

Cas de dépression post-partum (DPP) chez une femelle orang-outan

*Article de Mémoire de DU de Psychiatrie périnatale
à la faculté de médecine de Bordeaux Segalen.*



Marylise POMPIGNAC
Courriel : marylisep@gmail.com

Sommaire

1. Définition - Présentation
2. Revue de littérature sur les Facteurs de risques
 - a) L'influence des facteurs biologiques
 - b) L'influence des événements stressants
 - c) L'influence du degré de soutien à la mère
 - d) L'influence de l'histoire psychiatrique individuelle et familiale des mères
 - e) La migration comme facteur de risque
3. Cas clinique : J., femelle orang-outan
4. Discussion
5. Bibliographie

Définition - Présentation

Dans l'espèce humaine, selon Kumar (1994) 13% à 43% des jeunes accouchées traversent un blues sévère entre le troisième et le cinquième jour après l'accouchement et 80% des accouchées présenteraient des symptômes isolés tel qu'une tendance inhabituelle à pleurer. Glover (1994) avance que les femmes qui présentent un blues sévère en suite de couches ou qui ont des antécédents de dépression ont une probabilité plus grande de présenter une dépression post-partum ultérieurement (trois fois plus de risques que les femmes n'ayant aucun trouble de l'humeur en suite de couches).

Dans le DSM IV les dépressions, dont la dépression post-partum, sont regroupées dans la catégorie Trouble de l'humeur non spécifié. "Cette catégorie comprend des troubles comportant des symptômes thymiques qui ne répondent pas aux critères d'un Trouble de l'humeur spécifique et pour lesquels le choix entre Trouble dépressif non spécifié et trouble bipolaire non spécifié est difficile".

L'épisode dépressif majeur est défini par au moins cinq des symptômes suivants présents pendant une même période d'une durée de deux semaines et avoir représenté un changement par rapport au fonctionnement antérieur ; au moins un des symptômes est soit (1) une humeur dépressive, soit (2) une perte d'intérêt ou de plaisir.

1. Humeur dépressive présente pratiquement toute la journée, presque tous les jours, signalée par le sujet ou observée par les autres ;
 2. Diminution marquée de l'intérêt ou du plaisir pour toutes ou presque toutes les activités pratiquement toute la journée, presque tous les jours ;
 3. Perte ou gain de poids à partir de 5% du poids initial, ou diminution ou augmentation de l'appétit presque tous les jours ;
 4. Insomnie ou hypersomnie presque tous les jours ;
 5. Agitation ou ralentissement psychomoteur presque tous les jours ;
 6. Fatigue ou perte d'énergie ;
 7. Sentiment de dévalorisation ou de culpabilité excessive ou inappropriée ;
 8. Diminution de l'aptitude à penser ou à se concentrer ou indécision presque tous les jours ;
 9. Pensées de mort récurrentes, idées suicidaires.
- A. Les symptômes induisent une souffrance cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants.
 - B. Les symptômes ne sont pas imputables aux effets physiologiques directs d'une substance ou d'une affection médicale générale.
 - C. Les symptômes ne sont pas mieux expliqués par un Deuil, les symptômes persistent pendant plus de deux mois ou s'accompagnent d'une altération marquée du fonctionnement, de préoccupations morbides, de dévalorisation, d'idées suicidaires, de symptômes psychotiques ou d'un ralentissement psychomoteur.

Les causes de la dépression sont nombreuses et multifactorielles, d'ordre endocrinien, environnemental, social, affectif, psychologique. Quel qu'en soit l'effet déclencheur, la dépression s'accompagne toujours d'un dérèglement biochimique responsable de nombreux symptômes.

Mon étude se concentre sur les recherches actuelles sur la dépression post-partum pour tenter d'en dégager les facteurs à risque. L'élaboration d'une revue de littérature préparera l'exposé d'un cas clinique de femelle orang-outan. Nous présenterons l'influence des facteurs environnementaux, sociaux et affectifs sur l'humeur et ses troubles, avant de discuter les résultats obtenus pour tenter de répondre à la question : « la dépression post-partum est-elle encouragée par une rupture affective et/ou culturelle et environnementale dans les mois qui précèdent l'accouchement ».

