

Douleurs dans le Post-Partum

G. Masson, P. Mares (Gynécologie Obstétrique), D. Prat (Anatomie et Acupuncture), B. Joubert (Rééducation fonctionnelle, thérapie manuelle et ostéopathie), D. Bonneau (Médecine manuelle - ostéopathie) - CHU de NIMES

Très fréquentes, liées directement à l'accouchement et aux gestes qu'il a impliqués, alors que les douleurs liées à la grossesse vont en grande partie s'estomper.

Les lombalgies radiculaires se corrigent progressivement.

Leur persistance ou leur récurrence impose donc un bilan très complet, qui recherchera :

une ostéose iliaque condensante, fréquemment bilatérale (et qui peut être d'ailleurs asymptomatique).

une spondylarthrite ankylosante débutante, etc..

Par contre une coccygodynie est souvent présente dans le post-partum immédiat, et va rapidement disparaître, sauf en cas de **fracture coccygienne**.

Au niveau symphysaire, on peut retrouver une disjonction modérée, avec gêne douloureuse à la marche et pas traînant, parfois associées à des douleurs fessières avec sciatalgies tronquées (participation sacro-iliaque).

La rupture de la symphyse pubienne est rare (1/10000 à 300000 accouchements) avec impotence fonctionnelle complète et douleurs importantes irradiant à la face interne des cuisses. La radiographie confirme le diagnostic et permet d'éliminer une ostéite pubienne.

Les douleurs pelvi-abdominales:

musculo-aponévrotiques liées aux efforts expulsifs, rapidement résolutive ou à une cicatrice de césarienne, moins longues avec la technique de Cohen, qu'après section musculaire mais traitements antalgiques actuellement bien codifiés.

utérines : contractions persistantes ("tranchées") plus fréquentes chez la multipare et lors des mises au sein.

Les douleurs périnéales restent les plus fréquentes

au niveau du périnée postérieur

plus intenses les premiers jours, après épisiotomie ou déchirure accentuées en cas d'œdème, d'hématome voire de thrombus vaginal.

Elles vont, en général, petit à petit disparaître. Cette rémission peut être accélérée par une rééducation périnéale précoce.

Elles peuvent persister plus ou moins longtemps, avec dyspareunie superficielle et / ou profonde en cas de :
étirement du nerf pubendal
syndrome de Masters et Allen
mauvaise réfection chirurgicale (asymétrie, sténose...)
mauvaise cicatrisation (surtout si infection locale surajoutée) favorisant des névromes cicatriciels.

- au niveau du périnée antérieur :

brûlures mictionnelles dues à des éraillures vulvaires à une uréthrite post-sondage ou à une infection urinaire ■