

La surveillance clinique et paraclinique du post-partum immédiat

Comité éditorial pédagogique de l'UVMaF

Date de création du document 01/03/11

Table des matières

SPECIFIQUES :	3
I Les risques maternels dans le post-partum immédiat	5
I.1 L'hémorragie de la délivrance	5
I.2 L'atonie utérine	5
I.3 La rétention d'urines	5
I.4 La douleur	6
I.5 La formation d'un hématome voire d'un thrombus	6
I.6 Une rétention de saignements ou hématométrie	6
I.7 Les paresthésies des membres inférieurs	6
I.8 L'hypothermie ou l'hyperthermie	7
II La surveillance et prise en charge d'une accouchée en post-partum immédiat	8
III Bibliographie	10
IV Annexes	11

PRÉ-REQUIS

- Physiologie de l'accouchement et de la délivrance
- Physiologie et paramètres de surveillance des fonctions vitales

OBJECTIFS

SPECIFIQUES :

- Connaître les risques maternels durant la période du post-partum immédiat
- Dépister les éventuelles complications de cette période
- Savoir prendre en charge une accouchée durant cette période

INTRODUCTION

Les suites de couches immédiates correspondent à la période de deux heures suivant la délivrance.

Ce découpage arbitraire de deux heures définit une période de hauts risques maternels où la surveillance doit être réalisée en secteur de salles de naissance, lieu électif d'une prise en charge de l'urgence obstétricale.

La surveillance régulière clinique et paraclinique de l'accouchée par voie basse permet d'y traiter rapidement la survenue d'une pathologie.

Ainsi seront présentés dans un premier temps les risques maternels existants dans cette période pour dégager ensuite les modalités pratiques de surveillance d'une accouchée dans les suites de couches immédiates.

Même si ce ne sera pas traité dans ce cours, il est important de ne pas oublier la surveillance néonatale afin de s'assurer de la bonne adaptation du nouveau-né et de favoriser les premiers liens mère-enfant.

I LES RISQUES MATERNELS DANS LE POST-PARTUM IMMÉDIAT

I.1 L'HÉMORRAGIE DE LA DÉLIVRANCE

Il s'agit du risque majeur pouvant engager le pronostic vital de la patiente.

Elle se définit comme une spoliation sanguine supérieure à 500 ml pendant les 24 premières heures suivant l'accouchement. Elle est modérée de 0,5 l à 1 l et sévère au-delà.

Elle peut survenir avant ou après l'expulsion du placenta.

Les facteurs de risque principaux sont :

- la surdistension utérine (macrosomie fœtale, hydramnios, grossesse multiple),
- un travail long avec +/- utilisation d'ocytociques à forte dose,
- la rétention partielle du placenta,
- les anomalies d'insertion placentaire,
- la grande multiparité,
- les antécédents d'hémorragie de la délivrance,
- les anomalies de la coagulation.

La prise en charge de l'hémorragie de la délivrance sera étudiée dans un autre cours.

En savoir plus : L'hémorragie de la délivrance : <http://www.uvmaf.org/liste-1.html>)
(Actuellement non disponible)

I.2 L'ATONIE UTÉRINE

Elle se définit comme la perte ou l'absence de tonicité de l'utérus. Sa consistance souple correspond à une mauvaise rétractation.

Les facteurs de risque sont les mêmes que pour l'hémorragie hormis les anomalies de la coagulation.

Une atonie utérine non traitée entraînera une hémorragie de la délivrance.

I.3 LA RÉTENTION D'URINES

Elle se définit comme l'incapacité de vidanger partiellement ou totalement la vessie alors que le volume vésical est important.

Elle peut être la conséquence d'une atonie vésicale ou d'un traumatisme de la vessie et est favorisée par une analgésie locorégionale.

Cette rétention souvent latente et indolore pourra entraîner une mauvaise rétraction utérine et favoriser l'hémorragie.

