

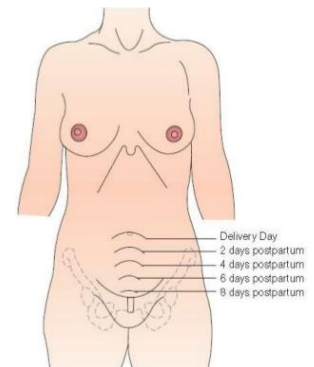
## *Suites de couches*

### Introduction / Définition

- Les suites de couches débutent 2 heures après l'accouchement et se terminent, environ, 6 semaines plus tard par le retour de couches (premières règles après l'accouchement)
- Pendant cette période, les transformations physiques et psychiques de l'organisme maternel, survenues au cours de la grossesse, vont disparaître pour revenir à leur état antérieur
- Les suites de couches sont nommées « immédiates » du 1<sup>er</sup> au 15<sup>e</sup> jour (post-partum immédiat dans les 2 heures suivants l'accouchement puis post-partum secondaire) et « tardives » du 16<sup>e</sup> au 45<sup>e</sup> jour
- Au début de cette phase, l'allaitement se met en route, cette période est à risque de complications infectieuses, hémorragiques, mammaires, thromboemboliques, de troubles physiques et psychiques
- La période des suites de couches en hospitalisation s'est raccourci et, dans les pays développés, le retour précoce à domicile est de plus en plus demandé et proposé aux accouchées

### Physiologie

- **Sur le plan anatomique :**
  - Le corps utérin, après la délivrance immédiatement, a le volume d'un utérus gravide de 4 mois et demi (1500-1700 g) et mesure 20-30 cm, il involue très rapidement pendant les 2 premières semaines puis plus lentement pour ne retrouver son état pré-gravide (70 g et 7-8 cm) au bout de 2 mois
  - La parité, la voie d'accouchement, le poids d'enfant n'ont pas d'influence sur cette involution
  - Le segment inférieur disparaît en 2 jours et s'incorpore dans la zone de jonction corps-col
  - Le col se reconstitue en 1 semaine, il retrouve sa longueur initiale, sa consistance ferme, il est fermé à l'orifice interne, perméable à l'orifice externe jusqu'au 20<sup>e</sup> jour
- **Sur le plan histologique :** l'involution utérine s'explique par la disparition de l'œdème, le retour à la normale de la longueur des fibres musculaires et une dégénérescence des fibres musculaires néoformées
- En l'absence de lactation, la menstruation peut s'observer à partir du 45<sup>e</sup> jour. Le premier et, plus rarement, deuxième cycles qui suivent l'accouchement, sont habituellement anovulatoires et le retour de couches correspond en fait à une hémorragie de privation.
- Si la femme allaite, le retour de couches est décalé avec une phase d'aménorrhée pendant les 4 premiers mois puis des menstruations possibles au-delà même si l'allaitement est poursuivi. En revanche, si l'allaitement n'est pas exclusif ou dès son arrêt, les premières menstruations surviennent dans les six à huit semaines suivantes
- **Glandes mammaires :**
  - Pendant la grossesse, les alvéoles mammaires prolifèrent sous l'action de l'Hormone Lactogène Placentaire (HPL) avec une prolifération intense des canaux galactophores et des acini. ; cependant l'activité sécrétoire est bloquée par les œstrogènes
  - Dès l'accouchement, les cellules alvéolaires s'hypertrophient et se différencient. La réalisation et le maintien de l'allaitement sont sous contrôle hormonale ; la chute des hormones stéroïdiennes gravidiques et la succion fréquente du mamelon vont engendrer une sécrétion de prolactine et d'ocytocine hypophysaires, permettant la production lactée avec dans un premier temps la sécrétion de colostrum



