

Suites de couche normales et pathologiques

Dr L.BOUHMAMA



Les objectifs

- 1- Connaitre les principales modifications physiologiques
- 2- Connaitre les éléments de surveillance maternels
- 3- Dépister les complications
- 4- Accompagner la mère et le nouveau-né dans le post-partum

Définition

- C'est la période qui s'étend de l'accouchement jusqu'au premières menstruations ou retour de couches (06 à 08 semaines)

au cours de la quelle des transformations physiologiques de l'organisme maternel survenues pendant l'accouchement vont disparaître et permettre à la mère de retrouver son état non gravide.

Suites de couches physiologiques

1-L'involution utérine:

-Très rapide les 02 premières semaines puis plus lente jusqu'au 2^{ème} mois.

2-La sphère génitale:

o Vagin et vulve: reprise des dimension normales et cicatrisation.

o Périnée: récupère sa tonicité

Suites de couches physiologiques

3- Les lochies:

- C'est un écoulement utérin provenant de la cicatrisation de l'endomètre.

4- La montée laiteuse: (COLOSTRUM)

- Se produit 48 heures après l'accouchement.

5- Le retour de couches:

- C'est la réapparition des premières menstruations 06 à 08 s après l'accouchement.

Surveillance

- Absence d'hémorragie
- Existence d'un bon globe utérin de sécurité
- Absence d'hématome de l'épisiotomie
- la normalité des constantes hémodynamiques
- Débuter l'allaitement précocement (associé a une ↓ de la morbidité néo-natale , meilleur développement cognitif avec réduction de l'incidence du cancer du sein)

Surveillance

- Favoriser le lever précoce ; si césarienne une thromboprophylaxie par des bas anti-thrombose est systématique (société savante française).
- Réalimentation
- Recherche d'une éventuelle rétention urinaire

Soins et petites anomalies du post-partum

- Toilette périnéale biquotidienne/ soins de la plaie si césarienne
- Soins du mamelon après chaque tétée
- Tranchées: fréquentes après 2-3 jours chez les multipares
- Poussées hémorroïdaires aiguës
- Constipation
- Rétention urinaire/ incontinence urinaire
- Anémie du post-partum:
 - Transfusion sanguine si Hb < 7gr/dl
 - Supplémentation martiale orale si Hb >7gr/dl (Fer injectable)
- Sérum anti-D si rhésus négatif

Suites de couches pathologiques



Généralités

- Intérêt
 - Fréquence des pathologies variées
 - Diagnostic précoce des complications
- Pronostic
 - Obstétrical ultérieur (infertilité)
 - Morbidité et mortalité maternelle
- D'où la vigilance de la part de l'obstétricien et de la sage-femme

Généralités

- Les pathologies des suites de couches sont nombreuses, on distingue:
 - Les complications hémorragiques
 - Les complications infectieuses
 - Les complications thrombo-emboliques
 - Les complications liées à l'allaitement
 - Les autres complications

Les complications hémorragiques

1-Immédiates:

- Hémorragie de la délivrance (1^{ère} cause de mortalité maternelle dans le monde)

2-Tardives:

- o Endométrite hémorragique
- o Retour de couches hémorragique
- o Petit retour de couches hémorragique

Hémorragie de la délivrance

- Hémorragie d'origine utérine
 - Apparition dans les 24h suivant la naissance
 - Pertes estimées $> 500\text{mL}$
 - Fr: 5% des accouchements
 - 1^{ère} cause de mortalité maternelle

