

Les suites de couches physiologiques

Comité éditorial pédagogique de l'UVMaF

Date de création du document 01/03/11

Table des matières

SPECIFIQUES :	4
I Données physiologiques	6
I.1 L'utérus	6
I.1.1 L'involution utérine	6
I.1.2 La régénération de la muqueuse endométriale	6
I.2 Les voies génitales basses	7
I.3 Les glandes mammaires	7
I.4 Les fonctions urinaires et digestives	8
I.5 Autres appareils	8
I.6 L'état psychique	9
I.7 Les variations hormonales	9
I.8 Les variations biologiques	9
II Prise en charge en suites de couches	10
II.1 Prise en charge de la mère	10
II.1.1 L'état général	10
II.1.2 L'examen sénologique	10
II.1.3 L'utérus	10
II.1.4 Les lochies	11
II.1.5 Le périnée	11
II.1.6 Les fonctions d'élimination	11
II.1.7 Les membres inférieurs	12
II.1.8 Le contexte psychosocial	12
II.1.9 Prévention	13
II.2 Éléments de surveillance du nouveau-né	13

II.3 L'examen de sortie de la mère.....	13
III BibLiographie.....	14
IV Annexes.....	16

PRÉ-REQUIS

- Les modifications physiologiques de l'organisme maternel pendant la grossesse
- La délivrance spontanée, naturelle et dirigée
- Les caractéristiques du nouveau-né à terme
- Alimentation du nouveau-né
- Physiologie de la lactation - Allaitement
- Psychologie de la naissance et de la cellule familiale

OBJECTIFS

SPECIFIQUES :

- Connaître les principales modifications biologiques de cette période
- Connaître les éléments de surveillance de la mère
- Identifier les éléments de surveillance du nouveau-né
- Dépister d'éventuelles complications
- Accompagner la mère, le couple dans la mise en place du lien avec l'enfant

INTRODUCTION

Le terme Suites De Couches (SDC) caractérise la période qui s'étend de la délivrance au retour de couches (ou retour de la menstruation (*cf. glossaire*)).

Elle est d'environ 45 jours, soit six à huit semaines après l'accouchement en l'absence de contraception hormonale.

Les SDC sont nommées immédiates du 1er au 15e jour (postpartum immédiat dans les deux heures suivant l'accouchement puis postpartum secondaire) et tardives du 16e au 45e jour.

C'est une période de bouleversements physiques et psychiques dominée par deux phénomènes physiologiques essentiels :

- le retour de l'organisme à son état antérieur à la grossesse, notamment au niveau de l'appareil génital,
- l'établissement de la lactation.

Elles constituent une période de surveillance importante.

PREAMBULE

Le code de la santé publique définit la profession de sage-femme dans les termes suivants « comporte... la surveillance et la pratique de l'accouchement et des soins postnataux en ce qui concerne la mère et l'enfant, sous réserve des dispositions des articles L 4151-2 : http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do;jsessionid=CA96A8F5C41E72909838480C585A6AF2.tpdjo12v_3?cidTexte=LEGITEXT000006072665&idArticle=LEGIARTI000006688928&dateTexte=&categorieLien=cid

à L 4151-4 :

http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do;jsessionid=CA96A8F5C41E72909838480C585A6AF2.tpdjo12v_3?idArticle=LEGIARTI000006688934&cidTexte=LEGITEXT000006072665&dateTexte=20110329&categorieLien=id », c'est-à-dire sous réserve d'adresser la femme à un médecin en

cas de situation pathologique.

La prise en charge du nouveau-né fera l'objet d'un chapitre particulier traité dans l'UE de pédiatrie.

Il est à noter que les frais de séjour en hospitalisation publique ou privée conventionnée sont remboursés à 100 % dans la limite de 12 jours ; sont également pris en charge à 100 % dans les 30 jours qui suivent la naissance, les frais d'hospitalisation du nouveau-né.

I DONNÉES PHYSIOLOGIQUES

I.1 L'UTÉRUS

I.1.1 L'involution utérine

L'utérus se rétracte, se contracte et involue rapidement après la délivrance. Cette involution sera favorisée par la lactation immédiate après l'accouchement grâce aux taux circulants élevés d'ocytocine (*cf. glossaire*) .

