

Complications des suites de couches

Comité éditorial de l'UVMaF

2014

Table des matières

Introduction.....	4
1. Complications hémorragiques.....	6
1.1. Hémorragie de la délivrance.....	6
1.2. Hémorragie génitale précoce.....	6
1.2.1. Atonie utérine secondaire.....	6
1.2.2. Endométrite hémorragique.....	8
1.3. Retour de couches hémorragiques.....	8
1.3.1. Diagnostic.....	8
1.3.2. Traitement	9
2. Complications infectieuses.....	9
2.1. Endométrite aiguë.....	9
2.1.1. Facteurs favorisants	9
2.1.2. Diagnostic.....	9
2.1.3. Prise en charge thérapeutique.....	10
2.1.4. Complications.....	10
2.2. Infections urinaires.....	10
2.2.1. Diagnostic.....	10
2.2.2. Prise en charge thérapeutique.....	11
2.2.3. Prévention.....	11
2.3. Complications infectieuses de l'accouchement.....	11
2.4. Infections cutanées.....	11
2.4.1. Infection périnéale.....	11
2.4.2. Infection de la paroi abdominale.....	12
2.5. Péritonite.....	12
3. Complications thrombo-emboliques.....	13
3.1. Thrombose hémorroïdaire.....	13
3.2. Thrombophlébite pelvienne	13
3.3. Thrombophlébites des membres inférieures.....	14
3.4. Embolie pulmonaire.....	14
3.5. Thromboses veineuses cérébrales.....	15
3.6. Autres complications cérébrales.....	15
3.6.1. Eclampsie.....	15
3.6.2. Angiopathie cérébrale du post-partum	15
4. Complications de l'allaitement.....	16
4.1. Engorgement mammaire.....	16
4.2. Crevasse du mamelon.....	16
4.3. Lymphangite mammaire.....	16
4.4. Galactophorite.....	17

4.5. Abscès mammaire.....	17
5. Troubles psychologiques du post-partum.....	18
5.1. Baby-blues	18
5.2. Dépression du post-partum.....	18
5.3. Psychose du post-partum.....	19
6. Autres complications.....	19
6.1. Syndrome d'Olgivie.....	19
6.2. Anémie du post-partum.....	20
6.3. Rétention vésicale.....	20
6.4. Troubles sphinctériens.....	21
6.5. Complications de l'analgésie péridurale.....	21
6.6. Thrombus vaginal.....	22
6.7. Syndrome de Sheehan.....	22
7. Bibliographie.....	23
8. Annexe.....	23
Annexes.....	25

Prérequis

- Connaître les modifications physiologiques de la période du post-partum (cf. : <http://www.uvmaf.org/UE-obstetrique/suitescouches/site/html/>)
- Connaître les généralités sur les pathologies pouvant être présentes chez la femme enceinte soit les pathologies infectieuses, hémorragiques, thromboemboliques, urinaires,

Objectifs spécifiques

- Connaître les signes cliniques et para-cliniques des anomalies des suites de couches.
- Être capable de dépister les complications des suites de couches.
- Être capable d'appliquer les traitements prescrits par le médecin et d'assurer la surveillance de la mère.

Introduction

Les complications des suites de couches peuvent être classées de deux manières différentes soit :

- selon le type de pathologie,
- selon la période d'apparition dans le post-partum.

Classement selon le type de complications

Hémorragiques		
	Hémorragie de la délivrance	Atonie utérine
		Rétention placentaire
		Troubles de la coagulation
		Inversion utérine
		Rupture utérine Thrombus
	Hémorragie génitale précoce	Atonie utérine secondaire
		Endométrite hémorragique
	Hémorragie génitale tardive	Retour de couches hémorragique
Infectieuses		
	Endométrite aiguë	
	Infection urinaire	Bactériurie asymptomatique
		Cystite aiguë
		Pyélonéphrite
	Complications de l'allaitement	
Infection cutanée de cicatrice		
Thrombo-emboliques		

	Thromboses veineuses profondes	
	Thromboses veineuses superficielles	
Autres complications		
	Complications de l'allaitement	Galactophorite
		Lymphangite mammaire
		Abcès mammaire
		Crevasse du mamelon
		Engorgement mammaire
	Complications urinaires : rétention et infection (cf pathologies infectieuses)	
	Complications du système nerveux central	
Complications abdominales		
	Anémie par carence martiale	
	Troubles sphinctériens	
	Crise hémorroïdaire	
	Absence de retour de couches	Syndrome de Sheehan
		Aménorrhée du post-partum

Classement selon la période du post partum

Post-partum immédiat (J-1)	Hémorragie de la délivrance Infection aiguë : Infection materno-fœtale
Hospitalisation en suites de couches	Hémorragie génitale Infections puerpérales : Infection urinaire Endométrite Infection de cicatrice Maladie thrombo-embolique veineuse Complications de l'allaitement Troubles psychiques du post-partum Troubles génito-sphinctériens
	Complications de l'allaitement Retour de couches hémorragique

	<p>Troubles génito-sphinctériens</p> <p>Aménorrhée du post-partum</p>
--	---

1. Complications hémorragiques

On définit l'hémorragie du post-partum (HPP) comme tout saignement vaginal excédant 500 ml après l'accouchement :

- Saignement vaginal supérieur à 500 ml survenant pendant les 24 heures qui suivent l'accouchement (HPP immédiate : hémorragie de la délivrance).
- Saignement vaginal supérieur à la 500 ml survenant au-delà de 24 heures qui suivent l'accouchement (HPP précoce ou tardive).

Par ailleurs, il est important de rappeler, que le retentissement d'une hémorragie est fonction de l'importance de l'hémorragie mais aussi de l'état hémodynamique de la patiente avant l'hémorragie.

1.1. Hémorragie de la délivrance

Sujet traité dans le chapitre intitulé : les complications de la délivrance.

1.2. Hémorragie génitale précoce

Il s'agit de pertes sanguines supérieures à 500ml d'origine génitale au-delà des 24 premières heures après l'accouchement, mais dans les jours qui suivent cet accouchement. Elles ont le plus souvent deux étiologies identifiables :

- L'atonie utérine secondaire +/- rétention placentaire,
- L'endométrite hémorragique.

1.2.1. Atonie utérine secondaire

Définition

Il s'agit d'un trouble secondaire de la rétraction utérine (absence de globe de sécurité) entraînant une hémorragie génitale au-delà des 24 premières heures après l'accouchement, en général dans 2-3 premiers jours.

Etiologie

Les facteurs favorisant l'atonie utérine sont :

- Travail prolongé,
- Sur-distension utérine (macrosomie, hydramnios, gémellaire ...),
- Multiparité,
- Age maternel élevé (≥ 40 ans),
- Utérus fibromateux,
- Utilisation récente de tocolytiques,
- Anesthésie profonde par halogénés.

