**Epistaxis grave et grossesse ’’ A propos de deux cas ‘’ et revue de la littérature**

**Sacko HB**

 **MD, CES et PhD en ORL,** Médecin-chef Unité ORL Centre de santé de référence de la commune CIV Bamako Mali, Président de l’AMASAORL (Association Dr Mamadou Sacko pour la promotion de la santé ORL), Directeur du centre d’études et de recherche en santé ORL communautaire.

**Mots-clés :** Epistaxis grave-grossesse-prise en charge

**Introduction** : L’épistaxis est un problème de santé ORL qui demeure toujours d’actualité, c’est l’une des urgences en rhinologie couramment rencontrées. La muqueuse nasale subie l’influence des troubles systémiques, locales, métaboliques ou hormonales provoquant un ralentissement de la fonction muco-ciliaire pendant la grossesse.

**Présentation des observations :** Les présentes observations rapportent les particularités cliniques et thérapeutiques de la prise en charge de l’épistaxis grave chez la femme au cours du dernier trimestre de la grossesse.

**Commentaires :** Le système hormonal de la femme est unique en son genre en raison de changements cycliques observés pendant la grossesse, le cycle menstruel et la ménopause.

Nos observations cliniques confirment les effets de ces altérations métaboliques, endocrinologiques et physiologiques liées à la grossesse.

En milieu tropical avec l’insuffisance de spécialistes en ORL, le personnel médical de base est souvent confronté à des situations cliniques délicates dans l’évolution des pathologies ORL.

La prise en charge de l’épistaxis pendant la grossesse est particulière de par son contexte, le diagnostic bien qu’évident exige des gestes vitaux comme le démontrent nos observations.

L’oto-rhino-laryngologiste doit nécessairement être bien averti de ses changements physiologiques au cours de la grossesse pour mieux comprendre l’évolution clinique de certaines affections ORL courantes comme l’épistaxis.

**Conclusion** :

 L’épistaxis au cours de la grossesse est un sujet qui reste d’actualité dans le domaine des soins, elle est favorisée directement ou indirectement par des modifications hormonales. La prise en charge pluridisciplinaire en coordination, doit se faire en temps opportun car les risques ne sont pas négligeables pour la santé de la mère et de l’enfant.

**Keywords:** severe epistaxis- pregnancy-management

**Introduction:** Epistaxis is a health ENT problem which is still current, this is one of the commonly encountered emergencies in Rhinology. The nasal mucosa suffered influence systemic, local, metabolic or hormonal disorders causing a slowdown of muco-ciliary function during pregnancy.

**Presentation of the cases:** These observations relate the clinical and therapeutic particularities of the management for severe epistaxis in women during the last trimester of pregnancy.

**Comments:** the woman's hormonal system is unique in its kind due to cyclic changes during pregnancy, the menstrual cycle and menopause. Our clinical observations confirm the effects of these metabolic, endocrinological and physiological alterations related to pregnancy.

In a tropical environment with the inadequacy of ENT specialists, base medical personnel is often confronted with delicate clinical situations in the evolution of ENT diseases. Management for epistaxis during pregnancy is special because of its context, well evident diagnosis requires vital gestures as evidenced by our observations.

The ear, nose and throat specialist must necessarily be well warned of its physiological changes during pregnancy to better understand the clinical evolution of certain common throat diseases as epistaxis.

**Conclusion:** Epistaxis during pregnancy is a subject that remains topical in the field of care, it is promoted directly or indirectly by hormonal changes. Multidisciplinary management in coordination must be done in a timely manner because the risks are not negligible for the health of the mother and the child.

**Introduction :**

L’épistaxis est un problème de santé ORL qui demeure toujours d’actualité, c’est l’une des urgences en rhinologie couramment rencontrées. La muqueuse nasale subie l’influence des troubles systémiques, locales, métaboliques ou hormonales provoquant un ralentissement de la fonction muco-ciliaire pendant la grossesse(1,2).

Les symptômes oto-rhino-laryngologiques (ORL) rencontrés au cours de la grossesse sont le plus souvent bénins, parfois révélateurs d'une pathologie spécifique(2).

La grossesse favorise un ensemble de changements physiologiques dans le corps de la femme, Les organes ORL subissent l’influence de ses changements par certaines manifestations en son sein comme la rhinite, l’épistaxis, quelques troubles de l’oreille interne … . (1,3). La prévalence de l’épistaxis au sein de la population féminine non enceinte est estimée à 6% mais ce taux est multiplié par deux chez les femmes en état de grossesse (1, 2,3). L’hémorragie nasale pendant la grossesse dans certains cas peut constituer un risque vital pour la femme et le fœtus(2,4). Les présentes observations rapportent les particularités cliniques et thérapeutiques de la prise en charge de l’épistaxis grave chez la femme au cours du dernier trimestre de la grossesse.

