



**HAL**  
open science

# Prise en charge officinale de la femme en post partum et de son nouveau né

Solène Rousselle

► **To cite this version:**

Solène Rousselle. Prise en charge officinale de la femme en post partum et de son nouveau né. Sciences pharmaceutiques. 2019. dumas-02454051

**HAL Id: dumas-02454051**

**<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02454051>**

Submitted on 24 Jan 2020

**HAL** is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



UNIVERSITÉ  
CAEN  
NORMANDIE

## THESE

**Pour obtenir le diplôme d'état de Docteur en Pharmacie**

**Préparée au sein de l'Université de Caen Normandie**

**Prise en charge officinale de la femme en *post partum* et de son nouveau né**

**Présentée par  
Solène ROUSSELLE**

**Soutenue publiquement le (16 octobre 2019)  
devant le jury composé de**

|                                   |  |                                       |
|-----------------------------------|--|---------------------------------------|
| <b>Mme. Pascale SCHUMANN-BARD</b> | Assesseur pédagogique / Professeur de Physiologie, Pharmacologie / Université de CAEN  | <b>Président et directeur du jury</b> |
| <b>Mr. Jean-Pierre JOURDAN</b>    | Pharmacien Assistant Hospitalier Universitaire / Centre d'Etudes et de Recherche sur le Médicament de Normandie / CHRU de CAEN | <b>Examineur</b>                      |
| <b>Mme. Valérie BRIEUC</b>        | Docteur en pharmacie/ Pharmacien titulaire / HEBECREVON  | <b>Examineur</b>                      |
| <b>Mme. Morgane SELLAM</b>        | Docteur en pharmacie, sage-femme / Pharmacien d'officine / Pharmacien intérimaire à PARIS                                      | <b>Examineur</b>                      |

**Thèse dirigée par Pascale SCHUMANN-BARD**

## LISTE DES ENSEIGNANTS – CHERCHEURS

**Directeur de la Faculté des Sciences Pharmaceutiques**  
Professeur Michel BOULOUARD

### **Assesseurs**

Professeur Pascale SCHUMANN-BARD  
Professeur Anne-Sophie VOISIN-CHIRET

**Directrice administrative et Directrice administrative adjointe**  
Madame Sarah CHEMTOB  
Madame Alexandra HOUARD

### PROFESSEURS DES UNIVERSITES

|  |                                       |
|--|---------------------------------------|
| <b>BOULOUARD Michel</b>                              | Physiologie, Pharmacologie            |
| <b>BUREAU Ronan</b>                                  | Biophysique, Chémoinformatique        |
| <b>COLLOT Valérie</b>                                | Pharmacognosie                        |
| <b>DALLEMAGNE Patrick</b>                            | Chimie médicinale                     |
| <b>DAUPHIN François</b>                              | Physiologie, Pharmacologie            |
| <b>DELEPEE Raphaël</b>                               | Chimie analytique                     |
| <b>FABIS Frédéric</b>                                | Chimie organique                      |
| <b>FRERET Thomas</b>                                 | Physiologie, Pharmacologie            |
| <b>GARON David</b>                                   | Botanique, Mycologie, Biotechnologies |
| <b>GAUDUCHON Pascal</b> Eméritat jusqu'au 31/08/2019 | Biologie cellulaire                   |
| <b>GIARD Jean-Christophe</b>                         | Bactériologie, Virologie              |
| <b>MALZERT-FREON Aurélie</b>                         | Pharmacie galénique                   |
| <b>RAULT Sylvain</b> Eméritat jusqu'au 31/08/2019    | Chimie thérapeutique                  |
| <b>ROCHAIS Christophe</b>                            | Chimie organique                      |
| <b>SCHUMANN-BARD Pascale</b>                         | Physiologie, Pharmacologie            |
| <b>SICHEL François</b>                               | Toxicologie                           |
| <b>SOPKOVA Jana</b>                                  | Biophysique, Drug design              |
| <b>VOISIN-CHIRET Anne-Sophie</b>                     | Chimie médicinale                     |

## MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

**ANDRE Véronique – HDR**

Biochimie, Toxicologie

**BOUET Valentine – HDR**

Physiologie, Pharmacologie

**CAILLY Thomas – HDR**

Chimie bio-inorganique, Chimie organique

**DENOYELLE Christophe – HDR**

Biologie cellulaire et moléculaire,

Biochimie, Cancérologie

**DHALLUIN Anne**

Bactériologie, Virologie, Immunologie

**ELDIN de PECOULAS Philippe – HDR**

Parasitologie, Mycologie médicale

**GROO Anne-Claire**

Pharmacie galénique

**KIEFFER Charline**

Chimie médicinale

**KRIEGER Sophie** (Praticien hospitalier)

Biologie clinique

**LAPORTE-WOJCIK Catherine**

Chimie bio-inorganique

**LEBAILLY Pierre – HDR**

Santé publique

**LECHEVREL Mathilde – HDR**

Toxicologie

**LEGER Marianne**

Physiologie, Pharmacologie

**LEPAILLEUR Alban – HDR**

Modélisation moléculaire

**N'DIAYE Monique**

Parasitologie, Mycologie médicale,

Biochimie clinique

**PAIZANIS Eleni**

Physiologie, Pharmacologie

**PEREIRA-ROSENFELD Maria de Fatima**

Chimie organique et thérapeutique

**POTTIER Ivannah**

Chimie et toxicologie analytiques

**PREVOST Virginie – HDR**

Chimie analytique, Nutrition, Education

thérapeutique du patient

**QUINTIN Jérôme**

Pharmacognosie

**RIOULT Jean-Philippe**

Botanique, Mycologie, Biotechnologies

**SINCE Marc**

Chimie analytique

**VILLEDIEU Marie**

Biologie et thérapies innovantes des

cancers

## PROFESSEUR AGREGE (PRAG)

**PRICOT Sophie**

Anglais

**PERSONNEL ASSOCIE A TEMPS PARTIEL (PAST)**

**SAINT-LORANT Guillaume**

Pharmacie clinique

**SEDILLO Patrick**

Pharmacie officinale

**RICHARD Estelle**

Pharmacie officinale

**Enseignants titulaires du Diplôme d'Etat de Docteur en Pharmacie**

# Remerciements

Je tiens à remercier toutes les personnes qui m'ont encadrées et soutenues dans la préparation de cette thèse.

J'adresse tous mes remerciements à **Madame Pascale SCHUMANN-BARD**, d'avoir accepté d'être ma présidente de jury et ma directrice de thèse. Tout au long de ce travail, j'ai pu compter sur votre disponibilité et votre qualité de relecture, afin de rendre ce mémoire tel qu'il est.

Je souhaite plus particulièrement REMERCIER :

**Mr JOURDAN Jean-Pierre**

D'avoir gracieusement accepté d'intégrer mon jury.

**Mme SELLAM morgane**

Pour avoir accepté de m'accompagner et me conseiller. Votre double cursus m'a été d'une grande aide.

**Mme BRIEUC Valérie**

D'avoir aimablement accepté de participer à ce jury de thèse. Soyez assurée de l'honneur que vous me faites. Merci pour votre encadrement et le partage de vos connaissances.

Merci à toute **l'équipe de la pharmacie des tilleuls (Eva, Annie, Pascaline, Cathy)** de m'avoir fait partager leur expérience professionnelle et personnelle.

**Mr BURNEL Dominique**

Merci d'avoir accepté de jouer le rôle de correcteur.

**Claire et Kévin**

D'avoir accepté d'être mon binôme et d'avoir partagé ces 6 années de pharma où travail et bonne humeur étaient de rigueur...On s'est toujoursentraîdés. Merci de m'avoir soutenue et motivée, durant ces années difficiles.

**Evelyne, Coralie et Halycia**

Merci pour votre bonne humeur, votre soutien et votre implication dans ce travail.

**Pierrick et Anne-flore**

Merci Pierrick, pour ton aide pendant mes révisions, on se rappellera toujours des reconnaissances des parasites notamment le *lucanus cervus*.

Merci Anne-flore, malgré les milliers de kilomètres qui nous séparent, tu m'as toujours motivée. Ce sujet est un clin d'œil. Ta grossesse m'a donné envie de traiter et étudier ce sujet que je ne connaissais pas et pour lequel j'étais incapable de répondre à tes questions.

**Ma famille**

Un grand merci à vous tous pour votre soutien et vos encouragements tout au long des ces années.

## **Mes parents**

Pour m'avoir toujours épaulée et soutenue. Grâce à votre soutien, j'ai pu accéder au métier dont je rêvais depuis toute petite.

Merci de m'avoir permis d'atteindre mon rêve.

Ma réussite, je vous la dois.

Je vous aime très fort.

## **Mon fiancé Kévin**

Merci à toi mon amour, pour m'avoir soutenue, encouragée. Tu m'as toujours boosté dès que j'avais un petit coup de mou.

Merci de m'avoir écoutée, permis de prendre confiance en moi et croire en moi. Ta persévérance et ton optimisme ont été mon oxygène.

Un énorme merci pour ton soutien quotidien, tu me donnes chaque jour la force d'avancer et c'est grâce à toi que je suis devenue une femme épanouie.

Pour mon plus grand bonheur, nos destins vont être liés à jamais.

Tu es la plus belle chose qui me soit arrivée.

**À VOUS TOUS, MERCI**



# Sommaire

|  |           |
|--|-----------|
| <b>I. LES PRINCIPALES MODIFICATIONS PHYSIOLOGIQUES CHEZ LA FEMME EN POST PARTUM.....</b> | <b>17</b> |
| A. MODIFICATIONS BIOCHIMIQUES ET PHYSIOLOGIQUES (2) (3) (4).....                         | 17        |
| B. MODIFICATIONS HORMONALES (5)(4)(6) .....  | 20        |
| 1. <i>La progestérone</i> .....  | 20        |
| 2. <i>Les œstrogènes / Estrogènes (8) (9)</i> .....                                      | 21        |
| 3. <i>La prolactine (6)(10)(11)</i> .....  | 22        |
| 4. <i>L'ocytocine (6)(11)(12)</i> .....  | 25        |
| C. MODIFICATIONS ANATOMIQUES.....  | 28        |
| 1. <i>Le petit bassin féminin</i> .....  | 28        |
| 2. <i>La poitrine (18)</i> .....   | 32        |
| 3. <i>La peau (19)(20)(21)(22)(23)</i> .....   | 34        |
| 4. <i>La chevelure (32)</i> .....  | 41        |
| <b>II. REPONSES THERAPEUTIQUES AUX MAUX MATERNELS.....</b>                               | <b>46</b> |
| A. ASTHENIE (16) .....   | 47        |
| B. BABY BLUES (16)(36)(37) .....   | 48        |
| C. CONSTIPATION (38) .....   | 49        |
| D. CICATRISATION DE CESARIENNE .....   | 51        |
| E. HEMORROÏDES (16)(39).....   | 51        |
| F. INCONTINENCE URINAIRE A L'EFFORT (40)(6).....   | 53        |
| G. INFECTION URINAIRE (6)(38) .....  | 55        |
| H. LOCHIES (6)(37) .....   | 56        |
| I. LOMBALGIES (6)(16).....   | 58        |
| J. PERINEE (6)(16)(46)(47) .....   | 58        |
| K. PERTE DE CHEVEUX.....   | 61        |
| L. PRISE DE POIDS (2) .....  | 61        |
| M. PROBLEMES LIES A L'ALLAITEMENT.....   | 64        |
| 1. <i>La « montée de lait »</i> .....  | 64        |
| 2. <i>Engorgement mammaire (13)(39)(49)</i> .....  | 65        |
| 3. <i>Crevasse du mamelon (6)(13)(51)</i> .....  | 67        |
| 4. <i>Candidose (6)(39)(49)</i> .....  | 70        |
| 5. <i>Arrêt de la lactation</i> .....  | 71        |
| N. TRANCHEES UTERINES (5)(6)(16).....  | 73        |
| O. TROUBLES DE LA VIE SEXUELLE.....  | 74        |
| 1. <i>Sexualité (6)(49)</i> .....  | 74        |
| 2. <i>Contraception (6)(36)(39)(54)</i> .....  | 75        |
| P. VERGETURES.....   | 80        |
| <b>III. REPONSES THERAPEUTIQUES AUX MAUX DU NOURRISSON .....</b>                         | <b>83</b> |
| A. TROUBLES DIGESTIFS MINEURS .....  | 84        |
| 1. <i>Reflux gastro-œsophagien (RGO) / Régurgitations (55)(56)(57)</i> .....             | 84        |
| 2. <i>Coliques (60)(61)(62)(63)(64)</i> .....  | 87        |
| 3. <i>Constipation</i> .....   | 90        |
| 4. <i>Diarrhée (56)(70)(71)(72)(73)(74)</i> .....  | 93        |
| B. PROBLEMES DERMATOLOGIQUES .....   | 101       |
| 1. <i>Erythème fessier (39)(73)(79)(80)(56)</i> .....                                    | 101       |
| 2. <i>Dermatite séborrhéique -- « croûte de lait » (82)(83)(84)(85)</i> .....            | 104       |
| C. POUSSEE DENTAIRE (56)(86)(87)(88).....  | 107       |

# Figures

|   |    |
|---|----|
| Figure 1. Modifications lipidiques chez la femme gravide ou non. <i>Source: univ-paris5.fr</i> .....  | 18 |
| Figure 2. Variation du débit cardiaque pendant la grossesse. <i>Source: UVMaF.fr</i> .....  | 18 |
| Figure 3. Variation de la fréquence cardiaque pendant la grossesse. <i>Source UVMaF.fr</i> .....  | 19 |
| Figure 4. Structure chimique de la progestérone. <i>Source: futura-sciences.com</i> .....   | 20 |
| Figure 5. Structures chimiques des estrogènes. <i>Source: futura-sciences.com</i> .....   | 21 |
| Figure 6. Modifications hormonales après la grossesse. <i>Source: sciences-direct.com</i> .....   | 22 |
| Figure 7. Structure de la prolactine. Polypeptides de 199 acides aminées, 3 ponts disulfure entre les résidus cystéine situées en position 4 et 11, d'une part, 59 et 174 d'autre part, et enfin 191 et 199. <i>Source: Science-direct.com</i> .....  | 23 |
| Figure 8. Régulation de la sécrétion de la prolactine. <i>Source: ferticon.com</i> .....  | 23 |
| Figure 9. Variations du taux de prolactine, lors de la grossesse et de l'accouchement. Taux de base 10 ng/ml; fin de grossesse: 200 ng/ml; pas d'allaitement: 40 ng/ml à J+7, 10 ng/ml à J+15; Allaitement: J+7 base 100 après 300 tétées, J+20 : base 10 après 250 tétées. <i>Source : reseau-naissance.fr</i> ..... | 25 |
| Figure 10. Structure chimique de l'ocytocine. <i>Source: sciences-direct.com</i> .....  | 25 |
| Figure 11. Mécanisme d'action de l'ocytocine. <i>Source: sante-decouverte.com</i> .....   | 27 |
| Figure 12. Involution utérine, J+1= 35 cm de hauteur; J+9= 7cm. <i>Source:sliderplayer.com</i> ...  | 28 |
| Figure 13. Col utérin --- Le museau de tanche et son orifice chez la femme nullipare, primipare, et multipare. <i>Source: medecineegypte.canalblog.com</i> .....  | 29 |
| Figure 14. Frise chronologique des différentes phases de la régénération de la muqueuse utérine .....   | 30 |
| Figure 15. Vue anatomique du périnée. <i>Source: enora-teyssendier.com</i> .....  | 31 |
| Figure 16. Structure anatomique du sein, vue sagittale. <i>Source: e-cancer.fr</i> .....  | 32 |
| Figure 17. Structure du lobe mammaire. <i>Source: ori-nuxeo.univer-lille1.fr</i> .....  | 33 |
| Figure 18. Glandes de Montgomery au cours de la grossesse. <i>Source : babycenter.fr</i> .....  | 33 |
| Figure 19. Linea nigra. <i>Source: babycenter.fr</i> .....  | 35 |
| Figure 20. Masque de grossesse. <i>Source: dermatologie-et-esthetique.info.fr</i> .....   | 36 |
| Figure 21. Photographie d'un angiome stellaire <i>Source: novaderm.ca</i> .....   | 38 |
| Figure 22. Télangiectasies naevoïdes unilatérales. <i>Source: Sciencedirect.com</i> .....   | 39 |
| Figure 23. Photographie d'un érythème palmaire. <i>Source: www.jogc.com</i> .....   | 40 |
| Figure 24. Photographie de vergetures. <i>Source: êtreparents.com</i> .....   | 41 |
| Figure 25. Le cycle pileux. <i>Source: kemetcare.fr</i> .....   | 42 |
| Figure 26. Frise chronologique représentant les principales modifications physiologiques chez la femme en <i>post partum</i> .....  | 45 |
| Figure 27. Technique de massage abdominal. <i>Source: pinterest.fr</i> .....  | 50 |
| Figure 28. Cicatrice d'une césarienne, datant de 7 semaines. <i>Source: Cesarine.org</i> .....  | 51 |
| Figure 29. Photographie d'une hémorroïde externe. <i>Source: hopitalparissaintjoseph.fr</i> .....   | 52 |
| Figure 30. Illustration des deux types d'hémorroïdes. <i>Source: hopitalparissaintjoseph.fr</i> .....   | 52 |
| Figure 31. Echelle K Bo. Évaluation de l'incontinence urinaire d'effort: le score finale dépend de la fréquence des circonstances générant l'incontinence. Résultats: plus le score est élevé, plus l'incontinence est importante. <i>Source: has-sante.fr</i> .....  | 54 |
| Figure 32. Sonde vaginale. <i>Source:oxypharm.fr</i> .....  | 60 |

|   |     |
|---|-----|
| Figure 33. Recommandations simplifiées du Programme National Nutrition santé (PNNS_4 : 2019) <i>Source: www.sante-publique-france.fr</i> .....  | 63  |
| Figure 34. Photographie d'un engorgement mammaire. <i>Source: us-elsevierhealth.fr</i> .....  | 66  |
| Figure 35. Positionnement de la bouche du bébé. <i>Source: sliderplayer-drdjellouli.fr</i> .....  | 67  |
| Figure 36. Massage aréolaire et expression manuelle du lait. <i>Source: guide-allaitement.fr</i> .  | 67  |
| Figure 37. Photographie d'une crevasse. <i>Source: youtube.fr "faire face à une crevasse/allaitement"</i> .....   | 68  |
| Figure 38. Positions du nourrisson lors de l'allaitement maternel. <i>Source: sliderplayer-drdjellouli.fr</i> .....   | 68  |
| Figure 39. Image d'un bout de seins. <i>Source: www.medela.fr</i> .....   | 70  |
| Figure 40. Photographie d'une candidose mammaire. <i>Source: lattendre.fr</i> .....   | 71  |
| Figure 41. Spécialités des pilules estroprogestatives. <i>Source: HAS.fr</i> .....  | 77  |
| Figure 42. Conduite à tenir en cas d'oubli ou de décalage de la prise d'une pilule, ANAES 2004. <i>Source: HAS.fr</i> .....   | 78  |
| Figure 43. Illustration du tractus digestif du nourrisson. <i>Source: www.alamy.com</i> .....   | 85  |
| Figure 44. Illustration anatomique de l'estomac du nourrisson. <i>Source: www.alamy.com</i> ....  | 85  |
| Figure 45. Répartition des secteurs hydriques du fœtus à l'adulte. <i>Source: www.slidershape.net</i> .....   | 95  |
| Figure 46. Orbites creusées, yeux cernés. <i>Source: https://fr.slideshare.net/JawadFassifihri/deshydratation-aigue-du-nourrisson.fr</i> .....  | 97  |
| Figure 47. Dépression de la fontanelle. <i>Source: https://fr.slideshare.net/lamiabenbada/dshydratation-aigu-du-nourrisson.fr</i> .....   | 97  |
| Figure 48. Technique de recherche du pli cutané de déshydratation. <i>Source: http://fr.slidershare.net/JawadFassifihri/deshydratation-aigue-du-nourrisson.fr</i> .....   | 97  |
| Figure 49. Alerte pharmaceutique. Mise à jour de l'information sur l'utilisation des médicaments à base d'argile (SMECTA®) chez l'enfant de moins de 2 ans. Mars 2019. <i>Source: Lettre aux professionnels de santé, transmise sous l'autorité de l'ANSM</i> ..... | 100 |
| Figure 50. Dermatite du siège chez un nourrisson. <i>Source: www.linkinghub.elsevier.com</i> ...  | 101 |
| Figure 51. Photographie des croûtes de lait. <i>Source: babycenter.fr</i> .....   | 105 |
| Figure 52. Calendrier dentaire. <i>Source: Pédiatrie pour le praticien (livre), 6e édition, JP CHOURAQUI</i> .....  | 108 |

# ABRÉVIATIONS

AA : Acides aminés

AINS : Anti-inflammatoire non stéroïdiens

DC : Débit Cardiaque

DRESS : Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques

FC : Fréquence Cardiaque

FSH : Hormone Folliculo-Stimulante

GnRH : Gonadotropin Releasing Hormone

g/L : Grammes par litre

HPL : Hormone Lactogène Placentaire

INSEE : Institut National de la Statistique et des Études Économiques

Kg : Kilogramme

LDL : Low Density Lipoprotein, ou lipoprotéines de faible densité

LH : Hormone Lutéinisante

Mg : Milligramme

MHU : Mesure du Handicap Urinaire

MSH : Melanocyte Stimulating Hormone

Ng/mL : Nanogrammes par millilitre

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PIF : Prolactin Inhibiting Factor

PMI : Protection Maternelle Infantile

PNNS : Programme Nationale Nutrition Santé

PRF : Prolactin Releasing Factor

PRL : Prolactine

SA : Semaines d'Aménorrhées

TNU : Téléangiectasies Naevoïdes Unilatérales

TRH : Thyrotropine releasing hormone

UNICEF : United Nations International Childrens Fund, le Fonds International des Nations

Unies pour l'Enfance

VES : Volume d'éjection systolique

VIP : Vasointestinal peptide

# INTRODUCTION

Au cours de l'année 2018, l'INSEE (L'Institut national de la statistique et des Études Économiques) a comptabilisé environ 760 000 naissances en France(1). Ce taux de natalité est en diminution depuis 2014.

La naissance d'un enfant est un bouleversement complet dans la vie des nouveaux parents, notamment pour la mère. Après la grossesse et l'accouchement, il reste encore la période du *post partum*. Cette dernière période met un terme au cycle de la conception d'un enfant. Il s'agit de la période du retour à la normale.

La dénomination « *post-partum* » provient du latin **post** signifiant : après, derrière et **partum** : accoucher, mettre au monde. Le *post-partum*, également appelé « suites de couches », s'étend environ sur les six à huit semaines qui suivent l'accouchement, si la maman n'allait pas. Elle se termine par le retour de la menstruation normale dit « retour de couche », signe du retour à l'équilibre œstro-progestatif. Cependant, si le bébé est nourri au sein, les menstruations reviennent à la fin de l'allaitement, voire plusieurs mois après l'arrêt complet. En effet, la prolactine, l'hormone stimulée par la tétée, retarde l'ovulation. Toutefois, il ne faut pas confondre avec les « lochies », qui correspondent à des pertes sanguines abondantes survenant après l'accouchement.

Les suites de couches correspondent à la période au cours de laquelle l'organisme féminin tend à retrouver son état normal, c'est-à-dire à l'état non gravide. Cette transition est à l'origine de nombreux bouleversements anatomiques, hormonaux et psychiques. À noter que des difficultés surviennent fréquemment dans la période du *post-partum*, tant chez la mère que chez le nourrisson. L'Assurance Maladie a, de ce fait, instauré « la visite du *post-partum* ». Il s'agit d'une consultation post-natale obligatoire réalisée au domicile des mamans avec une sage-femme ou un médecin de leur choix. Cette visite permet de vérifier

que tout est rentré dans l'ordre, tant sur le plan physique que psychologique. Pour cela, un examen clinique complet est réalisé chez la mère (évaluation du plancher pelvien, de la ceinture abdominale, du rachis et évaluation de la douleur). Elle permet de discuter avec la femme du vécu de l'accouchement, des suites de couches et des éventuelles complications en période post-natale. Plusieurs sujets sont abordés tels que la mise en place de la rééducation du périnée, la reprise de la contraception et la sexualité du couple... Après avoir vécu la grossesse et la naissance de l'enfant, la période du *post-partum* est en effet un moment d'ajustement majeur pour le couple parental. On évalue également brièvement, à cette occasion, l'état de santé de l'enfant (courbe pondérale, croissance du périmètre crânien) ainsi que l'établissement du lien mère-enfant.

La période du *post partum* est pour la jeune maman, une période remplie de doutes et d'interrogations. Le pharmacien d'officine sera souvent le premier professionnel de santé vers qui se tourner, de par sa proximité, sa confiance et sa disponibilité. Par conséquent, il doit être capable de répondre aux interrogations personnelles de la maman et aux questionnements que l'arrivée du nouveau-né peut susciter afin de pouvoir informer, conseiller et éventuellement rediriger vers une consultation médicale.

C'est au travers de mon expérience professionnelle, que j'ai pu constater la préoccupation de ces jeunes mamans face à ces nombreux changements. Dès la sortie de la maternité, elles se retrouvent seules et très sollicitées par leur bébé, alors qu'elles ne sont elles-mêmes pas entièrement rétablies. Ce bouleversement fait émerger petit à petit des interrogations diverses et les mènent ainsi à nous, leur pharmacien. C'est pourquoi j'ai choisi de travailler sur ce sujet en me posant la question suivante : Quelles réponses le pharmacien peut-il apporter aux questions des femmes qui viennent d'accoucher ? Ainsi, cette thèse est structurée en trois parties. La première partie fait état des principales modifications



physiologiques en période de *post partum* notamment au niveau hormonal, anatomique et psychologique. La deuxième partie porte sur les réponses thérapeutiques pouvant être apportées aux maux maternels survenant au cours de cette période de transition. Pour finir, la dernière partie de cette thèse concerne le nourrisson et ses petits maux. Ce seront souvent des soucis dermatologiques qui amèneront à l'officine : toilette, croûte de lait, érythème fessier ou encore des troubles digestifs : régurgitations, constipation, diarrhée qui amèneront à modifier l'alimentation. Ce travail abordera les conseils à donner dans ces différentes situations.

# **I. Les principales modifications physiologiques chez la femme en *post partum***

## **A. Modifications biochimiques et physiologiques (2) (3) (4)**

De nombreuses constantes, préalablement modifiées par la grossesse, vont se normaliser progressivement, en particulier au niveau du métabolisme glucidique et lipidique (2). En effet, l'état de grossesse engendre l'augmentation de la concentration plasmatique d'hormones stéroïdes sexuelles (progestérone, estrogènes), responsable de la stimulation métabolique de l'organisme. Lors du 1er trimestre, l'imprégnation hormonale provoque une augmentation de la réponse insulinaire au glucose ce qui induit une baisse de la glycémie maternelle (10%). L'anabolisme maternel est prédominant. Au 2ème trimestre, on a une augmentation de l'HPL (hormone lactogène placentaire), une hormone hyperglycémiant, favorisant l'insulinorésistance. Cela limite le stockage dans les tissus adipeux maternels et favorise l'utilisation du glucose pour le fœtus. Cette insulinorésistance peut engendrer un diabète dit « gestationnel ». Après l'accouchement, la quantité de ces hormones va chuter, leurs effets vont s'estomper. La mère retrouve un métabolisme glucidique normal avec une glycémie à jeun comprise entre 0,7g/L et 1,10 g/L.(2) Le métabolisme lipidique est modifié par l'effet anti-lipolytique de l'insuline. Vers le 2ème trimestre, l'insulinorésistance des tissus maternels occasionne une diminution de cet effet anti-lipolytique. En résulte l'augmentation des triglycérides et du cholestérol (Figure 1). Les triglycérides sont multipliés par deux, voire trois au cours de la grossesse. La fraction LDL croît. Le retour aux taux antérieurs se passe en 6 semaines pour les triglycérides et en 8 semaines pour le cholestérol.(2) (4)

|               | Hors grossesse                    | Grossesse               | Post-partum  |
|---------------|-----------------------------------|-------------------------|--------------|
| Triglycérides | 0,6 à 1,5 mmol/L<br>0,5 à 1,4 g/L | X 2 à 3                 | NI en 6 sem. |
| Cholestérol   | < 2 g/l<br>< 5,2 mmol/L           | Fraction LDL $\uparrow$ | NI en 8 sem. |

Figure 1. Modifications lipidiques chez la femme gravide ou non. Source: univ-paris5.fr

Au niveau de la coagulation, on note la persistance de l'hypercoagulabilité, deux semaines après l'accouchement. La fonction cardiovasculaire et hémodynamique se régularise, de même que la fonction digestive et urinaire. Les hormones sont à l'origine de toutes ces modifications fonctionnelles.

