

Giant postpartum vulvar hematoma: about a case

Fadi Abu Mattar, Belhaj yassine , Fatimazohra Fdili Alaoui , Sofia Jayi Hikmat Chaara Mouly Abdelilah Melhouf

Service de gynécologie obstétrique II CHU Hassan II de Fès

Auteur correspondant : Fadi Abu Mattar

Email : fadiabumattar1@gmail.com

Adresse : haya mal, rue mariage, Fès, Maroc

Télé :212650012235

Abstract: *Puerperal hematomas are a rare cause of postpartum hemorrhage, early or late. Their adequate care requires several stakeholders starting with the obstetrician, the resuscitator, the radiologists. We report the case of a 37-year-old woman, multiparous, referred for pec of renal insufficiency with undocumented postpartum heart disease. A normal delivery according to the reference sheet, the evolution was marked by the appearance of a large embarrassing vulvar hematoma requiring rapid treatment This case allows us to draw the attention of practitioners to the seriousness of deliveries of multitarred parturients which requires level three from the outset.*

Keywords: Hematoma, post-partum, emergency, surgery

Résumé

Les hématomes puerpéraux sont une cause rare d'hémorragie du post-partum, précoces ou tardifs. Leur prise en charge adéquate nécessite plusieurs intervenants commençant par l'obstétricien, le réanimateur, les radiologues. Nous rapportons le cas d'une femme de 37 ans, multipare, référé pour pec d'une insuffisance rénale en post partum .un accouchement normal selon la fiche de référence, l'évolution a été marquée par l'apparition d'un gros hématome vulvaire gênât nécessitant une prise en charge rapide Ce cas nous permet d'attirer l'attention des praticiens sur la gravité des accouchements des parturientes multitarées qui nécessite u niveau trois d'emblée.

Mots clés : Hématome, post partum, urgence, chirurgie

Introduction

L'hémorragie du post-partum est la première cause de mortalité maternelle au Maroc et dans le monde le monde avec une contribution variant de 18 à 50% des décès [1-2-3-4--5]. Les étiologies les plus fréquentes sont : l'atonie utérine, les coagulopathies, la rétention de débris placentaires, les anomalies d'insertions placentaires, la rétention des membranes fœtales et les lacérations du tractus génital [4, 5]. Les hématomes puerpéraux sont en principe rare avec une fréquence de 1/1000 accouchements [6].Le diagnostic facile lorsqu'ils concernent la vulve et/ou le vagin tandis que les localisations pelviennes (retro-péritonéales) nécessitent la réalisation des examens d'imagerie [6-7]. Nous rapportons ici un cas d'hématome vulvaire expansif du post-partum tardif dont la prise en charge était multidisciplinaire

Patient et observation

Madame S B âgée de 37 ans, mariée, G3P2 (2EV/AVB), elle a été référée à notre service pour prise en charge d'une insuffisance rénale du post partum. La grossesse n'a pas été suivie, patiente était à terme, l'accouchement était normal selon la sage-femme accompagnante, pas de notion d'expression utérine ou des manœuvres endo utérins, délivrance faite sans anomalie, un bilan général a été réalisé 4 heures après l'accouchement vu l'asthénie et l'altération de l'état générale de la parturiente sans saignement vaginale , ces bilan ont objectivé une IR avec urée à 0.7 créât 100 puis la parturiente nous a été référé pour PEC .à l'examen physique, l'état général était altéré par une pâleur et une asthénie extrême. La température était de 37,4 degrés, le pouls de 90 pulsations par minute, la tension artérielle de 10/08 millimètres de mercure et la fréquence respiratoire de 14 cycles par minutes. Les conjonctives étaient légèrement décolorées. L'examen cardio-pulmonaire a objectivé un éclat de B1 avec un souffle diastolique. L'abdomen était souple et indolore. L'utérus bien contracté. L'inspection des organes génitaux externes était normale. Une échographie de vacuité a été réalisée aux urgences objectivant un utérus vide, augmenté de taille en rapport avec le post partum, pas d'épanchement ,puis la patiente a été transférée en réanimation pour complément de prise en charge, l'exploration para clinique a objectivé une insuffisance rénale chronique terminale dont l'étiologie nécessite une biopsie rénale programmer à froid, avec un rétrécissement mitrale très serrée FE à 25%, OG dilatée, la patiente a été mise sous anticoagulation curative avec une hémodialyse à raison de trois fois par semaine. Puis la patiente a été referee au service de néphrologie pour complément de prise en charge. Deux jours après, la patiente a présenté une douleur atroce au niveau vulvaire avec découverte d'une grande collection vulvaire gauche puis référée chez nous

