

Diane a 40 ans

Une grossesse à cet âge et un syndrome dépressif en prime!

Francine Léger et Michelle Dumont

Diane est enceinte. S'agit-il d'un échec de la contraception ? Elle souffre d'une dépression majeure traitée. Elle a toujours un surplus de poids, une légère hypertension et une résistance à l'insuline.

Elle vous appelle en détresse et aimerait vous voir cette semaine. Un test de grossesse s'est avéré positif, et Diane se retrouve devant un fait accompli, comme la moitié des femmes enceintes.

L'ambivalence de Diane

Encore en 2005, une grossesse sur deux n'a pas été planifiée consciemment. Toutefois, souhaitée ou non, elle suscite chez la majorité des femmes des craintes et des interrogations autant physiques que psychologiques, relationnelles et socio-économiques.

Diane a tout à fait raison de s'inquiéter pour sa santé ainsi que des risques liés à son âge et de l'effet des médicaments qu'elle prend sur le fœtus. Elle doit aussi être informée des tests génétiques existants.

Son ambivalence et ses antécédents connus de dépression constituent des facteurs de risque de dépression, d'autant plus qu'elle n'a pas un soutien social ou familial adéquat. La prévalence de la dépression pendant la grossesse est autour de 10 % et les risques de rechute pendant cette période se situent autour de 75 % chez les femmes qui ont déjà eu des dépressions récurrentes et qui cessent leurs antidépresseurs¹. La plupart de ces rechutes surviennent au premier trimestre.

La D^{re} Francine Léger, omnipraticienne et médecin de famille, exerce à la Clinique médicale du Quartier latin et est chef du Service de périnatalité de l'Hôpital Saint-Luc du CHUM. La D^{re} Michelle Dumont, chargée de formation clinique à l'Université de Montréal, est psychiatre au Centre hospitalier de l'Université de Montréal et est responsable du programme de soins partagés en psychiatrie ambulatoire. La D^{re} Dumont est aussi consultante pour le Programme d'aide aux médecins du Québec.

Prescrire les tests de dépistage génétique

L'amniocentèse permet de connaître le caryotype exact du fœtus, de diagnostiquer les anomalies chromosomiques et de dépister les anomalies du tube neural. Cependant, cette technique comporte un risque de perte fœtale d'environ 0,6 % et les résultats sont connus tardivement autour de la 19^e ou de la 20^e semaine de grossesse. De nouveaux tests permettent maintenant de déceler les trisomies 13, 18 et 21, les anomalies du tube neural et les anomalies numériques sur les chromosomes sexuels (XXY et XO). Le dépistage de certaines maladies génétiques rares nécessite toutefois des tests plus poussés ; un counselling génétique est alors fortement recommandé.

Échographie du premier trimestre

L'échographie fœtale, effectuée entre la 11^e et la 14^e semaine de grossesse, permet de mesurer l'épaisseur de la peau du cou fœtal. C'est ce qu'on appelle la *clarté nucale*. Une clarté nucale élargie, chez un fœtus ayant eu une recherche chromosomique normale, doit faire soupçonner une malformation cardiaque. On poursuivra l'évaluation par une échographie cardiaque fœtale à 22 semaines. Cet espace est aussi élargi chez les fœtus atteints de trisomie 21. Ce signe, utilisé seul et lié à l'âge gestationnel exact, peut permettre de déceler environ 70 % des anomalies chromosomiques (sensibilité) avec un taux de faux positifs d'environ 5 %.

Un autre marqueur échographique prometteur est

Encadré 1

Ressources pour les patientes enceintes

Motherisk, Hospital for Sick Children. Site Internet : www.motherisk.org

Lignes téléphoniques bilingues :

- ☎ Info sur l'alcool, la nicotine et les drogues : 1 877 327-4636
- ☎ Info sur les nausées et les vomissements : 1 800 436-8477
- ☎ Info sur le VIH et la grossesse : 1 888 246-5840
- ☎ Info sur les médicaments et produits naturels : 1 (416) 813-6780

la non-visualisation de l'os nasal qui pourrait permettre de déceler 70 % des fœtus trisomiques (faux positifs chez 1 % des fœtus normaux.) Cependant, ce signe comporte des variations raciales et ne peut être recommandé pour l'instant.

La mesure de la clarté nucale seule n'est pas recommandée et doit être interprétée dans le contexte d'ensemble d'un dépistage prénatal avec marqueurs biochimiques².

