

## Conduita terapeutică în epistaxis

Dr. Iulia Grecu\*, Dr. Carmen Bordea\*, Dr. Emanuel Chitescu†

### Rezumat

Autorii își propun o trecere în revistă a cunoștințelor teoretice și practice privind sângerarea nazală, conturarea elementelor caracteristice ale acestei afecțiuni, ce implică un protocol terapeutic adecvat. Se descriu cauzele ce produc sângerarea nazală, manevrele și tehnicile folosite în vederea obținerii hemostazei.

(Revista de Medicină de Urgență, Vol. 5, Nr. 1:9-11)

*Cuvinte cheie*  
epistaxis, hemostază

### Abstract

The authors propose an overview of the theoretical and practical knowledge's referred to nasal bleeding, defines the features of this affection, that involved a proper therapeutically protocol. We describe the causes of nasal bleeding, the maneuvers and the techniques used for the hemostasis.

*Key words*  
epistaxis, hemostasis

### Introducere

Epistaxisul (rinoragia) constituie o hemoragie nazală care necesită un tratament de urgență în scopul opririi sângerării. Epistaxisul din plexul Kisselbach, plex vascular localizat la nivelul septului nazal anterior, reprezintă cea mai comună sângerare întâlnită.

### Clasificarea rinoragiei

- în funcție de cantitatea de sânge pierdută:
  - rinoragie ușoară – sângerare în cantitate mică, frecvent se oprește spontan, de obicei fără intervenția medicului;
  - rinoragie mijlocie – sângerare destul de abundentă, cu intreruperi, sau rinoragie mai puțin abundentă, dar prelungită în timp (pierderea de sânge până în 500 ml)
  - rinoragie severă- sângerare impresionantă – șocul hemoragic (pierderea de sânge între 1000 ml – 1700 ml, aprox. 25% reducere de volum sanguin,

apar semne clinice: scăderea tensiunii sistolice, tahicardie. [3]

- în funcție de sediul sângerării: rinoragie unilaterală (frecventă) rinoragie bilaterală, rinoragie anterioară (nivel pată vasculară – Kisselbach), rinoragie posterioară, rinoragie difuză (tulburări de coagulare) [3]

### Cauzele rinoragiei

#### 1. Rinoragia de cauză locală:

- inflamatorie – acută (în decursul unor boli infecțioase, corpi străini)
  - cronică (rinita cronică)
- traumatică – traumatism accidental (leziune de grataj, instilații substanțe caustice)
  - traumatism prin agresiune, accident rutier (fractura piramidei nazale, fractura nazo-etmoidală etc)
- traumatism chirurgical – (iatrogen)
  - intraoperator
  - postoperator precoce
  - postoperator tardiv (la 3-7 zile po) [3]
  - barotraumatism (scafandri) [2]
- tumorală – tumori benigne (granulom, polip sângerând, fibrom rinofaringian, angio-fibrom/tumori maligne (fose nazale, sinusuri paranazale, nazofaringe) [3]
- idiopatic – epistaxis recidivant întâlnit la copil și adolescent [2]

#### 2. Rinoragia de cauză generală:

- cauze cardiovasculare: hipertensiunea arterială, stenoză mitrală, ateromatoză;
- cauze hematologice: perturbarea coagulabilității sanguine – sindroame hemoragice:
  - ereditare: hemofilia
  - dobândite: insuficiență hepatică, tratament cu anticoagulant
  - leucemia, politraumatism [2]
- cauze renale: glomerulonefrită [3]
- cauze endocrine: perioada pubertară, perioada menstruală (rinoragie catamenială) în timpul sarcinii; [2]
- telangiectazia hemoragică ereditară [3]

### Diagnosticul și conduita terapeutică:

Anamneza – condițiile de apariție a rinoragiei (context traumatic, grataj digital); suferințele cronice ale pacientului

\* medic primar Departament ORL

† medic rezident ORL, Departament ORL SCUB

Autor pentru corespondență: dr. Iulia Grecu, Spitalul Clinic de Urgență București, Calea Floreasca 8, Sector 1, București

email: grec969@yahoo.com

Primit la redacție: 13.11.2008

Acceptat pentru publicare: 15.12.2008

(tratament cu anticoagulant, hipertensiune arterială); caracteristicile rinoragiei: abundență, caracter recidivant; [2]

Examinarea pacientului: stabilirea sediului sângerării (uni sau bilateral); ororagie/rinoragie posterioară [3].

