

ITEM 67 : TROUBLES PSYCHIQUES DE LA GROSSESSE ET DU POST-PARTUM

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|--|--|---|---|
| <p>Troubles psychiques de la grossesse et du post-partum = tous les états de trouble psychiatrique lié à la période périnatale s'étendant de la conception jusqu'à la 1^{ère} année après l'accouchement</p> <ul style="list-style-type: none"> - Profonds remaniements somatiques et psycho-socio-biologiques, facteur de stress majeur pour la mère - Possible apparition, exacerbation ou atténuation des troubles psychiatriques | | | | | | | |
| <p>→ A dépister lors de l'entretien du 4^{ème} mois</p> | | | | | | | |
| Facteurs de risque | <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20%; padding: 5px; vertical-align: top;">Vulnérabilité psychique</td> <td style="padding: 5px;"> <ul style="list-style-type: none"> - Antécédents de troubles psychiatriques personnels ou familiaux - Trouble lié à l'usage des substances, et notamment alcool </td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px; vertical-align: top;">Environnementaux</td> <td style="padding: 5px;"> <ul style="list-style-type: none"> - Culturels : femmes migrantes principalement : barrière de la langue, représentations culturelles et rituels différentes autour de la maternité et de la grossesse - Antécédents d'abus ou de maltraitance dans l'enfance - Précarité socio-économique, isolement, faible niveau d'éducation - Contexte de la grossesse : mère célibataire, difficultés conjugales, grossesse non désirée </td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px; vertical-align: top;">Gynéco-obstétricaux</td> <td style="padding: 5px;"> <ul style="list-style-type: none"> - Primiparité - Découverte ou suspicion de malformation ou de pathologie fœtale - Grossesse compliquée : diabète gestationnel, hypertension gravidique... - Accouchement dystocique, césarienne (surtout en urgence ou sous AG), prématurité, petit poids de naissance - Âge : adolescence < 20 ans ou grossesse tardive > 35 ans - Grossesse non désirée </td> </tr> </table> | Vulnérabilité psychique | <ul style="list-style-type: none"> - Antécédents de troubles psychiatriques personnels ou familiaux - Trouble lié à l'usage des substances, et notamment alcool | Environnementaux | <ul style="list-style-type: none"> - Culturels : femmes migrantes principalement : barrière de la langue, représentations culturelles et rituels différentes autour de la maternité et de la grossesse - Antécédents d'abus ou de maltraitance dans l'enfance - Précarité socio-économique, isolement, faible niveau d'éducation - Contexte de la grossesse : mère célibataire, difficultés conjugales, grossesse non désirée | Gynéco-obstétricaux | <ul style="list-style-type: none"> - Primiparité - Découverte ou suspicion de malformation ou de pathologie fœtale - Grossesse compliquée : diabète gestationnel, hypertension gravidique... - Accouchement dystocique, césarienne (surtout en urgence ou sous AG), prématurité, petit poids de naissance - Âge : adolescence < 20 ans ou grossesse tardive > 35 ans - Grossesse non désirée |
| | Vulnérabilité psychique | <ul style="list-style-type: none"> - Antécédents de troubles psychiatriques personnels ou familiaux - Trouble lié à l'usage des substances, et notamment alcool | | | | | |
| | Environnementaux | <ul style="list-style-type: none"> - Culturels : femmes migrantes principalement : barrière de la langue, représentations culturelles et rituels différentes autour de la maternité et de la grossesse - Antécédents d'abus ou de maltraitance dans l'enfance - Précarité socio-économique, isolement, faible niveau d'éducation - Contexte de la grossesse : mère célibataire, difficultés conjugales, grossesse non désirée | | | | | |
| Gynéco-obstétricaux | <ul style="list-style-type: none"> - Primiparité - Découverte ou suspicion de malformation ou de pathologie fœtale - Grossesse compliquée : diabète gestationnel, hypertension gravidique... - Accouchement dystocique, césarienne (surtout en urgence ou sous AG), prématurité, petit poids de naissance - Âge : adolescence < 20 ans ou grossesse tardive > 35 ans - Grossesse non désirée | | | | | | |
| <p>Trouble psychiatrique</p> <ul style="list-style-type: none"> = Trouble bipolaire, trouble dépressif récurrent, schizophrénie - Tendance à l'atténuation des troubles psychiatriques préexistants lors de la grossesse - Post-partum : période à risque important de décompensation → La grossesse doit faire l'objet d'un projet thérapeutique : envisagée en cas de trouble équilibré depuis plusieurs mois, suivi en secteur spécialisé par un psychiatre et un obstétricien → En post-partum : prévention des décompensations psychiatriques et des troubles de l'attachement | | | | | | | |