- À partir de 48 heures après la naissance, une congestion mammaire passagère (d'environ 24 heures) correspondant à la galactogenèse de stade II peut s'accompagner d'une élévation transitoire de la température à 38°
- Cette congestion est communément appelée « montée de lait » ; la composition du lait est alors modifiée en lait mature
- **Fonctions urinaires et digestives :**
  - Une crise urinaire est fréquente dans les premiers jours avec une diurèse pouvant atteindre 2-2,5L/24h ; cependant, du fait de l'atonie vésicale et de l'éventuel traumatisme dû à l'accouchement, une possible rétention urinaire doit être recherchée d'autant plus qu'elle est souvent latente et indolore et pourra entraîner une mauvaise rétraction utérine. Elle peut aussi être suscitée par l'anesthésie locorégionale
  - La patiente peut aussi présenter une incontinence urinaire d'autant plus précocement que des signes existaient en fin de grossesse mais celle-ci sera le plus souvent transitoire
  - L'alimentation peut être reprise deux heures après l'accouchement en l'absence de complication. L'appétit est normal voire augmenté en cas d'allaitement
  - La constipation est très fréquente et transitoire ; liée aux facteurs mécaniques et hormonaux de la grossesse et de l'accouchement, elle peut également être corrélée à une peur de pousser en raison de la présence d'une suture périnéale.
  - Une crise hémorroïdaire, favorisée par la constipation et la stase veineuse de la fin de grossesse, est possible en relation, notamment, avec les efforts de poussée développés pendant l'accouchement
- **Etat psychique :**
  - Les variations hormonales importantes, l'épuisement physique occasionné par l'accouchement et le manque de repos favorisent, entre le 3<sup>e</sup> et 5<sup>e</sup> jour du post-partum, à des degrés divers, l'apparition de réactions émotionnelles à type de larmes, irritabilité, troubles du sommeil, de l'appétit, fatigue...
  - Cette déprime transitoire ou « baby blues » concerne 50-70 % des mères et ne doit pas être confondu avec la dépression post-natale qui peut compromettre la santé de la mère et la relation de la mère et de l'enfant
- **Sur le plan radiologique :** l'utérus est augmenté dans tous ces diamètres, il existe une disjonction symphysaire supérieure à 0,6 cm (40%) ou des sacro-iliaques (7%), du sang est souvent présent dans la cavité (60%) voire du gaz (20%) surtout pendant les trois premiers jours
- **Sur le plan échographique :** on peut trouver une ligne hyperéchogène : c'est la ligne de vacuité ; une image anéchogène en cas d'hématométrie
- **Sur le plan hormonal :** les œstrogènes s'effondrent le lendemain de l'accouchement, leur taux va, progressivement, augmenter sous l'influence de la FSH à partir du 25<sup>e</sup> jour si la femme n'allaite pas (vers le 35<sup>e</sup>-45<sup>e</sup> jour en cas de lactation). La prolactine augmente, aussitôt, après l'accouchement (100-150 ng/ml) de façon plus importante si la femme allaite (la succion provoque des pics prolactiniques)
- **Sur le plan biologique :** on assiste à une normalisation progressive et lente (3 mois) des principaux paramètres biologiques modifiés au cours de la grossesse : glycémie et tolérance aux hydrates de carbone et constantes biologiques (triglycérides, cholestérol, lipoprotéines)
  - Concernant la coagulation, il persiste, pendant 2 semaines, une tendance à l'hypercoagulabilité. Le fibrinogène est augmenté (multiplié par deux) et ne retrouve des valeurs normales qu'en 3-4 semaines
  - La protéine C-réactive ne permet pas une surveillance de la pathologie infectieuse des suites de couches puisque l'on assiste à une élévation physiologique pouvant aller jusqu'à un facteur dix
  - Face à ce retour lent aux normes, les bilans de contraception ou autres examens sanguins complémentaires ne devront pas être prescrits avant le 3<sup>e</sup> mois du post-partum



