

### Suites de couche normales et pathologiques

si la femme allaite, le retour de couches n'est décalé avec une phase d'immaturité pendant les 4 premiers mois puis des menstruations possibles au delà de 6 semaines si l'allaitement est poursuivi

#### I. Introduction :

Période allant de l'accouchement jusqu'au retour de couches

C'est une période à risque de complications

Nécessite une surveillance attentive de la patiente +++

#### II. Physiologie du post partum :

**Involution utérine** : l'utérus diminue de taille jusqu'à reprendre ses dimensions et caractéristiques habituelles en environ 2 mois

**Sphère génitale** : reprise de dimension normale, cicatrisation d'éventuelle déchirure vulvo-vaginale ou d'une épisiotomie.

Récupération de la tonicité du périnée et cicatrisation si lésion

**Glande mammaire** : montée laiteuse dans les 3 premiers jours suivant l'accouchement

**Cycle menstruel** : en absence d'allaitement, l'ovulation entre 25 et 45 j du post partum, le retour de couches 6 à 8 après l'accouchement

**Biologique** : l'hypercoagulabilité persiste pendant le premier mois

#### III. Le post partum normal :

##### A. Le post partum immédiat : 1h - 15j

- ✓ 2 premières heures suivant l'accouchement
- ✓ Surveillance rigoureuse et rapprochée en salle de travail pendant au minimum 2h, des constantes hémodynamiques, du globe utérin de sécurité (rétraction utérine en dessous de l'ombilic) et de la miction spontanée (risque de rétention aigue si péridurale ou forceps)
- ✓ Patiente à jeun et perfusée
- ✓ Si allaitement, mise en sein du nouveau-né dans l'heure suivant la naissance

##### B. Hospitalisation en suite de couche : 3 à 5 jours : la période de suites de couches débute 2 heures après l'accouchement et se termine par le retour des menstruations

#### De j1 :

- ✓ Prévention des accidents thromboemboliques par le lever précoce, port de bas de contention, anticoagulation préventive
- ✓ Alimentation
- ✓ Surveillance quotidienne :
  - Pouls, TA, température
  - Globe utérin
  - Lochies : écoulement glairo-sanglant d'origine endo-utérine persistant pendant environ 3 semaines
  - Qualités des mictions et du transit
  - Palpation des mollets
  - Examen des seins et mise en route de l'allaitement
- ✓ Bilan biologique de base : NFS, trouble de l'hémostase
- ✓ Si allaitement artificiel : Bromocriptine pendant 3 semaines (contre indiqué si HTA)
- ✓ Si RH négatif : anti D dans les 72h qui suivent l'accouchement

#### De j2 a j5 :

- ✓ surveillance :
  - Pouls, TA, température
  - Globe utérin
  - Lochies : écoulement glairo-sanglant d'origine endo-utérine persistant pendant environ 3 semaines
  - Qualités des mictions et du transit
  - Palpation des mollets
  - Périnée : cicatrisation d'éventuelles déchirures ou d'une épisiotomie
  - Examen des seins et mise en route de l'allaitement
  - Evaluation de l'état psychique
- ✓ Si sérologie rubéole négative : vaccination de la patiente
- ✓ Montée laiteuse vers le 3 jours : fébricule à 38°
- ✓ Proposer une contraception

**Post partum tardif** : visite du post partum est obligatoire délais de 8 semaines

15j - 45j

La régénération de la muqueuse se termine à 6 semaines (45j) Lors de la reprise de la contraception

Examen clinique, réévaluation de la contraception et Proposer une rééducation périnéale

#### IV. Post partum pathologiques

##### A. Le post partum immédiat et j1 :

- a) Hémorragie de la délivrance : hémorragie d'origine utérine survenant dans les 24 h premières heures suivant la naissance

Les principales étiologies sont : atonie utérine, rétention, trouble de la coagulation, placenta accreta