Marqueurs biochimiques du premier trimestre

Entre la 11^e et la 14^e semaine, deux marqueurs sériques sont dosés pour établir les risques de trisomie : l'hormone chorionique gonadotrophique (hCG libre) et la protéine A plasmatique (PAPP-A). Utilisés seuls, ils offrent une sensibilité de 60 % pour le dépistage de la trisomie 21 avec un taux de faux positifs de 5 %. La concentration de hCG libre est alors élevée et celle de PAPP-A est plus faible que la normale. Ces marqueurs servent aussi à déceler les trisomies 13 et 18 ainsi que les triploïdies (XXY, par exemple) et ont une sensibilité de 90 %.

Test combiné : clarté nucale et marqueurs du 1^{er} trimestre

L'association des résultats de la clarté nucale et des marqueurs sériques du 1^{er} trimestre, appelée *test combiné*, procure un taux de dépistage de la trisomie 21 de 85 % (sensibilité) avec un taux de faux positifs de 5 %³.

À la suite d'un résultat positif, certains centres, surtout en Europe, offrent une biopsie chorale pour vérifier le caryotype du fœtus. Cette dernière est faite plus tôt que l'amniocentèse, mais présente un plus

grand risque de perte fœtale (environ 1 %).

Marqueurs biochimiques du 2^e trimestre

Entre la 15^e et la 21^e semaine de grossesse, d'autres marqueurs sériques permettent de vérifier le risque d'anomalies : l'alphafoetoprotéine, dont le lien avec les anomalies du tube neural est connu depuis de nombreuses années, la hCG, l'inhibine et l'œstriol. Le taux de détection de ces marqueurs, lorsqu'ils sont utilisés seuls, est de 60 % à 70 % pour la trisomie 21 et de 90 % pour les trisomies 13 et 18 ainsi que les triploïdies.

Test intégré

Ce test intègre les données de la clarté nucale et des marqueurs sériques des 1^{er} et 2^e trimestres. Pour un taux de faux positifs de 3 %, la sensibilité monte à 92 % pour le dépistage de la trisomie 21 et des autres anomalies chromosomiques (trisomies 13 et 18 ainsi que triploïdies). Un résultat positif entraînera une amniocentèse.

Test séquentiel

Le test séquentiel est le test intégré auquel on ajoute l'échographie fœtale de morphologie, faite entre la 18^e et la 20^e semaine de gestation. Les marqueurs anatomiques anormaux sont les suivants :

- ☎ nuque épaissie (clarté nucale) ;
- ☎ humérus court ;
- ☎ malformation majeure ;
- ☎ hyperéchogénicité de l'intestin ;
- ☎ fémur court ;
- ☎ kyste du plexus choroïde ;
- ☎ pyélectasie modérée.

La nuque épaissie (clarté nucale), une malformation majeure, et l'humérus court (risque relatif de 9,8 de 5,0 et de 4,1 respectivement) constituent les marqueurs échographiques les plus significatifs de la trisomie 21, lorsqu'ils sont pris isolément.

D'autres variables sont également entrées dans un logiciel qui calcule les risques : le risque de base (âge de la femme et antécédents d'anomalies) et le rapport de vraisemblance (fréquence du risque relatif d'un résultat trouvé dans la population de fœtus trisomiques par rapport à la population normale). Si le risque calculé est supérieur à la valeur seuil (1/250, par exemple), l'amniocentèse sera recommandée.

Les répercussions économiques et psychologiques de ces tests

À l'heure actuelle, seules les échographies sont remboursées par la régie de l'assurance maladie du Québec. Les femmes doivent payer pour les tests sériques, les coûts variant entre 250 \$ et 400 \$.

Les répercussions psychologiques de tous ces tests sont à l'étude actuellement. Ce que nous savons déjà c'est que les femmes préfèrent un dépistage et un diagnostic précoces. Cependant, un counselling éclairé auprès des femmes est très difficile, vu la complexité des tests et des calculs de probabilité. Le *tableau I* résume la sensibilité des tests de diagnostic prénatal de la trisomie 21.

Lors de sa deuxième visite à la 12^e semaine de grossesse, Diane choisit l'amniocentèse qui aura lieu à la 16^e semaine. Elle préfère avoir la certitude qu'il n'y a pas d'anomalies chromosomiques que d'assumer le taux de faux négatifs de 10 % du test intégré. Elle vous demande aussi à quoi elle peut s'attendre sur le plan de sa santé pendant sa grossesse.

L'ajout d'un supplément d'acide folique

Depuis quelques années, il est prouvé que l'ajout d'un supplément d'acide folique réduit le risque d'anomalies congénitales du tube neural (ATN), étant donné le grand nombre de grossesses non planifiées, on recommande à toutes les femmes en âge de procréer de prendre un supplément d'acide folique et d'inclure dans leur régime des aliments riches en acide folique (brocoli, épinards, pois, choux de Bruxelles, maïs, haricots, lentilles, oranges).

