



Suites de couches : normales et pathologiques

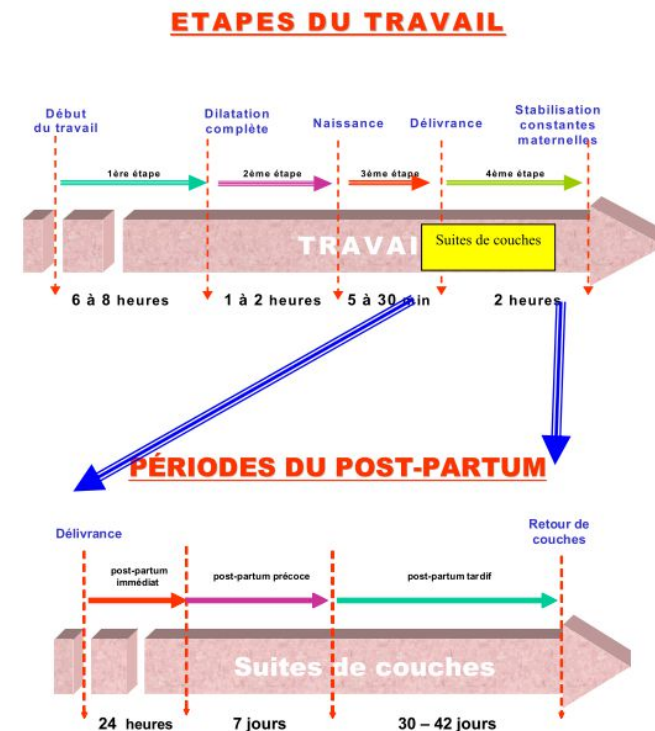
Pr. R. BENHABIB
Service de Gynécologie- Obstétrique
EHS « Mère-Enfant » - Tlemcen
Faculté de Médecine de Tlemcen

Introduction/ Définition

- Période qui s'étend de l'accouchement (après la délivrance) jusqu'à la première menstruation
- marquée par :
 - retour à la normale de l'organisme maternel
 - mise en route du fonctionnement mammaire et de l'allaitement.

Objectifs

- Connaître la période des suites de couches
- Connaître les modifications anatomiques biologiques et hormonales de la période des suites de couches.
- Connaître les éléments de surveillance de la période des suites de couches.
- Savoir dépister et diagnostiquer les complications de la période des suites de couches.



- suites de couches → bouleversements physiques et psychiques.
- **Risque de complications :**
 - Infectieuses
 - Mammaires
 - Thromboemboliques
 - Endocriniennes
 - Psychiatriques de la mère

Suites de couches normales

A. Physiologie des suites de couches¹

1. Aspect anatomique :

- a. Corps utérin:** immédiatement après la délivrance, le corps utérin a :
- o Volume = utérus gravide de 4 mois et demi.
 - o Pèse : 1500 à 1700 g (alors que normalement il pèse 50 à 70 g)
 - o Mesure : 20 à 30 cm
 - En 2 mois → retour à l'état pré gravide : (70 g, 7 à 8 cm)
- b. Le segment inférieur** (entre corps et col)
- disparaît en 2 jours → isthme utérin
- c. Le col :** se constitue en 1 semaine, il retrouve :
- o sa longueur de 1,5 à 2 cm
 - o consistance ferme
 - o orifice interne se ferme
 - o orifice externe reste perméable → 20 j

A. Physiologie des suites de couches²

- d. La muqueuse utérine +++ :** phénomène de régénération → **4 phases :**
- o **Phase de régression** (J1 à J5)
 - ☑ la paroi est recouverte d'un enduit fibrineux
 - o **Phase de cicatrisation** (J6 à J 25)
 - ☑ indépendante de la stimulation hormonale
 - ☑ l'épithélium de surface est complètement reconstitué sous l'effet d'une prolifération anarchique cicatricielle banale
 - NB : la grossesse est alors impossible avant le 25^{ème} jour du post partum*
 - o **Phase de prolifération** : (J25 à J45)
 - ☑ sous l'effet de la stimulation œstrogénique l'endomètre présente un aspect normal de la phase folliculaire
 - o **Phase de reprise du cycle menstruel** (le retour des couches)
 - ☑ vers 45^{ème} jour si la femme n'allait pas
 - ☑ vers le 6^{ème} mois si la femme allaite
 - ☑ vers le 30^{ème} jour si blocage de la montée laiteuse

