

## Hématome vulvaire puerpéral massif après accouchement spontané à Kalemie : un cas clinique révélateur et revue de la littérature

Jean-Paul N. Ilunga<sup>1</sup>, Prince N. Banza<sup>2</sup>, Sylvain K. Mukendi<sup>1</sup>, Kasonga Kasonga<sup>3</sup>,  
Rhol N. Yumba<sup>4</sup>, Florent K. Moma<sup>4</sup>, Frank T. Bitilasi<sup>4</sup>, Rivain F. Iteke<sup>5</sup>,  
Jean-Baptiste S.Z. Kakoma<sup>5</sup>

<sup>1</sup> Hôpital Général de Référence de Kalemie, Kalemie, République Démocratique du Congo.

<sup>2</sup> Clinique d'État de Kalemie, Kalemie, République Démocratique du Congo.

<sup>3</sup> Université de Kamina, Kamina, République Démocratique du Congo.

<sup>4</sup> Université de Kalemie, Kalemie, République Démocratique du Congo.

<sup>5</sup> Université de Lubumbashi, Lubumbashi, République Démocratique du Congo.

### Résumé

L'hématome vulvaire du post-partum est une complication obstétricale rare mais potentiellement grave, qui peut engager le pronostic vital de la patiente si elle n'est pas prise en charge précocement et efficacement. Nous rapportons le cas d'une primipare de 19 ans, admise pour un accouchement par voie basse, chez qui est survenu un hématome vulvaire unilatéral massif en post-partum immédiat, accompagné d'une déchirure vaginale et d'une douleur intense. La patiente présentait comme facteurs de risque la primiparité et la réalisation répétée de manœuvres digitales de dilatation au cours de la deuxième phase du travail, pratique malheureusement fréquente dans certains contextes à ressources limitées. L'évolution rapide vers une tuméfaction douloureuse a nécessité une exploration chirurgicale en urgence avec incision, évacuation du thrombus, hémostase par suture, drainage et tamponnement vaginal. L'évolution postopératoire a été favorable. Ce cas illustre la nécessité de reconnaître rapidement cette complication, de comprendre ses facteurs prédisposants, et d'améliorer les pratiques obstétricales empiriques. Une sensibilisation du personnel soignant et une approche scientifique de ces gestes obstétricaux sont indispensables pour réduire la morbidité maternelle liée à ce type de complication.

**Mots-clés :** Hématome vulvaire, Post-partum, Primiparité, Dilatation digitale, Complication obstétricale, Hémostase chirurgicale.


### Introduction

L'hématome périgénital (HP), également désigné sous les termes d'hématome puerpéral ou, de manière impropre, de thrombus génital, constitue une complication rare mais potentiellement grave du post-partum immédiat. Sa fréquence est estimée à environ 1 pour 4 000 accouchements, bien que certaines séries rapportent une incidence variant entre 1/300 et 1/1 500 selon les facteurs

de risque présents et les contextes obstétricaux [1,2]. Le développement d'un hématome puerpéral résulte d'un saignement artériel ou veineux non contrôlé au niveau des tissus mous du périnée, du vagin ou des structures pelviennes profondes, souvent sans lésion cutanée visible. Ce saignement est lié à un décollement tissulaire survenant généralement lors de l'accouchement, notamment en cas de traumatisme obstétricaux, d'extractions instrumentales ou de troubles de la coagulation [3,4].

### Correspondance:

Jean-Paul N. Ilunga, Hôpital Général de Référence de Kalemie, Kalemie, République Démocratique du Congo.  
Téléphone: +243 976 857 732 -Email: [jeanpaulnkenga@gmail.com](mailto:jeanpaulnkenga@gmail.com)  
Article reçu: 23-06-2025      Accepté: 05-08-2025  
Publié: 10-08-2025

 Copyright © 2025. Jean-Paul N. Ilunga *et al.* This is an open access article distributed under the Creative Commons Attribution License, which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

Pour citer cet article: Ilunga JPN, Banza PN, Mukendi SK, Kasonga K, Yumba RN, Moma FK, Bitilasi FT, Iteke RF, Kakoma JBSZ. Hématome vulvaire puerpéral massif après accouchement spontané à Kalemie : un cas clinique révélateur et revue de la littérature. Revue de l'Infirmier Congolais. 2025;9(1):47-51. <https://doi.org/10.62126/zqrx.2025916>

