



Journal Homepage: - www.journalijar.com
**INTERNATIONAL JOURNAL OF
 ADVANCED RESEARCH (IJAR)**

Article DOI: 10.21474/IJAR01/9799
 DOI URL: <http://dx.doi.org/10.21474/IJAR01/9799>



RESEARCH ARTICLE

**HÉMATOME VULVOVAGINAL DU POST PARTUM : A PROPOS D'UN CAS AU SERVICE DES
 URGENCES DE GYNÉCO OBSTÉTRIQUE DU CHU HASSAN II DE FÈS ET REVUE DE LA
 LITTÉRATURE.**

A.B.Conté, S.Nyingone, M.A. Melhouf, S. Jayi, F-Z. Fdili Alaoui and H. Chaara.
 Service de gynéco obstétrique 2 CHU Hassan II de Fès.

Manuscript Info

Manuscript History

Received: 02 August 2019
 Final Accepted: 04 September 2019
 Published: October 2019

Key words:-

Hématome vulvovaginal ; Post partum ;
 Revue de la littérature.

Abstract

L'hématome périgénital (HP) aussi nommé hématome puerpéral ou improprement thrombus génital est une cause rare des hémorragies du post partum. Son incidence variable dans la littérature semblerait atteindre 1/1000 accouchements. Nous rapportons un cas d'hématome vulvovaginal du post partum diagnostiqué au service des UGO du CHU Hassan II de Fès. Son diagnostic est le plus souvent clinique. Ce diagnostic peut être évoqué même en l'absence de saignement extériorisé à la vulve. Il n'y a pas de parallélisme entre la taille de la tuméfaction vulvovaginale et l'ampleur du saignement interne. Nous proposons également une revue de la littérature sur la clinique et la prise en charge de cette cause bien rare d'hémorragie du post partum.

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

Introduction:-

L'hématome périgénital (HP) aussi nommé hématome puerpéral ou improprement thrombus génital est une cause rare des hémorragies du post partum. Il correspond au décollement du tissu conjonctif paravaginal, paracervical ou paramétrial par des lésions vasculaires généralement dues à un traumatisme direct lors de l'accouchement [1]. Son incidence variable dans la littérature semblerait atteindre 1 cas pour 1000 accouchements. On en distingue quatre (4) types en fonction de leur localisation [2].

L'hématome vulvaire (tuméfaction unilatérale d'une grande lèvre devenue oblongue)

L'hématome vaginal (tuméfaction palpée au toucher vaginale et refoulant la paroi opposée)

L'hématome vulvovaginal le plus fréquent associant les deux (2) précédents

L'hématome supravaginal ou sous péritonéal : se localisant au-dessus des aponévroses pelviennes dans la région retropéritonéale et intraligamentaire Nous rapportons dans cet article un cas d'hématome vulvovaginal du postpartum.

Patiente et observation:-

Il s'agit d'une patiente âgée de 19 ans, mariée vivant en milieu rurale qui a présenté après un accouchement médicalisé par voie basse une tuméfaction douloureuse de la vulve.

La patiente est sans antécédents particulier ; Primigeste dont la grossesse menée à terme a été suivie dans un centre de santé (CS) de déroulement marqué par la survenue d'infections génitales basses à répétition pour lesquelles elle déclare avoir bénéficié de prise en charge avec bonne amélioration clinique.

Corresponding Author:-A.B.Conté.

Address:-Service de gynéco obstétrique 2 CHU Hassan II de Fès.

Il s'agissait d'un accouchement eutocique par voie basse dont le travail a été caractérisé par une évolution harmonieuse jusqu'à dilatation complète et accouchement avec épisiotomie d'un nouveau-né de sexe masculin pesant 3800g. Une délivrance dirigée a été réalisée avec obtention d'un bon globe utérin de sécurité. Et réfection de l'épisiotomie et des déchirures des parois latérales du vagin. 2 heures après la délivrance et la réfection de l'épisiotomie, la patiente a été admise en salle de suite de couche.

Au cours de la visite médicale en salle de suite de couche, nous avons trouvé une patiente qui rapportait une intense douleur périnéale avec un faciès pâle. Ce qui a motivé un examen de la patiente ; A l'examen clinique la patiente était pâle et asthénique avec des constantes vitales stables ; à la palpation abdominale : il y'avait un bon globe utérin de sécurité ; A l'inspection de la vulve nous avons trouvé une tuméfaction de l'hémivulve droite atteignant le pli inguinal en latéral ; le grand plis fessier en inférieur ; le mont de venus en supérieur et comprimant en dedans la lèvre gauche et l'orifice vaginal tout en faisant sailli dans le vagin et en occupant toute la paroi latérale droite. Localement il s'agissait d'une tuméfaction rose violacée de forme ovale (voir Figure 1) douloureuse à la palpation et mesurant initialement 20 cm de grand axe sur 14 cm de petit axe augmentant progressivement de volume ; à noter que la pression laissait couler du sang et des caillots par l'orifice vaginal. Devant ce tableau nous avons posé le diagnostic d'un hématome vulvaire du post partum. Un bilan de retentissement a été demandé et la patiente a été acheminée au bloc ; Sous rachis anesthésie, patiente en position gynécologique après badigeonnage à la bétadine ; sondage vésical et mise en place des valves nous avons procédé à un bilan lésionnel approfondi et à une prise en charge chirurgicale des lésions.

