

Item 25 : Suites de couches pathologiques : pathologie maternelle dans les 40 jours

Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français (CNGOF)

Date de création du document 2010-2011

Table des matières

Pré-Requis.....	3
OBJECTIFS	3
I Éléments cliniques de surveillance pendant les suites de couches.....	4
II Principales causes de fièvre pendant les suites de couches et leurs signes cliniques d'orientation	4
III Prise en charge d'une endométrite du post-partum.....	6
IV Principales causes d'hémorragie génitale pendant les suites de couches et leurs signes cliniques d'orientation	7
V Principales formes de thrombose veineuse du post-partum et leurs signes cliniques d'orientation	8
VI Annexes.....	10
Glossaire.....	10
Bibliographie	14
En savoir plus	15
Recommandation	15
Abréviations.....	15

PRE-REQUIS

- Développement placentaire.
- Vascularisation placentaire.
- Circulation fœto-placentaire.
- Modifications hormonales de la grossesse.
- Modifications de l'organisme maternel au cours de la grossesse.
- Physiologie de la lactation.
- Physiologie du cycle menstruel.

OBJECTIFS

ENC :

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

CONSULTER AUSSI :

Sur le campus de Maïeutique :

Les suites de couches physiologiques. Université Virtuelle de Maïeutique Francophone (UVMaF); 2010. : <http://www.uvmaf.org/UE-obstetrique/suitescouches/site/html/1.html>

Avertissement : Conformément au programme officiel du second cycle des études médicales, ce cours n'envoie que les complications infectieuses, hémorragiques et thromboemboliques survenant au cours des 40 premiers jours du post-partum. Il complète les items 22 (Accouchement, délivrance et suites de couches normales : <http://umvf.univ-nantes.fr/gynecologie-et-obstetrique/enseignement/item22/site/html>), 24 (Allaitement et complications : <http://umvf.univ-nantes.fr/gynecologie-et-obstetrique/enseignement/item24/site/html>) et 19 (Troubles psychiques de la grossesse et du post-partum : <http://umvf.univ-nantes.fr/gynecologie-et-obstetrique/enseignement/item19/site/html>). Les complications de l'allaitement maternel ne sont évoquées que dans le cadre du diagnostic étiologique d'une fièvre du post-partum.

I ÉLÉMENTS CLINIQUES DE SURVEILLANCE PENDANT LES SUITES DE COUCHES

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

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 (*cf. glossaire*) : abondance, aspect, odeur.
- Les membres inférieurs : recherche de signes de phlébite.
- L'appareil urinaire : signes fonctionnels, aspect des urines.

II PRINCIPALES CAUSES DE FIEVRE 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 (*cf. glossaire*), manœuvres 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.
 - À 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 (*cf. glossaire*), brûlures mictionnelles, douleurs lombaires,
 - À l'examen : urines troubles, douleurs lombaires provoquées, bandelette urinaire positive (leucocytes, nitrites (*cf. glossaire*)),
 - 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 l'item 24 : *Allaitement et complications* : <http://umvf.univ-nantes.fr/gynecologie-et-obstetrique/enseignement/item24/site/html>).
- **Engorgement mammaire**
 - Événement précoce, au 2^e-3^e jour, contemporain de la montée laiteuse.
 - Signes d'appel : simple fébricule à 38°C, associée à des douleurs mammaires bilatérales.
 - À 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.
 - À l'examen : placard rouge, chaud, douloureux de la face externe du sein avec traînée rosâtre vers l'aisselle et adénopathie (*cf. glossaire*) axillaire douloureuse. Le lait recueilli sur un coton est propre, sans trace de pus.
- **Galactophorite (*cf. glossaire*) :**

- 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.
- À 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 (cf. *glossaire*)).