Son volume diminue rapidement ainsi que son poids (d'1,5 kg après l'accouchement à 70 g au 8^{ème} jour, c'est-à-dire la taille d'une orange). L'involution est très rapide les deux premières semaines, puis beaucoup plus lente. Elle ne sera totale qu'au bout de deux mois minimum où l'utérus reprend sa taille normale d'environ 6 cm et un poids de 50 g (taille d'une figue).

Durant l'involution, le segment inférieur disparaît et le col se reconstitue pour retrouver sa consistance et sa longueur en une semaine environ. Après 10 jours, l'orifice interne se referme tandis que l'orifice externe demeure légèrement déhiscent jusqu'au 20^{ème} jour.

Sur le plan histologique, l'involution utérine s'explique par la disparition de l'œdème, le retour à la normale de la longueur des fibres musculaires et une dégénérescence des fibres musculaires néoformées.

I.1.2 La régénération de la muqueuse endométriale

L'endomètre évolue en quatre phases :

- une phase de régression : de l'accouchement au 5^{ème} jour
- une phase de cicatrisation indépendante des sécrétions hormonales : du 6^{ème} au 25^{ème} jour;
- une phase hormonale de régénération : du 25^{ème} au 45^{ème} jour sous l'effet de la stimulation œstrogénique ;
- une phase de reprise du cycle menstruel.

En l'absence de lactation, elle peut s'observer à partir du 45^{ème} jour. Les premier et plus rarement deuxième cycles qui suivent l'accouchement, sont habituellement anovulatoires et le retour de couches correspond en fait à une hémorragie de privation.

Si la femme allaite, le retour de couches est décalé avec une phase d'aménorrhée pendant les 4 premiers mois puis des menstruations possibles au-delà même si l'allaitement est poursuivi.

En revanche, si l'allaitement n'est pas exclusif ou dès son arrêt, les premières menstruations surviennent dans les six à huit semaines suivantes.

I.2 LES VOIES GÉNITALES BASSES

Durant les jours qui suivent l'accouchement, l'épithélium vaginal régresse, ce qui entraîne une atrophie à ce niveau mais il retrouve rapidement sa tonicité et sa trophicité sous l'influence des œstrogènes ; les érosions superficielles cicatrisent en quelques jours et les plus profondes (déchirures, épisiotomie) se réépithélialisent spontanément.

La vulve peut rester béante quelques jours mais reprend sa tonicité et perd son aspect congestif dès le 2^{ème} jour. L'hymen, dilacéré par le passage du fœtus, est remplacé par des cicatrices appelées caroncules myrtiformes.

Les muscles périnéaux et les releveurs reprennent leur tonus en six à huit semaines s'ils n'ont pas été lésés pendant l'accouchement. Il peut cependant exister des déchirures périnéales fermées cachant des microlésions voire des ruptures partielles des muscles.

I.3 LES GLANDES MAMMAIRES

Pendant la grossesse, les alvéoles mammaires prolifèrent sous l'action de l'Hormone Lactogène Placentaire (HLP) avec une prolifération intense des canaux galactophores et des acinis (*cf. glossaire*) ; cependant l'activité sécrétoire est bloquée par les œstrogènes.

Dès l'accouchement, les cellules alvéolaires s'hypertrophient et se différencient.

La réalisation et le maintien de l'allaitement sont sous contrôle hormonale ; la chute des hormones stéroïdiennes gravidiques et la succion fréquente du mamelon qui va engendrer une sécrétion de prolactine PRL et d'ocytocine hypophysaires, permettent la production lactée avec dans un premier temps la sécrétion de colostrum.

À partir de 48 heures après la naissance, une congestion mammaire passagère (d'environ 24 heures) correspondant à la galactogenèse de stade II peut s'accompagner d'une élévation transitoire de la température à 38°.

Cette congestion est communément appelée « montée de lait » ; la composition du lait est alors modifiée en lait mature.