Étiologies

Atonie utérine	Définition	- Anomalie de la contraction utérine : absence de globe utérin
	Facteurs favorisants	<ul style="list-style-type: none"> - Travail prolongé ou trop rapide - Surdistension utérine : Grossesse multiple Macrosomie et hydramnios - Terrain : âge > 39 ans et multiparité - Utérus fibromateux ou malformé - Anesthésie profonde par halogénés - Hyperthermie - Administration d'ocytocine en <i>per-partum</i>
Rétention placentaire	Définition	- Anomalie de la délivrance
	Totale	- Absence de délivrance dans les 30 minutes : délivrance artificielle
	Partielle	- Rétention de fragments placentaires : révision utérine
Troubles de coagulation	<ul style="list-style-type: none"> - CIVD et fibrinolyse - Situations favorisantes : Prééclampsie et hématome rétro-placentaire Infections graves Embolies amniotiques 	
Inversion utérine	<ul style="list-style-type: none"> - Surface interne de l'utérus extériorisée à la vulve - Réduction immédiate + administration d'ocytociques 	

Prise en charge

URGENCE OBSTETRICALE AVEC PRONOSTIC VITAL ENGAGE		
Conditionnement	<ul style="list-style-type: none"> - Position de Trendelenburg - Pose de 2 voies veineuses périphériques - Monitoring cardio-tensionnel - Système de recueil des saignements - Sondage urinaire 	
Paraclinique	<ul style="list-style-type: none"> - NFS ou Hémocue® : recherche une anémie - Bilan pré-transfusionnel : Groupage ABO – rhésus, RAI Mise en réserve de culots globulaires - Recherche CIVD : TP – TCA, fibrinogène D-Dimères et produits de dégradation de la fibrine (PDF) 	
1^{er} temps	Vacuité utérine	<ul style="list-style-type: none"> - Si hémorragie avant la délivrance : délivrance artificielle - Révision utérine en urgence - Antibioprophylaxie - Analgesie
	Intégrité génitale	<ul style="list-style-type: none"> - Examen sous valve du col et du vagin - Suture des lésions
	Contraction utérine	<ul style="list-style-type: none"> - Perfusion d'ocytociques : ocytocine - Syntocinon® - Massage utérin
	Réanimation maternelle	<ul style="list-style-type: none"> - Remplissage vasculaire par macromolécules - Transfusion de culots globulaires - Transfusion de plasma frais congelé
	Surveillance	<ul style="list-style-type: none"> - Surveillance hémodynamique et des pertes sanguines
2nd temps	<ul style="list-style-type: none"> - En cas d'échec : Recherche et traitement d'un trouble de la coagulation Perfusion de prostaglandines : sulprostone - Nalador® Réanimation médicale continue 	
3^{ème} temps	<ul style="list-style-type: none"> - <u>Radiologie interventionnelle</u> : radioembolisation des artères utérines - <u>Chirurgie</u> : Ligature chirurgicale des artères utérines <li style="text-align: center;">Hystérectomie d'hémostase 	

En résumé

- Urgence vitale : Gr-Rh-RAI
 - Perte de sang > 500mL dans les 24h
 - 2 causes : atonie et rétention
 - DA-RU + examen sous valves ++
 - Ocytociques IV
 - Massage utérin
 - Si échec : prostaglandines
 - Si échec : radioembolisation
 - Si échec : ligature artérielle voire hystérectomie
 - Prévention : délivrance dirigée si facteurs de risque

Hémorragies tardives

Hémorragie génitale précoce	- Hémorragie 24h après l'accouchement : Atonie utérine secondaire Endométrite hémorragique Rétention placentaire partielle
Hémorragie génitale tardive	- Retour de couche hémorragique - 6-8 semaines après l'accouchement

Les infections puerpérales

- Définition:

L'infection qui survient dans les suites de couches et qui a en général pour porte d'entrée les voies génitales, précisément la surface placentaire

Les facteurs favorisants

- ✓ Travail prolongé
- ✓ L'infection amniotique (RPM)
- ✓ Les hémorragies survenues pendant la grossesse, le travail ou la délivrance
- ✓ Rétention d'un fragment placentaire
- ✓ Déchirures , épisiotomie et leur infection secondaire
- ✓ Manœuvre endo-utérine sans asepsie
- ✓ Germe en cause (streptocoque)