Outre ces facteurs favorisants, l'atonie utérine peut également être due à une rétention partielle du placenta (cotylédon ou membranes) ou parfois à une anomalie de l'hémostase (maladie de Willebrand)

Diagnostic

A l'examen clinique : l'utérus est mal involué, mou et dépasse l'ombilic, mais sans signe d'endométrite (température normale, lochies non malodorantes, absence de douleurs pelviennes spontanées ou provoquées à la mobilisation utérine).

A l'échographie : des débris placentaires ou membraneux intra-utérins peuvent être mis en évidence.

Exploration biologique : La numération formule (NFS) peut mettre en évidence une anémie, le dosage de la C réactive protéine (CRP) est normale. Une recherche de la maladie de Willebrand doit être systématique.

Conduite à tenir

Avant tout traitement médicamenteux, il faut s'assurer de la vacuité de l'utérus avec une échographie.

Celle-ci sera éventuellement suivie d'une révision utérine prudente sous contrôle échographique car l'utérus est fragile et le risque de synéchies ultérieures est important.

- Le traitement médicamenteux repose sur :

Seringue électrique :

En cas d'utilisation par seringue électrique (ou pompe à perfusion), le contenu d'une ampoule de 500 µg de NALADOR doit être dissous dans 50 ml de solution isotonique de chlorure de sodium et perfusée par voie intraveineuse.

a) Débuter le traitement avec une vitesse de perfusion initiale de 10 ml/h.

b) Si l'effet thérapeutique est insuffisant, la dose pourra être augmentée jusqu'à un maximum de 50 ml/h.

c) Lorsque l'effet thérapeutique est atteint, la vitesse de perfusion doit être ramenée à un niveau dit d'entretien de 10ml/h.

Perfusion intraveineuse :

En cas d'utilisation par perfusion intraveineuse, le contenu d'une ampoule de 500 µg de NALADOR doit être dissous dans 500 ml de solution isotonique de chlorure de sodium.

a) Débuter le traitement avec une vitesse de perfusion initiale de 1,7 ml/min.

b) Si l'hémorragie ne cesse pas ou ne diminue pas rapidement, la vitesse de perfusion pourra être augmentée jusqu'à un maximum de 8,3 ml/min.

c) Lorsque l'effet thérapeutique est atteint, la vitesse de perfusion doit être ramenée à un niveau dit d'entretien de 1,7 ml/min

- Le « curetage » ne sera envisagé qu'en cas d'échec d'un traitement médical ou d'une rétention très volumineuse. Il consiste en l'évacuation utérine au doigt si possible sinon à l'aide d'une curette mousse de grande taille sous contrôle échographique, voire à l'aide d'une canule d'aspiration sous contrôle échographique.

Attention au curetage car il y a un grand risque de nombreuses complications (perforations utérines, infections ou synéchies utérines).

Une NFS systématique sera faite afin de dépister une éventuelle anémie. L'anémie sera traitée selon son degré de gravité. (cf paragraphe 4.3.)

- La surveillance clinique étroite portera sur :

- la température,
- le globe utérin,
- les saignements.

- La surveillance para-clinique consistera en :

- NFS,
- CRP,
- échographie pelvienne.
- hystérocopie à 1-2mois en cas de geste intra-utérin.

1.2.2. Endométrite hémorragique

Une hémorragie prolongée ou tardive du post-partum peut être un signe d'endométrite.

Définition

L'endométrite est une infection de l'endomètre, elle est dite "hémorragique" quand elle s'accompagne de métrorragies en plus des signes cliniques habituels de l'endométrite.

Etiologie

Les facteurs favorisants sont :

- rupture prématurée des membranes,
- hyperthermie pendant le travail,
- travail prolongé,
- manœuvres endo-utérines. (forceps, ventouse, césarienne, DA, RU)

Diagnostic

A l'examen clinique :

- utérus non involué et mou,
- fièvre à 38 - 38,5°,
- métrorragies et lochies malodorantes,
- douleurs pelviennes spontanées et/ou provoquées à la mobilisation utérine.

Les principaux germes sont : streptocoques (notamment le B responsable de 20 % des cas à lui seul), les staphylocoques et E. Coli mais souvent il s'agit d'infection poly microbienne.

Conduite à tenir

- Numération formule sanguine (NFS), C réactive protéine (CRP) et prélèvement vaginal (PV).
- Echographie pelvienne indispensable afin de vérifier la vacuité utérine et le cas échéant de définir l'importance de la rétention.
- **Traitement médical**, en première intention :
 - Antibiotique pour traiter la composante infectieuse de l'atonie utérine (antibiotiques à large spectre en première intention, dirigés contre le streptocoque B, les entérobactéries et les germes anaérobies) Augmentin®.
 - Traitement martialsystématique, éventuellement associé à une transfusion sanguine en fonction du taux d'Hémoglobine (Hb) et de la tolérance clinique.
 - Traitement utérotonique(prostaglandines : misoprostol (Cytotec®), ou ocytocine (Syntocinon®) par voie parentérale).
 - Antalgique si nécessaire.
- **Traitement chirurgical** : éviter le CURETAGE du fait du risque de complications (infections secondaires, synéchies utérines, perforations utérines).
 - En cas de rétention très volumineuse ou d'échec du traitement médical de première intention => un curage digital ou à la curette mousse sous contrôle échographique en limitant au minimum l'usage de l'aspiration. est envisageable.
 - Prévoir une hystéroscopie de contrôle 1-2 mois plus tard.

1.3. Retour de couches hémorragiques

Il s'agit d'une hémorragie survenant brutalement 6 à 8 semaines après l'accouchement. Il ne doit pas être confondu avec le petit retour de couches qui lui est physiologique. Ce dernier survient dans la deuxième semaine du post-partum; il peut poser un problème de diagnostic étiologique. Les saignements sont cependant peu abondants, isolés sans autres symptômes, et de courte durée.

1.3.1. Diagnostic

L'examen clinique

Il est pauvre :

- absence de fièvre et de douleurs pelviennes,
- utérus involué,
- col utérin fermé,
- pertes non malodorantes.

A l'échographie,

- l'utérus est involué et vide,
- l'endomètre est fin.

L'objectif de l'examen est surtout d'éliminer une endométrite ou une rétention placentaire, rares à ce stade mais encore possibles. La prise d'une contraception progestative isolément est un facteur de risque car elle prolonge la période de carence oestrogénique et donc d'atrophie de l'endomètre.

1.3.2. Traitement

L'étiologie infectieuse étant éliminée, la seule cause restante est l'atrophie de la muqueuse utérine.

