

CAS CLINIQUE

VOLUMINEUX HEMATOME GENITAL SECONDAIRE A UN THROMBUS VULVOVAGINAL : A PROPOS D'UN CAS

MASSIVE GENITAL HAEMATOMA FOLLOWING VULVO-VAGINAL THROMBUS : CASE REPORT

MBAYE M, NGOM PM, CISSÉ ML, TRAORÉ AL, KANE-GUÈYE SM, DIOUF A, MOREAU JC

CENTRE DE RECHERCHE - CLINIQUE GYNECOLOGIQUE ET OBSTETRICALE DU C.H.U.
ARISTIDE LE DANTEC / UNIVERSITE CHEIKHE ANTA DIOP DE DAKAR

CORRESPONDANCE : Docteur Magatte Mbaye - Chef de Clinique – Assistant
Clinique Gynécologique et Obstétricale C.H.U. Aristide Le Dantec BP 3001 Dakar Sénégal.) E-mail :
magatte4@yahoo.fr - Téléphone : 00 (221) 6314784 (Sénégal) 00 (33) 659540451 (Paris)

RESUME

Le thrombus vulvo-vaginal ou hématome puerpéral résulte d'un cisaillement sous muqueux du tissu conjonctif de la vulve, du vagin ou des paramètres responsable de plaies vasculaires entraînant une hémorragie disséquante. Il s'agit d'une pathologie rare dont l'incidence est très variable selon les auteurs. Nous rapportons un cas de volumineux thrombus génital traité à la Maternité du Centre Hospitalier Universitaire A. Le Dantec de Dakar.

La revue de la littérature révèle un manque de consensus autour de cette pathologie. Les étiologies sont variées et les facteurs de risque sont dominés par l'épisiotomie, les extractions instrumentales et la primiparité. Le maître symptôme est la douleur souvent très atroce.

La prise en charge, non unanime, est sujette à de multiples controverses. Le traitement chirurgical agressif qui dépend du bilan lésionnel, doit être rapide et efficace car l'hématome puerpéral peut engager le pronostic vital. L'embolisation élective paraît la technique la plus séduisante et la moins risquée à condition de disposer d'un personnel et d'un plateau technique adaptés. La prévention reste malheureusement aléatoire d'autant plus que l'hématome peut survenir lors d'un accouchement normal.

Mots clés : thrombus vulvo-vaginal, hématome puerpéral, hémorragie post-partum, Dakar

SUMMARY

The vulva-vaginal thrombus or puerperal haematoma results from an under mucous shearing of the vulva's connective tissue, the vagina or of the parameters causing vascular wounds leading into a dissecting haemorrhage. It is a rare pathology with a wide incidence range. We are relating a case of voluminous genitalia thrombus treated at the maternity of Le Dantec's Teaching Hospital in Dakar. The literature review reveals a global lack of consensus on this pathology. The aetiologies are various and the factors of risks are dominated by the episiotomy and the instrumental extractions and the primipara. The main symptom is often atrocious pain. The treatment, which is not unanimous, is subjected to many controversies. The aggressive surgical treatment that depends on the lesion check up must be quick and effective because the puerperal haematoma can involve the vital prediction. The elective embolism seems the most enticing and less risky technique unless you have an adequate staff and technical plateau. The prevention remains unfortunately random particularly since the haematoma may occur during a normal delivery.

Key words : vulva-vaginal haematoma, puerperal haematoma, post-partum haemorrhage, Dakar

INTRODUCTION

Le thrombus vulvo-vaginal ou hématome puerpéral correspond à un clivage tissulaire cellulo- adipeux le plus souvent para vaginal 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.

Sa survenue et son importance dans le post-partum immédiat ou précoce sont la conséquence de l'hyper-

vascularisation du pelvis et de la région génitale associée à la laxité tissulaire hormonodépendante favorisant la formation puis la diffusion de l'hématome [1]. Il s'agit d'une pathologie rare mais redoutable pouvant mettre en danger la vie de la mère. Ce qui fait dire à Christopher Zahn [2], dans sa revue sur les hémorragies de la délivrance, qu'il s'agit d'un véritable « champ de mine »

Faute de données suffisantes dans la littérature, la conduite à tenir est loin d'être uniforme et gagnerait à

être standardisée. Cependant, il apparaît sans doute que sa prise en charge chirurgicale agressive, à la suite d'un diagnostic rapide, diminue la morbidité et la mortalité liée à cette pathologie. Nous rapportons un cas de volumineux thrombus génital observé à la maternité du Centre Hospitalier Universitaire A. Le Dantec de Dakar.