Endométrite aiguë

Endométrite aiguë J ₂ -J ₃	Clinique	<ul style="list-style-type: none">- Syndrome infectieux- Gros utérus mou- Douleurs spontanément et à la mobilisation- Lochies nauséabondes +/- hémorragiques
	Facteurs de risque	<ul style="list-style-type: none">- Rupture prématurée des membranes- Absence d'antibioprophylaxie pour le streptocoque B
	Paraclinique	<ul style="list-style-type: none">- Le diagnostic est clinique- Etiologie : Prélèvements bactériologiques des lochies Hémocultures aéro-anaérobies
	Traitement	<ul style="list-style-type: none">- Antibiothérapie : amoxicilline + acide clavulanique- Ocytocine – Syntocynon® : favorise la rétraction utérine
	Surveillance	<ul style="list-style-type: none">- Température- Hauteur, tonicité et sensibilité utérine- Aspect des lochies

Endométrite aiguë

- Autres formes
 - Forme hémorragique = association de métrorragies + syndrome infectieux local et général.
 - Paramérite.
 - Infection atteignant le tissu cellulaire situé latéralement (ligament large) se manifeste par:
 - Signes généraux d'endométrite
 - Signes fonctionnels (dysurie, constipation)
 - TV: empâtement latéro-utérin dur douloureux, l'utérus est fixé, douloureux à la mobilisation
 - L'évolution peut se faire vers un abcès du ligament large

Autres complications infectieuses

Infections urinaires	<ul style="list-style-type: none">- Fréquentes en post-partum- Favorisées par les sondages répétés en salle de travail
Streptocoque A	<ul style="list-style-type: none">- Rare, infection à <i>Streptococcus pyogenes</i>, portage oro-pharyngée- Grave : Décès maternel par choc avec défaillance multiviscérale- Clinique : infection du post-partum d'aggravation rapide- Prévention : port du masque en salle de travail
Autres	<ul style="list-style-type: none">- Complications thromboemboliques- Anomalies de cicatrisation de la césarienne ou de l'épisiotomie- Complications de l'allaitement

Complications thromboemboliques

Complications thrombo-emboliques

- Le post-partum est une période à haut risque de complications thromboemboliques
- Etat d'hypercoagulabilité pendant 6 semaines
- Facteurs favorisants :
 - Age > 40 ans
 - Varices et mauvais état veineux des MI
 - Anémie
 - Endométrite

Les complications thromboemboliques

Thrombose veineuse superficielles	<ul style="list-style-type: none">- Cordon rouge, chaud et douloureux sur une varice des MI- Echo-doppler des membres inférieurs Vérifie l'extension à la crosse de la saphène Absence d'atteinte du réseau veineux profond
Thrombose veineuse profonde	<ul style="list-style-type: none">- 0,9% des grossesses- Risque augmenté en cas de césarienne- Echo-doppler des membres inférieurs : incompressibilité de la veine
Phlébite pelvienne	<ul style="list-style-type: none">- Complique souvent une endométrite- Douleur pelvienne importante- Signes fonctionnels urinaires et rectaux (ténésme, épreinte)- Palpation du cordon dur et douloureux au toucher vaginal
Risque d'embolie pulmonaire	

Prise en charge

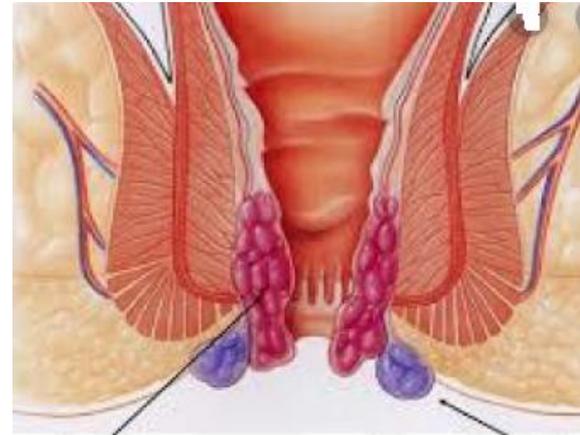
➤ Thrombose veineuse :

