

LE POST-PARTUM

I) Définition :

c'est une période de 6 semaines allant de l'accouchement jusqu'au retour de couches (= règles).

Pendant ce temps il est nécessaire d'effectuer une surveillance médicale (complications) et psychologique (relation mère- enfant).

II) Les principales modifications physiologiques:

~ *modifications utérine* =

avant la grossesse : utérus position pelvienne ; 6cm ; 60gr.

fin de grossesse : 35cm au dessus de la symphyse pubienne ; 1,5kg.

après l'accouchement : 1,5kg ; 30cm.

~ *l'involution utérine* =

l'utérus descend d'environ 1cm par jour, tout en diminuant de volume.

palpation impossible environ 10 jours après l'accouchement.

retour à l'état pré- gravidique au bout de 2 mois.

Pratique clinique : palpation tous les jours de l'utérus par la sage-femme ; appréciation de la hauteur de l'utérus par rapport à 2 repères = ombilic / symphyse pubienne ; appréciation du volume et de la consistance de l'utérus.

~ *le col de l'utérus* =

sa longueur (1,5 à 2 cm) et sa consistance sont reprises au bout d'une semaine.

fermeture du col en quelques jours au niveau de l'orifice interne.

vérification de l'état du col à la sortie de la maternité.

~ *reconstitution de l'endomètre* =

en 2 phases :

- **phase de destruction et d'élimination de débris** : ces débris proviennent de la zone d'insertion placentaire = les LOCHIES (qui sont d'abord sanglantes puis séro-sanglantes et enfin séreuses), qui

constituent un écoulement vulvaire pendant 15 jours.

Surveillance des lochies : 2 fois par jour et plus si besoin (quantité, aspect, odeur). *Si lochies nauséabondes = infection.*

- **phase de régénération** : du 14ème au 35ème jour, l'endomètre se reconstitue.

~ *modifications du vagin et des voies génitales* =
vulve, vagin et périnée : tout est récupéré en 2 mois.

~ *hormonologie* =
après l'accouchement il y a une chute du taux d'hormones ; baisse de l'état d'hyperhydratation, baisse des oedèmes, baisse de la sensation d'être gonflée.

III) Surveillance clinique du post-partum

Possibilités de **complications** : infectieuse, hémorragique, thrombo-embolique.

Après l'accouchement : problèmes d'incontinence et de rétention urinaire, anémie, constipation, hémorroïdes, reprise de l'alimentation, douleur ; baby-blues, problèmes dans la relation mère-enfant.

En pratique, surveillance clinique = 2 fois par jour ; réalisée par la sage-femme ; examen général et obstétrical complet.

examen général :

paramètres / recherche des signes d'**anémie** (= tachycardie, fatigue, pâleur, vertige, ..) / surveillance de la **diurèse** (= problèmes de rétention, incontinence, brûlures mictionnelles) / retrait de la sonde urinaire à demeure 24h après la césarienne / reprise du **transit** (pour la favoriser : lever précoce, bonne hydratation, alimentation riche en fibres) / **hémorroïdes** (favoriser par la constipation, la congestion de fin de grossesse, les efforts expulsifs) / examen des membres inférieurs pour dépister un **problème thrombo-embolique** (= observation du réseau veineux, palpation des membres inférieurs : gonflement? douleur? chaleur?, pouls, T°C) / **douleur** ressentie par la patiente à tous les stades

du post-partum (pour adapter les traitements) ; la douleur peut-être causée par les cicatrices d'épisiotomie, de déchirures ou de césarienne ; par les tranchées qui sont des contractions intermittentes et douloureuses dans les 2-3 premiers jours après l'accouchement ; par les seins ; par les hémorroïdes ; ...

~ *état psychologique de la femme* :

il peut-être perturbé par la survenue, au 3 ème jour près l'accouchement, d'un syndrome dépressif = le ***baby-blues*** (irritabilité, pleurs, anxiété, troubles du sommeil, ...), du a différents facteurs (physique, nerveux, affectif, hormonal).

~ *ré-alimentation correcte de la femme* :

si *accouchement normal* = alimentation normale et variée.

si *césarienne* = ré-alimentation selon le protocole médical (retrait de la perfusion quand la ré-alimentation est bien supportée).

examen obstétrical :

surveillance de l'involution utérine / des lochies (quantité, odeur, ...) / des seins (tension, abcès, crevasses, ...) / du périnée.

IV) Complications du post-partum

~ le risque **infectieux** =

la cavité utérine est un excellent milieu de culture : elle est vaste, ouverte sur l'extérieur, contient du sang à 37°C et des débris.

Tableau clinique de l'endométrite :

hyperthermie (38,5°C ou plus) débutant au 2ème jour ; lochies malodorantes et anormalement prolongées ; utérus mal involué / gros / sensible / mou et douloureux à la mobilisation.

Conduite à tenir :

prélèvement vaginal, NF, PCR, antibiotiques, repos.

L'infection urinaire :

fréquente, récidivante ou iatrogène ; accompagnée de brûlures

mictionnelles, d'une hyperthermie et parfois d'une pollakiurie.

Conduite à tenir :

ECBU, repos, antibiotiques.

~ le risque **thrombo-embolique** =

phlébite = obstruction plus ou moins importante d'une veine par un caillot qui empêche un retour veineux correct (sur le mollet, ilio-fémorale, pelvienne, veine ovarienne).

Tableau clinique :

hyperthermie à 38- 38°5C, augmentation du pouls (= dissociation pouls- T°C), mollet tendu, baisse du ballonnement du mollet, augmentation unilatérale du volume du mollet, chaleur, douleur à la dorsiflexion du pied (= **signe de Homens**), cordon veineux douloureux, oedème.

Conduite à tenir préventive :

lever précoce, mobilisation précoce, anamnèse à la recherche d'antécédents, éviter la station assise avec les jambes pendantes, sur-élévation du pied du lit pour favoriser le retour veineux.

Conduite à tenir curative :

HBPM, doppler, immobilisation, contrôle sanguin.

~ le risque **hémorragique** =

- *post- partum immédiat* : lié à une rétention placentaire ou membranaire.
- *post- partum tardif* : souvent lié à une endométrite.

Dans les 2 cas : il est **dépisté** grâce à la surveillance clinique.

V) La sortie

Durée du séjour à la maternité =

5 jours pour une primipare ; 4 jours pour une multipare ; 6 jours pour une césarienne.

But du séjour =

surveillance médicale et apprentissage des soins mère- enfant.

La sortie =

examen général et obstétrical rigoureux, information sur la contraception et

la rééducation périnéale, ...

VI) La consultation post-natale

Elle est **obligatoire**, dans les 2 mois après l'accouchement. Elle est faite par un médecin ou une sage-femme.

Objectifs =

état clinique général et obstétrical ; allaitement ; contraception ; état psychologique ; pathologies apparues au cours de la grossesse.