

Les suites de couche

Dr C. CHELHA
Maitre Assistante en
Gynécologie Obstétrique
Maternité C.H.U.Oran

Plan

Introduction

Suites de couches normales

–Physiologie des suites de couches:

- Aspect anatomique
- Aspect hormonal
- Aspect biologique

–Surveillance des suites de couches:

- Les 2 premières heures (en salle d'accouchement)
- Surveillance clinique
- Soins et conseils
- Examen post-natal

Suites de couches pathologiques

- Infection puerpérale
- Complications mammaires
- Complications thrombo-emboliques
- Anomalie du retour de couches
- Troubles psychiques du post-partum

Points essentiels

I. Introduction

Période qui s'étend de l'accouchement (après la délivrance) jusqu'à la première mensuration (environ 6 semaines)

Marquée par:

– Retour à la normale de l'organisme maternel

– Mise en route du fonctionnement mammaire et de l'allaitement

Suites de couches → bouleversements physiques et psychiques

II. Suites de couches normales

A. Physiologie des suites de couches:

1 * Aspect anatomique:

- Le corps utérin:

En 2 mois → retour à l'état pré gravide

- Le segment inférieur:

Disparaît en 2 jours → isthme utérin

- Le col:

Se constitue en 1 semaine, l'orifice interne se ferme, l'orifice externe reste perméable 20 J

- L'endomètre:

Phénomène de régénération en 4 phases:

- Phase de régression (J1 à J5)

- Phase de cicatrisation (J6 à J25) → Indépendante de la stimulation hormonale
- Phase de prolifération (J25 à J45)
- Phase de reprise du cycle menstruel (le retour des couches)

e. Le vagin:

S'atrophie rapidement, reprend sa trophicité à partir de la stimulation hormonale J25

f. L'hymen:

Dilacéré par le passage du nouveau né et il n'en reste que les vestiges « les caroncules myrtiformes »

g. La vulve:

Reste béante J1, puis reprend sa tonicité et perd son aspect congestif

h. Le périnée:

Retrouve sa tonicité progressivement en fonction de la qualité de l'accouchement, de la réalisation ou non d'une épisiotomie

i. Les glandes mammaires:

La montée laiteuse se produit après 48Heures de l'accouchement sous l'effet de la prolactine et grâce à l'effondrement des stéroïdes sexuels

➔ Pour l'ensemble de l'organisme, le retour à la normale se fait d'une façon progressive et il ne faudra prévoir aucun bilan morphologique avant 3mois

2 * Aspect hormonal:

- **Les œstrogènes:**
S'effondrent le lendemain de l'accouchement
Taux augmente progressivement sous l'influence de la FSH à partir J25
- **La progestérone:**
Baisse pendant les 10 jours après l'accouchement, réapparaît au plus tôt qu'après J40
- **FSH-LH: sont basses**
FSH remonte progressivement J25
LH n'apparaît jamais avant J40
- **La prolactine:**
Augmente aussitôt après l'accouchement
Succion du mamelon → Pics PRL

3 * Aspect biologique:

- **Constantes biologiques:**
Normalisation progressive des principaux paramètres biologiques
- **Coagulation:**
Tendance à l'hypercoagulabilité les 2 premières semaines
Activité fibrinolytique augmente, se normalise en J15
Existe un équilibre précoce entre l'activité fibrinolytique et l'hypercoagulabilité, le déséquilibre peut donner lieu :
 - Soit à une CIVD
 - Soit à des phénomènes de thrombose

B. Surveillance des suites de couches:

Hospitalisation « à 10 jours

Visites post natales (avant et après le retour de couches)

1 * Les 2 premières heures: (en salle d'accouchement)

J1 = dépistage d'une hémorragie +++

Vérifier:

- EG: conscience, pouls, TA, température, conjonctives ...
- Saignement
- Globe utérin de sécurité

2 * Surveillance clinique:

- EG: pouls, TA, température
- Seins, montée laiteuse
- Involution utérine:
 - J1: à l'ombilic
 - J7: à mi chemin entre l'ombilic et la symphyse pubienne
 - J15: situation normale intrapelvienne
- Lochies:
 - Sanglantes: les 3 premières jours
 - Séro-sanguinolantes: J10
 - Séreuses: J15
- Périnée: épisiotomie, déchirure réparée
- Mollets: recherche de phlébite
- Fonction d'évacuation vésicale et rectale