Revue de Littérature sur les facteurs de risque de DPP

a) L'influence des facteurs biologiques

Le lien de causalité entre stress, production accrue de cytokines puis syndrome de basse T3, n'est pas encore clairement démontré, bien que hautement probable. (Bartalena et al. 1998).

Dans la littérature anglophone, la dépression post-partum serait corrélée à un taux diminué de dopamines. Un manque d'énergie et de motivation, non pas un trouble du sommeil mais un fonctionnement ralenti sont constatés, associés à un sentiment de vide intérieur, de ne pas avoir sa place, de dévalorisation, un manque ou une incapacité à s'attacher au bébé et une très faible, voire inexistante anxiété laissant apparaître plutôt un sentiment de peur. (Dr Ward W. Bond, Phd, 2013) Un taux élevé de dopamines, induisant des pensées paranoïaques voire délirantes, des états de colère inappropriés, serait davantage associé au déclenchement de psychoses puerpérales. (Dr Sheryl Wagner, naturopathe, 2008).

Une activation de la réponse inflammatoire est récemment rapportée dans le post-partum. Dans le syndrome dépressif majeur, la recherche de ces anomalies biologiques est positive. Des études récentes ont constaté que l'inflammation était l'un des facteurs impliqués dans la pathogenèse de la dépression. En outre, l'adaptation au rôle de mère (manque de sommeil, douleur...) augmente le stress, qui augmente l'inflammation ». (K Kendall-Tackett, 2007).

b) L'influence des événements stressants

Le stress est également un facteur à prendre en compte dans les signes psychologiques et les variations biologiques du post-partum blues. Il est susceptible d'entraîner les modifications thyroïdiennes : syndrome de basse T3, dysrégulation de l'axe corticotrope et activation de la réponse inflammatoire.

c) L'influence du degré de soutien à la mère

Le degré de soutien dont bénéficie la mère et notamment le soutien apporté par son conjoint représente un facteur de risque. Les femmes souffrant de dépression post-partum sont nombreuses à témoigner d'un faible degré de satisfaction conjugal durant la grossesse ou en post-partum, ce qui semble accroître la détresse psychique.

d) L'influence de l'histoire psychiatrique individuelle et familiale des mères

Enfin, l'histoire psychiatrique individuelle et familiale de la femme présente un facteur de risque majeur. Une femme qui aurait elle-même traversé dans la passé un épisode dépressif ou un trouble psychiatrique ou dont l'un des membres de la famille en aurait souffert sont plus à risque de développer une dépression dans la période du post-partum. (Marks et coll 1992 ; Robertson et coll. 2004).

e) La migration comme facteur de risque

Les facteurs culturels sont importants comme l'ont montré les travaux de ces dernières années sur les femmes migrantes d'un pays à l'autre. La migration est en particuliers un facteur de risque pour la dépression tardive du post-partum. La langue et les représentations culturelles de la grossesse et de l'enfant doivent être prises en compte dans la prévention et le soin des femmes migrantes enceintes ou récemment accouchées.

Les rites traditionnels concernant la suite de couches existent dans la plupart des cultures. Les pratiques les plus répandues sont de soutien apporté à la jeune mère, la réduction de son activité habituelle, une alimentation spécifique et des soins d'hygiène particuliers lui sont administrés durant un mois à quarante jours (Fung and Dennis, 2010, Grigoriadis, 2009). Les femmes qui ont quitté leurs racines géographiques et culturelles se trouvent dans l'obligation de devoir faire sans ce dont elles auraient bénéficié chez « elles », comme ont pu le vivre leur mère, grand-mère, cousines, etc.

Cas clinique de J., femelle orang-outan

J. est née en captivité et fut nourrie dès sa naissance par un animalier avant de rejoindre un groupe d'orangs outans adultes dans un autre zoo en Allemagne. Sa sœur, de 3 ans sa cadette a « bénéficié » du même mode de soins que J. Toutes les deux sont arrivées au zoo B en France en février 1996. J. avait 13 ans, âge de la puberté et d'accès à la maternité, et était gestante de 5 mois au moment du transfert. Aucune complication ne fut notée durant la gestation, ni la mise bas.

