



RESEARCH ARTICLE

MISES AU POINT : PRISE EN CHARGE DIAGNOSTIQUE ET THÉRAPEUTIQUE DES HEMATOMES PERIGENITAUX .

R. Aitbouhou¹, F. Elmagoub¹, M. Bouzroud², M. BabaHabib¹ and DR. Moussaoui¹.

1. Service de Gynécologie-Obstétrique, Hôpital Militaire d'Instruction Mohammed V, Rabat, Maroc.
2. Service de Chirurgie Viscérale, Hôpital Militaire d'Instruction Mohammed V, Rabat, Maroc.

Manuscript Info

Manuscript History

Received: 13 March 2019

Final Accepted: 15 April 2019

Published: May 2019

Key words:-

Hémorragies du post-partum, thrombus génital, hématome périgénital, embolisation artérielle.

Abstract

Complication rare mais potentiellement gravissime, le thrombus vaginal ou l'hématome périgénital est une complication de l'accouchement dont la symptomatologie peut être retardée. Il faut l'évoquer devant toute symptomatologie douloureuse et/ou hémorragique du post-partum. Le diagnostic est clinique pour les formes vulvaires ou vaginales et radiologique pour les formes à extension rétropéritonéale. Son traitement est chirurgical après un bilan lésionnel initial précis et une réanimation appropriée. Une embolisation artérielle peut être associée ou plus rarement une ligature des artères hypogastriques.

Copy Right, IJAR, 2019,. All rights reserved.

Introduction

L'hémorragie du post partum constitue la principale complication de l'accouchement. L'hématome périgénital en est une forme particulière car, dans la majorité des cas, le saignement n'est pas extériorisé. C'est une complication rare mais potentiellement grave, pouvant mettre en danger aussi bien le pronostic vital que fonctionnel de la mère [1,2]. Le thrombus vaginal apparaît au moment de l'accouchement ou quelques heures après la délivrance. Le diagnostic est clinique pour les formes vulvaires ou vaginales et radiologique pour les formes à extension rétropéritonéale. Le traitement doit être rapide et efficace, il diffère en fonction de la localisation et du bilan lésionnel initial. La prévention reste malheureusement aléatoire, puisque le thrombus génital peut succéder à un accouchement tout à fait normal.

Epidemiologie

L'hématome périgénital est connu depuis l'Antiquité puisque Hippocrate a parlé des tumeurs qui surviennent dans les parties naturelles de la femme dans les couches ou les suites de couches et il conseille les applications de vinaigre [1]. La mortalité liée aux hématomes périgénitaux s'est significativement améliorée puisqu'en 1927 elle était estimée à 40 % et en 1940 à 8,3 % [3]. Elle est exceptionnelle de nos jours et l'incidence actuelle des hématomes périgénitaux est estimée à 1/1000 accouchements [4], mais ce chiffre est à nuancer car, les formes mineures ne sont pas toujours identifiées.

Physiopathologie

L'hématome périgénital correspond à un décollement du tissu conjonctif paravaginal, paracervical ou paramétrial par des lésions vasculaires généralement dues à un traumatisme direct survenant immédiatement ou quelques heures après l'accouchement. C'est surtout la rotation intrapelvienne de la tête fœtale, qu'elle soit spontanée ou

manuelle, qui entraîne une rupture vasculaire de capillaires. Le saignement s'étend rapidement dans le tissu adipeux car aucun élément anatomique ne s'oppose à la progression de la collection favorisant ainsi une spoliation sanguine qui est potentialisée par l'hypervascularisation pelvienne secondaire à l'imprégnation progestéronique gravidique [5].

L'hématome périgénital est unilatéral car sa diffusion est limitée par le raphé médian et il est le plus souvent droit du fait d'une part du rôle potentiel de l'épisiotomie et d'autre part de la plus grande fréquence de présentation occipito-iliaque postérieure droite que gauche.

De rares cas ont été décrits d'hématomes durant le travail avant l'accouchement pouvant être à l'origine de dystocie mécanique [6]. Les hématomes retardés sembleraient être dus à des barotraumatismes avec nécrose secondaire ou une coagulopathie locale [3].

Différents types d'hématomes en fonction de leur localisation sont décrits [7] :

L'HEMATOME VULVAIRE :

Tuméfaction unilatérale d'une grande lèvre devenue oblongue. Cette région est vascularisée par des branches des artères pudendales, rectales inférieures, périnéale transverses et labiales postérieures.