Dès le début de la grossesse, on peut remarquer une augmentation du débit cardiaque (DC), de la fréquence cardiaque (FC) et de la masse sanguine (Figure 2 et Figure 3) influencés par la présence des estrogènes. Le débit cardiaque augmente en effet en moyenne de 40% suite à l'augmentation du volume d'éjection systolique (VES), avec un pic vers la 25 SA et également via l'augmentation de la FC. Ceci s'explique par la formule suivante :  $DC (l/min) = VES (L/battements) * FC (battements/min)$ . En revanche, le débit cardiaque revient à la normale (5L/min) après l'accouchement. Quant à la fréquence cardiaque, celle-ci s'oriente vers une diminution rapide en *post partum*. La FC passe de 85 battements/min en fin de grossesse à environ 72 battements/min à la suite de la délivrance (Figure 3).(3) (2)

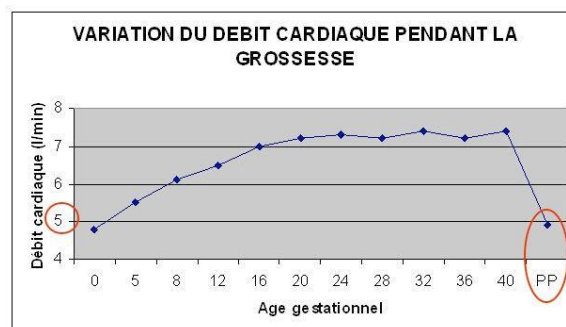
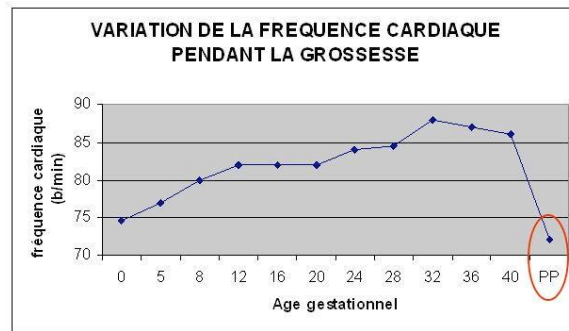


Figure 2. Variation du débit cardiaque pendant la grossesse. Source: UVMaF.fr



**Figure 3. Variation de la fréquence cardiaque pendant la grossesse. Source UVMaF.fr**

La grossesse altère la fonction digestive. Le fonctionnement du tube digestif est ralenti notamment avec l'action de la progestérone sur les muscles lisses. Par conséquent, au niveau de l'œsophage, on observe une diminution du transit œsophagien et du tonus du *cardia*. La tonicité et le péristaltisme de l'estomac sont également diminués avec un retard à la vidange gastrique et un temps de transit prolongé. La réabsorption de l'eau au niveau du colon s'accroît, ce qui favorise et accentue la constipation.

Tout au long de la grossesse, la fonction tubulaire, la filtration glomérulaire ainsi que le débit plasmatique rénal sont augmentés et vont retrouver leurs valeurs normales après la délivrance. La diurèse reste augmentée au cours des premières 24h après l'accouchement, et la première miction spontanée aura idéalement lieu dans les 6h qui suivent la délivrance. Il faut savoir aussi que la vessie va devenir atone ayant pour conséquence une rétention urinaire. De même, il est possible d'observer une incontinence urinaire d'effort.(2) (4)

## B. Modifications hormonales (5)(4)(6)

### 1. La progestérone

La progestérone ( $C_{21}H_{30}O_2$ ) (Figure 4) est une hormone stéroïde sexuelle, qui appartient à la famille des progestagènes. Elle est principalement sécrétée par les cellules du corps jaune de l'ovaire puis par le placenta.

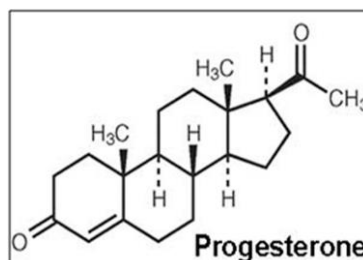


Figure 4. Structure chimique de la progestérone. Source: futura-sciences.com

Au cours de la période de *post partum*, la concentration plasmatique de progestérone varie. Dans un premier temps, elle reste stable pendant les dix premiers jours qui suivent l'accouchement. Puis ce taux va chuter pour devenir nul, en réponse à l'expulsion du placenta, et ne réapparaître qu'après la première ovulation, qui peut se situer au plus tôt vers le 40<sup>e</sup> jour après l'accouchement (Figure 6). Cette chute soudaine n'est pas sans conséquences car des effets liés à la carence en progestérone vont se manifester, chez certaines femmes, sous forme d'asthénie, de *baby blues* ou la perte de cheveux.

Les effets de l'hormone perdurent plusieurs jours après l'accouchement, permettant d'expliquer la continuité de certains maux de grossesse. Rappelons que, pendant la grossesse, la progestérone a un effet relaxant sur le muscle utérin, elle épaissit la muqueuse utérine (endomètre) et prépare les glandes mammaires à la lactation. En plus d'être l'hormone du maintien de la grossesse, avant que celui-ci soit assuré par le placenta elle

joue aussi un rôle sur la stimulation du métabolisme, *via* l'augmentation de la température, de l'appétit et des niveaux d'énergies. D'autre part, elle est aussi responsable d'un effet sédatif sur le système nerveux central. C'est également un relaxant musculaire, on observe ainsi une diminution du tonus des muscles lisses, du tonus de l'estomac, de la motricité intestinale, et peut donc avoir un effet modérateur sur les contractions intestinales normales qui régularisent la digestion, responsable de la constipation. (7)

## 2. Les œstrogènes / Estrogènes (8)(9)

Les œstrogènes ou estrogènes, constituent une famille de stéroïdes sexuels. Ils comprennent des hormones sexuelles féminines que sont l'estrone (E1) ( $C_{18}H_{22}O_2$ ), l'estradiol (E2) ( $C_{18}H_{24}O_2$ ), et l'estriol (E3) ( $C_{18}H_{24}O_3$ ) (Figure 5). Ces hormones ont toutes, pour origine, le cholestérol. Elles sont produites par deux types de glandes endocrines : les corticosurrénales et les gonades. L'estradiol (E2) ou le 17- $\beta$  œstradiol est le représentant principal de cette famille en l'absence d'une grossesse. Il est sécrété essentiellement par l'ovaire. L'estrone (E1) est produit par l'ovaire et par le tissu graisseux. Il est nettement moins actif et peut être converti en E2 si besoin. L'estriol (E3) est un métabolite de l'estradiol (E2) et de l'estrone (E1), il est donc moins actif que ces deux estrogènes, cependant, il joue un rôle important pendant la grossesse. L'E3 est produit en quantité massive par l'unité foeto-placentaire.

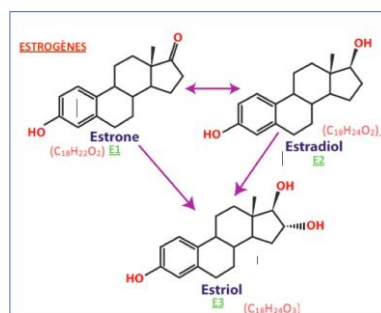


Figure 5. Structures chimiques des œstrogènes. Source: [futura-sciences.com](http://futura-sciences.com)

Les œstrogènes sont responsables du développement des caractères sexuels de la femme et du maintien de l'évolution de la muqueuse utérine en assurant la prolifération d'un nouvel endomètre. Son rôle est aussi primordial quant à la sensibilisation du myomètre à l'ocytocine, à la régulation du cycle menstruel, au désir sexuel, au métabolisme de régénérescence des os et à l'hydratation de la peau. Elle forme également une barrière protectrice contre l'ostéoporose et les maladies cardiovasculaires.

Le taux d'œstrogène placentaire s'effondre dès le premier jour après l'accouchement et tend à disparaître après la fin de la première semaine. À partir du 25<sup>ème</sup> jour et en l'absence d'allaitement, la sécrétion estrogénique reprend sous l'influence de la F.S.H et les taux plasmatiques de la phase folliculaire sont retrouvés. Cependant, si la femme allaite, le retour à la normale se fera vers la sixième semaine. (Figure 6)

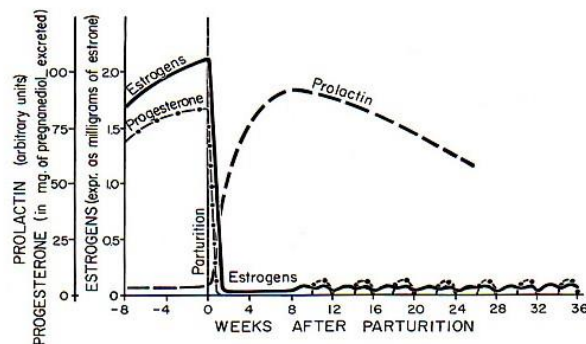


Figure 6. Modifications hormonales après la grossesse. Source: sciences-direct.com

### 3. La prolactine (6)(10)(11)

La prolactine (PRL), hormone peptidique, présente une structure polypeptidique de 199 acides aminés avec trois ponts disulfures (Figure 7). Elle est sécrétée par les cellules lactotropes de l'antéhypophyse. La prolactine est également produite au niveau du placenta, de l'utérus et de la glande mammaire(10).

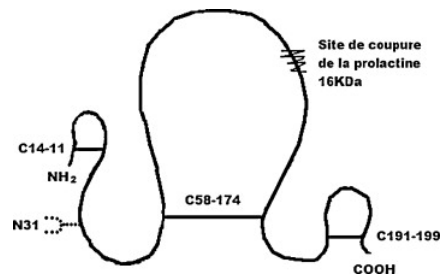


Figure 7. Structure de la prolactine.

Polypeptides de 199 acides aminées, 3 ponts disulfure entre les résidus cystéine situées en position 4 et 11, d'une part, 59 et 174 d'autre part, et enfin 191 et 199.

Source: Science-direct.com

Sa production est régulée par divers facteurs hypothalamiques de nature peptidique. Le PRF (*Prolactin Releasing Factor*) et la TRH (Thyrotropine Releasing Hormone) sont des puissants stimulateurs de sécrétion de prolactine. La régulation périphérique est dominée par les estrogènes, les sérotoninergiques et le VIP (vasointestinal peptide). Le contrôle inhibiteur est généré par la dopamine, anciennement appelé PIF (*Prolactin Inhibiting Factor*). La dopamine exerce un rétrocontrôle négatif permanent sur la sécrétion de la prolactine. (Figure 8)

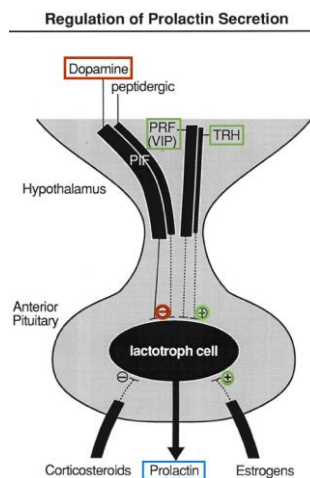


Figure 8. Régulation de la sécrétion de la prolactine.

Source: ferticon.com

Les rôles de la prolactine sont multiples. Elle intervient notamment dans la lactation, la reproduction et la croissance. L'action la mieux connue est celle du développement de la glande mammaire et la lactogénèse. La PRL inhibe la sécrétion de GnRH, l'hormone hypothalamique de libération des gonatrophines hypophysaires, elles-mêmes responsables



de la production des hormones LH (hormone lutéinisante) et la FSH (hormone folliculo-stimulante). Or, ces mêmes hormones jouent un rôle clé dans l'ovulation et la fertilité.

Les valeurs physiologiques de la prolactine sont inférieures à 15-20 ng/mL chez l'homme et la femme. Les principaux facteurs physiologiques induisant une hyperprolactinémie sont : la grossesse, l'allaitement, la stimulation du mamelon en dehors de la grossesse, l'exercice, le stress, l'âge néonatal ou le sommeil. Il existe un rythme nyctéméral de la prolactine. Le taux s'élève 60 à 90 minutes après l'endormissement. Son pic est obtenu en général entre 4 et 7 heures du matin. La prolactine augmente de façon importante pendant la grossesse, à partir de la dixième semaine et au moment de l'accouchement. Son taux est 5 à 10 fois plus élevé en fin de grossesse. Il peut s'élever à 150-200 ng/mL. (Figure 9)

Avant l'accouchement, la progestérone inhibe l'impact de la prolactine sur ses récepteurs au niveau des lactocytes. Les œstrogènes diminuent le taux de prolactine en stimulant la sécrétion de dopamine. La chute des œstrogènes postnatals permet la lactation.

Le pic de sécrétion de prolactine est dû à la chute brutale de la concentration plasmatique en oestrogène et en progestérone, due à la délivrance du placenta. En l'absence d'allaitement, le taux de prolactine va s'abaisser afin de retourner à son taux de base. On observe qu'à J+7 la prolactinémie est de 40 ng/mL et n'est plus qu'à 10 ng/mL à J+15.

L'augmentation du taux de prolactine stimule la croissance des glandes mammaires et déclenche la sécrétion de lait, ce qui provoque la montée de lait chez la mère. L'allaitement va accroître la sécrétion de prolactine puisque la succion stimule la synthèse de cette hormone et va donc induire à chaque tétée des pics de prolactinémie dont l'amplitude décroît avec le temps. Les taux de prolactine sont également plus élevés la nuit, ce qui permet les tétées nocturnes.

En ce qui concerne le taux de prolactine en période de *post partum*, que la mère allaite ou non, l'hormone commence à diminuer vers le 15ème jour après la naissance du bébé, et se normalise en 4 à 6 semaines, de sorte que la prolactinémie soit comprise entre 15-20 ng/mL. (Figure 9).

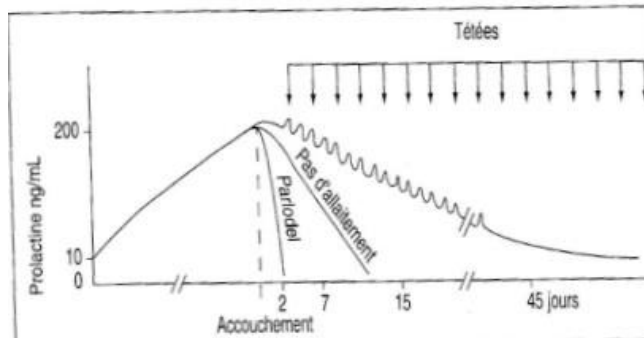


Figure 9. Variations du taux de prolactine, lors de la grossesse et de l'accouchement. Taux de base 10 ng/ml; fin de grossesse: 200 ng/ml; pas d'allaitement: 40 ng/ml à J+7, 10 ng/ml à J+15; Allaitement: J+7 base 100 après 300 tétées, J+20 : base 10 après 250 tétées. Source : [reseau-naissance.fr](http://reseau-naissance.fr)

#### 4. L'ocytocine (6)(11)(12)

Cette hormone peptidique est un polypeptide comportant neuf acides aminés, avec un pont disulfure entre les résidus cystéine 1 et 6 (Figure 10).

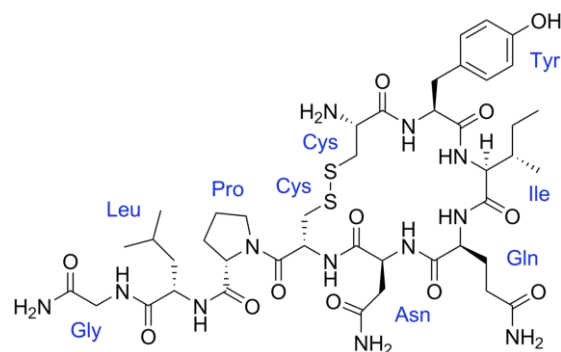


Figure 10. Structure chimique de l'ocytocine. Source: [sciences-direct.com](http://sciences-direct.com)

Elle est produite par l'hypophyse durant la grossesse, cependant, elle reste stockée tout au long de la gestation dans la posthypophyse. Elle ne sera libérée qu'au moment de l'accouchement, c'est pour cela qu'elle porte également le nom de l'hormone de l'accouchement.

Au cours du dernier trimestre, des récepteurs à l'ocytocine vont se développer au niveau du myomètre utérin et des glandes mammaires. Au moment du travail, des mécanorécepteurs vont être sollicités grâce à la pression exercée par le bébé sur le col de l'utérus. Leur stimulation va activer l'hypophyse afin de sécréter l'ocytocine (Figure 11-*Partie gauche*). De cette façon, le taux d'ocytocine va progressivement augmenter. Cette hormone stimule les contractions de l'utérus chez la femme enceinte et accélère le travail de l'accouchement. L'ocytocine est également indispensable à la délivrance, c'est grâce à l'effet de cette hormone sur l'utérus que le placenta va être expulsé. En effet, au moment du passage de l'enfant dans la partie basse du vagin, les mécanorécepteurs sensibles à l'étirement vont informer l'hypophyse afin d'accroître la production d'ocytocine par cette dernière (Figure 11). En conséquence, son taux va augmenter afin de favoriser les contractions utérines permettant l'évacuation du placenta juste après la naissance de l'enfant. L'ocytocine agit encore par la suite et permet à l'utérus de se contracter pour qu'il revienne à sa taille initiale. Ces contractions ont aussi pour effet de limiter les risques hémorragiques.

De plus, cette hormone joue un rôle important dans l'allaitement. L'ocytocine se fixe en effet sur ses récepteurs membranaires situés au niveau des glandes mammaires et par une augmentation de la concentration en  $Ca^{2+}$  cytosolique, elle va induire une contraction des cellules myoépithéliales des alvéoles et des canaux galactophores responsables de l'éjection du lait. La sécrétion du lait est provoquée par un réflexe neuroendocrinien. Les

récepteurs sensoriels vont être activés par le mouvement de succion du mamelon par le bébé et entraîner un influx nerveux dont la réponse permet la production d'ocytocine, stimulant l'allaitement (Figure 11-partie droite).

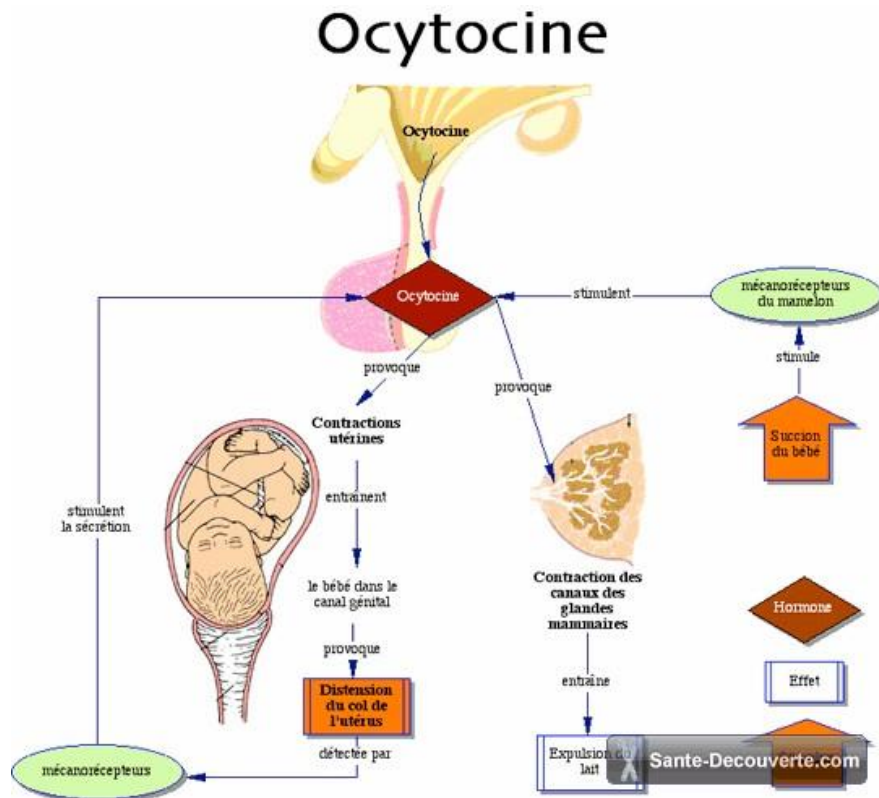


Figure 11. Mécanisme d'action de l'ocytocine. Source: sante-decouverte.com

## C. Modifications anatomiques

### 1. Le petit bassin féminin

#### 1.1. Organes génitaux internes

##### (1) L'utérus

##### (a) L'involution utérine (5)(13)(14)

En fin de grossesse, l'utérus atteint une hauteur de 30-35 cm au-dessus de la symphyse pubienne (Figure 12). Immédiatement après l'étape de délivrance, l'utérus se rétracte. La femme va ressentir des contractions qui vont réapparaître, c'est ce que l'on appelle « les tranchées ». Celles-ci permettront à l'utérus de reprendre sa taille normale soit 7 à 8 cm de hauteur. L'involution utérine est d'abord rapide, puis plus lente et ne sera complète qu'au bout de deux mois. À la fin de la première semaine, le fond utérin se situe à mi-distance entre l'ombilic et la symphyse pubienne. L'utérus revient au niveau pelvien vers le quinzième jour de *post partum*, avec le col fermé.

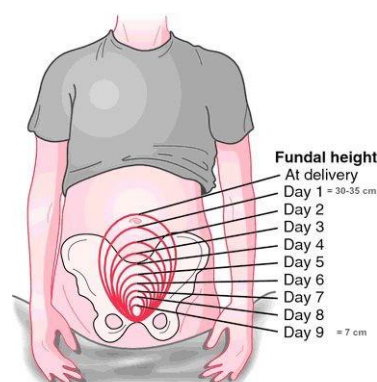


Figure 12. Involution utérine, J+1= 35 cm de hauteur; J+9= 7cm.  
Source:sliderplayer.com

(b) *Le col utérin (15)(16)*

Le col utérin se referme progressivement et retrouve sa longueur et sa fermeté en quelques jours seulement. L'orifice interne se referme au bout d'une dizaine de jours avec une persistance d'une déhiscence de l'orifice externe. L'orifice externe qui était punctiforme avant l'accouchement, se retrouve ouvert transversalement et se referme vers le vingtième jour. Cet orifice devient, définitivement large et entouré de tubercules et de dépressions. Le col perd sa forme cylindrique régulière (Figure 13).

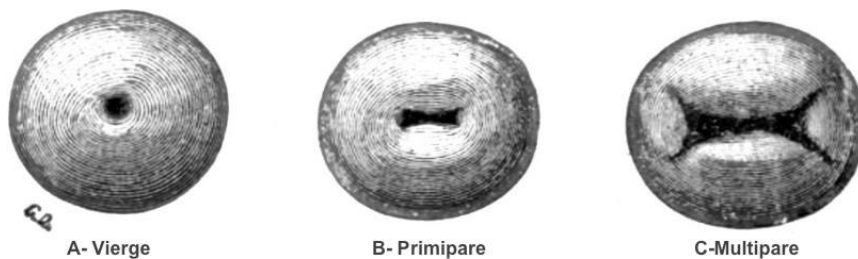


Figure 13. Col utérin --- Le museau de tanche et son orifice chez la femme nullipare, primipare, et multipare. Source: [medecineegypte.canalblog.com](http://medecineegypte.canalblog.com)

(c) *La muqueuse utérine (16)*

La régénération de la muqueuse utérine, se déroule en quatre phases (Figure 14). Tout d'abord, de l'accouchement au cinquième jour, on entre dans une phase d'atrophie. Puis vient la phase de cicatrisation entre le sixième et le vingt-cinquième jour, ces deux étapes sont indépendantes de la stimulation hormonale. L'endomètre restait jusque-là impropre à la nidation afin de laisser la cicatrisation se faire correctement. La phase de prolifération débute à partir du vingt-cinquième jour, pour une durée de vingt jours. Au 45<sup>ème</sup> jour, l'endomètre présente l'aspect normal d'une phase folliculaire. Cette phase, également appelée phase hormonale de régénération, se fait par la stimulation œtrogénique. C'est à ce moment que l'on reprend la contraception. La reprise du cycle menstruel est la dernière étape pour la régénération de la muqueuse utérine. Le premier

cycle est habituellement anovulatoire. Chez la femme allaitante, le retour de couches survient en général après l'arrêt de l'allaitement.

Au cours de la régénération de l'endomètre, des pertes d'origine utérine, apparaissent : ce sont « les lochies ». Les lochies correspondent à un mélange de sang, de débris de caduque et de sécrétions provenant de la cicatrisation de l'endomètre.

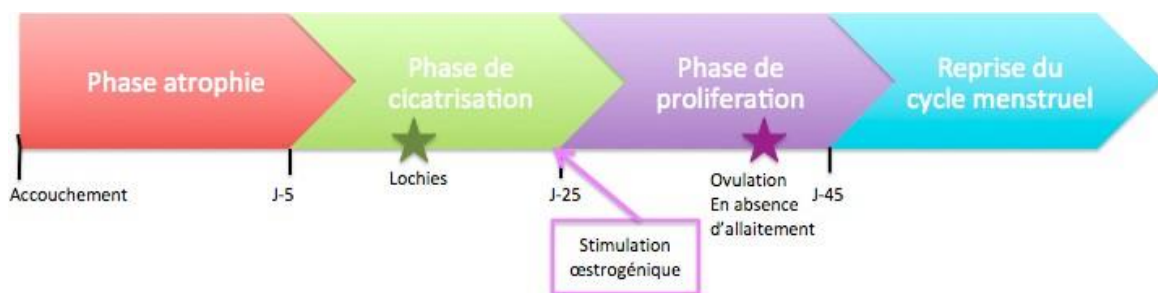


Figure 14. Frise chronologique des différentes phases de la régénération de la muqueuse utérine

## (2) Le vagin

Le vagin est, lui aussi, modifié par l'accouchement, sa muqueuse s'atrophie, perdant la moitié de ses couches cellulaires. Ceci peut provoquer chez certaines femmes une sécheresse vaginale et une sensation de brûlure liées à des modifications de la lubrification et de la trophicité. L'épithélialisation du vagin et l'amélioration de sa trophicité, débute vers le vingt-cinquième jour en absence d'allaitement grâce à la stimulation hormonale des œstrogènes. Toutefois, suite au passage du bébé, une distension définitive se crée, empêchant le vagin de reprendre exactement sa forme initiale.

### 1.2. Organe génital externe : La vulve (17)

Les premiers jours après l'accouchement, la vulve est béante. On parle de béance vulvaire. Il s'agit d'un déficit de tonicité des muscles périnéaux, qui provoque un relâchement de la fourchette vulvaire et une augmentation de la capacité vaginale. Le problème n'est pas anatomique mais fonctionnel ; certaines femmes peuvent se plaindre

d'émission de gaz vaginaux lors des rapports (bruits d'air vaginaux --- pets vaginaux), de diminution mécanique du plaisir sexuel également ressentie par le partenaire. Le traitement est avant tout préventif par la rééducation périnéale du *post-partum*.

### 13. Le périnée

Le périnée est un ensemble musculo-aponévrotique situé en dessous du muscle élévateur de l'anus (ou plancher pelvien). Il forme un losange sur lequel repose les organes génitaux et urinaires. Ce losange est divisé en deux triangles par une limite transversale imaginaire, on obtient ainsi dans la partie antérieure, le périnée urogénital (périnée superficiel) et au niveau postérieure le périnée anal (périnée profond) (Figure 15). Le périnée est limité par des parties osseuses que sont la symphyse pubienne, les branches ischio-pubiennes et le coccyx, ainsi que par les ligaments sacro-tubéraux et les tubérosités ischiatiques.

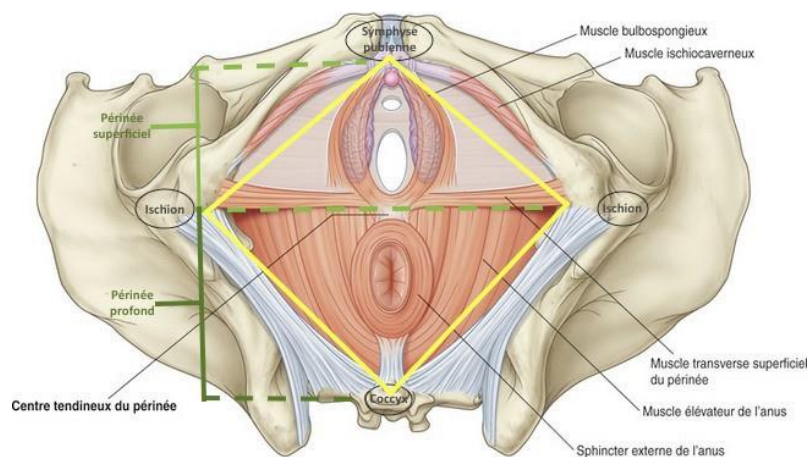


Figure 15. Vue anatomique du périnée. Source: [enora-teyssendier.com](http://enora-teyssendier.com)

Le périnée est ainsi délimité par un cadre oestéo-fibreux, losangique avec

- en avant, le bord inférieur de la symphyse pubienne et les branches ischio-pubiennes
- en arrière, le sommet du coccyx et les ligaments sacro-tubéraux.
- latéralement, les tubérosités ischiatiques



Au moment du passage du bébé, le périnée va se distendre, voire se déchirer. On parle de déchirure périnéale. La perte de tonicité du périnée expose à un risque de fuites urinaires, de sensation de pesanteur et de gêne lors des rapports sexuels. À long terme et en l'absence de soins, la femme pourra être sujette à une incontinence urinaire.