Trois mois après la naissance, en septembre, quelques vomis furent retrouvés dans son box. Les soigneurs remarquaient que J. ne s'alimentait plus, qu'elle perdait de l'état, et commençait à présenter des signes de détresse vis-à-vis de son nourrisson, interprétés comme un « je ne sers à rien ». Elle présentait son bébé aux soigneurs pour qu'ils le nourrissent au biberon.

Courant novembre, une femelle plus âgée et expérimentée, M., a commencé à prendre en charge le petit en le mettant à son sein. J. s'enfonçait au fur et à mesure des jours, de plus en plus, dans une profonde détresse psychique. Aucun stimulus ne l'intéressait désormais, elle présentait des signes d'anorexie et de prostration.

Fin novembre, elle fut pressentie morte dans son box. Alors, les animaliers du zoo allemand d'où elle venait, sont venus pour tenter de la « réanimer ». Comme ils se souvenaient du traumatisme crânien causé par une chute de plusieurs mètres qu'elle subit à l'âge de 7 ans, ils pensèrent que cet état devait être lié à un trouble neurologique causé par l'accouchement. Leur présence ne changea rien à son comportement. J. perdait toujours du poids. Son pronostic vital était engagé, malgré aucun résultat médical anormal. Son nourrisson fut donc adopté par M.

Le directeur du zoo B, entreprit tout ce qu'il put pour la sauver. En janvier 1997, il commençait à lui appliquer de la pommade chauffante pour activer sa circulation sanguine, la coiffait, la brossait, la masser et la forçait à manger. Il était son unique soigneur. Les muscles de J. étaient contractés, elle n'arrivait plus à ouvrir ses mains et ne voulait plus sortir de son box, bouger lui était très difficile. Pourtant, tous les jours il lui consacrait ce temps de soin individualisé et l'encourageait à sortir dans le couloir pour qu'elle conserve un contact social avec ses proches.

Au fur et à mesure des semaines, J. reprit de l'appétit et de l'énergie. Huit mois après, en octobre 1997, elle reprenait goût à la vie et retrouva une vie sociale digne d'un orang-outan en captivité. Concernant sa sœur, toutes ses maternités se sont très bien passées. Les autres maternités de J. se déroulèrent également favorablement.

Discussion

Dans la dépression post-partum, l'influence endocrinienne est discutée, certains travaux montrant qu'il y avait des taux hormonaux non significatifs entre les femmes en dépression et les autres ou alors, si des taux anormalement élevé ou bas étaient présents chez les femmes en souffrance psychique, cela ne permettait pas d'expliquer si cet indicateur était cause ou conséquence du trouble. Par contre le facteur stress jouerait un

rôle fondamental dans le dérèglement de l'axe corticotrope, l'activation de la réponse inflammatoire et le syndrome de basse T3. L'absence de soutien, l'isolement familial ou social, la détresse affective sont des facteurs de stress indiscutables. Nous pouvons donc avancer que la population des femmes immigrées est à haut risque de développer une dépression post-partum, bien qu'encore une fois, les travaux sur le sujet apportent des résultats contradictoires. Le besoin de retrouver ses repères d'origine est éprouvé par la plupart des jeunes mères. Les rites traditionnels sont là pour les accompagner dans ce grand changement de leur vie, où elles accèdent à la maternité.

Le cas clinique de J. permet de confirmer que son arrivée dans ce nouveau zoo a pu provoquer un stress à l'origine de son désarroi. La symptomatologie de J. correspond aux critères diagnostiques de la DPP du DSMIV tels que : Gestation au moment du transfert, Troubles digestifs non expliqués de façon somatique, Perte de l'appétit, Perte de poids, Fatigabilité, Sentiment de dévalorisation, Désintérêt pour son environnement tant social que physique, Ralentissement psychomoteur, Prostration. La massothérapie, l'attention individualisée, et le temps partagé avec un référent sécurisant et contenant, furent les outils psychothérapeutiques enrayant le processus dépressif.

