



Disponible en ligne sur

ScienceDirect  
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France

EM|consulte  
www.em-consulte.com



Recommandations de la SFORL

## Recommandation de la SFORL. Prise en charge des épistaxis de l'adulte en deuxième intention<sup>☆</sup>



B. Verillaud<sup>a,\*</sup>, L. Robard<sup>b</sup>, J. Michel<sup>c</sup>, V. Prulière Escabasse<sup>d</sup>, E. Béquignon<sup>e</sup>, L. Crampette<sup>f</sup>, O. Malard<sup>g</sup>, Groupe de travail de la SFORL, O. Malard<sup>h</sup>, . Crampette<sup>i</sup>, M. Achache<sup>j</sup>, M.Y. Alaoui Lamrani<sup>k</sup>, . Ardillon<sup>l</sup>, E. Babin<sup>m</sup>, C. Bal Dit Sollier<sup>k</sup>, E. Béquignon<sup>n</sup>, M. Borsik<sup>o</sup>, L. Castillo<sup>p</sup>, A. Coste<sup>q</sup>, C. Debry<sup>r</sup>, P. Dessi<sup>j</sup>, . Drouet<sup>k</sup>, X. Dufour<sup>s</sup>, S. Dupuis-Girod<sup>t</sup>, F. Faure<sup>t</sup>, P. Gallet<sup>u</sup>, R. Guldman<sup>r</sup>, E. Houdart<sup>k</sup>, R. Jankowski<sup>u</sup>, F. Jegoux<sup>v</sup>, S. Leble<sup>v</sup>, J. Michel<sup>j</sup>, G. Mortuaire<sup>w</sup>, E. Mouchon<sup>x</sup>, C. Page<sup>y</sup>, V. Prulière Escabasse<sup>n</sup>, . Robard<sup>m</sup>, A. Roux<sup>l</sup>, J.-P. Saint Maurice<sup>k</sup>, G. Sarlon<sup>j</sup>, V. Strunski<sup>y</sup>, V. Trevillot<sup>i</sup>, B. Verillaud<sup>k</sup>, P. Vironneau<sup>k</sup>

<sup>a</sup> Service d'ORL, hôpital Lariboisière, université Paris 7, AP-HP, 2, rue Ambroise-Paré, 75010 Paris, France

<sup>b</sup> Service d'ORL, CHU Côte de Nacre, 14000 Caen, France

<sup>c</sup> Service d'ORL, université d'Aix-Marseille, CHU Timone, AP-HM, 13000 Marseille, France

<sup>d</sup> Service d'ORL, hôpitaux H.-Mondor, Assistance publique-Hôpitaux de Paris, centre hospitalier intercommunal de Créteil, 94000 Paris, France

<sup>e</sup> Service d'ORL, université Paris Est Créteil, centre hospitalier intercommunal de Créteil, 94000 Créteil, France

<sup>f</sup> Service d'ORL, CHU Gui de Chauliac, 34000 Montpellier, France

<sup>g</sup> Service ORL, CHU de Nantes, 44000 Nantes, France

<sup>h</sup> 44000 Nantes, France

<sup>i</sup> 34000 Montpellier, France

<sup>j</sup> 13000 Marseille, France

<sup>k</sup> 75010 Paris, France

<sup>l</sup> 37000 Tours, France

<sup>m</sup> 14000 Caen, France

<sup>n</sup> 94000 Créteil, France

<sup>o</sup> 60200 Compiègne, France

<sup>p</sup> 06000 Nice, France

<sup>q</sup> 94000 Creteil, France

<sup>r</sup> 67000 Strasbourg, France

<sup>s</sup> 86000 Poitiers, France

<sup>t</sup> 69000 Lyon, France

<sup>u</sup> 54000 Nancy, France

<sup>v</sup> 35000 Rennes, France

<sup>w</sup> 59000 Lille, France

<sup>x</sup> 31000 Toulouse, France

<sup>y</sup> 80000 Amiens, France

### INFO ARTICLE

Mots clés :

Épistaxis

Embolisation

Artère sphéno-palatine

Artère ethmoïdale

### RÉSUMÉ

**Objectif.** – Les auteurs exposent les recommandations de la Société française d'oto-rhino-laryngologie et de chirurgie de la face et du cou (SFORL) concernant la prise en charge des épistaxis en deuxième intention, c'est-à-dire après échec du tamponnement antérieur et/ou du tamponnement antéro-postérieur.

**Méthodes.** – Un groupe de travail multidisciplinaire a été chargé d'effectuer une revue de la littérature scientifique sur la thématique étudiée. À partir de ces textes et de l'expérience de chacun, des recommandations ont été rédigées, puis relues par un groupe de lecture indépendant du groupe de travail. Une réunion de synthèse a permis d'aboutir au texte final. Les recommandations proposées ont été classées en grade A, B, C ou accord professionnel selon un niveau de preuve scientifique décroissant.

DOI de l'article original : <http://dx.doi.org/10.1016/j.anorl.2016.09.009>.

<sup>☆</sup> Ne pas utiliser pour citation la référence française de cet article mais celle de l'article original paru dans *European Annals of Otorhinolaryngology Head and Neck Diseases* en utilisant le DOI ci-dessus.

\* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : [benjamin.verillaud@gmail.com](mailto:benjamin.verillaud@gmail.com) (B. Verillaud).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.aforl.2016.07.007>

1879-7261/© 2016 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

**Résultats.** – Il est recommandé que l'embolisation artérielle soit effectuée par un neuroradiologue expérimenté disposant d'un plateau technique dédié et du matériel adapté afin de limiter le risque de complications. Il est recommandé d'effectuer une angio-TDM du crâne et des TSA avant embolisation dans le cas d'une épistaxis post-traumatique avec suspicion de lésion de l'artère carotide interne. En cas d'épistaxis persistante malgré l'hémostase endoscopique sphéno-palatine, il est recommandé d'effectuer l'hémostase de l'artère ethmoïdale antérieure par voie canthale interne, avec éventuellement une progression assistée par l'endoscope. Il est recommandé en cas d'épistaxis résistante aux procédures chirurgicales et neuroradiologiques habituelles d'effectuer une exploration chirurgicale des fosses nasales et de l'ethmoïde, avec une coagulation élective en cas de saignement en provenance d'une branche artérielle secondaire, voire une ethmoïdectomie en cas de saignement non systématisé. Un arbre décisionnel a été élaboré pour orienter la stratégie thérapeutique de prise en charge d'une épistaxis en deuxième intention.

© 2016 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

## 1. Introduction

L'épistaxis est un motif fréquent de consultation aux urgences ORL : dans une étude portant sur 20 563 patients accueillis à la grande garde d'urgences ORL adultes de Paris et d'Île-de-France, 11,5 % des patients consultaient pour une épistaxis, et 13 % d'entre eux ont dû être hospitalisés (dont un sur dix d'emblée en réanimation). Au total, les épistaxis représentaient 24,57 % des motifs d'hospitalisation : il s'agissait ainsi de la première cause d'hospitalisation en urgence [1]. Le rapport 2015 de la Société française d'ORL (SFORL) a permis de faire un état de l'art sur la physiopathologie, les étiologies, ainsi que sur les modalités de prise en charge de l'épistaxis [2]. L'objectif de cet article est de synthétiser les recommandations de la SFORL concernant la prise en charge des épistaxis en deuxième intention, c'est-à-dire après échec du tamponnement antérieur et/ou antéro-postérieur.

## 2. Matériels et méthodes

La rédaction de la recommandation a été confiée à un groupe de travail multidisciplinaire et national. La méthodologie du consensus formalisé d'experts concernant l'élaboration de recommandations de bonne pratique proposée par la Haute Autorité de santé (HAS) a été utilisée (<http://www.has-sante.fr>). Un groupe de pilotage a permis l'organisation logistique de la conférence de consensus, le choix des membres du groupe de lecture et l'analyse de la littérature par interrogation de la base de données PubMed. Chaque article a fait l'objet d'une cotation en niveau de preuve 1, 2, 3, ou 4 selon son niveau de preuve scientifique décroissant, et chaque recommandation d'une cotation en grade A, B, C ou accord professionnel, en accord avec le guide de l'analyse de la littérature et de gradation des recommandations de l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (Anaes). La rédaction d'un argumentaire a permis l'élaboration d'une première série de recommandations. Celui-ci a fait l'objet d'une évaluation auprès du groupe de lecture, puis a été modifié par le groupe en fonction des résultats et des commentaires reçus.

## 3. Résultats

La vascularisation des fosses nasales est issue du territoire carotidien externe par le biais de l'artère sphéno-palatine (branche terminale de l'artère maxillaire) et de l'artère faciale, et du territoire carotidien interne par les biais des artères ethmoïdales (branches de l'artère ophtalmique). Il existe de multiples anastomoses transmédianes mais également entre les différentes afférences carotidiennes internes et externes.

Le traitement endovasculaire des épistaxis est effectué par un neuroradiologue expérimenté (Arrêtés du 15 mars 2010), idéalement sous anesthésie générale avec intubation orotrachéale, après avoir obtenu l'équilibre hémodynamique. Le geste débute par un temps diagnostique d'exploration des différents axes, à la recherche de signes de lésions artérielles, mais également pour s'assurer du caractère antérograde du flux des artères ophtalmiques, de l'absence d'occlusion d'une carotide interne, et de l'absence de variante anatomique ou d'anastomoses dangereuses pouvant être à l'origine d'une complication lors de l'embolisation dans le territoire des carotides externes. Les principales complications sont les accidents emboliques avec séquelles neurologiques ou ophtalmologiques. Ces accidents peuvent être liés à la présence de variantes anatomiques avec un risque d'anastomose entre les systèmes carotidiens externes et internes, soit spontanément, soit en cas de surpression (embolisation en flux bloqué). Moins fréquemment, ils peuvent être liés à une mobilisation de plaques athéromateuses lors du cathétérisme. Au total, le taux de complications à long terme est inférieur à 0,5 %. Le plus souvent, les 2 artères faciales et les 2 artères maxillaires sont embolisées en flux libre avec des particules, puis un contrôle des artères carotides internes et externes est effectué pour vérifier l'absence de complication, la persistance du blush choroïdien et le degré de reprise en charge par les artères ethmoïdales [3–9] (niveau de preuve 4).

### Recommandation

Il est recommandé que l'embolisation artérielle soit effectuée par un neuroradiologue expérimenté (Arrêtés du 15 mars 2010) disposant d'un plateau technique dédié (Décrets du 19 mars 2007) et du matériel adapté afin de limiter le risque de complications (Grade C).

### Recommandation

Il est recommandé d'effectuer une angio-TDM du crâne et des troncs supra-aortiques (TSA) avant embolisation dans le cas d'une épistaxis post-traumatique avec suspicion de lésion de l'artère carotide interne (Grade C).

En cas de saignement abondant faisant suspecter une lésion de l'artère carotide interne, le patient doit être sédaté et intubé, et un tamponnement doit être mis en place. Un angioscanner du crâne et des TSA doit être réalisé avant embolisation, pour identifier la source de l'hémorragie [5] (niveau de preuve 4).

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/5713834>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/5713834>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)