

Hématome Puerperal : A Propos De 4 Cas Et Revue De La Littérature D'un Cas

Oubel Naoual¹, El Moiudane Jihane², Houjaj Dina³, Alami Hassan⁴,
Tazi Zakia⁵

¹Medecin, Maternité Les Orangers

^{2,3}Medecin

^{4,5}Professeur

Résumé

L'hématome périgénital (HP) est une complication de l'accouchement dont la symptomatologie peut être retardée. C'est une complication rare mais potentiellement gravissime, Il faut l'évoquer devant toute symptomatologie douloureuse et/ou hémorragique du post-partum.

Différents types d'hématomes en fonction de leur localisation sont décrits : l'hématome vulvaire, l'hématome vaginal et l'hématome vulvo-vaginal. En effet, l'hématome intéresse la vulve, les tissus paravaginaux, le périnée, la fosse ischio-rectale. Les vaisseaux le plus souvent concernés sont les branches de l'artère pudendale ou honteuse interne et l'artère vaginale longue ou bien les vaisseaux périnéaux et labiaux

L'hématome supravaginal ou sous-péritonéal : situé audessus des aponévroses pelviennes dans la région rétropéritonéale ou intra ligamentaire. 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 cervicovaginaux ou vésicovaginaux.

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. C'est une complication rare du postpartum qui mérite d'être mieux connue. Cette hémorragie non extériorisée est souvent diagnostiquée tardivement devant un tableau clinique grave de choc hypovolémique.

C'est en étant attentif à la clinique (douleur, rétention aiguë d'urine, choc hypovolémique sans hémopéritoine, hématome vulvo-vaginal modéré avec hémodynamique instable et en identifiant certains facteurs de risques communs à l'ensemble des hématomes puerpéraux (extraction instrumentale, déchirure périnéale), que leur prise en charge thérapeutique, nécessitant une parfaite coordination interdisciplinaire sera la plus précoce et la plus efficiente.

Mots clé : thrombus vaginal, hématome, complication, post partum

Introduction

La formation d'hématomes périgénitaux en post- partum, appelés aussi thrombigénitaux, est une complication rare et redoutable du post partum. Les formes volumineuses surviennent dans 1/4 000 accouchements [1] . L'hématome puerpéral (HP) correspond à un clivage tissulaire, le plus souvent paravaginal ou vulvaire, au sein duquel les plaies vasculaires, liées au décollement, n'ont aucune

tendance spontanée à l'hémostase, d'où l'aggravation progressive et parfois dramatique de cet hématome disséquant. Il se développe en effet dans un tissu cellulo-adipeux, probablement d'autant plus lâche qu'il existe une imprégnation progestative, et rencontre assez peu d'obstacles anatomiques, pouvant donc se développer dans le rétro-péritoine, dans le ligament large ou dans l'espace ischio-rectal. Volontiers compliqué par des troubles secondaires de la crase sanguine, en particulier une coagulation intravasculaire déssiminée comme dans beaucoup d'hémorragies obstétricales

Patient et observation

MATERIELS ET METHODES

A travers quatre cas d'hématome génital pris en charge dans notre service et une revue de la littérature, nous nous proposons de discuter les aspects diagnostiques et de proposer une stratégie thérapeutique pratique face à cette pathologie.

OBSERVATION 1

Il s'agissait d'une patiente âgée de 35 ans, primipare, sans antécédents pathologiques notables admise pour accouchement avec une grossesse estimée à 39 semaines d'aménorrhée selon la date des dernières règles et qui a accouchée d'un nouveau né de sexe féminin pesant 2400 g, avec un apgar 10/10. Une épisiotomie a été réalisée. Quatre heures après l'accouchement, la patiente a présenté des douleurs périnéales lancinantes, très intenses avec sensation de faux besoins et ténésmes. A L'examen Hématome intravaginal avec état de choc

L'évolution était favorable avec régression après évacuation d'hématome et réfaction.