| <p>Addiction</p> <ul style="list-style-type: none"> - Information sur les risques de la prise de toxiques pendant la grossesse, en évitant tout culpabilisation et stigmatisation - Evaluer l'avantage du sevrage ou de la substitution - A la naissance : surveillance pédiatrique du nouveau-né, accompagnement des interactions précoces, suivi par les services de PMI et sociaux | | | | | | | |
| <p>Troubles anxieux</p> <ul style="list-style-type: none"> - Souvent l'expression d'un trouble pré existant, post partum propice à l'aggravation, dont TOC. | | | | | | | |
| Troubles psychiatriques préexistants | <p>→ Tous les traitements psychotropes traversent la barrière placentaire</p> <ul style="list-style-type: none"> - Evaluer le rapport bénéfice/risque de tout traitement psychotrope - Traitement prescrit à posologie efficace : possible augmentation ou diminution lors de la grossesse (modification pharmacocinétique physiologique) - Ne jamais arrêter brutalement un traitement lors de la découverte d'une grossesse : risque de sevrage ou de décompensation du trouble sous-jacent - Surveillance du nouveau-né si le traitement est poursuivi jusqu'à l'accouchement - Utiliser le site internet CRAT (Centre Référence des Agents Tératogènes) | | | | | | |
| | Anxiolytique | <ul style="list-style-type: none"> - Privilégier : oxazépam et lorazépam (demi-vie courte) ou hydroxyzine | | | | | |
| | <p>→ Ne pas prescrire de paroxétine pendant le 1^{er} trimestre (risque malformatif)</p> | | | | | | |
| | Antidépresseur | <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20%; padding: 5px; vertical-align: top;">Pendant la grossesse</td> <td style="padding: 5px;"> <ul style="list-style-type: none"> - ISRS : fluoxétine, sertraline, citalopram, escitalopram - IRSNA : venlafaxine - Tricyclique : privilégier la clomipramine </td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px; vertical-align: top;">Pendant l'allaitement</td> <td style="padding: 5px;"> <ul style="list-style-type: none"> - ISRS : paroxétine, sertraline - Tricyclique : clomipramine </td> </tr> </table> | Pendant la grossesse | <ul style="list-style-type: none"> - ISRS : fluoxétine, sertraline, citalopram, escitalopram - IRSNA : venlafaxine - Tricyclique : privilégier la clomipramine | Pendant l'allaitement | <ul style="list-style-type: none"> - ISRS : paroxétine, sertraline - Tricyclique : clomipramine | |
| | Pendant la grossesse | <ul style="list-style-type: none"> - ISRS : fluoxétine, sertraline, citalopram, escitalopram - IRSNA : venlafaxine - Tricyclique : privilégier la clomipramine | | | | | |
| | Pendant l'allaitement | <ul style="list-style-type: none"> - ISRS : paroxétine, sertraline - Tricyclique : clomipramine | | | | | |
| | Anti-psychotique | <ul style="list-style-type: none"> - Halopéridol, chlorpromazine, olanzapine : les plus documentés, à privilégier - En cas d'inefficacité ou de mauvaise tolérance : amisulpride | | | | | |
| Thymo-régulateur | <ul style="list-style-type: none"> - Lamotrigine, olanzapine : les plus documentés = à privilégier - Lithium : tératogène au 1^{er} trimestre (malformations cardiaques) → utilisation possible selon le rapport bénéfice/risque, après discussion avec la patiente et sous suivi strict multidisciplinaire obstétrical, psychiatrique et pédiatrique → Contre-indication formelle de l'acide valproïque | | | | | | |
| Electro-convulsivo-thérapie | <ul style="list-style-type: none"> = Indication privilégiée en cas de trouble de l'humeur ou de trouble psychotique sévère lors d'une grossesse - Prévention systématiquement associée de la MAP après 24 SA : tocolyse | | | | | | |

| | | | |
|--|--|--|--|
| Trouble psychique pendant la grossesse | Nausées/vomissement gravidiques | <ul style="list-style-type: none"> - Physiologique dans 50% des cas : sans retentissement sur l'état général, disparaît au 2^{ème} trimestre - Majoration ou pérennisation des vomissements : cause psychologique, après avoir éliminé un trouble organique (hyperthyroïdie, affection hépatique, HTIC...) - Risques : perte de poids, déshydratation, troubles hydro-électrolytiques | |
| | Troubles anxieux | <ul style="list-style-type: none"> = 5 à 15% des femmes : plus fréquent au 1^{er} et au 3^{ème} trimestre - Inquiétudes et préoccupations se rapportant directement à la grossesse : modifications corporelles, risque de malformation foetale, angoisse de l'accouchement, capacité à s'occuper du bébé - Manifestation : crainte permanente, crises d'angoisse, conduite d'évitement ou de réassurance, obsessions, rituels, irritabilité, envies alimentaires, troubles du sommeil - Aggravation fréquente en post-partum - Risque d'évolution vers un épisode dépressif caractérisé | |
