

Épistaxis chez les enfants porteurs d'une rhinite allergique: Particularités cliniques et facteurs de risque

Epistaxis in children with allergic rhinitis: Clinical features and risk factors depending on the allergen profile

Amani Hachicha¹, Hamdi Chouchane¹, Houneida Boussafa¹, Senda Turki¹, Ferdaous Yangui², Ridha Charfi²

1. Université de Tunis El Manar, Faculté de médecine de Tunis, 1007, Hôpital des FSI la Marsa, Service d'ORL et CCF, Tunis, Tunisie

2. Université de Tunis El Manar, Faculté de médecine de Tunis, 1007, Hôpital des FSI la Marsa, Service de pneumologie

RÉSUMÉ

Introduction: L'épistaxis chez l'enfant est un motif très fréquent de consultation aux urgences ORL et pédiatriques. La plupart de ces épistaxis sont bénignes, mais c'est leur récurrence qui motive les parents, souvent anxieux, à consulter. La rhinite allergique étant une pathologie assez fréquente chez les enfants en Tunisie, il nous a semblé intéressant d'étudier l'association rhinite allergique/épistaxis.

Objectif: Identifier les particularités cliniques ainsi que les facteurs de risque d'épistaxis chez les enfants ayant une rhinite allergique.

Méthodes: Étude descriptive rétrospective type cohorte sur une période de 4 ans, ayant inclus des enfants, ayant consulté pour épistaxis au service d'ORL et CCF Hôpital FSI, La Marsa Tunis. L'ensemble des cas a été départagé en 2 groupes: Groupe ERA+: épistaxis avec RA versus Groupe ERA-: épistaxis sans RA

Résultats: 79 enfants ont été inclus dont 21 (26.6%) répondant aux critères diagnostiques de rhinite allergique. Une prédominance féminine a été notée dans le groupe ERA+. Dans le groupe ERA+, l'épistaxis est essentiellement survenue en été et en automne (38% et 28%) alors qu'elle prédominait en hiver et en été dans le groupe ERA-. La rhinorrhée et le prurit nasal étaient des facteurs significativement associés à l'épistaxis chez les enfants avec rhinite allergique.

Conclusion: Devant des épistaxis répétitives chez un enfant, le médecin ORL doit penser à la rhinite allergique et rechercher par un interrogatoire minutieux des symptômes évocateurs notamment une rhinorrhée aqueuse et un prurit nasal.

Mots clés: épistaxis, rhinite allergique, enfant

ABSTRACT

Introduction: Epistaxis in children is a very common reason for consultation in ENT and pediatric emergencies. Most of these epistaxis are benign, but it is their recurrence that motivates anxious parents, to consult. Allergic rhinitis is a common pathology among children in Tunisia, it seemed interesting to us to study the association between allergic rhinitis and epistaxis.

Aim: Identify the clinical features and the risk factors for epistaxis in children with allergic rhinitis.

Methods: Retrospective descriptive cohort study over a period of 4 years, including children, who consulted for epistaxis at the ENT and CCF department of FSI Hospital, La Marsa Tunis. All cases were divided into 2 groups: ERA+ Group: epistaxis with allergic rhinitis versus ERA- Group: epistaxis without allergic rhinitis.

Results: 79 children were included, including 21 (26.6%) meeting the diagnostic criteria for allergic rhinitis. A female predominance was noted in the ERA+ group. In the ERA+ group, epistaxis mainly occurred in summer and autumn (38% and 28%) while it predominated in winter and summer in the ERA- group. Rhinorrhea and nasal pruritus were factors significantly associated with epistaxis in children with allergic rhinitis.

Conclusion: the ENT doctor must think about allergic rhinitis in case of Repetitive epistaxis in a child, and look for suggestive symptoms, particularly rhinorrhea and nasal pruritus.