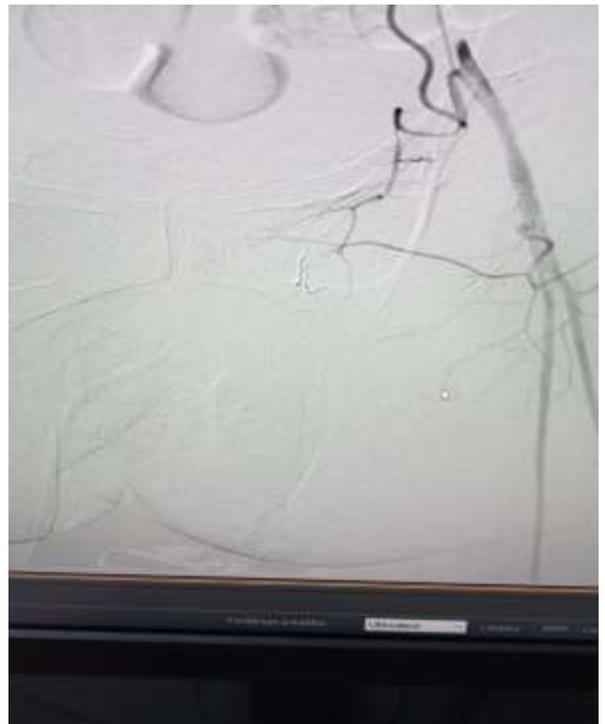
aux urgences pour pec, l'examen clinique a objectivé une patiente confuse avec TA 09/07 FC 105 bpm, abdomen souple, une grosse collection géante de 20cm au niveau de la grande lèvre gauche . Figure 1



Un angioscanner abdomino pelvien a été réalisée aux urgences avec bilan complet et une demande du sang. L'angioscanner a objectivé une extravasation de produit de contraste au niveau de l'artère obturatrice gauche, une collection hématique pelvienne gauche de 20 cm du probablement a une fragilité des parties molles pelviennes en rapport avec l'accouchement, patiente admise au bloc pour stabilisation avec HB a 8 , insuffisance rénale TP 70% PLQ 150,000 TCA normal le dossier a été discuter avec les radiologues pour éventuelles embolisation. La patiente a bénéficié d'une embolisation sélective de l'artère obturatrice gauche par un cathétérisme fémorale avec un contrôle satisfaisant, un drainage par voie vaginale après contrôle du saignement et transfusion sanguine, hémostase obtenue Mise en place d'une lame de delbet, changement de pansement chaque jour, delbi enlevé 5 jours après avoir vérification l'hémostase Figure 2 Avant après