Il faudra veiller à l'état de la cicatrisation de la déchirure périnéale. En effet, ces lésions peuvent entraîner une cystocèle ou une rectocèle mais celles-ci sont réversibles et seront traitées efficacement par la rééducation périnéale avec électrostimulation systématique. De plus, la reprise de la tonicité des muscles superficiels et releveurs s'effectue progressivement grâce à une rééducation appropriée. (II.J)

## 2. La poitrine (18)

Le sein présente une structure complexe (Figure 16). Chaque sein, appelé aussi glande mammaire, est composée de plusieurs lobes séparés par du tissu adipeux (graisseux) qui lui donne sa forme conique. Ces lobes sont divisés en lobules, eux-mêmes constitués de bourgeons glandulaires (acini ou alvéoles) (Figure 17) Ils débouchent sur un canal terminal, drainé par des canaux galactophores pourvus vers son extrémité d'un sinus galactophore. Chaque canal galactophore débouche séparément au niveau du mamelon par un pore. Le mamelon est situé au milieu d'une zone pigmentée : l'aréole.

Le sein a pour fonction biologique de produire du lait afin de nourrir un nouveau-né ; cependant les glandes mammaires ne deviennent actives qu'en période d'allaitement.

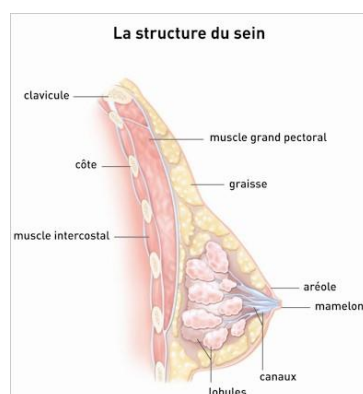


Figure 16. Structure anatomique du sein, vue sagittale. Source: e-cancer.fr

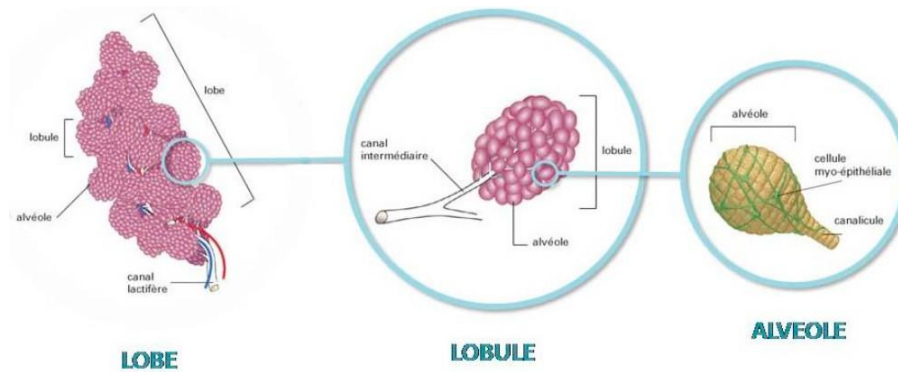


Figure 17. Structure du lobe mammaire. Source: [ori-nuxeo.univer-lille1.fr](http://ori-nuxeo.univer-lille1.fr)

Tout au long de la grossesse, les seins sont soumis à des modifications anatomiques. Dans un premier temps, on observe un changement au niveau de l'aspect de la peau de l'aréole, qui prend un aspect grenu car elle est parsemée de glandes sébacées (glandes de MORGANI) qui s'hypertrophient et prennent alors le nom de tubercule de MONTGOMERY (Figure 18). Sous l'influence de l'hormone de grossesse (l'œstrogène), les aréoles et les tubercules des seins deviennent plus foncés et particulièrement volumineux vers la huitième semaine de grossesse.

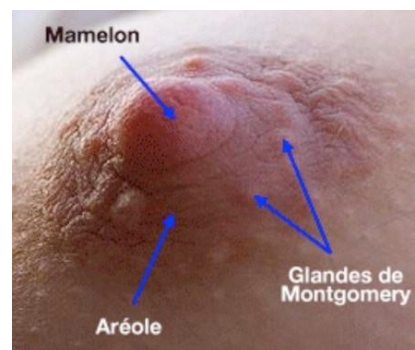


Figure 18. Glandes de Montgomery au cours de la grossesse. Source : [babycenter.fr](http://babycenter.fr)

Ces glandes sébacées, visibles sur l'aréole, produisent après l'accouchement, une sécrétion huileuse qui lubrifie et protège celle-ci contre le dessèchement lors de l'allaitement. L'odeur émise par ce sébum est un guide olfactif, permettant au bébé de trouver plus facilement le sein.

L'aréole est pourvue de fibres musculaires lisses, permettant ainsi l'érection du mamelon. La coloration de celle-ci s'accroît tout au long de la grossesse. En fin de grossesse, le tissu graisseux a presque disparu, suite à l'hyperplasie de l'épithélium glandulaire qui va le remplacer peu à peu. Le tissu glandulaire quant à lui devient dur et tendu. Tous ces changements, régresseront totalement et de façon spontanée après l'accouchement et l'allaitement.

### **3. La peau (19)(20)(21)(22)(23)**

La grossesse entraîne des modifications cutanées, pigmentaires, vasculaires et structurales. Elles reposent sur des variations hormonales physiologiques pendant la grossesse.

#### **2.1. Modifications pigmentaires**

##### **(1) L'hyperpigmentation corporelle**

L'hyperpigmentation corporelle est observée chez 90 % des parturientes. Elle est marquée chez les femmes à la peau colorée. Elle touche les zones physiologiquement plus pigmentées : l'aréole mammaire, la région génito-anales, la région péri-ombilicale, la ligne médiane abdominale appelée la *linea nigra*, et les *naevi* pré-existants.

Ces changements de pigmentation sont dus à l'afflux d'hormones (œstrogènes et progestérone) secrétées par l'hypophyse.

##### **(2) La Linea nigra (24)(25)**

Il s'agit de l'hyperpigmentation de la ligne blanche abdominale, elle apparaît généralement dès le 1er trimestre. Elle va du pubis à l'ombilic, voire jusqu'au haut de l'abdomen. (Figure 19)

Cette ligne brune est très fréquente pendant la grossesse, elle représente 35 à 75 % des cas. La cause spécifique de la *linea nigra* est inconnue, mais on pense qu'elle est liée aux variations hormonales et notamment à l'augmentation de l'hormone mélanotrope produite par le placenta, une hormone qui provoque également le masque de grossesse et l'assombrissement des mamelons. Après l'accouchement, elle régresse spontanément de façon plus ou moins complète.

S'il n'est pas possible de prévenir son apparition, il est néanmoins possible de maîtriser sa coloration. Pour éviter qu'elle ne devienne trop brune, il est notamment recommandé de s'exposer le moins possible aux rayons du soleil qui favorisent la synthèse de la mélanine.



Figure 19. Linea nigra. Source: *babycenter.fr*

(3) Le masque de grossesse, « mélasma », « chloasma »

(26)(27)

Le *melasma* ou *chloasma*, appelé « masque de grossesse » (Figure 20) apparaît de façon symétrique, il prend la forme de plaques pigmentées de couleur marron, inhomogènes, aux contours irréguliers. Il est localisé sur les zones du corps exposées au soleil, en particulier sur le visage (front, zone malaire et mandibulaire), le cou et le décolleté.

Le *melasma* survient à partir du troisième mois de grossesse. En France, 50 à 70 % des femmes enceintes sont touchées par le masque de grossesse.

La manifestation de cette hyperpigmentation est multifactorielle. On note surtout, l'hypersécrétion de la mélanocytes stimulating hormone (MSH) ou hormone mélanotrope. Il s'agit d'une hormone synthétisé par l'adénohypophyse, permettent la stimulation des mélanocytes (cellules sécrétrices) afin de produire de la mélanine, un pigment responsable de la couleur de la peau. Les autres facteurs correspondent à une augmentation des hormones œstroprogestatives, une exposition solaire, et au phototype foncé.

Sa régression spontanée se fait de façon partielle ou totale au bout de 6 à 18 mois. Afin de limiter l'apparition des taches brunes, il est important d'éviter les expositions au soleil sans protection solaire, ainsi que la prise d'œstroprogestatifs de synthèse.



Figure 20. Masque de grossesse. Source: [dermatologie-et-esthetique.info.fr](http://dermatologie-et-esthetique.info.fr)

#### (4) Les naevi (28)(29)

Les *naevi*, communément appelé « grain de beauté », vont avoir tendance à foncer sous l'influence des hormones. Cette coloration plus sombre est due à l'augmentation de la production de mélanine par les cellules de la peau, sous l'action des hormones de la grossesse. En effet, on trouve des récepteurs stéroïdiens au niveau de la peau (les œstrogènes stimulent l'activité des fibroblastes dermiques).

De plus, la taille de ces petites taches cutanées augmente en raison de la distension mécanique de la peau.

Pour certains auteurs, l'hyperpigmentation dépend de la MSH qui augmente jusqu'à l'accouchement pour diminuer par la suite. Pour d'autres, la progestérone et les œstrogènes sont des stimulants mélanogéniques. Ce phénomène d'hyperpigmentation est quasi-inévitable au cours de la gestation. Le pharmacien a donc un rôle important à jouer au niveau de la prévention. Ce traitement préventif consiste à éviter l'exposition solaire et à utiliser régulièrement des topiques photoprotecteurs à spectre large et à coefficient de protection élevé tout au long de la grossesse et en période de *post partum* car la régression est lente.

## **2.2. Modifications vasculaires (30)**

Ces variations vasculaires correspondent à la dilatation des vaisseaux sanguins du derme superficiel. Seul l'aspect sémiologique diffère.

### **(1) Angiomes stellaires**

Les angiomes stellaires sont des lésions vasculaires bénignes. Ils touchent 50 à 70% des femmes enceintes. Ces angiomes sont facilement reconnaissables de par leur forme caractéristique en étoile et leur couleur rouge vif, où la télangiectasie est centrée par un point rouge plus ou moins en relief et qui donne naissance à une arborisation centrifuge (Figure 21), il s'agit donc d'une arborisation vasculaire de petite taille prédominant sur la partie haute du tronc, notamment au niveau du visage, du cou, et du thorax. Ces lésions surviennent généralement entre le deuxième et le cinquième mois de grossesse et régressent dans le trimestre qui suit l'accouchement, il est donc nécessaire de rassurer la

patiente. En cas de persistance, un traitement au laser ou par l'électrocoagulation à l'aiguille fine peut être mis en place.



Figure 21. Photographie d'un angiome stellaire Source: novaderm.ca

## (2) Télangiectasies Naevoïdes Unilatérales (TNU)

(23)(31)(25)

Les télangiectasies naevoïdes unilatérales sont des lésions angiomeuses planes et non palpables, fréquemment entourées d'un halo blanchâtre (Figure 22). Elles apparaissent sur un seul côté du corps, disposées préférentiellement sur un ou plusieurs métamères, au niveau de la partie haute du tronc (thorax, visage). Ce sont des dilatations permanentes de petits vaisseaux situés dans le derme. Ils forment de fines lignes rouges ou violettes et prennent l'aspect d'angiomes stellaires, de macules angiomeuses arrondies ou de courtes télangiectasies linéaires.

L'étiologie des télangiectasies naevoïdes unilatérales (TNU) peut être congénitale ou acquise. La physiopathologie reste mal connue, cependant la majorité des auteurs suggèrent que la survenue des TNU est probablement liée à un état hyperœstrogénique. Ceci explique que ce type de lésions apparaisse à la puberté, lors de la prise d'œstrogènes ou bien au cours de la gestation. Toutefois, ce désagrément cutané s'atténue en *post partum* mais les TNU peuvent réapparaître au cours de grossesse ultérieure.



**Figure 22. Télangiectasies naevoïdes unilatérales. Source: Sciencedirect.com**

### (3) Erythème palmaire (30)

Selon divers auteurs, 30% des femmes enceintes sont sujettes à la survenue d'un érythème palmaire. Cette affection cutanée débute vers le deuxième mois de grossesse. On l'identifie comme une rougeur de la peau s'effaçant à la pression et localisé au niveau des paumes (Figure 23). On en distingue deux formes :

- une forme diffuse sur les paumes et les pulpes avec des zones plus pâles
- une forme autre rouge-rosée prédominant sur les pulpes et les éminences thénars et hypothénars. Ces érythèmes peuvent être intenses et s'accompagner de brûlures, de prurit ou d'hyperhidrose (transpiration excessive).

Dans la plupart des cas, la modification de couleur est symétrique, indolore, non prurigineuse et sans anomalie de la desquamation.

La survenue d'un érythème palmaire est vraisemblablement liée à la présence de très nombreux shunts artériolo-veinulaires aboutissant à la dilatation du réseau microvasculaire de la peau. La forme gestationnelle serait en rapport avec l'augmentation de l'activité oestrogénique. Ce phénomène disparaît spontanément au cours des trois premières semaines du *post partum*.





Figure 23. Photographie d'un érythème palmaire. Source: [www.jogc.com](http://www.jogc.com)

### 2.3. Modifications tissulaires (25)

#### (1) Vergetures

Les vergetures correspondent à des stries linéaires ou fusiformes. Leur longueur varie de 0,5 à plusieurs centimètres et leur largeur s'étend de 1 millimètre à 1 centimètre. L'aspect varie selon le stade. Elles sont initialement de couleur rouge-violacée et inflammatoires (Figure 24), puis elles deviennent brillantes et nacrées avec un aspect déprimé, fripé à un stade plus ancien. Ce désagrément cutané touche entre 60 à 90% des femmes parturientes et notamment chez les primipares jeunes. Les vergetures apparaissent à partir du sixième mois de grossesse, préférentiellement au niveau de l'abdomen, des seins, des cuisses et des fesses. Sur l'abdomen elles se disposent concentriquement autour de la zone péri-ombilicale. Sur les seins, elles ont une disposition radiaire convergeant vers le mamelon.

La physiopathologie des vergetures est mal connue. Néanmoins, on constate que l'apparition des vergetures présente une double origine, hormonale et mécanique. L'origine hormonale, est liée à une suractivité des hormones stéroïdes notamment l'hypercortisolémie, responsable des perturbations de synthèse d'élastine et de collagène dans le derme. Ceci entraîne une diminution de la densité du réseau de fibre d'élastine et

donc une fragilité du tissu cutané. L'origine mécanique, s'explique par une distension cutanée importante.

Afin de limiter le nombre et l'étendue de ces vergetures, le pharmacien officinal pourra conseiller la patiente sur les méthodes de préventions détaillées dans la deuxième partie.



Figure 24. Photographie de vergetures. Source: *êtreparents.com*

#### **4. La chevelure (32)**

Durant la grossesse, les cheveux se modifient. Le cheveu est un élément vivant qui suit un cycle de croissance naturel : le cycle pileux(33) (Figure 25). Au cours de la vie, chaque follicule est capable d'assurer 25 cycles qui se succéderont. Le cycle du cheveu se divise en 3 phases qui se suivent : l'anagène, la catagène et la télogène.

La phase anagène est la phase de croissance du cheveu. Il s'agit de la période la plus longue du cycle pileux puisqu'elle dure en moyenne plusieurs années (3 à 7 ans chez la femme) où le processus de kératinisation des poils se met en place afin de donner aux ongles, aux poils et aux cheveux leur solidité et leur résistance.

La phase catagène ou de régression est une phase de repos durant laquelle les fonctions vitales du cheveu diminuent et la croissance s'arrête. Elle dure environ 3 semaines, ce qui est peu par rapport à la phase précédente.

Pendant la phase télogène, le cheveu ne pousse pas, mais il reste attaché au follicule pileux. À la fin de cette phase, l'ancien cheveu tombe et laisse la place à un nouveau follicule en phase anagène, le cycle pileux recommence.

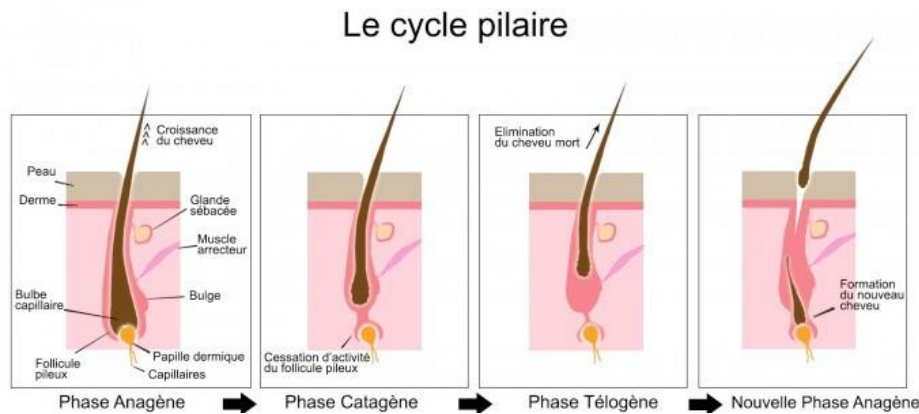


Figure 25. Le cycle pileux. Source: kemetcare.fr

Cette évolution périodique est régie par des facteurs génétiques, mais aussi par des hormones (androgènes, œstrogènes, progestatifs), les vitamines et les minéraux.

Pendant la grossesse, la femme est soumise à des variations hormonales croissantes qui lui permettent de maintenir et de faire grandir le fœtus. Ces hormones sécrétées, en particulier les œstrogènes, ont également un impact sur la chevelure : elles stimulent la phase de croissance des cheveux (phase anagène), de cette façon la chute naturelle des cheveux est ralentie. Les cheveux sont plus nombreux, souvent plus épais et plus fort. Les cheveux peuvent également être moins gras en raison de la réduction de la sécrétion de sébum, là aussi, grâce aux œstrogènes.

Malheureusement, dans les deux à quatre mois qui suivent l'accouchement, tout change. En effet, en *post partum*, la concentration plasmatique en œstrogènes chute, entraînant un effet inverse sur la chevelure, lequel est favorisé par l'hyperandrogénie relative. La femme va devoir faire face à une chute de cheveux, c'est ce que l'on appelle l'alopecie du *post partum*. Celle-ci est normale, inévitable et sans grande conséquence. La

perte de cheveux durant cette période est accentuée par le stress ressenti par la maman face à ses nouvelles responsabilités, mais également face à un nouveau rythme de vie, source de fatigue et de manque de sommeil. Les carences martiales et vitaminiques induites par la grossesse sont également responsables de cette alopécie. Pour cela, Il faut simplement les surveiller avec une prise de sang et les compenser, le cas échéant, (notamment le fer).

Notons bien que la chute peut être importante mais que tous les cheveux repousseront : ce n'est donc pas une calvitie. Les cheveux superflus sont éliminés et le cycle capillaire reprend normalement.

Lorsque la femme allaite, la chute des cheveux est généralement plus tardive, elle survient au moment du sevrage de l'enfant.

## Conclusion --- Partie I

Le *post-partum*, période suivant l'accouchement, est marqué par des bouleversements physiques, psychiques et familiaux. Le corps de la femme est « chamboulé » par la grossesse. Cette phase permet à l'organisme féminin de se rétablir, afin de revenir semblable à l'état antérieur, « non gravide ». La première partie a permis d'évoquer les principales modifications survenues au cours de cette période.

Le fonctionnement physiologique est bouleversé, particulièrement au niveau biochimique comme le métabolisme glucidique et lipidique. Les fonctions cardiovasculaires, hémodynamiques, digestives et urinaires sont pareillement concernées. Le système hormonal joue un rôle fondamental pendant cette période. L'accouchement est suivi par une baisse brutale des hormones sécrétées par le placenta (les stéroïdes sexuels : œstrogènes et progestérone) et par l'augmentation du taux de prolactine, hormone qui stimule la lactation.

La variation de leur taux entraîne les modifications anatomiques. Il s'agit de l'adaptation du corps, au changement de contexte physiologique. Dans les premières heures et les premiers jours qui suivent la naissance, ce sont les organes génitaux internes qui commencent à se remettre en place. Tous ne vont pas connaître, un retour parfaitement identique à l'état de pré-grossesse, c'est le cas pour le col utérin et le vagin. Les organes génitaux externes ont plus de mal à revenir à la normale. Une rééducation urogénitale s'avère nécessaire.

Le système cutané peut subir de nombreuses modifications. Au niveau pigmentaire, le retour s'établit après la chute des taux hormonaux. L'altération vasculaire ne persiste pas, elle régresse avec le temps. Au niveau tissulaire, la prévention permet de limiter le caractère irréversible des vergetures.

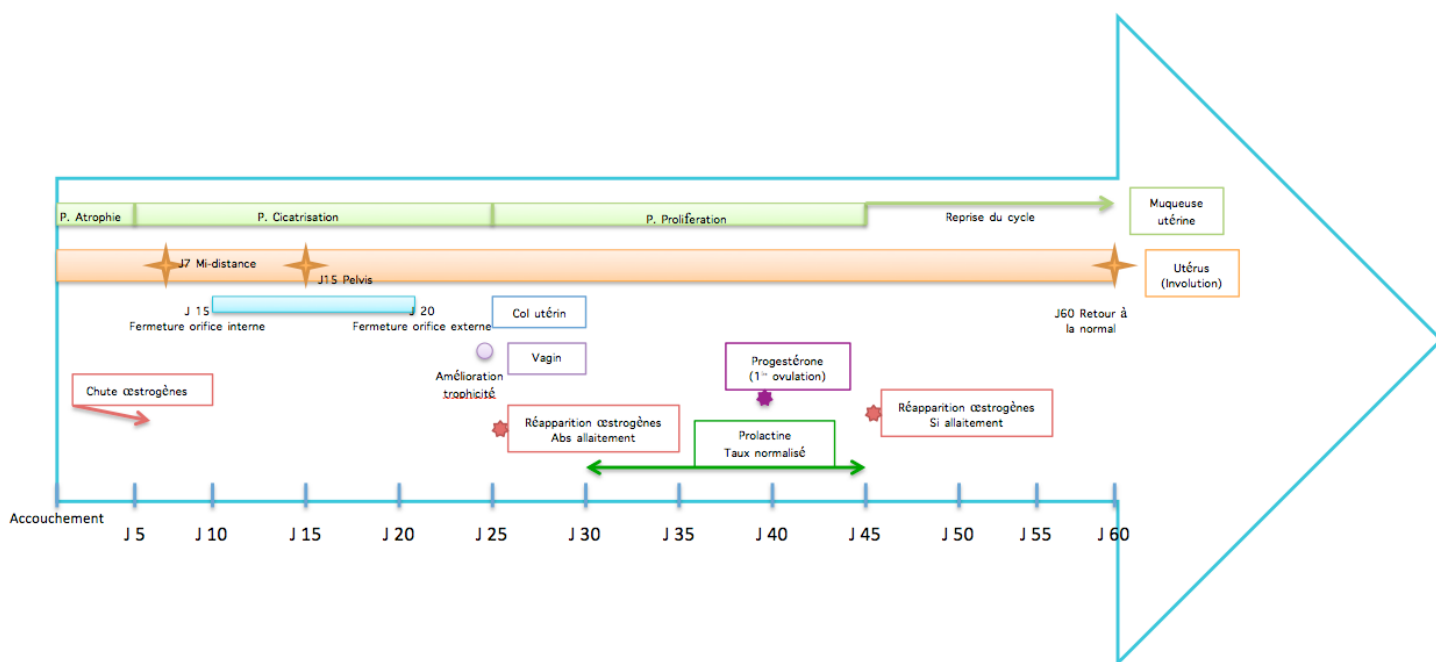


Figure 26. Frise chronologique représentant les principales modifications physiologiques chez la femme en *post partum*

Toute femme après sa grossesse est sujette aux modifications physiologiques. Seulement, certaines de ces mamans sont plus sensibles que d'autres à ces changements pendant la période de retour de couches. Elles vont donc potentiellement connaître divers désagréments plus ou moins gênants et plus ou moins bénins.

Par conséquent, la partie suivante abordera les maux maternels pouvant être pris en charge au comptoir de l'officine.

## II. Réponses thérapeutiques aux maux maternels

Comme nous l'avons vu, le *post partum* est la période de transition entre l'état gestationnel et le retour à l'état physiologique. Il implique de nombreuses transformations somatiques et psychiques, qui peuvent s'avérer douloureuses et difficiles à vivre. Celles-ci ne se manifestent le plus souvent qu'après le retour de la mère à domicile, donc en l'absence d'une équipe médicale de recours, en dehors du cabinet du médecin traitant. La femme se retrouve souvent seule, face à ses inquiétudes et ses désagréments. Le pharmacien d'officine prend alors une place importante auprès de la mère. C'est vers lui qu'elle va se diriger dans un premier temps. Par conséquent, le pharmacien doit savoir écouter, conseiller et orienter la maman.

D'un point de vue médical, il est important de différencier, les « petits maux », des complications vraies. Les petits désagréments correspondent à des troubles mineurs et bénins ne nécessitant pas obligatoirement une consultation médicale. À l'officine, les conseils destinés aux femmes en *post partum* concernent le plus souvent la fatigue, les douleurs lombaires, la constipation et les hémorroïdes, la perte de cheveux ...

Les complications plus sévères du *post partum* nécessitent une consultation médicale. Si le pharmacien officinal n'est plus en capacité de répondre à la demande de la patiente il doit l'orienter vers un médecin.

## **A. Asthénie (16)**

L'asthénie est un affaiblissement plus ou moins intense de l'organisme, due à une fatigue qui perdure malgré le repos. Il s'agit d'un phénomène physiologique normal des suites d'un accouchement. L'asthénie est décrite par les femmes comme un manque de force, une sensation d'épuisement, de lassitude, un découragement. Elle se traduit également par des bâillements, une envie de dormir, une somnolence, un ressenti de pesanteur des membres. Elle peut persister longtemps, 50% d'entre elles s'en plaignent encore 6 mois après la naissance de leur enfant. Cette asthénie est liée au fait que la jeune femme doit s'adapter à un nouveau rythme de sommeil, qui est celui du bébé et de l'allaitement. Le temps de sommeil est donc diminué et réparti autrement, des périodes de repos sont souvent nécessaires dans la journée. Il est important de surveiller l'asthénie, car celle-ci peut favoriser d'autres problèmes, tels que la dépression du *post partum*. L'asthénie peut aussi être secondaire à un problème organique (hypothyroïdie, anémie ferriprive...).

### **Conduite à tenir et traitement :**

Tout d'abord, il faut rassurer la maman, et l'encourager. On lui conseille de faire des siestes en même temps que son bébé et de se faire aider par un proche pour les tâches domestiques afin de la décharger. Elle peut également s'hydrater avec de l'eau riche en magnésium tels que CONTREX, HEPAR pour les eaux plates et BADOIT, QUÉZAC pour les eaux gazeuses.

Si cela ne suffit pas, la prise d'homéopathie et/ou de compléments vitaminiques peut lui être proposée. Il faut cependant savoir si la femme allaite ou non. Si c'est le cas, les



compléments vitaminiques possibles seront des produits spécifiquement conçus pour aider les mamans allaitantes à retrouver énergie et vitalité, tels que **PICOT COMPLEMENT VITALITE ALLAITEMENT®**, **ELEVIT®**, **BI-OPTIMIUM®**, **GYNEFAM ALLAITEMENT®**, **SUVEAL ALLAITEMENT®**... toutes ces spécialités contiennent des minéraux (Magnésium), du fer, des vitamines du groupe B (B2, B3, B6, B12); de la vitamine C mais en petite quantité(34), car la dose référente pour la femme allaitante est de 130 mg/jour(25). Néanmoins, les femmes qui allaitent doivent limiter leurs apports aux valeurs recommandées pour les adultes (maximum 1000 mg/). En raison de l'absence de données sur le passage de la vitamine C dans le lait maternel, l'utilisation de ce médicament est à éviter pendant l'allaitement. Le besoin nutritionnel moyen pour les enfants de moins de 10 ans est de 200 mg/j (35). C'est pour cela que les complexes vitaminiques spécial allaitement contiennent un faible dose d'acide ascorbique (< 200 mg).

Les femmes non allaitantes, peuvent quant à elles prendre de la vitamine C (**VITAMINE C UPSA®**, **GUROSAN®**, **BEROCCA®**) dosée à 500-1000mg. Ce dosage est la teneur maximale recommandée pour un adulte(35), car au-dessus elle est associée à des effets gastro-intestinaux. Les spécialités phytothérapeutiques à base de ginseng par exemple sont également conseillées. Si la maman préfère se diriger vers l'homéopathie, on peut lui conseiller la formule suivante : **CHINA RUBRA 15CH + PHOSPHORICUM ACIDUM 15CH + KALIUM PHOSPHORICUM 15CH** : 5 granules de chaque le matin et le soir, à prendre en dehors des repas.

### **B. Baby blues (16)(36)(37)**

Le « *baby blues* », est un syndrome dépressif d'intensité variable, survenant vers le troisième jour après l'accouchement, lié au bouleversement hormonal. Cet épisode est

caractérisé par un sentiment d'incapacité, une asthénie, des troubles de l'humeur avec des pleurs, une anxiété vis-à-vis du nouveau-né et de la peur d'être une mauvaise mère. Ces sentiments cèdent généralement au bout d'une, voire deux semaines. Toutefois, si ces symptômes persistent et s'accompagnent d'une perte d'appétit et/ou des insomnies, il faut orienter la jeune femme vers un médecin et être vigilant car la frontière entre le physiologique et le pathologique peut être minime avec un risque de dépression ultérieure. Il faut savoir qu'il n'y a pas de traitement médicamenteux particulier pour cela, la femme a besoin d'être écoutée et rassurée sur ses capacités maternelles. Elle doit se sentir rassurée, soutenue par son entourage et encadrée par l'équipe soignante.

