

# QFP- Troubles psychiatriques en postpartum

H. Keïta<sup>1</sup>, C. Dubertret<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Service d'Anesthésie et <sup>2</sup>Service de Psychiatrie, CHU Louis Mourier, 178 rue des Renouilliers 92701 Colombes Cedex.

## 1. Quels sont les principaux troubles psychiatriques observés en postpartum ?

La période périnatale est marquée par des changements psychosociaux et psychodynamiques, par des transformations physiques et par de véritables bouleversements endocriniens. C'est sans doute le cumul de ces facteurs qui participe à la survenue de troubles de l'humeur ou de troubles psychiatriques pendant la grossesse et en péripartum. On observe essentiellement trois types de situations en postpartum :

- **Le Postpartum Blues ou *baby blues***, période dysphorique, survient dans les premiers jours du postpartum et pourrait se manifester chez plus de 50% des accouchées. Il est caractérisé par des pleurs, une labilité thymique et émotionnelle, une asthénie, une irritabilité, des troubles du sommeil ; une confusion ainsi qu'une dépersonnalisation peuvent également survenir. La symptomatologie est à son pic autour du 4<sup>ème</sup> jour du postpartum et est résolutive dans la majorité des cas vers le 10<sup>ème</sup> jour <sup>1</sup>.

- **La dépression du postpartum ou postnatale**, qui survient dans 90% des cas dans le premier trimestre suivant l'accouchement, constitue un réel problème de santé publique puisqu'on estime qu'elle touche 13% des femmes accouchées <sup>2</sup>. Elle se manifeste par un tableau classique de syndrome dépressif auquel s'ajoutent quelques particularités cliniques telles qu'une aggravation vespérale, une labilité émotionnelle, des difficultés marquées d'endormissement, une perte d'estime du maternage, et une anxiété centrée sur le bébé. Cependant, le diagnostic est souvent difficile à porter car les formes cliniques atypiques sont fréquentes (dépression masquée, souriante, névrotique..) <sup>3</sup>. La dépression du post-partum affecte le bien-être de la femme mais surtout a des conséquences délétères sur le développement cognitifs et comportementale des enfants<sup>4</sup>. Dans la moitié des cas, la dépression postnatale guérit spontanément la première année, mais le risque de rechute dépressive après une grossesse ultérieure est compris entre 30 et 50%<sup>5</sup>.

- **La psychose puerpérale**, est plus rare et surviendrait chez 0,2% des accouchées. Elle peut se manifester précocement après la naissance et jusqu'à quelques

semaines postpartum. Elle s'apparente souvent à une dépression grave délirante centrée sur le bébé<sup>6</sup>.

La forme précoce débute entre le 5e et le 30e jour suivant l'accouchement. Elle a une présentation clinique proche la Psychose Délirante Aiguë avec comme particularités l'absence d'antécédents, des éléments confusionnels et oniriques, des troubles de l'humeur, des fluctuations de la symptomatologie chez une même patiente dans le temps et d'une patiente à l'autre. Les thèmes du délire centrés autour de la grossesse (déli) ou du nouveau-né (persécution). L'évolution de la forme précoce est très favorable avec un retour "ad integrum" dans 70 à 80% et une efficacité des antidépresseurs.

Il en est tout à fait autrement de la forme tardive de la psychose puerpérale. On retrouve souvent des éléments précurseurs durant la grossesse, voire antérieurement à la grossesse, une symptomatologie clinique beaucoup plus pauvre (thèmes et mécanismes) et une évolution plus péjorative avec une décompensation ou un mode d'entrée dans un processus schizophrénique.

## **2. Quelle prise en charge pour les troubles psychiatriques du postpartum ?**

La prise en charge du *baby blues* est centrée sur la revalorisation, l'écoute, l'empathie vis-à-vis de la mère. Elle passe également par la prévention et le dépistage de ce trouble de l'humeur.

Pour la dépression du postpartum, la stratégie est basée sur les traitements antidépresseurs et les consultations mère-bébé qui travaillent sur la relation de la mère à son enfant.

En ce qui concerne la psychose puerpérale, l'hospitalisation est nécessaire et les traitements sont en première ligne médicamenteux (antidépresseur et antipsychotique).

## Références

1. Wisner KL, Parry BL, Piontek CM: Clinical practice. Postpartum depression. *N Engl J Med* 2002; 347: 194-9
2. O'Hara MW, Swain AM: Rates and risk of postnatal depression. A meta-analysis. *International review of Psychiatry* 1996; 8: 37-54
3. Dennis CL, Chung-Lee L: Postpartum depression help-seeking barriers and maternal treatment preferences: a qualitative systematic review. *Birth* 2006; 33: 323-31
4. Hay DF, Pawlby S, Sharp D: Antepartum and postpartum exposure to maternal depression: different effects on different adolescent outcomes. *J Child Psychol Psychiatry* 2008; 49: 1079-88
5. Weissman MM, Olfson M: Depression in women: implications for health care research. *Science* 1995; 269: 799-801
6. Chaudron LH, Pies RW: The relationship between postpartum psychosis and bipolar disorder: a review. *J Clin Psychiatry* 2003; 64: 1284-92