Figure 3





Discussion

L'hématome vulvaire du post partum est une complication obstétricale, d'un accouchement par voie basse en principe. La fréquence de l'hématome vulvaire puerpéral est faible (1 cas pour 700 accouchements) ou important (1 cas pour 4 000 accouchements) [6]. Les facteurs de risques de l'hématome vulvaire reconnus dans la littérature sont: l'extraction fœtale instrumentale, la pré-éclampsie, les grossesses gémellaires, la macrosomie et les varices vulvo-vaginales. Chez notre patiente, les circonstances de l'accouchement étaient mal connues mais le principal facteur de risque était l'anti-coagulation curative à cause de ses pathologies rénales et cardiaques. Bien que l'exploration para-radiologique a confirmé la fragilité des vaisseaux pelviens à cause de l'accouchement. Le tableau clinique chez notre patiente concorde avec les données de littérature avec comme principale symptomatologie la survenue d'une douleur aiguë atroce et d'une tuméfaction généralement unilatérale dont la taille se diffère. Le moment d'apparition de ce hématome varie de post partum immédiate à quelques jours après l'accouchement [6, 7]. La littérature rapporte plusieurs formes topographiques d'hématomes puerpéraux: l'hématome vulvaire, l'hématome vaginal, l'hématome vulvo-vaginal, et l'hématome pelvi-génital ou sous-péritonéal [6]. Le traitement est d'assurer l'hémostase et la correction des perturbations hémodynamiques et les mesures adjuvantes incluent l'antibioprophylaxie, et l'antalgie [6-7-8]. L'exploration radiologique par un angioscanner a sa place dans la prise en charge comme dans notre cas, l'hémostase essentiellement a été assurée par une embolisation de l'artère obturatrice gauche puis un geste hémostatique. Ce qui a été fait consiste dans un premier temps à une exploration chirurgicale du site de l'hématome (incision, évacuation de l'hématome, sutures hémostatiques, drainage par lame de Delbet – tamponnement vaginal sur une sonde urinaire à demeure [9]. Le changement du pansement chaque jour a été fait, l'ablation du tampon et la lame de Delbet (une semaine àpre) nous n'avons pas noté de récurrence de l'hémorragie. Deux semaines après l'intervention l'anatomie vulvo-vaginale était macroscopiquement normale. L'hématome vulvaire du post partum reste une entité rare dont le diagnostic doit être posé rapidement, sa prise en charge consiste en premier temps de stabiliser l'état hémodynamique, transfusion, s'assurer de la présence d'un bon globe de sécurité, examiner le col et le vagin si possible pour éliminer un traumatisme associé, puis si l'hématome dépasse une certaine taille 5-6cm, faire un angioscanner et discuter l'embolisation, une chirurgie locale pour drainer l'hématome doit se faire après la stabilisation de la patiente.

Conclusion :

L'hématome vulvaire reste une urgence obstétricale rare du post partum, sa prise en charge doit être rapide et multidisciplinaire, le pronostic est souvent bon selon la littérature si la prise en charge était à temps.

Conflits d'intérêts

Les auteurs ne déclarent aucun conflit d'intérêts.

Contributions des auteurs

. Tous les auteurs ont approuvé et contribué pour élaborer la version finale.

Références

1. Abdul-Kadir R, McLintock C, Ducloy AS, El-Refaey H, England A, Federici AB et al. Evaluation and management of postpartum hemorrhage: consensus from an international expert panel. *Transfusion*. 2014 Jul;54(7):1756-68. [PubMed](#) | [Google Scholar](#)
2. Obstetrical Hemorrhage. In: Cunningham FG, Leveno KJ, Bloom SL, Hauth JC, Gilstrap III LC, Wenstrom KD, editors. *Williams Obstetrics 22nd edition*. New York. McGraw-Hill Companies, 2005. **Google Scholar**
3. World Health Organisation Department of Reproductive Health and Research. Maternal mortality in 2000: estimates developed by WHO, UNICEF, and UNFPA. 2000. [Google Scholar](#)
4. Morel O, Gayat E, Malartic C, Desfeux P, Rossignol M, Le Dref O et al. Hemorragies grave au cours de la grossesse et du post-partum. Choc hémorragique. *Encycl Méd Chir, Obstétrique*. Elsevier - Masson SAS. Paris. 5 – 082- A – 10. 2008. 17 p. [Google Scholar](#)
5. Bouvier-Colle MM. Mortalité maternelle. *Encycl Méd Chir, Obstétricale*. Elsevier – Masson SAS. Paris. 5 - 082 – D – 10, 2001. 17 p. [Google Scholar](#)
6. Riethmuller D, Pequegnot-Jeannin C, Rabenja CA, Koeberle P, Schaal JP, Maillet R. A rare cause of postpartum hemorrhage: a genital thrombus. *J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris)*. 1997; 26(2): 154 - 8. [PubMed](#) | [Google Scholar](#)
7. Bienstman – Pailleux J, Huissoud C, Dubernard G, Rudigoz RC. Prise en charge des hématomes Puepéraux. *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction*. 2009; 38 (3): 203 – 8. [PubMed](#) | [Google Scholar](#)
8. Propst AM, Thorp JM Jr. Traumatic vulvar hematomas: conservative versus surgical management. *South Med J*. 1998; 91(2):144-6. [PubMed](#) | **Google Scholar**
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](#)