

Complications traumatiques de l'accouchement

Comité éditorial de l'UVMaF

2014

Table des matières

| | |
|--|----|
| 1. Les déchirures obstétricales..... | 3 |
| 1.1. Les déchirures périnéales (3,4)..... | 4 |
| 1.2. Les déchirures vaginales | 7 |
| 1.3. Les déchirures cervicales | 7 |
| 1.4. Les déchirures vulvaires (1,6,7)..... | 8 |
| 1.5. Les complications des déchirures (3)..... | 8 |
| 2. Les hématomes puerpéraux (ou thrombus génitaux) (9,10,11,13)..... | 9 |
| 2.1. Les différents hématomes..... | 9 |
| 2.2. Facteurs de risques..... | 10 |
| 2.3. Diagnostic (10,11,13)..... | 11 |
| 2.4. Prise en charge (9,11,13)..... | 12 |
| 2.4.1. Traitement médical..... | 12 |
| 2.4.2. Traitement chirurgical | 12 |
| 2.5. Pronostic..... | 13 |
| 3. Bibliographie..... | 13 |

Prérequis

- L'anatomie de l'appareil génital féminin et particulièrement du périnée.
- La pratique de l'épisiotomie et de sa réfection.

Objectifs spécifiques

- Dépister les différentes déchirures obstétricales.
- Dépister les hématomes puerpéraux.
- Participer à la prise en charge de ces complications.
- Identifier les principes de la suture d'une déchirure périnéale simple.

1. Les déchirures obstétricales

Elles comprennent les déchirures périnéales, vulvaires, vaginales et cervicales. Ces lésions sont souvent associées. Leur réparation n'a pas fondamentalement changé ces dernières années.

Elles sont observées dans 20 à 60 % des accouchements (1). Les parties les plus touchées sont le vagin, la vulve et le périnée, et plus rarement le col et le sphincter anal. Leur suture est méthodique et réalisée dans l'ordre : col, vagin, périnée, vulve.

Les facteurs de risques doivent être connus par les sages-femmes pour prévenir les déchirures lors de l'accouchement. Les facteurs favorisant les déchirures obstétricales retrouvées dans la littérature sont : (1,3)

- La primiparité, (1,3)
- La macrosomie fœtale et la dystocie des épaules (1,3) par surdistension du périnée lors du dégagement
- L'allongement de la 2^e phase du travail et l'analgésie péridurale (ces 2 facteurs sont liés entre eux) (1,3)
- Les présentations postérieures (3), de la face, du siège (1)
- Les extractions instrumentales (3), les manœuvres obstétricales (la manœuvre de Jacquemier ou la grande extraction du siège), (1)
- L'épisiotomie médiane, (1,3)
- La texture du périnée : œdématisée par un travail prolongé, fragilisée par des touchers vaginaux répétés ou constitutionnellement fragile en particulier chez les femme rousse (1) un périnée trop résistant se laissant mal distendre (comme un périnée cicatriciel, celui de la primipare âgée, et celui des femmes excisées ou infibulées) (1,3)
- Une distance ano-vulvaire courte, (1,3)
- Le mauvais contrôle manuel du dégagement, un accouchement très rapide « en boulet de canon » où le périnée n'a pas eu le temps de s'assouplir et se distendre, la position de la parturiente (la position debout majore le risque), (1,3)
- L'obésité (3).

Les facteurs de risques sont souvent associés entre eux avec un effet cumulatif sur le risque de déchirures (3).

La physiopathologie des déchirures repose sur les relations entre les différentes structures anatomiques en cause, les capacités de résistance à la tension de chacun d'eux et le déroulement de l'expulsion. La résistance à l'étirement est décroissante de la peau aux muscles.

Au cours de la première phase de l'expulsion, lors du franchissement des faisceaux sphinctériens des releveurs par la présentation, ces derniers peuvent présenter des déchirures.

Au cours de la deuxième phase de l'expulsion, l'élément le moins élastique est le noyau fibreux central du périnée dont les lésions sont donc plus ou moins importantes.

La rupture musculaire altère la tonicité et pourra être source de dyspareunies. La muqueuse vaginale est le deuxième élément capable de se déchirer. La déchirure peut se produire au niveau de l'hymen pour remonter vers le vagin en direction des épines sciatiques et pour descendre vers la jonction cutanéomuqueuse. Il est important de ne pas sous-estimer des «éraillures vaginales» où des dégâts sous-jacents peuvent être importants.

Après tout accouchement, un examen attentif et soigneux doit être réalisé au niveau du périnée, du vagin, voire s'il y a lieu du sphincter anal, de la paroi digestive (rectum), ou du col (3). Un bilan lésionnel est donc une étape essentielle pour identifier et évaluer les déchirures obstétricales. Il ne faut pas hésiter à utiliser des valves.

Il faut veiller à :

- une désinfection chirurgicale des mains et une tenue adaptée,
- une patiente correctement et confortablement installée en position gynécologique, vessie vide, avec un bon éclairage,
- une bonne analgésie ; anesthésie péridurale efficace, à défaut une anesthésie locale, une rachianesthésie ou une anesthésie générale peuvent aussi être proposée selon l'urgence, la sévérité de la lésion,
- une bonne exposition des lésions pour les évaluer et ensuite les réparer,
- ne pas hésiter à contacter l'équipe obstétricale et anesthésique au moindre doute.

