ASSISTANCE PUBLIQUE HÔPITAUX DE PARIS

Hôpitaux universitaires Paris-Sud
Antoine-Béclère Bicêtre Paul-Brousse

PERINATALITE ET TROUBLES MENTAUX

FLORENCE GRESSIER

INSERM U669
SERVICE DE PSYCHIATRIE D'ADULTES DU PR HARDY
CHU de BICETRE

12 JUIN 2013

L'auteur déclare avoir participé à des interventions ponctuelles pour les Laboratoires Lundbeck et Servier et avoir obtenu une bourse pour une année de post-doctorat (2011-2012) de l'Institut Servier.

L'auteur déclare n'avoir aucun conflit d'intérêt concernant les données de sa communication.

LE MYTHE DE LA GROSSESSE

- **Remaniement psychologique normal lié à la puerpuéralité ou maternalité**
- **Bouleversements somatiques, hormonaux, psychologiques, familiaux et sociaux**
- **La grossesse est une période d'épanouissement**
- **Le mythe de la mère parfaite**
  - La future mère sait d'instinct comment gérer sa grossesse, puis s'occuper de son enfant
  - Elle ne ressent que de l'amour pour son enfant

CEPENDANT

- **Moins d'aide pour les nouvelles mères**
- **Travail et stress**
- **Notion de « performance »**
  (« la meilleure grossesse », « le plus beau bébé »)

➢ **Les troubles psychiatriques passent au premier plan / somatiques**

  - Décompensation d'une pathologie antérieure
  - Survenue d'une pathologie en lien avec puerpuéralité
  - 13% dépression

Dayan et Yoshida, 2007; Gaynes et al., 2005; Yonkers et al., 2011

DEPRESSION PENDANT LA GROSSESSE

- **Troubles dépressifs : 18,4%**
- **EDM : 12,7% (7,1-20,4)**
- **1er T > 3ème T > 2ème T**
- **20 à 40% des EDM se prolongent ou récidivent en PP**
- **Problème diagnostique**
- **Un EDM, en rémission, traité avant ou en début de grossesse récidive dans**
  - 50 à 75% des cas avant la naissance si arrêt des tt
  - 25% des cas si le traitement est maintenu

Cohen et al., 2006; Gaynes et al., 2005; Pearlstein et al., 2008

CONSÉQUENCES D'UNE DÉPRESSION PENDANT LA GROSSESSE

MERE

- Moindre suivi de grossesse
- Tentative de suicide/suicide
- Consommation toxiques
- Faible prise de poids
- Complications obstétricales
- Soins apportés au nouveau-né de moindre qualité
- Dépression post-partum
- Troubles de l'attachement

BEBE

- Fausses Couches Spontanées
- Exposition au stress *in utero*
- Prématurité
- Hypotrophie
- Mauvaise adaptation néonatale
- Trouble neuro-développement

Lindahl et al., 2005; Mulder et al., 2002; Paynes et al., 2009; Wisner et al., 1999; Wisner et al., 2009; Yonkers et al, APA/ACOG guidelines, 2009

DEPRESSION GRAVIDIQUE ET TRAITEMENT

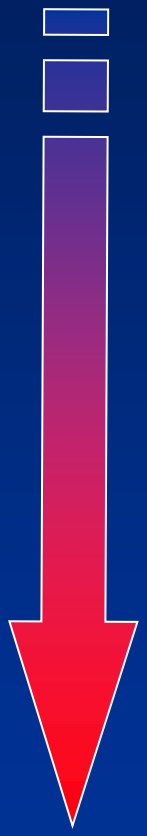
- **13 % des femmes traitées par AD pendant la grossesse**
- **Mais 70% des femmes traitées par AD préalablement arrêtent leur traitement**
- **AD : balance bénéfices/risques**
  (tératogénèse, foetotoxicité, néonataux, développementaux)
- **Recommandations du CRAT (www.lecrat.org):**
  - Ne pas hésiter à traiter efficacement une pathologie psychiatrique
  - Ne pas sous-doser les traitements en cours de grossesse
  - Ne pas diminuer de façon systématique les posologies avant l'accouchement
  - Ne pas arrêter brutalement un traitement lors de la découverte de la grossesse

