

Prise en charge des thrombus génitaux

H.J. PHILIPPE ¹*, P. DE BLAY ², E. VAUCEL ¹, H. LE BORGNE ¹,
J. ESBELIN ¹
(Nantes, La Roche-sur-Yon)

Résumé

Les thrombus génitaux constituent une situation assez rare. Le diagnostic de thrombus génital est le plus souvent aisé devant une symptomatologie assez pathognomonique : douleurs périnéales en post-partum immédiat associées à une sensation de ténésme rectal ; il peut exceptionnellement être à l'origine de formes extensives dans lesquelles le tableau est celui d'un choc par hémorragie interne.

La prise en charge de cette pathologie est simple dans la majorité des cas. Il est important de faire un traitement rapidement par incision, évacuation, tamponnement. Dans la majorité des cas, ce traitement sera suffisant. Exceptionnellement il sera nécessaire secondairement de réaliser une embolisation des artères pelviennes. Il est probable qu'une bonne pratique serait de transférer une patiente présentant un hématome

1 - CHU Nantes - Service de gynécologie-obstétrique, médecine fœtale et de la reproduction - 38 boulevard Jean Monnet - 44093 Nantes cedex 1

2 - CH La Roche-sur-Yon - Service de gynécologie-obstétrique - Les Oudairies - 85925 La Roche-sur-Yon cedex 9

* Correspondance : henri-jean.philippe@chu-nantes.fr

puerpéral génital évolutif dans une structure pouvant disposer de chirurgiens expérimentés et d'une radiologie interventionnelle après stabilisation hémodynamique et compression vaginale.

Mots clés : hémorragie du post-partum, thrombus génitaux, hématome périnéal

Déclaration publique d'intérêt

Je soussigné, Pr Henri-Jean Philippe, déclare ne pas avoir d'intérêt direct ou indirect (financier ou en nature) avec un organisme privé, industriel ou commercial en relation avec le sujet présenté.

INTRODUCTION

Les thrombus génitaux constituent une situation assez rare. Le diagnostic de thrombus génital est le plus souvent aisé devant une symptomatologie assez pathognomonique ; ils peuvent exceptionnellement être à l'origine de formes extensives responsables de troubles de la coagulation et contribuer aux causes de mortalité maternelle. Afin d'envisager la stratégie thérapeutique, il est important de rappeler la physiopathologie des thrombus génitaux dont le terme international : hématome puerpéral périgénital, correspond mieux à la pathologie dans la mesure où il n'existe pas réellement de thrombus intra-vasculaire.

I. PHYSIOPATHOLOGIE

L'hématome puerpéral périgénital est secondaire à des lésions vasculaires le plus souvent veineuses avec décollement du tissu cellulo-adipeux paravaginal, tout d'abord dans le paravagin puis extension progressive dans la fosse ischio-rectale, dans le ligament large et enfin dans l'espace rétropéritonéal.

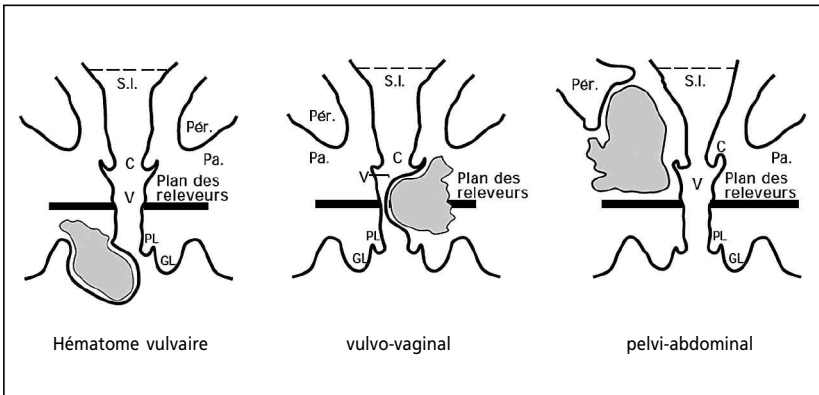
Ces lésions vasculaires sont secondaires soit à un traumatisme vaginal lié à la progression de la tête fœtale ou à la rotation de la tête

foetale dans le pelvis, soit à une lésion vasculaire liée à une manœuvre obstétricale (spatule, forceps, voire ventouses) non réparée ou incomplètement réparée.

