

## Item33-Suites de couches pathologiques : pathologie maternelle dans les 40 jours

Objectifs CNCI		
- Diagnostiquer les principales complications maternelles des suites de couche : complications hémorragiques, infectieuses, thromboemboliques.		
Recommandations	Mots-clés / Tiroirs	NPO / A savoir !
- RPC: <a href="#">La prise en charge des hémorragies du PP / CNGOF / 2004</a> - Polycopiés nationaux: > <a href="#">Suites de couches pathologiques</a> > <a href="#">Hémorragies de la délivrance</a>	- Types de complications en PP (6) - Endométrite: lochies / PV / ABT IV - Convulsions: TVC / éclampsie / crise - HD: < 24h / > 500ml / origine utérine - Atonie utérine / rétention / CIVD / PA - 1: révisions (2) / massage / ocytocine - 2: sulprostone IV / sous scope (USC) - 3: embolisation ou chirurgie (ligature) - Stabilisation hémodynamique +/- transfusion	- Fièvre PP = MTEV (TVP/TVC) - Echo pour rétention placentaire - Pas de retour de couches: hCG - Révision utérine en urgence - Transfusion = CGR phénotypés - Embolisation que si stabilité

• **Définition du post-partum (= suites de couche)**

- Début 2h après l'accouchement et se termine avec le retour des règles
- → vers 2 mois si pas d'allaitement / vers 5 mois si allaitement maternel

### A. PATHOLOGIES DU POST-PARTUM

#### Complications du post-partum

##### Complications infectieuses

- Endométrite aiguë (++)
- Pyélonéphrite aiguë (cf [Infections urinaires de l'enfant et de l'adulte.](#))
- Infection de cicatrice ou périnéale

##### Complications hémorragiques

- Hémorragie de la délivrance: cf infra
- Hémorragie précoce: sur atonie utérine / endométrite / rétention placentaire
- Hémorragie génitale tardive = retour de couches hémorragique
- Anémie par carence martiale: dépistage systématique par NFS à J2

##### Complications thrombo-emboliques (A savoir !)

- Thrombose veineuse profonde (+/- EP: cf [Thrombose veineuse profonde et embolie pulmonaire](#))
- Thrombose veineuse cérébrale (NPO !): cf [Accidents vasculaires cérébraux \(AVC\)](#).
- Phlébite pelvienne (!! le plus souvent sur endométrite)

##### Complications psychiques

(cf [Troubles psychiques de la grossesse et du post-partum](#))

- Blues du post-partum (syndrome du 3ème jour)
- Dépression du post-partum
- Psychose puerpérale

##### Complications de l'allaitement

(cf [Allaitement maternel](#))

- Crevasse / engorgement / lymphangite
- Galactophorite / abcès du sein

#### Complications sphinctériennes

- Incontinence urinaire et/ou anale transitoire fréquente
- → NPO de prescrire la rééducation ano-périnéale +++

## Fièvre du post-partum

### Etiologies à évoquer devant une fièvre du post-partum

- **Complications infectieuses**
  - Endométrite aiguë +++
  - Pyélonéphrite aiguë
  - Infection de cicatrice ou périnéale
  - Galactophorite ou abcès du sein
- **Complications non infectieuses**
  - Complications thrombo-emboliques (**A savoir !**)
  - Montée laiteuse (J3)
  - Engorgement ou lymphangite mammaire

### Endométrite aiguë

- **Généralités**
  - !! 1ère cause de fièvre du post-partum / fréquent et grave
  - Facteurs favorisants: travail prolongé / manoeuvre endo-utérine (RU) / RPM
- **Diagnostic**
  - **Examen clinique (+++)**
    - Vers J3-J5 / signes généraux: fièvre élevée / douleur pelviennes
    - Gros utérus mou, mal involué / col béant / douleur à la mobilisation
    - **Lochies** nauséabondes / d'aspect purulent +/- hémorragiques
    - !! Si douleur / SFU / fièvre persistants: évoquer une **phlébite pelvienne** ++
  - **Examens complémentaires**
    - Prélèvement vaginal (**PV**) pour examen bactériologique avant de débiter l'ABT
    - Echographie pelvienne: recherche une **rétention placentaire** (**A savoir !**)
    - Hémocultures si fièvre > 38.5°C / ECBU pour éliminer une PNA
    - Bilan infectieux : NFS, CRP
- **Traitement**
  - **Hospitalisation** en suites de couches pathologiques / repos au lit
  - **ABT large spectre**: Augmentin® IV puis relais PO / durée totale = 15J
  - **Utérotoniques**: ocytocine (Syntocinon®) IM pour favoriser la rétraction utérine
  - **Mesures associées**: tirer puis jeter le lait jusqu'à défervescence / **HBPM** ++
  - **Surveillance**: température / hauteur utérine / lochies / C° thrombo-emboliques

