

L'hématome Périgénital: Diagnostic et prise en charge

Dorra Zeghal*, Mehdi Kehila*, Sami Mahjoub*, Foued Ben Brahim*, Hatem Rajhi**, Faouzia Zouari* .

*Service C de gynécologie-obstétrique, centre de maternité de Tunis, Tunisie.

**Service de radiologie, hôpital Charles Nicole, Tunis, Tunisie.

D. Zeghal, M. Kehila, S. Mahjoub, F. Ben Brahim, H. Rajhi, F. Zouari

D. Zeghal, M. Kehila, S. Mahjoub, F. Ben Brahim, H. Rajhi, F. Zouari

L'hématome Périgénital. Diagnostic et prise en charge

Perigénital hematoma. Diagnosis and management

LA TUNISIE MEDICALE - 2010 ; Vol 88 (n°02) : 99 - 101

LA TUNISIE MEDICALE - 2010 ; Vol 88 (n°02) : 99 - 101

R É S U M É

Objectifs : discuter les aspects diagnostiques et thérapeutiques de l'hématome périgénital ; complication rare du post partum qui peut engager le pronostic vital.

Observations : Nous rapportons 4 cas d'hématomes péri-génitaux : colligés au service C de gynécologie obstétrique du centre de maternité de Tunis.

Dans deux cas nous nous sommes limités à une surveillance et dans les deux autres nous avons eu recours à l'embolisation radiologique.

Conclusion : Le diagnostic est évoqué devant un état de choc inexplicable du post-partum avec douleurs périnéales. La prise en charge doit être rapide, associant réanimation, chirurgie et embolisation radiologique.

S U M M A R Y

Objectives: Discuss the clinical aspects and the management of perigenital hematoma, a rare complication of delivery that can engage the vital prognosis.

Cases: We report 4 cases of peri-genital hematomas recorded in the department C of obstetrics and gynecology, in the maternity center of Tunis. In two cases, the patients had only medical treatment and in the two others arterial embolisation was performed.

Conclusion: The diagnosis is evoked in front of an unexplained hemorrhagic choc with perineal pain. Upon diagnosis, the patient must be rapidly managed associating resuscitation, surgery and angiographic embolisation.

M o t s - c l é s

Thrombus génital - Hématome génital - Hémorragie post-partum - Embolisation.

Key - w o r d s

Genital hematoma - Post-partum hemorrhagia - Embolisation.

La formation d'hématomes périgénitaux en post partum, appelés aussi thrombus génitaux, est une complication rare qui survient dans 1/700 accouchements pour les petits hématomes et 1/4 000 pour les volumineux [1].

A travers 4 cas d'hématomes génitaux vécus dans notre service et une revue de la littérature, nous nous proposons de discuter les aspects diagnostiques et de proposer une attitude thérapeutique face à cette pathologie.

OBSERVATIONS

Il s'agit de 4 cas colligés au service C du centre de maternité de Tunis sur une période de 4 ans allant de 2005 à 2007. Les observations de ces patientes ayant accouché par les voies naturelles sont reprises dans le tableau 1.

DISCUSSION

L'incidence des hématomes génitaux dans notre série est de 4/5132 soit 1/1283 accouchements. Trois des hématomes de notre série étaient volumineux soit une incidence de 0.5 pour mille ou 1/2000 accouchements. Saadoul G et al. [1] rapportent une incidence de 1/4000 accouchements pour les volumineux. L'hématome génital est généralement dû à une rupture vasculaire, souvent veineuse liée au clivage tissulaire secondaire à la rotation de la tête fœtale [3]. Des causes plus

directement traumatiques, comme l'épisiotomie ou les déchirures vulvo-vaginales, ainsi que leur réparation inadéquate peuvent être en cause [3]. Ils se constituent ainsi dans l'épaisseur du vagin et diffusent le long des différents fascias. Ils peuvent fuser en dessus du muscle releveur de l'anus et refouler le rectum. Ils peuvent distendre considérablement la paroi vaginale et diffuser dans la base du ligament large et le rétropéritoine [2].

Trois formes cliniques sont classiquement décrites [2] : l'hématome vulvaire, l'hématome vaginal et l'hématome sous péritonéal. Ce dernier étant de mécanisme et de prise en charge différents des deux premiers.