1.1. Les déchirures périnéales (3,4)

Plusieurs classifications existent.

La première distinction à faire est entre les déchirures fermées et les déchirures ouvertes :

- **les déchirures fermées** : les structures musculo-aponévrotiques peuvent être lésées sans effraction cutanéomuqueuse. Ces lésions sont interstitielles. Le périnée semble normal sans lésion vulvaire. Alors qu'en réalité, il peut y avoir des lésions profondes du périnée atteignant les muscles et le noyau fibreux central du périnée, le nerf pudendal qui seront responsables de troubles de la statique pelvienne à long terme (2). Elles s'accompagnent d'hématomes intramusculaires qui peuvent entraîner une sclérose cicatricielle (2,3). Le diagnostic est difficile. On peut parfois constater un « caractère ecchymotique et flasque de la peau du périnée », traduisant les dégâts sous-jacents. (3). Le risque de thrombus vaginal est important.
- **les déchirures ouvertes** : elles sont les plus fréquentes.

En cas de déchirures ouvertes, on peut distinguer la classification française et la classification anglo-saxonne.

La classification française (3,4) :

- **Les déchirures incomplètes du 1er degré ou déchirures périnéales simples** qui intéressent la peau, muqueuse vaginale, tissus conjonctif, parfois le plan musculaire superficiel, mais elles respectent le sphincter anal ; celui-ci est en effet entouré d'un pourtour fibreux qui constitue une dernière zone de résistance avant sa rupture. La déchirure remonte plus ou moins haut vers les culs de sacs latéraux du vagin.
- **Les déchirures complètes du 2^{ème} degré** dans lesquelles le sphincter anal est concerné. Le sphincter externe se rompt lorsque la distension est plus importante et si la traction qui s'exerce sur lui par l'intermédiaire des deux faisceaux pubo-rectaux devient supérieure à ses capacités d'étirement : il s'agit alors d'une déchirure du 2nd degré. La couche longitudinale complexe constitue à la fois une zone de résistance et un plan de glissement entre le sphincter externe et le sphincter interne. La déchirure s'arrête au niveau de la marge anale, là où les fibres du faisceau sous-cutané du sphincter strié rentrent en contact avec la peau. Lorsque ce dernier rempart cède, le sphincter interne et la muqueuse anale se déchirent du bas vers le haut, faisant communiquer vagin et rectum : ce sont les déchirures du 3^{ème} degré.

- **Les déchirures complètes compliquées du 3^{ème} degré** intéressent complètement le sphincter anal mais également la muqueuse anale. Elles mettent ainsi en communication le vagin et le bas rectum. Elles forment ainsi un « cloaque ». Elles sont souvent due à une épisiotomie insuffisante.

La classification anglo-saxonne (3,4) qui est différente mais essentielle à connaître pour l'analyse de la littérature :

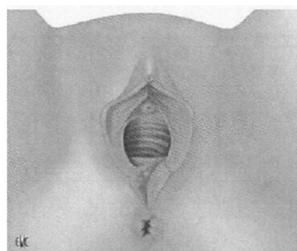
- **Le 1^{er} degré** correspond à une déchirure périnéale isolée (lésions cutané muqueuses) ;
- **Le 2nd degré** correspond à une atteinte du noyau fibreux central du périnée c'est donc une lésion du 1^{er} degré compliqué par une atteinte du noyau fibreux central du périnée
- **Le 3^{ème} degré** correspond à une déchirure complète c'est-à-dire avec une atteinte du sphincter externe de l'anus
- **Le 4^{ème} degré** correspond à une déchirure complète compliquée. On observe donc une lésion sphinctérienne à laquelle se rajoute une rupture de la paroi ano-rectale antérieure.

Pour résumer, nous pouvons proposer ce tableau récapitulatif :

Tableau récapitulatif

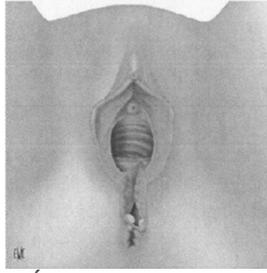
| Lésions (elles se surjoutent) | Classification française | Classification anglo-saxonne | |
|--|--|-------------------------------------|--|
| Cutanéo-muqueuse | Déchirure simple, incomplète | 1 ^{er} degré | |
| +/- muscle superficiel du périnée (notamment muscle bulbo-caverneux) | (1 ^{er} degré) | 2 nd degré | |
| Centre tendineux du périnée | | | |
| Sphincter anal | Déchirure complète (2 nd degré) Périnée complet non compliqué | 3 ^{ème} degré | |
| Muqueuse du canal anal | Déchirure complète compliquée (3 ^{ème} degré) Périnée complet compliqué | 4 ^{ème} degré | |

Figure 1 : Déchirure périnéale du premier degré (simple)



