

## ITEM 19 : TROUBLES PSYCHIATRIQUES DE LA GROSSESSE.

<b>FdR communs</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ATCD psychiatriques personnels/familiaux</li> <li>- Sociaux : Maltraitance dans l'enfance – Précarité – Grossesse précoce/non désirée</li> <li>- Obstétricaux : Primiparité – Césarienne (Surtout en urgence) – Accidents obstétricaux – Stress per-partum (accouchement difficile)</li> </ul>	
<b>Sptmes mineurs</b>	Clinique	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Manifestations anxieuses et phobiques</li> <li>- Irritabilités – Tb du sommeil</li> <li>- Nausées/vomissements : Normal si T1 – Bilan si persistance</li> <li>- Compulsions alimentaires</li> <li>- Régression : Egocentrisme – Réduction des intérêts – Passivité</li> </ul>
	PEC	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Réassurance/Information : Fréquents ++</li> <li>- Soutien psychologique</li> </ul>
<b>Tb dépressifs</b>	FdR	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Sociaux : Grossesse non désirée – Conflits conjugaux</li> <li>- ATCD d'IVG/ITG – Accidents obstétricaux</li> <li>- Grossesse compliquée/pathologique</li> </ul>
	Clinique	/!\ Dépression souvent masquée : Somatisation – Vomissements incoercibles
	PEC	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Hospitalisation si risque suicidaire</li> <li>- Psychothérapie de soutien</li> <li>- Si échec : TTT antidépresseurs / ECT</li> </ul>
<b>Tb psychotiques</b>	Clinique	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Grossesse = Protectrice par rapport à la psychose</li> <li>- Post-partum = FdR d'aggravation et/ou rechute</li> </ul>
	PEC	TTT classique – Privilégier les molécules anciennes connues

## ITEM 19 : TROUBLES PSYCHIATRIQUES DU POST-PARTUM

<b>FdR communs</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ATCD psychiatriques personnels/familiaux</li> <li>- Sociaux : Maltraitance dans l'enfance – Précarité – Grossesse précoce</li> <li>- Obstétricaux : Primiparité – Césarienne (Surtout en urgence)</li> </ul>	
<b>Post-partum blues = Baby blues = Sd du 3<sup>ème</sup> jour</b>	Clinique	<ul style="list-style-type: none"> <li>/!\ Pas de terrain particulier : 50% des accouchements</li> <li>- Episode dépressif léger transitoire</li> <li>- Début vers J3 (contemporain de la montée laiteuse)</li> <li>- Dysphorie [Labilité émotionnelle – Irritabilité – Crises de pleurs]</li> <li>- Angoisses centrées sur le bébé</li> <li>- Dure de quelques heures à 4j</li> </ul>
	Signes négatifs	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Pas de ralentissement psychomoteur</li> <li>- Pas de phobie d'impulsion</li> <li>- Pas de conduites contraphobiques</li> <li>- Pas d'idées délirantes</li> <li>- Pas d'éléments confusionnels</li> <li>- Durée &lt; 7j</li> </ul>
	PEC	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Réassurance – Psychothérapie de soutien – Guidance parentale</li> <li>- Pas de traitements médicamenteux</li> </ul>
<b>Dépression du post-partum</b>	FdR	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Attitude de négation/Déni de la grossesse</li> <li>- Malformations congénitales</li> <li>- Complications néonatales</li> <li>- Deuil d'un précédent enfant</li> <li>- Baby-blues sévère</li> </ul>
	Clinique	<ul style="list-style-type: none"> <li>- EDM dans les 6 mois après l'accouchement</li> <li>- Parfois prolongeant un baby-blues</li> <li>/!\ Manifestations somatiques parfois au 1<sup>er</sup> plan : Insomnie, asthénie, douleurs...</li> <li>- Tristesse parfois masquée – Ralentissement psychomoteur</li> <li>- Culpabilité</li> <li>- Phobie d'impulsion : Crainte de blesser le bébé – Inquiétude</li> </ul>