**Présentation des observations**

*La patiente M …. Agée de 32 ans*, porteuse d’une deuxième grossesse à terme (35ème semaine) est admise aux urgences pour épistaxis de forte abondance à caractère répétitif. L’histoire de la maladie n’a pas révélé d’antécédents particuliers de pathologies naso-sinusiennes (épistaxis, sinusites …) ou de prise d’anticoagulants, la rhinoscopie antérieure n’a pas objectivée de lésions locales suspectes (tumeur, tache vasculaire, processus atrophique …), le bilan paraclinique n’est pas en faveur de troubles particuliers de la coagulation, l’hémoglobine était bas (7,2g. /dl). Sur le plan général on notait une pâleur conjonctivale avec une TA à 10/7. Notre conduite à tenir a consisté à faire un tamponnement antérieur, avec la mise en route d’une antibiothérapie de couverture, d’hémostatiques, ainsi que de macromolécules pour compenser la perte sanguine. Les premières 36 heures de suivi n’a pas constaté une amélioration souhaitable dans la maîtrise du saignement. Une transfusion sanguine a été nécessaire. Ce qui nous emmena vu le contexte clinique particulier à faire un tamponnement postérieur à la suite duquel aucun saignement antérieur ou postérieur n’était observable. L’hémoglobine était remontée à 10,20g. /dl. Durant ce geste de compression la patiente a subi une césarienne dont les suites ont été simples. L’état général du nouveau-né était bon. Un déméchage a été effectué.

*La patiente B. … Agée de 36 ans,* enceinte de 8 mois et une semaine, troisième grossesse, est adressée par sa sage-femme pour épistaxis à répétition depuis bientôt 10 jours, elle portait un tamponnement antérieur mis en place dans une structure de soins périphérique. Son état général était altéré et on notait une pâleur conjonctivale. L’interrogatoire n’a révélé aucune notion de pathologies de la sphère nasale et/ou sinusienne, ou de traitement à base d’anticoagulant en cours. Aucune pathologie générale en lien avec l’épistaxis actuelle n’a été décelée. La TA était à 9/7 et le taux d’hémoglobine à 8,10g. /dl.

La rhinoscopie antérieure a permis d’éliminer des pathologies locales endonasales : néoplasies, fragilité capillaire, lésions d’atrophie muqueuse … .

La mise en place d’un tamponnement postérieur et l’instauration d’un traitement par voie parentérale (macromolécules, hémostatiques …) ont constitué l’essentiel de notre démarche thérapeutique. Vue l’état général de la patiente nous avons jugé opportun l’indication d’une transfusion sanguine pour rapidement compenser la perte sanguine. Après 36 heures de tamponnement antéro-postérieur l’épistaxis était parfaitement maîtrisée, l’hémoglobine est remontée à 10,80g./dl. Notre patiente était exéat avec un suivi gynéco-obstétrical. Une césarienne programmée considérant le contexte clinique particulier au terme de la grossesse a été réalisée avec des suites opératoires simples. L’enfant n’a présenté à la naissance aucun signe de souffrance fœtale.

**Commentaires**

Le système hormonal de la femme est unique en son genre en raison de changements cycliques observés pendant la grossesse, le cycle menstruel et la ménopause (1, 2,5).

Ces changements physiologiques surviennent en raison de l'augmentation des valeurs de deux hormones (estrogène et progestérone) (4, 6).

Nos observations cliniques confirment les effets de ces altérations métaboliques, endocrinologiques et physiologiques liées à la grossesse(1,2).

Il faut noter également une augmentation du liquide corporel total censé provoquer une congestion muqueuse (muqueuse nasale, gingivale et laryngée) et un œdème des extrémités (2, 3). Le Postpartum conduit à une diminution rapide donc du volume plasmatique et une lente diminution de celui du liquide interstitiel (6).

L’épistaxis au cours de la grossesse peut avoir diverses étiologies (rhinites chroniques, rhino-sinusites, granulomes, angiofibrome, polype saignant de la cloison …) (6,7)

L'hypertension et la toxémie liées à a grossesse sont d'autres causes importantes pour l’épistaxis sévère (1, 2,3).

En milieu tropical avec l’insuffisance de spécialistes en ORL, le personnel médical de base est souvent confronté à des situations cliniques délicates dans l’évolution des pathologies ORL. La plupart du personnel soignant n’est pas bien préparé pour gérer certaines urgences ORL qui pourtant pourrait relever du domaine des soins primaires. Il faut évoquer également le retard dans la référence des patients, facteur d’aggravation de l’état des patients en témoigne nos observations. La grossesse est un facteur d’augmentation du volume sanguin qui circule, principalement dans le plasma (4, 5,8). L’œstrogène a également un effet cholinergique direct sur la muqueuse nasale, provoquant l'engorgement vasculaire et une hyperactivité des glandes muqueuses (1, 2,3).

C'est parce que la muqueuse nasale est une partie du corps qu’elle est influencée par les troubles systémiques, locales, métaboliques ou hormonales (1, 2,9).