Il faut conseiller aux femmes en âge de procréer de prendre quotidiennement de 0,4 mg à 1 mg d'acide folique (offrant sous forme de multivitamines.) Pour celles qui sont exposées à un plus grand risque d'anomalies du tube neural (médicaments

Tableau I

Sensibilité des différents tests de diagnostic prénatal de la trisomie 21 pour un taux de 5 % de faux positifs

Test	Sensibilité
Clarté nucale	70 %
Marqueurs du 1 ^{er} trimestre	60 %
Test combiné (clarté nucale et marqueurs du 1 ^{er} trimestre)	85 %
Marqueurs du 2 ^e trimestre	70 %
Test intégré (clarté nucale, marqueurs du 1 ^{er} et du 2 ^e trimestres)	90 %
Test séquentiel (test intégré, échographie de morphologie, risque de base, rapport de vraisemblance)	93 %

antiépileptiques, diabète de type 1, antécédents familiaux), une dose quotidienne de 4 mg ou de 5 mg, dans un comprimé unique, est conseillée⁴.

Depuis plusieurs années, Diane prend chaque jour une multivitamine. Elle est heureuse d'apprendre que cela a probablement protégé son enfant des anomalies du tube neural. Par contre, elle est devenue enceinte alors qu'elle prenait des contraceptifs oraux et des antidépresseurs. Elle s'inquiète de l'effet de ces médicaments sur le fœtus et elle croit devoir cesser ses antidépresseurs.

Les médicaments pendant la grossesse

Très peu de médicaments sont tératogènes (moins de 1 % entraînent des malformations congénitales). Les contraceptifs oraux n'augmentent pas le risque de tératogénicité. Nous pouvons donc rassurer Diane. Par contre, elle prend des antidépresseurs, et la littérature cite plusieurs types de risques liés à ces médicaments.

La plupart des psychotropes entrent dans la catégorie C, c'est-à-dire que les études sont insuffisantes

Il faut conseiller aux femmes en âge de procréer de prendre quotidiennement de 0,4 mg à 1 mg d'acide folique (offert sous forme de multivitamines). Pour celles qui sont exposées à un plus grand risque d'anomalies du tube neural (médicaments antiépileptiques, diabète de type 1, antécédents familiaux), une dose quotidienne de 4 mg ou de 5 mg, dans un comprimé unique, est conseillée.

Tableau II

Médicaments antidépresseurs et grossesse⁵⁻⁹

Médicaments	Effets sur le fœtus	Effets sur la mère	Effets sur le nouveau-né	Commentaires
Tous les antidépresseurs		Pas de risque accru d'avortement	Détresse transitoire liée au sevrage ou à l'exposition au traitement	<ul style="list-style-type: none"> ⦿ Lien causal difficile à établir ⦿ Symptômes transitoires
Antidépresseurs tricycliques	Pas de risque accru d'anomalies congénitales		<ul style="list-style-type: none"> ⦿ Léthargie ⦿ Hypotonie ⦿ Tachycardie ⦿ Obstruction intestinale et rétention urinaire dues aux effets anticholinergiques 	Pas de conséquences sur le développement cognitivo-comportemental à l'âge préscolaire
<ul style="list-style-type: none"> ⦿ Désipramine (Norpramin[®]) ⦿ Nortriptyline (Aventyl[®]) 		Moins d'effets anticholinergiques et moins d'hypotension orthostatique que les autres antidépresseurs tricycliques		
<ul style="list-style-type: none"> ⦿ Clomipramine (Anafranil) 			Convulsions de sevrage	
ISRS*	Pas de risque accru d'anomalies congénitales		Toxicité non établie	
<ul style="list-style-type: none"> ⦿ Sertraline (Zoloft^{MC}) ⦿ Citalopram (Celexa[®]) ⦿ Fluvoxamine (Luvox[®]) 				
<ul style="list-style-type: none"> ⦿ Paroxétine (Paxil[®]) 			Syndrome de sevrage : <ul style="list-style-type: none"> ⦿ irritabilité ⦿ pleurs ⦿ hypertonie musculaire ⦿ problèmes d'alimentation ⦿ problèmes de sommeil ⦿ détresse respiratoire 	Point controversé : les bébés présentant ces symptômes n'ont pas tous des taux plasmatiques d'ISRS décelables ¹⁰
<ul style="list-style-type: none"> ⦿ Fluoxétine (Prozac[®]) 				Pas de conséquences sur le développement cognitivo-comportemental à l'âge préscolaire
ISRN*	Pas de risque accru d'anomalies congénitales			
<ul style="list-style-type: none"> ⦿ Venlafaxine (Effexor[®]) 				
IMAO*	Risque plus élevé d'anomalies congénitales (petit nombre de sujets)	Risque de crise hypertensive durant le travail et l'accouchement		Non recommandés pendant la grossesse
<ul style="list-style-type: none"> ⦿ Tranylcypromine (Parnate[®]) ⦿ Phénelzine (Nardil^{MC}) 				
Autres				Innocuité ? Données insuffisantes
<ul style="list-style-type: none"> ⦿ Bupropion (Wellbutrin[®]) ⦿ Mirtazapine (Remeron[®]) ⦿ Trazodone (Desyre[®]) 				