En savoir plus : La physiologie de la lactation : <http://www.uvmaf.org/UE-obstetrique/lactation/site/html/>

I.4 LES FONCTIONS URINAIRES ET DIGESTIVES

Une crise urinaire est fréquente dans les premiers jours avec une diurèse pouvant atteindre 2 l à 2,5 l/24 h ; cependant, du fait de l'atonie vésicale et de l'éventuel traumatisme dû à l'accouchement, une possible rétention urinaire doit être recherchée d'autant plus qu'elle est souvent latente et indolore et pourra entraîner une mauvaise rétraction utérine. Elle peut aussi être suscitée par l'anesthésie locorégionale.

La patiente peut aussi présenter une incontinence urinaire d'autant plus précocement que des signes existaient en fin de grossesse mais celle-ci sera le plus souvent transitoire.

L'alimentation peut être reprise deux heures après l'accouchement en l'absence de complication.

L'appétit est normal voire augmenté en cas d'allaitement.

La constipation est très fréquente et transitoire ; liée aux facteurs mécaniques et hormonaux de la grossesse et de l'accouchement, elle peut également être corrélée à une peur de pousser en raison de la présence d'une suture périnéale.

Une crise hémorroïdaire, favorisée par la constipation et la stase veineuse de la fin de grossesse, est possible en relation notamment avec les efforts de poussée développés pendant l'accouchement.

I.5 AUTRES APPAREILS

- Les angiomes stellaires et l'érythrose palmaire disparaissent en quelques semaines du post-partum, le plus souvent au cours du 2^{ème} mois, mais 10 % peuvent persister. Une récurrence des angiomes stellaires, sous contraception œstroprogestative, est possible.
- Le Mélasma (chloasma ou masque de grossesse) : s'atténue en 6 à 18 mois et disparaît totalement dans 70 % des cas.
- Les cheveux : on observe un passage en phase télogène dans le post-partum se produisant 1 à 5 mois après l'accouchement entraînant une chute diffuse des cheveux pouvant durer plusieurs mois. La récupération est quasi-complète en 1 à 2 ans. Il est capital de rassurer les patientes présentant cet état.
- Les poils : l'hyperpilosité des poils sexuels, des jambes, des bras, de la lèvre supérieure, de la ligne médiane abdominale diminue progressivement et partiellement. Ainsi, le duvet disparaît après l'accouchement alors que poils terminaux peuvent persister.
- Les vergetures apparues au cours de la grossesse s'atténuent et pâlisent dans le post-partum mais ne disparaissent jamais.

- L'œil et la vision : les troubles de la réfraction, en particulier la myopisation de fin de grossesse régresse en quelques semaines.

I.6 L'ÉTAT PSYCHIQUE

Les variations hormonales importantes, l'épuisement physique occasionné par l'accouchement et le manque de repos favorisent, entre le 3^{ème} et 5^{ème} jour du post-partum, à des degrés divers, l'apparition de réactions émotionnelles à type de larmes, irritabilité, troubles du sommeil, de l'appétit, fatigue...

Cette déprime transitoire ou « baby blues » concerne 50 à 70 % des mères et ne doit pas être confondu avec la dépression postnatale qui peut compromettre la santé de la mère et la relation de la mère et de l'enfant.

I.7 LES VARIATIONS HORMONALES

L'accouchement est suivi de la chute brutale des hormones d'origine placentaire (progestérone, œstrogènes) ; en revanche, le taux de PRL est très élevé.

- Chez la femme non allaitante, la prolactine disparaît au bout de 10 à 12 jours. Le taux de FSH très bas après l'accouchement, réaugmente pour atteindre un taux normal vers la fin de la 3^{ème} semaine, ce qui induit une sécrétion progressive des œstrogènes ; de même, le taux de LH réaugmente progressivement au bout d'un mois ; le pic de LH et l'ovulation se produisent en moyenne vers le 45^{ème} jour après l'accouchement (l'ovulation ne survenant jamais avant le 25^{ème} jour).
- Chez la femme allaitante, la tétée induit des pics de PRL ; ces taux élevés retardent l'apparition de la 1^{ère} menstruation mais cette réponse diminue pour disparaître au bout de 60 jours ; les taux de PRL se normalisent en moyenne vers 112 jours permettant la libération de l'axe hypothalamo-hypophysaire ; la 1^{ère} ovulation sera donc possible vers 4 mois.