Dans notre série, les 2 premières observations correspondent à des hématomes vaginaux, la troisième à un hématome sous péritonéal et la dernière à un hématome vulvaire.

Les facteurs de risque principaux sont l'épisiotomie, la primiparité, les extractions instrumentales, la toxémie gravidique, la grossesse gémellaire et les varices vulvo-vaginales [2,3]. Parmi ceux-ci deux ressortent dans notre série et sont l'épisiotomie qui était réalisée pour toutes nos patientes et la primiparité chez 3 patientes sur 4.

La symptomatologie varie en fonction de la localisation de l'hématome, sa taille et le fait qu'il soit extensif ou non. Le maître symptôme est la douleur souvent très intense, lancinante et insupportable. Elle est généralement associée à un ténésme, une envie de pousser et des signes plus ou moins marqués d'hémorragie interne. L'inspection objective une tuméfaction très douloureuse évidente en cas d'hématome vulvaire. En cas d'hématome vaginal, de diagnostic moins facile, l'examen

Tableau 1 : tableau récapitulatif des 4 observations des patientes

Patiente	Age (ans)	Parité- Gestité	Poids Fœtal	Diagnostic positif	Siège de l'hématome	Hb au diagnostic (g/dl)	Traitement
1	22	G1 P1	3200g	-Douleurs périnéales lancinantes. -Faux besoins -Ténésmes	Bombement de la paroi latérale droite du vagin faisant 8cm extensif.	7.5g/dl	- 4 culots globulaires (CG) - Embolisation radiologique de l'artère vaginale droite. (Fig.1a et 1b)
2	27	G1 P1	3000g	Lors de la réparation de l'épisiotomie	Hématome de la paroi postérieure du vagin de 4cm non extensif.	10.2 g/dl	Tamponnement vaginal (>12H)
3	27	G1 P1	1250g	-Douleurs périnéales intenses -Faux besoins - Ténésmes	Hématome vaginal gauche de 12cm, s'étendant au ligament large (au scanner)	9g/dl	-Evacuation sous AG -Transfusion 6 CG -Ligature des hypogastriques sans arrêt du saignement. -Embolisation de l'art. fessière gauche.
4	36	G2 P2	3300g	En fin de réparation de l'épisiotomie.	Tuméfaction vulvovaginale gauche de 10cm de diamètre	10g/dl	Tamponnement vaginal (>12H)

révèle une tuméfaction refoulant la paroi latérale du vagin. [2]. Concernant l'hématome sous péritonéal, le tableau clinique est celui d'une hémorragie interne inexplicquée [2].

La prise en charge doit être urgente car, souvent, aucun élément anatomique ne s'oppose à la progression de la collection entraînant de ce fait une importante spoliation sanguine avec coagulopathie de consommation [2].

Les indications respectives de l'embolisation et des ligatures artérielles ne sont pas clairement définies [4].

Lorsque l'hématome est volumineux faisant notamment plus de 10 cm de grand axe, rapidement extensif ou récidivant, comme cela a été le cas dans deux de nos observations, l'embolisation élective paraît la technique la plus appropriée [3]. En cas d'échec de l'embolisation, il faut réaliser une intervention chirurgicale conventionnelle, en particulier la ligature des artères hypogastriques [3]. Toutefois dans l'observation N°3 de notre série l'embolisation radiologique était efficace alors que la ligature des artères hypogastriques n'a pas arrêté le saignement. Ceci s'explique par le fait que l'artère responsable du saignement, était l'artère fessière gauche, qui provient de la branche postérieure de l'hypogastrique.

Pour B Jacquetin et al [3], en cas d'hématome de taille moyenne faisant 5 à 10cm de diamètre, l'incision-nettoyage-drainage paraît le meilleur compromis; l'embolisation pourra venir au secours d'une reprise hémorragique [3]. Cette situation correspond au cas de la patiente n°1 de notre série. Pour les mêmes auteurs, seuls les hématomes inférieurs à 5cm, non expansifs, peuvent faire l'objet d'une simple surveillance [3]. Toutefois dans le cas de notre 4ème patiente, nous avons opté pour une simple surveillance malgré la taille assez importante de l'hématome qui était de 10 cm. En effet, nous pensons qu'il est préférable d'indiquer une surveillance simple à des hématomes de tailles plus importantes à condition que la patiente soit stable sur le plan hémodynamique et biologique, que la taille de la tuméfaction soit cliniquement constante et qu'il n'y ait pas de douleurs intenses signant la dissection active des tissus et donc l'expansion. En effet, l'hématome constitué exerce une pression sur les tissus qui l'entourent qui peut collaber le vaisseau qui saigne et permettre ainsi l'hémostase. Le fait d'évacuer cet hématome qui était stable fera donc augmenter le risque de récurrence du saignement.