- contention veineuse,
- anti- inflammatoires,
- héparinothérapie à dose curative puis éventuel relais par antivitamine-K (contre-indiquant l'allaitement).
- Bilan étiologique à réaliser à la recherche d'une thrombophilie.
- Contraception oestro-progestative contre-indiquée

➤ Thrombophlébite pelvienne : Antibiothérapie adaptée aux germes associée à une héparinothérapie à dose curative

Autres complications thromboemboliques

- Thrombose hémorroïdaire: (Incision ou veinotoniques pendant 48h)



- Thromboses veineuses cérébrales (Le diagnostic repose sur l'imagerie IRM ou AngioTDM veineux Traitement repose sur Héparine puis relais par antiviatamines K (AVK) pendant 6 mois).

Complications de l'allaitement

Engorgement mammaire

- Complication **aseptique** de l'allaitement, Contemporain de la montée laiteuse
- conséquence d'un asynchronisme entre la lactogénèse, déjà opérationnelle, et les mécanismes d'éjection du lait, encore inefficaces
- Clinique :
 - Les seins sont durs, tendus, très douloureux
 - La femme se plaint de douleurs et tensions mammaires bilatérales



Engorgement mammaire

- Traitement :
 - Massages mammaires associés à des douches chaudes.
 - Des topiques locaux (huile d'amande douce +/- « bouts de seins»)
 - injection de Syntocinon* à 20 minutes avant la tétée est possible pour faciliter l'éjection du lait.
 - rassurer la femme=>L'engorgement est banal et régresse en 24 à 48 heures.

Crevasse du mamelon

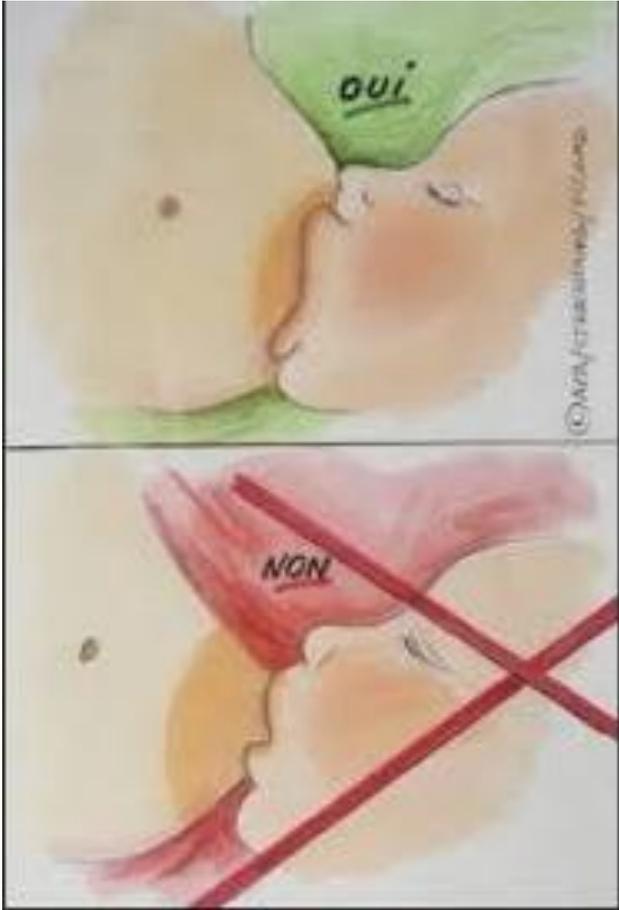
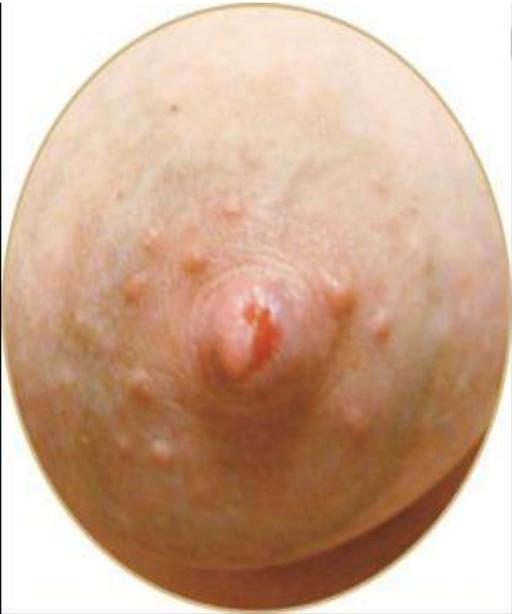


