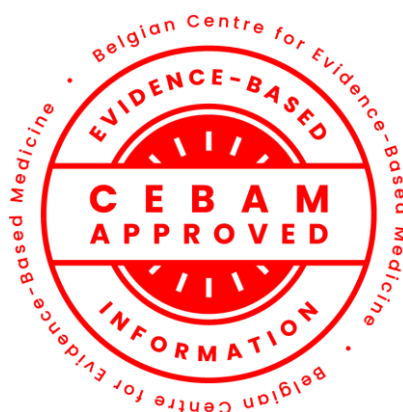


Guide de pratique multidisciplinaire : Soins du postpartum en première ligne de soins (Partie 1)

I. Tency, H. Neels, G. Naulaers, G. Van de velde, A. Vercauteren, K. Helsloot, F. D'Haenens, L. De Catte, M. Raes, P. Van Royen, S. Cordyn, K. Van Thienen, M. Goossens

À la demande du groupe de travail pour le développement des guides de
pratique clinique destinés à la première ligne

**Version finale retravaillée en fonction des commentaires du comité de validation, re-
soumise le 15/2/2022 et validée par le Cebam le 21/2/2022**



Contribution du patient et évaluation par le prestataire de soins

Les guides de pratique clinique offrent des repères et sont un appui à la prise de décisions diagnostiques ou thérapeutiques en première ligne. Ils résument, pour le prestataire de soins, ce qui est la meilleure décision du point de vue scientifique, pour le patient moyen. Par ailleurs, il convient de prendre en compte le contexte du patient, celui-ci étant un partenaire, à titre égal, dans la prise de décisions. C'est pourquoi le prestataire de soins clarifie la demande du patient par une communication appropriée et l'informe sur tous les aspects des options décisionnelles possibles. Il peut donc arriver que le prestataire de soins et le patient fassent ensemble un autre meilleur choix de manière justifiée et raisonnée. Pour des raisons pratiques, ce principe n'est pas repris tout au long du guide, mais est mentionné ici de manière explicite.

Contenu

PREFACE	7
MOTIVATION	7
OBJECTIF DU GUIDE DE BONNE PRATIQUE CLINIQUE	10
POPULATION CIBLE DU GUIDE DE BONNE PRATIQUE CLINIQUE	10
UTILISATEURS FINAUX	11
DEFINITIONS	12
QUESTIONS CLINIQUES	13
QUESTION CLINIQUE 1 : QUELS SOINS SONT NÉCESSAIRES POUR ASSURER LA SANTÉ PHYSIQUE DE LA MÈRE PENDANT LA PÉRIODE POST-PARTUM ?	14
1. SIGNAUX D'ALERTE	14
RECOMMANDATION	14
EXPLICATIONS	14
BASE DE LA RECOMMANDATION	15
2. HEMORRAGIE DU POST-PARTUM	15
RECOMMANDATIONS	15
EXPLICATIONS	16
BASE DES RECOMMANDATIONS	18
3. PRÉ-ECLAMPSIE	22
RECOMMANDATIONS	22
EXPLICATIONS	22
BASE DES RECOMMANDATIONS	24
4. THROMBOEMBOLIE VEINEUSE	29
RECOMMANDATIONS	29
EXPLICATIONS	29
BASE DES RECOMMANDATIONS	32
5. SOINS PÉRINÉAUX	35
RECOMMANDATIONS	35
EXPLICATIONS	36
BASE DES RECOMMANDATIONS	37
6. CÉPHALÉES POST-PARTUM	48
RECOMMANDATIONS	48
EXPLICATIONS	49
BASE DES RECOMMANDATIONS	50
7. CONSTIPATION	53
RECOMMANDATIONS	53
EXPLICATIONS	54
BASE DES RECOMMANDATIONS	54
8. INCONTINENCE URINAIRE, INCONTINENCE FÉCALE ET RETENTION URINAIRE	57
RECOMMANDATIONS	57
EXPLICATIONS	58
BASE DES RECOMMANDATIONS	59
9. ENDOMETRITE PUERPERALE ET SEPTICEMIE DU TRACTUS GENITAL	67

RECOMMANDATIONS	67
EXPLICATIONS	67
BASE DES RECOMMANDATIONS	68
10. FATIGUE	71
RECOMMANDATIONS	71
EXPLICATIONS	72
BASE DES RECOMMANDATIONS	73
11. LOMBALGIES	76
RECOMMANDATION	76
EXPLICATIONS	76
BASE DE LA RECOMMANDATION	76
12. HEMORROÏDES	78
RECOMMANDATIONS	78
EXPLICATIONS	78
BASE DES RECOMMANDATIONS	80
13. VACCINATIONS ET IMMUNOGLOBULINES ANTI-D	81
RECOMMANDATIONS	81
EXPLICATIONS	82
BASE DES RECOMMANDATIONS	83
14. ANEMIE FERRIPRIVE ET SUPPLEMENTATION EN FER	86
RECOMMANDATIONS	86
EXPLICATIONS	86
BASE DES RECOMMANDATIONS	87
15. TROUBLES DE LA THYROÏDE	88
RECOMMANDATION	88
EXPLICATIONS	88
BASE DE LA RECOMMANDATION	89
16. DIABETE GESTATIONNEL	89
RECOMMANDATION	89
EXPLICATIONS	89
BASE DE LA RECOMMANDATION	90
<u>QUESTION CLINIQUE 2 : QUELS SOINS SONT NÉCESSAIRES POUR ASSURER LA SANTÉ PHYSIQUE DU NOUVEAU-NÉ PENDANT LA PÉRIODE POST-PARTUM ?</u>	<u>91</u>
1. SIGNAUX D'ALERTE	91
RECOMMANDATION	91
EXPLICATIONS	91
BASE DE LA RECOMMANDATION	92
2. ICTÈRE (JAUNISSE)	93
RECOMMANDATIONS	93
EXPLICATIONS	93
BASE DES RECOMMANDATIONS	95
3. SOINS DE LA PEAU ET DERMATITE DES COUCHES	98
RECOMMANDATIONS	98
EXPLICATIONS	99
BASE DES RECOMMANDATIONS	99
4. SOINS DU NOMBRIL ET TRAITEMENT DES INFECTIONS DU NOMBRIL	104
RECOMMANDATIONS	104

EXPLICATIONS	104
BASE DES RECOMMANDATIONS	104
5. CONJONCTIVITE ET TROUBLES OCULAIRES	106
RECOMMANDATIONS	106
EXPLICATIONS	106
BASE DES RECOMMANDATIONS	107
6. REFLUX	108
RECOMMANDATIONS	108
EXPLICATIONS	108
BASE DES RECOMMANDATIONS	108
7. MUGUET	111
RECOMMANDATIONS	111
EXPLICATIONS	112
BASE DES RECOMMANDATIONS	112
8. CONSTIPATION ET DIARRHÉE	114
RECOMMANDATIONS	114
EXPLICATIONS	114
BASE DES RECOMMANDATIONS	115
9. CRAMPES INTESTINALES/BÉBÉ QUI PLEURE	117
RECOMMANDATIONS	117
EXPLICATIONS	117
BASE DES RECOMMANDATIONS	118
10. FIÈVRE	121
RECOMMANDATIONS	121
EXPLICATIONS	121
BASE DES RECOMMANDATIONS	122
11. VITAMINE K	125
RECOMMANDATIONS	125
EXPLICATIONS	125
BASE DES RECOMMANDATIONS	126
12. RISQUE DU SYNDROME DE MORT SUBITE DU NOURRISSON (SMSN)	131
RECOMMANDATIONS	131
EXPLICATIONS	131
BASE DES RECOMMANDATIONS	132
13. MALTRAITANCE INFANTILE	135
RECOMMANDATIONS	135
EXPLICATIONS	135
BASE DES RECOMMANDATIONS	136
14. VITAMINE D	138
RECOMMANDATIONS	138
EXPLICATIONS	139
BASE DES RECOMMANDATIONS	139
RÉSUMÉ DES RECOMMANDATIONS	140
QUESTION CLINIQUE 1 : QUELS SOINS SONT NÉCESSAIRES POUR ASSURER LA SANTÉ PHYSIQUE DE LA MÈRE PENDANT LA PÉRIODE POST-PARTUM ?	140
QUESTION CLINIQUE 2 : QUELS SOINS SONT NÉCESSAIRES POUR ASSURER LA SANTÉ PHYSIQUE DU NOUVEAU-NÉ PENDANT LA PÉRIODE POST-PARTUM ?	148

CONDITIONS PRÉALABLES	156
ÉLÉMENTS D'ÉVALUATION	156
ÉLÉMENTS D'ÉVALUATION CONCERNANT LES SOINS DE SANTÉ PHYSIQUE DE LA MÈRE	156
ÉLÉMENTS D'ÉVALUATION CONCERNANT LES SOINS DE SANTÉ PHYSIQUE DU NOUVEAU NÉ	157
AGENDA DE RECHERCHE	158
AGENDA DE RECHERCHE CONCERNANT LES SOINS DE SANTÉ PHYSIQUE DE LA MÈRE	158
AGENDA DE RECHERCHE CONCERNANT LES SOINS DE SANTÉ PHYSIQUE DU NOUVEAU-NÉ	158
ÉLABORATION	159
AUTEURS	159
MÉTHODOLOGIE	160
DEGRÉS DE RECOMMANDATION	168
CONFLITS D'INTÉRÊTS	170
MISE À JOUR ET FINANCEMENT	171
VALIDATION	171

Préface

Motivation

En 2020, la Belgique comptait 113 739 naissances vivantes ¹. La tendance actuelle à la réduction des séjours hospitaliers dans les maternités signifie que les soins postnatals sont de plus en plus axés sur les soins à domicile. Cela signifie que l'organisation des soins postnatals est confrontée à un défi majeur. La durée du séjour devrait encore diminuer pour que les soins restent abordables. Il est scientifiquement prouvé qu'un court séjour d'au moins 48 heures avec des soins de suivi à domicile est une bonne solution lorsqu'une mère en bonne santé a donné naissance à un bébé né à terme et en bonne santé. Pour cela, les soins doivent répondre à certaines conditions. Pendant la période post-partum, les médecins généralistes et les sages-femmes peuvent être impliqués ensemble dans les soins de la femme post-partum et/ou du nouveau-né. Pour y parvenir, il est nécessaire de conclure de bons accords de coopération.

Au vu de l'évolution actuelle et de la demande croissante de soins de qualité, l'Association flamande des sages-femmes (VBOV) a émis trente « recommandations de bonne pratique » en 2016 concernant les soins post-partum (ou postnatals) par la sage-femme flamande ² Les recommandations sont basées sur des indicateurs de qualité issus de la thèse traitant du contexte pratique de la sage-femme de Helsloot et Walraevens de 2015 ³. Elles soutiennent la pratique quotidienne et visent à optimiser la qualité des soins et à accompagner la sage-femme dans sa mission.

Objectif des soins à domicile post-partum

Le suivi de la mère, du bébé et de la famille en période post-partum poursuit différents objectifs. En plus du suivi nécessaire de la santé médicale de la mère (soins des plaies, tension artérielle, hémorragie utérine ou vaginale, charge périnéale, hémorroïdes, allaitement ...) et du nouveau-né (nombril, développement, poids, jaunisse, nutrition ...), une attention est nécessaire pour le processus psycho-social : le blues du post-partum, le processus d'attachement (avec attention à l'autre parent). En outre, une

¹ [Naissances et fécondité | Statbel \(fgov.be\)](#)

² Goede praktijkvoering voor de postnatale zorg. Aanbevelingen voor vroedvrouwen. Vlaamse Beroepsorganisatie van Vroedvrouwen, 2016.

³ Helsloot K, Walraevens M. Een Vlaams model van kwalitatief hoogstaande postnatale zorg. Ontwikkelen van kwaliteitsindicatoren vanaf ontslag uit het ziekenhuis [masterproef]. Universiteit Gent: Faculteit Geneeskunde en Gezondheidswetenschappen, 2015.

promotion à la santé générale est nécessaire sur la contraception, la sexualité, la croissance et le développement ...

Cette prise en charge post-partum passe par une collaboration organisée entre sages-femmes (cabinets ou visites à domicile), médecins (médecins généralistes, néonatalogistes, pédiatres et gynécologues) et autres prestataires de soins (kinésithérapeutes, pharmaciens, psychologues ...) et autorités (ONE, organisations fournissant des soins de maternité ...).

Complications et plaintes

Chez la mère

Le taux de complications et de mortalité maternelle en période post-partum est plutôt faible dans nos contrées. Dans la période 2012-2016, le taux de mortalité maternelle était de 3,7 pour 100 000 naissances vivantes ⁴. Avec des soins post-partum bien organisés, des complications peuvent souvent être prévenues ou détectées à temps et ensuite traitées.

Les complications graves à potentiellement mortelles chez la jeune mère sont :

- Hémorragie post-partum : si non détectée et traitée à temps (hospitalisation d'urgence, intervention chirurgicale ou transfusion sanguine ⁵), cela peut entraîner la mort maternelle.
- L'éclampsie post-partum chez la mère est plutôt rare, mais se manifeste généralement dans les 48 heures après l'accouchement. C'est précisément parce qu'elle est si rare, que cette affection grave risque d'être manquée ⁶.
- Risque accru de thrombose ⁷ : les thromboses veineuses profondes (TVP) et les embolies pulmonaires (EP) sont incluses. Le caillot de TVP peut se détacher et se retrouver dans la circulation pulmonaire et provoquer une EP. Dans de rares cas, une EP peut bloquer la circulation artérielle et entraîner la mort.
- L'endométrite post-partum est caractérisée par une perte vaginale anormale et malodorante et peut être accompagnée de douleurs abdominales et / ou de fièvre. Non traitée, l'infection peut évoluer vers une septicémie.

⁴ statbel: <https://statbel.fgov.be/nl/themas/bevolking/sterfte-en-levensverwachting/moedersterfte>

⁵ <https://www.nhg.org/standaarden/volledig/nhg-standaard-zwangerschap-en-kraamperiode#idp135968>

⁶ van Weert JM, Hajenius PJ, Richard E., et al. Late eclampsie post partum. Ned Tijdschr Geneeskd 2007; 151: 414-417.

⁷ Reducing the risk of venous thromboembolism during pregnancy and the puerperium. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists, 2015.

Complications / plaintes moins sévères sont :

- Les maux de tête sont l'une des plaintes les plus courantes chez la jeune mère. Cela peut être un symptôme suggérant une pré-éclampsie, mais bien plus souvent, la cause sous-jacente ne met pas la vie en danger. Des recherches ont montré que la plupart des causes des maux de tête pendant la période post-partum ne sont pas diagnostiquées et, par conséquent, sont modérément traitées ².
- D'autres plaintes physiques courantes chez la femme récemment accouchée sont les douleurs périnéales immédiatement après l'accouchement (42%), l'incontinence urinaire dans les 3 premiers mois du post-partum (30%), la constipation et les hémorroïdes ⁸.
- Les troubles mentaux sont également fréquents pendant la période post-partum. Ceux-ci peuvent aller de plaintes légères (baby blues) à des maladies graves qui nécessitent un traitement professionnel et parfois même une admission (dépression, psychose...).

Chez le nouveau-né

Les complications suivantes peuvent survenir chez le nouveau-né :

- L'ictère (jaunisse) est courant chez le nourrisson né à terme en bonne santé et doit généralement être considéré comme physiologique. L'ictère nucléaire survient accidentellement, mais est une affection potentiellement grave pouvant entraîner des lésions neurologiques ou la mort ^{9,10}.
- La septicémie néonatale peut être causée par des infections bactériennes précoces. L'incidence varie de 1 à 4,6 pour 1000 enfants nés à terme ¹¹. Il est important de diagnostiquer et de traiter rapidement les premiers symptômes d'infections, y compris les symptômes locaux tels que l'infection du nombril ou la conjonctivite.
- Les infections fongiques (muguet, dermatite de la couche) et les crampes intestinales sont d'autres problèmes physiques courants chez le nouveau-né.

⁸ Turawa EB, Musekiwa A, Rohwer AC. Interventions for preventing postpartum constipation. Cochrane Database Syst Rev 2015: CD011625.

⁹ Maisels MJ, Newman TB. Kernicterus in otherwise healthy, breast-fed term newborns. Pediatrics 1995;96:730-3.

¹⁰ Brown AK, Johnson L. Loss of concern about jaundice and the reemergence of kernicterus in full-term infants in the era of managed care. In: Fanaroff AA, Klaus MH, editors. The year book of neonatal and perinatal medicine. St. Louis: Mosby, 1996:17-28.

¹¹ Sgro M, Shah PS, Campbell D, et al. Early-onset neonatal sepsis: rate and organism pattern between 2003 and 2008. J Perinatol 2011;31:794-8.

Objectif du guide de bonne pratique clinique

Ce guide multidisciplinaire vise à :

- optimiser la qualité des soins post-partum;
- optimiser la collaboration entre les différents prestataires de soins impliqués dans les soins post-partum;
- identifier en temps opportun et prendre en charge les complications chez le nouveau-né et la mère pendant la période post-partum afin d'éviter les situations potentiellement mortelles.

Ce guide multidisciplinaire se compose de plusieurs parties. Cette première partie aborde les questions cliniques liées aux soins nécessaires pour assurer la santé physique de la mère et du nouveau-né pendant la période post-partum.

La deuxième partie de ce guide, dont l'élaboration a débuté en 2021, portera notamment sur le bien-être mental de la mère, l'alimentation du nouveau-né (allaitement maternel et alimentation artificielle) et l'information et le soutien à donner à la famille.

Population cible du guide de bonne pratique clinique

Les recommandations dans ce guide de bonne pratique clinique (GPC) (aussi bien celles de la première que de la seconde partie) s'appliquent à la femme en bonne santé qui vient d'accoucher et au nouveau-né en bonne santé pendant la période post-partum (jusqu'à 8 semaines après la naissance). Ce GPC ne fournit pas de recommandations spécifiques pour les soins post-partum après une césarienne. Les femmes qui viennent d'accoucher et/ou les nouveau-nés présentant des conditions ou des facteurs de risque spécifiques doivent recevoir des soins spécifiques en concertation avec l'équipe de soins. C'est aspect est hors sujet de ce GPC.

Le champ d'application du GPC a été déterminé sur la base du PIPOH suivant ¹²:

P(atients)	Mères en bonne santé (femmes qui viennent d'accoucher ne présentant aucun trouble affectant la grossesse, l'accouchement et/ou la période post-partum (majeur)) et leurs nouveau-nés pendant la période post-partum (jusqu'à 8 semaines après la naissance)
------------	---

¹² Un PIPOH est un acronyme permettant de déterminer la portée générale du GPC. Voir ADAPTE framework.

- The ADAPTE process: resource toolkit for guideline adaptation. Version 2.0. ADAPTE Collaboration, 2009.. Available from <http://www.g-i-n.net>.

I(Intervention)	soins, examens, dépistage, information et suivi
P(rofessionnels)	sages-femmes, médecins généralistes, pédiatres, néonatalogistes, gynécologues, infirmières, kinésithérapeutes, maternité, pharmaciens, psychologues
O(utcome) (résultat)	garantir la qualité de la santé physique, mentale et sexuelle de la mère et du nouveau-né
H(ealthcare setting) (contexte de soins de santé)	soins primaires (intra et extra-muros)

Utilisateurs finaux

Ce guide (aussi bien la première que la seconde partie) s'adresse aux différents travailleurs de la santé impliqués dans les soins post-partum : sages-femmes, médecins généralistes, pédiatres et néonatalogistes, gynécologues, infirmières, kinésithérapeutes, maternité, pharmaciens, psychologues et autres prestataires de soins/professionnels de santé qui s'occupent des soins de la mère et de l'enfant.

Définitions

Une hémorragie primaire du post-partum est définie comme une perte de sang vaginal de plus de 500 ml dans les 24 heures suivant l'accouchement ^{13,14,15}. Une perte de sang de plus de 1000 ml et 1500 ml est qualifiée d'hémorragie post-partum grave et majeure ^{14, 16, 17}.

Une hémorragie post-partum secondaire est définie comme une perte de sang vaginal anormale ou abondante, de 24 heures à 12 semaines après l'accouchement ¹⁸.

Une hémorragie post-partum normale peut durer de 4 à 8 semaines, avec une perte initiale importante de sang rouge vif (lochia rubra), éventuellement accompagnée de caillots. Après 3 à 4 jours, l'importance des saignements vaginaux diminue et la couleur des lochies passe au brun rougeâtre (lochies séreuses). Encore une semaine plus tard, la couleur des pertes vaginales passe au jaune ou au blanc (lochia alba) pendant plusieurs semaines. Les femmes qui allaitent ont généralement une quantité plus importante de lochies.

La pré-éclampsie est un trouble hypertensif qui survient pendant la grossesse et le post-partum. Dans la pré-éclampsie, l'hypertension s'accompagne d'autres dysfonctionnements des organes maternels tels que la protéinurie, les complications hématologiques (thrombocytopénie, coagulation intravasculaire disséminée et hémolyse), l'insuffisance rénale aiguë (créatinine ≥ 90 mmol/l ; 1 mg/dl), une insuffisance hépatique (augmentation des transaminases avec ou sans douleurs abdominales hautes) et/ou des complications neurologiques (éclampsie, altération de l'état mental, cécité, scotome visuel persistant, infarctus cérébral, clonus, céphalées sévères).

¹³ Gilbert L, Porter W, Brown VA. Postpartum haemorrhage -- a continuing problem. Br J Obstet Gynaecol 1987;94:67-71.

¹⁴ Hall MH, Halliwell R, Carr-Hill R. Concomitant and repeated happenings of complications of the third stage of labour. Br J Obstet Gynaecol 1985; 92:732-8.

¹⁵ Vaginal bleeding after childbirth. In: Managing Complications in Pregnancy and Childbirth: a guide for midwives and doctors. Geneva: World Health Organization, 2003.

¹⁶ Waterstone M, Bewley S, Wolfe C. Incidence and predictors of severe obstetric morbidity: case-control study. BMJ 2001;322:1089-94.

¹⁷ Mousa HA, Alfirevic Z. Major postpartum hemorrhage: survey of maternity units in the United Kingdom. Acta Obstet Gynecol Scand 2002;81:727-30.

¹⁸ Alexander J, Thomas P, Sanghera J. Treatments for secondary postpartum haemorrhage. Cochrane Database Syst Rev 2002:CD002867.

Questions cliniques

Cette première partie de ce GPC multidisciplinaire sur les soins post-partum apporte une réponse aux questions cliniques suivantes :

1. Quels soins sont nécessaires pour assurer la santé physique de la mère pendant la période post-partum ?
2. Quels soins sont nécessaires pour assurer la santé physique du nouveau-né pendant la période post-partum ?

Question clinique 1 : Quels soins sont nécessaires pour assurer la santé physique de la mère pendant la période post-partum ?

1. Signaux d'alerte

Recommandation

Pour l'une des plaintes/symptômes suivants chez la femme qui vient d'accoucher, envisagez les diagnostics importants suivants (plusieurs diagnostics différentiels sont possibles pour chaque plainte ou symptôme). Orientez d'urgence la patiente vers un gynécologue ou la seconde ligne de soins si une pathologie importante ne peut être exclue (voir le tableau 1 ci-dessous) (**GPP**).

Explications

L'objectif du tableau ci-dessous est d'attirer l'attention sur les diagnostics les plus importants, à partir d'une plainte ou d'un symptôme chez la femme qui vient d'accoucher. Ce tableau est limité aux conditions spécifiques du post-partum chez la femme enceinte.

Tableau 1: Liste des signaux d'alerte.

Plainte/symptôme	Pathologies à ne pas manquer, spécifiques à la jeune mère dans la période postpartum
Douleurs abdominales	<ul style="list-style-type: none">• Endométrite• Hémorragie du post-partum• Pré-éclampsie
Pertes vaginales anormales <ul style="list-style-type: none">- odeur- quantité	<ul style="list-style-type: none">• Hémorragie du post-partum<ul style="list-style-type: none">○ Utérus○ Col de l'utérus○ Vagin○ Episiotomie• Endométrite
Fièvre, frissons, malaise	Endométrite
Céphalée	Pré-éclampsie, céphalée post-ponction dure
Nausées, vomissements, troubles visuels	Pré-éclampsie

Douleur au mollet, décoloration de la zone douloureuse, gonflement du mollet	Thrombose veineuse profonde (TVP)
Douleur thoracique	Embolies pulmonaires
Tachypnée	Embolies pulmonaires, hémorragie du post-partum
Tachycardie	Hémorragie du post-partum, embolies pulmonaires
Hypoperfusion	Hémorragie du post-partum
Changement du niveau de conscience	Hémorragie du post-partum
Périnée douloureux	Infection épisiotomie
Anurie > 6 heures après l'accouchement	Rétention urinaire

Base de la recommandation

Ce GPP a été formulé par le biais d'une procédure de consensus Delphi auprès d'un panel d'experts et de stakeholders et a été validé lors du premier tour.

Considérations

Les considérations suivantes ont joué un rôle dans la formulation du GPP :

- Évaluation globale des effets et de la certitude des preuves pour les résultats critiques : absence de preuves.
- Balance des avantages et des inconvénients : en faveur de la recommandation en raison du diagnostic précoce de maladies graves, potentiellement mortelles et traitables.
- Valeurs et préférences : aucune variabilité n'est à prévoir ; la détection en temps utile d'affections graves est importante pour chaque patient et chaque professionnel de la santé.
- Applicabilité : applicable en soins primaires en Belgique.

2. Hémorragie du post-partum

Recommandations

1. En l'absence de pertes vaginales anormales, un contrôle systématique de l'utérus par palpation abdominale ou mesure en tant qu'observation routinière n'est pas recommandée (**GRADE 1C**).
2. Évaluez chez la femme présentant des pertes vaginales anormales, une éventuelle anomalie de l'utérus, du col de l'utérus et du vagin (y compris épisiotomie) (**GPP**).

3. Une femme qui vient d'accoucher présentant une perte de sang soudaine ou abondante ou une perte de sang associée à l'un des signes et symptômes de choc hypovolémique, notamment tachycardie, hypotension, hypoperfusion et changements de l'état de conscience, doit être orientée immédiatement vers la seconde ligne de soins en vue d'un traitement adéquat (**GPP**).

Explications

Une hémorragie primaire du post-partum (perte de sang vaginal de plus de 500 ml) survient généralement lorsque la femme qui vient d'accoucher est encore hospitalisée, car elle se produit dans les 24 heures suivant l'accouchement. L'hémorragie post-partum secondaire survient généralement au cours de la deuxième semaine de la période post-partum, alors que la femme a déjà quitté l'hôpital.

Il est important que les prestataires de soins connaissent l'évolution normale de l'hémorragie du post-partum (*voir définitions*), afin que les pertes anormales puissent être remarquées et traitées à temps. La femme qui vient d'accoucher doit également être informée du déroulement d'une perte de sang normale en période post-partum, et doit recevoir le conseil de contacter un professionnel de santé si les saignements vaginaux s'aggravent soudainement ou très fortement, si les pertes de sang augmentent ou s'il y a perte de caillots.

Après l'accouchement, les saignements vaginaux sont évalués visuellement ou par une anamnèse afin d'évaluer une perte de sang anormale ou abondante. Cette évaluation est généralement associée au suivi de l'involution utérine, car la subinvolution utérine est considérée comme un facteur de risque d'hémorragie post-partum ¹⁹. Cependant, la perte de sang post-partum diffère d'une femme à l'autre ²⁰, tout comme le schéma d'involution de l'utérus ^{21, 22}. En outre, il existe des différences

¹⁹ Marchant S, Alexander J, Garcia J, et al. A survey of women's experience of vaginal loss from 24 hours to three months after childbirth (the BliPP study). *Midwifery* 1999; 15: 72-81.

²⁰ Vaginal bleeding after childbirth. In: *Managing complications in pregnancy and childbirth: a guide for midwives and doctors*. Geneva: World Health Organization, 2003.

²¹ Bick D, MacArthur C, Knowles H, Winter H. *Postnatal care. Evidence and guidelines for management*. Edinburgh: Churchill Livingstone, 2002.

²² Cluett ER, Alexander J, Pickering RM. What is the normal pattern of uterine involution? An investigation of postpartum uterine involution measured by the distance between the symphysis pubis and the uterine fundus using a paper tape measure. *Midwifery* 1997;13:9-16.

significatives dans les mesures entre les différents prestataires de soins de santé ²³. C'est la raison pour laquelle la mesure systématique de la hauteur de l'utérus pour contrôler et suivre l'involution utérine dans le post-partum n'est pas recommandée, et ne fait absolument pas partie de la démarche diagnostique de l'hémorragie du post-partum.

Cependant, lorsqu'une perte vaginale anormale est suspectée, la femme qui vient d'accoucher doit être examinée pour évaluer la perte vaginale. Toutes les causes doivent être envisagées : restes de placenta, endométrite (voir également la section sur l'endométrite), décollement de l'épisiotomie, déchirure vaginale ou cervicale ou choriocarcinome (très rare). Les antécédents obstétricaux doivent également être pris en compte pour détecter les facteurs de risque d'hémorragie du post-partum (voir tableau 2). Un examen gynécologique est alors nécessaire afin de déterminer l'endroit de l'hémorragie, d'inspecter l'épisiotomie (points de suture lâches, par exemple) et de détecter un hématome et des signes d'infection.

Tableau 2 : Facteurs de risque de l'hémorragie du post-partum.

Antécédents médicaux et caractéristiques sociodémographiques	<ul style="list-style-type: none"> • hémorragie post-partum antérieure • hypertension • âge ≥ 35 ans • exclusion sociale • ethnie (non caucasienne)
Hospitalisation et parité	<ul style="list-style-type: none"> • admission prénatale <ul style="list-style-type: none"> ○ médicaments à l'admission : antidépresseurs, antiépileptiques et/ou fer • affections à l'admission : <ul style="list-style-type: none"> ○ hypertension artérielle, pré-éclampsie ○ placenta praevia ○ obésité ○ troubles de la coagulation • primiparité • grossesse multiple
Travail et accouchement	<ul style="list-style-type: none"> • induction ou augmentation • travail prolongé (>12 h) • lacération des tissus mous • accouchement à l'aide de forceps/ventouse • épisiotomie • césarienne d'urgence • rétention placentaire • poids à la naissance >4 kg

²³ Cluett ER, Alexander J, Pickering RM. Is measuring postnatal symphysis-fundal distance worthwhile? Midwifery 1995; 11: 174-83.

Une femme qui vient d'accoucher souffrant d'une hémorragie du post-partum doit toujours être orientée vers un médecin. Si, en cas de suspicion d'hémorragie post-partum, le médecin généraliste n'est pas en mesure de fournir un diagnostic et/ou un traitement adéquat, il doit adresser la jeune mère à un gynécologue.

Au-delà d'une certaine quantité de sang perdu, le choc hypovolémique est la complication la plus dangereuse de l'hémorragie du post-partum. Les signes en sont les suivants : étourdissements, tachycardie, faiblesse, sensation de moiteur, transpiration, agitation, pâleur et finalement un collapsus ²⁴. En cas de risque de choc hypovolémique, la jeune mère doit être hospitalisée d'urgence et son état doit être surveillé par un médecin à tout moment jusqu'à son arrivée à l'hôpital.

Base des recommandations

Recommandation 1 : En l'absence de pertes vaginales anormales, un contrôle systématique de l'utérus par palpation abdominale ou mesure en tant qu'observation routinière n'est pas recommandée (GRADE 1C).

Cette recommandation a été adoptée à partir du GPC du NICE de 2015 "Postnatal care up to 8 weeks after birth" ²⁵. Une recherche complémentaire a été effectuée dans Cochrane et PubMed pour identifier des revues systématiques publiées au cours des 5 dernières années ; si aucune revue n'avait été trouvée, la recherche a été étendue aux 10 dernières années. Deux autres revues systématiques ont été trouvés, mais ne semblaient pas pertinents pour appuyer ou réfuter les recommandations.

Une revue extensive de la littérature par Bick et coll. ²¹ montre qu'il n'y a pas de preuves solides pour utiliser l'involution utérine comme base dans le diagnostic de l'hémorragie du post-partum. L'involution utérine peut être évaluée par palpation abdominale ou en mesurant la distance entre la symphyse et le fond (à l'aide d'un mètre ruban).

Une étude d'observation menée par Cluet et coll. ²² a montré que l'involution utérine diffère significativement entre les femmes en post-partum. Dix-huit heures après l'accouchement, la hauteur du fond de l'utérus variait entre 12,3 et 20,5 cm chez les 28 femmes du post-partum ; il a fallu 11 à 21 jours, avec une moyenne de 16 jours, pour que l'utérus ne soit plus palpable après l'accouchement. En raison de cette

²⁴ Schuurmans N, MacKinnon C, Lane C, Etches D. Prevention and management of postpartum haemorrhage. SOGC Clinical Practice Guidelines. JOGC 2000;22:271-81.

²⁵ Postnatal care up to 8 weeks after birth. NICE clinical guideline [CG37]. National Institute for Health and Care Excellence 2015.

variabilité, les auteurs recommandent de ne pas mesurer systématiquement la hauteur du fond de l'utérus.

Bien qu'elle présente des limites, Bergstrom et coll.²⁶ concluent sur la base de leur étude observationnelle que la hauteur du fond de l'utérus n'est pas significativement différente chez les femmes en post-partum avec et sans endométrite.

Une deuxième étude observationnelle menée par Cluet et coll.²³ a comparé le coefficient de répétabilité des mesures de la hauteur du fond de l'utérus entre sages-femmes et les propres mesures des sages-femmes. Le coefficient de répétabilité de la même sage-femme était de 2,94 cm. Pour les mesures effectuées par différentes sages-femmes sur la même mère, ce coefficient de répétabilité s'élève à 5,01 cm. Cette étude montre que la mesure à l'aide d'un mètre ruban ne peut être effectuée avec suffisamment de précision pour être fiable et recommande donc que cette méthode ne soit plus utilisée de manière standard.

Considérations

Les considérations suivantes ont joué un rôle dans la formulation de la recommandation :

- Évaluation globale des effets et de la certitude des preuves pour les résultats critiques : absence de preuve de l'utilité + preuve modérée de la futilité de la mesure systématique de la hauteur du fond d'œil chez chaque femme en post-partum.
- Balance des avantages et des inconvénients : en faveur de la recommandation.
- Valeurs et préférences : variabilité à prévoir en raison des habitudes des soignants et des attentes de la future mère (et de sa famille).
- Applicabilité : applicable en soins primaires en Belgique.

Conclusion : Il existe des preuves de faible certitude montrant que l'évolution utérine est très différente d'une femme post-partum à l'autre, et chez les femmes post-partum avec et sans endométrite et hémorragie post-partum. Il existe également des preuves de faible certitude d'une fiabilité inter et intra examinateur insuffisante de la mesure de la hauteur du fond de l'utérus. Cela démontre que la surveillance systématique de l'utérus par palpation abdominale et/ou mesure de la hauteur du fond de l'utérus n'a aucune valeur pour savoir s'il est question d'une hémorragie secondaire du post-partum (et d'endométrite). Comme cette recommandation présente plus d'avantages que d'inconvénients potentiels, les auteurs recommandent fortement de ne pas procéder à un examen systématique de l'utérus.

²⁶ Bergstrom S, Libombo A. Puerperal measurement of the symphysis fundus distance. *Gynecol Obstet Invest* 1992;34:76-8.

Recommandation 2 : Évaluez chez la femme présentant des pertes vaginales anormales, une éventuelle anomalie de l'utérus, du col de l'utérus et du vagin (y compris épisiotomie) (GPP).

Ce GPP a été repris du guide du NICE de 2015 "Postnatal care up to 8 weeks after birth"²⁵, et est basé sur le consensus. Une recherche documentaire complémentaire dans PubMed a été effectuée, mais n'a pas permis d'identifier de preuves scientifiques sur la manière d'évaluer une femme qui vient d'accoucher présentant des saignements vaginaux anormaux.

Aucune preuve scientifique n'a été trouvée pour recommander un parcours de soins spécifique.

Ce GPP a été soumis à un panel d'experts et de stakeholders dans le cadre d'une procédure de consensus Delphi et a été validé lors du premier tour.

Considérations

Les considérations suivantes ont joué un rôle dans la formulation du GPP :

- Évaluation globale des effets et de la certitude des preuves pour les résultats critiques : absence de preuve directe, preuves indirectes sur la base de l'étiologie.
- Balance des avantages et des inconvénients : en faveur de la recommandation.
- Valeurs et préférences : aucune variabilité à prévoir.
- Applicabilité : applicable en soins primaires en Belgique.

Conclusion : Il n'y a pas de preuves scientifiques pour un parcours de soins pour les saignements vaginaux anormaux. Compte tenu de la large étiologie, un examen clinique de l'utérus, du col de l'utérus et du vagin (y compris l'épisiotomie) doit être effectué pour évaluer correctement la situation clinique et mettre en place un traitement et/ou orienter la patiente. Si cet examen ne peut être réalisé en première ligne, la jeune mère doit être orientée vers la deuxième ligne.

Recommandation 3 : Une femme qui vient d'accoucher présentant une perte de sang soudaine ou abondante ou une perte de sang associée à l'un des signes et symptômes de choc hypovolémique, notamment tachycardie, hypotension, hypoperfusion et changements de l'état de conscience, doit être orientée immédiatement vers la seconde ligne de soins en vue d'un traitement adéquat (GPP).

Ce GPP a été repris du guide du NICE de 2015 "Postnatal care up to 8 weeks after birth"²⁵, et est basé sur le consensus. Une étude réalisée en 2002 par Marchant et coll.²⁷ a examiné les traitements et les conseils donnés aux jeunes mères lorsqu'elles

²⁷ Marchant S, Alexander J, Garcia J. Postnatal vaginal bleeding problems and general practice. Midwifery 2002;18:21-4.

consultaient leur médecin généraliste en raison de pertes vaginales anormales ou abondantes. La prise en charge adoptée par les médecins généralistes était l'orientation vers l'échographie de l'utérus, les soins spécialisés ambulatoires ou l'orientation vers l'hôpital. En raison du très faible taux de réponse des cabinets de médecins généralistes participants (18/115), ces résultats ne peuvent être généralisés.

Une recherche documentaire complémentaire a été effectuée dans PubMed, et a permis d'identifier la revue systématique de Pacagnella et coll.²⁸ de 2013 qui a examiné la relation entre la perte de sang et les signes cliniques, et comment ces signes peuvent être utilisés pour initier des interventions. Ils ont constaté une grande variabilité dans la relation entre la perte de sang et les signes cliniques ; il est difficile de donner un seuil spécifique. L'utilisation de l'indice de choc pourrait apporter une valeur ajoutée. Cet indice est le rapport entre la fréquence cardiaque et la pression artérielle systolique. La fourchette normale est de 0,5 à 0,7 chez les adultes en bonne santé.

Ce GPP a été présenté à un panel d'experts et de stakeholders dans le cadre d'une procédure de consensus Delphi et a été validé lors du premier tour.

Considérations

Les considérations suivantes ont joué un rôle dans la formulation du GPP :

- Évaluation globale des effets et de la certitude des preuves pour les résultats critiques : absence de preuve directe concernant le parcours de soins de choix ; preuves de certitude modérée sur la relation entre les pertes de sang et les signes cliniques.
- Balance des avantages et des inconvénients : en faveur de la recommandation.
- Rapport coût-efficacité : les coûts supplémentaires liés à l'admission et au traitement d'urgence l'emportent sur la complication à craindre et les pertes encourues ; en faveur de la recommandation.
- Valeurs et préférences : pas de variabilité à prévoir en raison de la sévérité potentielle des complications.
- Applicabilité : applicable en soins primaires en Belgique.

Conclusion : Il existe peu de preuves scientifiques sur les parcours de soins utilisés dans l'hémorragie du post-partum. L'hémorragie du post-partum, si elle n'est pas traitée, peut avoir une issue fatale. Les hémorragies du post-partum ayant un impact sur l'état hémodynamique de la femme en post-partum doivent donc être orientées d'urgence vers la seconde ligne de soins pour un traitement approprié.

²⁸ Pacagnella RC, Souza JP, Durocher J, et al. A systematic review of the relationship between blood loss and clinical signs. PLoS One 2013;8:e57594.

3. Pré-éclampsie

Recommandations

1. Évaluez les femmes souffrant de maux de tête sévères ou persistants et envisagez la possibilité de pré-éclampsie (**GRADE 1A**).
2. Prenez au moins une mesure de la pression artérielle dans les 6 heures suivant l'accouchement et enregistrez le résultat dans le dossier-patient (**GPP**).
3. Répétez la mesure de la pression artérielle dans les 4 heures si la pression artérielle diastolique est ≥ 90 mmHg et qu'il n'y a pas d'autres signes et symptômes de pré-éclampsie (**GPP**).
4. Des examens complémentaires sont recommandés lorsque la pression artérielle diastolique est ≥ 90 mmHg et:
 - qu'elle est associée à un autre signe ou symptôme de pré-éclampsie (**GRADE 1B**);
 - ne tombe pas en dessous de 90 mmHg endéans les 4 heures (**GRADE 1B**).

Explications

La pré-éclampsie est définie comme une hypertension (pression artérielle $\geq 140/90$ mmHg), accompagnée d'autres signes de dysfonctionnement des organes (voir *définitions*) dont la jeune mère a souffert pendant la grossesse ou souffre dans le post-partum. La pré-éclampsie peut entraîner des lésions organiques (par exemple, une hypertension pulmonaire), des convulsions (on parle alors d'éclampsie) et même le décès de la mère ²⁹.

La pré-éclampsie survient généralement pendant la grossesse, mais 27 à 44 % des cas de pré-éclampsie se produisent pendant la période post-partum ³⁰. On suppose que

²⁹ Headache, blurred vision, convulsions or loss of consciousness, elevated blood pressure. In: *Managing Complications in Pregnancy and Childbirth: a guide for midwives and doctors*. Geneva: World Health Organization, 2003.

³⁰

- Tuffnell DJ, Jankowicz D, Lindow SW, et al. Outcomes of severe pre-eclampsia/eclampsia in Yorkshire 1999/2003. *BJOG* 2005;112:875-80.
- Douglas KA, Redman CW. Eclampsia in the United Kingdom. *BMJ* 1994;309:1395-400.
- Atterbury JL, Groome LJ, Hoff C, et al. Clinical presentation of women readmitted with postpartum severe preeclampsia or eclampsia. *JOGNN* 1998;27:134-41.
- Lubarsky SL, Barton JR, Friedman SA, et al. Late postpartum eclampsia revisited. *Obstet Gynecol* 1994;83:502-5.

le risque le plus élevé de pré-éclampsie se situe 48 heures après l'accouchement ; dans une étude, 80 % des cas d'éclampsie du post-partum ont été observés tardivement, c'est-à-dire entre 48 heures et 2 semaines après l'accouchement ³¹.

L'incidence de la pré-éclampsie au Royaume-Uni en 2017 était de 2 %. En 2018, 4,9 % des femmes flamandes qui venaient d'accoucher, souffraient d'hypertension ³².

Signes de pré-éclampsie dans la période post-partum

Le principal indicateur de la pré-éclampsie dans la période post-partum est une pression artérielle élevée. Contrairement au passé, la protéinurie n'est pas un signe obligatoire de pré-éclampsie. Il ne faut donc pas supposer qu'une femme qui vient d'accoucher et qui est hypertendue, mais sans protéinurie, ne puisse avoir de pré-éclampsie. L'évaluation systématique de la protéinurie n'est pas recommandée car le diagnostic différentiel de la protéinurie est très large, y compris les saignements vaginaux qui se produisent chez presque toutes les femmes qui viennent d'accoucher.

Seules quelques études ont été menées sur les signes et symptômes de la pré-éclampsie et de l'éclampsie dans la période post-partum ³³. Les céphalées sont le symptôme le plus important de la pré-éclampsie dans le post-partum. L'œdème, la douleur épigastrique et la douleur du quadrant supérieur droit sont aussi fréquents chez les femmes avec et sans pré-éclampsie et ne sont donc pas spécifiques. Néanmoins, il est important d'effectuer un contrôle de la pression artérielle pour détecter ces signes et symptômes.

Facteurs de risque de la pré-éclampsie

Comme pour la grossesse ³⁴, les facteurs de risque de pré-éclampsie dans le post-partum sont : nulliparité, âge ≥ 40 ans, antécédents familiaux de pré-éclampsie (par exemple chez la mère ou la sœur), antécédents de pré-éclampsie, IMC ≥ 35 au

³¹ Chames MC, Livingston JC, Ivester TS, et al. Late postpartum eclampsia: a preventable disease? Am J Obstet Gynecol 2002;186:1174-7.

³² Devlieger R, Goemaes R, Laubach M. Perinatale activiteiten in Vlaanderen 2018. Beschikbaar via: [Perinatale activiteiten in Vlaanderen 2018.pdf \(zorg-en-gezondheid.be\)](#)

³³

- Atterbury JL, Groome LJ, Hoff C, et al. Clinical presentation of women readmitted with postpartum severe preeclampsia or eclampsia. JOGNN 1998;27:134-41.
- Chames MC, Livingston JC, Ivester TS, et al. Late postpartum eclampsia: a preventable disease? Am J Obstet Gynecol 2002;186:1174-7.

³⁴ Antenatal care: routine care for the healthy pregnant woman. NICE clinical guideline no. 6 (2003). Available from www.nice.org/CG006

premier contact, grossesse multiple ou maladie vasculaire préexistante (par exemple hypertension ou diabète).

Orientation en cas de suspicion de pré-éclampsie

Étant donné la gravité potentielle de la pré-éclampsie, des examens complémentaires sont nécessaires si une femme qui vient d'accoucher remplit la principale condition de la pré-éclampsie, à savoir l'hypertension :

- Lorsque la mère qui vient d'accoucher présente une pression artérielle diastolique ≥ 90 mmHg et d'autres signes ou symptômes de pré-éclampsie.
- Lorsque la pression artérielle diastolique ≥ 90 mmHg ne diminue pas dans les 4 heures.

La mesure de la pression artérielle peut être influencée par de nombreux facteurs. Par conséquent, si la pression artérielle est élevée, il est nécessaire de répéter la mesure en l'absence d'autres signes ou symptômes de pré-éclampsie.