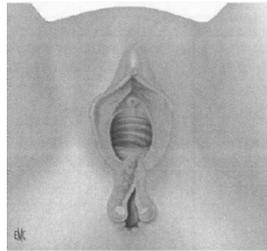
Article de Vardon D, Reinbold D, Dreyfus M. *Épisiotomie et déchirures obstétricales récentes*. EMC (Elsevier Masson, Paris) - Techniques chirurgicales - Gynécologie 2013;1-16 [Article 41-897]

Figure 2 : Déchirure périnéale du deuxième degré (complète)



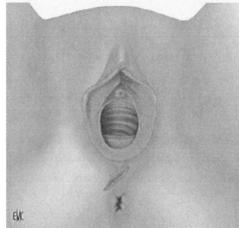
Article de Vardon D, Reinbold D, Dreyfus M. *Épisiotomie et déchirures obstétricales récentes*. EMC (Elsevier Masson, Paris) - *Techniques chirurgicales - Gynécologie* 2013:1-16 [Article 41-897]

Figure 3 : Déchirure périnéale du troisième degré (complète compliquée)



Article de Vardon D, Reinbold D, Dreyfus M. *Épisiotomie et déchirures obstétricales récentes*. EMC (Elsevier Masson, Paris) - *Techniques chirurgicales - Gynécologie* 2013:1-16 [Article 41-897]

Figure 4 : Déchirure centrale du périnée



Article de Vardon D, Reinbold D, Dreyfus M. *Épisiotomie et déchirures obstétricales récentes*. EMC (Elsevier Masson, Paris) - *Techniques chirurgicales - Gynécologie* 2013:1-16 [Article 41-897]

La réparation des déchirures périnéales (3) :

- **La déchirure du 1er degré** : la réparation doit être minutieuse et les temps sont les mêmes que pour une épisiotomie compte-tenu que se sont les mêmes plans anatomiques qui sont concernés, par contre la plaie est souvent moins nette et moins linéaire. Il faut une réparation qui permette de rétablir la symétrie en utilisant des points de repère. Ainsi, la technique de suture « un fil-un nœud » n'est pas la plus adaptée, il convient mieux de suturer chaque plan séparément (surjet muqueux, points simples musculaires, surjet intradermique ou points simples séparés sur la peau). Les éraillures du vestibule sont également soigneusement suturées par des points simples.
- **La déchirure du 2^e degré (périnée complet)** : il faut bien l'identifier pour suturer correctement. Il faut débuter par la réparation du sphincter anal. Les extrémités du sphincter, chaque chef musculaire doit être repéré, souvent rétracté dans sa gaine. Les extrémités doivent être saisies avec une pince Kocher ou mis en traction avec du fil. La suture de ces 2 extrémités se fait avec du fil à résorption lente et par un point en U. C'est un obstétricien expérimenté qui se charge de ce type de suture. Ensuite, la réparation se poursuit plan par plan.
- **La déchirure du 3^e degré (périnée complet compliqué)** : il y a une atteinte de la muqueuse rectale et une rupture complète du sphincter anal. La réparation doit avoir lieu dans de bonnes conditions (bloc opératoire, analgésie parfaite). La suture de la muqueuse impose une exposition parfaite de la lésion. La suture de la muqueuse rectale se fait par des points séparés simples ou un surjet avec du fil

à résorption lente ou rapide en débutant à l'angle supérieur jusqu'à la marge anale. Le sphincter est ensuite réparé comme dans déchirure du 2^e degré, puis les autres plans comme une déchirure du 2^e degré.

1.2. Les déchirures vaginales

Elles peuvent être parfois simples et isolées. Les plaies partent de l'anneau vulvaire et remontent en direction de l'épine sciatique. Elles sont toujours postérieures et peuvent parfois être bilatérales. Leur réparation est le premier temps du traitement des déchirures obstétricales. (1,7)

Elles sont plus souvent compliquées car elles sont associées à une déchirure périnéale ou à une épisiotomie au cours d'une extraction instrumentale (1,7).

Les plaies peuvent se prolonger jusqu'au cul-de-sac vaginal et s'associer à une déchirure cervicale. Elles sont majorées lors d'une extraction instrumentale (par forceps ou spatules) avec des taux variant de 2 à 56 % pour les forceps et de 20 à 43% pour les spatules (5).

Ces plaies sont parfois très hémorragiques. Le bilan lésionnel sous valves est indispensable pour diagnostiquer ces déchirures. Une bonne exposition est nécessaire pour repérer la limite supérieure de la déchirure.

Les déchirures hautes qui concernent le dôme vaginal sont exceptionnelles. Elles sont dues à un traumatisme instrumental ou à une déchirure cervicale qu'elles vont prolonger (1,7).

En cas d'hémorragie persistante après la délivrance avec un éclatement d'un ou des culs-de-sac vaginaux, un transfert au bloc opératoire est nécessaire.

Il est indispensable de sonder la patiente pour vérifier la présence ou non d'urines sanglantes qui évoqueraient alors une plaie vésicale.