CONCLUSION

L'hématome génital est une complication hémorragique rare mais potentiellement gravissime de l'accouchement. Il faut savoir l'évoquer devant toute symptomatologie douloureuse ou

RÉFÉRENCES

1. Sadoul G. Traumatismes des voies génitales basses et du périnée consécutifs à l'accouchement. *Encycl Med Chir Paris, France, Urgences* 1986;24213 A10 7:5 p.
2. Riethmuller D, Pequegnot-Jeannin C, Rabenja CA, Koeberle Ph, Schaal JP, Maillet R. Une cause rare d'hémorragie du post-partum : le thrombus génital. *J Gynecol Obstet Biol Reprod* 1997; 26 : 154-158.

d'hémorragie interne du post partum. Le traitement doit être instauré rapidement. Il associe la chirurgie, la réanimation hémodynamique et l'embolisation artérielle. Cette dernière technique semble gagner de plus en plus de place dans la prise en charge des hématomes génitaux.

Figure 1a : SCathétérisme hyperselectif de l'artère vaginale droite avec zones d'extravasation de produit de contraste au niveau périnéal (flèche).

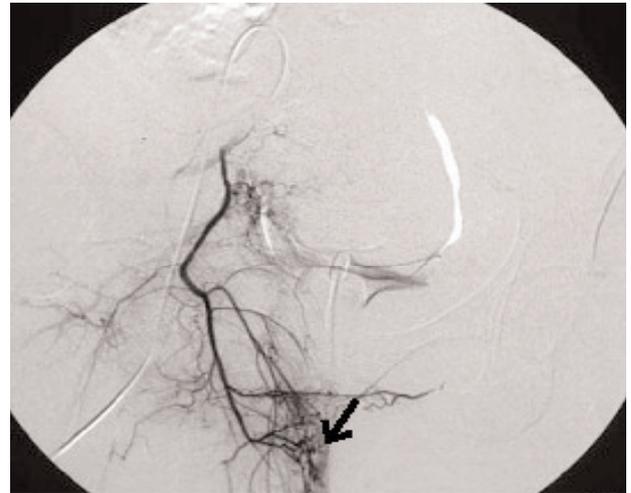
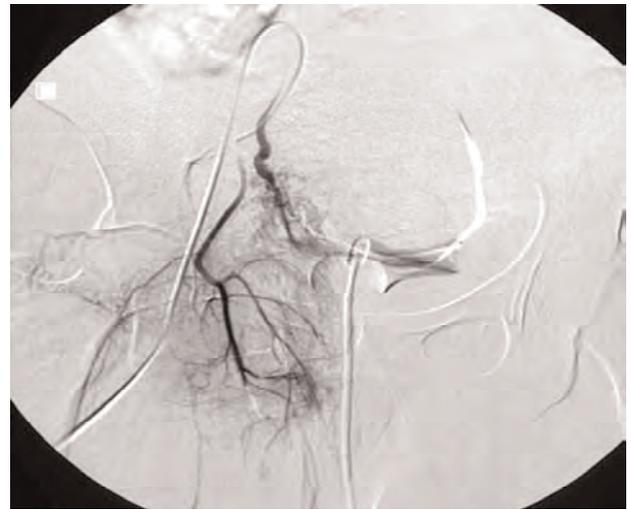


Figure 1b : SCathétérisme hyperselectif de l'artère vaginale droite avec zones d'extravasation de produit de contraste au niveau périnéal (flèche).



3. Jacquetin B, Boulleret C, Fatton B. Thrombus génitaux. In: *CNGOF. Mises à jour en gynécologie obstétrique tome XXII*, 1998:347.
4. Pelage JP, Laissy JP. Prise en charge des hémorragies graves du post-partum : indications et techniques de l'embolisation artérielle. *J Radiol* 2006;87:533-40.