III PRISE EN CHARGE D'UNE ENDOMETRITE DU POST-PARTUM

- Hospitalisation.
- NFS, examen bactériologique vaginal et urinaire, hémoculture si fièvre > 38,5°C.
- Antibiothérapie à large spectre et compatible avec l'allaitement, type amoxicilline (cf. *glossaire*) + acide clavulanique (cf. *glossaire*) intraveineuse puis relais per os après normalisation de la température adaptée secondairement aux résultats de l'ECB vaginal.
- Éventuellement, utérotoniques pour favoriser la rétraction utérine.
- Ocytocine (cf. *glossaire*) (Syntocinon* IM) ou méthylergométrine (cf. *glossaire*) (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 (cf. infra).
- Des signes de thrombophlébite (cf. *glossaire*) (cf. infra).

IV PRINCIPALES CAUSES D'HEMORRAGIE GENITALE 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 œstrogènes (*cf. glossaire*).

- **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 (*cf. glossaire*), hydramnios (*cf. glossaire*)), rupture prématurée des membranes.

Début : très précoce, pendant les trois premiers jours.

À 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 (*cf. glossaire*) en l'absence de contre-indication).

- **Endométrite hémorragique**

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

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

À 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. À 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'oestrogènes en l'absence de contre-indication.

V 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 (*cf. glossaire*) 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 (*cf. glossaire*) 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 2^e 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.

À l'examen bilatéral et comparatif : discret œdème (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 (*cf. glossaire*)).

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 (*cf. glossaire*), pollakiurie, rétention d'urines), signes intestinaux (ballonnement, ténesme (*cf. glossaire*)), douleur d'un paramètre au toucher vaginal. C'est leur association à l'endométrite qui est évocatrice.

Principes thérapeutiques : héparine et antibiotiques.

VI ANNEXES

GLOSSAIRE

- acide clavulanique : Inhibiteur de la bêta-lactamase, administré conjointement avec certaines pénicillines (telles que l'amoxicilline et la ticarcilline) afin d'en élargir le spectre. Il s'agit d'une bêta-lactamine dont l'activité antibiotique est très faible, mais sa liaison avec les bêta-lactamases est irréversible. C'est une substance naturelle produite par *Streptomyces clavuligerus*. L'acide clavulanique est utilisé sous forme de clavulanate de potassium. C'est un puissant inhibiteur des bêta-lactamases à sérine active (pénicillinases plasmidiques (type TEM); des pénicillinases chromosomiques; des céphalosporinases chromosomiques). L'association amoxicilline-acide clavulanique est commercialisée sous les noms d'Augmentin, ou de Ciblor. L'association ticarcilline-acide clavulanique est commercialisée sous le nom de Ticarpen.
- adénopathie : État pathologique d'un ganglion lymphatique dont l'inflammation peut avoir plusieurs origines étiologiques. Il s'agit de l'hypertrophie d'un ganglion lymphatique.
- amoxicilline : Antibiotique bêta-lactamine bactéricide de la famille des aminopénicillines indiqué dans le traitement des infections bactériennes à germes sensibles. Elle est également indiquée chez l'adulte dans le traitement de certains ulcères de l'estomac ou du duodénum causés par une bactérie (*helicobacter pylori*) en combinaison avec le métronidazole ou la clarithromycine et un inhibiteur de la pompe à protons.
- Doppler : Examen échographique en deux dimensions non-invasif qui permet d'explorer les flux sanguins intracardiaques et intravasculaires. Elle est basée sur un phénomène physique des ultrasons, l'effet Doppler.
- dystocique : Qui concerne accouchement difficile.
- dysurie : Difficulté à l'évacuation de la vessie. La dysurie est souvent méconnue car indolore et d'installation progressive. On décrit la dysurie d'attente, initiale au début de la miction, et la dysurie de poussée, parfois terminale. Cette dysurie s'accompagne d'une diminution de la force du jet. On en rapproche les mictions en deux temps, les gouttes retardataires, et la sensation de vessie non vide en fin de miction.
- endométrite : Infection de l'endomètre. Elle fait le plus souvent suite à l'accouchement, mais elle peut aussi être causée par un geste endo-utérin (interruption volontaire de grossesse, hystérosalpingographie). L'endométrite du

post-partum est une complication infectieuse commune de l'accouchement. Le premier signe en est la fièvre. Son diagnostic et son traitement permettent d'éviter l'extension de l'infection au péritoine et au pelvis.

