

MeB – Pagine Elettroniche

Volume XII

Aprile 2009

numero 4

PEDIATRIA PER L'OSPEDALE

L'epistassi

Giorgio Bartolozzi

Membro della Commissione Nazionale Vaccini

Indirizzo per corrispondenza: bartolozzi@unifi.it

L'epistassi, cioè la fuoriuscita di sangue rosso dal naso, è un'evenienza estremamente frequente a tutte le età, ma soprattutto nel bambino. Il sangue che viene perduto in queste occasioni sembra sempre molto abbondante, per cui i genitori sono sempre molto allarmati e portano il bambino dal pediatra. Nella grandissima maggioranza dei casi la causa dell'epistassi è semplicemente locale e la perdita di sangue è minima; ma il pediatra deve conoscerne le cause e deve assicurare i genitori.

Sul *New England Journal of Medicine* del 19 febbraio 2009 è stata pubblicata una revisione di questa frequente manifestazione: RJ Schlosser- Epistaxis. *N Engl J Med* 2009;360:784-9. Ne riporto i punti principali.

Si pensa che l'**epistassi** si manifesti nel 60% delle persone, nell'arco della loro vita, ma solo nel 6% dei casi essa rappresenta un problema medico. La prevalenza è elevata nei bambini in età inferiore ai 10 anni e si fa di nuovo più elevata dopo i 35 anni.

ASPETTI ANATOMICI

Più del 90% di tutti gli episodi di epistassi avvengono a carico della parte anteriore del setto nasale, in un'area chiamata *locus Valsalvae* o, secondo gli autori anglosassoni, **area di Kiesselbach**. Il sangue a questa area giunge dall'arteria carotide esterna, attraverso la branca superiore labiale dell'arteria facciale e le branche terminali dell'arteria sfeno-palatina e infine dall'arteria carotide interna attraverso le arterie etmoidali anteriori e posteriori. Soltanto il 10% dei sanguinamenti dal naso avvengono dalle altre parti del setto nasale e dalle pareti laterali delle narici (il sangue che arriva a queste aree deriva dall'arteria carotide esterna, attraverso la branca sfenopalatina dell'arteria mascellare interna) (vedi figura 1).

I sanguinamenti nasali posteriori sono più comuni nei pazienti di maggiore età, con un'età media di 63 anni.

CAUSE E CONDIZIONI ASSOCIATE

Possono contribuire alla comparsa dell'epistassi sia **condizioni locali**, sia generali. È molto comune, particolarmente fra i bambini, l'epistassi originata dal trauma legato all'introduzione di un dito nel naso (*mettersi le dita nel naso*). L'epistassi si manifesta anche nel 17-23% dei pazienti che determinano un trauma nasale usando farmaci per via nasale,

come corticosteroidi e antistaminici: l'incidenza è più bassa nei soggetti che dirigono il getto lateralmente per ridurre al minimo l'effetto di questi medicinali sul setto. Anche l'uso di sostanze illecite per via nasale (cocaina) può dare epistassi. Epistassi molto abbondanti si possono avere in seguito a traumi sulle ossa nasali o sul setto. La deumidificazione della mucosa nasale è probabilmente la responsabile dell'aumentata incidenza dell'epistassi, osservata nei mesi invernali, per il soggiorno in ambienti iperriscaldati. Altri fattori associati all'epistassi includono le perforazioni del setto, che sono dovute alla mucosa secca (uso locale prolungato di farmaci vasocostrittori), alle rinosinusi virali o batteriche e ai tumori. Vanno anche prese in considerazione in pazienti con epistassi, le **condizioni generali**, associate alle coagulopatie

Figura 1. Afflusso di sangue al setto nasale (A) e alla parete laterale delle narici (B).