Le traitement repose alors sur un apport complémentaire en œstrogènes :

- Soit administration d'estrogènes naturels de préférence (diminution du risque thromboembolique),
- Soit démarrage d'une contraception oestro-progestative (en l'absence d'allaitement),
- Soit au minimum arrêt transitoire des progestatifs.

2. Complications infectieuses

2.1. Endométrite aiguë

L'endométrite est la première cause de fièvre du post-partum dont le début est souvent précoce soit 3 à 5 jours après l'accouchement.

2.1.1. Facteurs favorisants

Hyperthermie pendant le travail,
Rupture prématurée des membranes,
Toucher vaginaux répétés après la rupture des membranes,
Travail prolongé,
Manœuvres endo-utérines : Césarienne, forceps, délivrance artificielle, révision utérine...

2.1.2. Diagnostic

Le diagnostic le plus souvent clinique, il sera confirmé par les examens para clinique. Les principaux germes en cause sont les streptocoques (notamment le B responsable de 20 % à lui seul), les staphylocoques et E. Coli mais il s'agit souvent d'infection poly microbienne.

Examen clinique

- Fièvre : 38.5 - 39 jusqu'à 40 C°,
- Pouls accéléré, état général +/- altéré,
- Douleurs pelviennes à la mobilisation utérine,
- Gros utérus mou et douloureux,
- Utérus mal involué avec stagnation de la HU et col béant,
- Lochies abondantes, sales et nauséabondes ± hémorragiques si endométrite hémorragique.

Examens paracliniques

Bactériologiques :

L'examen bactériologique vaginal a surtout pour but d'identifier le germe en cause pour adapter si besoin le traitement antibiotique.

- Prélèvements de lochies avec examen direct, mise en culture et antibiogramme,
- Hémocultures à la recherche des germes aéro et anaérobies si fièvre >38.5°,
- Bandelette urinaire ± examen cyto bactériologique urinaire (ECBU).

Biologiques :

Les examens biologiques permettent d'évaluer l'incidence de l'endométrite sur l'état général de la patiente

- NFS (numération formule sanguine) et dosage des plaquettes;
- CRP (C réactive protéine).

Imagerie :

Devant une résistance au traitement habituel, l'écho-doppler pelvienne abdominale et endo-vaginale permet :

- d'éliminer une rétention placentaire partielle,
- de rechercher une thrombose veineuse profonde pelvienne.

2.1.3. Prise en charge thérapeutique

Traitement antibiotique :

- Antibiothérapie à large spectre, IV, débutée après les prélèvements bactériologiques : Amoxicilline + Acide clavulanique (Augmentin®) 1g 3x/j pendant 14j. Le traitement doit être poursuivi jusqu'à ce que la patiente soit apyrétique depuis 24-48 heures.
- Le choix de l'antibiotique pourra être secondairement adapté aux résultats de l'antibiogramme.
- S'il y a une bactériémie prouvée, un relais oral (per OS) est recommandé 48 après l'apyrexie, pour une durée totale de 7 à 10 jours.

Traitement utéro-tonique

(prostaglandines : Misoprotol (Cytotec®) ou ocytocine (Syntocinon®) par voie parentérale.

Surveillance

Température,
Vérifier la hauteur, la tonicité et la sensibilité de l'utérus,
Surveiller l'aspect des lochies,
La surveillance de l'état général doit inclure la surveillance des membres inférieurs, la TA, le pouls..

2.1.4. Complications

Généralement, sous traitement, l'endométrite évolue favorablement en 1 ou 2 jours.

En l'absence de traitement l'endométrite peut évoluer à court terme vers la salpingite, la pelvipéritonite ou le sepsis.

2.2. Infections urinaires

2.2.1. Diagnostic

Examen clinique

Les signes cliniques sont les mêmes qu'en dehors de la grossesse

- Pollakiurie,
- Brulures mictionnelles,
- Une douleur, en général unilatérale, lors de la palpation des fosses lombaires, associée à une hyperthermie sera évocatrice de pyélonéphrite aiguë (PNA).

Diagnostic bactériologique

- **Bandelette urinaire (BU).**

Il est important de respecter la méthodologie : urines fraîches, et temps de lecture respecté. La détection de leucocytes et de nitrites n'a qu'une valeur d'orientation diagnostic.

- **Examen cyto bactériologique des urines (ECBU).**

Du fait de la flore physiologique de l'urètre antérieur, le respect de la méthodologie du prélèvement est capital.

L'ECBU consiste en un examen direct, une mise en culture et la réalisation d'un antibiogramme.

Le seuil de leucocyturie est significatif si il le taux est > 10 éléments/mm³ soit 10⁴éléments/ml (ou ufc/ml = unité formant colonie/ml)

Le seuil de bactériurie est significatif si :

- ≥ 10³ ufc/ml pour les cystites aiguës à E. Coli , autres entérobactéries, ou S. Saprophyticus,
- ≥ 10⁵ ufc/ml pour les cystites aiguës à autre germe (notamment entérocoque),
- ≥ 10⁴ ufc/ml pour les PNA,
- ≥ 10³ ufc/ml pour les infections urinaires liées aux soins (sondage).

- **Hémoculture**

Elle est indispensable en cas de sepsis grave et de PNA compliquées.

2.2.2. Prise en charge thérapeutique

Le traitement sera fonction du diagnostic, des antécédents de la personne et des risques de complications.

Cystite aiguë

Dans les suites de couches, après un ECBU systématique, la cystite aiguë sera traitée d'emblée par une antibiothérapie de type amoxicilline et adaptée en fonction de l'antibiogramme.

Pyélonéphrite

L'ECBU confirmant le diagnostic, le traitement sera identique à la pyélonéphrite en dehors de la grossesse soit le plus souvent une céphalosporine de 2^{ème} génération.

2.2.3. Prévention

Durant le post-partum, une bandelette urinaire(BU) sera préconisée en cas d'antécédent d'uropathies, de cystite ou de pyélonéphrite pendant la grossesse.

2.3. Complications infectieuses de l'accouchement

La galactophorite et l'abcès du sein sont traités dans le chapitre 4 "complications de l'allaitement".

2.4. Infections cutanées

2.4.1. Infection périnéale

Définition : Il s'agit d'une suppuration avec éventuellement lâchage de suture périnéale : épisiotomies, déchirures, périnées complets (déchirure du sphincter externe de l'anus) ou compliqués (plaie ano-rectale associée aux lésions du sphincter externe de l'anus).

Date d'apparition des premiers signes de suppuration surviennent au 4-5^{ème} jour .

Signes d'appel :

- fébricule,
- douleurs périnéales,
- suppuration locale,
- désunion de la cicatrice.