| | | PEC | <ul style="list-style-type: none"> - Accompagnement par des méthodes de préparation à l'accouchement : information sur le déroulement de la grossesse et de l'accouchement, techniques de relaxation - Psychothérapie selon la sévérité - Anxiolytique en dernier recours - Suivi : réévaluation des symptômes dans le post-partum |
| | Episode dépressif caractérisé | <ul style="list-style-type: none"> = 10 à 20% des femmes : généralement d'intensité légère ou moyenne - Symptomatologie non spécifique de la grossesse, hormis la culpabilité centrée sur le fœtus et le sentiment d'incapacité maternelle - FDR de complications obstétricales - Risque majeur d'évolution vers un épisode dépressif caractérisé du post-partum | |
| | | PEC | <ul style="list-style-type: none"> - Suivi psychothérapeutique ambulatoire, prolongé en post-partum - Association avec un antidépresseur ou un anxiolytique uniquement si symptômes sévères |
| Déni de grossesse | <ul style="list-style-type: none"> = 3 grossesses/1000 : refus non volontaire de reconnaître l'état de grossesse > 22 SA (déli partiel), parfois jusqu'à l'accouchement (déli total) - Complaisance somatique = peu de modifications corporelles au cours de l'évolution de la grossesse : poursuite de ménorragies, aucune ou peu d'augmentation du volume mammaire, aucune ou faible augmentation du volume abdominal et de poids - Découverte de la grossesse souvent fortuite - FdR obstétrical : manque de suivi médical, accouchement en conditions d'urgence | | |
| | DD | <ul style="list-style-type: none"> - Grossesse masquée : dissimulation volontaire, principalement chez l'adolescente ou en cas d'environnement hostile à la grossesse | |
| | PEC | <ul style="list-style-type: none"> - Surveillance psychologique de la mère et des interactions précoces mère-bébé | |
| Troubles psychiques du post-partum | → Complications psychiatriques plus nombreuses dans le post-partum que pendant la grossesse | | |
| | Post-partum blues | <ul style="list-style-type: none"> = Baby blues : état non pathologique, à risque d'évolution vers un trouble dépressif si prolongé ou sévère - Concerne de 30 à 80% des accouchées - Survient entre le 2^{ème} et le 5^{ème} jour après l'accouchement, avec un pic au 3^{ème} jour - Durée de quelques heures jusqu'à 4 à 10 jours | |
| | | C | <ul style="list-style-type: none"> - Anxiété, irritabilité, labilité émotionnelle, dysphorie - Troubles du sommeil, fatigue, plaintes somatiques - Crises de larme, susceptibilité, crainte d'être délaissée ou de ne pas pouvoir s'occuper du bébé |
| | | PEC | <ul style="list-style-type: none"> - Aucune indication de traitement médicamenteux - Relation mère-enfant, relation avec les soignants, mobilisation de l'entourage, information sur le caractère fréquent et provisoire, attitude chaleureuse et compréhensive - Surveillance : si les symptômes persistent > 2 semaines ou s'intensifient = épisode dépressif caractérisé du post-partum |
| Troubles anxieux | <ul style="list-style-type: none"> = Période propice à l'aggravation des troubles anxieux, notamment des TOC - Isolés ou associés à d'autres symptômes du post-partum - Apparition ou expression de troubles anxieux préexistants | | |
| | Phobie d'impulsion | <ul style="list-style-type: none"> = Angoisse de passage à l'acte à l'égard du bébé, jusqu'à la phobie infanticide - La mère reconnaît le caractère déraisonnable de ses pensées | |
| | Etat de stress post-traumatique | <ul style="list-style-type: none"> = Après un accouchement ayant eu lieu en urgence et/ou avec des complications obstétricales | |

| | | | | |
|--|--|--|--|--|
| Troubles psychiatriques du post-partum | Troubles de l'humeur | = 10-20% des femmes : souvent 1^{er} épisode dépressif caractérisé , souvent d'intensité légère ou modérée | | |
| | | - Survenue : - Prolongation des symptômes du post-partum blues après 15 jours - Apparition dans l'année suivant l'accouchement, le plus souvent dans les 3 à 6 semaines | | |
| | | - Humeur triste , sentiment de découragement et d'incapacité dans la fonction maternelle | | |
| | | - Plaintes somatiques insistantes : céphalées, douleurs abdominales... | | |
| | | - Anxiété importante s'exprimant par des phobies d'impulsion , des craintes de faire du mal au bébé et un évitement du contact avec le bébé | | |
| | | - Forte culpabilité , avec minimisation des troubles , voire dissimulation | | |
