
- Sinusite chronique d'origine dentaire : truffe aspergillaire (au scanner : centre blanc, entouré de gris)
 - sinusites à répétition
 - épaississement osseux au scanner car chronique

6 questions à l'interrogatoire d'une pathologie nasale : Anosmie, Douleur, Obstruction nasale, Rhinorrhée (ant et post), Epistaxis, Eternuements (*mnémo ADOREE*)