I.1. Classification

Sur le plan anatomique on distingue 3 groupes d'hématome puerpéral périgénital (Figure 1).

Figure 1 - Classification des hématomes puerpéraux périgénitaux. D'après Vybiral. Les hématomes périgénitaux. Prat Med 1984



L'hématome vulvaire dans lequel l'hématome est limité au tissu vulvaire. L'hématome est situé sous le plan des releveurs de l'anus, c'est un hématome de la grande lèvre qui refoule en dedans la petite lèvre. Il peut diffuser facilement vers l'espace ischio-rectal, le périnée postérieur et l'espace inter-fessier entraînant une symptomatologie très évocatrice.

L'hématome vaginal, il est limité aux tissus paravaginaux au-dessous du diaphragme pelvien. Son diagnostic se fait au toucher vaginal avec un bombement de la paroi vaginale. Il est à cheval sur le plan des releveurs.

L'hématome pelvi-abdominal, il se situe au-dessus de l'aponévrose pelvienne dans la région rétropéritonéale ou intraligamentaire et il résulte généralement d'une lésion d'une branche de l'artère hypogastrique sinon d'une extension des lésions sous-jacentes.

I.2. Symptomatologie

La symptomatologie clinique varie suivant l'extension de l'hématome et le niveau de l'hématome.

En cas d'hématomes vulvaire et vulvo-vaginale, le diagnostic repose sur la survenue d'une douleur et surtout de l'apparition d'une tuméfaction vulvaire ou vulvo-vaginale. La douleur est volontiers intense avec assez rapidement une envie de pousser et une sensation de ténésme notamment si le rectum et le canal anal sont comprimés. Le diagnostic est assez évident dans la forme vulvaire avec une grande lèvre tuméfiée et douloureuse.

Dans les hématomes dont l'extension s'est faite dans le paravagin avec une paroi vaginale soufflée et compressive, l'imagerie est totalement inutile.

Une forme totalement différente correspond aux **hématomes pelvi-abdominaux**. Le diagnostic est plutôt fait dans 2 circonstances :

- soit dans l'évolution d'un hématome vulvo-vaginal avec apparition de troubles hémodynamiques et d'une masse pelvi-abdominale,
- soit d'emblée devant un tableau clinique pouvant faire craindre une hémorragie interne avec à l'examen clinique une masse pelvi-abdominale et, au toucher vaginal, un bombement de la paroi vaginale homolatérale. Dans cette situation, le diagnostic différentiel est celui des autres étiologies d'hémorragie du post-partum immédiat : rupture utérine, hémorragie par atonie utérine essentiellement. L'imagerie en urgence permet d'éliminer une hémorragie interne du fait de l'absence d'épanchement intra-abdominal et une hémorragie par atonie utérine dans la mesure où il existe une vacuité utérine avec un utérus dévié du côté opposé à la masse pelvi-abdominale.

II. PRISE EN CHARGE THÉRAPEUTIQUE

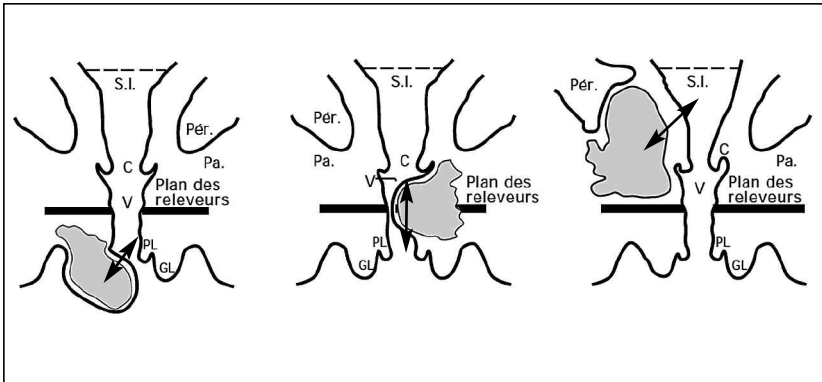
II.1. Les modalités

Deux éléments doivent être envisagés. D'une part le traitement médical de l'hypovolémie et des troubles de la coagulation et d'autre part le traitement de la lésion.