Key words: epistaxis, allergic rhinitis, child,

Correspondance

Amani Hachicha

Université de Tunis El Manar, Faculté de médecine de Tunis, 1007, Hôpital des FSI la Marsa, Service d'ORL et CCF, Tunis, Tunisie

Email: amani.hachicha@fmt.utm.tn

INTRODUCTION

L'épistaxis chez l'enfant est un motif très fréquent de consultation aux urgences ORL et pédiatriques. 60% des enfants âgés de moins de 10 ans ont eu au moins un épisode d'épistaxis dans leur vie (1). Contrairement aux épistaxis chez l'adulte, ceux des enfants sont de siège antérieur, d'abondance minime et cèdent spontanément (2). Plusieurs facteurs locaux, systémiques et environnementaux ont été incriminés dans la genèse des épistaxis chez l'enfant. C'est la récurrence de ces épistaxis qui motive les parents, souvent anxieux, à consulter.

La rhinite allergique (RA) est l'ensemble de manifestations fonctionnelles nasales engendrées par le développement d'une inflammation IgE-dépendante de la muqueuse nasale en réponse à une exposition à différents types d'allergène. La RA touche jusqu'à 50% de la population générale. Sa fréquence est plus grande chez les adolescents et les enfants et peut atteindre 48 % des enfants d'âge préscolaire (3). Les signes rhinologiques sont essentiellement dominés par la rhinorrhée et le prurit nasal. L'épistaxis est un symptôme clinique plus rare, néanmoins sa récurrence doit faire chercher une cause chronique dont la rhinite allergique.

En Tunisie, la RA étant une pathologie fréquente chez les enfants, il nous a semblé intéressant d'étudier l'association rhinite allergique/épistaxis et d'en préciser les caractéristiques cliniques.

L'objectif de notre étude était d'identifier les particularités cliniques ainsi que les facteurs de risque d'épistaxis chez les enfants ayant une rhinite allergique.

MÉTHODES

Il s'agit d'une étude descriptive rétrospective type cohorte historique. Elle a concerné les enfants ayant consulté pour épistaxis et pris en charge au service d'otorhinolaryngologie et de chirurgie cervico-faciale de l'hôpital des FSI, sur une période de quatre ans (janvier 2019- décembre 2022). Toutes les données cliniques et paracliniques ont été consignées sur le Dossier Médical Informatisé (DMI) de l'Hôpital. Elles ont été recueillies par un même médecin sur une fiche préétablie.

Nous avons inclus dans cette étude les enfants dont l'âge était inférieur ou égal à 18 ans (était compris) et ayant consulté notre service pour épistaxis. Nous n'avons pas inclus les épistaxis dont l'étiologie était traumatique ou tumorale. Les dossiers incomplets ou inexploitable ont été exclus.

Les différentes données cliniques, thérapeutiques et évolutives ont été collectées. A l'interrogatoire, nous avons relevé les données démographiques (âge et sexe), les antécédents personnels d'atopie, les traitements en cours notamment une corticothérapie nasale, l'histoire de l'épistaxis (la date, le délai entre l'épisode d'épistaxis et la date de consultation, le nombre d'épisodes antérieurs, les circonstances déclanchantes, le côté du saignement et l'abondance du saignement), les signes orl associés et les circonstances climatiques lors du saignement. A l'examen physique Nous avons quantifié l'abondance de

l'épistaxis, nous avons pratiqué une endoscopie nasale ainsi qu'un examen ORL et général à tous les enfants. Un bilan biologique (Une numération de la formule sanguine (NFS) avec numération plaquettaire ainsi qu'un bilan d'hémostase primaire (Taux de Prothrombine (TP) et Temps de Céphaline Activé (TCA)) ont été réalisés pour les patients ayant présenté des épistaxis à répétition dans leurs antécédents et ce, afin d'éliminer une étiologie hématologique.

Au terme de ce recueil et sur la base de la présence ou non de rhinite allergique (RA), nous avons départagé l'ensemble des cas en 2 groupes: Groupe ERA+: épistaxis avec RA et Groupe ERA-: épistaxis sans RA

Le diagnostic de RA a été retenu sur la base de critères suivants :Signes fonctionnels de RA répondant à l'unité temps et lieu et Tests cutanés positifs concordants avec les données cliniques.

Un traitement médicamenteux symptomatique de l'épistaxis a été indiqué pour tous les patients. L'évolution a été jugée sur la présence ou l'absence d'épistaxis sur un recul de 18 mois.