Si la lésion est sous-péritonéale, sans rupture utérine, elle peut être suturée par voie basse. Dans le cas contraire, avec une rupture utérine associée, il faut alors réaliser une laparotomie (1,7). Certaines lésions du cul-de-sac vaginal peuvent nécessiter d'avoir recours à une embolisation (3).

Les déchirures doivent être suturées bord à bord en prenant largement les tissus qui sont souvent œdématisés et fragiles et en commençant la suture par le haut. Des points en X peuvent favoriser l'hémostase. Un surjet est rapide et réalise une bonne hémostase mais peut entraîner des cicatrices plus rétractiles.

1.3. Les déchirures cervicales

Les véritables déchirures sont assez rares (de 0,2 à 0,5%) (3). Elles sont rarement isolées et peuvent être associées à des déchirures vaginales. Les plus fréquentes sont des petites déchirures (<1cm) qui passent souvent inaperçues et peuvent être non hémorragiques.

On observe soit les déchirures cervicales basses (sous-vaginale) soit les déchirures cervicales hautes (sus-vaginale).

Les déchirures cervicales isolées basses sont favorisées par des dilatations intempestives au doigt ou des efforts expulsifs alors que la dilatation cervicale n'est pas encore complète, et plus souvent chez la primipare (3).

Les déchirures cervicales hautes sont exceptionnelles et peuvent être assimilées à une déchirure corporéale si elles se prolongent vers l'utérus (3). « Elles peuvent se compliquer de volumineux hématomes pelviens fusant dans le ligament large ou bien réaliser de véritables ruptures utérines, par propagation vers le corps utérin » (1,3).

Les déchirures cervicales hautes sont favorisées par un travail long avec un col œdématisé, ou des manœuvres d'extraction avant la dilatation complète (1).

Elles sont rarement responsables d'hémorragie importante mais après l'accouchement, elles doivent être systématiquement recherchées lors d'un examen sous valves. (6).

Seules les déchirures hémorragiques nécessitent une suture (1,7).

La réparation des déchirures cervicales : il faut procéder à une exposition correcte avec des valves afin d'évaluer la lésion du col. A l'aide de pincen coeur, il faut saisir le col et l'attirer vers l'extérieur et repérer la limite supérieure de la déchirure. Si on ne la voit pas, c'est que la plaie remonte et dépasse l'insertion vaginale et atteint l'isthme. Il faudra alors vérifier l'intégrité de l'utérus et du péritoine pour suturer par voie basse, sinon, la suture se fera par voie abdominale. La suture de la portion intravaginale du col utérin est souvent simple et est réalisée uniquement si la déchirure cervicale est hémorragique. (1,3).

1.4. Les déchirures vulvaires (1,6,7)

Elles peuvent être associées à une épisiotomie ou à une déchirure périnéale, elles sont alors superficielles car les lésions périnéales protègent la vulve. Si elles sont sur un périnée intact, elles sont alors plus profondes et hémorragiques.

Elles concernent, individuellement ou à la fois :

- les déchirures vulvaires postérieures, elles sont alors assimilées aux déchirures périnéales simples ;
- les déchirures hyménales isolées, constantes chez les primipares, en effet, le premier accouchement termine de détruire l'hymen, avec les caroncules myrtiformes. L'apparition d'un filet de sang rouge au début du défilage en est le témoin.
- les déchirures nymphéales, elles se limitent souvent à une éraillure des petites lèvres sur leur partie antérieure. La déchirure peut être plus sévère, transfixiante, avec désinsertion, et s'étendre sur la face interne des grandes lèvres ;
- les déchirures clitoridiennes (la capuchon ou le frein clitoridien) avec des plaies du tissu périurétral sont également possibles. Elles sont hémorragiques, souvent unilatérales. Elles peuvent filer vers le méat urinaire touchant alors le tissu périurétral. Quand elles sont réparées, il est nécessaire de cathétériser l'urètre.

L'impact des RPC concernant l'épisiotomie (8) conduit à une politique restrictive des épisiotomies mais cela peut entraîner une augmentation des lésions périnéales (6).

Chez les patientes ayant subi des mutilations sexuelles (excision) : les déchirures vulvaires sont plus fréquentes même avec une épisiotomie. L'accouchement par les voies naturelles n'est pas contre-indiqué chez une patiente excisée ou infibulée. En cas d'infibulation, il est nécessaire de pratiquer une incision médiane antérieure (désinfibulation) au moment du défilage.

Quand les déchirures sont de simples éraillures, elles sont très souvent non suturées. Mais quand elles sont de véritables déchirures, elles méritent une réparation appliquée car elles pourront devenir source de dyspareunies. Elles sont suturées par points simples séparés avec du fil à résorption rapide. (1,7)

Les petites lèvres sont souvent déchirées, voire désinsérées sur une partie de leur longueur. Il faut alors les suturer de façon à redonner une anatomie normale à la vulve.

Quand il s'agit de déchirures antérieures, elles sont souvent dirigées vers le méat urinaire ou le clitoris. Elles peuvent saigner abondamment. Il faut les suturer en faisant attention à la proximité de l'urètre, il peut être utile dans ce cas là de mettre en place une sonde pendant la réparation.

