

# Hématome Vulvovaginal : a propos d'un cas et revu de la littérature

Mohammed Othmane el Ouarti \*,1, Soufia Jayi\*,2, Yassine Belhaj\*, Fatima Zahra Fdili Alaoui\*, Hekmat Chaara\*, and MyAbdeillah Melhouf\*

\*,1Université Sidi Mohamed Ben Abdellah, CHU Hassan II fès, docteur en médecine, service de gynécologie et obstétrique \*,2 Université Sidi Mohamed Ben Abdellah de Fes; Professeur des études supérieures; service de gynécologie et obstétrique 2 CHU Hassan II Fes. Université Sidi Mohamed Ben Abdellah de Fes; professeur des études supérieures et chef de service de gynécologie et obstétrique 2 CHU Hassan II Fès

**Abstract:** L'hématome périgénital (HP), également désigné sous les termes d'hématome puerpéral ou, de manière impropre, de thrombus génital, constitue une cause rare des hémorragies post-partum. Son incidence, qui varie dans la littérature, est estimée à environ 1 sur 1000 accouchements. Nous rapportons ici un cas d'hématome vulvovaginal post-partum diagnostiqués au sein du service de Gynécologie et Obstétrique 2 du CHU Hassan II de Fès, géré médicalement, illustrant ainsi une des approches thérapeutiques de ce dernier. Le diagnostic est principalement clinique et peut être posé même en l'absence de saignement observable à la vulve. Il n'existe pas de corrélation directe entre la taille de la tuméfaction vulvovaginale et l'ampleur du saignement interne. En outre, nous proposons une revue de la littérature concernant la présentation clinique et la gestion de cette complication rare de l'hémorragie post-partum.

**Keywords:** Hématome vulvovaginal ; Post partum ; Revue de la littérature.

## 1. INTRODUCTION :

L'hématome périgénital (HP), également désigné sous les termes d'hématome puerpéral ou, de manière impropre, de thrombus génital, est une complication rare des hémorragies post-partum. Il résulte du décollement du tissu celluloadipeux para-vaginal, para-cervical ou paramétrial, dont la laxité est probablement accentuée par l'imprégnation progestative, et il rencontre peu d'obstacles anatomiques. Par conséquent, il peut s'étendre dans des régions telles que le rétropéritoine, le ligament large ou l'espace ischiorectal, généralement provoqué par des lésions vasculaires dues à un traumatisme direct lors de l'accouchement [1]. Cette condition est fréquemment associée à des complications hémostatiques secondaires, notamment une coagulation intravasculaire disséminée, similaire à celle observée dans de nombreuses hémorragies obstétricales.

On distingue quatre types d'hématomes en fonction de leur localisation [2] :

1. **\*\*L'hématome vulvaire\*\*** : se manifeste par une tuméfaction unilatérale d'une grande lèvre, qui prend une forme oblongue.
2. **\*\*L'hématome vaginal\*\*** : détecté par une tuméfaction palpable lors du toucher vaginal, refoulant la paroi opposée.
3. **\*\*L'hématome vulvovaginal\*\*** : le plus fréquent, il associe les caractéristiques des deux types précédents.
4. **\*\*L'hématome supravaginal ou sous-péritonéal\*\*** : se localise au-dessus des aponévroses pelviennes, dans les régions rétropéritonéale et intraligamentaire. Dans cet article, nous rapportons 1 cas d'hématome vulvovaginaux survenu en postpartum.

## 2. Patient et observation :

Il s'agit d'une primigeste âgée de 20 ans, mariée, sans antécédents médicaux notables dont la grossesse, menée à terme, a été suivie dans un centre de santé (CS).

Il s'agissait d'un accouchement eutocique par voie basse, avec épisiotomie d'un nouveau-né de sexe masculin pesant 3500g. Une délivrance dirigée avec réfection de l'épisiotomie du côté droit de la vulve. L'évolution a été marquée à H3 de son accouchement par l'apparition d'une tuméfaction vulvaire gauche en controlatérale de son épisiotomie augmentant progressivement de volume devenant douloureuse.