Facteurs de risque :

- diabète,
- anémie,
- hématomes pelviens.

Traitement :

- soins locaux pluriquotidiens,
- l'ablation de fils peut-être nécessaire,
- drainage parfois,
- antalgiques de groupe 1 (Paracétamol) et anti-inflammatoires non stéroïdiens (*Nifluril*®).

Prévention :

- asepsie stricte lors des sutures.

2.4.2. Infection de la paroi abdominale

Hématome de paroi :

- Il survient 2 à 3 jours après une césarienne.
- **Signes d'appel** : fébricule, douleurs pariétales, suppuration locale et désunion.
- **Diagnostic** : collection +/- douloureuse (masse et fluctuation).
- **Numération Formule Sanguine** éventuellement et en cas de doute, échographie.
- **Traitement** : douleur => drainage.

Abcès de paroi :

- Il survient 2 à 3 jours après une césarienne.
- **Facteurs de risque** :
 - diabète,
 - anémie,
 - Hyperthermie pendant le travail,
 - Rupture prématurée des membranes,
 - Toucher vaginaux répétés après la rupture des membranes,
 - Travail prolongé,
 - Chorio-amnionite,
 - Césarienne en urgence
- **Signes d'appel** : fébricule, douleurs pariétales, suppuration locale et désunion.
- **Diagnostic** : stade inflammatoire (rougeur, masse, chaleur) ou de collection (masse et fluctuation).
- **Traitement** :
 - au stade inflammatoire : pansement alcoolisé ou similaire,
 - au stade d'abcès : drainage.

2.5. Péritonite

Exceptionnelle dans les suites de couches, elle peut faire suite à une endométrite mal traitée ou associée à une appendicite aigue.

Le risque est majeur en cas de césarienne associée à une chorioamniotite.

Le **diagnostic** est évident devant les signes cliniques très marqués :

- fièvre élevée avec altération de l'état général,
- défense ou plutôt contracture abdomino-pelvienne,
- empâtement des culs-de-sac vaginaux,
- plus ou moins iléus réflexe.

La **conduite à tenir** est médico-chirurgicale :

- Biologique : NFS, CRP, hémoculture, prélèvements vaginal et péritonéal,
- Un TDM pelvi-abdominal permet d'orienter le diagnostic étiologique.
- Laparotomie (coelioscopie) avec drainage,
- Triple antibiothérapie.

3. Complications thrombo-emboliques

3.1. Thrombose hémorroïdaire

- **Définition** : La thrombose hémorroïdaire se définit comme la formation de caillots par rupture d'une veine dans un plexus hémorroïdaire.
La fréquence de survenue des thromboses hémorroïdaires après un accouchement varie de 12 à 34%
- **Cliniquement**, ces thromboses du post partum se présentent souvent sous forme de tuméfaction bleutée où on repère facilement un caillot. Il s'y associe une réaction inflammatoire. Ces thromboses sont responsables de vives douleurs
- **Traitement** : Incision ou veinotoniques à dose X3 pendant 48h)
 - La thrombose hémorroïdaire externe sera traitée par l'incision sous anesthésie locale.
 - Le traitement de la thrombose œdématiée est avant tout médical :
 - Antalgiques : paracétamol sans dépasser 4g/J
 - Anti-inflammatoires , non stéroïdiens
 - Tonique veineux à forte dose (Daflon®).
 - Topiques locaux en gel ou crème

La guérison est spontanée en quelques jours ou est obtenue par évacuation chirurgicale du caillot en cas thrombus. La séquelle cutanée s'appelle une marisque.

Figure 1



3.2. Thrombophlébite pelvienne

Il s'agit d'une phlébite d'une veine du tronc utérin ou utéro-ovarien. C'est une complication d'une endométrite. Le diagnostic est difficile.

- **Signes d'appels** sont peu spécifiques.
Il faut penser à la thrombophlébite pelvienne devant : une fièvre, des douleurs abdomino-pelviennes latéralisées, avec parfois des signes urinaires à type de dysurie, pollakiurie et rétention.
- **Cliniquement** :
 - Douleur latéro-utérine
 - TV : le cul de sac est douloureux à bout de doigt
 - L'échographie-doppler est peu performant.
 - Le scanner voire l'IRM pelvienne complète l'échographie Doppler pelvienne pour faire le diagnostic.

- **Traitement :**

- Antibiothérapie adaptée aux germes associée à une héparinothérapie à dose curative

3.3. Thrombophlébites des membres inférieures

- **Facteur de risque :**

- âge > 40 ans,
- antécédents thromboemboliques,
- accouchement par césarienne,
- thrombophilie (déficit en protéine C, en protéine S, en antithrombine III, présence d'un anticoagulant circulant, mutation du facteur V de Leiden ou du facteur II G 20210A, syndrome des antiphospholipides),
- obésité,
- infection puerpérale,
- tabagisme actif.

- **Signes d'appel :**

- douleur dans un mollet,
- Hyperthermie inexplicée.

- **Diagnostic clinique et para-clinique:**

- augmentation de la chaleur locale,
- diminution du ballotement,
- signe de Homans positif.

- **Conduite à tenir :**

- L'échographie doppler des membres inférieurs permet de faire le diagnostic et d'évaluer l'extension de la thrombose.
- Traitement :
 - contention veineuse,
 - anti- inflammatoires,
 - héparinothérapie à dose curative puis éventuel relais par antivitamine-K (contre-indiquant l'allaitement).
- Bilan étiologique à réaliser à la recherche d'une thrombophilie.
- Contraception oestro-progestative contre-indiquée

3.4. Embolie pulmonaire

L'embolie pulmonaire est la 3^{ème} cause de mortalité maternelle après l'hémorragie de la délivrance et les HTA compliquées.

- **Signes d'appel :**

- douleur thoracique,
- dyspnée,
- tachycardie,
- angoisse,
- hyperthermie modérée,
- parfois hémoptysie,
- exceptionnellement, l'embolie peut être : massive, syncopale, suraiguë, asphyxique et fatale.

