

Prise en charge d'une épistaxis spontanée et traumatisme facial au déhocage



Déhocage

Classeur protocoles et procédures du Déhocage

[7950]V1

Date d'application :

Page : 5

1 - Objet

Gestion et prise en charge d'une épistaxis au déhocage spontanée ou lors d'un traumatisme facial.

2 - Personnes concernées

Ensemble du personnel des services de réanimation

3 - Définition

Une épistaxis est une hémorragie des fosses nasales. Elle peut être d'origine traumatique ou bien spontanée. Elle est aggravée par la prise de médicaments anti-coagulants et peut être à l'origine d'un choc hémorragique.

La sévérité d'une épistaxis est évaluée selon les critères cliniques de l'état de choc hémorragique, d'un saignement antéro-postérieur et/ou bilatéral.

4 - Epistaxis et traumatisme de la face



Alerte ORL/CMF : geste chirurgical, tracheotomie
Radio interventionnelle : embolisation



Intubation difficile jusqu'à preuve du contraire !!!

Les moyens d'intubation, doivent être optimisés d'emblée :

- Aspiration de gros calibre
- Techniques alternatives (Mandrin eschmann, MACgraft, Magill) à portée de main

Risque d'obstruction des voies aériennes par :

- hématome et/ou Œdème
- caillots de sang dans cavité buccale
- Chute d'une prothèse, de dents ou fragments osseux dans l'oropharynx
- désinsertion de la langue en avant et chute de celle-ci en arrière

Estomac plein

- contexte d'urgence
- déglutition des saignements
- Inhalation possible, hypoxie
- NB : sonde gastrique par voie ORALE, voie nasale interdite)

Intubation difficile et ventilation au masque difficile

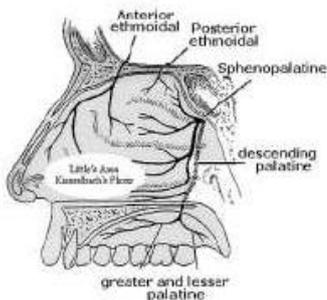
- perte des repaires anatomiques, exposition délicate
- Saignements
- Douleurs à l'application du masque facial, fuites
- Sub-luxation mandibulaire impossible
- Trismus douloureux ou mécanique
- Fracture rachis associé ?



L'hémorragie des traumatismes de la face peut être majeure et conduire à elle seule à une :

coagulopathie grave

- Gestion pratique : voir fiche reflexe choc hémorragique
- Ne pas négliger le saignement : Parage et fermeture des plaies



L'épistat est un dispositif d'attente avant l'artério
Sa mise en place doit être à faible pression pour limiter le risque de déplacement des fractures.
(Gonflage voir ci-dessous)

- Arterio-Embolisation

Epistaxis persistant sous tamponnement

Hémorragie grave avec tamponnement impossible (délabrement de face)

- Chirurgie

Indication exceptionnelle, si et seulement si artério indisponible

❖ Traumatisme ouvert (typiquement Gunshot)

→ Bloc d'emblée : trachéo, hémostase
Si hémorragie persistante arterio-embolisation

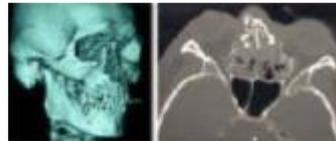
❖ Traumatisme fermé

Classification de Lefort



CNEMFO

Fracture enfoncement complexe naso ethmido fronto orbitaire



Prise en charge des épistaxis graves

Méchage antérieur (cf 5.3)

Tamponnement antérieur et postérieur Epistat (cf 5.4)



Mise en place d'un guide (sonde aspi ch10, couper la partie connexion aspi verte + silicospray dessus) par voie nasale en contrôlant sa sortie par la bouche (risque de trajet intracérébral) !



Si TC grave associé : ACSOS

- O2: **Po2 > 60 mmhg**
- **PAM > 80 mmhg PAS > 110 mmhg**

→ **noradrénaline précoce**

- Normocapnie **PaCo2 35-45 mmhg,**

→ monitoring Etco2, contrôle GDS 30'

- Température : pas de fièvre / pas réchauffement actif

→ monitoring

- **Hb > 10 g/dl, plaquette >100 G/l**
- **Contrôle glycémique 1.4 -1.8 g/L (8-11 mmol/l)**
- Osmolarité: contrôle et stabilité Na+

TC associé fréquent

Brèche ostéoméningée ?

Vaccination prevenar 13 risque de méningite

Antibiothérapie si méchage >48h

Pensez au pronostic visuel et fonctionnel



Evaluation douleurs, gestion température ...

