

ASPECTS EPIDEMIOLOGIQUES, CLINIQUES, THERAPEUTIQUES ET PRONOSTIQUES DES THROMBUS VULVO-VAGINAUX AU CHU DE YOPOUGON.

KONAN BLÉ R¹, KOFFI A³, ADJOUSSOU S²,
QUENUM G¹, TOURÉ-ECRA A¹,

1. Maître-assistant
2. Assistant Chef de Clinique
3. Interne des Hôpitaux

Service de Gynécologie Obstétrique, CHU Yopougon (pr KONE Mamourou)
21 BP 632 Abidjan 21 (Côte d'Ivoire)

KONÉ Mamourou : Professeur Titulaire, Chef de service

Correspondance : Dr KONAN Blé Rémy
21 BP 632 Abidjan 21.
E-mail : konan_ble@yahoo.fr

RÉSUMÉ

Contexte : Les thrombus vulvo-vaginaux ou hématomes génitaux sont rares et exceptionnels en dehors du travail et du post-partum immédiat. Ce sont des hémorragies pouvant être graves.

Objectifs : decrire les profils épidémiologique, clinique, thérapeutique et pronostique des thrombus vulvo-vaginaux au CHU de Yopougon

Matériel et méthodes : Il s'agissait d'une étude rétrospective et descriptive sur une période de 5 ans qui a concerné toutes les patientes qui ont été traité pour thrombus vulvo-vaginal.

Résultats : L'incidence des thrombus vulvo-vaginaux était de 1,35 cas pour 1000 accouchements. Cette complication survenait surtout chez des patientes paucipares (52,4%) avec un âge moyen de 21.1 ans. Les étiologies étaient variées et étaient en rapport avec des traumatismes obstétricaux (85,7%) et non obstétricaux (14,3%). Les facteurs traumatiques non obstétricaux étaient dominés par des traumatismes lors d'agressions sexuelles (14.3 %). Les épisiotomies mal suturées (66,7 %) représentaient les principales causes obstétricales, suivies par l'accouchement de fœtus macrosome (27,8%). L'évacuation chirurgicale du caillot suivie de la ligature vasculaire et du capitonnage représentait l'attitude thérapeutique la plus fréquente dans notre institution. Les suites opératoires ont été simples dans tous les cas.

Conclusion : Les thrombus vulvo-vaginaux sont des complications obstétricales rares dont le pronostic après traitement chirurgical est bon malgré l'absence de technique d'embolisation artérielle. La réduction de l'incidence passe par une bonne réparation des épisiotomies et des lésions périnéales.

Mots-clés : thrombus vulvo-vaginal, épidémiologie, traitement, évolution.

ABSTRACT

Background: Vulvo-vaginal hematomas are rare and exceptional pathologies out of labor and post-partum. These haemorrhages can be severe.

Objective: To describe the epidemiological profile of patients and clarify the etiologic factors and therapeutic aspects of vulvo-vaginal thrombus.

Materials and methods: It was a descriptive and retrospective study over a period of five years. The study focused on all the patients who were treated for vulvo-vaginal hematomas.

Results: Their incidence is estimated to be 1.35 cases out of 1000 deliveries. Most of them were pauciparous (52.4%), and primiparous patients (33.3%) with an average age of 21.1 years. The causes were varied and were related to obstetrical traumatism factors (85.7%) and non-obstetrical factors (14.3%). Non obstetrical factors were dominated by traumatism in sexual assault (14.3%). The badly sutured episiotomies (66,7%) were the main obstetric causes, followed by fetal macrosomia delivery (27.8%). The surgical evacuation of the clot followed by a vascular ligature and upholstery was the most common therapy attitude in our institution.

Conclusion: Vulvo-vaginal hematomas are rare complications whose prognosis after surgical treatment is good despite the absence of arterial embolization technique. A proper repair of episiotomy and perineal injuries can reduce the incidence of this pathology.

Key words: vulvo-vaginal hematoma, epidemiology, treatment, evolution.

INTRODUCTION

Les thrombus vulvo-vaginaux ou hématomes génitaux sont provoqués par un cisaillement sous-muqueux du vagin ou de la vulve, siégeant dans le tissu conjonctif du vagin¹⁴. Ce sont fréquemment des hémorragies du post-partum pouvant être graves. Ils peuvent être aussi en rapport avec d'autres traumatismes génitaux en dehors du travail tels que les agressions sexuelles ou un traumatisme direct sur un objet piquant, tranchant ou contondant. Ces hématomes sont rares avec une incidence de 1 à 2/1000 accouchements^{2,3,9} et exceptionnels en dehors du travail et du post-partum immédiat.