I.8 LES VARIATIONS BIOLOGIQUES

Les modifications humorales : taux de lipides, de protides, tolérance aux glucides, taux de globules rouges et blancs de la grossesse reviennent progressivement à des taux normaux.

L'hypercoagulabilité se normalise en deux à trois semaines sauf pour le fibrinogène en deux mois ce qui rend cette période propice à l'apparition d'accidents thromboemboliques.

Face à ce retour lent aux normes, les bilans de contraception ou autres examens sanguins complémentaires ne devront pas être prescrits avant le 3^{ème} mois du post-partum.

II PRISE EN CHARGE EN SUITES DE COUCHES

II.1 PRISE EN CHARGE DE LA MÈRE

La surveillance commence aussitôt après la délivrance (post-partum immédiat) et pendant deux heures en salle de naissance (*(En savoir plus : Surveillance clinique et paraclinique après accouchement* : <http://www.uvmaf.org/UE-obstetrique/etudecliniquegrossesse/site/html/2.html>), puis ensuite, pour le post-partum secondaire, dans le service de suites de couches. L'objectif principal des premières 24h est de dépister et traiter une éventuelle hémorragie.

La surveillance sera au minimum biquotidienne et les différents éléments de surveillance seront répertoriés sur la feuille de soins du dossier de la patiente.

Pour le post-partum tardif, la consultation postnatale aura lieu entre la 6e et 8e semaine du post-partum.

(En savoir plus : La visite postnatale: <http://www.uvmaf.org/UE-obstetrique/visitepostnatale/site/html>)

II.1.1 L'état général

Il n'y a pas d'altération de l'état général et les constantes sont normales.

Cependant, l'asthénie (*cf. glossaire*) est fréquente en raison de la fatigue liée à l'accouchement et au rythme des SDC. Accompagnée de sensations vertigineuses au lever, tachycardie, polypnée (*cf. glossaire*) et conjonctives pâles, elle peut être le symptôme d'une anémie ; une supplémentation en fer sera prescrite en fonction des résultats de la numération globulaire.

II.1.2 L'examen sénologique

Chez la femme non allaitante, on vérifie l'absence de tension mammaire et de galactorrhée ; la lactation peut être inhibée par un traitement à base de Bromocriptine en dehors de contre-indication.

Chez la femme allaitante, on vérifiera la souplesse des seins, l'absence de rougeurs ou de crevasses ; la mère bénéficiera de conseils d'hygiène, de soutien et d'encouragement dans la conduite de son allaitement.

II.1.3 L'utérus

L'utérus doit être palpé afin d'apprécier sa position et sa consistance.

Juste après l'accouchement, le fond utérin est à l'ombilic ; il est tonique et son expression ne doit pas entraîner l'émission de caillots sanguins.

On mesure son involution en nombre de travers de doigts sous l'ombilic.

Au bout d'une semaine, il est à mi-chemin entre l'ombilic et la symphyse puis disparaît pour retrouver sa situation intra-pelvienne au bout de 15 jours. Il est indolore à la palpation.

Les tranchées, contractions utérines spécifiques des SDC qui assurent l'involution utérine sont plus intenses pendant la tétée et chez la multipare et peuvent nécessiter la prescription d'antalgiques et/ou antispasmodiques.

II.1.4 Les lochies

Les lochies correspondent à un écoulement vulvaire provenant de la plaie placentaire.

D'aspect sanglant les trois premiers jours puis sérosanglants jusqu'au huitième jour, cet écoulement devient ensuite séreux pour disparaître vers le quinzième jour; les pertes peuvent revenir plus abondantes et sanguinolentes vers le vingt-et-unième jour, c'est le « petit retour de couches ».

Par l'observation et l'odorat, la qualité et la quantité des lochies sont appréciées. Leur odeur doit rester discrète.

II.1.5 Le périnée

L'interrogatoire prend en compte la douleur avec une éventuelle prescription d'antalgiques et/ou anti-inflammatoires ; l'examen vérifie la régression de l'œdème et l'absence d'hématome, d'inflammation ou de suppuration de la suture ; on veillera à donner à la patiente des conseils d'hygiène et des informations concernant la cicatrisation.

