



Cas clinique

Césarienne et sismothérapie concomitante chez une patiente psychotique sévère : à propos d'un cas

*Cesarean section and sismotherapy in a severe psychotic parturient: A case report*C. Vermersch^a, S. Smadja^c, O. Amselem^b, O. Gay^c, L. Marcellin^b, R. Gaillard^c, A. Mignon^{a,*}^a Département d'anesthésie réanimation, hôpital Cochin, 27, rue Faubourg-Saint-Jacques, 75014 Paris, France^b Service de gynécologie obstétrique, maternité Port-Royal, 27, rue Faubourg-Saint-Jacques, 75014 Paris, France^c Service de psychiatrie, hôpital Sainte-Anne, 1, rue Cabanis, 75014 Paris, France

INFO ARTICLE

Historique de l'article :

Reçu le 2 mars 2013

Accepté le 8 juillet 2013

Mots clés :

Anesthésie locorégionale

Grossesse

Schizophrénie

Sismothérapie

Éthique

Keywords:

Regional anaesthesia

Pregnancy

Schizophrenia

Electroconvulsive therapy

Ethics

R É S U M É

Les pathologies psychiatriques sévères peuvent complexifier la prise en charge des parturientes et constituent une importante cause de morbidité materno-fœtale. Nous rapportons ici le cas d'une patiente atteinte d'une schizophrénie sévère décompensée au cours de la grossesse qui a nécessité son hospitalisation d'office en psychiatrie. L'état psychiatrique de la patiente imposait la réalisation d'une césarienne à 36 semaines d'aménorrhée (SA). Une césarienne sous anesthésie générale était réalisée, l'anesthésie locorégionale n'étant pas envisageable chez cette patiente incontrôlable. L'anesthésie générale permettait également de coupler la césarienne avec une première séance de sismothérapie, celle-ci ayant été contre-indiquée pendant la grossesse. Devant l'importance des traitements antipsychotiques reçus par cette patiente, nous avons tenté d'étudier leur passage fœtal. Le passage transplacentaire de la loxapine était en effet très élevé dans ce cas. Enfin, cette situation clinique nous a permis de nous interroger sur la question éthique du déroulement d'une grossesse chez des patientes psychotiques sévères.

© 2013 Publié par Elsevier Masson SAS pour la Société française d'anesthésie et de réanimation (Sfar).

A B S T R A C T

Psychiatric disorders may complicate the pregnancy and is one of the causes of maternal and fetal morbidity. We report the case of a patient with severe decompensated schizophrenia during her pregnancy that required prolonged hospitalization in psychiatric ward. The psychiatric status of the patient required the realization of a caesarean section at 36 weeks of amenorrhea. In our case, we decided to perform this cesarean section under general anaesthesia, since regional anaesthesia was not feasible in this patient in a state of uncontrolled agitation. Moreover, general anaesthesia permitted to combine cesarean section with a first session of electroconvulsive therapy, which had been declined during pregnancy. Given the huge amount of antipsychotic agents administered to the patient, we also studied their transplacental transfer and found a very high loxapine concentration in the fetus. Finally, this case raised several important ethical issues related to the management of the mother and her fetus in case of severe psychiatric disorders.

© 2013 Published by Elsevier Masson SAS on behalf of the Société française d'anesthésie et de réanimation (Sfar).

1. Introduction

Les pathologies psychiatriques, préexistantes à la grossesse ou survenant de novo, peuvent en complexifier le déroulement et la prise en charge. Elles constituent une cause de mort maternelle

importante dans tous les rapports internationaux, dans les rapports triennaux anglais [1] comme dans les études publiées aux États-Unis ou en Australie [2,3]. L'impact en termes de morbidité est mal connu. C'est principalement la dépression du post-partum qui est bien connue des praticiens, avec son risque d'infanticide comme son risque suicidaire [4]. La schizophrénie au cours de la grossesse est moins souvent évoquée. En effet, la grossesse est un événement rare dans ce contexte. Nous rapportons ici le cas d'une patiente atteinte d'une schizophrénie

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : alexandre.mignon@cch.aphp.fr (A. Mignon).

dysthymique sévère adressée dans notre maternité de niveau III en phase maniaque difficilement contrôlable et dangereuse pour la mère et le fœtus pour la prise en charge de la fin de grossesse et de l'accouchement.

