

ASPECTS EPIDEMIOLOGIQUES ET ETIOLOGIQUES DES EPISTAXIS AU CHU DE BOUAKE

EPIDEMIOLOGICAL AND ETIOLOGICAL ASPECTS OF EPISTAXIS IN UNIVERSITY TEACHING HOSPITAL OF BOUAKE

ZEGBEH NEK¹, KACOUCHIA NB¹, N'GATTIA KV¹, VROH BTS¹, KOUASSI-NDJEUNDO J¹, KOFFI W¹, KOUASSI B²

1. Service ORL et Chirurgie Cervico-Faciale, CHU de Bouaké, 01 BP 1174 Bouaké 01, Côte d'Ivoire.

2. Service ORL et Chirurgie Cervico-Faciale, CHU de Yopougon, 21 BP 632 Abidjan 21, Côte d'Ivoire.

Correspondance : N'GATTIA Koffi Valéry

Service ORL et Chirurgie cervico-faciale, CHU de Bouaké, Côte d'Ivoire

Email: ngattia@yahoo.fr / Tel : 00 225 07 85 99 55

RESUME

Objectif : rapporter les données épidémiologiques et étiologiques des épistaxis en consultation ORL au CHU de Bouaké.

Matériel et méthode : Il s'agit d'une étude rétrospective descriptive sur une période de 3 ans (2009 à 2011) qui s'est déroulée dans le service d'ORL et Chirurgie Cervico-Faciale du CHU de Bouaké.

Résultats et discussion: l'âge moyen des patients était de 31,5 ans avec des extrêmes de 3 et 86 ans. Il y avait une prédominance masculine (61,8%). Les élèves et étudiants représentaient 25 % de la population étudiée. Dans 45,5 % des cas, les épistaxis d'origine non traumatique survenaient pendant l'harmattan (décembre à février). L'étiologie la plus fréquente était idiopathique (46%), suivie des causes infectieuses et inflammatoires (18,5%), traumatiques (15,8%) et hypertensives (10,5%).

Conclusion : L'épistaxis est peu fréquente en consultation ORL à Bouaké. Elle survient chez l'adulte jeune, en saison sèche. Les épistaxis essentielles, les traumatismes des os propres du nez et les rhinosinusites étaient les principales étiologies des épistaxis.

MOTS CLÉS : EPISTAXIS, EPIDÉMIOLOGIE, ETIOLOGIE, ORL.

SUMMARY

Objective: to report the epidemiological and etiological aspects of epistaxis in ENT consultation in University Teaching Hospital of Bouaké.

Material and method: retrospective descriptive study carried out in ENT service in Bouaké over 3 year's period (2009 - 2011).

Results and discussion: the average age of the patients was 31,5 years with extremes of 3 and 86 years. Males were frequently affected (61.8 pc). Pupils and the students constituted 25 % of the population. In 45.5 pc cases, non-traumatic epistaxis arose during the months of december-february. The commonest cause of epistaxis was idiopathic (46 pc), followed by infectious and inflammatory causes (18.5 pc), traumatic (15.8 pc) and hypertension (10.5 pc).

Conclusion: epistaxis is few common in ENT consultation in Bouaké. It concerned mainly young adult, in dry season. Majority of etiologies of epistaxis were represented by essential epistaxis, trauma of bones of the nose, rhinitis and sinusitis.

KEYWORDS: EPISTAXIS, EPIDEMIOLOGY, ETIOLOGY, ENT.

INTRODUCTION

L'épistaxis est une hémorragie en provenance des fosses nasales ou extériorisée par celle-ci [1]. Elle peut non seulement entraîner des troubles hémodynamiques mais également causer une grande anxiété chez les patients et leurs entourages [2]. C'est l'urgence oto-rhino-laryngologique la plus fréquente, affectant plus de 60% de la population durant leur vie avec 6% nécessitant une assistance médicale [3]. Elle représentait 12% des cas de l'ensemble des urgences annuelles du service ORL, au Mali, en 1992 [4]. Les étiologies sont diverses dominées par les causes idiopathiques, néoplasiques, traumatiques, hypertensives, inflammatoires et infectieuses [3,5-6].

Cette étude sur l'épistaxis est la première du genre dans le service ORL du CHU de Bouaké. Elle a pour objectif de rapporter les données épidémiologiques et étiologiques des épistaxis en consultation ORL au CHU de Bouaké.

MATERIEL ET METHODE

Il s'agit d'une étude rétrospective sur une période de 3 ans (2009 à 2011) qui s'est déroulée dans le service d'ORL et Chirurgie Cervico-Faciale du CHU de Bouaké. Le recueil des données a été fait à partir des dossiers des patients reçus en consultation.