OBSERVATION 2

Il s'agissait d'une parturiente de 26 ans ; primipare qui a accouchée d'un nouveau né de sexe féminin pesant 4200 g, avec un apgar 10/10. Une épisiotomie a été réalisé ayant présenté dans les 12h du post partum une douleur perinéale intense avec à l'examen gynécologique Hématome fessier étendu avec anémie sévère (la patiente a été transfusée par deux culots globulaires)

L'évolution était favorable avec régression après évacuation d'hématome et réfaction



OBSERVATION 3

Il s'agissait d'une patiente âgée de 29 ans, primipare, l'évolution de la grossesse a été marquée par une pré éclampsie, qui a accouchée d'un nouveau né pesant 3700 g, avec un apgar 10/10. Une épisiotomie a été réalisée. 10 h après l'accouchement, la patiente a présenté des douleurs périnéales lancinantes, très intenses avec sensation de faux besoins et ténésmes. L'examen clinique a trouvé une patiente pale, aux conjonctives décolorées, Hématome intravaginal avec anémie

Après transfert au bloc opératoire, on a réalisé une évacuation sous rachi anesthésie d'un hématome de 500ml. la patiente a été transfusée par deux culots globulaires. Les suites opératoires étaient simples.

OBSERVATION 4

Il s'agissait d'une patiente âgée de 30 ans, primipare, sans antécédents pathologiques notables admise pour accouchement avec une grossesse estimée à 40 semaines d'aménorrhée selon la date des dernières règles et qui a accouchée d'un nouveau né de sexe féminin pesant 3800 g, avec un apgar 10/10. Une épisiotomie a été réalisée. 24h après l'accouchement, la patiente a présenté des douleurs périnéales lancinantes, très intenses avec sensation de faux besoins et ténésmes. A L'examen Hématome vaginale avec signes de retentissement anémique

L'évolution était favorable avec régression après évacuation d'hématome et réfaction.



Discussion

La fourchette de l'incidence est large, elle varie selon les auteurs de 1/309 à 1/15000 accouchements . Si l'on ne considère que les cas ayant nécessité une intervention chirurgicale, on obtient un taux plus réaliste de 1/900 .

La survenue de HP dans le post-partum immédiat ou relativement précoce est dû à une rupture vasculaire, le plus souvent veineuse; il se constitue dans l'épaisseur des parois vaginales, qui ensuite va diffuser le long des fascias et dans les espaces de décollement, essentiellement le paravagin, le pararectum et le paramètre. Cependant, l'hématome peut être secondaire :

- à un traumatisme direct, et en particulier la section chirurgicale de l'épisiotomie ou la déchirure vulvo-vaginale de l'accouchement;
- à une nécrose secondaire des petits vaisseaux par hyperpression prolongée, soit liée à la tête fœtale en cas d'accouchement lent, soit à l'hématome lui-même qui peut devenir très rapidement compressif;
- à une hémostase inadéquate, en particulier au cours de la réparation de l'épisiotomie ou de la déchirure spontanée.

Classification

On retrouve habituellement dans la littérature deux types de classification, l'une purement chronologique, la seconde anatomique

Classification chronologique : En fonction du délai d'apparition du thrombus

1. Un hématome immédiat survient juste après l'accouchement, et donc directement secondaire au

traumatisme obstétrical.

2. Hématome retardé est découvert le plus souvent quelques jours, voire quelques semaines après l'accouchement, probablement secondaire à la nécrose par hyperpression des vaisseaux pelviens.

Classification anatomique :

1. L'Hématome vulvaire : il apparaît comme un hématome de l'épaisseur de la grande lèvre refoulant en dedans la petite lèvre et reste bien sûr inférieur au diaphragme uro-génital, et en dessous du plan de releveur de l'anus.
2. L'Hématome vaginal : il est initialement limité aux tissus paravaginaux en se constituant au- dessous du diaphragme pelvien, crée une masse qui fait saillie dans le vagin.
3. L'Hématome sous-péritonéal se constitue au- dessus de l'aponévrose pelvienne, dans la région rétro-péritonéale ou intra-ligamentaire paramétriale. Le saignement d'origine est donc en provenance du ligament.

Facteurs de risque

L'épisiotomie retrouvée dans 85 à 93 % des cas, avec probablement un risque plus important en cas d'épisiotomie médio-latérale. Les extractions instrumentales, ventouse et en particulier le forceps. La primiparité : retrouvée dans 50 à 60 % des cas. Sont aussi mentionnés dans la littérature : Les syndromes vasculo-rénaux ; La multiparité ; Les varices vulvo-vaginales. Une hémostase insuffisante. Un travail prolongé ; Des troubles de la coagulation, en particulier en cas de maladie de Willebrandt.