NOTRE OBSERVATION

Il s'agissait de Madame M.N. âgée de 30 ans, quatrième geste et quatrième pare, sans antécédent particulier, évacuée du Centre de Santé de Nabil Choucair de Dakar pour suspicion d'une Bartholinite au deuxième jour du post-partum à la suite d'un accouchement par voie naturelle (23 juin 2005 à 11h) d'un nouveau-né macrosome de sexe masculin pesant 4000g.

Au deuxième jour (J2) du post-partum, elle présentait une tuméfaction vulvo-vaginale droite douloureuse, ferme, d'installation brutale avec augmentation progressive et rapide de son volume.

L'examen retrouvait un état général conservé avec une tension artérielle à 120/80 mmHg, un pouls à 116 battements /minute, une température à 38°5 C. L'utérus était bien rétracté, ferme et globuleux avec des lochies physiologiques.

On observait une volumineuse tuméfaction vulvo-vaginale droite, très sensible, ferme, mesurant 24 x 15 cm avec des lésions de nécrose en son sein; et une déchirure médiane incomplète du périnée postérieur au deuxième degré (figure 1).



Figure 1 : Volumineux thrombus vulvo-vaginal du post-partum

A la biologie, il s'agissait d'une patiente du groupe sanguin O+, avec un taux d'hémoglobine à 8,3 g/dl, un taux de plaquettes à 168 mille / mm³, un taux d'hématocrite à 24,3% et un taux de prothrombine (TP : 74 %) et un ratio du Temps de Céphaline Kaolin (TCK malade / TCK témoin : 1,08) normaux.

En résumé, il s'agissait d'une patiente de 30 ans IV^{ème} Geste, IV^{ème} Pare qui présentait au deuxième jour des suites d'un accouchement naturel d'un nouveau-né macrosome :

- un volumineux thrombus vulvo-vaginal droit ;
- une déchirure médiane incomplète du périnée postérieur ;
- une anémie sévère.

Nous avons procédé à une réanimation d'urgence avec rééquilibration hydro-électrolytique, une administration de macromolécules et de produits sanguins. Une exploration complète sous anesthésie générale permettait de faire un bilan lésionnel et de procéder à un effondrement de l'hématome avec évacuation de 260g de caillots de sang noirâtre. Nous avons réalisé un capitonnage du defect par des points en « X » séparés avec du fil résorbable au décimal 4/1; après la mise en place d'une lame ondulée (maintenue pendant 48h) et suivi d'une périnéorrhaphie et d'un tamponnement vaginal pendant 24h. Les suites post-opératoires étaient simples sous antibiothérapie et application quotidienne de soins locaux.

COMMENTAIRES

Il s'agit d'une pathologie à fourchette d'incidence large [1] variant, selon les auteurs, de 1/309 à 1/15 000 accouchements [3,4]. Les cas nécessitant une intervention chirurgicale, tels que observés chez notre patiente, ont une incidence de 1/900 accouchements selon Zhan [2]. Ces grosses variations d'incidence, également observées en considérant le volume de l'hématome, seraient en rapport avec [1] : une définition et une prise en charge non unanimes de l'hématome puerpéral, un défaut de reconnaissance et d'identification des petits hématomes mais également des pratiques obstétricales variables d'un centre à l'autre en rapport avec les taux d'épisiotomie et de manœuvres instrumentales.

Les étiologies sont diverses. Chez notre patiente, il s'agissait d'un thrombus vaginal en rapport avec un traumatisme direct par compression prolongée lors d'un accouchement d'un fœtus macrosome, compliqué d'une déchirure périnéale. Les étiologies les plus fréquemment rapportées, favorisées par l'hypervascularisation et la laxité tissulaire, sont représentées par :

- le traumatisme direct en particulier, la section chirurgicale de l'épisiotomie, la déchirure vulvo-vaginale ou les manœuvres obstétricales [5,6,7];
- la nécrose secondaire des petits vaisseaux par hyperpression prolongée lors d'un accouchement lent (primiparité, macrosomie...) [1];
- un trouble de l'hémostase, les syndromes vasculorénaux et la multiparité [1,8]

Ces différents mécanismes expliquent que dans les formes basses, les vaisseaux les plus souvent concernés soient les branches de l'artère honteuse interne, l'artère vaginale longue, la rectale moyenne ou inférieure et les vaisseaux périnéaux ou labiaux.