Le développement d'un hématome puerpéral résulte d'un saignement artériel ou veineux non contrôlé au niveau des tissus mous du périnée, du vagin ou des structures pelviennes profondes, souvent sans lésion cutanée visible. Ce saignement est lié à un décollement tissulaire survenant généralement lors de l'accouchement, notamment en cas de traumatismes obstétricaux, d'extractions instrumentales ou de troubles de la coagulation [3,4]. La localisation de l'hématome peut être vulvaire, paravaginale, ischio-rectale ou rétro-péritonéale. Les formes vulvaires sont souvent visibles et accessibles à l'examen clinique, alors que les formes profondes peuvent se manifester uniquement par des signes cliniques de choc hémorragique ou de douleur pelvienne intense, retardant parfois le diagnostic [2,5].

Sur le plan physiopathologique, l'imprégnation hormonale de la grossesse, notamment la progestérone, favorise la laxité du tissu cellulo-adipeux pelvien, rendant ces structures particulièrement vulnérables à la dissection hémorragique. L'expansion de l'hématome peut ainsi suivre des plans de clivage anatomiques peu résistants, comme le ligament large, l'espace rétro-péritonéal ou l'espace ischio-rectal, pouvant atteindre des volumes importants et évoluer vers un tableau de décompensation hémodynamique [4,6]. L'hématome vulvaire disséquant constitue une urgence obstétricale du post-partum, pouvant menacer le pronostic vital de la patiente en l'absence d'une prise en charge rapide. Il peut être aggravé par l'installation d'une coagulopathie de consommation de type coagulation intravasculaire disséminée (CIVD), comme cela est rapporté dans plusieurs situations d'hémorragies obstétricales majeures [2,5].

Nous rapportons ici un cas d'hématome vulvaire disséquant du post-partum immédiat, survenu à Kalemie (République Démocratique du Congo), ayant nécessité une prise en charge chirurgicale urgente. À travers cette observation, nous discutons des aspects cliniques, diagnostiques, thérapeutiques et pronostiques de cette complication rare mais dramatique.

### Présentation clinique

Il s'agissait d'une patiente âgée de 19 ans, mariée, primigeste, ménagère de niveau d'instruction primaire, sans antécédents médicaux ou chirurgicaux notables. Les ménarches étaient survenues à l'âge de 13 ans, avec des premiers rapports sexuels à 15 ans. La patiente rapportait des cycles menstruels réguliers de 32 à 34 jours, avec des règles d'une durée moyenne de cinq jours. Elle a été transférée depuis un centre de santé périphérique pour prise en charge d'une hémorragie survenue en post-partum immédiat, accompagnée d'une tuméfaction

vulvaire apparue peu après un accouchement par voie basse, survenu trois heures plus tôt. L'accouchement avait été spontané, sans instrument, et avait permis la naissance d'un nouveau-né de sexe féminin, pesant 3 500 grammes, avec un score d'Apgar de 10/10/10. Une déchirure vaginale avait été identifiée au centre de santé et suturée par un surjet simple au fil résorbable (vicryl® n°1). En post-partum immédiat, la patiente y avait reçu une injection intramusculaire de vitamine K3 (deux ampoules). À l'admission dans notre service de gynécologie obstétrique de l'hôpital général de Kalemie, les constantes vitales étaient stables, avec une pression artérielle à 100/60 mmHg, une fréquence cardiaque de 89 battements par minute, une fréquence respiratoire de 17 cycles par minute, une température de 36,7°C et un poids de 69 kg.

L'examen physique objectivait un état général altéré, avec une asthénie marquée, des conjonctives palpébrales modérément décolorées, et une muqueuse buccale bien hydratée. Les seins étaient turgescents, non sécrétant à l'expression, et l'utérus, tonique, était palpé en position péri-ombilicale, traduisant une involution utérine adéquate. À l'inspection des organes génitaux externes, une volumineuse tuméfaction de coloration rougeâtre, tendue et luisante, était observée au niveau de la grande lèvre gauche. Elle mesurait environ 10 cm dans son grand axe antéropostérieur et 7 cm dans son petit axe transversal, repoussant le clitoris vers le haut et la petite lèvre homolatérale vers l'intérieur. Une progression rapide du volume de la masse, accompagnée d'une douleur croissante, était constatée au fil des minutes (*Figure 1*).

