

Università degli Studi di Padova
Dipartimento di Scienze Ginecologiche e della Riproduzione Umana
Scuola di Specializzazione in Ginecologia e Ostetricia

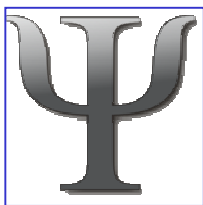
I DISTURBI PSICHICI POSTNATALI

Veronica Bertucci e Giovanna Ferrarese



Anamnesi Clinica

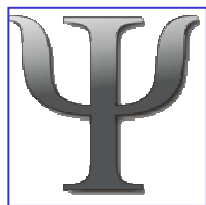
- Pz di 34 aa, PARA 0010
- Anamnesi familiare n.d.p.
- Anamnesi patologica remota:
 - ricovero per depressione maggiore nel '94
 - rinoplastica nel '96
 - RCU per aborto spontaneo nel 2007





Degenza in Clinica Ginecologica-Ostetrica (1)

- Ricovero in data 24.03.2009 per rialzo pressorio a 39+2 s.g.
- **Peso basale: 52 kg, peso a termine 58kg, h: 1,68**
- Gravidanza riferita normodecorsa
- In data 24.03.2009: intrapresa terapia con Adalat AR 1x2 esami ematochimici nella norma, stick urine neg.





Degenza in Clinica Ginecologica-Ostetrica (2)

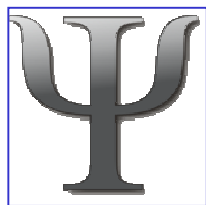
- In data 25.03.2009 ore 17:00
PAO 150/100 → si invia in sala parto per induzione del travaglio di parto: primo prepidil gel i.c.
- In data 26.03.2009 ore 03:10 rexi spontanea
Ore 04:49: nascita di neonato maschio, peso 2740 g, l 49 cm, APGAR 9-10
- Episiorrafia su episiotomia medio-lat dx
- Rialzo febbrile → Augmentin 1 cprx2





Degenza in Clinica Ginecologica-Ostetrica (3)

- In data 27-28-29.03.2009 decorso puerperale regolare
- In data 28.03 la pz chiede Ansiolin perché si sente stanca e non riesce a riposare
- In data 29.03 ore 15:00 → dimissione

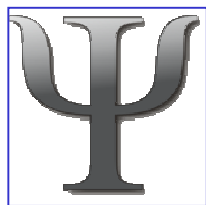




Degenza in Servizio Psichiatrico III (1)

In data 31.03 la pz viene ricoverata presso il Servizio Psichiatrico III presentando sintomatologia ingravescente dopo il post-partum con:

- umore disforico
- insonnia totale
- aspetti dissociativi
- allucinazioni visive e uditive riguardanti il neonato
- deliri di tipo mistico
- stato di angoscia marcato verso il neonato e sé stessa
- eloquio e psicomotricità accelerati

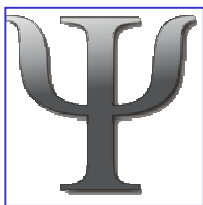




Degenza in Servizio Psichiatrico III (2)

Terapia farmacologica:

- Dostinex ½ cpr x 2 per 2 gg
- Seroquel 300mg: 2cp/die(p. a. quetiapina)
- Depakin 500mg: 2cp/die (p. a. acido valproico e sodio valproato)
- Tavor 2,5 mg: 1cp alla sera(p. a. lorazepam)
- Zoloft 50mg: ½ cp al mattino (p. a. sertralina)





Degenza in Servizio Psichiatrico III (3)

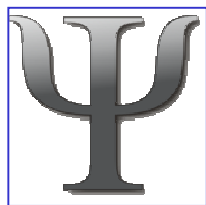
- Dostinex (soppressione della lattazione fisiologica)
- Seroquel (Quetiapina): Stabilizzatore dell'Umore appartenente alla categoria degli ANTIPSIHOTICI ATIPICI (antagonista dei recettori della dopamina e della serotonina ed effetto antagonista anche sui rec H1), particolarmente efficace con i sintomi negativi.
- Depakin (Acido Valproico e Sodio Valproato): farmaco utilizzato nella terapia del Piccolo Male Epilettico, è utilmente impiegato anche nella terapia e nella prevenzione delle crisi maniacali e nella terapia dei gravi stati ansiosi, associati o meno a Disturbi dell'Umore.





Degenza in Servizio Psichiatrico III (4)

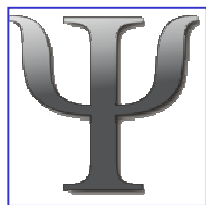
- Tavor (Lorazepam): ansiolitico appartenente alla categorie delle Benzodiazepine ad emivita breve.
- Zoloft (Sertralina): antidepressivo appartenente alla categoria dei SSRI → Inibitori selettivi della ricaptazione della serotonina.





Degenza in Servizio Psichiatrico III (5)

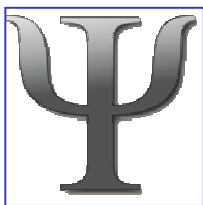
- Spazi di incontro monitorati tra madre e neonato dopo circa 3 settimane di degenza
- Colloqui giornalieri con la pz e settimanali con il nucleo familiare
- Attivazione di reti di sostegno familiare e sociale





Degenza in Servizio Psichiatrico III (5)

- Dimissione: 08.05.2009
- Diagnosi di dimissione: depressione post-partum con manifestazioni psicotiche
- Programmato controllo ginecologico per inserimento IUD
- Dal 09.05.2009 → follow-up settimanale in regime di DH



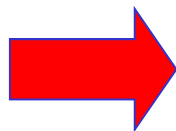


DISTURBI PSICHICI PUERPERALI

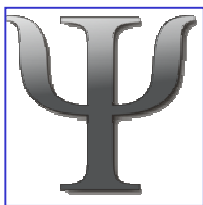
(Brockington, 1996)

- Stati Confusionali a insorgenza precoce;
- Disturbi d'Ansia;

- Depressione;
- Psicosi Puerperale.



