

GUIDE DE SURVIE EN SUITES DE COUCHES

EXAMEN CLINIQUE MINIMAL (hémorragie, infection, thrombo-embolie).....	1
ALLAITEMENT MATERNEL OU BIBERONS.....	1
POINT CONTRACEPTION ET SUITES DE COUCHES.....	3
CONSULTATION POST-NATALE : TOUT LE MONDE !	6
KINESITHERAPIE : TOUT LE MONDE !.....	6
CONTROLE LABORATOIRE : 2 FOIS SUR 3 ENVIRON.....	9
INFORMATIONS PRATIQUES.....	10
VACCINATIONS : 1 FOIS SUR 5 ENVIRON.....	11
POINT RHESUS NEGATIF.....	11
POINT FROTTIS CERVICO-VAGINAL.....	13
QUELQUES DIAGNOSTICS A EVOQUER EN SUITES DE COUCHES	14

EXAMEN CLINIQUE MINIMAL (hémorragie, infection, thrombo-embolie)

- TA, FC, T° (dossier IDE), bilan biologique sur Clinicom (avant d'aller en chambre), voire bilan du bébé si la maman est rhésus négatif (vérifier le groupe)
- **Examen cutanéomuqueux** (conjonctive, langue) : recherche d'une anémie (épisiotomie, rétention placentaire, déchirure du col...), quantifier les changes
- **Examen mammaire** : tension mammaire, douleurs, crevasses, rougeur
- **Examen abdominal** : rétraction utérine sous le nombril, en travers de doigts
- **Examen urologique** : signes fonctionnels, coloration des urines
- **Examen gynécologique** : involution utérine (hauteur et consistance du globe), périnée (dilatation veineuse / thrombose, cicatrice d'épisiotomie), lochies (abondance, fétidité à la pression utérine)
- **Examen des mollets** : recherche d'une TVP

ALLAITEMENT MATERNEL OU BIBERONS

Allaitement maternel (dès la salle d'accouchement : tétée d'accueil)^(1,2) :

- Arguments démontrés surtout pour l'immunoprotection (respiratoire, digestif, entérocolite ulcéronécrosante chez le prématuré), un peu pour diminutions d'allergie dans les familles atopiques, possiblement diminution de MSN, cancers, diabètes...
- **CI** : VIH, HTLV1, VHC avec virémie importante, galactosémie, certaines infections aériennes ou contact (TB, varicelle, grippe, herpès, impétigo...), certains médicaments
- Le tabac, les substituts nicotiques ou morphiniques ne CI pas !
- **Hygiène alimentaire de base** : lavage des mains, nettoyage du tire-lait, conservation du lait au frigo 4°C 48h max ou au congélateur -18°C 4 mois max
- Conseils, voire adresser en consultation d'allaitement (vendredi) pour un soutien technique (il faut un allaitement efficace et confortable, **8 à 12 tétées/j**)
- **L'enfant tête bien si** :
 - o on entend un son bref de déglutition (« K ») ; peu de claquements de lèvres
 - o mâchoire de l'enfant et aréole suivent le même mouvement
 - o bouche ouvert, lèvres retroussées, menton sur le sein
 - o assouplissement du sein pendant la tétée, soif et somnolence de la mère, contractions utérines
 - o satisfait après allaitement (mains relâchées, bouche humide)

- tétée indolore
- 6-8 couches mouillées et 1 selle jaunâtre par jour
- Eviter l'apport précoce de supplément (lait artificiel, eau sucrée – en cas de séparation mère-enfant : tire-lait !), la tétine, la sucette
- Informer, coordonnées pour aide en cas de difficultés à la maison
- Prescription d'un tire-lait en location 3 mois si besoin
- En cas d'engorgement ou lymphangite (Budin négatif) : allaiter, c'est le traitement ! Arrêter l'allaitement si galactophorite ou abcès (Budin positif).

Allaitement artificiel :

- Conseils physiques pour soulager / inhiber la lactation :
 - **Méthodes non médicamenteuses locales :**
 - **Soutien-gorge peu serré apaise un peu** (mieux qu'un bandage qui est plus inconfortable que la montée laiteuse, et à risque de mastite)
 - Massages, feuille de chou (sur la poitrine, ni sur aréole ni sur mamelon)
 - Douches d'eau chaude (évacuer) et froide (soulager)
 - **Méthodes médicamenteuses locales :**
 - OSMOGEL (lidocaïne) 2 applications par jour sur les seins, en cas de douleurs (CI si allaitement maternel)
 - **Méthodes médicamenteuses générales :**
 - Homéopathie (prescrit par sage-femme)
 - Antalgiques avec bonne efficacité de l'IBUPROFENE ?
 - +/- agoniste dopaminergique : bromocriptine 2,5 mg ½ matin, midi, 1 soir : 14 jours, prolongeable jusqu'à 21 jours si douleur ou montée mammaire à l'arrêt (souvent prescrit 21j directement, à tort) ; *cf. infra*

En savoir plus sur les conseils pour l'allaitement → ⁽³⁾

CAT devant une douleur mammaire⁽⁴⁾

- **Lésions des mamelons** (rougeur, irritation, crevasse)
 - Eliminer une mycose
 - Revoir la position (friction anormale mamelon-bouche)
 - Pas de soins systématiques avant/après tétée (sécher uste)
 - Protège-mamelons (bouts de sein en silicone)
 - Crèmes grasses et cicatrisantes (vaseline, lansinoh, castor equi...)
 - Surveiller (risque de lymphangite)
- **Congestion mammaire** (augmentation de volume, tension, chaleur) / montée laiteuse (parfois fébrile) sont physiologiques
- **Engorgement mammaire physiologique** (augmentation de lait)
 - Douche chaude ou gants chauds pendant 15-20 minutes (dilatation des canaux)
 - Expression du lait (bébé ou tire-lait, voire manuelle) avec tétées précoces,
 - Sans restriction de fréquence ou durée (en général 8-12 fois par jour pour éviter les mastites ; si 6-8 fois par jour, risque de diminuer/arrêt de lactation),
 - Compresses froides pour soulager les douleurs, massages doux
 - Eviction des compressions (soutien-gorge serré),
 - Antalgiques (paracétamol, ibuprofène)
- **Engorgement mammaire pathologique** (fièvre, frissons, douleur) → idem
- **Lymphangite ou mastite** : J5-10, brutal, syndrome pseudo-grippal, inflammation : placard rouge chaud localisé (*supéro-externe*) ou diffus, souvent unilatéral et surtout **signe de Budin négatif** (pas d'aréole jaune après expression sur compresse)
 - Corriger les facteurs favorisants (mauvaise position de tétée),