Compte tenu des complications potentiellement graves de la pré-éclampsie, il est important d'adresser d'urgence la femme qui vient d'accoucher à un gynécologue. Pour les plaintes légères, le gynécologue peut être contacté en premier lieu par téléphone (de garde). En cas de symptômes graves, la femme qui vient d'accoucher doit être adressée d'urgence à un gynécologue.

Base des recommandations

Recommandation 1 : Évaluez les femmes souffrant de maux de tête sévères ou persistants et envisagez la possibilité de pré-éclampsie (GRADE 1A).

Cette recommandation a été adaptée du guide du NICE de 2015 "Postnatal care up to 8 weeks after birth" ²⁵. Une recherche documentaire complémentaire dans PubMed et Cochrane a été effectuée. Des articles ont été identifiés sur le thème de la pré-éclampsie, mais aucun n'était pertinent pour appuyer ou réfuter la recommandation.

La recommandation s'appuie également sur les recommandations internationales du National Collaborating Centre for Women's and Children's Health, du Royal College of Obstetricians and Gynaecologists et de l'Organisation mondiale de la santé ³⁵, ainsi que sur les études suivantes :

³⁵

- National Collaborating Centre for Women's and Children's Health (UK). Antenatal care: routine care for the healthy pregnant woman. London: RCOG Press, 2008.
- Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. Study group recommendations for pre-eclampsia. In: Critchley H, Poston L, Walker J, Ed. RCOG Study Group Recommendations: RCOG Press, 2003.

- Une étude cas-témoins réalisée en 1998 par Atterbury et coll.³⁶ a examiné, chez 53 femmes admises en post-partum pour une pré-éclampsie (sévère), quels étaient leurs symptômes et en quoi ils différaient des symptômes de la pré-éclampsie (sévère) pendant la grossesse. Leurs observations ont montré que les symptômes neurologiques, les malaises, les nausées et les vomissements étaient plus fréquents dans la pré-éclampsie du post-partum que dans la pré-éclampsie pendant la grossesse. Il n'y avait pas de différence en ce qui concerne les œdèmes, les douleurs épigastriques ou la sensibilité de l'hypocondre droit.
- Chez les femmes atteintes de pré-éclampsie dans la période post-partum tardive dans l'étude de 2002 de Chames et coll.³⁷ mentionnée précédemment, les maux de tête (87 %), les troubles visuels (44 %), les nausées ou les vomissements (22 %) et les douleurs épigastriques (9 %) étaient des symptômes prodromiques de la pré-éclampsie.

Les trois guides de pratique et les études fournissent des preuves de certitude élevée quant au fait que les céphalées sont le principal symptôme associé à la pré-éclampsie.

Considérations

Les considérations suivantes ont joué un rôle dans la formulation de la recommandation :

- Évaluation globale des effets et de la certitude des preuves pour les résultats critiques : preuves de certitude élevée que la pré-éclampsie doit également être envisagée en cas de maux de tête.
- Balance des avantages et des inconvénients : en faveur de la recommandation.
- Valeurs et préférences : aucune variabilité à prévoir.
- Applicabilité : applicable en soins primaires en Belgique.

Conclusion : Les études ci-dessus fournissent des preuves de certitude élevée que les céphalées sont la principale plainte associée à la pré-éclampsie. Il existe des preuves de certitude élevée que les plaintes visuelles, les malaises, les nausées ou les vomissements, les douleurs épigastriques et les douleurs hypochondriques droites se

• World Health Organization. Headache, blurred vision, convulsions or loss of consciousness, elevated blood pressure. In: in *Managing complications in pregnancy and childbirth: a guide for midwives and doctors*. Geneva: World Health Organization, 2003.

³⁶ Atterbury JL, Groome LJ, Hoff C, et al. Clinical presentation of women readmitted with postpartum severe preeclampsia or eclampsia. *JOGNN* 1998;27:134-41.

³⁷ Chames MC, Livingston JC, Ivester TS, et al. Late postpartum eclampsia: a preventable disease? *Am J Obstet Gynecol* 2002;186:1174-7.

produisent également dans la pré-éclampsie du post-partum. Comme les preuves fournies étaient d'une certitude élevée, un GRADE A a été maintenu.

Compte tenu de la gravité potentielle de l'affection et de la simplicité de la mesure de la pression artérielle, il est recommandé d'envisager le diagnostic de pré-éclampsie en cas de céphalées post-partum persistantes. Une mesure de la pression artérielle doit alors être effectuée et, si nécessaire, complétée par une analyse d'urine pour détecter la protéinurie. Comme cette recommandation présente plus d'avantages que d'inconvénients potentiels, les auteurs considèrent qu'il est fortement recommandé d'évaluer la femme pour la possibilité d'une pré-éclampsie en cas de céphalées sévères ou persistantes.

Recommandation 2 : Prenez au moins une mesure de la pression artérielle dans les 6 heures suivant l'accouchement et enregistrez le résultat dans le dossier-patient (GPP).

Ce GPP a été repris du guide du NICE de 2015 "Postnatal care up to 8 weeks after birth" ²⁵. Une recherche documentaire a identifié la revue systématique de Gillon et coll. de 2014 ³⁸. Ils ont examiné les guides cliniques élaborés pour aider les prestataires de soins à prendre des décisions, en particulier en ce qui concerne les troubles de l'hypertension pendant la grossesse. Ils n'ont trouvé aucune cohérence dans les recommandations sur le monitoring de la jeune mère dans la période post-partum.

Aucune autre preuve scientifique n'a été trouvée quant au moment et à la fréquence de la mesure de la pression artérielle.

Le GPP a été présenté à un panel d'experts et de stakeholders dans le cadre d'une procédure de consensus Delphi et a été validé au premier tour.

Considérations

Les considérations suivantes ont joué un rôle dans la formulation du GPP :

- Évaluation globale des effets et de la certitude des preuves pour les résultats critiques : manque de preuves.
- Balance des avantages et des inconvénients : en faveur de la recommandation.
- Rapport coût-efficacité : un tensiomètre fait partie de l'équipement standard des prestataires de soins de santé concernés ; en faveur de la recommandation.
- Valeurs et préférences : aucune variabilité à prévoir.
- Applicabilité : applicable en soins primaires en Belgique.

³⁸ Gillon TER, Pels A, von Dadelszen P, et al. Hypertensive disorders of pregnancy: a systematic review of international clinical practice guidelines. PLoS ONE 2014;9:e113715.

Conclusion : Les preuves scientifiques concernant la pré-éclampsie et l'éclampsie dans la période post-partum sont rares et ont un faible degré de certitude. Bien que la pré-éclampsie soit rare, une proportion importante d'épisodes de pré-éclampsie semble se produire dans le post-partum, et pas nécessairement dans les 48 heures suivant l'accouchement. Compte tenu de la gravité potentielle de l'affection et de la simplicité de la mesure de la pression artérielle, il est recommandé qu'au moins une mesure de la pression artérielle soit effectuée de manière standard dans la période du post-partum, et que le seuil d'exclusion de la pré-éclampsie soit bas via la mesure de la pression artérielle dans les deux premières semaines après l'accouchement. Cette approche présente plus d'avantages que d'inconvénients et est facilement applicable aux soins post-partum en Belgique.

Recommandation 3 : Répétez la mesure de la pression artérielle dans les 4 heures si la pression artérielle diastolique est ≥ 90 mmHg et qu'il n'y a pas d'autres signes et symptômes de pré-éclampsie (GPP).

Ce GPP a été repris du guide du NICE de 2015 "Postnatal care up to 8 weeks after birth" ²⁵. Il n'y a pas de preuves concernant le nombre de mesures de la pression artérielle à effectuer dans la période post-partum en général, ni sur l'intervalle entre les mesures.

Le GPP a été présenté à un panel d'experts et de stakeholders dans le cadre d'une procédure de consensus Delphi et a été validé au premier tour.

Considérations

Les considérations suivantes ont joué un rôle dans la formulation du GPP :

- Évaluation globale des effets et de la certitude des preuves pour les résultats critiques : absence de preuves.
- Balance des avantages et des inconvénients : en faveur de la recommandation.
- Rapport coût-efficacité : un tensiomètre fait partie de l'équipement standard des prestataires de soins de santé concernés ; en faveur de la recommandation.
- Valeurs et préférences : peu de variabilité à prévoir.
- Applicabilité : applicable en soins primaires en Belgique.

Conclusion : Les preuves scientifiques concernant la pré-éclampsie et l'éclampsie dans la période post-partum sont rares et peu certaines. Si une femme en post-partum a une pression artérielle diastolique élevée, sans autre signe de pré-éclampsie, la mesure doit être répétée dans les 4 heures pour confirmer ou infirmer le diagnostic d'hypertension. Cette approche présente plus d'avantages que d'inconvénients et est facilement applicable aux soins post-partum en Belgique.

Recommandation 4: Des examens complémentaires sont recommandés lorsque la pression artérielle diastolique est ≥ 90 mmHg et qu'elle est associée à un autre signe ou symptôme de pré-éclampsie et qu'elle ne tombe pas en dessous de 90 mmHg endéans les 4 heures (GRADE 1B).

Cette recommandation a été reprise du guide du NICE de 2015 "Postnatal care up to 8 weeks after birth" ²⁵. La recherche documentaire complémentaire a identifié la revue systématique de Gillon et coll. de 2014 déjà mentionnée ³⁸ qui a examiné les guides cliniques destinés aux prestataires de soins pour la prise en charge des affections hypertensives. Cinq guides définissaient l'hypertension sur la base de la pression artérielle systolique et diastolique ($\geq 140/90$), et trois guides définissaient l'hypertension à partir d'une pression artérielle diastolique ≥ 90 mmHg. La limite de la pression artérielle diastolique était cohérente dans les différents guides.

Considérations

Les considérations suivantes ont joué un rôle dans la formulation de la recommandation :

- Évaluation globale des effets et de la certitude des preuves pour les résultats critiques : certitude élevée des preuves en raison de la définition de la pré-éclampsie.
- Balance des avantages et des inconvénients : en faveur de la recommandation.
- Rapport coût-efficacité : le diagnostic et le traitement de la pré-éclampsie sont probablement moins coûteux que le traitement des complications de la pré-éclampsie ; en faveur de la recommandation.
- Valeurs et préférences : pas de variabilité à prévoir.
- Applicabilité : applicable en soins primaires en Belgique, orientation vers la seconde ligne de soins.

Conclusion : Il n'existe pas de preuves scientifiques concernant spécifiquement l'orientation des patientes atteintes de pré-éclampsie dans la période post-partum. Il existe cependant des preuves de certitude élevée issues des guides de pratique clinique selon lesquelles la maladie hypertensive est présente à partir d'une pression artérielle diastolique de ≥ 90 mmHg. Un GRADE B a été attribué sur la base de preuves indirectes de certitude élevée sur l'association entre l'hypertension et la pré-éclampsie. Il n'y a pas suffisamment de preuves de certitude élevée concernant spécifiquement le parcours de soins dans la pré-éclampsie pour attribuer un GRADE A. Étant donné la gravité des complications possibles de la pré-éclampsie, il est recommandé que les femmes qui viennent d'accoucher et qui souffrent d'hypertension soient orientées vers le gynécologue (de garde) pour une évaluation et un traitement. Comme cette recommandation présente plus d'avantages que

d'inconvénients potentiels, les auteurs estiment qu'il est fortement recommandé de poursuivre les examens dans ces cas.

4. Thromboembolie veineuse

Recommandations

1. L'utilisation systématique du signe de Homans pour l'évaluation de la présence d'une thrombo-embolie veineuse n'est pas conseillée (**GRADE 2C**).
2. Examinez les femmes présentant une douleur unilatérale, une rougeur ou un gonflement du mollet pour vérifier la présence d'une thrombose veineuse profonde (TVP) (**GPP**).
3. Examinez les femmes souffrant d'essoufflement ou de douleur thoracique pour vérifier la présence d'une embolie pulmonaire (EP) (**GPP**).
4. Encouragez la femme de bouger le plus tôt possible après l'accouchement (**GPP**).

Explications

Une thromboembolie veineuse (TEV) comprend à la fois la thrombose veineuse profonde (TVP) et l'embolie pulmonaire (EP). Dans le cas d'une TVP, un caillot de sang obstrue ou coupe l'approvisionnement en sang dans les veines profondes de la jambe. Lorsque ce caillot (ou une partie de celui-ci) se déloge, il peut se déplacer par la circulation sanguine et éventuellement pénétrer dans les poumons et bloquer une partie de l'approvisionnement en sang. On parle alors d'embolie pulmonaire. La TVP et l'EP sont respectivement cinq et quinze fois plus fréquentes dans la période post-partum que pendant la grossesse ³⁹:

- La TVP se caractérise par une douleur unilatérale dans la jambe (plus souvent à gauche), une rougeur ou une décoloration de cette zone par rapport à l'autre jambe, un gonflement du mollet et/ou de la fièvre ⁴⁰.
- En cas de EP, la femme en post-partum souffre de dyspnée, tachypnée, douleurs thoraciques, tachycardie, toux et/ou hémoptysie.

³⁹

- Reducing the risk of venous thromboembolism during pregnancy and the puerperium. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists, 2015.
- Heit JA, Kobbervig CE, James AH, et al. Trends in the incidence of venous thromboembolism during pregnancy or postpartum: a 30-year population-based study. *Ann Intern Med* 2005;143:697-706.

⁴⁰ Ray JG, Chan WS. Deep vein thrombosis during pregnancy and the puerperium: a meta-analysis of the period of risk and the leg of presentation. *Obstet Gynecol Survey* 1999;54:265-71.

Les facteurs de risque de thromboembolie sont présentés dans le *tableau 3*.

Tableau 3 : Facteurs de risque de TEV pendant la grossesse et le post-partum ⁴¹.

Facteurs de risque préexistants	Antécédents de TEV	
	Thrombophilie	Thrombophilie héréditaire
		Thrombophilie acquise
	Comorbidités médicales, par exemple cancer, insuffisance cardiaque, LED actif, polyarthropathie inflammatoire ou maladies inflammatoires chroniques de l'intestin (MICI); syndrome néphrotique, diabète sucré de type 1 avec néphropathie; drépanocytose, usage actuel de drogues par voie intraveineuse	
	Âge ≥ 35 ans	
	Obésité (IMC ≥ 30 kg / m ²) avant la grossesse ou en début de grossesse	
	Parité ≥ 3 (la femme a la parité 3 après avoir donné naissance à son troisième enfant)	
	Tabagisme	
	Varices (asymptomatiques ou au-dessus du genou ou avec phlébite associée, œdème / changements cutanés)	
	Paraplégie	
Facteurs de risque obstétricaux	Multiparité	
	Pré-éclampsie actuelle	
Facteurs de risque récents/transitoires	Césarienne	
	Travail prolongé (> 24 heures)	
	Accouchements à cavité moyenne ou rotationnelle	
	Mort-né	
	Naissance prématurée	
	Hémorragie post-partum (> 1 litre / besoin de transfusion)	
Toute intervention chirurgicale pendant la puerpéralité, à l'exception de la suture périnéale immédiate, par exemple appendicectomie, stérilisation post-partum, fracture de la jambe		

⁴¹ Reducing the risk of venous thromboembolism during pregnancy and the puerperium. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists, 2015.

Hyperémémis, déshydratation	
Syndrome d'hyperstimulation ovarienne (seulement au 3 ^e trimestre)	Technologie de procréation assistée (ART), fécondation in vitro (FIV)
Hospitalisation ou immobilité (≥ 3 jours d'alitement)	Par exemple : douleur de la ceinture pelvienne à mobilité réduite
Infection systémique actuelle (nécessitant des antibiotiques iv ou une hospitalisation)	Par exemple : pneumonie, pyélonéphrite, infection des plaies post-partum
Voyages longue distance (> 4 heures)	

Diagnostic d'une TEV

Dans le cas d'une TVP, le signe de Homans (douleur au mollet lors de la flexion de la cheville) est souvent absent. Par conséquent, ce test ne doit pas être utilisé pour exclure une TVP. Si l'on suspecte une TVP, il faut adresser la femme postnatale à un médecin. Dans les cas légers, un dosage des D-Dimères peut être effectué en premier lieu pour exclure une TVP. Si les D-dimères est élevés ou s'il y a des signes cliniques graves, le patient doit être orienté pour une imagerie diagnostique.

En cas de signes cliniques d'une EP (essoufflement et / ou tachypnée), avec ou sans douleur pleurale thoracique et / ou hémoptysie la femme qui vient d'accoucher doit être orientée vers un médecin. Il est important de déterminer s'il existe un facteur de risque majeur (voir *tableau 3*) et s'il y a une autre explication plausible aux signes. S'il y a un facteur de risque, s'il est question d'une TVP et/ou qu'il n'y a pas d'autres raisons qui expliquent les signes, le risque d'une EP est très élevé et le patient doit être orienté pour une démarche diagnostique plus approfondie par le biais d'une angiographie CT de l'artère pulmonaire.

L'hospitalisation est nécessaire en cas de TVP avec symptômes sévères ou en cas d'embolie pulmonaire avec un risque modéré ou élevé d'instabilité hémodynamique, car le risque de mortalité dans ces cas est respectivement de 3 à 15% et de > 15%. Le risque de décès dans les embolies pulmonaires avec un faible risque d'instabilité hémodynamique est inférieur à 1 %.

L'objectif du traitement d'une TVP est de prévenir l'embolie pulmonaire et l'insuffisance veineuse du membre. Le traitement de l'EP consiste à prévenir le collapsus hémodynamique.

Base des recommandations

Recommandation 1 : L'utilisation systématique du signe de Homans pour l'évaluation de la présence d'une thrombo-embolie veineuse n'est pas recommandée (GRADE 2C).

Cette recommandation a été reprise du guide du NICE de 2015 "Postnatal care up to 8 weeks after birth" ²⁵. Une recherche documentaire complémentaire a été menée, mais n'a pu identifier aucun article pertinent pour confirmer ou infirmer la recommandation.

La recommandation s'appuie sur les études suivantes qui ont examiné les signes et symptômes cliniques de la TVP :

- L'étude d'intervention de 1973 ⁴² a examiné 100 femmes dans la période post-partum. Une femme a développé une TVP qui n'a présenté de signes cliniques que 48 heures après le scanner positif. Cette étude présente des limites importantes et est de faible qualité.
- Deux anciennes études d'intervention, celle de Nicolaidis et coll. de 1971 ⁴³ et celle de Flanc et coll. de 1968 ⁴⁴, présentant également des limites importantes, ont montré que seuls 50 % des patients atteints de thrombose présentaient des symptômes cliniques. Dans une autre étude d'intervention réalisée par Negus et coll. de 1968 ⁴⁵, seuls 6 des 32 patients ayant un phlébogramme anormal présentaient des signes et des symptômes de TVP.
- Une étude de cohorte réalisée en 1999 par Gherman et coll. ⁴⁶ a montré que 85,7 % des patientes ayant subi une TVP pendant la grossesse ou le post-partum présentaient une douleur, une rougeur et un gonflement unilatéral de la jambe. Le signe de Homans n'était positif que dans 46,5 % des cas.

⁴² Jackson P. Puerperal thromboembolic disease in "high risk" cases". *BMJ* 1973;1:263-4.

⁴³ Nicolaidis AN, Kakkar VV, Field ES, Renney JT. The origin of deep vein thrombosis: a venographic study. *Br J Radiol* 1971;44:653-63.

⁴⁴ Flanc C, Kakkar VV, Clarke MB. The detection of venous thrombosis of the legs using 125-I-labelled fibrinogen. *Br J Surg* 1968;55:742-7.

⁴⁵ Negus D, Pinto DJ, Le Quesne LP, et al. 125-I-labelled fibrinogen in the diagnosis of deep-vein thrombosis and its correlation with phlebography. *Br J Surg* 1968;55:835-9.

⁴⁶ Gherman RB, Goodwin TM, Leung B, et al. Incidence, clinical characteristics, and timing of objectively diagnosed venous thromboembolism during pregnancy. *Obstet Gynecol* 1999;94:730-4.

Considérations

Les considérations suivantes ont joué un rôle dans la formulation de la recommandation :

- Évaluation globale des effets et de la certitude des preuves pour les résultats critiques : preuves de faible certitude.
- Balance des avantages et des inconvénients : en faveur de la recommandation.
- Valeurs et préférences : variabilité à prévoir en raison des habitudes des prestataires de soins et des attentes de la femme qui vient d'accoucher (et de sa famille).
- Applicabilité : applicable en soins primaires en Belgique.

Conclusion : Il existe des preuves scientifiques de faible certitude que les signes et symptômes cliniques sont souvent absents chez une femme post-partum souffrant de TVP. Le signe de Homans est de faible sensibilité. Par conséquent, son utilisation systématique n'est pas conseillée pour exclure une thrombose veineuse profonde chez la femme du post-partum. Les avantages et les inconvénients de ce test sont en équilibre et il est donc faiblement recommandé. Les preuves scientifiques montrent que l'imagerie médicale permet de mieux mettre en évidence une TVP, mais ceci ne fait pas partie des soins primaires.

Recommandation 2 : Examinez les femmes présentant une douleur unilatérale, une rougeur ou un gonflement du mollet pour vérifier la présence d'une thrombose veineuse profonde (TVP) (GPP).

Ce GPP a été repris du guide du NICE de 2015 "Postnatal care up to 8 weeks after birth" ²⁵ et s'appuie sur les observations suivantes :

- Si une TVP s'accompagne de signes cliniques, ceux-ci sont une douleur unilatérale, une rougeur ou une décoloration de la peau et/ou un gonflement du mollet. Dans ce cas, la présence d'une TVP doit être évaluée. Une méta-analyse réalisée par Ray et Chan en 1999 ⁴⁰ montre qu'une TVP se produit dans la jambe gauche dans 77,2 % des cas.
- Aucune preuve n'a été trouvée qui indique qu'il faut évaluer une femme en post-partum présentant une douleur, une décoloration de la peau et/ou un gonflement du mollet afin de détecter la présence d'une TVP. Comme ces plaintes ou symptômes peuvent suggérer une TVP et que l'incidence est plus élevée dans la période post-partum, il est néanmoins nécessaire d'exclure une TVP.

Le GPP a été présenté à un panel d'experts et de stakeholders dans le cadre d'une procédure de consensus Delphi et a été validé au premier tour.

Considérations

Les considérations suivantes ont joué un rôle dans la formulation du GPP :

- Évaluation globale des effets et de la certitude des preuves pour les résultats critiques : aucune preuve directe disponible sur les plaintes en cas de TVP pendant la période post-partum. Preuves indirectes disponibles sur les symptômes de la TVP.
- Balance des avantages et des inconvénients : en faveur de la recommandation.
- Valeurs et préférences : peu de variabilité à prévoir.
- Applicabilité : en fonction de la gravité applicable en soins primaires en Belgique ou orientation vers la seconde ligne de soins pour imagerie médicale.

Conclusion : Étant donné que la douleur, la décoloration de la peau et/ou le gonflement du mollet peuvent être le signe d'une TVP et que son incidence est plus élevée dans le post-partum, il convient de rechercher une TVP en présence de ces symptômes. Cet examen présente plus d'avantages que d'inconvénients et est facilement applicable dans les soins postnatals.

Recommandation 3 : Examinez les femmes souffrant d'essoufflement ou de douleur thoracique pour vérifier la présence d'une embolie pulmonaire (EP) (GPP).

Ce GPP a été repris du guide du NICE de 2015 "Postnatal care up to 8 weeks after birth" ²⁵. Il n'y a pas de preuves indiquant que la femme en post-partum présentant un essoufflement ou une douleur thoracique doit être examinée pour rechercher une EP. Étant donné que ces plaintes ou symptômes peuvent indiquer une EP, et que leur incidence est plus élevée dans la période du post-partum, il faut envisager la possibilité d'une EP en présence de ceux-ci.

Le GPP a été présenté à un panel d'experts et de stakeholders dans le cadre d'une procédure de consensus Delphi et a été validé au premier tour.

Considérations

Les considérations suivantes ont joué un rôle dans la formulation du GPP :

- Évaluation globale des effets et de la certitude des preuves pour les résultats critiques : aucune preuve directe disponible sur les plaintes en cas d'EP pendant la période post-partum. Preuves indirectes disponibles sur les symptômes de l'EP.
- Balance des avantages et des inconvénients : en faveur de la recommandation.
- Valeurs et préférences : peu de variabilité à prévoir.
- Applicabilité : en fonction de la gravité applicable en soins primaires en Belgique ou orientation vers la seconde ligne de soins pour imagerie médicale.

Conclusion : Étant donné que l'essoufflement ou les douleurs thoraciques peuvent indiquer une EP et que l'incidence est plus élevée dans la période post-partum, il convient de rechercher une EP en présence de ces symptômes.

Recommandation 4 : Encouragez la femme bouger le plus tôt possible après l'accouchement (GPP).

Ce GPP a été repris du guide du NICE de 2015 "Postnatal care up to 8 weeks after birth" ²⁵. Il n'y a pas de preuves indiquant qu'il faut conseiller la femme qui vient d'accoucher de bouger le plus tôt possible après l'accouchement. Cependant, l'immobilité est un facteur de risque sur lequel il est facile d'agir. Par conséquent, les femmes doivent être encouragées à faire de l'exercice dès que possible après l'accouchement.

Le GPP a été présenté à un panel d'experts et de stakeholders dans le cadre d'une procédure de consensus Delphi et a été validé au premier tour.

Considérations

Les considérations suivantes ont joué un rôle dans la formulation du GPP :

- Évaluation globale des effets et de la certitude des preuves pour les résultats critiques : aucune preuve disponible.
- Balance des avantages et des inconvénients : en faveur de la recommandation.
- Valeurs et préférences : pas de variabilité à prévoir.
- Applicabilité : applicables en soins primaires en Belgique.

Conclusion : L'immobilité étant un facteur de risque sur lequel il est facile d'agir, les femmes doivent être encouragées à bouger dès que possible après l'accouchement.

5. Soins périnéaux

Recommandations

1. À chaque contact post-partum, demandez à la patiente si elle se fait des soucis par rapport à la cicatrisation de la plaie périnéale (demandez-lui s'il y a douleur périnéale, inconfort ou picotements, odeur désagréable ou dyspareunie) (**GPP**).
2. Si la patiente éprouve de la douleur ou de l'inconfort, proposez-lui d'examiner le périnée (**GPP**).

3. Évaluez les signes et symptômes d'infection, de guérison inadéquate, de dégradation de la plaie ou de non-guérison (**GPP**).
4. Rappelez aux femmes l'importance de l'hygiène périnéale : changer régulièrement la serviette hygiénique, se laver les mains avant et après et bain ou douche journalière (**GPP**).
5. Une thérapie locale par le froid, telle que l'application de glace ou des coussinets de gel, sont des méthodes recommandées pour soulager la douleur périnéale (**GRADE A**).
6. Si anti-douleur par voie orale est nécessaire, le paracétamol constitue le premier choix, sauf contre-indication (**GRADE 1A**).
7. (**GRADE 2A**).
8. En cas de doute sur la cause ou le traitement d'une douleur intense à l'épisiotomie, la jeune mère doit être orientée vers un médecin (généraliste/gynécologue) (**GPP**).

Explications

Incidence et causes des douleurs périnéales

Les douleurs périnéales sont mentionnées par 42% des femmes immédiatement après l'accouchement, et diminuent à 22% et 10% respectivement après 8 et 12 semaines post-partum. Les femmes qui ont accouché par voie vaginale éprouvent plus souvent des douleurs périnéales ⁴⁷. Le degré de douleur ressentie est une évaluation subjective. Il n'y a pas de méthode standard pour évaluer la douleur périnéale.

Les douleurs périnéales peuvent être causées, entre autres, par un accouchement prolongé, une rupture ou une épisiotomie, la formation d'un hématome et une infection. Les femmes hésitent souvent à signaler les symptômes. Habituellement, les prestataires de soins ne leur posent pas de questions à ce sujet de manière spontanée. Un questionnement plus actif s'impose donc. En plus du questionnement de la douleur, les conseils sont importants ⁴⁸.

⁴⁷ Beentjes MM, Weersma RLS, Koch W, et al. NHG-Standaard Zwangerschap en kraamperiode. Huisarts Wet 2012;55:112-25. Beschikbaar via: <https://www.nhg.org/standaarden/volledig/nhg-standaard-zwangerschap-en-kraamperiode#idp28848>

⁴⁸ Salmon D. A feminist analysis of women's experiences of perineal trauma in the immediate post-delivery period. Midwifery 1999;15:247-56.

Soins périnéaux

Il est important que la jeune mère reçoive les instructions nécessaires pour éviter les infections. La prévention repose sur des conseils d'hygiène. Par exemple, il faut conseiller à la jeune mère de changer régulièrement de serviette hygiénique et de se laver correctement les mains avant et après. Il est également important de baigner ou de doucher le périnée quotidiennement.

Si la femme en post-partum ressent une douleur ou une gêne au niveau du périnée, un examen du périnée doit être proposé. L'examen doit tenir compte des symptômes d'infection (*voir chapitre sur l'endométrite*) et de la cicatrisation. La douleur peut également être causée par une suture trop serrée de l'épisiotomie. Le groupe d'experts recommande dans ce cas, d'envisager de couper une ou plusieurs sutures, en fonction de la cicatrisation de la plaie.

En cas de signes d'infection, de formation d'hématome ou de doute sur la cause d'une douleur périnéale intense, la femme enceinte doit être adressée à un médecin (généraliste/gynécologue).

Soulagement des douleurs périnéales

Des traitements non médicamenteux tels que les poches de glace ou les coussinets de gel peuvent aider à soulager les douleurs périnéales. Les bains de siège n'ont pas d'avantage prouvé par rapport à d'autres options de traitement non-médicamenteuses, comme les poches de glace et les coussinets de gel, mais ne présentent par contre aucun risque.

Les poches de glace ou coussinets de gel peuvent être associées à des médicaments tels que le paracétamol. Si cette approche n'apporte pas une amélioration satisfaisante, les AINS peuvent être envisagés, à condition qu'il n'y ait pas de contre-indications.

Base des recommandations

Recommandation 1 : À chaque contact post-partum, demandez à la patiente si elle se fait des soucis par rapport à la cicatrisation de la plaie périnéale (demandez-lui s'il y a douleur périnéale, inconfort ou picotements, odeur désagréable ou dyspareunie (GPP)).

Ce GPP a été repris du guide du NICE de 2015 "Postnatal care up to 8 weeks after birth" ²⁵ et s'appuie sur les données probantes suivantes :

- Plusieurs études quantitatives et qualitatives ont étudié comment la femme qui vient d'accoucher vit la douleur périnéale. En raison d'une trop grande diversité par rapport au moment et à la méthode d'évaluation de la douleur, aucune

conclusion unanime ne peut être tirée sur la douleur périnéale. En outre, on sait peu de choses sur les effets à long terme des douleurs périnéales.

- Une étude qualitative ⁴⁸ portant sur 16 femmes a révélé que les femmes avaient le sentiment que leurs préoccupations concernant les douleurs périnéales n'étaient pas prises au sérieux. Les chercheurs suggèrent que le fait d'être à l'écoute de la femme est la clé d'une prise en charge adaptée.

Le GPP a été présenté à un panel d'experts et de stakeholders dans le cadre d'une procédure de consensus Delphi et a été validé au premier tour.

Considérations

Les considérations suivantes ont joué un rôle dans la formulation du GPP :

- Évaluation globale des effets et de la certitude des preuves pour les résultats critiques : preuves de faible certitude.
- Balance des avantages et des inconvénients : en faveur de la recommandation.
- Valeurs et préférences : peu de variabilité à prévoir.
- Applicabilité : applicables en soins primaires en Belgique.

Conclusion : Il n'existe pas suffisamment de preuves scientifiques par rapport à la mesure dans laquelle la douleur périnéale se manifeste dans la période du post-partum, son évolution et comment l'évaluer. Il existe des preuves de faible certitude que les femmes qui viennent d'accoucher apprécient l'attitude du soignant à l'égard du vécu de la douleur périnéale. Parce qu'il est aisé pour le soignant de questionner la douleur (le ressenti de la douleur ou l'inconfort) et de donner des conseils à ce sujet, il est recommandé de questionner la patiente au sujet de la douleur et de l'inconfort.

Recommandation 2 : Si la patiente éprouve de la douleur ou de l'inconfort, proposez-lui d'examiner le périnée (GPP).

Ce GPP a été repris du guide du NICE de 2015 "Postnatal care up to 8 weeks after birth" ²⁵ et s'appuie sur une étude qualitative de Dymond de 1999 ⁴⁹. Cette étude suggère que l'examen clinique du périnée ne devrait pas être effectué de manière systématique, mais plutôt lorsque la jeune mère ressent une douleur ou une gêne.

Le GPP a été présenté à un panel d'experts et de stakeholders dans le cadre d'une procédure de consensus Delphi et a été validé au premier tour.

⁴⁹ Dymond J. Routine post-natal perineal inspection by midwives. J Clin Nurs 1999;8:225-6.

Considérations

Les considérations suivantes ont joué un rôle dans la formulation du GPP :

- Évaluation globale des effets et de la certitude des preuves pour les résultats critiques : preuves de très faible certitude.
- Balance des avantages et des inconvénients : en faveur de la recommandation.
- Valeurs et préférences : pas de variabilité à prévoir.
- Applicabilité : applicables en soins primaires en Belgique.

Conclusion : Il y a un manque de preuves scientifiques par rapport aux indications d'un examen du périnée chez la femme post-partum. Si la femme en post-partum signale une gêne périnéale, il faut certainement procéder à un examen clinique du périnée.

Recommandation 3 : Évaluez les signes et symptômes d'infection, de guérison inadéquate, de dégradation de la plaie ou de non-guérison (GPP).

Ce GPP a été repris du guide du NICE de 2015 "Postnatal care up to 8 weeks after birth" ²⁵. Il a été présenté à un panel d'experts et de stakeholders dans le cadre d'une procédure de consensus Delphi et a été validé au premier tour.

Considérations

Les considérations suivantes ont joué un rôle dans la formulation du GPP :

- Évaluation globale des effets et de la certitude des preuves pour les résultats critiques : pas de preuves directes disponibles.
- Balance des avantages et des inconvénients : en faveur de la recommandation.
- Valeurs et préférences : pas de variabilité à prévoir.
- Applicabilité : applicables en soins primaires en Belgique.

Conclusion : Il y a un manque de preuves scientifiques pour formuler des recommandations sur l'examen périnéal chez la femme post-partum. Sur la base de l'avis des experts du guide du NICE, examiné lors de la procédure Delphi, il est recommandé de rechercher des signes d'infection, la formation d'hématomes et l'état de cicatrisation d'une épisiotomie ou d'une rupture.

Recommandation 4 : Rappelez aux femmes l'importance de l'hygiène périnéale : changer régulièrement la serviette hygiénique, se laver les mains avant et après et bain ou douche journalière (GPP).

Ce GPP a été repris du guide du NICE de 2015 "Postnatal care up to 8 weeks after birth" ²⁵. Il n'existe pas de preuves scientifiques concernant l'hygiène périnéale en maternité. La règle générale est que l'hygiène est essentielle pour éviter les infections. Cela vaut également pour le périnée. Des conseils généraux, tels que le changement régulier des serviettes hygiéniques avec une bonne hygiène des mains et un bain ou une douche quotidienne du périnée, sont recommandés sur la base de l'avis des experts.

Ce GPP a été présenté à un panel d'experts et de stakeholders dans le cadre d'une procédure de consensus Delphi et a été validé au premier tour.

Considérations

Les considérations suivantes ont joué un rôle dans la formulation du GPP :

- Évaluation globale des effets et de la certitude des preuves pour les résultats critiques : pas de preuves directes disponibles.
- Balance des avantages et des inconvénients : en faveur de la recommandation.
- Valeurs et préférences : pas de variabilité à prévoir.
- Applicabilité : applicables en soins primaires en Belgique.

Conclusion : Il y a un manque de preuves scientifiques en ce qui concerne l'hygiène périnéale chez la femme post-partum. Pour prévenir les infections périnéales, il est recommandé de garder le périnée propre en changeant régulièrement de serviette hygiénique, avec une bonne hygiène des mains avant et après. Il est également recommandé de se laver quotidiennement le périnée en prenant un bain ou une douche.

Recommandation 5 : Une thérapie locale par le froid, telle que l'application de glace ou des coussinets de gel, sont des méthodes recommandées pour soulager la douleur périnéale (GRADE 1A).

Ce GPP a été repris du guide du NICE de 2015 "Postnatal care up to 8 weeks after birth" ²⁵. Ce guide a examiné plusieurs études contrôlées randomisées (RCT) qui ont étudié l'effet analgésique de différents types de thérapies locales par le froid :

- La méta-analyse de Steen et coll. de 1998 ⁵⁰ a étudié les effets de la thérapie par le froid sur la douleur périnéale et a constaté que la thérapie par le froid n'avait aucune influence sur la cicatrisation des plaies.
- Dans une RCT réalisée en 2000 ⁵¹, Steen et coll. ont comparé l'efficacité d'epifoam et des poches de glace à celle de coussinets de gel spécialement conçus. Ils n'ont constaté aucune différence dans l'effet analgésique, mais le groupe qui a utilisé des coussinets de gel présentait moins d'œdèmes et d'ecchymoses 48 heures plus tard.
- Dans une deuxième RCT en 2002 ⁵² Steen a comparé l'efficacité des coussinets de gel par rapport aux poches de glace ou à l'absence de traitement. Les deux traitements ont permis de réduire la douleur de manière significative par rapport au placebo, avec les meilleurs résultats pour le groupe des coussinets de gel. Aucune différence n'a été constatée entre les trois groupes en termes de cicatrisation.
- La RCT de 1989 de Moore et James ⁵³ a comparé l'efficacité d'epifoam, de l'eau d'hamamélis et de la glace. Aucune différence n'a été constatée en ce qui concerne l'effet analgésique au jour 1 et six semaines après l'accouchement, ni en ce qui concerne la cicatrisation des plaies et le moment de la reprise des rapports sexuels ou de la dyspareunie du post-partum.
- Une série de trois petites RCT réalisées par Harrison et Brannan ⁵⁴ a comparé l'application topique de lignocaïne à base d'alcool et d'eau à celle de cinchocaïne et d'acide méfénamique. La lignocaïne à base d'eau s'est avérée légèrement plus efficace que les trois autres agents (pas de valeurs p disponibles). Cependant, ces études ont montré des failles dans l'attribution des sujets d'étude aux soignants (biais de l'observateur).

⁵⁰ Steen M, Cooper K. Cold therapy and perineal wounds: too cool or not too cool? *Br J Midwifery* 1998;6:572-9.

⁵¹ Steen M, Cooper K, Marchant P, et al. A randomised controlled trial to compare the effectiveness of icepacks and Epifoam with cooling maternity gel pads at alleviating postnatal perineal trauma. *Midwifery* 2000;16:48-55.

⁵² Steen M. A randomised controlled trial to evaluate the effectiveness of localised cooling treatments in alleviating perineal trauma: the APT study. *MIDIRS Midwifery Digest* 2002;12:373-6.

⁵³ Moore W, James DK. A random trial of three topical analgesic agents in the treatment of episiotomy pain following instrumental vaginal delivery. *J Obstet Gynaecol* 1989;10: 35-9.

⁵⁴

- Harrison RF, Brennan M. A comparison of alcoholic and aqueous formulations of local anaesthetic as a spray for the relief of post-episiotomy pain. *Curr Med Res Opin* 1987;10: 370-4.
- Harrison RF, Brennan M. Comparison of two formulations of lignocaine spray with mefenamic acid in the relief of post-episiotomy pain: a placebo-controlled study. *Curr Med Res Opin* 1987;10:375-9.
- Harrison RF, Brennan M, Reed JV, Wickham EA. A review of post-episiotomy pain and its treatment. *Curr Med Res Opin* 1987;10:359-63.

- En 2001, Corkill et coll. ⁵⁵ ont comparé le gel de lignocaïne à un placebo. Le gel a donné de meilleurs résultats dans le soulagement de la douleur à 48 heures.
- La RCT de Minassian et coll. de 2002 ⁵⁶ n'a trouvé aucun effet analgésique de la pommade de lidocaïne à 5% par rapport au placebo.
- En 1985, Hutchins et coll. ⁵⁷ ont comparé epifoam au gel de lignocaïne et n'ont pas pu démontrer une différence dans l'effet analgésique, bien que les deux soient plus efficaces que le placebo.
- La revue systématique Cochrane 2005 de Hedayati et coll. ⁵⁸ sur l'analgésie topique en cas de douleurs périnéales après l'accouchement a inclus 8 études avec des données sur 976 femmes comparant la lignocaïne, la cinchocaïne, l'acétate d'hydrocortisone à 1% et le chlorhydrate de pramoxine à 1%. Les différentes évaluations de la douleur dans les études incluses ont compliqué la comparaison. Compte tenu des données limitées, les chercheurs n'ont pas pu trouver de preuves solides en faveur de l'analgésie topique.

La recherche documentaire complémentaire dans Cochrane en janvier 2020 a identifié la revue systématique Cochrane de East et coll. de 2012 ⁵⁹ qui a comparé l'efficacité et les effets secondaires de la thérapie froide locale à l'absence de traitement, d'autres formes de thérapie froide et la thérapie non froide. Ils n'ont trouvé que des preuves limitées de l'effet analgésique de la thérapie locale par le froid (poches de glace, coussinets de gel froid et bains froids ou glacés) sur le périnée après l'accouchement.

La recherche documentaire complémentaire dans PubMed a identifié la revue systématique avec méta-analyse de Kim et coll. en 2020 ⁶⁰ qui a comparé l'effet des poches de glace, des coussinets de gel, de l'epifoam et de la cryothérapie pour

⁵⁵ Corkill A, Lavender T, Walkinshaw SA, Alfirevic Z. Reducing postnatal pain from perineal tears by using lignocaine gel: a double-blind randomized trial. *Birth* 2001;28:22-7.

⁵⁶ Minassian VA, Jazayeri A. Randomized trial of lidocaine ointment versus placebo for the treatment of postpartum perineal pain. *Obstet Gynecol* 2002;100:1239-43.

⁵⁷ Hutchins CJ, Ferreira CJ, Norman-Taylor JQ. A comparison of local agents in the relief of discomfort after episiotomy. *J Obstet Gynaecol* 1985;6:45-6.

⁵⁸ Hedayati H, Parsons J, Crowther CA. Topically applied anaesthetics for treatment of perineal pain after childbirth. *Cochrane Database Syst Rev* 2005: CD004223.

⁵⁹ East CE, Begg L, Henshall NE, Marchant PR, Wallace K. Local cooling for relieving pain from perineal trauma sustained during childbirth. *Cochrane Database Syst Rev* 2012: CD006304. Update in: *Cochrane Database Syst Rev* 2020;10: CD006304.

⁶⁰ Kim HJ, An JW, Lee Y, Shin YS. The effects of cryotherapy on perineal pain after childbirth: a systematic review and meta-analysis. *Midwifery* 2020;89:102788.

soulager la douleur périnéale après l'accouchement. Toutes ces options ont montré une réduction significative de la douleur.

Considérations

Les considérations suivantes ont joué un rôle dans la formulation du GPP :

- Évaluation globale des effets et de la certitude des preuves pour les résultats critiques : preuves de certitude élevée.
- Balance des avantages et des inconvénients : en faveur de la recommandation.
- Valeurs et préférences : peu de variabilité à prévoir.
- Applicabilité : applicables en soins primaires en Belgique.

Conclusion : Il existe des preuves de certitude élevée que le traitement topique par le froid des douleurs périnéales (par exemple avec des coussinets de gel et de la glace) est plus efficace que le traitement par placebo. Cependant, il n'existe pas de preuves suffisantes de certitude élevée pour préférer les préparations aux traitements à froid. La thérapie par le froid est généralement facilement accessible et, lorsqu'elle est utilisée correctement, elle n'entraîne aucun effet secondaire. Par conséquent, la thérapie par le froid est recommandée comme premier choix dans le traitement des douleurs périnéales.

Recommandation 6: Si anti-douleur par voie orale est nécessaire, le paracétamol constitue le premier choix, sauf contre-indication (GRADE 1A).

Cette recommandation a été reprise du guide du NICE de 2015 "Postnatal care up to 8 weeks after birth" ²⁵ et est étayée par des études plus anciennes qui ont examiné l'effet analgésique du paracétamol sur la douleur périnéale :

- Dans leur RCT de 1980, Beaver et McMillan ⁶¹ ont comparé 1 000 mg de paracétamol et 10 mg d'hydrocodéine chez des femmes souffrant d'épisiotomie ou de douleurs utérines dans les 48 heures suivant l'accouchement. L'effet analgésique des deux était similaire. Ils n'ont par ailleurs constaté aucune différence dans le contrôle de la douleur entre le paracétamol et le naproxène.
- Dans leur étude de 1991, Skovlund et coll. ⁶² ont inclus 33 patients ayant subi une épisiotomie et ont constaté que le paracétamol procurait un soulagement de la douleur significativement plus important que le placebo.

⁶¹ Beaver WT, McMillan D. Methodological considerations in the evaluation of analgesic combinations: Acetaminophen (paracetamol) and hydrocodone in postpartum pain. Br J Clin Pharmacol 1980;10:215S-223S.

⁶² Skovlund E, Fyllingen G, Landre H, Nesheim BI. Comparison of postpartum pain treatments using a sequential trial design. I. Paracetamol versus placebo. Eur J Clin Pharmacol 1991;40:343-7.

La recherche documentaire complémentaire dans Cochrane de janvier 2020 a permis d'identifier la revue systématique Cochrane de Chou et coll. de 2013 ⁶³ qui a examiné 10 RCT portant sur un total de 1 279 femmes. Ces RCT ont comparé l'effet analgésique d'une dose unique de paracétamol à celui d'un placebo chez des femmes qui viennent d'accoucher souffrant de douleurs périnéales précoces. Les doses de 500-650 mg et de 1 000 mg se sont avérées plus efficaces que le placebo.

Considérations

Les considérations suivantes ont joué un rôle dans la formulation de la recommandation :

- Évaluation globale des effets et de la certitude des preuves pour les résultats critiques : preuves de certitude élevée.
- Balance des avantages et des inconvénients : en faveur de la recommandation.
- Valeurs et préférences : peu de variabilité à prévoir.
- Applicabilité : applicables en soins primaires en Belgique.