Ont été inclus dans l'étude, tous les patients reçus en consultation ORL pour une épistaxis sans distinction d'âge et de sexe. Tous ceux ayant un dossier médical comportant des biais au niveau de l'anamnèse, des antécédents ou de l'examen clinique, en ont été exclus.

Critères de gravité des épistaxis : les épistaxis étaient classées bénignes lorsqu'elles étaient unilatérales, de faible abondance et sans signes de choc hypovolémique. En cas d'épistaxis abondantes, bilatérales avec une extériorisation antérieure et postérieure, et signes de choc hypovolémique, elles étaient classées graves.

RESULTATS

Sur 4898 patients reçus en consultation durant la période de l'étude, 76 présentaient une épistaxis soit une fréquence de 1,6%. En 2011, 48,68% de cas d'épistaxis ont été recensés contre 36,84% en 2010 et 14,47% en 2009. Les épistaxis étaient récidivantes dans 36 cas (47,4%) et uniques dans 40 cas (52,6%).

L'âge moyen était de 31,5 ans avec des extrêmes de 3 et 86 ans. La répartition des patients selon les tranches d'âges a été résumée dans la figure 1. La tranche d'âge de 20 à 39 ans prédominait (42% des cas), suivie des moins de 20 ans (29% des cas). Il y avait une prédominance masculine avec 61,8% d'hommes et un sex ratio de 1,62.

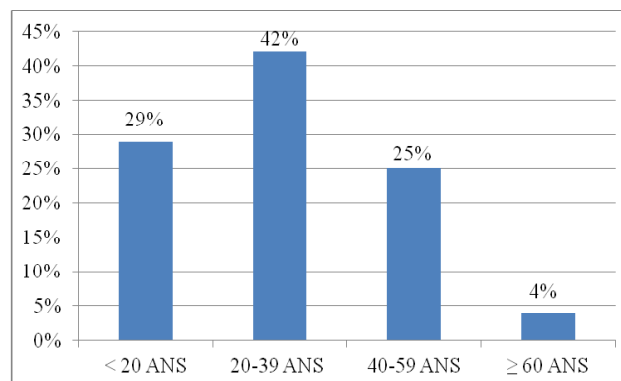


Figure 1 : répartition des patients par tranche d'âge

La répartition des patients selon la profession montrait une atteinte des élèves et étudiants (25% des cas) suivis des sans profession (21% des cas) et des commerçants (15% des cas). Le reste de la population étant composé de fonctionnaires et d'ouvriers. La majorité des patients résidaient dans la ville de Bouaké (76,3%) ; ils provenaient en dehors de la région de Bouaké dans 17% des cas et des villages de la préfecture de Bouaké dans 6,7% des cas.

Les patients n'avaient aucun antécédent particulier dans 79 % des cas (tableau I). Les antécédents relevés (21%) comprenaient des rhino-sinusites (7,9%) et l'hypertension artérielle (6,6%).

Tableau I : répartition des patients selon les antécédents

Antécédents	Effectif	Pourcentage (%)
Aucun antécédent particulier	60	79%
Rhino-sinusite	06	7,9%
HTA	05	6,6%
Diabète	02	2,6%
Malformation septale	01	1,3%
Asthme	01	1,3%
Epistaxis	01	1,3%
TOTAL	76	100%

Les épistaxis étaient bénignes dans 63 cas (82,9 %) et graves dans 13 cas (17,1%). L'examen clinique notait 12 cas d'épistaxis d'origine traumatique (15,8%) et 64 cas d'origine non traumatique (84,2%). Les épistaxis non traumatiques

ont été observées dans 45,3 % des cas au cours du trimestre allant du mois de décembre à février (Tableau II) ; elles étaient dominées par les causes idiopathiques (46%) et, les causes infectieuses et inflammatoires (rhino sinusite, fièvre typhoïde) (Tableau III).

Tableau II : répartition des épistaxis non traumatiques au cours de l'année

	2009	2010	2011	Total	%
Décembre - février	4	10	15	29	45,3%
Mars - mai	1	5	6	12	18,7%
Juin - août	2	4	3	9	14,1%
Septembre-novembre	1	5	8	14	21,9%
TOTAL	8	24	32	64	100%

Tableau III : répartition selon les étiologies

Etiologies		Effectif	%
Non traumatique	Cause idiopathique	35	46
	Rhino sinusite	11	14,5%
	HTA	08	10,5%
	Tumeur maligne du cavum	04	5,3%
	Fièvre typhoïde	03	4%
	Ectasie de la tache vasculaire	02	2,6%
	Hypoprothrombinémie	01	1,3%
Traumatique	Fracture des OPN*	09	11,8%
	Plaie des fosses nasales	03	4 %
TOTAL		76	100%

DISCUSSION

L'épistaxis est une affection très peu rencontrée en consultation ORL au CHU de Bouaké avec une fréquence de 1,6% durant la période de l'étude. L'incidence de l'épistaxis du service d'ORL de Sokoto au Nigeria était de 19/1000 [6]. En 1994, 203 cas d'épistaxis (1,82%) ont été recensés en ORL à l'hôpital Gabriel TOURE de Bamako dont 34 cas d'épistaxis répétées (0,30%) [4].