Conduita terapeutică:

– hemostaza unui epistaxis reprezintă un gest de urgență și este indicată în orice hemoragie nazală; metodele sunt diferite și au fiecare indicații proprii; [2] nu există contra-indicații de principiu, ci doar ale unor metode în favoarea altora, în funcție de sediul, abundența sau terenul pe care se produce epistaxisul [1];

– aprecierea abundenței rinoragiei, informarea asupra duratei hemoragiei, precizarea sediului hemoragiei;

– aprecierea stării generale a bolnavului (tendința la lipotimie impune culcarea imediată a pacientului în decubit lateral)

– evacuarea din cabinet a aparținătorilor care sunt impresionați de aspectul sângelui și de manevrele de tamponament;

– recomandarea pacientului de a flexa capul, pentru scurgerea sângelui în tăvița renală ce este ținută sub narine de către pacient (în cazul unei rinoragii de gravitate medie/ușoară);

– recomandarea pacientului de a sufla nasul, pentru eliminarea cheagurilor (crearea condițiilor pentru depistarea sediului sângerării);

– după eliberarea foselor nazale, se șterg narinele și buza superioară; bolnavul ținând capul aplecat spre tăviță, se determină fosa nazală care sângerează;

– bolnavul este instruit să-și facă compresiunea digitală, timp în care medicul se echipează pentru tamponament (mască, ochelari de protecție, halat) [1];

– aplicarea unui tampon de vată îmbibat în substanță vasoconstrictoare;

– măsurare tensiune arterială și puls;

– recoltare : hemoglobina, probe coagulare, grup, Rh [3]; Hemostaza poate fi:

1. Locală

– prin compresiune: după suflarea nasului, se recomandă pacientului să respire pe nas; se aplică un tampon de vată îmbibat în soluție vasoconstrictoare (ser efedrinat, bixtonim); pacientul este sfătuit să exercite o compresiune digitală, pe partea cartilaginoasă a piramidei nazale, de partea sângerării, menținând compresia 5-15 minute; (manevra este eficientă în cazul unei rinoragii anterioare) [1] [3];

– prin tamponament anterior compresiv: indicație; sângerare abundentă, ce nu s-a oprit prin manevra descrisă mai sus;

– se practică anestezia fosei nazale în cauză (pulverizare cu lidocaină spray, introducerea unui tampon de vată îmbibat în xilină 2%);

– intrumentar necesar: sursă de lumină, specul nazal, pensă nazală în baionetă, tăviță renală, mănuși chirurgicale, halat, mască, ochelari de protecție, tifon vată pentru confec-

ționarea căpăstrului, meșe de tifon de 1 cm lățime și 75 cm lungime/ burete hemostatic resorbabil (gelfoam)/tampon hemostatic [1];

– tehnica tamponamentului anterior cu meșe de tifon: introducerea speculului nazal, prinderea cu pensa a meșei – la 8 cm de capătul ei – introducerea în fosa nazală, de-a lungul planșeului, cât mai posterior; se repetă manevra, introducând restul de meșă; (atenție: nu trebuie efectuat cu brutalitate!) se aplică sub narine, căpăstrul, care se va schimba de mai multe ori pe zi: demeșarea se va efectua după 48-72 de ore; inconvenient: durere, respirația bucală în cazul tamponamentului bilateral [3];

