

Thrombus vaginal

■ E. PRADOS*, Y. TOURET*, B. CALON**, F. VEILLON***, B. LANGER* ■

Une patiente de 33 ans, 4^e geste, 2^e pare accouche normalement sous analgésie péridurale d'une fille de 3380 g sans épisiotomie. Elle a pour antécédents une césarienne prophylactique pour herpès génital et 2 interruptions de grossesse.

Trois heures après l'accouchement, devant des douleurs pelviennes, on découvre un thrombus vaginal droit. Une révision utérine sous anesthésie générale et un examen sous valve permettent la visualisation et l'évacuation de ce thrombus par une incision verticale ; un drainage et un tamponnement vaginal sont mis en place. Devant l'apparition de saignements vaginaux en nappe associés à un choc hypovolémique, la patiente est transférée en urgence en niveau 3. A l'admission, il existe un état de choc marqué (TA 50/30 mmHg), une pâleur majeure, des vomissements, des douleurs abdominales diffuses et une dyspnée. Le bilan d'admission note : taux d'hémoglobine à 3,6 g/dl, temps de Quick à 38 secondes, TCK à 37,1 sec, GB à 20000/mm³, complexes solubles ++, plaquettes à 138000, D-dimères à 20000 ng/ml, fibrinogène à 1 g/l et chute de tous les facteurs de coagulation.

Après rétablissement d'une hémodynamique correcte à l'aide de macromolécules, de cristalloïdes et de quatre culots globulaires, la patiente est reprise sous anesthésie générale au bloc opératoire. Une révision utérine permet de ramener quelques membranes, des restes placentaires et de volumineux caillots sanguins, et d'obtenir une bonne rétraction utérine. La cicatrice utérine est intacte. L'examen sous valves ne note pas de récurrence de thrombus. On suture la plaie vaginale qui saigne et l'on met en place une mèche bétadinée intra-vaginale.

Après correction transitoire des signes biologiques de la coagulation intra-vasculaire disséminée et remontée du taux d'hémoglobine à 7,7 g/dl, une nouvelle chute du taux d'hémoglobine à 5,4 g/dl survient.

A l'examen clinique existe une douleur abdominale persistante, sans défense. L'échographie pelvienne confirme la vacuité utérine ; il n'y a pas d'épanchement intra-péritonéal.

Un scanner abdominal sans injection montre un hématome rétro- et sous-péritonéal important (fig. 1 et 2). Il n'existe qu'une petite suffusion intra-péritonéale.



Fig.1 et 2 : TDM abdomino-pelvien initial sans injection : volumineux hématome sous-péritonéal avec une extension paramétriale prédominante à droite et remontant dans l'espace rétropéritonéal jusqu'aux loges rénales.

CAS CLINIQUE

On décide de poursuivre l'attitude expectative. Huit culots globulaires, un concentré plaquettaire activé et un culot de plasma frais congelé sur douze heures sont transfusés et associés à une antibiothérapie intraveineuse par céphalosporine de troisième génération. L'état hémodynamique comme les constantes biologiques se maintiendront et un scanner de contrôle cinq jours plus tard objectivera la régression de l'hématome pelvien (fig. 3 et 4).

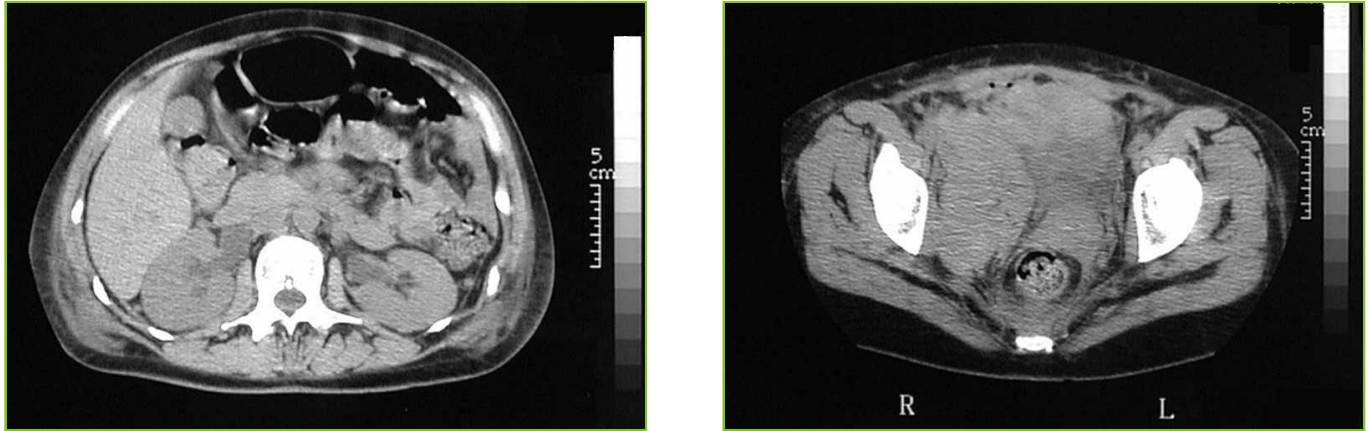


Fig. 3 et 4 : TDM de contrôle 5 jours après : nette régression spontanée de l'hématome.