A. Physiologie des suites de couches³

- e. Le vagin** : - s'atrophie rapidement
- reprend sa trophicité à partir de la stimulation hormonale du 25^{ème} jour
- f. Hymen** : - dilacéré par le passage du nouveau-né et il n'en reste que les vestiges : « les caroncules myrtiformes »
- g. La vulve** : reste béante le 1^{er} jour, 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 48 heures de l'accouchement sous l'effet de la PRL 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 3 mois.

A. Physiologie des suites de couches⁴

2. Aspect hormonal :

a. Les œstrogènes

- s'effondrent le lendemain de l'accouchement
- taux augmente progressivement sous l'influence de la FSH :
 - A partir du 25^{ème} jour si la femme n'allait pas
 - Vers le 35-45^{ème} jour en cas de lactation

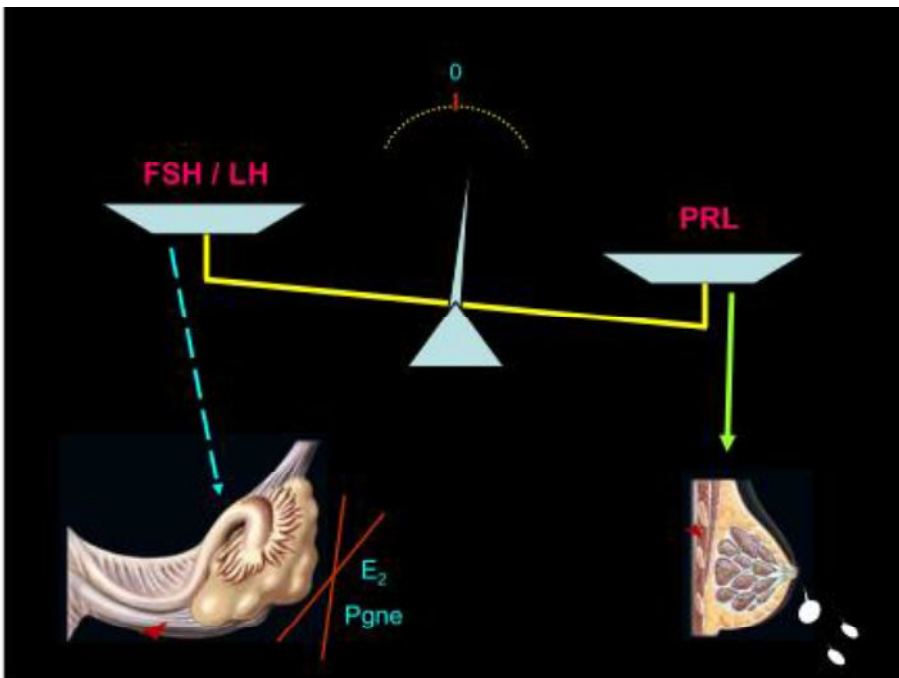
b. La progestérone : baisse pdt les 10 jours après l'accouchement et ne réapparaît au plus tôt qu'après le 40^{ème} jour

