

Cas Clinique

Hématome Vulvaire Massif Post Coïtal Chez une Adolescente

Massive Vulvar Post Coital Hematoma in a Teenager

Tjek P^{1, &}, Essiben F¹, Moluh I¹, Tebeu PM¹, Fomulu JN¹

¹Departement de Gynécologie Obstétrique FMSB Université de Yaounde I Cameroun,

[&]**Correspondance** : Dr Tjek Biyaga Paul T, Service de Gynécologie Obstétrique, CHU Yaoundé, Cameroun

E. mail : tjekaulyahoo.fr

RÉSUMÉ

L'hématome vulvaire non obstétrical est rare mais potentiellement grave. Les auteurs rapportent le cas d'un hématome vulvaire massif chez une adolescente de 17 ans suite à un rapport sexuel atypique mais librement consenti. Ce cas pose la problématique des conséquences possibles de l'intrusion des nouvelles pratiques sexuelles en milieu jeune et la particularité de la prise en charge médicale, chirurgicale et psychosociale relative à l'attitude de l'adolescente d'une part et des parents d'autre part en contexte camerounais. Il relève également les limites du traitement conservateur des grands hématomes vulvaires.

MOTS CLES : Hématome vulvaire, postcoïtal, adolescente.

ABSTRACT

Non obstetric vulvar hematoma constitutes a rare condition. It usually results from blunt trauma. We report a case of massive vulvar hematoma in a 17 years old teenager following a vigorous intercourse with a known partner. In case of massive hematoma, conservative management may not be successful. This case demonstrates teen sex complications due to atypical sexual practice and difficulties for physician to deal with dual medical and psychological obligations with regards to the attitude of teenagers and their parents.

KEY WORDS: Vulvar hematoma; postcoital; teenager

INTRODUCTION

L'hématome vulvaire non obstétrical est rare. Le coït en constitue une des principales causes [1]. Le diagnostic est facile et la prise en charge généralement chirurgicale comporte un volet psychologique non négligeable compte tenu de l'embarras émotionnel que cet hématome génère. Nous présentons le cas d'un volumineux hématome vulvaire gauche, chez une adolescente, secondaire à un coït atypique.

CAS CLINIQUE

Mlle F. A., 17 ans, nullipare, DDR : 03/12/12, GS O+, élève en classe de terminale, est reçue en urgence au CHUY le 30/12/12 à 04 heures du matin.

Elle venait consulter transportée par ses parents, pour tuméfaction vulvaire douloureuse évoluant depuis 24 heures, associée à une impotence fonctionnelle des membres inférieurs. Elle souhaitait être consultée en l'absence des parents malgré l'opposition de sa mère. Elle déclarait n'avoir subi aucun traumatisme à type d'empalement. Elle avait eu un coït protégé au condom deux jours avant, ébats consentis décrits comme longs, vigoureux et frénétiques.

Elle avait eu ses premières règles à l'âge de 11 ans. Son cycle menstruel était régulier et elle souffrait de dysménorrhée primaire. Elle avait eu son premier rapport sexuel à l'âge de 17 ans et n'avait connu qu'un seul partenaire sexuel âgé de 18 ans, avec lequel elle entretenait des coïts toujours protégés. Elle avait des antécédents de dyspareunie superficielle et d'hémorroïde interne. Elle ne présentait aucun antécédent de saignement anormal ni de trouble de la coagulation.

A l'admission, la patiente était anxieuse. Son état hémodynamique était stable, elle était afébrile et ne présentait pas de pâleur. La vulve portait une tuméfaction douloureuse sur la petite lèvre gauche de 18 cm x 12 cm dont la ponction avait ramené 0.5 cc de sang noirâtre. Le toucher vaginal était impossible à cause de la douleur. L'examen des voies urinaires était normal, une sonde urinaire N° 16 drainait des urines claires. La marge anale était normale, son sphincter tonique. Le reste de l'examen était sans particularité. Le bilan composé d'une Numération Formule Sanguine (NFS), Temps de Céphaline Kaolin (TCK) et Taux de Prothrombine(TP) était normal.

La prise en charge initialement conservatrice avec l'administration d'antalgiques et d'un anxiolytique puis la pose de packs de glace sur la lésion vulvaire était marquée 24 heures après l'admission par une diminution de la douleur, de l'impotence fonctionnelle et une



régression de la tuméfaction à 15 cm x 9 cm. Au 3^e jour d'hospitalisation la recrudescence de la douleur et l'augmentation de la tuméfaction ont motivé un traitement chirurgical réalisé en cinq étapes : incision sur le sillon nympho hyménal ; drainage de l'hématome ; hémostase ; pose d'un drain ; fermeture de l'incision en surjet continu avec du vicryl 2/0 ; prescription d'amoxicilline et acide clavulanique. Les suites opératoires étaient simples. La cicatrisation a été obtenue au 14^{ème} jour et la patiente a été référée au psychologue. À la consultation de contrôle un mois après, la restauration de l'anatomie vulvaire était complète.

DISCUSSION

Les lésions traumatiques du tractus génital féminin constituent près de 0.8% des admissions en gynécologie dont 40% en rapport avec une lésion post coïtale [2]. Concernant les lésions non obstétricales du tractus génital à la suite d'un accident ou d'un rapport sexuel consenti 32,7% des patientes présentent des lésions post coïtales [3]. Les lésions au niveau du vestibule et de la partie inférieure du vagin sont liées au coïtarche [1]. Notre patiente était tout au début de sa sexualité, l'hématome siégeait sur la petite lèvre vaginale gauche.