ACOG, 2008; Altshuler et al., 2007; Cooper et al., 2007; Gentile et al., 2011; Payne et al., 2009

RECOMMANDATIONS DEPRESSION GRAVIDIQUE

4 Questions :
EDM actuel?
Idées suicidaires?
Symptômes psychotiques?
Bipolarité?

FAIBLE



ELEVE

Absence ATCD	Routine
ATCD EDM	Surveillance
Dépression gravidique Intensité légère, modérée	Surveillance Psychothérapie
EDM sévère récurrent ATCD EDM avec TS	Surveillance Psychothérapie Antidépresseur
Dépression gravidique Intensité sévère, Idéations suicidaires, Mélancolie	Surveillance, Psychothérapie Antidépresseur +/- hospitalisation +/- ECT

NICE guidelines, 2007 ; Yonkers et al, APA/ACOG guidelines, 2009

CHOIX DE L'ANTIDEPRESSEURS

- **Avortement spontané : légère augmentation du risque**
- **Tératogénicité :**
  - Pas de majoration des malformations avec Imi ou ISRS sauf
  - Paroxétine : légère augmentation des malformations cardiaques
- **Age gestationnel et poids de naissance :**
  - Faible poids de naissance et accouchement précoce
- **Syndromes périnataux :**
  - Symptômes d'imprégnation
  - Symptômes de sevrage dans les 24h suivant accouchement
  - Effets atropiniques avec Imi
  - HTAP ?

➢ **Recommandations :** ISRS : fluoxétine, sertraline, citalopram ou escitalopram (paroxétine après le 1er trimestre) ; Imi : clomipramine ou imipramine

Alwan et al., 2007; Andrade et al., 2009; Baker et al., 2010; Bar-Oz et al., 2007; Chambers et al., 2006; Einarson et al., 2005; Gentile et al., 2011; Lattimore et al., 2005; Louik et al., 2007; Rahimi et al., 2006; Udechuku et al., 2010

POST-PARTUM

Sévérité des symptômes dans le post-partum

Psychose du post-partum (1-2$^{0}/_{00}$)
(15 premiers jours)

Dépression du post-partum (10-15%)
(jusqu'à 1 an ; 2 pics : 4-6 semaines ; 6-8 mois)

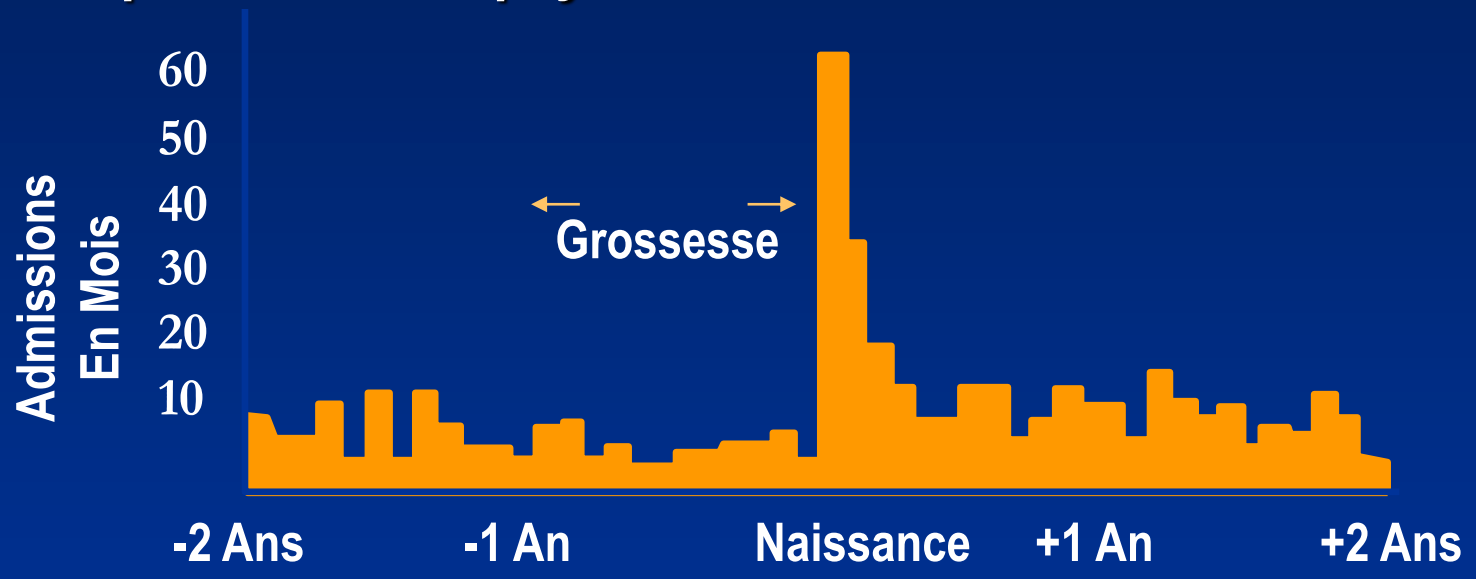
Baby blues (50-85%)
(concomitant montée laiteuse)