Les soins postopératoires à apporter aux déchirures obstétricales sont les mêmes que pour une épisiotomie. Pour les déchirures périnéales sévères, une antibioprofylaxie à large spectre est recommandée. De même, la prescription d'un laxatif est classiquement prescrite pendant une dizaine de jours. (6)

1.5. Les complications des déchirures (3)

On retrouve **des complications immédiates et précoces** :

- une hémorragie liée à une suture réalisée trop tardivement ou un bilan lésionnel incomplet,

- la douleur en lien avec des éraillures antérieures, une dysurie, un œdème,
- un hématome puerpéral (ou thrombus génital),
- une infection ou une désunion.

Les complications plus tardives sont :

- des conséquences sur l'activité sexuelle avec davantage de dyspareunies dans les 6 mois après l'accouchement.
- des conséquences sur la continence anale et le risque de fistule, en cas de périnée complet ou compliqué.

2. Les hématomes puerpéraux (ou thrombus génitaux) (9,10,11,13)

On distingue les hématomes fréquents de petit volume qui entraîne quelques douleurs et induration mais qui régressent en quelques jours sous traitement anti-inflammatoires des hématomes plus rares qui sont improprement nommés les « thrombus génitaux » et qui seront développés dans ce chapitre.

2.1. Les différents hématomes

L'hématome puerpéral (ou le thrombus génital) est une complication hémorragique rare du post-partum.

Dans les mises à jours du CNGOF, datant 1998, Jacquetin et al considèrent que le terme de thrombus est inadéquat et qu'il faut le remplacer par hématome puerpéral ou hématome périnéal. (9)

Son incidence est de 1 / 1000 accouchements. (11)

L'hématome puerpéral est une pathologie rare mais redoutable car le pronostic vital de la mère est engagé.

L'hématome puerpéral est une forme particulière des hémorragies du post-partum. Son pronostic s'est amélioré comme pour tous les types d'hémorragie de la délivrance.

Il s'agit d'un hématome et donc d'une collection sanguine au sein des tissus cellulaires de la vulve, du vagin, ou du paramètre et ayant tendance à diffuser vers le pelvis ou vers le périnée. La rupture vasculaire est le plus souvent veineuse. Elle se constitue dans l'épaisseur des parois vaginales après le laminage des tissus sans doute liée à la rotation de la tête fœtale et à fortiori les extractions instrumentales. Un clivage forcé se constitue et très souvent la rupture des fascias viscéraux. Cet hématome se diffusant le long des différents fascias va ainsi disséquer progressivement la paroi vaginale. Il peut s'étendre en dessous du muscle releveur de l'anus, distendre le périnée et refouler le rectum et l'anus et s'étendre au-dessus, vers le haut dans la base du ligament large et le rétropéritoine. (9,10, 11)

Les plaies vasculaires au sein du décollement tissulaire n'ont aucune tendance à l'hémostase et l'hémorragie va se compliquer d'une CIVD très rapidement.

Dans la littérature, on trouve 2 types de classification qui ont été reprises lors des mises à jour du CNGOF sur les thrombus génitaux en 1998 (9) :

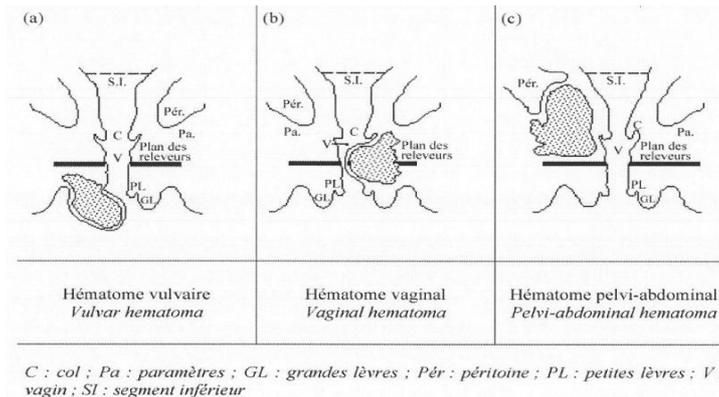
Une classification anatomique, qui distingue 3 types d'hématomes génitaux :

- **l'hématome vulvaire** : l'hémorragie se limite aux tissus vulvaires, il apparaît comme un hématome de l'épaisseur de la grande lèvre, refoulant en dedans la petite lèvre et reste inférieur au diaphragme urogénital et en dessous du plan de releveur de l'anus. Si l'hémorragie est importante, l'hématome va disséquer largement dans l'espace ischiorectal, le périnée postérieur, les espaces interfessiers, plus rarement la racine de la cuisse. Le centre tendineux du périnée (ou noyau fibreux central du périnée) empêche la bilatéralisation.
- **l'hématome vaginal** : l'hémorragie se limite initialement aux tissus paravaginaux et se constitue au dessous du diaphragme pelvien, créant une masse qui fait saillie dans le vagin. En cas d'hémorragie sévère, l'hématome va alors se propager jusqu'à l'arcade crurale en avant, dans le retro-péritoine, jusque dans la fosse lombaire, la loge périnéale et les piliers du diaphragme en arrière, et enfin, comme dans le cas de l'hématome vulvaire, dans l'espace ischiorectal et fessier. On observe une

prédominance des hématomes à droite par la plus grande fréquence des orientations céphaliques postérieures en OIDP ou de l'épisiotomie médio-latérale réalisée à droite de la patiente.

