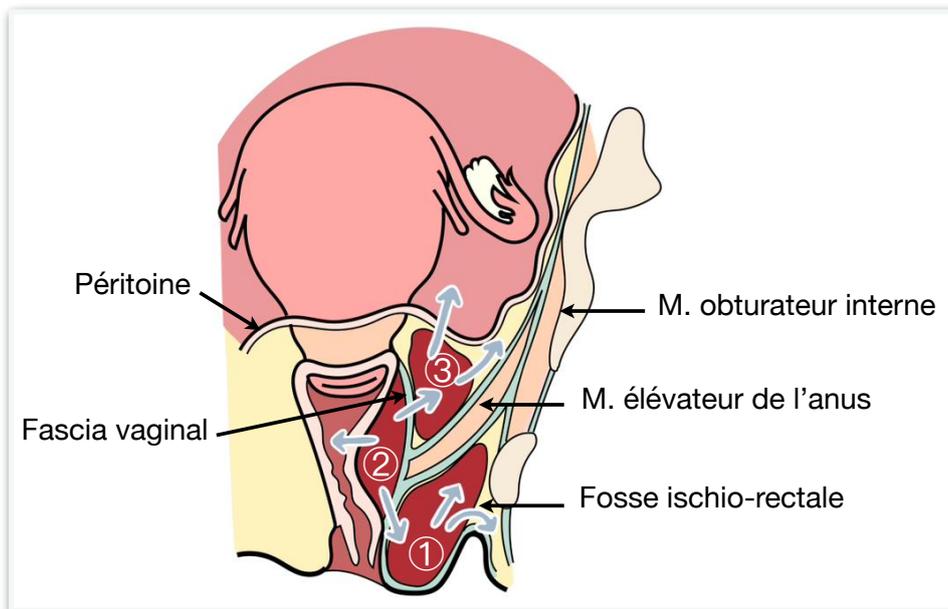


Hématome puerpéral périgénital

Définition: Saignements de la paroi vaginale qui va diffuser dans le paravagin, la fosse ischio-rectale, le ligament large et l'espace rétropéritonéal. Apparaît le plus souvent dans les **12 heures** post accouchement (< 24h = immédiat / jours-semaines = retardé). Bien que ce terme ne soit pas approprié, il est aussi appelé thrombus génital.

Classification:

- ① **Vulvaire:** hématome situé sous le plan des muscles élévateurs de l'anūs → au niveau de la grande lèvre qui refoule en dedans la petite lèvre
- ② **Vulvo-vaginal:** hématome situé à cheval sur le plan des muscles élévateurs de l'anūs → tissus paravaginaux
- ③ **Pelvi-abdominal ou sous péritonéal:** hématome situé au dessus du plan des muscles élévateurs de l'anūs → dans la région rétropéritonéale ou intraligamentaire (lésion de l'artère hypogastrique ou de l'une de ses branches)



Facteurs de risque:

- ➔ **Épisiotomie**
- ➔ **Extraction instrumentale** (notamment par forceps)
- ➔ **Primiparité**
- ➔ Syndromes vasculo-rénaux
- ➔ Multiparité
- ➔ Varices vulvo-vaginales
- ➔ Sutures inadéquates / hémostase insuffisante
- ➔ Travail prolongé
- ➔ Troubles de la coagulation (maladie de Willebrandt)
- ➔ *Macrosomie et présentation postérieure (contesté en l'absence d'extraction instrumentale)*

Diagnostic: clinique ++++

- **Hématome vulvaire et vulvo-vaginal:** **douleur très** intense avec **tuméfaction** vulvaire/vaginale. En cas d'hématome vaginale, sensation de ténésme, urgence à la défécation
- **Hématome sous péritonéal:** **troubles hémodynamiques, masse pelvi-abdominale**
- Souvent pas de saignement extériorisé

NB: TDM seulement si suspicion **d'hématome sous péritonéal** —> thrombus visible avec absence d'épanchement intra-abdominal, vacuité utérine, utérus dévié du coté opposé à la masse pelvi-abdominale

Prise en charge: multidisciplinaire

★ **Abstention thérapeutique**: si et seulement si hématome **vulvaire asymptomatique** de petite taille (< **3-4cm**) avec surveillance rapprochée pendant 12 heures

★ **Chirurgie**

☞ lorsque l'hématome apparaît très étendu (> à 3-5 cm de diamètre). Intérêt à être rapidement interventionniste dans ce cas

- ✓ **Analgsie** efficace ++
- ✓ Traitement du **choc hypovolémique**
- ✓ Passage au **bloc opératoire** (ou salle de naissance selon les centres)
- ✓ Examen sous **valves**

1. **Incision** de la paroi vaginale en regard de l'hématome
2. +/- **Lâchage des sutures** précédemment réalisées (épisiotomie ++)
3. **Evacuation de l'hématome au doigt** (attention à ne pas créer des décollement qui n'existaient pas jusque là)
4. **Irrigation abondante** de la cavité au sérum physiologique +/- Dakin
5. **Hémostase** par des points en X sur les lésions vasculaires identifiées (rarement identifiable) / Suture plan par plan si le saignement cède rapidement
6. **Tamponnement intravaginal** par des mèches vaginales pendant 24h (attention au risque de récurrence à l'ablation) / *mise en place d'une lame de drainage (controversé)*
7. **Sonde vésicale** à laisser en place si méchage vaginal
8. **Antibioprophylaxie** (selon protocole de service)
9. +/- **ligature** des artères hypogastriques et/ou de l'artère utérine (efficacité 40-50%, **privilégier l'embolisation à cette étape**)

★ **Embolisation artérielle** per cutané des artères hypogastriques ou de leurs branches : en cas d'hématome extensif ou récidivant

NB: ces techniques ne sont pas exclusives et peuvent être réalisées l'une après l'autre

Complications:

- Anémie
- Troubles de la coagulation (dans les formes extensives)
- Abscess de la fosse ischio-rectale
- Désunion de cicatrice
- Récidive des saignements
- Dyspareunies séquellaires
- Thrombose veineuse profonde
- Fistules recto-vésicale ou utero-vaginale