En ce qui concerne les manifestations cliniques chez notre patiente, la douleur et la tuméfaction étaient les maîtres symptômes. Elles doivent alerter par leur

caractère exacerbé avec agitation contrastant avec l'accalmie habituelle du post-partum. Cependant l'aspect clinique varie selon la localisation et les modalités d'installation de l'hématome. Deux types de classification avaient été ainsi décrits [1,3] :

La classification chronologique qui distingue, d'une part, les hématomes d'installation immédiate qui surviennent juste après l'accouchement, directement secondaire au traumatisme obstétrical et le plus souvent d'origine veineuse, d'autre part, les hématomes d'installation retardée découverts quelques jours voir quelques semaines après l'accouchement le plus souvent secondaire à une nécrose par hyperpression des vaisseaux pelviens ou secondaire à l'évolution à bas bruits d'un hématome immédiat.

La classification anatomique qui distingue, d'une part, les hématomes vulvaires qui se localisent dans un plan inférieur au plan du diaphragme uro-génital et au dessous du plan des releveurs de l'anus; les hématomes vaginaux limités dans le tissu para vaginal, au dessous du diaphragme pelvien et faisant saillie dans le vagin; d'autres part, les hématomes sous péritonéaux qui se constituent au-dessus de l'aponévrose pelvienne dans la région rétro-péritonéale ou intraligamentaire avec des pertes sanguines parfois conséquentes en rapport le plus souvent avec une déchirure cervicale propagée au niveau de l'isthme.

Les modalités thérapeutiques varient selon le siège et le volume de l'hématome, selon le plateau technique et l'habitude des équipes obstétricales. La revue de la littérature retrouve une absence totale de consensus. La réanimation et le traitement médical sont sans particularité et répondent aux principes de prise en charge des hémorragies du post-partum [2,9].

L'abstention chirurgicale est la règle pour les hématomes de petit volume [10], sous réserve d'une surveillance rigoureuse et d'une couverture antibiotique et antalgique.

En ce qui concerne le traitement chirurgical, la quasi-totalité des auteurs [1] reconnaît l'intérêt d'être rapidement interventionniste lorsque l'hématome apparaît très étendu. Ce traitement agressif s'impose du fait de la douleur et de la mise en jeu du pronostic vital par une importante spoliation sanguine d'autant que les mesures de réanimations, les produits sanguins et leurs dérivées font souvent défaut dans nos contextes d'exercice.

Ce traitement chirurgical, sous anesthésie correcte, générale de préférence, associe une incision large de l'hématome suivant un abord logique et d'accès facile, une évacuation au doigt de l'hématome, une irrigation abondante de la cavité avec du sérum physiologique et un contrôle de l'hémostase avec des points en «X» séparés, une ligature élective des vaisseaux individualisés. L'embolisation des artères hypogastriques ou de leur

branche constitue une alternative efficace et séduisante [7,11,12] mais nécessite un plateau technique adapté et des opérateurs entraînés. Cette hémostase peut nécessiter une laparotomie avec ligature de l'artère hypogastrique ou de l'artère utérine en cas de reprise hémorragique ou d'hémostase incertaine.

Les soins post-opératoires associent un pansement régulier jusqu'à la cicatrisation, une antibiothérapie, des antiseptiques vaginaux et des antalgiques.

Deux points restent controversés: l'utilisation d'un drainage et le tamponnement vaginal.

Plusieurs équipes [13,14] ont préconisé l'utilisation d'un drainage principalement en présence d'infection (16, 7% des cas). Hudock et coll. [13] suggèrent d'utiliser un petit drain (type Penrose) pour une durée de 24 heures au maximum tandis que Zahn et coll. [14] préconisent un système de drainage clos ou le drain en aspiration continue sort par une contre incision. L'utilisation d'un drainage type Redon aspiratif nous semble mieux indiquée. L'avantage de ce drainage est l'évacuation du sang, des sérosités et des tissus nécrosés permettant ainsi la réduction de la pression et l'élimination des espaces morts dans l'espoir d'une reconstitution anatomique. L'inconvénient serait de maintenir un risque infectieux et d'entretenir le saignement lors de l'aspiration continue.