Le but de cette étude était de déterminer le profil épidémiologique des patientes ayant présenté des thrombus vulvo-vaginaux, d'en préciser les facteurs étiologiques et d'analyser les aspects thérapeutiques et pronostiques dans notre institution.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

Il s'agissait d'une étude rétrospective et descriptive qui a concerné toute les patientes qui ont été prise en charge pour thrombus vulvo-vaginal dans le service de gynécologie obstétrique du Centre Hospitalier Universitaire (CHU) de Yopougon sur une période de 5 ans (de décembre 2004 à janvier 2009). Nous avons obtenu nos données à partir des dossiers médicaux et des registres de compte rendu opératoire. Les variables étudiés étaient : L'âge, la parité, la profession, le motif d'évacuation, l'étiologie des thrombus et le traitement. Les analyses statistiques ont été réalisées à partir du logiciel Epi info 2000 et il s'agissait essentiellement de calcul de fréquence et de moyenne.

RÉSULTATS

CARACTÉRISTIQUES SOCIO-DÉMOGRAPHIQUES :

Pendant la période d'étude, nous avons pris en charge 21 patientes pour des hématomes génitaux sur un total de 3704 accouchements soit une incidence de 1.35 cas pour 1000 accouchements.

Les patientes avaient un âge moyen de 21.1 ans avec des extrêmes de 14 et 34 ans. Les adolescentes représentaient 33,3% de notre effectif. Cette complication survenait chez les paucipares (52,4%) et chez les primipares (33,3%). Les étudiantes et les élèves étaient les plus concernées avec 42.9% (9cas). Les caractéristiques épidémiologiques sont rapportées dans le tableau n°I et n° II

Tableau N° I: Répartition des patients selon l'âge

Tranche d'âge	Effectifs	%
14-19 ans	07	33.3
20-29 ans	10	47.7
≥30 ans	04	19.0
Total	21	100

Tableau N°II : Parité des patientes

Parité	Effectifs	%
Nullipare	03	14,3
Primipare	07	33.3
Paucipare	11	52.4
Total	21	100

Aspects cliniques et étiologiques

La majorité des patientes (90.5%) étaient évacuées des formations sanitaires périphériques. Les principaux motifs d'évacuation étaient l'hémorragie du post-partum (90.5 %) et la tuméfaction vulvaire (9.5%).

A l'admission, 5 patientes (23.0 %) ont présenté un état de choc hypovolémique et 11(52.4%) avaient une anémie clinique.

L'hématome vulvaire a été observé chez toutes les patientes. Chez 16 patientes (76.2. %), l'hématome était vulvo-vaginal.

Au plan étiologique, les traumatismes obstétricaux avec 85,7% (18 cas) étaient les plus fréquents et étaient dominé par les déchirures ou les épisiotomies mal suturées (66.7%). Les traumatismes non obstétricaux (14.3%) étaient dominés par les thrombus vaginaux post-coïtaux.

Les différentes étiologies sont rapportées dans le tableau n°II.

Tableau N°III : Facteurs étiologiques associés aux thrombus génitaux

Facteurs étiologiques	Effectifs	%
Traumatismes non obstétricaux	03	14.3
Traumatismes obstétricaux	18	85.7
-Episiotomie	11	66.7
- Poids fœtal >4000g	04	27.8
- Gémellité	02	11.1
- Ventouse	01	5.5

TRAITEMENT

Chez toutes les patientes, il a été réalisé une évacuation de l'hématome sous anesthésie générale, une ligature des vaisseaux hémorragiques et un capitonnage. La transfusion de concentré érythrocytaire a été pratiquée chez 4 patientes (19.0%) avec en moyenne deux unités dont les quantités variaient de 350 ml à 460 ml par unité. Les suites opératoires ont été simples dans tous les cas.

DISCUSSION

Le thrombus ou hématome vulvo-vaginal est la conséquence d'une plaie vasculaire le plus souvent veineuse dans le tissu conjonctif du para-vagin et ayant tendance à diffuser vers le périnée et/ou vers la base du ligament large ou le rétro-péritoine^{14,9}. C'est une complication obstétricale rare dont l'incidence varie entre 1 et 2 cas pour 1000 accouchements selon Schaal et col¹⁴ et Prados et col en France⁹. Nos résultats (1,35/1000) confirment la rareté de cet accident.

Cet accident est survenu généralement chez la paucipare ou la primipare jeune. Nos résultats confirment les observations de Delaby² et Prados⁹. La rigidité du périnée expliquerait la fréquence de ces complications traumatiques dans ce groupe cible.