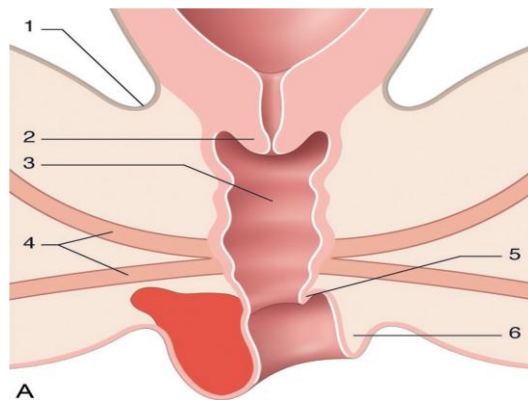


Figure A:-hématome vulvaire.

1: péritoine 2 : col de l'utérus 3 : vagin 4 : plan des releveurs 5 : petite lèvre 6: grande lèvre

L'HEMATOME VAGINAL :

Tuméfaction palpée au toucher vaginal refoulant la paroi opposée. Cette région est vascularisée par des branches des artères utérines et de l'artère vaginale longue

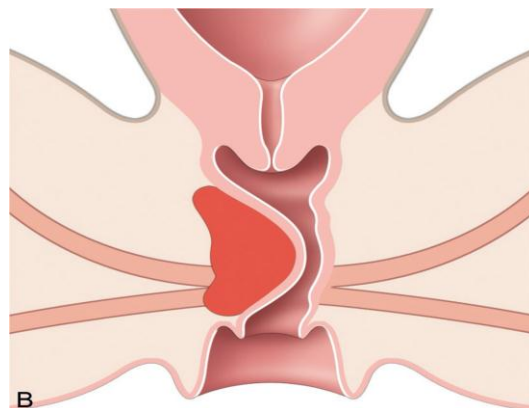


Figure B:-hématome vaginal

L'HEMATOME VULVOVAGINAL (le plus fréquent) :

Il s'agit de l'association des deux précédents. Il est limité en dedans par le vagin, en dehors par le muscle releveur de l'anus et son aponévrose. Il intéresse la vulve, les tissus paravaginaux, le périnée, la fosse ischiorectale.

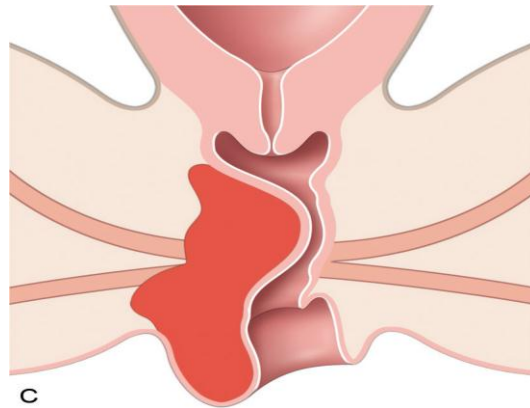


Figure C:-hématome vulvovaginal

L'HEMATOME SUPRAVAGINAL OU SOUS-PERITONEAL :

Situé au-dessus des aponévroses pelviennes dans la région rétropéritonéale ou intraligamentaire. Toujours grave, il est la conséquence d'une lésion traumatique du col, du segment inférieur ou du cul-de-sac vaginal. Les vaisseaux concernés sont l'artère utérine ascendante ou la vaginale longue ou les vaisseaux cervico-vaginaux ou vésico-vaginaux. C'est la forme qui tend le plus à s'étendre à la région rétropéritonéale

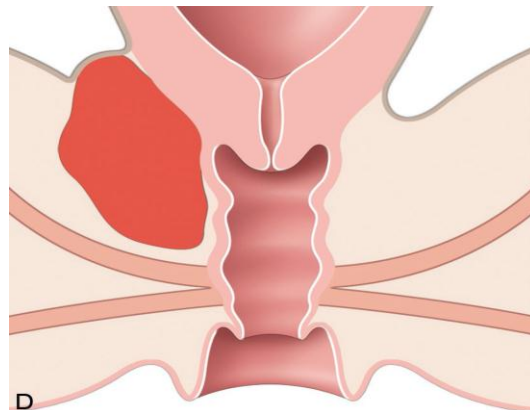


Figure D:-hématome supravaginal ou sous péritonéal

Les facteurs favorisants sont multiples :

La primiparité, l'extraction instrumentale accompagnée d'une rotation, la macrosomie, les grossesses multiples, les varices vulvovaginales, l'hémostase difficile, la toxémie gravidique, les anomalies de la coagulation, la dilatation prolongée [8,9].