2. Observation

Une femme, âgée de 26 ans, originaire du Sri Lanka, mariée, présentait des symptômes psychotiques apparus en fin d'adolescence, associant des troubles du comportement, une désorganisation majeure, des idées délirantes mystiques. Plusieurs hospitalisations ont été nécessaires au Sri Lanka.

À son arrivée en France en 2005 comme réfugiée politique, elle était hébergée par sa famille. Rapidement, une prise en charge psychiatrique sur son secteur était mise en place après plusieurs décompensations psychotiques. On notait au total cinq hospitalisations, dont une de dix mois. Le traitement habituel associait : rispéridone LP 50 (1 ampoule 1/14 j intramusculaire), rispéridone 8 mg/j, carbamazépine 800 mg/j.

Sur le plan gynéco-obstétrical, la patiente, enceinte en 2011, avait entrepris une interruption volontaire de grossesse compte tenu de la gravité de sa psychose. À nouveau enceinte début 2012, et mieux contrôlée par son traitement antipsychotique, la patiente souhaitait poursuivre cette grossesse. Au cinquième mois, la patiente, stabilisée sous neuroleptique changeait brutalement de comportement suite à une agression, ce qui nécessitait son admission sous contrainte en hôpital psychiatrique. Elle présentait un état d'excitation psychomotrice avec insomnie, désinhibition instinctuelle, agitation, rapports familiaux, hallucinations acoustico-verbales et cénesthésiques, propos incohérents. Au cours de l'hospitalisation, le traitement réintroduit associait rispéridone 12 mg/j et chlorpromazine 600 mg/j. L'amélioration clinique était partielle avec une persistance des idées délirantes avec hallucinations et désinhibition. Devant la résistance aux traitements médicamenteux, elle était transférée en hôpital psychiatrique et une électroconvulsivothérapie (ECT) était discutée. Celle-ci sera récusée du fait d'un risque de déclenchement du travail. Dans l'attente de l'accouchement, une modification de traitement était effectuée : il associait olanzapine 20 mg/j, loxapine 500 mg/j, chlorpromazine 200 mg/j, oxazépam 30 mg/j et hydroxyzine 300 mg/j. Ce traitement permettait une légère amélioration. Toutefois, la persistance de plusieurs passages à l'acte mettant en péril la santé de la patiente et du futur enfant (se jette ventre à terre) nécessitait un isolement et une contention quasi continue.

La grossesse se déroulait sans problème particulier avec un fœtus eutrophe, la patiente pesait 55 kg avec une prise de poids de 6 kg au cours de la grossesse. Après une discussion collégiale regroupant gynéco-obstétriciens, psychiatres, pédiatres et anesthésistes, il était décidé de programmer une césarienne. L'état d'agitation de la patiente devenant trop important, l'anesthésie locorégionale ne paraissait pas envisageable. Une césarienne sous anesthésie générale était donc programmée à 36 semaines d'aménorrhée (SA). À son arrivée le matin de la césarienne, la patiente était sous contention. L'ensemble des traitements

antipsychotiques était poursuivi jusqu'au matin. La patiente était opposante. Au bloc opératoire, elle bénéficiait d'un monitoring ECG, de la pression artérielle non invasive, de la SaO₂ et de l'analyse EEG bispectral (BIS, Aspect®). L'induction était réalisée en séquence rapide par 500 mg de thiopental et 100 mg de succinylcholine. Elle était intubée sans problème particulier. L'anesthésie était ensuite entretenue par halogéné (sévoflurane) et N₂O sous monitoring du BIS maintenu entre 40 et 60, puis morphinique après clampage du cordon. L'état hémodynamique restait stable au décours de la césarienne. La patiente donnait naissance à une fille de 2650 g, score APGAR 3, 8 et 10 à 1, 5 et 10 minutes de vie respectivement. Elle était prise en charge immédiatement par les pédiatres. À l'issue de la césarienne, la patiente bénéficiait d'une analgésie multimodale (paracétamol, néfopam, kétoprofène), complétée par un TAP-bloc bilatéral de 20 mL de ropivacaïne à 3,75 % réalisé sous échographie.

