

# Choc Hémorragique Du Post-Partum Secondaire A Un Hématome Puerpéral : A Propos D'un Cas.

H. Berdai, G. El Mohafide, A. Tazi<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Réanimation maternité Souissi, CHU Ibn Sina, Rabat, Maroc

---

## Résumé :

*L'hématome Puerpéral Est Une Complication Hémorragique Rare Et Grave Du Postpartum, Qui Demeure Peu Connue.*

*La Mortalité Liée Aux HP S'est Significativement Améliorée Depuis 1927 Ou Elle Était Estimée À 40 %. Elle Était De 1940 À 8,3 %. [1]. La Mortalité Par HP Est Exceptionnelle De Nos Jours Et L'incidence Actuelle Des HP Est Estimée À 1/1000 Accouchements.*

*L'HP Se Constitue Dans Un Décollement Conjonctif Para-Vaginal, Para-Cervical Ou Para-Métrial Après Lésions Vasculaires ; Le Saignement Se Répand Dans Le Tissu Adipeux Lâche Avec Possibilité D'extension Vers Le Haut Dans La Base Du Ligament Large Et Dans Rétropéritoine. La Rupture Vasculaire Est Souvent Veineuse Dans L'épaisseur Du Vagin. [2].*

*Les Facteurs Favorables Sont Multiples : La Primiparité, L'extraction Instrumentale, La Macrosomie, La Multiparité, Les Varices Vulvo-Vaginales, Les Difficultés De L'hémostase.*

*Le Diagnostic Est Clinique Pour Les Formes Vulvaires Ou Vaginales Et L'imagerie Apporte De Précieux Renseignements Pour Les Formes À Extension Rétropéritonéale. Le Traitement Diffère Également En Fonction De La Localisation. La Prise En Charge Des HP S'est Considérablement Améliorée Elle Est Basée Sur La Chirurgie Et/Ou L'embolisation Artérielle.*

*Nous Rapportons Le Cas D'une Jeune Patiente De 23 Ans P2G2, Admise Dans Un Tableau De Choc Hémorragique Sur Un Hématome Puerpéral En Post-Partum Immédiat, Suite À Un Accouchement Par Voie Basse D'un Nouveau-Né De Sexe Masculin Pesant 4400g. L'examen Clinique À L'admission Avait Trouvé Une Patiente Consciente, Pâle, Avec Une TA Effondré ; Avec Un Énorme Hématome Puerpéral De 17cm/15cm Et Une Lésion Cervicale À L'examen Gynécologique. Dans La Salle D'opération Et Sous Sédation ; L'hématome Puerpérale A Été Drainé Et La Lésion Du Col De L'utérus A Été Suturee. Une Transfusion De 3 Cellules Sanguines Était Suffisante Pour L'obtenir Une Stabilité Hémodynamique.*

**Mots-Clés:** Hématome Puerpéral, Hémorragie Du Post-Partum, Choc Hémorragique.

---

Date of Submission: 18-06-2023

Date of Acceptance: 28-06-2023

---

## I. Introduction

- L'hémorragie du post-partum est la première cause de mortalité maternelle, allant de 18 à 50 % des décès dans le monde [3,4]. Les causes inhabituelles comprennent les hématomes puerpéraux avec une fréquence de 1/1000 accouchements [5].

- Ils sont faciles à diagnostiquer lorsqu'ils concernent la vulve ou le vagin, tandis les emplacements pelviens nécessitent plus d'exploration par les obstétriciens [6]. Nous rapportons un cas d'hématome vulvaire du post-partum immédiat, qui a été pris en charge chirurgicalement.

## II. Patiente et Observation

- Nous rapportons le cas d'une patiente de 23 ans, sans antécédents médicaux ou chirurgicaux spécifiques, P2G2 ; la première grossesse était sans particularité avec accouchement par voie basse, Pour cette grossesse, l'accouchement était encore par voie basse sans épisiotomie. Elle a donné naissance à un nouveau -né de sexe masculin, APGAR 10/10 pesant 4400g. la délivrance était sans particularités.

- L'évolution a été marqué par l'installation d'une instabilité hémodynamique dans la première heure du post partum. La patiente a été transférée dans notre structure depuis un hôpital provincial pour un traitement immédiat.