Le traitement médical de l'hypovolémie n'est nécessaire que dans les formes avec hématome pelvi-abdominal, il sera dans ce cas nécessaire de corriger l'hypovolémie et les éventuels troubles de la coagulation. Une antibioprofylaxie est souvent recommandée dans la mesure où un geste sera réalisé par voie basse et où il existe un hématome assez volumineux. Le traitement comportera habituellement une antibioprofylaxie de type amoxicilline-acide clavulanique.

Le traitement lésionnel sera le plus souvent chirurgical comportant une incision de la paroi vaginale en regard de l'hématome, puis l'évacuation de l'hématome, éventuellement hémostase mais la lésion vasculaire est rarement identifiable puis le drainage ou plutôt la compression par tamponnement par 4 à 5 mèches vaginales ; elles seront laissées en place pendant 24 heures avec mise en place d'une sonde vésicale en raison des difficultés de miction en cas de méchage vaginal (Figure 2).

Figure 2 - Traitement des hématomes puerpéraux périgénitaux : incision-évacuation-méchage



II.2. Les alternatives thérapeutiques sont rarement utilisées

La ligature des artères hypogastriques et/ou de l'artère utérine peut s'envisager en seconde intention, l'objectif étant de diminuer le flux sanguin pelvien permettant ainsi de diminuer le flux au niveau de la lésion veineuse. Toutefois, du fait de l'importance de la circulation collatérale, l'efficacité de ce geste est réel dans 40 à 50 % des cas.

L'embolisation a une place importante si on souhaite diminuer la vascularisation artérielle de manière efficace. L'artériographie préalable

permettra de visualiser les vaisseaux qui saignent en nappe puis de réduire les flux veineux en diminuant le flux artériel d'amont dans le territoire concerné. Ce geste pourra être réalisé en complément de l'incision-évacuation-tamponnement de l'hématome. Le taux de succès est d'environ 90 %.

Série rétrospective rapportant les patientes prises en charge pour un hématome puerpéral périgénital survenu au CHU de Nantes entre le 1^{er} janvier 2000 et le 31 décembre 2007. 23 patientes ont été prises en charge. Durant cette même période, 28 178 naissances ont eu lieu au CHU de Nantes. 22 patientes ont été prises en charge parmi les 23, après accouchement au CHU de Nantes. Le délai de survenue du thrombus a été inférieur à 12 heures dans 91,3 % des cas (21 cas sur 23), dans 1 cas il est survenu entre les 12^e et 24^e heures et dans 1 cas le thrombus est survenu après 24 heures.

Localisation du thrombus

Dans 11 cas sur 23 (47,8 % des cas), l'hématome était vulvaire. Dans 11 cas sur 23, il était vulvo-vaginal et enfin dans 1 cas (4,35 %), il était pelvi-abdominal. Parmi les 12 cas de thrombus latéralisés à droite, 9 sont survenus dans un contexte d'épisiotomie.

À l'examen clinique la douleur était présente dans 100 % des cas, et dans 9 cas sur 23 (39,1 %) il existait une sensation de ténésme et/ou de douleur anale ; des saignements vaginaux étaient associés dans 4 cas sur 23 (17,24 %).

La prise en charge chirurgicale a été de première intention dans 22 cas sur 23. Dans 1 cas du fait de la petite taille du thrombus, une abstention thérapeutique a été réalisée.

Un méchage vaginal par mèches à prostate a été réalisé dans 20 cas sur 23, soit 86,9 % des cas. Ce méchage a été retiré à J1 dans 75 % des cas.

Deux embolisations ont été pratiquées du fait d'une récurrence de l'hématome après chirurgie première.

Une antibioprophyllaxie a été instaurée dans 22 cas sur 23 poursuivie pendant 7 jours. 4 patientes sur 23 ont nécessité une transfusion avec une moyenne de 9,75 culots globulaires.

2 patientes (8,7 % des cas) ont effectué un séjour en réanimation d'une durée moyenne de 2,5 jours.

La durée moyenne de séjour a été de 5,8 jours avec un minimum de 4 jours et un maximum de 9 jours.

II.3. Indication thérapeutique

À partir de cette série et d'analyse de la littérature, on peut proposer la stratégie thérapeutique suivante avec 3 possibilités en fonction de la topographie et de l'évolutivité.