Le bilan lésionnel a objectivé une extension de l'hématome à la paroi latérale droite du vagin qui était le siège de deux déchirures dont l'une au niveau du cul de sac latéral d'où s'écoulait du sang pour pénétrer dans la seconde déchirure située à quelques deux (2) cm du bulbe vestibulaire. A noter que la muqueuse vaginale était friable.

Suite à cet examen, nous avons retenu le diagnostic d'hématome vulvovaginal du post partum. Nous avons réalisé une pression digitale sur la tuméfaction suivie d'un élargissement de la déchirure située à 2 cm du bulbe vestibulaire pour extirper un hématome de 760ml ; ce qui nous a permis de découvrir un saignement actif au niveau du plan profond de la paroi latérale droite du vagin. Nous avons procédé à des sutures en X jusqu'à obtention de l'hémostase puis nous avons réparé les déchirures restantes en terminant par la réfection de l'épisiotomie dont les fils de suture avaient lâché suite à l'introduction des valves ayant facilité le bilan lésionnel. Nous avons par la suite laissé un tampon vaginal imbibé d'exacyl afin d'obtenir une hémostase parfaite des micros lésions qui ne pouvaient faire l'objet de sutures.

En fin d'acte la vulve avait regagné son architecture normale. Le tampon a été enlevé 6 h après l'acte.

La patiente a été mise sous une antibiothérapie à base d'amoxicilline clavulanique par voie générale pour une posologie de 1g/ 8h pendant 10 jours et un antiseptique par voie locale à raison de 3 toilettes vaginales par jour.

La patiente a été revue au 7^{ème} jour après l'acte chirurgical avec un examen local sans particularité.

Discussion:-

L'hémorragie du post partum est une complication majeure de l'accouchement. Elle est en France la première cause de mort maternelle et représente 16 % des décès dont 80% sont évitables [3]. Les étiologies de ces hémorragies du post partum sont multiples et variées avec des fréquences variables d'une étiologie à une autre. Parmi ces étiologies, l'hématome périgénital est très rare et est peu rapporté dans la littérature. Celui vulvovaginal en est le type le plus fréquent et représente la majorité des hématomes périgénitaux, il est limité en dedans par le vagin, en dehors par le muscle releveur de l'anus et son aponévrose [4].

Sa cause immédiate est une rupture vasculaire des capillaires avec une rapide extension dans le tissu adipeux car aucun élément anatomique ne s'oppose à la progression de la collection entraînant potentiellement une spoliation sanguine importante plus ou moins associée à une coagulation intravasculaire disséminée. Bien que la pathogénie soit encore discutée, il semblerait que la rotation intra pelvienne de la tête fœtale qu'elle soit spontanée ou manuelle puisse être incriminée [1]. Des facteurs favorisants ont été incriminés comme la primiparité, la macrosomie, les grossesses multiples, les varices vulvovaginales et les anomalies de la coagulation. L'extraction instrumentale à fortiori accompagnée de la rotation en augmenterait le risque [5].

Au-delà de ces facteurs il serait important de se poser la question sur les conséquences des infections génitales basses à répétition au cours de la grossesse en raison de la fragilisation qu'elles entraînent sur la muqueuse vaginale facilitant ainsi les déchirures vaginales.

L'implication d'autres facteurs est controversée. Ainsi, l'épisiotomie jouerait un rôle protecteur alors que d'autres estiment qu'elle augmenterait le risque [1,6] Celui - ci peut survenir à la suite d'une réparation insuffisante d'une épisiotomie ou d'une déchirure dont l'angle d'incision n'a pas été suturé [1] comme il en est le cas dans notre étude. En pratique, ces hématomes périgénitaux peuvent apparaître après des accouchements normaux sans qu'aucun de ces facteurs de risques ne soit retrouvé. Leur survenue est donc imprévisible.

