



## Item67-Troubles psychiques de la grossesse et du post-partum

| Objectifs CNCI   |   |  |
|--|---|--|
| - Dépister les facteurs de risque prédisposant à un trouble psychique de la grossesse ou du postpartum.<br><br>- Reconnaître les signes précoces d'un trouble psychique en période anténatale et post-natale.<br>- Argumenter les principes de la prise en charge pluridisciplinaire (sociale, psychiatrique, familiale)<br>- Prendre en charge et accompagner la mère et le nourrisson. |   |  |
| Recommandations  | Mots-clés / Tiroirs   | NPO / A savoir !   |
| - Photocopiés nationaux :<br>> <a href="#">Gynéco</a><br>> <a href="#">Psychiatrie</a><br>Site internet du Centre de Référence des Agents Teratogène: <a href="http://www.lecrat.org/sommaireFR.php3">http://www.lecrat.org/sommaireFR.php3</a>  | - FdR: psycho / obstétriques / sociaux<br>- Troubles rares pendant la grossesse<br>- Blues PP: J3 / anxio-dépressif / < 1S<br>→ réassurance et surveillance<br>- Dépression du PP: triade / phobies<br>→ IRS ≥ 4mois / psychothérapie / suivi<br>- Psychose: délire (BDA) / confusion<br>→ séparation / urgence / neuroleptique<br>- Bromocriptine CI si antécédent psy.<br>- Surveillance interactions mère/enfant: unités mère-bébé quand pathologie stabilisée (y compris psychose!) | - PenC pluri-disciplinaire<br>- Risque suicidaire / d'infanticide<br>- Blues: s. négatifs/ pas de mdts<br>- Psychose: diag ≠ / maltraitance<br>- Eviter séparation sauf psychose<br>- Arrêt de l'allaitement<br>- Lithium, valproate: CI |

Contrairement à ce que l'on pourrait penser, la grossesse a tendance à diminuer les pathologies psychiatriques chroniques...

### Facteurs de risque de troubles psychiques

- !! à dépister lors de l'entretien du 4e mois

**Facteurs de vulnérabilité psychologique**

- Atcd psychiatriques personnels ou familiaux
- Atcd d'abus ou de maltraitance dans l'enfance

**Facteurs gynéco-obstétriques**

- Primiparité
- Découverte de malformation ou pathologie foetale / grossesse multiple
- Accouchement difficile / césarienne / prématurité

**Facteurs psycho-sociaux**

- Age jeune (adolescentes) / mère célibataire
- Difficultés conjugales / grossesse non désirée
- Précarité socio-économique / isolement

### Troubles psychiques pendant la grossesse

**Troubles psychiques mineurs transitoires**

- !! Troubles quasi-physiologiques / en début de grossesse ++
- **Diagnostic**
  - Labilité émotionnelle / irritabilité / TCA (hyperphagie, compulsions..)

- Insomnie (d'endormissement) / anxiété (T1 et T3) / dépendance affective
- Nausées et vomissements - qui sont en grande partie liés au psychisme - (!! rechercher pathologie somatique si après T1)
- **Traitement**
  - Prise en charge ambulatoire
  - !! Pas de traitement médicamenteux
  - Psychothérapie de soutien à proposer
  - Education de la patiente sur signes de gravité (re-Cs)

#### Dépression gravidique

- Fréquent: 15% des cas / rechercher atcd et FdR (événements de vie, etc)
- Syndrome dépressif classique: humeur triste / asthénie / ralentissement...(cf [Trouble bipolaire de l'adolescent et de l'adulte.](#))
- Remarque: syndrome souvent caché et culpabilisé par la mère: à rechercher ++

#### Troubles psychotiques

- Bouffée délirante aiguë inaugurale rare au cours de la grossesse (rôle protecteur)
- Mais grossesse = FdR de décompensation d'une psychose chronique: à surveiller ++

#### Déni de grossesse

- = refus inconscient de reconnaître l'état de grossesse / p = 3/1000
- → complaisance somatique: peu de modifications corporelles
- Complications psychiques et somatiques liées à la découverte tardive ++

## Blues du post-partum (syndrome du 3ème jour)

#### Généralités

- !! Très fréquent: > **50%** des grossesses / coïncide avec la montée de lait (J3-5)
- Syndrome anxio-dépressif banal / transitoire / sans gravité (quasi-physiologique)

#### Diagnostic

- **Signes positifs (syndrome dysphorique)**
  - Labilité émotionnelle / hyperesthésie affective / pleurs
  - Troubles anxieux: peur de ne pas savoir s'occuper de l'enfant
  - Grossesse et accouchement de déroulement le plus souvent normal contrastant avec les crises de larmes et le sentiment d'être délaissée
  - Asthénie / troubles du sommeil / plaintes somatiques..
- **Signes négatifs (A savoir !)** (≠ **dépression du post-partum**)
  - Pas de ralentissement psycho-moteur / pas d'idées délirantes
  - Pas de phobie (de blesser l'enfant) / pas de conduites d'évitement
  - Résolution spontanée en < 1S: sinon remettre en cause le diagnostic +++