Elle présentait plusieurs facteurs étiologiques de lésions post coïtales : le coïtarche récent, le jeune âge suggérant la friabilité des tissus vulvaires particulièrement chez cette patiente aux antécédents d'hémorroïdes. Par ailleurs la frénésie des ébats amoureux y compris la position pendant le rapport favorisent la survenue de plaies génitales. En effet le décubitus dorsal avec hyper flexion des cuisses réalise une position réputée dommageable pour la vulve. [4,5-7]. De fait le riche réseau vasculaire vulvaire peut facilement être endommagé par l'impact balistique qui écrase les tissus mous contre les plans osseux du pelvis [2] particulièrement si la compression se prolonge comme dans les pratiques sexuelles novatrices mais dangereuses importées en milieu jeune.

Notre patiente présentait une douleur atroce ayant nécessité la prescription d'antalgique de deuxième palier. Cet embarras physique était doublé d'un embarras émotionnel comme c'est souvent le cas devant les lésions exposant les parties intimes [8]. Il explique aussi le retard à consulter. La patiente n'a sollicité une assistance médicale que 24 heures après le début de la symptomatologie. Cette observation avait également été faite par Sloin [9]. La curiosité des parents rendait la communication plus laborieuse. La patiente voulait tenir ses parents loin de ses affaires malgré leur assistance financière. En fait le secret du malade ne peut être révélé à une tierce personne sans le consentement du patient. Au Cameroun l'article 310 du code pénal punit toute infraction au secret professionnel. Dans le cas particulier des adolescents il est recommandé au médecin de rechercher d'autres moyens si la révélation aux parents



Figure 1 : Hématome vulvaire gauche



Figure 2 : Incision et drainage de l'hématome



Figure 3 : Suture au surjet continu



Figure 4 : Restauration de l'anatomie vulvaire

est préjudiciable au patient [10]. Cette disposition est également applicable en Israël où les adolescents de 17 ans sont légalement mineurs mais conservent leur droit au secret professionnel [2].

Le produit du diamètre longitudinal et du diamètre transverse de l'hématome était de 216 soit un facteur de mauvais pronostic. A cause de la douleur nous avons opté avec succès pour la pose de packs de glaçons sur l'hématome, mais la recrudescence de la douleur et l'augmentation du volume de l'hématome ont ensuite indiqué le traitement chirurgical. Les patientes prises en charge de façon conservatrice ont plus d'intervention chirurgicales ultérieures, et plus de complications nécessitant antibiotiques, transfusion, et plus de jours d'hospitalisation que les patients d'emblée pris en charge chirurgicalement, lorsque le produit du diamètre longitudinal et du diamètre transverse de l'hématome est égal ou supérieur à 15 [1].

Il s'agissait donc d'un hématome massif traité finalement par incision et drainage avec des suites opératoires simples. Les complications hémorragiques liées à l'hémostase ne sont pas rares. Ils peuvent entraîner une expansion progressive puis une déhiscence de l'hématome. Dans ce cas une embolisation sélective de l'artère pudendale et de l'artère glutéale inférieure constitue généralement un traitement de seconde ligne efficace [11].

CONCLUSION

Le grand hématome vulvaire post coïtal est rare. Il peut être diagnostiqué chez les adolescentes du fait de l'intrusion dans notre société, des pratiques sexuelles non traditionnelles en milieu jeune. Sa prise en charge chirurgicale est bien codifiée. Elle comporte un volet psychologique et juridique important.

CONFLIT D'INTÉRÊT

Aucun

RÉFÉRENCES

- 1- Dash S, Verghese J, Nizami DJ, Awasthi RT, Jaishi S, Sunil M. Severe haematoma of the vulva: A report of two cases and a clinical review. *Kathmandu University Medical Journal* 2006; Vol.4, N°2, Issue 14: 228-231.
- 2- Rabinerson D, Fradin Z, Zeidman A, Horowitz E. Vulvar hematoma after cunnilingus in a teenager with essential thrombocythemia: a case report. *J Reprod Med*. 2007 May; 52 (5):458-9.
- 3- Narayam Jana, Debjyoti Santra, Debasis Das, Amindya K. Das, Subhendu Dasgupta. Nonobstetric lower genital tract injuries in rural India. *International Journal of Gynecology & Obstetrics* October 2008; 103 (1): 26-29.
- 4- Sloin MM. Treating coital injury. *Osteopath Physician*. 1976; 46:75 –82.
- 5- Sau AK, Dhar KK, Dhali GI. Nonobstetric lower genital tract trauma. *Aust N Z Obstet Gynaecol*. 1993;33:433 – 435.
- 6- Ahnaimugan S, Asuen MI. Coital laceration of the vagina. *Aust N Z Obstet Gynaecol*. 1980; 20:180 –181.
- 7- Wilson F, Swartz DP. Coital injuries of the vagina. *Obstet Gynecol*. 1972; 39:182 –184.
- 8- Singhal VP, Neelam, Harjit K Ankur, Kaur Pradeep, Katiyar Nidhi. Traumatic massive vulval hematoma. *International Journal of Gynaec Plastic Surgery* November 2010; 2 (2): 35-37.
- 9- Marvin M. Sloin, Mersedeh Karimian, Pedram Ilbeigi. Non obstetric lacerations of the Vagina. *Am Osteopath Assoc May 1, 2006 vol. 106 no. 5 271-273*
- 10- Elong ngono S. (1988) Droits des malades et certificats médicaux. Les problèmes professionnels. In : *Eléments pratiques de médecine légale et d'expertise médicale*. Imp. COREP-Toulouse. p71-187.
- 11- 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 Jan; 46(1):65-7.