5 - Moyen d'hémostase

5.1 Matériel nécessaire :

Tampon nasal type Netcell, Merocell, mèche d'algostérid, jelonet, sonde double ballonnet, exacyl, lidocaïne naphazolinée

5.2 Prise en charge IDE

Calmer le patient, installation en position demi assise uniquement en l'absence de traumatisme et avec accord médical

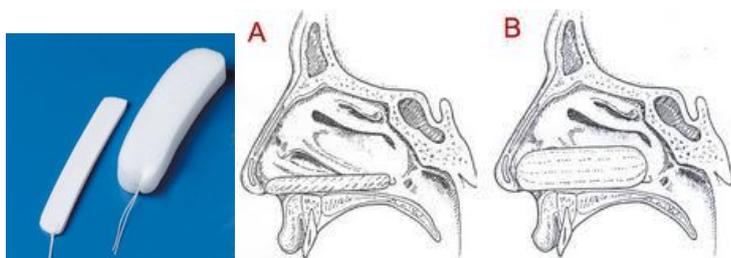
Préparer un plateau ORL (pince coudée, abaisse langue,) et le kit épistaxis (sonde double ballonnet, mèches de tamponnement ant et post, xylocaïne naphazolinée®).

Transfusion en urgence si indiquée.

5.3 MECHAGE ANTERIEUR :

- Patient demi assis si possible
- Mouchage énergique de chaque fosse nasale pour évacuer les caillots
- Anesthésie de contact et vasoconstricteurs locaux : xylocaïne spray et/ou xylocaïne naphazolinée® (rétraction de la muqueuse).

5.3.1 Mèche merocel

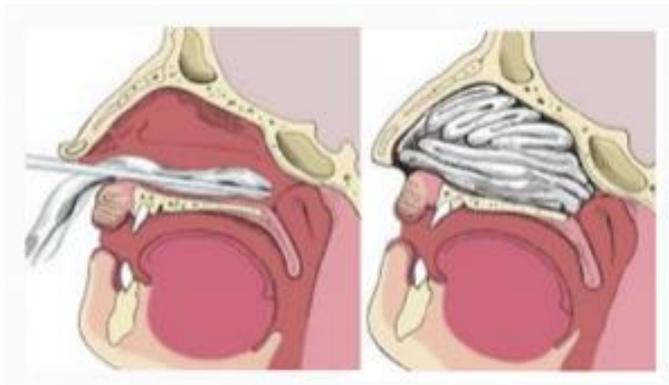


En premiere intention.

Réévaluation efficacité à 10 minutes. Si epistaxis persistante passer au méchage antéro-postérieur (cf 5.4)

5.3.2 Mèche hémostatique à la pince

Pour conformation narinaire particulière et ou pediatrie



Introduction à l'aide de la pince coudée d'une mèche hémostatique

- Mis en place : la pince saisit la mèche à 10 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 bien tassée en accordéon d'arrière en avant jusqu'à la narine
- Contention de l'extrémité antérieure du tamponnement par un ruban adhésif sur l'orifice narinaire

5.4 MISE EN PLACE D'UNE SONDE A DOUBLE BALLONNET :



- Si bilatéral (traumato) mise en place simultanée des 2 sondes (avant tout gonflage)
- Faire un essai de gonflage lent des ballonnets (eau stérile)
- Lubrifier la sonde avec lubrifiant
- Si traumato : Mise en place d'un guide (sonde aspi ch10) par voie nasale en contrôlant sa sortie par la bouche (risque de trajet intracérébral), couper la partie connexion aspi verte + silicospray dessus)
- La sonde est introduite jusqu'à la garde (biseau dans le rhinopharynx) le ballonnet postérieur est gonflé modérément (4 à 8 ml) et bloqué dans la choane
- Gonfler ensuite le ballonnet antérieur dans le vestibule narinaire (10-25 ml) pour isoler l'ensemble de la fosse nasale
- Penser à noter le volume injecté dans les ballonnets et l'heure de la pose

Les autres moyens de réaliser l'hémostase sont l'embolisation ou le geste chirurgical.

6 - Documents de référence

- <https://orlfrance.org/wp-content/uploads/2017/06/Prise-en-charge-des-epistaxis-adulte.pdf>
- Traumatismes de la face M. RAUX 1, C. BERTOLUS 2 SFMU URGENCES Chap 47 2012
- Protocole trauma de la face CHU de Grenoble

Diffusion
- Services concernés : Réanimation – Unité de Surveillance Continue - Déchocage

Rédaction	Nicolas LAUBRIAT	01/03/2022
Vérification	Julien BADARD. IDEC Docteur LEVRAT Albrice Docteur ESCUDIER Etienne	17/06/2022
Approbation	Docteur GAY Samuel Yann COICAUD, FF CDS	17/06/2022