L'implication d'autres facteurs est controversée. Ainsi, l'épisiotomie jouerait un rôle protecteur [10], alors que d'autres estiment qu'elle augmenterait le risque [8] ; le bloc pudendal induirait directement des hématomes périgénitaux, c'est pourquoi il est contre-indiqué en cas de risque hémorragique au même titre que l'anesthésie péridurale [3].

En pratique, ces hématomes peuvent apparaître après des accouchements normaux sans qu'aucun de ces facteurs de risques ne soit retrouvé. Leur survenue est donc imprévisible.

Diagnostic Clinique

Il s'agit surtout d'une tuméfaction hyperalgique immédiate ou retardée, notamment en cas d'anesthésie péridurale. Dans les formes vulvovaginales, la douleur est intense, localisée au niveau du vagin, des grandes lèvres, avec ténisme et besoin de pousser si le rectum ou le canal anal sont comprimés. Le choc hypovolémique est rarement inaugural. L'inspection montre une tuméfaction violacée et hyperalgique d'une grande lèvre s'étendant souvent à la région péri-anale ou de la paroi latérale du vagin refoulant la cavité vaginale [1,11,12,13].

Pour les hématomes pelvi-abdominaux, il y a des signes d'hémorragie interne avec douleur permanente sourde et profonde au palper abdominal, notamment lors de l'extension rétropéritonéale. Le diagnostic doit être évoqué devant tout choc hypovolémique sans hémopéritoine en l'absence d'hémorragie extériorisée: c'est « l'hématome rétropéritonéal du postpartum » qui partage avec l'hématome rétroplacentaire la caractéristique de pouvoir s'accompagner rapidement d'une coagulopathie. Les signes physiques retrouvent une défense, un utérus dévié, une voussure au-dessus de l'arcade crurale, voire un psoïtis très évocateur de l'hématome rétropéritonéal du postpartum. Le toucher vaginal perçoit une infiltration latéro-utérine rénitente ou ferme refoulant un cul-de-sac vaginal [4]. Dans les formes les plus hautes, l'ébranlement de la fosse lombaire est douloureux et peut évoquer une pathologie urinaire. L'envahissement de l'espace du Retzius entraîne une rétention aiguë d'urine [14].

Diagnostic Différentiel

Le diagnostic est rarement trompeur dans les formes vulvovaginales, on peut toutefois citer dans les diagnostics différentiels les tumeurs herniaires et les varices vulvaires compliquées lors de l'accouchement (thrombose superficielle, rupture) [15]. La Bartholinite n'a ni la même date d'apparition, ni la même couleur, ni le même aspect. Il est plus difficile en cas d'hématome périgénital sous-péritonéal et impose la pratique d'une échographie pour éliminer un hémopéritoine en urgence.

Imagerie

En cas d'hématome sous-péritonéal le diagnostic peut être parfois difficile et impose la pratique d'une échographie pour éliminer un hémopéritoine en urgence. L'échographie et la tomodensitométrie (TDM) sont moins performantes que l'imagerie par résonance magnétique nucléaire (IRM) pour montrer l'extension en profondeur d'un hématome puerpéral [16]. L'IRM montre les signes habituels de l'évolution des hématomes avec un hyposignal en T1 et T2 à J1 et une image hétérogène à J7 avec un hypersignal périphérique et un contenu central en hyposignal en T1 et T2 [16]. Pour les hématomes vulvovaginaux, l'imagerie n'est pas indispensable au diagnostic mais elle permet une mesure plus précise et une surveillance optimale de l'extension de la lésion surtout lorsque l'on opte pour une simple surveillance.

Traitement

La prise en charge doit parfois être rapide et multidisciplinaire (gynécologue-obstétricien, radiologue interventionnel, anesthésiste réanimateur) comme pour toute hémorragie de la délivrance [17,18]. Le traitement préventif est évident et repose sur l'hémostase soigneuse des déchirures ou de l'épisiotomie. La surveillance de la patiente en postpartum doit être rigoureuse car il est plus facile d'intervenir sur de petits hématomes périgénitaux que sur des hématomes volumineux. Le traitement médical repose sur la correction de l'hypovolémie et des troubles éventuels de la coagulation. Une antibiothérapie prophylactique à large spectre est souvent proposée parfois associée à une corticothérapie même si l'effet des stéroïdes n'a pas été montré [19,20].