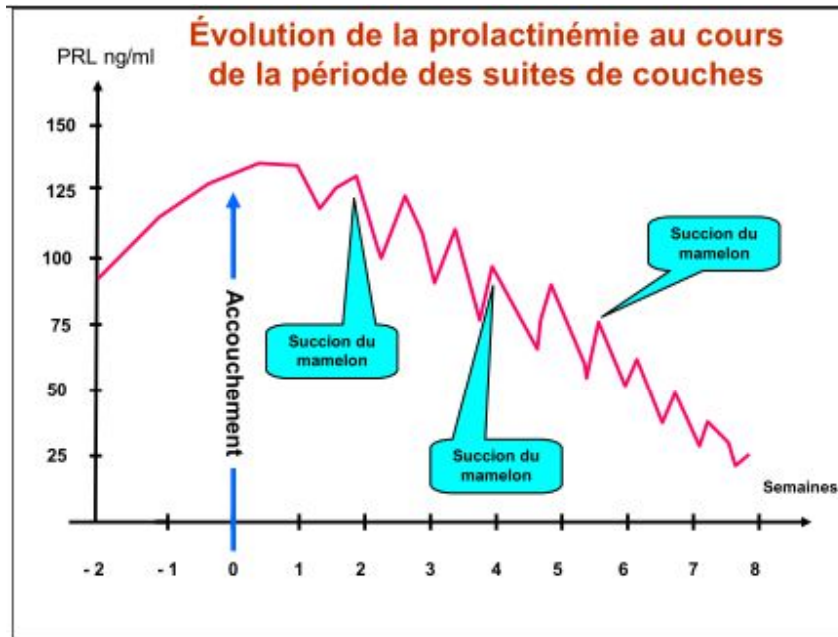
c. FSH/LH

- sont basses
- FSH remonte progressivement vers le 25^{ème} jour
- LH n'apparaît jamais avant le 40^{ème} jour.

d. PRL

- -augmente aussitôt après l'accouchement (100 à 150 ng/ml)
- -succion du mamelon → pics prolactiniques dont l'amplitude décroît avec le temps
- -la PRL commence à diminuer vers le 15^{ème} jour et se normalise en 4 à 6 semaines





A. Physiologie des suites de couches⁵

3- Aspects biologiques

a- Constantes biologiques:

- normalisation progressive des principaux paramètres biologiques :
 - ☑ Glycémie et tolérance aux hydrates de carbone
 - ☑ constantes lipidiques (triglycérides, cholestérol, lipoprotéines).

b- au niveau de la coagulation +++

- tendance à l'hypercoagulabilité les 2 premières semaines.
- activité fibrinolytique augmente, se normalise en 15 jours
- existe un équilibre précoce entre l'activité fibrinolytique et l'hypercoagulabilité et peut donner lieu :
 - . Soit à une CIVD
 - . Soit à des phénomènes de thrombose (car fibrinolyse est moins importante que la coagulation), (fréquence de la thrombophlébite des femmes en post partum)

B- Surveillance des suites de couches¹

- comprend :
 - La phase d'hospitalisation : 3 à 10 jours
 - La visite post natale, correspond au retour des couches

1- Surveillance des 1^{ers} jours :

a) les 2 premières heures : (salle d'accouchement)

La 1^{ère} journée → dépistage d'une hémorragie +++

Il faut vérifier :

EG : conscience, pouls, TA, température, conjonctives ...

Saignement

Globe utérin de sécurité

b) Les jours suivants :

- .EG : pouls, température, TA
- .seins, montée laiteuse
- .involution utérine
 - j1 : à l'ombilic
 - j7 : à mi-chemin entre l'ombilic et symphyse pubienne
 - j15 : situation normale intrapelvienne.
- . Lochies :
 - sanglantes → les 3 1ers jours
 - sérosanguinolantes → 10^{ème} jour
 - séreuses → 15^{ème} jour
- . Périnée : épisiotomie, déchirure réparée
- . Mollets (recherche de phlébite)
- . Fonction d'évacuation vésicale et rectale

Suites de couches pathologiques

c- Soins à prodiguer dans les 1^{ers} jours :

- . Autoriser l'alimentation maternelle
- . Faire le lever de la parturiente (prévenir la maladie thromboembolique)
- . Si rhésus négatif : anti D dans les 72 heures qui suivent.
- . Toilette intime
- . Soins des seins
- . Soins de périnée

A. Infection puerpérale¹

Survient dans les suites de couches au niveau des voies génitales (l'aire d'insertion placentaire)

1) Endométrite puerpérale: Point de départ habituel des complications infectieuses.