- petites brèches de la peau situées au niveau des mamelons.
- Elles apparaissent essentiellement lors des 1^{er} jours de l'allaitement.
- sont dues à une mauvaise position du bébé par rapport à l'aréole (85 %) ou à un problème de succion (15 %) par exemple, un frein de langue trop court ou un bébé ne sachant pas placer sa langue.

Crevasse du mamelon

- Diagnostic clinique : Douleurs centrées sur le mamelon, rendant la tétée très douloureuse , absence de fièvre (sauf si lymphangite associée) ; érosion superficielle du mamelon. Un léger écoulement de sang lors de l'allaitement est possible.
- Traitement : Les conseils de rectification de la prise du sein, des soins d'hygiène ainsi que la pose d'une goutte de lait maternel, aux vertus cicatrisantes, après la tétée, permettent souvent un retour à la normale.
- En cas de douleurs trop importantes, la mère peut utiliser des petits bouts de sein en silicone

Crevasse



Lymphangite mammaire

- inflammation du réseau lymphatique superficiel secondaire à une crevasse.
- Début brutal entre le 5^{ème} et le 10^{ème} jour et fait souvent suite à un engorgement mammaire
- Symptômes : hyperthermie à 39-40 °C et des douleurs mammaires violentes, unilatérales.

Lymphangite mammaire

- Diagnostic clinique :
- Placard rouge, chaud, douloureux du sein avec parfois une traînée rosâtre vers l'aisselle et une adénopathie axillaire douloureuse.
- Le lait recueilli sur une compresse propre, sans pus (signe de Budin négatif).
- Traitement : hygiène rigoureuse, antalgiques de niveau I (paracétamol) +/- associés à des anti-inflammatoires 24-48h.
- NB : ne pas arrêter l'allaitement.



Galactophorite

- l'inflammation d'un ou plusieurs canaux galactophores qui peut être aiguë avec rougeur et sensibilité du mamelon.
- Clinique
 - Généralement apparait dans les suites d'une lymphangite vers le 10^{ème} ou 15^{ème} jour du postpartum.
 - Le début est progressif avec une fièvre modérée à 38,5 °C et des douleurs mammaires unilatérales.
- Diagnostic :
 - Sein douloureux dans son ensemble,
 - Le lait recueilli sur une compresse est souillé de pus (signe de BUDIN positif).
 - ECB et la mise en culture de ce lait sont généralement positifs +++ au staphylocoque auréus
- Traitement :
 - Arrêt de l'allaitement, le lait doit être tiré et jeté jusqu'à la guérison
 - Antibiothérapie selon les résultats du bilan bactériologique

Abcès mammaire

- collection de pus qui se crée dans le sein.
- Les douleurs mammaires sont pulsatiles et insomniantes.
- Il existe souvent une hyperthermie

- 02 phases cliniques

- Au stade d'abcès non collecté :

- dans les suites d'une galactophorite, Sein rouge, douloureux avec œdème mais sans masse réelle et fluctuante. Etat général altéré et fièvre élevée.