Conclusion : Il existe des preuves de certitude élevée que le paracétamol a un meilleur effet analgésique que le placebo sur la douleur périnéale dans le post-partum précoce. Aucune donnée n'est disponible pour la période après 48 heures. La prise de paracétamol n'a pas entraîné plus d'effets secondaires que la prise d'un placebo. Une dose de 500-650 mg et une dose de 1 000 mg se sont toutes deux avérées efficaces.

Les avantages de l'utilisation d'analgésiques oraux pour les douleurs périnéales dans les 48 premières heures du post-partum l'emportent nettement sur les inconvénients (effets secondaires, gêne due à la douleur). Par conséquent, pour les douleurs périnéales dans la période du post-partum, l'analgésie orale au paracétamol est recommandée en premier choix, à condition qu'il n'y ait pas de contre-indications.

Recommandation 7 : Sauf contre-indication, envisagez de prescrire des anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) oraux ou rectaux lorsque la thérapie par le froid ou le paracétamol s'avère inefficaces (GRADE 2A).

Cette recommandation a été reprise du guide du NICE de 2015 "Postnatal care up to 8 weeks after birth" ²⁵ et est étayée par quelques études qui ont examiné l'effet analgésique des AINS dans les douleurs périnéales. En outre, une recherche

⁶³ Chou D, Abalos E, Gyte G, Gülmezoglu AM. Paracetamol/acetaminophen (single administration) for perineal pain in the early postpartum period. Cochrane Database Syst Rev 2013:CD008407.

documentaire plus poussée a permis de trouver des études pertinentes qui complètent les données existantes :

- **NSAID's versus placebo:**

- Le guide du NICE cite la revue Cochrane de 2003 par Hedayati et coll. ⁶⁴ qui comprenait trois études portant sur 249 femmes ayant reçu un AINS par voie rectale après une épisiotomie. Par rapport au placebo, les AINS par voie rectale ont provoqué moins de gêne jusqu'à 24 heures après l'accouchement ((RR) 0,37, CI à 95% 0,10-1,38, 2 études, 150 femmes). Par rapport au groupe placebo, les femmes ayant reçu un AINS par voie rectale ont eu moins besoin d'analgésie supplémentaire dans les 24 premières heures après l'accouchement ; 48 heures après l'accouchement, l'effet était toujours présent (RR 0,31, CI à 95% 0,17-0,54, 1 étude, 89 femmes).
- La recherche documentaire complémentaire a permis d'identifier la revue Cochrane de 2016 de Wuytack et coll. ⁶⁵ qui a comparé une dose unique d'AINS à un placebo chez des femmes en maternité. Ils ont obtenu les résultats suivants :
 - En ce qui concerne le contrôle de la douleur :
 - Un meilleur contrôle de la douleur après 4 heures (RR 1,91, CI à 95% 1,64-2,23, 10 études, 1 573 participants (qualité de preuve faible)) ;
 - Un meilleur contrôle de la douleur après 6 heures (RR 1,92, CI à 95% 1,69-2,17, 17 études, 2 079 participants (qualité de preuve très faible)) ;
 - Réduction du besoin d'analgésie supplémentaire, 4 heures après l'administration (RR 0,39, CI à 95% 0,26-0,58, 4 études, 486 participants (qualité de preuve faible)) ;
 - Moins de besoin d'analgésie supplémentaire, 6 heures après l'administration (RR 0,32, CI à 95% 0,26-0,40, 10 études, 1 012 participants (qualité de preuve faible)).
 - En ce qui concerne les effets secondaires :
 - Dans le groupe AINS, 15 effets secondaires ont été rapportés :
 - 15 x somnolence
 - 2 x douleurs abdominales
 - 1 x faiblesse
 - 2 x vertiges

⁶⁴ Hedayati H, Parsons J, Crowther CA. Rectal analgesia for pain from perineal trauma following childbirth. Cochrane Database Syst Rev 2003: CD003931.

⁶⁵ Wuytack F, Smith V, Cleary BJ. Oral non - steroidal anti - inflammatory drugs (single dose) for perineal pain in the early postpartum period. Cochrane Database Syst Rev 2016.

- 2 x maux de tête
 - 1 x douleur épigastrique
 - 1 x effet secondaire non spécifié
- Dans le groupe placebo, 8 effets secondaires ont été signalés :
 - 2 x somnolence
 - 1 x étourdissement
 - 1 x nausée
 - 1 x mal de dos
 - 1 x vertiges
 - 1 x douleur épigastrique,
 - 1 x effet indésirable non spécifié.
- Toutes les études n'ont pas examiné les effets secondaires et, dans l'ensemble, il n'y a pas eu de différence dans effets secondaires maternels entre le groupe AINS et le groupe placebo (RR 1,38 ; CI à 95% 0,71-2,70, 13 études, 1 388 participants (qualité de preuve très faible)).
- **NSAID's versus paracetamol:**
 - Le guide du NICE cite la RCT de 1980 de Beaver et coll. ⁶⁶ qui n'a trouvé aucune différence significative dans l'effet analgésique entre le paracétamol et le naproxène.
 - La revue Cochrane de Wuytack et coll. ⁶⁴ précédemment citée, qui a été sélectionnée à la suite de la recherche documentaire complémentaire, a rapporté une meilleure efficacité d'un AINS par rapport au paracétamol, 4 heures après l'administration (RR 1,54, CI à 95% 1,07-2,22, 3 études, 342 participants). Après 6 heures, on a constaté qu'un AINS n'était pas plus efficace que le paracétamol. Il n'y avait pas de différence dans le besoin d'analgésie supplémentaire après 4 heures (RR 0,55, CI à 95% 0,27-1,13, 1 étude, 73 participants), mais après 6 heures, les femmes du groupe AINS avaient moins besoin d'analgésie supplémentaire (RR 0,28, CI à 95% 0,12-0,67, 1 étude, 59 participants). En ce qui concerne les effets secondaires, aucun n'a été signalé après 4 heures et aucune différence n'a été constatée après 6 heures (RR 0,74, CI à 95% 0,27-2,08, 3 études, 300 participants).
 - La recherche documentaire complémentaire a également permis d'identifier la revue Cochrane de 2017 de Molakatalla et coll. ⁶⁷ avec

⁶⁶ Beaver WT, McMillan D. Methodological considerations in the evaluation of analgesic combinations: Acetaminophen (paracetamol) and hydrocodone in postpartum pain. *British Journal of Clinical Pharmacology* 1980;10:215S-223S.

⁶⁷ Molakatalla S, Shepherd E, Grivell RM. Aspirin (single dose) for perineal pain in the early postpartum period. *Cochrane Database Syst Rev* 2017:CD012129. Update in: *Cochrane Database Syst Rev* 2020: CD012129.

inclusion de 17 RCT ayant comparé l'aspirine à un placebo, l'absence de traitement, une autre dose d'aspirine ou une dose unique de paracétamol/acétaminophène chez les femmes souffrant de douleurs périnéales dans le post-partum précoce. Comparé au groupe placebo, le contrôle de la douleur 4 à 8 heures après l'administration était meilleur dans le groupe d'intervention (RR 2,03, CI à 95 % 1,69-2,42 ; 13 RCT, 1 001 participants ; faible qualité de preuves). Les femmes du groupe aspirine avaient moins besoin d'une analgésie supplémentaire 4-8 heures après l'administration (RR 0,25, CI à 95% 0,17-0,37 ; 10 RCT, 744 participants ; qualité de preuve très faible). Il n'y a pas de différence dans les effets indésirables maternels 4 à 8 heures après l'administration (RR 1,08, CI à 95% 0,57-2,06 ; 14 RCT, 1 067 participants ; très faible qualité de preuves).

Considérations

Les considérations suivantes ont joué un rôle dans la formulation de la recommandation :

- Évaluation globale des effets et de la certitude des preuves pour les résultats critiques : preuves de certitude élevée.
- Balance des avantages et des inconvénients : en faveur de la recommandation, mais les effets secondaires des AINS doivent être pris en compte.
- Valeurs et préférences : certaine variabilité à prévoir en ce qui concerne le mode d'administration.
- Applicabilité : applicables en soins primaires en Belgique.

Conclusion : Il existe des preuves de certitude élevée que les analgésiques oraux ont un effet analgésique significativement meilleur sur la douleur périnéale que le placebo dans les 48 premières heures après l'accouchement. Aucune donnée n'est disponible pour la période après 48 heures. Les analgésiques oraux ne provoquent pas plus d'effets secondaires que le placebo.

Les preuves de certitude élevée ne montrent aucune différence dans le contrôle de la douleur entre le paracétamol et l'hydrocodéine et entre les AINS et le paracétamol. Les avantages de l'utilisation d'analgésiques oraux pour les douleurs périnéales dans les 48 premières heures du post-partum l'emportent clairement sur les inconvénients. Les avantages des AINS, de l'aspirine et de l'hydrocodéine par rapport au paracétamol ne sont pas clairs. Par conséquent, les auteurs ont formulé une faible recommandation en faveur du paracétamol comme premier choix pour soulager les douleurs périnéales dans la période du post-partum, à condition qu'il n'y ait pas de contre-indications.

Recommandation 8: En cas de doute sur la cause ou le traitement d'une douleur intense à l'épisiotomie, la jeune mère doit être orientée vers un médecin (généraliste/gynécologue) (GPP).

Ce GPP a été repris du guide du NICE de 2015 "Postnatal care up to 8 weeks after birth" ²⁵. Il a été présenté à un panel d'experts et de stakeholders dans le cadre d'une procédure de consensus Delphi et a été validé au second tour.

Considérations

Les considérations suivantes ont joué un rôle dans la formulation du GPP :

- Évaluation globale des effets et de la certitude des preuves pour les résultats critiques : aucune preuve disponible.
- Balance des avantages et des inconvénients : en faveur de la recommandation.
- Rapport coût-efficacité : en faveur de la recommandation (uniquement consultation médicale).
- Valeurs et préférences : peu de variabilité à prévoir.
- Applicabilité : applicables en soins primaires en Belgique.

Conclusion : il n'y a pas de prise en charge étayée de la douleur liée à l'épisiotomie. En cas de doute sur la cause ou quant au traitement, le médecin est le mieux placé pour une mise au point.

6. Céphalées post-partum

Recommandations

1. La prise en charge des céphalées post-partum est basée sur la pathologie sous-jacente et doit être initiée par le médecin traitant (**GPP**).
2. Conseillez aux femmes souffrant de céphalées de tension ou de migraines de se détendre et d'éviter les facteurs pouvant déclencher les maux de tête (**GPP**).
3. Conseillez aux femmes qui ont subi une anesthésie péridurale ou rachidienne de signaler un mal de tête sévère, surtout s'il survient en position assise ou debout (**GRADE 1C**).

Explications

Les céphalées sont une plainte courante dans le post-partum. Selon diverses études, 14 à 40 % des femmes qui viennent d'accoucher sont concernées^{68,69}. Les femmes qui souffraient auparavant de céphalées de tension, de migraines ou de céphalées en grappe en souffrent également souvent dans la période post-partum. Les changements hormonaux et le stress sont d'autres explications des céphalées post-partum.

Pour les maux de tête légers, on peut donner des conseils à la jeune mère sur la relaxation et l'évitement des déclencheurs de maux de tête. Les femmes qui viennent d'accoucher souffrant de maux de tête graves et persistants doivent toujours être orientées vers un médecin pour un diagnostic et un traitement.

Plus précisément dans la période du post-partum, la pré-éclampsie s'accompagne souvent de maux de tête, et comme la pré-éclampsie est une affection à ne pas manquer dans la période du post-partum, il convient de s'enquérir des maux de tête lors de chaque contact dans le post-partum et de se renseigner sur la pré-éclampsie si nécessaire (*voir chapitre sur la pré-éclampsie*).

Une autre forme de céphalée, spécifique au post-partum, est la céphalée de ponction post-durale (CPPD), qui peut survenir après une anesthésie rachidienne et péridurale à la suite d'une perforation de la dure-mère, ce qui peut entraîner une hypotension intracrânienne due à une fuite de liquide céphalo-rachidien. L'anesthésie rachidienne nécessite une ponction de la dure-mère, tandis que l'anesthésie péridurale peut impliquer une ponction accidentelle de la dure-mère. La CPPD se caractérise par un mal de tête qui augmente en position debout ou assise et diminue en position couchée. Parfois, le mal de tête est accompagné de nausées, de vomissements et d'acouphènes. Une perforation de la dure-mère est signalée dans

⁶⁸ Goldszmidt E, Kern R, Chaput A, Macarthur a. The incidence and etiology of postpartum headaches: a prospective cohort study. *Can J Anaesth* 2005;52:971-7.

⁶⁹ Glazener CM, Abdalla M, Stroud P, et al. Postnatal maternal morbidity: extent, causes, prevention and treatment. *British Journal of Obstetrics & Gynaecology* 1995;102:282-7.

0,5 à 1,7 % des cas d'anesthésie épidurale. On rapporte que la CPPD survient chez 23 à 86 % des patients dont la dure-mère a été perforée (accidentellement) ^{70,71,72,73}.

De nombreuses recherches ont été menées sur la prise en charge de la CPPD, allant de mesures conservatrices telles que le repos au lit, la prise adéquate de liquides et de caféine à l'administration de médicaments ou à un traitement spécifique avec un "patch de sang épidural". Comme il existe un traitement spécifique pour la CPPD, il est important de conseiller aux femmes qui viennent d'accoucher et qui ont subi une anesthésie péridurale de contacter leur prestataire de soins en cas de maux de tête sévères. Comme le mal de tête est généralement pire en position assise et debout, il est important de sensibiliser les jeunes mères à cette caractéristique typique. La CPPD exige une démarche spécifique de la part d'un médecin.

Base des recommandations

Recommandation 1 : La prise en charge des céphalées post-partum est basée sur la pathologie sous-jacente et doit être initiée par le médecin traitant (GPP)

Ce GPP a été repris du guide du NICE de 2015 "Postnatal care up to 8 weeks after birth" ²⁵. Aucune étude n'a été trouvée spécifiquement sur les céphalées post-partum liées à la CPPD ou à la pré-éclampsie.

Ce GPP a été présenté à un panel d'experts et de stakeholders dans le cadre d'une procédure de consensus Delphi et a été validé au second tour.

Considérations

Les considérations suivantes ont joué un rôle dans la formulation du GPP :

- Évaluation globale des effets et de la certitude des preuves pour les résultats critiques : aucune preuve directe disponible spécifiquement en ce qui concerne la céphalée du post-partum, non liée à la pré-éclampsie ou à la CPPD.

⁷⁰ MacArthur C, Lewis M, Knox EG. Health after childbirth. An investigation of long-term health problems after childbirth in 11701 women. London: HMSO, 1991.

⁷¹ Stride PC, Cooper GM. Dural taps revisited. A 20-year survey from Birmingham Maternity Hospital. *Anaesthesia* 1993;48:247-55.

⁷² Choi PT, Galinski SE, Takeuchi L, et al. PDPH is a common complication of neuraxial blockade in parturients: a meta-analysis of obstetrical studies. *Can J Anaesth* 2003;50:460-9.

⁷³ Chan TM, Ahmed E, Yentis SM, Holdcroft A. Postpartum headaches: summary report of the National Obstetric Anaesthetic Database (NOAD) 1999. *Int J Obstet Anesth* 2003;12:107-12.

- Balance des avantages et des inconvénients : en faveur de la recommandation.
- Valeurs et préférences : peu de variabilité à prévoir.
- Applicabilité : applicables en soins primaires en Belgique.

Conclusion : Il existe des études sur la prise en charge des céphalées du post-partum non causées par la CPPD. Les autres causes de céphalées, autres que la CPPD et la pré-éclampsie, ne sont pas propres à la femme post-partum. Par conséquent, nous supposons qu'après exclusion de ces deux causes, les maux de tête sont pris en charge de la même manière que dans la population générale. En fonction de la gravité, des conseils généraux tels que la relaxation et l'évitement des déclencheurs de maux de tête, peuvent être donnés en premier lieu. Si le mal de tête est sévère et persistant, un diagnostic est établi par un médecin. Lors de l'instauration d'un traitement médicamenteux, les contre-indications chez la mère qui allaite sont prises en compte.

Recommandation 2 : Conseillez aux femmes souffrant de céphalées de tension ou de migraines de se détendre et d'éviter les facteurs pouvant déclencher les maux de tête (GPP).

Ce GPP a été repris du guide du NICE de 2015 "Postnatal care up to 8 weeks after birth" ²⁵ et est basé sur les données probantes suivantes :

- Bronfort et coll. (2001) ⁷⁴ ont étudié le rôle de la manipulation vertébrale dans le traitement prophylactique des céphalées chroniques de type tension et de la migraine et ont conclu que l'effet de la manipulation vertébrale était comparable à celui du traitement par amitriptyline. Cette étude, menée par des chiropraticiens, peut être biaisée.
- La revue systématique de Vernon et coll. (1999) ⁷⁵ comprenait 24 RCT sur le traitement des céphalées non migraineuses par l'acupuncture, la manipulation vertébrale, l'électrothérapie, la kinésithérapie et l'homéopathie. L'électrothérapie des muscles crâniens est censée contribuer au traitement des céphalées de tension. L'homéopathie n'est pas recommandée. Pour les autres traitements, les preuves scientifiques étaient insuffisantes pour tirer une conclusion. Cette étude, menée par des chiropraticiens, peut être biaisée.

⁷⁴ Bronfort G, Assendelft WJ, Evans R, et al. Efficacy of spinal manipulation for chronic headache: a systematic review. *J Manipulative Physiol Ther* 2001;24:457-66.

⁷⁵ Vernon H, McDermaid CS, Hagino C. Systematic review of randomized clinical trials of complementary/alternative therapies in the treatment of tension-type and cervicogenic headache. *Complement Ther Med* 1999;7:142-55.

- Une petite étude de cohorte réalisée par Scharff et coll. (1997) ⁷⁶ a suivi 30 femmes traitées pour des maux de tête pendant la grossesse par la kinésithérapie, l'entraînement à la relaxation et le biofeedback ; 80 % des femmes ont connu une amélioration immédiate et chez 67 % d'entre elles, l'amélioration s'est poursuivie pendant la grossesse. Toutefois, cette étude ne tient pas compte d'autres facteurs tels que les changements hormonaux, les modifications du niveau de stress ou l'état de santé général qui peuvent expliquer l'amélioration des symptômes des maux de tête.

Ce GPP a été présenté à un panel d'experts et de stakeholders dans le cadre d'une procédure de consensus Delphi et a été validé au second tour.

Considérations

Les considérations suivantes ont joué un rôle dans la formulation du GPP :

- Évaluation globale des effets et de la certitude des preuves pour les résultats critiques : preuves de faible certitude.
- Balance des avantages et des inconvénients : en faveur de la recommandation.
- Valeurs et préférences : aucune variabilité à prévoir.
- Applicabilité : applicables en soins primaires en Belgique.

Conclusion : Il existe des preuves scientifiques de faible certitude que la kinésithérapie, l'entraînement à la relaxation et le biofeedback peuvent contribuer au traitement des maux de tête. Toutefois, les participantes à l'étude étaient des femmes enceintes et non des femmes qui viennent d'accoucher. Comme la thérapie de relaxation et l'évitement des déclencheurs de maux de tête sont sans danger dans presque toutes les situations, elles peuvent être conseillées aux jeunes mères souffrant de maux de tête légers.

Recommandation 3 : Conseillez aux femmes qui ont subi une anesthésie péridurale ou rachidienne de signaler un mal de tête sévère, surtout s'il survient en position assise ou debout (GRADE 1C).

Ce GPP a été repris du guide du NICE de 2015 "Postnatal care up to 8 weeks after birth" ²⁵ et est basé sur une revue Cochrane de 2001 avec les données de 24 RCT ⁷⁷ qui ont examiné les mesures de prévention et les traitements potentiels dans la CPPD.

⁷⁶ Scharff L, Marcus DA, Turk DC. Headache during pregnancy and in the postpartum: a prospective study. *Headache* 1997;37:203-10.

⁷⁷ Sudlow C, Warlow C. Epidural blood patching for preventing and treating post-dural puncture headache. *Cochrane Database Syst Rev* 2002:CD001791.

En termes d'options de traitement, un patch de sang épidural semblait être potentiellement efficace. Des recherches supplémentaires sont nécessaires. Cela implique qu'en pratique, les femmes qui viennent d'accoucher et chez qui l'on soupçonne la présence d'une CPPD doivent être orientées vers un médecin pour la mise en place d'un traitement spécifique.

Considérations

Les considérations suivantes ont joué un rôle dans la formulation de la recommandation :

- Évaluation globale des effets et de la certitude des preuves pour les résultats critiques : preuves de faible certitude.
- Balance des avantages et des inconvénients : en faveur de la recommandation.
- Valeurs et préférences : aucune variabilité à prévoir.
- Applicabilité : applicables en soins primaires en Belgique.

Conclusion : Il existe des preuves de faible certitude pour un traitement spécifique dans la CPPD. Il est donc important d'informer les femmes qui viennent d'accoucher que des maux de tête sévères qui s'aggravent en position debout ou assise sont spécifiques pour la CPPD. Si une femme qui vient d'accoucher ressent ce type de maux de tête, elle doit contacter son médecin pour savoir si elle souffre de CPPD et si elle peut bénéficier de ce traitement spécifique.

7. Constipation

Recommandations

1. Demandez à la femme si elle est allée à selle dans les trois jours suivant l'accouchement (**GPP**).
2. Chez les femmes souffrant de constipation et qui se sentent mal à l'aise, évaluez leur apport alimentaire et hydrique et donnez des conseils sur les mesures diététiques (**GPP**).
3. Si les mesures diététiques sont insuffisantes pour soulager la constipation, nous recommandons un laxatif doux (**GRADE 1B**).

Explications

La constipation, accompagnée de douleurs ou d'une gêne et de selles dures, est fréquente chez les femmes du post-partum. Les hémorroïdes, les douleurs d'épisiotomie et l'influence des hormones de grossesse, entre autres, peuvent augmenter le risque de constipation post-partum ⁷⁸. La constipation est également un facteur de risque majeur pour le développement des hémorroïdes ⁷⁹.

Il faut parfois quelques jours pour que la motilité intestinale se normalise après l'accouchement. Cela s'explique par le fait que les femmes en période postnatale subissent (parfois) un lavement avant l'accouchement, mangent moins pendant l'accouchement et peuvent avoir des habitudes alimentaires différentes dans les premiers jours suivant l'accouchement, ce qui s'ajoute à un schéma de transit intestinal différent dans les premiers jours suivant l'accouchement. C'est pourquoi, après trois jours, il est préférable de vérifier si la femme a déjà déféqué ou si elle a des difficultés à le faire.

Un régime riche en fibres, un apport hydrique suffisant et céder à l'envie de déféquer sont essentiels dans la prise en charge de la constipation, et doivent donc être recommandés à la femme qui vient d'accoucher. Si cela ne résout pas le problème, un laxatif doux, tel qu'un laxatif de lest, peut être recommandé ⁷⁷. Un laxatif à titre préventif pour éviter la constipation n'est pas recommandé.

Les femmes qui viennent d'accoucher et qui, malgré les mesures décrites ci-dessus, souffrent de constipation doivent être orientées vers un médecin.

Base des recommandations

Recommandation 1 : Demandez à la femme si elle est allée à selle dans les trois jours suivant l'accouchement (GPP).

Ce GPP a été repris du guide du NICE de 2015 "Postnatal care up to 8 weeks after birth" ²⁵. Il n'existe pas de preuves scientifiques sur le traitement de la constipation dans la période post-partum. Cependant, comme la constipation peut entraîner une défécation douloureuse, des douleurs abdominales, du stress et des hémorroïdes, il

⁷⁸ Turawa EB, Musekiwa A, Rohwer AC. Interventions for preventing postpartum constipation. Cochrane Database Syst Rev 2020;CD011625.

⁷⁹ Poskus T, Buzinskienė D, Drasutiene G, et al. Haemorrhoids and anal fissures during pregnancy and after childbirth: a prospective cohort study. BJOG 2014;121:1666-71.

est important de la reconnaître et de la traiter à temps. Il est donc recommandé de demander à la jeune mère, après trois jours, si elle a pu aller à la selle.

Ce GPP a été présenté à un panel d'experts et de stakeholders dans le cadre d'une procédure de consensus Delphi et a été validé au premier tour.

Considérations

Les considérations suivantes ont joué un rôle dans la formulation du GPP recommandation :

- Évaluation globale des effets et de la certitude des preuves pour les résultats critiques : aucune preuve directe disponible.
- Balance des avantages et des inconvénients : en faveur de la recommandation.
- Valeurs et préférences : aucune variabilité à prévoir.
- Applicabilité : applicables en soins primaires en Belgique.

Conclusion : Il n'existe pas de preuves scientifiques sur le traitement de la constipation dans la période post-partum. La constipation peut cependant entraîner une défécation douloureuse, des douleurs abdominales, du stress et des hémorroïdes. Il est donc important de la reconnaître et de la traiter à temps. Comme il faut parfois quelques jours pour que les selles reprennent leur cours normal, il est recommandé d'interroger la femme qui vient d'accoucher après 3 jours.

Recommandation 2 : Chez les femmes souffrant de constipation et qui se sentent mal à l'aise, évaluez leur apport alimentaire et hydrique et donnez des conseils sur les mesures diététiques (GPP).

Ce GPP a été repris du guide du NICE de 2015 "Postnatal care up to 8 weeks after birth" ²⁵ et est basé sur une revue Cochrane de 2001 ⁸⁰ montrant que les fibres (fibres de blé ou son) sont plus efficaces que le placebo dans le traitement de la constipation chez les femmes enceintes. Bien que la population étudiée ne soit pas exactement la même, nous supposons le même effet pour les femmes en post-partum. En outre, une consommation adéquate de liquides, une alimentation saine, équilibrée et riche en fibres, un exercice physique suffisant et le fait de céder à l'envie de déféquer peuvent avoir un effet bénéfique sur la constipation. Donner ces conseils ne comporte aucun risque (aucun effet secondaire) et est facilement accessible. Il s'agit donc d'une première démarche recommandée dans la prise en charge de la constipation chez la femme qui vient d'accoucher.

⁸⁰ Jewell DJ, Young G. Interventions for treating constipation in pregnancy. Cochrane Database Syst Rev 2001:CD001142.

Ce GPP a été présenté à un panel d'experts et de stakeholders dans le cadre d'une procédure de consensus Delphi et a été validé au premier tour.

Considérations

Les considérations suivantes ont joué un rôle dans la formulation du GPP :

- Évaluation globale des effets et de la certitude des preuves pour les résultats critiques : preuves indirectes de certitude modérée.
- Balance des avantages et des inconvénients : en faveur de la recommandation.
- Valeurs et préférences : peu de variabilité à prévoir.
- Applicabilité : applicables en soins primaires en Belgique.

Conclusion : Il existe des preuves scientifiques limitées sur le fait que les fibres aident à lutter contre la constipation chez les femmes enceintes. Les autres facteurs qui peuvent avoir un effet bénéfique sur la constipation sont la prise de liquides, le fait de céder à l'envie de déféquer et une alimentation saine et riche en fibres. Comme ces recommandations sont à bas seuil et sans risque, il est conseillé de les recommander en premier lieu aux jeunes mères constipées.

Recommandation 3 : Si les mesures diététiques sont insuffisantes pour soulager la constipation, nous recommandons un laxatif doux (GRADE 1B).

Ce GPP a été repris du guide du NICE de 2015 "Postnatal care up to 8 weeks after birth"²⁵. La recherche complémentaire a identifié la revue systématique Cochrane de Taruwa et coll.⁷⁷ de 2020, qui a évalué l'efficacité et la sécurité des interventions visant à prévenir la constipation post-partum. La revue systématique comprenait 5 études portant sur 1 208 femmes en post-partum, dont 4 ont comparé les laxatifs à un placebo et 1 étude a comparé les laxatifs à une combinaison de laxatifs et un laxatif de lest chez les femmes en post-partum ayant subi une épisiotomie suturée ou une lacération périnéale du troisième degré. Les études ont rapporté l'intervalle entre la prise du laxatif de lest et la première évacuation des selles. Les résultats étaient incohérents et les auteurs ont trouvé des preuves insuffisantes pour formuler des recommandations générales. Cette revue systématique Cochrane n'est pas entièrement conforme à cette recommandation car elle traite de la prévention plutôt que du traitement. Néanmoins, cette recommandation est considérée comme utile.

Considérations

Les considérations suivantes ont joué un rôle dans la formulation de la recommandation :

- Évaluation globale des effets et de la certitude des preuves pour les résultats critiques : preuves indirectes de certitude modérée.

- Balance des avantages et des inconvénients : en faveur de la recommandation.
- Rapport coût-efficacité : en faveur de la recommandation (uniquement prix du laxatif).
- Valeurs et préférences : peu de variabilité à prévoir.
- Applicabilité : applicables en soins primaires en Belgique.

Conclusion : Il existe des preuves scientifiques de certitude modérée que les laxatifs et les laxatifs de lest permettent de prévenir la constipation dans le post-partum. Pour les problèmes légers, une prise en charge non médicamenteuse devrait être initiée en premier lieu. Si cela ne suffit pas et qu'un traitement médicamenteux doit être mis en place, il faut privilégier un laxatif de lest. Il s'agit d'une recommandation forte étant donné qu'elle présente plus d'avantages que d'inconvénients potentiels.

8. Incontinence urinaire, incontinence fécale et rétention urinaire

Recommandations

1. Incontinence urinaire :

- A. Les femmes souffrant accidentellement de petites fuites urinaires involontaires tirent profit de la rééducation périnéale (**GRADE 1A**).
- B. Évaluez les femmes chez qui les pertes d'urine involontaires ne disparaissent pas ou s'aggravent (**GPP**).

2. Incontinence fécale :

- Chez les femmes souffrant d'incontinence fécale, évaluez la gravité, la durée et la fréquence des symptômes. Un examen plus approfondi est nécessaire si les symptômes persistent (**GPP**).

3. Rétention urinaire :

- A. Documentez les mictions de la femme dans les 6 heures après le travail (**GPP**).
- B. Sans mictions dans les 6 heures suivant l'accouchement, recommandez des mesures pour favoriser la miction, comme un bain chaud ou une douche chaude (**GPP**).
- C. Évaluez le volume de la vessie et envisagez une sonde vésicale si la femme n'a pas de mictions dans les 6 heures suivant l'accouchement et que les conseils pour favoriser la miction ne donnent pas de résultat immédiat (**GPP**).

Explications

Lors d'un accouchement par voie vaginale, il peut se produire un étirement du nerf pudendal, un dysfonctionnement et un prolapsus des muscles du plancher pelvien et une altération du fonctionnement du sphincter anal. Cela peut entraîner une incontinence urinaire et fécale. Ces lésions guérissent généralement spontanément après quelques mois.

En général, les femmes sont plutôt gênées par rapport à leur incontinence et cherchent des stratégies d'autogestion, comme des visites plus fréquentes aux toilettes ou l'utilisation de serviettes hygiéniques. Cependant, il est important de s'attaquer réellement au problème.

L'accouchement peut également provoquer des anomalies mécaniques ou neurologiques au niveau des organes urogénitaux et du sphincter. Cela peut entraîner une incontinence qui ne se rétablit pas spontanément. Les facteurs de risque possibles sont un accouchement assisté (accouchement par forceps), une épisiotomie sur la ligne médiane et la parité. Les femmes souffrant d'incontinence urinaire ou fécale persistante ou qui s'aggrave doivent être orientées vers un médecin pour un diagnostic et un traitement approprié.

Le traitement de choix pour l'incontinence urinaire (par impériosité et à l'effort) et l'incontinence fécale est **la rééducation périnéale**. Un programme intensif de base avec un accompagnement individuel est le plus approprié. L'utilisation de cônes vaginaux dans la rééducation périnéale en cas d'incontinence urinaire peut être utile, mais risque d'être très intimidante pour la femme en post-partum. Certaines données indiquent que la rééducation de la vessie peut être utile dans le traitement de l'incontinence urinaire.

La rétention urinaire du post-partum est souvent subdivisée en rétention urinaire symptomatique et asymptomatique. Si la femme en post-partum ne peut pas uriner, ou a des difficultés à le faire, on parle de rétention urinaire symptomatique. Si la femme post-natale urine spontanément, mais qu'après la miction, le volume résiduel dans la vessie est plus important, on parle de rétention urinaire asymptomatique. La rétention urinaire symptomatique augmente le risque de lésions de la vessie dues à une distension excessive, ainsi que le risque de lésions rénales, d'infections des voies urinaires et de problèmes de vidange de la vessie à long terme. Pour déclencher la miction, on peut recommander des mesures telles qu'un bain ou une douche chaude et conseiller à la jeune mère de détendre les muscles du plancher pelvien pendant la miction. Si ces mesures ne sont pas efficaces, une cathétérisation vésicale doit être effectuée pour prévenir les complications aiguës.

Base des recommandations

1. Incontinence urinaire

Recommandation A : Les femmes souffrant accidentellement de petites fuites urinaires involontaires tirent profit de la rééducation périnéale (GRADE 1A).

Cette recommandation a été reprise du guide du NICE de 2015 "Postnatal care up to 8 weeks after birth"²⁵ et est basée sur les données probantes suivantes :

- L'étude de Lee et coll. (2000)⁸¹ a inclus 80 femmes enceintes et a étudié la période de latence du nerf pudendal. Les chercheurs ont effectué une périnéométrie et une manométrie 2 à 3 mois avant l'accouchement et 2 à 3 jours, 2 mois et 6 mois après l'accouchement. Ils ont constaté que 2 à 3 jours après l'accouchement, le nerf pudendal était plus lent à fonctionner, que les muscles du plancher pelvien étaient affaiblis et que la jeune mère pouvait exercer moins de force sur le sphincter anal. Deux mois après l'accouchement, le nerf pudendal fonctionnait comme avant. À six mois, les muscles du plancher pelvien étaient toujours prolapsés et la force du sphincter anal était toujours nettement inférieure à celle d'avant l'accouchement.
- La revue systématique Cochrane réalisée en 2001 par Hay-Smith et coll.⁸² comprenait 43 études évaluant l'effet de la rééducation périnéale sur l'incontinence urinaire. Cette étude ne portait pas sur les femmes en post-partum. Les chercheurs concluent que la rééducation périnéale est plus efficace que l'absence de traitement ou un placebo et qu'un programme de base complété par des conseils individuels est plus efficace qu'un programme standard enseigné à l'hôpital ou à domicile.
- La revue systématique réalisée en 2002 par Herbison et coll.⁸³ a examiné l'utilisation de cônes vaginaux dans la rééducation périnéale pour le traitement de l'incontinence urinaire. Le traitement par cône vaginal s'est révélé plus efficace que l'absence de traitement actif chez les femmes souffrant d'incontinence à l'effort. Cependant, l'effet des cônes vaginaux chez les femmes en post-partum n'a pas été étudié. Les auteurs concluent que les cônes peuvent être proposés comme option de traitement, mais qu'une partie des femmes ne souhaiteront pas ce traitement.

⁸¹ Lee SJ, Park JW. Follow-up evaluation of the effect of vaginal delivery on the pelvic floor. *Dis Colon Rectum* 2000;43:1550-5.

⁸² Hay-Smith EJ, Bø Berghmans LC, et al. Pelvic floor muscle training for urinary incontinence in women. *Cochrane Database Syst Rev* 2001: CD001407. Update in: *Cochrane Database Syst Rev* 2006:CD001407.

⁸³ Herbison P, Plevnik S, Mantle J. Weighted vaginal cones for urinary incontinence. *Cochrane Database Syst Rev* 2002:CD002114. Update in: *Cochrane Database Syst Rev* 2013:CD002114.

- La revue systématique réalisée en 2004 par Wallace et coll. ⁸⁴ conclut que l'entraînement de la vessie peut aider à lutter contre l'incontinence urinaire. Cependant, les études incluses étaient de faible qualité et ne portaient pas sur les femmes en post-partum.
- En 2002, Hay-Smith et coll. ont étudié ⁸⁵ le traitement préventif de l'incontinence urinaire dans une revue Cochrane. Seules 3 des 7 études incluses portaient sur des femmes en période post-partum. Par conséquent, les résultats ne sont pas pertinents pour prouver qu'une thérapie active telle que la rééducation périnéale permet de prévenir l'incontinence urinaire dans le post-partum.
- Dans une revue systématique réalisée en 2003 ⁸⁶, Harvey a examiné si de la rééducation périnéale permettait de prévenir l'incontinence urinaire pendant la grossesse et de la traiter dans le post-partum. La méthodologie des études incluses était très variable. Il était donc difficile d'en tirer des conclusions. Harvey conclut néanmoins que la rééducation périnéale avec un dispositif vaginal est efficace dans le traitement de l'incontinence urinaire du post-partum. D'autres stratégies telles que les rappels ou les techniques de motivation pour effectuer les exercices avec les cônes se sont avérées moins efficaces.
- Dans une étude de cohorte réalisée en 2000 ⁸⁷, Mørkved et Bø ont comparé un groupe d'intervention ayant bénéficié d'une rééducation périnéale intensive dans le cadre d'une séance hebdomadaire de kinésithérapie à un groupe témoin n'ayant reçu que des instructions écrites à l'hôpital. Au départ, il n'y avait pas de différence entre les deux groupes en termes d'incontinence à l'effort ; un an plus tard, les femmes qui n'avaient pas bénéficié d'une rééducation périnéale intensive présentaient une incontinence significativement plus importante que celles du groupe d'intervention.

⁸⁴ Wallace SA, Roe B, Williams K, Palmer M. Bladder training for urinary incontinence in adults. Cochrane Database Syst Rev 2004:CD00130.

⁸⁵ Hay-Smith J, Herbison P, Mørkved S. Physical therapies for prevention of urinary and faecal incontinence in adults. Cochrane Database Syst Rev 2002: CD003191. Update in: Cochrane Database Syst Rev 2007:CD003191.

⁸⁶ Harvey MA. Pelvic floor exercises during and after pregnancy: a systematic review of their role in preventing pelvic floor dysfunction. J Obstet Gynaecol Can 2003;25:487-98.

⁸⁷ Mørkved S, Bø K. Effect of postpartum pelvic floor muscle training in prevention and treatment of urinary incontinence: a one-year follow up. BJOG 2000;107:1022-8.

- La recherche documentaire complémentaire a identifié quelques études pertinentes :
 - La récente revue Cochrane de Woodley et coll., datant de 2020 ⁸⁸, affirme que la rééducation périnéale chez les femmes continentales en début de grossesse, réduisent le risque d'incontinence urinaire en post-partum. Il n'est pas clair si l'enseignement des exercices des muscles du plancher pelvien à la population générale réduit l'incontinence urinaire dans la période post-partum. L'effet de ces exercices peut être plus important dans une population sélectionnée (par exemple, les femmes ayant un IMC plus élevé). Des recherches supplémentaires sont nécessaires pour en savoir plus. Peu de données étaient disponibles pour pouvoir se prononcer sur l'effet de la rééducation périnéale sur l'incontinence fécale.
 - La revue systématique de 2018 avec méta-analyse de Wu et coll. ⁸⁹ a examiné les effets de la rééducation périnéale sur l'incontinence urinaire, le prolapsus, le fonctionnement sexuel et l'incontinence fécale. Il existe des preuves de très faible certitude que la rééducation périnéale a un effet sur le prolapsus des organes pelviens. Comparés à une approche attentiste, les exercices améliorent effectivement le fonctionnement sexuel. La rééducation périnéale réduit également le risque d'incontinence urinaire (principalement l'incontinence d'effort) et d'incontinence anale après un traumatisme périnéal avec atteinte du sphincter anal.
 - La revue systématique de Gonzales et coll. de 2021 ⁹⁰ a étudié les traitements de l'incontinence à l'effort (rééducation périnéale supervisée, stimulation électrique et exercices à domicile) au cours des 12 premiers mois suivant l'accouchement. Ils concluent que toutes les interventions étudiées sont plus efficaces que l'absence d'intervention.
 - La revue systématique de 2018 de Saboia et coll. ⁹¹ a examiné l'effet de la rééducation périnéale dans le post-partum pour prévenir l'incontinence urinaire. Ils ont constaté que les programmes de rééducation périnéale

⁸⁸ Woodley SJ, Boyle R, Cody JD, Mørkved S, Hay-Smith EJC. Pelvic floor muscle training for prevention and treatment of urinary and faecal incontinence in antenatal and postnatal women. Cochrane Database Syst Rev 2017:CD007471. Update in: Cochrane Database Syst Rev 2020:CD007471.

⁸⁹ Wu YM, McInnes N, Leong Y. Pelvic floor muscle training versus watchful waiting and pelvic floor disorders in postpartum women: a systematic review and meta-analysis. Female Pelvic Med Reconstr Surg 2018;24:142-9.

⁹⁰ Gonzales AL, Barnes KL, Qualls CR, Jeppson PC. Prevalence and treatment of postpartum stress urinary incontinence: a systematic review. Female Pelvic Med Reconstr Surg 2021;27:e139-e145.

⁹¹ Saboia DM, Bezerra KC, Vasconcelos Neto JA, et al. The effectiveness of post-partum interventions to prevent urinary incontinence: a systematic review. Rev Bras Enferm 2018;71:1460-8.

amélioreraient de manière significative la force des muscles du plancher pelvien et contribueraient à prévenir l'incontinence urinaire.

Considérations

Les considérations suivantes ont joué un rôle dans la formulation de la recommandation :

- Évaluation globale des effets et de la certitude des preuves pour les résultats critiques : preuves de certitude élevée.
- Balance des avantages et des inconvénients : en faveur de la recommandation.
- Valeurs et préférences : peu de variabilité à prévoir chez les prestataires de soins, variabilité probable chez les femmes qui viennent d'accoucher.
- Applicabilité : applicables en soins primaires en Belgique.

Conclusion : Il existe des preuves de certitude élevée que la rééducation périnéale est efficace pour traiter l'incontinence urinaire dans la période post-partum. Les preuves en ce qui concerne l'efficacité de la rééducation périnéale pendant la grossesse pour prévenir les fuites urinaires post-partum sont insuffisantes. Il existe des preuves à certitude élevée concernant l'efficacité la rééducation périnéale à l'aide de cônes vaginaux. Il existe des preuves de faible certitude que l'entraînement de la vessie a un effet sur les pertes urinaires post-partum. Comme cette recommandation présente plus d'avantages que d'inconvénients potentiels, les auteurs considèrent que la rééducation périnéale est à recommander comme traitement de premier choix pour les pertes urinaires ou fécales du post-partum, et ce pour des raisons d'efficacité et d'accessibilité. L'utilisation de cônes vaginaux ne semble pas toujours être acceptée par les patientes, et ne sont donc pas recommandés comme premier choix.

Recommandation B : Évaluez les femmes chez qui les pertes d'urine involontaires ne disparaissent pas ou s'aggravent (GPP).

Cette recommandation a été reprise du guide du NICE de 2015 "Postnatal care up to 8 weeks after birth" ²⁵ et est basée sur l'étude de Lee et coll. de 2000 ⁸⁴. Il en ressort que le nerf pudendal se rétablit normalement dans la période post-partum. S'il n'y a pas d'amélioration ou si la situation s'aggrave, il faut orienter la femme en post-partum vers un spécialiste pour exclure les autres causes d'incontinence urinaire et commencer un traitement si possible.

Aucune donnée probante n'a été trouvée pour l'orientation des femmes présentant des fuites persistantes ou qui s'aggravent.

Ce GPP a été présenté à un panel d'experts et de stakeholders dans le cadre d'une procédure de consensus Delphi et a été validé au premier tour.

Considérations

Les considérations suivantes ont joué un rôle dans la formulation du GPP :

- Évaluation globale des effets et de la certitude des preuves pour les résultats critiques : aucune preuve directe disponible.
- Balance des avantages et des inconvénients : en faveur de la recommandation.
- Valeurs et préférences : aucune variabilité à prévoir.
- Applicabilité : applicables en soins primaires en Belgique.

Conclusion : L'incontinence urinaire est fréquente après l'accouchement, mais elle se rétablit en partie spontanément. La rééducation périnéale peut contribuer à améliorer les fuites urinaires. S'il n'y a pas d'amélioration ou si le problème s'aggrave, il faut orienter la femme en post-partum vers un spécialiste pour exclure les autres causes d'incontinence urinaire et commencer un traitement si possible.

2. Incontinence fécale

Recommandation : **Chez les femmes souffrant d'incontinence fécale, évaluez la gravité, la durée et la fréquence des symptômes. Un examen plus approfondi est nécessaire si les symptômes persistent (GPP).**

Cette recommandation a été reprise du guide du NICE de 2015 "Postnatal care up to 8 weeks after birth"²⁵ et est basée sur diverses études portant sur les lésions du sphincter anal dans la période post-partum. Ces lésions surviennent souvent à la suite d'un accouchement⁹², mais n'entraînent pas toujours des plaintes fonctionnelles telles que l'incontinence fécale et l'incontinence des flatulences⁹³. Au cours des premiers mois, les lésions du nerf pudendal sont un facteur contribuant aux plaintes fécales, sans qu'il soit question de lésions du sphincter⁹⁴.

Il existe des preuves scientifiques que l'incontinence fécale est souvent de nature temporaire après l'accouchement, car le nerf pudendal se rétablit dans les deux mois

⁹² Sultan AH, Kamm MA, Hudson CN, et al. Anal-sphincter disruption during vaginal delivery", NEJM 1993;329:1905-11.

⁹³ Oberwalder M, Connor J, Wexner SD. Meta-analysis to determine the incidence of obstetric anal sphincter damage. Br J Surg 2003;90:1333-7.

⁹⁴ Abramowitz L, Sobhani I, Ganansia R, et al. Are sphincter defects the cause of anal incontinence after vaginal delivery? Results of a prospective study. Dis Colon Rectum 2000;43:590-8.

suivant l'accouchement, et que la rééducation périnéale a un effet positif sur les symptômes ^{95, 96}. Si les symptômes sont graves ou ne s'améliorent pas, il est recommandé d'orienter la patiente vers un spécialiste pour rechercher et traiter d'autres causes.

Ce GPP a été présenté à un panel d'experts et de stakeholders dans le cadre d'une procédure de consensus Delphi et a été validé au premier tour.