## Surveillance

- **Constantes :**
  - Surveillance quotidienne nécessaire, et suffit pour un post-partum d'accouchement normal et sans pathologie
  - En cas de césarienne, la surveillance est celle d'une chirurgie simple
- **Seins :**
  - **Allaitement maternel :** un examen des seins est nécessaire pour rechercher une anomalie. Au 3<sup>e</sup> jour, la montée laiteuse apparaît
  - **Allaitement artificiel :** la montée laiteuse est bloquée par la prise de Parlodel® (bromocriptine) 2 comprimés/jour répartis en 4 prises, débutée à J1, pendant 3 semaines.
    - Surveillance de la TA
    - Contre indiqué si HTA, pathologie psychiatrique, allergie
    - Un examen des seins est nécessaire pour veiller à l'absence de montée laiteuse
- **Paroi abdominale :**
  - **Utérus :** un palper abdominal permet de surveiller l'involution et la tonicité utérine. L'utérus doit être tonique et indolore. L'involution utérine est progressive :
    - En post-partum immédiat, l'utérus atteint l'ombilic
    - A la fin de la première semaine, il est à mi-chemin entre l'ombilic et le pubis
    - A la fin de la 2<sup>e</sup> semaine, il est pelvien et n'est plus perçu
  - **Tranchées :** sont des contractions utérines douloureuses du post-partum, plus fréquentes chez la multipare, souvent provoquées par les tétées, nécessaires à une bonne involution utérine, soulagées par les antalgiques et des antispasmodiques (anti-inflammatoires ponctuellement surtout si la femme allaite)
  - **Cicatrice de césarienne :** la surveillance de la cicatrice est classique : recherche de zones indurées, inflammatoires, suintantes. Les soins ne diffèrent pas d'une autre intervention, la fermeture de paroi peut être pratiquée par suture ou pose d'agrafes. Les protocoles de service déterminent les modalités de retrait de ces derniers
- **Périnée :**
  - **Cicatrisation d'une épisiotomie ou d'une déchirure :** nécessite une surveillance quotidienne et une hygiène rigoureuse, ni rougeur, ni induration ou tout autre signe inflammatoire ou infectieux. Fils résorbables en points séparés ou surjet intradermique, les légères désunions à la fourchette sont sans gravité. La toilette intime doit être faite quotidiennement au savon, sécher correctement la cicatrice à chaque fois qu'elle se rend aux toilettes pour éviter une macération (sèche-cheveux)
  - **Hémorroïdes :** fréquentes, traitées localement par de la Titanoréine® ou per os par du Daflon
- **Lochies :** sont les métrorragies physiologiques du post-partum, odeur fade et non fétide, métrorragies abondantes de sang non-coagulé pendant les 3 premiers jours, séro-sanglantes au 8<sup>e</sup> jour, puis elles sont de plus en plus rosées et séreuses jusqu'à se tarir. Petit retour de couches possible au bout de 15 jours. Des écoulements sanguinolents peu abondants peuvent également persister parfois pendant plusieurs semaines
- **Système urinaire :** troubles fonctionnels physiologiques les 2 jours qui suivent l'accouchement. Qui régressent par la suite. Rechercher les signes fonctionnels d'une infection urinaire (risques augmentés après l'accouchement car sondages fréquents). Surveiller les mictions et éviter l'apparition de globes vésicaux (surtout les premières heures qui suivent l'accouchement) car les rétentions urinaires favorisent les saignements abondants. Rééducation uro-périnéale à prévoir : 10 séances systématiquement prescrites à la sortie, débutent au moins 6 semaines après l'accouchement par voie basse et 10 après une césarienne. Préviennent également le prolapsus vaginal
- **Toucher vaginal :** effectué par la sage-femme à la sortie ou avant si suspicion endométrite, il a pour but d'évaluer la tonicité des muscles périnéaux, de rechercher une éventuelle compresse oubliée lors l'accouchement, de mobiliser le col utérin et les culs de sacs du vagin à la recherche d'une douleur vive faisant évoquer une infection (endométrite)