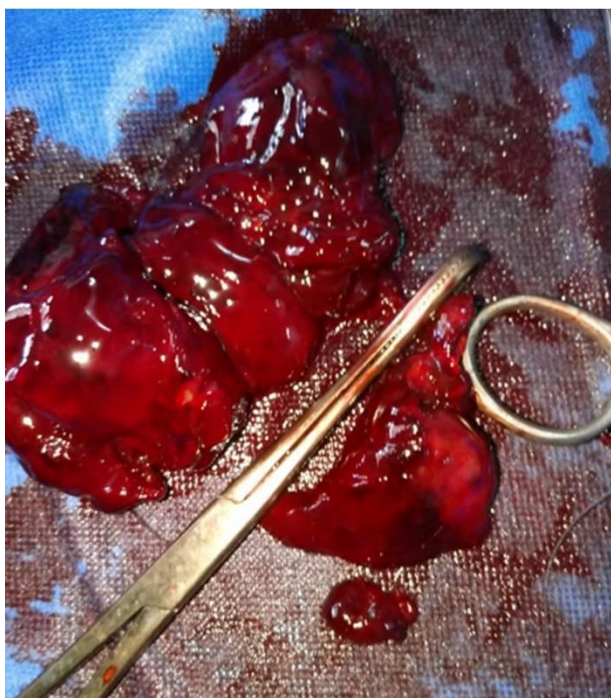


**Figure 1. Vue externe montrant une tuméfaction rouge violacée de la grande lèvre gauche, refoulant le clitoris vers le haut, dans le contexte d'un hématome vulvaire post-partum**

La palpation de la zone était extrêmement douloureuse, rendant l'examen plus approfondi difficile sans recours à une anesthésie. L'examen gynécologique révélait également la présence de fils de suture dans la cavité vaginale.

Le tableau clinique évoquait un hématome vulvaire disséquant du post-partum immédiat, imposant une prise en charge urgente. Les examens biologiques réalisés montraient un taux d'hémoglobine à 10,9 g/dL, un groupe sanguin A Rhésus positif, un temps de saignement à 2 minutes 30 secondes, un temps de coagulation à 3 minutes 55 secondes, et une sérologie VIH négative. En l'absence d'anomalie majeure des paramètres de la coagulation et devant l'évolution défavorable, une exploration chirurgicale sous anesthésie générale a été décidée.

Au bloc opératoire, l'exploration a permis de constater la présence d'un hématome profond d'environ 800 millilitres, localisé entre les plans superficiels et profonds du périnée. Un saignement actif provenant d'un vaisseau labial a été clairement identifié (Figure 2).



**Figure 2. Vue peropératoire montrant la collection hématique estimée à environ 800 ml**

Une incision verticale d'environ 10 cm a été pratiquée sur la grande lèvre gauche, permettant une vidange complète de l'hématome. La cavité résiduelle, d'une profondeur estimée à 8 cm, a été explorée minutieusement (Figure 3).



**Figure 3. Installation de la sonde vésicale et préparation du champ opératoire avant l'incision chirurgicale de la grande lèvre gauche**

Le vaisseau responsable du saignement a été ligaturé par une suture hémostatique au vicryl® n°1 en surjet bloqué. Un tampon vaginal compressif a été mis en place pour une durée de huit heures et un pansement propre et sec a été appliqué sur la plaie.

Une sonde vésicale a été mise en place, avec un sac collecteur, puis retirée après 24 heures. La patiente a reçu une antibiothérapie prophylactique à base de ceftriaxone injectable et une analgésie par paracétamol en perfusion. Le tampon vaginal a été retiré selon les recommandations huit heures après l'intervention. L'évolution post-opératoire a été favorable, sans complications locales ni générales. La patiente a été déchargée au troisième jour post-opératoire, en bon état général. Le suivi à une semaine a permis de constater une récupération complète de l'anatomie vulvaire, sans séquelle apparente.