3 * Soins et conseils:

- Autoriser et conseiller l'alimentation maternelle
- Lever précoce de la parturiente (prévenir la maladie thromboembolique)

- Si rhésus négatif: Anti D (72heures)
- Toilette intime
- Soins du périnée
- Soins des seins
- Bloquer la montée laiteuse (Bromocriptine) si nécessaire et lutter contre l'engorgement

4 * Examen post natal:

S'effectue au courant du 2^{ème} mois

Il permet:

- De s'assurer du caractère physiologique des SDC
- De vérifier le retour à l'état normal des voies génitales
- De tester le tonus périnéal (prescription d'une rééducation si besoin)
- De constater la disparition ou la persistance des pathologies révélées par la grossesse (HTA, diabète..)
- De proposer un moyen de contraception

Contraception du post partum:

- PRL → bloque FSH:LH
- Méthode de l'allaitement maternel et d'aménorrhée
- Si allaitement: micro-progestatifs ou méthodes locales
- Si pas allaitement: OP minidosée ou méthodes locales
- A partir du retour des couches: méthode de longue durée
DIU – Injectables – Implants - Pillules

III. Suites de couches Pathologiques

A- Infection puerpérale:

1 * L'endométrite puerpérale:

Point départ habituel des autres complications infectieuses.

→Forme typique:

–Début: souvent précoce, 3 à 5 jours après l'accouchement

–Signes d'appels: Fièvre modérée à 38°C, douleurs pelviennes peu intenses, lochies abondantes et malodorantes

–A l'examen: utérus mal involué avec stagnation de la hauteur utérine et col béant, douleur à la mobilisation utérine, lochies abondantes et malodorantes

–Le diagnostic est clinique

–L'examen bactériologique vaginal a surtout pour but d'identifier le germe en cause pour adapter si besoin le traitement antibiotique.

→Formes atypiques:

–Frustes: décapitées par ATB

–Hémorragiques: tardives (J10-J12)

–Graves : suppurées ou putrides (exceptionnelles)

→Evolution:

–Habituellement favorables sous ATB et utérotoniques (rétraction = lutte contre la dissémination microbienne), anticoagulant si mauvais état veineux.

–Sinon dissémination.

2 * La pelvipéritonite:

(localisée au pelvis) TRT médical ATB possible

3 * Les collections suppurées:

Localisations:

–CDS douglas → abcès du douglas

-Trompe ? Pyo-Salpinx

-Ligament large ? Phlegmon du ligament large

4 * Péritonite généralisée du post-partum:

Tableau chirurgical, fièvre + contracture

5 * Thrombophlébite pelvienne suppurée:

Surinfection d'une thrombose

6 * Septicémie:

Passage systémique Pronostic sombre. Prise en charge en réanimation

B – Complications mammaires:

1 * Crevasses ou fissures du mamelon:

Apparaissant les 1ers jours de l'allaitement

Douleurs vives

Parfois saignement au moment de la tétée

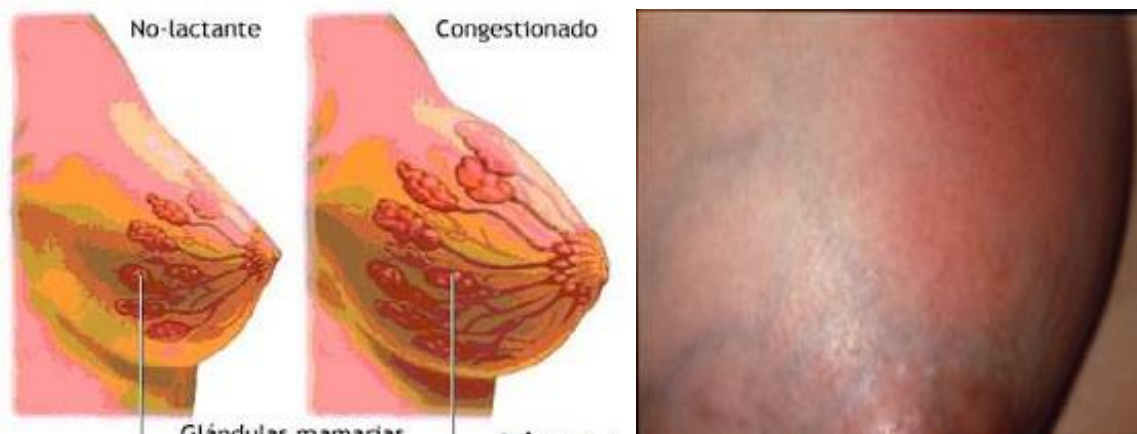
Examen → érosion, fissure ou ulcération du mamelon