L'examen clinique a objectivé une patiente consciente, stable sur le plan hémodynamique et respiratoire, TA : 130/90 mmHg, FC 88 Bpm, T=37.2, conjonctives légèrement décolorées. Et à l'inspection vulvaire : Coté hémi vulvaire droit siège d'une cicatrice d'épisiotomie : propre sans saignement en regard, coté hémi vulvaire gauche : tuméfaction bleuâtre, bombante, douloureuse à la palpation, faisant 8cm de longueur et 6cm de largeur arrivant jusqu'à le grand pli fessier et l'anus en arrière (figure 1). Par ailleurs, un bon globe de sécurité, mollets souples, lochies minimales, Reste de l'examen de suites de couche sans particularités



**Figure 1: hématome vulvovaginal du post partum**

Une Échographie pelvienne faite en urgences revenant en faveur : Utérus globuleux en rapport avec le postpartum , ligne de vacuité suivie jusqu'au fond, pas d'épanchement. Ainsi qu'un angioscanner abdomino-pelvien (figure 2) a été réalisé qui a noté l'absence d'extravasation du produit de contraste aux différents temps réalisés avec la présence d'un volumineux hématome pelvien centré sur la paroi latérale du vagin fusant au niveau des parties molles périnéales vers la vulve gauche.

Ainsi qu'un épanchement intra-péritonéal de faible abondance, de densité hématique par endroit.

La patiente a été transférée au service d'observation avec un bilan de retentissement montrant une hémoglobine à 7 g/dL et un bilan de crase correct. Une transfusion de deux culots globulaires a été effectuée, portant l'hémoglobine de contrôle à 9,2 g/dL.

Un traitement antibiotique à base d'amoxicilline-acide clavulanique a été instauré, administré par voie orale à une posologie de 1 g toutes les 8 heures pendant 10 jours. Par ailleurs, un antiseptique local a été appliqué, avec trois toilettes vaginales par jour.

La patiente a été hospitalisée pendant 5 jours pour une surveillance stricte de la taille de l'hématome, de la fréquence cardiaque, de la tension artérielle et de l'état conjonctival, accompagnée d'un bilan de crase quotidien. À J5, une évolution favorable a été notée (voir Figure 5). Un

angioscanner de contrôle réalisé à J10 a révélé une résorption nette de l'hématome.

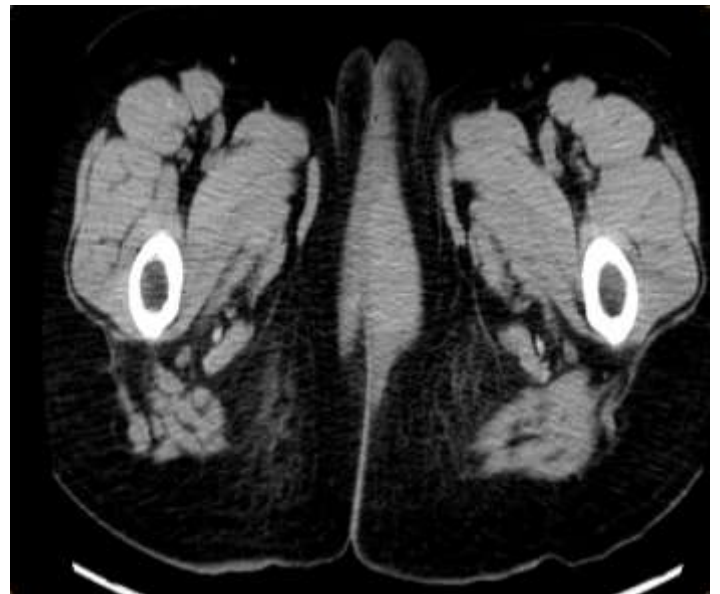
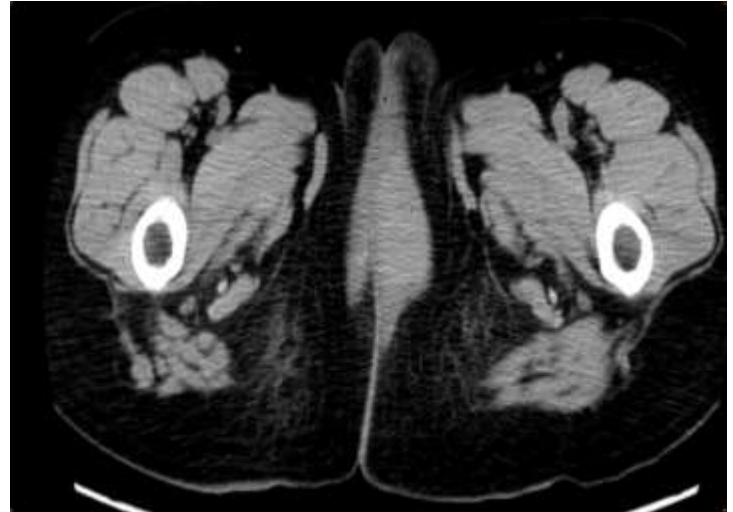


