

Et si le **post-partum** n'était pas si paisible?

Michelle Dumont, MD, FRCPC

Présenté dans le cadre de : *La dépression et le cycle hormonal*, septembre 2004

La période post-partum est bien connue comme un moment de vulnérabilité accrue à la maladie mentale avec une augmentation importante du taux d'hospitalisation dans les trois mois suivant l'accouchement.

Les problèmes dépressifs en post-partum se regroupent ainsi :

1. Les blues post-partum
2. La dépression post-partum
3. La psychose post-partum.

Ces sous-types peuvent être définis sur un continuum avec les blues comme la forme la plus légère de la maladie et la psychose comme la forme la plus grave.

Plusieurs auteurs considèrent que la période post-partum à risque s'étend jusqu'à un an après l'accouchement.

Tableau 1

Les facteurs de risque de la dépression et du post-partum

Biologiques et antécédents

Trouble dysphorique prémenstruel
 Ambivalence vis-à-vis la grossesse
 Antécédents personnels et familiaux de dépression
 Blues augmentent le risque de 20 %
 Dépression pendant la grossesse
 Hypothyroïdie
 Dépression post-partum antérieure : risques augmentés de 50 %

Psychologiques

Stresseurs
 Anxiété
 Capacités parentales
 Problème d'adaptation aux transitions de rôles
 Conflits intrapsychiques
 Fragilité de la personnalité
 Accouchement traumatique
 Grossesse non désirée

Sociaux

Réseau social pauvre
 Attitudes négatives
 Troubles conjugaux
 Manque de soutien
 Stigmatisation

Le cas de Patricia

Âgée de 35 ans, Patricia a fait des dépressions à 15 ans et à 33 ans. La dernière dépression a été traitée avec un inhibiteur sélectif de la recapture de la sérotonine cessé lors de sa grossesse l'an dernier. Elle vous visite aujourd'hui avec son bébé de deux mois. Depuis l'accouchement, elle est fatiguée, se sent incompétente comme mère et elle pleure souvent. Elle éprouve des difficultés à fonctionner et a une pauvre estime de soi. Elle allaite et dort peu. Elle s'inquiète de l'avenir de son enfant et admet des obsessions d'échapper son bébé ou de lui faire du mal. Patricia est isolée socialement, a peu de soutien de son conjoint ou de sa famille et a des problèmes financiers.



Le dépistage des troubles de l'humeur post-partum

La dépression post-partum est souvent sous diagnostiquée et considérée comme une conséquence normale de l'accouchement. Plusieurs femmes se retrouvent encore déprimées après un an.

Le questionnaire auto-administré *Edinburgh Postnatal Depression Scale* s'avère un bon outil de dépistage et pourrait être facilement intégré aux visites de routine en post-partum.

Les caractéristiques cliniques

► Les blues post-partum

Comme la prévalence de ce problème est de 50 à 85 %, il est souvent considéré comme une expérience normale. Une variété de symptômes sont décrits : humeur fluctuante, pleurs, irritabilité et anxiété.

Les symptômes culminent au quatrième jour après l'accouchement pour une durée de quelques jours et se résolvent spontanément dans les deux semaines suivant l'accouchement. Cependant, les blues peuvent être le prélude de la dépression post-partum.

► La dépression post-partum

Elle survient chez 10 à 15 % des femmes et peut altérer la capacité de la mère à prendre soin de son enfant. Les symptômes sont les mêmes que ceux de la dépression majeure avec des sentiments ambivalents ou négatifs envers l'enfant. La mère doute de ses capacités parentales et peut être incapable de fonctionner. Les idéations suicidaires sont fréquentes. Les troubles anxieux comorbides sont présents chez 33 % de ces femmes, le plus fréquent étant le trouble d'anxiété généralisée. Les ruminations obsessives sont souvent décrites, elles impliquent l'enfant, sont souvent violentes (obsessions d'échapper l'enfant dans les escaliers, par exemple) et égodystones.

► La psychose post-partum

Sa présentation est frappante souvent dans les deux semaines suivant l'accouchement avec une prévalence de 0,1 %. Les études longitudinales indiquent que ce trouble est souvent une présentation de trouble bipolaire. Les symptômes ressemblent à un épisode maniaque ou mixte. Les signes précoces sont l'agitation, l'irritabilité et l'insomnie. L'humeur labile, la confusion et le comportement désorganisé peuvent mimer un délirium. Les croyances délirantes concernent un enfant mourant, mal formé, imbu de pouvoirs spéciaux ou un enfant représentant Satan ou Dieu. Des hallucinations auditives peuvent ordonner à la mère de faire du mal à elle-même ou à l'enfant. Le risque d'infanticide serait de 4 % et le risque de suicide est élevé.