- **Facteurs de risques** : ce sont ceux de la maladie thrombo-embolique
- **Conduite à tenir** :
 - Saturation, gaz du sang
 - Echographie doppler +/- scintigraphie en urgence
 - Héparinothérapie à dose curative
 - Bilan étiologique à réaliser à la recherche d'une thrombophilie.
 - Contraception oestro-progestative contre-indiquée

3.5. Thromboses veineuses cérébrales

- **Épidémiologie** :
 - 10 à 20 p. 100.000 accouchements,
 - 5 à 20% du total des TVC,
 - 4% de décès à la phase aiguë mais le pronostic est bon si le traitement est précoce.
- **Chronologie**
 - Post-partum : 2^{ème} ou 3^{ème} semaine après l'accouchement
 - Rôle : stase sanguine, hypercoagulabilité, lésions parois veineuses lors des efforts d'expulsion ?
- Rechercher d'**autres facteurs favorisants** : déficit en protéines anticoagulantes (à reconstruire à distance), ...
- **Clinique**
 - Céphalées (85%)
 - Épilepsie (40%)
 - Syndrome focal (50-80%)
 - Encéphalopathie subaiguë (10-20%)

 - L'installation peut être subaiguë
 - Le **diagnostic** repose sur l'imagerie
 - IRM-ARM veineuse
 - AngioTDM veineux
- **Traitement**
 - Héparine puis relais par anti-vitamines K (AVK) pendant 6 mois).

3.6. Autres complications cérébrales

3.6.1. Eclampsie

c.f. cours sur pré-éclampsie

Elle peut survenir dans la première semaine de la période du post-partum

3.6.2. Angiopathie cérébrale du post-partum

C'est une complication rare

Il s'agit d'un accident ischémique transitoire lié à un vasospasme.

Le diagnostic est fait à l'angio-TDM ou angio_IRM
Le traitement de base est un vasodilatateur cérébral

4. Complications de l'allaitement

4.1. Engorgement mammaire

- **Définition** : Complication aseptique de l'allaitement. Contemporain de la montée laiteuse, l'engorgement mammaire est la conséquence d'un asynchronisme entre la lactogénèse, déjà opérationnelle, et les mécanismes d'éjection du lait, encore inefficaces
- **Clinique** :
 - Les seins sont durs, tendus, très douloureux
 - La femme se plaint de douleurs et tensions mammaires bilatérales
- **Traitement** :
 - Massages mammaires associés à des douches chaudes.
 - Des topiques locaux (huile d'amande douce, lanoline) +/- « bouts de seins»
 - Une injection de 2 unités de Syntocinon® 20 minutes avant la tétée est ponctuellement possible pour faciliter l'éjection du lait.
 - Il faut rassurer la femme. L'engorgement est banal et régresse en 24 à 48 heures.

4.2. Crevasse du mamelon

- **Définition** : Les crevasses du mamelon sont des petites brèches de la peau situées au niveau des mamelons de la femme. Elles apparaissent essentiellement lors des premiers jours de l'[allaitement](#).
- **Etiologie** : La plupart des crevasses sont dues à une mauvaise position du bébé par rapport à l'aréole (85 %) ou à un problème de succion (15 %), comme par exemple, un frein de langue trop court ou un bébé ne sachant pas placer sa langue.
- **Diagnostic clinique** : Douleurs centrées sur le mamelon, rendant la tétée très douloureuse ; absence de fièvre (sauf si lymphangite associée) ; érosion superficielle à l'inspection du mamelon. Un léger écoulement de sang lors de l'allaitement est possible.
- **Traitement** : Les conseils de rectification de la prise du sein, des soins d'hygiène ainsi que la pose d'une [goutte](#) de [lait maternel](#), aux vertus cicatrisantes, après la tétée, permettent souvent un retour à la normale.
 - En cas de douleurs trop importantes, la mère peut utiliser des petits bouts de sein en silicone.
 - L'utilisation passagère de coques, peut protéger le mamelon endommagé du frottement des habits (selon votre sensibilité).

4.3. Lymphangite mammaire

- **Définition** : Il s'agit de l'inflammation du réseau lymphatique superficiel secondaire à une crevasse.
- **Début brutal** entre le 5^{ème} et le 10^{ème} jour et fait souvent suite à un engorgement mammaire
- **Symptômes** : On note une hyperthermie à 39-40 °C et des douleurs mammaires violentes, unilatérales.
- **Diagnostic clinique** :
 - Placard rouge, chaud, douloureux du sein avec parfois une traînée rosâtre vers l'aisselle et une adénopathie axillaire douloureuse.

- Le lait recueilli sur une compresse propre, sans pus (signe de Budin négatif).
- **Traitement** : hygiène rigoureuse, antalgiques de niveau I (paracétamol) plus ou moins associés à des anti-inflammatoires 24-48h.
NB : ne pas arrêter l'allaitement.

4.4. Galactophorite

- **Définition** : La galactophorite est l'inflammation d'un ou plusieurs canaux galactophores qui peut être aiguë avec rougeur et sensibilité du mamelon.
- **Clinique**
 - Généralement elle apparaît dans les suites d'une lymphangite vers le 10^{ème} ou 15^{ème} jour du post-partum.
 - Le début est progressif avec une fièvre modérée à 38,5 °C et des douleurs mammaires unilatérales.
- **Diagnostic** :
 - Sein douloureux dans son ensemble,
 - Le lait recueilli sur une compresse est souillé de pus (signe de BUDIN positif).
 - L'examen bactériologique et la mise en culture de ce lait sont généralement positifs +++ au staphylocoque auréus
- **Traitement** :
 - Arrêt de l'allaitement, le lait doit être tiré et jeté jusqu'à la guérison
 - Antibiothérapie selon les résultats du bilan bactériologique

4.5. Abscess mammaire

- **Définition** : L'abcès mammaire est une collection de pus qui se crée dans le sein.
 - Les douleurs mammaires sont parfois pulsatiles et insomniantes.
 - Il existe souvent une hyperthermie
- **Examen clinique** : Il existe deux phases cliniques
 - Au stade d'abcès non collecté :
 - dans les suites d'une galactophorite,
 - Sein rouge, douloureux avec œdème mais sans masse réelle et fluctuante.
 - Etat général altéré et fièvre élevée.
 - Au stade de collection :
 - Masse, rouge, chaude, fluctuante, rénitente, douloureuse
 - sein +/- douloureux mais avec des adénopathies satellites douloureuses,
 - Hyperthermie modérée ou élevée
 - Altération de l'état général parfois
- **Traitement**
 - Au stade initial : antibiothérapie et pansement alcoolisé ou chaud
 - Au stade d'abcès :
 - Incision, nettoyage et drainage chirurgical.

- Antibiothérapie pendant 15 jours minimum.
- Arrêt de l'allaitement : certains chirurgiens considèrent [l'arrêt complet de l'allaitement](#) comme un préalable nécessaire à la cicatrisation.
- Après incision, il faut attendre la cicatrisation complète avant de refaire téter le bébé du côté atteint.
- En attendant la reprise de l'allaitement, [l'entretien de la lactation](#) (massage ou tire-lait) du côté atteint est nécessaire, mais très difficile car :
 - Le sein est douloureux à la moindre manipulation.
 - Le risque de contamination bactérienne par les mains ou le matériel est élevé.
- La mère peut continuer à allaiter du côté sain
 - Elle doit avoir une hygiène locale et des mains très rigoureuse.
 - Le cas échéant, l'arrêt de la stimulation du sein atteint va entraîner l'involution de la glande et l'arrêt de la lactation de ce côté. Mais la lactation se maintient du côté sain.
 - L'allaitement peut se poursuivre avec [un seul sein](#) aussi longtemps que la mère le désire...