Le Tamponnement vaginal, préconisé par plusieurs auteurs [1,3], doit être maintenu au moins pendant 24 heures et exceptionnellement pendant deux à trois jours. Ce méchage vaginal doit être serré et associé à une sonde vésicale à demeure et un gros drain vaginal permettant l'écoulement des lochies. Son avantage est de réduire les espaces morts et de tarir les hémorragies à faible pression. Par contre Zhan et coll. [14] proscrirent le tamponnement, préférant ainsi avoir une fenêtre d'observation sur les lésions locales, du fait de ses inconvénients théoriques que sont le risque infectieux, la reprise de l'hémorragie et la distorsion anatomique dès son ablation surtout lorsque le tamponnement concerne la loge de l'hématome.

CONCLUSION

Il s'agit d'une pathologie rare mais grave pouvant compromettre le pronostic vital. Sa morbidité liée aux risques de séquelles impose une prise en charge chirurgicale agressive précoce et efficace avec une bonne reconstitution anatomique. Le manque de consensus autour de cette pathologie rend le traitement variable selon les différentes équipes et selon le plateau technique disponible. Ce traitement gagnerait à être uniformisé et standardisé sachant que la prévention primaire reste très aléatoire surtout dans nos conditions de travail difficiles où aucune standardisation ou consensus n'est adopté pour la prise en charge de cette pathologie fortement sous estimée.

REFERENCES

1. Philippe HJ. *Mise à jour en gynécologie et obstétrique. Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français. Paris, Vigot : Novembre 1998, n°1018.*
 2. Zahn MCM, Yeomans ER. *Postpartum hemorrhage: placenta accreta, uterine inversion, and puerperal hematomas. Clinical Obstet Gynecol 1990;33:422-431.*
 3. Pieri RJ. *Pelvic hematomas associated with pregnancy. Obstet. Gynecol.1958; 12 : 249-258.*
 4. Scudamore JH. *Vulvar and vaginal hematomas. Br Med J 1964;1:1357-1358.*
 5. Rochner G, Jonasson A, Olund A. *The effect of mediolateral episiotomy at delivery on pelvic floor muscle strength evaluated by vaginal cones. Acta Obstet Gynecol Scand 1991;70:51-54.*
 6. Johanson R. *Choice of instrument for vaginal delivery. Curr Opin Obstet Gynecol 1997;9:361-365.*
 7. Yann F, Soyer P, Morel O, M. Sirol. *Severe primary postpartum hemorrhage due to genital tract laceration after operative vaginal delivery: successful treatment with transcatheter arterial embolization. Eur Radiol 2009;19:2197-2203.*
 8. Dietrich JE, Perlman S, Hertweck SP. *Post-traumatic vulvar hematoma secondary to coagulopathy caused by rickettsial infection. J. Pediatr. Adolesc. Gynecol. 2005;18(3):175-7.*
 9. You WB, Zahn CM . *Postpartum hemorrhage: abnormally adherent placenta, uterine inversion, and puerperal hematomas. Clin. Obstet. Gynecol. 2006;49(1):184-97.*
 10. Propst AM, Thorp JM Jr. *Traumatic vulvar hematomas: conservative versus surgical management. South Med J 1998;91(2):144-6.*
 11. 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(1):65-7.*
 12. Kunishima K, Takao H, Kato N, Inoh S. *Transarterial embolization of a nonpuerperal traumatic vulvar hematoma. Radiat. Med. 2008;26(3):168-70.*
 13. Zahn MCM, Hankins GDV, Yeomans ER. *Vulvovaginal haematomas complicating Delivery-Rationale for drainage of the hematoma cavity. J Reprod Med 1996;41:569-574.*
 14. Hudock JJ, Dupayne N, Mc Geary JA. *Traumatic vulvar hematomas: report of six cases and review of the literature. Am J Obstet Gynecol 1955;70:1064-73.*
-