- **Membres inférieurs** : la surveillance des membres inférieurs est essentielle dans le dépistage des phlébites (test de Homans (douleur provoquée par la dorsiflexion du pied en cas de phlébite), induration du trajet veineux, douleur, rougeur, chaleur voire œdème d'un mollet, dissociation entre le pouls et la température (pouls plus rapide que ne l'implique la température)). La prévention est essentielle : anticoagulants (Lovenox®) pour les femmes à risques (césariennes, mauvais état veineux, antécédents personnels), lever précoce des femmes césariées, port de bas de contention
- **Système digestif** : les levers précoces préviennent les constipations, fréquentes chez les accouchées, surveiller l'apparition des gaz chez les femmes césariées. Lansoÿl® (suppositoires de glycérine) peut permettre de palier une crainte de se rendre à la selle vis-à-vis de la solidité des sutures (épisiotomie ou césarienne). L'hygiène alimentaire (apport hydrique, fibres) aidera au retour du transit
- **Hémoglobinémie** : fatigue, décoloration des conjonctives. Tardyféron B9® prescrit en cas d'anémie ou systématique en cas d'allaitement. Si anémie plus sévère, traitement intraveineux (Maltofer®, Ferrograd®) ou transfusion
- **Prescriptions** :
  - **Vaccin contre la rubéole** : il est fait systématiquement durant le séjour à la maternité pour toutes les patientes séronégatives pendant la grossesse. Ordonnance à donner à la patiente
  - **Immunoglobulines anti-D** : une injection intraveineuse est effectuée pour les patientes de rhésus négatif dont le nouveau-né est de rhésus positif. Elle a pour but d'éviter une allo-immunisation de la mère.
- **Baby blues** : syndrome dépressif mineur caractérisé par un sentiment d'insuffisance et d'incapacité, la femme doute de ses capacités à être mère. Apparaît au 3<sup>e</sup>-4<sup>e</sup> jour après l'accouchement, non-pathologique si cède rapidement. Anxiolytiques dans la majorité des cas inutiles, le soutien de l'entourage et l'encadrement de l'équipe soignante suffit généralement
- **Soins et petites anomalies du post-partum** : les toilettes du périnée sont réalisées deux fois par jour et après la selle : nettoyage doux du périnée avec un savon dilué, rinçage, séchage avec un linge ou avec un sèche-cheveux, application d'éosine aqueuse à 2% puis application d'une garniture propre changée aussi souvent que nécessaire. Lorsque le périnée est douloureux, on prescrit, même si la femme allaite, un anti-inflammatoire ou un antalgique de niveau 2 pendant 24-48 heures. Les fils de suture de l'épisiotomie, s'ils ne sont pas résorbables, sont enlevés au 4<sup>e</sup>-5<sup>e</sup> jour. Les soins du mamelon sont réguliers si la femme allaite : après chaque tétée, nettoyage soigneux du mamelon d'alcool glycérolé. Le lever doit être précoce, ce qui permet la prévention des complications thromboemboliques, un traitement anticoagulant (en règle générale par héparine de bas poids moléculaire en une seule injection sous-cutanée) n'est débuté que chez les patientes à haut risque thromboembolique (antécédents thromboemboliques, varices importantes, cardiopathies emboligènes ou prothèse, allongement prolongé en cours de grossesse, césarienne et excès pondéral, infection, hémorragie importante en post-partum, âge > 40 ans), il est prolongé pendant 6 semaines et doit comprendre une fois par semaine une numération plaquettaire. La 1<sup>ère</sup> selle est en général émise au 3<sup>e</sup> jour, s'il persiste une constipation, elle est combattue par le lever précoce, une alimentation riche en fibres, des laxatifs doux (Lactulose). L'incontinence anale est rare et résulte d'une déchirure complète du périnée, méconnue ou mal suturée. En cas de persistance, il faut envisager un traitement chirurgical et/ou de la rééducation après un bilan complet. Lorsque l'on a la notion d'une infection urinaire en cours de grossesse ou si la patiente a été sondée à l'accouchement, il faut effectuer un examen cytbactériologique systématique, les antibiotiques (type Amoxicilline) pendant une durée de 7-10 jours ne sont utilisés qu'en cas d'infection patente, en présence de prélèvements bactériologiques positifs ou s'il existe une situation à haut risque infectieux (cardiopathie valvulaire, infection urinaire pendant la grossesse, rupture prématurée des membranes de plus de 24 heures, travail long et fébrile, manœuvres pour l'accouchement ou la délivrance). L'existence de céphalées, parfois en rapport avec l'analgésie péridurale, doit entraîner un repos allongé associé à des traitements symptomatiques