Figure 4 : Présence d'une volumineuse collection centrée sur la paroi latérale du vagin, bien limitée, décrivant une forme en sablier, spontanément hyperdense, non rehaussée après contraste, mesurant 60 x 67 x 11 mm de diamètres (T x AP x H) soit un volume de 244 ml. Cette collection responsable d'une rétention liquidienne vaginale en amont et présente les extensions et les rapports suivants :

- En avant : elle refoule la paroi postéro-inférieure de la vessie.
- En arrière : elle exerce une discrète compression sur la paroi antérieure du bas rectum.
- Latéralement à droite : elle comprime la cavité vaginale.
- En bas : elle fuse à travers les parties molles péritonéales vers la grande lèvre gauche.



***Figure 3 : régression de l'hématome a j + 5***

### **3. Discussion :**

L'hémorragie du post-partum constitue une complication majeure de l'accouchement. En France, elle représente la première cause de mortalité maternelle, comptant pour 16 % des décès, dont 80 % sont évitables [3]. En Afrique, la première cause de décès maternels est liée à l'hémorragie du postpartum immédiat (HPPI) avec une fréquence de 24% [7]. Au Maroc, elle est responsable de 227 décès pour 100000 naissances, soit 30 % de la mortalité maternelle[7].

Les étiologies de ces hémorragies post-partum sont multiples et variées, avec des fréquences divergentes selon l'étiologie. Parmi ces causes, l'hématome périgénital est extrêmement rare et peu documenté dans la littérature. Le type vulvovaginal est le plus fréquent parmi les hématomes périgénitaux. Il est délimité en dedans par le vagin, et en dehors par le muscle releveur de l'anus et son aponévrose [4].

La fourchette d'incidence de cette pathologie est variable, oscillant selon les auteurs entre 1/309 et 1/15 000 accouchements. Lorsqu'on se limite aux cas nécessitant une intervention chirurgicale, le taux est estimé à environ 1/900.

La survenue d'hématomes pelviens (HP) dans le post-partum immédiat ou relativement précoce est généralement due à une rupture vasculaire, le plus souvent veineuse. L'hématome se constitue dans l'épaisseur des parois vaginales, puis se diffuse le long des fascias et dans les

espaces de décollement, principalement le para-vagin, le para-rectum et le paramètre. Cependant, l'hématome peut également être secondaire à :

Un traumatisme direct, en particulier la section chirurgicale de l'épisiotomie ou la déchirure vulvo-vaginale survenant au cours de l'accouchement.