- Au stade de collection :

Masse, rouge, chaude, fluctuante, rénitente, douloureuse, sein +/- douloureux avec des adénopathies satellites douloureuses, Hyperthermie modérée ou élevée, Altération de l'état général parfois

- Traitement

- Au stade initial : antibiothérapie et pansement alcoolisé ou chaud

- Au stade d'abcès : Incision, nettoyage et drainage chirurgical, ATB et arrêt temporaire de l'allaitement



Troubles psychologiques du post-partum



Baby-blues



- une affection banale, fréquente, la prévalence est estimée à 30 à 75 %.
- Les symptômes caractéristiques: une labilité de l'humeur, de l'irritabilité, de l'anxiété généralisée, Troubles de l'appétit et du sommeil.
- Evolution et traitement :
 - Le baby blues est limité dans le temps et est assez bénin.
 - Les symptômes apparaissent au 4^{ème} jour suivant la naissance et il y a rémission lors du 9^{ème} jour.
 - La survenue du baby blues n'est pas corrélée avec une psychopathologie sous-jacente de la maman.
 - **donc pas de traitement particulier.**
- Si ces symptômes persistent plus de 02 semaines après la naissance, il faut se poser la question du diagnostic d'un trouble dépressif caractérisé, en particulier chez des femmes ayant présenté, précédemment, des troubles affectifs.

Dépression du post-partum

- assez commune
- concerne 5 à 10% des mères.
- Les symptômes sont semblables à ceux d'un épisode dépressif majeur survenant hors contexte de grossesse.
- Les troubles sont +/- marqué apparaissent tardivement dans le post-partum (1^{er} mois).
 - troubles de l'humeur, ralentissement psychomoteur ou irritation, asthénie et troubles du sommeil.
 - Peut entraîner des conséquences sur la relation mère-enfant (irritation, désintéressement ou désinvestissement, manque d'affection) avec risque de troubles graves du développement de l'enfant.

Psychose du post-partum

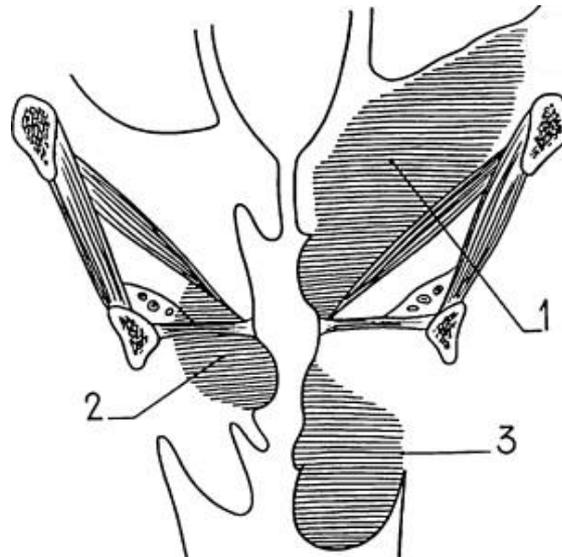
- C'est une complication rare (1 à 3 pour 1 000),
 - Le tableau est différent selon la symptomatologie psychiatrique prédominante.
- La psychose délirante aiguë
- Le début est souvent brutal dans les 1^{er} jours du post-partum,
 - La psychose est centrée sur l'enfant, avec déni de filiation, déni de l'accouchement, et du lien à l'enfant. risque d'agressivité élevé
 - Traitement :
 - Parfois transfert en milieu spécialisé (éventuellement sous la contrainte), La séparation mère-enfant doit être la plus transitoire possible,
 - Traitement neuroleptique.
- L'accès maniaque puerpéral et l'accès dépressif majeur : Les symptômes sont centrés autour de troubles de l'humeur

Autres

- Syndrome d'Olgivie appelé également colectasie aiguë idiopathique: c'est une pseudo-occlusion colique aigue sans obstruction mécanique (ou iléus paralytique)
- apparait vers le 2-3^{ème} jour post-césarienne. La constipation chronique est un facteur de risque
- Traitement
 - Arrêt de l'alimentation
 - Sonde naso-gastrique en aspiration douce +/- sonde rectale
 - Correction d'éventuels troubles hydro-électrolytiques
 - Neostigmine en IV si pas de CI et/ou colo-exsufflation