		<p>excessive pour la santé du bébé – Evitement/limitations des soins au bébé  +/- Mélancolie délirante :  Délire congruent à l'humeur centré sur le bébé  Conviction délirante d'être incapable de s'occuper de l'enfant –  Culpabilité par rapport à des problèmes le concernant</p>
	Complications	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Suicide</li> <li>- Infanticide [mélancolie délirante]</li> <li>- Troubles précoces de la relation mère-enfant</li> </ul>
	PEC	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Hospitalisation en unité mère-enfant</li> <li>Indication : Mélancolie – Risque suicidaire</li> <li>- Prévention du risque suicidaire</li> <li>- Arrêt de l'allaitement</li> <li>- TTT médicamenteux :</li> <li>Antidépresseur – ISRS en 1<sup>ère</sup> intention</li> <li>TTT sympto de durée brève avec prévention de la dépendance</li> <li>- ECT si échec</li> <li>- Psychothérapie de soutien – Réassurance – Guidance parentale</li> <li>- Prise en charge globale en PMI</li> <li>!/ \ Très évocateur d'un trouble bipolaire : Suivi prolongé +++ + Suivi aux grossesses suivantes</li> </ul>
<b>Psychose du post-partum</b>	FdR	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ATCD familial de schizophrénie</li> <li>- ATCD perso : psychose du post-partum (récidive fréquente) – BDA –</li> <li>Personnalité limite</li> <li>- Enfant illégitime</li> <li>- C° obstétricales</li> </ul>
	Clinique	<ul style="list-style-type: none"> <li>+/- Prodromes : Baby blues atypique</li> <li>- BDA confuse du post-partum – Début brutal</li> <li>- Après un intervalle libre [le plus souvent entre J5 et J30]</li> <li>- Confusion</li> <li>- Fluctuation thymique [Excitation/Tristesse]</li> <li>- Anxiété majeure +++</li> <li>- Délire oniroïde centré sur le bébé avec hallucinations</li> <li>Mal systématisé – Adhésion variable</li> <li>Thème : Absence/Mort – Transformation</li> <li>- Symptomatologie fluctuante</li> </ul>
	DD	<ul style="list-style-type: none"> <li>!/ \ Toujours éliminer une éliminer une organicité</li> <li>- Thrombophlébite cérébrale</li> <li>- Infection profonde</li> <li>- Rétention placentaire</li> <li>- Décompensation d'une schizophrénie ou d'un tb bipolaire</li> <li>- Tb schizophréniforme du PP : Bizarrie – Délire paranoïde – Repli</li> <li>Durée &lt; 6 mois</li> <li>→ Examen clinique complet avec examen du dossier obstétrical</li> <li>→ Paracl : NFSpq – VS, CRP – Iono – Glycémie – TP/TCA – HC si T°</li> <li>AngioIRM avec séquence de flux veineux</li> </ul>
	Complications	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Suicide</li> <li>- Infanticide ++</li> </ul>
	PEC	<ul style="list-style-type: none"> <li>!/ \ Urgence thérapeutique</li> <li>- Hospitalisation en unité mère-enfant – Prévention du risque suicidaire</li> <li>- Séparation initiale – Dans un 2<sup>nd</sup> temps : Remise en contact médiée – Favoriser le lien parents/enfant</li> <li>- Arrêt de l'allaitement</li> <li>- TTT médicamenteux :</li> <li>Antipsychotiques antidélirant et sédatif +/- IM – Relai PO</li> <li>- Psychothérapie de soutien – Réassurance – Guidance parentale</li> <li>- Surveillance :</li> <li>Evolution favorable en quelques semaines</li> <li>+/- Récidives lors des grossesses suivantes</li> </ul>

	Possible entrée dans un tb psy : Humeur/bipolaire >> Schizophrénie
--	--

### ITEM 19 : PSYCHOTROPES ET GROSSESSE

<b>Patiente traitée</b>	- Contraception efficace - Grossesse programmée – Prise en charge pluridisciplinaire
<b>Grossesse</b>	- Eviter tout psychotrope au T1 – Risque d’embryo/foetopathie - Préférer les médicaments anciens connus - Dépression : Certains ADTC et ISRS /!\ Arrêter quelques jours avant la naissance : sd de sevrage néo-natal - Anxiété : Atarax – BZP possible au T1 - Psychose : Olanzapine – Chlorpromazine - Tb bipolaire : Eviter le Lithium ++ - Sinon : Surveillance écho cardiaque foetale - ECT +++
<b>Allaitement</b>	/!\ Allaitement et psychotropes se contre-indiquent mutuellement - Si arrêt du TTT pour allaiter : TTT du sd de sevrage chez la mère et l’enfant - Si pas d’allaitement : TTT du sd de sevrage de l’enfant /!\ Bromocriptine CI si ATCD psychiatrique