L'analyse statistique des données a été effectuée par le logiciel SPSS (« Statistical Package for Social Sciences ») dans sa version 26 et le logiciel « Microsoft Excel 2013 ». Cette analyse a comporté deux parties. La partie descriptive a décrit les caractéristiques des patients avec les différents facteurs susceptibles d'avoir un impact sur la survenue d'une épistaxis chez les enfants avec rhinite allergique. La partie analytique a comporté une analyse bi-variée puis multivariée pour identifier les particularités cliniques des épistaxis chez les enfants porteurs de RA ainsi que les facteurs de risque d'épistaxis chez ces enfants. En analyse bi-variée, les tests statistiques utilisés étaient le test de Khi-carré ou le test exact de Fischer pour les variables qualitatives, et le test t de Student pour les variables quantitatives. En analyse multivariée, un modèle de régression logistique binaire a été construit. Le seuil de significativité retenu était de 0,05.

RÉSULTATS

Selon les critères d'inclusion, non inclusion et d'exclusion que nous avons établis, nous avons retenu 79 enfants sur les 88 recensés pendant la période d'étude. Vingt-et-un patients (26.6%) répondant aux critères diagnostiques de rhinite allergique (RA), ont été inclus dans le groupe épistaxis avec rhinite allergique (ERA+) et 58 (73.4%) dans le groupe épistaxis sans rhinite allergique (ERA-). L'âge moyen des patients était de 8,7 ans avec des extrêmes de 2 et 17 ans. Cette moyenne était de 8.4 dans le groupe ERA+ et de 8.8 dans le groupe ERA-. La répartition suivant l'âge a montré que les épistaxis étaient plus fréquentes à l'âge de 10 ans (9 cas) dans le groupe ERA- alors qu'elles survenaient à un âge légèrement inférieur (6 et 8 ans) dans le groupe ERA+ (Figure.1).

Nous avons noté une prédominance masculine avec un sex-ratio de 1.4. Cette prédominance plus marquée dans le groupe ERA-, (sex-ratio à 1.9) s'est inversée dans le groupe ERA+, avec une nette prédominance féminine. (sex-ratio de 0.6). (Figure 2)

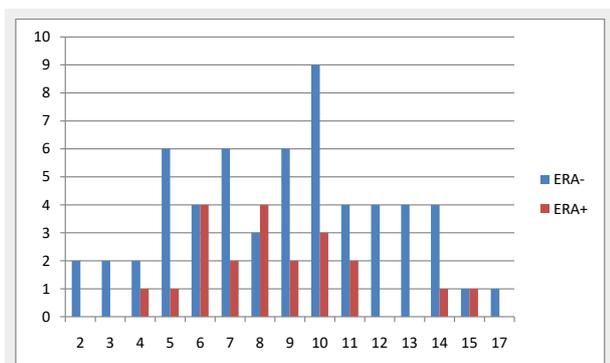


Figure 1. Répartition des cas d'épistaxis suivant l'âge entre les 2 groupes

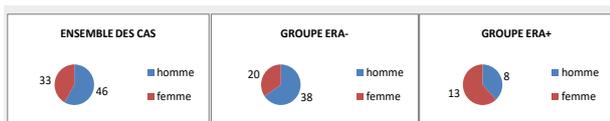


Figure 2. Répartition en fonction du sexe dans les 3 groupes

Dix-neuf patients (24%) étaient sous corticothérapie nasale au moment de l'épistaxis. Douze cas (63%) appartenait au groupe ERA+ versus 7 (37%) dans le groupe ERA-.

Soixante-deux cas (76%) ont présenté plusieurs épisodes antérieurs d'épistaxis avant de consulter. Le délai moyen entre le début de l'histoire du saignement et le dernier épisode pour lequel ils avaient consulté était de 133 jours. Ce délai était plus allongé dans le groupe ERA+ (187 jours) que dans le groupe ERA- (113 jours).

Dans le groupe ERA+, 15 patients (71%) avaient déjà une histoire d'épistaxis récurrentes (entre 2 et 3 épisodes), pour lesquelles ils avaient déjà consulté mais le diagnostic de rhinite allergique n'avait été établi que plus tardivement. L'intervalle entre la première visite pour épistaxis et la confirmation du diagnostic de rhinite allergique variait de 1 mois à 3 ans.

