

## L'epistassi ricorrente è una malattia del bambino?

Per epistassi ricorrente si intende il ripetersi di episodi di emorragia dalle cavità nasali avente origine, nella gran parte dei casi, dal *Locus Valsalvae* (anteriore) mono o bilaterale, e/o emorragia dal plesso settale posteriore (eccezionale!). Questo quadro clinico, osservabile in tutto l'arco dell'età pediatrica, ma più frequentemente tra i 2 e i 10 anni, è un fenomeno autolimitante (tranne casi eccezionali) che non può produrre anemizzazione. Si tratta, quasi costantemente, di una "malattia" del bambino con scarse correlazioni eziopatogenetiche con l'analogo quadro clinico dell'adulto. In rari casi può essere segno/sintomo di una patologia d'organo e, in alcuni casi, d'organismo.

## Perché e in quali bambini l'epistassi si verifica?

In ordine di frequenza si individuano i seguenti meccanismi eziopatologici:

- microtraumatismi;
- flogosi persistente delle cavità nasali (infezioni/allergie);
- patologie delle cavità nasali (poliposi, angiofibromi ecc.);
- "disordini" endocrinologici (emorragia vicariante delle giovanette);
- malattie ematologiche sistemiche (leucemie, emofilie, trombocitopenie, emoglobinopatie);
- coagulopatie su base infettiva, da insufficienza epatica, da avvelenamento, da malassorbimento;
- ipertensione arteriosa.

L'ordine di importanza di questi fattori è pressappoco inverso a quello osservabile nell'adulto; si tratta infatti di una patologia diversa dall'epistassi ricorrente.

## Qual è la sede del sanguinamento?

La mucosa settale è sottile, priva di sottomucosa, poggia direttamente su un piano piuttosto rigido (cartilagine) e, in 2 aree ben delimitate, anteriormente e posteriormente, ospita dei plessi capillari anastomotici (alimentati sia dalla carotide interna che esterna) a parete estremamente esile.

## Che scaletta seguire di fronte al bambino con epistassi ricorrenti?

- Anamnesi (frequenza, durata, periodi-

# Epistassi ricorrenti nell'infanzia

GIORGIO PELOS

IRCCS "Burlo Garofolo", Trieste

rità, abitudini viziate, comparsa in ore notturne e nel sonno, situazione nasale basale, assunzione reiterata di ASA, ciclo mestruale, emorragie/ecchimosi/peccchie, coagulopatie, sindrome di Rendu-Osler nel gentilizio).

□ Obiettività (anche con l'otoscopio mentre il soggetto trattiene il respiro), alla ricerca di ectasie (aree biancastre rilevate lungo la linea di transizione cutaneo-mucosa), o di coaguli (esiti di epistassi recente).

□ Rilevazione della PA.

□ Prick test ed eosinofilia nasale in tutti i soggetti in cui non sia possibile determinare con sicurezza una causa alternativa (ad esempio rinite + ASA).

□ Visita ORL (rinofibroscopia).

□ Esami di laboratorio (emocromo con formula, prove emogeniche complete).

## Come controllare il singolo episodio?

□ Epistassi anteriore: con il paziente seduto e rassicurato, esercitare digitopressione ferma e costante delle ali del naso sul setto per almeno 10 minuti; la testa deve rimanere flessa in avanti, eventuale sangue che coli nel cavo orale dal rinofaringe deve essere espulso e non deglutito; in questo modo si controlla agevolmente la stragrande maggioranza degli episodi; in caso di fallimento, invio all'ORL per tamponamento nasale anteriore da mantenere per almeno 2 giornate in regime di ricovero.

□ Epistassi posteriore: tamponamento posteriore associato a tamponamento anteriore da effettuarsi in ambiente ORL.

□ Epistassi imponente (pazienti leucemici): oltre al tamponamento può rendersi necessaria la trasfusione piastrinica e la legatura della sfenopalatina, delle etmoidali, della mascellare interna in fossa pterigoidea o della carotide esterna.

## Che cosa non bisogna fare?

□ Ghiaccio e acqua fredda (sulla piramide, sulla nuca, sui polsi ecc.) sono inutili: non è ragionevole aspettarsi la vasocostrizione di vasi profondi del cranio e il plesso capillare è privo di parete muscolare; inoltre il frenetico agitarsi alla ricerca di ghiaccio e asciugamani bagnati può produrre un aumento della PA e quindi il protrarsi dell'emorragia.

□ Da evitare assolutamente l'introduzione di corpi estranei alla ricerca di un improbabile tamponamento; in particolare il cotone emostatico, aderendo alla mucosa, provoca una lesione ben più vasta dell'originaria all'atto della rimozione.

□ Controverso l'uso di vasocostrittori locali (possibile effetto rebound).

## Si può fare qualcosa per gli episodi ricorrenti?

□ Terapia antiallergica locale con corticosteroidi di superficie (nei casi di prick positivi per inalanti e/o eosinofilia nasale significativa).

□ Causticazione chimica da eseguire in ambiente ORL, evitando l'intervento bilaterale contemporaneo (pericolo di perforazione settale da atrofia cartilaginea per il danneggiamento simmetrico del mantello mucoso che "nutre" la cartilagine settale).

□ Terapia di un'eventuale patologia di base.

## Bibliografia essenziale

- Culbertson, et al. Epistaxis. In: Bluestone et al (eds). *Pediatric Otolaryngology*, 2nd ed. Philadelphia: W.B. Saunders, 1990:672-8.
- Guarisco JL, et al. Epistaxis in children: causes, diagnosis and treatment. *Ear Nose Throat J* 1989;68:522-38.
- Mulbury PE. Recurrent epistaxis. *Pediatr Rev* 1991;12:213-7.
- Poli F, Pelos G, et al. Could Pediatric recurrent epistaxis be a sign of atopy? *Allergy* 1995; 26:184.