Le traitement lésionnel varie en fonction des caractéristiques de l'hématome périgénital. Le premier temps de la prise en charge repose sur la révision utérine manuelle pour ne pas sous-estimer une rétention placentaire associée et risquerait en étant réalisée dans un deuxième temps de compromettre les sutures puis un examen sous valves permet d'établir un bilan lésionnel complet.

Certaines équipes proposent une simple surveillance pour les petits hématomes périgénitaux inférieurs à 5 cm voire même 8cm [21,22]. Benrubi et al. ont montré que l'expectative est associée à une augmentation des interventions secondaires, des infections et des transfusions allongeant l'hospitalisation lorsque le produit des diamètres longitudinal et transverse de l'hématome est supérieur à 15 cm [23]. Pour Propst et Thorp, le traitement actif s'impose pour les hématomes vulvaires supérieurs à 10 cm [21].

Le traitement actif de l'hématome périgénital repose sur la chirurgie et/ou l'embolisation artérielle.

Le traitement chirurgical consiste à [6,24] :

Inciser largement l'hématome à son point le plus bas, en cas d'hématome vulvaire et à son point culminant dans le sillon nymphohyménéal dans la forme vaginale. En cas d'épisiotomie cette dernière est à ouvrir.

Evacuer les caillots au doigt prudemment afin de ne pas créer des décollements qui n'existaient pas jusqu'alors.

Faire l'hémostase qui est souvent difficile par des points en X avec une aiguille ronde pour limiter la laceration tissulaire. L'utilisation de clips vasculaires peut s'avérer utile.

Procéder à un drainage par une lame de Delbet qui paraît plus appropriée qu'un système de drainage clos. Il diminue le risque d'infection ; permet de quantifier le saignement et diminue théoriquement aussi les risques d'extension en profondeur de l'hématome périgénital qui représente la complication la plus redoutée. [19]

Effectuer un tamponnement vaginal à l'aide de mèche, de compresses ou d'un ballon laissés en place 24 à 48 heures [13,25,26]. Une sonde vésicale à demeure est indispensable pendant toute la durée du méchage afin d'éviter une rétention urinaire par compression urétrale.

Si les méthodes de tamponnement sont inefficaces ; il faut diminuer la vascularisation d'amont par ligature ou par embolisation artérielle percutanée des artères hypogastriques et de leurs branches. La technique radio-interventionnelle a pour avantage de localiser le saignement et peut orienter la ligature secondaire. Contrairement à la ligature vasculaire, l'embolisation n'entraîne pas le développement d'une circulation collatérale et préserve l'effet compressif de l'hématome qui est laissé en place [27]. Un saignement veineux peut également diminuer après embolisation artérielle. L'embolisation peut être envisagée après échec du traitement classique avant une ligature chirurgicale [28], d'abord parce qu'elle est moins invasive, ensuite parce que l'embolisation après ligature est plus difficile, voire impossible [29,30]. Le taux de succès est d'environ 90 % et proche de 100 % après une seconde tentative. De nombreuses grossesses après embolisation utérine ont été recensées [29]. Ornan et al ont publié une étude rétrospective portant sur 28 patientes suggérant que cette méthode préserve la fertilité [31].

La ligature des artères hypogastriques est à envisager en cas de saignement incoercible avec altération de l'hémodynamique maternelle et d'absence de plateau d'embolisation à proximité [32]. Une ligature des artères utérines peut lui être associée.

Evolution

L'évolution après un traitement adapté est le plus souvent favorable et marquée parfois par un syndrome de résorption d'hématome dont la symptomatologie est superposable à celle du syndrome post embolisation avec douleur, fièvre et leucocytose non infectieuse. Les complications générales des hématomes périgénitaux sont les mêmes que celles des hémorragies de la délivrance classiques (anémie, asthénie. . .). La reprise du saignement peut survenir à distance de l'épisode initial. L'infection est une complication courante des hématomes qui justifie une antibiothérapie prophylactique systématique même si elle ne prévient pas toujours la constitution d'abcès [35]. L'infection peut être extensive et très grave [36]. La rupture d'hématome vulvaire massif constitue un des modes d'évolution spontanée des hématomes périgénitaux dans leurs formes vulvaires surtout [37]. À distance, une évolution vers la fistulisation vésicovaginale ou rectovaginale peut se voir en cas de trouble de la cicatrisation ou d'infection. Des dyspareunies séquellaires liées à la constitution de brides vaginales sont décrites et nécessitent une intervention secondaire [19].