- Vidange (allaitement ou tire-lait après compresses chaudes), antalgiques
- +/- antibiothérapie par AUGMENTIN ou pristinamycine 10-14 jours, depuis l'arrêt de l'oxacilline (*indiquée si mastite infectieuse à la culture – non faite en pratique à ce stade -, symptômes graves, lésion du mamelon visible, ou pas d'amélioration à 24h*)
- **Galactophorite (et abcès du sein si collecté)** : idem vers J10-15, mais **Budin positif** (à envoyer en bactério),
 - Arrêt temporaire de l'allaitement (mais poursuite de la vidange par tire-lait),
 - Antibiothérapie secondairement adaptée à l'antibiogramme
 - +/- ponction sous échographie ou par drainage chirurgical
- **Candidose mammaire** : placard érythémateux avec collerettes à squames blanches, crevasses ne guérissant pas, brûlure intense pendant/après la tétée, souvent muguet chez l'enfant
 - Violet de gentiane 1% ou antifongique (kétoconazole topique)
 - +/- fluconazole PO 200 mg/j 15 j si persistance
- **Vasospasme / Raynaud du mamelon** : brûlure intense pendant/après la tétée avec coloration blanche, bleue puis rouge
 - Vérifier la position,
 - Eviter nicotine et caféine,
 - Chaleur après la tétée,
 - Ibuprofène, voire nifédipine (vasodilatateur)
- **Devant une mastite localisée apyrétique récidivante et insensible aux AB** : penser à un cancer du sein
- **Devant un écoulement sanglant persistant** : penser à un papillome intracanalair (un écoulement rouille est banal en début d'allaitement, par hypervascularisation et prolifération épithéliale, il ne CI pas l'allaitement)

POINT CONTRACEPTION ET SUITES DE COUCHES⁽⁵⁾

En pratique :

- DESOGESTREL 75 µg à débiter à J21 (utiliser des préservatifs pendant la première semaine si débuté après J28), jusqu'au relais par une POP ou DIU à la consultation post-natale
- Dans le doute, pour tout médicament, regarder sur le CRAT
- Lisez la référence, c'est la fiche de la HAS 2013 : http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1369193/fr/contraception-fiches-memo

Contraception (risque thrombo-embolique jusqu'à 6 semaines du post-partum) :

- **Retour de la fertilité à 21 jours** (et rares rapports avant de toute façon)
- Se protéger les 7 premiers jours de la prise d'une contraception (*sauf si prise le premier jour des règles ou entre J21 et J28 du retour de couches pour désogestrel*)
- **Microprogestatif (1^{er} choix en suite de couches ici)** :
 - En absence de CI : cancer du sein ou de l'utérus, problème hépatique, accident TE évolutif, métrorragie inexplicquée
 - **A partir de J21** pour la HAS (allaitement ou non) et J28-42 pour le DIU ; *avis divergents dans le service (J10 ou 14 pour les sages-femmes, J3-7 pour le Dr. Grosbety, pose d'implant à J5 dans le service...)*
 - **Pilule DESOGESTREL** (générique de Cérazette) – non remboursé
 - **Implant sous-cutané : NEXPLANON (étonorgestrel)**

- *Durée 3 ans, contraception la + efficace : Pearl à 0.05 (mieux que la vasectomie...). 85% le garde à 1 an (15% l'enlève donc...)*
- *Info : spotting 1/5 OU aménorrhée 1/5 OU normal 3/5, ↑ poids, risque d'acné ou d'hyperpilosité*
- **DIU microprogestatif à J42 : MIRENA (lévonorgestrel)**
- **Oestroprogestatifs (MINIDRIL, OPTIDRIL, ADEPAL...), en absence de CI (carcinologique, hépatique, vasculaire) :**
 - *Si allaitement : à 6 mois*
 - **Si pas d'allaitement : à 6 semaines (consultation post-natale)**
 - *Voire 3 semaines en absence de FR TE (pas de TVP récente, de thrombophilie, d'immobilisation, de transfusion, d'obésité, d'hémorragie du post-partum, de césarienne, prééclampsie ou tabagisme) : non fait dans le service*
 - *Préférer pilule de 1^{ère} et 2^{ème} génération (patch, anneau = 3^{ème})*
 - *Informé du risque TE, prédominant la 1^{ère} année : 1/10 000 (base), 2/10 000 (POP 2^{ème}), 4/10 000 (POP 3^{ème}), 6/10 000 (grossesse) ; et leurs FR (alitement, chirurgie, trajets longs...)*
- **DIU à partir de 4-6 semaines, après PCR Chlamydia, Neisseria si ATCD d'IST, d'infection génitale haute, âge < 25 ans, partenaires multiples**
 - *Risque d'expulsion, de perforation, de migration*
 - *Lévonorgestrel MIRENA (comme MICROVAL) : risque d'aménorrhée*
 - *Cuivre UT-380 : risque de ménorragies*
 - *Contrôle à 1-3 mois puis annuel (ou douleur/méto, fièvre inexplicée)*
- **Méthodes barrières (efficacité moindre, accepter un échec) :**
 - **Préservatif** (seule méthode de lutte anti-IST)
 - **Diaphragme, cape, spermicide** (ne protège pas contre VIH) : 6 semaines
- **Méthodes naturelles**
 - **Méthode de l'allaitement maternel et de l'aménorrhée** : allaitement exclusif + 6-10 tétées/jour + 4h max entre 2 tétées le jour et 6h max la nuit + aménorrhée persistante + < 6 mois → 2% de grossesse...
 - **Abstinence périodique (Ogino-Knauss), température, retrait, auto-observation de glaire (Billings)**: nécessite le retour de couches, 3 cycles réguliers... et avoir accepté une grossesse précoce !
- **Stérilisation : nécessite un délai de 4 mois entre demande et réalisation**
 - *Dispositif intra-utérin (ESSURE) : à partir de 6 semaines*
 - *Ligature des trompes : à partir de 6 semaines*

Conseils associés à la contraception :

- Site d'information : <http://www.choisirsacontraception.fr>
- Diminution de l'efficacité : vomissements, millepertuis, autres IAM (anticonvulsivants, rifampicine...)
- **CAT en cas d'oubli de la pilule :**
 - Médecin, pharmacien ou <http://g-oubliepilule.com> (CHRU de Lille)
 - **< 12h** (dont anneau, patch) ou 3h pour MICROVAL, non prescrite ici : prise de la pilule dès que possible, puis poursuivre à l'heure habituelle
 - **> 12h :**
 - *Prise de la dernière pilule oubliée – même s'il en prend 2 en même temps - puis poursuite à heure fixe (ne pas en prendre 3 le même jour, en cas d'oubli supérieur à 24h, ne prendre que la dernière oubliée !)*
 - *Préservatifs pendant 7 jours*