- L'examen clinique à l'admission avait trouvé une patiente consciente, pâle, avec une fréquence cardiaque de 130 battements par minute et une tension artérielle à 70/40 mm Hg, un temps de recoloration cutanée sup à 3 secondes avec une respiration polypnéique et superficielle.

- L'examen gynécologique avait mis en évidence un énorme hématome puerpéral de 17cm/15cm avec un saignement vaginal. La prise en charge de la patiente avait commencé immédiatement aux urgences ; deux cathéters veineux de gros calibre avaient été mis en place avec perfusion d'un litre de sérum physiologique ainsi que la perfusion de 40 UI d'ocytocine, d'1g d'antifibrinolytique. On avait commencé conjointement de l'oxygène par masque à haute concentration puis nous avons commencé le massage utérin et l'administration de prostaglandines par voie rectale. Dans le bloc opératoire, une sédation a été réalisée avec 50 mg de kétamine et 50 gamma de fentanyl, le traitement chirurgical a consisté à inciser et à retirer le caillot de sang, puis l'hémostase a été réalisée avec des sutures en forme de X.
- L'examen des voies génitales internes avait objectivé des lésions cervicales qui ont été suturées. Une transfusion de 3 culots globulaires était suffisante pour obtenir une stabilité hémodynamique sans recours aux médicaments vasopresseurs. La patiente a été transférée en unité de soins intensifs post-opératoires puis au service de gynécologie pour le suivi.

### **III. Discussion**

- L'hématome puerpéral est une complication connue depuis l'antiquité. Sa prise en charge s'est considérablement améliorée. La mortalité par hématome puerpéral est exceptionnelle de nos jours néanmoins il est à risque de complication grave.
- Dans la majorité des cas, le saignement n'est pas extériorisé
- Il existe plusieurs de facteurs favorisants : la primiparité, l'extraction instrumentale, la macrosomie, la grossesse multiples, les varices vulvo-vaginales, l'hémostase difficile, et les anomalies de la coagulation [9].
- Ils se forment dans la région para-vaginale ou para-cervicale ou il a un décollement conjonctif paramétrial, après lésions vasculaire. Le saignement se propage dans le tissu adipeux avec possibilité d'extension vers le haut à la base du ligament large et dans le rétropéritoine. La rupture vasculaire est souvent veineuse dans l'épaisseur du vagin avec laminage de la paroi et diffusion le long du fascia. Dans la majorité des cas, l'hématome est de taille modérée, mais il peut augmenter de volume secondairement [9,4]
- Toute hémorragie du post-partum nécessite une révision utérine pour vérifier : l'absence d'une rétention placentaire, la vacuité et l'intégrité de la cavité utérine. En même temps, un massage utérin constant doit être effectué afin d'obtenir une rétraction utérine et une sécurité globale. Il ne doit en aucun cas être interrompu prématurément.
- En parallèle, une injection d'utéro toniques (habituellement ocytocine) doit être administrée [8].
- L'examen des organes génitaux externes et internes doit être effectué. Cet examen se fera sous anesthésie, surtout si l'extraction a été traumatique ou si elle était particulièrement rapide ou s'il s'agissait d'un macrosome ou si la suture de l'épisiotomie était difficile .
- L'inspection de l'appareil génital permet de diagnostiquer jusqu'à 9% des causes de l'hémorragies du post-partum [10] et de proposer un traitement chirurgical d'un hématome vaginal, de déchirures vaginales et/ou cervicales, qui sont responsables de 20% des transfusions en post-partum.
- Le traitement médical du choc hémorragique secondaire à un hématome puerpéral repose sur la correction d'hypovolémie et des troubles de la coagulation éventuels.
- Comme pour toute hémorragie, il est crucial de quantifier la perte sanguine afin d'anticiper les complications. Sinon, la reconnaissance des signes de gravité doit permettre rapidement la transfusion de produit sanguin labile selon protocoles connus et préétablis. Aujourd'hui deux types de stratégies transfusionnelles peuvent être décrits :
  - o La première recommande l'intensification précoce de transfusions de plasma et de plaquettes et l'augmentation dans les ratios des concentrés plasma/globules rouges Les auteurs recommandent l'administration de hauts ratios entre 1/2 et 1/1 de poches du sang total [12].
  - o L'autre stratégie guider consiste à guider la gestion de la perte sanguine en analysant les troubles de l'hémostase avec un dispositif de thromboélastogramme. Ceux-ci permettent rapidement la détection des hypofibrinogénémies, avec une bonne corrélation avec les résultats du laboratoire [13]. Le caractère prédictif d'une diminution de la concentration du fibrinogène est un argument pour envisager l'administration précoce de fibrinogène. Les plasmas dans ce contexte posent deux types de problèmes : les délais d'obtention, surtout dans des proportions élevées. [14] et les volumes conventionnellement recommandés de transfusion de plasma ne fournissent pas assez de fibrinogène lorsque l'hémorragie est massive [15] . L'administration de concentrés de fibrinogène pourraient corriger plus rapidement la concentration plasmatique en fibrinogène [16].
- L'hyperfibrinolyse peut également être détectée par thromboélastographie [17]. L'acide tranexamique est un antifibrinolytique efficace pour réduire les saignements chirurgie cardiovasculaire ou orthopédique mais aussi en traumatisme grave [18].
- Le traitement lésionnel varie selon les caractéristiques de l'Hématome puerpéral. Benrubi et al. Ont montré que l'espérance est associée à une augmentation interventions secondaires, infections, transfusions, le prolongement de la durée du séjour hospitalier, en particulier lorsque produit du diamètre longitudinale et transversale le de l'hématome est supérieur à 15cm [19].