Concernant le côté du saignement, l'épistaxis a été bilatérale dans 49 cas (62%) contre 30 cas (38%) d'épistaxis unilatérale. L'incidence de la bilatéralité dans le groupe ERA+ était de 76%, alors qu'elle n'était que de 56% dans le groupe ERA-.

A l'interrogatoire, 11 patients (13%) avaient eu un épisode d'infection des VAS dans les jours précédents l'épisode d'épistaxis. Un seul appartenait au groupe ERA+, les 10 restants (91%) faisaient partie du groupe ERA-.

Concernant les conditions climatiques, dans le groupe ERA-, l'incidence d'épistaxis était nettement plus élevée en été et en hiver (41% et 29%). Dans le groupe ERA+, l'épistaxis est essentiellement survenue en été et en automne (38% et 28%). La répartition suivant les mois, a montré une incidence d'épistaxis plus élevée aux mois de juillet et de décembre (9 cas) dans le groupe ERA-, contre les mois de juin, novembre et avril dans le groupe ERA+ (Figure. 3).

Pour les cas de rhinites allergiques saisonnières (pollens), les épisodes d'épistaxis sont essentiellement survenus en automne, alors qu'elles étaient essentiellement en été pour les cas de rhinites per annuelles.

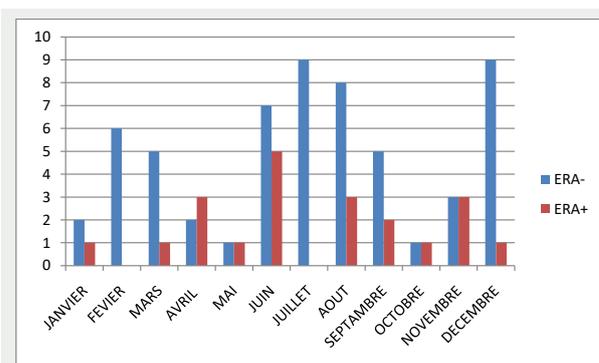


Figure 3. Répartition des épistaxis suivant les mois dans les 2 groupes

Pour les cas de rhinites allergiques saisonnières (pollens), les épisodes d'épistaxis sont essentiellement survenus en automne, alors qu'elles étaient essentiellement en été pour les cas de rhinites per annuelles.

L'épistaxis était associée à un ou plusieurs symptômes rhinologiques dans 41 cas (51%). 19 parmi les 21 patients du groupe ERA+ (90%) ont présenté ces symptômes en association avec les épisodes d'épistaxis. Un prurit nasal était le signe le plus fréquent (26 cas), prédominant dans le groupe ERA+ (16 cas) versus 10 cas dans le groupe ERA-. La rhinorrhée et l'obstruction nasale étaient présentes chez 21 patients : 13 patients du groupe ERA+ contre 8 patients du groupe ERA-.

L'épistaxis a été jugée de faible abondance pour tous les enfants (suivant nos critères déjà établies). Une endoscopie nasale pratiquée chez tous nos patients, a montré une tache vasculaire dans 58% des cas (46 cas) : elle a été mise en évidence dans 52% des cas du groupe ERA+, versus 60% des cas du groupe ERA-. D'autres anomalies des fosses nasales ont été retrouvées : muqueuse congestive chez 22 patients (10 dans le groupe ERA+), croutes sur la muqueuse nasale chez 15 patients (12 du groupe ERA+). 7 enfants avaient une hypertrophie des végétations adénoïdes. Le reste de l'examen orl et général étaient sans anomalies dans tous les cas.

Soixante-six cas (83%) ont eu un traitement local à base de crème cicatrisante et hydratante associée à un lavage nasal. Une cautérisation chimique a été effectuée dans 4 cas. Pour le groupe ERA+, la corticothérapie locale a été reprise ou prescrite de première intention chez ces patients après un délai de 21 jours de l'arrêt de l'épistaxis. Le bilan biologique n'a pas été demandé de façon systématique. Il n'a été indiqué qu'en cas d'antécédents médicaux hématologiques ou en cas d'histoire d'épistaxis répétitives.

