

Gynécologie Psychiatrie

Item 19: Troubles psychiques de la grossesse et du post-partum

Plan		
- Facteurs de risque - Troubles psychiques de la grossesse - Blues du post-partum - Dépression du post-partum - Psychose puerpérale - Psychotropes et grossesse		
Objectifs CNCI		
- Dépister les facteurs de risque prédisposant à un trouble psychique de la grossesse ou du post-partum - Reconnaître les signes précoces d'un trouble psychique en période anténatale et post-natale - Argumenter les principes de la prise en charge pluridisciplinaire (sociale, psychiatrique, familiale)		
Recommandations	Mots-clés / Tiroirs	NPO / PMZ
- Polycopié national gynéco: item 19 - Polycopié national psychiatrie: item 19	- FdR: psycho / obstétriques / sociaux - Troubles rares pendant la grossesse - Blues PP: J3 / anxio-dépressif / < 1S → réassurance et surveillance - Dépression du PP: triade / phobies → IRS ≥ 4M / psychothérapie / suivi - Psychose: délire (BDA) / confusion → séparation / urgence / neuroleptique - Bromocriptine CI si antécédent psy. - Surveillance interactions mère/enfant	- PenC pluri-disciplinaire - Risque suicidaire / d'infanticide - Blues: s. négatifs/ pas de mdts - Psychose: diag ≠ / maltraitance - Eviter séparation sauf psychose - Arrêt de l'allaitement - Lithium et IRS: CI formelle

– 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
 - 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 (!! rechercher pathologie somatique si après T1)
- **Traitement**
 - Prise en charge ambulatoire
 - !! Pas de Tt 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 [item 285](#))
 - 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**
 - Labilité émotionnelle / hyperesthésie affective / pleurs
 - Troubles anxieux: peur de ne pas savoir s'occuper de l'enfant
 - Asthénie / troubles du sommeil / plaintes hypocondriaques..
 - **Signes négatifs (PMZ) (≠ 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 Tt médicamenteux (**PMZ**)
 - **Réassurance** de la mère / 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 chez 15% des mères / entre S2 et S8 post-partum
 - Dépression mélancolique plus rare et typiquement plus tardive
- **Diagnostic**
 - Syndrome dépressif: humeur triste / ralentissement / retentissement (cf [item 285](#))
 - **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)
- **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
 - 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 +++ (**PMZ**)
 - **Dépression non mélancolique**
 - Hospitalisation selon évaluation du risque suicidaire

- Antidépresseur: **IRS** en 1ère intention / pendant ≥ 4M
- 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 +++
- Mesures associées
 - **arrêt** de l'allaitement (bandage des seins)
 - Prise en charge **sociale** (entretien avec assistante)
- Surveillance: à court terme pour C° / au long terme pour mère-enfant

– Psychose du post-partum

- Généralités
 - Psychose du PP = psychose puerpérale = état confuso-déirant du PP
 - Trouble rare du post-partum (2 cas/1000 accouchements)
 - FdR: atcd de schizophrénie ou de BDA / personnalité borderline (cf [item 286](#))
- Clinique = tableau de BDA
 - Installation
 - Début **brutal** en 48h / entre S2 et M1 post-partum
 - Phase prodromique avec blues atypique: anxiété / agitation / cauchemards
 - Délire
 - **Thème: polymorphe** et centré sur l'enfant: déni de maternité / substitution / vol...
 - **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 (PMZ)
 - NJO de rechercher une **maltraitance** / un retentissement psychique
- Paraclinique
 - !! Eliminer une cause somatique et un diagnostic différentiel (PMZ)
 - → 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 Tt le plus souvent / entrée dans schizophrénie: rare
 - Risque de récurrence à la prochaine grossesse important: 50%
 - !! Risque principal et important = **suicide ou infanticide** (PMZ)
- Traitement
 - Mise en condition
 - !! **Urgence** psychiatrique: risque suicidaire et d'infanticide élevé
 - Hospitalisation en urgence / **HDT** si besoin / en unité mère-enfant
 - Prévention du risque suicidaire et du risque d'infanticide (PMZ)
 - → **séparation** initiale puis rapprochement progressif sous surveillance
 - Tt anti-psychotique en urgence
 - Neuroleptique atypique (olanzapine) / poursuivre sur ~ 1an (≥ 6M)
 - ECT si risque d'infanticide important ou échec du Tt 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 +++
 - Au 1er trimestre
 - Contre-indication de **tous** les psychotropes (passent la barrière placentaire)
 - En particulier: **lithium** = tératogène (M. d'Ebstein): CI absolue (PMZ)
 - Au 2nd et 3ème trimestre
 - De façon générale
 - Quel que soit le psychotrope: prescrire à dose minimale efficace +++

- Maintien de la contre-indication absolue au Lithium et IRS (tératogène)
- Selon le type de psychotrope
 - Anxiolytiques: préférer BZD de courte 1/2 vie / éviter anti-H1 (Atarax®)
 - Anti-dépresseurs: préférer AD tricyclique / **IRS contre-indiqués** +++
 - Neuroleptiques: préférer les classiques (halopéridol) / éviter atypiques
 - Thymorégulateurs: préférer anti-épileptiques / Lithium formellement CI
- 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