### !! Remarque: étiologies à évoquer devant

- **des convulsions en post-partum**
  - Eclampsie (possible jusqu'à J6 en post-partum)
  - Thrombose veineuse cérébrale: (TDM +/- IRM +++)
  - Crise épileptique classique (DEXTRO: **A savoir !**) (cf [Épilepsie de l'enfant et de l'adulte.](#))
- **un syndrome confusionnel en post-partum**
  - Thrombose veineuse cérébrale
  - Psychose du post-partum (puerpérale)
  - Rétention placentaire
  - Méningo-encéphalite

## Absence de retour de couches

### Définition

- Absence de règles à 5 mois (si allaitement) / 3 mois (si pas d'allaitement)

### Etiologies à évoquer

- **Nouvelle grossesse**: à éliminer systématiquement (hCG réflexe: **A savoir !**)
- **Hyperprolactinémie**: sur adénome hypophysaire / iatrogène, etc
- **Syndrome de Sheehan**: nécrose de l'antéhypophyse sur choc hémorragique
- **Synéchies utérines**: accollement cicatriciel des parois utérines (rare)

### Orientation étiologique

- Examen clinique
  - Interrogatoire
    - Allaitement et date d'arrêt éventuelle + + +
    - Prise médicamenteuse / d'une contraception
    - Accouchement (hémorragie / geste endo-utérin)
    - Montée laiteuse (absente dans le syndrome de Sheehan)
  - Examen physique
    - Examen gynécologique / prise des constantes
    - Syndrome d'insuffisance antéhypophysaire (cf [Adénome hypophysaire](#))
- Examens complémentaires
  - hCG plasmatiques: systématique et en 1ère intention (**A savoir !**)
  - Bilan hormonal: exploration des 5 axes HT/HP (statique +/- dynamique)
  - Echographie pelvienne: en 1ère intention
  - Hystérocopie: en 2nde intention si bilan négatif

## B. HÉMORRAGIE DE LA DÉLIVRANCE

### Généralités

#### Définitions

- Hémorragie de la délivrance (définition OMS): 3 critères
  - survenue < **24h** après accouchement
  - pertes estimées > **500mL**
  - hémorragie d'origine **utérine**
- Hémorragie du post-partum immédiat
  - Englobe les hémorragies de la délivrance et les causes cervico-vaginales
  - Terme à préférer car CAT identique: cf conférence de consensus du [La prise en charge des hémorragies du PP / CNGOF / 2004](#)
- Placenta accreta
  - = anomalie de l'implantation du placenta: villosités trop profondes
  - Remarque: placenta percreta = envahissement d'organe de proximité

#### Physiopathologie

- Délivrance = expulsion du placenta et des membranes à la suite de l'accouchement
- Physiologiquement: rétraction de l'utérus pour former le globe utérin → hémostase
- Si pas de vacuité utérine ou atonie ou troubles de la coagulation → hémorragie

#### Facteurs de risque

- **Atcd** d'hémorragie de la délivrance
- Utérus **cicatriciel** (atcd de césarienne)
- Placenta praevia / fibromes / multiparité
- Grossesse multiple / DG / macrosomie
- Episiotomie / extraction instrumentale
- Travail long / utilisation d'ocytociques
- Troubles de la coagulation
- **!! Remarque:** pas de FdR retrouvé dans la majorité des cas

### Etiologies

#### Atonie utérine + + + (60%)

- = absence du globe utérin → utérus mou / non rétracté / sus-ombilical
- Facteurs favorisants
  - Travail prolongé (épuisement musculaire) ou au contraire trop rapide
  - Surdistension utérine (grossesse multiple / macrosomie / hydramnios)
  - Multiparité / âge maternel > 39ans / tocolyse

#### Rétention placentaire (A savoir !)

- Peut être totale: absence de délivrance spontanée dans les 30min
- ou partielle: rétention d'un fragment de membrane ou de cotylédon
- A éliminer systématiquement: révision utérine en urgence devant toute HD

### Plaies cervico-vaginales

- N'est pas stricto-sensu une hémorragie de la délivrance (puisque extra-utérine)
- Mais est une cause majeure d'hémorragie du post-partum immédiat: à rechercher +++

### Autres étiologies moins fréquentes

- **Troubles de la coagulation**
  - !! Peuvent être la cause ou le résultat d'une hémorragie de la délivrance
  - CVD en général (D-dimères > 500ng/ml + P < 50 000/mm<sup>3</sup> ou TP < 50%)
- **Anomalie placentaire: placenta accreta**
  - = absence de plan de clivage placenta/myomètre → pas de délivrance
  - !! pas de délivrance manuelle (risque d'hémorragie cataclysmique)
- **Inversion utérine**
  - Exceptionnel / extériorisation de l'utérus à la vulve (« doigt de gant »)
  - → réduction immédiate / prévention des récurrences par ocytociques