Une numération de la formule sanguine a été pratiquée chez 44 patients (53%) : 15 patients appartenait au groupe ERA+ et 29 au groupe ERA-. Une anémie a été retrouvée chez 6 patients, tous appartenant au groupe ERA+. Un bilan d'hémostase pratiqué chez 21 patients, était normal dans tous les cas.

Au cours du recul, une récurrence des épistaxis a été notée chez 20 patients dont 14 appartenait au groupe ERA+ contre 6 au groupe ERA-. L'incidence de la récurrence dans le groupe ERA+ était de 67% contre 10% dans le groupe ERA-.

L'étude statistique en analyse bi-variée n'a pas montré de différence significative entre les 2 groupes pour les variables suivantes : coté du saignement ($p=0.138$), âge ($p=0.651$), saison de saignement ($p=0.098$) numération plaquettaire ($p=0.989$).

Quatre facteurs avaient une association statistiquement significative avec l'épistaxis chez les enfants avec rhinite allergique : le sexe féminin (OR= 2.26, IC95% [1.06-4.83] ; $p=0.029$), la corticothérapie locale (OR= 9.71, IC95% [3.01- 31.32] $p=0.002$), la rhinorrhée (OR=5.28, IC95% [1.76-15.77] ; $p=0.002$), le prurit nasal (OR= 15.36, IC95% [4.56-51.69] ; $p=0.001$).

Par ailleurs, une récurrence des épisodes d'épistaxis a été plus fréquemment observée en cas de présence de RA (OR=3.85, IC95% [1.25-12.69] ; $p=0.001$).

En analyse multivariée, le modèle de régression logistique binaire a permis de retenir les deux facteurs suivants comme favorisant la survenue de récurrence des épistaxis chez les enfants rhinitiques allergiques : rhinorrhée et prurit nasal (Tableau. 1).

Ainsi, la rhinorrhée et le prurit nasal seraient des facteurs significativement associés à l'épistaxis chez les enfants avec rhinite allergique. De plus, les épistaxis auraient tendance à la récurrence chez ces enfants, malgré un traitement bien conduit.

Tableau 1. caractéristiques cliniques des patients

Variable	Ensemble des cas (N=79)	Groupe ERA+ (N=21)	Groupe ERA- (N=58)	P Value
Age (moyenne)	8.7	8.4	8.8	0.65
Sexe				
Homme	46	38	8	0.029
Femme	33	20	13	
Cortico locale en cours	19	12	7	0.02
Saison de saignement	Été Hiver	Été Automne	Été Hiver	0.09
Coté du saignement				0.13
Bilatérale	49	16	33	
Unilatérale	30	5	15	
Prurit nasal	26	16	10	0.001
Rhinorrhée	21	13	18	0.002
Récidive	20	14	6	0.001

DISCUSSION

Selon plusieurs études, les enfants avec RA auraient une incidence plus élevée d'épistaxis que les enfants sans RA. L'objectif de notre travail a été de décrire les caractéristiques cliniques et les facteurs de risque des épistaxis chez les enfants rhinitiques allergiques.

L'âge le plus bas dans notre série était de 2 ans, ce qui est concordant avec les données de la littérature qui confirment que l'épistaxis survient rarement avant cet âge (4). L'âge moyen dans notre série (8.5 ans) était proche de ce qui a été décrit dans la littérature (7.5 ans série de Shy et 8.8 ans série de Davies) (5). Dans le groupe ERA+, les enfants âgés de plus de 10 ans ayant consulté pour épistaxis, étaient moins nombreux (2 cas) : ceci peut s'expliquer par le caractère répétitif de ces épistaxis chez les enfants rhinitiques, motivant leurs parents anxieux à

consulter à un âge plus précoce.