### **C. Constipation (38)**

La constipation est fréquente dans le *post partum*, elle fait suite aux changements occasionnés par la grossesse au niveau du tube digestif. Il faut donc laisser le temps à l'organisme de rétablir correctement sa fonction digestive. On parle de constipation, lorsqu'il y a moins de 3 selles par semaine et/ou l'existence de selles dures et/ou des difficultés d'évacuation (efforts de poussée, sensation de gêne au passage des selles, d'évacuation incomplète).

#### **Conduite à tenir et traitement :**

Afin d'éviter ce désagrément, on conseille à la femme dans un premier temps, de suivre des règles hygiéno-diététiques c'est-à-dire de bien s'hydrater (1,5 à 2L par jour) en privilégiant les eaux riches en Magnésium et d'opter pour une alimentation riche en fibres. Les fibres permettent d'agir sur la fréquence et la consistance des selles, les efforts d'exonération et le temps de transit colique. On les retrouve dans la plupart des légumes (épinards cuits, petits pois, salsifis, chou, poireaux, carotte), dans les fruits frais tels que les

framboises, les figues et les fruits secs (pruneaux, amandes, raisin). Les produits céréaliers complets sont à favoriser (pain complet, riz complet, quinoa, avoine), de même que la consommation de produits laitiers riches en bifidus actif de type Activia®. Elle peut également se faire des massages abdominaux (Figure 27) à pratiquer au moins 2 heures après le repas ; ceci permet de faciliter la digestion et donc de remédier à la constipation. Il faut pour cela exercer des petits mouvements circulaires dans le sens des aiguilles d'une montre pendant 10 à 20 min.



**Figure 27. Technique de massage abdominal. Source: pinterest.fr**

Dans un second temps, on peut éventuellement lui conseiller des suppositoires à la glycérine, ou des laxatifs osmotiques (compatible avec l'allaitement). Les suppositoires à la glycérine sont des laxatifs qui favorisent le déclenchement du processus de défécation. La glycérine agit en ramollissant les selles et en retenant l'eau au niveau du rectum. Ces deux actions stimulent les contractions du rectum, et favorisent ainsi l'évacuation des selles. L'effet se produit généralement entre 5 et 30 minutes après l'introduction. Les laxatifs osmotiques de type **DUPHALAC®** (LACTULOSE 10mg/15ml®), **FORLAX®** (MACROGOL 4000) vont eux aussi permettent d'attirer l'eau dans l'intestin et donc augmenter le volume des selles. La posologie recommandée est de un à deux sachets par jour, à prendre de préférence le matin en une seule prise. Néanmoins, l'effet laxatif se manifeste 24 à 48 heures après la prise du médicament.

## D. Cicatrisation de césarienne

La césarienne est une intervention chirurgicale qui consiste à inciser sur environ 10 cm et de façon horizontale, la paroi abdominal (laparotomie) et la paroi utérine (hystérotomie) dans la région sus-pubienne, afin de pouvoir sortir l'enfant de l'utérus maternel par voie abdominale (Figure 28).



Figure 28. Cicatrice d'une césarienne, datant de 7 semaines. Source: Cesarine.org

### Conduite à tenir et traitement :

Tout d'abord, la femme doit nettoyer sa cicatrice. Une fois la plaie complètement cicatrisée, on conseille de masser la zone avec de l'huile végétale d'amande douce ou bien une crème réparatrice de type **CICALFATE**® Avène, **CICAPLAST**® La Roche posay, **CICABIO**® Bioderma, **BEPANTHENCICA**® (**dispositif médical**) . La pratique régulière du massage contribue à assouplir la peau, à éviter que la cicatrice ne durcisse, et à éviter les adhérences. Par la suite, l'exposition solaire est à éviter. Une protection solaire sera indispensable la première année.

La cicatrice elle-même va passer du rouge au rose puis deviendra blanche. Après un an ou deux, on ne verra plus qu'un simple trait un peu plus clair.

## E. Hémorroïdes (16)(39)

Les hémorroïdes sont des dilatations veineuses comparables à des varices, qui se forment dans l'anus ou le rectum. Il en existe deux types : les hémorroïdes externes et les

hémorroïdes internes. (Figure 29 et Figure 30). Les symptômes peuvent être des sensations de brûlure, des démangeaisons ou un inconfort dans la région anale, des saignements et des douleurs au moment de la défécation.

Ce désagrément touche environ 20% des parturientes(40). Selon certains auteurs, une corrélation existe entre la constipation et la survenue d'hémorroïdes. La congestion veineuse de fin de grossesse et les efforts expulsifs au moment de l'accouchement, sont aussi des facteurs favorisant le déclenchement d'une crise hémorroïdaire.

Cette affection peut être pris en charge par le pharmacien officinal.

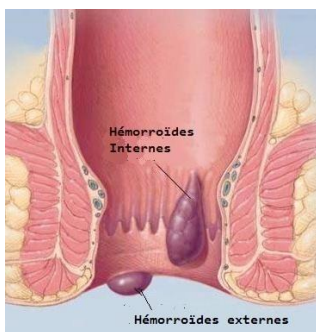


Figure 30. Illustration des deux types d'hémorroïdes. Source: [hopitalparissaintjoseph.fr](http://hopitalparissaintjoseph.fr)



Figure 29. Photographie d'une hémorroïde externe. Source: [hopitalparissaintjoseph.fr](http://hopitalparissaintjoseph.fr)

### Conduite à tenir et traitement :

La poussée hémorroïdaire aiguë se traite localement avec des spécialités contenant un anesthésique local sans corticoïdes : **TITANORÉINE-lidocaïne**® (1 à 2 applications par jour), **SÉDORRHOÏDE**® (2 à 3 applications par jour), ou avec corticoïdes : **DELIPROCT**® (prednisolone) (1 à 2 applications par jour), **CIRKAN**® (désonide) (1 à 2 suppositoires par jour). Des spécialités sans anesthésique, peuvent également être utilisés, comme la crème ou les suppositoires **TITANORÉINE**® (2 applications par jour). Pour toutes ces spécialités, la durée maximale de traitement est de 7 jours et, si les symptômes persistent, une

consultation médicale sera nécessaire. Les spécialités précédentes sont utilisables pendant l'allaitement.

Il est conseillé d'associer au traitement local, un traitement par voie générale, avec des veinotoniques (compatible avec l'allaitement), tels que **DAFLON 500®**, **DIOSMINE®** (2 comprimés, 2 à 3 fois/ jour); **CYCLO3®** (Hespéridine) (4 à 5 gélules par jour); **ESBERIVENT®** (Rutoside) (1comprimé, 2 fois/ jours). Un traitement homéopathique peut également être proposé. Par voie locale, on conseille la crème ou les suppositoires **AVENOC®** (3 à 4 fois par jour). Par voie orale avec **AESCLUS COMPOSÉE** (5 granules, 3 fois/jours) et **ARNICA MONTANA 5CH** (5 granules, 3 fois/jour).

La régression des douleurs se fait en quelques jours et celle des hémorroïdes est plus lente, elle est favorisée par de bonnes conditions d'hygiène de vie, notamment avec une alimentation sans épices (poivre, moutarde, cumin, piments, paprika etc.), sans boissons alcoolisées et sans excitants (thé, café, Coca-Cola etc.). Il ne faut pas oublier de traiter l'éventuelle constipation.

#### **F. Incontinence urinaire à l'effort (40)(6)**

L'incontinence urinaire en *post partum*, est présente chez environ un tiers des parturientes(42). Elle touche essentiellement, les femmes incontinentes avant ou au début de leur grossesse, et les femmes ayant accouchées par voie basse. Néanmoins, 3 à 4 % des femmes ayant accouchées par césarienne présentent une incontinence urinaire.

En *post partum*, le périnée est fragilisé et manque de tonicité. Cela expose à des fuites urinaires incontrôlables, lors d'efforts minimes tels que la toux, le rire, l'éternuement. La prise en charge consiste à effectuer un bilan d'évaluation afin de déterminer le type de

rééducation. Pour définir la stratégie thérapeutique, le médecin doit obtenir par l'entretien et l'examen clinique des renseignements indispensables au choix de la rééducation.

Tout d'abord, l'entretien permet de rechercher :

--- Les mécanismes de l'incontinence : effort, impériosités.

--- L'environnement, les habitudes de vie : sport, activités sociales.

--- Le retentissement de l'incontinence : sa mesure quantitative et la mesure de son retentissement, peut être quantifié au moyen d'échelles de qualité de vie : Questionnaire de CONTILIFE) (Tableau 1-Annexe) et l'échelle K BO Test (Figure 31) (exclusivement pour l'incontinence d'effort). (43) (44) Ces échelles sont complexes et difficiles à utiliser en pratique en ville. Sans utiliser ces échelles, il est possible en quelques questions de définir quel type d'effort déclenche l'incontinence, avec quelle fréquence et quelles activités ont été perturbées par ce problème d'incontinence.

| CIRCONSTANCES GENERANT L'INCONTINENCE | jamais = 0 | rarement = 1 | parfois = 2 | souvent = 3 | toujours = 4 | sans objet |
|---------------------------------------|------------|--------------|-------------|-------------|--------------|------------|
| rire                                  |            |              |             |             |              |            |
| toux                                  |            |              |             |             |              |            |
| étternement                           |            |              |             |             |              |            |
| passage couché a assis                |            |              |             |             |              |            |
| passage de assis a debout             |            |              |             |             |              |            |
| marche terrain plat                   |            |              |             |             |              |            |
| marche en montant                     |            |              |             |             |              |            |
| marche en descendant                  |            |              |             |             |              |            |
| saut avec les 2 jambes                |            |              |             |             |              |            |
| saut jambes en abduction              |            |              |             |             |              |            |
| course                                |            |              |             |             |              |            |
| soulèvement de poids                  |            |              |             |             |              |            |
| mouvement rapide/soudain              |            |              |             |             |              |            |

Tableau 3 : K. Bo Index : Evaluation quantitative de l'incontinence urinaire a l'effort

Figure 31. Echelle K Bo. Évaluation de l'incontinence urinaire d'effort: le score finale dépend de le fréquence des circonstances générant l'incontinence. Résultats: plus le score est élevé, plus l'incontinence est importante. *Source: has-sante.fr*

L'incontinence urinaire du *post partum* est souvent transitoire et régresse spontanément en quelques semaines, aidée par une kinésithérapie. On préconise à la maman de réaliser fréquemment une vidange de sa vessie, d'apprendre à interrompre le jet urinaire en cours de miction (stop pipi), de débiter une rééducation périnéo-sphinctérienne 6 à 8 semaines après l'accouchement.

### **Conduite à tenir et traitement : (39)**

Au comptoir, peu de mamans se plaignent de ce désagrément par pudeur. Le pharmacien doit donc anticiper et donner quelques conseils tels que, d'éviter le port de charges lourdes pendant quelques semaines, de ne pas négliger la rééducation périnéale. Il faut déconseiller aux femmes la pratique de sport qui muscle la sangle abdominale et préférer par exemple la marche ou la natation douce jusqu'à la fin de la rééducation. On propose également des solutions transitoires comme les protections adaptées à placer dans la lingerie (Tena Lady, Confiance Secure...) ou à enfiler (Tena Lady Silhouette, Confiance Lady Absorption...).

## **G. Infection urinaire (6)(38)**

L'infection urinaire du *post partum* est une complication infectieuse des suites de couches. La prévalence est de 1 à 3% avec une prédominance dans les cas de césarienne. Les infections des voies urinaires sont le plus souvent la conséquence de bactéries Gram --- (*E. Coli*).

L'apparition de signes fonctionnels urinaires : pollakiurie, brûlures mictionnelles, envie persistante d'uriner, urines troubles dégageant une odeur désagréable et absence de fièvre, doivent donner suite à un diagnostic sur bandelette urinaire, ou la réalisation d'un examen cyto bactériologique des urines (ECBU) avec antibiogramme. Le traitement sera



fonction du diagnostic, des antécédents de la personne et des risques de complications. La cystite sera traitée d'emblée par une antibiothérapie(5).

**Conduite à tenir et traitement : (38)(46)**

La prise en charge de l'infection urinaire n'est pas du ressort du pharmacien officinal. Nous pouvons simplement aider la femme à détecter les signes évocateurs et la conseiller sur la prévention et l'éviction des récurrences.

La prévention passe par des mesures hygiéno-diététiques simples : boire beaucoup d'eau (minimum 1,5 L/Jour) ; uriner régulièrement et ne pas se retenir ; s'essuyer d'avant en arrière après être allé à la selle. Pour la toilette intime, utiliser un savon au pH physiologique (5,2) : **HYDRALIN QUOTIDIEN®**, **ROGES CAVAILLES QUOTIDIEN®**, **SAUGELLA DERMOLIQUE®**.

La prise de complément alimentaire à la Cranberry (**CYSCONTROL®** :1 gélule matin et soir pendant 20-30 jours, **GYNDELTA®** : 1 capsule par jour sur 30 jours) est possible sauf en cas d'allaitement.

Il faut veiller à la survenue de complications comme la pyélonéphrite qui se manifeste par de la fièvre et des douleurs dans le dos.

**H. Lochies (6)(37)**

Les lochies sont des métrorragies physiologiques du *post partum* (saignements d'origine utérine, survenant en dehors du cycle menstruel). Elles surviennent quelque soit le type d'accouchement (voie basse ou césarienne). Ce sont des écoulements vulvaires d'origine utérine. L'utérus est en train de cicatriser et expulse tous les résidus de la grossesse.

Ces pertes sont donc essentiellement constituées de sang et de déchets de caduques. Les lochies durent environ 3 à 6 semaines. Au cours des trois premiers jours, les métrorragies sont particulièrement abondantes et sanglantes. Puis, elles deviennent séro-sanglantes jusqu'au huitième jour, et cet écoulement sera de plus en plus rosé et séreux pour disparaître vers le quinzième jour. Parfois, l'écoulement redevient sanguinolant et abondant pendant quelques jours, c'est le petit « retour de couches ». À ne pas confondre avec un retour de couches véritable. La qualité, la quantité et l'odeur des lochies sont surveillées par l'équipe médicale au cours de l'hospitalisation. L'odeur est semblable au cycle menstruel, mais une mauvaise odeur est un signe d'infection. La couleur varie au profil du temps : de rouge vif au début, en passant par la rose et arrive à terme à une couleur jaune-blanc.

#### **Conduite à tenir et traitement** :(39)

En officine, la réponse thérapeutique aux lochies, va être de proposer à la maman des protections suffisamment absorbantes : serviettes longues et épaisses à changer fréquemment (RUBY MATERNITÉ®). Il est conseillé à la maman de ne pas avoir de rapport sexuel avant la fin des lochies ou avant la 4<sup>ème</sup> semaine du *post partum*, de ne pas utiliser de tampon interne ou de coupe menstruelle pendant cette période. En fait, il ne doit pas y avoir d'insertion dans le vagin tant que le col utérin n'est pas fermé (4 semaines) en raison du risque d'endométrite. Une consultation médicale est nécessaire si la patiente éprouve des saignements abondants et prolongés ou s'ils ont une odeur forte.

## I. Lombalgies (6)(16)

Les douleurs dorsales et lombaires sont fréquentes en *post partum*. En effet, 40 à 50% des parturientes souffrent de lombalgies post-natales. Ces douleurs sont des douleurs musculaires et ligamentaires liées à des déséquilibres posturaux au moment du travail. Plusieurs études ont montré qu'il n'y avait aucun lien entre la péridurale et les lombalgies du *post partum*, ni d'ailleurs avec le mode d'accouchement (spontané ou instrumenté)(47).

### Conduite à tenir et traitement :

La prise en charge est la même que pour la population générale : la patiente est encouragée à consulter son médecin traitant. Les douleurs peuvent être soulagées par le biais de la kinésithérapie, en travaillant sur la sollicitation des muscles transverses, le remplacement de la flexion lombaire par la flexion des membres inférieurs, l'apprentissage du portage du nouveau-né et des positions de l'allaitement. La prise d'antalgiques de palier I (**PARACETAMOL**) et d'AINS (**IBUPROFENE**), peut également être conseillé au comptoir. En association avec une crème décontractante (**KAMOL®**, **BAUME SAINT BERNARD®**, **BAUME DU TIGRE®**) ou des patchs chauffants.

## J. Périnée (6)(16)(48)(49)

Après la délivrance, le périnée est distendu et peut être déchiré (I.C.1.3). De nombreuses patientes signalent avoir des douleurs périnéales, dans les 24 heures post-accouchement. Ces douleurs s'estompent avec le temps et la rééducation. Il est possible de les soulager, sans avoir eu recours au préalable à une consultation médicale.

### Conduite à tenir et traitement :

Les douleurs périnéales sont traitées avec du paracétamol, ou des anti-inflammatoires non stéroïdiens, s'il n'y a pas de contre-indication. La prescription de séances

de rééducation du *post partum* découle des symptômes décrits par la patiente ou décelés lors de l'examen clinique effectué au cours de la consultation post-natale (6 à 8 semaines après accouchement). La rééducation du *post partum* va être à la fois pelvipérinéale et urogynécologique. Elles peuvent être effectuées par un kinésithérapeute ou une sage-femme et commencent 2 mois après l'accouchement. En général, 10 à 20 séances de rééducation périnéale sont prescrites et prises en charge à 100 % sur la base des tarifs de la Sécurité Sociale.

Le but de cette rééducation est de redonner aux patientes un périnée indolore et tonique afin d'assurer ses fonctions principales (soutien des organes du petit bassin, verrouillage sphinctérien, et rôle important lors des rapports sexuels).

Les techniques de rééducation les plus couramment utilisées sont la rééducation manuelle classique, le biofeedback instrumental et l'électrostimulation.

La rééducation manuelle classique correspond à la méthode CMP : « Connaissance et Maitrise de Périnée ». C'est une méthode créée par Dominique Trinh Dinh, sage-femme, dans les années 90. Elle se base sur une phase de connaissance de l'anatomie du périnée et une phase de maîtrise du périnée. Cette technique vise à développer un travail moteur des muscles périnéaux. La pratique s'effectue par l'intermédiaire d'un toucher vaginal fait par la patiente elle-même en association avec des exercices du plancher pelvien.

Le *biofeedback*, est une méthode instrumentale. Il est complémentaire à la rééducation manuelle. Cette rééducation permet une prise de conscience objective, d'une fonction physiologique non révélée au niveau de la conscience. Il va permettre de restaurer le contrôle vésical, en apprenant aux patientes à contracter et à relâcher les muscles du plancher pelvien, sans augmenter la pression vésicale ou la pression intra-abdominale, tout en éliminant les contractions parasites (abdominales, adducteurs, fessiers). Cette méthode

se pratique par l'intermédiaire d'une sonde endo-vaginale (Figure 32) et d'électrodes abdominales permettant de contrôler la non-participation des muscles « parasites ». Les appareils de Biofeedback mesurent avec précision la force des muscles du périnée et indiquent, quand contracter et quand relâcher la contraction. Un système assisté par micro-ordinateur fournissant un grand nombre de paramètres, permet d'adapter le traitement aux besoins spécifiques de la patiente. L'avantage est que les patientes peuvent contrôler leur activité musculaire et se corriger. De plus, les nouveaux appareils permettent de créer des objectifs à atteindre et donc augmenter la motivation.



**Figure 32. Sonde vaginale.**  
*Source:oxypharm.fr*

L'électrostimulation, est une méthode passive, nécessitant également l'usage d'une sonde vaginale. Il s'agit d'un courant électrique qui va être appliqué au contact de la muqueuse vaginale. Il va stimuler et provoquer une contraction musculaire grâce à l'activation des nerfs gouvernant les muscles périnéaux. Dans ce cas de figure, la femme n'aura pas d'effort à fournir. L'électrostimulation permettra à la femme de ressentir la contraction et de localiser la zone à contracter.

Contrairement aux deux techniques illustrées précédemment, l'électrostimulation est déconseillée lors de lésions nerveuses dans les six à douze mois suivant l'accouchement.

## K. Perte de cheveux

Il faut rappeler que la chute de cheveux après la grossesse est passagère. Elle est fortement liée à la chute du taux d'œstrogènes plasmatiques.

### Conduite à tenir et traitement :

Pour la prévenir et la freiner, il existe aujourd'hui une large gamme de soins cosmétiques et médicamenteux.

Si la femme concernée n'allaite pas, elle pourra prendre des compléments alimentaires de type « **CHUTE DE CHEVEUX** »<sup>®</sup> LUXEOL ; **FORCAPIL**<sup>®</sup> --- **LEVURE DE BIÈRE**<sup>®</sup> ARKOPHARMA ; **CAPILLAIRE**<sup>®</sup> PURESENTIEL. Ces compléments alimentaires sont riches en vitamines A, B (B2, B5, B6) et E, en cystine, en magnésium, en fer ou en zinc. Ces oligo-éléments participent en effet à la formation et au renforcement de la kératine capillaire.

En cas d'allaitement, il vaut mieux adopter une alimentation équilibrée et variée.

On recommande aux parturientes d'utiliser un shampooing fortifiant, un masque régénérant ou des baumes après shampooing revitalisant. Par exemple, le shampooing à la quinine et vitamine B6 de la gamme **KLORANE** ; **ANAPHASE+**<sup>®</sup> de DUCRAY ; **FORTICEA**<sup>®</sup> de FURTERER.

## L. Prise de poids (2)

Tout au long de la grossesse, la prise de poids est continue. Elle dépend de la morphologie de la femme et de son poids initial. À terme, le poids pris oscille entre 9-12 kg. Il se répartit entre le poids du bébé, celui du placenta (entre 500 et 700 g) et du liquide amniotique (1L soit 1 kg), l'augmentation du volume de l'utérus et des seins (1,6 kg), l'augmentation du volume sanguin (1,5 kg), et les dépôts lipidiques (entre 3 et 4 kg), sans oublier la probable rétention d'eau (environ 2 kg). Ainsi, à l'accouchement, la femme perd

environ 6 kg d'un coup (le poids du bébé, celui du placenta et du liquide amniotique), puis 2 à 3 kg supplémentaires, lorsque l'utérus retrouve son poids initial. Au total, 9 kg environ sont perdus naturellement.

**Conduite à tenir et traitement :**

Les kilos restant vont s'éliminer progressivement avec une alimentation saine et équilibrée, proche des repères nutritionnels de la santé publique France (Figure 33), en association avec une activité physique quotidienne. La reprise de l'activité sportive doit être progressive. Juste après l'accouchement, le repos est nécessaire pendant les 4 à 6 semaines. La rééducation périnéale permet d'amorcer la reprise. Seules les activités physiques douces peuvent débuter, tel que la marche à pieds, la natation, le pilate. À partir du 6<sup>ième</sup> mois de *post partum*, la durée et la fréquence des séances peuvent s'allonger. Cela permet à la femme de retrouver souplesse, force et endurance de manière progressive et durable.

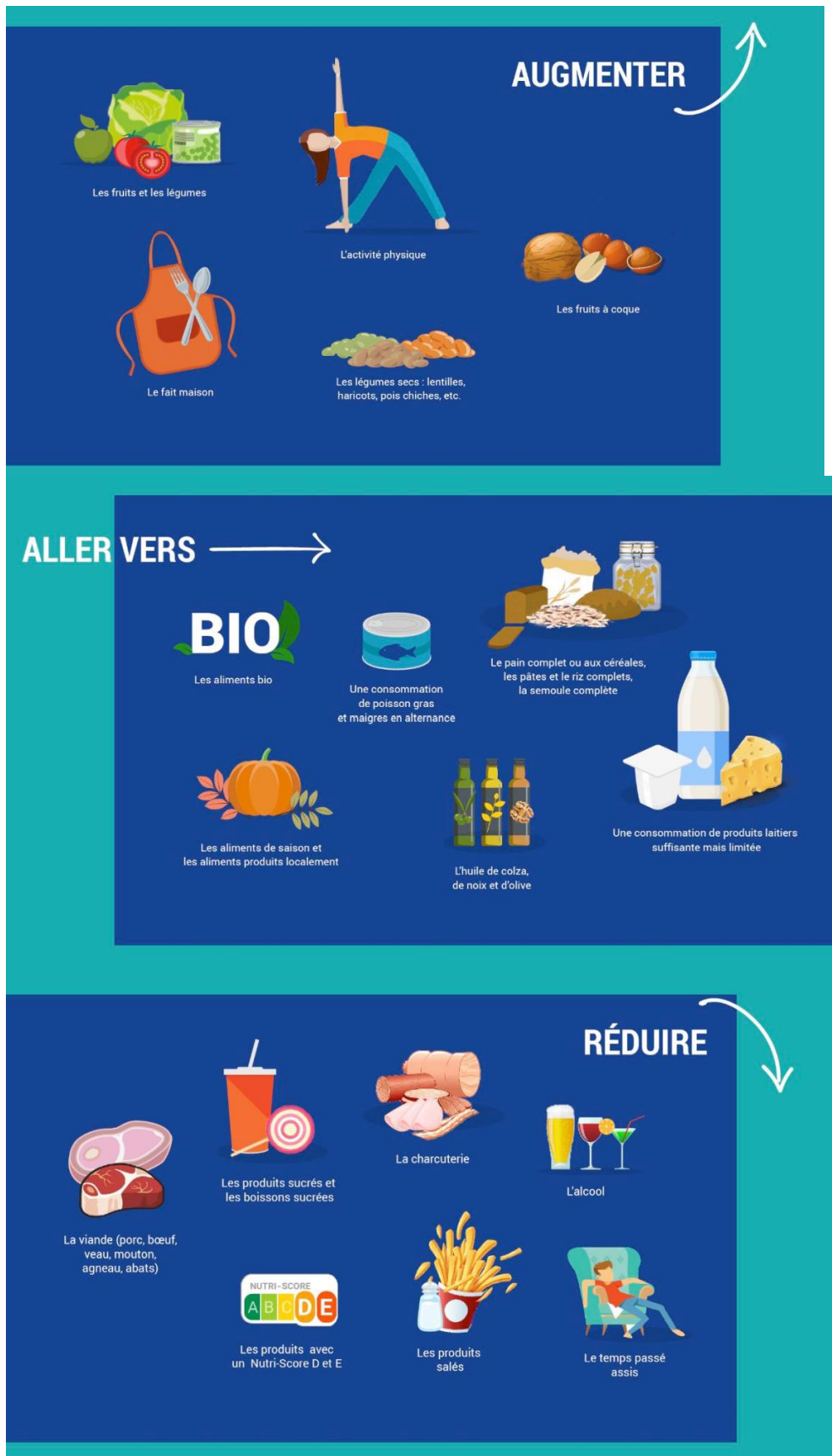


Figure 33. Recommandations simplifiées du Programme National Nutrition santé (PNNS\_4 : 2019) Source: [www.sante-publique-france.fr](http://www.sante-publique-france.fr)



## **M. Problèmes liés à l'allaitement**

En France, en 2016, la part des nourrissons allaités à la naissance s'élève à 52% pour l'allaitement maternel exclusif et à 66% pour l'allaitement maternel mixte.(50)

L'allaitement maternel est le mode d'alimentation du nourrisson recommandé par les pédiatres et les experts en nutrition. Le Programme Nationale Nutrition Santé (PNNS) recommande l'allaitement maternel « de façon exclusive jusqu'à 6 mois, et au moins jusqu'à 4 mois pour obtenir un bénéfice santé pour le nourrisson».

Les mamelons douloureux, l'engorgement ou la perception d'une insuffisance de lait sont fréquents, et sont une des raisons principales des arrêts précoces de l'allaitement.

La plupart des problèmes peuvent être prévenus car ils sont généralement la conséquence d'une mauvaise position lors de la tétée, mais le manque de cohérence et l'imprécision des informations données contribuent souvent au sevrage précoce de l'enfant.

Le pharmacien, de par sa proximité et sa disponibilité est souvent confronté à ces problèmes. C'est pour cela qu'il est important de savoir les identifier, afin de donner une conduite à suivre personnalisée et éventuellement de réorienter la patiente vers un autre professionnel de santé. Ci-dessous sont listés de manière non exhaustive certains problèmes de l'allaitement pouvant être rencontrés au comptoir.

### **1. La « montée de lait »**

La montée de lait est déclenchée par la libération d'hormones placentaires lors de l'expulsion du placenta qui déclenche la sécrétion de prolactine. Elle a lieu vers le troisième jour, au moment où le colostrum évolue en lait mature, avec une augmentation importante du volume de lait produit. La femme ressent une tension dans la poitrine plus ou moins

grande. Une sensation de chaleur et un œdème peuvent également survenir. Les seins sont alors plus tendus et gonflés provoquant ainsi des douleurs mammaires.

### **Conduite à tenir et traitement :**

Pour une femme allaitante, si la montée de lait est trop douloureuse, il faut faire téter le bébé le plus souvent possible. On peut également, soulager les seins avec un massage des mamelons et vider un peu de lait manuellement ou à l'aide d'un tire-lait. Si les douleurs persistent, la prise d'anti-douleur ainsi que d'AINS est envisageable. L'utilisation de poche de froid peut pareillement soulager les douleurs.

