

## Suites de couche pathologiques

(item 25)

### Objectifs :

Diagnostiquer les principales complications maternelles des suites de couches : complications hémorragiques, infectieuses, thromboemboliques.

Avertissement : Conformément au programme officiel du second cycle des études médicales, ce cours n'envisage que les complications infectieuses, hémorragiques et thromboemboliques survenant au cours des 40 premiers jours du post-partum. Il complète les cours n° 22 (Accouchement, délivrance et suites de couches normales), 24 (Allaitement et complications) et 19 (troubles psychiques de la grossesse et du post-partum). Les complications de l'allaitement maternel ne sont évoquées que dans le cadre du diagnostic étiologique d'une fièvre du post-partum.

### I. Décrivez les principales modifications physiologiques des suites de couches

Les modifications sont rapides les deux premières semaines. Les principales sont :

#### L'involution du corps utérin.

- Après l'accouchement, le fond utérin est à un ou deux travers de doigt sous l'ombilic.
- Vers le 7<sup>e</sup> – 10<sup>e</sup> jour, il est à peine palpable au dessus du pubis.
- Entre ces deux dates, la hauteur utérine décroît régulièrement et l'utérus reste de consistance ferme.

#### La reconstitution du col utérin.

- En post-partum immédiat, le col utérin est flasque et béant.
- Il reconstitue en quelques jours son volume cylindrique et sa consistance ferme.
- L'orifice interne, encore souvent perméable au doigt à 7 jours, doit être fermé au delà du 10<sup>e</sup> jour.

#### La régression des lochies.

- Elles sont sanglantes les premiers jours mais leur volume n'excède pas celui de règles normales.
- Elles deviennent rosées et de moins en moins abondantes à la fin de la première semaine.

#### La mise en route de l'allaitement maternel, si la femme a fait ce choix.

- A la naissance, les seins sécrètent du colostrum, peu abondant mais riche en protéines.
- La disparition de la sécrétion placentaire de progestérone stimule la sécrétion de prolactine. La lactation s'installe en 24 à 48 heures : c'est la montée laiteuse. Les seins gonflent, deviennent tendus et sensibles, la femme peut présenter une fièvre passagère à 38° C.
- Les mécanismes d'éjection du lait ne sont souvent pleinement opérationnels qu'au 3<sup>e</sup> ou 4<sup>e</sup> jour.

Durant cette période, il existe un état physiologique d'hypercoagulabilité. Le risque de thrombose veineuse est réel et est majoré par l'allaitement prolongé et un mauvais état veineux.

Au delà des deux premières semaines :

- L'involution utérine se poursuit plus lentement. Elle n'est complète qu'après au moins deux mois.
- La sécrétion basale de prolactine diminue progressivement, même en cas d'allaitement maternel.
- En l'absence d'allaitement, l'axe hypothalamo-hypophysio-ovarien est réactivé vers le 25<sup>e</sup> jour : l'endomètre prolifère sous l'influence des estrogènes ovariens. Une ovulation (et donc une grossesse !) est possible vers le 40<sup>e</sup> jour. Néanmoins, ce premier cycle est souvent anovulatoire. Le retour de couches, qui n'est qu'une hémorragie de privation, survient vers le 60<sup>e</sup> jour.

## **II. Quels sont les principaux éléments cliniques de surveillance pendant les suites de couches ?**

Les pathologies les plus fréquentes sont utérines (endométrite, hémorragies), mammaires (engorgement, lymphangite), urinaires (infections), thromboemboliques (phlébite surale ou pelvienne) et périnéales (surinfection et lâchage de la cicatrice d'épisiotomie).

Surveiller :

- Pouls, TA, température, état général,
- Les seins : tension, douleur, crevasses,
- L'involution du globe utérin : hauteur et consistance de l'utérus,
- La cicatrisation périnéale,
- Les lochies : abondance, aspect, odeur,
- Les membres inférieurs : recherche de signes de phlébite,
- L'appareil urinaire : signes fonctionnels, aspect des urines.