Bon nombre de changements physiologiques pendant la grossesse sont négligés car la plupart d’entre eux sont censés disparaître avec la fin de la grossesse (3, 4,8).

L’accouchement peut dans certains cas contribué à l’arrêt du saignement (1, 3,6).

La prise en charge de l’épistaxis pendant la grossesse est particulière de par son contexte, le diagnostic bien qu’évident exige des gestes vitaux comme le démontrent nos observations. Toutes les deux patientes ont présenté une épistaxis de forte abondance ayant nécessité la mise en place de tamponnement antéro-postérieur, signe de l’impact des modifications liées à la grossesse.

Il est très important que la sage-femme porte plus d’attention sur ses femmes avec épistaxis pour éviter une référence tardive vers une structure de soins spécialisés car peuvent survenir des situations cliniques graves comme celles observées chez nos deux patientes. Le médecin ORL doit faire une évaluation saine de l’état de gravité du saignement afin de mettre en route des moyens thérapeutiques adaptés et adéquats en ne négligeant pas le statut obstétrical (indication d’une césarienne pour certaines situations cliniques particulières …). Tout retard dans la conduite à tenir peut compromettre la vie de la future maman et de son enfant. Il est particulièrement important de prendre en compte également les effets possibles de certains produits médicamenteux sur la mère et le fœtus (10).

Le caractère pluridisciplinaire de cette prise en charge est important (ORL, chirurgien obstétricien et Sage-Femme) (5, 8,10). Nous avons tenu une telle ligne de conduite, ce qui a permis d’opter pour une césarienne pour nos deux patientes. Les suites opératoires ont été simples pour les jeunes mamans et les nouveaux nés.

L’oto-rhino-laryngologiste doit nécessairement être bien averti de ses changements physiologiques au cours de la grossesse pour mieux comprendre l’évolution clinique de certaines affections ORL courantes comme l’épistaxis.

Ses épistaxis graves nécessitent des gestes appropriés surtout au cours du troisième trimestre de la grossesse comme le témoignent nos observations.

Après l’échec des tamponnements antérieurs, nous avons dû recourir au tamponnement postérieur pour une hémostase parfaite chez nos deux patientes. Aucune indication pour une chirurgie aidant pour l’hémostase n’a été posée.

Nos observations replacent au premier plan l’importance des soins de base en ORL. La majorité du personnel de santé manque souvent de notions pratiques en soins primaires ORL alors qu’ils sont confrontés aux pathologies ORL courantes vitales (touchant précocement la santé de la mère et de l’enfant). Un accent particulier doit être mis sur la formation continue pour davantage doter le personnel de santé de compétences afin de mieux faire face à certaines urgences ORL courantes en périphérie.

**Conclusion** :

 L’épistaxis au cours de la grossesse est un sujet qui reste d’actualité dans le domaine des soins, elle est favorisée directement ou indirectement par des modifications hormonales. La prise en charge pluridisciplinaire en coordination, doit se faire en temps opportun car les risques ne sont pas négligeables pour la santé de la mère et de l’enfant.

**Bibliographie**

**1**. Shiny Sherlie V, Varghese A. ENT Changes of Pregnancy and Its Management.

Indian J Otolaryngol Head Neck Surg. 2014 Jan;66(Suppl 1):6-9.

**2**. Cornthwaite K, Varadharajan K, Oyarzabal M, Watson H. Management of prolonged epistaxis in pregnancy: case report. J Laryngol Otol. 2013 Aug;127(8):811-3.

**3**. Hellín Meseguer D, Ruiz Cotorruelo V, Ruiz Franco M. The influence of pregnancy on mucociliary nasal transport. An Otorrinolaringol Ibero Am. 1994;21(6):595-601.

**4**. Ribeiro FD. The incidence and treatment of iron-deficiency anaemia in an african general

practice. S Afr Med J. 1964 May 9;38:321-4.

**5**. El Goulli M, Chelli M. Severe epistaxis during pregnancy. A case history (author's transl).

J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris). 1979 Jul-Aug;8(5):437-9.

**6**. Goldstein G, Govindaraj S. Rhinologic issues in pregnancy. Allergy Rhinol (Providence). 2012;3(1):e13-5.

**7**. Martiat B, Delahaut J. Nasal tumor in pregnancy. Acta Otorhinolaryngol Belg. 1984;38(2):148-55.

**8**. Hardy JJ, Connolly CM, Weir CJ. Epistaxis in pregnancy--not to be sniffed at! Int J Obstet Anesth. 2008 Jan;17(1):94-5.

**9**. Cygler B, Coudry H, Gillet JY, Durrleman E, Chobaut J. Very severe epistaxis in pregnant women (apropos of a case). JFORL J Fr Otorhinolaryngol Audiophonol Chir Maxillofac. 1975 Mar;24(3):244-6.

**10**. Poelmann AM, Aarnoudse JG. A pregnant woman with severe epistaxis--a rare manifestation of folic acid deficiency. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. 1986 Nov;23(3-4):249-54.