



Disponible en ligne sur

ScienceDirect  
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France

EM|consulte  
www.em-consulte.com



Article original

## Facteurs de risque cardiovasculaire et facteurs de gravité chez les patients hospitalisés pour épistaxis spontanée<sup>☆</sup>

N. André, N. Klopp-Dutote, A. Biet-Hornstein, V. Strunski, C. Page<sup>\*</sup>

Service d'ORL et de chirurgie de la face et du cou, centre hospitalier Sud, Salouel, rue Laënnec, 80090 Amiens, France

### INFO ARTICLE

#### Mots clés :

Épistaxis  
Hypertension artérielle  
Anticoagulants  
Antiagrégants plaquettaires  
Facteurs de risque cardiovasculaire

### RÉSUMÉ

**Objectifs.** – Évaluer le rôle des facteurs de risque « cardiovasculaire », de la prise de médicaments altérant la crase sanguine et les signes de gravité chez des patients hospitalisés pour épistaxis spontanée.

**Matériel et méthodes.** – Il s'agissait d'une étude monocentrique, rétrospective, réalisée sur 7 ans dans un centre hospitalier universitaire, ayant inclus 205 patients hospitalisés pour épistaxis spontanée. Ont été notés par patient : les facteurs de « risque cardiovasculaire » (maladie ou antécédent « cardiovasculaire » à risque hémorragique ou thromboembolique, hypertension artérielle, diabète sucré, dyslipidémie), la prise de médicaments modifiant la crase sanguine ; les mesure de la pression artérielle et le taux minimal d'hémoglobininémie au cours de l'hospitalisation. Les patients ont été séparés en deux groupes : épistaxis « graves » et « non graves ».

**Résultats.** – Il n'existait pas de différence significative entre les groupes de patients concernant l'âge moyen, le sex-ratio, la présence d'un antécédent d'hypertension artérielle et le nombre de facteurs de « risque cardiovasculaire ». Les patients avec une épistaxis grave avaient des mesures de pression artérielle significativement plus basse que dans le groupe non grave. L'hémoglobininémie était significativement inférieure dans le groupe des épistaxis graves. Il existait un lien entre le nombre de facteurs de risque « cardiovasculaire » par patient et la probabilité d'une transfusion sanguine.

**Conclusions.** – Les rôles réels de ces différents facteurs présumés dans la survenue d'une épistaxis spontanée restent encore à élucider, de même que les facteurs de gravité.

© 2017 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

## 1. Introduction

L'épistaxis est une des urgences les plus fréquentes en oto-rhino-laryngologie [1]. Sa prise en charge peut aboutir à une hospitalisation, surtout chez des patients âgés [2] présentant des comorbidités (telles que la présence d'un traitement à risque hémorragique, une cardiopathie sous-jacente) voire même requérir à un traitement « invasif » avec méchages nasaux itératifs, embolisation per-artériographique de l'artère faciale (et/ou des artères maxillaire ou sphéno-palatine), coagulation/clipage chirurgical(e) par voie endoscopique de l'artère sphéno-palatine, ligature/coagulation chirurgicale des artères ethmoïdales par voie

para-canthale interne, et transfusion de concentrés de globules rouges en cas d'anémie aiguë sévère ou mal tolérée [3–5].

Le cas des épistaxis spontanées est particulier. Elles posent le problème d'identification de leurs facteurs étiologiques, car elles ne sont ni liées aux aléas chirurgicaux ou post-traumatiques, ni à des facteurs/maladies héréditaires comme l'angiomatose familiale diffuse (de Rendu-Osler) par exemple [6–8].

Les facteurs de « risque cardiovasculaire » au sens large, en particulier l'hypertension artérielle, sont toujours suspectés d'être la cause (ou le facteur déclenchant) de la survenue d'épistaxis spontanées [9–12], mais leur rôle réel prête toujours à discussion [13–18], en l'absence de preuve scientifique formelle.