*ISRS : inhibiteurs sélectifs du recaptage de la sérotonine ; ISRN : inhibiteurs sélectifs du recaptage de la noradrénaline ; IMAO : inhibiteurs de la monamine-oxydase.

Tableau III**Critères diagnostiques du diabète de grossesse (épreuve d'hyperglycémie provoquée de 75 g)**

Organisme	Glycémie à jeun (mmol/l)	Glycémie 1 h post 75 g (mmol/l)	Glycémie 2 h post 75 g (mmol/l)	Critères diagnostiques
OMS	≥ 7,0	–	≥ 7,8	Une valeur anormale
American Diabetes Association (2000)	≥ 5,3	≥ 10,0	≥ 8,6	Deux valeurs anormales ou plus
Association canadienne du diabète (2003)	≥ 5,3	≥ 10,6	≥ 8,9	Deux valeurs anormales ou plus (une valeur anormale = intolérance)

et que le risque ne peut donc être exclu. Le *tableau II* résume certaines études récentes menées selon des critères rigoureux⁵⁻⁹ et qui permettent d'apporter des nuances.

Les bienfaits liés aux antidépresseurs ne sont pas négligeables, tant pour le fœtus que pour la mère. Chez cette dernière, on observe moins de rechutes dépressives et de complications médicales. Elle pourra donc être plus disponible pour son enfant parce que le traitement améliore sa qualité de vie et son fonctionnement. Les conséquences néfastes sur le fœtus s'en trouvent donc nettement amoindries.

Diane a bien compris ces explications et choisit de poursuivre son traitement étant donné ses antécédents et le fait qu'elle répond bien actuellement aux ISRS.

Elle souhaite également bien maîtriser son poids pendant la grossesse et elle accepte de subir une épreuve d'hyperglycémie provoquée en début de grossesse.

Les principaux risques médicaux chez une femme enceinte de 40 ans

Diabète de grossesse

Le diabète de grossesse est défini comme une intolérance aux glucides qui survient durant la grossesse. Il touche de 3,8 % à 6,5 % des femmes enceintes canadiennes. Le diagnostic est posé en fonction de mesures de la glycémie qui varient d'un organisme à l'autre, comme en témoigne le *tableau III*. La majorité des pays suivent les critères de l'OMS. On prévoit que le Canada se ralliera d'ici peu à ces directives.

À quel moment de la grossesse doit-on évaluer la glycémie ?

La présence d'une intolérance au glucose avant la

grossesse justifie une évaluation de la glycémie dès le début de la grossesse. Si la glycémie est normale, une autre évaluation sera faite entre la 24^e et la 28^e semaine. C'est le moment où il est recommandé d'effectuer le premier test chez la femme enceinte présentant des facteurs de risque¹¹ :

- ⊗ antécédents de diabète ou d'intolérance au glucose durant la grossesse ;
- ⊗ antécédents familiaux de diabète ;
- ⊗ accouchement antérieur d'un bébé de plus de 4000 g ;
- ⊗ mortinaissance antérieure inexplicite ;
- ⊗ antécédents d'hypoglycémie, d'hypocalcémie ou d'hyperbilirubinémie néonatales ;
- ⊗ âge de la mère > 25 ans ;
- ⊗ obésité ;
- ⊗ glycosurie répétée durant la grossesse en cours ;
- ⊗ hydramnios ;
- ⊗ macrosomie soupçonnée.

Lorsqu'un diabète a été décelé, la glycémie de la patiente sera de nouveau vérifiée entre la 6^e et la 12^e semaine après l'accouchement.

Le diabète de grossesse accroît le risque pour la femme d'être atteinte de diabète de type 2 par la suite. Le dépistage précoce ne réduit pas ce risque, mais il est possible qu'il permette une réduction des éventuelles complications vasculaires.