Absence

Cohen et al., 2006; Dayan et Yoshida, 2005

POST-PARTUM ET TROUBLES MENTAUX

- **RR hospitalisation en psychiatrie le 1er mois du post-partum = 16**
- **RR hospitalisation en psychiatrie dans les 2 ans =1.6**

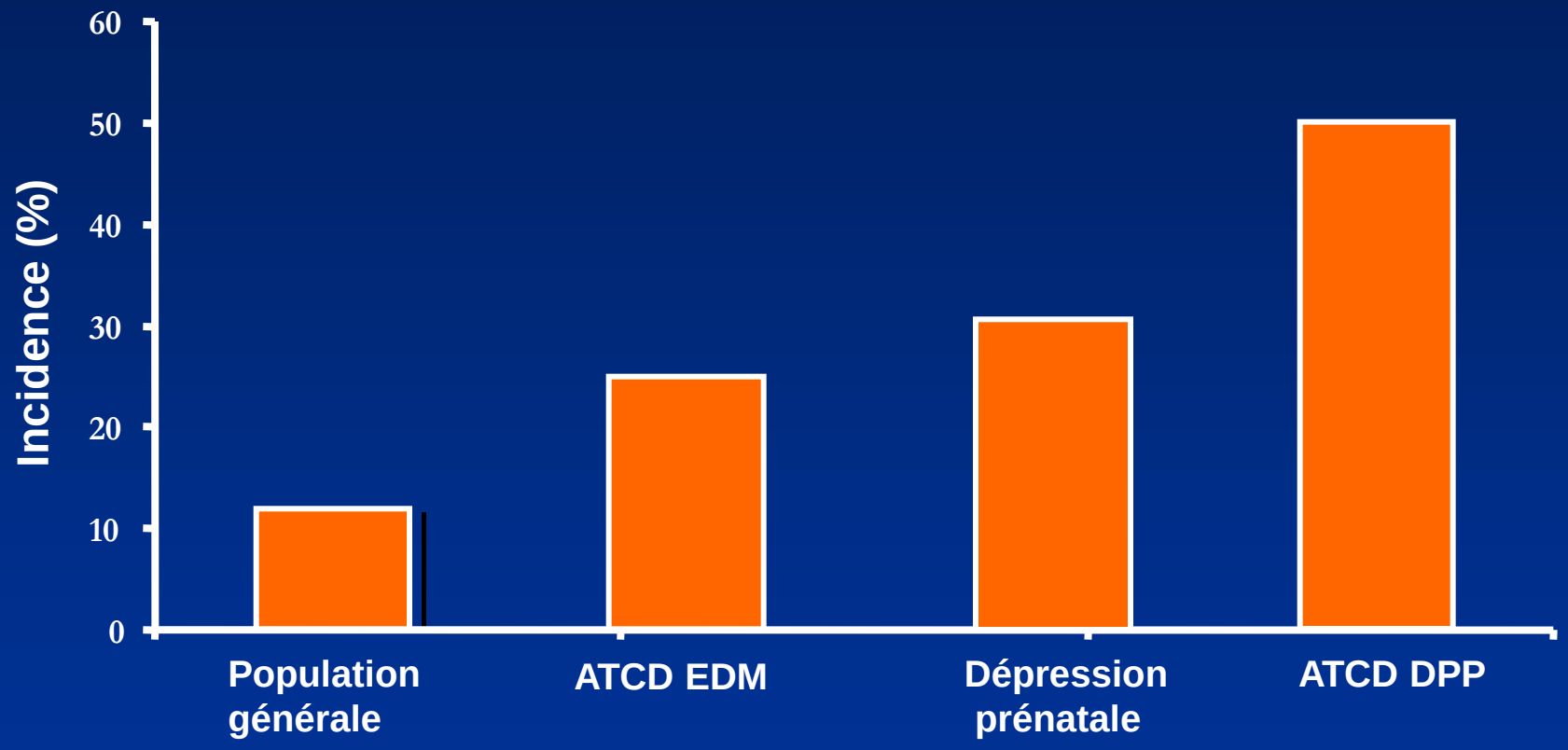


Kendell et al, 1987

- **5 fois plus de troubles psy en PP qu'en période de grossesse**
  - 50% des troubles ont lieu dans le 1er mois
  - 90% des troubles ont lieu dans le 1er trimestre

Kendell et al., 1987; Kendell et al., 2001; Gavin et al., 2005

RISQUE DE DPP SELON LES ATCD PSYCHIATRIQUES



Cohen et al., 2006; O'Hara et al. 1984; O'Hara et al. 1995

FACTEURS DE RISQUE DE LA DPP

Facteurs Psychosociaux
Age < 20 ans ; Primiparité > 35 ans
Carence affective
Faible soutien social
Conditions socio-économiques
Reprise du travail précoce

Facteurs Psychiatriques
ATCD dépression
Dépression gravidique
ATCD DPP
Sévérité Baby Blues
ATCD familiaux DPP

Facteurs Gynéco-obstétricaux
ATCD IVG, FCS, MFIU,
Grossesse difficile;
Mode d'accouchement
Prématurité ; Malformations
Hospitalisation du nouveau-né