– tehnica tamponamentului anterior cu tampoane expandabile, neresorbabile, cu burete hemostatic resorbabil (se umectează după introducere) – după anestezia fosei nazale, cu ajutorul pensei se introduce tamponul hemostatic, de-a lungul planșeului;

– tamponament cu sonda prevăzută cu balonaș – după anestezia fosei nazale, se introduce prin narină sonda cu balonaș, care se va umfla cu aer sau lichid, fără o presiune excesivă; manevra este mai puțin eficientă în cazul unui epistaxis abundent;

– tamponamentul compresiv posterior – se efectuează în rinoragia posterioară, când tamponamentul anterior nu a fost eficient; anestezia de contact a fosei nazale se completează cu anestezia orofaringelui; aproximativ 5% din sângerea nazală are originea în partea posterioară a fosei nazale;

– instrumentarul folosit: cel de la tamponamentul anterior plus: apăsător de limbă, sondă Nelaton, ață chirurgicală groasă, comprese din tifon din care se confecționează tamponul posterior [1];

– tehnica: după anestezie, se introduce în fosa nazală sonda Nelaton; când aceasta a ajuns la nivelul orofaringelui, se prinde cu pensa de capăt, care se scoate prin gură; se leagă tamponul de sondă; se trage de capătul nazal al sondei, se introduce tamponul prin gură la nivelul rinofaringelui, în spatele vălului palatin; se practică tamponamentul anterior; detamponarea anterioară se va efectua la 48-72 de ore; tamponul posterior poate fi menținut 5 zile; pacientul va fi internat, sub protecție de antibiotice, antialgice, dezinfectante orofaringiene, tratament hemostatic; se indică repaus la pat.

Incidente: durere, lipotimie, leziuni traumatiche ale mucoasei faringiene, nazale, tamponament posterior ineficient (tampon mic) [1].

După detamponare, se aplică instilații nazale cu vasoconstrictoare alternând cu substanțe uleioase (vitamina A) [3].

– hemostaza prin cauterizare – electrocauterizarea, vaporizarea laser, cauterizarea chimică cu perla de nitrat de argint (sângerare redusă cantitativ sau oprită în momentul cauterizării), în regiune accesibilă vederii; perla de nitrat de argint se confecționează prin încălzirea unui stilet ce este introdus între cristalele de nitrat de argint; apoi stiletul se apropie de flacără, până ce cristalele se topesc și atârna la capătul stiletului ca o picătură; se așteaptă răcirea metalului; se atinge

mucoasa nazală cu perla la nivelul punctului hemoragic-zona atinsă capătă o culoare cenușie [3];

2. Hemostază regională-embolizare selectivă/ligatura vasculară (aa. maxilară, aa. carotidă externă);

3. Hemostază generală: remontarea stării generale a bolnavului, transfuzii în caz de șoc hemoragic [3].

### Concluzii:

Hemostaza efectuată în rinoragia importantă reprezintă un gest de urgență, care se va aplica prompt, indiferent de

starea generală a pacientului (comă) și de locul în care se află acesta (UPU, ambulatoriu).

Tehnica tamponamentului anterior și posterior trebuie cunoscută și aplicată și de către toți medicii care își desfășoară activitatea într-un serviciu de urgență.

După ce episodul de sângerare s-a remis, se impune examenul imagistic/endoscopic al foselor nazale, nazofaringelui și sinusurilor paranasale, pentru a exclude o neoplazie la acest nivel.

### Bibliografie

1. Ermil Tomescu, Marcel Cosgarea; Urgențe și manevre în practica ORL de cabinet-Editura Dacia Cluj Napoca 1996, pp. 108-111;  
2. Lawrence M. Tierney, Jr., Stephen J. McPhee, Maxine Papadakis Current, Medical Diagnosis and Treatment, 1994, 191;

3. Ștefan Gârbea, Rinologie, patologia nasului și a sinusurilor paranasale, Editura Științifică și Enciclopedică 1985, p. 116.