Le diagnostic est évidemment clinique. Notre cas a rapporté des douleurs périnéales associées à la tuméfaction croissante de l'hémivulve droite sans saignement extériorisé avec un état général caractérisé par une pâleur cutanéomuqueuse. Nous avons initialement posé le diagnostic d'hématome vulvaire que nous avons remplacé par un hématome vulvovaginal après avoir procédé à un bilan lésionnel plus approfondi. Ce qui nous laisse dire que le diagnostic n'est toutefois pas évident en dehors d'un bon examen clinique de la patiente. D'où l'intérêt de faire un recours à un examen sous valve afin de repérer l'origine exact du saignement et le trajet emprunter par ce dernier vu qu'il n'y avait pas de saignement extériorisé par l'orifice vaginal.

Dans les formes vulvovaginales, la douleur est intense, localisée au niveau du vagin, des grandes lèvres, avec ténesme 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 [4,7]. L'hématome est unilatéral car sa diffusion est limitée par le raphé médian et est le plus souvent droit du fait d'une part du rôle potentiel de l'épisiotomie et d'autre part de la grande fréquence des présentations occipito - iliaque postérieure droite que gauche [1].

La prise en charge de notre cas a consisté à faire un bilan lésionnel par un examen minutieux sous valve suivi de l'élargissement de la déchirure qui servait de porte d'entrée au sang qui nourrissait l'hématome ; puis à l'extirpation digitale de l'hématome et à la suture des déchirures vaginales sous rachianesthésie.

Dans la prise en charge de toute hémorragie du postpartum, la première attitude est de se rassurer de la présence d'un globe utérin de sécurité témoin de l'absence de résidu placentaire ou membraneux en endo utérin car il serait imprudent de passer à côté d'une rétention utérine de résidu placentaire et membraneux pour s'en prendre à une éventuelle déchirure dont la réfection avant une révision utérine serait une perte de temps.

Chaque HP est singulier et le choix de la prise en charge thérapeutique est guidé par le bon sens clinique. Il ne s'agit pas d'intervenir sur un hématome vulvaire de 3 cm dont la taille est stable depuis plusieurs heures et sans retentissement maternel [4].

La stabilité de la taille de la tuméfaction est un bon indicateur de l'absence d'un saignement actif.

Certaines équipes proposent une simple surveillance pour les petits hématomes périgénitaux inférieurs à 5 cm voire même 8cm [8,9]. 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 [10]. Pour Propst et Thorp, le traitement actif s'impose pour les hématomes vulvaires supérieurs à 10 cm [8]. Kehila M et al [11] dans une étude effectuée sur 3 cas d'HP ont rapporté qu'une attitude conservatrice est souhaitable pour les hématomes de tailles importantes (>8cm), stables, associés à une stabilité hémodynamique. Telle est l'attitude recommandée par Zegdal D et al. [12] dans une étude réalisée en Tunisie. Ces auteurs estiment que l'hématome constitué exerce une pression sur les tissus qui l'entourent et peut collaber les vaisseaux qui saignent et permettre ainsi l'hémostase. Le fait d'évacuer cet hématome stable fait augmenter le risque de récurrence du saignement [11,12].

Le traitement préventif est évident et repose sur l'hémostase soignée 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 [4,13]. Le traitement actif de l'hématome périgénital repose sur la chirurgie et/ou l'embolisation artérielle. Le traitement chirurgical consiste à inciser largement l'hématome à son point le plus bas, en cas d'hématome vulvaire et à son point culminant dans le sillon nympho hyménéal 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. Un drainage est recommandé, de préférence par une lame de drainage mais un drain de Redon est possible. Un tamponnement vaginal est réalisé par plusieurs mèches prostatiques laissées en place 24 à 48 heures. Il n'y a pas de consensus quant à la durée optimale du tamponnement vaginal. Il paraît logique de le laisser en place au moins plusieurs heures après correction d'éventuels troubles de la coagulation et de ne l'enlever que lorsque toute l'équipe est disponible en cas de reprise du saignement. Une sonde vésicale à demeure est indispensable pendant toute la durée du méchage afin d'éviter une rétention urinaire par compression urétrale. L'ablation des mèches peut se compliquer d'une reprise du saignement [4,7]. Le drainage diminue le risque d'infection et permet de quantifier le saignement. Il diminue théoriquement aussi les risques d'extension en profondeur de l'HP qui représente la complication la plus redoutée [14]. En cas d'échec des moyens précédents la radiologie interventionnelle par embolisation s'impose si le plateau technique le permet. Elle doit précéder toute ligature chirurgicale car d'abord parce qu'elle est moins invasive, ensuite parce que l'embolisation après ligature est plus difficile, voire impossible [15,16]

Takagi K et al [17] ont réalisé en première intention avec succès des embolisations pour des hématomes vulvo-vaginaux puerpéraux de grande taille en raison de leur possible développement après une intervention chirurgicale pouvant nécessiter des transfusions sanguine.