→ *Forme typique* : (qqs jours après l'accouchement)

- . Syndrome infectieux : temp. 38 – 39°C, asthénie
- . Modification des lochies : abondants, fétides parfois purulentes
- . Utérus mal involué (comme éponge), mou et douloureux (à la mobilisation) sans défense

→ *Formes atypiques* :

- . Frustes : rapidement contrôlé par les ATB
- . Hémorragiques : tardives (10^{ème} – 12^{ème} jour)
- . Graves : suppurées ou putrides (exceptionnelles)

→ L'évolution :

Habituellement favorable sous traitement ATB et utéro-toniques ⇒ contracture lutte contre la dissémination microbienne.

A. Infection puerpérale²

2) Pelvi-peritonites des suites de couches :

- Début : la fin de la 1^{ère} semaine
 - . SG : graves (hyperthermie à 39 – 40°C)
 - . Douleurs hypogastriques
 - . Signes vésicaux (pollakiurie, impériosité mictionnelle) et rectaux (Sd rectal)
 - . Défense sus-pubienne , utérus douloureux , CDS empâtés et sensible.
- Évolution :
 - . Sous traitement ATB : favorable en quelques jours
 - . En dehors du traitement → complication (stérilité, collections suppurées = abcédation).

A. Infection puerpérale⁴

4- Péritonite généralisée du post-partum : (surtt après césarienne/chorio-amniotite)

- . Tableau souvent trompeur : - prédominance de SG (septicémique)
 - débâcle diarrhéique+++ (1^{er} DC est PG)
 - météorisme sans contracture
- . C'est une urgence MC

5- Thrombophlébite pelvienne suppurée : . Tableau clinique associe :

- des SG septicémiques
- des signes de phlébite pelvienne.(surtt au doppler)
- .évolution : décharges septicémiques et l'extension de la thrombose
- . Traitement : ATB et anticoagulant.

6- Septicémies du post-partum

- . DC →hémocultures répétées
- . Traitement : ATB et anticoagulants (soins intensifs)

A. Infection puerpérale³

3- Les collections suppurées :

- Sd général : (suppuration profonde)
 - . Fièvre élevée en plateau, ou oscillante.
 - . EG altéré, faciès infectieux
 - . Insomnie, douleurs pelviennes pulsatiles ⇒ qd il repose sur un axe vasculaire.
- Localisations :
 - . CDS douglas → abcès du douglas
 - . Trompe →pyosalpinx (fertilité touchée +++)
 - . Ligament large AE phlegmon du ligament large.

B- Complications mammaires¹

1- Crevasses ou fissures du mamelon :

- apparaissent les 1ers jours de l'allaitement
- favorisées par les anomalies du mamelon (court, ombiliqué, rétracté) et défaut d'hygiène (max 10 min/sein)
- signes cliniques :
 - . Douleurs vives
 - . Parfois saignement au moment de la tétée
- . Examen → érosion, fissure ou ulcération du mamelon.
 - . Traitement : suspendre les tétées + soins locaux + crème adoucissante → du sein touché, si 2 seins : vider les seins/le tire-lait *pas d'ATB ni ATS.*

B- Complications mammaires²

2- Engorgement mammaire :

. Tension douloureuse des seins + fébricule
38,5°C.

. Traitement → évacuation du lait :
injection 2 UI Syntocinon® IM (30 min après
→ tire lait)

B- Complications mammaires⁴

b. Mastite aigue ou abcès du sein :

. 10 – 15^{ème} jour de l'allaitement

. évolue en 2 phases (de l'ext. Vers l'int.)

→ Phase de galactophorite :

- sein augmente de volume, ferme, douloureux.