## Suites de couches pathologiques

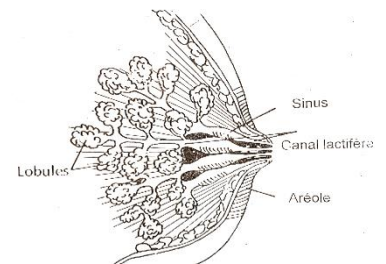
- **Anémie :**
  - **Modérée :** Tardyféron B9® suffit
  - **Hémoglobine < 8 g/dl :** traitement intraveineux nécessaire
  - **Hémoglobine < 7 g/dl :** transfusion proposée.
- **Infections :** il faut avoir à l'esprit que, dans les suites de couches :
  - Toute fièvre n'est pas nécessairement en rapport avec le post-partum
  - Toute fièvre n'est pas d'origine infectieuse (montée laiteuse)
  - En cas d'antibiothérapie, il faut tenir compte d'un éventuel allaitement maternel
  - **Endométrite :** fréquente, apparaît quelques jours après l'accouchement, négligée ou mal traitée, une évolution plus grave est possible en pelvipéritonite, salpingite ou abcès pelvien.
    - **Étiologies :** travail long, rupture prolongée de la poche des eaux, liquide teinté ou méconial, manœuvre obstétricale, césarienne
    - **Clinique :** hyperthermie à 38-38.5°C, lochies abondantes et fétides, douleur pelvienne inconstante, utérus gros, mou et sensible, douleur vive au TV
    - **Traitement :** antibiotiques en IV et Syntocinon®
  - **Infection urinaire :** fréquente, surtout si antécédent pendant la grossesse. Dans ce cas, il est souhaitable de faire un Examen Cyto-Bactériologique des Urines, systématique, 48 h après l'accouchement.
    - **Signes fonctionnels :** masqués par l'accouchement
    - **Signes cliniques :** hyperthermie, frissons, plus évocateurs et la font systématiquement rechercher
  - **Abcès de paroi ou périnéal :** il apparaît au 4-5<sup>e</sup> jour.
    - **Étiologie :** hématome
    - **Clinique :** fébricule ou fièvre modérée, douleur locale parfois vive, tuméfaction, suppuration éventuelle à un point de suture
    - **Traitement :** drainage, ablation des fils pour une épisiotomie, antibiothérapie
- **Complications thromboemboliques :** apparaissent plus fréquemment le 6-12<sup>e</sup> jour (après la sortie)
  - **Étiologies et facteurs de risque :** immobilisation prolongée (Menace d'Accouchement Prématuro), césarienne, mauvais état veineux, coagulopathie, antécédents de phlébite ou d'embolie pulmonaire, âge maternel, obésité
  - **Clinique :** hyperthermie à 38-38.5°C, dissociation pouls/température, signe de Homans positif, œdème rouge, chaud et douloureux d'un mollet
  - **Examens complémentaires :** échographie doppler des membres inférieurs, gaz du sang, ECG, angiographie (scintigraphie non interprétable en post-partum immédiat)
  - **Traitement :** anticoagulants à long terme (AVK contre-indiqués si allaitement maternel)
  - **Diagnostic :** important car engage l'avenir de la patiente sur son mode de contraception (contre-indication définitive aux œstrogènes), sur les prises en charges d'interventions chirurgicales, d'immobilisations prolongées ou de futures grossesses (anticoagulant préventif en anté- et post-natal avec une fenêtre thérapeutique pour l'accouchement)
- **Psychose puerpérale :** manifestation psychiatrique très grave pouvant conduire au suicide et/ou à un infanticide, nécessite une hospitalisation d'urgence en milieu spécialisé. Précédée d'insomnies et d'angoisse, elle apparaît le 5<sup>e</sup>-25<sup>e</sup> jour.
  - **Tableau clinique :** typique, bouffées d'angoisse confusionnelles et délirantes, alternance de phases dépressives et d'excitation
  - **Évolution :** favorable, si le diagnostic est précoce. Le risque de récurrence est très important pour les grossesses ultérieures

## Contraception du post-partum

- Une contraception est proposée à la sortie à toutes les femmes qui le souhaitent.
- L'ovulation peut reprendre dès le 1<sup>er</sup> mois qui suit l'accouchement. La reprise des rapports sexuels est propre à chacune, il n'y a pas de règles. Leur en parler et les conseiller
- **Modes :**
  - **Œstro-progestatifs** : dès le 12<sup>e</sup> jour ou dès l'arrêt du Parlodel®. Contraception de choix pour les femmes qui n'allaitent pas, la même pilule est généralement re-prescrite, si la femme en prenait une avant
  - **Micro-progestatifs** : en cas d'allaitement ou de contre-indication aux œstro-progestatifs (HTA, Diabète Insulino-Dépendant, risque thromboembolique), dès la 3-4 semaine post-partum sans interruption entre les plaquettes, prise à heure fixe, peuvent provoquer de petits saignements.
  - **Stérilet** : 2-3 mois après l'accouchement.
  - **Méthodes locales** (préservatifs, spermicides, ovules) : sont utiles en attendant la pose d'un stérilet par exemple.
  - **Ligatures tubaires** : peuvent être réalisées lors d'une césarienne, avec accord écrit du couple (délai de 4 mois). Elles sont recommandées pour les utérus multi-cicatriciels (> 3) ou en cas de grossesses pathologiques mettant en jeu le pronostic vital maternel