1^{re} situation : il existe un hématome vulvaire asymptomatique de petite taille, l'abstention thérapeutique est recommandée (inférieur 3-4 cm) sous couvert d'une surveillance attentive les 12 premières heures.

2^e situation : il existe un hématome vulvaire ou vulvo-vaginal symptomatique. Il est nécessaire d'intervenir. Le traitement proposé consistera en une incision, hémostase, tamponnement après avoir réalisé un remplissage vasculaire si nécessaire, une numération globulaire, plaquettaire et un examen de la coagulation sous couvert d'une analgésie ainsi qu'une antibioprophylaxie (amoxicilline-acide clavulanique). L'incision se fait sur le bord interne de l'hématome sur le versant vaginal, elle se fera soit au bistouri froid par une incision verticale, soit tout simplement en retirant 1 point ou 2 points voire le surjet vaginal d'une épisiotomie. On réalisera l'évacuation des hématomes au doigt en faisant une contre-pression abdominale afin de bien évacuer l'ensemble des hématomes. Ensuite, il sera nécessaire d'essayer d'identifier les lésions vasculaires et de faire l'hémostase par 1 point en X à ce niveau. Si la lésion vasculaire n'est pas identifiée (situation la plus fréquente), on réalise un accolement du tissu vaginal profond au tissu cellulo-adipeux afin d'éliminer l'espace mort suivi d'une suture vaginale si le saignement s'arrête immédiatement. Dans le cas contraire, il sera préférable de réaliser un tamponnement vaginal, tamponnement important et appuyé en mettant en place au minimum 4 à 5 mèches à prostate appliquant la paroi vaginale contre la paroi latérale du pelvis concerné pendant 24 heures. Parallèlement, une sonde vésicale sera mise en place. Cette situation doit interrompre immédiatement tout saignement. En cas de récurrence, une embolisation pourra être envisagée.

3^e situation : il existe un hématome pelvi-abdominal soit primitif soit secondaire à un hématome vulvo-vaginal extensif. Dans ces conditions, la priorité sera la réanimation avec le remplissage vasculaire, la transfusion et la correction d'une coagulopathie si nécessaire puis le transfert dans une unité permettant la prise en charge éventuelle en radiologie interventionnelle ou la réalisation d'une chirurgie avec ligature des artères hypogastriques. Avant le transfert, un méchage vaginal compressif sera réalisé. L'exploration à l'imagerie, échographie essentiellement voire TDM, confirmera l'absence d'épanchement intrapéritonéal et la vacuité utérine. Dès lors on pourra réaliser sous

anesthésie générale une incision de la paroi vaginale avec évacuation digitale de l'hématome avec compression parallèle abdominale. Cette évacuation ne pose habituellement aucune difficulté, elle sera suivie par la mise en place de 4 à 5 mèches vaginales appliquant la paroi vaginale sur la paroi du pelvis. Cette intervention doit interrompre immédiatement le saignement, les mèches seront laissées en place 24 heures. Une sonde vésicale permettra d'évacuer la vessie du fait de la gêne occasionnée par les mèches. Lorsque cette technique n'est pas immédiatement efficace, une embolisation ou une chirurgie hémostatique doivent être réalisées sans attendre.

CONCLUSION

Le thrombus génital du post-partum ou hématome puerpéral périgénital est une complication rare mais potentiellement très sévère de l'accouchement.

Les facteurs de risque sont bien connus toutefois il peut survenir en l'absence de facteurs de risque. Il est certain qu'il est souhaitable de réaliser avec précaution la suture de toute déchirure et épisiotomie afin d'éviter la survenue d'un hématome pelvi-génital par malfaçon.

La prise en charge de cette pathologie est simple dans la majorité des cas. Le plus souvent, le diagnostic est évident cliniquement, il suffit de regarder et d'examiner. Il est important de faire un traitement rapidement par incision, évacuation, tamponnement. Dans la majorité des cas, ce traitement sera suffisant ; exceptionnellement il sera nécessaire secondairement de réaliser une embolisation des artères pelviennes. Il est probable qu'une bonne pratique serait de transférer une patiente présentant un hématome puerpéral génital évolutif dans une structure pouvant disposer de chirurgiens expérimentés et d'une radiologie interventionnelle après stabilisation hémodynamique et compression vaginale.