### Discussion

L'hématome vulvaire puerpéral est une entité clinique rare, survenant essentiellement dans le contexte obstétrical immédiat, mais pouvant également être observée, quoique plus rarement, en dehors de la grossesse. Dans ces cas extrêmes, les circonstances rapportées dans la littérature sont très variées : traumatismes accidentels, rapports sexuels, actes médico-chirurgicaux ou encore activités physiques inhabituelles [1,8]. En post-partum, l'incidence varie selon le volume de l'hématome : on estime qu'un

hématome de petit volume survient dans environ 1 accouchement sur 700, tandis que les formes volumineuses disséquantes comme celle rapportée dans ce cas sont beaucoup plus rares, avec une fréquence estimée à 1 pour 4 000 accouchements [2,9].

Plusieurs facteurs de risque ont été identifiés dans la genèse de ces hématomes. Ils incluent la primiparité, l'épisiotomie, l'extraction fœtale instrumentale (forceps, ventouse), la macrosomie fœtale, les grossesses gémellaires, la pré-éclampsie, le travail prolongé, une hémostase insuffisante, la présence de varices vulvo-vaginales, ainsi que certaines pratiques obstétricales empiriques telles que les manœuvres digitales de dilatation vaginale [2,4,10]. Chez notre patiente, deux de ces facteurs de risque étaient identifiés : la primiparité et les manœuvres digitales répétées visant à accélérer la dilatation cervicale, réalisées tant pendant la phase active que lors de l'expulsion. Ces manœuvres, bien que courantes dans les contextes de ressources limitées, s'apparentent par leur mécanisme à des extractions instrumentales traumatiques, et méritent d'être remises en question, tant du point de vue de leur efficacité que de leur innocuité.

Cliniquement, le tableau est typique, avec l'apparition brutale en post-partum immédiat d'une masse vulvaire unilatérale, rapidement expansive et douloureuse, associée à une sensation de tension et parfois à une détresse hémodynamique. Ces éléments étaient bien présents dans notre cas, avec en plus une déchirure vaginale suturée précocement, ce qui suggère un saignement persistant au-delà de la réparation initiale. Deux types de classifications sont décrits dans la littérature pour les hématomes génitaux : l'une basée sur la chronologie d'apparition, distinguant les hématomes immédiats (liés directement au traumatisme obstétrical) des hématomes retardés (dus à une nécrose vasculaire secondaire), et l'autre sur la localisation anatomique : vulvaire, vaginal, vulvo-vaginal, sous-péritonéal ou pelvi-génital [2,4,11]. Dans notre cas, il s'agissait d'un hématome vulvaire pur, mais de grande taille, avec un comportement disséquant, suggérant une progression vers les plans profonds du périnée.

La prise en charge dépend du volume de l'hématome, de la stabilité hémodynamique et de l'évolution clinique. Si certains hématomes de petit volume peuvent bénéficier d'un traitement conservateur basé sur la surveillance, la cryothérapie locale et l'analgésie, les formes volumineuses ou rapidement évolutives nécessitent une intervention chirurgicale en urgence [2,3,6,12]. L'objectif est double : réaliser l'hémostase et éviter les complications secondaires telles que l'infection, la

nécrose des tissus ou la récurrence hémorragique. L'exploration chirurgicale permet l'incision, l'évacuation complète de l'hématome, l'identification précise du vaisseau responsable, et sa ligature ou sa suture hémostatique, généralement au fil résorbable. C'est l'approche qui a été utilisée chez notre patiente, avec succès.

L'un des défis majeurs lors de l'intervention est la visualisation du saignement actif dans un champ opératoire souvent encombré par les lochies et les caillots, comme cela a été décrit par plusieurs auteurs [2,5]. De plus, l'ablation des mèches ou tampons, dans les heures qui suivent l'intervention, représente une étape délicate pouvant parfois entraîner une récurrence. En cas d'échec de l'hémostase locale, d'autres interventions peuvent être nécessaires, notamment la ligature des artères utérines ou pudendales internes, voire une embolisation artérielle par radiologie interventionnelle dans les centres équipés [2,3,13].