*Mood Disorders
with a Post-partum Onset
Specifier
(DSM-IV TR)*

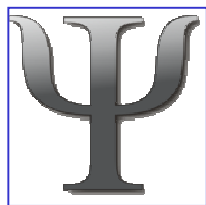
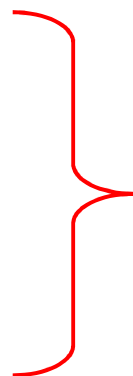




Mood Disorders with a Post-partum Onset Specifier *(DSM-IV TR)*

Oggi la maggior parte dei ricercatori è concorde nel ritenere che vi sia un *continuum* di gravità del disturbo dell'umore nel post-partum che può essere distinto in tre categorie:

- *Maternity Blues;*
- *Depressione post-partum;*
- *Psicosi Puerperale.*





Maternity Blues

(Pitt, 1973; Oakley e Chamberlain, 1981)

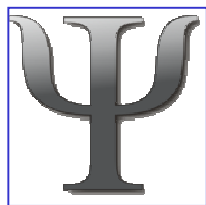
Alterazioni dell'umore transitorie che insorgono a partire dal terzo-quarto giorno dopo il parto;

Sintomatologia: - Pianto
- Labilità emotiva
- Umore depresso e ansioso

FREQUENZA
50 – 80%

Si tratta di sindromi che hanno una risoluzione rapida (15 gg.) le quali non vengono considerate “disturbi” nel senso stretto del termine in quanto raramente necessitano di attenzione specialistica.

(Mauri e Banti, 2003)





Maternity Blues

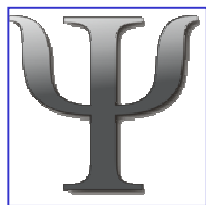
(Di Salvo et al., 2005)

Pur considerando tale sindrome come fisiologica....

Però

..... Non deve essere sottovalutata in quanto essa costituisce il collegamento tra il versante biologico ed il disturbo emozionale e costituisce anche una sorta di ponte tra la normalità e la psicopatologia puerperale dal momento che essa comprende, sia pure in forma lieve, molti dei sintomi e delle problematiche caratteristiche della patologia puerperale maggiore.

(Mauri e Banti, 2003)





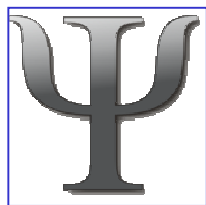
Depressione Post-Partum

(Cox et al., 1993)

Tale tipo di depressione ha un andamento particolare in quanto insorge dalle 4 alle 6 settimane dopo il parto con la massima frequenza nel periodo che va dai 3 ai 6 mesi dopo il parto;

Sintomatologia:

- Umore Disforico;
- Disturbi del Sonno;
- Disturbi dell'Appetito;
- Disturbi Psicomotori;
- Affaticabilità;
- Ansia ed angoscia generalizzata;



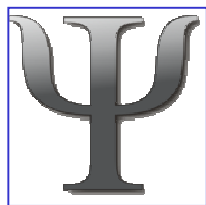


Depressione Post-Partum

(Cramer, 1999)

La durata media dell'episodio che caratterizza la depressione post-partum sembra essere di alcuni mesi e la prognosi prevede varie possibilità:

- Risoluzione entro i 6 mesi dalla comparsa;
- Recidive successive (es. nuovi parti) che portano al Disturbo Distimico;
- Cronicizzazione con passaggio alla Depressione di tipo Grave o trasformazione in funzionamenti con caratteristiche di tipo fobico o ossessivo.





Psicosi Puerperale

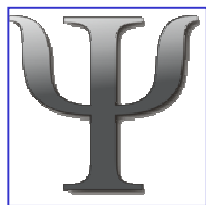
(Hipwell e Kumar, 1997)

L'esordio di tale quadro è solitamente acuto ed si verifica nelle prime 3 settimane dopo il parto, spesso nell'arco di pochi giorni, con successivo ricovero nel primo mese.

Sintomatologia:

- Deliri;
- Allucinazioni;
- Rapide oscillazioni del tono dell'umore (disforico/euforico);
- Disturbi del Sonno;
- Disorganizzazione del comportamento;
- Confusione mentale, disorientamento.

(Brockington et al., 1981)





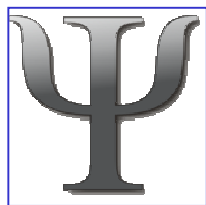
Psicosi Puerperale

(Di Salvo et al., 2005)

La prognosi è molto incerta in quanto tale sindrome è la più grave del post-partum e la sua eziopatogenesi risulta ancora molto complessa.

Sono stati messi in luce dei fattori di rischio o predisponenti:

- Primiparità;
- Disturbi psichici pregressi;
- Precedenti psicosi puerperali.





Psicosi Puerperale

(Di Salvo et al., 2005)

Sindrome che va ben monitorata in quanto ha un tasso di suicidio del 5% e d'infanticidio del 4%.

Ciò in quanto i contenuti dei deliri sono collegati all'esperienza materna e/o riguardano la vita e la salute del bambino, che la madre crede spesso compromesse per causa sua.

Altri deliri possono riguardare l'appartenenza del neonato che la madre crede scambiato con un altro non suo, o ancora deliri di negazione dell'esistenza del figlio e della maternità.