Une nécrose secondaire des petits vaisseaux due à une hyperpression prolongée, soit en raison de la tête fœtale lors d'un accouchement prolongé, soit en raison de l'hématome lui-même, qui peut rapidement devenir compressif.

Une hémostase inadéquate, en particulier lors de la réparation de l'épisiotomie ou des déchirures spontanées.

Des facteurs favorisants sont mentionnés dans la littérature comme la primiparité, la macrosomie, les grossesses multiples, les varices vulvovaginales et les anomalies de la coagulation. L'extraction instrumentale, en particulier le forceps et la ventouse, à priori augmenterait le risque [5].

L'épisiotomie retrouvée dans 85 à 93 % des cas, avec probablement un risque plus important en cas d'épisiotomie médio-latérale [1,6].

En pratique, les hématomes périgénitaux peuvent survenir après des accouchements normaux, même en l'absence des facteurs de risque identifiés. Leur apparition est donc difficile à prévoir.

Notre patiente était une primipare avec un accouchement eutocique, sans recours à une extraction instrumentale, et avec une épisiotomie.

Le maître symptôme est la douleur qui doit rapidement alerter par son caractère exacerbé inhabituel avec agitation contrastant fortement avec le calme habituelle du post-partum. Puis en fonction de l'importance de la spoliation sanguine, plus difficiles à apprécier et souvent mis sur le compte de l'hémorragie physiologique de la délivrance. Dans les formes vulvovaginales, la douleur est intense, localisée au niveau du vagin, des grandes lèvres, avec ténésme si le rectum ou le canal anal sont comprimés. Le choc hypovolémique est rarement inaugural.

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].

Chaque hématome est particulier et le choix de la prise en charge thérapeutique est guidé par le bon sens clinique, la taille de l'hématome, la stabilité de la patiente.

Chez notre patiente, une simple surveillance a été adoptée après un angioscanner confirmant l'absence d'extravasation du produit de contraste, étant donné que la taille de l'hématome était stable depuis plusieurs heures et sans retentissement maternel.

Certaines équipes recommandent une simple surveillance pour les petits hématomes périgénitaux de moins de 5 cm, voire jusqu'à 8 cm [8,9], c'est le cas de notre patiente. Benrubi et al. ont montré que l'attitude expectative est associée à une augmentation des interventions secondaires, des infections et des transfusions, prolongeant ainsi l'hospitalisation lorsque le produit des diamètres longitudinal et transverse de l'hématome dépasse 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. 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 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]. 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 saillant dans le sillon nympho hyménéal dans la forme vaginale. En cas d'épisiotomie cette dernière est à ouvrir. Une évacuation prudente des hématomes sans décollement, l'hémostase est difficile du fait de la fragilité des tissus, des point en X par une aiguille ronde est le meilleur choix. La mise en place de lame de drainage est recommander ainsi que les tampons pour assurer une hémostase mécanique des petit suintement non suturale, sans consensus sur la durée optimal.

En cas d'échec immédiat de l'hémostase chirurgicale ou de récurrence de l'hémorragie l'étape suivante est la ligature des artères utérines [13,14]. 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 [13,14].

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 [15].

#### **4. 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.

#### **5. Bibliographie :**

1. Lansac J, Descamps P, Goffinet F. Pratique de l'accouchement. 6<sup>ème</sup> 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-Paillex, 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
7. Hemorragies du postpartum immédiat au centre de sante de reference de la commune ii du district de bamako, mali kassoum sidibe1, seydou z dao1, boubacar dende kassambara1, bakary abou traore1, sakoba konate1, amadou bocoum2, ahmadou coulibaly3, mamadou s traore3, mamadou sima3, issa diarra4, youssouf traore2, sy assitan sow1, amadou ingre dolo2 vol. 0 no 22 (décembre 2019) - revue malienne de science et de technologie série b : médecine humaine, pharmacie, production animale
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. 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.
14. 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
15. 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.