L'épistaxis était sous estimée dans notre étude. En effet, selon Ag Mohamed, beaucoup d'épistaxis minimales ne sont pas vues en ORL, et c'est le caractère abondant ou répété qui inquiète les patients et les pousse à consulter un service spécialisé [4]. Ce que corroborent les résultats de notre étude avec 47,4% d'épistaxis récidivantes. Le taux de récurrence était de 14% dans la série de Monjas-Cánovas [7]. Tous les patients vus pour une épistaxis d'origine non traumatique, ont

présenté des épistaxis répétées avec en moyenne trois épisodes d'épistaxis [2,8]. Ag Mohamed préconise dans ce cas, la réalisation d'un bilan à «*minima*» [4]. La majorité des cas d'épistaxis a été recensée en 2011 (48,68%). Cette période correspond à la période de gratuité des soins instaurée par le gouvernement ivoirien et qui a engendré un afflux massif de populations vers les établissements sanitaires publiques.

La prédominance masculine a été retrouvée dans la littérature [2,5-8]. L'âge moyen de 31,5 ans avec des extrêmes allant de 3 à 86 ans se rapproche des résultats de Boko à Lomé qui observait un âge moyen de 26,9 ans avec des extrêmes de 1 à 70 ans [5]. La répartition des patients par tranche d'âge montrait un pic de fréquence chez les 20-39 ans avec 43%, en accord avec les données de Ezziyi [8]. Le pic de fréquence se situait entre 0 et 10 ans (26,4%) pour Iseh [6]. Ceci contraste avec les résultats de Pallin qui trouvait une répartition bimodale avec des pics de fréquence chez les patients de moins de 10 ans et de plus de 70 ans [9]. Cette distribution bimodale est confirmée par Shukla chez les patients de moins de 10 ans et de plus de 40 ans [3]. Pour Varshney, il y aurait une augmentation de l'incidence des épistaxis avec l'âge [10].

La majorité des patients résidaient dans la ville de Bouaké (76,3%), avec son cortège de pollution atmosphérique. Cette pollution est surtout liée à la présence de poussière dans l'air, en rapport avec le nombre important de routes non bitumées dans la ville pendant la période d'étude, et à l'harmattan. Selon Zhou, en Chine, la présence de sable dans l'atmosphère et le temps poussiéreux entraînent des effets délétères sur les voies respiratoires supérieures avec une augmentation des symptômes tels l'épistaxis et la rhinorrhée [11]. Comme précédemment rapporté par Boko [5], les épistaxis non traumatiques survenaient majoritairement entre décembre et février, correspondant à la période de l'harmattan dans notre pays. Cette saison chaude et sèche est propice aux inflammations et infections rhinosinusiennes. La fragilité de la muqueuse nasale durant cette période de l'année, peut favoriser les saignements, expliquant le taux élevé des épistaxis d'origine inflammatoire et infectieuse (14,5% de rhinosinusite et 4% de typhoïde) dans le service ORL du CHU de Bouaké. Ailleurs, les épistaxis sont plus fréquentes pendant les mois secs et froids d'hiver [7,9,10,12].

Dans notre série, les épistaxis étaient bénignes dans la majorité des cas (82,9%) tout comme dans celle de Boko [5]. Les étiologies des épistaxis