Hypertension artérielle de la grossesse avec protéinurie (anciennement prééclampsie)

L'hypertension artérielle est la complication médicale la plus fréquente (de 10 % à 15 % chez les primigestes) de la grossesse. Elle se définit par une pression artérielle diastolique (PAD) égale ou supérieure à 90 mm Hg (en position assise, après 10 minutes de

Tableau IV

Facteurs de risque d'hypertension de la grossesse avec protéinurie

Facteurs maternels

- Race noire
- Obésité
- Âge avancé à la 1^{re} grossesse (> 35 ans)
- Primigeste ou multigeste avec nouveau conjoint (facteur génétique)
- Grossesse avec protéinurie antérieure
- Antécédents familiaux de grossesse avec protéinurie
- Hypertension préexistante
- Diabète
- Maladie rénale
- Collagénose
- Thrombophilie
- Maladie thrombo-embolique antérieure
- Dépression

Facteurs liés à la grossesse

- Grossesse multiple
- Môle hydatiforme
- Anasarque fœtale (*Hydrops fœtal*)

repos). La présence d'une protéinurie de 24 heures de plus de 3 g après la 20^e semaine de grossesse nécessite un suivi plus serré. L'administration d'aspirine à faible dose (80 mg, une fois par jour) après la 12^e semaine s'est révélée efficace pour réduire la mort périnatale et l'hypertension avec protéinurie. Son utilisation doit être considérée chez les femmes à risque^{12,13} (tableau IV).

L'intervention non pharmacologique comprend une surveillance rapprochée, une limitation des activités et un peu de repos au lit. Le but est de réduire la PAD en deçà de 90 mm Hg.

Certains médicaments sont contre-indiqués pendant la grossesse : les inhibiteurs de l'enzyme de conversion de l'angiotensine, la plupart des bêtabloquants et les inhibiteurs des canaux calciques. L'usage des diurétiques est controversé. La méthyl dopa demeure le médicament de premier choix, suivie du labétalol (Trandate®), du pindolol (Visken®) et de l'oxprénolol (Trasicor®). L'hydralazine (Apresoline®) et la nifédipine (Adalat®) sont utilisées dans les cas d'hy-

pertension grave. Si une protéinurie apparaît, l'hospitalisation est souvent requise et la possibilité de provoquer l'accouchement sera envisagée.

Une étude prospective regroupant 623 femmes montre une relation significative entre la dépression et l'hypertension avec protéinurie pendant la grossesse.

Les particularités de la dépression pendant la grossesse

Les troubles de l'humeur pendant la grossesse sont souvent masqués. En effet, plusieurs signes et symptômes cliniques associés à la dépression sont aussi observés chez les femmes en début de grossesse : troubles de l'appétit et du sommeil, manque d'énergie. De plus, l'anémie, le diabète de grossesse et les problèmes thyroïdiens peuvent être associés à des symptômes dépressifs et peuvent compliquer le diagnostic. Les caractéristiques cliniques qui peuvent appuyer le diagnostic de dépression majeure incluent l'anhédonie, les sentiments de culpabilité et de désespoir et les pensées suicidaires.

Les répercussions potentielles d'une maladie psychiatrique non traitée sur le bien-être du fœtus ont été longtemps négligées. Il importe donc de bien évaluer tout au cours de la grossesse et à chaque visite les pensées suicidaires ou infanticides.

Le tableau V illustre les facteurs de risque et les répercussions de la dépression pendant la grossesse pour la femme enceinte, son entourage et son enfant.

Traitement de la dépression pendant la grossesse

Toute décision concernant l'arrêt ou le début d'un traitement pendant la grossesse doit inclure une évaluation des risques suivants :

- exposition fœtale aux médicaments ;
- conséquences d'une maladie psychiatrique non traitée chez la mère et chez l'enfant ;
- rechute associée à l'arrêt du traitement.