## **III. Enumérez les principales causes de fièvre pendant les suites de couches et leurs signes cliniques d'orientation.**

Si l'allaitement est artificiel, les principales causes de fièvre sont l'endométrite +++, l'infection urinaire et les phlébites. L'infection d'une cicatrice d'épisiotomie donne plutôt une désunion de la cicatrice.

### Endométrite

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

- Facteurs favorisants : rupture prématurée des membranes, accouchement dystocique, manoeuvres endo-utérines. (Délivrance artificielle, Révision utérine),
- 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.

### Infection urinaire

Signes d'appels : pollakiurie, brûlures mictionnelles, douleurs lombaires.

A l'examen : urines troubles, douleurs lombaires provoquées, bandelette urinaire positive (leucocytes, nitrites).

L'ECBU confirme le diagnostic.

Les principes du traitement sont les mêmes qu'en dehors de la grossesse.

### Phlébite des membres inférieurs (cf. infra)

Des douleurs mammaires chez une femme qui allaite orientent vers une complication de l'allaitement (la prise en charge est développée dans le cours n° 24) :

### Engorgement mammaire

- Événement précoce, au 2è-3è jour, contemporain de la montée laiteuse.

- Signes d'appel : simple fébricule à 38° C, associée à des douleurs mammaires bilatérales.
- A l'examen, les seins sont durs, tendus, très douloureux.

#### Lymphangite

- Début brutal, d'un jour à l'autre, souvent 5 à 10 jours après l'accouchement, parfois plus tardif  
Signes d'appel : fièvre élevée à 39 - 40 ° C avec frissons et douleurs mammaires unilatérales
- A l'examen : placard rouge, chaud, douloureux de la face externe du sein avec traînée rosâtre vers l'aisselle et adénopathie axillaire douloureuse.
- Le lait recueilli sur un coton est propre, sans trace de pus.

#### Galactophorite

Accident plus tardif, au moins 10 - 15 jours après l'accouchement, parfois après une lymphangite incomplètement guérie.

- Début progressif, sur plusieurs jours.
- Signes d'appel : fièvre modérée à 38 - 38,5 ° C et douleurs mammaires unilatérales.
- A l'examen : douleurs de l'ensemble du sein, qui est plus ferme que l'autre. Le lait recueilli sur un coton est mélangé à du pus (signe de Budin).

#### **IV. L'examen clinique oriente vers une endométrite. Comment planifiez-vous la prise en charge ?**

- Hospitalisation,
- NFS, examen bactériologique vaginal et urinaire, hémoculture si fièvre > 38,5° C,
- Antibiothérapie à large spectre et compatible avec l'allaitement, type amoxicilline + acide clavulanique intraveineuse puis relais per os après normalisation de la température adaptée secondairement aux résultats de l'ECB vaginal.

Eventuellement, utérotoniques pour favoriser la rétraction utérine Ocytocine (Syntocinon\* IM) ou méthylergométrine (Methergin\* per os),

En cas de forte fièvre (> 38,5° C), le lait doit être tiré et jeté jusqu'à défervescence thermique.

Discuter un traitement anticoagulant préventif, surtout en cas de mauvais terrain veineux,

Surveiller :

- température,
- hauteur, tonicité et sensibilité de l'utérus,
- aspect des lochies.

L'évolution est en général rapidement favorable.

Dans le cas contraire il faut rechercher :

- Une rétention de débris placentaires par une échographie pelvienne (cf. infra),
- Des signes de thrombophlébite pelvienne suppurée (cf. infra).

#### **V. Enumérez les principales causes d'hémorragie génitale pendant les suites de couches et leurs signes cliniques d'orientation.**

On distingue les hémorragies précoces, en rapport avec une inertie utérine, une endométrite ou une rétention placentaire, et les hémorragies tardives, réalisant un retour de couches hémorragique, en rapport avec une anomalie transitoire de la réceptivité aux estrogènes.

#### Inertie utérine isolée.

Elle donne plutôt une hémorragie de la délivrance mais peut n'apparaître qu'après la période de la

délivrance ou succéder à une hémorragie de la délivrance en apparence maîtrisée.