étaient dominées par les causes idiopathiques à l'image des différentes série de la littérature^[1,3,6,10]. Cette épistaxis essentielle était suivie des causes infectieuses et inflammatoires (18,5%), traumatiques (15,8%) et hypertensive (10,5%). Par contre, dans l'étude de Iseh au Nigéria^[6], les causes traumatiques (27,8%) venaient au second rang suivie des causes hypertensives (18,0%). Les traumatismes étaient les principales étiologies des épistaxis dans divers travaux avec des taux allant de 30,8% à 70,8%^[2,5,8]. Il s'agissait de traumatisme maxillo-facial, crânien ou nasal isolé. Ces causes, avec 15,8% des cas, représentaient la troisième étiologie des épistaxis de notre série; elles étaient dominées par les fractures des os propres du nez avec 11,8% des cas. Les traumatismes sont l'apanage des jeunes^[6,9] car étant les plus actifs dans la population et par conséquent plus exposés aux traumatismes maxillo-faciaux lors des accidents de la voie publique^[6]. Quant aux causes hypertensives, leur imputabilité devant une épistaxis est controversée mais admise en l'absence d'autres étiologies^[1]. Elles constituaient la quatrième étiologie des épistaxis dans ce travail et la troisième dans celui de Gilyoma en Tanzanie^[2]. Par contre, c'est la cause la plus fréquente des épistaxis à l'hôpital universitaire de Chiang Mai en Thaïlande^[12]. Il faut y penser, de parti pris, devant toute épistaxis de l'adulte surtout s'il s'agit d'un hypertendu avec une mauvaise observance de son traitement antihypertenseur.

Les causes tumorales sont à rechercher systématiquement devant une épistaxis récidivante^[1]. Il s'agit de tumeurs bénignes et malignes nasosinusiennes et nasopharyngées^[2,5]. C'est la deuxième cause la plus fréquente des épistaxis après les causes hypertensives selon Chaiyasate^[12]. Elles ont été représentées, dans notre étude, par les tumeurs malignes du cavum et les ectasies de la tache vasculaire de Kisselbach.

CONCLUSION

L'épistaxis est peu fréquente en consultation ORL au CHU de Bouaké. Elle survient chez l'adulte jeune, en saison sèche. Les épistaxis essentielles, les traumatismes des os propres du nez et les rhinosinusites étaient les principales étiologies.

REFERENCES

1. ALBERT S ET BOZEC H. Epistaxis. In : ORL et Chirurgie Cervico-Faciale. *Réussir l'internat. Edition Ellipses 2007* :97-107.
2. GILYOMA JM AND CHALYA PHL. Etiological profile and treatment outcome of epistaxis at a tertiary care hospital in Northwestern Tanzania: a prospective review of 104 cases. *BMC Ear, Nose and Throat Disorders* 2011, 11:8. <http://www.biomedcentral.com/1472-6815/11/8>
3. SHUKLA PA, CHAN N, DUFFIS EJ, ELOY JA, PRESTIGIACOMO CJ, GANDHI CD. Current treatment strategies for epistaxis. A multidisciplinary approach. *J NeuroIntervent Surg.* 2013;5:151-6.
4. AG MOHAMED A, TOUNKARA A. Bilan à "minima" chez des patients souffrant d'épistaxis répétées au mali. *Médecine d'Afrique Noire* 1998 ; 45:405-8.
5. BOKO E, GOUNE L, KPEMISSI E. Epidémiologie et étiologies des épistaxis dans notre pratique: A Propos de 250 cas colligés de 1986 A 1997 au CHU de Lomé. *Journal de la Recherche Scientifique de l'Université de Lomé* 2006;8. <http://www.ajol.info/index.php/jrsul/article/view/52019>
6. ISEH KR, MUHAMMAD Z. Pattern of epistaxis in Sokoto, Nigeria: a review of 72 cases. *Ann Afr Med.* 2008;7:107-11.
7. MONJAS-CÁNOVAS I, HERNÁNDEZ-GARCÍA I, MAURI-BARBERÁ J, SANZ-ROMERO B, GRAS-ALBERT JR. Epidemiology of epistaxes admitted to a tertiary hospital. - *Acta Otorrinolaringol Esp.* 2010; 61:41-7.
8. EZIYI JAE, AKINPELU OV, AMUSA YB, EZIYI AK. Epistaxis in Nigerians: A 3-year Experience. *East and Central African Journal of Surgery* 2009;14:93-8.
9. PALLIN DJ, CHNG Y-M, MCKAY MP, EMOND JA, PELLETIER AJ, CAMARGO CA. Epidemiology of epistaxis in US emergency departments, 1992 to 2001. *Annals of Emergency Medicine* 2005; 46:77-81.
10. VARSHNEY S, SAXENA RK. Epistaxis: a retrospective clinical study. *Indian Journal of Otolaryngology and Head and Neck Surgery* 2005; 57:125-9.
11. ZHOU J, ZHAO X-G, WANG Q ET AL. Effects of Dust Event on the Upper Respiratory Tract and Eyes Uncomfortable Symptoms of Primary School Students in Southern Xinjiang. *Journal of Environment and Health* 2010;27:767-71.
12. CHAIYASATE S, ROONGROTWATTANASIRI K, FOOANAN S, SUMITSAWAN Y. Epistaxis in Chiang Mai University Hospital. *J Med Assoc Thai* 2005;88:1282-6.