- Si rapport dans les 5 jours précédents (y compris si c'est lors du début de la plaquette, en post-partum ou non) OU oubli de plus de deux comprimés (même en absence de rapport récent) : contraception d'urgence + test de grossesse à 2 semaines
- *Bonus POP (pas pour le microprogestatif continu) : si oubli après 14^{ème} pilule : enchaîner les plaquettes sans arrêt et faire un test de grossesse après la 1^{ère} semaine de la suivante.*

Si nécessité d'une contraception d'urgence :

- Lévonorgestrel NORLEVO 1,5 mg (95% efficacité avant 24h, 85% avant 48h, 58% avant 72h)
- OU ulipristal ELLAONE 30 mg (97% efficacité dans les 5 jours après l'oubli)

Efficacité contraceptive et taux d'abandon de la méthode après un an au États-Unis et en France, adapté de l'OMS (OMS 2011 b). Données extraites de « État des lieux des pratiques contraceptives et des freins à l'accès et au choix d'une contraception adaptée », HAS 2013

Méthode	Taux de grossesse (%) au cours de la première année d'utilisation			Taux d'abandon (%) de la méthode après 1 an d'utilisation	
	Utilisation courante		Utilisation correcte et régulière (Trussel)	États-Unis (Trussel)	France (Moreau)
	États-Unis (Trussel)	France (Moreau)			
Implant contraceptif	0,05		0,05	16	
Vasectomie	0,15		0,1	0	
DIU au lévonorgestrel	0,2	1,1 ¹	0,2	20	15 ¹
Stérilisation féminine	0,5		0,5	0	
DIU au cuivre	0,8	1,1 ¹	0,6	22	15 ¹
Injectable progestatif (Depoprovera)	6		0,3	44	
Pilule combinée oestroprogestative et pilule progestative seule	9	2,4	0,3	32	30
Patch contraceptif	9		0,3	32	
Anneau vaginal	9		0,3	32	
Diaphragme	12 ²		6 ²		
Préservatif masculin	15	3,3	2	47	53
Préservatif féminin	21		5	51	
Retrait	22	10	4	57	45
Éponge ³	24, 12 ⁴	22 ⁵	20, 9 ⁶	64	62 ⁵
Méthode de connaissance de l'ovulation (méthode naturelle)	25	8	0,4 – 5 ⁷	49	48
Spermicides	29	22 ⁵	18	58	62 ⁵
Cape cervicale	32, 16 ⁸		26, 9 ⁹		
Aucune méthode	85		85		

Les taux publiés par l'OMS proviennent largement des États-Unis (Trussel 2011). Les taux pour la France sont issus de l'étude Cocon (Moreau 2007, Moreau 2009) ; En fonction du taux de grossesse au cours de la 1^{re} année d'utilisation, la méthode est considérée par l'OMS comme : < 1 : très efficace ; 1 – 9 : efficace ; 10 – 25 : modérément efficace ; 26 – 32 : moins efficace.

CONSULTATION POST-NATALE : TOUT LE MONDE !

- Rendez-vous dans 6 semaines, à prévoir à la sortie par la patiente
- Auprès d'une SF ou d'un gynéco (si suivi par un gynéco, en cas de grossesse « pathologique » ou de césarienne)
- Buts : interrogatoire et informations (complications de l'allaitement, retour de couches, importance de la kinésithérapie...), examen clinique, suivi gynécologique (frottis, reprise d'une contraception oestroprogestative en absence d'allaitement)
- Pourquoi 6 semaines ? Les « suites de couches » commencent 2h après l'accouchement et s'arrêtent avec le retour des menstruations qui surviennent en moyenne à 6 semaines.

KINESITHERAPIE : TOUT LE MONDE !

Comment la prescrire ?

- Rééducation post-natale
 - o Périnéo-sphinctérienne (+/-) pelvi-rachidienne et sangle abdominale
 - o A réaliser par une sage-femme en ville (*ne fera que périnéo-sphincterien ?*) ou un kinésithérapeute en ville (*s'attardera peut-être moins sur le périnée ?*)
 - o A débiter dans 6 à 8 semaines (après la consultation post-natale)
 - o Pas de sport musclant les abdominaux (course à pied comprise), pas de port de charge lourde supérieure au poids du bébé avant la rééducation

Comment « vendre » la kinésithérapie post-natale⁽⁶⁾ :

- La kinésithérapie post-natale rebute certaines femmes (mauvais retours...)
- A proposer également en cas de césarienne, vu que l'utérus a pesé sur le périnée pendant toute la grossesse.
- Expliquer les buts théoriques :
 - o Diminuer les douleurs périnéales (20% à 2 mois, 10% à 12 mois)
 - o Remuscler le périnée (diminution de force maximale à 6-8 semaines)
 - o Prévenir les fuites urinaires (15-40% après accouchement, 1/3 de guérison spontanée entre 12-18 mois) et les impériosités
 - o Prévenir l'incontinence fécale (1-5% après accouchement)
 - o Prévenir les prolapsus / descentes d'organe
 - o Travail de la ceinture pelvienne et du rachis (30% de lombalgie/pubalgie après accouchement)
 - o Remuscler les abdominaux (50% de diastasis des grands droits à 5 semaines)
- Expliquer le déroulement :
 - interrogatoire,
 - testing musculaire au doigt ou à la sonde intra-vaginale,
 - exercices de tonification,
 - biofeedback instrumental (sonde endovaginale dans une cabine pour visualiser la contraction et exercices de contraction à la demande)
 - +/- électrostimulation (parfois mal tolérée, non obligatoire)
- *Il ne semble pas y avoir d'études montrant l'intérêt d'une rééducation systématique, chez les patientes asymptomatiques. Par ailleurs, l'efficacité de l'électrostimulation n'est pas prouvée.^(7,8)*
- Il est donc surtout important de préciser qu'il **n'est jamais trop tard pour la faire**, même si elles ont oublié ou ont des réticences !