- b) Infection aigue : chorioamniotite

- c) Rétention aigue d'urine souvent après une anesthésie péridurale

##### B. Période d'hospitalisation en suite de couche

- a) Hémorragie génitale :

- Hémorragie de la délivrance
- Endométrite hémorragique (RPM, absence de prophylaxie perpartum du streptocoque B, manœuvre endométrine, rétention placentaire précoce)

A j 3 du post partum : Syndrôme infectieux + douleur à la mobilisation utérine, lochies nauséabondes et hémorragique, gros utérus mou et douloureux

Risque de complication à type de péritonite pelvienne

Traitement antibiotique adapté + ocytocines

*" souvent infection provenant de la plaie placentaire "*

- b) Infection puerpérale :

- Endométrite aigue
- Infection urinaire (sonde urinaire)
- Complication infectieuse de l'allaitement : galactophorite et abcès du sein
- Infection de la cicatrice d'épisiotomie ou de déchirures périnéales
- Infection de la cicatrice césarienne : abcès

- c) Accidents thromboembolique :

- Thrombose veineuse superficielle : cordon rouge douloureux survenant sur le trajet d'une varice des membres inférieurs
- Thrombose veineuse profonde : risque d'embolie pulmonaire
- Phlébite pelvienne : complique souvent une endométrite
- Prévention : lever précoce, bas de contention, anticoagulant si FDR, dépistage et traitement d'une anémie surajoutée

- d) Troubles psychiques : baby blues, dépression du post partum, psychose puerpérale (10% post partum)

- e) Anémie par carence martiale : dépistage systématique, traitement par du fer pendant 3 mois

- f) Troubles sphinctériens : incontinence rectale, (intérêt de la rééducation périnéale)

- g) Crise hémorroïdaires

- h) Complication de l'allaitement :

##### 1. Crevasse du mamelon : (fissure)

- ✓ Érosion du la mauvaise position du bébé ou une prise du sein incorrecte
- ✓ Ne contre indique pas l'allaitement

##### 2. Engorgement mammaire

- ✓ Congestion mammaire contemporaine de la montée laiteuse
- ✓ Seins douloureux, tendus, exposant aux complications infectieuses
- ✓ Traitement : expression des seins, évaluation de la technique de l'allaitement

Syntocinon 2 à 5 ui

##### 3. Lymphangite ou mastite inflammatoire

- ✓ Ne contre indique pas l'allaitement
- ✓ Tableau clinique : fièvre, douleur mammaire intense, zone inflammatoire douloureuse, il n'y a pas de pus dans le lait
- ✓ Ne contre indique pas l'allaitement
- ✓ Expression du lait est indispensable
- ✓ Traitement anti-inflammatoire, pas d'antibiotique en 1 ère intention

##### 4. La galactophorite ou mastite infectieuse :

- ✓ Arrêt temporaire des tétés jusqu'à guérison,
- ✓ Lait est souillé de pus
- ✓ Traitement antibiotique antistaphylocoque : oxacilline 3 g par jours pendant 10 jours+ antalgique et anti-inflamtoire

5. Abcès du sein :

- ✓ Collection inflammatoire fluctuante, hyperalgique
- ✓ Hospitalisation s'impose et mise à plat de l'abcès
- ✓ Traitement antibiotique associé par voie veineuse

C. Complications du post partum tardive :

1. Complications de l'allaitement
2. Anomalie de cicatrisation
3. Incontinence urinaire
4. Retour de couche hémorragique
5. Aménorrhée du post partum : absence de retour de couches 3 à 5 mois après l'accouchement
  - Syndrôme de Sheehan
  - Nouvelle grossesse
  - Hyperprolactinémie

Conclusion : le post partum est une période à risque de complications parfois sévères, imposant un suivi et surveillance stricte



Examen clinique, réévaluation de la contraception et Proposer une rééducation périnéale

#### IV. Post partum pathologiques

##### A. Le post partum immédiat et j1 :

- a) Hémorragie de la délivrance : hémorragie d'origine utérine survenant dans les 24 h premières heures suivant la naissance