Symptomatologie

Le maître symptôme est la douleur qui doit rapidement alerter par son caractère exacerbé inhabituel avec agitation contrastant fortement avec l'accalmie habituelle du post-partum. Les autres signes sont ceux habituels de la spoliation sanguine, plus difficiles à apprécier et souvent mis sur le compte de l'hémorragie physiologique de la délivrance

Le traitement

Le traitement de fond repose sur l'hémostase et la correction des perturbations hémodynamiques et les mesures adjuvantes incluent l'antibioprophylaxie, et l'antalgie [6-9, 11]. L'hémostase peut se faire toute seule par compression de la lésion vasculaire par le caillot constituant l'hématome [6, 11]. Dans les cas contraires un geste hémostatique s'impose et consiste dans un premier temps en une exploration chirurgicale du site de l'hématome (incision – évacuation de l'hématome - sutures hémostatiques en « X » drainage – méchage – tamponnement vaginal sur une sonde urinaire à demeure). Tel était le cas chez nos patientes. La principale difficulté est de localiser le vaisseau hémorragique dans un champ opératoire masqué par l'écoulement de sang [6]. Dans les suites opératoires, l'étape la plus délicate est l'ablation des mèches qui peut donner lieu à une récurrence du saignement. En cas d'échec immédiat de l'hémostase chirurgicale ou de récurrence de l'hémorragie l'étape suivante est la ligature des artères utérines [6,11]. Si celle-ci échoue, l'embolisation sélective des artères pudendale et glutéale inférieure représente est l'ultime recours thérapeutique; sa mise en œuvre reste cependant limitée par la nécessité d'un plateau technique et d'une équipe de radiologie interventionnelle expérimentée [6, 10, 11]. Dans notre contexte cette technologie n'est pas disponible et à l'ablation du tampon nous n'avons pas noté de récurrence de l'hémorragie.

Conclusion

Le thrombus génital, devenu hématome puerpéral doit malgré sa rareté être évoqué en premier dans une complication hyperalgique du post- partum

La prévention reste aléatoire : réduction du nombre d'épisiotomies, suppression des manœuvres d'extraction difficiles (en particulier forceps avec grande rotation), réparation soigneuse des déchirures vulvo-vagino- périnéales.

Références

1. Barbarino-Monnier P, Barbarino A, Bayoumeu F, Bonnenfant-Mezeray V, Judlin P. Hémorragies graves au cours de la grossesse et du postpartum; choc hémorragique. In: Elsevier, ed. EMC Obstétrique. Paris, 1998,1-11.
2. Barksdale PA, Elkins TE, Sanders CK, Jaramillo FE, Gasser RP, An anatomic approach to pelvic hemorrhage during sacrospinous ligament fixation of the vaginal vault. *ObstetGynecol*, 1998; 91: 715-718.
3. Belizan JM et al. Argentine episiotomy trial collaborative group; routine versus selective episiotomy: a randomised controlled trial. *Lancet* 1993; 342: 1517-1518.
4. Benrubi G, Neumann C, Nuss RC et al. Vulvar and vaginal hematomas. *South Med J* 1987; 80: 991-994.
5. Heffner L.J., Mennuti M.T., Rudoff J.C., Mc Lean G.K. Primary management of post partum vulvovaginal hematomas by angiographic embolization. *Am. J. Perinatol.*,1985; 2: 204-7.
6. JOSEPH J.F., MERNOFF D., DONOVAN J., METZ S.A.Percutaneous angiographic arterial embolization for gynecologic and obstetric hemorrhage.A report of three cases. *J. Reprod. Med.*, 1994; 39: 915-20.
7. Ridgway L.E. Puerperal emergency; vaginal and vulvar hematomas. *Obstet. Gynecol. Clinics North Am.*, 1995; 22: 275-82.
8. Riethmuller D., Pequegot-Jeannin C., Rabenja C.A., Koeberle P., Schaal J.P., Maillet R. Une cause rare d'hémorragie du post-partum: le thrombus
9. Virgili A, Bianchi A, Mollica G, Corazza M. Serious hematoma of the vulva from a bicycle accident: a case report. *J Reprod Med*. 2000; 45(8):662-4. PubMed | Google Scholar
10. Tjek P, Essiben F, Moluh I, Tebeu PM, Fomulu JN. Hématome vulvaire massif gauche post coïtal. *Health Sci Dis*. 2013; 14 (4): 3 p. Google Scholar
11. Kehila M, Khedher SB, Zeghal D, Mahjoub S. Prise en charge conservatrice des hématomes puerpéraux de gros volume: à propos de 3 cas. *The Pan African Medical Journal*. 2013; 16:9. PubMed | Google Scholar