Le traitement

► Les blues post-partum

Ils se résolvent souvent spontanément. Le soutien et la rassurance sont indiqués, mais une surveillance étroite pour dépister une future dépression est requise, surtout avec des antécédents de maladie affective antérieure.

► La dépression post-partum

Les causes médicales doivent être exclues (hypothyroïdie, anémie, etc.). Les cliniciens offrent souvent un traitement moins intensif que pour une dépression non puerpérale. Cette tendance augmente le risque de morbidité. Les psychothérapies cognitive et interpersonnelle s'avèrent efficaces pour traiter la dépression légère à modérée. La thérapie interpersonnelle vise la transition des rôles, les problèmes relationnels et l'isolement social.

Cependant, ces modalités se révèlent souvent insuffisantes pour la dépression plus grave. Les inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine (ISRS) sont des agents de première intention qui ont un effet anxiolytique et qui sont bien tolérés. Les tricycliques, plus sédatifs, peuvent être plus appropriés pour le traitement des troubles de sommeil. Le choix d'un antidépresseur peut être guidé par une bonne réponse antérieure à un antidépresseur et par le profil d'effets indésirables. Quelques études suggèrent un rôle pour les œstrogènes dans le traitement de la dépression post-partum, mais ces traitements nécessitent plus de données. Les antidépresseurs sont sécuritaires, efficaces et restent le premier choix de traitement. L'électroconvulsivothérapie (ECT) doit être envisagée dans les cas graves pour éviter des hospitalisations prolongées et des troubles d'attachement et de développement de l'enfant.

Tableau 2

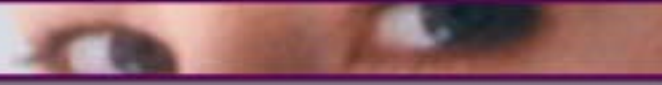
Les impacts de la dépression post-partum

Mère	Enfant	Famille
Plus intrusive ou retirée dans l'interaction avec l'enfant	Problèmes cognitifs	Distance, anxiété, déception, colère
Comportements parentaux négatifs (crier, frapper)	Attachement insécure	Famille culpabilisante
Drogues, alcool	Conséquences psycho-médicales	Soins à assurer
Dysfonctionnement général	Soins maternels inadéquats	Temps
Risque suicidaire et infanticide	Trouble de développement	Productivité, coûts sociaux

► Les facteurs de risque de maladie post-partum

Plusieurs variables psychosociales jouent un rôle dans la vulnérabilité aux troubles affectifs en post-partum (tableau 1).

De plus, certaines femmes seraient plus sensibles aux changements hormonaux en post-partum avec comme conséquence des troubles de l'humeur.



Et Patricia?

Vous concluez à une dépression post-partum, un trouble d'anxiété généralisée et à des ruminations obsessionnelles. Vous faites un bilan physique, vous demandez une intervention psychosociale par le CLSC et vous recommandez une psychothérapie. Ensuite, vous discutez avec le couple des risques et bénéfices de la maladie et du traitement (tableau 1) et vous optez pour un inhibiteur sélectif de la recapture de la sérotonine.

À retenir

Un trouble de l'humeur non traité augmente le risque de maladie récurrente et réfractaire au traitement. Les impacts de la dépression maternelle sur l'enfant sont bien documentés (tableau 2).

L'évaluation des risques reliés au traitement doit donc inclure non seulement les risques des psychotropes, mais aussi les risques de la maladie non traitée chez la mère et l'enfant. Le dépistage précoce limitera la morbidité chez la mère et l'enfant.

La psychose post-partum

La psychose post-partum est une urgence psychiatrique et requiert une hospitalisation. Étant donné la relation bien établie avec le trouble bipolaire, la psychose post-partum devrait être traitée comme une psychose affective, c'est-à-dire avec des stabilisateurs de l'humeur et des antipsychotiques, au besoin. L'ECT est bien tolérée et rapidement efficace. La durée du traitement n'est pas bien définie, mais la majorité des patientes atteintes de psychose post-partum ont une maladie bipolaire et sont à risque de souffrir d'épisodes récurrents de manie et de dépression. Donc, la majorité des

auteurs recommandent un traitement de maintien avec un stabilisateur de l'humeur. *Clin*

Références disponibles — contactez
Le Clinicien à : clinicien@sta.ca