## Allaitement maternel

- **Anatomie du sein** : les parties visibles du sein sont l'aréole et le mamelon.
  - L'aréole est circulaire et pigmentée, elle est constituée de muscles lisses et de glandes de Montgomery. Ces dernières sont odoriférantes et lubrifiantes.
  - Le sein est formé de lobes, divisés en lobules eux-mêmes constitués d'acini. Les acini sont les éléments sécréteurs du lait
  - Le lait est ensuite acheminé par les canaux galactophores vers le mamelon et sort par les pores. Les canaux galactophores sont extensibles
  - Les lobes sont entourés de tissu conjonctif et de graisse
  - Le sein est très vascularisé et contient de nombreux canaux lymphatiques
- **Physiologie de la lactation** : trois étapes sont nécessaires à la mise en place de la lactation :
  - **Mamogénèse** : le développement des glandes mammaires s'effectue à l'adolescence et s'amplifie lors de chaque grossesse. Pendant la grossesse, augmentation du nombre de canaux galactophores et d'acini, le taux de prolactine augmente mais son action est inhibée
  - **Lactogénèse** : phase de sécrétion du lait. Dès la délivrance, la prolactine peut s'exprimer et stimuler la production du lait, c'est l'hypophyse, stimulée par la succion du sein, qui synthétise la prolactine
  - **Galactopoïèse** : Phase d'éjection du lait. L'ocytocine provoque la contraction des cellules musculaires des acini et des canaux galactophores, entraînant ainsi l'éjection du lait. La production de prolactine et d'ocytocine est très influencée par les émotions (stress bloquant alors que pleurs du bébé stimulants). La régulation de la lactation est principalement liée au rythme des tétées : la production du lait va dépendre de leur fréquence et de leur régularité