Facteurs favorisants : multiparité, accouchement dystocique, surdistension utérine (grossesse multiple, macrosomie, hydramnios), rupture prématurée des membranes.

Début : très précoce, pendant les trois premiers jours.

A l'examen : utérus non rétracté, mou, dépassant l'ombilic, mais sans signe d'endométrite ' température normale, lochies non malodorantes, absence de douleurs pelviennes spontanées ou provoquées à la mobilisation utérine.

Principes du traitement : massage utérin et utérotoniques (ocytocine ou analogues des prostaglandines en l'absence de contre-indication).

#### Endométrite hémorragique

Facteurs favorisants : rupture prématurée des membranes, accouchement dystocique, manoeuvres endo-utérines.

Début plus tardif, 3 jours ou plus après l'accouchement.

A l'examen : utérus non involué et mou avec fièvre à 38 - 38,5° C, lochies malodorantes, douleurs pelviennes spontanée et provoquée à la mobilisation utérine.

Principes du traitement. Ils sont les mêmes que précédemment, mais les ocytociques sont ici indispensables.

#### Rétention placentaire

C'est une rétention partielle de débris placentaires ou de membranes. Elle peut être isolée ou entraîner une inertie utérine ou une endométrite.

Vérifier le compte rendu de l'examen macroscopique du placenta et des membranes, obligatoirement mentionné dans le dossier d'accouchement.

Il n'y a pas de signes cliniques spécifiques. Le diagnostic repose sur l'échographie pelvienne, indispensable devant une hémorragie sévère ou mal expliquée ou rebelle au traitement médical.

Principes du traitement : révision utérine prudente (utérus très fragile) au doigt ou à la grosse curette mousse et sous contrôle échographique. Une antibiothérapie est généralement associée, même en l'absence d'infection utérine patente.

#### Retour de couches hémorragique

Il réalise une hémorragie tardive survenant brutalement plusieurs semaines après l'accouchement.

L'examen clinique est pauvre : absences de fièvre et de douleurs pelviennes, utérus involué, col utérin fermé, pertes non malodorantes. A l'échographie, l'utérus est involué et vide avec un endomètre fin. L'objectif de l'examen est surtout d'éliminer une endométrite ou une rétention placentaire, rares à ce stade mais encore possibles.

Principes du traitement : administration d'estrogènes en l'absence de contre-indication.

### **VI. Enumérez les principales formes de thrombose veineuse du post-partum et leurs signes cliniques d'orientation.**

Les suites de couches sont une période à haut risque de thrombose veineuse. On distingue les thromboses veineuses superficielles, les thromboses veineuses profondes et les phlébites pelviennes.

Facteurs favorisants : âge > 40 ans, multiparité, obésité, varices, accouchement dystocique ou par césarienne, affections cardiaques, antécédents thromboemboliques.

La prévention est essentielle : lever précoce chez toutes les accouchées, contention veineuse si mauvais état veineux, éventuellement traitement préventif par héparine en fonction de l'importance des facteurs de risque.

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 : anti-inflammatoires 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 2ème 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 oedème (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 anti-vitamines 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, ténésme), douleur d'un paramètre au toucher vaginal. C'est leur association à l'endométrite qui est évocatrice.

Principes thérapeutiques : héparine et antibiotiques.

**Points essentiels**

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

**Les principales causes d'hyperthermie sont : endométrite, engorgement mammaire, lymphangite, galactophorite, infections urinaires, phlébite.**

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

**Chronologiquement, les manifestations mammaires possibles sont les suivantes : engorgement mammaire (2-3ème j), lymphangite (5-10ème j), galactophorite (10-15ème jour).**

**Le retour de couches hémorragique survient brutalement plusieurs semaines après l'accouchement ; après élimination d'une rétention ou une endométrite, le diagnostic est celui d'atrophie de l'endomètre par carence en oestrogènes (ou 2aire à une prescription d'une contraception précoce microprogestative).**

**Les thromboses veineuses profondes exposent au risque d'embolie pulmonaire et engage le pronostic vital ; leur début est progressif, souvent au cours de la 2ème semaine post-partum.**