- **l'hématome sous-péritonéal (ou pelvi-abdominal ou supra-vaginal) :** il se constitue au-dessus de l'aponévrose pelvienne, dans la région rétro-péritonéale ou intra-ligamentaire paramétriale. Le saignement d'origine est donc en provenance du ligament large et la dissection peut intéresser toute la région rétro-péritonéale avec des pertes sanguines très conséquentes. Le mécanisme de cet hématome paramétrial est sans doute différent, probablement lié à une déchirure passée inaperçue du col utérin jusqu'à l'isthme ; il peut sans doute aussi s'agir d'un traumatisme direct. C'est la forme qui tend à s'étendre à la région rétro-péritonéale) Son traitement doit être celui des ruptures utérines ou des déhiscences hémorragiques de cicatrices segmentaires ; il diffère donc de celui des localisations précédentes.

Figure 5



Article Bienstman-Pailleux J, Huissoud C, Dubernard G, Rudigoz RC. Prise en charge des hématomes puerpéraux. *J Gynécol Obstét Biol Reprod* 2009. Vol 38, numéro 3, 203-208

Une classification chronologique décrit :

- **un hématome immédiat :** survient juste après l'accouchement et directement secondaire au traumatisme obstétrical. Le saignement, très souvent d'origine veineuse, ne peut se collecter tant que la tête fœtale encore non expulsée comprime la cavité virtuelle. Cet hématome ne devient apparent qu'après la délivrance. Si le saignement est d'origine artérielle, il va se collecter très vite, pouvant gêner l'expulsion du placenta.
- **un hématome retardé :** il est découvert le plus souvent quelques jours, voire quelques semaines après l'accouchement, probablement secondaire à la nécrose par hyperpression des vaisseaux pelviens, sachant qu'il n'est pas exclu qu'il soit l'évolution à bas bruit d'un hématome précoce non préalablement reconnu.

2.2. Facteurs de risques

Les principaux facteurs favorisant les hématomes puerpéraux retrouvés dans la littérature sont (10,11) :

- la primiparité,
- les extractions instrumentales,
- la macrosomie fœtale,
- les grossesses multiples,
- les varices vulvo-vaginales,
- une hémostase difficile ou insuffisante essentiellement par réparation inadéquate, ou une plaie vasculaire lors d'un bloc pudental (nerf honteux),
- des anomalies de la coagulation (par exemple la maladie de Willebrandt)
- les syndromes vasculo-rénaux,
- une dilation, un travail prolongé,

Le rôle de l'épisiotomie est controversé, protecteur pour certains (12) favorisant pour d'autres (13). Dans les recommandations du CNGOF de 2006 sur la pratique de l'épisiotomie, la pratique restrictive des épisiotomies ne modifie pas le taux d'hématomes périnéaux (8).

Mais, on retrouve aussi dans la littérature les variétés postérieures mais qui sont contestées en l'absence d'extraction instrumentale (9).

2.3. Diagnostic (10,11,13)

Le diagnostic repose avant tout sur la clinique. La symptomatologie est immédiate ou retardée (en cas d'analgésie péridurale notamment). **L'hémorragie n'est pas ou peu extériorisée.**

Le principal symptôme est la douleur intense au niveau du vagin, parfois des grandes lèvres, **associée à un ténesme** (tension douloureuse avec sensation de brûlures et une envie de pousser (aussi bien vaginale que rectale)).

Cette douleur très particulière doit rapidement alerter pour réaliser un examen immédiat sous peine de retard de diagnostic et donc de la prise en charge. Son caractère exacerbé inhabituel, avec une agitation contraste avec l'accalmie habituelle du post-partum. Il ne faut pas l'attribuer à l'épisiotomie ou à la récupération de la sensibilité lorsque l'effet de la péridurale s'atténue.

Ces symptômes sont accompagnés par des **signes plus ou moins marqués d'hémorragie interne pouvant aller jusqu'au choc hypovolémique** (rarement inaugural).

L'inspection va montrer l'existence d'une tuméfaction soit vulvaire de diagnostic évident, soit au niveau de la paroi latérale du vagin refoulant la cavité vaginale mais de diagnostic moins facile. Ainsi, **selon la localisation de l'hématome, la clinique va varier un peu :**