- épisiotomie : Acte chirurgical consistant à ouvrir le périnée au moment de l'accouchement afin de laisser passer l'enfant. Cette incision a idéalement pour but de sectionner le muscle releveur de l'anus.
- Galactophorite : Inflammation d'un ou plusieurs canaux galactophores. La galactophorite se traduit par un écoulement purulent ou grumeleux. Dans ce cas, on observe souvent une rétraction du mamelon, une rougeur, une douleur à la palpation.
- hydramnios : Excès de liquide amniotique pendant la grossesse. Chez l'être humain, l'hydramnios se définit par la mesure de l'index amniotique. Un index supérieur à 25 cm établit le diagnostic.
- lochies : Pertes de sang, de débris de muqueuse et de sécrétions lymphatiques et glandulaires s'écoulant par le vagin pendant les vingt jours suivant l'accouchement jusqu'à la pleine cicatrisation de la paroi utérine où était accroché le placenta.
- lymphangite : Inflammation des vaisseaux lymphatiques. Les causes principales sont : infection (streptocoque, staphylocoque...); compression des vaisseaux lymphatiques (tumeur bénigne ou maligne, envahissement par lymphangite carcinomateuse). Elle se traduit par un gonflement, plus ou moins douloureux du vaisseau lymphatique impliqué, une rougeur locale avec œdème. On retrouve le plus souvent un ganglion lymphatique gonflé et sensible en aval du trajet. Le traitement dépend de la cause de cette lymphangite.
- macrosomie : État d'un bébé dont le poids, à la naissance, dépasse 4 kg et, durant la grossesse (grâce à l'échographie), un bébé présentant des dimensions dépassant des valeurs normales maximales, c'est-à-dire, pour les spécialistes en pédiatrie, le 90e percentile (visible sur une courbe). Ceci signifie qu'un bébé atteint de macrosomie fœtale a avant tout le diamètre de son abdomen, et plus précisément le Diamètre Abdominal Transverse (DAT), plus élevé que la moyenne ainsi qu'une circonférence de son abdomen (son ventre) également importante.
- méthylergométrine : Analogue synthétique de l'ergonovine, ayant des propriétés ocytociques.
- nitrites : Sels de l'acide nitreux (acide instable de formule HNO_2). Composés intermédiaires de l'azote entre l'ammoniac et les nitrates, les nitrites apparaissent lors de la dégradation des substances azotées par des bactéries dans la filtration biologique. Les nitrites sont toxiques pour la majorité des animaux. Au cours du cycle de l'azote, c'est la nitrosation qui produit les nitrites.