Pour amoindrir ces symptômes, la prise d'homéopathie est concevable. Les souches homéopathiques utilisées sont **APIS MELIFICA 9 CH**, 5 granules toutes les 2 heures pendant quelques jours, puis espacer les prises en fonction de l'amélioration. Et **BRYONIA 9 CH**, 5 granules toutes les 2 heures pendant quelques jours, puis espacer les prises en fonction de l'amélioration.

Attention, en cas de persistance ou d'aggravation des symptômes et/ou de fièvre, il faut consulter un médecin ou une sage-femme.

## **2. Engorgement mammaire (13)(39)(51)**

L'engorgement est une accumulation de lait dans la glande mammaire. Le volume de lait fabriqué est supérieur à la capacité de stockage des alvéoles. C'est un trouble de l'excrétion lactée, les seins se vident mal. Il survient fréquemment dans les premiers jours du *post partum*, en début d'allaitement, lors de la montée de lait, mais peut survenir à tout moment. Cliniquement les seins sont tendus, durs, gonflés et douloureux, accompagné parfois d'un fébricule à 38-38,5°C (Figure 34). Le mamelon, aplati, rend alors la prise du sein plus difficile pour l'enfant, favorisant la survenue de crevasses. Cet engorgement mammaire

ne doit pas être négligé car, outre le fait qu'il est douloureux pour la mère, il favorise l'apparition des complications septiques comme la mastite ou un abcès.



Figure 34. Photographie d'un engorgement mammaire. Source: *us-elsevierhealth.fr*

#### **Conduite à tenir et traitement :**

Pour éviter l'apparition de ce désagrément, des conseils simples peuvent être mis en place. Il faut s'assurer de la bonne position de la bouche du bébé lors de la tétée (Figure 38)(52), vérifier que la succion soit efficace avec de la déglutition du bébé. Vider complètement le premier sein avant de proposer le second, proposer des tétées régulièrement (entre 8-12 mises au sein sur 24 heures).

En cas d'engorgement, le seul traitement efficace est de permettre l'écoulement du lait par tous les moyens possibles : par une tétée, avec le tire-lait, par expression manuelle pour drainer les canaux lactiques, par un massage aréolaire pour assouplir le sein. (Figure 36). L'application de compresses froides entre les tétées pourrait aider à diminuer le gonflement (œdème) et la douleur. L'application de chaud ou une douche tiède avant les tétées favorise le drainage du lait et donc son écoulement. Il ne faut pas hésiter à soulager la douleur par des anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS : Ibuprofène). Si il n'y a pas d'amélioration dans les 48 h, une consultation sera nécessaire.

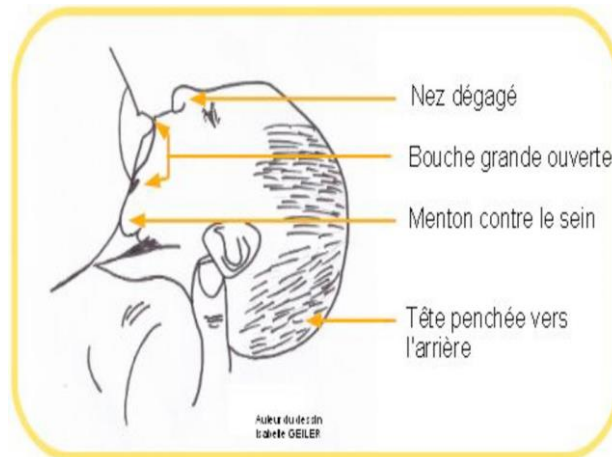


Figure 35. Positionnement de la bouche du bébé. *Source: sliderplayer-drdjellouli.fr*

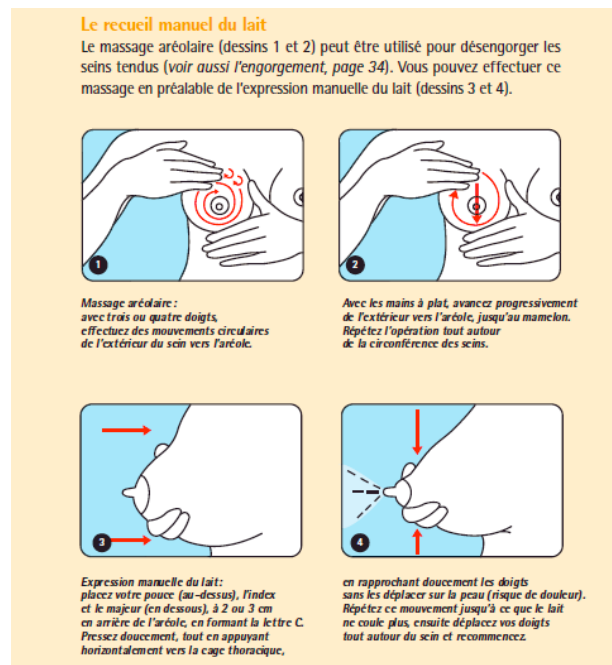


Figure 36. Massage aréolaire et expression manuelle du lait. *Source: guide-allaitement.fr*

### 3. Crevasse du mamelon (6)(13)(53)

Les crevasses du mamelon apparaissent dès les premiers jours du *post partum*. Elles concernent 25% des allaitantes (Figure 37). Il s'agit d'une plaie traumatique qui peut apparaître très rapidement, s'accompagnant d'une vive douleur dès le début de la tétée, avec parfois des saignements. Les crevasses sont de petites coupures ou gerçures sur le

sommet ou à la base du mamelon. Elles sont favorisées par le manque d'hygiène, la mauvaise position de la bouche du bébé lors de la tétée, les tétées prolongées et certaines anomalies du mamelon (mamelon trop court, ombiliqué). Ces crevasses sont une cause fréquente d'arrêt précoce de l'allaitement.



Figure 37. Photographie d'une crevasse. Source: [youtube.fr](https://www.youtube.fr) "faire face à une crevasse/allaitement"

### Conduite à tenir et traitement :(6)(53)

Le traitement est essentiellement prophylactique.

La prévention repose surtout sur la bonne position du bébé au sein dès les premières tétées (Figure 35-Figure 38)



Figure 38. Positions du nourrisson lors de l'allaitement maternel. Source: [sliderplayer-drdjellouli.fr](https://www.sliderplayer-drdjellouli.fr)

Pour calmer la douleur, on conseille en première intention, un antalgique de palier I: le paracétamol, avec la possibilité d'alterner avec de l'ibuprofène (AINS) en cas de douleurs rebelles ou d'inflammation. Les posologies sont identiques à celles utilisées habituellement :

--- Paracétamol : 1 gramme (1000mg) toutes les 4 à 6 heures sans dépasser 4 grammes par 24 heures.

--- Ibuprofène : 400mg toutes les 6 heures à prendre de préférence au cours d'un repas, sans dépasser 1200mg par jour (l'équivalent de 3 comprimés).

L'application du froid sur le mamelon douloureux provoque un effet anesthésiant, réduisant la sensation douloureuse.

En fin de tétée, il vaut mieux glisser doucement le petit doigt entre les gencives du bébé : celui-ci va alors lâcher le sein de lui-même sans « traction » sur le mamelon.

Pour la cicatrisation des lésions, l'application de lait maternel sur la crevasse, est le premier geste à conseiller. Le colostrum est à la fois cicatrisant, désinfectant et gras. Il est rempli d'anticorps, ce qui évite une surinfection. Après chaque tétée, il suffit de l'étaler sur le mamelon et l'aréole. La cicatrisation est facilitée en présence d'un corps gras qui apaise et hydrate. La lanoline pure 100% (corps gras), peut être utilisée plusieurs fois par jour (**LANSINIOH®** ; **PURELAN 100®**). Elle ne nécessite pas de rinçage entre les tétées contrairement à la vaseline.

Le port de coussinets d'allaitement durant la journée, peut être nécessaire pour limiter la pression du soutien-gorge et ils permettent à l'air de circuler, limitant la macération, en veillant à les changer régulièrement.

On recommande de commencer la tétée avec le sein le moins douloureux.

En dernier recours, il est conseillé de mettre un bout de sein en silicone (Figure 39), sans en prolonger l'utilisation, car, la quantité de lait prise par le bébé est généralement moins importante.

Toutefois, une réorientation vers une spécialiste en lactation, une sage-femme ou un médecin généraliste est nécessaire dans les cas suivants :

- Persistance de douleurs malgré une prise au sein correcte : surinfection ou candidose
- Présence de pus ou écoulement purulent
- Douleurs en « coup de poignard »
- Muguet buccal chez le nourrisson



Figure 39. Image d'un bout de seins. Source: [www.medela.fr](http://www.medela.fr)

#### 4. Candidose (6)(39)(51)

La candidose est une affection fréquente qui atteint les seins de la mère et le bébé simultanément. L'agent, le plus souvent responsable est le champignon « *Candida Albicans* ». Elle se manifeste par des douleurs intenses à type de brûlures et/ou démangeaisons et/ou des lésions du mamelon et de l'aréole qui persistent entre les tétées. Le mamelon peut être rouge et recouvert de dépôts blancs, ou lisse et luisant avec des crevasses. (Figure 40)



**Figure 40. Photographie d'une candidose mammaire. Source: *laittendre.fr***

La candidose est souvent liée à la présence d'un muguet ou d'un érythème fessier chez le bébé. C'est pourquoi, il est recommandé de traiter les deux en même temps pour éviter les contaminations croisées.

### **Conduite à tenir et traitement :**

Il est important, pour le pharmacien de savoir reconnaître ce genre d'affection, car notre rôle est simplement préventif. On se doit de réorienter la patiente vers le médecin sans attendre, afin de bénéficier d'un traitement antifongique pour elle et son bébé. En préventif, on rappelle les mesures d'hygiène à prendre : désinfecter régulièrement tout ce qui est en contact avec les seins de la mère et la bouche du nourrisson : mains, vêtements, tétines, sucettes, anneaux de dentition, jouets, coussinets d'allaitement, tire-lait... Dans tous les cas, l'allaitement n'est pas interrompu. Le lait tiré pendant un épisode de candidose peut être donné au bébé, mais il ne doit pas être conservé, pas même au congélateur.

## **5. Arrêt de la lactation**

### **5.1. Stopper la montée de lait**

Selon DRESS ET PMI (deuxième et troisième certificats de santé des enfants) (54) , on peut estimer qu'environ 10 % des mères qui avaient commencé l'allaitement à la maternité, arrêtent dès la sortie de la maternité. Le sevrage en France apparaît très précoce et continu



dans le temps. Les femmes ne souhaitant pas poursuivre l'allaitement, doivent ainsi stopper les montées de lait.

### **Conduite à tenir et traitement :**

Il existe simplement deux méthodes : la méthode non médicamenteuse et la méthode médicamenteuse. La non-présentation du nouveau-né au sein et l'absence de stimulation des mamelons suffisent dans 60 à 70 % des cas à inhiber la montée de lait. Certaines méthodes sont traditionnellement utilisées: le bandage de la poitrine, pendant une semaine, de manière très serrée, à l'aide d'une bande Velpeau portée quelques heures ; le port d'un soutien-gorge qui comprime fermement la poitrine, tel un soutien-gorge de sport porté de manière continue, jour et nuit. L'absorption de tisanes à base de plantes réputées pour arrêter la montée du lait, comme le persil, la sauge et la menthe, à boire plusieurs fois par jour. Placer des feuilles de choux froides et crues sur les seins pendant quelques heures va absorber le lait et stopper la lactation au bout de quelques jours. L'homéopathie peut aider à tarir la sécrétion lactée, la femme doit prendre **RICINUS 30 CH**, 1 dose 3 jours de suite, à commencer juste après l'accouchement et **LAC CANINUM 30 CH**, 5 granules toutes les 2 heures pendant 7 à 10 jours.

Les mesures médicamenteuses sont utilisées si la montée de lait occasionne un inconfort trop important. La **cabergoline (DOSTINEX®)** et le **lisuride (AROLAC®)** sont des inhibiteurs de la prolactine. Ils appartiennent à la famille des dopaminergiques, dérivés de l'ergot de seigle. Ils ont la propriété de freiner les cellules de l'hypophyse qui sécrètent l'hormone de la lactation : la prolactine. La principale contre-indication est l'association avec les neuroleptiques (anti-dopaminergique). Ce sont les seuls médicaments indiqués dans le cadre de l'inhibition de la montée laiteuse. La bromocriptine (Parlodel) n'est plus indiquée en raison d'effets indésirables graves cardiovasculaires ou neuropsychiatriques.

## 5.2. Sevrage (39)(53)(55)

La maman qui veut sevrer son enfant se tournera sûrement vers le pharmacien d'officine pour acheter le lait artificiel. Il est important de savoir répondre à ses questions et de savoir comment mener un sevrage.

### **Conduite à tenir et traitement :**

Le sevrage doit se faire en douceur. Il faut tout d'abord anticiper le temps nécessaire au sevrage : prévoir un nombre de jours supérieur ou égal à 3 fois le nombre de tétées quotidiennes (en général 2 à 3 semaines).

Il doit être progressif : on remplace une tétée par un biberon une fois par jour tous les 3 à 4 jours. Il faut commencer par remplacer la tétée la moins abondante en premier : celle de la fin d'après-midi, puis progressivement retirer toutes les tétées de la journée pour ne garder que les tétées du matin et du soir et enfin seulement celle du matin.

Les paliers de 2 à 4 jours permettent à la poitrine de produire moins de lait par un système de rétrocontrôle mais celle-ci peut quand même être tendue et douloureuse. Il faudra surveiller régulièrement l'absence d'engorgement. Le corps va s'adapter à ce changement, et les montées de lait vont disparaître d'elles-mêmes. Des règles hygiéno-diététiques peuvent aider à la diminution de la sécrétion lactée, tels que diminuer la boisson, la consommation d'aliments anti-galactogènes (persil, sauge, chou vert). Il faut également supprimer les coques d'allaitement et ne pas tirer son lait pour ne pas stimuler la lactation.

### **N. Tranchées utérines (5)(6)(16)**

Les tranchées sont des contractions utérines spécifiques des premiers jours des suites de couches. L'allaitement et la femme multipare sont les facteurs favorisant la

fréquence et l'intensité de ces contractions. Les tranchées utérines assurent l'involution utérine, permettant ainsi à l'utérus de retrouver sa taille d'avant grossesse. Ces contractions peuvent être très douloureuses et s'accompagner d'écoulement sanglant ou de caillots.

### **Conduite à tenir et traitement :**

Ces contractions utérines sont normales. Elles sont nécessaires pour le retour à l'état non gravide. Il faut donc rassurer la patiente. La douleur est soulagée par la prise d'antispasmodique type **Phloroglucinol (SPASFON®)** (1 à 2 comprimés par prise, 3 fois par jour ou au moment des douleurs avec un intervalle de 2 heures entre chaque prise et maximum 6 par jour) ou par un antalgique de palier I (**Paracétamol**). Un traitement homéopathique avec les souches suivantes : **CAULOPHYLLUM 9 CH ; COLOCYNTHIS 9CH ; MAGNESIA PHOSPHORICA 15 CH**, peut être proposé, à raison de 5 granules de chaque avant chaque tétée, renouveler après si nécessaire.

## **O. Troubles de la vie sexuelle**

### **1. Sexualité (6)(51)**

L'arrivée d'un enfant transforme et bouleverse le couple. C'est une phase pendant laquelle le désir sexuel de la femme peut être diminué voire aboli. Le retour à la sexualité doit se faire en toute sérénité et dès que le couple le désire. En moyenne, la reprise des rapports sexuels se fait vers la 6- 8<sup>ème</sup> semaine de *post partum*. Ils sont souvent douloureux pour la femme puisque le périnée reste sensible et qu'une sécheresse vaginale est possible les deux premiers mois. S'associe également une baisse de la libido, et dans certains cas une anorgasmie peut être ressentie. Ces séquelles font suite aux traumatismes de l'accouchement, aux modifications hormonales et anatomiques de la femme, à son état physique et psychique.

### Conduite à tenir et traitement :

Les dyspareunies sont des douleurs génitales provoquées par le rapport sexuel. La dyspareunie superficielle est une douleur ressentie à l'entrée du vagin. Pour atténuer cette douleur, on préconise l'utilisation de lubrifiant. La sècheresse vaginale est soulagée par l'utilisation de lubrifiant avant chaque rapport sexuel. La toilette intime doit se faire avec un savon adapter comme **HYDRALIN SECHERESSE ; ROGER CAVAILLES SPECIAL SECHERESSE ; SAFORELLE ULTRA-HYDRATANT...**

Petit à petit, les rapports sexuels redeviendront comme avant.

## **2. Contraception (6)(36)(39)(56)**

Une ovulation peut survenir dès le 21<sup>e</sup> jour après l'accouchement, d'où la nécessité de prévoir la reprise d'une contraception. Quelle que soit la contraception proposée à la sortie de la maternité, les méthodes contraceptives doivent être revues lors de l'examen postnatal en tenant compte :

- des désirs de la patiente
- de la période d'allaitement
- du risque thromboembolique ou d'une éventuelle pathologie cardiovasculaire, ou glucidolipidique.

Toutes les méthodes contraceptives sont possibles. Cependant, certaines pourraient provoquer une baisse de lactation, en particulier les contraceptions hormonales contenant des estrogènes. Chez la femme qui allaite, les estroprogestatifs ne sont pas recommandés dans les 6 mois suivant l'accouchement. Pour les femmes non allaitantes, les estroprogestatifs sont utilisables à partir de 42 jours après l'accouchement en l'absence de contre-indications, mais ce délai peut être raccourci à 21 jours. (56)

## 2.1. Méthodes hormonales(56)

(1) Estroprogestatifs (Pilule, anneau vaginal, patch transdermique)

Un estroprogestatif est une association entre un estrogène et un progestatif. L'effet principal des estroprogestatifs est d'inhiber l'ovulation, mais le progestatif joue aussi un rôle important vis-à-vis de la glaire cervicale et de l'endomètre.

Il est à débiter 21 jours après l'accouchement en l'absence d'allaitement et de contre-indication. En cas de risque de thrombose veineuse et d'embolie pulmonaire augmentées, il sera débuté à 6 semaines du *post partum*.

Plusieurs voies d'administration sont disponibles :

- La pilule estroprogestative (Figure 41) : Contraception orale journalière. Conduite à tenir en cas d'oubli. *Se référer à la Figure 42* (Figure 42)
- L'anneau vaginal : **NUVARING**<sup>®</sup>, reste en place pendant trois semaines dans le vagin.
- Le patch transdermique : **EVRA**<sup>®</sup>, chaque semaine, il faut coller un patch, et ce pendant 3 semaines.

(2) Progestatifs (pilule, implant sous-cutané, injection intramusculaire, DUI hormonal)

Les progestatifs demeurent les méthodes hormonales de premier recours durant l'allaitement. Ils peuvent être utilisés à partir de 21 jours après l'accouchement.

Plusieurs voies d'administration sont disponibles :

- La pilule microprogestative : pilule au lévonorgestrel (**MICROVAL®**) ou au désogestrel (**ANTIGONE®**, **CERAZETTE®**, **OPTIMIZETTE®**). Contraception orale journalière. Conduite à tenir en cas d'oubli, se référer à la Figure 42 (Figure 42)
- L'implant à l'étonogestrel (**NEXPLANON®**): méthode de longue durée d'action : est laissé en place et efficace pendant 3 ans
- DIU hormonal : dispositif intra-utérin, contient une hormone progestative (lévonorgestrel) qu'il va délivrer en petite quantité. Il est efficace sur une longue durée 4 à 10 ans, selon le modèle. Attention la pose d'un DIU ne peut se faire qu'à partir de 4 semaines de *post partum*.

| Classe | Estrogène                | Progestatif    | Spécialités  |   |
|--------|--------------------------|----------------|--|---|
| C1G    | EE (35 µg)               | Noréthistérone | Triella®   |   |
| C2G    | EE (20, 30 ou 40 µg)     | Lévonorgestrel | Adepal®, Amarance®, Daily Gé®, Evanecia®, Leeloo®, Lovavulo®, Ludeal Gé®, Minidril®, Optidril®, Optilova®, Pacilia®, Trinordiol®, Zikiale® |   |
|        | EE (50 µg)               | Norgestrel     | Stediril®  |   |
| C3G    | EE (20 ou 30 µg)         | Désogestrel    | Desobel®, Varnoline Continu® et EE/désogestrel Biogaran®   | Cycleane®, Mercilon®, Varnoline®  |
|        | EE (15, 20, 30 ou 40 µg) | Gestodène      | Carlin®, Efezial® et EE/gestodène Arrow®, Biogaran®, Ranbaxy®, Ratiopharm®, Sandoz®, Winthrop®   | Harmonet®, Meliane®, Melodia®, Minesse®, Minulet®, Moneva®, Optinesse®, Phaeva®, Triminulet® et neuf génériques * |
|        | EE(35 µg)                | Norgestimate   | –  | Cilest®, Effiprev®, Triafem®, Tricilest®  |

\* : Edenelle®, Felixita®, Sylviane®, Perleane® et EE/gestodène Actavis®, Biogaran®, EG®, Teva®, Zydus®.

Figure 41. Spécialités des pilules estroprogestatives. Source: HAS.fr

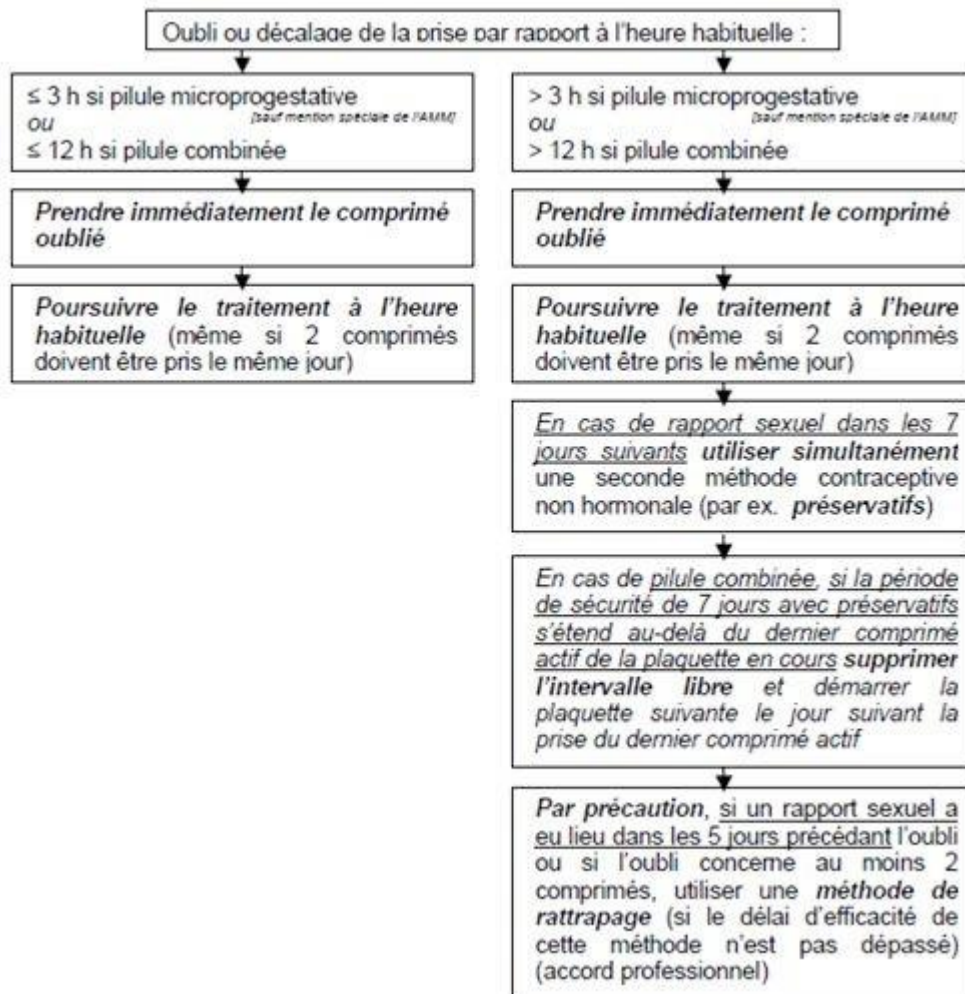


Figure 42. Conduite à tenir en cas d'oubli ou de décalage de la prise d'une pilule, ANAES 2004.  
Source: HAS.fr

## **2.2. Méthodes barrières (préservatifs masculins et féminins, diaphragme, cape cervicale, spermicides)**

Seuls les préservatifs vont pouvoir être utilisés. Diaphragme, cape cervicale, spermicide sont inutilisables avant 42 jours (6 semaines) après l'accouchement.

## **2.3. Le dispositif intra-utérin au cuivre**

Les DIU sont utilisables à partir de la 4<sup>ème</sup> semaine de *post partum*, que la femme allaite ou non. Avant la pose, il faut évaluer et écarter le risque infectieux (rechercher une infection à *Chlamydia trachomatis* et *Neisseria gonorrhoeae*)

## **2.4. Méthodes naturelles (retrait, Méthode de l'allaitement maternel et l'aménorrhée (MAMA))(39)(56)**

La MAMA est une méthode naturelle de contraception qui se base sur l'allaitement maternel. L'allaitement peut avoir un effet contraceptif jusqu'à 6 mois après l'accouchement (risque de grossesse à 6 mois < 2 %) si toutes les conditions suivantes sont réunies :

- Allaitement exclusif ;
- Allaitement jour et nuit, 6 à 10 tétées/jour ;
- Respecter un intervalle minimal entre les tétées (pas plus de 6 heures entre 2 tétées la nuit, pas plus de 4 heures le jour) ;
- Aménorrhée persistante (absence totale de règles)

Cette méthode, est cependant très contraignante, car toutes ces conditions doivent être réunies pour que cela fonctionne vraiment. En l'absence, de l'une d'elles, il faut utiliser une autre méthode.



## P. Vergetures

Les vergetures sont des stries fines, sinueuses qui peuvent apparaître sur différentes zones du corps. I.C.3.3(1).

Le rôle du pharmacien officine, va être de conseiller la femme enceinte sur la prévention de l'apparition des vergetures.

Les crèmes anti-vergetures peuvent s'utiliser en prévention comme sur les vergetures déjà présentes. Une multitude de produits existe mais il faut apprendre à choisir le bon produit.

Une excellente crème anti-vergeture doit répondre à différentes actions dermatologiques :

- Améliorer la résistance cutanée : présence d'éléments hydratants et nourrissants tels que : AA, amande douce, collagène, élastine...
- Relancer l'activité fibrocytaire pour consolider l'architecture cutanée avec des raffermissant, revitalisant et régénérant (prêle, silicium, fucus...)
- Former une barrière à l'aide de relipidant (D-Panthénol)

Exemple : **BEPANTHENVERGETURE®**, **MUSTELAVERGETURE®**, **WELEDAVERGETURE®**...

### **Conduite à tenir et traitement :**

En prévention, il faut appliquer le produit sur une peau sèche, une ou deux fois par jour, dès la fin du 3<sup>ème</sup> mois de grossesse, sur toutes les zones pouvant être concernées. On continue les applications jusqu'à deux mois après l'accouchement. Pour atténuer et favoriser la cicatrisation des vergetures existantes, on applique le produit sur les zones cibles, deux fois par jour pendant au moins deux voir trois mois.

## Conclusion --- Partie II

Dans cette deuxième partie, j'ai mentionné les divers problèmes que pouvait rencontrer la maman dans les suites de couches. Ils correspondent aux maux les plus souvent recensés à l'officine.

Après l'accouchement, la mère peut présenter quelques symptômes, mais ils sont généralement modérés et transitoires. Les plaintes des patientes sont principalement l'asthénie, les problèmes liés à l'allaitement ainsi que la prise de poids. Elles peuvent développer des infections, rencontrer des difficultés à la miction, ainsi que des troubles intestinaux à type de constipation, hémorroïdes, ou bien même d'autres difficultés. Nombreux de ces troubles sont dus aux modifications anatomiques et hormonales.

Le post-partum est une période difficile à appréhender car peu référencée dans la littérature contrairement à la grossesse pour lequel il existe de nombreux ouvrages. Les mamans font face à l'inconnu. L'encadrement médical étant plus restreint après la sortie de la maternité, le pharmacien devient à ce moment le premier relais médical pour la jeune maman. L'équipe officinale se doit d'écouter et prendre en compte toutes les informations nécessaire pour une bonne évaluation du problème afin d'y répondre au mieux. Nous commençons toujours par faire un rappel des règles hygiéno-diététiques, en expliquant que sa mise en place peu améliorer les symptômes. La fréquence de ces pathologies et leurs caractères réversibles, sans gravité, nous permet de suggérer des solutions, tant bien allopathique que phytothérapique ou homéopathique. Il faut toutefois mettre en garde sur les éventuelles complications, nécessitant un avis médical, tels que les complications infectieuses, les complications thromboemboliques, les complications de l'allaitement

(l'abcès mammaire, la mastite), la rétention urinaire, la pyélonéphrite, la dépression du *post partum*, l'anémie du post-partum...

La préoccupation importante des parents envers leur nourrisson est très grande, elle fait l'objet de nombreuses questions au comptoir. C'est pour cela qu'il me semble judicieux de parler des affections bénignes touchant les nouveaux nés.

### **III. Réponses thérapeutiques aux maux du nourrisson**

La naissance est un changement complet pour le nouveau-né. Il doit faire la connaissance de son nouvel environnement et s'y adapter après les mois passés *in utero*.