- **Hématome vulvaire** : la douleur est extrêmement intense et violente, l'existence d'une tuméfaction vulvaire rend le diagnostic évident, elle efface le sillon nympho-labial. La grande lèvre est rapidement œdématisée, tendue, hyperalgique au toucher et violacée. La tuméfaction peut s'étendre jusqu'à la région péri-anale. Si on l'ignore, l'hématome va encore progresser pouvant aller jusqu'à fissurer la peau
- **Hématome vaginal** : la douleur est tout aussi intense et violente, on parle de douleur « excruciante » (insupportable), entrecoupée de sensations de pesanteur et d'une symptomatologie postérieure (envie de pousser, ténesme, urgence à la défécation). L'examen externe est d'apparence normal et en l'absence d'un toucher vaginal ou rectal, on passera à côté du diagnostic jusqu'à l'apparition d'un choc hypovolémique. Il n'est pas toujours facile d'introduire un spéculum car la masse fait saillie sur la face latérale du vagin repoussant la paroi opposée. C'est le T.V. qui permettra d'authentifier la tuméfaction et son volume.
Il faut se méfier d'un hématome vulvo-vaginal qui va se rompre spontanément; soit précocement et son hémorragie va alors se confondre avec celle d'une atonie utérine (dont le traitement habituel sera inefficace), soit plus tardivement secondairement à une nécrose des tissus (un sphacèle).
- **Hématome sous-péritonéal** : soit totalement asymptomatique, soit avec une douleur peu marquée mais sourde et profonde et donc parfois non prise en considération, y compris par la patiente elle-même. L'hémorragie est largement sous estimée. On retrouve une défense, un utérus dévié, une voussure au dessus de l'arcade crurale, voire un psoïtis (signe clinique se traduisant par une flexion douloureuse irréductible de la cuisse sur le bassin). Le toucher vaginal va percevoir une infiltration latéro-utérine rénitente ou ferme refoulant un cul-de-sac vaginal, voire un hématome qui aurait diffusé (13). Dans les formes à bas bruits, une fièvre, une anémie, un iléus, un œdème douloureux des membres inférieurs apparaissent plus tardivement dans le post-partum et vont faire rechercher une masse pelvienne le tout dans un contexte d'altération de l'état général. Dans les formes très hautes, l'ébranlement de la fosse lombaire est douloureux et peut faire évoquer une pathologie urinaire;

Selon la localisation, **le diagnostic différentiel** se fait avec un kyste vulvaire ou vaginal, une bartholinite, une inversion utérine, un prolapsus utérin, une rupture utérine, une atonie utérine, des tumeurs herniaires, des varices vulvaires compliquées lors de l'accouchement (thrombose superficielle, rupture). (9,11)

Le diagnostic est clinique, parfois aidé de l'échographie.

2.4. Prise en charge (9,11,13)

Elle est à instaurer très rapidement car le pronostic vital maternel est en jeu, tout retard peut avoir des conséquences dramatiques.

Etant donné qu'aucun élément anatomique ne vient s'opposer à la progression de l'hématome, rapidement il va y avoir **une spoliation sanguine avec une coagulopathie de consommation**.

Le premier temps de la prise en charge est de pratiquer une révision utérine et l'examen de la filière génitale dans le but de vérifier l'absence d'autres causes de complications(11). Toutefois, en présence d'un hématome volumineux et douloureux, il peut être très difficile de pratiquer la révision utérine.

Il faut évaluer la localisation, l'étendue et le volume de l'hématome.

Le traitement va donc associer le traitement de la lésion et la réanimation hémodynamique.

C'est une bonne collaboration multidisciplinaire qui permet une prise en charge rapide, efficace est adaptée comme dans toutes les hémorragies de la délivrance.

2.4.1. Traitement médical

Le traitement médical est celui de la correction de l'hypovolémie et des troubles éventuels de la coagulation.

Comme dans toutes hémorragies, il est essentiel de quantifier les pertes sanguines pour anticiper les complications.

C'est la réanimation d'une hémorragie grave de la délivrance. (cf cours sur l'hémorragie de la délivrance).

Une antibiothérapie prophylactique est souvent mise en place (13).

2.4.2. Traitement chirurgical

Le traitement de la lésion : il est chirurgical.

Il doit être rapidement interventionniste compte-tenu du pronostic, de l'intensité de la douleur, et de la spoliation sanguine avec risque de coagulopathie de consommation.

En cas de thrombus vulvo-vaginaux, il associe incision-nettoyage-drainage :

- sous anesthésie, générale le plus souvent,
- une incision large de l'hématome une évacuation au doigt de l'hématome, le plus loin possible mais sans aller décoller davantage les tissus,
- une irrigation abondante de la cavité, pour désinfecter et ne pas omettre d'autres cavités qui seraient occultées par des caillots,
- une hémostase des lésions vasculaires, par la réalisation de points en X,
- une fermeture plan par plan en essayant de réduire au minimum les espaces morts pour favoriser l'hémostase,
- le maintien d'une analgésie efficace pendant 48 heures en laissant en place le cathéter de péridurale,
- +/- un drainage du champ opératoire avec une lame multitubulée mais surtout un tamponnement vaginal par 4-5 mèches laissées en place 24 heures,

En cas d'échec de l'hémostase, on a recours à la ligature des artères hypogastriques ou une embolisation artérielle sélective.

Si l'hématome est inférieur à 3-5 cm, une expectative peut être réalisée avec une application locale de glace, une prescription d'antalgique, et une surveillance attentive. Si l'hématome reste stable depuis plusieurs heures et sans retentissement maternel, rien d'autre ne sera proposé.