- Ocytocine : Ocytocine ou oxytocine : Hormone peptidique synthétisée par les noyaux paraventriculaire et supraoptique de l'hypothalamus et sécrétée par l'hypophyse postérieure (neurohypophyse). Elle est impliquée lors de l'accouchement, mais elle semble aussi par ailleurs favoriser les interactions sociales amoureuses ou impliquant la coopération, l'altruisme, l'empathie, l'attachement voire le sens du sacrifice pour autrui, même pour un autrui ne faisant pas partie du groupe auquel on appartient. Dans certaines situations, l'ocytocine pourrait aussi induire des comportements radicaux, voire violents pour la défense du groupe, par exemple face à un autrui refusant de coopérer. Elle deviendrait alors une source d'agressivité défensive (et non offensive).
- phlébite : Manifestation de la maladie thromboembolique. Elle est due à la formation d'un caillot (thrombus) dans le réseau veineux profond des membres inférieurs (thrombose veineuse). Si le caillot se détache et migre dans une artère pulmonaire, cela constitue une embolie pulmonaire.
- pollakiurie : Fréquence excessive des mictions en petites quantités. Ces mictions ont lieu à intervalles fréquents et sont liées à une sensation de plénitude vésicale (impression de vessie pleine) qui n'est pas due à une vessie pleine mais à une vessie présentant une irritation. Cette sensation s'accompagne d'une impression de plénitude même quand la vessie n'est pas pleine.
- prostaglandines : Métabolites de l'acide arachidonique, obtenu à partir de phospholipides membranaires par action de phospholipases (plusieurs sous-types existants). Molécules liposolubles destinées à la sécrétion dans le milieu extracellulaire, elles jouent des rôles importants dans les organismes vivants. En effet, les prostaglandines sont des agents de signalisation paracrine et autocrine qui activent de nombreux RCPG (Récepteurs membranaires à 7 segments transmembranaires Couplés à des Protéines G). Chaque prostaglandine possède 20 atomes de carbone dont un cycle à 5 atomes de carbone. Ce sont des médiateurs chimiques qui possèdent divers effets physiologiques.
- signe de Budin : Présence de pus (sous forme de traces jaunes, marron ou grisâtre sanglant) mélangé à du lait lorsque celui-ci est recueilli sur un coton.
- signe de Homans : Douleur provoquée du mollet à la dorsiflexion du pied. Il peut permettre de diagnostiquer une phlébite. Bien que cette technique soit encore utilisée, elle a une faible valeur prédictive. L'échographie-doppler des membres inférieurs est l'outil diagnostique privilégié. Il s'agit d'un signe classique de thrombose veineuse (caillot sanguin obstruant une veine), entraînant généralement une phlébite (inflammation de la veine) quand le thrombus (caillot) se trouve dans une veine d'un membre inférieur, et plus particulièrement au niveau d'un mollet (phlébite surale). Il est obtenu en effectuant une flexion dorsale du pied sur la jambe

(tendue ou pas). Ce mouvement (qui vise à amener la pointe du pied vers le genou) entraîne une douleur du mollet et signe la positivité du signe de Homans.

- œstrogène : Groupe de stéroïdes, dont la fonction, à l'état naturel, est d'être une hormone sexuelle femelle primaire. Ils sont produits en premier lieu par le développement des follicules des ovaires, le corps jaune (corpus luteum) et le placenta. Certains œstrogènes sont également produits en petites quantités par d'autres tissus tels le foie, la surrénale, les seins et le tissu adipeux. Ces sources secondaires d'œstrogènes sont particulièrement importantes chez les femmes lors de la post-ménopause. Les trois œstrogènes naturels sont l'estradiol, l'estriol et l'estrone. Bien que les œstrogènes soient présents dans les deux sexes, on en trouve une quantité significativement plus importante chez les femmes que chez les hommes. Elles favorisent le développement des caractères sexuels secondaires, comme les seins, et sont également impliquées dans le contrôle du cycle menstruel, ce qui explique pourquoi la plupart des pilules contraceptives en contiennent. L'usage d'œstrogènes, en particulier associés à la progestérone, est un traitement (traitement de substitution hormonale) controversé des symptômes de la ménopause. En plus de leurs rôles dans la reproduction, féminine mais aussi masculine, les œstrogènes sont impliqués dans le développement du système nerveux central, dans l'homéostasie du squelette et du système cardiovasculaire. Ils ont également des effets sur le foie et le tissu adipeux.
- sural : Qui a rapport aux mollets.
- ténesme : Tension douloureuse, au niveau de l'anus ou de la vessie, avec sensation de brûlure et envie constante d'aller à la selle ou d'uriner. Cette tension apparaît avant ou après l'évacuation du rectum ou de la vessie. On retrouve ce symptôme dans les inflammations du rectum ou de la vessie, d'origine infectieuse, parasitaire ou tumorale. Le ténesme se différencie des épreintes, qui sont des douleurs coliques et rectales, associées à une fausse envie d'aller à la selle.
- thromboemboliques : Thromboembolie : Affection caractérisée par la formation dans les veines de caillots de sang coagulé (thrombus) qui risquent, en se détachant, de provoquer des embolies (oblitération brusque d'un vaisseau sanguin).
- thrombophlébite : Thrombophlébite ou thrombose veineuse profonde ou phlébite : Manifestation de la maladie thromboembolique. Elle est due à la formation d'un caillot (thrombus) dans le réseau veineux profond des membres inférieurs (thrombose veineuse). Si le caillot se détache et migre dans une artère pulmonaire, cela constitue une embolie pulmonaire.
- thrombose : Formation d'un caillot sanguin (thrombus) obturant un vaisseau sanguin.