Conclusion:-

L'hématome périgénital représente un évènement imprévisible et rare mais non exceptionnel auquel chaque obstétricien doit être préparé. Le traitement est simple le plus souvent mais il ne doit jamais être négligé. Comme pour toutes les hémorragies du postpartum, la surveillance de la taille de l'hématome périgénital et des pertes sanguines est cruciale afin d'apprécier la gravité de la situation. Les formes hautes sont probablement les plus redoutables parce qu'elles peuvent évoluer vers l'hématome rétropéritonéal du postpartum dont le diagnostic est souvent plus tardif et le traitement plus difficile nécessitant une parfaite coordination interdisciplinaire.

Bibliographie:-

1. D.Riethmuller, C.Pequegnot-Jeannin, CA.Rabenja, Ph.Koeberle,J.P.Schaal, R.Maillet. Une cause rare d'hémorragie du post-partum:le thrombus génital. Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction 1997 ; 26, 154 – 154.
2. G.Sadoul. Traumatismes des voies génitales basses et du périnée consécutifs à l'accouchement. Encycl Med Chir Paris, France,Urgences 1986; 24213 A10 7:5
3. Ridgway LE. Puerperal emergency. Vaginal and vulvar hematomas.Obstet Gynecol Clin North Am 1995;22:275—82.
4. Riethmuller D, Pequegnot-Jeannin C, Rabenja CA, Koeberle P,Schaal JP, Maillet R. Une cause rare d'hémorragie du postpartum: le thrombus génital. J Gynecol Obstet Biol Reprod 1997;26:154—8.
5. Bienstman-Paileux J, Huissoud C, Dubernard G, Rudigoz RC. Prise en charge des hématomes puerpéraux. J Gynecol Obstet Biol Reprod 2009 ; 38 : 203–8.