Il est nécessaire de poser une sonde vésicale à demeure.

Lors de l'ablation des mèches, il faut se méfier de la reprise de l'hémorragie.

Si le thrombus est pelvi-abdominal : les gestes sont identiques : évacuation et méchage compressif mais associés à une réanimation sans retard.

2.5. Pronostic

Il existe un risque de mortalité maternelle même si l'amélioration de la prise en charge de l'hémorragie de la délivrance a considérablement fait diminué ce risque. Elle est liée à la CIVD.

Les complications peuvent être :

- une CIVD,
- une anémie, une asthénie (comme dans toutes les hémorragies de la délivrance);
- une fièvre, des complications infectieuses par exemple un abcès en particulier de la fosse ischiorectale,
- la récurrence de l'hémorragie à distance (lors de l'ablation des mèches notamment),
- des thromboses veineuses profondes,
- des fistules recto-vésico ou urétéro-vaginales à distance en cas de troubles de la cicatrisation ou d'infection,
- des dyspareunies séquellaires (liées à la constitution de brides vaginales nécessitant une intervention secondaire).

L'hématome puerpéral est une complication hémorragique imprévisible et rare mais grave. **Devant une complication hyperalgique dans le post-partum, l'hématome puerpéral doit être évoqué en premier devant la rapidité de son évolution et la gravité de son pronostic.**

Des mesures préventives existent-elles ? Elles pourraient passer par la réduction du nombre d'épisiotomie dans le cas où on considère celle-ci comme facteur favorisant, la suppression de manœuvres d'extraction difficile, une suture soigneuse des déchirures vulvo-vagino-périnéales, de l'épisiotomie....mais l'hématome puerpéral existe aussi après un accouchement tout à fait normal.

Un bilan lésionnel minutieux sous valves dès lors que des déchirures sont constatées ou lorsque qu'une épisiotomie a été réalisée. Si l'accouchement a été strictement normal, il faudra ne pas sous estimer et négliger une douleur intense dans le post-partum.

3. Bibliographie

1. Parant O, Reme JM, Monrozies X. Déchirures obstétricales récentes. EMC (Elsevier Masson, Paris). Techniques chirurgicales-Gynécologie, 2001, 41-898
2. Barot S, Tardif D. Déchirures obstétricales anciennes. EMC (Elsevier Masson, Paris). Gynécologie, 2010, 200-A-10
3. Vardon D, Reinbold D, Dreyfus M. Épisiotomie et déchirures obstétricales récentes. EMC (Elsevier Masson, Paris) - Techniques chirurgicales - Gynécologie 2013:1-16 [Article 41-897]
4. Maillet R, Martin A, Riethmuller D. Fait-on trop ou peu d'épisiotomies ? CNGOF, Extrait des Mises à jour en Gynécologie et Obstétrique. 28ème journées nationales : Paris, 2004. Tome XXVIII :21-34
5. Beucher G. Complications maternelles des extractions instrumentales. J Gynécol Obstét Biol Reprod 2008 , Vol 37, numéro 8S1 : S 244-S259
6. Menard J.P., Provansal M., Heckenroth H., Gamerre M., Bretelle F., Mazouni C. Morbidité maternelle immédiate après extraction instrumentale par spatules de Thierry et par ventouse obstétricale. Gynecol Obstet Fertil 2008 ; 36 : 623-627
7. Parant O, Reme JM, Monrozies X. Déchirures obstétricales récentes du périnée et épisiotomie. EMC (Elsevier Masson, Paris). Obstétrique, 1999, 5-078-A-10 : 9

8. CNGOF. Episiotomie. Texte des recommandations. J Gynécol Obstét Biol Reprod 2006 , Vol 35, suppl. n° 1 : 1S77-1S80
9. Jacquetin B, Boulleret C, Fatton B. Thrombus génitaux. CNGOF, Extrait des Mises à jour en Gynécologie et Obstétrique. 22è journées nationales : Paris, 1998. Tome XXII:347-365
10. Genre L, Tanchoux F, Parant O. Hématome puerpéral pelvien : étude sur cinq années de suivi. J Gynécol Obstét Biol Reprod 2012. Vol 41, numéro 3, 290-297
11. Bienstman-Pailleux J, Huissoud C, Dubernard G, Rudigoz RC. Prise en charge des hématomes puerpéraux. J Gynécol Obstét Biol Reprod 2009. Vol 38, numéro 3, 203-208
12. Subtil D, Sommé A, Ardiet E, Depret-Mosser S. Hémorragies du post-partum : fréquence, conséquences en termes de santé et facteurs de risques avant l'accouchement. J Gynecol Obstet Biol Reprod 2004 ; 33, suppl. au n°8 : 4S9-4S16
13. Riethmuller D, Pequegnot-Jeannin C, Rabenja CA et al. Une cause rare d'hémorragie du post-partum : le thrombus génital. J Gynecol Obstet Biol Reprod 1997 ; 26:154-8
14. Zahn CM, Yeomans ER. Postpartum hemorrhage : placenta accreta, uterine inversion, and puerperal hematomas. Clin Obstet Gynecol 1990;33:422-31