A la revue de la littérature, aucun autre facteur socio-professionnel n'intervient et toutes les couches sociales sont concernées quelle que soit l'étiologie⁷.

Les thrombus vulvo-vaginaux sont surtout des complications du post-partum^{2,14,12} comme le confirme notre étude (85,7%), cependant, des cas d'hématome vulvaire sont observés en dehors de la grossesse^{3,7}.

Les facteurs favorisant obstétricaux sont l'épisiotomie, les extractions instrumentales, la primiparité, la toxémie gravidique, les grossesses multiples, et les varices vulvo-vaginales²;

L'épisiotomie est le facteur de risque le plus associé aux thrombus vulvo-vaginaux (66.7%) dans notre série. C'est surtout comme le rapporte Delaby et coll.² la mauvaise réparation de l'épisiotomie avec méconnaissance d'un vaisseau qui entraîne l'hématome.

L'accouchement gémellaire du fait du traumatisme répété de la filière génital fragiliserait le tissu conjonctif para-vaginal entraînant secondairement les hématomes^{2,9}. Nous avons observé deux grossesses gémellaires dans notre étude.

Le gros fœtus entraîne dans sa rotation intrapelvienne un cisaillement du tissu conjonctif para-vaginal responsable de thrombus^{14,2}. Nous avons observé dans notre série 27,8% de macrosomes, confirmant ainsi les résultats de Schaal¹⁴.

Les extractions instrumentales que ce soit par ventouse ou par forceps sont responsables de 3 à 4% des hématomes vulvo-vaginaux¹⁰ mais ces manœuvres instrumentales sont aussi responsables de lacérations des parties molles¹.

En dehors du contexte obstétrical, les traumatismes directs génitaux peuvent être responsables d'hématomes vulvo-vaginaux^{3,7,8}.

Nous avons retrouvé deux facteurs non obstétricaux : il s'agissait de deux cas de thrombus vulvaire post-coïtal en rapport avec la violence sexuelle et d'un cas d'hématome vulvaire après une chute sur un tabouret. Ces hématomes sont la conséquence de traumatisme direct soit accidentel (voie publique, corne de vache, jouet)^{3,7,8}, soit sportif (cyclisme, équitation, Snowboarding)⁷, soit sexuel (agression sexuelle, défloration).

Le diagnostic de thrombus vulvaire est essentiellement clinique devant la découverte d'une tuméfaction douloureuse vulvaire ou vulvo-vaginale survenant en per-partum ou en post-partum immédiat ou au décours d'un traumatisme sexuel direct².

L'échographie, le scanner et l'imagerie par résonance magnétique peuvent aider au diagnostic surtout dans les hématomes avec extension aux paramètres et au rétro-péritoine^{2,6,9}. Ils permettent également la surveillance dans les formes cliniques pour lesquelles il a été décidé une abstention thérapeutique^{13,5}.

Nous n'avons pu réaliser d'examen paracliniques complémentaires du fait de la non disponibilité de ces explorations dans le contexte d'urgence.

Divers procédés thérapeutiques ont été proposés et le traitement du thrombus vulvo-vaginal

est souvent sujet à controverse. Il s'agit soit d'une abstention thérapeutique avec surveillance échographique ou par IRM¹³ ; soit d'un traitement chirurgical⁷ soit d'une embolisation artérielle^{3,8}. Nous avons réalisé chez toutes les patientes un acte chirurgical consistant en une évacuation de l'hématome, une ligature sélective du vaisseau lésé et à un capitonnage de la loge. Nos patientes présentaient de volumineux hématomes avec une taille minimale de 6cm avec une tendance à l'expansion. Comme dans notre étude, Okur et coll⁷ ont traité chirurgicalement avec succès un volumineux thrombus de 11 cm x 13 cm. Le traitement chirurgical est également pratiqué par plusieurs équipes^{11,12}.

Les hématomes plus complexes avec extension pelvienne nécessitent une laparotomie avec ligature des artères hypogastriques².

L'embolisation artérielle constitue actuellement le traitement de choix dans les services équipés et chez les patientes stables sur le plan hémodynamique^{4,9,15}. Elle est utilisée comme alternative au traitement chirurgical en première intention ou en cas d'échec de celui-ci^{4,6}. La surveillance post-thérapeutique se fait par l'IRM et l'angiographie.

Le pronostic est généralement bon quoique certains auteurs aient observé des complications à type d'infection de l'hématome, d'hématome de l'aîne, d'ischémie avec nécrose utérine post-embolisation, nécrose de la vessie, fistule vaginale et persistance de la douleur^{1,7}. Nous n'avons noté aucune complication dans notre série. Les suites opératoires ont été simples dans tous nos cas.