Considérations

Les considérations suivantes ont joué un rôle dans la formulation du GPP :

- Évaluation globale des effets et de la certitude des preuves pour les résultats critiques : preuves de faible certitude.
- Balance des avantages et des inconvénients : en faveur de la recommandation.
- Rapport coût-efficacité : probablement en faveur de la recommandation (coûts à prévoir en cas de besoin d'examens complémentaires).
- Valeurs et préférences : aucune variabilité à prévoir.
- Applicabilité : applicables en soins primaires en Belgique.

Conclusion : l'incontinence fécale se produit après l'accouchement, mais se rétablit souvent spontanément. Une amélioration peut également être obtenue par la rééducation périnéale. S'il n'y a pas d'amélioration ou si la perte de selles s'aggrave, la femme en post-partum doit être orientée vers un spécialiste pour exclure les autres causes d'incontinence fécale et commencer un traitement si possible.

3. Rétention urinaire

Recommandation A : Documentez les mictions de la femme dans les 6 heures après le travail (GPP).

Ce GPP a été repris du guide du NICE de 2015 "Postnatal care up to 8 weeks after birth" ²⁵ et est basé sur une revue de la littérature effectuée par Saultz et coll. en 1991 ⁹⁷. Cette étude définit la rétention urinaire post-partum comme l'absence de miction spontanée dans les 6 heures suivant un accouchement vaginal. Cette définition n'est pas fondée sur des recherches scientifiques. L'étude indique que la femme en post-

⁹⁵ Glazener CM, Herbison GP, Wilson PD. Conservative management of persistent postnatal urinary and faecal incontinence: randomised controlled trial. *BMJ* 2001;323:593-6.

⁹⁶ MacArthur C, Glazener C, Wilson PD, et al. Obstetric practice and faecal incontinence three months after delivery. *Br J Obstet Gynaecol* 2001;108:678-83.

⁹⁷ Saultz JW, Toffler WL, Shackles JY. Postpartum urinary retention. *J Am Board Fam Pract* 1991;4:341-4.

partum peut elle-même signaler une rétention urinaire, ou que le personnel de santé peut identifier la rétention urinaire. Cependant, aucune preuve scientifique n'a été trouvée sur la manière d'identifier la rétention urinaire. Il est conseillé au soignant de documenter la miction après l'accouchement afin de ne pas passer à côté de la rétention urinaire et de prendre des mesures si nécessaire.

Ce GPP a été présenté à un panel d'experts et de stakeholders dans le cadre d'une procédure de consensus Delphi et a été validé au premier tour.

Considérations

Les considérations suivantes ont joué un rôle dans la formulation du GPP :

- Évaluation globale des effets et de la certitude des preuves pour les résultats critiques : aucune preuve disponible.
- Balance des avantages et des inconvénients : en faveur de la recommandation.
- Valeurs et préférences : aucune variabilité à prévoir.
- Applicabilité : si accouchement à domicile, applicable en soins primaires.

Conclusion : Il existe des preuves scientifiques limitées de très faible certitude sur la rétention urinaire dans le post-partum. Il est important de reconnaître la rétention urinaire afin de pouvoir agir. Il est donc recommandé de documenter si la femme post-partum urine ou non dans les 6 heures suivant l'accouchement.

Recommandation B : Sans mictions dans les 6 heures suivant l'accouchement, recommandez des mesures pour favoriser la miction, comme un bain chaud ou une douche chaude (GPP).

Ce GPP a été repris du guide du NICE de 2015 "Postnatal care up to 8 weeks after birth" ²⁵. Aucune preuve scientifique n'a été trouvée concernant les mesures qui peuvent être prises en cas d'absence de miction après l'accouchement. Un bain chaud ou une douche chaude 6 heures après l'accouchement sont des mesures réalisables et facilement accessibles qui ne comportent aucun risque pour la femme en post-partum et peuvent stimuler la miction.

Ce GPP a été présenté à un panel d'experts et de stakeholders dans le cadre d'une procédure de consensus Delphi et a été validé au premier tour.

Considérations

Les considérations suivantes ont joué un rôle dans la formulation du GPP :

- Évaluation globale des effets et de la certitude des preuves pour les résultats critiques : aucune preuve disponible.
- Balance des avantages et des inconvénients : en faveur de la recommandation.

- Valeurs et préférences : aucune variabilité à prévoir.
- Applicabilité : si accouchement à domicile, applicable en soins primaires

Conclusion : Il n'existe pas de preuves scientifiques sur les mesures en cas de rétention urinaire dans le post-partum. En pratique, des conseils favorisant la miction sont donnés aux femmes qui viennent d'accoucher dont la miction ne commence pas spontanément après l'accouchement.

Recommandation C : Évaluez le volume de la vessie et envisagez une sonde vésicale si la femme n'a pas de mictions dans les 6 heures suivant l'accouchement et que les conseils pour favoriser la miction ne donnent pas de résultat immédiat (GPP).

Ce GPP a été repris du guide du NICE de 2015 "Postnatal care up to 8 weeks after birth" ²⁵. Aucune preuve scientifique n'a été trouvée concernant les mesures qui peuvent être prises en cas d'absence de miction après l'accouchement. Un volume important de la vessie peut provoquer des douleurs et augmenter le risque de complications. Par conséquent, si la miction ne survient pas après des mesures conservatrices, une sonde unique est utile en cas de globus.

Ce GPP a été présenté à un panel d'experts et de stakeholders dans le cadre d'une procédure de consensus Delphi et a été validé au premier tour.

Considérations

Les considérations suivantes ont joué un rôle dans la formulation du GPP :

- Évaluation globale des effets et de la certitude des preuves pour les résultats critiques : aucune preuve disponible.
- Balance des avantages et des inconvénients : en faveur de la recommandation.
- Valeurs et préférences : variabilité à prévoir en fonction des compétences du prestataire de soins.
- Applicabilité : si accouchement à domicile, applicable en soins primaires.

Conclusion : Il n'existe pas de preuves scientifiques en ce qui concerne les mesures en cas de rétention urinaire dans le post-partum. Si elle n'est pas traitée, de graves complications peuvent survenir. Il est donc recommandé d'intervenir en effectuant un sondage vésical si les conseils généraux n'ont pas permis de stimuler la miction.

9. Endométrite puerpérale et septicémie du tractus génital

Recommandations

1. En l'absence de signes et de symptômes d'infection, une évaluation systématique de la température corporelle n'est pas nécessaire (**GPP**).
2. Mesurez et documentez la température corporelle si une infection est suspectée. Répétez la mesure après 4-6 heures en cas de fièvre > 38 ° C (**GPP**).
3. Si lors de la seconde mesure, la fièvre se maintient > 38 ° C ou s'il existe d'autres symptômes observables et des signes mesurables de septicémie, un examen plus approfondi est indiqué (**GPP**).
4. Recommandez une bonne hygiène des mains (**GPP**).
5. En cas de suspicion d'endométrite, la jeune mère doit être adressée à un médecin (généraliste/gynécologue) pour le diagnostic et une prise en charge appropriée. (**GPP**).

Explications

L'endométrite puerpérale est une infection de la muqueuse de l'utérus (endomètre) dans la période du post-partum. Dans de rares cas, elle peut évoluer vers une septicémie. L'endométrite puerpérale se manifeste généralement entre le 4^e et le 10^e jour, mais peut aussi survenir plus tard. En cas de diagnostic tardif d'endométrite ou de septicémie, le risque de décès maternel est élevé.

Comme mentionné dans le chapitre sur les soins périnéaux (*voir page 35*), des infections peuvent survenir après une épisiotomie ou une déchirure du tractus génital. Il est important que la femme en post-partum reçoive les instructions nécessaires pour prévenir les infections. La prévention repose sur des conseils d'hygiène. Il convient également de conseiller à la femme qui vient d'accoucher de contacter les professionnels de santé en cas de signes d'une éventuelle infection, tels que des douleurs abdominales ou périnéales, de la fièvre, des frissons ou des pertes vaginales malodorantes.

L'endométrite post-partum est la conséquence de la pénétration de micro-organismes vaginaux dans l'endomètre de l'utérus pendant l'accouchement. L'endométrite est généralement causée par une flore mixte d'agents anaérobies et aérobies, y compris des streptocoques et des entérobactéries. L'endométrite puerpérale survient dans 1 à 3 % des accouchements par voie vaginale et est 10 à 20 fois plus fréquente après une césarienne. Parmi les autres facteurs de risque, citons le travail prolongé, les examens internes pendant l'accouchement, la rupture prématurée des membranes, certaines parties qui n'ont pas été évacuées.

L'endométrite s'accompagne généralement de fièvre, de douleurs dans le bas-ventre et de lochies malodorantes. Dans le cas d'une femme en post-partum présentant une fièvre qui ne peut être expliquée par aucune autre raison, il faut penser à une endométrite puerpérale. La douleur abdominale n'est pas un symptôme obligatoire. En cas d'écoulement malodorant sans fièvre, une attitude attentiste peut être adoptée. La présence de tachypnée, de tachycardie et de fièvre élevée sont des signes (graves) possibles de septicémie puerpérale et nécessitent une orientation urgente de la mère vers la deuxième ligne.

Le diagnostic différentiel de la fièvre puerpérale comprend d'autres infections post-partum telles que infections des plaies, infections des voies urinaires, mastite et salpingite. Les autres causes possibles de fièvre sont la TVP, l'EP ou les infections virales.

Si une endométrite est suspectée, la jeune mère doit être orientée vers un médecin (généraliste, gynécologue). Ce dernier mettra en place une prise en charge appropriée.

Base des recommandations

Recommandation 1 : En l'absence de signes et de symptômes d'infection, une évaluation systématique de la température corporelle n'est pas nécessaire (GPP).

Ce GPP a été repris du guide du NICE de 2015 "Postnatal care up to 8 weeks after birth" ²⁵. La température corporelle est un paramètre important lorsqu'une infection est suspectée. S'il n'y a aucune raison de penser à une infection, il n'est pas nécessaire de mesurer la température.

Ce GPP a été présenté à un panel d'experts et de stakeholders dans le cadre d'une procédure de consensus Delphi et a été validé au second tour.

Considérations

Les considérations suivantes ont joué un rôle dans la formulation du GPP :

- Évaluation globale des effets et de la certitude des preuves pour les résultats critiques : aucune preuve directe disponible.
- Balance des avantages et des inconvénients : en équilibre.
- Valeurs et préférences : variabilité à prévoir en raison des habitudes des soignants et des attentes de la jeune mère (et de sa famille).
- Applicabilité : applicable en soins primaires.

Conclusion : Il n'existe pas de preuves scientifiques sur la mesure systématique de la température chez la femme en post-partum.

Recommandation 2 : Mesurez et documentez la température corporelle si une infection est suspectée. Répétez la mesure après 4-6 heures en cas de fièvre > 38 ° C (GPP).

Ce GPP a été repris du guide du NICE de 2015 "Postnatal care up to 8 weeks after birth" ²⁵. La fièvre peut indiquer une infection, mais n'est pas toujours le résultat d'une maladie. Une surveillance étroite en mesurant la température corporelle, à répéter après 4 à 6 heures, offre une sécurité suffisante en cas de causes autolimitantes et, en cas de fièvre persistante, pour vérifier à temps si une infection est à l'origine de cette fièvre persistante.

Ce GPP a été présenté à un panel d'experts et de stakeholders dans le cadre d'une procédure de consensus Delphi et a été validé au second tour.

Considérations

Les considérations suivantes ont joué un rôle dans la formulation du GPP :

- Évaluation globale des effets et de la certitude des preuves pour les résultats critiques : aucune preuve directe disponible.
- Balance des avantages et des inconvénients : en faveur de la recommandation.
- Valeurs et préférences : variabilité à prévoir en raison des habitudes des soignants et des attentes de la jeune mère (et de sa famille).
- Applicabilité : applicable en soins primaires.

Conclusion : Seule une fièvre persistante nécessite l'intervention d'un médecin. La fièvre est le signe d'une infection. Il est donc nécessaire d'assurer un bon suivi (mesure répétée après 4 à 6 heures) de ce paramètre lorsqu'une infection est suspectée.

Recommandation 3 : Si lors de la seconde mesure, la fièvre se maintient > 38 ° C ou s'il existe d'autres symptômes observables et des signes mesurables de septicémie, un examen plus approfondi est indiqué (GPP).

Ce GPP a été repris du guide du NICE de 2015 "Postnatal care up to 8 weeks after birth" ²⁵. La fièvre est un symptôme d'une infection, et si elle n'est pas traitée, elle peut avoir des conséquences manifestes. Une endométrite non traitée peut entraîner le décès de la mère. Il est donc important d'adresser la femme en post-partum présentant une fièvre persistante à un médecin pour un examen plus approfondi et, si nécessaire, un traitement.

Les femmes qui viennent d'accoucher et qui présentent des signes de septicémie doivent être orientées vers la deuxième ligne car le risque de complications est plus élevé. Un suivi étroit et un traitement intraveineux sont alors nécessaires. Cette prise en charge n'est pas possible en première ligne.

Ce GPP a été présenté à un panel d'experts et de stakeholders dans le cadre d'une procédure de consensus Delphi et a été validé au premier tour.

Considérations

Les considérations suivantes ont joué un rôle dans la formulation du GPP :

- Évaluation globale des effets et de la certitude des preuves pour les résultats critiques : aucune preuve directe disponible.
- Balance des avantages et des inconvénients : en faveur de la recommandation.
- Valeurs et préférences : aucune variabilité à prévoir.
- Applicabilité : applicable en soins primaires.

Conclusion : Il n'existe pas de preuves scientifiques en ce qui concerne la prise en charge de la fièvre ou d'une éventuelle septicémie chez la femme en post-partum. Cependant, étant donné les complications potentiellement graves d'une infection ou d'une septicémie non traitée, et le fait que la fièvre peut être un symptôme d'infection, il est important d'orienter une femme en post-partum présentant de la fièvre vers une prise en charge appropriée.

Recommandation 4 : Recommandez une bonne hygiène des mains (GPP).

Ce GPP a été repris du guide du NICE de 2015 "Postnatal care up to 8 weeks after birth" ²⁵. Il n'existe pas de preuves scientifiques sur l'hygiène des mains chez la femme qui vient d'accoucher. En général, l'hygiène est essentielle pour éviter les infections.

Ce GPP a été présenté à un panel d'experts et de stakeholders dans le cadre d'une procédure de consensus Delphi et a été validé au premier tour.

Considérations

Les considérations suivantes ont joué un rôle dans la formulation du GPP :

- Évaluation globale des effets et de la certitude des preuves pour les résultats critiques : aucune preuve directe disponible.
- Balance des avantages et des inconvénients : en faveur de la recommandation.
- Valeurs et préférences : aucune variabilité à prévoir.
- Applicabilité : applicable en soins primaires.

Conclusion : il n'y a pas de preuves scientifiques en ce qui concerne l'hygiène des mains chez la femme qui vient d'accoucher. Toutefois une bonne hygiène des mains est recommandée pour prévenir les infections (périnéales).

Recommandation 5 : En cas de suspicion d'endométrite, la jeune mère doit être adressée à un médecin (généraliste/gynécologue) pour le diagnostic et une prise en charge appropriée (GPP).

Ce GPP a été repris du guide du NICE de 2015 "Postnatal care up to 8 weeks after birth" ²⁵. Aucune preuve scientifique n'a été trouvée sur les parcours de soins pour une femme en post-partum présentant de la fièvre et/ou une suspicion d'endométrite. Il est important que la femme en post-partum reçoive un traitement antibiotique approprié. Si elle n'est pas traitée, l'endométrite peut avoir des conséquences fatales.

Ce GPP a été présenté à un panel d'experts et de stakeholders dans le cadre d'une procédure de consensus Delphi et a été validé au second tour.

Considérations

Les considérations suivantes ont joué un rôle dans la formulation du GPP :

- Évaluation globale des effets et de la certitude des preuves pour les résultats critiques : aucune preuve directe disponible.
- Balance des avantages et des inconvénients : en faveur de la recommandation.
- Valeurs et préférences : peu de variabilité à prévoir.
- Applicabilité : applicable en soins primaires, collaboration avec la seconde ligne des soins.

Conclusion : Aucune preuve scientifique n'a été trouvée concernant l'orientation de la femme en post-partum chez qui une endométrite est suspectée. Toutefois, en raison de la possibilité de complications importantes, il est recommandé d'adresser la femme enceinte à un médecin.

10. Fatigue

Recommandations

1. Chez les femmes qui signalent une fatigue persistante : renseignez-vous sur leur bien-être général et donnez leur des conseils sur la nutrition, l'exercice et la planification des activités, y compris le temps qu'elles passent avec leur bébé (**GPP**).
2. Si la fatigue persistante impacte les soins personnels de la femme ou les soins du bébé, les causes physiques, psychologiques ou sociales sous-jacentes doivent être évaluées (**GPP**).

3. Chez une femme ayant subi une hémorragie post-partum ou se plaignant d'une fatigue persistante : évaluez les taux d'hémoglobine et, s'ils sont trop bas, traitez selon les recommandations en vigueur (**GPP**).

Explications

La fatigue est également un symptôme courant dans la période du post-partum. La fatigue est définie comme la sensation de fatigue extrême non soulagée par le repos ou le sommeil et non associée à des activités épuisantes ou prolongées ⁹⁸. La fatigue post-partum est identifiée par autodéclaration de la mère.

Les causes courantes de la fatigue post-partum sont les soins pour le bébé, accompagnés ou non d'une diminution des soins personnels (alimentation malsaine, trop peu de relaxation...), le manque de sommeil (par exemple en raison des tétées nocturnes), le blues du post-partum ou la dépression. L'hémorragie du post-partum augmente le risque d'anémie, qui peut provoquer de la fatigue (*voir le chapitre sur l'anémie ferriprive et la supplémentation en fer, page 86*). Outre l'hémorragie du post-partum, l'âge avancé de la mère (surtout pour un premier enfant), les jumeaux, les prématurés et l'allaitement sont d'autres facteurs associés à une fatigue extrême ⁶⁸.

Un mode de vie sain est essentiel pour se sentir en forme. Pendant la période post-partum, la mère se concentre généralement plus sur son bébé que sur elle-même. Les soins personnels sous forme d'une alimentation saine, de relaxation et d'activité physique ont tendance à être moins importants qu'avant l'accouchement. Étant donné qu'un mode de vie sain est la base de la santé physique et mentale, il est important de donner ces conseils à la femme qui vient d'accoucher souffrant de fatigue.

Il est important de questionner le bien-être mental de la femme qui vient d'accoucher et d'en assurer le suivi. D'autres recommandations à ce sujet seront données dans la deuxième partie du guide sur les soins post-partum.

Lorsque les conseils généraux ne permettent pas de soulager la fatigue de la femme qui vient d'accoucher ou que celle-ci n'est pas en mesure de le faire, il faut en rechercher les causes. Un médecin peut diagnostiquer et traiter les causes physiques (anémie, troubles de la thyroïde...) et psychologiques (dépression). En cas de problèmes sociaux (réseau social inadéquat, surcharge de travail de la femme qui vient d'accoucher, problèmes familiaux, etc.), il est possible de faire appel à des organisations externes lorsque cela s'avère nécessaire et possible.

⁹⁸ Cahill CA. Differential diagnosis of fatigue in women. JOGNN 1999;28:81-6.

Base des recommandations

Recommandation 1 : Chez les femmes qui signalent une fatigue persistante : renseignez-vous sur leur bien-être général et donnez leur des conseils sur la nutrition, l'exercice et la planification des activités, y compris le temps qu'elles passent avec leur bébé (GPP).

Ce GPP a été repris du guide du NICE de 2015 "Postnatal care up to 8 weeks after birth" ²⁵. La recherche documentaire supplémentaire a permis d'identifier la revue systématique et la méta-analyse de Liu et coll. de 2020 ⁹⁹ montrant que dans le post-partum, l'exercice supervisé pendant plus de 8 semaines permet de réduire la fatigue post-partum. Aucune autre preuve scientifique n'a été trouvée concernant l'effet des soins personnels sur la fatigue post-partum.

Ce GPP a été présenté à un panel d'experts et de stakeholders dans le cadre d'une procédure de consensus Delphi et a été validé au second tour.

Considérations

Les considérations suivantes ont joué un rôle dans la formulation du GPP :

- Évaluation globale des effets et de la certitude des preuves pour les résultats critiques : preuves de faible certitude.
- Balance des avantages et des inconvénients : en faveur de la recommandation.
- Valeurs et préférences : peu de variabilité à prévoir.
- Applicabilité : applicable en soins primaires.

Conclusion : Il n'existe que des preuves scientifiques limitées concernant l'effet des conseils en matière d'alimentation, d'exercice et de planification des activités en cas de fatigue maternelle. Puisque ces conseils sont essentiels, qu'ils ne comportent aucun risque et qu'ils sont facilement accessibles, nous recommandons d'en discuter avec la femme qui vient d'accoucher souffrant de fatigue.

⁹⁹ Liu N, Wang J, Chen DD, Sun WJ, Li P, Zhang W. Effects of exercise on pregnancy and postpartum fatigue: a systematic review and meta-analysis. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol 2020;253:285-95.

Recommandation 2 : Si la fatigue persistante impacte les soins personnels de la femme ou les soins du bébé, les causes physiques, psychologiques ou sociales sous-jacentes doivent être évaluées (GPP).

Ce GPP a été repris du guide du NICE de 2015 "Postnatal care up to 8 weeks after birth" ²⁵. La recherche documentaire supplémentaire a permis d'identifier 2 études :

- La revue systématique avec méta-analyse de Wilson et coll. de 2018 ¹⁰⁰ montre qu'il existe une forte corrélation entre la fatigue et les symptômes dépressifs chez les femmes au cours des deux premières années après l'accouchement. Le diagnostic et le traitement différentiels sont importants. Les causes sociales comprennent, par exemple, un réseau social limité de la jeune mère.
- La méta-analyse de Badr et Zauszniewski de 2017 ¹⁰¹ a examiné les causes possibles de la fatigue post-partum. Une corrélation à faible effet a été trouvée entre la fatigue post-partum et le niveau d'éducation, l'âge, l'hémorragie post-partum, l'infection, la difficulté à s'occuper de l'enfant. Une corrélation à effet modéré a été trouvée entre la fatigue post-partum et les maladies physiques, un taux faible en ferritine, un taux faible en hémoglobine, les troubles de sommeil, le stress, l'anxiété et les problèmes d'allaitement. Enfin, une corrélation à effet élevée a été constatée entre la fatigue post-partum et la dépression.

Ce GPP a été présenté à un panel d'experts et de stakeholders dans le cadre d'une procédure de consensus Delphi et a été validé au premier tour.

Considérations

Les considérations suivantes ont joué un rôle dans la formulation du GPP :

- Évaluation globale des effets et de la certitude des preuves pour les résultats critiques : preuves de faible certitude.
- Balance des avantages et des inconvénients : en faveur de la recommandation.
- Valeurs et préférences : aucune variabilité à prévoir.
- Applicabilité : applicable en soins primaires.

Conclusion : Il existe peu de preuves scientifiques concernant la gestion de la fatigue persistante chez la mère qui vient d'accoucher. Il existe par contre des preuves scientifiques de la corrélation entre la fatigue et la dépression et autres facteurs psychologiques, physiques et sociaux.

¹⁰⁰ Wilson N, Lee JJ, Bei B. Postpartum fatigue and depression: a systematic review and meta-analysis. *J Affect Disord* 2019;246:224-33.

¹⁰¹ Badr HA, Zauszniewski JA. Meta-analysis of the predictive factors of postpartum fatigue. *Appl Nurs Res* 2017;36:122-7.

Recommandation 3 : Chez une femme ayant subi une hémorragie post-partum ou éprouvant une fatigue persistante : évaluez les taux d'hémoglobine et, s'ils sont trop bas, traitez selon les recommandations en vigueur (GPP).

Ce GPP a été repris du guide du NICE de 2015 "Postnatal care up to 8 weeks after birth" ²⁵. La meta-analyse van Badr en Zauszniewski uit 2017 ¹⁰⁰ identifiée lors de la recherche documentaire complémentaire a trouvé une corrélation entre la fatigue et l'hémorragie du post-partum, un taux faible en ferritine et un taux faible en hémoglobine. L'anémie est également une cause connue de fatigue. L'hémorragie du post-partum implique des pertes de sang fréquentes, ce qui augmente le risque d'anémie. Il convient donc de rechercher une anémie chez les femmes qui ont eu une hémorragie du post-partum ou chez celles qui ressentent une fatigue persistante. Pour des recommandations sur la prise en charge de l'anémie, voir le chapitre sur l'anémie ferrique et la supplémentation en fer de cette directive (voir page 86).

Ce GPP a été présenté à un panel d'experts et de stakeholders dans le cadre d'une procédure de consensus Delphi et a été validé au premier tour.

Considérations

Les considérations suivantes ont joué un rôle dans la formulation du GPP :

- Évaluation globale des effets et de la certitude des preuves pour les résultats critiques : preuves de faible certitude.
- Balance des avantages et des inconvénients : en faveur de la recommandation.
- Valeurs et préférences : aucune variabilité à prévoir.
- Applicabilité : applicable en soins primaires.

Conclusion : Il existe peu de preuves scientifiques sur la prise en charge de la fatigue persistante chez la femme post-partum, mais comme l'anémie en est une cause fréquente, le prestataire de soins doit en être conscient, en particulier chez les femmes post-partum.

11. Lombalgies

Recommandation

La prise en charge des lombalgies dans la période post-partum est basée sur la pathologie sous-jacente et doit être initiée par un médecin **(GPP)**.

Explications

Environ la moitié des femmes qui viennent d'accoucher souffrent à un certain moment de lombalgies et/ou de douleurs pelviennes. Les lombalgies et les douleurs pelviennes après l'accouchement sont identifiées par autodéclaration de la mère. La douleur chronique est définie comme une douleur qui persiste pendant plus de trois mois. En raison de l'incohérence des termes lombalgie, douleur pelvienne et douleur combinée utilisés dans la littérature scientifique, il est impossible de formuler des recommandations spécifiques à propos de ces éléments.

Il n'existe aucune preuve concernant le rôle de l'anesthésie épidurale dans les lombalgies. Les antécédents de lombalgies et les céphalées semblent être des facteurs de risque de développer des lombalgies dans la période post-partum ¹⁰².

Il n'y a pas non plus d'uniformité dans le traitement des lombalgies spécifiques à la période du post-partum. Une bande pelvienne ou une thérapie par exercices n'apportent pas d'amélioration significative à long terme.

Pour la prise en charge des lombalgies spécifiques du post-partum, nous faisons référence aux recommandations valables pour la population générale : les femmes qui viennent d'accoucher présentant des lombalgies sévères et persistantes doivent être orientées vers un médecin pour une prise en charge appropriée.

Base de la recommandation

Recommandation : La prise en charge des lombalgies dans la période post-partum est basée sur la pathologie sous-jacente et doit être initiée par un médecin (GPP).

Ce GPP a été repris du guide du NICE de 2015 "Postnatal care up to 8 weeks after birth" ²⁵ et est basé sur les données probantes suivantes :

¹⁰² Russell R, Groves P, Taub N, et al. Assessing long term backache after childbirth. BMJ 1993;306:1299-303.

- Des études rétrospectives de faible qualité ont principalement examiné le rôle de l'anesthésie épidurale dans les lombalgies. Certaines études montrent une corrélation ^{68,101}, d'autres affirment que les lombalgies sont aussi fréquentes chez les femmes qui viennent d'accoucher mais qui n'ont pas bénéficié d'une anesthésie péridurale pendant l'accouchement ^{103, 104, 105}. Compte tenu des incohérences dans les résultats des études, nous pouvons conclure qu'il n'existe pas de preuves scientifiques suffisantes pour confirmer que l'anesthésie péridurale est un facteur de risque de lombalgies dans la période post-partum.
- La RCT de 2004 de Frost et coll. ¹⁰⁶ a comparé l'effet d'une séance unique chez un kinésithérapeute fournissant des conseils et des exercices généraux à une séance de kinésithérapie standard pour les lombalgies dans la population générale. Douze mois après l'intervention, 70% des participants ont rapporté leurs plaintes en utilisant le score d'Oswestry. Aucune différence n'a été observée entre les deux interventions.
- La revue systématique Cochrane de Tulder et coll. de 2000 ¹⁰⁷ a étudié l'effet d'un soutien lombaire tel qu'une bande pelvienne dans la prévention et le traitement des lombalgies dans la population générale. Ils n'ont trouvé aucune preuve que les bandes pelviennes permettent de prévenir les lombalgies. Il n'est pas certain que la bande pelvienne soit plus efficace que les autres traitements des lombalgies.

La recherche documentaire complémentaire a permis d'identifier la revue systématique de Weis et coll. de 2020 ¹⁰⁸. Ils ont examiné l'efficacité des soins chiropratiques pour les lombalgies et/ou douleurs pelviennes pendant la période post-partum. En raison d'un manque de littérature pertinente et d'incohérences dans les termes utilisés pour les lombalgies, les douleurs pelviennes et les douleurs combinées, il n'a pas été possible de formuler des recommandations sur ce point.

¹⁰³ Macarthur AJ, MacArthur C, Weeks SK. Is epidural anesthesia in labor associated with chronic low back pain? A prospective cohort study. *Anesth Analg* 1997;85:1066-70.

¹⁰⁴ Howell CJ, Kidd C, Roberts W, et al. A randomised controlled trial of epidural compared with non-epidural analgesia in labour. *BJOG* 2001;108:27-33.

¹⁰⁵ Loughnan BA, Carli F, Romney M, et al. Epidural analgesia and backache: a randomized controlled comparison with intramuscular meperidine for analgesia during labour. *Br J Anaesth* 2002;89:466-72.

¹⁰⁶ Frost H, Lamb SE, Doll HA, et al. Randomised controlled trial of physiotherapy compared with advice for low back pain. *BMJ* 2004;329:708.

¹⁰⁷ van Tulder MW, Jellema P, van Poppel M, et al. Lumbar supports for prevention and treatment of low back pain. *Cochrane Database Syst Rev* 2000: CD001823. Update in: *Cochrane Database Syst Rev* 2006:CD001823. Update in: *Cochrane Database Syst Rev* 2008:CD001823.

¹⁰⁸ Weis CA, Pohlman K, Draper C, et al. Chiropractic care of adults with postpartum-related low back, pelvic girdle, or combination pain: a systematic review. *J Manipulative Physiol Ther* 2020;43:732-43.

Ce GPP a été présenté à un panel d'experts et de stakeholders dans le cadre d'une procédure de consensus Delphi et a été validé au second tour.

Considérations

Les considérations suivantes ont joué un rôle dans la formulation du GPP :

- Évaluation globale des effets et de la certitude des preuves pour les résultats critiques : preuves de faible certitude.
- Balance des avantages et des inconvénients : en faveur de la recommandation.
- Valeurs et préférences : peu de variabilité à prévoir.
- Applicabilité : applicable en soins primaires.

Conclusion : Il existe peu de preuves scientifiques concernant le traitement des lombalgies dans la période post-partum. Il existe des incohérences dans la littérature concernant les concepts de lombalgies, de douleur pelvienne et de lombalgies combinées. Comme les lombalgies sont fréquentes tant dans la population du post-partum que dans la population générale et qu'il n'existe pas de preuves scientifiques concluantes spécifiques à la prise en charge des lombalgies dans le post-partum, il est recommandé de traiter les lombalgies comme dans la population générale.

12. Hémorroïdes

Recommandations

1. Conseillez aux femmes souffrant d'hémorroïdes de prendre des mesures diététiques pour éviter la constipation. Traitez les hémorroïdes selon les recommandations en vigueur (**GPP**).
2. Les femmes souffrant d'une hémorroïde importante, enflée ou qui fait protrusion ou souffrant de saignements rectaux doivent être examinées par un médecin (**GPP**).

Explications

Les hémorroïdes sont très fréquentes pendant la grossesse et le post-partum. Les hémorroïdes sont causées par des veines gonflées autour de l'anus. Cela peut s'accompagner de douleur, démangeaisons et/ou perte de sang. Après l'accouchement, la plupart des hémorroïdes disparaissent spontanément.

Cependant, 24% et 15% des femmes en post-partum souffrent encore d'hémorroïdes respectivement 3 et 6 mois après l'accouchement ¹⁰⁹.

Près de 85% des femmes enceintes souffrent d'hémorroïdes à la suite de changements hormonaux et d'une augmentation de la pression abdominale. Une hémorroïde thrombosée survient chez 5 à 8% des femmes, généralement le premier jour post-partum. Elle se produit en peu de temps en raison de la formation d'un caillot dans la veine bombée et provoque une douleur intense ; il est possible de la reconnaître à la masse de thrombus bleu foncé à violet dans l'hémorroïde affectée.

Une durée d'expulsion prolongée du bébé est un facteur de risque d'hémorroïdes dans le post-partum. La thrombose est plus fréquente dans les accouchements artificiels. Un poids de naissance élevé et une grossesse de plus de 40 semaines sont également des facteurs de risque d'hémorroïdes dans le post-partum. La constipation et la diarrhée sont associées aux hémorroïdes dans la population générale et l'on suppose qu'il en va de même pour les femmes qui viennent d'accoucher.

Les hémorroïdes sont généralement rapportées par la mère et/ou sont constatées lors d'un examen de l'anus pendant la période post-partum. Compte tenu de la fréquence des hémorroïdes dans le post-partum et de leur possible aggravation par la constipation, il convient de s'interroger sur ces symptômes afin de prévenir leur aggravation.

La constipation étant un facteur de risque d'hémorroïdes et pouvant les aggraver, il est important de donner à la femme en post-partum (souffrant d'hémorroïdes) des conseils pour éviter la constipation. Un régime riche en fibres, un apport hydrique suffisant, le fait de céder à l'envie de déféquer et de détendre les muscles du plancher pelvien pendant la défécation sont essentiels dans la prise en charge de la constipation, et doivent donc être conseillés à la femme qui vient d'accoucher (*voir le chapitre sur la constipation, page 53*).

L'évaluation des hémorroïdes est importante afin d'évaluer les options de traitement nécessaires et possibles. Si la femme en post-partum souffre d'hémorroïdes graves (saignements, démangeaisons ou douleurs rectales) et souhaite un traitement, elle doit être orientée vers son médecin généraliste pour un traitement approprié (thérapie locale). En cas de saignement rectal, il faut toujours envisager les diagnostics différentiels possibles. En cas de nécessité d'un traitement interventionnel des hémorroïdes ou d'une incision/excision de la veine frontière périanale thrombosée, la jeune mère peut être orientée vers la deuxième ligne de soins.

¹⁰⁹ Avsar AF, Keskin HL. Haemorrhoids during pregnancy. J Obstet Gynaecol 2010;30:231-7.

Base des recommandations

Recommandation 1 : Conseillez aux femmes souffrant d'hémorroïdes de prendre des mesures diététiques pour éviter la constipation. Traitez les hémorroïdes selon les recommandations en vigueur (GPP).

Ce GPP a été repris du guide du NICE de 2015 "Postnatal care up to 8 weeks after birth" ²⁵. Pour les preuves scientifiques concernant les mesures diététiques pour la prévention de la constipation, voir page **Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd..**

La recherche documentaire complémentaire dans PubMed a permis de trouver la revue systématique Cochrane pertinente d'Alonso-Coello et coll. de 2005 ¹¹⁰ qui a examiné l'impact des laxatifs (fibres, laxatifs stimulants, laxatifs de lest ou laxatifs osmotiques) sur les symptômes des personnes souffrant d'hémorroïdes symptomatiques. Les auteurs concluent que l'utilisation de fibres a un effet bénéfique en cas d'hémorroïdes qui saignent ou provoquent des symptômes (prolapsus, douleur et démangeaisons). Cependant, ces données peuvent être limitées en raison d'un biais de publication et de la qualité modérée des études.

Ce GPP a été présenté à un panel d'experts et de stakeholders dans le cadre d'une procédure de consensus Delphi et a été validé au premier tour.

Considérations

Les considérations suivantes ont joué un rôle dans la formulation du GPP :

- Évaluation globale des effets et de la certitude des preuves pour les résultats critiques : preuves indirectes de certitude modérée.
- Balance des avantages et des inconvénients : en faveur de la recommandation.
- Valeurs et préférences : peu de variabilité à prévoir.
- Applicabilité : applicable en soins primaires.

Conclusion : Il existe des preuves scientifiques de certitude modérée, mais pas spécifiquement chez les femmes qui viennent d'accoucher. Il n'existe donc que des preuves indirectes que les fibres permettent de lutter contre la constipation et les hémorroïdes pendant la période post-partum. Les autres facteurs qui peuvent réduire la constipation sont un apport hydrique suffisant, le fait de céder à l'envie de déféquer, une alimentation saine, une bonne position aux toilettes et la relaxation des muscles du plancher pelvien. Puisque ces conseils sont à bas seuil et sans risque, il sied

¹¹⁰ Alonso-Coello P, Guyatt G, Heels-Ansdell D, et al. Laxatives for the treatment of hemorrhoids. Cochrane Database Syst Rev 2005:CD004649.

de les recommander en premier lieu aux femmes qui viennent d'accoucher souffrant d'hémorroïdes dans le but de prévenir la constipation. Un traitement supplémentaire est initié par le médecin.

Recommandation 2 : Examinez les femmes souffrant d'une hémorroïde importante, enflée ou qui fait protrusion ou souffrant de de saignements rectaux (GPP).

Ce GPP a été repris du guide du NICE de 2015 "Postnatal care up to 8 weeks after birth" ²⁵. Aucune autre preuve n'a été identifiée.

Ce GPP a été présenté à un panel d'experts et de stakeholders dans le cadre d'une procédure de consensus Delphi et a été validé au premier tour.

Considérations

Les considérations suivantes ont joué un rôle dans la formulation du GPP :

- Évaluation globale des effets et de la certitude des preuves pour les résultats critiques : aucune preuve directe disponible.
- Balance des avantages et des inconvénients : en faveur de la recommandation.
- Valeurs et préférences : peu de variabilité à prévoir.
- Applicabilité : applicable en soins primaires.

Conclusion : Il n'existe pas de preuves scientifiques concernant le parcours de soins des hémorroïdes chez la femme qui vient d'accoucher. Compte tenu des traitements possibles, il est indiqué d'évaluer une jeune mère présentant des hémorroïdes sévères, gonflées et bombées ou des saignements rectaux.

13. Vaccinations et immunoglobulines anti-D

Recommandations

1. Administrez des immunoglobulines anti-D à toute femme RhD négative non sensibilisée dans les 72 heures suivant la naissance d'un bébé RhD positif (**GPP**).
2. Vaccinez contre la rougeole, les oreillons et la rubéole (ROR) les femmes qui ont été identifiées séronégatives pour la rubéole lors du dépistage prénatal (**GPP**).
3. Une femme qui vient d'accoucher, séronégative pour la rubéole, ayant reçu des immunoglobulines anti-D (Rhogam) et/ou une transfusion sanguine ou de plasma pendant l'accouchement, doit recevoir le vaccin ROR en même temps que les immunoglobulines anti-D et/ou la transfusion sanguine OU 3 mois après

l'administration d'immunoglobulines anti-D et/ou la transfusion sanguine en raison d'une possible interférence dans la réponse immunitaire (**GPP**).

4. Rappelez aux femmes de ne pas tomber enceinte 1 mois après l'administration du vaccin ROR ; l'allaitement peut être poursuivi (**GPP**).

Explications

Immunoglobuline anti-D

Le facteur rhésus D/antigène détermine si le groupe sanguin d'une personne est positif ou négatif. Lorsqu'une mère rhésus négative donne naissance à un bébé rhésus positif et que le sang du bébé passe dans le sang de la mère (naissance traumatique, césarienne...), la formation d'anticorps peut être induite. Ces anticorps restent présents toute la vie et peuvent provoquer des problèmes fœtaux potentiellement mortels lors d'une grossesse ultérieure. C'est la raison pour laquelle l'administration d'immunoglobulines anti-D (Rhogam) est recommandée lorsqu'une mère de rhésus D négatif donne naissance à un bébé de rhésus D positif. Après l'accouchement, on contrôle le groupe sanguin du bébé en prélevant du sang sur le cordon ombilical.

Le rhogam contient des anticorps rhésus passifs, qui peuvent détruire les globules rouges rhésus positifs présents dans la circulation sanguine maternelle avant même que le système immunitaire de la mère n'ait produit des anticorps. Le rhogam est injecté par voie intramusculaire dans les 72 heures suivant l'accouchement.

En Belgique, seul le rhogam 0,3 mg/ml est disponible. La dose est déterminée sur la base du degré d'exposition des érythrocytes rhésus positifs, déterminé après un prélèvement de sang chez la femme qui vient d'accoucher. La pharmacie ne délivre le Rhogam que sur la base d'une ordonnance médicale.

Vaccin ROR

Le vaccin contre la rougeole, les oreillons et la rubéole (ROR) est un vaccin vivant atténué qui est recommandé aux femmes qui viennent d'accoucher et qui n'ont pas d'anticorps contre la rubéole. L'anamnèse d'un éventuel cas antérieur de rubéole ne suffit pas. Comme la femme ne doit pas tomber enceinte dans le mois qui suit l'administration du vaccin, il est recommandé d'administrer le vaccin pendant la période post-partum. La probabilité d'une nouvelle grossesse dans le mois qui suit est de toute façon faible à ce moment-là, mais la jeune mère doit en être informée. Le vaccin peut également être administré à la femme pendant la période d'allaitement, sauf si le nourrisson présente une immunité réduite.

Administration du vaccin : en même temps ou pas ?

Le système immunitaire de la femme qui vient d'accoucher se met en marche après l'administration d'immunoglobulines anti-D et la vaccination contre la rubéole avec le virus vivant atténué. Afin d'éviter toute interférence, il est recommandé de les administrer soit simultanément, soit à 3 mois d'intervalle si la jeune mère a reçu des immunoglobulines anti-D ou une transfusion de sang ou de plasma. Si elle a reçu les deux en même temps, un échantillon de sang peut être prélevé ultérieurement pour vérifier si elle a produit des anticorps contre la rubéole.

Base des recommandations

Recommandation 1 : Administrez des immunoglobulines anti-D à toute femme RhD négative non sensibilisée dans les 72 heures suivant la naissance d'un bébé RhD positif (GPP).

Ce GPP a été repris du guide du NICE de 2015 "Postnatal care up to 8 weeks after birth" ²⁵. La recherche documentaire supplémentaire a permis d'identifier une mise à jour de 2000 ¹¹¹ de la revue systématique Cochrane de Crowther en Middleton mentionnée dans le guide du NICE. Elle montre que l'administration d'immunoglobulines anti-D dans les 72 heures suivant l'accouchement réduit le risque d'allo-immunisation rhésus D chez les femmes rhésus négatif qui ont donné naissance à un bébé rhésus positif. Il n'existe pas de données suffisantes en ce qui concerne le dosage optimal. En Belgique, seul le rhogam 0,3 mg/ml est disponible.

Ce GPP a été présenté à un panel d'experts et de stakeholders dans le cadre d'une procédure de consensus Delphi et a été validé au premier tour.

Considérations

Les considérations suivantes ont joué un rôle dans la formulation du GPP :

- Évaluation globale des effets et de la certitude des preuves pour les résultats critiques : preuves de certitude modérée.
- Balance des avantages et des inconvénients : en faveur de la recommandation.
- Rapport coût-efficacité : le rapport coût-bénéfice est probablement en faveur de la recommandation : le coût du rhogam l'emporte probablement sur les complications possibles de ne pas l'administrer.
- Valeurs et préférences : peu de variabilité à prévoir.

¹¹¹ Crowther C, Middleton P. Anti-D administration after childbirth for preventing Rhesus alloimmunisation. Cochrane Database Syst Rev 2000:CD000021.

- Applicabilité : applicable en soins primaires.

Conclusion : Il existe des preuves scientifiques que l'administration d'immunoglobulines anti-D dans les 72 heures à une femme rhésus D négatif qui a donné naissance à un bébé rhésus positif est efficace contre une future anémie hémolytique et ses conséquences mortelles. Cependant, il n'existe pas de preuves scientifiques suffisantes sur le dosage optimal. Il n'y a qu'une seule préparation sur le marché en Belgique.

Recommandation 2 : Vaccinez contre la rougeole, les oreillons et la rubéole (ROR) les femmes qui ont été identifiées séronégatives pour la rubéole lors du dépistage prénatal (GPP).

Le GPP a été repris du guide du NICE de 2015 "Postnatal care up to 8 weeks after birth"²⁵ et vérifié par rapport aux recommandations sur l'immunisation pendant la grossesse du Conseil supérieur de la santé (CSS) publiées en 2020¹¹² et aux informations du Centre belge d'information pharmacothérapeutique (CBIP)¹¹³. Selon le Conseil supérieur de la santé, le vaccin ROR doit être administré dans la période post-partum aux femmes non vaccinées. En Belgique, il n'existe pas de vaccin qui protège uniquement contre la rubéole. Il existe des vaccins combinés, à savoir le vaccin combiné rougeole-oreillons-rubéole (Priorix® et MMR-VaxPro®) et le vaccin combiné rougeole-oreillons-rubéole-varicelle (ProQuad®)¹¹².

Ce GPP a été présenté à un panel d'experts et de stakeholders dans le cadre d'une procédure de consensus Delphi et a été validé au premier tour.

Considérations

Les considérations suivantes ont joué un rôle dans la formulation du GPP :

- Évaluation globale des effets et de la certitude des preuves pour les résultats critiques : aucune preuve directe disponible.
- Balance des avantages et des inconvénients : en faveur de la recommandation.
- Valeurs et préférences : peu de variabilité à prévoir.
- Applicabilité : applicable en soins primaires.

¹¹² [20201106_css-8754_immunisation_maternelle_vweb.pdf \(belgium.be\)](#).

¹¹³ [CBIP | Vaccin contre la rubéole](#)

Conclusion : Aucune preuve scientifique n'a été trouvée concernant la vaccination contre la rubéole pendant la période post-partum. Le GPP a été repris du guide du NICE et adapté au contexte de soins belge (CSS et CBIP).

Recommandation 3: Une femme qui vient d'accoucher, séronégative pour la rubéole, ayant reçu des immunoglobulines anti-D (Rhogam) et/ou une transfusion sanguine ou de plasma pendant l'accouchement, doit recevoir le vaccin ROR en même temps que les immunoglobulines anti-D et/ou la transfusion sanguine OU 3 mois après l'administration d'immunoglobulines anti-D et/ou la transfusion sanguine en raison d'une possible interférence dans la réponse immunitaire (GPP).