ORDONNANCES : PRESQUE TOUT LE MONDE

Ordonnance classique (à adapter, notamment pour la contraception, cf. infra)

- **Antalgique : PARACETAMOL** 500 mg
 - 1 à 2 gélules 3 fois par jour si douleurs, 2 boîtes
- **Contraception : DESOGESTREL** (générique de CERAZETTE) 75 µg
 - 1 comprimé par jour à heure fixe
 - pendant 28 jours, en continu (pas d'interruption entre les plaquettes),
 - à débiter à J21 (entre J21 et J28) après l'accouchement
 - ajouter une contraception mécanique pendant les 7 premiers jours de prise si début après J28 (et avant évidemment...) (*idem lors qu'on commence cette pilule après le J1 du cycle*)
 - oubli maximum de 12h (à expliquer, cf. infra « conseils associés à la pilule »)
 - 1 plaquette à renouveler 1 fois si besoin
 - *Non remboursé mais désogestrel est le générique, à environ 10-15€ les 3 plaquettes... le prix est libre ! Les labos viendront vous présenter ANTIGONE ou CLAREAL, d'autres « génériques » de Cérazette, au prix généralement supérieur au désogestrel (« ouiiii mais c'est les mêmes excipients que le princeps... » :-)).*
- **Douleurs mammaires :**
- +/- **OSMOGEL** lidocaïne (pas d'allaitement et douleurs mammaires)
 - 2 appli par jour sur les seins
 - CI si allaitement
- +/- **IBUPROFENE** 200 mg (allaitement ou non et engorgement)
 - 1 à 2 comprimé 3 fois par jour 3 à 5 jours
 - Compatible avec l'allaitement
- +/- **PHLOROGLUCINOL SPASFON** 80 mg (contractions utérines, tranchées)
 - 2 cp 3 fois par jour
- +/- **CASTOR EQUI** (allaitement et crevasses)
 - pommade homéopathique (ou vaseline) cf. infra les conseils allaitement
- +/- **BROMOCRIPTINE** 2,5 mg (pas d'allaitement)
 - ½ matin ½ midi 1 soir
 - pendant 14 jours, prolongeable jusqu'à J21 de l'accouchement en cas de montée laiteuse (et non pas 21 jours direct, cf. Vidal)
 - **CI en cas de tabagisme, d'antécédent psychiatrique ou de TVP**
 - EI : HTA, IDM, AVC (en moyenne 3 IDM, 16 AVC par an en France liés à la bromocriptine), convulsions, hallucinations (agoniste dopaminergique : circuit de la récompense)... *Bromocriptine est CI pour inhiber la lactation aux USA.*⁽⁹⁾

Tire-lait double pompe en location 3 mois, à renouveler une fois, avec kits téterelles

2 ordonnances supplémentaires pour les patientes ayant eu une césarienne

- **Anticoagulation : ENOXAPARINE LOVENOX** 0,4 ml 1 SC par jour
 - **14 jours au total** (*si césarienne en urgence ; théoriquement pas d'intérêt pour les césariennes programmées sans autre FR, mais prescrit en pratique ici*)
 - La prescription d'HBPM est de **6 semaines si** 1 facteur parmi :
 - ATCD de TVP/EP,
 - trouble de la coagulation connu (déficit en ATIII, SAPL, mutation facteur II ou V Leiden),
 - chirurgie pelvienne majeure associée

- plus de 3 facteurs parmi [âge > 35, IMC > 30, varices, HTA, césarienne programmée, multiparité > 4, pré-éclampsie, allaitement strict, hémorragie du post-partum, syndrome néphrotique, inflammation en cours type MICI ou infection intercurrente...]⁽¹⁰⁾
- Associé à **chaussettes de contention** force 2 pendant 6-8 semaines minimum
- **IDE à domicile** tous les jours, samedi, dimanche et fériés inclus pour :
 - ablation des agrafes à J6 (première moitié) et J8 (reste)
 - réalisation de LOVENOX 0,4 ml 1 SC/j par jour pendant 14 jours au total en absence d'autre facteur de risque
 - dosage des plaquettes 2 fois par semaine pendant 14 jours
- **Laboratoire : dosage de plaquettes pendant l'anticoagulation 2 fois par semaine le premier mois puis 1 fois par semaine jusqu'à la fin**
 - Préciser le **taux de plaquettes de départ** (le jour de la césarienne et pas en contexte inflammatoire si possible)
 - la définition d'une Thrombopénie Induite par Héparine étant une diminution de 50% du taux initial OU survenue de nouvelles complications thromboemboliques au cours du traitement (*test d'agrégation plaquettaire, dosage anti-F4P → relais par danaparoïde, argatroban ou lépirudine*)
 - Pour mémoire : plus besoin de doser les plaquettes en contexte non chirurgical ou non traumatique, chez les patients sans risque particulier⁽¹¹⁾.

CONTROLE LABORATOIRE : 2 FOIS SUR 3 ENVIRON

Surveillance d'un diabète gestationnel

- 30 % de diabète de type 2 après un diabète gestationnel, voire 50% si obésité...
- Théoriquement : hyperglycémie orale provoquée à 75 g de glucose à 6-12 semaines post-partum.
- **Glycémie à jeun et HbA1c à 6 semaines semblent suffisants.**⁽¹²⁾
- RDV chez un endocrinologue à reprendre

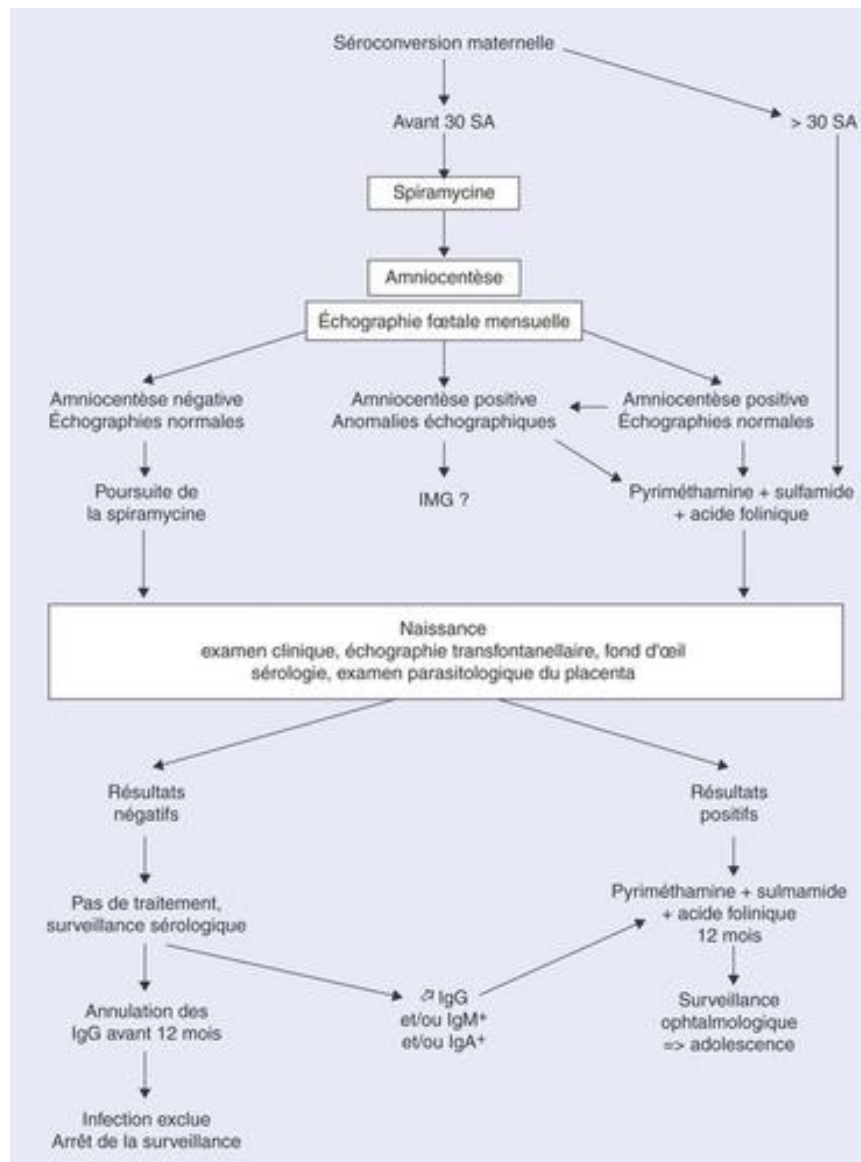
En cas de transfusion (rare...)

