

OEDEME VULVAIRE MASSIF ET GROSSESSE : A PROPOS DE DEUX CAS

M. HOUSSA, M. ACHBBAK, K. FICHTALI, M. BENHASSOU, and S. BOUHYA

Maternité EL HARROUCHI, CHU Ibn Rochd, Casablanca, Maroc

Copyright © 2018 ISSR Journals. 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.

ABSTRACT: Gestational massive vulvar edema is a formidable complication of pre-eclampsia, its clinical diagnosis is very evident in the more severe forms with a good evolution after symptomatic treatment, bringing us two observations collected in the maternity el HARROUCHI of CHU Casablanca MOROCCO during the period 2017-2018. Thus this phenomenon is explained by a review of the literature and the principal therapeutic behaviors carried out will be ascertained.

KEYWORDS: vulvar edema, pregnancy, diagnosis.

RESUME: Œdème vulvaire massif gestationnel est une complication redoutable de la pré-éclampsie, son diagnostic clinique est très évident dans les formes plus sévère avec une bonne évolution après traitement symptomatique, nous rapportant deux observations colligés dans la maternité el HARROUCHI de CHU de Casablanca MAROC durant la période de 2017-2018. Ainsi on explique ce phénomène par une revue de la littérature et on monteront les principales conduites thérapeutique réalisés.

MOTS-CLEFS: œdème vulvaire, grossesse, diagnostic.

1 INTRODUCTION

L'œdème vulvaire massif chez la femme enceinte est rare, mais requiert une attention particulière car il peut se greffer de complications maternelles et fœtales. Nous rapportons deux cas d'œdème massif vulvaire chez des femmes enceintes avec une revue des diagnostics différentiels, des étiologies, des complications potentielles et des options thérapeutiques.

2 OBSERVATIONS

OBSERVATION 1

Parturiente de 23 ans, primipare, sans antécédent pathologique particulier, admise pour pré-éclampsie sévère sur grossesse non évolutive de 33 semaines d'aménorrhée en dehors du travail, avec un œdème vulvaire massif d'installation brutale. La patiente était apyrétique et elle n'avait aucun antécédent de traumatisme, d'infection ou de prise médicamenteuse.

L'examen à l'admission, avait trouvé des chiffres tensionnels élevés à 17/10 cm/Hg, une protéinurie à trois croix aux bandelettes réactives. L'examen de la vulve avait trouvé un gonflement œdémateux des grandes et petites lèvres s'étendant au pubis (**figure 1**). Au toucher vaginal, un col fermé long postérieur et une poche des eaux intacte avec saignement minimes, au palper abdominal trouve un utérus tendu, à l'échographie obstétricale pas d'activité cardiaque décelable. Il n'y avait pas de lymphadénopathies régionales, varicosités ou de signes de thrombose veineuse profonde. Le reste de l'examen somatique était sans particularités.

Une césarienne pour suspicion d'hématome rétro placentaire a été indiquée, laquelle a permis l'extraction d'un mort fœtal de sexe masculin, 2050 g, avec à l'exploration un HRP décollant tout le placenta.

Le bilan biologique réalisé à l'admission avait montré une cytolyse avec ASAT à 83 UI /L, ALAT à 95UI/L, une hémolyse avec LDH à 523 UI/L associé à une hypoalbuminémie à 19 g/L et une protéinurie de 24h à 3g/24h.

Le diagnostic de l'oedème vulvaire massif a été expliqué par l'hypoprotidémie secondaire à la pré-éclampsie sévère.

La patiente avait bénéficiée d'une transfusion de 3 flacons d'albumine et son apport en protéines alimentaires a été renforcé et des pansements topiques de sulfate de magnésium ont été appliqués sur la vulve.

La mère a normalisé les chiffres tensionnels ainsi que les anomalies biologiques un jour après l'accouchement avec une régression progressive de son œdème vulvaire pour disparaître complètement trois semaines.



Fig. 1. important œdème vulvaire bilatérale

2.1 OBSERVATION 2

Patiente de 30 ans, deuxième geste, porteuse d'un utérus cicatriciel, sans autres antécédents pathologiques particuliers, admise pour une pré-éclampsie sévère sur une grossesse évolutive de 32 semaines d'aménorrhée (SA) avec un important œdème vulvaire d'évolution rapide prédominant à gauche (**Figure 2**). La patiente était apyrétique, sans notion de traumatisme vulvaire, d'infection ou de prise médicamenteuse. L'examen à l'admission, avait montré une tension artérielle à 160/105 mm Hg, une protéinurie à trois croix à la bandelette urinaire. L'examen de la vulve avait montré un œdème vulvaire massif intéressant les petites et les grandes lèvres, prédominant à gauche. Au toucher vaginal, un col dilaté à 1 cm et une poche des eaux rompue avec liquide amniotique Méconial, L'ERCF d'admission a objectivé des décélérations tardives répétitives.