Le GPP est basé sur la notice des vaccins disponibles en Belgique. Ce GPP a été présenté à un panel d'experts et de stakeholders dans le cadre d'une procédure de consensus Delphi et a été validé au second tour.

Considérations

Les considérations suivantes ont joué un rôle dans la formulation du GPP :

- Évaluation globale des effets et de la certitude des preuves pour les résultats critiques : aucune preuve disponible.
- Balance des avantages et des inconvénients : en faveur de la recommandation.
- Valeurs et préférences : variabilité limitée à prévoir, donc l'administration simultanée du vaccin et des immunoglobulines peut l'emporter sur le risque de ne pas vacciner si l'on attend.
- Applicabilité : applicable en soins primaires.

Conclusion : Aucune preuve scientifique n'a été trouvée concernant la vaccination contre la rubéole chez les femmes ayant reçu une immunoglobuline anti-D.

Recommandation 4: Rappelez aux femmes de ne pas tomber enceinte 1 mois après l'administration du vaccin ROR ; l'allaitement peut être poursuivi (GPP).

Le GPP a été repris du guide du NICE de 2015 "Postnatal care up to 8 weeks after birth"²⁵ et vérifié par rapport aux recommandations sur l'immunisation pendant la grossesse du Conseil supérieur de la santé (CSS) publiées en 2020¹¹². Le CSS cite l'étude de 2011 de Castillo-Solorzano et coll.¹¹⁴ qui n'a révélé aucune anomalie, infection ou malformation fœtale lorsque le vaccin vivant atténué contre la rubéole a été administré accidentellement à une femme enceinte. Il est recommandé de ne

¹¹⁴ Castillo-Solorzano C, Reef SE, Morice A, et al. Rubella vaccination of unknowingly pregnant women during mass campaigns for rubella and congenital rubella syndrome elimination, the Americas 2001-2008. J Infect Dis 2011;204:S713-S717.

prendre aucun risque et de conseiller à la femme de ne pas tomber enceinte dans le mois qui suit l'administration du vaccin ROR. L'allaitement maternel peut être poursuivi.

Ce GPP a été présenté à un panel d'experts et de stakeholders dans le cadre d'une procédure de consensus Delphi et a été validé au second tour.

Considérations

Les considérations suivantes ont joué un rôle dans la formulation du GPP :

- Évaluation globale des effets et de la certitude des preuves pour les résultats critiques : preuves de faible certitude.
- Balance des avantages et des inconvénients : en faveur de la recommandation.
- Valeurs et préférences : peu de variabilité à prévoir.
- Applicabilité : applicable en soins primaires.

Conclusion : Aucune preuve scientifique n'a été trouvée concernant la période d'attente nécessaire avant une nouvelle grossesse après la vaccination contre la rubéole. Les recommandations ont été reprises des recommandations publiées par les autorités locales et adaptées au contexte des soins de santé en Belgique.

14. Anémie ferriprive et supplémentation en fer

Recommandations

1. Un dosage d'hémoglobine ne doit être effectué qu'en cas de plaintes ou de symptômes compatibles avec une anémie (**GPP**).
2. Une femme qui vient d'accoucher souffrant d'anémie ferriprive doit recevoir un traitement approprié comprenant un supplément de fer prescrit et suivi par le médecin traitant. Les autres formes d'anémie nécessitent un traitement spécifique initié par le médecin traitant (**GPP**).

Explications

Pour les plaintes dans la période du post-partum qui peuvent suggérer une anémie ferriprive, comme les évanouissements, les céphalées, la tachycardie et la fatigue extrême, il est conseillé de déterminer le taux d'hémoglobine et le VCM ⁴⁷. La prise en charge doit être initiée selon les recommandations en vigueur.

Comme indiqué dans le chapitre sur la fatigue (*voir page 71*), l'anémie ferriprive est une cause possible de fatigue. Comme la fatigue elle-même est fréquente dans la

période post-partum, il faut certainement y penser si la fatigue persiste malgré l'application des conseils généraux. L'anémie ferriprive est plus fréquente chez les femmes qui ont eu une hémorragie postnatale.

En cas de suspicion d'anémie ferriprive, la jeune mère est adressée au médecin généraliste pour une prise de sang. Le traitement de l'anémie dépend du type d'anémie et des préparations disponibles. Il revient au médecin traitant de faire cette distinction et de mettre en place un traitement approprié. Il tiendra compte de la disponibilité des produits et des préférences de la femme qui vient d'accoucher.

Base des recommandations

Le guide du NICE de 2015 "Postnatal care up to 8 weeks after birth" ²⁵ ne formule pas de recommandations sur l'anémie dans le post-partum. Cependant, les auteurs estiment que l'anémie dans le post-partum doit avoir une place dans ce guide. Par conséquent, une recherche documentaire de novo a été effectuée.

Recommandation 1 : Un dosage d'hémoglobine ne doit être effectué qu'en cas de plaintes ou de symptômes compatibles avec une anémie (GPP).

Aucune étude n'a été trouvée sur le dépistage de l'anémie dans le post-partum. La fatigue est une plainte fréquente pendant la période post-partum. Il n'est donc pas possible de dépister l'anémie chez chaque femme qui vient d'accoucher se plaignant de fatigue. En cas de fatigue persistante ou d'autres plaintes qui suggèrent une anémie, comme les évanouissements, les céphalées, la tachycardie, un dépistage est recommandé pour savoir si l'anémie provoque ces plaintes.

Ce GPP a été présenté à un panel d'experts et de stakeholders dans le cadre d'une procédure de consensus Delphi et a été validé au second tour.

Considérations

Les considérations suivantes ont joué un rôle dans la formulation du GPP :

- Évaluation globale des effets et de la certitude des preuves pour les résultats critiques : aucune preuve directe disponible.
- Balance des avantages et des inconvénients : en faveur de la recommandation.
- Valeurs et préférences : variabilité modérée à prévoir en fonction des habitudes des prestataires de soins et des attentes des jeunes femmes (et de leur famille).
- Applicabilité : applicable en soins primaires.

Conclusion : Il n'existe pas de preuves scientifiques en faveur d'un dépistage systématique de l'anémie chez la femme en post-partum. Le traitement de l'anémie ferriprive étant simple et facilement accessible, un dosage de l'hémoglobine doit être

effectué en cas de suspicion d'anémie pour confirmer une éventuelle anémie chez la jeune mère.

Recommandation 2 : Une femme qui vient d'accoucher souffrant d'anémie ferriprive doit recevoir un traitement approprié comprenant un supplément de fer prescrit et suivi par le médecin traitant. Les autres formes d'anémie nécessitent un traitement spécifique initié par le médecin traitant (GPP).

Aucune étude n'a été trouvée sur la prise en charge de l'anémie en période post-partum.

Ce GPP a été présenté à un panel d'experts et de stakeholders dans le cadre d'une procédure de consensus Delphi et a été validé au second tour.

Considérations

Les considérations suivantes ont joué un rôle dans la formulation du GPP :

- Évaluation globale des effets et de la certitude des preuves pour les résultats critiques : aucune preuve directe disponible.
- Balance des avantages et des inconvénients : en faveur de la recommandation.
- Valeurs et préférences : aucune variabilité à prévoir.
- Applicabilité : applicable en soins primaires.

Conclusion : Il n'existe pas de preuves scientifiques concernant la prise en charge de l'anémie dans la période post-partum. Le traitement de l'anémie dépend du type d'anémie et des préparations disponibles. Il revient au médecin traitant de faire cette distinction et de mettre en place un traitement approprié.

15. Troubles de la thyroïde

Recommandation

Motivez les femmes atteintes de troubles de la thyroïde à se faire suivre adéquatement par le médecin traitant (**GPP**).

Explications

Les troubles de la thyroïde sont fréquents chez les femmes, y compris pendant la grossesse. Pendant la grossesse, la dose de lévothyroxine est adaptée si nécessaire en fonction des valeurs de TSH et de T4 libre de la femme enceinte.

Il est important que le médecin traitant assure le suivi de la dose de lévothyroxine de la mère qui vient d'accoucher. En pratique, la dose de lévothyroxine est réduite à la dose d'avant la grossesse immédiatement après l'accouchement. La TSH et la T4 libre sont contrôlées 6 semaines après l'accouchement.

Base de la recommandation

Le guide du NICE de 2015 "Postnatal care up to 8 weeks after birth" ²⁵ ne formule pas de recommandations sur les troubles de la thyroïde dans le post-partum. Cependant, les auteurs estiment que les troubles de la thyroïde dans le post-partum doivent avoir une place dans ce guide. Par conséquent, une recherche documentaire de novo a été effectuée. Cependant, aucune preuve scientifique n'a été trouvée.

Ce GPP a été présenté à un panel d'experts et de stakeholders dans le cadre d'une procédure de consensus Delphi et a été validé au second tour.

Considérations

Les considérations suivantes ont joué un rôle dans la formulation du GPP :

- Évaluation globale des effets et de la certitude des preuves pour les résultats critiques : aucune preuve directe disponible.
- Balance des avantages et des inconvénients : en faveur de la recommandation.
- Valeurs et préférences : aucune variabilité à prévoir.
- Applicabilité : applicable en soins primaires.

Conclusion : Il n'existe pas de preuves scientifiques concernant la prise en charge des troubles de la thyroïde dans la période post-partum. Compte tenu de l'impact important d'une substitution inappropriée de la glande thyroïde, il est recommandé au médecin traitant de surveiller correctement les troubles de la thyroïde.

16. Diabète gestationnel

Recommandation

Motivez les femmes atteintes de diabète gestationnel à se faire suivre adéquatement par le médecin traitant en raison du risque accru de diabète de type 2 (**GPP**).

Explications

Les femmes atteintes de diabète gestationnel ont un risque accru de développer un diabète sucré de type 2. Il est donc important de surveiller correctement le métabolisme glucidique après l'accouchement. Non seulement dans la période du post-partum, mais aussi dans les années qui suivent.

Il existe un consensus en Flandre préconisant un test de tolérance au glucose par voie orale (TTGO) de 75 g 6 à 12 semaines après l'accouchement ¹¹⁵. En cas d'allaitement, le TTGO est programmé après la période d'allaitement et au plus tard 6 mois après l'accouchement. A long terme, les TTGO sont plus coût-efficaces que les dosages de la glycémie à jeun ou de l'HbA1c

Base de la recommandation

Le guide du NICE de 2015 "Postnatal care up to 8 weeks after birth" ²⁵ ne formule pas de recommandations sur le diabète gestationnel. Cependant, les auteurs estiment que le diabète gestationnel chez la femme qui vient d'accoucher doit avoir une place dans ce guide. Par conséquent, une recherche documentaire de novo a été effectuée. Cependant, aucune preuve scientifique n'a été trouvée.

Le GPP a été formulé sur la base du consensus flamand de 2019 ¹¹⁵. Il a été présenté à un panel d'experts et de stakeholders dans le cadre d'une procédure de consensus Delphi et a été validé au second tour.

Considérations

Les considérations suivantes ont joué un rôle dans la formulation du GPP :

- Évaluation globale des effets et de la certitude des preuves pour les résultats critiques : aucune preuve directe disponible.
- Balance des avantages et des inconvénients : en faveur de la recommandation.
- Valeurs et préférences : aucune variabilité à prévoir.
- Applicabilité : applicable en soins primaires.

Conclusion : Il n'existe pas de preuves scientifiques concernant la prise en charge du diabète gestationnel dans la période post-partum. Compte tenu du risque accru de développer un diabète de type 2 après un diabète gestationnel, un suivi adéquat de ces femmes qui viennent d'accoucher est nécessaire.

¹¹⁵ [Screening en diagnose van zwangerschapsdiabetes | Diabetes Liga](#)

Question clinique 2 : Quels soins sont nécessaires pour assurer la santé physique du nouveau-né pendant la période post-partum ?

1. Signaux d'alerte

Recommandation

Pour l'une des plaintes/symptômes suivants chez le nouveau-né, envisagez les diagnostics importants suivants (plusieurs diagnostics différentiels sont possibles pour chaque plainte ou symptôme). Orientez d'urgence vers un pédiatre ou la seconde ligne de soins si une pathologie importante ne peut être exclue (voir le tableau 4 ci-dessous) (**GPP**).

Explications

L'objectif du tableau ci-dessous est d'attirer l'attention sur les diagnostics les plus importants, à partir d'une plainte ou d'un symptôme chez le nouveau-né. Ce tableau se limite aux affections spécifiques du post-partum chez le nouveau-né, et mentionne les principaux diagnostics ou principales pathologies à ne pas manquer.

Tableau 4 : Liste non exhaustive de signaux d'alerte.

Plainte/symptôme	Pathologies à ne pas manquer, spécifiques au nouveau-né dans la période postpartum
Jaunissement étendu ou jaunissement apparaissant dans les 24 heures ou s'aggravant, jaunissement apparaissant après 8 jours ou toujours présent après 28 jours.	Ictère nucléaire
Éruption cutanée persistante après traitement initial de la dermatite des couches	<ul style="list-style-type: none">• Allergie de contact• Dermatite atopique• Psoriasis
Moignon ombilical qui reste humide et malodorant	Infection du nombril avec risque de septicémie
Un écoulement (purulent) des yeux se développe après 10 jours ou persiste plus de 14 jours	<ul style="list-style-type: none">• Infection par <i>Neisseria gonorrhoeae</i> ou <i>Chlamydia trachomatis</i>• Dacryosténose

Vomissements (biliaires) avec perte de poids et/ou pleurs excessifs	<ul style="list-style-type: none"> • Sténose pylorique • Volvulus
Aucun passage de méconium dans les 24 heures	<ul style="list-style-type: none"> • Maladie de Hirschsprung • Obstruction intestinale
Perte de poids de > 10 %.	Déshydratation
Fièvre > 38 ° C	<ul style="list-style-type: none"> • Septicémie • Méningite • Pneumonie • Infection urinaire • Autre infection
Coloration bleue de la peau	Cyanose
Température corporelle persistante en dessous de 36,2°C malgré réchauffement	<ul style="list-style-type: none"> • Hypothermie • Septicémie
Sang ou mucus dans les selles	<ul style="list-style-type: none"> • Gastro-entérite • Allergie au lait de vache • Entérocolite nécrosante • Invagination • Infection à Clostridium
Ventre gonflé	<ul style="list-style-type: none"> • Maladie de Hirschsprung • Volvulus • Obstruction gastro-intestinale
Problèmes (des voies) respiratoires	<ul style="list-style-type: none"> • Pneumonie • Syndrome du poumon humide • Syndrome de détresse respiratoire, ...
Léthargie	<ul style="list-style-type: none"> • Encéphalopathie (due à une hypoxie, une infection, une maladie métabolique, ...) • Ictère nucléaire • Septicémie,...
Convulsions, mouvements anormaux	<ul style="list-style-type: none"> • Épilepsie néonatale • Encéphalopathie (due à une hypoxie, une infection, une maladie métabolique, ...) • Autres anomalies cérébrales
Fontanelle tendue	<ul style="list-style-type: none"> • Infection • Méningite • Surpression due à une hémorragie intracrânienne, une hydrocéphalie, ...

Base de la recommandation

Le GPP a été présenté à un panel d'experts et de stakeholders dans le cadre d'une procédure de consensus Delphi et a été validé au second tour.

Considérations

Les considérations suivantes ont joué un rôle dans la formulation du GPP :

- Évaluation globale des effets et de la certitude des preuves pour les résultats critiques : preuves de faible certitude.
- Balance des avantages et des inconvénients : en faveur du GPP. Le GPP vise à informer sur les plaintes/symptômes importants qui nécessitent une orientation vers le pédiatre ou la deuxième ligne.
- Valeurs et préférences : le GPP répond aux valeurs des patients et de leurs parents en réduisant le risque de complications.
- Applicabilité : applicable en soins primaires.

2. Ictère (jaunisse)

Recommandations

1. Conseillez aux parents de vous contacter si leur bébé a la peau jaune, si le jaunissement s'aggrave ou si les selles de leur bébé sont pâles (**GPP**).
2. Évaluez les bébés dont la peau est jaune dans les 24 heures suivant l'accouchement (action urgente) (**GPP**).
3. Si la jaunisse se développe chez les bébés de 24 heures et plus : contrôlez-en la gravité et notez-la systématiquement dans le dossier, y compris l'état de santé général du bébé, avec une attention particulière accordée à l'hydratation et à l'état de vigilance du bébé (**GPP**).
4. Encouragez activement la mère d'un bébé allaité présentant des signes de jaunisse à allaiter le bébé régulièrement et à le réveiller si nécessaire à cet effet (**GPP**).
5. Une alimentation complémentaire ou une supplémentation en eau ou en eau de dextrose systématique n'est pas nécessaire lorsque les bébés atteints de jaunisse sont allaités (**GPP**).
6. Déterminez le taux de bilirubine sérique lorsqu'un bébé a la peau très jaune ou a l'air malade (**GPP**).
7. Une évaluation s'impose chez un bébé en bonne santé chez qui la jaunisse se développe pour la première fois après 7 jours ou chez qui la jaunisse persiste après 14 jours sans explication (action urgente) (**GPP**).

Explications

Les bébés doivent être examinés pendant les premiers jours après la naissance pour évaluer le bien-être du bébé et la présence ou l'absence de jaunisse. Le moment de

cette évaluation dépend du lieu de naissance et/ou de la durée de l'hospitalisation et de la présence de facteurs de risque d'hyperbilirubinémie (*voir plus loin*).

Au cours de la première semaine de vie, environ 50% des nourrissons nés à terme présentent des signes visibles de jaunisse. La jaunisse se situe généralement d'abord sur le visage et se propage ensuite de la tête au tronc et enfin aux extrémités.

La jaunisse est généralement bénigne, mais en raison de la toxicité potentielle de la bilirubine, une surveillance de tous les nouveau-nés est nécessaire pour identifier les cas susceptibles de développer une hyperbilirubinémie sévère. La jaunisse dans les 24 heures qui suivent la naissance est toujours considérée comme pathologique et nécessite une évaluation plus approfondie.

Causes de la jaunisse

La jaunisse peut être causée par :

- une augmentation du volume des globules rouges et l'immaturation de la fonction hépatique chez le nouveau-né ;
- une augmentation de la dégradation des globules rouges en raison d'une incompatibilité avec le groupe sanguin et le rhésus;
- une diminution de la conjugaison de la bilirubine due à la prématurité ;
- une augmentation de la réabsorption de la bilirubine à partir du tractus gastro-intestinal par asphyxie, tétées retardées, obstruction intestinale, passage retardé du méconium;
- une réduction de la sécrétion biliaire due à une septicémie, une hépatite, une atrésie biliaire, des syndromes cholestatiques.

La cause de la jaunisse induite par le lait maternel est inconnue. Cette forme de jaunisse peut se développer 2 à 4 jours après la naissance et peut être associée à des tétées irrégulières et/ou à une réabsorption accrue de la bilirubine par l'intestin. La jaunisse tardive provoquée par le lait maternel est beaucoup moins fréquente, se manifeste 4 à 7 jours après la naissance et culmine aux jours 7 à 15.

Facteurs de risque d'hyperbilirubinémie

Le dosage de la bilirubine repose non seulement sur les signes cliniques mais aussi sur les facteurs de risque suivants d'hyperbilirubinémie grave ¹¹⁶:

- Antécédents familiaux de jaunisse chez le nouveau-né (en particulier chez les frères et sœurs), anémie, maladie hépatique ou maladies métaboliques congénitales ;
- Pléthore, polyglobulie, contusions (bleus), hématome cérébral ;

¹¹⁶ Newborn Guideline 4: Jaundice in the healthy term newborn. Vancouver: British Columbia Reproductive Care Program, 2002.

- Malnutrition, vomissements, passage retardé du méconium ;
- Perte de poids excessive ;
- Septicémie ;
- Asphyxie ;
- Prématurité relative ou petite taille selon l'âge gestationnel ;
- Hypothyroïdie, hypopituitarisme ;
- Certains groupes ethniques (Asie de l'Est, Amérindiens) ;
- Mère diabétique ;
- Apport maternel de sulfamides ou d'antipaludiques.

Prise en charge

L'exposition au soleil doit être évitée. Le développement des mélanomes et des grains de beauté est associé à l'exposition au soleil dans la petite enfance.

Les prestataires de soins doivent conseiller aux mères des nouveaux-nés ictériques d'allaiter au moins 8 à 12 fois par jour pendant les premiers jours. La supplémentation systématique en eau ou en eau de dextrose chez les nourrissons non déshydratés allaités n'est pas utile.

Les parents reçoivent de préférence des informations écrites et orales, sur entre autres les causes de la jaunisse, la nécessité de contrôler la présence de jaunisse chez le nourrisson, et des conseils concernant la méthode de contrôle.

Base des recommandations

Les GPP ont été repris du guide du NICE de 2015 "Postnatal care up to 8 weeks after birth" ²⁵ et sont basées sur les données probantes suivantes :

- L'étude de Moyer et coll. ¹¹⁷ montre que l'évaluation clinique de la jaunisse néonatale n'est pas précise. Le seul résultat cohérent est que les nourrissons sans jaunisse sous la ligne du mamelon avaient des valeurs de bilirubine inférieures à < 12 mg/dl.
- Les recherches n'ont pas pu mettre en évidence le risque d'un taux élevé de bilirubine sérique, mais le British Columbia Reproductive Care Program ¹¹⁵ mentionne bien les facteurs de risque ci-dessus.
- Dans leur étude de 1994, Maisels et coll. ¹¹⁸ n'ont trouvé aucune corrélation entre la fréquence de l'allaitement et les taux de bilirubine sérique dans les 3 premiers

¹¹⁷ Moyer VA, Ahn C, Sneed S. Accuracy of clinical judgment in neonatal jaundice. Arch Pediatr Adolesc Med 2000;154:391-4.

¹¹⁸ Maisels MJ, Vain N, Acquavita AM, et al. The effect of breast-feeding frequency on serum bilirubin levels. Am J Obstet Gynecol 1994;170:880-3.

jours après la naissance. La mesure des taux de bilirubine sérique chez tous les nourrissons après 4 jours aurait été cliniquement plus pertinente car c'est à ce moment-là que des interventions pour l'hyperbilirubinémie sont généralement débutées.

- Dans leur étude de 1983 déjà, Maisels et coll. ¹¹⁹ n'avaient trouvé aucune corrélation entre l'allaitement, la perte de poids et la jaunisse.
- L'étude d'Amato (1985) n'a pas trouvé de différence significative dans les taux maximaux de bilirubine entre la photothérapie ou l'interruption de l'allaitement maternel avec du lait maternisé chez les nourrissons allaités atteints de jaunisse ¹²⁰.
- Alexander et coll. (1988) ¹²¹ n'ont pas non plus trouvé de corrélation entre les niveaux de bilirubine sérique et la consommation de lait.
- L'étude de Harrison et coll. (2002) ¹²² a révélé que les professionnels de la santé recommandent souvent l'exposition au soleil aux femmes en post-partum, alors que les bébés doivent être protégés de la lumière directe du soleil dans le cadre de la prévention de mélanomes et de taches de naissance.
- L'Académie américaine de pédiatrie donne les conseils/recommandations suivants ¹²³:
 - Il est conseillé aux mères de nourrir leur nourrisson atteint de jaunisse au moins 8 à 12 fois par jour pendant les premiers jours ; la qualité des preuves est assez faible (C), mais les avantages l'emportent sur les inconvénients.
 - La supplémentation systématique en eau ou en eau dextrosée n'est pas nécessaire chez les nourrissons allaités non déshydratés ; la qualité des preuves est modérée à faible (B et C), et les inconvénients l'emportent sur les avantages.
 - Les parents doivent recevoir des informations écrites et orales sur la jaunisse, la nécessité de vérifier si le nourrisson a la jaunisse et de prodiguer des conseils sur la manière de vérifier ; la qualité des preuves est très faible (D), les avantages évidents l'emportent sur les inconvénients.
 - Tous les nourrissons doivent être examinés par un professionnel de la santé qualifié dans les premiers jours suivant la naissance (évaluation du bien-être et présence ou absence de jaunisse). Le moment de cet examen dépend

¹¹⁹ Maisels MJ, Gifford K. Clinical and laboratory observations. Breastfeeding, weight loss, and jaundice. *J Pediatr* 1983;102:117-8.

¹²⁰ Amato, M. Interruption of breast-feeding versus phototherapy as treatment of hyperbilirubinemia in full-term infants. *Helv Paediatr Acta* 1985;40:127-31.

¹²¹ Alexander GS, Roberts SA. Sucking behaviour and milk intake in jaundiced neonates. *Early Hum Dev* 1988;16:73-84.

¹²² Harrison S, Hutton L, Nowak M. An investigation of professional advice advocating therapeutic sun exposure. *Aust N Z J Public Health* 2002;26:108-15.

¹²³ Guideline for the management of hyperbilirubinemia. American Academy of Pediatrics, 2004.

généralement du lieu de naissance et/ou de la durée du séjour à l'hôpital et de la présence de facteurs de risque de développer une hyperbilirubinémie ; la qualité des preuves est plutôt faible (C), mais les avantages l'emportent sur les inconvénients.

En outre, une recherche documentaire complémentaire a été effectuée, mais elle n'a pas fourni de nouvelles informations en rapport avec les recommandations sur la jaunisse. Plusieurs études ont discuté de l'utilisation de probiotiques comme complément pour prévenir et traiter la jaunisse. Ainsi la revue systématique de 2019 de Deshmukh et coll.¹²⁴ rapporte des preuves limitées de faible certitude que la supplémentation en probiotiques peut résulter en une réduction de la durée de la photothérapie chez les nouveau-nés atteints de jaunisse. Cependant, leur utilisation systématique n'est pas recommandée pour prévenir et traiter la jaunisse.

Ces GPP ont été présentés à un panel d'experts et de stakeholders dans le cadre d'une procédure de consensus Delphi et a été validé au premier tour.

Considérations

Les considérations suivantes ont joué un rôle dans la formulation des GPP :

- Évaluation globale des effets et de la certitude des preuves pour les résultats critiques : preuves de faible certitude.
- Balance des avantages et des inconvénients : en faveur des GPP. Les GPP visent à informer sur la jaunisse chez le nouveau-né qui nécessite une orientation vers le pédiatre/le médecin généraliste/sage-femme.
- Valeurs et préférences : les GPP répondent aux valeurs des patients et de leurs parents en réduisant le risque de complications de la jaunisse.
- Applicabilité : applicable en soins primaires.

Conclusion : Il existe des preuves de certitude modérée concernant la fourniture d'informations écrites et orales aux parents sur la jaunisse et la nécessité et la manière de vérifier la présence de la jaunisse chez le nourrisson. Les avantages l'emportent sur les inconvénients.

Il existe des preuves de faible certitude en ce qui concerne l'examen par un professionnel de la santé qualifié de tous les nourrissons dans les premiers jours après la naissance (évaluation du bien-être et de la présence ou de l'absence de jaunisse). Les avantages l'emportent sur les inconvénients.

¹²⁴ Deshmukh J, Deshmukh M, Patole S. Probiotics for the management of neonatal hyperbilirubinemia: a systematic review of randomized controlled trials. J Matern Fetal Neonatal Med 2019;32:154-63.

Il existe des preuves de faible certitude concernant l'alimentation d'un nourrisson atteint de jaunisse au moins 8 à 12 fois par jour dans les premiers jours après la naissance. Les avantages l'emportent sur les inconvénients.

Il existe des preuves de faible certitude et de certitude modérée en ce qui concerne le fait que la supplémentation systématique en eau ou en eau dextrosée n'est pas utile chez les nourrissons allaités non déshydratés atteints de jaunisse. Les inconvénients d'une supplémentation systématique l'emportent sur les avantages.

3. Soins de la peau et dermatite des couches

Recommandations

1. Conseillez aux parents de ne pas ajouter de produits à l'eau du bain ou de ne pas utiliser des lotions ou des lingettes nettoyantes. Le seul agent nettoyant qui peut être utilisé, si nécessaire, est un savon doux non parfumé (**GPP**).
2. Conseillez aux parents d'éviter la dermatite des couches en gardant la zone de la couche sèche et en changeant fréquemment la couche (**GPP**).
3. Chez les bébés atteints de dermatite des couches, considérez les causes possibles suivantes (**GPP**) :
 - Hygiène et soins de la peau,
 - Sensibilité aux détergents, assouplissants ou autres produits qui entrent en contact avec la peau,
 - Présence d'une infection.
4. La dermatite des couches douloureuse et persistante est généralement causée par *Candida albicans* ; nous recommandons un traitement antifongique (**GRADE 1C**).
5. Un examen plus approfondi est nécessaire si l'éruption cutanée n'a toujours pas disparu après le traitement (**GPP**).
6. Appliquez une couche protectrice hydrofuge de pommade pour couches (à base de vaseline blanche, d'oxyde de zinc, dexpanthénol) dès les premiers signes de dermatite des couches (par exemple, des rougeurs) (**GPP**).
7. Traitez la dermatite des couches persistante localement avec un dérivé azolé. (**GPP**) :
 - miconazole 2%, 2 applications par jour ou application à chaque changement de couche jusqu'à disparition des lésions OU
 - isoconazole 1%, 1 application par jour jusqu'à 2 semaines après la disparition des lésions.

Explications

La dermatite des couches ou l'érythème fessier est une inflammation de la peau dans la zone couverte par une couche. On estime que l'érythème fessier se développe à partir d'une combinaison de chaleur humide et de friction de la peau et de la présence de selles et d'urine dans la zone de la couche. La friction et l'humidité endommagent la peau et les enzymes (protéases et lipases) présentes dans les selles affectent la peau endommagée. Sous l'influence de la présence d'urine, ces enzymes sont activées. L'activité de ces enzymes dans les selles serait également augmentée avec le passage rapide du contenu intestinal, comme dans la diarrhée.

Sur la base d'arguments physiopathologiques, il semble judicieux de changer régulièrement la couche en cas de défécations fréquentes ou de diarrhée et d'éviter l'utilisation de produits irritants tels que le savon et les lingettes parfumées. Les couches composées de granules de gel absorbant pourraient éventuellement avoir un effet protecteur, mais cela n'a pas encore été suffisamment démontré.

L'utilisation de vaseline ou d'une crème barrière à l'oxyde de zinc est utile pour prévenir la dermatite des couches. Une crème barrière à l'oxyde de zinc peut également être utilisée pour traiter les éruptions cutanées dues au contact avec des irritants. La place des préparations topiques de vitamine A dans la prévention de la dermatite des couches reste à déterminer.

Une association positive a été trouvée entre la gravité de l'érythème fessier et la présence d'espèces de *Candida*. Une infection à *Candida* dans la région de la couche ou de l'aîne est probable en présence d'un érythème nettement défini avec des lésions satellites et des bords squameux.

En cas d'érythème fessier et suspicion d'infection à *Candida*, un traitement par un antifongique est recommandé à savoir une préparation à base d'azoles : la miconazole (2%) 2 x par jour ou l'isoconazole 1% 1 x par jour.

Des conseils sur les bains du bébé et le traitement de l'eczéma sont disponibles sur les sites suivants :

- [Des images - La toilette de bébé - Office de la naissance et de l'enfance \(one.be\)](#)
- [Le change et les langes - Office de la naissance et de l'enfance \(one.be\)](#)
- [Cosmétiques bébé - Air de familles](#)
- [Eczéma ou dermatite atopique chez l'enfant · Info santé \(infosante.be\)](#)

Base des recommandations

Les recommandations ont été reprises et adaptées du GPC du NICE (CG37)²⁵ et du NHG-Standaard Luijdermatitis¹²⁵ et repose sur les données probantes suivantes :

Type de couche

- Quelques études^{126, 127, 128, 129} indiquent que l'utilisation de (certains types de) couches jetables (par exemple avec des granules de gel absorbant) protège contre le développement de la dermatite des couches.
- D'autres recherches¹³⁰ arrivent, cependant, à la conclusion que l'association entre le type de couche et la dermatite des couches n'est pas significative. Cependant, une relation est observée entre la dermatite des couches et l'âge > 18 mois ($p < 0,01$), la dermatite atopique ($p < 0,05$) et maladie ($p < 0,01$ en cas de diarrhée ; $p < 0,01$ en cas d'infection des voies urinaires et de fièvre).
- Une revue Cochrane de 2006 indique qu'il n'y a pas suffisamment de preuves scientifiques provenant d'études contrôlées et randomisées de qualité pour confirmer que l'utilisation de couches jetables ou d'un type déterminé de couche jetable peut prévenir la dermatite des couches chez les nouveau-nés¹³¹.

Fongicide en cas d'infection à Candida

- Une étude randomisée en double aveugle ($n = 62$) en médecine générale¹³² a comparé deux préparations : une crème au miconazole 2% et une crème à la

¹²⁵ Draijer LW, Folmer H. NHG-Behandelrichtlijn Luijdermatitis, 2006. Beschikbaar via: <https://richtlijnen.nhg.org/behandelrichtlijnen/luijdermatitis#volledige-tekst>

¹²⁶ Benjamin L. Clinical correlates with diaper dermatitis. *Pediatrician* 1987;14:S21-S26.

¹²⁷ Campbell RL, Seymour JL, Stone LC, Milligan MC. Clinical studies with disposable diapers containing absorbent gelling materials: evaluation of effects on infant skin condition. *J Am Acad Dermatol* 1987;17:978-87.

¹²⁸ Lane AT, Rehder PA, Helm K. Evaluations of diapers containing absorbent gelling material with conventional disposable diapers in newborn infants. *Am J Dis Child* 1990;144: 315-8.

¹²⁹ Whitehouse HS, Bannan EA, Ryan NW. Effect of hypochlorite bleaching on diaper bacteria and irritation. *Am J Dis Child* 1967;113: 225-8.

¹³⁰ Longhi F, Carlucci G, Bellucci R, et al. Diaper dermatitis: a study of contributing factors. *Contact Dermatitis* 1992;26:248-52.

¹³¹ Baer EL, Davies MW, Easterbrook KJ. Disposable nappies for preventing napkin dermatitis in infants. *Cochrane Database Syst Rev* 2006:CD004262.

¹³² Bowring AR, Mackay D, Taylor FR. The treatment of napkin dermatitis: a double-blind comparison of two steroid-antibiotic combinations. *Pharmatherapeutica* 1984;3:613-7.

nystatine (100 000 UI / g) dans 1 et 0,5% d'hydrocortisone, respectivement. Utilisée 3 fois par jour, la guérison de l'érythème fessier était supérieure à 80% dans les deux groupes d'enfants après 7 jours. La crème au miconazole était plus efficace contre les mycoses que la crème à la nystatine (guérison chez 100% et 25% des nouveau-nés, respectivement).

- Dans l'étude contrôlée randomisée de Boon et coll. (1989) ¹³³, le kétoconazole s'est avéré plus efficace que la nystatine dans le traitement du muguet. La guérison clinique a été confirmée mycologiquement. Après 1 semaine de traitement, l'amélioration dans le groupe kétoconazole était statistiquement significative ($p = 0,012$). L'étude contrôlée randomisée a montré un risque élevé de biais : pas d'aveuglement, l'attribution n'a pas eu lieu en aveugle).
- Cependant, il ressort de l'étude contrôlée randomisée de Hoppe & Hahn (1996) ¹³⁴, que le miconazole semble être plus efficace que la nystatine pour le traitement du muguet. Malheureusement, les auteurs ne rapportent rien sur les circonstances de l'attribution (en aveugle ou pas).
- Dans une étude randomisée en double aveugle, 202 enfants atteints d'érythème fessier ont été traités avec du miconazole (0,25%) dans une pommade au zinc ou avec une pommade au zinc seule après chaque changement de couche ¹³⁵. Dans le groupe intervention (miconazole), la gravité et l'étendue de la propagation de l'éruption cutanée avaient significativement diminué après 7 jours de traitement. L'amélioration était particulièrement notable chez les enfants présentant une éruption cutanée modérément sévère (« score de résultat » moyen : 2,28 versus 6,69, $p < 0,001$) et en présence d'espèces *Candida*. Dans le groupe d'intervention, 58% des enfants ont été guéris contre 33% dans le groupe témoin ($p < 0,001$). Aucun effet secondaire grave n'a été signalé ; Il est à noter que la préparation étudiée contenait une faible concentration de miconazole. L'efficacité des préparations azolées topiques est similaire. Par conséquent, aucune préparation de premier choix n'est mise en avant.

Une recherche documentaire complémentaire a permis d'identifier un certain nombre d'études pertinentes :

¹³³ Boon JM, Lafeber HN, Mannetje AH, et al. Comparison of ketoconazole suspension and nystatin in the treatment of newborns and infants with oral candidosis. *Mycoses* 1989;32:312-5.

¹³⁴ Hoppe JE, Hahn H. Randomized comparison of two nystatin oral gels with miconazole oral gel for treatment of oral thrush in infants. Antimycotics Study Group. *Infection* 1996;24:136-9.

¹³⁵ Concannon P, Gisoldi E, Phillips S, Grossman R. Diaper dermatitis: a therapeutic dilemma. Results of a double-blind placebo controlled trial of miconazole nitrate 0.25%. *Pediatr Dermatol* 2001;18:149-55.

- La vitamine A pour traiter et prévenir la dermatite des couches :
 - Une revue Cochrane de 2005 ¹³⁶ a examiné l'effet des préparations topiques de vitamine A pour traiter et prévenir la dermatite des langes. Cette revue n'a inclus qu'une seule étude portant sur 114 nouveau-nés comparant l'utilisation de préparations topiques de vitamine A avec d'autres médicaments topiques ou avec un placebo pour prévenir la dermatite des couches. Il n'y avait pas de différences significatives entre les groupes quant à la gravité ou à la durée de la dermatite des couches. D'autres études contrôlées randomisées sont nécessaires pour déterminer la place des préparations topiques de vitamine A dans le traitement de la dermatite des couches.
- Produits pour le bain, la toilette et des soins des couches :
 - La revue systématique de 2018 avec méta-analyse de Cooke et coll. ¹³⁷ sur les soins de la peau chez les nourrissons en bonne santé à terme a montré un manque de cohérence des mesures des résultats des études incluses. Bien qu'il existe de nombreuses preuves issues de RCT comparant des produits spécifiques pour le bain, la toilette et les soins des couches avec seulement de l'eau seule ou avec un autre produit, l'incohérence des mesures des résultats, tant en termes de résultats que de site et de moment du traitement, réduit la certitude des preuves. Il est nécessaire de développer un ensemble de base de mesures des résultats pour les études portant sur les pratiques de soins de la peau. Cependant, cet examen fournit les meilleures preuves disponibles sur lesquelles les professionnels de la santé peuvent baser leurs conseils. Les études comparatives montrent qu'il n'y a pas de différence entre les produits étudiés et l'eau seule. Les parents peuvent donc choisir la manière dont ils prennent soin de la peau de leur bébé.
 - La revue narrative de Reick et coll. 2017 ¹³⁸ indique que les crèmes barrières étudiées peuvent être utilisées pour traiter la dermatite des couches chez les

¹³⁶ Davies MW, Dore AJ, Perissinotto KL. Topical vitamin A, or its derivatives, for treating and preventing napkin dermatitis in infants. Cochrane Database Syst Rev 2005:CD004300.

¹³⁷ Cooke A, Bedwell C, Campbell M, et al. Skin care for healthy babies at term: A systematic review of the evidence. Midwifery 2018;56:29-43.

¹³⁸ Reick S, Hubenthal N, Zimmermann M, Hering T. [Lokale Barrierecremes zur Hautpflege bei Neugeborenen, Säuglingen und Kleinkindern mit Inkontinenz-assoziiierter Dermatitis (IAD) – Eine narrative Literaturübersicht [Local barriercreams for skin care in newborns, infants and toddlers with incontinence-associated dermatitis (IAD) – Narrative Review]. Pflege 2017;30:117-28.

enfants. En raison des limites de l'étude, des recherches complémentaires sont recommandées.

Ces GPP ont été présentés à un panel d'experts et de stakeholders dans le cadre d'une procédure de consensus Delphi et a été validé au premier tour.

Considérations

Les considérations suivantes ont joué un rôle dans la formulation des GPP :

- Évaluation globale des effets et de la certitude des preuves pour les résultats critiques : preuves de faible certitude.
- Balance des avantages et des inconvénients : en faveur des GPP. Les GPP visent à informer les parents sur la dermatite des couches chez le nouveau-né et à fournir des instructions sur le traitement et le moment où un contact avec le pédiatre/le médecin généraliste/sage-femme s'impose.
- Valeurs et préférences : les GPP répondent aux valeurs des patients et de leurs parents en réduisant le risque de développement et de complications de la dermatite des couches.
- Applicabilité : applicable en soins primaires.

Conclusion : Il existe des preuves de faible certitude en ce qui concerne l'absence de différence entre les produits de soins étudiés et l'eau seule dans les soins de la peau. Comme les inconvénients potentiels l'emportent sur les avantages, le groupe de développement des directives recommande l'utilisation d'eau ou d'un savon doux non parfumé comme agent nettoyant. Sur la base de considérations physiopathologiques, le groupe d'auteurs de ce guide est d'avis qu'il est approprié de maintenir la zone de la couche bien sèche et de changer fréquemment la couche pour prévenir la dermatite des couches. En cas de dermatite des couches, un examen approfondi est toujours nécessaire.

Il existe des preuves de faible certitude concernant l'utilisation des crèmes barrières dans le traitement de la dermatite des couches chez les enfants.

En raison de plusieurs limites importantes des études cliniques réalisées, il n'existe que des preuves de faible certitude pour mettre en avant un dérivé d'azole comme agent antifongique dans le traitement de la dermatite des couches induite par *Candida albicans*.

4. Soins du nombril et traitement des infections du nombril

Recommandations

1. Conseillez aux parents de laver le moignon ombilical avec de l'eau et du savon. Le moignon ombilical n'a pas besoin d'être désinfecté (**GPP**).
2. Conseillez aux parents de consulter le médecin traitant en cas de rougeur, de gonflement, d'écoulement ou de suppuration (**GPP**).
3. Si le moignon ombilical reste humide et malodorant ou si l'on soupçonne une infection ombilicale : orientez vers un pédiatre (**GPP**).

Explications

L'utilisation d'antiseptiques (par exemple la chlorhexidine) pour soigner le moignon ombilical n'est pas recommandée. Il suffit de garder les moignon propre et sec.

Un nombril suintant n'a pas besoin d'être traité. Un nombril suintant qui se développe quelques semaines après la naissance est généralement un granulome du nombril. Le professionnel de la santé peut traiter le granulome du nombril en le tamponnant une fois avec du nitrate d'argent ou par diathermie ou cryocautérisation.

Les causes d'un nombril suintant (qui n'est pas un granulome du nombril) sont l'omphalite, un ouraque persistant et un canal omphalo-entérique. Un canal omphalo-entérique est une protubérance de l'intestin et plus communément appelé diverticule de Meckel et a une prévalence de 2% de la population. L'échographie est l'examen complémentaire de premier choix ¹³⁹.

Dans le cas d'un nombril enflé rouge associé à de la fièvre, pensez à une infection et référez le patient pour traitement.

Base des recommandations

Les GPP ont été repris et adaptées du GPC du NICE (CG37) ²⁵ et reposent sur les données probantes suivantes :

¹³⁹ Van Bezooijen BP, Van der Horst HJ, Sleetboom C. De nattende navel: misschien geen navelgranuloom? Ned Tijdschr Geneesk 2002;146:1345-8.

- La revue Cochrane de Zupan et coll. ¹⁴⁰ a inclus 21 études et n'a pas pu démontrer de différence entre les moignons ombilicaux traités avec des antiseptiques, les moignons ombilicaux maintenus au sec ou les moignons ombilicaux traités par un placebo. Les antibiotiques et les antiseptiques ont réduit la colonisation bactérienne de la peau, mais leur signification clinique est inconnue. Aucune infection systémique ni décès n'a été observé dans les études examinées. Il a également été démontré que les antiseptiques retardent la chute du moignon ombilical.

La recherche documentaire complémentaire a identifié deux autres revues Cochrane :

- La revue de Sinha et coll. (2015) ¹⁴¹ conclut sur la base de deux études que le nettoyage du moignon ombilical avec de la chlorhexidine par rapport au maintien du moignon ombilical au sec réduit le risque d'omphalite/d'infections (RR 0,48, IC à 95% 0,40 à 0,57) (preuves de qualité modérée).
- La revue par Imdad et coll. (2013) ¹⁴² affirme qu'il n'y a pas suffisamment de preuves pour soutenir l'utilisation d'antiseptiques dans les pays développés pour soigner le moignon ombilical en milieu hospitalier.

Ces GPP ont été présentés à un panel d'experts et de stakeholders dans le cadre d'une procédure de consensus Delphi et a été validé au premier tour.

Considérations

Les considérations suivantes ont joué un rôle dans la formulation des GPP :

- Évaluation globale des effets et de la certitude des preuves pour les résultats critiques : preuves de faible certitude.
- Balance des avantages et des inconvénients : en faveur des GPP. Les GPP visent à informer les parents sur les soins du nombril chez le nouveau-né et à fournir des instructions quand un contact s'impose avec le pédiatre/le médecin généraliste.
- Valeurs et préférences : les GPP répondent aux valeurs des patients et de leurs parents en réduisant le risque de complications au niveau du nombril.
- Applicabilité : applicable en soins primaires.

¹⁴⁰ Zupan J, Garner P, Omari AA. Topical umbilical cord care at birth. Cochrane Database Syst Rev 2004:CD001057.

¹⁴¹ Sinha A, Sazawal S, Pradhan A, et al. Chlorhexidine skin or cord care for prevention of mortality and infections in neonates. Cochrane Database Syst Rev 2015:CD007835.

¹⁴² Imdad A, Bautista R, Senen K, et al. Umbilical cord antiseptics for preventing sepsis and death among newborns. Cochrane Database Syst Rev 2013:CD008635.

Conclusion : Il existe des preuves de faible certitude que l'utilisation d'antiseptiques dans les soins ombilicaux présente des avantages par rapport au simple fait de garder le moignon ombilical propre et sec. Le groupe d'auteurs recommande aux parents de consulter le médecin traitant en cas de rougeur, de gonflement, d'écoulement ou de suppuration du moignon ombilical et d'adresser le nouveau-né à un pédiatre si le moignon ombilical reste humide et malodorant ou si une infection ombilicale est suspectée.