- RAI à 6 semaines (pour toute transfusion, pas seulement en per-partum...)
 - o Dépister une immunisation primaire, qui peut être éphémère (donc ne pas faire dans 6 mois !), susceptible d'entraîner une hémolyse transfusionnelle lors d'une prochaine transfusion ou grossesse
 - o Pas d'intérêt de faire des RAI dans les 12 semaines après un RHOPHYLAC, ils seront positifs, et typés en Ig anti-D... (cf. infra « Point rhésus négatif »)

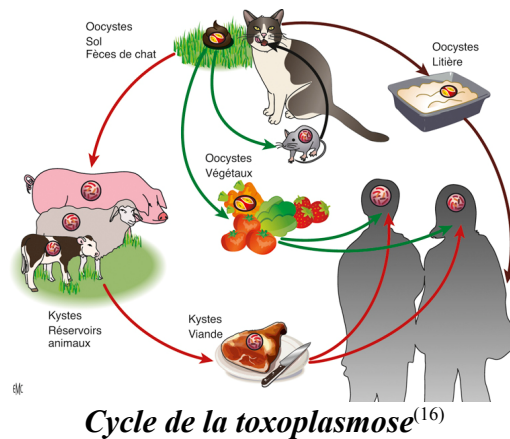
Sérologie toxoplasmose (si négative)

- Note : en profiter pour réaliser un contrôle de NFS-ferritine si besoin à 3 semaines
- **Sérologie toxoplasmose, à réaliser dans 3 semaines**
 - Résultats à transmettre au médecin traitant
 - But : dépister une séroconversion tardive (les IgG mettent 3 semaines max à se positiver).
 - La HAS recommande la dernière sérologie au moment de l'accouchement⁽¹³⁾, mais plusieurs observations de toxoplasmose congénitale avec chorioretinite liées à des séroconversions tardives incitent à ce contrôle à distance⁽¹⁴⁾
 - Si la sérologie IgG maternelle revient positive, on vérifie si l'enfant a une toxoplasmose congénitale⁽¹⁵⁾ :

- Examen clinique : signes de foetopathie (ictère, HSMG, anémie, hydrocéphalie...) ; *la PL n'est plus systématique*
- Echographie transfontanellaire (calcifications cérébrales)
- Examen ophtalmologique (choriorétinite)
- IgM ou IgA anti-toxoplasma (*seuls les IgG traversent le placenta*)
 - Si positif : sulfamide + pyriméthamine + acide folique (*la spiramycine est utilisée en pré-natal*), après avis spé bien sûr...
 - Si négatif : sérologie à M1 puis tous les 2 mois jusqu'à négativation des IgG (maternels) qui doit survenir avant 1 an
- *Examen du placenta avec inoculation à la souris*



Prise en charge de la toxoplasmose congénitale d'après ⁽¹⁵⁾



INFORMATIONS PRATIQUES (d'après des sages-femmes et ⁽⁴⁾)

- Le col se reconstitue en 1 semaine et reste perméable à l'orifice externe jusqu'à J20 → **pas de bain, pas de piscine tant que saignement / jusqu'à J20.**
- **Pas de rapport tant que douloureux** : la trophicité vaginale ne revient qu'avec la stimulation hormonale **vers J25**
- Un ectropion est visible pendant 6-12 mois et ne doit pas être électrocoagulé...
- **Périnée distendu : pas de port de charge lourde (> poids du bébé), pas de sport**
- **Retour de couches : saignements à J7, vrai retour à 4-8 semaines**
- Evolution de l'endomètre : régression (J0-J5), cicatrisation (J6-J25 : prolifération anarchique cicatricielle, non dépendante des hormones), prolifération (J25-J45 : prolifération de phase folliculaire normale, sous effet d'œstrogène → **pas d'intérêt à une contraception avant J21-28**), reprise du cycle menstruel (**hémorragie de privation à J45 = retour de couches**)
- L'ovulation est possible après le 40^{ème} jour (aspect de 2^{ème} partie du « cycle » : pas de progestérone avec J40 au plus tôt) ; en pratique, les 2 premiers cycles sont souvent anovulatoires
- La montée laiteuse arrive à H48 sous effet de PRL et avec l'effondrement des stéroïdes sexuels (E2). En cas d'allaitement, l'aménorrhée se prolonge souvent 4 mois (la FSH arrive plus tardivement à J35-45 au lieu de J25 en cas d'allaitement).
- La PRL augmente après l'accouchement, puis diminue à J15
- La glande pituitaire grossit de taille pendant la grossesse (+ 120%) et est maximale à J3 du post-partum (*seul moment où elle peut dépasser 10 mm, et se nécroser par ischémie, en cas d'hémorragie du post-partum, dans le syndrome de Sheehan*).
- L'hypercoagulabilité persiste 2 semaines (fibrinogène x 2 se normalisant en 3-4 semaines) avec une activité fibrinolytique augmentée également → **risque de CIVD, thrombose : intérêt d'une anticoagulation 2-6 semaines chez les femmes à risque.**
- Pas d'intérêt de la CRP en suites de couches, car elle peut augmenter d'un facteur 10
- En cas de retour de couches hémorragique, il faut évoquer une endométrite hémorragique (traitement ATB), une rétention placentaire (échographie = non vacuité → ATB et rechercher le fragment placentaire par révision utérine), atrophie de l'endomètre (mauvaise imprégnation : endomètre fin en écho → intérêt d'œstrogènes)
- En cas d'aménorrhées du post-partum (à 3 mois si pas d'allaitement, 5 si allaitement) : anovulation si courbe thermique plate (hypophysaire ou ovarien), ovulation si courbe biphasique (synéchie utérine, grossesse...)