I.4 LA DOULEUR

Elle peut intéresser :

- une plaie chirurgicale (suture de déchirure, d'épisiotomie ou de césarienne),
- un périnée meurtri (après une distension importante, une extraction instrumentale, la présence d'hémorroïdes externes ou la formation d'un hématome),
- des tranchées,
- les membres inférieurs (crampes ou malpositions sur les étriers),
- le dos (alitement prolongé en décubitus dorsal, point d'injection d'analgésie locorégionale).

L'origine de la douleur est toujours à faire préciser.

I.5 LA FORMATION D'UN HÉMATOME VOIRE D'UN THROMBUS

Il est suspecté devant une douleur périnéale pulsatile, voire d'une sensation de poussée. À l'examen vulvo-vaginal apparaît une masse cutanée, plus ou moins violacée, mobilisable dont la souplesse laisse présager une collection sanglante en formation.

Son traitement est chirurgical par évacuation puis hémostase.

I.6 UNE RÉTENTION DE SAIGNEMENTS OU HÉMATOMÉTRIE

Elle est à redouter dans le cas d'une césarienne avec un col fermé qui aurait été insuffisamment dilaté par l'opérateur.

Le volume utérin augmente alors en parallèle.

I.7 LES PARESTHÉSIES DES MEMBRES INFÉRIEURS

Les paresthésie (*cf. glossaire*) s des membres inférieurs sont à rechercher en précisant leur territoire et la sensibilité éventuelle au toucher. Elles peuvent être la conséquence :

- d'une analgésie locorégionale,
- de la mobilisation active ou passive pendant le travail,
- de la durée passée sur les étriers.

I.8 L'HYPOTHERMIE OU L'HYPERTHERMIE

L'hypothermie est observable chez les accouchées par césarienne, d'autant plus si elles ont été réalisées sous anesthésie générale.

Une hyperthermie modérée (inférieure à 38,2°C ou 38,5°C si anesthésie péridurale) de fin de travail sans signe infectieux associé persiste souvent dans le post-partum immédiat.

Elle est néanmoins à corrélérer à d'éventuels facteurs de risques infectieux (durée d'ouverture de l'œuf, portage de streptocoque B, couleur et odeur du liquide amniotique, frissons évoquant une décharge bactérienne, manœuvres obstétricale...). L'hyperthermie modérée physiologique de cette période est donc un diagnostic d'exclusion.

II LA SURVEILLANCE ET PRISE EN CHARGE D'UNE ACCOUCHEE EN POST-PARTUM IMMEDIAT

La surveillance clinique d'une accouchée doit être régulière ; la fréquence de surveillance doit être adaptée aux facteurs de risques surajoutés ou complémentaires à ceux décrits ci-dessus. La fréquence des examens se situe en moyenne toutes les 20 mn.

Cette surveillance clinique et paraclinique doit être retranscrite sur le dossier médical.

Sont notés :

- **l'heure précise de l'examen ;**
- **le nom de l'examineur ;**
- **les constantes hémodynamiques** (et la température en cas d'anomalie de fin de travail) : les constantes sont-elles conservées ou bien a-t-on une hypotension artérielle +/- associée à une tachycardie, voire un collapsus ? ;
- **l'involution, la consistance et la sensibilité utérine :**
 - après l'accouchement et la délivrance complète, le fond utérin se situe à l'ombilic ; il est tonique, ferme. C'est ce que l'on appelle le globe utérin de sécurité ;
 - l'expression manuelle à travers la paroi abdominale doit ramener des pertes fluides rouges non constantes et sans caillots. L'expression utérine est un acte médical douloureux ;
 - devant un utérus plus ou moins atone, la mobilisation manuelle à travers la paroi abdominale ainsi qu'une perfusion IV d'utérotonique (Syntocinon®) sont les premiers gestes qui devraient permettre sa rétraction. Le globe utérin dit de sécurité doit être constant en post-partum ;
- **la quantité et la nature des saignements :**
 - il convient de faire la distinction entre des pertes fluides rouges, la présence de caillots (saignement actif ou non) ;
 - devant des saignements abondants ou avec de nombreux caillots, il faudra en rechercher l'origine (utérine, plaie vaginale, plaie cervicale, rétention placentaire totale ou partielle) par un examen clinique plus approfondi ;
 - la quantité des saignements devra être corrélée à l'hémoglobine précédant l'accouchement, une perte de 500 ml n'ayant pas le même retentissement chez une patiente ayant une hémoglobinémie normale que chez une patiente déjà anémiée.
- **l'examen du périnée :**
 - la présence d'un œdème, d'une ecchymose, d'un hématome, d'hémorroïdes sera recherchée ;