Villela et al. [9] ont signalé deux cas de réussite dans la gestion hématomes vulvo-vaginaux par radiologie interventionnelle. Dans un cas, la réparation chirurgicale initiale a échoué et l'embolisation a été faite en deuxième intention. Dans l'autre cas, un hématome vulvo-vaginal s'est développé après un accouchement par ventouse et la compresse vaginale a été appliquée pour permettre une hémostase. Cependant, l'hémostase n'a pas été obtenue et l'embolisation a contrôlé avec succès le saignement. Tous les deux les cas ont nécessité une transfusion sanguine à grand volume pendant le traitement. Distefano et al. [18] ont également rapporté un cas d'hématome puerpéral en utilisant l'embolisation artérielle en première intention d'hémostase. Ils ont d'abord effectué un scanner amélioré et ont découvert un hématome supralévatorien de 10 cm de diamètre qui a conduit à leur décision.

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. Une ligature des artères utérines peut lui être associée [19].

Conclusion:-

L'hématome vulvovaginal bien que rare est une cause d'hémorragie du post partum. Son diagnostic est le plus souvent clinique. Il peut être évoqué même en l'absence de saignement extériorisé à la vulve. Il n'y a pas de parallélisme entre la taille de la tuméfaction vulvovaginale et l'ampleur du saignement interne d'où la réalisation d'un bilan lésionnel complet par un examen sous valve et l'évaluation de l'état hémodynamique de la patiente. Sa prise en charge a été révolutionnée au fil des années par la radiologie interventionnelle. Sa survenue reste imprévisible.



Fig 1:-Hématome vulvo-vaginal du post partum



Fig 2:-Vulve après drainage de l'hématome et réfection des déchirures

Références:-

1. Lansac J, Descamps P, Goffinet F. Pratique de l'accouchement. 6^{ème} édition. Elsevier Masson, 2016, ISBN 9782294747762.
2. Sentilhes L, Kayem G, Ambroselli C, et al. Placenta accreta : fréquence, dépistage prénatal, prise en charge. *Presse Med.* 2010; 39: 765 – 77.
3. INVS. Mortalité maternelle en France : bilan 2001 – 2006. *BEH* 2010 ; 2 – 3 : 1 – 24.
4. J.Bienstman-Pailleux, C. Huissouda, G. Dubernarda, et al. Prise en charge des hématomes puerpéraux. *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction* (2009) 38, 203—208.
5. Sentilhes L, Gillard P, Deschamps P et al. Indications et prérequis à la réalisation d'une extraction instrumentale XE extraction instrumentale : quand, comment et où ? *J Gynecol obstet Biol Reprod* 2008 ; 37 : S188-201.
6. Subtil D, Sommé A, Ardiet E et al. 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.
7. R. Aitbouhou1, F. El mangoub1, M. Bouzroud. mises au point : prise en charge diagnostique et thérapeutique des hématomes périgénitaux *int. J. Adv. Res* 2019. 7(5), 464-470.
8. Propst AM, Thorp JM. Traumatic vulvar hematomas: conservative versus surgical management. *South Med J* 1998; 91:144—6.
9. Villella J, Garry D, Levine G et al. Postpartum angiographic embolization for vulvovaginal hematoma. A report of two cases. *J Reprod Med* 2001; 46:65—7.
10. Benrubi G, Neuman C, Nuss RC et al. Vulvar and vaginal hematomas: a retrospective study of conservative versus operative management. *South Med J* 1987; 80:991—4.
11. M Kehila, SB Khedher, D Zeghal et al. Prise en charge conservatrice des hématomes puerpéraux de gros volume: à propos de 3 cas. *Pan African Medical Journal.* 2013; 16:9.
12. Zeghal D, Kehila M, Mahjoub S and al. Perigenital hematoma. Diagnosis and management. *Tunis Med.* 2010 Feb;88(2):108-10.
13. Sabban F, Depret S, Lions C and al. Embolisation d'un hématome du ligament large du postpartum. *J Gynecol Obstet Biol Reprod* 2006;35:497.
14. Zahn CM, Hankins GD, Yeomans ER. Vulvovaginal hematomas complicating delivery. Rationale for drainage of the hematoma cavity. *J Reprod Med* 1996; 41:569—74.
15. 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.
16. Boyer L, Dumoussat E, Rousseau H. Prise en charge des hémorragies du postpartum par embolisation en France. *J Radiol* 2006; 87:549—53.
17. Kenjiro Takagi a, Keiko Akashi a, Isao Horiuchi. Managing vulvovaginal hematoma by arterial embolization as first-line hemostatic therapy. *Taiwanese Journal of Obstetrics & Gynecology* 56 (2017) 224 – 226.
18. Distefano M, Casarella L, Amoroso S and al. Selective arterial embolization as a first-line treatment for postpartum hematomas. *Obstet Gynecol.* 2013 Feb; 121 (2 Pt 2 Suppl 1):443-7.
19. Fargeaudou Y, Soyer P, Morel O, and 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.