



L'histoire de Corentin

Dr PLAN Odile Pédiatre , coordination médicale réseau GLR

Journée du Réseau Périnatal , 19 janvier 2018, La Grande Motte

Psychiatrie et périnatalité




Grossesse

- Grossesse découverte le 31/01/2017 (4 mois environ), début de grossesse estimé au 20/10/2016, terme prévu vers le 20/07/2017
- Contexte de trouble thymique –dépression suivi par dr Auger
- Tabac, alcool occasionnel en début de grossesse, diabète gestationnel non insulinodépendant
- Traitement pendant la grossesse:
 - Fluoxétine (PROZAC) 40 mg/j
 - Duloxétine (CYMBALTA) 120 mg/j
 - Bromazepam (LEXOMIL)
 - Zopiclone (IMOVANE) 7,5 mg/j
- Grossesse suivie à la clinique Kennedy par le dr ROURE



Contexte familial

- ▶ Patiente vit chez sa mère à Nîmes depuis 2009. Professeur de français .Arrêt maladie depuis 2014.
- ▶ Papa militaire dans la Légion, soutient le projet de grossesse, pas de vie commune avec la maman, souhaite de reconnaître l'enfant



Anticipation pluridisciplinaire anténatale

- Contact pharmacovigilance
- Staff pluridisciplinaire parentalité à la clinique Kennedy
- Visites gynéco
- Suivi sage-femme pour la préparation à l'accouchement
- Consultation anténatale avec la pédiatre
- Visite de la PMI au domicile de la future mère
- Visite de préadmission Institut st pierre le 15/06/2017
- Hospitalisation en fin de grossesse à la Clinique Stella



Naissance à la clinique Stella

- Mise en travail le 06/07/2017 confirmée par la SF retour à la clinique , appel SAMU pour transfert tardif car information tardive donnée par la patiente
- Naissance par voie basse le jeudi 06/07/2017 à 22H30 à 39SA+1j à la clinique , effectué par le psychiatre de garde, présentation céphalique, pas d'anesthésie
- A 30 min à l'arrivée des pompiers:Apgar:10 , T° 36,7 C
- PN 3040G (-0,9ds), TN:46 cm (-1,7 ds) , PC: 34 cm (-0,4ds)
- Transfert de Corentin au CHU de Montpellier (34) la nuit du jeudi 6 au vendredi 7 juillet.



Hospitalisation à Montpellier au CHU, Hôpital Arnaud de Villeneuve

- Détresse respiratoire modérée sans support ventilatoire
- Hospitalisation 5j unité de soins intensifs au CHU de Montpellier
- Puis séjour en maternité du 11 au 19/7/2017 au CHU de Montpellier
- Cs psychologique en maternité + Cs dr Auger
- Allaitement artificiel

Séjour à l'Institut St Pierre du 19/7 au 8/8/2017: prise en charge pluri professionnelle

- ▶ **Maman:** d'abord fatiguée , parfois dépassée mais bonne gestion du quotidien , de son traitement. Priorité donnée à son fils. CS dr GASC et Dr Auger. Prise de conscience progressive de ses compétences , bonnes interactions, gestes adaptés, discours positif /Corentin, à l'écoute de ses besoins, demandeuse de guidance.
- ▶ **Corentin:** bon développement staturo-pondéral et psychomoteur. Plagiocéphalie gauche prise en charge par kiné d'évolution favorable
- ▶ **Papa:** interaction visuelle et verbale avec Corentin de bonne qualité. Maladresse dans ses gestes mais motivé et à l'écoute de l'équipe. Maladroit dans la communication avec maman (conflits). N'a toujours pas reconnu Corentin en fin de séjour.



Retour à domicile

- Précédé de permissions au domicile de la grand mère maternelle de Corentin conjointes avec visites de la PMI.
- Sortie le 8/8 en présence des 2 parents , poids 3840g Taille 52,5cm,
- Suivi dr Auger .



Réflexions

- Situation anténatale anticipée
- Information sur le début de travail transmise tardivement par la patiente
- Naissance inopinée à la clinique a modifié le parcours de soin prévu pour la mère et l'enfant (transfert par les pompiers 34 à la clinique Kennedy difficile à organiser).
- **Séparation mère enfant de 5 jours** : détresse respiratoire mais surtout nécessité évaluation par une équipe qui ne connaissait pas la patiente un vendredi , veille de WE
- L'anticipation anténatale a permis une bonne coordination postnatale et une évolution favorable

Info pédiatriques pour le psychiatre

- ▶ Traitement souvent compatible sur le plan tératogène avec poursuite grossesse de découverte inopinée, rapport bénéfice risque à modifier le traitement doit être évalué précisément.
- ▶ Grossesse à risque : majoration taux de prématurité, RCIU, détresse respiratoire ,sevrage, interactions mère enfant perturbées :niveau d'établissement de naissance 2 ou 3 .
- ▶ L'évaluation prénatale ne préjuge qu'en partie du devenir en postnatal . La présence effective seule du bébé permet seule d'évaluer les capacités parentales.
- ▶ Accueil postnatal dans une structure mère enfant envisagée dans certains cas des l'anténatal

*Journal de gynécologie obstétrique et de biologie de la reproduction*2000; 29: 39-42. A. Guedeney

Psychose et maternité Information psychiatrique 2010/2 vol 86 AL Sutter Dallay