- la qualité de la suture s'il y a eu déchirure ou épisiotomie sera vérifiée ;
- **la miction** : elle s'apprécie en fonction :
 - du volume liquidien perfusé à la patiente ;
 - d'une miction spontanée ou par sondage pendant le travail ;
 - d'un accouchement sous analgésie locorégionale qui peut entraîner une perte de sensation de l'envie d'uriner. Il faut veiller à l'absence d'un globe vésical à l'inspection clinique. Dans le cas contraire, en l'absence de miction spontanée, un sondage évacuateur sera effectué ;
- **la douleur et son origine** (échelle Échelle Visuelle Analogique (EVA)) : pour les accouchées par césarienne ou ayant une suture périnéale douloureuse, la mise en place d'antalgiques en systématique diminue la douleur aiguë ;
- **la médication en cours (nature et débit des perfusions) ;**
- **avant le transfert dans le service de suites de couches :**
 - tous ces paramètres devront être à nouveau contrôlés et normaux ;
 - le moindre doute sur la survenue d'éventuelle complication au passage en chambre doit inciter le maintien prolongé d'une voie veineuse périphérique ;
 - le cathéter d'anesthésie péridurale est ôté. On appréciera cliniquement l'absence d'œdème, d'ecchymose ou d'hématome au point d'injection. Une antisepsie cutanée sera réalisée et un pansement étanche (Tégaderm®) peut être maintenu en place pendant 24 heures.

Après une césarienne, la surveillance postopératoire d'une chirurgie pelvienne se rajoute à la surveillance précédemment décrite.

Au-delà de ces deux heures, une réalimentation de l'accouchée est possible sauf en cas de césarienne ou d'anesthésie générale où la phase à jeun doit correspondre à une période et à un protocole postopératoire.

Un lever précoce est recommandé après vérification de la sensibilité et de la motricité des membres inférieurs. Il se fera après un examen de l'accouchée et avec aide. Il convient de l'effectuer en deux temps après une période assise plus ou moins longue qui permet de mettre en évidence une éventuelle hypotension artérielle orthostatique.

III BIBLIOGRAPHIE

Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français (CNGOF), Conférence nationale des PU-PH en Gynécologie-Obstétrique. Protocole en gynécologie obstétrique. Issy-les-Moulineaux : Elsevier-Masson ; 2007. 208 p.

INstitut de Veille Sanitaire (INVS). La mortalité maternelle en France : bilan 2001-2006. Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire (BEH). 19 janvier 2010 ; 2-3. : http://www.invs.sante.fr/beh/2010/02_03/beh_02_03_2010.pdf

Lansac J, Magnin G. Obstétrique. Paris : Masson ; 2008. 497 p. (Collection Pour le praticien)

Marpeau L. Traité d'obstétrique. Paris : Elsevier Masson ; 2010. 676 p.

CONCLUSION

La période du post-partum est une période à haut risque, nécessitant une surveillance rigoureuse afin de prévenir les éventuelles complications dont l'hémorragie de la délivrance qui est la première cause de mortalité maternelle en France. Mais il faut malgré tout rester vigilant durant les premières 24 heures où ce risque persiste.

IV ANNEXES

GLOSSAIRE

- paresthésie : Anomalie sensitive tactile ou somesthésique qui se caractérise par des sensations anormales non douloureuses de qualité variable : fourmillement, picotement, sensation de raideur cutanée et parfois sensation thermique. Elle peut être spontanée ou provoquée par le frôlement des téguments.

EN SAVOIR PLUS

- L'hémorragie de la délivrance : <http://www.uvmaf.org/liste-1.html>

ABRÉVIATIONS

- EVA : Échelle Visuelle Analogique