#### Evolution

- Résolution spontanément favorable en < **1S** dans 90% des cas
- Complications possibles: dépression du post-partum / psychose puerpérale

#### Traitement (5)

- !! Pas de traitement médicamenteux (**A savoir !**)
- **Réassurance** de la mère (attitude chaleureuse & compréhensive) / informer sur le caractère bénin et fréquent
- Favoriser la relation mère-enfant / poursuivre l'allaitement ++
- Proposer un soutien psychologique
- Surveillance +++ : disparition rapide / rechercher C° évolutives

## Dépression du post-partum

#### Généralités

- Dépression mineure (=simple) chez 15% des mères / entre S2 et S8 post-partum (le plus souvent 1er épisode de dépression)
- le plus souvent, installation insidieuse, tardive, masquée par la fatigue
- Dépression mélancolique plus rare, généralement précoce

#### Diagnostic

- FdR vus ci-avant présent(s)
- Syndrome dépressif: humeur triste / ralentissement / retentissement (cf [Trouble bipolaire de l'adolescent et de l'adulte.](#))
- **Phobies d'impulsion** (peur de faire mal au NN) et conduites d'évitement +++
- Plaintes somatiques (asthénie, céphalées, etc) multiples et mises au 1er plan
- Evolution persistante > **15J** avec intervalle libre après la naissance (≠ blues PP) ou dans le prolongement d'un blues PP

### Evolution

- **Risque: mélancolie délirante du post-partum**
  - **Délire** congruent à l'humeur: thème = culpabilité anxio-délirante +++
- **Autres complications**
  - Troubles de la relation mère-enfant et troubles fonctionnels du NN => troubles des interactions précoces +++
  - Récidives aux prochaines grossesses / trouble de l'humeur chronique
  - Si EDM mélancolique: risque de suicide ou d'infanticide +++

### Traitement

- **Prise en charge**
  - **Pluridisciplinaire** / éviter la séparation mère-enfant +++ (**A savoir !**)
  - Tenter de désamorcer le sentiment de culpabilité de la mère ("J'ai pourtant tout pour être heureuse") par une attitude ni moralisante, ni dramatisante.
- **Dépression non mélancolique**
  - Hospitalisation selon évaluation du risque suicidaire
  - Antidépresseur: **IRS** en 1ère intention / pendant ≥ 4mois
  - Psychothérapie: spécialisée / évaluer et accompagner les troubles mère-enfants
- **Si EDM mélancolique du post-partum**
  - Hospitalisation en urgence dans une unité mère-enfant spécialisée
  - ECT si risque suicidaire ou de passage à l'acte sur l'enfant (rare)+++
- **Mesures associées**
  - **Arrêt** de l'allaitement (bandage des seins) en fonction de la gravité et de l'atd choisi (l'allaitement reste possible par exemple avec la Sertraline (=Zoloft))
  - Prise en charge **sociale** (entretien avec assistante)
- **Surveillance:**
  - à court terme pour C° / au long terme pour mère-enfant
  - Crèche thérapeutique

## Psychose du post-partum

### Généralités

- Psychose du PP = psychose puerpérale = état confuso-délirant du PP
- Trouble rare du post-partum (2 cas/1000 accouchements)
- FdR: atcd de schizophrénie ou de BDA / personnalité borderline (cf **Diagnostiquer : un trouble dépressif, un trouble anxieux généralisé, un trouble panique, un trouble phobique, un trouble obsessionnel compulsif, un état de stress post-traumatique, un trouble de l'adaptation (de l'enfant à la personne âgée), un trouble de**)

### Clinique = tableau de BDA

- **Installation**
  - Début **brutal** en 48h / entre S2 et M1 post-partum (+ l'apparition est tardive et + le pronostic est péjoratif)
  - Phase prodromique avec blues atypique: anxiété / agitation / cauchemards
- **Délire**
  - **Thème: polymorphe** et centré sur l'enfant: déni de maternité / substitution / vol / enfantement / filiation extraordinaire...
  - **Mécanisme:** polymorphe: hallucinatoire (oniroïde ++ ) / imaginaire
  - **Systématisation:** peu importante / mal structuré
  - **Adhésion:** totale / absence de critique
  - **Participation affective:** intense (anxiété majeure)
- **Syndrome confusionnel associé ++**
  - **Désorientation** spatio-temporelle
  - Inversion du rythme nyctéméral / fluctuation
  - Troubles du comportement: perplexité anxieuse
  - Labilité émotionnelle: succession état d'angoisse et de prostration
- **Evaluation du retentissement sur l'enfant (A savoir !)**
  - NJO de rechercher une **maltraitance** / un retentissement psychique

### Paraclinique

- !! Eliminer une cause somatique et un diagnostic différentiel (**A savoir !**)
- → Imagerie cérébrale (**IRM +/- EEG**) / TSH / NFS-CRP / **glycémie**

