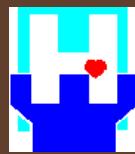


# PROBLEMES SUITES DE COUCHES: ANATOMIE, CONTRACEPTION, COMPLICATIONS



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 sécretion 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 microprogesteratifs (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 Abcès parietal 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,  $\pi$  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 Abcès du sein:** stade ultime de la complication glandulaire

Diagnostic: douleur vive, pulsatile et insomniante ,  $\theta \approx 39^\circ\text{C}$ , 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: Syndrôme de Sheehan

## **2 Causes fonctionnelles:** bilan étiologique négatif

dystrophies ovariennes

## **3 Bilan:** $\beta$ 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)