Les principales étiologies sont : atonie utérine, rétention, trouble de la coagulation, placenta accreta

- b) Infection aigue : chorioamniotite

- c) Rétention aigue d'urine souvent après une anesthésie péridurale

##### B. Période d'hospitalisation en suite de couche

- a) Hémorragie génitale :

- Hémorragie de la délivrance
- Endométrite hémorragique (RPM, absence de prophylaxie perpartum du streptocoque B, manœuvre endométrine, rétention placentaire précoce)

A j 3 du post partum : Syndrôme infectieux + douleur à la mobilisation utérine, lochies nauséabondes et hémorragique, gros utérus mou et douloureux

Risque de complication à type de péritonite pelvienne

Traitement antibiotique adapté + ocytocines

*" souvent infection provenant de la plaie placentaire "*

- b) Infection puerpérale :

- Endométrite aigue
- Infection urinaire (sonde urinaire)
- Complication infectieuse de l'allaitement : galactophorite et abcès du sein
- Infection de la cicatrice d'épisiotomie ou de déchirures périnéales
- Infection de la cicatrice césarienne : abcès

- c) Accidents thromboembolique :

- Thrombose veineuse superficielle : cordon rouge douloureux survenant sur le trajet d'une varice des membres inférieurs
- Thrombose veineuse profonde : risque d'embolie pulmonaire
- Phlébite pelvienne : complique souvent une endométrite
- Prévention : lever précoce, bas de contention, anticoagulant si FDR, dépistage et traitement d'une anémie surajoutée

- d) Troubles psychiques : baby blues, dépression du post partum, psychose puerpérale (10% post partum)

- e) Anémie par carence martiale : dépistage systématique, traitement par du fer pendant 3 mois

- f) Troubles sphinctériens : incontinence rectale, (intérêt de la rééducation périnéale)

- g) Crise hémorroïdaires

- h) Complication de l'allaitement :

##### 1. Crevasse du mamelon :

- ✓ Érosion du la mauvaise position du bébé ou une prise du sein incorrecte
- ✓ Ne contre indique pas l'allaitement

##### 2. Engorgement mammaire

- ✓ Congestion mammaire contemporaine de la montée laiteuse
- ✓ Seins douloureux, tendus, exposant aux complications infectieuses
- ✓ Traitement : expression des seins, évaluation de la technique de l'allaitement

Syntocinon 2 à 5 ui

##### 3. Lymphangite ou mastite inflammatoire

- ✓ Ne contre indique pas l'allaitement
- ✓ Tableau clinique : fièvre, douleur mammaire intense, zone inflammatoire douloureuse, il n'y a pas de pus dans le lait
- ✓ Ne contre indique pas l'allaitement
- ✓ Expression du lait est indispensable
- ✓ Traitement anti-inflammatoire, pas d'antibiotique en 1 ère intention

##### 4. La galactophorite ou mastite infectieuse :

- ✓ Arrêt temporaire des tétés jusqu'à guérison,
- ✓ Lait est souillé de pus
- ✓ Traitement antibiotique antistaphylocoque : oxacilline 3 g par jours pendant 10 jours+ antalgique et anti-inflamtoire

5. Abcès du sein :

- ✓ Collection inflammatoire fluctuante, hyperalgique
- ✓ Hospitalisation s'impose et mise à plat de l'abcès
- ✓ Traitement antibiotique associé par voie veineuse

C. Complications du post partum tardive :

1. Complications de l'allaitement
2. Anomalie de cicatrisation
3. Incontinence urinaire
4. Retour de couche hémorragique
5. Aménorrhée du post partum : absence de retour de couches 3 à 5 mois après l'accouchement
  - Syndrôme de Sheehan
  - Nouvelle grossesse
  - Hyperprolactinémie

Conclusion : le post partum est une période à risque de complications parfois sévères, imposant un suivi et surveillance stricte