Le sexe masculin est prédominant dans la plupart des séries d'épistaxis de l'enfant ce qui a été le cas pour l'ensemble de notre série général et pour le groupe ERA-. Par contre, nous avons retrouvé une inversion significative du sex ratio dans le groupe ERA+. Dans la littérature, seules deux séries (Muray et Qing) ayant étudié l'association entre épistaxis et rhinite allergique, ont retrouvé une prédominance masculine (1, 6). La prédominance féminine de notre groupe ERA+ peut s'expliquer par la prédominance féminine des enfants atopiques tunisiens décrite par la série de Toujani S (7). Plus de la moitié des cas du groupe ERA+ étaient déjà sous corticothérapie nasale lors des épisodes d'épistaxis. La plupart des études s'accordent à dire que le risque d'épistaxis est plus important chez les patients traités par des corticoïdes nasaux. Ce risque, variable entre 4 et 8% en cas de traitement de courte durée (2 à 12 semaines), peut atteindre 28% pour un traitement par corticothérapie nasale prolongé (supérieure à 1 an) (8). Dans notre série, l'utilisation des corticoïdes nasaux a été significativement associée aux épistaxis chez les enfants avec RA.

Les épistaxis récurrentes affectent environ 9% de la population pédiatrique et constituent un facteur d'anxiété aussi bien chez les parents que chez les enfants. Cette récurrence semble être une caractéristique clinique des épistaxis associées à la RA dans les différentes séries. Ainsi, dans la série d'Elalfy, la rhinite allergique était la comorbidité locale la plus fréquente chez les enfants consultant pour épistaxis récurrentes (9).

Dans la série de Qing, 20% des enfants rhinitiques avaient consulté à plusieurs reprises pour épistaxis récurrentes sans que le diagnostic de RA n'ait pu être établi aux premières visites. Le délai entre la première visite et la confirmation du diagnostic de rhinite allergique a même atteint 5ans, dans 1 cas (6). Dans notre série, 71% des patients du groupe ERA+ avaient consulté plusieurs fois pour épistaxis récurrentes mais le diagnostic de RA n'avait été établi que tardivement. Au vu de ces données, nous suggérons de penser chez l'enfant, au diagnostic de RA devant une épistaxis récurrente et semblant idiopathique.

Les épistaxis peuvent être bilatérales ou unilatérales suivant leur étiologie. Dans la littérature, les séries incluant des épistaxis d'étiologies différentes chez l'enfant, retrouvent une prédominance d'épistaxis unilatérales (9,10). Dans notre étude, la plupart des épistaxis étaient bilatérales vu que les causes tumorales et traumatiques n'ont pas été incluses dans la série. De plus, l'incidence des épistaxis bilatérales était de 76% dans le groupe ERA+, ceci peut être expliqué par l'inflammation locale étendue à toute la muqueuse des cavités nasales nasale avec congestion, et irritation occasionnant les épisodes d'épistaxis bilatérales.

Le rôle des infections des VAS chez les enfants surtout en âge préscolaire a été discuté dans la littérature. Le staphylocoque auréus est le germe le plus incriminé dans l'apparition des épistaxis. Une étude a montré que les enfants consultant pour épistaxis récurrentes, avaient une fréquence élevée de prélèvements positifs

au staphylocoque auréus au niveau des fosses nasales, comparativement à la population normale (11). Le staphylocoque auréus provoquerait une inflammation chronique de la muqueuse nasale avec formation de croûtes et d'ulcérations, responsables de la récurrence des épisodes d'épistaxis. 13% de nos patients avaient rapporté une infection des VAS précédant l'épisode d'épistaxis.

Les variations saisonnières et leur impact sur la survenue des épistaxis ont été retrouvées dans plusieurs publications ayant étudié la relation entre épistaxis et conditions climatiques. La température moyenne jouerait un rôle non négligeable dans la survenue d'épistaxis, bien que les études soient parfois contradictoires. La plupart des études retrouvent une plus grande fréquence d'épistaxis pendant l'été, alors que selon Purkey, les épistaxis surviendraient de façon plus fréquente en hiver (12).

Il semblerait que les températures extrêmes aient une relation avec la survenue des épistaxis chez les enfants (9,13).

Dans notre série et pour le groupe ERA-, l'incidence d'épistaxis, nettement plus élevée en été et en hiver (respectivement 41% et 29%), appuie la théorie stipulant que les températures extrêmes pourraient jouer un rôle dans l'apparition des épistaxis. Dans le groupe ERA+, l'épistaxis est essentiellement survenue en été et en automne (38% et 28%), ce qui concorde avec la série de Qing qui a constaté chez les enfants rhinitiques, une plus grande fréquence d'épistaxis à la fin de l'été et en automne (6).