- Le traitement « actif » de la puerpéralité l'hématome est basé sur la chirurgie et/ou embolisation de l'artère.
- Le traitement chirurgical consiste à inciser la lésion et enlever les caillots.
- L'hémostase est souvent difficile et les sutures en forme de X doivent être réalisées avec une aiguille ronde pour limiter la lacération des tissus.
- L'utilisation de clips vasculaires peut être utile et le drainage est recommandé. Le Tamponnement intra-utérin est réalisé et laissée en place 24 à 48 heures. Une sonde vésicale à demeure est essentielle pendant la durée de la mèche pour éviter les mictions rétention par compression urétrale. Enlèvement du tampon peut être compliquée par des saignements [4]
- Une antibiothérapie prophylactique est proposée [9].

#### **IV. Conclusion**

- L'hématome puerpéral représente un événement imprévisible auquel chaque obstétricien doit être préparé. Le rôle principal de l'anesthésiste est de maintenir un fonctionnement circulatoire et respiratoire optimal, pour corriger d'éventuels troubles de la coagulation, pendant que l'obstétricien assure les gestes d'hémostase. La prise en charge précoce et formalisée des l'hémorragie peut aider à réduire la morbidité et mortalité liée à cette pathologie.

#### **BIBLIOGRAPHIE :**

- [1]. Ridgway LE. Puerperal emergency. Vaginal and vulvar hematomas. *Obstet Gynecol Clin North Am* 1995;22:275—82.
- [2]. Riethmuller D, Pequegnot-Jeannin C, Rabenja CA, Koeberle P, Schaal JP, Maillet R. Une cause rare d'hémorragie du postpartum : le thrombus génital. *J Gynecol Obstet Biol Reprod* 1997;26:154—8
- [3]. Abdul-Kadir R, McLintock C, Ducloy AS, ElRefaey H, England A, Federici AB *et al.* Evaluation and management of postpartum hemorrhage: consensus from an international expert panel. *Transfusion*. 2014 Jul;54(7): 1756-68..
- [4]. Bouvier-Colle MM. Maternal Mortality. *Med Chir, Obstetrical Encycl.* Elsevier - Masson SAS Paris. 2001;5(17): 082-10 .
- [5]. Riethmuller D, Pequegnot-Jeannin C, Rabenja CA, Koeberle P, Schaal JP, Maillet R. A rare cause of post-partum hemorrhage: a genital thrombus. *J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris)*. 1997; 26(2): 154-8.
- [6]. Bienstman-Pailleux J, Huissoud C, Dubernard G, Rudigoz RC. Management of Puerperal hematomas. *Journal of Obstetrics Gynecology and Reproductive Biology*. 2009;38(3): 203-8.