La morbidité associée à cette affection reste significative, surtout dans les contextes où les délais de transfert, le manque de formation du personnel de première ligne et l'absence d'analgésie adaptée retardent la prise en charge optimale. Cela souligne la nécessité d'un renforcement des capacités en santé maternelle, notamment en obstétrique d'urgence, ainsi qu'une évaluation rigoureuse des pratiques locales potentiellement iatrogènes comme la dilatation digitale forcée.

## Conclusion

L'hématome vulvaire disséquant du post-partum immédiat, encore appelé thrombus génital, constitue une complication rare mais grave de l'accouchement. Il doit retenir l'attention des professionnels de santé intervenant en salle de travail, qu'il s'agisse d'un médecin spécialiste, d'un généraliste, d'un accoucheur ou d'une sage-femme. Dans les milieux à ressources limitées, certaines pratiques empiriques telles que la dilatation digitale du vagin, encore largement répandues, pourraient en accroître le risque et devraient faire l'objet d'une évaluation scientifique rigoureuse. La précocité du diagnostic, la rapidité de la prise en charge chirurgicale et la correction des désordres hémodynamiques sont essentielles pour améliorer le pronostic maternel. Ce cas met en évidence l'importance d'un encadrement obstétrical compétent et équipé, y compris pour des complications rares mais potentiellement fatales.

---

*Conflicts d'intérêt : Aucun.*

## Références

1. Oubel N. Hématome puerpéral : à propos de 4 cas et revue de la littérature. Thèse de médecine. Faculté de Médecine de Marrakech; 2012.
2. Lansac J, Descamps P, Goffinet F. Pratique de l'accouchement. 6e éd. Paris: Elsevier Masson; 2016.
3. Riethmuller D, Pequegnot-Jeannin C, Rabenja CA, Koeberle P, Schaal JP, Maillet R. Une cause rare d'hémorragie du post-partum : le thrombus. *Gynécologie Obstétrique & Fertilité*. 2002;30(11):895-9.
4. Kehila M, Khedher SB, Zeghal D, Mahjoub S. Prise en charge conservatrice des hématomes puerpéraux de gros volume : à propos de 3 cas. *Pan Afr Med J*. 2013;16:9.
5. Bienstman-Pailleux J, Huissoud C, Dubernard G, Rudigoz RC. Prise en charge des hématomes puerpéraux. *J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris)*. 2009;38(3):203-8.
6. Propst AM, Thorp JM Jr. Traumatic vulvar hematomas: conservative versus surgical management. *South Med J*. 1998;91(2):144-6.
7. Virgili A, Bianchi A, Mollica G, Corazza M. Serious hematoma of the vulva from a bicycle accident: a case report. *J Reprod Med*. 2000;45(8):662-4.
8. Onyeodi, I., Izah, A., & Ukpeteru, F. (2025). Post-Partum Vulva Hematoma Management in a Low Resource Setting: A Case Report. *Tropical Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 43(3), 237-239.
9. Janisiewicz, K., Mazurkiewicz, B., & Stefaniak, M. A. (2022). Vaginal haematoma as a postpartum complication: a case report. *Medical Science Pulse*, 16(4).
10. Tseng, J. Y., Lin, I. C., Lin, J. H., Chang, C. M., Chao, W. T., & Wang, P. H. (2020). Optimal approach for management of postpartum vulva hematoma: Report of three cases. *Taiwanese Journal of Obstetrics and Gynecology*, 59(5), 780-783.
11. Rani S, Verma M, Pandher DK, Takkar N, Huria A. Risk Factors and Incidence of Puerperal Genital Haematomas. *J Clin Diagn Res*. 2017 May;11(5):QC01-QC03.
12. Brohi K, Cohen MJ, Davenport RA. Acute coagulopathy of trauma: mechanism, identification and effect. *Curr Opin Crit Care*. 2007;13(6):680-685.
13. Pelage JP, Le Dref O, Mateo J, et al. Life-threatening postpartum hemorrhage: treatment with emergency selective arterial embolization. *Radiology*. 1998;208(2):359-362.