La maggior parte delle epistassi deriva dalla parte anteriore del setto nasale, in un'area, detta di Valsalva (area di Kiesselbach degli anglosassoni), che riceve sangue dalle branche terminali delle arterie sfenopalatina, etmoidale e labiale superiore (figura A). Il sanguinamento posteriore può derivare dal setto nasale o dalla parete laterale delle narici (figura B) e origina dall'arteria sfenopalatina, che entra nella cavità nasale attraverso la parete nasale laterale.

Il 45% dei pazienti ricoverati per epistassi ha malattie generali, come:

- affezioni genetiche (emofilia A o B)
- coagulopatie acquisite, dovute a malattie epatiche o renali
- uso di anticoagulanti (dicumarolo-warfarin)
- tumori di origine ematologica.

Basse dosi di aspirina sembrano aumentare di poco il rischio di epistassi; in un ampio studio in donne in trattamento per la profilassi cardiovascolare, l'epistassi è stata riscontrata nel 19,1% contro il 16,7% del gruppo placebo, in un periodo di 10 anni. Anche l'uso di terapie alternative (come aglio, ginkgo o ginseng) può contribuire a lievi coagulopatie sistemiche, che conducono all'epistassi.

È controversa l'importanza dell'ipertensione nell'epistassi. La teleangectasia emorragica ereditaria è un'altra situazione genetica che dà epistassi (vedi figura 2).

Figura 2. Immagine endoscopica in caso di telangectasie nasali

L'aspetto caratteristico della telangectasia ereditaria, a carico dei vasi del setto anteriore di sinistra (freccia) e del turbinato anteriore di sinistra (punte di freccia).

STRATEGIE E PROVE

La valutazione di ogni paziente con epistassi deve iniziare assicurando una stabilità delle vie aeree e una stabilità emodinamica. Va sottolineato che quasi nessuna epistassi mette in pericolo la vita. Solo eccezionalmente sono necessari spray locali con anestetici e vasocostrittori (come combinazioni di lidocaina e fenilefrina od ossimetazolina). Questi spray possono essere usati separatamente o insieme. Inoltre può essere utile l'applicazione locale di tamponi di cotone, intrisi di farmaci anestetici e vasocostrittori. L'esperienza indica che questi sono spesso lenti a fermare l'epistassi; essi inoltre possono essere usati per togliere i coaguli, al fine di rendere più sopportabile al paziente l'ostruzione nasale. In caso di sanguinamento posteriore si rende necessaria, per il trattamento, la consulenza di un otorino. Spesso si rende necessaria l'iniezione transpalatina di lidocaina all'1% e di adrenalina 1:100.000, iniettate lentamente. Quando l'epistassi sia particolarmente grave, come non si verifica quasi mai nel bambino, è necessario eseguire un emocromo completo e la determinazione del gruppo sanguigno, per un'eventuale trasfusione. In generale non sono da richiedere esami specifici per i difetti della coagulazione. Esami di laboratorio vanno eseguiti in paziente che assumono dicumarolo (warfarin) per determinare eventuali sovradosaggi. **Epistassi ricorrenti unilaterali**, evenienza frequente nel bambino, che non risentono dei semplici trattamenti conservativi, vanno avviate all'otorino.

TIPI DI TRATTAMENTO

La **maggior parte dei sanguinamenti anteriori sono autolimitantesi e non richiedono trattamento medico**. Essi possono essere controllati stringendo la parte anteriore del naso per 15 minuti o meno. Il paziente va posto in posizione di riposo. La testa può essere posta sia in posizione piegata anteriore, sia posteriore, a seconda di come sia più confortevole per il paziente: è importante che il paziente non ingoi o non inalasse del sangue, che viene drenato posteriormente in faringe. Di frequente viene fatto l'errore di comprimere le ossa nasali, alla base del naso: invece la compressione va fatta distalmente, comprimendo l'ala del naso sul setto. Utile l'uso di spray di ossimetazolina. Se le epistassi sono frequentemente recidivanti o sono refrattarie alla pressione locale e ai vasocostrittori topici, possono richiedere la cauterizzazione. Anche in questo caso il paziente va passato all'otorino.