(*En savoir plus : Episiotomie et sa réfection : <http://www.uvmaf.org/UE-obstetrique/episiotomie/site/html>)*

En cas d'hémorroïdes, le traitement fait appel aux toniques veineux à forte dose et à des topiques en proctologie sous forme de crème ou de suppositoire.

II.1.6 Les fonctions d'élimination

Une éventuelle rétention d'urine est recherchée pendant les premières vingt-quatre heures ; un sondage est parfois nécessaire.

L'apparition de signes fonctionnels urinaires (pollakiurie (*cf. glossaire*), brûlures mictionnelles) imposera la réalisation d'une bandelette urinaire, voire d'un examen cytbactériologique des urines ; cet examen sera systématique en cas d'infection urinaire récidivante en cours de grossesse.

L'exonération intestinale ne s'effectue souvent que vers le 3^{ème} jour et pourra être favorisée par le lever précoce, des mesures diététiques (augmentation des boissons et des apports en fibres) complétés si besoin par des laxatifs huileux.

II.1.7 Les membres inférieurs

Un examen quotidien comparatif des deux membres inférieurs avec la recherche de douleur provoquée par la pression du mollet, d'une diminution du ballotement de mollets, de l'apparition d'une rougeur ou chaleur locale ou d'un discret œdème unilatéral est effectué à la recherche d'une éventuelle thrombose (*cf. glossaire*).

Le signe de Homans qui est présent lorsque la dorsiflexion passive du pied sur la jambe au repos entraîne une douleur n'est pas constant et spécifique. Les signes généraux sont généralement peu intenses avec un fébricule à 38° et un pouls classiquement accéléré de façon progressive (pouls grim pant de Malher).

La prévention des phlébites sera assurée par un lever précoce et une mobilisation active des membres inférieurs.

S'il existe des facteurs de risques, le port de bas de contention et la prescription d'un traitement anticoagulant sera discuté.

II.1.8 Le contexte psychosocial

La communication émotionnelle et affective existe d'emblée chez le nouveau-né et les interactions entre le nouveau-né et sa mère sont immédiates. Les premiers jours suivant la naissance représente une période « sensible » où la mère est particulièrement apte à constituer un lien d'attachement avec son bébé. Cette communication est primordiale et déterminante pour l'ensemble de la vie psychique de l'enfant.

Afin de prévenir les troubles du développement psychologique du nourrisson, il est important d'identifier les nourrissons à risque et donc de prendre en compte le contexte psychosocial de la mère et les situations de vulnérabilité comme l'isolement social, la rupture avec le père, les conditions sociales et économiques défavorables.

De plus, on observe directement les interactions précoces entre la mère et son bébé : manière dont la mère tient son enfant, ses réactions aux cris et pleurs, aux sourires..., sa participation aux soins mais aussi les liens avec l'entourage : présence du père, fratrie, famille...

En cas de baby blues, il convient d'expliquer la bénignité et la fréquence de cet état ; les symptômes disparaissent le plus souvent en quelques jours grâce aux soutiens et conseils prodigués lors des soins à l'enfant.

La femme qui vient d'accoucher a besoin d'être conseillée et rassurée dans ses capacités à être mère ; si besoin, des liens vers les différentes personnes ressources : assistante sociale, psychologue, sage-femme libérale, puéricultrice de PMI pourront être fait avant la sortie.

II.1.9 Prévention

Si la femme est de Rhésus négatif et le nouveau-né de rhésus positif, la prévention de l'allo-immunisation anti-D sera faite par l'injection d'immunoglobulines anti-D en IntraVeineuse Directe (dose à adapter en fonction du résultat du test de Kleihauer (*cf. glossaire*)), dans les soixante-douze heures qui suivent la naissance.

(Recommandation : recommandation du CNGOF - Prévention de l'allo-immunisation Rhésus-D foeto-maternelle (2005) : http://www.cngof.asso.fr/D_PAGES/PURPC_13.HTM)

Le vaccin antirubéolique pourra être effectué en cas de sérodiagnostic négatif même en cas d'allaitement.

