

Suites de couche normales et pathologiques

Dr I.Brahmia

Objectifs du cours

- Diagnostiquer les principales complications : infectieuses, hémorragiques et thromboemboliques
- Indiquer une thérapeutique adéquate

Plan

Introduction

Physiologie des suites de couches

Éléments de surveillance

Suites de couches pathologiques

Conclusion

INTRODUCTION

- Introduction/définition :

La période des suites de couches débute 2 h après l'accouchement et se termine par le retour de couches (retour des menstruations), environ 6 semaines plus tard (40 jours)

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.

INTRODUCTION

- Cette période est à risque de complications infectieuses, hémorragiques, mammaires, thromboemboliques, de troubles physiques et psychiques.
- Les pathologies les plus fréquentes sont:
 - Utérines (endométrite, hémorragies),
 - Mammaires (engorgement, lymphangite, galactophorite, abcès)
 - Urinaires (infections)
 - Veineuses (thrombophlébite des membres inférieurs ou pelvienne)
 - Cicatricielles (surinfection et désunion de la cicatrice d'épisiotomie ou de césarienne)

Physiologie des suites de couches

- Anatomie/clinique

Le corps utérin immédiatement après la délivrance a le volume d'un utérus gravide de 4 mois et demi, Il involue très rapidement pendant les 2 premières semaines, puis plus lentement pour retrouver un état antérieur au bout de 2 mois.

Le col se reconstitue en 1 semaine : il retrouve sa longueur initiale, sa consistance ferme, orifice interne fermé, allongé.

L'endomètre : subit plusieurs modifications avec reprise éventuelle des menstruations après 45 jours , une ovulation est possible vers le 40 ème jour .

Le vagin s'atrophie rapidement, perdant la moitié de ses couches cellulaires ; il ne reprend sa trophicité qu'à partir de la stimulation hormonale du vingt-cinquième jour (en l'absence d'allaitement).

- Vulve et périnée reprennent leur tonicité progressivement .
- Les glandes mammaires ont subi tout au long de la grossesse une hypertrophie avec développement des canaux galacto- phores (estrogènes) et des acini (progestérone) ; la montée laiteuse se produit 48 heures après l'accouchement sous l'effet de la prolactine (PRL)

- Biologie

Les estrogènes s'effondrent le lendemain de l'accouchement.

La progestérone baisse pendant les 10 jours suivant l'accouchement

La PRL augmente aussitôt après l'accouchement de façon plus importante si la femme allaite

Normalisation progressive et lente (3 mois) : glycémie, triglycérides, cholestérol, lipoprotéines.

Concernant la coagulation, il persiste pendant 2 semaines une tendance à l'hypercoagulabilité : les paramètres se normalisent au bout de 3 à 4 semaines

Surveillance des suites de couches

Les principaux éléments cliniques qu'il convient de surveiller sont :

- Pouls, TA, température, état général, douleur ;
- Les seins : tension, douleur, crevasses ;
- L'involution du globe utérin : hauteur et consistance de l'utérus ;
- La cicatrisation périnéale ;
- Les lochies (écoulement vaginal sanglant du post-partum) : abondance, aspect, odeur ;
- Les membres inférieurs : recherche de signes de phlébite ;
- L'appareil urinaire : signes fonctionnels, aspect des urines ;
- Après une césarienne : cicatrice, douleur, reprise du transit, mictions et couleur des urines.

- **Soins et petites anomalies du post-partum**

Les toilettes du périnée sont réalisées deux fois par jour

Les soins du mamelon sont réguliers si la femme allaite

Le lever doit être précoce, ce qui permet la prévention des complications thromboemboliques.

Les tranchées:contractions utérines intermittentes et doulou- reuses du post-partum s'accompagnant d'écoulement sanguin ou de caillots, sont fréquentes dans les 2 ou 3 premiers jours

Une poussée hémorroïdaire aiguë, très douloureuse, est souvent présente après l'accouchement.

- la température peut s'élever jusqu'à 38 °C dans les premières 24 heures, sans que cela ne soit pathologique.
- L'allaitement maternel est débuté précocement, dans l'heure suivant la naissance. La réalimentation maternelle peut être débutée
- Le principal risque étant l'hémorragie ; faire lever la patiente précocement dans les 8 heures après l'accouchement, et vérifier si elle a pu uriner. En cas de rétention, fréquente après un accouchement difficile, il faut effectuer un sondage évacuateur.

- Lorsque la patiente est de groupe Rhésus négatif et que son enfant est Rhésus positif, on effectue une injection intraveineuse de gammaglobulines anti-D
- Choisir une contraception adaptée

Retour de couches

- Il marque la fin des suites de couches.
- Il s'agit du retour des premières règles après l'accouchement
- Le retour de couches en l'absence d'allaitement survient entre 6 à 8 semaines après l'accouchement.
- Chez la femme qui allaite, le retour de couches est souvent retardé. Il peut se faire avant ou après l'arrêt de l'allaitement

Suites de couches pathologiques

- Complications infectieuses :

Complications spécifiques à l'allaitement :

- Mastite : inflammation due à l'engorgement mammaire == vider le sein
- Lymphangite
- Gamactophorite
- Abscès : fièvre ou non === antibiothérapie, ponction voire drainage chirurgical

Endométrite :

C'est la première cause de fièvre du post-partum.

Le diagnostic est clinique

- Facteurs favorisants : rupture prématurée des membranes, manœuvres endo-utérines (délivrance artificielle, révision utérine), chorioamniotite, rétention placentaire.
- 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 (fétides), parfois hémorragiques.
- Examen clinique : utérus mal involué, douleur à la mobilisation utérine, lochies abondantes et malodorantes.

- Echographie à la recherche d'une rétention placentaire
- Hospitalisation
- Antibiothérapie probabiliste , Elle est intraveineuse au début avec un relais per os après normalisation de la température, adaptée secondairement aux résultats de l'ECB vaginal pendant 5 à 10 jours
- Surveillance

Infection urinaire : Pyélonéphrite aigue :

Fièvre , douleur ,

Antibiothérapie

Anomalie de la cicatrisation (infection du site opératoire)

- Complications hémorragiques:

- Hémorragie précoce : inertie utérine,rétention placentaire ,

- Hémorragie tardive : endométrite hémorragique , retour de couche hémorragique

- Complications thromboemboliques

Thrombophlébite des membres inférieurs et pelviennes

Merçi