- **Etapas de la lactation :**
  - **Colostrum** : premier lait, épais, de faible volume, jaune orangé, spécialement adapté aux premiers besoins du nouveau-né et à ses capacités digestives, riche en anticorps, peu chargé en graisses, il se digère très vite (moins d'une heure), et facilite l'évacuation du méconium. Peut être consommé toutes les heures si besoin. La première mise au sein doit être précoce (dans les 2 heures qui suivent la naissance) pour le bon déroulement de la lactation, le rythme du nouveau-né est très anarchique les premiers jours, s'il pleure, il n'a pas obligatoirement faim, il faut mettre le bébé aux 2 seins à chaque tétée. La préoccupation principale des mères est la peur de ne pas assez nourrir leur enfant, de ne pas avoir assez de lait, ou encore qu'il ne boive pas assez riche. Tout ceci est faux, mais beaucoup de mères (et de soignants !) en sont convaincues et demandent un biberon de complément. Il rassure tout le monde, car plus lourd à digérer, le bébé s'endort repu. Ce n'est pas la bonne solution : il contrarie la technique de succion et la stimulation de production du lait.
  - **Montée laiteuse** : survient vers 2<sup>e</sup>-3<sup>e</sup> jour (chute des hormones de grossesse et activation de la prolactine), seins tendus avec une sensation de chaleur, fébricule à 38° passager fréquent, c'est le début de la lactation, le lait est encore clair mais il est déjà plus riche en sucres et graisses, toujours adapté aux capacités digestives du bébé et à ses besoins. La production du lait est plus importante.
  - **Période de croisière** : elle vient vers le 15<sup>e</sup> jour, plus riche en sucres et graisses, la tétée est plus nourrissante, plus longue et moins fréquente. Un seul sein suffit à combler le bébé, bien que la lactation soit bien enclenchée, la production de lait peut varier en quantité, même si les tétées se font à la demande, elles sont régulières (environ 8 par jour).
  - **Sevrage** : période importante et délicate, qui doit s'effectuer en douceur. Il est souvent conditionné par la reprise du travail, doit être progressif : remplacer d'abord une tétée par un biberon en milieu de journée puis un 2<sup>e</sup>..., en évitant de supprimer 2 tétées successives (conserver le plus longtemps possible la tétée du soir). La production de lait se régule d'elle-même si le sevrage est progressif
- **Bienfaits de l'allaitement** : digestion, rôle immunitaire, apports d'éléments essentiels à une bonne croissance
- **Hygiène de vie :**
  - **Conseil vestimentaire** : soutien-gorge adapté, sans armatures, même la nuit.
  - **Hygiène** : inutile de nettoyer le bout de sein avant chaque tétée, le lavage des mains est indispensable, le mamelon doit être séché et maintenu bien au sec après chaque tétée, avec un coussinet pour éviter les macérations, facteurs de crevasses.
  - **Alimentation** : nourriture équilibrée, certains aliments donnent du goût (chou, artichaut, asperges, épices), ils ne sont pas pour autant interdits si le bébé apprécie, boissons alcoolisées et excitantes à proscrire, boire beaucoup d'eau pour favoriser la montée laiteuse. En cas d'engorgement, on conseillera une restriction hydrique
  - **Position de mise au sein (+++)** : bonne position indispensable au bon déroulement de la tétée, confortable pour la mère (allongée ou assise) comme pour l'enfant, il faut amener le bébé au sein et non l'inverse. Le bébé doit être placé face au ventre de sa mère (ventre contre ventre), sa bouche bien face à l'aréole, sa tête dans l'alignement de son corps, sinon il aura du mal à avaler, il doit attraper le sein bouche grande ouverte pour prendre l'ensemble de l'aréole, le mamelon est ainsi collé au palais. La langue du bébé, collée sous l'aréole effectue un mouvement horizontal en 2 temps : avancée directe puis retour ondulant. Le bébé a son menton et son nez collés sur le sein : c'est le réflexe de fouissement. Il n'y a pas de risque pour sa respiration, quand la mise au sein est correcte, il n'y a pas de problèmes de mamelons douloureux ou de crevasses

- **Complications :**

- **Crevasses** : apparaissent dès les premiers jours, sous forme de fissures ou d'ulcérations, entraînant parfois des saignements, très douloureuses (souvent à l'origine d'une demande d'arrêt de l'allaitement), favorisées par les tétées prolongées, un mamelon court et ombiliqué, une mauvaise position du bébé ou par un manque d'hygiène. Conseils préventifs essentiels (application de crèmes, positions) pour éviter leur apparition
- **Engorgement mammaire** : dû à une mauvaise vidange des seins qui deviennent durs, douloureux et tendus. On peut observer une fébricule.
  - **Traitement** : douches chaudes suivies d'expression manuelle et une restriction hydrique. Si engorgement trop important : injection IM de 2 UI de Syntocinon® possible 1/4 d'heure avant la tétée ou 1g d'aspirine
- **Lymphangite aigüe** : 1<sup>ère</sup> complication des crevasses qui se manifeste par une inflammation sans abcès.
  - **Clinique** : début brutal avec une hyperthermie élevée à 40° et des frissons, sein douloureux avec un placard cutané rouge et une adénopathie axillaire.
  - **Traitement** : application de compresses alcoolisées avec parfois une antibiothérapie
  - L'allaitement peut être maintenu
- **Galactophorite** : abcès du sein non collecté
  - **Clinique** : hyperthermie à 38-39°C, douleur unilatérale permanente, sein tendu avec une masse mal limitée. A l'expression du mamelon, du pus tache la compresse. Une antibiothérapie est nécessaire (Rovamycine® souvent employée).
  - Allaitement poursuivi avec l'autre sein dès que température < 38°. Le lait est tiré et jeté du côté du sein atteint
- **Abcès collecté** :
  - **Clinique** : température oscillante, douleur pulsatile, localement, un noyau dur est palpé
  - **Traitement** : chirurgical et l'allaitement interrompu

## Conclusion

La période de suite de couche est très importante pour détecter les anomalies, faire le dépistage et donner de conseils