Les épistaxis spontanées posent également des problèmes d'évaluation de leur gravité, rendant l'évaluation clinique et la prise en charge thérapeutique parfois compliquées. Le but de cette étude était la recherche de facteurs prédictifs pouvant être prédictifs de gravité chez les patients hospitalisés pour épistaxis spontanée et d'essayer d'identifier des facteurs étiologiques précis, en particulier les facteurs de « risque cardiovasculaire ».

DOI de l'article original : <http://dx.doi.org/10.1016/j.anorl.2017.11.004>.

<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.

<sup>\*</sup> Auteur correspondant.

Adresse e-mail : [page.cyril@chu-amiens.fr](mailto:page.cyril@chu-amiens.fr) (C. Page).

<https://doi.org/10.1016/j.aforl.2017.08.006>

1879-7261/© 2017 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

**Encadré 1 : Facteurs de risque cardiovasculaire (d'après Perk J, De Backer G, Gohlke H, et al. [19]).****A. Facteurs de risque non modifiables :**

- homme âgé de 50 ans ou plus ;
- femme âgée de 60 ans ou plus ou ménopausée ;
- antécédents familiaux de maladie coronarienne précoce :
  - infarctus du myocarde ou mort subite avant l'âge de 55 ans chez le père/frère,
  - infarctus du myocarde ou mort subite avant l'âge de 65 ans chez la mère/sœur,
  - AVC constitué avant 45 ans chez un parent au premier degré.

**B. Facteurs de risque modifiables :**

- tabagisme actif ou sevré depuis moins de 3 ans ;
- hypercholestérolémie ( $> 1,9$  g/L [ $5$  mmol/L], LDL-cholestérol [LDLc]  $> 1,6$  g/L [ $4,1$  mmol/L]) ;
- HDL-cholestérol (HDLc)  $< 0,40$  g/L ( $1$  mmol/L) ;
- hypertension artérielle (TAS/TAD  $> 140/90$  mmHg) ;
- insuffisance rénale chronique (clairance de la créatinine  $< 60$  mL/min/ $1,73$  m<sup>2</sup>) ou micro-albuminurie ( $30$  à  $300$  mg/24 h) ;
- diabète traité ou non (glycémie à jeun  $> 1,26$  g/L) et syndrome métabolique.

**2. Matériel et méthode**

Il s'agissait d'une étude rétrospective, monocentrique, réalisée sur une période de sept ans (entre janvier 2010 et décembre 2016) dans un Centre Hospitalier Universitaire.

Tous les patients hospitalisés pour épistaxis spontanée ont été inclus dans l'étude.

Le critère principal d'hospitalisation pour épistaxis spontanée était la nécessité de réaliser au moins un méchage nasal (méchage antérieur avec une mèche vaselinée ou avec un tampon nasal en acétate de polyvinyle hydroxylé, ou la mise en place d'une sonde à double-ballonnet).

Les patients porteurs des pathologies suivantes ont été exclus de l'étude : épistaxis post-traumatique (postopératoire ou post-traumatique proche c'est-à-dire dans les 3 mois), maladie de Rendu-Osler, tumeur des cavités nasales (bénigne ou maligne), et épistaxis n'ayant pas nécessité une hospitalisation.

Les données enregistrées pour chaque patient ont été les suivantes : l'âge ; le sexe ; la taille (en m) ; la masse corporelle (en kg) ; un antécédent personnel d'épistaxis spontanée ayant motivé un passage dans un service d'accueil des urgences au minimum un mois avant l'épisode d'épistaxis prise en compte dans cette étude ; le nombre de facteurs de « risque cardiovasculaire » par patient (facteur de risque cardiovasculaire vrai identifié comme indiqué dans les recommandations européennes [19] concernant les maladies cardiovasculaires (Encadré 1, Tableau 1), maladie ou antécédent cardiovasculaire à risque hémorragique ou thromboembolique) ; le traitement médicamenteux habituel (dont les médicaments modificateurs de la crase sanguine) ; le taux minimal d'hémoglobine sanguine au cours du séjour ; et les mesures des pressions artérielles systolique et diastolique au cours de l'hospitalisation.