II.2 ÉLÉMENTS DE SURVEILLANCE DU NOUVEAU-NÉ

Les objectifs de la surveillance néonatale sont de :

- s'assurer de la bonne adaptation du nouveau-né à la vie extra-utérine,
- vérifier l'absence d'anomalies congénitales et de malformation,
- vérifier l'âge gestationnel,
- permettre d'instaurer une bonne relation mère-enfant.

L'examen clinique réalisé dès la naissance et avant la sortie de maternité comprendra un interrogatoire, une inspection globale, un examen somatique et neurologique.

La surveillance quotidienne comprendra une surveillance alimentaire et pondérale, une surveillance de la régulation thermique, des fonctions d'élimination ainsi qu'une surveillance de la coloration et du comportement.

En savoir plus : UE de pédiatrie à la naissance : l'accueil du nouveau-né : http://www.uvmaf.org/UE-puericulture/examen_nne/site/html/

II.3 L'EXAMEN DE SORTIE DE LA MÈRE

Les principaux objectifs de cet examen sont :

- un temps d'échange avec la patiente afin de réévoquer le vécu psychologique de sa grossesse, son accouchement et son séjour en suites de couches ;
- de donner des conseils éducatifs et préventifs pour elle-même et son enfant ;

- de prendre en compte le contexte social et familial de retour à la maison ;
- de réaliser un examen clinique pour s'assurer de la physiologie du post-partum ;
- de réaliser les prescriptions nécessaires ;
- d'assurer le relai avec le réseau ville-hôpital ;
- de prévoir la contraception.

En effet, le post-partum est une période propice pour aborder la contraception ; même si en moyenne, l'activité sexuelle n'est reprise que vers six à sept semaines après l'accouchement, une ovulation est possible dès le premier mois, avant le retour de couches. Le choix de la contraception se fera en fonction du désir et de l'acceptabilité de la patiente et/ou du couple, du mode d'alimentation de l'enfant, des éventuelles contre-indications, en tenant compte du risque thromboembolique.

La contraception du post-partum n'est en général pas définitive et devra être réabordée à la visite postnatale.

En savoir plus : la régulation de naissances : http://www.uvmaf.org/UE-gynecologie/regulation_naissances/site/html/1.html

III BIBLIOGRAPHIE

Bibliographie : THOULON JM, PUECH F, BOOG G. Obstétrique. Paris : Ellipse ;1995 : 992.

Bibliographie : J.HOROVITZ, F.GUYON, D.ROUX et al. Suites de couches normales et pathologiques EMC ; 2001,5-110-A10

Recommandation : *Recommandation ANAES. Sorties précoces après accouchement - conditions pour proposer un retour précoce à domicile. Mai 2004* : http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_272361/sortie-precoce-apres-accouchement-conditions-pour-proposer-un-retour-precoce-a-domicile

CONCLUSION

Bien que la période des SDC se déroule habituellement de manière physiologique, la morbidité maternelle est de 10 pour 100 000 naissances et la majorité des complications auront lieu dans les dix premiers jours suivant l'accouchement.

Les complications les plus importantes sont les hémorragies, l'infection, les accidents thromboemboliques et les troubles psychologiques.

Le rôle de la sage-femme s'articule autour de trois missions médicale, éducative et préventive.

Les principaux objectifs sont de :

- garantir des soins médicaux et paramédicaux de qualité ;
- donner des conseils éducatifs et préventifs adaptés ;
- dépister les complications médicales, psychologiques et/ou sociales ;
- favoriser la relation mère-enfant ;
- accompagner l'allaitement maternel ;
- mettre en place les dispositifs de soins nécessaires pendant le séjour et/ou la sortie ;

et à plus long terme :

- prévenir les situations de maltraitance ;
- réduire le nombre de grossesse non désirées dans le post-partum.