5. Conjonctivite et troubles oculaires

Recommandations

1. Orientez une conjonctivite (parfois gravement purulente) qui se développe dans les dix jours post-partum à un ophtalmologue ou pédiatre en raison de la possibilité d'une infection par *Neisseria gonorrhoeae* ou *Chlamydia trachomatis* (**GPP**).
2. Si les yeux purulents persistent pendant plus de 14 jours, il faut penser à une dacryosténose. Puis, massez légèrement l'intérieur de l'œil. En cas de dacryosténose, en fonction de la gravité des plaintes, l'enfant n'a besoin d'être référé à un ophtalmologue ou pédiatre qu'après quelques mois à un an (**GPP**).
3. Conseillez de nettoyer les yeux du nouveau-né avec un linge propre ou une gaze imbibée de solution saline (**GPP**).

Explications

Une infection par *Neisseria gonorrhoeae* et *Chlamydia trachomatis* a lieu pendant l'accouchement. *Chlamydia trachomatis* provoque généralement une légère conjonctivite qui guérit généralement d'elle-même dans les deux semaines suivant l'accouchement. La chlamydia est transmise par les parents infectés dans 20% des cas. Une infection par *Neisseria gonorrhoeae* conduit généralement à une conjonctivite très purulente dans les quelques jours post-partum¹⁴³. Étant donné qu'il est cliniquement difficile de faire la distinction entre les deux infections avec certitude, il est recommandé de référer à un ophtalmologue ou pédiatre les nouveau-nés atteints de conjonctivite purulente avant le dixième jour qui suit la naissance¹⁴⁴.

¹⁴³ Schaap AHP. Chlamydia trachomatis infectie bij zwangeren en neonaten. SOA Bull 1992;6:16-7.

¹⁴⁴ [Rood oog en oogtrauma | NHG-Richtlijnen](#)

Chez les bébés, il est courant de constater dès la naissance la production de pus à un œil ou aux deux. Si cette situation persiste, elle est généralement due à une dacryosténose ou à un rétrécissement du canal lacrymal. Elle se résout généralement spontanément au cours des deux premières années de vie. Si elle persiste après plusieurs mois à un an, un ophtalmologue peut être consulté.

Base des recommandations

Les GPP concernant la conjonctivite et les données probantes à l'appui ont été repris et adaptés du NHG-Standaard Zwangerschap en kraamperiode ¹⁴⁵. Une recherche documentaire complémentaire n'a pas fourni de nouvelles informations permettant de confirmer ou d'infirmes les GPP.

Ces GPP ont été présentés à un panel d'experts et de stakeholders dans le cadre d'une procédure de consensus Delphi et a été validé au premier tour.

Considérations

Les considérations suivantes ont joué un rôle dans la formulation des GPP :

- Évaluation globale des effets et de la certitude des preuves pour les résultats critiques : preuves de faible certitude.
- Balance des avantages et des inconvénients : en faveur des GPP. Les GPP visent à informer les parents sur les troubles oculaires chez le nouveau-né et à fournir des instructions quand un contact s'impose avec le pédiatre/ophtalmologue.
- Valeurs et préférences : les GPP répondent aux valeurs des patients et de leurs parents en réduisant le risque de développement d'une conjonctivite ou d'un trouble oculaire.
- Applicabilité : applicable en soins primaires.

Conclusion : Le groupe d'auteurs recommande d'adresser à un ophtalmologue ou à un pédiatre les conjonctivites (parfois purulentes) qui se développent dans les 10 jours après la naissance. Si la sécrétion de pus ou l'écoulement persiste pendant plus de 14 jours, le groupe d'auteurs recommande (en fonction de la gravité des symptômes) de n'adresser le nouveau-né à un ophtalmologue ou à un pédiatre qu'après plusieurs mois ou un an. Le groupe d'auteurs recommande de nettoyer les yeux du nouveau-né avec un tissu propre ou une gaze fraîche imbibée de solution saline.

¹⁴⁵ [Zwangerschap en kraamperiode | NHG-Richtlijnen](#)

6. Reflux

Recommandations

1. Référez au pédiatre les enfants présentant une perte de poids, pleurant excessivement ou suspectés d'avoir une autre pathologie (**GPP**).
2. Le prestataire de soins informe les parents sur l'évolution normale du reflux gastro-œsophagien (RGO) et des pleurs. Placer l'enfant dans son lit avec la tête de lit relevée par rapport au pied du lit n'est pas efficace contre le RGO (**GPP**).
3. Un traitement est rarement vraiment nécessaire. Dans les formes prononcées, l'alimentation est adaptée (**GPP**).

Explications

Le reflux gastro-œsophagien (RGO) est un phénomène physiologique et peut s'accompagner de régurgitations (= reflux dans la bouche) et de vomissements. On estime que 50% des nouveau-nés ont une forme de reflux. La cause est un reflux volumique dû à une alimentation excessive plutôt qu'un reflux acide. Habituellement, il disparaît dans les premiers mois de la vie.

Relever la tête du lit n'améliore pas les symptômes, car la position augmente la pression abdominale. L'épaississement du lait (artificiel) réduit les plaintes. La gomme de caroube et l'aminopeptine de riz sont utiles et neutres en énergie. L'amidon de maïs (féculé de maïs) est également un produit approprié pour épaissir le lait, mais il contient des glucides supplémentaires.

La maladie de reflux se produit lorsque le RGO entraîne un retard de croissance, des pleurs excessifs, de l'irritabilité et un refus de nourriture. Le diagnostic dans ce groupe se fait par le pédiatre et par le biais d'un traitement d'essai avec des inhibiteurs H2. Le traitement d'essai ne sera pas administré aux enfants qui régurgitent mais grandissent bien et aux enfants qui ne régurgitent pas et ne rendent pas mais qui pleurent excessivement. L'administration d'antiacides à ces enfants n'est pas efficace. Les pleurs inconsolables ne sont pas à eux seuls une cause de reflux et ne constituent donc pas une raison pour un traitement d'essai.

Base des recommandations

Les GPP concernant le reflux gastro-œsophagien (RGO) et les données probantes à l'appui sont reprises et adaptées du NHG-Standaard Zwangerschap en kraamperiode¹⁴⁴ et se basent sur les données probantes suivantes :

L'incidence du RGO dépend de la définition. Plusieurs études parlent d'une incidence allant de 12 à 67% des nouveau-nés. Chez la plupart des enfants, les plaintes disparaissent après 5 à 12 mois ¹⁴⁶. La cause est probablement une combinaison d'une transition incomplète estomac-œsophage, un excès d'alimentation relativement liquide, d'une position couchée continue en décubitus dorsal et d'une pression relativement élevée dans l'abdomen par rapport au thorax.

- Relever la tête du berceau en position couchée en décubitus dorsal n'a aucun effet. Le métoclopramide peut apporter un certain bénéfice par rapport au placebo dans le traitement symptomatique du RGO, mais cela doit être mis en balance par rapport aux effets secondaires potentiels ¹⁴⁷.
- Il existe peu d'études sur l'utilisation des antagonistes des récepteurs H2 chez les jeunes enfants. Certaines études avec des sujets ayant un reflux prouvé par endoscopie montrent que la cimétidine et la nizatidine améliorent les scores cliniques par rapport au placebo ¹⁴⁸. En soins primaires, on parle de reflux en cas de symptômes typiques (donc sans preuve par endoscopie). Une étude randomisée, non en aveugle, (n = 35, enfants de 1,3 à 10,5 mois, reflux établi sur base de l'anamnèse associé à des pleurs) a montré une réduction des pleurs et des régurgitations avec de la famotidine ¹⁴⁹. Les effets indésirables rapportés de la famotidine dans cette étude étaient l'agitation (n = 6), la somnolence (n = 3), l'anorexie (n = 2), les céphalées (n = 2), les vomissements (n = 1), le hoquet (n = 1) et candida (n = 1). Aux Pays-Bas, l'Association néerlandaise de pédiatrie recommande de donner un traitement d'essai à la ranitidine. Cependant, il n'existe pas de données probantes de qualité pour l'efficacité de la ranitidine chez les enfants atteints de reflux de moins d'un an ¹⁵⁰.

¹⁴⁶

- Campanozzi A, Boccia G, Pensabene L, et al. Prevalence and natural history of gastroesophageal reflux: pediatric prospective survey. *Pediatrics* 2009;123:779-83.
- Hegar B, Dewanti NR, Kadim M, et al. Natural evolution of regurgitation in healthy infants. *Acta Paediatr* 2009;98:1189-93.

¹⁴⁷ Craig WR, Hanlon-Dearman A, Sinclair C, et al. WITHDRAWN: Metoclopramide, thickened feedings, and positioning for gastro-oesophageal reflux in children under two years. *Cochrane Database Syst Rev* 2010:CD003502.

¹⁴⁸ Vandenplas Y, Rudolph CD, Di Lorenzo C, et al. Pediatric gastroesophageal reflux clinical practice guidelines: joint recommendations of the North American Society for Pediatric Gastroenterology, Hepatology, and Nutrition (NASPGHAN) and the European Society for Pediatric Gastroenterology, Hepatology, and Nutrition (ESPGHAN). *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 2009;49:498-547.

¹⁴⁹ Orenstein SR, Shalaby TM, Devandry SN, et al. Famotidine for infant gastro-oesophageal reflux: a multi-centre, randomized, placebo-controlled, withdrawal trial. *Aliment Pharmacol Ther* 2003;17:1097-107.

¹⁵⁰

- Gale CR, Robinson SM, Harvey NC, et al. Maternal vitamin D status during pregnancy and child outcomes. *Eur J Clin Nutr* 2008;62:68-77.

- Il existe deux études sur les inhibiteurs de la pompe à protons chez les enfants de moins d'un an, qui montrent qu'un inhibiteur de la pompe à protons n'est pas plus efficace qu'un placebo. Pour cette raison, les inhibiteurs de la pompe à protons ne sont pas recommandés pour les enfants de moins d'un an. En plus du manque de preuves solides de leur efficacité, il existe des risques d'effets secondaires tels que maux de tête, diarrhée, constipation, nausées et pneumonie ¹⁵¹. La revue de la littérature de Blokpoel et coll. montre que l'oméprazole augmente l'acidité, mais n'a aucune influence sur les pleurs ¹⁵². Il n'y a pas de preuve scientifique que de plus petites quantités d'alimentation entraînent moins de régurgitation. Ce conseil est basé sur le mécanisme physiologique.

Une recherche documentaire complémentaire a été effectuée et a identifié la revue systématique de 2017 de Kwok et coll. ¹⁵³ qui conclut que le RGO est un phénomène physiologique qui se résout de lui-même et qui ne nécessite pas nécessairement un traitement. Or, il existe des preuves de certitude modérée que l'épaississement alimentaire peut être envisagé si les symptômes de régurgitation persistent chez les nourrissons alimentés au lait maternisé.

Ces GPP ont été présentés à un panel d'experts et de stakeholders dans le cadre d'une procédure de consensus Delphi et a été validé au premier tour.

-
- Vandenplas Y, Rudolph CD, Di Lorenzo C, et al. Pediatric gastroesophageal reflux clinical practice guidelines: joint recommendations of the North American Society for Pediatric Gastroenterology, Hepatology, and Nutrition (NASPGHAN) and the European Society for Pediatric Gastroenterology, Hepatology, and Nutrition (ESPGHAN). *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 2009;49:498-547.

¹⁵¹

- Vandenplas Y, Rudolph CD, Di Lorenzo C, et al. Pediatric gastroesophageal reflux clinical practice guidelines: joint recommendations of the North American Society for Pediatric Gastroenterology, Hepatology, and Nutrition (NASPGHAN) and the European Society for Pediatric Gastroenterology, Hepatology, and Nutrition (ESPGHAN). *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 2009;49:498-547.
- BMJ group. Managing gastro-oesophageal reflux in infants. *BMJ* 2010; 341: c4420,
- Orenstein SR, Shalaby TM, Devandry SN, et al. Famotidine for infant gastro-oesophageal reflux: a multi-centre, randomized, placebo-controlled, withdrawal trial. *Aliment Pharmacol Ther* 2003;17:1097-107.

¹⁵² Blokpoel RG, Broos N, De Jong-van den Berg LT, De Vries TW. Waarde omeprazol bij huilende zuigelingen beperkt. *Ned Tijdschr Geneesk* 2010;154:A1850.

¹⁵³ Kwok TC, Ojha S, Dorling J. Feed thickener for infants up to six months of age with gastro-oesophageal reflux. *Cochrane Database Syst Rev* 2017:CD003211.

Considérations

Les considérations suivantes ont joué un rôle dans la formulation des GPP :

- Évaluation globale des effets et de la certitude des preuves pour les résultats critiques : preuves de faible certitude.
- Balance des avantages et des inconvénients : en faveur des GPP. Les GPP visent à informer les parents sur l'évolution normale du reflux gastro-œsophagien chez le nouveau-né et à fournir des instructions quand un contact s'impose avec le pédiatre.
- Valeurs et préférences : les GPP répondent aux valeurs des patients et de leurs parents en réduisant le risque de complications d'un reflux gastro-œsophagien.
- Applicabilité : applicable en soins primaires.

Conclusion : Le groupe d'auteurs recommande d'adresser au pédiatre les enfants présentant une perte de poids, des pleurs excessifs ou en cas de suspicion d'une autre pathologie. Le groupe d'auteurs recommande que tout professionnel de la santé impliqué soit en mesure de fournir des informations sur l'évolution normale du reflux gastro-œsophagien et du comportement des pleurs. Le groupe d'auteurs estime que le traitement est rarement nécessaire. Il existe des preuves de certitude modérée que l'épaississement de l'alimentation peut être envisagé en cas de symptômes persistants de régurgitation chez les nourrissons nourris au lait maternisé.

7. Muguet

Recommandations

1. En posant le diagnostic du muguet chez l'enfant, informez et conseillez la mère qui allaite en ce qui concerne les mesures hygiéniques pertinentes (**GPP**).
2. Traitez le muguet avec un antifongique approprié si les symptômes sont douloureux pour la mère ou pour l'enfant ou s'il cause des problèmes d'alimentation (**GPP**).
3. En cas de muguet il est nécessaire de traiter aussi bien la mère que le nouveau-né (**GPP**).

Explications

Une langue couverte d'une couche blanche chez le nourrisson est courante et n'est pas nécessairement synonyme de muguet. S'il n'y a pas de plaintes, aucun traitement n'est requis.

Une rougeur avec des taches blanches non essuyables dans la bouche d'un nourrisson qui lâche le mamelon lorsqu'il est nourri ou pleure beaucoup, peut indiquer un muguet.

Le muguet est le plus souvent causé par *Candida albicans*, qui peut être transmis de la mère à l'enfant à la naissance. Les nouveau-nés sont immunologiquement immatures et plus susceptibles de contracter des infections.

Le kétoconazole et le miconazole semblent être plus efficaces que la nystatine. Le gel oral de miconazole est préféré pour sa facilité d'utilisation, mais il n'est pas enregistré pour les nourrissons < 4 mois en raison des risques d'étouffement.

Concernant le traitement :

- Enfants <4 mois : suspension buvable de nystatine 1 à 2 ml (100 000 U par ml) 4 par jour, ou après chaque alimentation 0,5 à 1 ml, maximum 8 ml / jour.
- Enfants > 4 mois : gel oral de miconazole ; conseillez de bien étaler le gel afin que le nourrisson ne puisse s'étouffer.
- Continuez pendant une semaine après la disparition des anomalies.
- Traitez la mère avec de la crème au miconazole sur les mamelons. Si nécessaire, lavez les mamelons avant d'allaiter.

Base des recommandations

Les GPP concernant le muguet et les données probantes à l'appui ont été repris et adaptés du GPC du NICE (CG37) ²⁵. Les GPP concernant le traitement sont reprises du NHG-Standaard Zwangerschap en Kraamperiode ¹⁴⁴ et sont conformes aux données probantes mentionnées dans le GPC du NICE :

- Une RCT a comparé les traitements oraux du muguet chez 35 nouveau-nés : 1 ml (20 mg) de suspension orale de kétoconazole 3 fois par jour versus 1 ml de suspension topique de nystatine 4 fois par jour ¹³². Après une semaine de traitement, on a constaté une amélioration statistiquement significative dans le groupe kétoconazole ($p = 0,012$) : les symptômes ont disparu chez les 20 bébés du groupe kétoconazole versus 8 bébés (53,3 %) dans le groupe nystatine. Le kétoconazole semble être plus efficace que la nystatine pour le traitement du muguet.
- Une RCT a comparé 2 marques de gel oral de nystatine avec un gel oral de miconazole ¹³³. Nonante-quinze nourrissons (poids corporel < 10 kg) présentant un

muguet buccal diagnostiqué cliniquement et des cultures fongiques positives ont été attribués à l'un des trois traitements. Après 14 jours, le taux de guérison clinique était significativement plus élevé dans le groupe miconazole que dans les deux groupes nystatine ($p = 0,0032$ et $0,00068$). La durée du traitement varie en fonction de la quantité de médicament contenue dans un tube (8 jours avec le miconazole et 10 ou 14 jours avec la nystatine). Cependant, même après le traitement au miconazole, de nombreuses cultures étaient encore positives. La signification clinique de ce phénomène n'est pas claire. La durée optimale du traitement n'a pas encore été déterminée.

Ces GPP ont été présentés à un panel d'experts et de stakeholders dans le cadre d'une procédure de consensus Delphi et a été validé au premier tour.

Considérations

Les considérations suivantes ont joué un rôle dans la formulation des GPP :

- Évaluation globale des effets et de la certitude des preuves pour les résultats critiques : preuves de faible certitude.
- Balance des avantages et des inconvénients : en faveur des GPP. Les GPP visent à informer et accompagner les parents dans la prévention du muguet chez les nouveaux-nés et à fournir des instructions quant au traitement.
- Valeurs et préférences : les GPP répondent aux valeurs des patients et de leurs parents en réduisant le risque de complications d'un épisode de muguet.
- Applicabilité : applicable en soins primaires.

Conclusion : Lorsque le muguet est diagnostiqué chez le nourrisson, le groupe d'auteurs recommande de donner à la femme qui allaite des informations et des conseils sur les mesures hygiéniques à prendre. Il existe des preuves de faible certitude pour le traitement du muguet avec un agent antifongique approprié en cas de symptômes douloureux chez la mère ou l'enfant ou si le muguet entraîne des difficultés d'alimentation. Le groupe d'auteurs considère que la mère et l'enfant doivent être traités pour le muguet.

8. Constipation et diarrhée

Recommandations

1. Chez un bébé qui n'a pas eu d'écoulement de méconium dans les 24 heures : examinez le bébé pour en déterminer la cause, qui peut être liée à l'alimentation ou à une pathologie sous-jacente (action urgente) (**GPP**).
2. Chez un bébé constipé qui est nourri au biberon, évaluez les éléments suivants (action urgente) (**GPP**) :
 - Technique de préparation,
 - Quantité de liquide,
 - Fréquence des alimentations,
 - Composition de l'alimentation.
3. Examinez un bébé qui a des selles plus fréquentes et/ou plus molles que d'habitude (action urgente) (**GPP**).

Explications

Constipation

La constipation n'est pas si courante chez les nourrissons. Il est vrai qu'il existe des anomalies physiques congénitales expliquant chez le nouveau-né l'absence de selles ou la production de peu de selles pendant les premiers jours. Par conséquent, il sied de toujours prêter attention au moment de la première selle. Si nécessaire, des examens complémentaires sont effectués pour écarter les anomalies graves et initier un traitement approprié.

Les bébés allaités souffrent rarement de constipation. La constipation peut survenir chez les bébés nourris au lait maternisé, par exemple quand le lait est trop concentré (moins d'eau), à cause d'une mauvaise préparation du biberon, du nombre de biberons par jour et de la composition du lait artificiel).

Diarrhée ¹⁵⁴

Chez un enfant souffrant de diarrhée, les facteurs suivants augmentent le risque de déshydratation :

- Bébés <6 mois,

¹⁵⁴ Armon K, Atkinson M, Lakhanpaul M, et al. Guideline for the management of children presenting to hospital with diarrhoea, with or without vomiting. Nottingham: University of Nottingham, 2002.

- Plus de 8 selles significatives avec diarrhée au cours des dernières 24 heures,
- Plus de 4 épisodes significatifs de vomissements associés à la diarrhée au cours des dernières 24 heures,
- Les signes de déshydratation sont peu probables avec une perte de poids inférieure à 3%,
- Les muqueuses sèches, les yeux enfoncés, une diminution de la turgescence cutanée, un état neurologique altéré et une respiration profonde sont généralement présents avec une perte de poids moyenne de 3 à 8%.

La réhydratation orale est le traitement standard chez les enfants atteints de déshydratation légère à modérée due à une gastro-entérite. Les nourrissons atteints de gastro-entérite qui sont allaités doivent continuer à être allaités pendant la phase de réhydratation et d'entretien. Les bébés nourris avec du lait maternisé reçoivent à nouveau la dose complète d'une préparation contenant du lactose après réhydratation avec une solution de réhydratation orale (SRO).

Le traitement de la diarrhée :

- Les SRO doivent être utilisés systématiquement dans le traitement de la diarrhée aqueuse et de la déshydratation ;
- L'alimentation doit être poursuivie pendant la phase de réhydratation pour maintenir le remplissage intestinal ;
- L'utilisation d'inhibiteurs de transit (par exemple le loperamide) n'est pas recommandée pour des raisons de sécurité chez les enfants de moins de 2 ans.

Base des recommandations

Les GPP concernant la constipation et les données probantes à l'appui sont repris et adaptés du GPC du NICE (CG37) ²⁵. Aucune étude sur la constipation chez le nouveau-né n'a été trouvée. Une étude américaine a évalué les dossiers de 4.157 enfants de moins de 2 ans. La prévalence de la constipation au cours de la première année de vie était de 2,9% ¹⁵⁵.

Les GPP concernant la diarrhée et les données probantes à l'appui sont repris et adaptés du GPC du NICE (CG37) ²⁵, et sont principalement basés sur les recommandations du Paediatric Accident and Emergency Research Group ¹⁵³ et du Nutrition Committee of the Canadian Paediatric Society ¹⁵⁶.

¹⁵⁵ Loening-Baucke V. Prevalence, symptoms and outcome of constipation in infants and toddlers. *J Pediatr* 2005;146:359-63.

¹⁵⁶ Nutrition Committee of the Canadian Paediatric Society. Treatment of diarrheal disease. *Paediatr Child Health* 2003;8:455-8.

Une recherche documentaire complémentaire n'a pas identifié de nouvelles informations susceptibles de confirmer ou d'infirmer les GPP.

Ces GPP ont été présentés à un panel d'experts et de stakeholders dans le cadre d'une procédure de consensus Delphi et a été validé au premier tour.

Considérations

Les considérations suivantes ont joué un rôle dans la formulation des GPP :

- Évaluation globale des effets et de la certitude des preuves pour les résultats critiques : preuves de faible certitude.
- Balance des avantages et des inconvénients : en faveur des GPP. Les GPP visent à informer sur la constipation et la diarrhée chez le nouveau-né.
- Valeurs et préférences : les GPP répondent aux valeurs des patients et de leurs parents en réduisant le risque de complications suite à une constipation et une diarrhée.
- Applicabilité : applicable en soins primaires.

Conclusion : Le groupe d'auteurs recommande d'examiner un bébé qui ne produit pas de méconium dans les 24 heures pour en déterminer la cause. Le groupe d'auteurs recommande d'évaluer les éléments suivants chez un bébé obstrué nourri au lait maternisé : technique de préparation, quantité de liquide, fréquence des alimentations, composition du lait maternisé. Le groupe d'auteurs recommande d'examiner un bébé dont les selles sont plus fréquentes et/ou plus molles que la normale.

9. Crampes intestinales/bébé qui pleure

Recommandations

1. Lorsque le bébé pleure beaucoup et est inconsolable, surtout le soir, lorsqu'il relève les jambes jusqu'à son ventre ou se cambre : recherchez une cause sous-jacente, y compris la colique intestinale (action urgente) (**GPP**).
2. Vérifiez les éléments suivants lorsque le bébé pleure beaucoup et est inconsolable (**GPP**) :
 - Santé générale du bébé,
 - Antécédents prénatals et périnatals,
 - Début et durée des pleurs,
 - Schéma défécatoire,
 - Régime,
 - Alimentation de la femme si elle allaite,
 - Allergies dans la famille,
 - Attitude des parents aux pleurs,
 - Facteurs qui diminuent ou augmentent les pleurs.
3. Rassurez les parents de bébés atteints de coliques et expliquez que le bébé ne les rejette pas et que les coliques sont généralement transitoires. Conseillez aux parents de prendre le bébé dans les bras et de les soutenir pendant la crise de pleurs (**GPP**).
4. Si les mesures conventionnelles n'apportent pas d'amélioration, il faut orienter le nouveau-né vers un pédiatre/médecin généraliste (**GPP**).

Explications

Les crampes intestinales sont un problème courant pendant la période post-partum. Ils provoquent souvent des pleurs excessifs chez les bébés en bonne santé. Bien que les crampes intestinales soient généralement passagères, elles inquiètent souvent les parents. Il est important de les rassurer et de leur conseiller de prendre le bébé dans leurs bras et de le soutenir.

Si le bébé pleure beaucoup et est inconsolable, surtout le soir, on peut vérifier un certain nombre d'éléments (*voir ci-dessus*).

Si le problème persiste ou si les mesures conventionnelles ne sont d'aucune utilité, il est recommandé de consulter un médecin généraliste ou un pédiatre.

Base des recommandations

Les GPP concernant les crampes intestinales et bébés qui pleurent sont repris et adaptés du GPC du NICE (CG37) ²⁵, et sont principalement basés sur les données probantes suivantes :

- En 1998, Lucassen et coll. ¹⁵⁷ ont mené une revue de la littérature sur l'efficacité des traitements des crampes intestinales chez les nourrissons, y compris les régimes alimentaires, les médicaments et les interventions comportementales, avec, comme critères d'évaluation principaux : les pleurs ou la présence de crampes intestinales. La revue a inclus 27 RCT, dont 5 ont étudié l'effet sur les crampes intestinales de l'élimination du lait de vache, 3 l'effet du remplacement du lait de soja et 2 l'effet d'une préparation hypoallergénique. Après sommation des données, la taille de l'effet de l'élimination du lait de vache était de 0,22 (CI 0,10-0,34). Les aliments hypoallergéniques ont eu un effet clair : 0,22 (CI 0,09-0,35). Cependant, l'effet de la substitution du lait de soja n'était pas significatif. La réduction de la teneur en lactose du lait maternisé n'a eu aucun effet. La comparaison entre le lait maternel et le lait de vache standard chez les nourrissons allaités n'a montré aucune différence significative. Dans une étude, des tisanes contenant de la camomille, de la verveine, de la réglisse, du fenouil et de la menthe baumée se sont révélées efficaces. La dicyclomine présente un bénéfice clair (0,46 ; CI 0,33-0,60), mais ne peut être recommandée en raison d'effets secondaires graves occasionnels. La siméthicone n'a montré aucun avantage. Les interventions comportementales, telles que l'augmentation du portage et d'autres techniques spécifiques, n'ont pas réduit les pleurs.
- Pour leur revue systématique de 2000, Garrison et Christakis ¹⁵⁸ ont recherché dans Medline et Cochrane des études cliniques ou des RCT sur le traitement des crampes intestinales. Ils ont identifié 22 études pour lesquelles l'évaluation de la qualité a été résumée, mais sans évaluation des preuves. Trois études sur la siméthicone n'ont montré aucun avantage convaincant de ce traitement. Dans 3 RCT, des résultats significativement meilleurs ont été obtenus avec la dicyclomine par rapport au placebo. Cependant, en raison d'effets secondaires graves, il a été conclu qu'il ne devait pas être utilisé chez les nourrissons de moins de 6 mois. Une RCT utilisant la méthylscopolamine pour le traitement des crampes intestinales chez les nourrissons n'a trouvé aucun effet significatif sur les symptômes. Les données sur les régimes hypoallergéniques des mères allaitantes ne sont pas concluantes, mais suggèrent un possible bénéfice thérapeutique.

¹⁵⁷ Lucassen PL, Assendelft WJ, Gubbels JW, et al. Effectiveness of treatments for infantile colic: systematic review. *BMJ* 1998;316:1563-9.

¹⁵⁸ Garrison MM, Christakis DA. Early childhood: colic, child development, and poisoning prevention: a systematic review of treatments for infant colic. *Pediatrics* 2000;106: S184-S190.

- Une analyse stratifiée de l'étude de Hill de 1995 ¹⁵⁹ a révélé que les crampes intestinales des nourrissons recevant une préparation hypoallergénique s'étaient nettement améliorées par rapport au placebo ($p < 0,01$). Une deuxième étude a observé une amélioration significative des crampes intestinales chez les nourrissons recevant une préparation hypoallergénique, mais la manière dont les données sont présentées ne permet pas de comparaison. Deux RCT ont examiné les préparations à base de soja : une étude a observé une réduction de la durée hebdomadaire des crampes intestinales avec les préparations à base de soja (8,7 heures contre 18,8 heures pendant les périodes de contrôle (RR 0,33 ; CI 0,017-0,65) ; les données rapportées dans l'autre étude n'ont pas permis d'analyser l'effet du traitement et n'ont donc pas été incluses. Les 2 RCT qui ont examiné les effets des enzymes de lactase sur les crampes intestinales ont trouvé une différence significative entre l'intervention et le placebo. Les études comportementales sur le portage du nourrisson (2) et la voiture (1) sur les symptômes de coliques n'ont montré aucun effet significatif. Une étude a trouvé un effet significatif de la réduction des stimuli du nourrisson (RR 1,87 ; CI 1,04-3,34), mais présentait des lacunes méthodologiques (critères d'inclusion mal définis et questions sur la mise en aveugle). Une RCT a étudié l'effet d'une tisane contenant de la camomille, de la verveine, de la réglisse, du fenouil et de la menthe baumée. Après 7 jours, 57% des nourrissons ne répondaient plus aux critères de Wessel pour les crampes intestinales contre 26% dans le groupe placebo. Enfin, 2 RCT ont examiné le saccharose comme traitement des crampes intestinales : son effet a duré < 30 minutes dans la première RCT et seulement 3 minutes dans la seconde RCT. Les auteurs concluent qu'une approche factuelle des crampes intestinales pourrait inclure des modifications alimentaires (aliments hypoallergéniques), des tisanes et une réduction des stimuli environnementaux.

La recherche documentaire supplémentaire a permis d'identifier les études pertinentes suivantes :

- La revue Cochrane 2018 de Gordon et coll. ¹⁶⁰ conclut qu'il existe actuellement peu de preuves sur l'efficacité des modifications alimentaires dans le traitement des crampes intestinales chez le nourrisson. Les quelques études disponibles avaient des échantillons de petite taille ; la plupart présentaient de sérieuses limitations. En raison du nombre insuffisant d'études, aucune méta-analyse n'a pu être réalisée. Les avantages rapportés des formules hydrolysées semblent incohérents. Aucune intervention unique ne peut être recommandée sur la base

¹⁵⁹ Hill DJ, Cameron DJ, Francis DE, et al. Challenge confirmation of late-onset reactions to extensively hydrolyzed formulas in infants with multiple food protein intolerance. *J Allergy Clin Immunol* 1995;96:386-94.

¹⁶⁰ Gordon M, Biagioli E, Sorrenti M, et al. Dietary modifications for infantile colic. *Cochrane Database Syst Rev* 2018:CD011029.

de ces résultats. De futures études sur des interventions individuelles, avec des mesures de résultats cliniquement significatives et une conception et une puissance d'étude appropriées, sont nécessaires.

- La revue systématique réalisée en 2019 par Ong et coll.¹⁶¹ indique qu'il n'existe pas de preuves scientifiques claires que les probiotiques sont plus efficaces qu'un placebo pour prévenir les crampes intestinales chez les nourrissons.

Ces GPP ont été présentés à un panel d'experts et de stakeholders dans le cadre d'une procédure de consensus Delphi et a été validé au premier tour.

Considérations

Les considérations suivantes ont joué un rôle dans la formulation des GPP :

- Évaluation globale des effets et de la certitude des preuves pour les résultats critiques : preuves de faible certitude.
- Balance des avantages et des inconvénients : en faveur des GPP. Les GPP visent à informer sur les coliques intestinales et les pleurs excessifs chez le nouveau-né.
- Valeurs et préférences : les GPP répondent aux valeurs des patients et de leurs parents parce qu'ils permettent d'évaluer et d'examiner correctement les crampes intestinales et les pleurs des bébés.
- Applicabilité : applicable en soins primaires.

Conclusion : Sur la base des preuves scientifiques examinées, le groupe d'auteurs recommande de rechercher une cause sous-jacente, notamment une colique intestinale, lorsqu'un bébé pleure abondamment et est inconsolable, surtout le soir, lorsqu'il relève les jambes vers le ventre ou lorsqu'il courbe le dos. Plusieurs éléments peuvent être vérifiés. Il faut conseiller aux parents de porter et de soutenir le bébé pendant la crise de larmes. Les preuves sont insuffisantes en ce qui concerne les changements alimentaires pour traiter les crampes intestinales.

¹⁶¹ Ong TG, Gordon M, Banks SS, et al. Probiotics to prevent infantile colic. Cochrane Database Syst Rev 2019:CD012473.

10. Fièvre

Recommandations

1. Mesurez la température corporelle d'un bébé uniquement si des facteurs de risque spécifiques sont présents, comme fièvre chez la mère pendant l'accouchement, ou signes cliniques chez le nouveau-né (**GPP**).
2. Une température corporelle $\geq 38^{\circ}\text{C}$ est anormale et nécessite un examen physique complet pour en déterminer la cause (action urgente) (**GPP**).

Explications

Une température trop élevée peut également être causée par des facteurs environnementaux (habillage trop chaud, environnement chaud), mais elle peut aussi indiquer une infection ou une autre pathologie. Une augmentation de la température corporelle à partir de 38°C chez un nourrisson de moins de 3 mois est considérée comme de la fièvre ¹⁶².

Une mesure précise de la température est importante chez un enfant malade pour déterminer la bonne prise en charge. Une mesure faussement positive peut conduire à une action médicale inutile, tandis qu'une mesure faussement négative peut faire en sorte qu'un enfant avec de la fièvre ne soit pas diagnostiqué, ou entraîner un retard dans la détermination d'une maladie grave.

Si le bébé est suspecté d'être malade, la température corporelle doit être mesurée correctement à l'aide d'un thermomètre numérique calibré.

La mesure de la température rectale est généralement considérée comme l'étalon-or pour déterminer la température corporelle centrale. La mesure rectale présente l'inconvénient d'être invasive, d'exposer le personnel médical à des maladies infectieuses et de provoquer de l'anxiété chez les jeunes enfants. L'avantage de la mesure axillaire est qu'elle est facile et qu'elle n'est pas liée au risque de perforation rectale et de contamination par les selles. L'inconvénient est qu'elle n'est pas suffisamment fiable par rapport à la mesure de la température rectale. Le thermomètre auriculaire infrarouge mesure la température du tympan et est de plus en plus utilisé parce qu'il est pratique à l'emploi et prend peu de temps. La

¹⁶²

- Baraff LJ, Bass JW, Fleisher GR, et al. Practice guideline for the management of infants and children 0 to 36 months of age with fever without source. *Ann Emerg Med* 1993;22:1198-210.
- Marcy SM, Kohl KS, Dagan R, et al. Fever as an adverse event following immunization: case definition and guidelines of data collection, analysis, and presentation. *Vaccine* 2004;22:551-6.

température mesurée par un thermomètre auriculaire est généralement inférieure à la température mesurée par voie rectale ; la différence moyenne d'une mesure auriculaire et d'une mesure rectale est de 0,2°C ¹⁶³. En pratique, par conséquent, le thermomètre auriculaire infrarouge ne peut pas remplacer le thermomètre rectal pour déterminer la température exacte. **La mesure rectale reste la mesure la plus fiable.**

En cas de fièvre, le nourrisson doit être soigneusement examiné. Le but de cet examen est d'évaluer le degré de maladie et de trouver le foyer possible provoquant la fièvre. Une bonne observation durant l'examen physique est très importante ¹⁶⁴. L'examen implique l'évaluation de/du :

- degré de maladie (niveau de conscience, réaction aux parents, pleurs et inconsolabilité, température ;
- peau : couleur, présence de taches ;
- État d'hydratation ;
- stimulation méningée (fontanelle bombée, ..) ;
- respiration (fréquence <60) ;
- circulation (fréquence cardiaque: 110-160) ;
- abdomen ;
- articulations ou membres ;
- nez-gorge-oreilles.

Tous les bébés de moins de 28 présentant une fièvre et qui sont manifestement malades sont hospitalisés en vue d'une administration parentérale d'antibiotiques. Les bébés entre 28 et 90 jours sans risque accru de fièvre (auparavant en bonne santé, pas d'infection bactérienne focale à l'examen physique et dépistage négatif en laboratoire) peuvent être traités en ambulatoire avec suivi étroit ¹⁶⁵.

Base des recommandations

Les GPP concernant la fièvre sont repris et adaptés du GPC du NICE (CG37) ²⁵ et sont basés sur les données probantes suivantes :

- La définition de la fièvre est basée sur Baraff et coll. (1993) et Marcy et coll. (2004) ¹⁶¹.

¹⁶³ Zhen C, Xia Z, Long L, Pu Y. Accuracy of infrared ear thermometry in children: a meta-analysis and systematic review. Clin Pediatr (Phila) 2014;53:1158-65.

¹⁶⁴ [Kinderen met koorts | NHG-Richtlijnen](#)

¹⁶⁵ Baraff LJ, Bass JW, Fleisher GR, et al. Practice guideline for the management of infants and children 0 to 36 months of age with fever without source. Ann Emerg Med 1993;22:1198-210.

- Une vaste étude de cohorte prospective menée aux États-Unis (Pantell et coll. 2004) ¹⁶⁶ a révélé un éventail de maladies chez 3.066 nourrissons de moins de 3 mois dont la température corporelle était > 38 °C, les 10 plus importantes étant : infection des voies respiratoires supérieures, otite moyenne, bronchiolite, gastro-entérite, infection des voies urinaires, pneumonie, syndrome viral non spécifié, méningite virale, cause non identifiée, nourrisson en bonne santé.
- Une sous-analyse de la revue systématique de Craig et coll. réalisée en 2000 ¹⁶⁷ a examiné 2 études sur l'utilisation de thermomètres électroniques chez 652 nouveau-nés. Il y avait une variation considérable entre la mesure axillaire et rectale avec les thermomètres électroniques dans les différentes études. La température moyenne était généralement plus basse avec la mesure axillaire qu'avec la mesure rectale.
- La revue systématique de Craig et coll. de 2002 ¹⁶⁸ a conclu que la mesure rectale de la température avec un thermomètre auriculaire infrarouge n'est pas appropriée même lorsque le thermomètre est utilisé en mode rectal ($p < 0,0001$).
- D'autres études ont également examiné les méthodes de mesure de la température chez les nouveau-nés :
 - Sganga et coll. (2000) ¹⁶⁹ ont comparé la mesure de la température avec un thermomètre en verre, un thermomètre numérique jetable, un thermomètre électronique et un thermomètre auriculaire chez 184 nouveau-nés en bonne santé âgés de 1 à 168 heures. Les mesures de température effectuées à l'aide du thermomètre numérique présentaient la corrélation la plus forte avec la mesure effectuée à l'aide du thermomètre en verre et la moins forte avec la mesure effectuée à l'aide du thermomètre auriculaire.
 - Loveys et coll. 1999 ¹⁷⁰ ont examiné des mesures appariées avec un thermomètre rectal numérique et un thermomètre auriculaire infrarouge. La température rectale et la température de l'oreille étaient identiques, autour de 37,7°C. Cependant, une température rectale plus basse était associée à une température auriculaire légèrement plus élevée (différence maximale

¹⁶⁶ Pantell RH, Newman TB, Bernzweig J, et al. Management and outcomes of care of fever in early infancy. *JAMA* 2004;291:1203-212.

¹⁶⁷ Craig JV, Lancaster GA, Williamson PR, Smyth RL. Temperature measured at the axilla compared with rectum in children and young people: systematic review. *BMJ* 2000;320:1174-8.

¹⁶⁸ Craig JV, Lancaster GA, Taylor S, et al. Infrared ear thermometry compared with rectal thermometry in children: a systematic review. *Lancet* 2002;360:603-9.

¹⁶⁹ Sganga A, Wallace R, Kiehl E, et al. A comparison of four methods of normal newborn temperature measurement. *MCN Am J Matern Child Nurs* 2000;25:76-9.

¹⁷⁰ Loveys AA, Dutko-Fioravanti I, Eberly SW, Powell KR. Comparison of ear to rectal temperature measurements in infants and toddlers. *Clin Pediatr* 1999;38:463-6.

de 0,40°C) et une température rectale élevée à une température auriculaire légèrement plus basse (différence maximale de 0,50°C).

Une recherche documentaire complémentaire n'a pas fourni de nouvelles informations permettant de confirmer ou d'infirmer les GPP.

Le premier GPP a été présenté à un panel d'experts et de stakeholders dans le cadre d'une procédure de consensus Delphi et a été validé au premier tour.

Le second GPP a été repris du guide du NICE (CG37) ²⁵.

Considérations

Les considérations suivantes ont joué un rôle dans la formulation des GPP :

- Évaluation globale des effets et de la certitude des preuves pour les résultats critiques : peu de certitude quant à l'importance de l'examen clinique en cas de fièvre. Seulement des preuves indirectes.
- Balance des avantages et des inconvénients : en faveur des GPP. Les GPP visent à informer sur la fièvre chez le nouveau-né.
- Valeurs et préférences : les GPP répondent aux valeurs des patients et de leurs parents en réduisant le risque de complications à la suite d'une fièvre.
- Applicabilité : applicable en soins primaires.

Conclusion : Le groupe d'auteurs recommande de mesurer la température corporelle du bébé en présence de facteurs de risque ou de symptômes cliniques. Toutes les mesures donnent une prédiction raisonnable de la présence réelle de la fièvre. Chez les enfants de moins de 3 mois, il est important de savoir avec certitude s'il y a de la fièvre. Pour eux, il est donc recommandé de toujours mesurer la température par voie rectale. Cette méthode de mesure présente plus d'avantages que d'inconvénients potentiels. Le groupe d'auteurs recommande fortement un examen physique complet pour déterminer la cause lorsque la température corporelle est $\geq 38^{\circ}\text{C}$.

11. Vitamine K

Recommandations

1. Proposez aux parents une prophylaxie à la vitamine K afin de prévenir chez leur bébé un saignement dû à une carence en vitamine K, qui est rare, mais peut parfois être grave et même fatale (**GRADE 1A**).
2. Administrez de la vitamine K en une dose unique de 1 mg par voie intramusculaire (**GPP**).
3. Si les parents refusent l'administration intramusculaire de vitamine K (**GPP**) :
 - Proposez l'administration orale de vitamine K comme deuxième option.
 - Conseillez-leur d'administrer la vitamine K par voie orale selon les instructions du fabricant et expliquez-leur que des doses multiples seront nécessaires.

Explications

Un saignement dû à une carence en vitamine K peut se produire à différents moments²⁵ :

- Début précoce : dans les 24 heures suivant la naissance,
- Forme classique : dans la première semaine après la naissance (saignement de la bouche, du cordon ombilical, du rectum, après la circoncision).
- Apparition tardive : après la première semaine suivant la naissance, presque principalement chez les bébés allaités et souvent chez les bébés atteints d'une maladie hépatique ou de malabsorption. Une hémorragie intracrânienne survient chez 50% des nourrissons diagnostiqués avec une carence en vitamine d'apparition tardive.

Une dose unique de 1 mg de vitamine K semble une prophylaxie efficace pour prévenir un saignement dû à une carence en vitamine K précoce et tardif. **La vitamine K par voie orale est le second choix** : si la vitamine K est administrée par voie orale, des doses multiples sont nécessaires pour protéger le nourrisson allaité contre un saignement d'apparition tardive dû à une carence en vitamine K.

La voie intramusculaire pour administrer de la vitamine K semble plus efficace d'un point de vue cliniquement et a un rapport coût-efficacité meilleur que la voie orale que la voie orale. La posologie suivante est recommandée en Belgique¹⁷¹:

¹⁷¹ [CBIP | Vitamine K](#)

- Prévention des saignements chez le nouveau-né : 1 mg par voie intramusculaire ou 2 mg par voie orale à la naissance, en dose unique.
- Prévention des saignements chez le nourrisson allaité exclusivement et qui n'a pas reçu de vitamine K par voie intramusculaire mais par voie pérorale à la naissance : 2 mg par semaine par voie orale de la naissance jusqu'à l'âge de 3 mois.

Sur la base des preuves disponibles, aucune association n'est établie entre l'administration prophylactique de vitamine K par voie intramusculaire et le cancer infantile ¹⁷².

Base des recommandations

Les GPP/la recommandation concernant la vitamine K et les données probantes à l'appui ont été repris et adaptés du NICE (CG37) ²⁵. Les données disponibles indiquent que l'administration prophylactique de vitamine K est efficace et permet de prévenir une morbidité et une mortalité significatives dues aux saignements par une carence en vitamine K ¹⁷¹.

La recherche documentaire complémentaire a identifié une revue Cochrane par Ardell et coll. ¹⁷³ sur l'administration prophylactique de vitamine K chez les nourrissons prématurés. Cette revue systématique n'a trouvé aucune étude comparant la vitamine K à l'absence de traitement. Peu d'études sont disponibles examinant les dosages possibles pour un traitement efficace. Puisqu'il n'y a aucune preuve que la vitamine K soit nocive ou inefficace et que la vitamine K est bon marché, il semble judicieux d'administrer de la vitamine K aux bébés prématurés.

Vitamine K par voie intramusculaire et risque de cancer infantile

De nombreuses études mentionné dans le GPC du NICE ont examiné le lien plausible entre le cancer infantile et la vitamine K administrée par voie intramusculaire :

- Une étude cas-témoins de 195 cancers infantiles fait état d'une association significative ($p = 0,002$) entre le cancer infantile et l'administration de vitamine K par voie intramusculaire. (OR 1,97, IC 1,3-3,0) par rapport à la vitamine K par voie orale ou pas de vitamine K ¹⁷⁴.