Donc le facteur prépondérant à la manifestation dépressive du post-partum semblerait être le facteur stress. Les recherches médicales actuelles démontrent les effets positifs des massages au niveau de la diminution du taux de cortisol (hormone du stress) de 31% et l'augmentation de sérotonine de 28% et de dopamine de 31% (neurotransmetteurs du bien-être), à l'issue de massothérapie.

Ainsi, restons vigilants quant au risque accru de décompensation psychique chez la femelle en période pré et post natale provoquée par un stress. Evitons les migrations et favorisons les interactions chaleureuses, de sorte à augmenter leur capacité à s'adapter aux contraintes environnementales.

M.P.

Bibliographie

- A new paradigm for depression in new mothers : the central role of inflammation and how breastfeeding and anti-inflammatory treatments protect maternal mental health. K Kendall-Tackett. Int Breastfeed J 2007 ; 2 : 6. Traduit sur le site : <http://www.lllfrance.org/Dossiers-de-l-allaitement/DA-74-Depression-du-post-partum-tour-dhorizon.html>
- Cortisol decreases and serotonin and dopamine increase following massage therapy; Field T, Hernandez-Reif M, Diego M, Schanberg S., Kuhn C., Touch research Institutes, University of Miami School of Medicine, Florida, In J. Neurosciences, oct 2005.
- Depression : low dopamine, not low serotonin, Dr Ward Bond, 2013 : <http://drwardbond.weebly.com/1/post/2013/05/depression-low-dopamine-not-low-serotonin.html>
- Dépression : de la déprime au burn out, dossier Futura-Sciences, 2012.
- Depression during Pregnancy and the Puerperium ; Alexis M. Llewellyn, Zachary N. Stowe, M.D. and Charles B. Nemeroff, M.D., PhD; in J Clin Psychiatry 1997, p.26-32; n°58 (suppl 15).
- Dépression post-partum maternelle et développement de l'enfant : revue de littérature et arguments en faveur d'une approche familiale; H.Tissot, F.Frascarolo, J-N. Despland, N.Favez ; p.611-633 ; 2011.
- DSMIV, Masson, 2007.
- Intérêt et pertinence des bilans neuroendocriniens en post-partum immediate, Sylvie Arlot, Les troubles psychiques précoces du post-partum, p.29-37, érès 2002.
- Le blues « sévère » en suite de couches est-il lié à l'allaitement et au contacte psychosocial ?; Nine M.-C. Glangeaud-Freudenthal, Les troubles psychiques précoces du post-partum, p.9-23, érès 2002.
- Les couples mixtes ; Augustin Barbara, Bayard Editions, 1993.
- Les Dépressions périnatales; Bilien, éditions Masson, 2013.
- Les troubles psychiques de la grossesse et du post partum ; Module transdisciplinaire, cours : de la conception à la naissance, Anne Danion-Grilliat, Daniel Sibertin-Blanc, Marie-Rose Moro, Marie-Agathe Zimmermann, Université de Rouen, <http://www.univ-rouen.fr/servlet/com.univ.utils.LectureFichierJoint?CODE=1096553548261&LANGUE=0>
- Mère seule en exil ; analyse 2012, association Vivre Ensemble : <http://vivre-ensemble.be/?MIGRATIONS-Mere-seule-en-exil>
- Postpartum Depression and Maternity Blues in Immigrants Fragiskos Gonidakis University of Athens, Medical School, 1st Psychiatric Department, Greec, 2012.

La Dépression Post-Partum Cas d'une femelle Orang-outan

Marylise POMIGNAC, Tel 06 87 06 61 84, marylisep@gmail.com

Faculté de médecine Bordeaux Segalen, 146 Rue Léo Saignat, 33076 Bordeaux, France,
Tél. : +33 (0)5 57 57 12 79

Zoo Boissière du Doré, La Chataigneraie, 44430 La Boissière du Doré, Tel : +33 (0)2 40
33 70 32



Hypothèse

Le stress jouerait un rôle important dans le développement de la dépression post-partum chez la femelle primate humain comme non humain.