TRT: suspendre les tétées + soins locaux + crème adoucissante (pas d'ATB ni d'AINS)

2 * Engorgement mammaire:

Tension douloureuse des seins + fébricule 38,5

TRT : évacuation du lait, injection 2UI syntocinon en IM



3 * Complications septiques:

Favorisées par :

- Un mauvais EG
- Une hygiène déficiente
- L'engorgement mammaire, et les crevasses

a. lymphangite aigue:

Début est brutal, temp à 39-40 avec frissons

Douleurs mammaires unilatérale (exceptionnellement bilatérale)

Placard lymphangitique rouge, chaud et douloureux. Pas de pus à l'écoulement

TRT: anti-inflammatoire

b. Mastite aigue ou abcès du sein:

10 – 15^{ème} jour de l'allaitement

Evolue en 2 phases (de l'ext vers l'int)

→Phase de galactophorite :

sein augmente de volume, ferme, douloureux
expression du mamelon « pus épais »

TRT: arrêt de l'allaitement + ATB + AT inflam

→Phase de mastite aigue (atteinte lobulaire) :

evolution vers la suppuration (collection purulente intra-mammaire)

TRT: drainage + ATB

C- Complications thromboemboliques:

*** Facteurs prédisposants:**

- Déséquilibre physiologique des facteurs de coagulation du Post-Partum
- Varices
- ATCD de phlébite
- Obésité
- Multiparité

*** Facteurs déclenchants:**

- Alitement prolongé (césarienne)
- Traumatisme tissulaire pelvien (grave)
- Hémorragie (PP, Hgie de la délivrance)
- Infection puerpérale

*** Thrombose veineuse superficielle:**

- Elle réalise un cordon induré et douloureux sur le trajet d'une veine superficielle.
- Elle est par elle-même sans danger mais peut être associée à une thrombose veineuse profonde.
- Exploration écho-Doppler systématique.
- Principes thérapeutiques : AT inflam locaux et contention veineuse

*** Thrombose veineuse profonde :**

- Elle expose au risque d'embolie pulmonaire et engage le pronostic vital.
- Début progressif, souvent au cours de la 2^{ème} semaine.

–Signes d’appel: fièvre modérée (37.5 – 38°C) et inconstante, accélération du pouls, douleur unilatérale du mollet, du pli de l’aîne ou sensation de jambe lourde.

–A l’examen bilatéral et comparatif: discret œdème (mesure du périmètre de la jambe), chaleur du mollet, douleur provoquée au niveau du mollet à la palpation profonde et à la dorsiflexion du pied (signe de Homans)

–Au moindre doute, demander une étude écho-doppler des membres inférieurs.

–Principes thérapeutiques: héparine et contention veineuse, relais par antivitamines K après régression de la thrombose, surveillance régulière du bilan de coagulation.

* Phlébite pelvienne:

Elle complique une endométrite. Il faut y penser devant une endométrite sévère et rebelle au traitement antibiotique

Les éléments du diagnostic ne sont pas spécifiques:

Signes urinaires (dysurie, pollakiurie, rétention d’urines), signes intestinaux (ballonnement, ténesme), douleurs d’un paramètre au TV

C’est leur association à l’endométrite qui est évocatrice

Principes thérapeutiques: héparine et ATB

*Complications:

- Extension du caillot
- Embolie pulmonaire.
- Traitement préventif: fondamental+++

–Lever précoce (même en cas de césarienne), mobilisation passive et active des MI

–Si facteurs de risque →HBPM préventive

D- Anomalies du retour de couches:

1 * Retour des couches hémorragiques:

Si hémorragie avec des caillots, éliminer:

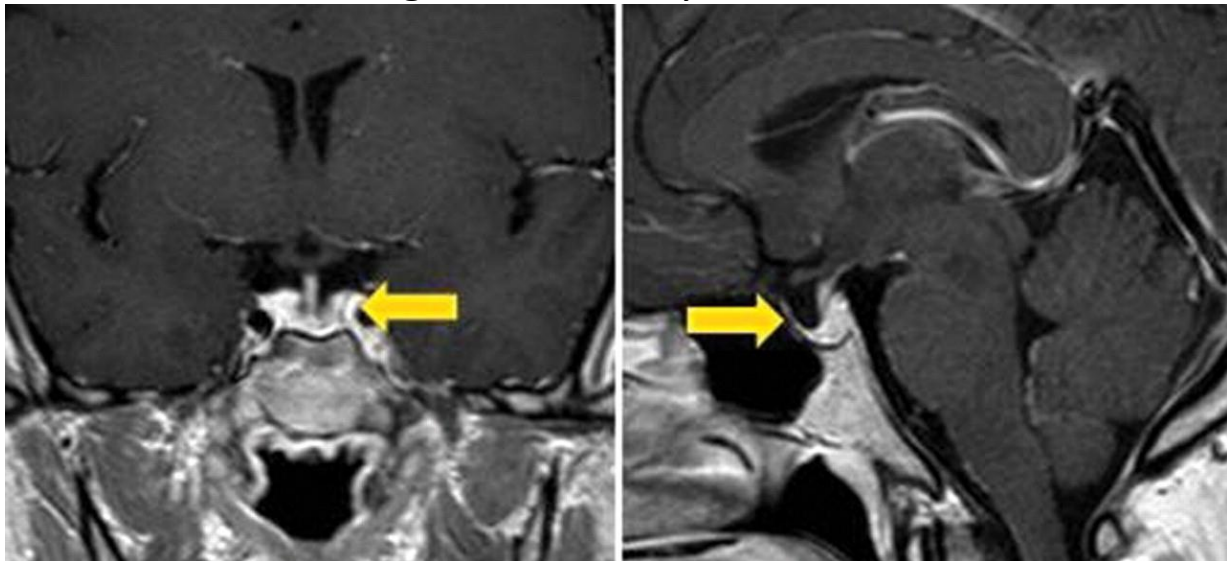
- Une endométrite hémorragique
- Rétention placentaire

Échographie: Atrophie de l'endomètre

2 * Aménorrhée du post-partum:

Est l'absence d règles 3 mois après l'accouchement chez la femme qui n'allait pas et 5mois chez celle qui allaite.

La cause peut être hypophysaire (syndrome de SHEEHAN), ovarienne, nouvelle grossesse ou synéchie utérine.



Syndrome de SHEEHAN

E- Troubles psychiques du post-partum:

1 * Post-partum blues (baby blues):

Syndrome du 3^{ème} jour, fréquent et souvent contemporain de la montée laiteuse, cet état dépressif est transitoire. L'entourage contribue à une évolution favorable de cet état en maternant et rassurant l'accouchée. Il faut cependant préconiser un soutien psychologique si cette dépression persiste

2 * Dépression du post-partum:

Survient entre 15^{ème} et 3 mois

Souvent femme prédisposée: mère célibataire, mauvais soutien du conjoint, manque de satisfaction dans la vie du couple...

3 * Psychose du post-partum (psychose puerpérale):

Survient dans les 15 premiers jours du Post-partum

Grande instabilité de l'humeur (jusqu'aux menaces suicidaires ou infanticide)

Points essentiels

Les principaux éléments de surveillance sont: pouls, TA, température, état général, examen des seins, involution du globe utérin, cicatrisation périnéale, lochies, les membres inférieurs

L'endométrite est la première cause de fièvre du post-partum

Chronologiquement, les manifestations mammaires possibles sont les suivantes: engorgement mammaire (2-3^{ème} J), lymphangite (5-10^{ème} J), galactophorite (10-15^{ème} J)

Les TVP exposent au risque d'embolie pulmonaire et engage le pronostic vital

Principales causes d'hémorragie:

Endométrite hémorragique

Rétention placentaire

Inertie isolée (+ ou -)

Retour de couches hémorragique

Principales causes de fièvre:

L'endométrite

CPC mammaires

Phlébites.