¹⁷² Ross JA, Davies SM. Vitamin K prophylaxis and childhood cancer. *Medical & Pediatric Oncology* 2000;34:434-7.

¹⁷³ Ardell S, Offringa M, Ovelman C, Soll R. Prophylactic vitamin K for the prevention of vitamin K deficiency bleeding in preterm neonates. *Cochrane Database Syst Rev* 2018:CD008342.

¹⁷⁴ Golding J, Birmingham K, Greenwood R, Mott M. Childhood cancer, intramuscular vitamin K, and pethidine given during labour. *BMJ* 1992;305:341-6.

- D'autres études concluent à l'absence d'une association clinique entre l'administration parentérale de vitamine K chez les nouveau-nés et le cancer infantile :
 - Ainsi une étude du ministère de la Santé de 1998 basée sur 8 études cas-témoins et 4 études écologiques affirme que, dans l'ensemble, aucune donnée ne permet de conclure que l'utilisation de la vitamine K comporte un risque accru de cancer ¹⁷⁵.
 - Une étude de 2002 ¹⁷⁶ basée sur une analyse groupée de 2431 enfants ayant développé un cancer avant l'âge de 15 ans par rapport à 6338 cas-témoins, a constaté que les tumeurs solides n'étaient pas plus fréquentes chez les enfants qui ont reçu de la vitamine K par voie intramusculaire après la naissance. En raison du degré élevé d'hétérogénéité, l'analyse groupée n'a pas fourni de preuves concluantes indiquant que l'administration de vitamine K par voie intramusculaire est associée au cancer infantile.
 - Une étude de grande envergure ¹⁷⁷ également avec des données sur 7017 enfants (1174 atteints de leucémie) n'a trouvé aucune preuve d'association entre la vitamine K administrée par voie intramusculaire et le cancer infantile ou la leucémie en particulier.

Des études contrôlées sont nécessaires pour se prononcer avec certitude sur ce sujet, bien que de telles études aient de nombreuses implications éthiques et méthodologiques.

Dosage, administration et coût-efficacité

La revue Cochrane susmentionnée d'Ardell et coll. ¹⁷² déclare que des recherches supplémentaires doivent être effectuées pour savoir quelles sont la dose et la voie d'administration appropriées. Pour l'instant, nos recommandations reposent sur les preuves scientifiques issues du guide du NICE ci-dessous :

- Dose :
 - Puckett et coll. (2000) ¹⁷⁸ ont comparé dans leur revue Cochrane sur la base de 11 études contrôlées et randomisées, l'administration prophylactique de vitamine K par voie intramusculaire (1 mg) par rapport à la vitamine K par voie orale (1 mg) sur la coagulation aux jours 1 et 7. Une dose orale unique par rapport à une dose IM unique a entraîné une baisse des taux

¹⁷⁵ Vitamin K for newborn babies, PL/CMO/98/3. London: Department of Health, 1998.

¹⁷⁶ Roman E, Fear NT, Ansell P, et al. Vitamin K and childhood cancer: analysis of individual patient data from six case-control studies. *Br J Cancer* 2002;86:63-9.

¹⁷⁷ Fear NT, Roman E, Ansell P, et al. Vitamin K and childhood cancer: a report from the United Kingdom Childhood Cancer Study. *Br J Cancer* 2003;89:1228-31.

¹⁷⁸ Puckett RM, Offringa M. Prophylactic vitamin K for vitamin K deficiency bleeding in neonates. *Cochrane Database Syst Rev* 2000:CD002776.

plasmatiques de vitamine K à deux semaines et à un mois, tandis qu'un schéma oral à trois doses a entraîné une augmentation plus importante des taux plasmatiques de vitamine K à deux semaines et à deux semaines par rapport à une seule dose IM.

- Une grande étude de cohorte ¹⁷⁹ a suivi de manière étroite la carence en vitamine K chez 182 000 bébés en bonne santé. Tous les bébés ont reçu 1 mg de vitamine K par voie orale (Orakay) dès la naissance. Les bébés à haut risque (13.472) ont reçu 0,1 mg/kg de vitamine K après la naissance. Aucun des bébés traités par Orakay n'a développé de signe de saignement dû à une carence en vitamine K au cours des 7 premiers jours de vie.
- Voie d'administration :
 - Jusqu'à la publication du rapport Golding ¹⁷³ la voie intramusculaire était la voie d'administration la plus courante de la vitamine K. À la suite de ce rapport, on est passé aux formes orales à différents dosages. Cependant, en raison de l'incertitude sur le dosage optimal (plusieurs doses de vitamine K par voie orale réparties sur plusieurs semaines sont nécessaires, ayant un impact sur l'observance ¹⁸⁰) et de la grande variation des doses, du manque de fiabilité possible de l'absorption de la vitamine K par voie orale, ainsi que du risque plus élevé d'hémorragie avec les formes orales, la vitamine K par voie intramusculaire a de nouveau été recommandée à partir du milieu des années 1990.
- Coût-efficacité ^{25, 181}:
 - Un schéma par voie intramusculaire de prophylaxie à la vitamine K est moins coûteux qu'un schéma oral avec une marque approuvée (par exemple Konaktion) (640 000 £ et 1,6 million £, respectivement). Le schéma oral le plus recommandé consiste en une série de trois doses de 2 mg : 1 à la naissance, 1 durant la première semaine et 1 après environ un mois pour bébés allaités (la supplémentation en vitamine K n'étant pas fournie dans le lait maternel par rapport au lait maternisé). C'est en contraste avec la voie intramusculaire, qui nécessite 1 dose de 1 mg peu de temps après la naissance. Si nous suivons le raisonnement qu'il n'y a pas d'association entre la prophylaxie par voie IM et la leucémie infantile, l'ajout d'une mesure de l'effet à cette analyse rendrait la prophylaxie IM relativement plus coûteuse que l'alternative par voie orale.

¹⁷⁹ Wariyar U, Hilton S, Pagan J, et al. Six years' experience of prophylactic oral vitamin K. Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed 2000;82:F64-8.

¹⁸⁰ Croucher C, Azzopardi, D. Compliance with recommendations for giving vitamin K to newborn infants. BMJ 1994;308:894-5.

¹⁸¹ <https://www.kindengezin.be/img/vitamine-k-suppletie.pdf>

- Des saignements précoces dus à une carence en vitamine K surviennent chez 0,25 à 1,7% des naissances vivantes à risque. En administrant systématiquement de la vitamine K par voie orale ou intramusculaire au nouveau-né, on ne voit plus de saignements précoces et/ou classiques. Des saignements tardifs dus à une carence en vitamine K surviennent chez 4,4-7,2 / 100 000 des naissances vivantes. L'administration parentérale (par voie IM ou par voie sous-cutanée) de vitamine K ne provoque pas de saignement tardif, sauf en cas de malabsorption sévère. L'administration d'une dose orale de vitamine K réduit l'incidence à 1,4 - 6,4%. L'administration de 3 x 1 mg par voie orale entraîne encore toujours 1,8% de saignements tardifs, 3 x 2 mg donne une prévalence de 0,76% avec l'ancienne forme orale (qui n'est plus commercialisée) et de 0,44% avec la nouvelle forme orale. L'administration de 1 mg par voie orale ou par voie IM après la naissance, puis 25 microgrammes/jour jusqu'à l'âge de 3 mois semble couvrir une prophylaxie complète. L'administration de 2 mg par voie orale après la naissance et de 1 mg par voie orale chaque semaine jusqu'à 3 mois donne une incidence de 0 à 0,9%.

Une recherche documentaire complémentaire a permis d'identifier la revue systématique de 2016 de Sankar et coll.¹⁸² dans laquelle des données observationnelles ont montré avec un faible niveau de preuve que l'administration i.m. systématique de 1 mg de vitamine K à la naissance réduit l'incidence des hémorragies dues à une carence tardive en vitamine K pendant l'enfance. Compte tenu du risque élevé de mortalité et de morbidité chez les enfants présentant une hémorragie due à une carence en vitamine K d'apparition tardive, cette revue suggère que la vitamine K devrait être administrée à titre prophylactique à tous les nouveau-nés. Des recherches supplémentaires sont nécessaires pour comparer l'efficacité et la sécurité de l'administration de différentes doses de vitamine K par voie orale et intramusculaire.

La première recommandation a été reprise du guide du NICE (CG37)²⁵. Les autres GPP ont été présentés à un panel d'experts et de stakeholders dans le cadre d'une procédure de consensus Delphi et a été validé au premier tour.

Considérations

Les considérations suivantes ont joué un rôle dans la formulation de la recommandation et des GPP :

¹⁸² Sankar MJ, Chandrasekaran A, Kumar P, et al. Vitamin K prophylaxis for prevention of vitamin K deficiency bleeding: a systematic review. *J Perinatol* 2016;36:S29-35.

- Évaluation globale des effets et de la certitude des preuves pour les résultats critiques : pour la prophylaxie à la vitamine K, la certitude des preuves est élevée. Pour les autres GPP, la certitude des preuves est faible.
- Balance des avantages et des inconvénients : en faveur des GPP. Les GPP visent à informer sur l'administration de la vitamine K.
- Valeurs et préférences : les GPP répondent aux valeurs des patients et de leurs parents en réduisant le risque de complications à la suite d'une hémorragie due à une carence en vitamine K.
- Applicabilité : applicable en soins primaires. La recommandation et les GPP correspondent également aux recommandations de l'Association flamande des pédiatres (VVK) ¹⁸³.

Conclusion : Il existe des preuves de certitude élevée que la vitamine K est efficace pour prévenir les hémorragies dues à une carence en vitamine K. Comme cette recommandation présente plus d'avantages que d'inconvénients potentiels, le groupe d'auteurs estime qu'il est fortement recommandé de proposer aux parents une prophylaxie à la vitamine K pour leurs enfants. Il n'est pas tout à fait clair si une dose unique de 1 mg par voie IM peut être considérée comme la méthode d'administration cliniquement la plus pertinente et la plus coût-efficace. Des recherches supplémentaires sont nécessaires pour déterminer la dose et la voie d'administration les plus adéquates (orale vs IM).

¹⁸³ Helsloot K, Walraevens M. Een Vlaamse model van kwalitatief hoogstaande postnatale zorg. Ontwikkelen van kwaliteitsindicatoren vanaf ontslag uit het ziekenhuis. Gent: Ugent, 2015.

12. Risque du syndrome de mort subite du nourrisson (SMSN)

Recommandations

1. Reconnaissez que le co-dodo peut être intentionnel ou non. Discutez-en avec les parents et les soignants et informez-les qu'il existe un lien entre le co-dodo et le SMSN (**GPP**).
2. Informez les parents et les soignants que le lien entre le co-dodo et le SMSN :
 - est susceptible d'être plus grand lorsqu'ils, ou leur compagnon, fument (**GPP**).
 - peut être plus important lorsque (**GPP**) :
 - les parents ou soignants ont récemment consommé de l'alcool ou
 - les parents ou soignants ont consommé de la drogue ou
 - il s'agit d'un enfant prématuré ou d'un enfant de faible poids à la naissance.
3. L'allaitement maternel et dormir en décubitus dorsal sont recommandés (**GPP**).
4. Lorsque le bébé s'est habitué à dormir avec une tétine, il est recommandé de ne pas le lui retirer brusquement au cours des 26 premières semaines (**GRADE 1C**).

Explications

Les mesures suivantes peuvent prévenir le SMSN ¹⁸⁴ :

- Dormir en décubitus dorsal est préférable à la position latérale. Dormir sur le ventre est à éviter.
- La tête du bébé ne doit pas être couverte pendant son sommeil. Pour éviter cela, le bébé est placé dans le berceau, les pieds contre l'extrémité. Une couverture est préférable à une couette, mais un sac de couchage est le premier choix ¹⁸⁵.
- Le bébé ne doit pas avoir trop froid, mais pas non plus trop chaud. La température ambiante dans la chambre doit être d'environ 16-20°C. Il n'est pas nécessaire de chauffer la chambre durant la nuit, sauf par temps très froid.
- Fumer en présence d'un bébé augmente le risque de SMSN, en particulier dans la pièce où il dort.

¹⁸⁴

- Blair PS, Fleming PJ, Smith IJ, et al. Babies sleeping with parents: case-control study of factors influencing the risk of the sudden infant death syndrome. CESDI SUDI research group. *BMJ* 1999;319:1457-61.
- Fleming PJ, Blair PS, Pollard K, et al; CESDI SUDI Research Team. Pacifier use and sudden infant death syndrome: results from the CESDI/SUDI case control study. *Arch Dis Child* 1999;81:112-6.

¹⁸⁵ Glover Williams A, Finlay F. Can infant sleeping bags be recommended by medical professionals as protection against sudden infant death syndrome? *Arch Dis Child* 2019;104:305-7.

- Le risque de SMSN peut être réduit en demandant immédiatement une intervention médicale lorsque le bébé ne se sent pas bien (surtout en cas de fièvre, de difficultés respiratoires et d'apathie).
- Bien que les parents trouvent souvent pratique de partager le lit avec leur bébé pour le nourrir ou le consoler, il est important de remettre le bébé dans son berceau pour dormir, surtout si les parents fument ou consomment de l'alcool.

Base des recommandations

La recommandation et les GPP concernant le SMSN ont été repris et adaptés du GPC du NICE (CG37) ²⁵ et se basent sur les données probantes suivantes :

- Des études menées dans les années 1990 et du début des années 2000 (preuves de faible certitude) ont révélé que des facteurs tels que la position de sommeil, une mère fumeuse (ou les parents) et la literie influençaient le risque de SMSN ^{186, 187, 188, 189}.
- Dormir en décubitus dorsal est associé à un plus grand risque de SMSN. Cependant, une analyse rétrospective (2005) de 102 cas de SMSN a révélé que le SMSN est rare lorsque le bébé dort seul dans son berceau, que ce soit sur son côté ou sur son dos ¹⁹⁰.
- Les analyses secondaires de l'étude néo-zélandaise New Zealand Cot Death Study ¹⁹¹:

¹⁸⁶

- Beal SM, Finch CF. An overview of retrospective case-control studies investigating the relationship between prone sleeping position and SIDS. *J Paediatr Child Health* 1991;27:334-9.
- Dwyer T, Ponsonby AL, Newman NM, Gibbons LE. Prospective cohort study of prone sleeping position and sudden infant death syndrome. *Lancet* 1991;337:1244-7.
- Fleming PJ, Gilbert R, Azaz Y, et al. Interaction between bedding and sleeping position in the sudden infant death syndrome: a population based case-control study. *BMJ* 1990;301:85-9.
- Mitchell EA, Taylor BJ, Ford RP, et al. Four modifiable and other major risk factors for cot death: The New Zealand study. *J Paediatr Child Health* 1992;28:S3-8.

¹⁸⁷ Brooke H, Gibson A, Tappin D, Brown H. Case-control study of sudden infant death syndrome in Scotland, 1992-5. *BMJ* 1997;314:1516-20.

¹⁸⁸ Arnestad M, Andersen M, Vege A, Rognum TO. Changes in the epidemiological pattern of sudden infant death syndrome in southeast Norway, 1984-1998: implications for future prevention and research. *Arch Dis Child* 2001;85:108-15.

¹⁸⁹ Carpenter RG, Irgens LM, Blair PS, et al. Sudden unexplained infant death in 20 regions in Europe: case control study. *Lancet* 2004;363:185-91.

¹⁹⁰ Alexander RT, Radisch D. Sudden infant death syndrome risk factors with regards to sleep position, sleep surface, and co-sleeping. *J Forensic Sci* 2005;50:147-51.

¹⁹¹

- Mitchell EA, Taylor BJ, Ford RP, et al. Four modifiable and other major risk factors for cot death: The New Zealand study. *J Paediatric Child Health* 1992;28:S3-8.

- fournissent des preuves supplémentaires affirmant que la position couchée sur le ventre et le tabagisme maternel sont des facteurs de risque importants de SMSN ¹⁹².
- indiquent que l'absence de contacts médicaux dans les deux semaines précédant le décès ne contribue pas au risque du SMSN.
- McGarvey et coll. ¹⁹³ ont examiné le rôle des facteurs liés à l'environnement de sommeil de l'enfant. Seules la position couchée sur le ventre (OR 11,47 ; 1,24-106,06), le « co-dodo » (OR 16,47; 3,73-72,75) et l'absence d'utilisation systématique de tétine (OR 5,86; 2,37-14,36) étaient statistiquement significatifs. 90% des bébés décédés à la suite du SMSN et qui ont partagé le lit avec la mère pendant la dernière période de sommeil avaient une mère qui fumait pendant la grossesse.

D'autres facteurs tels que l'allaitement maternel, l'utilisation d'une tétine et le partage du lit ne se sont pas avérés associés au risque de SMSN ¹⁹⁰. Les études qui ont examiné ces facteurs fournissent des preuves de faible certitude :

- Une méta-analyse de 23 études de cohorte et cas-témoins a examiné le rôle de l'allaitement maternel ¹⁹⁴. Les études incluses étaient hétérogènes et la plupart étaient de qualité moyenne ou mauvaise. Les auteurs suggèrent que l'allaitement est associé à une réduction de 50% du risque de SMSN. Ce résultat est très peu fiable en raison de graves lacunes méthodologiques.
- Plusieurs études soulignent l'effet protecteur d'une tétine ^{186, 190}. En revanche, une revue Cochrane de 2017 n'a pas été en mesure de se prononcer pour ou contre l'utilisation d'une tétine pour prévenir le SMSN ¹⁹⁵. D'après l'étude de McGarvey et coll. ¹⁹³ il semble même que les bébés qui dormaient habituellement avec une tétine et qui ne l'avaient pas pendant leur dernier sommeil étaient près de six fois plus susceptibles de décéder du SMSN que les bébés qui dorment habituellement

-
- Ford RP, Taylor BJ, Mitchell EA, et al. Breastfeeding and the risk of sudden infant death syndrome. *Intern J Epidemiol* 1993;22:885-90.
 - Ford RP, Hassall IB, Mitchell EA, et al. Life events, social support and the risk of sudden infant death syndrome. *J Child Psychol Psychiatry* 1996;37:835-40.
 - Ford RP, Mitchell EA, Stewart AW, et al. SIDS, illness, and acute medical care. New Zealand Cot Death Study Group. *Arch Dis Child* 1997;77:54-5.

¹⁹² Ford RP, Taylor BJ, Mitchell EA, et al. Breastfeeding and the risk of sudden infant death syndrome. *Intern J Epidemiol* 1993;22:885-90.

¹⁹³ McGarvey C, McDonnell M, Chong A, et al. Factors relating to the infant's last sleep environment in sudden infant death syndrome in the Republic of Ireland. *Arch Dis Child* 2003;88:1058-64.

¹⁹⁴ McVea KL, Turner PD, Peppler DK. The role of breastfeeding in sudden infant death syndrome. *J Hum Lact* 2000;16:13-20.

¹⁹⁵ Psaila K, Foster JP, Pulbrook N, Jeffery HE. Infant pacifiers for reduction in risk of sudden infant death syndrome. *Cochrane Database Syst Rev* 2017:CD011147.

avec une tétine et en avaient une pendant leur dernier sommeil. Il semble donc que dormir sans la tétine habituelle pourrait être un risque.

- Selon une étude cas-témoins de grande envergure sur la mort subite inattendue dans l'enfance (étude SUDI ¹⁹⁶), le risque de SMSN lors du partage du lit serait plus élevé quand les parents fument ou quand les bébés ont moins de 14 semaines. Ceci est également confirmé par une étude norvégienne de 2001 ¹⁸⁷.

La saisonnalité de la mort subite a été observée depuis le 19^e siècle. Une étude écossaise a évalué cette observation en fonction de réduction de l'incidence du SMSN à la suite de la mise en œuvre de conseils sur la position de sommeil de l'enfant ¹⁹⁷. Néanmoins, la saisonnalité reste un facteur de risque. Le risque de SMSN diminue d'un tiers chez les bébés nés en février-mai par rapport aux bébés nés en août-novembre. Une fois qu'une mère a perdu un enfant à la suite du SMSN, le risque de récurrence est estimé à trois à dix fois plus élevé que dans le reste de la population. Selon les auteurs, des conseils à ce propos devraient être donnés aux parents lors d'une grossesse ultérieure.

Une recherche documentaire complémentaire n'a fourni aucune nouvelle information permettant de confirmer ou d'infirmer la recommandation et les GPP.

Les GPP et la recommandation concernant le SMSN ont été repris du guide du NICE (CG37) ²⁵.

Considérations

Les considérations suivantes ont joué un rôle dans la formulation de la recommandation et des GPP :

- Évaluation globale des effets et de la certitude des preuves pour les résultats critiques : preuves de faible certitude à certitude modérée.
- Balance des avantages et des inconvénients : en faveur des GPP. Les GPP visent à informer sur le risque de SMSN.
- Valeurs et préférences : les GPP répondent aux valeurs des patients et de leurs parents en réduisant le risque de SMSN.
- Applicabilité : applicable en soins primaires.

¹⁹⁶ Blair PS, Fleming PJ, Smith IJ, et al. Babies sleeping with parents: case-control study of factors influencing the risk of the sudden infant death syndrome. CESDI SUDI research group. *BMJ* 1999;319:1457-61.

¹⁹⁷ Douglas AS, Alexander E, Allan TM, Helms PJ. Seasonality of birth in sudden infant death syndrome. *Scott Med J* 1996;41:39-43.

Conclusion : Il y a des preuves de faible certitude que la position de sommeil, une mère fumeuse (ou des parents fumeurs) et la literie exercent une influence sur le risque de SMSN. Des preuves de faible certitude à certitude modérée pour la préférence de la position couchée sur le dos et l'effet protecteur de l'allaitement maternel et des tétines. Le groupe d'auteurs recommande l'allaitement maternel et la position en décubitus dorsal du nourrisson pour dormir afin de réduire le risque de mort subite du nourrisson.

Il existe des preuves de la faible certitude de l'effet protecteur d'une tétine. Le groupe d'auteurs a formulé une recommandation forte quant au fait de ne pas interrompre brusquement l'utilisation de la tétine au cours des 26 premières semaines, car elle présente plus d'avantages que d'inconvénients potentiels.

13. Maltraitance infantile

Recommandations

1. Soyez attentif aux facteurs de risque et aux signes de maltraitance infantile (**GPP**).
2. En cas de problème, suivez les recommandations de prise en charge locale pour protéger l'enfant (**GPP**).

Explications

Un suivi ciblé des familles à risque accru permet de prévenir la maltraitance infantile.

Il y a un manque d'outils qui permettent de dépister la maltraitance infantile avec une sensibilité, spécificité et valeur prédictive positive acceptable et qui aident à estimer le risque de maltraitance infantile avec suffisamment de précision. L'utilisation d'outils de dépistage pour identifier les familles à risque soulève un certain nombre de problèmes éthiques et pratiques, comme la stigmatisation des parents.

Envisagez la possibilité d'une maltraitance infantile lorsqu'un nourrisson présente :

- des ecchymoses, en particulier sur la poitrine, les oreilles et le cou,
- des blessures faciales sans explication claire,
- une ou plusieurs fractures,
- des brûlures,
- des morsures, blessures et cicatrices sans explications,
- des blessures intracrâniennes,
- un empoisonnement,
- des symptômes et des signes génitaux et anaux.

Une relation parent-enfant inadéquate peut également susciter la possibilité de maltraitance.

Pour la prise en charge par le généraliste en cas de maltraitance, nous faisons référence au GPC de Domus Medica sur la maltraitance infantile ¹⁹⁸.

En pays francophone, différentes instances/professionnels sont mandaté(e)s pour fournir une assistance en cas de (suspicion de) maltraitance infantile :

- [Les équipes SOS Enfants - Office de la naissance et de l'enfance \(one.be\)](#)
- Les conseillers de l'Aide à la Jeunesse du Service de l'Aide à la Jeunesse (SAJ)
- Collectif contre les violences familiales et l'exclusion : www.cvfe.be
- Si la maltraitance infantile survient dans un cadre de violence intrafamiliale : [\[Affiche\] Que faire en cas d'inquiétude d'une situation de maltraitance infantile ? | Yapaka](#)

Base des recommandations

Les recommandations concernant la maltraitance infantile et les données probantes à l'appui sont reprises et adaptées du GPC du NICE (CG37) ²⁵ et ont été évalués par rapport au guide de Domus Medica sur la prise en charge en cas de suspicion de maltraitance d'enfants ¹⁹⁸.

- La plupart des études montrent que les outils permettant d'identifier le risque de maltraitance infantile ne sont pas suffisamment sensibles et spécifiques et ont une valeur prédictive positive (VPP) limitée (preuves de faible certitude) :
 - Une revue systématique de 8 études a évalué de manière prospective l'adéquation des outils spécifiquement conçus pour utiliser durant la grossesse et le post-partum ¹⁹⁹. Dans les études méthodologiquement bien menées, les outils avaient une sensibilité de plus de 50%, mais un VPP de moins de 50%. Cela signifie que la plupart des enfants à haut risque selon l'outil ne sont pas maltraités. Un seul outil répondait aux critères minimaux, à savoir une sensibilité de 40 à 60%, une spécificité de 90% et une VPP de 25%.
 - Une autre revue systématique a examiné les avantages et les inconvénients du dépistage d'enfants susceptibles d'être maltraités et négligés en soins primaires

¹⁹⁸ Dekker N, Smets K, Kaiëret K, Peremans L, et al. Richtlijn voor goede medische praktijkvoering: Aanpak van vermoeden van kindermishandeling. Antwerpen: Domus Medica vzw, 2014.

¹⁹⁹ Peters R, Barlow J. Systematic review of instruments designed to predict child maltreatment during the antenatal and postnatal periods. Child Abuse Rev 2003;12:416-39.

²⁰⁰. Six études sur les méthodes de dépistage ont été incluses, mais aucune n'a examiné l'efficacité du dépistage pour réduire les blessures, les décès prématurés et l'invalidité. Trois outils de dépistage avaient une sensibilité assez élevée mais une faible spécificité ; autrement dit, ils n'ont pas pu identifier correctement les non-agresseurs. Les outils de dépistage doivent avoir une sensibilité et une spécificité élevées, car l'identification à tort d'un parent comme agresseur potentiel peut avoir de graves conséquences.

- Une revue systématique canadienne ²⁰¹ de trois études publiées entre 1993 et 1999 a révélé que la principale difficulté dans le dépistage du risque de maltraitance infantile était le taux inacceptable de faux positifs. Les inconvénients du dépistage du risque de maltraitance infantile l'emportent donc sur ses avantages.
- Une étude du Royaume-Uni a examiné la valeur prédictive d'une liste de contrôle des facteurs de risque utilisés par les visiteurs à domicile ²⁰². La sensibilité était de 82% et la spécificité de 88%. Cela signifie que 18% des agresseurs ont été manqués et que 12% des non-agresseurs ont été à tort identifiés comme à haut risque. En appliquant la liste de contrôle de manière prospective à un échantillon de plus de 14 000 naissances, on a constaté que 6,7% des nouveau-nés étaient considérés comme à haut risque. Au cours du suivi, seulement 1 des 17 familles à haut risque s'est avérée avoir maltraité dans les deux ans après identification. Une étude de suivi du même groupe de chercheurs sur l'attitude des mères et l'interaction entre la mère et l'enfant a comparé les familles à haut risque aux familles à faible risque. Elle a constaté que les parents qui maltrahaient leur enfant avaient des attitudes plus négatives à l'égard de son comportement que les parents qui ne maltrahaient pas leur enfant, parce qu'ils estimaient que le comportement de leur enfant était plus irritable et exigeant.
- Une étude de Pierce mentionnée dans le guide de Domus Medica montre que la présence de n'importe quelle ecchymose sur un nourrisson qui n'est pas encore mobile doit susciter la possibilité d'une maltraitance ²⁰³.

Une recherche documentaire complémentaire n'a pas révélé de nouvelles informations susceptibles de confirmer ou d'infirmer les GPP.

²⁰⁰ Nygren P, Nelson HD, Klein J. Screening children for family violence: a review of the evidence for the US Preventive Services Task Force. *Ann Fam Med* 2004;2:161-9.

²⁰¹ Macmillan HL. Preventive health care, 2000 update: prevention of child maltreatment. *CAMJ* 2000;163:1451-8.

²⁰² Browne K. The health visitor's role in screening for child abuse. *Health Visit* 1989;62:275-7.

²⁰³ Pierce MK, Kaczor K, Aldridge S, et al. Bruising characteristics discriminating physical child abuse from accidental trauma. *Pediatrics* 2010;125:6774.

Les GPP concernant la maltraitance infantile ont été repris du guide du NICE (CG37)²⁵ et comparés aux recommandations du guide de Domus Medica¹⁹⁸.

Considérations

Les considérations suivantes ont joué un rôle dans la formulation de la recommandation et des GPP :

- Évaluation globale des effets et de la certitude des preuves pour les résultats critiques : preuves de faible certitude.
- Balance des avantages et des inconvénients : en faveur des GPP. Les GPP visent à informer sur le risque de maltraitance infantile.
- Valeurs et préférences : les GPP répondent aux valeurs des patients et de leurs parents en réduisant le risque de maltraitance infantile.
- Applicabilité : applicable en soins primaires.

Conclusion : Les outils de dépistage ne sont pas suffisamment sensibles et spécifiques pour identifier les familles à risque de maltraitance infantiles. Le groupe d'auteurs recommande d'être attentif aux facteurs de risque et aux signes de maltraitance infantile et de suivre les politiques locales de protection de l'enfance en cas d'inquiétude.

14. Vitamine D

Recommandations

1. Il est recommandé de donner à chaque enfant 400 UI de vitamine D par jour dès la naissance jusqu'à l'âge de 6 ans, et ce tout au long de l'année, indépendamment du type de lait qu'il reçoit et de la supplémentation en vitamine D de la mère qui l'allait (GPP).
2. Chez les enfants à la peau foncée (négroïde), il est recommandé d'administrer 600 UI de vitamine D par jour (GPP).

Explications

Une carence en vitamine D chez les nourrissons est associée à l'hypocalcémie, au rachitisme et à une minéralisation osseuse plus faible ²⁰⁴. En outre, la carence en vitamine D dans la petite enfance a été associée à l'apparition de certaines maladies chroniques plus tard dans la vie, comme le diabète de type 1 et l'asthme.

Base des recommandations

Une recherche documentaire de novo a été effectuée et a permis d'identifier la revue systématique de 2017 de Mimouni et coll. ²⁰⁵. Cette étude n'a trouvé aucune preuve complémentaire qu'une dose de vitamine D supérieure à la dose habituelle recommandée de 400 UI par jour influencerait un quelconque résultat significatif. Néanmoins, de nombreuses questions restent sans réponse.

Les GPP relatifs à la vitamine D ont été repris de Kind en Gezin (Agentschap Opgroeien). Ils ont été présentés à un panel d'experts et de stakeholders dans le cadre d'une procédure de consensus Delphi et a été validé au premier tour.

Considérations

Les considérations suivantes ont joué un rôle dans la formulation des GPP :

- Évaluation globale des effets et de la certitude des preuves pour les résultats critiques : preuves de faible certitude.
- Balance des avantages et des inconvénients : en faveur des GPP. Les GPP visent à informer sur le risque d'une carence en vitamine D.
- Valeurs et préférences : les GPP répondent aux valeurs des patients et de leurs parents en réduisant les risques d'une carence en vitamine D.
- Applicabilité : applicable en soins primaires.

Conclusion : Le groupe d'auteurs recommande 400 UI de vitamine D par jour pour tous les enfants dès la naissance jusqu'à l'âge de 6 ans et 400 UI de vitamine D par jour pour les enfants à la peau foncée (négroïde).

²⁰⁴ De Ronne N, De Schepper J. Vitamine D suppletie bij de zuigeling en het jonge kind. Brussel: Kind en Gezin, 2013.

²⁰⁵ Mimouni FB, Huber-Yaron A, Cohen S. Vitamin D requirements in infancy: a systematic review. *Curr Opin Clin Nutr Metab Care* 2017;20:232-6.

Résumé des recommandations

Question clinique 1 : Quels soins sont nécessaires pour assurer la santé physique de la mère pendant la période post-partum ?

Partie	Recommandations	GRADE/GPP												
Signaux d'alerte	<p>Pour l'une des plaintes/symptômes suivants chez la femme qui vient d'accoucher, envisagez les diagnostics importants suivants et orientez d'urgence la patiente vers un gynécologue ou la seconde ligne de soins si une pathologie importante ne peut être exclue :</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Plainte/symptôme</th> <th>Pathologies à ne pas manquer</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Douleurs abdominales</td> <td> <ul style="list-style-type: none"> • Endométrite • Hémorragie du post-partum • Pré-éclampsie </td> </tr> <tr> <td> Pertes vaginales anormales <ul style="list-style-type: none"> • Odeur • Quantité </td> <td> <ul style="list-style-type: none"> • Hémorragie du post-partum <ul style="list-style-type: none"> ○ Utérus ○ Col de l'utérus ○ Vagin ○ Episiotomie • Endométrite </td> </tr> <tr> <td>Fièvre, frissons, malaise</td> <td>Endométrite</td> </tr> <tr> <td>Céphalée</td> <td>Pré-éclampsie, céphalée post-ponction durale</td> </tr> <tr> <td>Nausées, vomissements, troubles visuels</td> <td>Pré-éclampsie</td> </tr> </tbody> </table>	Plainte/symptôme	Pathologies à ne pas manquer	Douleurs abdominales	<ul style="list-style-type: none"> • Endométrite • Hémorragie du post-partum • Pré-éclampsie 	Pertes vaginales anormales <ul style="list-style-type: none"> • Odeur • Quantité 	<ul style="list-style-type: none"> • Hémorragie du post-partum <ul style="list-style-type: none"> ○ Utérus ○ Col de l'utérus ○ Vagin ○ Episiotomie • Endométrite 	Fièvre, frissons, malaise	Endométrite	Céphalée	Pré-éclampsie, céphalée post-ponction durale	Nausées, vomissements, troubles visuels	Pré-éclampsie	GPP
	Plainte/symptôme	Pathologies à ne pas manquer												
	Douleurs abdominales	<ul style="list-style-type: none"> • Endométrite • Hémorragie du post-partum • Pré-éclampsie 												
	Pertes vaginales anormales <ul style="list-style-type: none"> • Odeur • Quantité 	<ul style="list-style-type: none"> • Hémorragie du post-partum <ul style="list-style-type: none"> ○ Utérus ○ Col de l'utérus ○ Vagin ○ Episiotomie • Endométrite 												
	Fièvre, frissons, malaise	Endométrite												
	Céphalée	Pré-éclampsie, céphalée post-ponction durale												
	Nausées, vomissements, troubles visuels	Pré-éclampsie												

	Douleur au mollet, décoloration de la zone douloureuse, gonflement du mollet	Thrombose veineuse profonde (TVP)	
	Douleur thoracique	Embolies pulmonaires	
	Tachypnée	Embolies pulmonaires, hémorragie du post-partum	
	Tachycardie	Hémorragie du post-partum, embolies pulmonaires	
	Hypoperfusion	Hémorragie du post-partum	
	Changement du niveau de conscience	Hémorragie du post-partum	
	Périnée douloureux	Infection épisiotomie	
	Anurie > 6 heures après l'accouchement	Rétention urinaire	
Hémorragie du post-partum	En l'absence de pertes vaginales anormales, un contrôle systématique de l'utérus par palpation abdominale ou mesure en tant qu'observation routinière n'est pas recommandée		GRADE 1C
	Évaluez chez la femme présentant des pertes vaginales anormales, une éventuelle anomalie de l'utérus, du col de l'utérus et du vagin (y compris épisiotomie)		GPP
	Une femme qui vient d'accoucher présentant une perte de sang soudaine ou abondante ou une perte de sang associée à l'un des signes et symptômes de choc hypovolémique, notamment tachycardie, hypotension, hypoperfusion et changements de l'état de conscience, doit être orientée immédiatement vers la seconde ligne de soins en vue d'un traitement adéquat		GPP

Pré-éclampsie	Évaluez les femmes souffrant de maux de tête sévères ou persistants et envisagez la possibilité de pré-éclampsie	GRADE 1A
	Prenez au moins une mesure de la pression artérielle dans les 6 heures suivant l'accouchement et enregistrez le résultat dans le dossier-patient	GPP
	Répétez la mesure de la pression artérielle dans les 4 heures si la pression artérielle diastolique est ≥ 90 mmHg et qu'il n'y a pas d'autres signes et symptômes de pré-éclampsie	GPP
	Des examens complémentaires sont recommandés lorsque la pression artérielle diastolique est ≥ 90 mmHg et : <ul style="list-style-type: none"> • qu'elle est associée à un autre signe ou symptôme de pré-éclampsie ; • ne tombe pas en dessous de 90 mmHg endéans les 4 heures. 	GRADE 1B
Thromboembolie veineuse	L'utilisation systématique du signe de Homans pour l'évaluation de la présence d'une thrombo-embolie veineuse n'est pas conseillée	GRADE 2C
	Examinez les femmes présentant une douleur unilatérale, une rougeur ou un gonflement du mollet pour vérifier la présence d'une thrombose veineuse profonde (TVP)	GPP
	Examinez les femmes souffrant d'essoufflement ou de douleur thoracique pour vérifier la présence d'une embolie pulmonaire (EP)	GPP
	Encouragez la femme de bouger le plus tôt possible après l'accouchement	GPP
Soins périnéaux	À chaque contact post-partum, demandez à la patiente si elle se fait des soucis par rapport à la cicatrisation de la plaie périnéale (demandez-lui s'il y a douleur périnéale, inconfort ou picotements, odeur désagréable ou dyspareunie)	GPP
	Si la patiente éprouve de la douleur ou de l'inconfort, proposez-lui d'examiner le périnée	GPP

	Évaluez les signes et symptômes d'infection, de guérison inadéquate, de dégradation de la plaie ou de non-guérison	GPP
	Rappelez aux femmes l'importance de l'hygiène périnéale : changer régulièrement la serviette hygiénique, se laver les mains avant et après et bain ou douche journalière	GPP
	Une thérapie locale par le froid, telle que l'application de glace ou des coussinets de gel, sont des méthodes recommandées pour soulager la douleur périnéale	GRADE 1A
	Si anti-douleur par voie orale est nécessaire, le paracétamol constitue le premier choix, sauf contre-indication	GRADE 1A
	Sauf contre-indication, envisagez de prescrire des anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) oraux ou rectaux lorsque la thérapie par le froid ou le paracétamol s'avère inefficaces	GRADE 2A
	En cas de doute sur la cause ou le traitement d'une douleur intense à l'épisiotomie, la jeune mère doit être orientée vers un médecin (généraliste/gynécologue)	GPP
Céphalées post-partum	La prise en charge des céphalées post-partum est basée sur la pathologie sous-jacente et doit être initiée par le médecin traitant	GPP
	Conseillez aux femmes souffrant de céphalées de tension ou de migraines de se détendre et d'éviter les facteurs pouvant déclencher les maux de tête	GPP
	Conseillez aux femmes qui ont subi une anesthésie péridurale ou rachidienne de signaler un mal de tête sévère, surtout s'il survient en position assise ou debout	GRADE 1C

Constipation	Demandez à la femme si elle est allée à selle dans les trois jours suivant l'accouchement	GPP
	Chez les femmes souffrant de constipation et qui se sentent mal à l'aise, évaluez leur apport alimentaire et hydrique et donnez des conseils sur les mesures diététiques	GPP
	Si les mesures diététiques sont insuffisantes pour soulager la constipation, nous recommandons un laxatif doux	GRADE 1B
Incontinence urinaire	Les femmes souffrant accidentellement de petites fuites urinaires involontaires tirent profit de la rééducation périnéale	GRADE 1A
	Évaluez les femmes chez qui les pertes d'urine involontaires ne disparaissent pas ou s'aggravent	GPP
Incontinence fécale	Chez les femmes souffrant d'incontinence fécale, évaluez la gravité, la durée et la fréquence des symptômes. Un examen plus approfondi est nécessaire si les symptômes persistent	GPP
Rétention urinaire	Documentez les mictions de la femme dans les 6 heures après le travail	GPP
	Sans mictions dans les 6 heures suivant l'accouchement, recommandez des mesures pour favoriser la miction, comme un bain chaud ou une douche chaude	GPP
	Évaluez le volume de la vessie et envisagez une sonde vésicale si la femme n'a pas de mictions dans les 6 heures suivant l'accouchement et que les conseils pour favoriser la miction ne donnent pas de résultat immédiat	GPP

Endométrite puerpérale et septicémie du tractus génital	En l'absence de signes et de symptômes d'infection, une évaluation systématique de la température corporelle n'est pas nécessaire	GPP
	Mesurez et documentez la température corporelle si une infection est suspectée. Répétez la mesure après 4-6 heures en cas de fièvre > 38 ° C	GPP
	Si lors de la seconde mesure, la fièvre se maintient > 38 ° C ou s'il existe d'autres symptômes observables et des signes mesurables de septicémie, un examen plus approfondi est indiqué	GPP
	Recommandez une bonne hygiène des mains	GPP
	En cas de suspicion d'endométrite, la jeune mère doit être adressée à un médecin (généraliste/gynécologue) pour le diagnostic et une prise en charge appropriée	GPP
Fatigue	Chez les femmes qui signalent une fatigue persistante : renseignez-vous sur leur bien-être général et donnez-leur des conseils sur la nutrition, l'exercice et la planification des activités, y compris le temps qu'elles passent avec leur bébé	GPP
	Si la fatigue persistante impacte les soins personnels de la femme ou les soins du bébé, les causes physiques, psychologiques ou sociales sous-jacentes doivent être évaluées	GPP
	Chez une femme ayant subi une hémorragie post-partum ou éprouvant une fatigue persistante : évaluez les taux d'hémoglobine et, s'ils sont trop bas, traitez selon les recommandations en vigueur	GPP
Lombalgies	La prise en charge des lombalgies dans la période post-partum est basée sur la pathologie sous-jacente et doit être initiée par un médecin	GPP

Hémorroïdes	Conseillez aux femmes souffrant d'hémorroïdes de prendre des mesures diététiques pour éviter la constipation. Traitez les hémorroïdes selon les recommandations en vigueur	GPP
	Examinez les femmes souffrant d'une hémorroïde importante, enflée ou qui fait protrusion ou souffrant de saignements rectaux	GPP
Vaccinations et immunoglobulines anti-D	Administrez des immunoglobulines anti-D à toute femme RhD négative non sensibilisée dans les 72 heures suivant la naissance d'un bébé RhD positif	GPP
	Vaccinez contre la rougeole, les oreillons et la rubéole (ROR) les femmes qui ont été identifiées séronégatives pour la rubéole lors du dépistage prénatal	GPP
	Une femme qui vient d'accoucher, séronégative pour la rubéole, ayant reçu des immunoglobulines anti-D (Rhogam) et/ou une transfusion sanguine ou de plasma pendant l'accouchement, doit recevoir le vaccin ROR en même temps que les immunoglobulines anti-D et/ou la transfusion sanguine OU 3 mois après l'administration d'immunoglobulines anti-D et/ou la transfusion sanguine en raison d'une possible interférence dans la réponse immunitaire	GPP
	Rappelez aux femmes de ne pas tomber enceinte 1 mois après l'administration du vaccin ROR ; l'allaitement peut être poursuivi	GPP
Anémie ferriprive et supplémentation en fer	Un dosage d'hémoglobine ne doit être effectué qu'en cas de plaintes ou de symptômes compatibles avec une anémie	GPP
	Une femme qui vient d'accoucher souffrant d'anémie ferriprive doit recevoir un traitement approprié comprenant un supplément de fer prescrit et suivi par le médecin traitant. Les autres formes d'anémie nécessitent un traitement spécifique initié par le médecin traitant	GPP

Troubles de la thyroïde	Motivez les femmes atteintes de troubles de la thyroïde à se faire suivre adéquatement par le médecin traitant	GPP
Diabète gestationnel	Motivez les femmes atteintes de diabète gestationnel à se faire suivre adéquatement par le médecin traitant en raison du risque accru de diabète de type 2	GPP

Question clinique 2 : Quels soins sont nécessaires pour assurer la santé physique du nouveau-né pendant la période post-partum ?