En ce qui concerne les données sur la pression artérielle, toutes les prises de pression artérielle ont été notées de manière systématique selon le protocole du service [2] :

- prise de la pression artérielle à l'entrée du patient dans le service d'accueil des urgences ou à la consultation d'ORL. Les patients ayant une pression artérielle systolique supérieure à 160 mmHg

**Tableau 1**

Le syndrome métabolique (d'après [19]).

Définition du syndrome métabolique	
Facteur de risque	Niveau seuil
<i>Obésité abdominale (tour de taille), cm</i>	
Homme	$> 102$
Femme	$> 88$
<i>Triglycérides, g/L</i>	
	$\geq 1,5$
<i>HDL-cholestérol, g/L</i>	
Homme	$< 0,4$
Femme	$< 0,5$
<i>Pression artérielle, mmHg</i>	
	$\geq 140/90$
<i>Glycémie à jeun, g/L</i>	
	$\geq 1,10$

À l'inverse, le HDL-cholestérol supérieur ou égal à 0,60 g/L (1,5 mmol/L) constitue un facteur de protection : soustraire alors « un risque » à la somme des facteurs de risque cardiovasculaire.

- ont bénéficié de l'administration de nicardipine à la seringue électrique avec une surveillance tensionnelle monitorée ;
- prises itératives de la pression artérielle dans le service au minimum deux fois par jour ;
- prise de la pression artérielle à la sortie du patient.

Ont été également étudiés : le type de méchage effectué, la nécessité d'un traitement « invasif » (embolisation per-artériographie de l'artère faciale (et/ou des artères maxillaire ou sphéno-palatine), coagulation endoscopique chirurgicale de l'artère sphéno-palatine, ligature/coagulation chirurgicale des artères ethmoïdales par voie para-canthale interne ou aucun des trois) et la nécessité ou non d'une transfusion de concentrés de globules rouges.

Les patients ont été divisés en deux groupes :

- les patients avec une épistaxis considérée comme « grave », c'est-à-dire les patients ayant nécessité une transfusion de concentrés de globules rouges et/ou ayant bénéficié d'un traitement « invasif » ;
- et les patients avec une épistaxis considérée comme « non grave », c'est-à-dire les patients ne remplissant pas les critères ci-dessus.

L'objectif principal de cette étude était de comparer ces deux groupes afin de déterminer l'existence de facteurs de risques prédictifs d'une épistaxis spontanée grave, en particulier les responsabilités présumées de la prise d'un traitement médicamenteux altérant la crase sanguine, d'une hypertension artérielle mais également du nombre de facteurs de « risque cardiovasculaire » par patient.

Les objectifs secondaires visaient à déterminer s'il existait une relation de dose-effet entre le nombre de facteurs de « risque cardiovasculaire » par patient et la gravité des épistaxis.

Les variables quantitatives ont été comparées entre les deux groupes à l'aide d'un test de Student pour échantillons indépendants et les variables qualitatives ont été comparées entre les deux groupes à l'aide d'un test du Chi<sup>2</sup>.

**3. Résultats**

Deux cent cinq patients (205) ont été inclus dans l'étude soit 71 femmes et 134 hommes, d'âge moyen de 70 ans.

Sur les 205 patients, 58 (28 % des cas) avait au moins un des critères de gravité. Quarante-six patients (soit 79 % des patients ayant eu une épistaxis grave) ont bénéficié d'une transfusion de concentrés de globules rouges, 27 (soit 47 % des patients ayant eu une épistaxis grave) d'une embolisation per-artériographie ou d'un

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/8805422>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/8805422>

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