VACCINATIONS : 1 FOIS SUR 5 ENVIRON

Vérifier la sérologie rubéole

- Si non immunisée : vaccin PRIORIX ou MMR (possible même si allaitement, en maternité)

Informez sur les autres vaccinations « cocooning »

- Intérêt d'immuniser les parents / grands-parents qui vont garder l'enfant contre la coqueluche (REPEVAX) +/- rougeole

POINT RHESUS NEGATIF⁽¹⁷⁾

Pendant la grossesse :

- Groupe Rhésus RAI x 2 **avant la fin du premier trimestre**
- **Si rhésus négatif (D-)**, informer du risque d'allo-immunisation (hémolyse, anémie, ictère du bébé) en cas de passage transplacentaire d'hématies fœtales Rhésus + (D+)
- **Si conjoint Rh négatif** : on peut s'abstenir d'une prophylaxie
- **Si RAI + avec anti-D passifs > 6 ng/ml** : on peut s'abstenir d'une prophylaxie (mais s'assurer que le Kleihauer reste négatif)
- **Sinon** : RHOPHYLAC (Ig anti-D)
 - o **Immunoprophylaxie ciblée : 20 µg par ml de GR fœtaux (tests de Kleihauer en nb de GR fœtaux pour 10 000 GR adultes)**
 - Dose minimale disponible en France = 200µg
 - **1^{er} trimestre = 200 µg pour tout risque** (*FCS, IVG, GEU, môle, métrorragies, cerclage, chirurgie abdominale...*)
 - pas d'intérêt de faire de test de Kleihauer (volume fœtal faible : 20 ml à 17 SA)
 - aux Pays-Bas et en Angleterre, pas d'anti-D avant 10-12 SA pour cette raison. Il n'y a pas de limite inférieure en France.
 - **2^{ème} ou 3^{ème} trimestre**
 - **Risque hémorragique important = test de Kleihauer** (*abord vasculaire fœtal, ponction transplacentaire, choc abdominal, version par manœuvres externes, avortement, MFIU, accouchement*) → **RHOPHYLAC 20 µg/ml de GR fœtaux IV** idéalement ou IM sinon
 - **Risque non important** (*amniocentèse extra-placentaire, cerclage du col, métrorragies*) = **pas de Kleihauer** → **RHOPHYLAC 200 µg**
 - Injection dans les 72h (idéalement, ou après si impossible)
 - o **Immunoprophylaxie systématique recommandée :**
 - 300µg en prophylaxie à 27-29 SA (après des RAI nég pour l'anti-D) ou 200µg si fait après 32 SA
 - o *Note : le RHOPHYLAC fait un peu hémolyser le fœtus, ne pas s'étonner d'un Coombs positif à la naissance...*
- **Efficacité 9 semaines (200 µg) ou 12 semaines (300 µg)** : inutile de faire des RAI mensuels systématiques dans les 2 mois suivants l'injection (ils seront positifs)
- *Il est probable qu'à l'avenir, le génotypage du rhésus D fœtal dans le sang maternel par PCR pour cibler les patientes nécessitant du RHOPHYLAC...*

A l'accouchement / en suites de couches :

- RAI avant le travail (rechercher les anti-D passifs)
- Prélèvement de sang au cordon ombilical pour déterminer le groupe du bébé
- **Si bébé rhésus négatif** : RAS
- **Si bébé rhésus positif (à vérifier par l'interne, et le noter dans le dossier !)**
 - o test de Kleihauer à la mère au moins 30 min après la délivrance (laisser le temps d'avoir un contact des hématies...)
 - o prophylaxie anti-D par **RHOPHYLAC** avec dosage selon le nombre de Kleihauer (20 µg/ml)
 - o Même si immunoprofylaxie à 28 SA SAUF si anti-D > 6 ng/ml, Kleihauer négatif et injection dans les 3 semaines précédents l'accouchement
- **Penser à demander des RAI à 6 mois** (s'assurer de l'efficacité de la prophylaxie) +/- décaler le ROR à 3 mois si non immunisée par la rubéole (*possible interaction avec l'anti-D*)

Tableau II Adaptation de la dose d'IgRh en fonction du volume d'hémorragie fœto-maternelle estimé.
Adaptation of the dose of IgRh according to the estimated volume of fetomaternal hemorrhage.

Kleihauer (HF/10 000 HA)	Dose de 100 µg		Dose de 200 µg		Dose de 300 µg		Voie d'administration
	Doses	µg	Doses	µg	Doses	µg	
0-≤ 4	1	100 µg	1	200 µg	1	300	IV Directe
5-24	2	200 µg	1	200 µg	1	300	
25-44	3	300 µg	2	400 µg	1	300	
45-64	4	400 µg	2	400 µg	2	600	
65-84	5	500 µg	3	600 µg	2	600	Perfusion sur 4 heures Dans 250 ml de NaCl à 9 pour mille
85-104	6	600 µg	3	600 µg	2	600	
105-124	7	700 µg	4	800 µg	3	900	
125-144	8	800 µg	4	800 µg	3	900	
145-164	9	900 µg	5	1 000 µg	3	900	
165-184	10	1 000 µg	5	1 000 µg	4	1 200	
185-204	11	1 100 µg	6	1 200 µg	4	1 200	
205-224	12	1 200 µg	6	1 200 µg	4	1 200	
225-244	13	1 300 µg	7	1 400 µg	5	1 500	
245-264	14	1 400 µg	7	1 400 µg	5	1 500	
265-284	15	1 500 µg	8	1 600 µg	5	1 500	
285-304	16	1 600 µg	8	1 600 µg	6	1 800	

POINT FROTTIS CERVICO-VAGINAL

Vérifier la date du dernier FCV et noter en dernière page (Cs post-natale) si à faire