Chez les patientes souffrant d'une dépression moins grave, il peut être approprié de considérer l'arrêt de la pharmacothérapie. La thérapie interpersonnelle ou cognitive peut être bénéfique¹⁶. Cependant, que la patiente cesse ou non de prendre des médicaments, une surveillance étroite est essentielle. Pour les femmes atteintes d'une dépression réfractaire et récurrente, la décision de maintenir le traitement mé-

Tableau V**Facteurs de risque et répercussions de la dépression pendant la grossesse pour la patiente, son entourage et son enfant^{14,15}**

Facteurs de risque et répercussions sur la patiente	Répercussions sur l'enfant	Répercussions sur l'entourage
<ul style="list-style-type: none"> ⊗ Soins anténataux inadéquats ⊗ Mauvaise alimentation et troubles du sommeil ⊗ Risque accru d'usage d'alcool, de nicotine, de drogues ⊗ Tentatives de suicide ⊗ Antécédents familiaux de maladie affective ⊗ Antécédents de dépression ⊗ Ambivalence au sujet de la grossesse ⊗ Risque accru de grossesse avec protéinurie ⊗ Complications médicales ⊗ Prise de poids insuffisante ⊗ Suicide ou fœticide ⊗ Augmentation du risque de dépression du <i>post-partum</i> 	<ul style="list-style-type: none"> ⊗ Circonférence crânienne plus petite ⊗ Score d'APGAR plus bas ⊗ Poids à la naissance plus bas ⊗ Risque accru de naissance prématurée ⊗ Retard de croissance ⊗ Taux élevé d'instabilité affective et de troubles d'attachement ⊗ Taux élevé de troubles de comportement ⊗ Taux élevé de dépression ⊗ Atteinte des capacités cognitives ⊗ Retard de développement cognitif et de langage ⊗ Manque de maîtrise des émotions ⊗ Problèmes scolaires, délinquance 	<ul style="list-style-type: none"> ⊗ Difficultés interpersonnelles ⊗ Perte de revenu, d'emploi ⊗ Invalidité ⊗ Isolement ⊗ Éloignement des proches ⊗ Épuisement ⊗ Séparation ⊗ Stigmatisation ⊗ Coûts de santé

dicamenteux doit être prise d'un commun accord (*encadré 2*). Il peut être opportun de remplacer l'agent courant par un psychotrope présentant un meilleur profil d'innocuité (*tableau II*). Par exemple, la fluoxétine peut remplacer la mirtazapine. Certains antidépresseurs tricycliques, dont la désipramine et la nortriptyline, sont aussi considérés comme de bons choix. En outre, il y a de plus en plus de données rassurantes sur les nouveaux ISRS, y compris le citalopram⁵.

Il est aussi important de prescrire le médicament antidépresseur à la posologie adéquate. On a souvent tendance à la réduire afin de limiter les risques pour le fœtus, mais cette décision peut augmenter le risque de récurrence chez la mère. L'électroconvulsivothérapie pendant la grossesse offre une innocuité relative et doit être considérée comme une solution de rechange au traitement pharmacolo-

Encadré 2

En présence d'une dépression pendant la grossesse, le médecin doit consigner au dossier qu'il a informé la patiente des risques que présente la dépression pour elle-même, son enfant et son entourage pendant la grossesse et le *post-partum* ainsi que des effets bénéfiques ou des risques potentiels des médicaments pendant la grossesse, le *post-partum* et la période d'allaitement. Il s'assurera que :

- ⊗ la patiente a bien compris ;
- ⊗ la patiente est d'accord avec le plan de traitement.

Tout professionnel de la santé peut faire appel au Centre IMAGE de l'Hôpital Sainte-Justine pour obtenir une réponse à une question concernant l'utilisation des médicaments pendant la grossesse et l'allaitement : (514) 345-2333.

gique chez certaines patientes dont le risque suicidaire est élevé ou qui présentent des symptômes psychotiques¹⁷.

Il est aussi important de prescrire le médicament antidépresseur à la posologie adéquate. On a souvent tendance à la réduire afin de limiter les risques pour le fœtus, mais cette décision peut augmenter le risque de récurrence chez la mère.

Repère

Tableau VI**Facteurs de risque de la dépression du post-partum¹⁸****Facteurs biologiques et antécédents**

- ☉ Trouble dysphorique prémenstruel (TDPM)
- ☉ Ambivalence au sujet de la grossesse
- ☉ Antécédents personnels et familiaux de dépression
- ☉ *Blues du post-partum* antérieur (augmentation du risque de 20 %)
- ☉ Dépression pendant la grossesse
- ☉ Symptômes anxiodépressifs pendant la grossesse
- ☉ Hypothyroïdie
- ☉ Dépression du *post-partum* antérieure (risque accru de 50 %)

Facteurs psychologiques

- ☉ Facteurs de stress
- ☉ Anxiété
- ☉ Faibles capacités parentales
- ☉ Problèmes d'adaptation aux changements de rôles
- ☉ Conflits intrapsychiques
- ☉ Fragilité de la personnalité
- ☉ Accouchement traumatique
- ☉ Grossesse non désirée