Matériel et Méthodes : Etude théorico-clinique d'une femelle orang outan, Jane, née et vivant en parc zoologique ayant développé une dépression deux mois après la naissance de son premier bébé et six mois après son arrivée dans le zoo français. Revue de littérature et Etude du cas clinique exposé par le directeur du zoo.



Résultats

L'épisode dépressif majeur est défini par au moins cinq des symptômes présentés dans le DSMIV pendant une même période d'une durée de deux semaines et un changement par rapport au fonctionnement antérieur ; au moins un des symptômes est soit une humeur dépressive, soit une perte d'intérêt ou de plaisir.

Les causes de la dépression chez la femme sont nombreuses et multifactorielles :

- L'influence des facteurs biologiques**
 - Production accrue de cytokines puis syndrome de basse T3
 - Taux diminué de dopamine.
 - Phénomène inflammatoire
- L'influence des événements stressants :** dysrégulation de l'axe corticotrope
- L'influence du degré de soutien à la mère :** Sentiment d'isolement / d'abandon
- L'influence de l'histoire psychiatrique** individuelle et familiale des mères
- La migration** comme facteur de risque : Perte des repères familiaux provoquant un syndrome général d'adaptation.

Quel qu'en soit l'effet déclencheur, la dépression s'accompagne toujours d'un dérèglement biochimique responsable de nombreux symptômes.

La symptomatologie de Jane correspond aux critères diagnostiques de la DPP du DSMIV tels que : Gestation au moment du transfert, Troubles digestifs non expliqués de façon somatique, Perte de l'appétit, Perte de poids, Fatigabilité, Sentiment de dévalorisation (ressenti par les soigneurs), Désintérêt pour son environnement tant social que physique, Ralentissement psychomoteur, Prostration.

Conclusion

Le facteur prépondérant à la manifestation dépressive du post-partum semblerait être le facteur stress.

Les recherches médicales démontrent les effets positifs des massages au niveau de la diminution du taux de cortisol (hormone du stress) de 31% et l'augmentation de sérotonine de 28% et de dopamine de 31% (neurotransmetteurs du bien-être), à l'issue de massothérapie.

Grâce à la massothérapie et à l'attention individualisée quotidienne pratiquées par le directeur du zoo, en neuf mois, Jane sortit de la dépression.



Bibliographie

A new paradigm for depression in new mothers, the central role of inflammation and how breastfeeding and anti-inflammatory treatments protect maternal mental health. K Kendall-Tackett. *Int Breastfeed J* 2007 ; * Cortisol decreases and serotonin and dopamine increase following massage therapy; Field T, Hernandez-Reif M, Diego M, Schenberg S., Kuhn C., Touch research Institutes, University of Miami School of Medicine, Florida, In J. Neurosciences, oct 2005. * Depression : low dopamine, not low serotonin, Dr Ward Bond, 2013 * Depression during Pregnancy and the Puerperium ; Alexis M. Llewellyn, Zachary N. Stowe, M.D. and Charles B. Nemeroff, M.D., PhD; In J Clin Psychiatry 1997, p.26-32; n°58 (suppl 15). * DSMIV, Masson, 2007. * Intérêt et pertinence des bilans neuroendocriniens en post-partum immédiat, Sylvie Ariot, Les troubles psychiques précoces du post-partum, p.29-37, éris 2002. * Les Dépressions périnatales; Bilen, éditions Masson, 2013. * Les troubles psychiques de la grossesse et du post partum ; Module transdisciplinaire, cours : de la conception à la naissance, Anne Darion-Grillat, Daniel Silbertin-Blanc, Marie-Rose Moro, Marie-Agathe Zimmermann, Université de Rouen * Postpartum Depression and Maternity Blues in Immigrants Fragiskos Gonidakis University of Athens, Medical School, 1st Psychiatric Department, Greece, 2012..