Un antécédent d'abcès du sein n'a aucun impact sur la capacité de la glande à fabriquer du lait pour le bébé suivant.

5. Troubles psychologiques du post-partum

5.1. Baby-blues

- **Définition** : Le baby-blues est une affection banale, fréquente, dont la prévalence est estimée à 30 à 75 %.
- Les **symptômes** caractéristiques sont :
 - une labilité de l'humeur,
 - de l'irritabilité,
 - de l'anxiété généralisée,
 - Troubles de l'appétit et du sommeil.
- **Evolution et traitement** :
 - Le *baby blues* est limité dans le temps et est assez bénin.
 - Les symptômes apparaissent au 4^{ème} jour suivant la naissance et il y a rémission lors du 9^{ème} jour.
 - La survenue du *baby blues* n'est pas corrélée avec une psychopathologie sous-jacente de la maman.
 - Cela ne nécessite donc pas de traitement particulier.
 - Si ces symptômes persistent plus de deux semaines après la naissance, il faut alors se poser la question du diagnostic d'un trouble dépressif caractérisé, en particulier chez des femmes ayant présenté, précédemment, des troubles affectifs.

5.2. Dépression du post-partum

La dépression du post-partum est assez commune, elle concerne 5 à 10% des mères.

Les signes et symptômes de la dépression du post-partum sont semblables à ceux d'un épisode dépressif majeur survenant hors contexte de grossesse.

- Ce trouble dépressif plus ou moins marqué apparaît tardivement dans le post-partum (premier mois).
- Il s'agit de troubles de l'humeur, ralentissement psychomoteur ou irritation, asthénie et troubles du sommeil.
- La dépression peut entraîner des conséquences sur la relation mère-enfant (irritation,

désintéressement ou désinvestissement, manque d'affection) avec risque de troubles graves du développement de l'enfant.

- Il est important de repérer les signes de ces dépressions car il est nécessaire de les traiter rapidement. Ces mamans ont besoin d'être entourées : aides à domicile, puéricultrices de secteur...
- Il est possible de s'aider de l'échelle de dépression postnatale d'Edimbourg (EPDS) (ANNEXE I) pour :
 - dépister en suites de couches, les femmes à risques de développer une dépression post-natale
 - dépister dans les premières semaines du post-partum, les mères présentant une dépression du post-partum.

5.3. Psychose du post-partum

C'est une complication rare (1 à 3 pour 1 000),

Le tableau est différent selon la symptomatologie psychiatrique prédominante.

- La psychose délirante aiguë,
 - Le début est souvent brutal dans les premiers jours du post-partum,
 - La psychose est centrée sur l'enfant, avec déni de filiation, déni de l'accouchement, et du lien à l'enfant.
 - Le risque d'agressivité élevé
 - Traitement :
 - Parfois transfert en milieu spécialisé (éventuellement sous la contrainte),
 - La séparation mère-enfant doit être la plus transitoire possible,
 - Traitement neuroleptique.
- L'accès maniaque puerpéral et l'accès dépressif majeur :
 - Les symptômes sont centrés autour de troubles de l'humeur, agitation et mégalomanie
 - Traitement passe par une prise en charge psychiatrique

6. Autres complications

6.1. Syndrome d'Olgivie

Le syndrome d'Olgivie est également appelé colectasie aiguë idiopathique.

Définition : Il s'agit d'une pseudo-occlusion colique aiguë sans obstruction mécanique (ou iléus paralytique) qui apparaît vers le 2-3^{ème} jour post-césarienne. La constipation chronique est un facteur de risque.

Signes d'appel :

- Arrêt des matières et des gaz
- Distension abdominale majeure

Diagnostic : il est confirmé à la radio de l'abdomen sans préparation. Ce cliché permet d'évaluer le degré de la dilatation du caecum aucun obstacle n'étant visible.

Évolution : Le risque de perforation avec péritonite est majoré en cas de dilatation importante du caecum >10cm.

Traitement

- Arrêt de l'alimentation
- Sonde naso-gastrique en aspiration douce +/- sonde rectale
- Correction d'éventuels troubles hydro-électrolytiques
- Neostigmine en IV si pas de contre-indication et/ou colo-exsufflation

6.2. Anémie du post-partum

Définition : L'anémie fait partie des troubles les plus courants en obstétrique. Une anémie sévère pendant la grossesse et le post-partum constitue à facteur de risque pour la mère et le fœtus.

Un taux d'Hb <10 g/dl indique une anémie du post-partum cliniquement significative. Elle résulte d'une combinaison d'une anémie due à une hémorragie et +/- d'une anémie ferriprive pré-existante.

Facteurs de risque maternel :

- Réserves sanguines diminuées au moment de la naissance et donc risque accru de transfusion de sang hétérologue en cas de pertes de sang importantes,
- Sollicitation cardiovasculaire augmentée,
- Symptômes d'anémie (notamment fatigue, performances physiques et mentales diminuées, céphalées, vertiges orthostatiques et épuisement),
- Durée d'hospitalisation prolongée,
- Production de lait réduite dans les suites de couches,
- Réserves en fer maternelles diminuées pendant le post-partum et la période qui suit.

Examen para-clinique :

- La décision de contrôler le taux d'Hb dans les suites de couches doit être prise en fonction des pertes sanguines et de l'état clinique de l'accouchée (symptômes d'anémie). En outre le taux d'Hb avant l'accouchement doit être pris en compte. Le taux d'Hb du post-partum est maximum environ 48 heures après l'accouchement.
- La détermination de la teneur en ferritine dans les suites de couches n'a aucun sens, étant donné que pendant les 6 premières semaines suivant la naissance, le taux de ferritine dans le sérum peut être "faussement élevé".
- La détermination de la ferritine est inutile en cas d'anémie du pré et du post-partum combinée, car on peut considérer que les réserves en fer sont vides.

