

	PROPOSITION DE PROCÉDURE MÉDICALE	
	RESEAU PERINAT GUYANE	PROTOCOLE OBSTETRIQUE N°20
	Domaine d'application : hospitalier	
	PRISE EN CHARGE DES DOULEURS DU POST-PARTUM	
Rédigée par : Dr ACCROMBESSI gynécologue, CHAR		Date de diffusion :
approuvé par :	approuvé par :	Version : 1
approuvé par :	Validé par le CONSEIL SCIENTIFIQUE le 14/03/2014	Total pages : 5

I – DEFINITION

On distingue deux parties :

- ❖ **Le Post-Partum précoce** ou **suite de couches** est défini par l'OMS comme allant du 1^{er} jour après l'accouchement jusqu'à soit 42 jours ou 6 semaines.
- ❖ **Le Post-Partum tardif** vient après ses 42 jours.

Le Post-Partum se déroule habituellement sans problème mais lorsque survient un évènement morbide, il est souvent relié au péripartum : **la majorité des complications auront lieu dans les 10 premiers jours.**

II – DEMARCHE DIAGNOSTIQUE

- **A l'interrogatoire** : on localise et on caractérise la douleur et les signes fonctionnels associés.

On précise :

- le contexte de l'accouchement
 - Les antécédents :
 - **médicaux** connus : (Drépanocytose, Thrombophilie...);
 - **chirurgicaux** : césariennes antérieures ou autres ;
 - le contexte psychologique (Grossesses désirées ou non – antécédents de Baby- Blues)
- **Puis on fait un examen clinique complet**
 - **Les examens complémentaires seront fonction des orientations données par la clinique**

III – LES ETIOLOGIES

- La fréquence de la morbidité maternelle de la période Post-Partum précoce varie de 2,8 à 23%.
- La douleur est le « Maître » symptôme de cette morbidité post-natale.

Deux catégories de causes, les organiques et les non-organiques.

LES CAUSES ORGANIQUES :

* LES DOULEURS D'ORIGINE INFECTIEUSE : DOULEUR ET FIÈVRE VONT DE PAIRE

- Mastite et inflammations mammaires.
- Endométrite ;
- Thrombophlébites pelviennes septiques
- Infection de paroi : cicatrice de césarienne ou du périnée, (abcès) ;
- Infection urinaire basse ou pyélonéphrite

* LES DOULEURS D'ORIGINE NON-INFECTIEUSE :

- Les céphalées en casque avec photophobie plus ou moins vomissements peuvent être secondaire à l'Anesthésie péridurale ;
- La congestion mammaire ;
- Le syndrome thoracique aigu (y penser chez la femme drépanocytaire)
- Des tranchées hyperalgiques ;
- Une rétention aiguë d'urine souvent favorisée par une 2nd phase de dilatation cervicale un peu prolongée ou par une APD (entraînant une parésie vésicale partielle)
- Douleur périnéale de :
 - ❖ Déchirure post-traumatique par forceps et surtout par spatule ;
 - ❖ D'épisiotomie (si la cicatrice est belle, il suffit d'enlever les fils à J4 ou J5 pour faire disparaître la douleur ;
- Douleur lancinante dorsale du site de péridurale (disparaît assez rapidement).
- Hématomes sur cicatrice de césarienne

* LES DOULEURS PAR ACCIDENT THROMBO-EMBOLIQUE

Il faut toujours y penser car le post-partum est une période à haut risque thrombogène surtout si :

- * Antécédents (Drépanocytose – Accidents Thrombo-embolique antérieurs)
- * La patiente césarisée
- * Ambulation maternelle retardée
- * Age maternel avancé
- * Mauvaise circulation veineuse

Le diagnostic est orienté par l'interrogatoire et la clinique :

- **Phlébite des membres inférieurs** (Diagnostic confirmé par l'Echo-Doppler)
- **Phlébite pelvienne** : souvent de diagnostic tardif car évolution insidieuse avec douleur abdominale vague, tachycardie fréquente plus ou moins fébricule ; le diagnostic est fait par phlébographie pelvienne ou IRM du pelvis.
Il s'agit d'une urgence médicale car risque l'Embolie pulmonaire rapide :
- **L'Embolie pulmonaire** : nécessite d'un diagnostic rapide (Angio scanner thoracique) et une prise en charge en Unité de soins intensifs cardiologiques.

LES CAUSES NON-ORGANIQUES :

Lorsque l'interrogatoire, l'examen clinique et les examens complémentaires ne permettent de retenir aucune cause organique évidente, alors une enquête psychologique est réalisée et peut permettre, en dehors du baby-Blues classique, de révéler un état de mal profond pouvant être préjudiciable à la cellule familiale.

La Dépression du Post-partum est aussi une douleur même si elle n'est pas somatique. Son incidence est de 10% à des degrés variable. Elle survient quelques jours à quelques semaines après l'accouchement.

Ceci peut ressembler à une dépression nerveuse classique associée à :

- des sentiments intenses envers le bébé (mélange de rejet et de surprotection)
- tendance agressive envers le conjoint ;
- manque de sommeil ;

Souvent cette dépression est masquée ; se traduisant par des troubles tels que des douleurs abdominales, des vulvodynies des troubles sexuels et ce depuis l'accouchement.

Ces vulvodynies chroniques avec dyspareunie sans aucun support organique (déchirure ou épisiotomie parfaitement cicatrisée) nécessitent une prise en charge psychologique individualisée sinon elles altèrent la vie affective des couples.

IV – QUELS TRAITEMENTS ?

But : soulager la douleur +++++

Il est important de **calmer la patiente** mais surtout de traiter **la cause**.

La douleur doit être prioritairement combattue chez la drépanocytaire.

Prescription des antalgiques selon les 3 paliers de l'OMS en dehors de l'allaitement maternel:

Palier 1 : PARACETAMOL(max 3g/j) – AINS (ex PROFENID 200mg/j) –Anti spasmodiques (ex SPASFON 6 cp/j)

Palier 2 : TRAMADOL (Topalgic 300 mg max / j) – PARACETAMOL CODEINE (3g/j max)

Palier 3 : MORPHINE et dérivés (Nubain, ...) posologie selon protocole du service

En cas d'allaitement maternel :

- pallier 1 : OK quelque soit le terme et l'âge post-natal
- palier 2 : OK pour Tramadol dans les 2 premiers jours de vie
- pour tous les autres : avis du pédiatre pour évaluation du bénéfice risque et surveillance de l'enfant.

De même, le traitement étiologique doit être adapté si possible à l'allaitement maternel (Antibiotiques, Anti dépresseurs...).

Ne pas oublier la prise en charge psychologique

EN CONCLUSION

La douleur est un symptôme fréquent dans le Post-Partum.

Il est important de bien l'évaluer et d'en identifier l'étiologie.

La prise en charge a pour but d'améliorer la qualité de vie de la patiente, elle est donc symptomatique et étiologique.

Restons donc vigilant face à cette douleur que l'on soit proche ou non de l'accouchement.
Apprenons à passer la main en cas d'échec de notre prise en charge.