

PROBLEMES SUITES DE COUCHES ANATOMIE, CONTRACEPTION, COMPLICATIONS



La journée de Gynécologie Obstétrique du Médecin de Famille,
20 Novembre 2003

ANATOMIE DES SUITES DE COUCHE 1

UTERUS:

1 Taille: Involution débute dès le post partum immédiat

J1 1 TD sous ombilic

J6 2 TD sous ombilic

retour taille physiologique à 2 mois

2 Endomètre: lochies post partum entre 15 et 20 jours

J10 écoulement sanglant = petit retour de couche

Retour de couche = 6 à 8 semaines sans AM

délai variable si AM

3 Col: J7 col long, fermé et tonique

ANATOMIE DES SUITES DE COUCHE 2

SEIN

1 AM: Mise au sein précoce (stimulation de la sécrétion par action de la PRL et vidange des acinis sous l'effet de l'ocytocine)

Montée laiteuse à J3-J5 (céphalées, malaise, température)

Sécrétion lactée assurée par la vidange du sein > par la PRL

2 AA: Inhibition par restriction hydrique, compression mammaire et ttt par Dopaminergiques (Parlodel*, Bromokin*)

HORMONAL

1 Sécrétion E2 et Progestérone: reprise d'une activité à partir de J25 si AA et J45 si AM pour E2 et J40 pour la progestérone

ANATOMIE DES SUITES DE COUCHE 3

2 Retour de couche:

Signe la reprise d'une activité hypothalamo hypophysaire

AA: 6 à 8 semaines. Reprise ovulation à J40

AM: inhibition par hyperPRL de l'activité ovarienne → délai variable

BIOLOGIE

Normalisation des modifications liées à la grossesse en 3 mois

Etat d'hypercoagulabilité 2 semaines (risque thrombotique ttt anticoagulant pdt 6 semaines)

CONTRACEPTION du POST PARTUM

Fonction de l'allaitement

des contre indications pré existant avant la grossesse
du déroulement de la grossesse (diabète, HTA, PréE)
du désir de la patiente

→ **Allaitement Artificiel:** Oestroprogestatif dès J25 (en général à l'arrêt des dopaminergiques)

Stérilet à partir de 3 mois

→ **Allaitement Maternel:** Risque d'ovulation même si AM exclusif et sans retour de couche de 1 à 5 %. Toujours proposer un moyen de contraception

Contraception orale: uniquement les microprogestatifs (Microval*), dès la sortie de la maternité

SUITES DE COUCHES PATHOLOGIQUES 1

HEMORRAGIQUES:

1 Rétention placentaire: (membranes ou cotyledons): précoce, lochies abondantes, sang rouge, utérus contractile et augmenté de volume

2 Petit retour de couche: J10 physiologique

3 Endométrite: J4-J10, $\theta > 39^{\circ}\text{C}$, saignements fétides, utérus mou douloureux et augmenté de volume sur terrain à risque

SUITES DE COUCHES PATHOLOGIQUES 2

INFECTIEUSES

1 Endométrite: Méthergin ou syntocinon, ATB large spectre

2 Infection Urinaire Basse ou Haute

3 Abscès pariétal sur césarienne ou épisiotomie

SUITES DE COUCHES PATHOLOGIQUES 3

THROMBOEMBOLIQUES

Terrain favorisant: ATCD TBE

Infection puerpérale

Immobilisation prolongée

Anémie, hémorragie de la délivrance

Insuffisance veineuse

Césarienne

1 Phlébite du MI: J5-J7, π grimpant de Malher, $\theta \approx 38^\circ\text{C}$, douleur de la face post de jambe ou cuisse, cordon induré

2 Phlébite pelvienne: Thrombose de la veine ovarienne, J5, $\theta \approx 39-40^\circ\text{C}$, tableau septique sévère, douleur au TV, le plus souvent localisation droite. Savoir y penser!

SUITES DE COUCHES PATHOLOGIQUES 4

ALLAITEMENT

1 Engorgement: J2-J3 lors de la montée laiteuse

seins durs, tendus et douloureux

ttt = décongestion par massage et vidange sous douche tiède, cataplasme d'Antiphlogistine*, voire Syntocinon

2 Crevasse: Fissurations rouges et douloureuses à la base ou au sommet du mamelon

FDR: mauvaise position d'allaitement, problème d'hygiène

ttt préventif: nettoyage strict avant et après chaque tétée, protection sèche et stérile, application de lait en fin de tétée

ttt curatif: crème à base de Vitamine A et E avec anesthésique local

SUITES DE COUCHES PATHOLOGIQUES 5

ALLAITEMENT 2

3 Lymphangite: inflammation du réseau lymphatique dermo-épidermique

FDR: engorgement, crevasse

Diagnostic: J2-J8, $\theta \approx 39-40^{\circ}\text{C}$, placard inflammatoire triangulaire allant vers aisselle, sans signe d'abcès

ttt: AM peut être poursuivi, localement cataplasmes d'Antiphlogistine*, Antiinflammatoire (Aspirine), pas ATB

4 Galactophorite: 1er stade de complication glandulaire

Diagnostic: douleur et rougeur du sein, signe de BUDIN (issue de pus à la pression du mamelon), $\theta \approx 38^{\circ}\text{C}$, germe staphylocoque,

SUITES DE COUCHES PATHOLOGIQUES 6

4 Galactophorite: ttt= suspension de AM du côté atteint avec désorgement de ce sein, Anti inflammatoire, ATB Rovamycine*
2ndairement adapté.

5 Abscess du sein: stade ultime de la complication glandulaire

Diagnostic: douleur vive, pulsatile et insomnante, $\theta \approx 39^{\circ}\text{C}$, tuméfaction inflammatoire

ttt: Arrêt AM, drainage chirurgical

AMENORRHEE POST PARTUM

AA: au delà de 2 mois

AM: au delà de 5 mois

SUITES DE COUCHES PATHOLOGIQUES 7

1 Causes Organiques: Grossesse

Synéchie utérine (contexte favorisant)

Hypophysaire: Syndrome de Sheehan

2 Causes fonctionnelles: bilan étiologique négatif

dystrophies ovariennes

3 Bilan: β HCG plasmatique

Courbe ménothermique (cause hypophysaire/ ovarienne/
utérine)

Test au progestatif Duphaston 10j / mois (hémorragie de
privation signe l'existence d'une sécrétion d'oestrogènes)