Le reste de l'examen n'avait pas montré de signes de thrombose ni d'adénopathies régionales en dehors d'un œdème des chevilles rétro-malléolaire peu important. Une césarienne pour suspicion de souffrance fœtale aiguë a été indiquée, laquelle a permis l'extraction d'un nouveau-né prématuré de sexe féminin, 2300 g, Apgar 10/10 à la cinquième minute, avec double circulaire du cordon confié au pédiatre. Le bilan biologique à l'admission avait montré une légère anémie hypochrome microcytaire (Hémoglobine à 10,5 g/dl), une thrombopénie à 132000 plaquettes par mm³, un taux de prothrombine et des

transaminases normaux, un bilan infectieux négatif, une hypoprotidémie à 20g/L et une protéinurie de 24h à 3g/24h. L'œdème vulvaire massif est alors expliqué par l'hypoprotidémie secondaire à l'atteinte rénale dans le cadre de la pré-éclampsie sévère.

Le traitement avait consisté en des soins locaux au sulfate de magnésium associés à une augmentation de l'apport journalier en protéines. L'évolution était marquée par la normalisation rapide des chiffres tensionnels et une régression spectaculaire de l'œdème vulvaire, et sa disparition complète en dix jours. Le nouveau-né a quitté le service de néonatalogie à J6 de vie.



Fig. 2. important œdème vulvaire prédominant à gauche

3 DISCUSSION

Un œdème peut être observé chez 80% des femmes enceintes [1], mais l'œdème vulvaire massif isolé est rare pendant la grossesse [2], son association à une pré-éclampsie n'a été rapportée dans la littérature que dans quelques cas. L'œdème vulvaire pendant la grossesse peut être associé à plusieurs pathologies notamment: une pré-éclampsie, des grossesses multiples, un traitement tocolytique, un diabète, une dystocie, une deuxième phase du travail prolongée, comme il peut s'agir d'un œdème vulvaire idiopathique du post-partum. Il peut aussi se rencontrer dans d'autres situations non spécifiques à la grossesse [2-4].

L'apparition d'œdèmes au cours d'une grossesse normale est multifactorielle et implique l'activation du système rénine-angiotensine, l'œstrogène et la compression de la veine cave inférieure par le volume utérin. Dans la pré-éclampsie l'augmentation de la pression capillaire et la diminution de la pression oncotique par hypo-albuminémie ramène l'eau dans le milieu interstitiel [1,3]. La formation de l'œdème massif de la vulve serait dû à sa déclivité en position couchée et à sa richesse en tissu conjonctif lâche avec une mince couche épithéliale [2,3].

Le diagnostic différentiel de l'œdème vulvaire comprend les infections, les tumeurs, les anomalies congénitales lymphatiques, les traumatismes, les maladies inflammatoires et les maladies métaboliques. Fait intéressant, l'œdème vulvaire survenant en postpartum immédiat a été signalé avec des décès maternels dus à un collapsus vasculaire chez six patientes [5].

L'œdème vulvaire massif chez nos patientes est probablement dû à l'hypo-protidémie souvent associée à la pré-éclampsie sévère. Le traitement vise le soulagement de la douleur et l'inconfort et l'éviction des complications locales par l'application topique de pansements enduits de sulfate de magnésium favorisant la diminution de la pression de perfusion veineuse au niveau du tissu aréolaire vulvaire richement vascularisé. Il doit être étiologique chaque fois qu'une cause sous-

jacente est retrouvée. Pour le mode d'accouchement la césarienne peut être nécessaire si l'accouchement est urgent [3]. En dehors du risque potentiel de nécrose tissulaire [3], et des quelques cas exceptionnels de décès maternel associé à l'œdème vulvaire massif du post-partum [2], l'évolution est favorable sous traitement bien conduit.

4 CONCLUSION

L'œdème vulvaire massif est rare pendant la grossesse mais requiert une attention particulière car il peut se greffer de complications maternelles et foetales. Le traitement est symptomatique et étiologique chaque fois qu'une cause sous-jacente est retrouvée et l'évolution est souvent favorable sous traitement bien conduit. Un accouchement par césarienne peut être nécessaire.

REFERENCES

- [1] Davison JM. Edema in pregnancy. *Kidney Int Suppl.* 1997 Jun;59:S90-6.
- [2] Deren O, Bildirici I, Al A. Massive Vulvar edema complicating a diabetic pregnancy. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2000 Dec; 93(2):209-11.
- [3] Hernandez C, Lynn R. Massive antepartum labial edema. *Cutis.* 2010 Sep; 86(3):148-52.
- [4] Vivalis D, Zitzimikas S, Agorastos T, Loufopoulos A, Tsalikis T, Bontis JN. Postparacentesis bilateral massive vulvar edema in a patient with severe ovarian hyperstimulation syndrome. *Fertil Steril.* 2002 Apr;77(4):841-3.
- [5] Finkler NJ, Safon LE, Ryan KJ. Bilateral postpartum vulvar edema associated with maternal death. *Am J Obstet Gynecol* 1987;156:1188—9.