

Epistassi ricorrenti nell'infanzia

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.

EPISTASSI

Emorragia proveniente dalle narici del naso. Nei bambini spesso è dovuta ad una fragilità congenita dei capillari che irrorano le mucose delle narici.

Si innesca generalmente in concomitanza di un raffreddore che irrita le mucose: il continuo soffiarsi del naso provoca la rottura del vaso sanguigno e quindi il sanguinamento

Un'altra causa molto frequente è quella traumatica, un pugno, una pallonata possono causare la rottura dei capillari se sono fragili

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 giovinette);
- malattie ematologiche sistemiche (leucemie, emofilie, trombocitopenie, emoglobinopatie);
- coagulopatie su base infettiva, da insufficienza epatica, da avvelenamento, da malassorbimento;
- ipertensione arteriosa.

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.

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.

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.