| | | - Troubles des interactions mère-bébé | | |
| | | - Retentissement sur le bébé (souffrance psychique) : troubles du comportement (agitation, apathie), retard du développement psychomoteur , troubles fonctionnels (sommeil, alimentation), pathologie médicale (coliques, eczéma...) → Evaluer le risque suicidaire et d'infanticide | | |
| | | Caractéristique mixte | - Signes d'hypomanie : tachypsychie, insomnie sans fatigue, hyperréactivité émotionnelle... | |
| | | Caractéristique psychotique | - Idées délirantes de thème centré sur le bébé (idée de substitution, d'empoisonnement, d'envoûtement) ou sur la filiation (négation du couple, de la maternité) - Risque suicidaire ou risque d'infanticide majeur → A différencier de la psychose puerpérale | |
| Pronostic | - Risque de récidive dépressive au cours d'une nouvelle grossesse ou en dehors de la périnatalité - Parfois 1^{ère} manifestation d'un trouble bipolaire - Impact important sur le développement psychique de l'enfant | | | |
| Prévention | - Qualité des échanges avec l'équipe obstétricale, généraliste et psychiatre - Suivi des post-partum blues - Assistance sociale si besoin | | | |
| TTT | → Hospitalisation si trouble sévère ou risque suicidaire ou d'infanticide : privilégier l'hospitalisation conjointe mère-enfant , sauf en cas de défaillance maternelle grave ou de danger immédiat pour le bébé - Psychothérapie individuelle avec consultation thérapeutique mère-bébé - Antidépresseur ± anxiolytique (ou thymorégulateur si caractéristique mixte) - Arrêt de l'allaitement conseillé - Sismothérapie : si tableau mélancolique - Suivi ambulatoire pluridisciplinaire : psychiatre, pédiatre, MG, PMI | | | |
| Psychose puerpérale | = Episode psychotique bref du post-partum : 1-2 naissances/1000 | | | |
| | - Début le plus souvent brutal, dans les 4 semaines suivant l'accouchement, avec pic de fréquence à J10 | | | |
| | C | - Prodrome : post-partum blues sévère et/ou avec éléments de confusion ou de bizarrie - Agitation avec troubles de l'humeur et éléments confusionnels , labilité des symptômes - Idées délirantes : thématique centrée sur la maternité, l'accouchement, le bébé ou le conjoint - Manifestations thymiques marquées : alternance de phases mélancoliques et de phases maniaques avec agitation - Syndrome confusionnel : désorientation temporo-spatiale, perturbation du rythme circadien - Risque suicidaire ou d'infanticide majeur | | |
| | Evolution | - Accès isolé dans 70% des cas - Récidives aux décours de grossesses ultérieures dans 20% des cas - Trouble psychiatrique chronique (schizophrénie ou trouble bipolaire) dans 10% des cas | | |
| PEC | → Urgence thérapeutique - Hospitalisation en milieu spécialisé , avec ou sans consentement - Assurer la sécurité du bébé : séparation mère-enfant avec rapprochement progressif surveillé - Antipsychotique atypique ± anxiolytique - Arrêt de l'allaitement - Sismothérapie : selon la gravité, le risque suicidaire ou le risque d'infanticide - Psychothérapie individuelle maternelle et consultations thérapeutiques mère-bébé dès la sortie d'hospitalisation - Suivi maternel prolongé , multidisciplinaire (psychiatre, pédopsychiatre, pédiatre, MG, PMI) | | | |

| | | |
|--|---|---|
| Episode maniaque du post partum | Débute dans les semaines suivant l'accouchement, mais possible au 3 ^{ème} trimestre, 1 naissance sur 1000. | |
| | C | <ul style="list-style-type: none"> - Symptomatologie habituelle : épisode maniaque avec particularités. - Prodromes : post-partum blues sévère avec confusion ou bizarrerie. Confusion peut persister pendant épisode. - Rechercher caractéristiques mixtes - Caractéristiques psychotiques à rechercher car plus fréquentes (mécanisme polymorphe, thématique maternité, accouchement, bébé, conjoint). - Risque majeur suicide et infanticide. |
| | E | <ul style="list-style-type: none"> - Permet de poser le diagnostic de trouble bipolaire. - Moitié des cas : récurrence épisode thymique dans grossesse ultérieure. |
| | PEC | <ul style="list-style-type: none"> → Urgence thérapeutique - Hospitalisation en milieu spécialisé, avec ou sans consentement - Assurer la sécurité du bébé : séparation mère-enfant avec rapprochement progressif surveillé - Thymorégulateur (+ APA si caractéristiques psychotiques) - Arrêt de l'allaitement - Sismothérapie : selon la gravité, le risque suicidaire ou le risque d'infanticide - Psychothérapie individuelle maternelle et consultations thérapeutiques mère-bébé dès la sortie d'hospitalisation - Suivi maternel prolongé, multidisciplinaire (psychiatre, pédopsychiatre, pédiatre, MG, PMI) |