## Traitement

### Mise en condition

- Prise en charge **pluri-disciplinaire** (obstétricien / anesthésiste-réa / sage-femme)
- **Urgence obstétricale**: mise en jeu du pronostic **vital** maternel
- **Réanimation**: pose d'une 2ème VVP / Monitoring (**scope-PA-SpO<sub>2</sub>**) / **O<sub>2</sub>** nasale
- **Bilan en urgence**: groupe ABO / Rh / RAI - NFS-P / hémostase +++
- **Rechercher la cause** du saignement: examen clinique + examen au spéculum
- **QUANTIFICATION DES PERTES +++**

### En 1ère intention: 5 gestes systématiques

- **Assurer la vacuité utérine**
  - **Délivrance artificielle** (si non faite) puis **révision utérine** +++ (**A savoir !**)
  - Conditions d'asepsie stricte / analgésie adaptée (péridurale) / **ABP**
  - Main dans l'utérus / l'autre abaisse le fond / vérification face par face
  - Puis vidange vésicale (très important pour laisser la place à l'utérus de former le globe utérin de sûreté)
- **Assurer l'intégrité de la filière génitale**
  - **Examen sous valve**: éliminer une lésion cervico-vaginale
  - Suture d'une éventuelle épisiotomie ou déchirure périnéale
- **Assurer la contraction utérine (délivrance dirigée)**
  - **Ocytocine**: Syntocinon® en IV 5UI en bolus puis 5UI/h IVSE
  - **Massage utérin**: indispensable +++ (externe: voie abdominale)
  - **En pratique**: systématique avant même la délivrance
- **Assurer la stabilité hémodynamique**
  - **Remplissage** initial par cristalloïdes (NaCl 0.9% en IVL) systématique
  - Transfusion si mauvaise tolérance / !! culots phénotypés (**A savoir !**; cf [Transfusion sanguine et produits dérivés du sang : indications, complications. Hémovigilance.](#))

### En 2nde intention; si persistance après 15-30min

- !! hémorragie persistant plus de 15-30min (selon la tolérance) = HD grave
- Transfert en **réanimation** ou USC / pose sonde urinaire pour recueil de la diurèse
- **Prostaglandines**
  - **Sulprostone** (Nalador®) en IVL : utérotoniques plus puissants que ocytocine
  - **ES**: Vaso/bronchoconstriction / vomissements / diarrhée / hyperthermie
  - **CI** (relatives): IC / cardiopathie ischémique (**scope**) / HTA sévère / asthme
- **Mesures associées (3)**
  - Rechercher à nouveau la cause de l'hémorragie: révision utérine / sous valve, etc.
  - Rechercher **CIVD** → bilan biologique: D-Dimères / plaquettes / TP / fibrinogène
  - Poursuivre traitement **symptomatique**: O<sub>2</sub> / remplissage / transfusion +/- vasopresseurs

### En 3ème intention: si échec sulprostone pendant 30min

- Selon état hémodynamique et possibilités locales, discuter un transfert médicalisé (SMUR)
- **Radiologie interventionnelle**
  - !! Seulement si stabilité **hémodynamique** de la patiente (**A savoir !**) (et si disponible)
  - **Embolisation** sélective des artères utérines sous artériographie (voie fémorale)
- **ou traitement chirurgical**
  - En 1ère intention: traitement conservateur : **ligature** des artères utérines
  - +/- ligature des a. hypogastriques ou capitonnage des parois utérines

### En 4ème intention: chirurgie de dernier recours

- Si persistance de l'hémorragie malgré l'embolisation ou la ligature chirurgicale
- → **hystérectomie d'hémostase** (subtotale)

**Surveillance: en REA ou USC +++**

- **Clinique:** constantes / signes de choc / syndrome anémique
- **Paraclinique:** NFS-plaquettes / TP-TCA / iono-créatinine / fibrinogène (**CIVD**)
- **Critères de guérison**
  - Arrêt du saignement extériorisé
  - Stabilisation hémodynamique
  - Correction spontanée des troubles de l'hémostase

## Prévention des hémorragies de la délivrance

- Consultation d'anesthésie pré-natale + bilan pré-transfusionnel à jour
- Vérifier la disponibilité des PSL et drogues / rédaction de protocoles
- Surveillance obligatoire pendant les **2h** suivant la naissance (cf [Accouchement, délivrance et suites de couches normales](#))
- Quantification des pertes sanguines = utilisation de **poches** de recueil
- **Révision utérine** au moindre doute sur l'intégrité du placenta
- Examen au spéculum au moindre doute de lésion cervico-vaginale
- **Délivrance dirigée** si FdR d'atonie par ocytocine (↑ contractions utérines)
- Délivrance artificielle après 30min si pas de décollement du placenta

## Synthèse pour questions fermées

Quels sont les 3 critères OMS pour définir une hémorragie de la délivrance ?

- Survenue < 24h après accouchement
- Perte estimées > 500mL
- Hémorragie d'origine utérine

Quel est la cause la plus fréquente d'hémorragie de la délivrance ?

- L'atonie utérine (60% des cas )

Quel est le 1er geste à réaliser lors d'une hémorragie de la délivrance ?

- Délivrance artificielle puis révision utérine (DARU)