La **cauterizzazione** può essere eseguita:

- con sostanze chimiche: **nitrato di argento**, da usare nei sanguinamenti lievi e quando siano stati identificati i vasi interessati. Quando la cauterizzazione debba essere bilaterale, il trattamento deve essere separato di 4-6 settimane, per permettere la ricostituzione della mucosa.
- I gravi sanguinamenti, che non rispondono al trattamento con sostanze chimiche, possono richiedere una **cauterizzazione elettrica**, che richiede apparecchiature specializzate.

Il **tamponamento nasale anteriore** viene comunemente usato per fermare le emorragie dall'area di Valsalva, che siano

refrattarie al trattamento sopra riportato. In generale viene usato un tampone con materiale non degradabile, come una garza o una spugna di polivinil acetato idrossilato che si gonfia quando bagnata (MeroCel, Medtronic, non in commercio in Italia) o un tampone gonfiabile (Rapid rhino, ArthroCare, non riportati sull'Informatore Farmaceutico 2007). Questi tamponi vanno lasciati in situ per 1-3 giorni prima della rimozione. Con questi tamponi il sanguinamento si ferma nel 60-80% dei casi che non avevano risposto alla pressione e alla vasocostrizione. L'inserzione e la rimozione di questi tamponi può portare a un trauma della mucosa con conseguenti ricorrenti sanguinamenti o dolore. Accanto a questi tamponi è disponibile una varietà di materiali assorbibili o biodegradabili, che non richiedono la rimozione e che possono essere utili per pazienti con o senza coagulopatie (Sur-gicel, Gelfoam, Avitene (in commercio in Italia), Floseal e altri). Sia per il **tamponamento nasale** anteriore, sia soprattutto per quello **posteriore** è necessario l'intervento dell'otorino. Quando sia applicato un tamponamento è consigliabile l'uso di unguenti o creme antibiotiche locali o antibiotici per via generale per timore della sindrome da shock tossico. Tuttavia l'incidenza di questa sindrome dopo il tamponamento è molto rara: 16,5 casi su 100.000 tamponamenti nasali. Quando i trattamenti conservativi non sono capaci di fermare il sanguinamento, sono necessarie l'embolizzazione o meglio la legatura chirurgica dei vasi lesi.

Quando l'epistassi sia controllata, sono in generale raccomandate cure routinarie della mucosa nasale per prevenire le ricadute. Sono disponibili gel locali, lozioni e unguenti per promuovere la guarigione della mucosa: una rivista Cochrane non rileva differenze fra i trattati con queste sostanze e i non trattati.

AREE D'INCERTEZZA

La maggior parte degli aspetti del trattamento delle epistassi non è stato valutato in prove randomizzate, inclusa l'efficacia del tamponamento da parte del paziente, dei vasocostrittori o di altre terapie topiche, come il tipo ottimale del tamponamento nasale e la durata del suo uso, il ruolo degli antibiotici in associazione al tamponamento nasale, e l'utilità delle varie tecniche chirurgiche e di embolizzazione.

LINEE GUIDA

Non sono disponibili linee guida concernenti l'epistassi. Tuttavia le raccomandazioni della *American Academy of Otolaryngology-Head and Neck Surgery* sono in accordo con quanto sopra riportato.

CONCLUSIONI E RACCOMANDAZIONI

Nella grandissima maggioranza dei pazienti con epistassi è sufficiente il trattamento conservativo, che consiste nella pressione da parte del paziente della parte anteriore del setto per 15 minuti, nell'applicazione locale di vasocostrittori e

creme idratanti. Casi che non rispondono al trattamento conservativo rispondono alla cauterizzazione o al tamponamento con una varietà di materiali diversi. I casi gravi richiedono un tamponamento posteriore, interventi chirurgici o embolizzazione. Se avviene una ripetizione frequente dell'epistassi, va considerata la sospensione della somministrazione di aspirina.