- Expression du mamelon → pus épais (signe de BUDIN =
signe pathognomonique de la galactophorite)

. le traitement : arrêt de l'allaitement- anti-inflammatoire + ATB

→ Phase de mastite aigue (atteinte lobulaire)

. Évolution vers la suppuration (collection purulente intra-
mammaire)

. Traitement : drainage + ATB (insuffisante sans drainage)

B- Complications mammaires³

3- Complications septiques : favorisées par

- . un mauvais état général
- . une hygiène déficiente
- . l'engorgement mammaire
- . et les crevasses

a . Lymphangite aigue :

→ début est brutal :

- . temp à 39 – 40°C avec frissons
- . douleur mammaires unilatérale (exceptionnellement bilat)
- . placard lymphangitique rouge, chaud et douloureux.
- . traitement AE anti-inflammatoire (n'est pas un stade septique)

C- Complications thromboemboliques¹

a. Facteurs favorisants :

1. Facteurs prédisposants +++

- varices
- ATCD phlébitiques
- Obésité
- multiparité

2. Facteurs déclenchants

- déséquilibre physiologique des facteurs de coagulation du post-partum
- allaitement prolongé (césarienne)
- traumatisme tissulaire pelvien (grave) (accident instrumental laborieux).
- Hémorragie (PP, hgie de la délivrance)
- infection puerpérale.

C- Complications thromboemboliques²

b. Diagnostic :

- > fin de la 1^{ère} semaine du post-partum
- > signes généraux :
 - . temp 38°C
 - . Pouls « grim pant de malthes » (dissocié / température) +++
 - . Malaise, angoisse. (Embolie pulmonaire).
- > signes locaux :
 - douleur du mollet a la dorsiflexion du pied « Signe de Homans »
 - diminution du ballonnement du mollet
 - chaleur, œdème malléolaire

D- Anomalies du retour des couches

a. Retour des couches hémorragiques :

- .si hémorragique avec des caillots, évoquer :
 - > une endométrite hémorragique
 - > rétention placentaire.

b. Aménorrhées du post-partum :

- > **Définition** : Absence de retour de règles : 3 mois après l'accouchement chez la femme qui n'allait pas et 5 mois chez celle qui allaite.
- > Courbe de température → l'origine :
 - . Courbe de température plate → cause endocrine (ovulation) dont l'origine est hypophysaire ou ovarienne.
 - . Courbe de température biphasique → cause locale , synéchie utérine , voire une grossesse.
- > Syndrome de Sheehan : (physiopath non élucidée)
 - .rare, résulte d'une nécrose du lobe antérieur de l'hypophyse II^{aire} à un choc hémorragique survenue lors de l'accouchement.
 - . Selon l'importance de la nécrose : →insuffisance , gonadotrope , lactotrope , corticotrope , thyroïdienne.

C- Complications thromboemboliques³

c. Complication :

- . Extension du caillot
- . Embolie pulmonaire.

d. Traitement :

- . TRT curatif : hospitalisation + héparinoTTT (risque de libération de microthrombies qui migrent).
- . Traitement préventif : fondamental +++
- Levé précoce (même en cas de césarienne)
- Mobilisation passive et active des MI.
- Si FDR → héparinoTTT préventive.

E- troubles psychiatriques du post-partum

3 types de troubles mentaux.

a. Post-partum blues (baby blues)

- Syndrome du 3^{ème} jour caractérisé par :
 - . présence simultanée d'un sentiment de tristesse voire de pleures et d'exaltation
 - . parfois irritabilité dirigée contre le conjoint et l'équipe médicale.

b. 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...

c. Psychoses du post-partum :

- survient dans les 15 premiers jours du PP.
- grande instabilité de l'humeur qui va de l'abattement avec menaces suicidaires ou infanticides à l'exaltation.

Contraception du PP

- a. MAMA** : (PRL → bloque FSH , LH)
 - . méthode d'allaitement maternel et d'aménorrhée +++ (signe révélateur de l'efficacité de cette méthode)
 - . Efficace AE la consultation post-natale.

- b. Au cours de la consultation** :
 - . si allaitement : microprogestatifs ou méthodes locales
 - . si pas d'allaitement : minidosée ou méthode locale

- c. A partir du retour des couches** :
 - . Méthode de longue durée
 - . DIU
 - . Injectables
 - . norplants
 - . pilules.

Conclusion

- Des suites de couches est la période qui s'étend de l'accouchement jusqu'au retour de l'organisme maternel a l'état normal.

- Cette période est marquée par un grand nombre de modifications anatomiques, biologiques et hormonales qui exposent l'organisme maternel a des complications.