Le traitement est déterminé en fonction de la sévérité de l'anémie et de l'état de santé de l'accouchée. Le traitement est similaire au traitement en anté-partum :

- Pour un taux d'hémoglobine < à 10,5g/dl, un traitement par TardyféronB9® un comprimé par jour peut être mis en place (50mg de fer et 0,70 mg d'acide folique) pendant six semaines.
- Pour un taux compris entre 9 et 10g/dl, on peut proposer deux comprimés de TardyféronB9 ®par jour, soit 100mg de fer par jour pendant six semaines
- Pour un taux d'hémoglobine < à 9g/dl, il est proposé de prescrire un traitement par Fumafer® 3 fois par jour (198mg/j), Spéciafoldine® 2 comprimés par jour et vitamine C 500mg par jour pendant six semaines
- La transfusion sanguine est une option dans le cadre d'une mauvaise tolérance clinique de l'anémie (vertiges, tachycardie, dyspnée).

6.3. Rétention vésicale

Définition : Après un accouchement normal mais plus encore après une extraction instrumentale une rétention urinaire transitoire peut survenir.

Diagnostic : Il est évident si la patiente souffre et présente un globe vésical. Il peut être retardé si l'analgésie péridurale masque la douleur.

Risque : claquage vésicale, c'est-à-dire rupture de la musculature vésicale à l'origine d'une impossibilité transitoire de contraction de la paroi vésicale. Dans ce cas, il faudra mettre une sonde vésicale 5-6 jours puis tester la perception du besoin mictionnel (normalement entre 150 et 250cc) puis vérifier la vidange vésicale.

Prévention :

- Pour toute femme qui a bénéficié d'une analgésie locorégionale, il est recommandé de rechercher systématiquement un globe vésical à la sortie de la salle de travail. Si elle ne ressent pas le besoin, il est alors préférable de lui évacuer la vessie par sondage.
- La recherche du globe vésical doit être faite systématiquement à toutes les accouchées, 2 heures après leur arrivée dans le secteur de suites de couches.

6.4. Troubles sphinctériens

L'incontinence urinaire et l'incontinence anale peuvent exister dans les suites de couches immédiates sans que cela ne préjuge de l'avenir.

Il faut rassurer la patiente et bien sûr la revoir 6 à 8 semaines après sa sortie pour faire le point, tester ses releveurs, parfois réaliser une échographie du sphincter de l'anus pour vérifier son intégrité et programmer une rééducation périnéale adaptée.

6.5. Complications de l'analgésie péridurale

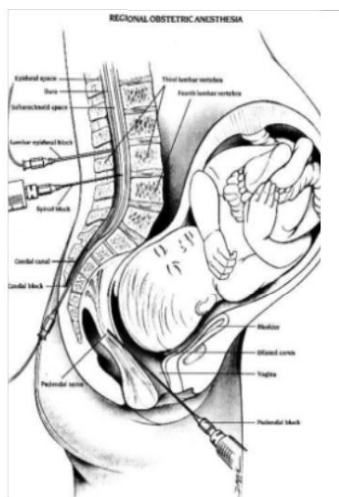
Fréquence

Elle est de 0,9/1000 anesthésie régionale : 1/3 arrêts cardiaques et 2/3 de complications neurologiques).

Nature des complications

- Liées au geste :
 - méningite,
 - abcès, hématome épidural,
 - radiculopathie.
- Liées au produit :
 - épilepsie ++,
 - infarctus médullaire
 - polyradiculopathie,
 - syndrome de la queue de cheval.
- Un cas particulier : les céphalées
 - liées à une fuite de LCR secondaire à une rachianesthésie ou une brèche de la dure-mère au cours d'une analgésie péridurale ,
 - céphalées posturales +++,
 - isolées sur le plan neurologique,
 - cèdent spontanément, plus ou moins rapidement,
 - Traitement :
 - hydratation ++, antalgiques, repos 24H
 - si nécessaire blood-patch (*cf. glossaire*) (60-90% de succès) 24-48H
 - si atypiques, discuter d'autres causes éventuelles (Thrombose veineuse cérébrale...)

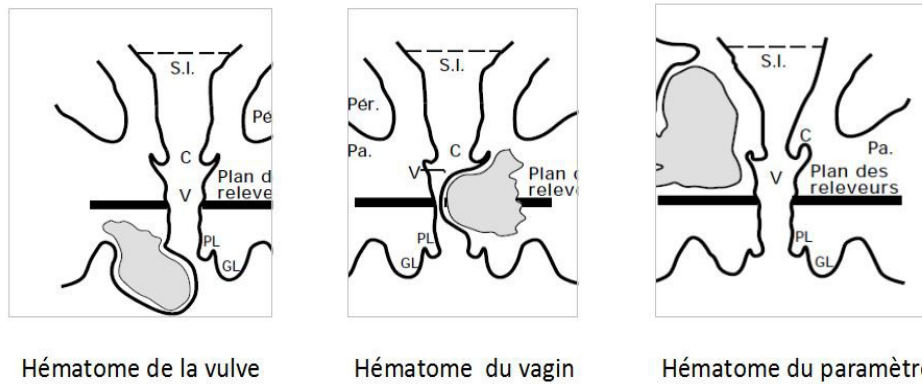
Figure 2



6.6. Thrombus vaginal

Définition : Le thrombus vaginal est un hématome des tissus cellulaires de la vulve, du vagin ou du paramètre dû à une déchirure veineuse. Il existe trois niveaux : périnée, vagin et pelvis

Figure 3



Diagnostic :

- Les signes d'appel sont : douleur ++, ténésme, +/- choc
- Au toucher vaginal, il est aisé de repérer une masse latéro-vaginale

Traitement :

- Il s'agit d'une urgence car il existe le risque d'une extension et d'une déglobulisation.
- Le traitement chirurgical consiste en :
 - Evacuation de l'hématome +/- hémostase.
 - Méchage +++.
- Sondage urinaire pendant 24h.

6.7. Syndrome de Sheehan

Définition : nécrose ischémique de l'hypophyse secondaire à une hémorragie grave du post-partum avec chute importante de la pression artérielle.

Diagnostic :

- Il est difficile en phase aiguë car les signes cliniques sont discret et peu spécifiques.
- L'absence de montée laiteuse est le signe le plus évocateur et le plus précoce chez la femme qui souhaite allaiter.
- Plus tardivement, d'autres signes d'insuffisance hypophysaire apparaissent : amaigrissement, asthénie, hypotension artérielle, aménorrhée secondaire.

Facteurs de risque : Collapsus pendant l'accouchement, quelle que soit sa cause.

Diagnostic repose sur :

- L'exploration biologique des axes antéhypophysaire : TSH, ACTH, FSH, LH, GH,
- IRM hypophysaire.

Traitement : Il n'existe qu'un traitement substitutif à prendre toute la vie :

- Œstrogène, progestérone,
- Hormones thyroïdiennes et surrénales.