Facteurs sociaux

- ☉ Faible réseau social
- ☉ Attitudes négatives
- ☉ Troubles conjugaux
- ☉ Manque de soutien
- ☉ Stigmatisation

Tableau VII**Répercussions de la dépression du post-partum¹⁹****Mère**

- ☉ Interaction avec l'enfant : intrusion ou retrait
- ☉ Comportements maternels négatifs (crier-frapper)
- ☉ Consommation de drogues et d'alcool
- ☉ Troubles généraux de fonctionnement

Enfant

- ☉ ↓ performance sur le plan cognitif
- ☉ Troubles de l'attachement
- ☉ Conséquences psychomédicales
- ☉ Soins maternels inadéquats et préjudiciables pour le développement de l'enfant

Famille

- ☉ Distance
- ☉ Anxiété
- ☉ Déception
- ☉ Colère
- ☉ Famille culpabilisante
- ☉ Soins à assurer
- ☉ Temps requis pour assurer les soins : ↓ productivité et ↑ coûts sociaux

Période du post-partum

La période du post-partum comporte un risque élevé de rechutes de maladie affective. Les *tableaux VI* et *VII*

métabolisme hépatique. Un dosage sérique n'est pas utile d'un point de vue clinique. Nous devons plutôt vérifier les signes cliniques de sevrage, soit les trou-

résument les facteurs de risque biopsychosociaux et les répercussions de la dépression après l'accouchement^{18,19}.

En *post-partum*, la dépression majeure associée à un risque de suicide ou à une psychose nécessite une hospitalisation. Les électrochocs sont souvent un traitement de choix.

L'allaitement chez la femme sous antidépresseurs

Diane n'aura peut-être qu'un seul enfant. Vers la fin de sa grossesse, elle vous demande si elle pourra l'allaiter sans risque pour lui.

L'étendue de ce problème n'est pas encore définie. Une étude a évalué une quinzaine d'antidépresseurs souvent prescrits et a établi un rapport entre les taux décelés dans le lait et le plasma des mères qui allaitent et ceux de leurs enfants. La prise de nortriptyline, de paroxétine ou de sertraline a conduit à des taux plasmatiques non décelables chez les enfants, ce qui en fait théoriquement des médicaments de choix²⁰.

Faut-il faire un dosage plasmatique chez le bébé ?

On sait que les taux de médicaments chez les enfants sont touchés par plusieurs facteurs, notamment la prématurité et le

Le choix d'utiliser certains antidépresseurs pendant l'allaitement est raisonnable et peut surpasser les risques associés à la maladie non traitée.

Repère

bles de sommeil, l'irritabilité et les troubles alimentaires. Une concentration plasmatique basse chez l'enfant ne rassure pas nécessairement quant à l'absence d'effets à long terme sur un cerveau en développement. Dans l'état actuel des connaissances, on considère cependant que le choix d'utiliser certains antidépresseurs pendant la période d'allaitement est raisonnable et peut surpasser les risques associés à la maladie non traitée²⁰.

Date de réception : 17 janvier 2005

Date d'acceptation : 1^{er} juin 2005

Mots-clés : grossesse, diagnostic prénatal, diabète de grossesse, dépression, dépression du *post-partum*, traitement, âge maternel avancé, allaitement et antidépresseurs, facteurs de risque de dépression pendant la grossesse,