Il semblerait qu'il existe une relation entre le type d'allergène et la survenue des épisodes d'épistaxis, qui sont plus fréquents pendant la saison allergique.

La série de Lu et al a noté chez les enfants rhinitiques, des épisodes d'épistaxis plus fréquents pendant les périodes polliniques (14).

Dans notre série, les épisodes d'épistaxis survenaient en automne (4 cas), dans les rhinites allergiques saisonnières (pollens), alors qu'elles étaient essentiellement en été dans les rhinites perannuelles.

Chez l'enfant, 90% des épistaxis sont de faible abondance et de localisation antérieure (9).

Pour les parents, l'épistaxis est un signe d'alarme contrairement aux autres symptômes nasaux associés généralement négligés. Dans la série de Qing, les symptômes nasaux étaient présents et sévères de façon significative ($p < 0.001$) dans le groupe épistaxis avec rhinite allergique par rapport au groupe épistaxis sans rhinite allergique (6). Dans notre série, 90% des patients du groupe ERA+ ont présenté ces symptômes en association avec les épisodes d'épistaxis. Le prurit nasal et la rhinorrhée étaient significativement, les signes les plus fréquents dans le groupe ERA+ par rapport au groupe ERA-.

L'endoscopie nasale retrouve fréquemment, une muqueuse congestive avec des sécrétions séreuses et une ectasie vasculaire antérieure septale dans les épistaxis avec RA. Plusieurs études ont essayé d'élucider les mécanismes reliant la RA et les modifications de la muqueuse nasale, engendrant les épistaxis récurrentes.

Girsh a incriminé le prurit nasal avec grattages répétés et micotraumatismes d'une muqueuse nasale déjà inflammatoire et congestionnée par l'allergie. L'inflammation prolongée de la RA avec libération des médiateurs de l'inflammation, engendrerait une néovascularisation sous forme de tache vasculaire ectasique visible à l'endoscopie (15).

La plupart des épistaxis s'améliorent après lavages nasaux au sérum salé avec hydratation de la muqueuse nasale par une crème adaptée. En effet, ces traitements ont pour but d'hydrater la muqueuse nasale afin de réduire l'inflammation et la formation de croûtes (16).

La cautérisation chimique au nitrate d'argent doit être réservée aux enfants les plus âgés, avec une tache vasculaire antérieure à l'endoscopie et qui n'ont pas répondu aux traitements locaux (17). La majorité des enfants (83%) de notre série ont eu un traitement à base d'hydratants associé à un lavage nasal.

Dans la série de Qing, les enfants rhinitiques avec épistaxis, ont été mis sous antihistaminiques pendant 2 semaines. Une corticothérapie nasale a été utilisée pendant 2 mois puis arrêtée après réduction progressive de la dose (6). Nous avons préféré lors des épistaxis actives, de prescrire des agents hydratants et de ne pas utiliser de corticothérapie locale vu ses risques de saignement déjà démontré. Une corticothérapie locale a été reprise ou prescrite en première intention, chez les patients rhinitiques, après un délai de 21 jours de l'arrêt de l'épistaxis sous réserve d'un contrôle endoscopique.

Un bilan biologique n'est demandé qu'en cas d'épistaxis récurrentes ou de suspicion de maladie hématologique. Dans la RA associée à l'épistaxis et vu la récurrence des épisodes, le bilan peut montrer une anémie. Ainsi, Qing a retrouvé dans sa série, 7 enfants anémiques dans le groupe RA contre 2 dans le groupe non RA (6). Dans notre étude, une anémie a été retrouvée chez 6 patients appartenant tous au groupe ERA+.

Les récidives des épistaxis sont fréquentes en cas de RA. Il semblerait que l'effet des agents hydratants locaux avec lavages nasaux soit limité en cas de RA (6). Ainsi, il est recommandé en cas de récurrence fréquente d'épistaxis, de penser à la RA parmi les causes de ces récurrences.

