

Item 19 : Troubles psychiques de la grossesse et du post-partum (Évaluations)

Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français (CNGOF)

Date de création du document 2010-2011

QCM DE PRE-REQUIS

QUESTION 1/3 :

Quant aux modifications hormonales au cours de la grossesse :

- A - Le placenta sécrète des œstrogènes et de la progestérone.
- B - Le placenta est un organe endocrinien incomplet car il ne peut effectuer la synthèse du cholestérol.
- C - La progestérone n'intervient pas dans le maintien de la gestation.
- D - Les œstrogènes ne sont plus sécrétés pendant la gestation.

(Réponse : AB)

QUESTION 2/3 :

Quant aux modifications hormonales au cours de la grossesse :

- A - La progestéronémie chute avant l'accouchement.
- B - La β -hCG voit son taux augmenter pendant les deux premiers mois de grossesse, puis ensuite baisser pour se négativer.
- C - La β -hCG maintient le corps jaune de grossesse.
- D - La β -hCG induit la sécrétion de testostérone par le testicule fœtal précocement.

(Réponse : CD)

QUESTION 3/3 :

Quant aux modifications comportementales au cours de la grossesse :

- A - La grossesse semble protéger contre les épisodes psychiatriques graves, type décompensation psychotique.
- B - La période du post-partum est, quant à elle, à haut risque (risque 22 fois supérieur aux 2 années précédant la grossesse) de décompensation délirante (psychoses puerpérales), mais également de dépression non délirante.
- C - Les troubles schizophréniques ont généralement une évolution très favorable pendant les grossesses.

D - La période de suite de couches est une période de risque de rechute ou d'aggravation des troubles psychotiques dans leur ensemble.

(Réponse : ABD)

QCM

QUESTION 1/3 :

Quels sont les facteurs de risque de la psychose puerpérale ?

A - Primiparité

B - Des troubles antérieurs de la personnalité (immaturité)

C - Des difficultés relationnelles mère-fille

D - Une pathologie gravidique

(Réponse : ABCD)

QUESTION 2/3 :

Quelle est l'évolution possible de la psychose puerpérale ?

A - Récidives lors de grossesses ultérieures dans 60 % des cas

B - Évolution vers une maladie maniaco-dépressives

C - Évolution vers une schizophrénie

D - L'accès reste isolé dans la vie de cette femme

(Réponse : BCD)

QUESTION 3/3 :

Quelles sont les différences entre le post-partum blues et la dépression postnatale précoce ?

A - Le post-partum survient plus précocement que la dépression postnatale précoce

B - Un traitement antidépresseur est recommandé

C - Le post-partum récidive fréquemment

D - Le post-partum fait intervenir des déséquilibres hormonaux

(Réponse : AD)

CAS CLINIQUE : TROUBLES PSYCHIQUES

Scénario :

Mme X., 24 ans, est amenée à votre consultation d'urgence par son mari. À l'interrogatoire, il vous dit qu'elle ne dort plus, qu'elle est agitée, agressive et anxieuse ; elle dit que son enfant n'est pas le sien, que quelqu'un a fait un échange il y a trois jours pendant qu'elle dormait, d'ailleurs, elle soupçonne fortement sa mère avec qui elle ne s'est jamais entendue ; elle a arrêté de l'allaiter et ne lui donne pas le biberon de façon régulière ; elle ne connaît pas la date de ce jour et n'a pas une idée très précise de l'endroit où elle se trouve. La patiente a accouché de son premier enfant il y a 8 jours sans aucun problème obstétrical. Vous ne notez aucun antécédent particulier.

QUESTION 1/5 :

Quel est votre diagnostic ?

Réponse attendue :

Psychose puerpérale confuso-délirante.

QUESTION 2/5 :

Décrivez la sémiologie de l'observation.

Réponse attendue :

- Terrain : facteurs de risque de psychose puerpérale : il s'agit d'une femme jeune, primipare, présentant des difficultés relationnelles avec sa mère.

- État d'agitation confuse : anxiété, insomnie, désorientation temporo-spatiale ; syndrome délirant mal systématisé : thèmes de persécution, négation de la maternité ; bizarrerie.

QUESTION 3/5 :

Quelle est votre attitude ?

Réponse attendue :

La nécessité de l'hospitalisation est indiscutable. Elle se fera en milieu spécialisé, librement ou à la demande d'un tiers, en milieu psychiatrique pour la mère ou si possible en hospitalisation accompagnée mère-enfant. Un examen clinique général et obstétrical ainsi qu'un bilan biologique éliminera une cause organique d'état confusionnel (NFS, ionogrammes sanguin et urinaire, recherche de toxiques...).

QUESTION 4/5 :

Quels sont les principes du traitement immédiat ?

Réponse attendue :

Traitement urgent par neuroleptique antiproductif : par exemple Haldol per os si possible, ou intramusculaire après vérification de la normalité du TP, associé à un neuroleptique sédatif, par exemple Tercian. Prévention et traitement des effets secondaires des neuroleptiques (heptamil en cas d'hypotension orthostatique, surfarlan en cas de sécheresse buccale, laxatifs...). Arrêt de l'allaitement, mise sous bromokin en l'absence de contre-indication, prise en charge de l'allaitement de l'enfant par la mère si possible, et de manière encadrée de toute façon, ou sinon prise en charge par un infirmière puéricultrice. Surveillance : pouls, tension, température, état de conscience.

QUESTION 5/5 :

Quel type de traitement vous semble adapté à distance de l'épisode aigu ?

Réponse attendue :

Mise en place d'une psychothérapie de soutien et d'un traitement antidépresseur.