La conduite devant tout hématome est fonction des constatations cliniques et paracliniques, du plateau technique et le traitement le mieux adapté doit être entrepris sans délai^{10,11}.

CONCLUSION

A l'issue de ce travail retrospectif concernant une période de cinq ans au CHU de Yopougon, nous retenons que les hématomes génitaux sont peu fréquents avec une incidence de 1,35 cas / 1000 accouchements. Les étiologies sont diverses mais dominées par l'hémorragie du post partum (90,5%). Le diagnostic est clinique et paraclinique afin d'apprécier l'extension. La prise en charge a connu une avancée notable grâce à l'embolisation artérielle. L'insuffisance de plateau technique fait de la chirurgie le traitement de choix dans nos pays sous médicalisés. La prévention de ces complications passe par une meilleure réparation des épisiotomies et déchirures du périnée.

RÉFÉRENCES

- 1-Caughey AB, Sandberg PL, Zlatnik MG, Thiet MP, Parer JT, Laros RK Jr. Forceps compared with vacuum: rates of neonatal and maternal morbidity. *Obstet Gynecol* 2005; 106(5 Pt 1):908-12.
- 2- Delaby B, Mouithys-Guffroy P, Lanta S, Najas S, Gagneur O, Gondry J. Prise en charge d'un thrombus vulvaire en per et post partum, *J Gynecol Obstet Biol Reprod* 2006 ; 35 : 94-102.
- 3- Egan E, Dundee P, Lawrentschuk N. Vulvar hematoma secondary to spontaneous rupture of the internal iliac artery: clinical review. *Am J Obstet Gynecol* 2009; 200(1): 17-8
- 4- Fargeaudou Y, Soyer P, Morel O, Sirol M, le Dref O, Boudiaf M, Dahan H, Rymer R. Severe primary postpartum hemorrhage due to genital tract laceration after operative vaginal delivery: successful treatment with transcatheter arterial embolization. *Eur Radiol*. DOI 10.1007/s00330-009-1413-7.
- 5- Guerriero S, Ajossa S, Bargellini R, Amucano G, Marongiu D, Benedetto GM. Puerperal Vulvovaginal Hematoma: Sonographic Findings with MRI Correlation, *Wiley Periodicals, J of clinical ultrasound* 2004; 32(8):415-8
- 6-Heffner LJ, Mennuti MT, Rudoff JC, McLean GK. Primary management of postpartum vulvovaginal hematomas by angiographic embolization. *Am J Perinatol*. 1985 Jul; 2(3):204-7.
- 7-Ihsan O, Alpagan YM, Ru'stu' K. Severe hematoma of the vulva and defloration caused by going .*Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2005;119 : 250-2
- 8-Kanako K, Hidemasa T, Nobuyuki K, Shinichi I, Kuni O .Transarterial embolization of a nonpuerperal traumatic vulvar hematoma, *Radiat Med* 2008; 26(3):168-70.
- 9- P r a d o s E, T o u r e t Y, C a l o n B, V e i l l o n F, L a n g e r B. Thrombus vaginal. [Consulté le 6/05/09] www.performance_medicale.com/gynéco/cac_Clinic/cas81.
- 10- Prapas N, Kalogiannidis I, Masoura S , Diamanti E, Makedos A, Drossou D, Makedos G. Operative vaginal delivery in singleton term pregnancies: Short-term maternal and neonatal outcomes, *Hippokratia* 2009 ; 13(1): 41-45.
- 11- Propst AM, Thorp JM. Traumatic vulvar hematomas: conservative versus surgical management. *South Med J*. 1998 Feb; 91(2):144-6.
- 12- Ridgway LE. Puerperal emergency. Vaginal and vulvar hematomas. *Obstet Gynecol Clin North Am*. 1995 ; 22(2):275-82.
- 13 - Sherer D, Stimphil R, Hellmann M , Ehab A, Zinn H, Ovadia A. Transperineal Sonography of a Large Vulvar Hematoma Following Blunt Perineal Trauma, *Wiley Periodicals J of clinical ultrasound* 2006; 34(6): 309-12.
- 14-Schaal JP, Riethmuler D, Maillet R, Berthet J. Déchirures et incisions des voies génitales basses ; Mécanique et techniques obstétricales 2^{ème} ed, p 395-6.
- 15- Sergent F, Resch B, Verspyck E, Ratchet B, Clavier E, Marpeau L. Intractable postpartum haemorrhages: where is the place of vascular ligations, emergency peripartum hysterectomy or arterial embolization? *Gynecol Obstet Fertil*. 2004; 32(4):320-9.



Figure n° 1 : Volumineux thrombus vulvo-vaginal post-partum