7. Bibliographie

- **GILLAIN B., DUBOIS V.** : *Troubles psychiques aigus du post-partum*, ConfMed_SF MU_LC 26/02/03 - [lien](#)
- **J.HOROVITZ, F.GUYON, D.ROUX et al.** : *Suites de couches normales et pathologiques EMC ; 2001,5-110-A10*
- **ROUILLON JM, BLANC P, GARRIGUES JM ET COLL.** : *Analyse de la prévalence et des facteurs étiopathogéniques des thromboses hémorroïdaires hémorroïdaires du post-partum. Bull Franç Colo-Proct. 1991, 2, 11.*
- [CNGOF. Mises à jour en gynécologie obstétrique : recommandation pour la pratique clinique](#)

8. Annexe

EPDS (Edinburgh Postpartum Depression Scale)

Extrait de : Nanzer N. (2009). La dépression postnatale: sortir du silence. Editions Favre

Vous allez avoir un bébé ou venez d'en avoir un. Nous aimerions savoir comment vous vous sentez. Nous vous demandons de bien vouloir remplir ce questionnaire en soulignant la réponse qui vous semble le mieux décrire comment vous vous êtes sentie durant la semaine (c'est-à-dire sur les 7 jours qui viennent de s'écouler) et pas seulement aujourd'hui.

Questionnaire

PENDANT LA SEMAINE QUI VIENT DE S'ECOULER :

- 1] J'ai pu rire et prendre les choses du bon côté
 - o Aussi souvent que d'habitude
 - o Pas tout à fait autant
 - o Vraiment beaucoup moins souvent ces jours ci
 - o Absolument pas
- 2] Je me suis sentie confiante et joyeuse en pensant à l'avenir
 - o Autant que d'habitude
 - o Plutôt moins que d'habitude
 - o Vraiment moins que d'habitude
 - o Pratiquement pas
- 3] Je me suis reproché, sans raison, d'être responsable quand les choses allaient mal
 - o Oui, la plupart du temps
 - o Oui, parfois
 - o Pas très souvent
 - o Non, jamais
- 4] Je me suis sentie inquiète ou soucieuse sans motif
 - o Non, pas du tout
 - o Presque jamais
 - o Oui, parfois
 - o Oui, très souvent
- 5] Je me suis sentie effrayée ou paniquée sans vraiment de raison
 - o Oui, vraiment souvent
 - o Oui, parfois
 - o Non, pas très souvent
 - o Non, pas du tout

- 6] J'ai eu tendance à me sentir dépassée par les évènements
- Oui, la plupart du temps, je me suis sentie incapable
 - Oui, parfois je ne me suis pas sentie aussi capable
 - Non, j'ai pu faire face à la plupart des situations
 - Non, je me suis sentie aussi efficace que d'habitude
- 7] Je me suis sentie si malheureuse que j'ai eu des problèmes de sommeil
- Oui, la plupart du temps
 - Oui, parfois
 - Pas très souvent
 - Non, pas du tout
- 8] Je me suis sentie triste ou peu heureuse
- Oui, la plupart du temps
 - Oui, très souvent
 - Pas très souvent
 - Non, pas du tout
- 9] Je me suis sentie si malheureuse que j'en ai pleuré
- Oui, la plupart du temps
 - Oui, très souvent
 - Seulement de temps en temps
 - Non, jamais
- 10] Il m'est arrivé de penser à me faire du mal
- Oui, très souvent
 - Parfois
 - Presque jamais

TOTALPOINTS

Plus le score est élevé, plus le risque de dépression est important.

- Un score de 11 ou plus révèle une dépression possible. Une confirmation clinique est nécessaire pour porter un diagnostic. (36 à 47% des femmes obtenant ce score n'ont pas de diagnostic de dépression confirmé)
- Un score inférieur à 10 signifie qu'une dépression est très peu probable (le risque est inférieur à 3-4%).

Quelques chiffres

Durant la grossesse :

- un score supérieur ou égal à 12 correspond à 42% de risque de souffrir de dépression (valeur prédictive positive)
- un score inférieur à 11 indique 95% de chances de ne pas souffrir de dépression (valeur prédictive négative)
- sensibilité du test : 0.8. Spécificité : 0.8

Dans le postpartum :

- un score supérieur ou égal à 12 correspond à 60% de risque de souffrir de dépression (valeur prédictive positive)
- un score inférieur à 11 indique 96% de chances de ne pas souffrir de dépression (valeur prédictive négative)
- sensibilité du test : 0.8. Spécificité : 0.92

Traduction française : Guedeney N, Fermanian. (1998). Validation Study of the french version of the EPDS: new results about use and psychometric properties. Eur Psychiatry, 13: 83-9

Version originale : Cox J.L, Holden J.M, Sagovsky R. (1987). Detection of postnatal depression: Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. Br J of Psychiatry, 150: 782-786.

Précisions concernant l'utilisation de l'EPDS :

La (future) maman est priée de remplir le questionnaire par elle-même, sans influence extérieure. Le professionnel peut l'aider si elle a un problème de compréhension ou de lecture du français. Elle choisira les réponses se rapprochant le plus de ce qu'elle a ressenti durant les 7 derniers jours et pas seulement le jour-

même. Toutes les rubriques doivent être remplies.

L'EPDS ne permet pas de poser un diagnostic de dépression. Il ne doit être considéré que comme une aide au bon sens clinique. Il détecte et quantifie certains symptômes dépressifs et renseigne sur la probabilité de la maladie. Le diagnostic doit ensuite être confirmé ou infirmé par une évaluation clinique spécialisée.

L'EPDS a été validé pour une utilisation en pré et en postpartum. Il est bien accepté par les femmes et les professionnels. Le questionnaire ne porte que sur la semaine écoulée ; s'il est négatif, il est utile de le répéter après 2 semaines lorsque plusieurs facteurs de risques existent.

Dernière modification le 12/03/2010

Annexes

Glossaire

- **ACTH** : Adréno Cortico Trophic Hormone ou corticotropine
- **Angio-TDM** : Angiographie par tomodensitométrie
- **ARM** : Angiographie par résonance magnétique
- **AVK** : Anti-vitamine K
- **blood-patch** : Le blood-patch est une injection périurale de sang autologue, parfois désignée sous le terme de colmatage périurale.
- **BU** : Bandelette urinaire
- **CRP** : C réactive protéine
- **ECBU** : Examen cyto bactériologique des urines
- **FSH** : Hormone folliculo-stimulante
- **GH** : Growth Hormone ou Hormone de croissance
- **Hb** : Hémoglobine
- **HTA** : Hypertension artérielle
- **IRM** : Image par résonance magnétique
- **LCR** : Liquide céphalo-rachidien
- **LH** : Hormone lutéïnisante
- **NFS** : Numération formule sanguine
- **PNA** : Pyélonéphrite aiguë
- **TSH** : Thyroïd Stimulating Hormone