BIBLIOGRAPHIE

- : Hémorragie de la délivrance (item 25). Université Louis Pasteur (ULP) de Strasbourg, Faculté de Médecine; 2004.
- : Les hémorragies non-diagnostiquées du post-partum. La revue Sage-femme. 2002 Sept;1(2):108-118.
- : Suites de couche pathologiques (item 25). Université Louis Pasteur (ULP) de Strasbourg, Faculté de Médecine; 2004.
- : Utilisation de l'ocytocine dans la rétention placentaire. Revue Francophone des Laboratoires. 2010 Jul-Aug;40(424):24-25.
- Aflak N. : Hémorragies graves de la délivrance. Encyclopédie Médico-Chirurgicale : Obstétrique. 2001; 5-103-A-10.
- Benabu-Saada L. : Rôle du médecin généraliste dans les suites de couches. AKOS, Encyclopédie Pratique de Médecine. 2010; 3-1390.
- Bonnier P. : Suites de couches pathologiques : pathologie maternelle dans les quarante jours (25). Faculté de Médecine de Marseille, Université de la Méditerranée. 2005 Sept.
- Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français (CNGOF), Conférence nationale des PU-PH en Gynécologie-Obstétrique. : Item 25 : Suites de couches pathologiques : pathologie maternelle dans les 40 jours. Issy-les-Moulineaux: Masson; 2006. p. 405-410.
- Horovitz J, Guyon F, Roux D, Hocke C. : Suites de couches normales et pathologiques (non compris les syndromes neuroendocriniens). Encyclopédie Médico-Chirurgicale : Obstétrique. 2001; 5-110-A-10.
- Lansac J. : Hémorragies du post partum immédiat. Wikinu Collège Obstétrique.
- Lansac J. : La mortalité maternelle. Wikinu Collège Obstétrique.
- Lansac J. : Problèmes des suites de couche. Wikinu Collège Obstétrique; 2003.
- Marais O. : L'ocytocine pour traiter la rétention placentaire ? Option Bio. 2010 Mar;21(432):5.
- Paulard I. : Principales prescriptions en suites de couche. Vocation Sage-femme. 2009 Jun;8(73):29-33.
- Reyat F, Deffargues J, Luton D, Blot P, Oury JF, Sibony O. : Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction. 2002 Jun;31(4):358-364.

- Souchon B, Laroche JP, Maubon A, Dauzat M, Mares P, Lopez FM, Schved JF. : Diagnostic des phlébites pelviennes du post-partum. Journal d'Échographie et de Médecine par Ultrasons. 1998 Oct;19(5):382.

EN SAVOIR PLUS

- Les suites de couches physiologiques. Université Virtuelle de Maïeutique Francophone (UVMaF); 2010. : <http://umvf.univ-nantes.fr/maieutique/UE-obstetrique/suitescouches/site/html/1.html>

RECOMMANDATION

- Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé (ANAES). Allaitement maternel – Mise en œuvre et poursuite dans les 6 premiers mois de vie de l'enfant. HAS; 2002 May. : http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_272220/breastfeeding-initiation-and-continuation-during-the-first-6-months-of-life
- Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé (ANAES). Rééducation dans le cadre du post-partum. HAS; 2002 Dec. : http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_272241/reeducation-dans-le-cadre-du-post-partum
- Haute Autorité de Santé (HAS). Hémorragies du post-partum immédiat. HAS; 2004 Nov. : http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_272417/hemorragies-du-post-partum-immediat

ABREVIATIONS

- ECB : Examen CytoBactériologique
- ECBU : Examen CytoBactériologique des Urines
- IM : IntraMusculaire
- NFS : Numération Formule Sanguine
- TA : Tension Artérielle