Bibliographie

- [1] Benrubi G, Neuman C, Nuss RC, Thompson RJ. Vulvar and vaginal hematomas: a retrospective study of conservative *versus* operative management. *South Med J* 1987; 80:991-4.
- [2] Chatwani A, Shapiro T, Mitra A, LevToaff A, Reece EA. Postpartum paravaginal hematoma and lower-extremity infection. *Am J Obstet Gynecol* 1992;166:598-600.
- [3] Chin HG, Scott DR, Resnik R, Davis GB, Lurie AL. Angiographic embolisation of intractable puerperal hematomas. *Am J Obstet Gynecol* 1989;160:434-8.
- [4] De Blay P. Étiologies et prise en charge des thrombus génitaux du post-partum. À propos d'une série de 23 cas au CHU de Nantes. Mémoire pour le DES gynécologie-obstétrique 2008.
- [5] Fleni S, Berretta R, Merisio C, Melpignano M, Gramellini D. Retzius' space haematoma after spontaneous delivery: a case report. *Acta Biomed* 2005;76:175-7.
- [6] Guerriero S, Ajossa S, Bargellini R, Amucano G, Marongiu D, Melis GB. Puerperal vulvovaginal hematoma: sonographic findings with MRI correlation. *J Clin Ultrasound* 2004;32:415-8.
- [7] Heffner LJ, Mennuti MT, Rudoff JC, McLean GK. Primary management of postpartum vulvovaginal hematomas by angiographic embolisation. *Am J Perinatol* 1985;2:204-7.
- [8] Hsu YR, Wan YL. Successful management of intractable puerperal hematoma and severe postpartum hemorrhage with DIC through transcatheter arterial embolisation: two cases. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1998;77: 129-31.
- [9] Jacquetin B, Bouleret C, Fatton B. Mises à jour en gynécologie-obstétrique 1998;347-9.
- [10] 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.
- [11] Pinborg A, Bodker B, Hogdall C. Postpartum hematoma and vaginal packing with a blood pressure cuff. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2000;79:887-9.
- [12] Propst AM, Thorp JM. Traumatic vulvar hematomas: conservative *versus* surgical management. *South Med J* 1998;91:144-6.
- [13] Ridgway LE. Puerperal emergency. Vaginal and vulvar hematomas. *Obstet Gynecol Clin North Am* 1995;22:275-82.
- [14] Riethmuller D, Pequegnot, Jeannin C, Rabenja CA, Koeberle P, Schaal JP, Maillet R. Une cause rare d'hémorragie du post-partum : le thrombus genital. *J Gynecol Obstet Biol Reprod* 1997;26:154-8.
- [15] Sabban F, Depret S, Lions C, Deruelle P, Subtil D, Puech F. Embolisation d'un hématome du ligament large du post-partum. *J Gynecol Obstet Biol Reprod* 2006;35:497-9.
- [16] Saleem Z, Rydhstrom H. Vaginal hematoma during parturition: a population based study. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2004; 83:560-2.
- [17] Senèze J. Thrombus génitaux. *J Gynecol Obstet Biol Reprod* 1997;26:649-50.
- [18] Subtil D, Sommé A, Ardiét E, Depret-Mosser S. Hémorragies du post-partum : fréquence, conséquences en termes de santé et facteurs de risque avant l'accouchement. *J Gynecol Obstet Biol Reprod* 2004;33:459-14S.
- [19] Villella J, Garry D, Levine G, Glanz S, Figueroa R, Maulik D. Postpartum angiographic embolisation for vulvovaginal hematoma. A report of two cases. *J Reprod Med* 2001;46:65-7.
- [20] Vybiral R. Les hématomes périgénitaux. *Prat Med* 1984;47:33-7.
- [21] Zahn CM, Yeomans ER. Postpartum hemorrhage: placenta accreta, uterine inversion, and puerperal hematomas. *Clin Obstet Gynecol* 1990;33:422-31.
- [22] Zorn B. Tumeur de la vulve du post-partum. Problèmes diagnostiques et thérapeutiques. *Rev Fr Gynecol Obstet* 1995;90:154-8.