Diagnostic • Hémorragie massive de la délivrance par thrombus vaginal avec extension diffuse pelvi- et rétropérinéale secondaire, compliquée d'une coagulation intra-vasculaire disséminée.

Commentaire • Le thrombus vaginal est une cause rare d'hémorragie de la délivrance. Il survient dans 1 à 2 cas pour 1000 accouchements. Les causes sont un traumatisme direct ou une hémostase insuffisante lors de la réparation du traumatisme obstétrical. Ces hématomes, le plus souvent droits, ont tendance à diffuser vers le pelvis (paramètres, espace rétropéritonéal) ou vers le périnée (grande lèvre, fesse). Les extractions instrumentales (forceps, épisiotomie) et les troubles de la coagulation sont des facteurs favorisants reconnus.

La clinique est faite de douleurs périnéales associées parfois à une chute de TA. Le diagnostic est facilement posé lors de la révision utérine devant la présence au niveau de la paroi latérale du vagin d'une tuméfaction unilatérale, dont on essaiera d'apprécier l'extension vers le pelvis. L'évolution est le plus souvent favorable après un traitement local par incision, évacuation et drainage, la cause du saignement n'étant le plus souvent pas retrouvée.

Une diffusion pelvi- et rétro-péritonéale apparaît rarement. Le scanner ou l'IRM permettront d'en apprécier l'importance. Cette extension met souvent en jeu le pronostic vital par choc hypovolémique et/ou coagulation intra-vasculaire disséminée.

Après contrôle de l'état hémodynamique, trois types de prise en charge peuvent être proposés dans les formes sévères:

- l'expectative armée avec surveillance intensive en réanimation chirurgicale,
- l'embolisation artérielle angiographique,
- la laparotomie exploratrice.

Une bonne coopération des anesthésistes-réanimateurs et des obstétriciens est dans tous les cas nécessaire. La laparotomie exploratrice est souvent hasardeuse dans un contexte de coagulopathie évoluant chez des patientes en équilibre hémodynamique précaire. La suture artérielle élective est rarement possible, et souvent, seule une hystérectomie d'hémostase peut être entreprise. L'embolisation artérielle artériographique semble être une bonne alternative à l'expectative, mais n'a pas jusqu'à présent correctement été évaluée. Elle sous-entend une équipe radiologique disponible 24 heures/24 et un plateau technique accessible. Elle a souvent été proposée après échec du traitement local pour éviter la laparotomie exploratrice.

Conclusion — L'extension pelvienne et rétropéritonéale d'un hématome vaginal peut mettre en jeu le pronostic vital immédiat par ses risques de collapsus et de coagulopathie. L'attitude expectative sous surveillance intensive est une alternative à l'attitude invasive immédiate. ■

BIBLIOGRAPHIE

1. HEFFNER L.J., MENNUTI M.T., RUDOFF J.C., MC LEAN G.K. Primary management of post partum vulvovaginal hematomas by angiographic embolization. *Am. J. Perinatol.*, 1985; 2: 204-7.
 2. 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.
 3. RIDGWAY L.E. Puerperal emergency; vaginal and vulvar hematomas. *Obstet. Gynecol. Clinics North Am.*, 1995; 22: 275-82.
 4. RIETHMULLER D., PEQUEGNOT-JEANNIN C., RABENJA C.A., KOEBERLE P., SCHAAL J.P., MAILLET R. Une cause rare d'hémorragie du post-partum: le thrombus génital. *J. Gynecol. Obstét. Biol. Reprod.*, 1997; 26: 154-8.
 5. VILLELLA J., GARRY D., LEVINE G., GLANZ S., FIGUEROA R., MAULIK D. Postpartum angiographic embolization for vulvovaginal hematoma. A report of two cases. *J. Reprod. Med.*, 2001; 46: 65-7.
 6. ZAHN C.M., HANKINS G.D., YEOMANS E.R. Vulvovaginal hematomas complicating delivery. Rationale for drainage of the hematoma cavity. *J. Reprod. Med.*, 1996; 41: 569-74.
- * Département de Gynécologie-Obstétrique, Hôpital de Hautepierre, STRASBOURG.
** Département de Réanimation Chirurgicale, Hôpital de Hautepierre, STRASBOURG.
*** Département de Radiologie, Hôpital de Hautepierre, STRASBOURG.