6. Jacquetin B, Bouklerte C, Fatton B. Mises à jour en gynécologie obstétrique. CNGOF 1998 ; 347–9
7. Vybiral R. Les hématomes périgénitaux. *Pratique Med* 1984 ; 47 : 33–7.
8. Zahn CM, Yeomans ER. Postpartum hemorrhage: placenta accreta, uterine inversion, and puerperal hematomas. *Clin Obstet Gynecol* 1990;33:422–31.
9. Riethmuller D, Pequegnot-Jeannin C, Rabenja CA, Koeberle P, Schaal JP, Maillet R. Une cause rare d'hémorragie du postpartum: le thrombus génital. *J Gynecol Obstet Biol Reprod* 1997;26:154–8.
10. Subtil D, Sommé A, Ardiet E, Depret-Mosser S. Hémorragies du postpartum : fréquence, conséquences en termes de santé et facteurs de risque avant l'accouchement. *J Gynecol Obstet Biol Reprod* 2004;33:4S9–14.
11. TB. Jacquetin, C. Boulleret, B. Fatton . Thrombus Génitaux. Mises à jour en gynécologie obstétrique 1998; 347-365
12. M. Dumont, Lê Công-Huê. Les hématomes génitaux du post-partum. *Gynéc Obstét* 1966; 2 :249-60.
13. R. Merger. Hématomes périgénitaux (thrombus génitaux). In Merger R, Levy J, Melchior J. *Précis d'obstétrique*. Paris: Masson, 1995 ; 353-355.
14. Fieni S, Berretta R, Merisio C, Melpignano M, Gramellini D. Retzius' space haematoma after spontaneous delivery: a case report. *Acta Biomed* 2005;76:175–7.
15. Zorn B. Tumeur de la vulve du postpartum. Problèmes diagnostiques et thérapeutiques. *Rev Fr Gynecol Obstet* 1995;90:154–8.
16. Y. Yamashita, M. Torashima, M. Harada, H. Yamamoto, M. Takahashi. Postpartum extraperitoneal pelvic hematoma: imaging findings. *AJR Am J Roentgenol* 1993;161: 805-808.
17. Ridgway L. Puerperal Emergency : vaginal and vulvar hematomas. *Obstet Gynecol Clin N Amer* 1995 ; 22 : 275–82.
18. Resch B, Ricbourg A, Gromez A, Sentilhes L, Sergent F, Roman H, et al. Prise en charge chirurgicale des hémorragies graves du post partum : quelles techniques, quels résultats, quelle stratégie ? La lettre du gynécologue 2010 ; 353.
19. Zahn CM, Hankins GD, Yeomans ER. Vulvovaginal hematomas complicating delivery. Rationale for drainage of the hematoma cavity. *J Reprod Med* 1996;41:569–74.
20. Sabban F, Depret S, Lions C, Deruelle P, Subtil D, Puech F. Embolisation d'un hématome du ligament large du postpartum. *J Gynecol Obstet Biol Reprod* 2006;35:497–9.
21. Propst AM, Thorp JM. Traumatic vulvar hematomas: conservative versus surgical management. *South Med J* 1998;91:144–6.
22. Villella J, Garry D, Levine G, Glanz S, Figueroa R, Maulik D. Postpartum angiographic embolization for vulvovaginal hematoma. A report of two cases. *J Reprod Med* 2001;46:65–7.
23. Benrubi G, Neuman C, Nuss RC, Thompson RJ. Vulvar and vaginal hematomas: a retrospective study of conservative versus operative management. *South Med J* 1987;80:991–4.
24. Riethmuller D, Peguenot-Jeannin C, Rabenja CA, Koeberle P, Schaal JP, Maillet R. Une cause rare d'hémorragie du postpartum : le thrombus génital. *J Gynecol Obstet Biol Reprod* 1997 ; 26 : 154–8.
25. A. Chatwani, T. Shapiro, A. Mitra, A. Levtoaff, E. A. Reece. Post-partum paravaginal hematoma and lower extremity infection. *Am J Obstet Gynecol* 1992; 166 :598-600.
26. C. D'Ercole, R. Shojai, R. Desbriere, L. Cravello, L. Boubli. Hémorragies du post-partum immédiat : techniques et indications de la chirurgie. *J Gynecol Obstet Biol Reprod* 2004; 33: 4S103-4S119.
27. Hsu YR, Wan YL. Successful management of intractable puerperal hematoma and severe postpartum hemorrhage with DIC through transcatheter arterial embolisation: two cases. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1998;77:129–31.
28. Heffner LJ, Mennuti MT, Rudoff JC, McLean GK. Primary management of postpartum vulvovaginal hematomas by angiographic embolisation. *Am J Perinatol* 1985;2:204–7.
29. Pelage JP, Laissy JP. Prise en charge des hémorragies graves du postpartum : indications et techniques de l'embolisation artérielle. *J Radiol* 2006;87:533–40.
30. Boyer L, Dumoussat E, Rousseau H. Prise en charge des hémorragies du postpartum par embolisation en France. *J Radiol* 2006;87:549–53.
31. Ornan D, White R, Pollak J, Tal M. Obstet Gynecol. Pelvic embolisation for intractable postpartum hemorrhage: long term follow-up and implications for fertility. *Obstet Gynecol* 2003;102:904–10.
32. Fargeaudou Y, Soyer P, Morel O, Sirol M, le Dref O, Boudiaf M, et al. Severe primary postpartum haemorrhage due to genital tract laceration after operative vaginal delivery : successful treatment with transcatheter arterial embolization. *Eur Radiol* 2009 ; 19 : 2197–203.

33. F.Goffinet, F.Mercier, V.Teyssier, F.Pierre, M.Dreyfus, A.Mignon, et coll. Hémorragies du post-partum : recommandations du CNGOF pour la pratique clinique (décembre 2004). *Gynécologie Obstétrique & Fertilité* 2005;33,268–274.
34. A.Mignon, M.Dreyfus, Y.Ozier. Prise en charge initiale par l'anesthésiste en cas d'hémorragie du post-partum. *J Gynecol Obstet Biol Reprod* 2004; 33 : 4S65-4S72.
35. Chin HG, Scott DR, Resnik R, Davis GB, Lurie AL. Angiographic embolization of intractable puerperal hematomas. *Am J Obstet Gynecol* 1989;160:434—8.
36. Chatwani A, Shapiro T, Mitra A, LevToaff A, Reece EA. Postpartum paravaginal hematoma and lower-extremity infection. *Am J Obstet Gynecol* 1992;166:598—600.
37. Joy SD, Huddleston JF, McCarthy R. Explosion of a vulvar hematoma during spontaneous vaginal delivery. A case report. *J Reprod Med* 2001;46:856—8.