Comme convenu avec l'équipe de psychiatrie, la patiente était ensuite transférée intubée en SSPI afin d'y recevoir une première séance d'ECT. Cette sismothérapie se déroulait sous propofol (300 mg/h) et succinylcholine (100 mg). Avant réalisation de la sismothérapie, le BIS était à 52. Une ECT de 120 millicoulombs était réalisée. L'électroencéphalographie identifiait une crise de bonne intensité avec arrêt brutal, d'une durée de 29 secondes. Dans les suites immédiates de la sismothérapie, le BIS était à 17. La patiente présentait une poussée hypertensive, rapidement résolutive avec tachycardie sinusale. Dix minutes après la réalisation de la sismothérapie, le propofol était interrompu, suivi du réveil puis de l'extubation 20 minutes après la réalisation de la sismothérapie.

La patiente s'agitait progressivement en SSPI. Le traitement antipsychotique habituel était immédiatement repris et complété par des injections répétées de loxapine lors des épisodes d'agitation de la patiente. La patiente sera surveillée 24 heures en SSPI avant son transfert en hôpital psychiatrique. Les suites sur le plan obstétrical ont été simples.

Devant l'importance inhabituelle des traitements antipsychotiques pris par cette patiente au cours de la grossesse, et dans le but d'analyser les conséquences éventuelles du passage transplacentaire de ces fortes posologies, des dosages maternels ont été réalisés, complétés au même moment par plusieurs dosages dans le liquide amniotique et le cordon ombilical, puis une heure plus tard chez le nouveau-né dans les urines et le sang veineux. Malheureusement, ces deux derniers prélèvements n'ont jamais été retrouvés. Les prélèvements maternels retrouvaient un taux d'olanzapine à 6 ng/mL, soit un taux inférieur à ceux attendus en cas de traitement correctement suivi (20–80 ng/mL). En revanche, au niveau du liquide amniotique, les prélèvements retrouvaient une concentration élevée de loxapine à 123 ng/mL (dosages thérapeutiques attendus entre 20 et 100 ng/mL). Les autres substances (rispéridone, olanzapine, hydroxyzine, chlorpromazine) ont été retrouvées à des taux faibles. Enfin, au niveau du cordon ombilical, on notait un passage important de loxapine avec un taux retrouvé à 480 ng/mL (20–100 ng/mL). Les autres substances ont été retrouvées à des taux très faibles (Tableau 1).

Après 24 heures de surveillance en SSPI, la patiente était retransférée en psychiatrie pour la suite de la prise en charge par de

Tableau 1

Dosages des psychotropes dans le sang maternel, le sang de cordon (artère ombilicale) et le liquide amniotique. Les dosages indiqués entre parenthèses sont ceux rapportés en cas d'usage thérapeutique habituel du traitement.

	Dosage maternel	Dosage cordon ombilical	Dosage liquide amniotique
Olanzapine (20 mg/j)	6 ng/mL (20–80 ng/mL)	Traces	Traces
Loxapine (500 mg/j)	ND	480 ng/mL (20–100 ng/mL)	123 ng/mL (20–100 ng/mL)
Chlorpromazine (200 mg/j)	ND	Traces	Traces
Oxazépam (30 mg/j)	ND	Traces	Traces
Hydroxyzine (300 mg/j)	ND	Traces	Traces

ND : non documenté.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/2745430>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/2745430>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)