### !! Savoir évoquer un diagnostic différentiel

- **du syndrome confusionnel: TVC** +++ / rétention placentaire / méningo-encéphalite
- **du délire aigu:** état maniaque délirant / mélancolie délirante / schizophrénie

### Evolution

- Favorable et sans séquelle sous traitement le plus souvent / entrée dans schizophrénie (rare) / ou entrée dans un tbl bipolaire

- Risque de récurrence à la prochaine grossesse important: 20%
- !! Risque principal et important = **suicide ou infanticide (A savoir !)**

#### Traitement

- **Mise en condition**
  - !! **Urgence** psychiatrique: risque suicidaire et d'infanticide élevé
  - Hospitalisation en urgence / **SPDT** si besoin / en unité mère-enfant
- **Prévention du risque suicidaire et du risque d'infanticide (A savoir !)**
  - → **séparation** initiale puis rapprochement progressif sous surveillance
- **Traitement anti-psychotique en urgence**
  - Neuroleptique atypique (olanzapine) / poursuivre sur ~ 1an (≥ 6 mois)
  - ECT si risque d'infanticide important ou échec du traitement médicamenteux
- **Psychothérapie**: de soutien / centrée sur la relation mère-enfant
- **Mesures associées**: **arrêt** de l'allaitement (bandage des seins / restriction hydrique)
- **Surveillance**: suivi au long cours / suivi des interactions précoces mère/enfant

## Psychotropes et grossesse

### Précautions d'emploi des psychotropes au cours de la grossesse +++

#### Selon le stade de la grossesse:

- **Au 1er trimestre**
  - Précaution ++
  - bien réévaluer la balance bénéfice risque: si ttt psy indispensable, certains ttt sont utilisables (Sertraline (atd), Olanzapine (NL))
- **Au 2nd et 3ème trimestre**
  - **De façon générale**
    - Maintien de la contre-indication absolue au Lithium

#### Selon le type de psychotrope:

- De plus en plus de données disponibles allant dans le sens d'une balance bénéfice-risque en faveur d'un traitement efficace, avec un recul suffisant pour de nombreuses molécules. Certaines sont cependant tératogènes => identifiées et contre-indiquées (ex: lithium)
- Les traitements doivent être prescrits à **doses efficaces!!!**
- **Ne pas arrêter brutalement un ttt quand découverte d'une grossesse (risque de syndrome de sevrage), voir si switch possible vers un ttt plus adapté. Site du CRAT (Centre de Référence des Agents Tératogènes)**
- **Anxiolytiques**:
  - Eviter les bzd mais si nécessaire: oxazepam (seresta): utilisable à dose minimale efficace pdt tte la grossesse et l'allaitement (dose < 10mg X 3 par jour). Attention, **JAMAIS D'ARRET BRUTAL DES BZD!!!!**
  - Atarax (hydroxyzine): utilisable pdt la grossesse, attention, pas de fortes doses au troisième trimestre. Ne pas le prescrire pour une prise régulière pendant l'allaitement.
- **Anti-dépresseurs**:
  - Nombreux IRS utilisables: ex: Zoloft (Sertaline), utilisable pendant la grossesse et l'allaitement.
  - Tricycliques: Anafranil (clomipramine) ou laroxyl (amitriptyline) utilisable. Attention cependant au syndrome de sevrage chez le nouveau-né: détresse respi, troubles du tonus musculaire, sédation, ralentissement du transit.
- **Neuroleptiques**:
  - Haldol (haloperidol), Largactil (chlorpromazine) et Zyprexa (Olanzapine) peuvent être utilisés pendant la grossesse
  - Eviter généralement l'allaitement
- **Thymorégulateurs**:
  - Lithium contre-indiqué pdt la grossesse et l'allaitement
  - VALPROATE ABSOLUMENT CONTRE-INDIQUÉ** (depakine, depakote, depamide): anomalie de fermeture du tube neural
  - Utilisation possible du Lamictal (lamotrigine) ou Zyprexa (Olanzapine)
- **Electroconvulsivothérapie**
  - Grossesse = indication privilégiée de l'ECT devant un trouble grave
  - !! Mais prévention systématique d'une MAP par tocolyse IVSE après M6

#### Précautions d'emploi en post-partum

- **Bromocriptine**

- Contre-indiqué en cas d'antécédents psychiatriques (risque de psychose)
- Inhibition de la montée de lait: non-stimulation des mammelons / bandage

## Synthèse pour questions fermées

1 diagnostic à évoquer devant une labilité émotionnelle associée à une anxiété en post-partum immédiat ?

- Blues du post-partum (résolution < 1 semaine)

2 principaux risques de la psychose puerpérale ?

- Infanticide

- Suicide

3 causes organiques devant un syndrome confusionnel en post-partum ?

- Thrombophlébite cérébrale

- Rétention placentaire

- Méningo-encéphalite