Partie	Recommandations	GRADE/GPP																			
Signaux d'alerte	<p>Pour l'une des plaintes/symptômes suivants chez le nouveau-né, envisagez les diagnostics importants suivants et orientez d'urgence vers un pédiatre ou la seconde ligne de soins si une pathologie importante ne peut être exclue :</p>	GPP																			
	<table border="1"> <thead> <tr> <th data-bbox="510 555 1193 595">Plainte/symptôme</th> <th data-bbox="1193 555 1776 595">Pathologies à ne pas manquer</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="510 595 1193 767">Jaunissement étendu ou jaunissement apparaissant dans les 24 heures ou s'aggravant, jaunissement apparaissant après 8 jours ou toujours présent après 28 jours.</td> <td data-bbox="1193 595 1776 767">Ictère nucléaire</td> </tr> <tr> <td data-bbox="510 767 1193 895">Éruption cutanée persistante après traitement initial de la dermatite des couches</td> <td data-bbox="1193 767 1776 895"> <ul style="list-style-type: none"> • Allergie de contact • Dermatite atopique • Psoriasis </td> </tr> <tr> <td data-bbox="510 895 1193 975">Moignon ombilical qui reste humide et malodorant</td> <td data-bbox="1193 895 1776 975">Infection du nombril avec risque de septicémie</td> </tr> <tr> <td data-bbox="510 975 1193 1147">Un écoulement (purulent) des yeux se développe après 10 jours ou persiste plus de 14 jours</td> <td data-bbox="1193 975 1776 1147"> <ul style="list-style-type: none"> • Infection par Neisseria gonorrhoeae ou Chlamydia trachomatis • Dacryosténose </td> </tr> <tr> <td data-bbox="510 1147 1193 1227">Vomissements (biliaires) avec perte de poids et/ou pleurs excessifs</td> <td data-bbox="1193 1147 1776 1227"> <ul style="list-style-type: none"> • Sténose pylorique • Volvulus </td> </tr> <tr> <td data-bbox="510 1227 1193 1313">Aucun passage de méconium dans les 24 heures</td> <td data-bbox="1193 1227 1776 1313"> <ul style="list-style-type: none"> • Maladie de Hirschsprung • Obstruction intestinale </td> </tr> <tr> <td data-bbox="510 1313 1193 1358">Perte de poids de > 10 %.</td> <td data-bbox="1193 1313 1776 1358">Déshydratation</td> </tr> <tr> <td data-bbox="510 1358 1193 1398">Fièvre > 38 °C</td> <td data-bbox="1193 1358 1776 1398"> <ul style="list-style-type: none"> • Septicémie </td> </tr> </tbody> </table>		Plainte/symptôme	Pathologies à ne pas manquer	Jaunissement étendu ou jaunissement apparaissant dans les 24 heures ou s'aggravant, jaunissement apparaissant après 8 jours ou toujours présent après 28 jours.	Ictère nucléaire	Éruption cutanée persistante après traitement initial de la dermatite des couches	<ul style="list-style-type: none"> • Allergie de contact • Dermatite atopique • Psoriasis 	Moignon ombilical qui reste humide et malodorant	Infection du nombril avec risque de septicémie	Un écoulement (purulent) des yeux se développe après 10 jours ou persiste plus de 14 jours	<ul style="list-style-type: none"> • Infection par Neisseria gonorrhoeae ou Chlamydia trachomatis • Dacryosténose 	Vomissements (biliaires) avec perte de poids et/ou pleurs excessifs	<ul style="list-style-type: none"> • Sténose pylorique • Volvulus 	Aucun passage de méconium dans les 24 heures	<ul style="list-style-type: none"> • Maladie de Hirschsprung • Obstruction intestinale 	Perte de poids de > 10 %.	Déshydratation	Fièvre > 38 °C	<ul style="list-style-type: none"> • Septicémie 	
	Plainte/symptôme		Pathologies à ne pas manquer																		
	Jaunissement étendu ou jaunissement apparaissant dans les 24 heures ou s'aggravant, jaunissement apparaissant après 8 jours ou toujours présent après 28 jours.		Ictère nucléaire																		
	Éruption cutanée persistante après traitement initial de la dermatite des couches		<ul style="list-style-type: none"> • Allergie de contact • Dermatite atopique • Psoriasis 																		
	Moignon ombilical qui reste humide et malodorant		Infection du nombril avec risque de septicémie																		
	Un écoulement (purulent) des yeux se développe après 10 jours ou persiste plus de 14 jours		<ul style="list-style-type: none"> • Infection par Neisseria gonorrhoeae ou Chlamydia trachomatis • Dacryosténose 																		
	Vomissements (biliaires) avec perte de poids et/ou pleurs excessifs		<ul style="list-style-type: none"> • Sténose pylorique • Volvulus 																		
	Aucun passage de méconium dans les 24 heures		<ul style="list-style-type: none"> • Maladie de Hirschsprung • Obstruction intestinale 																		
Perte de poids de > 10 %.	Déshydratation																				
Fièvre > 38 °C	<ul style="list-style-type: none"> • Septicémie 																				

		<ul style="list-style-type: none"> • Méningite • Pneumonie • Infection urinaire • Autre infection 	
	Coloration bleue de la peau	Cyanose	
	Température corporelle persistante en dessous de 36,2°C malgré réchauffement	<ul style="list-style-type: none"> • Hypothermie • Septicémie 	
	Sang ou mucus dans les selles	<ul style="list-style-type: none"> • Gastro-entérite • Allergie au lait de vache • Entérocolite nécrosante • Invagination • Infection à Clostridium 	
	Ventre gonflé	<ul style="list-style-type: none"> • Maladie de Hirschsprung • Volvulus • Obstruction gastro-intestinale 	
	Problèmes (des voies) respiratoires	<ul style="list-style-type: none"> • Pneumonie • Syndrome du poumon humide • Syndrome de détresse respiratoire, ... 	
	Léthargie	<ul style="list-style-type: none"> • Encéphalopathie (due à une hypoxie, une infection, une maladie métabolique, ...) • Ictère nucléaire • Septicémie,... 	
	Convulsions, mouvements anormaux	<ul style="list-style-type: none"> • Épilepsie néonatale • Encéphalopathie (due à une hypoxie, une infection, une maladie métabolique, ...) • Autres anomalies cérébrales 	

	Fontanelle tendue	<ul style="list-style-type: none"> • Infection • Méningite • Surpression due à une hémorragie intracrânienne, une hydrocéphalie, ... 	
Ictère (jaunisse)	Conseillez aux parents de vous contacter si leur bébé a la peau jaune, si le jaunissement s'aggrave ou si les selles de leur bébé sont pâles		GPP
	Évaluez les bébés dont la peau est jaune dans les 24 heures suivant l'accouchement (action urgente)		GPP
	Si la jaunisse se développe chez les bébés de 24 heures et plus : contrôlez-en la gravité et notez-la systématiquement dans le dossier, y compris l'état de santé général du bébé, avec une attention particulière accordée à l'hydratation et à l'état de vigilance du bébé		GPP
	Encouragez la mère d'un bébé allaité présentant des signes de jaunisse activement à allaiter le bébé régulièrement et de le réveiller si nécessaire à cet effet		GPP
	Une alimentation complémentaire ou une supplémentation en eau ou en eau de dextrose systématique n'est pas nécessaire lorsque les bébés atteints de jaunisse sont allaités		GPP
	Déterminez le taux de bilirubine sérique lorsqu'un bébé a la peau très jaune ou semble malade		GPP
	Une évaluation s'impose chez un bébé en bonne santé chez qui la jaunisse se développe pour la première fois après 7 jours ou chez qui la jaunisse persiste après 14 jours sans explication (action urgente)		GPP
Soins de la peau et dermatite des couches	Conseillez aux parents de ne pas ajouter de produits à l'eau du bain ou de ne pas utiliser des lotions ou des lingettes nettoyantes. Le seul agent nettoyant qui peut être utilisé, si nécessaire, est un savon doux non parfumé		GPP

	Conseillez aux parents d'éviter la dermatite des couches en gardant la zone de la couche sèche et en changeant fréquemment la couche	GPP
	Chez les bébés atteints de dermatite des couches, considérez les causes possibles suivantes : <ul style="list-style-type: none"> • Hygiène et soins de la peau • Sensibilité aux détergents, assouplissants ou autres produits qui entrent en contact avec la peau • Présence d'une infection 	GPP
	La dermatite des couches douloureuse et persistante est généralement causée par <i>Candida albicans</i> ; nous recommandons un traitement antifongique	GRADE 1C
	Un examen plus approfondi est nécessaire si l'éruption cutanée n'a toujours pas disparu après le traitement	GPP
	Appliquez une couche protectrice hydrofuge de pommade pour couches (à base de vaseline blanche, d'oxyde de zinc, dexpanthénol) dès les premiers signes de dermatite des couches (par exemple, des rougeurs)	GPP
	Traitez la dermatite des couches persistante localement avec un dérivé azolé : <ul style="list-style-type: none"> • Miconazole 2%, 2 applications par jour ou application à chaque changement de couche jusqu'à disparition des lésions ou • Isoconazole 1%, 1 application par jour jusqu'à 2 semaines après la disparition des lésions 	GPP
Soins du nombril et traitement des infections du nombril	Conseillez aux parents de laver le moignon ombilical avec de l'eau et du savon. Le moignon ombilical n'a pas besoin d'être désinfecté	GPP
	Conseillez aux parents de consulter le médecin traitant en cas de rougeur, de gonflement, d'écoulement ou de suppuration	GPP
	Si le moignon ombilical reste humide et malodorant ou si l'on soupçonne une infection ombilicale : orientez vers un pédiatre	GPP

Conjonctivite et troubles oculaires	Orientez une conjonctivite (parfois gravement purulente) qui se développe dans les dix jours post-partum à un ophtalmologue ou pédiatre en raison de la possibilité d'une infection par <i>Neisseria gonorrhoeae</i> ou <i>Chlamydia trachomatis</i>	GPP
	Si les yeux purulents persistent pendant plus de 14 jours, il faut penser à une dacryosténose. Puis, massez légèrement l'intérieur de l'œil. En cas de dacryosténose, en fonction de la gravité des plaintes, l'enfant n'a besoin d'être référé à un ophtalmologue ou pédiatre qu'après quelques mois à un an	GPP
	Conseillez de nettoyer les yeux du nouveau-né avec un linge propre ou une gaze imbibée de solution saline	GPP
Reflux	Référez au pédiatre les enfants présentant une perte de poids, pleurant excessivement ou suspectés d'avoir une autre pathologie	GPP
	Le prestataire de soins informe les parents sur l'évolution normale du reflux gastro-œsophagien (RGO) et des pleurs. Placer l'enfant dans son lit avec la tête de lit relevée par rapport au pied du lit n'est pas efficace contre le RGO	GPP
	Un traitement est rarement vraiment nécessaire. Dans les formes prononcées, l'alimentation est adaptée	GPP
Muguet	En posant le diagnostic du muguet chez l'enfant, informez et conseillez la mère qui allaite en ce qui concerne les mesures hygiéniques pertinentes	GPP
	Traitez le muguet avec un antifongique approprié si les symptômes sont douloureux pour la mère ou pour l'enfant ou s'il cause des problèmes d'alimentation	GPP
	En cas de muguet il est nécessaire de traiter aussi bien la mère que le nouveau-né	GPP
Constipation et diarrhée	Chez un bébé qui n'a pas eu d'écoulement de méconium dans les 24 heures : examinez le bébé pour en déterminer la cause, qui peut être liée à l'alimentation ou à une pathologie sous-jacente (action urgente)	GPP

	<p>Chez un bébé constipé qui est nourri au biberon, évaluez les éléments suivants (action urgente) :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Technique de préparation, • Quantité de liquide, • Fréquence des alimentations, • Composition de l'alimentation 	GPP
	<p>Examinez un bébé qui a des selles plus fréquentes et/ou plus molles que d'habitude (action urgente)</p>	GPP
Crampes intestinales - bébé qui pleure	<p>Lorsque le bébé pleure beaucoup et est inconsolable, surtout le soir, lorsqu'il relève les jambes jusqu'à son ventre ou se cambre : recherchez une cause sous-jacente, y compris la colique intestinale (action urgente)</p>	GPP
	<p>Vérifiez les éléments suivants lorsque le bébé pleure beaucoup et est inconsolable :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Santé générale du bébé, • Antécédents prénatals et périnatals, • Début et durée des pleurs, • Schéma défécatoire, • Régime, • Alimentation de la femme si elle allaite, • Allergies dans la famille, • Attitude des parents aux pleurs, • Facteurs qui diminuent ou augmentent les pleurs. 	GPP
	<p>Rassurez les parents de bébés atteints de coliques et expliquez que le bébé ne les rejette pas et que les coliques sont généralement transitoires. Conseillez aux parents de prendre le bébé dans les bras et de le soutenir pendant la crise de pleurs</p>	GPP

	Si les mesures conventionnelles n'apportent pas d'amélioration, il faut orienter le nouveau-né vers un pédiatre/médecin généraliste	GPP
Fièvre	Mesurez la température corporelle d'un bébé uniquement si des facteurs de risque spécifiques sont présents, comme fièvre chez la mère pendant l'accouchement, ou signes cliniques chez le nouveau-né	GPP
	Une température corporelle ≥ 38 ° C est anormale et nécessite un examen physique complet pour en déterminer la cause (action urgente)	GPP
Vitamine K	Proposez aux parents une prophylaxie à la vitamine K afin de prévenir chez leur bébé un saignement dû à une carence en vitamine K, qui est rare, mais peut parfois être grave et même fatale	GRADE 1A
	Administrez de la vitamine K en une dose unique de 1 mg par voie intramusculaire	GPP
	Si les parents refusent l'administration intramusculaire de vitamine K : <ul style="list-style-type: none"> • Proposez l'administration orale de vitamine K comme deuxième option • Conseillez-leur d'administrer la vitamine K par voie orale selon les instructions du fabricant et expliquez-leur que des doses multiples seront nécessaires 	GPP
Risque du syndrome de mort subite du nourrisson (SMSN)	Reconnaissez que le co-dodo peut être intentionnel ou non. Discutez-en avec les parents et les soignants et informez-les qu'il existe un lien entre le co-dodo et le SMSN	GPP
	Informez les parents et les soignants que le lien entre le co-dodo et le SMSN : <ul style="list-style-type: none"> • est susceptible d'être plus grand lorsqu'ils, ou leur compagnon, fument. • peut être plus important lorsque : <ul style="list-style-type: none"> ○ les parents ou soignants ont récemment consommé de l'alcool ou ○ les parents ou soignants ont consommé de la drogue ou ○ il s'agit d'un enfant prématuré ou d'un enfant de faible poids à la naissance. 	GPP
	L'allaitement maternel et dormir en décubitus dorsal sont recommandés	GPP

	Lorsque le bébé s'est habitué à dormir avec une tétine, il est recommandé de ne pas le lui retirer brusquement au cours des 26 premières semaines	GRADE 1C
Maltraitance infantile	Soyez attentif aux facteurs de risque et aux signes de maltraitance infantile	GPP
	En cas de problème, suivez les recommandations de prise en charge locale pour protéger l'enfant	GPP
Vitamine D	Il est recommandé de donner à chaque enfant 400 UI de vitamine D par jour dès la naissance jusqu'à l'âge de 6 ans, et ce tout au long de l'année, indépendamment du type de lait qu'il reçoit et de la supplémentation en vitamine D de la mère qui l'allait	GPP
	Chez les enfants à la peau foncée (négroïde), il est recommandé d'administrer 600 UI de vitamine D par jour	GPP

Conditions préalables

- Les sages-femmes doivent être formées de manière adéquate et recevoir les formations continues nécessaires pour détecter correctement les signaux d'alerte en vue d'une orientation.
- Les médecins et autres professionnels de la santé doivent être formés aux connaissances et aux compétences nécessaires pour assurer des soins appropriés aux mères et aux nouveau-nés.
- Les femmes qui viennent d'accoucher doivent être correctement informées de leurs soins personnels (y compris les soins périnéaux) et de ceux de leur nouveau-né.

Éléments d'évaluation

Éléments d'évaluation concernant les soins de santé physique de la mère

- Signaux d'alerte :
 - Pourcentage d'orientations urgentes vers le gynécologue ou la deuxième ligne sur la base de certaines plaintes/symptômes chez la femme qui vient d'accoucher.
- Hémorragie du post-partum :
 - Pourcentage d'orientations vers le gynécologue ou les services d'urgence de femmes présentant une perte de sang soudaine ou abondante et des signes de choc hypovolémique.
- Pré-éclampsie :
 - Pourcentage de femmes chez qui la pression artérielle a été mesurée et enregistrée dans les 6 heures suivant l'accouchement.
- Soins périnéaux :
 - Pourcentage de femmes qui vient d'accoucher souffrant de douleurs périnéales pour lesquelles une thérapie par le froid topique est utilisée.
 - Pourcentage de femmes en post-partum souffrant de douleurs périnéales pour lesquelles le paracétamol est administré comme traitement antidouleur de premier choix.
- Incontinence urinaire, incontinence fécale et rétention urinaire :
 - Pourcentage de femmes souffrant de fuites urinaires pour lesquelles la rééducation périnéale est mise en place.
- Endométrite puerpérale et septicémie des voies génitales :
 - Pourcentage de femmes qui sont correctement orientées vers le gynécologue en cas de signes d'endométrite.
- Fatigue :

- Nombre de dosages du taux d'hémoglobine effectués chez les femmes qui viennent d'accoucher présentant une hémorragie post-partum ou une fatigue persistante.
- Vaccinations et immunoglobulines anti-D :
 - Pourcentage de femmes rhésus-D-négatives non sensibilisées qui ont reçu une immunoglobuline anti-D dans les 72 heures.

Éléments d'évaluation concernant les soins de santé physique du nouveau né

- Signaux d'alerte :
 - Pourcentage d'orientations urgentes correctes vers le pédiatre ou la deuxième ligne sur la base de certaines plaintes/symptômes chez le nouveau-né.
- Soins du nombril et prise en charge des infections du nombril :
 - Diminution du nombre d'infections ombilicales.
- Conjonctivite et troubles oculaires :
 - Pourcentage de nouveau-nés correctement orientés vers le pédiatre ou l'ophtalmologue en cas de conjonctivite.
- Reflux :
 - Pourcentage de nouveau-nés correctement orientés vers le pédiatre ou généraliste en cas de perte de poids, de pleurs excessifs ou de suspicion d'une autre pathologie.
- Muguet :
 - Pourcentage de nouveau-nés atteints de muguet qui sont traités avec un antifongique.
- Constipation et diarrhée :
 - Pourcentage de nouveau-nés qui font l'objet d'un examen plus approfondi en absence de méconium dans les 24 heures ou plus fréquemment et/ou en cas de selles plus molles.
- Crampes intestinales et bébé qui pleure :
 - Pourcentage de nouveau-nés qui font l'objet d'une investigation plus poussée en cas de pleurs excessifs et inconsolables, surtout le soir, avec redressement des jambes vers le ventre ou courbure du dos.
- Vitamine K :
 - Prophylaxie améliorée par la vitamine K chez les nourrissons.
- Risque du syndrome de la mort subite chez le nouveau né :
 - Fourniture documentée d'informations aux parents sur le syndrome de la mort subite chez le nourrisson et le co-dodo.
- Vitamine D :
 - Fourniture documentée d'informations aux parents sur l'administration de la vitamine D.

Agenda de recherche

Agenda de recherche concernant les soins de santé physique de la mère

- Thromboembolie veineuse (TEV) :
 - Il est nécessaire de mener des recherches scientifiques pour étayer l'effet de l'exercice (le plus tôt possible après l'accouchement) sur la TEV.
- Constipation :
 - Des recherches sont nécessaires pour déterminer quel laxatif, le cas échéant, est le plus approprié dans le contexte du post-partum.
- Vaccinations et immunoglobulines anti-D :
 - Il est nécessaire de mener des recherches sur les risques et les avantages de l'administration simultanée par rapport à un intervalle de 3 mois entre l'administration des vaccins et de l'immunoglobuline anti-D.

Agenda de recherche concernant les soins de santé physique du nouveau-né

- Soins de la peau et dermatite des couches :
 - Il est nécessaire d'élaborer un ensemble de base de mesures des résultats pour les études portant sur les pratiques de soins cutanés chez les nourrissons à terme en bonne santé.
 - Il semble approprié de poursuivre les recherches sur l'utilisation des crèmes barrières en pédiatrie dans le traitement de la dermatite des couches.
 - Des recherches complémentaires sont nécessaires sur l'utilisation de préparations topiques à base de vitamine A dans la prévention de la dermatite des couches.
- Soins du cordon ombilical et prise en charge des infections du cordon ombilical :
 - Des recherches complémentaires sont nécessaires pour étayer les données probantes de faible certitude actuelles montrant qu'il n'y a aucun avantage à utiliser des antiseptiques dans les soins ombilicaux par rapport au simple fait de garder le moignon ombilical propre et sec.
- Reflux :
 - Il est nécessaire de mener des recherches sur l'utilisation des antagonistes des récepteurs H₂ chez les jeunes enfants souffrant de reflux. En ce qui concerne la ranitidine, il n'existe pas de preuves solides de son efficacité chez les enfants de moins d'un an souffrant de reflux.
 - Il est nécessaire de mener des recherches sur l'effet d'une alimentation avec de plus petites quantités sur les régurgitations.

- Crampes intestinales et bébé qui pleure :
 - De futures études sur des interventions individuelles, avec des mesures de résultats cliniquement significatives et une conception d'étude et une puissance appropriée, sont nécessaires pour vérifier l'efficacité des modifications diététiques dans le traitement des crampes intestinales du nourrisson.
- Vitamine K :
 - Des recherches complémentaires sont nécessaires pour comparer l'efficacité et la sécurité de l'administration de différentes doses de vitamine K par voie orale et par voie intramusculaire.
- Vitamine D :
 - Des recherches complémentaires sont nécessaires pour déterminer si des quantités plus importantes de vitamine D dans la petite enfance ont des effets sur la santé à long terme.

Élaboration

Auteurs

Les auteurs de ce guide de pratique clinique sont :

- Le professeur docteur Paul Van Royen, médecin généraliste à Anvers, professeur de médecine générale à l'université d'Anvers et président du WOREL,
- La docteure Katrien Van Thienen, médecin généraliste et collaboratrice scientifique du WOREL,
- Monsieur Sam Cordyn, infirmier associé à la Croix blanche-jaune flamande et collaborateur scientifique du WOREL,
- Madame Martine Goossens, coordinateur éditorial du WOREL,
- Madame Inge Tency, sage-femme, chargée de cours et chercheuse au sein de la formation des sages-femmes, Odisee Hogeschool, Gand, et présidente du groupe de travail relatif à la recherche scientifique de la Vlaamse Beroepsorganisatie van Vroedvrouwen (VBOV),
- Madame Griet Van de Velde, sage-femme, chargée de cours, Arteveldehogeschool Gand,
- Madame Florence D'haenens, sage-femme, chargée de cours et chercheuse au sein de la formation des sages-femmes, Erasmushogeschool Bruxelles,
- Le professeur docteur Luc De Catte, gynécologue, UZ Leuven,
- Madame Hedwig Neels, kinesithérapeute, Université d'Anvers,
- La docteure Anneke Vercoutere, gynécologue, Hôpital Erasme, Bruxelles,
- Le professeur docteur Gunnar Naulaers, néonatalogue, UZ Leuven,
- Le docteur Marc Raes, pédiatre, président de l'Association belge de pédiatrie.

Méthodologie

Généralités

Ce guide de pratique clinique a été élaboré à la demande du groupe de travail pour le développement des guides de pratique clinique destinés à la première ligne (Werkgroep Richtlijnen Eerste Lijn, WOREL) conformément au manuel méthodologique développé par WOREL ²⁰⁶. Ce guide méthodologique décrit toutes les étapes méthodologiques à suivre et est disponible sur : <http://www.ebp-guidelines.be/home>

Une procédure Adapte a été utilisée ²⁰⁷. Cette procédure comprend un certain nombre d'étapes spécifiques :

- La recherche systématique de guides de pratique clinique et l'évaluation de leur qualité méthodologique ;
- La vérification que le contenu (recommandations) de ces guides de pratique clinique correspond aux questions cliniques formulées ;
- L'évaluation de la cohérence méthodologique et clinique entre les recommandations et les données probantes scientifiques des guides de pratique clinique qui les étayent ;
- L'évaluation de l'acceptabilité et l'applicabilité des recommandations dans le contexte de soins belge ;
- L'adaptation sélective des recommandations pertinentes des guides de pratique clinique.

Les autres étapes (la formulation des questions cliniques, les mises à jour de la littérature, l'évaluation par les experts et les utilisateurs cibles et patients, mise en œuvre) se sont déroulées conformément au développement des nouveaux guides de pratique clinique.

Le rapport méthodologique avec le détail des démarches effectuées est disponible sur demande.

²⁰⁶ Dekker N, Goossens M, et al. Leidraad richtlijnontwikkeling. Antwerpen: WOREL, 2019. Beschikbaar via: <http://www.ebp-guidelines.be/home>

²⁰⁷ <http://www.g-i-n.net/document-store/working-groups-documents/adaptation/adapte-resource-toolkit-guideline-adaptation-2-0.pdf>

Recherche dans la littérature

Recherche de guides de pratique

En octobre 2018, une recherche de guides de pratique pertinents (publiés depuis 2012) a été effectuée à l'aide des termes de recherche suivants : " postpartum ", " postnatal ", "neonates", "newborn".

La stratégie de recherche visait à trouver des guides de pratique (internationaux) répondant aux questions cliniques en vue de leur adaptation au contexte belge.

Les critères d'inclusion et d'exclusion étaient les suivants :

Critères d'inclusion	<ul style="list-style-type: none">• Population : nouveau-nés, femmes en post-partum.• Intervention : dépistage, prévention, traitement, accompagnement, soins• Date de publication : 2012-2018• Langue de publication : anglais, néerlandais et français
Critères d'exclusion	<ul style="list-style-type: none">• Population : preterm infants• Date de publication : < 2012• Setting : soins spécialisés• Langue de publication : tout autre langue

Les bases de données/sites web suivants ont été consultés :

Base de données	Résultats
Guidelines International Network	7 items
NICE	21 items
NHG	3 items

Une recherche complémentaire a été effectuée en utilisant la base de données Trip Database avec les mêmes termes de recherche. Celle-ci a résulté en 226 résultats différents qui après lecture n'ont pas apportés des données complémentaires utiles.

Sur un total de 31 guides, 5 étaient des doublons. Le groupe d'auteurs a fourni 4 autres guides. Ensuite 23 guides ont été exclus sur la base de leur titre. En conséquence, 7 guides ont été considérés comme éligibles pour les critères du Mini-AGREE et 3 guides ont été retenus pour une évaluation complète à l'aide de la grille AGREE II :

- NICE Postnatal care up to 8 weeks after birth (2015)
- SIGN Management of perinatal mood disorders (2012)
- NHG Zwangerschap en kraamperiode (2012)

Sur la base du champ d'application, il a finalement été décidé d'inclure les guides suivants pour la procédure Adapte :

- NICE Postnatal care up to 8 weeks after birth (2015)
- NHG Zwangerschap en kraamperiode (2012)

En juin 2021, une vérification a été faite pour voir si entre-temps de nouveaux guides ou mises à jour de guides sur les soins post-partum avaient été publiés. Il s'est avéré qu'une mise à jour approfondie du guide du NICE "Postnatal care up to 8 weeks after birth" (2015) a été publié en avril 2021. Puisque, à ce moment-là, le processus d'élaboration du guide était si avancé, il a été décidé de ne pas tenir compte de la nouvelle mise à jour. Les recommandations et les GPP de la première partie du guide sur les soins post-partum ont été suffisamment évaluées et validées par le groupe d'experts et de stakeholders.

Extraction et évaluation de la cohérence des recommandations des guides sélectionnés

Au cours de cette étape, les recommandations des 2 GPC sélectionnés (NHG et NICE) ont été extraites pour les deux questions cliniques de la première partie.

Pour toutes les recommandations assorties d'un GRADE, la stratégie de recherche utilisée, le résumé et l'interprétation des données probantes scientifiques et la cohérence entre l'interprétation des données probantes scientifiques et les recommandations des guides de pratique clinique sélectionnés sont soigneusement évalués.

Littérature plus récente et de facteurs contextuels ("applicabilité")

Après l'analyse de la cohérence entre les recommandations des guides sélectionnés et les données probantes à l'appui, une recherche documentaire a été menée pour identifier la littérature plus récente susceptible de confirmer ou de modifier les recommandations extraites des guides sélectionnés.

Pour certains topics (par exemple, la vitamine D chez les nouveau-nés), une recherche de novo a été effectuée, ces topics ne faisant pas l'objet des guides sélectionnés.

Finalement, nous avons vérifié si les recommandations et les GPP étaient conformes aux informations factuelles belges et donc applicables dans le contexte des soins de santé belges.

Évaluation critique des articles trouvés à la suite de la recherche documentaire complémentaire ou de la recherche de novo

Les informations relatives à l'évaluation critique des articles sélectionnés (à la suite de la recherche complémentaire ou de la recherche de novo) sont présentées sous

forme narrative dans le guide même (les sections "Base des recommandations" et peuvent être consultées à l'annexe 7 du rapport méthodologique).

Préférences des patients

Une recherche dans PubMed sur les préférences des patients a été effectuée le 13 juillet 2021 en utilisant les termes de recherche suivants : "postpartum" AND " patient preferences" (limitée aux 5 dernières années) et a résulté en 128 résultats. Après lecture du résumé et du texte intégral, 10 articles ont été jugés pertinents pour la seconde partie du guide (en cours d'élaboration).

En outre, les programmes du Master en Médecine, du Master of Management and Policy of Health Care, Master of Nursing and Midwifery et du Master en médecine générale ont été consultés afin d'identifier des thèses et mémoire intéressants. Sur les 10 thèses et mémoires trouvés, 7 étaient pertinents pour la partie 1 du guide. Les résultats les plus importants sont décrits ci-dessous :

- Après l'introduction de séjours hospitaliers raccourcis, les mères semblent être généralement satisfaites des soins de maternité et de l'information reçues à la maternité ²⁰⁸. Diverses études ont montré que la plupart des mères étaient plus satisfaites des soins postnatals dispensés à l'unité de maternité que des soins postnatals à domicile ^{209, 210}. Les soins postnatals à domicile se sont révélés fragmentés, et la première et la deuxième ligne ne sont pas alignées. Une collaboration et une communication intensifiées entre les différents prestataires de soins (hôpital et soins à domicile) s'imposent. Les mères sont très satisfaites de l'intimité dont ils disposent à domicile ²⁰⁸. Les mères rencontrant des difficultés financières ont ressenti le besoin de rester plus longtemps à l'unité de maternité, sauf si les mères ont séjourné dans un centre d'asile ²⁰⁹.
- Plus de la moitié des parents déclarent avoir reçu trop peu d'informations. Non seulement les informations manquent, mais elles sont souvent contradictoires ou incorrectes ²¹¹. En raison de la durée réduite du séjour à la maternité, davantage de complications post-partum peuvent survenir à domicile. Il est important que les

²⁰⁸ Laats J. Postnatale tevredenheid bij verkorte ligduur in het Universitair Ziekenhuis Brussel: een kwantitatief, beschrijvend, cross-sectioneel onderzoek. Masterproef Verpleegkunde en Vroedkunde, 2019.

²⁰⁹ Abdeslam AB. Wat zijn de postnatale noden en behoeften van moeders zonder wettig verblijf of in procedure na kortverblijf in het Brussels stedelijk hoofdstedelijk Gewest. Masterproef Verpleegkunde en Vroedkunde, 2018.

²¹⁰ Geerinck L. Women's satisfaction with the care received at the maternity ward of the University Hospital Brussels and at home: a cross-sectional study. Masterproef Management en Beleid van de Gezondheidszorg, 2017.

²¹¹ Cocquyt C. Zorgeloos naar huis, een beschrijvende studie omtrent de informatiebehoefte van kersverse ouders. Scriptie Vroedkunde, 2015.

mères reçoivent des informations suffisantes et correctes sur les problèmes rencontrés au cours des premières semaines après l'accouchement. À cette fin, une aide à la décision a été élaborée concernant les problèmes post-partum chez la mère afin de soutenir les femmes qui viennent d'accoucher. Les femmes ont été interrogées sur l'utilité et l'utilisation de cette aide à la décision ²¹². Elles ont trouvé l'information utile. Les femmes se sont senties mieux informées et l'aide à la décision peut leur apporter un soutien. Parfois, les informations étaient encore insuffisantes. L'aide à la décision doit rester claire et simple et, si nécessaire, être adaptée aux femmes ayant un faible niveau de connaissances en matière de santé.

- L'autonomie dans la prise de décision, notamment le respect des choix et des préférences des femmes, est un aspect important du "respectful maternity care". Les femmes expérimentent une autonomie moyenne lorsqu'elles participent aux entretiens de prise de décision avec les prestataires de soins qui s'adressent aux mères et aux enfants en Flandre ²¹³. Les facteurs qui influencent l'autonomie et la participation aux entretiens de prise de décision sont l'éducation/les connaissances, la culture/l'ethnicité et le statut socio-économique.
- Les inégalités sociales en matière de santé, les sorties précoces de l'hôpital et l'accès limité aux soins postnatals sont plus fréquents chez les femmes n'ayant pas ou ayant un statut d'assurance/de résidence précaire, et chez les femmes appartenant à certains groupes ethniques ou vivant dans des conditions socio-économiques suboptimales ²¹⁴. Ces mères quittent la maternité plus tôt que les autres mères (avec un statut d'assurance normal ou sans situation précaire). Les obstacles et les facteurs de stress étaient plus nombreux : mauvais logement, difficultés financières, administration complexe, grossesse non planifiée. Elles ont des besoins de première nécessité tels que logement, nourriture, sécurité et travail. Le besoin d'un soutien psychologique et d'une prise en charge à bas seuil, culturellement sensible, avec une personne de confiance qui garantit la continuité, est bien plus important que le besoin d'une simple consultation médicale. Malgré cela, ces mères ont montré des stratégies d'adaptation différentes ²⁰⁹.

²¹² Alys E. Implementatie van een beslissingshulp 'postpartumproblemen' in het zorgpad verkorte ligduur: visie van patiënt. Master Huisartsgeneeskunde, 2020.

²¹³ Macedo A. Mate van autonomie bij de besluitvorming tijdens perinatale zorgen. Een cross-sectioneel onderzoek bij postpartum vrouwen in Vlaanderen. Master Management en Beleid van de Gezondheidszorg, 2020.

²¹⁴ Cauwels E. Postnatale zorg voor moeder en kind in een precare situatie in België. Master Geneeskunde, 2018.

Projet de texte

Sur la base des étapes précédentes, les recommandations/GPP ont été soit adoptées, soit formulées de novo. Une première version du guide a été rédigée (recommandations accompagnées de notes explicatives et d'une description des bases scientifiques sur lesquelles elles s'appuient) et élaborée en fonction des résultats des recherches complémentaires et des recherches de novo.

Sur la base des commentaires recueillis lors des différentes réunions d'auteurs, de la procédure de consensus Delphi et de l'évaluation externe (*voir ci-dessous*), le projet de texte a été retravaillé et affiné. La version préliminaire a été évaluée par un comité de lecture du WOREL. Ce retour d'information a également donné lieu à des modifications au guide.

Une dernière réunion des auteurs a eu lieu le 3 juin 2021 pour discuter des commentaires restants. Ensuite, une revue finale a eu lieu. La version destinée à la validation a été soumise au groupe d'auteurs pour approbation. Enfin, un comité de lecture du WOREL a examiné la qualité méthodologique du guide en utilisant la grille AGREE II.

Procédure de consensus

Les recommandations ou les GPP pour lesquelles les preuves scientifiques étaient insuffisantes et/ou les aspects sur lesquels il n'y avait pas de consensus au sein du groupe d'auteurs ont été présentés sous forme de propositions à un panel composé du groupe d'auteurs (qui n'a pas participé à la rédaction des déclarations) et de stakeholders au cours d'une procédure Delphi (méthode Delphi modifiée) en 2 tours, en décembre 2020 et janvier 2021. Les propositions faisant l'objet d'un consensus ont donné lieu à la formulation d'un GPP.

Les personnes suivantes ont participé à la procédure de consensus Delphi pour les **propositions relatives aux soins physiques de la mère** :

Nom	Langue	Discipline
An Spinnoy	NL	Sage-femme
An Steylemans	NL	Gynécologue
Anke Jacobus	NL	Sage-femme
Anneke Vercoutere	NL	Gynécologue
Aurore Torsin	NL	Médecin généraliste
Caroline Daelemans	FR	Gynécologue
Celeste Vincent	FR	Sage-femme
Clemence Vital Durand	FR	Sage-femme
Florence Dhaenens	NL	Sage-femme
Geert Page	NL	Gynécologue
Griet Van de Velde	NL	Sage-femme

Griet Vandenberghe	NL	Gynécologue
Hedwig Neels	NL	Kinésithérapeute
Inge Tency	NL	Sage-femme
Isabelle Dehaene	NL	Gynécologue
Julie Belhomme	FR	Gynécologue
Karen Vliegen	NL	Sage-femme
Karima Omari	FR	Sage-femme
Kathleen Van Holen	NL	Sage-femme
Lies Rogghe	NL	Médecin généraliste
Lies Versavel	NL	Sage-femme
Marlène Reyns	NL	Sage-femme
NN, De wieg (Mireille Picard)	NL	Infirmière
Patrick Emonts	FR	Gynécologue
Ruth Debeuckelaere	NL	Médecin généraliste
Sarah Michel	FR	Sage-femme
Sophie Van Kerckhoven	NL	Sage-femme
Violaine Hovine	FR	Sage-femme

Les personnes suivantes ont participé à la procédure de consensus Delphi pour les **propositions relatives aux soins physiques du nouveau-né** :

Nom	Langue	Discipline
Alexandra Casaer	NL	Néonatalogue
Alexandra Zecic	NL	Néonatalogue
An Spinnoy	NL	Sage-femme
Andrea Kurotova	NL	Pédiatre
Anna Bael	NL	Pédiatre
Annick Covents	NL	Pédiatre
Aurore Torsin	NL	Médecin généraliste
Bart Vanovermeire	NL	Pédiatre
Celeste Vincent	FR	Sage-femme
Clemence Vital Durand	FR	Sage-femme
Els Deloof	NL	Pédiatre
Emmi Vandamme	NL	Pédiatre
Filip Cools	NL	Néonatalogue
Florence Dhaenens	NL	Sage-femme
Griet Van de Velde	NL	Médecin généraliste
Gunnar Naulaers	NL	Pédiatre
Hilde Van Hauthem	NL	Pédiatre
Iman Sliti	FR	Sage-femme
Inge Tency	NL	Sage-femme
James Dhaese	NL	Néonatalogue
Joke Muyldermans	NL	Sage-femme
Kathleen Van Holen	NL	Sage-femme
Katrien Theetaert	NL	Sage-femme
Lies Versavel	NL	Sage-femme

Luc Pattyn	NL	Pédiatre
Mireille Picard	NL	Sage-femme
Murielle Conradt	FR	Sage-femme
Philippe Alliet	NL	Pédiatre
Ruth De Beuckelaere	NL	Médecin généraliste
Sarah Michel	FR	Sage-femme
Sophie van Kerckhoven	NL	Sage-femme
Tine Cornelissen	NL	Médecin généraliste
Tom Van den Broeck	NL	Sage-femme
Twan Mulder	NL	Néonatalogue
Violaine Hovine	FR	Sage-femme
Willem Gysemans	NL	Néonatalogue
Yvan Vandenplas	NL	Pédiatre

Les résultats des tours Delphi sont disponibles sur demande.

Evaluation externe

La nouvelle version retravaillée sur la base des commentaires du groupe d'auteurs, a ensuite été – après approbation interne au sein de WOREL (examen critique de la méthodologie) – soumise à un panel composé du groupe d'auteurs et de stakeholders pour évaluation externe par écrit en octobre 2020.

L'examen externe visait principalement à identifier les obstacles potentiels à la mise en œuvre des recommandations. Les commentaires écrits ont été recueillis et les derniers points de discussion ont été abordés lors d'une réunion des stakeholders le 22 octobre 2020.

Les auteurs et stakeholders suivants ont participé à l'évaluation externe :

Nom	Discipline	Langue
An Vercoutere	Gynécologue	NL
Anke Jacobus (vanuit de werking Kraamvogel)	Sage-femme	NL
Aurore Torsin	Médecin généraliste	NL
Céleste Vincent	Sage-femme	FR
Clémence Vital	Sage-femme	FR
Florence D'haenens	Sage-femme	NL
Griet Van de Velde	Sage-femme	NL
Gunnar Naulaers	Néonatalogue	NL
Hedwig Neels	Kinésithérapeute	NL
Hilde Van Hauthem	Pédiatre	NL
Iman Sliti	Sage-femme	FR
Ines Rothmann (VBOV)	Sage-femme	NL

Inge Tency	Sage-femme	NL
Kathleen Vanhollen	Sage-femme	NL
Katrien Theetaert	Sage-femme	NL
Lies Rogghe	Médecin généraliste	NL
Lies Versavel	Sage-femme	NL
Luc De Catte	Gynécologue	NL
Marie-Jeanne Schoofs (K&G)	Infirmière	NL
Marleen Reyms	Sage-femme	NL
Murielle Conradt	Sage-femme	FR
Ruth Debeuckelaere	Médecin généraliste	NL
Sarah Michel	Sage-femme	FR
Scientific Committee of the Professional Union		
Belgian Midwives (UpSfb)	Sages-femmes	FR
Sophie Van Kerckhoven	Sage-femme	NL
Tine Cornelissen (K&G)	Médecin généraliste	NL
Veerle Michiels	Sage-femme	NL
Violaine Hovine	Sage-femme	FR

Degrés de recommandation

Dans ce texte est utilisée la classification GRADE (Grading of Recommendations, Assessment, Development and Evaluation ²¹⁵). GRADE est une méthode développée par le groupe de travail GRADE pour avoir un aperçu pratique de la certitude des preuves scientifiques sous-jacentes et de la force de la recommandation à l'aide d'un codage uniforme. Les critères d'application de GRADE ont été révisés en 2016 ²¹⁶.

L'approche GRADE comprend deux étapes :

1. Une évaluation de la certitude des preuves scientifiques (pour tous les résultats qui ont été décisifs dans la formulation de la recommandation). Dans ce GPC, la certitude des preuves est exprimée en 3 niveaux (élevée = A, modérée = B ou faible = C).
2. Une évaluation ou une gradation de la force de la recommandation, qui est exprimée par un chiffre (forte = 1 ou faible = 2).

²¹⁵

- Guyatt GH, Oxman AD, Vist G, et al, for the GRADE Working Group. GRADE: an emerging consensus on rating quality of evidence and strength of recommendations. *BMJ* 2008;336:924-6.
- Guyatt GH, Oxman AD, Kunz R, et al, for GRADE Working Group. What is "quality of evidence" and why is it important to clinicians? *BMJ* 2008;336:995-8.

²¹⁶ Criteria for using GRADE 2016

http://www.gradeworkinggroup.org/docs/Criteria_for_using_GRADE_2016-04-05.pdf

Par exemple :

- 1A signifie que les avantages de la recommandation l'emportent clairement sur les inconvénients et que la recommandation est étayée par des études contrôlées randomisées bien menées ou des études observationnelles convaincantes.
- 2C signifie qu'il existe une incertitude quant aux avantages et aux inconvénients de la recommandation et qu'elle est « seulement » étayée par des études observationnelles ordinaires ou des études de cas.

Il existe aussi les points de bonne pratique (GPP). Il s'agit de recommandations fortes basées sur l'opinion d'experts et une procédure formelle de consensus (Delphi). Un GPP est formulé lorsqu'il n'y a que des preuves scientifiques indirectes, et que la recommandation est nécessaire pour fournir de bons soins et que les avantages sont clairs. Un GPP est donc toujours une recommandation forte, mais sans données probantes directes à l'appui.

Pour décider de formuler une recommandation forte ou faible, les avantages et les inconvénients, les préférences des patients et l'applicabilité ont été pris en compte en plus de la certitude des preuves. Le rapport coût-efficacité de chaque recommandation a également été évalué. Aucune étude spécifique n'a été trouvée pour examiner les coûts et les avantages. Sauf si explicité, le rapport coût-efficacité était toujours en faveur des recommandations formulées, ce que nous n'avons pas répété pour chaque recommandation.

Tableau 5 : Classification GRADE, signification des codes.

GRADE		Avantages par rapport aux inconvénients ou aux risques	Signification de la certitude des données probantes	Implications
1A	Forte recommandation, niveau élevé de certitude des données probantes	Les avantages l'emportent clairement sur les inconvénients ou les risques	Notre confiance quant au fait que l'effet réel est proche de l'effet estimé est forte.	Forte recommandation, peut être appliquée chez la plupart des patients et dans la plupart des circonstances
1B	Forte recommandation, niveau modéré de certitude des données probantes		Nous sommes assez confiants dans l'effet estimé. Cet effet peut être proche de l'effet réel, mais il est aussi possible que l'écart entre eux soit important.	

1C	Forte recommandation, faible niveau de certitude des données probantes		Notre confiance dans l'effet estimé est limitée. L'effet réel peut être très différent de l'effet estimé.	Forte recommandation, mais cela peut changer si des données probantes de meilleure qualité deviennent disponibles.
2A	Faible recommandation, niveau élevé de certitude des données probantes	Équilibre entre les avantages et les inconvénients ou les risques	Nous sommes bien convaincus que l'effet réel est proche de l'effet estimé.	Faible recommandation, la meilleure action peut différer selon les circonstances, les patients ou les valeurs sociales.
2B	Faible recommandation, niveau modéré de certitude des données probantes		Nous sommes assez confiants dans l'effet estimé. Celui-ci peut être proche de l'effet réel, mais il est aussi possible que l'écart entre eux soit important.	
2C	Faible recommandation, faible niveau de certitude des données probantes	Incertitude sur les avantages ou les inconvénients - un équilibre entre les deux est possible	Notre confiance dans l'effet estimé est limitée. L'effet réel peut être très différent.	Recommandation très faible, les alternatives peuvent tout aussi bien être justifiées
GPP	Recommandation forte sans données probantes directes à l'appui (sans mention d'un GRADE).			

Conflits d'intérêts

Le groupe des auteurs a pu travailler en toute indépendance. Ce guide de pratique clinique n'a pas été influencé par les opinions ou les intérêts de l'agence de financement, l'INAMI.

Tous les auteurs, experts et autres parties prenantes ont déclaré leurs intérêts. Ces documents sont disponibles sur demande auprès du WOREL.

Les auteurs et les experts, parties prenantes consultées n'ont aucun lien avec l'industrie pharmaceutique ou d'autres groupes d'intérêt. Les éventuels conflits d'intérêts des experts et des parties prenantes ont été examinés au sein du groupe d'auteurs et n'ont pas donné lieu à des conflits de fond.

Aucun auteur n'a signalé de conflit d'intérêts, à l'exception des conflits d'intérêts intellectuels dans le domaine de la recherche. Cela n'affectait pas le contenu de ce guide de pratique clinique.

Mise à jour et financement

Pour ce guide de pratique clinique, une recherche dans la littérature a été effectuée jusqu'en octobre 2020 (question clinique 1) en novembre 2020 (question clinique 2).

Le groupe de travail pour le développement des guides de pratique clinique destinés à la première ligne détermine qu'un guide de pratique clinique est revu après cinq ans. La littérature récente est alors passée à la loupe ; on cherche à savoir dans quelle mesure les recommandations du guide de pratique clinique sont encore valables.

Les termes de recherche utilisés pour la révision sont les mêmes que pour la création de ce guide de pratique clinique. La révision se déroule sur la base d'une recherche systématique dans la littérature (guide de pratique clinique, revues systématiques et méta-analyses et, au besoin, des études randomisées contrôlées supplémentaires et une étude diagnostique) pour toutes les recommandations. Si nécessaire, les recommandations sont ajustées pour chaque question clinique.

Validation

Le guide de pratique clinique a été soumis le 8 novembre 2021 au Centre belge pour l'Evidence-Based Medicine (Cebam) pour validation. Une version finale du guide de pratique clinique, élaborée sur la base des commentaires du comité de validation, a de nouveau été soumise au Cebam pour approbation. Le guide de pratique clinique a reçu le label de qualité Cebam le 21 février 2022.