Au cours des 9 mois de grossesse, le fœtus se développe progressivement. Néanmoins le nouveau-né présente encore une immaturité de la plupart de ses fonctions (immunologiques, nerveuses, enzymatiques, digestives). Cette immaturité explique certains troubles chez le jeune nourrisson.

Les troubles du bébé peuvent apparaître dès la naissance. Ils sont donc physiologiques mais peuvent entraîner une inquiétude parce qu'ils sont méconnus des jeunes parents. Ils représentent un motif de consultation fréquente dans les premiers mois de vie. Nous aborderons dans ce chapitre, les petits maux les plus souvent décrits au comptoir.

## A. Troubles digestifs mineurs

À la naissance, le système digestif du bébé est encore fragile et immature. Mois après mois, il se renforce et apprend à digérer de nouveaux aliments. Cela peut occasionner quelques troubles digestifs mineurs qui peuvent préoccuper les parents : reflux, coliques, constipation...

### 1. Reflux gastro-œsophagien (RGO) / Régurgitations (57)(58)(59)

En période néonatal, le reflux gastro-œsophagien est très fréquent et bénin. Pour 40 à 70% des nourrissons âgés de moins de 3 mois, les régurgitations feront partie du quotidien. Elles sont ensuite moins fréquentes, et ne concerne que 1/4 des enfants de 6-7 mois, et moins de 5 % de ceux de 12 mois.(60) Le reflux gastro-œsophagien (RGO) se définit comme une expulsion soudaine et sans effort d'une petite partie de liquide gastrique dans l'œsophage. Lorsque celui-ci atteint le pharynx ou la bouche, nous parlons de régurgitations. Ils surviennent souvent dans l'heure qui suit la prise alimentaire. Ils ne sont pas précédés de nausées, et ne s'accompagnent pas de contractions musculaires ou abdominales, contrairement aux vomissements. Les régurgitations correspondent au symptôme du RGO.

Les reflux sont induits par des facteurs d'origine anatomiques et mécaniques. À la naissance, l'œsophage est court, l'estomac est de petite taille avec une faible compliance (Figure 43) et le sphincter œsogastrique (le cardia) est immature (Figure 44). L'immaturité physiologique du cardia fait qu'il n'assure donc pas entièrement sa fonction de clapet anti-retour. Le contenu gastrique peut donc remonter. De plus, la vidange gastrique chez le nourrisson est plus lente que chez l'adulte, le bol alimentaire reste donc plus longtemps dans l'estomac. S'ajoute à cela, une prise alimentaire (liquide) rapprochée. On compte en

moyenne 6 à 8 tétées ou biberons par 24h soit une prise toutes les 3 heures environ.(61)  
L'estomac se distend et sa faible compliance peut provoquer un "trop-plein" gastrique qui tarde à être évacué vers le duodénum (première partie de l'intestin grêle), favorisant le reflux.



**Figure 43. Illustration du tractus digestif du nourrisson. Source: [www.alamy.com](http://www.alamy.com)**



**Figure 44. Illustration anatomique de l'estomac du nourrisson. Source:**

La résolution est spontanée dans les premiers 18 mois avec la diversification et lorsque le bébé commence à se verticaliser (vers 6 mois, au moment de la station assise).

La frontière entre le RGO physiologique et le RGO pathologique est difficile à définir mais on estime que le reflux devient pathologique lorsqu'il est trop fréquent, trop sévère, ou s'il apparaît en dehors de la période post-prandiale et qu'il provoque des symptômes (pleurs, irritabilité, difficultés alimentaires) voire des complications (œsophagite, complications ORL ou pulmonaires). Une consultation médicale n'est nécessaire qu'en cas de cassure de la courbe de poids, de signes de douleurs de l'enfant au moment de la tétée ou des biberons.

#### **Conduite à tenir et traitement** : (58) (59)

Le reflux gastro-œsophagien du nourrisson étant physiologique, il faut privilégier les mesures hygiéno-diététiques. Pour cela, il faut éviter la prise trop rapide ou trop lente des biberons, éviter d'administrer des quantités de lait trop importantes et penser à faire des pauses. On recommande d'utiliser une tétine adaptée et limiter le débit afin que le nourrisson n'avale pas trop d'air. Il est nécessaire de respecter le rot postprandial et garder le nourrisson en position verticale après manger. On peut ajouter un épaississant (Gallia GUMILK®: 1 mesurette arasée pour 100 mL de préparation infantile) ou utiliser un lait anti-régurgitations (EX : physiolac AR, Guigoz AR, Novalac AR...). Les laits anti-régurgitations contiennent tous un agent épaississant naturel (farine de caroube ; amidon de riz ; amidon de maïs ; amidon de pomme de terre. La farine de caroube s'épaissit dès la préparation du biberon au moment où le lait est chauffé. Ceux renfermant de l'amidon, n'épaississent que lorsque le lait arrive dans l'estomac de l'enfant. Si les reflux persistent, le recourt à l'allopathie est à envisager. L'utilisation d'un pansement digestif comme le **POLYSILANE**® (diméticone) ou le **GAVISCON**® **NOURRISSON** (alginate et bicarbonate de sodium) sont

conseillés. On recommande de prendre une cuillère à café de POLYSILANE® 15min avant le biberon ou la tétée. Pour le GAVISCON, la quantité dépend de l'âge (0 à 1 mois : 1mL ; 1 à 2 mois : 1,5mL ; 2 à 4 mois : 2 mL ; 4 à 18 mois : 2,5mL). La prise se fait après le repas.

## **2. Coliques (62)(63)(64)(65)(66)**

Les coliques du nourrisson représentent un problème courant et sans gravité. Ils touchent principalement les enfants de moins de quatre mois. Comme pour le reflux gastro-œsophagien, c'est un motif très fréquent de consultation. Selon les études, leur incidence varie de 10 à 45 % dans les pays industrialisés. (66)

Ce sont des douleurs abdominales spasmodiques qui se manifestent par des excès de pleurs, un faciès érythrosique, une agitation avec les poings serrées et les jambes fléchies et des émissions de gaz intestinaux.(62)Elles débutent en général après les repas et sont plus fréquentes le soir. Les coliques apparaissent en général vers l'âge de 2/3 semaines. Le nourrisson, par ailleurs en bonne santé, pleure énormément et à pleine force, pendant au moins trois heures par jour, au moins trois jours par semaine et pendant au moins trois semaines.(63)(67) Il est nécessaire de réaliser un examen clinique complet, afin d'éliminer un éventuel trouble organique digestif ou extra-digestif : sous ou suralimentation, constipation, reflux gastro-œsophagien, engouement herniaire, fissure anale, tachycardie, traumatisme, otite ou pyélonéphrite. Vérifier également la bonne croissance staturo-pondérale.

Les causes des coliques sont encore incertaines, mais sont principalement dues à une immaturité de la flore intestinale. Pour certains, et en particulier les industriels de la nutrition infantile, le problème se situerait essentiellement au niveau d'une mauvaise digestion du lactose ou une allergie aux protéines de lait de vache.



**Conduite à tenir et traitement:** (66)(68)

Les causes organiques écartés, il faut rassurer les parents en leur précisant le caractère bénin et transitoire des coliques (Elles disparaissent naturellement vers l'âge de 4 à 5 mois).(42) La prise en charge comporte avant tout des conseils pour calmer l'enfant : conseiller aux parents de rassurer, porter, bercer leur enfant. La mise au sein, ou la succion a un effet apaisant car elle engendre la libération d'endorphine. La musique douce et le massage abdominal (masser son ventre dans le sens des aiguilles d'une montre) peuvent également les apaiser. Pour atténuer les coliques : donner à manger au calme, tenir le bébé verticalement, lui faire faire plusieurs rots pendant la tétée ou le biberon. L'adaptation des biberons avec des tétines anti-coliques permet de réduire la quantité d'air avalée.

Si malgré tous ces conseils, les coliques persistent de façon importante, il est possible de proposer divers traitements.

Le traitement allopathique sans ordonnance : avec un pansement digestif : **POLYSILANE**® (diméticone) 1 cuillère à café dans chaque biberon à délayer avec de l'eau au préalable. **BABYSPASMYL**® (siméticone) 20 gouttes 1 à 2 fois par jour dans un liquide à boire, de préférence après les repas.

Le traitement phytothérapeutique: **CALMOSINE**®, 5mL à boire pur avant chaque repas jusqu'à 6 fois par jour. Il est important de conserver le flacon de CALMOSINE au réfrigérateur après ouverture et de le consommer dans les 10 jours. CALMOSINE est composé de plantes aux propriétés digestives (fenouil, tilleul), il améliore le confort digestif : apaise et calme. **BABYFEN**® est un complément alimentaire d'origine naturelle, contenant de l'huile essentielle de carvi, aux bienfaits apaisants et digestifs.

L'association avec un traitement homéopathique est également envisageable. On recommande les souches suivantes: **NUX VOMICA 5CH + CUPRUM METALLICUM 7CH+**

**COLOCYNTHIS 5 CH** (douleur plier en deux) + **CARBO VEGETALIS 7CH**+ **DIOSCOREA 5CH** (si le bébé est en hyper extension lors des coliques) + **MAGNESIA PHOSPHORICA 5 CH** (flatulences) + **CHAMOMILLA 5 CH** à prendre au moment des crises et avant les repas (5 granules à dissoudre dans un biberon d'eau).

La prise de probiotiques, est actuellement une piste intéressante. La flore intestinale du nouveau-né étant immature, la supplémentation en probiotiques permet d'aider la flore à retrouver son équilibre et créé un microbiote intestinal plus sain.(65) Plusieurs études ont constaté que les probiotiques n'avaient que peu ou pas d'effet sur l'apparition de coliques infantiles, mais qu'ils semblaient réduire le temps de pleurs.(67) Les probiotiques sont des micro-organismes vivants. Les plus couramment utilisés sont Lactobacillus, Bifidobacterium et Streptococcus.

Exemple de produit avec des probiotiques :

- **BIOGAIA protectis®** (Lactobacillus reuteri Protectis) : prendre 5 gouttes par jour en une seule fois, soit directement dans la bouche, dans une cuillère ou dans une boisson à température ambiante. Bien agiter avant l'emploi.
- **LACTIBIANE Gouttes®** (Bifidobacterium longum LA101, Lactobacillus helveticus LA102, Lactococcus lactis LA103, Streptococcus thermophilus LA104, Lactobacillus rhamnosus LA801) : Agiter énergiquement le flacon avant chaque utilisation. Avec la pipette doseuse donner 1 ml par jour (soit 2 doses de 0,5 ml) dans une cuillère ou dilué dans une boisson froide ou tiède. A prendre de préférence avant un repas.
- **BIFIBABY®** (Bifidobacterium breve BR03 et B632) : 5 gouttes par jour en une seule prise.

### 3. Constipation

La constipation du nourrisson est un symptôme à ne pas négliger, qui est toutefois fréquent et sans gravité. La constipation se définit par une stagnation des selles dans le côlon et une difficulté à l'exonération. Les selles ne progressent pas suffisamment rapidement dans le côlon, entraînant des selles trop peu fréquentes et une modification de leur consistance (selles trop volumineuses ou trop dures). À cet âge, les symptômes de la constipation sont la dureté des selles (qui ressemblent à des billes) et les efforts que fait le nourrisson pour les éliminer (il devient tout rouge en poussant et se tortille de douleur).

La fréquence des selles varie selon l'âge et l'alimentation. On considère comme anormale une fréquence inférieure à moins d'une selle par jour pour un enfant de moins de 6 mois et à moins de 3 selles par semaine chez les plus de 6 mois. Chaque bébé a son propre transit. Certains n'ont que deux selles par semaine, d'autres en ont après chaque repas. Le type d'alimentation (lait maternel ou lait artificiel) joue aussi un rôle. Pour un enfant allaité, le nombre de selles est variable (de 8 par jour à quelques unes par semaine), c'est un phénomène physiologique. À partir de 4 à 6 semaines d'allaitement maternel exclusif, le transit peut ralentir jusqu'à l'absence de selles pendant plusieurs jours (selles toutes les 3 à 8 jours). Le maintien de la courbe pondérale, la présence de gaz et l'apparition de selles volumineuses et molles après quelques jours, montre qu'il ne s'agit pas d'une constipation. En revanche, si les selles deviennent dures, la constipation peut être installée. À partir de 4 mois, la diversification peut provoquer une constipation passagère, signe que son organisme réagit.

La constipation chez le bébé est le plus souvent une constipation dite fonctionnelle, causée par le ralentissement physiologique du transit. Elle représente 95 % des cas de constipation chez l'enfant. Ce retard d'évacuation de matières peut résulter soit d'un trouble

de la propulsion colique, aboutissant à un certain degré de rétention, soit d'une résistance à l'évacuation, du fait, d'un dysfonctionnement pelvien et anorectal associés aux anomalies de consistance des matières qui sont déshydratées (le plus fréquent).

En effet, le côlon du nouveau-né possède des tissus musculaires réflexes qui manquent de maturité, comme les autres muscles de son système digestif. La motricité colique n'est donc pas totalement fonctionnelle. Les selles stagnent dans le côlon, le côlon lui, continue de réabsorber l'eau, les selles deviennent dures et difficiles à émettre. Le nourrisson peut également avoir des apports hydriques ou alimentaires insuffisants, favorisant ainsi, la rigidifications des selles. C'est le cas, par exemple, lorsque la mère qui allaite ne boit pas assez ou que son alimentation soit composée d'aliments constipants (chocolat, coing, banane, riz, féculents, etc.).

La constipation peut également être due à un excès de farines ou d'épaississants dans le biberon, ou à un lait artificiel insuffisamment dilué.

**Conduite à tenir et traitement:** (58)(69)(70)(71)

La prise en charge de la constipation de l'enfant commence par les mesures hygiéno-diététiques.(70) Il convient de s'assurer que le bébé boive suffisamment. On n'hésite donc pas, à lui donner régulièrement des biberons d'eau plate, éventuellement riche en magnésium (HEPAR®). Pour le nourrisson allaité, il faut poursuivre l'allaitement en lui donnant l'autre sein et en limitant la tétée du 1<sup>er</sup> sein, puisqu'en début de tétée, le lait est riche en eau et en sels minéraux. On peut donner en complément, 1 à 3 cuillères à soupe d'eau plate et conseiller à la maman de boire au moins 2 litres par jour et de consommer des légumes verts et des fruits riches en fibres (orange, pruneaux...) en quantité plus importante. Chez les bébés, nourris avec un lait industriel, Il faut vérifier avant tout, la bonne

reconstitution des biberons, respecter la dilution d'une cuillère-mesure arasée de poudre de lait pour 30ml d'eau. En l'absence d'erreur diététique, on peut proposer l'utilisation des laits moins riches en caséine (proche du lait maternel) et riches en lactose. Les laits enrichis en probiotiques peuvent aider l'enfant à rééquilibrer sa flore intestinale (**GALLIA LACTOFIDUS®**, **GUIGOZ PELARGON®**). Chez un enfant ayant déjà une alimentation diversifiée, il convient de donner une alimentation plus riche en fibres alimentaires (pruneaux, poires, pommes, des jus de fruits, légumes verts, légumes secs (lentilles, haricots blancs...) et des céréales complètes).

Lorsque le bébé a du mal à évacuer ses selles, un massage abdominal et une gymnastique des jambes peut contribuer à l'amélioration de son transit. Le déroulement d'un massage abdominal consiste à masser le ventre, délicatement, dans le sens des aiguilles d'une montre (Figure 27). On peut aussi ramener les jambes du bébé sur son ventre, puis les déplier doucement à la manière d'une grenouille et le faire doucement pédaler. Cette position va favoriser l'expulsion des selles.

Au delà des mesures hygiéno-diététique, l'homéopathie est une solution possible. Les granules doivent être diluées dans un peu d'eau, on recommande de diluer 10 granules et de donner une cuillère plusieurs fois par jour jusqu'à disparition des symptômes.

Les souches préconisées sont : (71)

- **CALCAREA CARBONICA 5CH**: supporte plusieurs jours sans aller à la selle ; gros bébé, moite et sentant l'aigre.
- **GRAPHITES 5CH**: selles volumineuses, gluantes, douloureuses.
- **NATRUM MURIATICUM 5CH**: petites selles sèches et dures ; soif importante.
- **NUX VOMICA 5CH**: constipation avec besoins inefficaces ; selles accompagnées d'efforts, de cris, d'impatience, et incomplètement évacuées.

- **SILICEA 5CH**: selles qui sortent de l'anus et y rentrent partiellement.
- **MAGNESIA MURIATICA 4 CH** : selles dures ; tendance à s'émietter.

Si, après 4 à 5 jours, la constipation n'est pas enrayée, il est possible d'utiliser occasionnellement un **suppositoire à la glycérine**. Puis, une consultation médicale sera nécessaire afin d'instaurer un traitement médicamenteux. (58)(69)

Le traitement médicamenteux obéit à une stratégie en deux étapes :

- Évacuer si besoin les selles accumulées de longue date avec des lavements (**MICROLAX NOURRISSON**<sup>®</sup>)
- Empêcher la ré-accumulation des selles par l'utilisation de : laxatifs osmotiques (**DUPHALAC**<sup>®</sup> Lactulose : jusqu'à 5 ml par jour. **FORLAX**<sup>®</sup> Macrogol (PEG-polyéthylène-glycol): à partir de 6 mois : 1 sachet à 4 g par jour, le matin. **IMPORTAL**<sup>®</sup> Lactinol 1 sachet à 2,5 g par jour.

#### 4. Diarrhée (58)(72)(73)(74)(75)(76)

La diarrhée aiguë chez le jeune enfant est un symptôme extrêmement fréquent. En Europe, les enfants de moins de 3 ans ont 0,5 à 3 épisodes de diarrhée aiguë par an.(72)(76) En pédiatrie, la diarrhée aiguë est la deuxième cause de mortalité chez l'enfant de moins de 5 ans à travers le monde. Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) et l'UNICEF, 525 000 enfants de <5 ans meurent de diarrhée annuellement, pour la plupart, dans les pays en voie de développement (78% se produisent en Afrique et dans le Sud-est de l'Asie). (77)

Par définition, la diarrhée aiguë se rapporte à une modification de la consistance des selles. Les selles émises sont trop molles, voire liquides, elles sont plus abondantes et plus nombreuses.

Il peut s'agir :

--- d'une diarrhée aiguë, pathologie fréquente en pédiatrie : au moins 4 ou 5 selles non moulées par 24h pendant moins de 5 jours.

--- Ou d'une diarrhée chronique (qui dure plus de 5 ou 6 jours, permanentes ou récidivantes depuis plus de 4 semaines).

A noter que la normalité du transit intestinal chez l'enfant est à apprécier en fonction de son âge et de son régime alimentaire :

--- 5 à 6 selles jaunes et grumeleuses, postprandiales en cas d'allaitement maternel.

--- 2 à 3 selles molles ou pâteuses par jour en cas d'allaitement artificiel.

--- 1 à 2 selles moulées, marron par jour chez l'enfant au régime diversifié.

Le phénomène diarrhée correspond à une augmentation du contenu fécal en eau, induit par le débordement des capacités du côlon à réabsorber le volume d'eau apporté par l'iléon. En résulte le mécanisme primaire de la diarrhée : l'interruption du cycle entéro-systémique de l'eau, par dérèglement des processus d'absorption et/ou de sécrétion des électrolytes.

L'intestin est le siège permanent de mouvements d'eau et d'électrolytes qui résultent de l'équilibre entre sécrétion et absorption. Ce dérèglement est responsable d'une fuite d'eau et d'électrolytes (notamment du sodium) qui, en l'absence de compensation, aboutit à une déshydratation aiguë, risque principal de la diarrhée aiguë. Pour rappel, le nouveau né a des caractéristiques physiologiques particulières, le rendant vulnérable à la déshydratation. La répartition hydrique est différente de celle de l'adulte. Pour un nourrisson, la majeure partie de l'eau corporelle est située dans le compartiment extracellulaire (Figure 45). Il entraîne également une modification de la flore intestinale et des troubles de la motricité digestive.

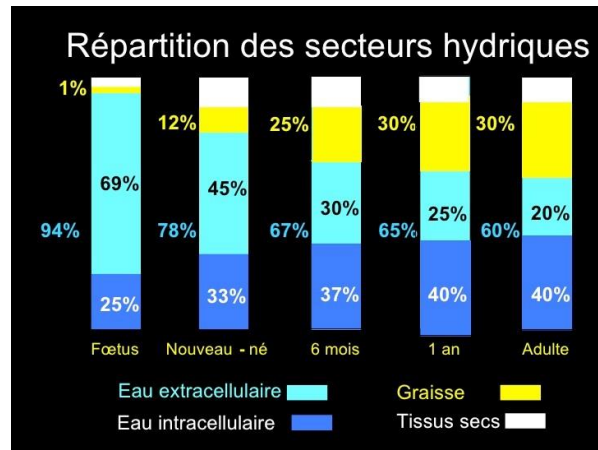


Figure 45. Répartition des secteurs hydriques du fœtus à l'adulte. Source: [www.slidershape.net](http://www.slidershape.net)

Les étiologies de la diarrhée sont l'infection virale (gastro-entérite), bactérienne (entérotoxinique ou invasive), parasitaire (amibiase) ou extradigestive (ORL, pulmonaire). Toutefois, la cause virale prédomine. Les virus sont responsables de 80% des diarrhées du nourrisson. Ils entraînent une hypersécrétion intestinale par un mécanisme entérotoxinogène. L'agent viral est le *Rotavirus*. Il provoque une grande contagiosité et cause des épidémies en collectivité. D'autres virus très variés comme les *Entérovirus* et les *Adénovirus* peuvent intervenir dans la survenue de diarrhée.

Les diarrhées d'origine bactériennes, représentent 10%. Les bactéries sont responsables de pertes hydro-électrolytiques par mécanisme hypersécrétoire entéro-toxinique, ou entéro-pathogène invasif. Les souches identifiées sont les *Campylobacter*, les *Escherichia Coli*, et les *Salmonelles*.

Les causes extradigestives représentent 90% des cas de diarrhées. Elles sont liées à un événement ponctuel comme une poussée dentaire, une allergie alimentaire, la prise d'antibiotiques, l'anxiété, un excès d'aliments trop riches. Ces diarrhées, peuvent aussi être un des symptômes d'une maladie comme une otite, une rhinite ou une bronchite ... (78)(79)



**Conduite à tenir et traitement : (74)(80)(81)**

Il est toujours nécessaire de rester vigilant quant à l'état général de l'enfant et de prendre les mesures nécessaires pour anticiper tout risque de **déshydratation**.

Qu'elle qu'en soit la cause, la gravité de la diarrhée repose d'abord sur le risque de déshydratation, d'autant plus important que l'enfant est jeune.

Le pharmacien doit donc connaître les signes caractéristiques d'une déshydratation, afin de le communiquer aux parents.

Le premier signe de déshydratation est la perte de poids. Une perte de poids de 10% du poids initial est le signe d'une déshydratation grave et implique d'une réhydratation en urgence.

Les signes suivants dépendent du type de déshydratation (extracellulaire ou intracellulaire).

La déshydratation extracellulaire se caractérise par :

- Signe cutané : Pli cutané (Figure 48) ; Dépression de la fontanelle (Figure 47) ;  
Pâleur
- Signe oculaire : Enfoncement des globes oculaires (Figure 46); Cernes
- Signes hémodynamique : Hypotension ; Pouls filants ; Marbrure
- Absence de larmes



Figure 48. Technique de recherche du pli cutané de déshydratation. Source : <http://fr.slideshare.net/JawadFassifihri/deshydratation-aigue-du-nourrisson.fr>



Figure 46. Orbites creusées, yeux cernés. Source: <https://fr.slideshare.net/JawadFassifihri/deshydratation-aigue-du-nourrisson.fr>



Figure 47. Dépression de la fontanelle. Source: <https://fr.slideshare.net/lamiabenbada/dshydratation-aigue-du-nourrisson.fr>

La déshydratation intracellulaire est présente si on observe :

- Une soif intense du nourrisson
- Une sécheresse des muqueuses
- De la fièvre
- Des troubles de la conscience

De 0 à 3 ans, il est important de considérer, sérieusement, les risques liés aux diarrhées et adresser le nourrisson en cas de signes inquiétants vers un médecin

Les premières mesures visent à compenser ou éviter la déshydratation grâce à l'utilisation de solutés de réhydratation orale hydro-gluco-électrolytiques (SRO), et à réalimenter rapidement afin d'éviter la dette nutritionnelle et de compenser la perte d'eau

et d'électrolytes occasionnées par la diarrhée. Ainsi, les 2 règles à respecter sont : la rééquilibration hydro-électrolytique en 24 h et le maintien d'un bon état nutritionnel.

Les SRO (**ADIARIL**<sup>®</sup>, **PHYSIOSALT**<sup>®</sup>) doivent être administrés fréquemment, toutes les 15 à 60 min en fonction de l'importance de la déshydratation, et par petite quantité (environ 10ml/kg). Commercialisés sous forme de poudre en sachet, il faut avant tout, reconstituer la solution. Pour cela, il suffit de diluer un sachet dans 200mL d'eau.

L'alimentation doit être reprise entre 6 et 24 heures après le début de la réhydratation. Si le nourrisson est allaité par sa mère, l'allaitement doit se poursuivre dès le début en intercalant les SRO entre les tétées. Pour le nourrisson de moins de 3 mois nourri au lait infantile, il est préférable d'utiliser un lait à protéine partiellement hydrolysées et pauvre en lactose (**DIARIGOZ**<sup>®</sup>) ou un hydrolysate (ou diète semi-élémentaire : hydrolyse poussée et sucrage en cas de diarrhée prolongée (**PEPTI-JUNIOR**<sup>®</sup>)).

En adjonction avec le soluté de réhydratation, on peut proposer la prise de probiotiques pour diminuer la durée et l'intensité des diarrhées. Les spécialités vendues comportent les souches suivantes : *Saccharomyces boulardii* (**ULTRA BABY**<sup>®</sup>) ou *Lactobacillus rhamnosus GG* (**PROBIOLOG**<sup>®</sup> Nourrisson ; **BABYBIANE IMEDIAT**<sup>®</sup>).

Au comptoir, nous devons être vigilants et s'assurer que les parents ne donnent pas d'anti-diarrhéique de type loperamide (médicament qui ralentit la progression des aliments puis des selles dans le tube digestif). Ce traitement n'est pas recommandé aux enfants de moins de 12 ans, ainsi que des médicaments à base d'argiles extraits du sol, comme le **SMECTA**<sup>®</sup> (diosmectite) disponible en automédication, car ils peuvent contenir de faibles doses de plomb (Figure 49). Ces médicaments sont utilisables au-delà de l'âge de deux ans, mais non indispensables, les mesures hygiéno-diététiques étant le traitement de référence recommandé par l'OMS.(81) (75)

L'homéopathie peut être combinée au soluté de réhydratation. Les granules sont dissoutes dans un peu d'eau. Pour pallier ce phénomène diarrhéique, on a recourt aux souches suivantes : **ARSENICUM ALBUM 9 CH, CHINA RUBRA 5 CH** (selles très liquides), **PODOPHYLLUM PELTATUM 9 CH** : 3 granules de chaque, 3 fois/jour jusqu'à amélioration des symptômes. La formule suivante est pareillement proposée : 1 dose d'**OSCILLOCOCCINUM** pendant 3 jours + 5 granules, 3 fois par jour d'**ALOE COMPOSEE** (L'ALOE COMPOSÉE est le mélange des souches : ALOE SOCOTRINA 3 CH ; COLOCYNTHIS 3 CH ; PODOPHYLLUM PELTATUM 3 CH ; BRYONIA 3 CH ; BELLADONNA 3 CH ; ARSENICUM ALBUM 3 CH ; DIOSCOREA VILLOSA 3 CH ; MAGNESIA PHOSPHORICA 3 CH).(80)



## Lettre aux professionnels de santé

Mars 2019

### Médicaments à base d'argile : mise à jour de l'information sur leur utilisation chez l'enfant de moins de 2 ans

*Information destinée aux médecins généralistes, gastro-entérologues, pédiatres, sages-femmes et pharmaciens d'officine et hospitaliers.*

Madame, Monsieur,

En accord avec l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM), les laboratoires commercialisant les médicaments à base d'argile dans la diarrhée aiguë, souhaitent vous informer de la suppression de cette indication chez le nourrisson et l'enfant de moins de 2 ans. Un point d'information a été diffusé par l'ANSM le 28 février 2019.

#### Résumé

- Les argiles extraites du sol peuvent contenir des traces de plomb. Suite à de nouvelles recommandations internationales<sup>1</sup> sur le seuil de plomb acceptable dans les médicaments, l'ANSM a demandé aux laboratoires commercialisant des médicaments à base d'argile de s'assurer de l'absence de risque de passage de plomb dans le sang chez les patients traités, et plus particulièrement chez les enfants.
- En réponse, comme indiqué par l'ANSM dans son point d'information du 28/02/2019, les laboratoires IPSEN ont conduit une étude clinique dont les résultats indiquent qu'il n'existe pas de risque de passage de plomb dans le sang chez les adultes traités par Smecta® (diosmectite) pendant 5 semaines. Ce risque ne peut être exclu chez les enfants de moins de 2 ans. En conséquence, il est recommandé par mesure de précaution de ne plus administrer du Smecta® ou son générique Diosmectite Mylan aux enfants de moins de 2 ans.
- Il est rappelé que le traitement de référence de la diarrhée aiguë chez l'enfant de moins de 2 ans est l'administration de soluté de réhydratation orale (SRO).
- Les médicaments à base d'argile autres que la diosmectite (attapulgite de Mormoiron, montmorillonite beidellitique, kaolin et hydrotaalcite) sont réservés à l'adulte ou à l'enfant de plus de 15 ans.
- Dans le même sens, l'utilisation des médicaments à base d'argile n'est pas recommandée chez la femme enceinte ou allaitante.