- **FCV** (1000 décès par an / 3000 cancers par an / couverture de FCV de 57%)
 - o **Qui ?** ♀ de 25 à 65 ans, asymptomatique, même si vaccinée, ayant déjà eu au moins un rapport (sinon pas de contage HPV)
 - o **Quand ?** Tous les 3 ans après 2 frottis normaux à 1 an d'intervalle(18)
 - o **Si positif(19) :**
 - ASC-H : colposcopie + biopsie dirigée du col (en consult)
 - ASC-US (*Atypical Squamous Cells of Undetermined Significance*) :
 - **recherche d'HPV oncogènes** → si + : colposcopie, biopsie
→ si - : FCV à 1 an puis habituel
 - **OU FCV à 6 mois** → si + : colposcopie, biopsie
→ si - : FCV à 1 an puis habituel

- Si FCV à 1 an anormal : colposcopie, biopsie
- Lésions malpighiennes intra-épithéliale de **bas grade**
 - **FCV à 6, 12, 24 mois puis annuelle** → si + : colposcopie
 - OU colposcopie d'emblée (qui peut être aidée par traitement oestrogénique si la qualité n'est pas satisfaisante)
 - biopsie (si anormale)
 - OU FCV à 1 an (si normal)
 - **Pas de recherche d'HPV** : risque élevé de positivité
- Lésions malpighiennes intra-épithéliale de **haut grade**
 - **Colposcopie d'emblée** +/- exérèse (conisation) diagnostique si visualisation incomplète
 - A 3-6 mois : FCV + colposcopie, biopsie dirigée (ou curetage endocervical)
 - si + : traitement
 - si - : répéter à 6 mois puis FCV annuel
- Anomalies des cellules glandulaires :
 - **Colposcopie** avec biopsie et/ou curetage de l'endocol
 - si atypies : FCV à 6 mois
 - si ADK in situ ou non : conisation et curetage d'endomètre

QUELQUES DIAGNOSTICS A EVOQUER EN SUITES DE COUCHES

(non exhaustif)

Devant une anémie :

- **Inertie utérine par rétention placentaire** (perte > 500 cc à 24h)
 - Révision utérine
- **Plaies (épisiotomie...)**
- **Rupture utérine**
- **Atrophie d'endomètre** → retour de couche hémorragique à 4-6 semaines
 - Eliminer endométrite et rétention
 - Atrophie d'endomètre (échographie : endomètre fin) : prescrire oestrogènes

CAT devant une douleur mammaire (cf. supra « allaitement)

Devant des céphalées :

- **Syndrome post-PL (péridurale)** : repos, antalgiques, caféine 20 ampoules sur 6h (*ou 4 grands cafés forts*) +/- Blood-patch à 48h de l'accouchement
- **Thrombose veineuse cérébrale**

Devant une non-involution utérine

- **Endométrite par rétention de lochies** : J5-10 (FR = rupture prématurée des membranes, dystocie, DARU) : fièvre modérée, état général conservé, douleur pelvienne, lochies abondantes grisâtres (parfois absentes), utérus mal involué (gros mou sensible ou douloureux), col béat, douleur à la mobilisation utérine → Utérotoniques, ATB par amoxicilline, bilan si diffusion pelvienne, échec de l'ATB ou TP pelvienne suspectée

- **Rétention de lochies** → utérotoniques, AB +/- dilatation à la bougie / aspiration (exceptionnel)
- **Endométrite hémorragique** : J10-15 : hémostase endocavitaire par curage digital +/- embolisation des artères utérines

Devant des lochies fétides → faire un prélèvement vaginal !

- Endométrite

Devant une fièvre (infections puerpérales) :

- **Endométrite**
- **Mérite parenchymateuse (exceptionnelle)** : risque d'abcès à pyogènes ou gangrène utérine → hystérectomie
- **Salpingite / infections annexielles**
- **Phlegmons du ligament large** : extraction instrumentale, abcès (rare) → ATB
- **Pelvipéritonite / abcès du Douglas** : AEG, fièvre importante, douleur vive mais peu de Blumberg (rare)
- **Phlébites puerpérales suppurées (TP pelviennes du post-partum)** : fièvre 72h malgré AB, tachycardie, tb digestifs, algies pelviennes aspécifiques avec examen pauvre → échographie (phlébite ovarienne ?) ou IRM, HAA → anticoagulation efficace, AB adaptée, bilan de trouble de coagulation à distance
- **Septicémies puerpérales**

Devant une douleur du périnée :

- **Suture d'épisiotomie trop serrée** → enlever un fil
- **Thrombose superficielle du périnée**
- **Poussée hémorroïdaire aiguë** → (ici : SEDORRHOIDE crème 3/j + suppo 1 le soir, voire incision sous AL d'une thrombose hémorroïdaire externe)

Devant une douleur des mollets :

- **TVP** → échographie, anticoagulation efficace (*prévention par lever précoce, contention/héparine si risque : > 40 ans, multiparité, obésité, varices, dystocie, césarienne, ATCD cardio-embolique ou coagulopathie*)

Et bien sûr, les psychoses du post-partum...

Courrier de sortie : à imprimer et donner à la patiente idéalement

Boulogne sur Mer, le **INSERER LA DATE ICI**

M. le Docteur Holmes
221B Baker Street
NW1 6XE LONDRES
Sherlock.holmes@apicrypt.fr

Madame Jennifer Niglobulerouges
4 avenue des anémies
62200 BOULOGNE SUR MER

Nos réf.

IPP : 123456789
N° sécurité sociale : 299126216019522
N° épisode : 484848484

Cher Confrère,

Votre patiente **Madame Jennifer Niglobulerouges** née le 31/12/1999 demeurant 4 avenue des anémies 62200 BOULOGNE SUR MER, a été hospitalisée du 01/05/2013 17:00 au **INSERER LA DATE ICI**. Elle présente dans ses antécédents : **INSERER LES ATCD (page 2 du dossier obstétrical)**. Elle est G **NOTER LA GESTITE P ET LA PARITE (page 3)**, de groupe **NOTER LE GROUPE (encadré de la page 9, visible derrière les pages 5 à 8)** rhésus positif/négatif **CHOISIR (idem)**, immunisée pour la rubéole mais pas/et **CHOISIR (page 9 également)** pour la toxoplasmose. Elle a accouché dans notre service le 01/05/2013 au terme de **NOTER LE NOMBRE DE SEMAINES + JOURS (voir la fiche de liaison néonatale page 17bis)** semaines d'aménorrhée d'un enfant de sexe M prénommé Sayff, pesant 2970g, d'Apgar **NOTER L'APGAR (page 17 bis)**. **(entre parenthèses vous pouvez résumer un peu la page 17bis en cas de déclenchement, expulsion inhabituelle, ou de liquide méconial)**

Les suites de couches ayant été simples, nous avons autorisé sa sortie le 05/05/2013 05:05 sous couvert de **NOTER LES TRAITEMENTS AVEC POSOLOGIES (souvent PARACETAMOL 3/j, OSMOGEL 2/j...)** ®. Une contraception sera prise par **NOTER LA CONTRACEPTION**®. Un contrôle de la sérologie de toxoplasmose est à réaliser dans 3 semaines **A SUPPRIMER SI DEJA IMMUNISEE, REPENSER A LA RUBEOLE**. Des séances de rééducation périnéale ont été prescrites **AJOUTER A PARTIR DE 6 SEMAINES (éventuellement)**. Nous la reverrons en consultation post-natale d'ici 6 à 8 semaines.