IV ANNEXES

GLOSSAIRE

- acinis : cavités épithéliales arrondies bordée par des cellules sécrétrices qui débouche dans le canal excréteur de la glande mammaire.
- asthénie : Affaiblissement de l'organisme, fatigue physique.
- menstruation : ou règles. Consiste en la désagrégation de la couche fonctionnelle de l'endomètre en l'absence de grossesse, véhiculée par des pertes de sang plus ou moins abondantes, évacuées par le vagin.
- ocytocine : Hormone polypeptique synthétisée par les noyaux paraventriculaire et supraoptique de l'hypothalamus et sécrétée par l'hypophyse postérieure d'origine hypothalamo-hypophysaire. L'ocytocine se fixe sur les récepteurs des cellules musculaires de l'utérus et des glandes mammaires. Elle joue un rôle important pendant l'accouchement ; elle provoque en effet la contraction des muscles lisses de l'utérus et accélère le travail. Cette hormone permet aussi à l'utérus de se rétracter après la délivrance. Au cours de la tétée, l'ocytocine stimule l'éjection du lait en favorisant la contraction des cellules myoépithéliales qui entourent les alvéoles (acini) des glandes mammaires.
- pollakiurie : Fréquence excessive des mictions. Ces mictions ont lieu à intervalles fréquents et sont liées à une sensation de plénitude vésicale (impression de vessie pleine) qui n'est pas due à une vessie pleine mais à une vessie présentant une irritation. Cette sensation s'accompagne d'une impression de plénitude même quand la vessie n'est pas pleine. Le nombre normal de mictions est habituellement de 0 à 1 pendant la nuit et de 4 à 5 environ dans la journée. Elles peuvent soit résulter d'une hyperactivité du détrusor (le muscle de la vessie), soit d'un obstacle à l'écoulement des urines.
- polypnée : Augmentation de la fréquence respiratoire au delà de 20 cycles/min avec diminution du volume courant. La ventilation est rapide et superficielle.
- test de Kleihauer : Cet examen sanguin permet de mettre en évidence la présence d'hématies $f_{\frac{7}{3}}$ tales parmi les hématies adultes maternelles.
- thrombose : Formation d'un caillot dans un vaisseau. Il peut s'agir d'une thrombose artérielle ou veineuse. On parle de thrombose veineuse superficielle lorsqu'elle touche les petites veines situées entre la peau et les muscles, et de thrombose veineuse profonde lorsqu'elle atteint une veine plus importante. La principale complication est l'embolie pulmonaire.

BIBLIOGRAPHIE

- THOULON JM, PUECH F, BOOG G. : Obstétrique. Paris : Ellipse ;1995 : 992.
- J.HOROVITZ, F.GUYON, D.ROUX et al. : Suites de couches normales et pathologiques EMC ; 2001,5-110-A10

EN SAVOIR PLUS

- Episiotomie et sa réfection : <http://www.uvmaf.org/UE-obstetrique/liste-1.html>
- La physiologie de la lactation : <http://www.uvmaf.org/UE-obstetrique/liste-1.html>
- la régulation de naissances : <http://www.uvmaf.org/UE-obstetrique/liste-1.html>
- La visite postnatale : <http://www.uvmaf.org/UE-obstetrique/visitepostnatale/site/html>
- Surveillance clinique et paraclinique après accouchement : <http://www.uvmaf.org/UE-obstetrique/liste-1.html>
- UE de pédiatrie - la naissance : l'accueil du nouveau-né : <http://www.uvmaf.org/liste-1.html>

RECOMMANDATION

- *recommandation du CNGOF - Prévention de l'allo-immunisation Rhésus-D foeto-maternelle (2005) : http://www.cngof.asso.fr/D_PAGES/PURPC_13.HTM*
- *recommandation ANAES. Sorties précoces après accouchement - conditions pour proposer un retour précoce à domicile. Mai 2004 : http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_272361/sortie-precoce-apres-accouchement-conditions-pour-proposer-un-retour-precoce-a-domicile*

ABRÉVIATIONS

- ECU : examen cytobactériologique des urines
- FSH : Follicle Stimulating Hormone (hormone folliculaire stimulante)
- HPL : Hormone Lactogène Placentaire
- IVD : IntraVeineuse Directe
- LH : Luteinizing Hormone (hormone lutéinisante)
- PRL : PRLactine

- SDC : Suites De Couches