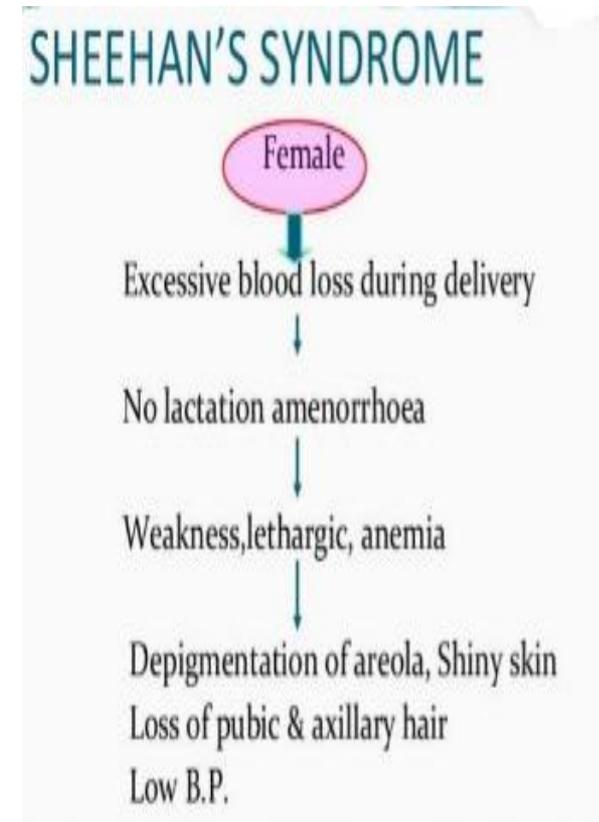
Autres

- Troubles sphinctériens à re contrôler 6-8 sa => rééducation
- Le thrombus vaginal est un hématome des tissus cellulaires de la vulve, du vagin ou du paramètre dû à une déchirure veineuse. Il existe 03 niveaux : périnée, vagin et pelvis



Autres

- Rétention vésicale surtout en cas d'extraction instrumentale
- Syndrome de Sheehan: nécrose ischémique de l'hypophyse secondaire à une hémorragie grave du post-partum avec chute importante de la pression artérielle



Education sanitaire/ conseils et prescriptions

- Les bains sont proscrits alors que les douches sont autorisées.
- Les rapports sexuels sont autorisés après 04 semaines.
- Perte de poids progressive.
- Dépister et traiter précocement l'ictère et l'infection néonatale ainsi que la luxation congénitale de la hanche.
- Nouvelles recommandations: l'hypothyroïdie congénitale, drépanocytose , mucoviscidose et la surdité permanente néonatale.

Education sanitaire/ conseils et prescriptions

- Contraception:
 - L'allaitement maternel: méthode MAMA jusqu'à 06 mois
 - En cas d'allaitement: Pilule micro-progestative
 - En absence d'allaitement: pilule oestroprogestative à partir de 21 j.

Consultation post natale

- Réaliser dans les 06 à 08 semaines qui suivent l'accouchement
- clôturer le suivi de grossesse
- a pour objectif d'identifier les séquelles et conséquences, de rechercher les facteurs de risque pour une grossesse ultérieure et d'orienter les patientes vers des consultations spécialisées (si > de 03 mois).

Consultation post natale

- Vaccination: ayant comme objectif de prévenir la contamination de l'enfant, en protégeant la mère de l'infection (exp: grippe saisonnière).
- Rééducation périnéale:
 - n'est pas systématique chez les femmes asymptomatiques
 - Recommandée pour traiter l'incontinence anale et l'incontinence urinaire au-delà de 03 mois.

Conclusion

- La prévention des complications est possible par le dépistage des facteurs de risque pendant l'accouchement et le post-partum.
- Ce dernier constitue une occasion unique d'aborder la santé physique, psychique et sociale des femmes et de leurs enfants