ATCD mort fœtale, enfant
Absence d'allaitement
Sevrage

DPP

Vulnérabilité Génétique
TPH1, TPH2,
BDNF (Val66Met),
5-HTTLPR

Facteurs Hormonaux
Déplétion en tryptophane,
Oestrogènes, progestérone,
Cortisol,
axe HPA (CRH)

DÉPRESSION POST-NATALE : CLINIQUE

- **Début insidieux :**
  - Peut prolonger un baby blues
  - Survenir après un intervalle libre
  - Dépression anténatale : 30 %
- **Tableau classique de dépression**
- **Particularités sémiologiques**
  - Préoccupations centrées sur le bébé
  - Culpabilité importante
  - Anxiété, irritabilité
  - Plaintes somatiques
  - Moindre ralentissement psychomoteur
  - Idées suicidaires moins fréquentes

; Brockington et al, 2004; Dayan et al., 2007; Yonkers et al., 2011

THÉRAPEUTIQUE

- **Centrée sur la relation mère-enfant**
  - Visites à domicile par des professionnels formés
  - Groupe de mères
  - Consultation thérapeutique mère-enfant
- **Aider la mère à retrouver capacités contenantes et maternantes**
- **Traitement antidépresseur**
- **Hospitalisation ? Unités mère-bébé**