#### Informations complémentaires

Les RCP et notices ont été ou sont en cours d'actualisation afin d'inclure ces mises à jour.

<sup>1</sup> Guideline ICHQ3D

Figure 49. Alerte pharmaceutique. Mise à jour de l'information sur l'utilisation des médicaments à base d'argile (SMECTA®) chez l'enfant de moins de 2 ans. Mars 2019. Source: Lettre aux professionnels de santé, transmise sous l'autorité de l'ANSM

## B. Problèmes dermatologiques

### 1. Erythème fessier (39)(73)(83)(84)(58)

L'érythème fessier du nourrisson (Figure 50) est une lésion dermatologique très courante. Il s'agit d'une dermatite du siège due à une irritation de la peau ou à une macération. La peau des bébés étant bien plus fine et fragile que celle des adultes, elle est donc facilement réactive. Cette inflammation se manifeste par des rougeurs aux niveaux des fesses, des organes génitaux et des cuisses. La peau est humide et chaude au toucher. Des plaques et des petits boutons peuvent aussi être visibles.



Figure 50. Dermatitis du siège chez un nourrisson.

Source: [www.linkinghub.elsevier.com](http://www.linkinghub.elsevier.com)

La survenue de l'érythème est multifactorielle. C'est principalement la combinaison entre couches souillées et frottement qui en est responsable. Le contact de la peau avec l'urine et les selles provoque l'érythème. L'ammoniaque contenue dans les urines et l'hyperacidité des selles, surtout en cas de diarrhée, ont un effet irritant.(85) La peau des fesses perd sa fonction de barrière suite à l'exposition de l'activité enzymatique des selles, qui endommage cette barrière protectrice. La perte de l'intégrité de la couche cornée (ou stratum corneum) rend la peau perméable aux substances irritantes et aux agents infectieux. L'environnement chaud et humide créé par les couches, est propice à la

macération et cause ainsi, l'irritation. Le frottement de la couche sur la peau, notamment au moment où le bébé acquiert la position assise, déclenche l'irritation du siège. Mais il existe d'autres facteurs qui peuvent influencer ou aggraver l'irritation, tels que l'exposition à des substances irritantes, présentes dans les savons, couches, lingettes, détergent à linge; la poussée dentaire ; la prise d'antibiotiques qui déséquilibre la flore bactérienne de l'intestin ; l'insuffisance de fréquence de changement de couches ; l'utilisation de couches peu absorbantes.

L'érythème fessier peut être une simple irritation et être rapidement résorbé. Cependant, il peut également s'agir d'une autre lésion car le terme générique d'érythème fessier englobe de nombreuses lésions se développant sur la base de l'érythème du siège. Classiquement, on distingue la dermite des convexités, en W, plutôt favorisée par l'irritation et la dermite des plis, en Y, plutôt favorisée par la macération et l'infection (*candida*, *staphylocoque doré*). En réalité, les phénomènes sont souvent intriqués et le traitement est identique pour les deux formes. Il visera à traiter les différents facteurs responsables. En revanche, certaines lésions doivent faire suspecter d'autres pathologies :

- les dermatites périvulvaires qui en période néonatale, peuvent soupçonner une infection materno-fœtale nécessitant des prélèvements locaux.
- L'érythème fessier associé à des lésions du cuir chevelu fera penser à une dermatite séborrhéique
- Le psoriasis des langes, « *napkin psoriasis* » débute sur les fesses et s'étend sur l'abdomen avec des lésions bien délimitées érythémato-squameuses.
- La dermatophytie localisée au siège, a l'aspect d'anneaux érythémato-squameux.

### Conduite à tenir et traitement :(82)(39)

L'érythème fessier est une inflammation transitoire. Elle s'atténue en quelques jours grâce aux soins d'hygiène. La première règle d'hygiène est de changer régulièrement la couche de l'enfant. Nettoyer la peau à chaque change, avec un coton doux type COTOPADS®, imbibée d'eau tiède et de savon SURGRAS, afin d'apporter un film protecteur sur la peau. L'usage de lingette est possible, on conseille aux parents de prendre celles composées uniquement d'eau (WATERWIPS®). Les autres lingettes, même les hypoallergéniques sont à éviter pendant la période de la dermatite. Sécher méticuleusement et en douceur la peau par tamponnement.

Pour prévenir l'irritation, il est important de bien hydrater la peau au niveau du siège, cela permet de maintenir un film protecteur sur la peau. Le liniment oléo-calcaire est par conséquent recommandé. Le liniment est un produit à la composition très simple car il est réalisé seulement avec une même quantité d'eau de chaux et d'huile végétale, traditionnellement d'huile d'olive. Il possède des propriétés nettoyantes, protectrices et hydratantes. En effet, son application laisse sur l'épiderme un film protecteur et hydratant. Toutefois, si l'érythème est déjà installée, on aura recours à des crèmes réparatrices à base d'oxyde de zinc, connu pour ses propriétés purifiantes et protectrices. Cette substance est retrouvée dans les crèmes **OXYPLASTINE**® (1-2 applications par jour- 46% d'oxyde de zinc), **MYTOSYL**® (1-3 applications par jour- 27% d'oxyde de zinc) et **MUSTELA Crème de change**®. La pommade dite « SAINT LOUIS », est une préparation magistrale très connue en Normandie. Il s'agit d'une pommade à base d'ichtyol, d'acide borique, de vaseline et de lanoline. Sa délivrance nécessite une prescription notifiant la formule. En 2013, l'Agence National de Sécurité du Médicament et des Produits de Santé informe les professionnels de



santé de la contre-indication de l'acide borique et ses dérivés, chez l'enfant de moins de 30 mois. Ainsi la préparation de cette pommade doit être réalisé sans ce composé chimique.(86) L'usage de la pâte à l'eau, va former une barrière protectrice, tout en laissant respirer la peau (**ERYPLAST®**, **PEDITRIL® AVENE**, **ABCDRERM CHANGE INTENSIF®**

**BIODERMA**). Les pommades contenant du Dexpanthénol (pro-vitamine B5) (**BEPANTHEN®**), vont favoriser la réparation naturelle de la peau car c'est un agent cicatrisant.

D'autres crèmes sont également commercialisées (chaque laboratoire commercialise sa crème pour le change). De même, des crèmes à base de produits naturels peuvent être conseillées comme le **BAUME POUR CHANGE** de chez PRANAROM (composé uniquement avec des huiles essentielles), pouvant être utilisé dès 3kg. Cependant, il faut être vigilant car certaines huiles essentielles peuvent être allergisantes. La crème de change de chez WELEDA, constituée d'huile amande douce et d'extrait de fleur de calendula est connue pour sa propriétés apaisante et hydratante.

En l'absence de traitement et de non respect des règles d'hygiène, la colonisation par un champignon, le *Candida albicans*, est possible, surtout si les selles sont acides et si la macération est importante.

Cette mycose cutanée du siège se manifeste par une atteinte des plis (**intertrigo**) de l'aîne ou des fesses : ces plis sont rouges vifs, fissurés et recouverts d'un enduit blanchâtre. De petites pustules en périphérie des lésions peuvent être présentes. Ces lésions évoluent vite et grandissent par leurs bords. Un **muguet**, au niveau de la bouche, peut être associé.

Dans ce cas, il faut orienter les parents vers une consultation médicale.

## 2. **Dermatite séborrhéique -- « croûte de lait » (87)(88)(89)(90)**

La dermatite séborrhéique du nourrisson (ou « croûtes de lait ») (Figure 51) est une affection de la peau qui touche une partie des bébés lors de leurs premiers mois. Elle se

caractérise par l'apparition de squames blanches et molles qui deviennent épaisses et jaunâtre au niveau du cuir chevelu, du front et des sourcils. Ce phénomène est un problème bénin.



Figure 51. Photographie des croûtes de lait. Source: [babycenter.fr](http://babycenter.fr)

L'origine est assez mal connue, elle serait favorisée par deux facteurs combinés : l'hypersécrétion de sébum et la prolifération anormale d'une levure de type ***Malassezia***. Chez le nouveau-né, les glandes sébacées sont fortement stimulées les premiers mois, suite à l'imprégnation hormonale. En effet, en fin de grossesse, le taux plasmatique des hormones de grossesse est au maximum. Ces hormones maternelles sont ainsi transmises à l'enfant. De ce fait, l'afflux d'hormones (progestérone et œstrogènes) vont agir. Elles vont stimuler les glandes sébacées présentes. Ceci provoque un surplus de sébum à la surface de la peau. Notre peau accueille naturellement des milliards de micro-organismes généralement inoffensifs, voire utiles à l'homme. Ils forment un équilibre. La présence du sébum émis en trop grande quantité est un milieu propice au développement d'un de ces micro-organismes : la levure ***Malassezia furfur*** (levure lipophile). Ce micro-organisme entraîne une réaction inflammatoire spécifique, se traduisant par un érythème (rougeur de la peau) et un renouvellement accéléré des cellules du cuir chevelu et de la peau, provoquant une

desquamation inhabituelle. Les squames (cellules mortes de la peau) ont tendance à s'accumuler. Mélangé à la sueur et à l'excès de sébum, cette agglomération engendre la formation de ces croûtes. Lorsque le nourrisson grandit, la concentration hormonale diminue, entraînant peu à peu la disparition du phénomène, dans les mois qui suivent la naissance. Elles n'ont pas de lien avec un quelconque manque d'hygiène.

### **Conduite à tenir et traitement** :(88)(89)(87)

Les croûtes de lait sont souvent un sujet d'inquiétude pour les parents. Or, dans la plupart des cas, elles ne suscitent ni démangeaison ni gêne pour l'enfant. Elles disparaissent spontanément, sans laisser de séquelles. Elles sont simplement inesthétiques. Il existe des solutions permettant d'éliminer en douceur ces croûtes. Mais le mieux reste encore de prévenir la dermatite séborrhéique.

L'élimination de ces croûtes se fait grâce au soin réalisé au moment du bain. La mesure la plus efficace consiste à appliquer de la **VASELINE®**, du **liniment oléo-calcaire** ou une crème émolliente spécifique pour les croûtes de lait (**BABYSQUAM®** Bioderma ; **PEDIATRIL®** Avène ; **SOIN CROUTE DE LAIT®** Mustela...) deux heures avant le bain. Afin de ramollir les croûtes, on masse délicatement la zone touchée au niveau du crâne (attention à ne pas mettre ces spécialités, au niveau du front ou des sourcils, risque de contact avec les yeux du nourrisson). Laver donc les cheveux avec un shampoing doux pour bébé, puis masser doucement le cuir chevelu pendant le lavage et rincer abondamment. Utiliser une brosse souple pour détacher les croûtes sans les gratter. Ces mesures sont à répéter tous les jours jusqu'à disparition des croûtes de lait.

Dans certains cas, les croûtes de lait peuvent devenir inflammatoires et infectieuses. Si les parents observent une inflammation ou l'apparition de plaques rouges persistantes, ou

si l'enfant semble ressentir de l'inconfort, une consultation chez le médecin sera recommandée.

La prévention de la dermatite séborrhéique repose sur des soins de toilette bien adaptés. De manière générale, évitez un shampoing trop fréquent (deux à trois fois par semaine suffisent), car cela peut irriter la peau fragile du tout-petit. Utiliser un shampoing doux. Ces shampoings doux contiennent des actifs très bien tolérés par la peau, comme par exemple les bases lavantes dérivées d'huile de coco. Leur pH est proche de celui de l'œil, pour éviter de susciter des irritations. Ils intègrent parfois des extraits végétaux aux propriétés apaisantes (camomille, calendula...). Il faut également passer régulièrement, un petit coup de brosse douce sur le cuir chevelu du bébé. Cela permet d'éviter l'agglutination de squames et de prévenir la formation des croûtes.

### **C. Poussée dentaire (58)(91)(92)(93)**

La dentition est le phénomène physiologique qui amène la denture en place. On parle de poussées dentaires quand les premières dents, dites dents primaires, appelées communément « dent de lait », se mettent en place dans la bouche. L'apparition des dents est variable d'un enfant à l'autre. Une poussée dentaire dure environ 8 jours, la percée de la dent se fait autour du cinquième jour. Généralement, la première dent est visible vers l'âge de 5-6 mois. La dentition d'un bébé comprend 20 dents lactéales soit: 4 incisives, 2 canines et 4 molaires par arcade. L'ordre d'apparition est pratiquement toujours le même. Les incisives centrales inférieures poussent en premier puis ce sont les incisives supérieures, suivies des premières molaires vers l'âge de 12-18 mois. Les canines inférieures et supérieures font éruption vers les 18 – 24 mois. Enfin, les deuxièmes molaires vont pousser

avant les 30 mois de l'enfant. La dentition primaire sera totalement mise en place avant l'âge de 3 ans. Ces dents lactéales serviront de guide aux dents définitives. (Figure 52)

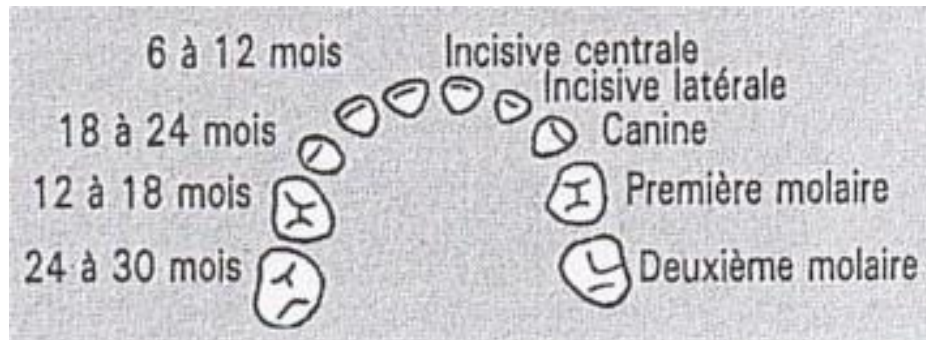


Figure 52. Calendrier dentaire. Source: *Pédiatrie pour le praticien (livre), 6e édition, JP CHOURAQUI*

Il est généralement facile de repérer l'arrivée d'une poussée dentaire puisque l'on va observer un changement de comportement de l'enfant. Il devient plus irritable, pleure plus souvent, a une perte d'appétit, ses nuits sont plus agitées. Les joues sont rouges, les gencives sont enflées. Le bébé bave beaucoup plus et cherche à mordiller. Un pic de fièvre, une diarrhée et la survenue d'un érythème fessier sont les signes associés.

### **Conduite à tenir et traitement : (91)(38)**

L'arrivée des premières dents de lait n'est pas un moment très agréable pour le bébé. Aux premiers signes de la poussée dentaire, il faut aider bébé à soulager la douleur. Pour cela, on recommande aux parents, de mettre en place les massages des gencives.

Le massage circulaire des gencives avec le doigt, aide la dent à percer et diminue l'inflammation. Des gels adaptés aux tout-petits, peuvent être proposés afin de soulager la douleur tels que **PANSORAL®** Premières dents; **PEDIAKID®** Premières Dents; **BABYGENCALM®** Poussées dentaires. Il s'agit de gels buccaux élaborés avec des plantes comme la camomille romaine, la guimauve, le calendula et la gomme d'acacia. Ces plantes sont connues pour leurs propriétés apaisantes et adoucissantes. Des solutions gingivales

avec un anesthésique local sont également utilisables comme le **DOLODENT®**- Chlorhydrate d'amyléine, 2 à 3 applications pas jours.(94)

Un traitement homéopathique par voie orale peut être associé (80). Pour ce faire, on se réfère soit à la spécialité **CAMILLIA®** soit à des souches individuelles comme **CHAMOMILLA 9 CH®**, **MERCURUS SOLUBILIS 9CH®** (anti-inflammatoire) et **BELLADONNA 9CH** : Diluer 10 granules de chaque, matin et soir vers 17h. Cette formule permet de soulager la douleur et l'inflammation. La solution buvable CAMILLA® est plus complète, elle va avoir un rôle supplémentaire sur l'agitation et l'irritabilité de l'enfant liées à la poussée dentaire. Ce sont des unidoses, à mettre entièrement dans la bouche de l'enfant en position assis et dans le creux de la joue pour éviter les fausses routes. La posologie est de 1 dose dès l'apparition des symptômes, à répéter à intervalle de 15 min jusqu'à 6 unidoses par jour durant 3 à 8 jours. Le récipient unidose doit être jeté après chaque usage.

Proposer les brosses à dents dotées d'une tête en élastomère et/ou les anneaux de dentition sans liquide. Placées préalablement au réfrigérateur et non au congélateur car il y a risque de brûlures par le froid. Ces objets soulagent le bébé et stimulent les gencives. Ils sont très appréciés des bébés, puisqu'ils ont besoin de mordiller.

Les signes concomitants à la poussée dentaire tels que les diarrhées, l'érythème fessiers doivent être traité simultanément. Confère le paragraphe: A.4 et B.1

Si les symptômes persistent au-delà de 8 jours, s'assurer auprès d'un professionnel de santé qu'ils relèvent bien d'une poussée dentaire.

### Conclusion - - - Partie III

Nous constatons au quotidien, que l'état de santé du nourrisson, est la principale préoccupation des parents. L'inquiétude se fait sentir à la moindre modification des habitudes. La survenue de ces maux, les angoisses autant que les affections considérées comme majeures sont à l'origine de nombreuses consultations chez le pédiatre ou le médecin généraliste. Les pathologies présentées sont liées à l'immaturation physiologique du nourrisson. Il s'agit de troubles mineurs, pouvant être pris en charge au comptoir. Ces maux sont bénins, fréquents après la naissance et sont rapidement réversibles.

Au comptoir, la conduite à tenir est de questionner les parents sur l'âge, les symptômes, la date d'apparition, les éléments déclencheurs, afin de bien identifier le problème. Il faut ensuite les rassurer sur le caractère anodin du trouble et leur apporter des conseils, d'abord sur les règles hygiéno-diététiques puis on peut les orienter vers des spécialités thérapeutiques. Ces spécialités sont très nombreuses car chaque laboratoire développe son propre produit. Il y a donc beaucoup de produits dont les principes actifs sont similaires. Pour la plupart des pathologies vues précédemment (colique, constipation, reflux gastro-œsophagien, érythème fessier, dermatite séborrhéique), on recommande et favorise le traitement homéopathique ou phytothérapeutique avant le traitement allopathique.

Cependant, il ne faut pas perdre de vue qu'il s'agit d'un nourrisson dont l'organisme est encore fragile et pas totalement développé. Nous ne devons pas hésiter à orienter vers le médecin si l'on dépasse les limites du conseil (apparition de fièvre, persistance des symptômes).

Pour les parents souhaitant se renseigner de leur côté, nous leur préconisons, de consulter des sources sur internet fiables tels que : [ameli.fr](http://ameli.fr), [santepubliquefrance.fr](http://santepubliquefrance.fr),

eurekasantevidal.fr, au encore certaines associations pédiatriques comme Illfrance.fr,  
pediatre-online.fr ou mpedia.fr.



## CONCLUSION

La période du *post partum* se rapporte aux six semaines qui suivent la naissance. Elle s'étend de la fin de l'accouchement jusqu'au retour de couches, c'est-à-dire les premières règles après la grossesse. Cette période est un temps très important pour la maman et son nouveau-né car ils vont s'ajuster l'un à l'autre.

Les adaptations physiologiques et anatomiques sont nombreuses au cours de cette étape. Le corps est modifié par la grossesse et l'accouchement. L'équilibre hormonal est perturbé, notamment les hormones stéroïdes sexuelles (progestérone et œstrogènes) qui ont un rôle clé dans le *post partum*, de même que les hormones peptidiques (ocytocine et prolactine). L'organisme tente ainsi de retrouver son équilibre de départ. Six semaines après l'accouchement, l'utérus a repris sa position initiale. Les modifications physiologiques liées à la grossesse ont disparu. Cependant, cela ne signifie pas que la femme a retrouvé son état d'origine. Les organes génitaux internes et externes (vagin, col utérin, vulve) ne reprendront pas leur forme initiale. Si l'allaitement se poursuit, le retour de couches sera plus tardif.

La mère et son nouveau-né sont vulnérables et peuvent rencontrer des difficultés, voire des complications plus importantes. En cela, le *post-partum* nécessite une attention toute particulière et un soutien par des professionnels de santé.

La femme a tendance à s'oublier après la naissance de l'enfant. Sa santé passe au second plan. Au comptoir, sa demande n'est pas toujours spontanée, c'est par le biais de la discussion que l'on l'amène à parler d'elle. Cette période de bouleversement n'est pas sans risque, elle est souvent source de désagréments et altère le bien-être maternel. La liste des

maux traités dans cette thèse n'est pas exhaustive, la sélection ayant été réalisée en fonction des demandes les plus exprimées au comptoir, selon mon expérience professionnelle.

Tous ses changements anatomiques et hormonaux aboutissent à des affections le plus souvent bénignes telles que des douleurs (périnéales, lombaires), d'importants troubles digestifs, des troubles urinaires, des troubles de la circulation veineuse ou encore des modifications dermatologiques (vergeture). Pour répondre au mieux, l'écoute est primordiale ; ceci nous permet de connaître le contexte et de poser les bonnes questions (début du trouble, moment d'apparition, symptômes associés, allaitement ou non). On évalue la gravité ou non du problème et on y répond, en évaluant nos limites de conseils. Il faut savoir orienter vers le médecin quand cela est nécessaire. Face à cela, le pharmacien devra donner des conseils hygiéno-diététiques adaptés. Nous adaptons nos recommandations en fonction du désir de la maman et prenons en compte le mode alimentaire de l'enfant (allaité ou non).

La pharmacie d'officine, de par sa proximité doit s'impliquer dans l'information et les conseils pour les mamans, d'autant plus qu'elles ne sont plus entourées d'une équipe médicale disponible 24h/24 comme à la maternité. L'équipe officine doit remplir pleinement son rôle d'acteur de la santé publique.

La préoccupation des parents pour leur nouveau-né est tellement importante, qu'il m'a semblé justifié de traiter les maux des nourrissons et la façon dont nous pouvons les prendre en charge à l'officine. A la naissance, les fonctions physiologiques sont en effet encore immatures, déclenchant chez certains nourrissons des troubles. L'équipe officinale est fréquemment sollicitée pour des conseils permettant de soulager les nouveau-nés. De nombreux maux sont bénins et très fréquents, les laboratoires l'on bien compris car ils ont

commercialisé une multitude de produits ayant les mêmes indications. Cependant, il faut être très vigilant, car le bébé est un être très fragile. Si les symptômes persistent, une consultation médicale est fortement recommandée, notamment en présence de fièvre ou déshydratation.

Au jour d'aujourd'hui, notre société est confrontée à la désertification médicale. Le pharmacien d'officine est un professionnel de santé, facilement accessible. Ainsi la pharmacie, devient un lieu de référence pour répondre aux préoccupations des parents, ou aux problèmes de la maman qui n'a pas forcément le temps de consulter. La clef d'une bonne réponse thérapeutique passe par l'écoute, l'évaluation de la gravité ou non de la situation et un conseil adapté à la situation.

# ANNEXE

Tableau 1. Questionnaire d'évaluation de la qualité de vie liée à l'incontinence urinaire de la femme. *Source: www.urofrance.org* ..... 115

Tableau 1. Questionnaire d'évaluation de la qualité de vie liée à l'incontinence urinaire de la femme. *Source: www.urofrance.org*

## Questionnaire d'évaluation de la Qualité de Vie liée à l'incontinence urinaire de la femme (CONTILIFE™)

### Comment remplir le questionnaire :

Les questions qui suivent portent sur votre état de santé au cours des 4 dernières semaines.

Choisissez la réponse qui décrit le mieux ce que vous ressentez ou avez ressenti au cours des 4 dernières semaines en ne donnant qu'une seule réponse par ligne.

Si vous n'êtes pas concernée par certaines activités (ex. : gêne pour prendre les transports en commun alors que vous n'en prenez pas), mettez une croix dans la case "non concernée".

Nous vous demandons d'essayer de répondre seule à ce questionnaire.

Pour répondre, faites une croix dans la case de votre choix.

Exemple : Au cours des 4 dernières semaines...

|            |                            |                            |                            |                                       |                            |                            |
|------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|---------------------------------------|----------------------------|----------------------------|
|            | Non concernée              |                            |                            |                                       |                            |                            |
| Question a | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input checked="" type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |

En cas d'erreur, noircissez la mauvaise réponse et entourez celle qui s'applique le mieux à votre cas.

Nous vous remercions de votre collaboration.