Limites de notre étude

Le nombre de nos patients (79) est faible comparativement aux séries de la littérature (certaines séries arrivant jusqu'à 1000 patients). Par conséquent, nos résultats pourraient ne pas être réellement significatifs. La série étant rétrospective, parfois certaines données des dossiers, pouvaient manquer de précision (nature des corticoïdes nasaux, dates exactes des épisodes d'épistaxis).

CONCLUSION

Bien que les épistaxis récurrentes en relation avec la rhinite allergique soient assez fréquentes chez les enfants, le diagnostic de rhinite allergique peut être posé tardivement. Ainsi, devant des épistaxis répétitives chez un enfant, le médecin ORL doit penser à la rhinite allergique et rechercher par un interrogatoire minutieux

des symptômes évocateurs notamment une rhinorrhée aqueuse et un prurit nasal. Dans notre étude, ces deux signes étaient des facteurs significativement associés à l'épistaxis chez les enfants avec rhinite allergique.

RÉFÉRENCES

1. Murray A, Milner R. Allergic rhinitis and recurrent epistaxis in children. *Ann Allergy Asthma Immunol.* 1995 Jan; 74(1):30-3.
2. Faistauer M, Faistauer Â, Rafaeli SG, Roithmann R. Clinical outcome of patients with epistaxis treated with nasal packing after hospital discharge. *Braz J Otorhinolaryngol.* 2009;75:857-65.
3. Brožek JL et al. Allergic Rhinitis and its Impact on Asthma (ARIA) guidelines-2016 revision. *J Allergy Clin Immunol.* 2017 Oct;140(4):950-958.
4. Boscardini L, Zanetta S, Ballardini G, et al. Epistaxis in children under the age of two: possible marker of abuse/neglect? A retrospective study in North-Eastern Piedmont hospitals. *Minerva Pediatr.* 2013;65(01):71-75
5. Flora Y, Hetvi P et al. Age Distribution of Epistaxis in Outpatient Pediatric Patients. 2023 October(20)
6. Qing J, Cai Y, Tang S, Wang Y. Clinical Characteristics and Risk Factors for Allergic Rhinitis in Children with Epistaxis. *Int J Clin Pract.* 2023 Aug 31;2023:6731414.
7. Toujani S, Mjid M et al. Prevalence of asthma and rhinitis in a Tunisian population. *Clin Respir J.* 2018 Feb;12(2):608-615.
8. Mark S. Dykewicz et al. Rhinitis 2020: A practice parameter update et Epistaxis Risk Associated with Intranasal Corticosteroid Sprays: A Systematic Review and Meta-analysis Eric L. *J Allergy Clin Immunol* 2020 Oct;146(4):721-767.
9. ElAlfy MS et al. Epistaxis in a Pediatric Outpatient Clinic. *Int Arch Otorhinolaryngol* 2022;26(2):e183-e190.
10. Shieh A et al. Risk Factors and Management Outcomes in Pediatric Epistaxis at an Emergency Department. *J Emerg Med* 2024 Feb;66(2):97-108.
11. Erdogmus N et al. Can we determine recurrent epistaxis by hemogram parameters in children? *Int J Pediatr Otorhinolaryngo* . 2021 Jul;146:110747.
12. R. Purkey, Z. Seeskin, and R. Chandra, "Seasonal variation and predictors of epistaxis," *8e Laryngoscope*, vol. 124, no. 9, pp. 2028-2033, 2014.
13. Eun-Jin A, Hyun Jin M. Environmental factors differentially affect epistaxis among preschool and school-aged children *Front Public Health.* 2023 Aug; 11: 1178531.
14. Lu Y. X. et al. Pediatric epistaxis and its correlation between air pollutants in Beijing from 2014 to 2017. *Ear, Nose and throat Journal* 2020: 99(8), pp. 513- 517
15. M Montague. The pathology of visible blood vessels on the nasal septum in children with epistaxis. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol* . 2011 Aug;75(8):1032-4.
16. Tyler Yan R. Recurrent epistaxis in children. *Can Fam Physician.* 2021 Jun;67(6):427-429
17. Amit K et al. Is Chemical Cauterization Safe on Septal Cartilage in Treatment of Recurrent Epistaxis? *Indian J Otolaryngol Head Neck Surg* 2022 October. 74(Suppl 2):S1322-S