Payne et Meltzer-Brody, 2009; Pearlstein, 2009; Yonkers et al., 2011

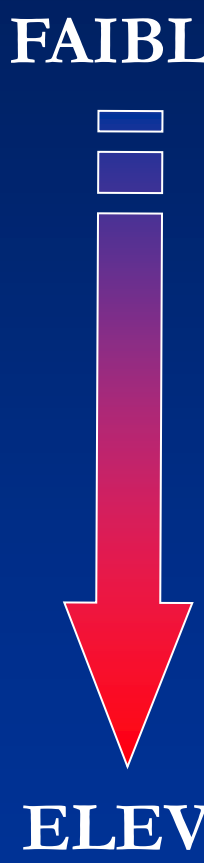
ALLAITEMENT ET ANTIDEPRESSEURS

- **OMS : Allaitement maternel exclusif jusqu'à 6 mois**
- **Rapport bénéfices / risques**
- **ISRS : Sertraline, Paroxétine**
- **Imi : nortriptyline, imipramine**
- **Surveillance régulière mère et bébé**
- **Dosages sériques ?**

Berle et al., 2004; Di Scalea et Wisner, 2009; Ellfolk et Malm, 2010; Gentile et al., 2007; Lee et al., 2004; Lester et al., 1993; Potts et al., 2007Schmidt et al., 2000; Stowe et al., 2003; Weissmanet al., 2006

Academy of Breastfeeding Medecine Protocol Committee, 2008

RECOMMANDATIONS



Absence ATCD	Routine
ATCD EDM	Surveillance Prophylaxie ?
ATCD DPP ou EDM sévère récurrent	Surveillance ET Prophylaxie par Antidépresseur
Bipolarité ou Psychose du PP	Surveillance étroite ET Prophylaxie par Lithium

Cohen et al., 2010

TROUBLES MENTAUX ET INTERACTIONS PRÉCOCES

« Un nourrisson tout seul, ça n'existe pas »

« La santé mentale de tout individu s'édifie sur les soins maternels qui se remarquent à peine quand tout va bien. »
Winnicott

Troubles mentaux influencent
la qualité des interactions précoces mère-bébé
et le développement psychique du bébé.

INTERACTIONS MÈRE DÉPRIMÉE-BÉBÉ

- **Dépression maternelle prolongée :**
  - Mère s’occupe de son bébé de manière quasi automatique, sans affect.
  - **Interactions pauvres, Peu de transmodalité**
  - Symptômes d'allure somatique chez le bébé (troubles alimentaires, infections ORL à répétition, troubles du sommeil etc.).
  - Bébé s'agite, reste tendu.
  - Bébé se déprime à son tour (bébé amorphe, dormeur, etc.)

- **Dépression anxieuse :**
  - Interactions hyperstimulantes et discordantes avec les besoins du bébé

- **Paradigme du still face**

Ainsworth, 1978; Bick, 1968; Bion, 1967; Bowlby, 1979; Field, 2002; Fonagy, 1991; Stern, 1983; Tronik, 1975

DÉVELOPPEMENT DE L'ENFANT

- **Dépression du bébé**
  - Mais pas d'équation systématique DPP = dépression du BB
- **Troubles de l'humeur**
- **Troubles anxieux**
  - Anxiété de séparation
- **Troubles de l'attachement**
- **Troubles du comportement**
  - Hyperactivité
  - Instabilité psychomotrice
- **Troubles de l'attention, difficultés d'apprentissage, scolaires, Retard de langage, QI bas**
- **Conduites addictives à l'adolescence**

Deave et al., 2008; Di Pietro et al., 2006; Gentile et al;, 2011; Hay et al., 2008; McMahon et al., 2006; Paulson et al., 2009; Weissman et al., 2006

CONCLUSION

- Dépressions en période périnatale : pathologie fréquente
- Conséquences graves pour la femme et son enfant
- Dépistage
- Prise en charge pluridisciplinaire
- Traitement en prenant en compte balance bénéfices/risques