➤ *Avant de commencer à remplir le questionnaire, merci d'inscrire la date d'aujourd'hui :*

□□□□□□□□□□□□□□  
Jour Mois Année

## ACTIVITES QUOTIDIENNES

Au cours des 4 dernières semaines, vos troubles urinaires vous ont-ils gênée :

(Cochez la case de votre choix, une par ligne)

|  | Non<br>concernée           | Pas du tout                | Un peu                     | Moyen-<br>nement           | Beaucoup                   | Enormé-<br>ment            |
|--|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| 1. lorsque vous étiez à l'extérieur de chez vous ?               |                            | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| 2. lorsque vous conduisiez ou vous faisiez conduire ?            | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| 3. lorsque vous montiez ou descendiez les escaliers ?            |                            | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| 4. pour faire les courses ou des achats ?                        |                            | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| 5. pour attendre, faire la queue (bus, cinéma, supermarché...) ? |                            | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |

Au cours des 4 dernières semaines, à cause de vos troubles urinaires :

(Cochez la case de votre choix)

|  | Pas du tout                | Un peu                     | Moyen-<br>nement           | Beaucoup                   | Enormé-<br>ment            |
|--|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| 6. avez-vous dû vous interrompre fréquemment pendant votre travail ou vos activités quotidiennes ? | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |

Au cours des 4 dernières semaines, à cause de vos troubles urinaires, avec quelle fréquence :

(Cochez la case de votre choix)

|  | Jamais                     | Rarement                   | De temps<br>en temps       | Souvent                    | En<br>permanence           |
|--|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| 7. vous êtes-vous réveillée mouillée ? | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |

## SITUATIONS D'EFFORT

Au cours des 4 dernières semaines, vos troubles urinaires vous ont-ils gênée :

(Cochez la case de votre choix, une par ligne)

|   | Non<br>concernée           | Pas du tout                | Un peu                     | Moyen-<br>nement           | Beaucoup                   | Enormé-<br>ment            |
|---|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| 8. pour soulever ou porter quelque chose de lourd ?                     |                            | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| 9. pour faire du sport (course à pied, danse, gymnastique) ?            | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| 10. lorsque vous vous êtes mouchée ou que vous avez éternué ou toussé ? |                            | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| 11. lorsque vous avez eu un fou rire ?                                  |                            | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |

## IMAGE DE SOI

Au cours des 4 dernières semaines, à cause de vos troubles urinaires, avec quelle fréquence :

(Cochez la case de votre choix, une par ligne)

|   | Jamais                     | Rarement                   | De temps<br>en temps       | Souvent                    | En<br>permanence           |
|---|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| 12. vous êtes-vous sentie moins séduisante ?                              | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| 13. avez-vous craint de " sentir mauvais " ?                              | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| 14. avez-vous eu peur que les autres ne s'aperçoivent de vos troubles ?   | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| 15. avez-vous eu peur de faire des taches chez les autres ou au travail ? | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| 16. avez-vous dû changer de tenue ?                                       | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |

Au cours des 4 dernières semaines, malgré vos troubles urinaires, avec quelle fréquence :

(Cochez la case de votre choix)

|  | Jamais                     | Rarement                   | De temps<br>en temps       | Souvent                    | En<br>permanence           |
|--|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| 17. vous êtes-vous sentie bien dans votre peau ? | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |

Au cours des 4 dernières semaines, à cause de vos troubles urinaires :

(Cochez la case de votre choix)

|  | Je ne porte<br>jamais de<br>protections | Pas du tout                | Un peu                     | Moyen-<br>nement           | Beaucoup                   | Enormé-<br>ment            |
|--|---|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| 18. avez-vous été gênée par le fait d'avoir à porter des protections ? | <input type="checkbox"/> 0              | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |

## RETENTISSEMENT EMOTIONNEL

Au cours des 4 dernières semaines, à cause de vos troubles urinaires, avec quelle fréquence :

(Cochez la case de votre choix, une par ligne)

|  | Jamais                     | Rarement                   | De temps<br>en temps       | Souvent                    | En<br>permanence           |
|--|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| 19. vous êtes-vous sentie découragée ?                                       | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| 20. avez-vous perdu patience ?   | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| 21. la crainte d'avoir des troubles<br>urinaires vous a-t-elle préoccupée ?  | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| 22. avez-vous eu l'impression de ne pas<br>pouvoir maîtriser vos réactions ? | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| 23. vos troubles ont-ils été une<br>obsession, une hantise pour vous ?       | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| 24. avez-vous dû penser à emporter des<br>protections avant de sortir ?      | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |

## SEXUALITE

Au cours des 4 dernières semaines, à cause de vos troubles urinaires :

(Cochez la case de votre choix, une par ligne)

|  | Non<br>concernée           | Pas du tout                | Un peu                     | Moyen-<br>nement           | Beaucoup                   | Enormé-<br>ment            |
|--|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| 25. vous êtes-vous sentie anxieuse à<br>l'idée d'avoir des rapports<br>sexuels ? |                            | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| 26. avez-vous modifié votre<br>comportement sexuel ?                             | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| 27. avez-vous craint d'avoir des<br>fuites au cours des rapports<br>sexuels ?    | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |

## QUALITE DE VIE GLOBALE

28. Compte-tenu de vos troubles urinaires, comment évaluez-vous actuellement votre Qualité de Vie ?

(Entourez la réponse de votre choix)

|          |   |   |   |            |
|----------|---|---|---|------------|
| 1        | 2 | 3 | 4 | 5          |
| Mauvaise |   |   |   | Excellente |

# Bibliographie

1. Naissances et taux de natalité en 2018 | Insee [Internet]. [cité 18 janv 2019]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2381380#tableau-Donnes>
2. Freret T.CM1- Modifications physiologiques de la femme enceinte.pdf. [Internet]. [cité 18 janv 2019]. Disponible sur: [https://foad2.unicaen.fr/Cours/P6 pharmacie UE O6S1-2: Optimisation de la prise en charge pharmaceutique ambulatoire II](https://foad2.unicaen.fr/Cours/P6%20pharmacie/UE%20O6S1-2/Optimisation%20de%20la%20prise%20en%20charge%20pharmaceutique%20ambulatoire%20II)
3. Les modifications cardio-vasculaires et hémodynamiques [Internet]. [cité 20 juill 2018]. Disponible sur: <http://campus.cerimes.fr/maieutique/UE-obstetrique/modificationsphysiologiques/site/html/4.html>
4. Modifications physiologiques de la grossesse.pdf [Internet]. [cité 13 janv 2018]. Disponible sur: <http://campus.cerimes.fr/maieutique/UE-obstetrique/modificationsphysiologiques/site/html/cours.pdf>
5. Tchobroutsky C, Oury J-F, Tchobroutsky C, Oury J-F. Prendre en charge et traiter une femme enceinte : préconception, grossesse, post-partum / sous la dir. de Catherine Tchobroutsky et de Jean-François Oury [Livre]. Arnette-Blackwell. Paris; 1995 [cité 15 nov 2017]. XV-463 p; 24 cm; br. (Prendre en charge et traiter). Disponible: BU Madeleine Brès - campus 5 PFRS, Sc précliniques et spécialités médicales, WQ 100 PRE.
6. Office de la naissance et de l'enfance, Belgique. Guide du post-partum / une collaboration de l'Office de la naissance et de l'enfance et du Groupement des gynécologues de langue française de Belgique [Livre]. De Boeck Supérieur. Louvain-la-Neuve; 2016 [cité 15 nov 2017]. 1 vol. (726 p.); ill.couv. ill.; 24 cm; br. Disponible: BU Madeleine Brès -campus 5 PFRS, Sc précliniques et spécialités médicales, WQ 500 GUI.
7. Qu'est-ce que la progestérone et à quoi sert-elle ? - Centre Hospitalier Universitaire (CHU) de Toulouse [Internet]. [cité 11 juill 2018]. Disponible sur: <http://www.chu-toulouse.fr/qu-est-ce-que-la-progesterone-et-a?recherche=progesterone>
8. Dr BOULLU. Physiologie-axe-gonadotrope1.pdf.. [Internet]. [cité 13 janv 2018]. Disponible sur: <http://www.aem2.org/wp-content/uploads/2011/05/Physiologie-axe-gonadotrope1.pdf>
9. Dr. Navneet Magon. Hormones in pregnancy [Internet]. [cité 7 févr 2019]. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3640235/>
10. Le point sur la prolactine(DA 62) [Internet]. [cité 12 févr 2019]. Disponible sur: <https://www.lllfrance.org/1424-da-62-le-point-sur-la-prolactine>



11. Comité éditorial pédagogique UVMaF. Les suites de couches physiologiques [Internet]. Disponible sur: <http://campus.cerimes.fr/maieutique/UE->
12. L'Ocytocine [Internet]. [cité 20 juill 2018]. Disponible sur: <http://expobiologie.free.fr/ocytocine.htm>
13. Battut A, Harvey T, Lapillonne A. 105 fiches pour le suivi post-natal mère-enfant / [Livre]. Elsevier Masson. Issy-les-Moulineaux; 2015 [cité 17 janv 2019]. 1 vol. (XXIII-314 p.); ill. 21 cm; br. Disponible sur: BU Madeleine Brès -campus 5 PFRS, Sc précliniques et spécialités médicales, WQ 500 CEN.
14. Merger R, Lévy J (19--)- médecin, Melchior J, Bernard N (1930-). Précis d'obstétrique / [Livre]. Masson. Paris, Milan, Barcelone; 1995 [cité 14 févr 2019]. 1 vol. (XXII-597 p.); ill. 26 cm; Rel. Réimp. 2001. Disponible sur: BU Madeleine Brès -campus 5 PFRS, Sc précliniques et spécialités médicales, WQ 100 MER.
15. Unf3s. Suites de couches normales [Internet]. [cité 3 août 2018]. Disponible sur: <http://campus.cerimes.fr/gynecologie-et-obstetrique/enseignement/item22/site/html/3.html>
16. Lansac J, Magnin G (1945-), Sentilhes L (1975-), Soutoul J-H (1925-2001), Péron A, et al. Obstétrique pour le praticien / [Livre]. Elsevier Masson. Issy-les-Moulineaux; 2013 [cité 29 janv 2019]. 1 vol. (XVIII-563 p.); ill. en noir et en coul., couv. ill.; 28 cm; br. (Pour le praticien). Disponible sur: BU Madeleine Brès -campus 5 PFRS, Sc précliniques et spécialités médicales, WQ 100 OBS.
17. Rééducation périnéale et allaitement(DA 47) [Internet]. [cité 19 févr 2019]. Disponible sur: <https://www.illfrance.org/1473-da-47-reeducation-perineale-et-allaitement>
18. CHU JUSSIEU, le sein [Internet]. [cité 23 avr 2018]. Disponible sur: <http://www.chups.jussieu.fr/polys/histo/histoP2/sein.html>
19. Freret T, CM1-Physiologie de la femme enceinte.pdf. Disponible sur: <https://foad2.unicaen.fr.Cours P6 pharmacie UE O6S1-2:Optimisation de la prise en charge pharmaceutique ambulatoire II>
20. UMVF. Modifications cutanées [Internet]. [cité 13 nov 2018]. Disponible sur: <http://campus.cerimes.fr/maieutique/UE-obstetrique/modificationsphysiologiques/site/html/9.html>
21. Genser P, Voisin-Chiret A. Conseil chez la femme enceinte et allaitante. Cours P6 pharmacie UE O6S1-2: Optimisation de la prise en charge pharmaceutique ambulatoire II. Disponible sur: <https://foad2.unicaen.fr>.
22. Moreau-Crepeaux S, Wyndels K, Tachon M. Modifications physiologiques de la peau au cours de la grossesse --- EM | consulte [Internet]. [cité 13 nov 2018]. Disponible sur: <http://www.em-consulte.com/en/article/279350>

23. Machet L, Vaillant L. Dermatologie en gynécologie-obstétrique. [Livre]. [cité 18 nov 2018]. Disponible sur: BU Madeleine Brès -campus 5 PFRS, Sc précliniques et spécialités médicales, WP 140 MAC.
24. Pregnancy Line --- Linea Nigra [Internet]. [cité 13 nov 2018]. Disponible sur: <http://americanpregnancy.org/pregnancy-concerns/pregnancy-line-linea-nigra/>
25. Genser P, Voisin-Chiret A. Conseil chez la femme enceinte et allaitante. Cours P6 pharmacie UE O6S1-2: Optimisation de la prise en charge pharmaceutique ambulatoire II. Disponible sur: <https://foad2.unicaen.fr>.
26. Melasma: a clinical and epidemiological review. --- PubMed --- NCBI [Internet]. [cité 13 nov 2018]. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25184917>
27. Masque de Grossesse --- Explications, Prévention, Traitements [Internet]. [cité 13 nov 2018]. Disponible sur: <https://www.passeportsante.net/fr/grossesse/Fiche.aspx?doc=masque-grossesse>
28. Physiological and biological skin changes in pregnancy --- ScienceDirect [Internet]. [cité 20 févr 2019]. Disponible sur: <https://www-sciencedirect-com.ezproxy.normandie-univ.fr/science/article/pii/S0738081X05001215>
29. Grossesse et problèmes de peau --- EurekaSanté par VIDAL [Internet]. [cité 13 avr 2019]. Disponible sur: <https://eurekasante.vidal.fr/enfants/maladies-grossesse/problemes-peau-enceinte.html>
30. Physiological and biological skin changes in pregnancy --- ScienceDirect [Internet]. [cité 15 nov 2018]. Disponible sur: <https://www-sciencedirect-com.ezproxy.normandie-univ.fr/science/article/pii/S0738081X05001215>
31. Lésions télangiectasiques circonscrites au membre supérieur : penser au syndrome des télangiectasies nævoïdes unilatérales --- EM|consulte [Internet]. [cité 18 nov 2018]. Disponible sur: <http://www.em-consulte.com/en/article/223532>
32. Les cheveux | BioNike [Internet]. [cité 13 nov 2018]. Disponible sur: <https://www.bionike.it/fr/vos-besoins/cuir-chevelu-et-cheveux/les-cheveux>
33. Epilation définitive | Dr Berkat : Médecin Esthétique, Laseriste et Médecine anti âge [Internet]. [cité 13 nov 2018]. Disponible sur: <https://www.laser-esthetique-drberkat.com/epilation/>
34. VITAMINE C UPSA --- EurekaSanté par VIDAL [Internet]. [cité 25 mai 2019]. Disponible sur: <https://eurekasante.vidal.fr/medicaments/vidal-famille/medicament-ovitcu01-VITAMINE-C-UPS.html>
35. DCGGRF (Direction Générale de la Concurrence, de la Consommation et de la Répression des fraudes). Nutriments-recommandations sanitaires.pdf. [Internet]. [cité 28 mai

2019]. Disponible sur:  
[https://www.economie.gouv.fr/files/files/directions\\_services/dgccrf/securete/produits\\_alimentaires/Complement\\_alimentaire/CA\\_Internet\\_RS\\_Nutriments.pdf](https://www.economie.gouv.fr/files/files/directions_services/dgccrf/securete/produits_alimentaires/Complement_alimentaire/CA_Internet_RS_Nutriments.pdf)

36. Réseau sécurité naissance. Livret Sortie Neonat F-SansDebord.pdf. [Internet] [cité 30 janv 2018]. Disponible sur: <https://www.reseau-naissance.fr/medias/2016/12/LivretSortieNeonatA5-Sept2016-F-SansDebord.pdf>

37. Les suites de couches 2009 (58).ppt. [Internet] [cité 30 janv 2018]. Disponible sur: <https://slideplayer.fr/slide/1726846/>

38. Ferey D, Ivernois J-F (1946-). Conseils en pharmacie [Livre]. Maloine. Paris; 2016 [cité 8 janv 2019]. 1 vol. (IX-357 p.); couv. ill. en coul.; 17 cm; br. Disponible sur: BU Madeleine Brès -campus 5 PFRS, Sc précliniques et spécialités médicales, QV 737 FER.

39. Le moniteur des pharmacies. SORTIE DE LA MATERNITÉ --- Le Moniteur des Pharmacies n° 3112 du 23/01/2016. [Revue]. Le Moniteur des pharmacies.fr. [cité 30 janv 2018]. Disponible sur: <http://www.lemoniteurdespharmacies.fr/revues/le-moniteur-des-pharmacies/article/n-3112/sortie-de-la-maternite.html>

40. Abramowitz A, Batallan L. Epidemiology of anal lesions (fissure and thrombosed external hemorrhoid) during pregnancy and post-partum]. - PubMed - NCBI [Internet]. [cité 27 sept 2018]. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12865195>

41. Nisand I (1950 ), Rongièrès C. Gynécologie-Obstétrique [Livre]. Doin. Rueil-Malmaison; 2002 [cité 16 janv 2019]. XXII-303 p.; ill.couv. en coul.; 24 cm; br. (Inter méd (Paris. 1997)). Disponible sur: BU Madeleine Brès -campus 5 PFRS, Sc précliniques et spécialités médicales, WQ 100 RON

42. Jundt K, Scheer I, Schiessl B, Karl K. Incontinence, bladder neck mobility, and sphincter ruptures in primiparous women [Internet]. [cité 29 nov 2018]. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3351993/>

43. Aubin I. Incontinence urinaire du post-partum : l'évoquer dans la consultation suivant l'accouchement. La revue Exercer [Internet]. avr 2006;(77):5. Disponible sur: [https://campus-umvf.cnge.fr/materiel/Incontinence\\_urinaire\\_postpartum.pdf](https://campus-umvf.cnge.fr/materiel/Incontinence_urinaire_postpartum.pdf)

44. AFU (Association française d'urologie). Questionnaire CONTILIFE. [Internet]. [cité 10 sept 2019]. Disponible sur: <https://www.urofrance.org/fileadmin/medias/scores/contilife.pdf>

45. Prévenir les infections urinaires | ameli.fr | Assuré [Internet]. [cité 8 janv 2019]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/assure/sante/themes/pyelonephrite/reduire-risque-infection-urinaire>

46. Charlier V, Brinchant G, Dewandre P. Analgésie péridurale obstétricale et lombalgie du post-partum : un lien de cause à effet ? Rev Med Liege 2012, 67(1) : 16-20 [Internet]. [cité

11 déc 2018]. Disponible sur: <https://orbi.uliege.be/bitstream/2268/112672/1/567.pdf>

47. Le biofeedback dans la rééducation périnéale [Internet]. [cité 29 janv 2019]. Disponible sur: <https://www.sphere-sante.com/incontinence-information/biofeedback-fuites-urinaires.html>

48. Devillers P, Mauroy B. Rééducation uro-gynécologique féminine. Techniques et Indications. [Internet]. [cité 29 janv 2019]. Disponible sur: <https://www.urofrance.org/base-bibliographique/reeducation-uro-gynecologique-feminine-techniques-et-indications>

49. Gianelli M. La santé des mères et des nouveau-nés : 1ers résultats de l'enquête nationale périnatale 2016 --- Information Pour l'Allaitement [Internet]. [cité 13 janv 2019]. Disponible sur: <https://info-allaitement.org/ressources-en-ligne/sante-meres-nouveau-nes-1ers-resultats-de-lenquete-nationale-perinatale-2016/>

50. Guide\_allaitement\_inpes.pdf. [Internet]. [cité 13 janv 2019]. Disponible sur: <https://www.illfrance.org/vous-informer/actualites/1561-une-nouvelle-brochure-de-linpes-sur-lallaitement>

51. Dr.Djellouli. Les clés de la réussite de l'allaitement maternel --- ppt télécharger [Internet]. [cité 16 janv 2019]. Disponible sur: <https://slideplayer.fr/slide/11832120/>

52. Le moniteur des pharmacies. L'ailaitement-Moniteur desPharmacies-2856-1.pdf. [Internet]. [cité 16 janv 2019]. Disponible sur: <https://www.lemoniteurdespharmacies.fr/revues/le-moniteur-des-pharmacies/article/n-2856/l-allaitement.html>

53. Vilain A (DRESS). « Deux nouveau-nés sur trois sont allaités à la naissance.pdf », Études et Résultats, n°958, Drees, Avril 2016. [Internet]. [cité 20 janv 2019]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/etudes-et-resultats/article/deux-nouveau-nes-sur-trois-sont-allaites-a-la-naissance>

54. Sellam M. L'allaitement maternel. nov 2015.pdf. [Internet]. [cité 20 janv 2019]. Disponible sur: [https://foad2.unicaen.fr.Cours P5 pharmacie M2S3-16 UE: Nutrition - Nutrition du nouveau-né](https://foad2.unicaen.fr/Cours P5 pharmacie M2S3-16 UE: Nutrition - Nutrition du nouveau-né)

55. Haute Autorité de Santé - Contraception chez la femme en post-partum [Internet]. [cité 29 janv 2019]. Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c\\_1369193/fr/contraception-chez-la-femme-en-post-partum](https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1369193/fr/contraception-chez-la-femme-en-post-partum)

56. Le moniteur des pharmacies. Les laits infantiles --- Le Moniteur des Pharmacies n° 2811 du 09/01/2010 --- Revues --- Le Moniteur des pharmacies.fr [Internet]. Le Moniteur des pharmacie.fr. [cité 30 janv 2018]. Disponible sur: <http://www.lemoniteurdespharmacies.fr/revues/le-moniteur-des-pharmacies/article/n-2811/les-laits-infantiles.html>

57. Bourrillon A, J.-P. Chouraqui, M. Dehan, J. Lechevallier... [et al.] Pédiatrie pour le

praticien [Livre]. Elsevier Masson. Issy-les-Moulineaux; 2008 [cité 20 avr 2019]. 1 vol. (XII-832 p.); ill.couv. ill.; 28 cm; rel. (Pour le praticien). Disponible sur: BU Madeleine Brès --- campus 5 PFRS, Sc précliniques et spécialités médicales, WS 100 PED

58. Laboratoires Gilbert. Physiolac --- Conseils pratique --- L'alimentation de votre bébé. [Brochure]

59. VIDAL --- RGO du nourrisson --- La maladie [Internet]. [cité 13 avr 2019]. Disponible sur: [https://www.vidal.fr/recommandations/1716/rgo\\_du\\_nourrisson/la\\_maladie/](https://www.vidal.fr/recommandations/1716/rgo_du_nourrisson/la_maladie/)

60. Allaitement au biberon, les premiers biberons --- mpedia.fr [Internet]. [cité 18 avr 2019]. Disponible sur: <http://www.mpedia.fr/176-premiers-biberons.html>

61. Incidence colique du nourrisson --- EGORA [Internet]. [cité 22 avr 2019]. Disponible sur: <https://www.google.com/search?client=safari&rls=en&q=incidence+colique+du+nourrisson&ie=UTF-8&oe=UTF-8>

62. Infantile colic | The BMJ [Internet]. [cité 22 avr 2019]. Disponible sur: <https://www.bmj.com/content/323/7310/437>

63. Mai T, Fatheree N, Gleason W, Liu Y, Rhoads J. Infantile Colic: New Insights into an Old Problem. --- PubMed --- NCBI [Internet]. [cité 22 avr 2019]. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30337035>

64. Gordon M, Banks S, Thomas M, Akobeng AK. Probiotics to prevent infantile colic. --- PubMed --- NCBI [Internet]. [cité 22 avr 2019]. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30865287>

65. Ammouche DM. Les coliques du nourrisson. Disponible sur: [https://www.egora.fr/sites/egora.fr/files/fichiers/ego\\_2015\\_74\\_19.pdf](https://www.egora.fr/sites/egora.fr/files/fichiers/ego_2015_74_19.pdf)

66. Cochrane france. Probiotiques pour prévenir les coliques infantiles | Cochrane [Internet]. [cité 22 avr 2019]. Disponible sur: <https://www.cochrane.org/fr/CD012473/probiotiques-pour-prevenir-les-coliques-infantiles>

67. Bellache M. Fiche de recommandations-COLIQUES du nourrisson.pdf. [Internet]. [cité 22 avr 2019]. Disponible sur: <https://www.gfhn.org/wordpress/wp-content/uploads/2018/09/5-sept-18Fiche-recommandations-COLIQUE.pdf>

68. Constipation : que faire contre la constipation ? --- mpedia.fr [Internet]. [cité 3 mai 2019]. Disponible sur: <http://www.mpedia.fr/438-constipation-encopresie.html>

69. Constipation de l'enfant | ameli.fr | Assuré [Internet]. [cité 1 mai 2019]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/assure/sante/themes/constipation-enfant>

70. Guide homéopathique chez le nourrisson --- Maman Vogue [Internet]. [cité 8 mai

2019]. Disponible sur: <http://www.mamanvogue.fr/guide-homeopathique-chez-le-nourrisson/>

71. Mas E, Bellaïche M. Diarrhée aiguë du nourrisson et de l'enfant – G.F.H.G.N.P [Internet]. [cité 23 avr 2019]. Disponible sur: <https://www.gfhgnp.org/recommandations-et-documents/diarrhee-aigue-nourrisson-de-lenfant/>

72. Déshydratation aiguë du nourrisson [Internet]. [cité 1 mai 2019]. Disponible sur: <https://fr.slideshare.net/lamiabenbada/dshydratation-aigu-du-nourrisson>

73. INPES --- Communiqué de presse --- Diarrhée chez les nourrissons et les petits enfants : comment éviter la déshydratation [Internet]. [cité 1 mai 2019]. Disponible sur: <http://inpes.santepubliquefrance.fr/70000/cp/10/cp101221.asp>

74. OMS | Prise en charge clinique de la diarrhée aiguë [Internet]. [cité 1 mai 2019]. Disponible sur: [https://www.who.int/maternal\\_child\\_adolescent/documents/who\\_fch\\_cah\\_04\\_7/fr/](https://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/who_fch_cah_04_7/fr/)

75. La diarrhée aiguë chez les adultes et les enfants [Internet]. [cité 1 mai 2019]. Disponible sur: <http://www.worldgastroenterology.org/guidelines/global-guidelines/acute-diarrhea/acute-diarrhea-french>

76. Principaux repères sur les maladies diarrhéiques [Internet]. [cité 1 mai 2019]. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/diarrhoeal-disease>

77. Les causes de la diarrhée chez l'enfant --- EurekaSanté par VIDAL [Internet]. [cité 27 juill 2019]. Disponible sur: <https://eurekasante.vidal.fr/maladies/chez-les-enfants/diarrhee-enfant-gastro-enterite.html?pb=causes>

78. Plantaz D. Diarrhée aiguë du nourrisson (194a).pdf. [Internet]. [cité 27 juill 2019]. Disponible sur: <http://www-sante.ujf-grenoble.fr/SANTE/corpus/disciplines/pedia/malinfped/194a/leconimprim.pdf>

79. Boiron M, Roux F. Homéopathie et prescription officinale [Internet]. Editions Similia; 2008. 106 p. Disponible sur: <https://www.lemoniteurdespharmacies.fr/boutique/livres/homeopathie-et-prescription-officinale.html>

80. Mon enfant a une gastro-entérite : que faire ? | ameli.fr | Assuré [Internet]. [cité 1 mai 2019]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/assure/sante/themes/gastro-enterite-enfant/que-faire-quand-consulter>

81. Pearl Ban Joseph E. Diaper Rash (for Parents) --- KidsHealth [Internet]. [cité 12 mai 2019]. Disponible sur: <https://kidshealth.org/en/parents/diaper-rash.html>

82. Calza A, Sacher-Hulot M, Janiak-Pusater S. Erythème fessier - recommandations, traitement et prévention à Genève aux HUG | HUG --- Hôpitaux Universitaires de Genève

[Internet]. [cité 12 mai 2019]. Disponible sur: <https://www.hug-ge.ch/procedures-de-soins/erytheme-fessier-recommandations-traitement>

83. L'érythème fessier du nourrisson [Internet]. [cité 12 mai 2019]. Disponible sur: <https://www.passeportsante.net/fr/Actualites/Dossiers/DossierComplexe.aspx?doc=erytheme-fessier>

84. Lagier et al. --- 2015 --- Les dermites du siège du nourrisson.pdf. [Internet]. [cité 12 mai 2019]. Disponible sur: <https://www.em-consulte.com/en/article/951326>

85. Pharmacovigilance --- Acide borique et dérivés (borax) [Internet]. [cité 27 juill 2019]. Disponible sur: <http://www.pharmacovigilance-tours.fr/441.html>

86. Croûtes de lait : causes et traitements --- Conseil Pharma GDD [Internet]. [cité 14 mai 2019]. Disponible sur: <https://www.pharma-gdd.com/fr/croutes-de-lait-causes-et-traitements>

87. Croûtes de lait | ameli.fr | Assuré [Internet]. [cité 14 mai 2019]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/assure/sante/themes/croutes-lait>

88. Croûtes de lait chez bébé (dermite séborrhéique) --- BabyCenter [Internet]. [cité 14 mai 2019]. Disponible sur: <https://www.babycenter.fr/a1500133/cro%C3%BBtes-de-lait-chez-b%C3%A9b%C3%A9-dermite-s%C3%A9borrh%C3%A9ique>

89. Pfersdorff A. Les croûtes de lait du nourrisson ~ Pediatre Online [Internet]. [cité 14 mai 2019]. Disponible sur: <http://www.pediatre-online.fr/dermatologie/croutes-de-lait-du-nourrisson/>

90. Poussée dentaire chez bébé : l'arrivée et l'ordre des dents de lait [Internet]. [cité 20 mai 2019]. Disponible sur: <https://www.camilia.fr/camilia/tout-savoir-sur-la-poussee-dentaire/qu-est-ce-qu-une-poussee-dentaire>

91. Poussée dentaire | ameli.fr | Assuré [Internet]. [cité 25 mai 2019]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/assure/sante/themes/poussee-dentaire>

92. Poussée dentaire --- EurekaSanté par VIDAL [Internet]. [cité 25 mai 2019]. Disponible sur: <https://eurekasante.vidal.fr/maladies/chez-les-enfants/poussee-dentaire.html>

93. DOLODENT --- EurekaSanté par VIDAL [Internet]. [cité 25 mai 2019]. Disponible sur: <https://eurekasante.vidal.fr/medicaments/vidal-famille/medicament-odolod01-DOLODENT.html>



VU, LE PRESIDENT DU JURY

CAEN, LE

VU, LE DIRECTEUR DE LA FACULTE  
DES SCIENCES PHARMACEUTIQUES

CAEN, LE

L'université n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les thèses et mémoires. Ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs



## **TITRE : PRISE EN CHARGE OFFICINALE DE LA FEMME EN POST PARTUM ET DE SON NOUVEAU NE**

### **Résumé :**

Le post partum, provient du latin « post » signifiant "après" et « partum »: "accoucher, mettre au monde". Le post partum ou « suites de couches », correspond à la période au cours de laquelle l'organisme féminin tend à retrouver son état « non gravide ». Il s'étend environ sur les 6 à 8 semaines qui suivent l'accouchement mais peut perdurer si la mère allaite. La fin de cette phase se caractérise par la réapparition des menstruations.

Le post partum est marqué par des modifications physiologiques (biochimique, anatomique et hormonale).

Cette période de variation n'est pas sans conséquence, elle est souvent source de désagréments et altère le bien-être maternel (fatigue, douleurs, hémorroïdes, perte de cheveux, vergetures...). Le pharmacien d'officine est là pour apporter à la maman une réponse thérapeutique adaptée à ses petits soucis.

Chez le nouveau né, certaines fonctions physiologiques sont encore immatures à la naissance, déclenchant des troubles qui inquiètent les parents. L'équipe officinale est fréquemment sollicitée pour des conseils permettant de soulager les nouveaux nés contre les troubles digestifs (constipation, colique, diarrhée), les problèmes dermatologiques (érythème fessier, croûtes de lait), la poussée dentaire. Ces nombreux maux sont bénins et très fréquent. Toutefois, les limites du conseil doivent être connus afin d'orienter la personne, vers un médecin.

Aujourd'hui, suite à la désertification médicale, la pharmacie devient un lieu de référence pour répondre aux préoccupations des parents. Une bonne réponse thérapeutique passe par l'écoute, l'évaluation de la gravité ou non du mal, suivi d'un conseil adapté à la situation.

## **TITLE : PHARMACY CARE OF WOMEN IN POSTPARTUM AND HER NEWBORN**

### **Summary :**

The post partum, comes from the Latin "post" meaning "after" and "partum": "give birth". The postpartum or "suite de couche", corresponds to the period during which the female organism tends to return to its "non-gravid" state. It extends about 6 to 8 weeks after delivery, but may persist if the mother is breastfeeding. The end of this phase is characterized by the reappearance of menstruation.

The postpartum is marked by physiological changes (biochemical, anatomical and hormonal).

This period of variation is not without consequences, it is often a source of inconvenience and alters the maternal well-being (fatigue, pains, hemorrhoids, hair loss, stretch marks ...). The pharmacist is there to bring to the Mother a therapeutic response adapted to her little worries.

In the newborn, some physiological functions are still immature, triggering disorders, worrying parents. The pharmacy team is frequently asked for advice to relieve newborns from digestive disorders (constipation, colic, diarrhea), dermatological problems (diaper rash, milk crusts), teething. These many ills are mild and very frequent. However, the limits of the advice must be known in order to refer the person to a doctor.

Today, following medical desertification, the pharmacy becomes a place of reference to answer the concerns of the parents. A good therapeutic response is listening, assessment of gravity or not of the disease, followed by advice adapted to the situation.

**Mots-clés :** Post partum, suites de couches, modifications physiologiques, maux maternels, maux du nourrisson, prise en charge