Quant au nouveau-né, sa croissance staturo-pondérale est satisfaisante sous allaitement **PRECISER MATERNEL OU ARTIFICIEL (page 17bis)**. Son examen pédiatrique est consigné dans le carnet de santé. Bien entendu, en cas de pathologie, les pédiatres du service ne manqueront pas de vous informer.

Je vous prie de croire, Cher Confrère, en l'expression de mes sincères salutations.

Docteur Watson
Chef de service

Michaël Rochoy (SIGNER)
Interne

Voilà, bon courage !

Michaël (si vous avez des questions sur ce document : michael.rochoy@gmail.com)

REFERENCES

1. Promouvoir un allaitement maternel. Rev Prescrire [Internet]. 2008 Sep [cited 2013 Jul 19];297s. Available from: <http://www.prescrire.org/aLaUne/dossierAllaitementChoix.php>
2. Haute Autorité de Santé - Breastfeeding - Initiation and continuation during the first 6 months of life [Internet]. [cited 2013 Jul 19]. Available from: http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_272220/en/breastfeeding-initiation-and-continuation-during-the-first-6-months-of-life
3. V. Rigourd, J.F. Magny, R. Serreau, A. Tasseau, S. Aubry, M. Lévêque, F. Autret, F. Quetin, F. Kieffer, Z. Assaf, E. Thoueille, V. Boulinguez, M. Voyer. Conseils pour l'allaitement. Mc - Akos Traité Médecine 20081-12 Artic 8-0415 [Internet]. [cited 2013 Jul 19]; Available from: <http://www.em-premium.com.doc-distant.univ-lille2.fr/article/188183>
4. J. Horovitz, F. Coatleven, D. Roux, F. Vandebossche. Suites de couches normales et pathologiques (hors syndromes neuroendocriniens). Emc - Obstétrique 20111-14 Artic 5-110--10 [Internet]. Available from: <http://www.em-premium.com.doc-distant.univ-lille2.fr/article/273292>
5. Haute Autorité de Santé (recommandations de bonne pratique). Contraception : Fiches mémo [Internet]. 2013. Available from: http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1369193/fr/contraception-fiches-memo

6. Haute Autorité de Santé (recommandations de bonne pratique). Rééducation dans le cadre du post-partum [Internet]. 2002. Available from: http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_272241/en/postpartum-reeducation
7. X. Deffieux. Incontinence urinaire et grossesse. *J Gynécologie Obstétrique Biol Reprod*. 2009 Dec;38(8S1):212–31.
8. X. Fritel. Pour ou contre la rééducation périnéale du post-partum ? *Gynécologie Obstétrique Fertil*. 2008 Jul;36(7-8):824–5.
9. Enquête officielle relative aux effets indésirables de la bromocriptine utilisée dans l'inhibition de la lactation. In : Commission nationale de pharmacovigilance - Compte rendu de la réunion du mardi 27 mars 2012 [Internet]. 2002. Available from: http://ansm.sante.fr/var/ansm_site/storage/original/application/4e4d2a70e5dddfb150fe87360d6b13dd.pdf
10. Pierre-Yves Dewandre, Anne-Sophie Ducloy-Bouthors, Dan Benhamou, Frédéric J. Mercier. SFAR - Maladie thromboembolique veineuse en post-partum [Internet]. [cited 2013 Jul 19]. Available from: <http://www.sfar.org/article/437/maladie-thromboembolique-veineuse-en-post-partum>
11. Haute Autorité de Santé (recommandations de bonne pratique). Modification des recommandations sur la surveillance plaquettaire d'un traitement par HBPM [Internet]. 2011. Available from: http://ansm.sante.fr/var/ansm_site/storage/original/application/58af9a851799004cfc1317baf34a70c9.pdf
12. Mahesh V Katreddy, Joseph M Pappachan, Sarah E Taylor, Alan M Nevill, Radha Indusekhar, Ananth U Nayak. Hemoglobin A1c in early postpartum screening of women with gestational diabetes. *World J Diabetes*. 2013 Jun 15;4(3):76–81.
13. Haute Autorité de Santé (recommandation en santé publique). Surveillance sérologique et prévention de la toxoplasmose et de la rubéole au cours de la grossesse et dépistage prénatal de l'hépatite B – Pertinence des modalités de réalisation [Internet]. 2009. Available from: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2009-12/depistages_prenatals_obligatoires__synthese_vf.pdf
14. R. Ben Abdallah, E. Siala, R. Maatoug, O. Souissi, K. Aoun, A. Bouratbine. Toxoplasmose congénitale faisant suite à une primo-infection maternelle en fin de grossesse. *Arch Pédiatrie*. 2011 Jul;18(7):758–60.
15. F. Kieffer, P. Thulliez, E. Yi-Gallimard, A. Tasseau, S. Romand, F. Jacquemard. Toxoplasmose congénitale. *Emc - Akos Traité Médecine* 20061-6 Artic 8-0370.
16. M.-L. Dardé, F. Peyron. Toxoplasme et toxoplasmose. *Emc - Pédiatrie - Mal Infect* 2012741-12 Artic 4-330--10 [Internet]. Available from: <http://www.em-premium.com.doc-distant.univ-lille2.fr/article/735949>
17. A. Cortey, Y. Brossard. Prévention de l'allo-immunisation Rhésus-D fœto-maternelle. Aspects pratiques. *J Gynécologie Obstétrique Biol Reprod* [Internet]. 2006 Feb;35(S1). Available from: <http://www.em-premium.com.doc-distant.univ-lille2.fr/article/118020/>
18. Haute Autorité de Santé (actualités et pratiques). Cancer du col de l'utérus : la HAS recommande un dépistage organisé au niveau national [Internet]. 2011. Available from: http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1015771/fr/cancer-du-col-de-luterus-la-has-recommande-un-depistage-organise-au-niveau-national?xtmc=&xtcr=4
19. Haute Autorité de Santé (recommandations de bonne pratique). Conduite à tenir devant un frottis anormal du col de l'utérus [Internet]. 1998. Available from: http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_469254/fr/conduite-a-tenir-devant-un-frottis-anormal-du-col-de-l-uterus