Bibliographie

- Evans J, Heron J, Francomb H et coll. Cohort study of depressed mood during pregnancy and after childbirth. *BMJ* 2001; 323 (7307): 257-60.
- Demianczuk NN, Van den Hof MC, Farquharson D, Lewthwaite B, Gagnon R, Morin L, Salem S, Skoll A. Utilisation de l'échographie du premier trimestre. Directives cliniques de la SOGC. *JOGC* 2003; 135: 1-6. Site Internet : www.sogc.org/sogcnet/sogc_docs/common/guide/pdfs/ps135_f.pdf (Page consultée le 15 janvier 2005).
- Chodirker BN, Cadrin C, Davis GAL, Summers AM, Wilson RD, Winsor EJT, Young D. Lignes directrices canadiennes sur le diagnostic prénatal. Indications génétiques pour un diagnostic prénatal. Directives cliniques de la SOGC. *JOGC* 2001; 105: 1-8. Site Internet : www.sogc.org/sogcnet/sogc_docs/common/guide/pdfs/ps105_f.pdf (Page consultée le 15 janvier 2005).
- Wilson RD, Davies G, Désilets V, Reid G, Summers A, Wyatt P, Young D. L'apport en acide folique pour la prévention des anomalies du tube neural et d'autres anomalies congénitales. Directives cliniques de la SOGC. *JOGC* 2003; 138: 1-8. Site Internet : www.sogc.org/SOGCnet/sogc_docs/common/guide/pdfs/ps138_f.pdf (Page consultée le 15 janvier 2005).
- Kulin N, Pastuszak A, Sage S et coll. Pregnancy outcome following maternal use of the new selective serotonin reuptake inhibitors: a prospective controlled multicenter study. *JAMA* 1998; 279: 609-10.
- Einarson A, Fatoye B, Sarkar M et coll. Pregnancy outcome following gestational exposure to venlafaxine: a multicenter prospective controlled study. *Am J Psychiatry* 2001; 158 (10): 1728-30.
- Loebstein R, Koren G. Pregnancy outcome and neurodevelopment of children exposed in utero to psychoactive drugs: the Motherisk experience. *J Psychiatry Neurosci* 1997; 22 (3): 192-6.
- Nulman I, Rovet J, Stewart DE et coll. Child development following exposure to tricyclic antidepressants of fluoxetine throughout fetal life: a prospective, controlled study. *Am J Psychiatry* 2002; 159 (11): 1889-95.
- Kallen B. Neonate characteristics after maternal use of antidepressants in late pregnancy. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2004; 158: 312-6.
- Hallberg P, Sjoblom V. The use of selective serotonin reuptake inhibitors during pregnancy and breast-feeding: a review and clinical aspects. *J Clin Psychopharmacol* 2005; 25 (1): 59-73.
- Berger H, Crane J, Farine D, Armson A, de la Ronde S, Keenan-Lindsay L, Leduc L, Reid G, Van Aerde J. Le dépistage du diabète sucré gestationnel. Directives cliniques de la JOGC 2002; 121: 1-10. Site Internet : www.sogc.org/sogcnet/sogc_5Fdocs/common/guide/pdfs/ps121_5Ff.pdf (Page consultée le 15 janvier 2005).
- Couture G, Milot A. Hypertension artérielle et grossesse. Dans : Société québécoise d'hypertension artérielle, rédacteurs. *Hypertension artérielle 2002 : guide thérapeutique*. 2^e éd. Révisé en 2002; chap. 13: 103-11. Site Internet : www.hypertension.qc.ca/docs/guide_HTA_2002.pdf (Page consultée le 15 janvier 2005).
- Coomarasamy A, Honest H, Papaioannou S, Gee H, Khan KS. Aspirin for prevention of preeclampsia in women with historical risk factors: a systematic review. *Obstet Gynecol* 2003; 101 (6): 1319-32.
- Newport DJ, Wilcox MM, Stowe ZN. Maternal depression: a child's first adverse life event. *Semin Clin Neuropsychiatry* 2002; 7 (2): 113-9.
- Weinberg M, Tronick E. The impact of maternal psychiatric illness on infant development. *J Clin Psychiatry* 1998; 59 (Suppl. 2): 53-61.
- Spinelli M. Interpersonal psychotherapy for depressed antepartum women: a pilot study. *Am J Psychiatry* 1997; 154: 1028-30.
- Miller LJ. Use of electroconvulsive therapy during pregnancy. *Hosp Comm Psychiatry* 1994; 45 (5): 444-50.
- O'Hara MW, Neunaber DJ, Zekoski EM. A prospective study of postpartum depression: prevalence, course, and predictive factors. *J Abnorm Psychol* 1984; 93: 158.
- Murray L, Cooper P. Effects of postnatal depression on infant development. *Arch Dis Child* 1997; 77 (2): 99-101.
- Weissman AM, Levy BT, Hartz AJ et coll. Pooled Analysis of Antidepressant Levels in Lactating Mothers, Breast Milk, and Nursing Infants. *Am J Psychiatry* 2004; 161: 1066-78.

Summary

40 years old, pregnant and depressed! A slightly overweight 40 year-old woman experiences her first unplanned pregnancy. She takes antidepressant medication, is insulin-resistant and suffers from mild hypertension. Issues of genetic testing with biochemical markers and amniocentesis, effects of medications, risks of gestational diabetes and the potential benefits for the mother and the foetus of a strict follow-up, eclampsia and hypertension are discussed. A daily administration of folic acid is recommended for all women of child-bearing age. Several aspects of depression during pregnancy, the post-partum and breast-feeding period are discussed from different angles: how depression affects the mother-to-be, the foetus and the newborn and the decision to treat or not to treat according to the severity of the disease.

Keywords: pregnancy, genetic testing, gestational diabetes, depression, depression, treatment, advanced maternal age, antidepressants and breast-feeding, risk factors of depression during pregnancy