

« JE NE SUIS PAS ENCEINTE ! » A PROPOS DU DÉNI DE GROSSESSE...

GROBET M (1), CAPELLE X (2), WILLEMS T (3), TRIFFAUX JM (4), GASPARD U (2), KRIDELKA F (2)

RÉSUMÉ : Le terme de «déli de grossesse», bien qu'utilisé dans la pratique médicale courante depuis 1970, n'a, à ce jour, pas encore de définition universelle. La littérature permet de le définir comme la «non-reconnaissance d'une grossesse au-delà du premier trimestre, qui peut se prolonger jusqu'à l'accouchement et recouvrir ce dernier». Les changements liés à la grossesse sont biologiquement réduits et incorrectement perçus par la femme, ce qui fait passer son évolution sous silence. Bien que souvent considéré à tort comme un phénomène rare, la littérature le décrit, cependant, avec une prévalence de 2 à 3 cas pour 1.000 accouchements viables. Le cas clinique rapporté ici, accompagné d'une revue succincte de la littérature, vise à conscientiser les cliniciens quant aux circonstances de diagnostic d'un déni de grossesse et la morbi-mortalité périnatale qui y est, potentiellement, associée.

MOTS-CLÉS : *Déni de grossesse - Diagnostic - Morbi-mortalité périnatale - Physiopathologie*

« I AM NOT PREGNANT ! »
ABOUT DENIAL OF PREGNANCY...

SUMMARY : The term «denial of pregnancy», although used in current medical practice since 1970, does not yet have a universal definition. The literature allows to define it as «the non-recognition of a pregnancy beyond the first trimester, which can last until delivery and cover it». The changes related to pregnancy are biologically reduced or incorrectly perceived or even ignored. Although often wrongly considered as a rare phenomenon, the literature describes it as having a prevalence of 2 to 3 cases per 1.000 viable deliveries. This case report associated with a short review of the literature aims to optimise the clinician awareness, leading to the diagnosis as well as the potential perinatal consequences linked to this phenomenon.

KEYWORDS : *Denial of pregnancy - Diagnosis - Perinatal morbidity and mortality - Pathophysiology*

INTRODUCTION

A partir de 14 semaines d'aménorrhée, nous distinguons respectivement le déni partiel et le déni total de grossesse. Le déni de grossesse partiel, le plus fréquemment rencontré, est une grossesse méconnue au-delà du premier trimestre, mais avec prise de conscience avant l'accouchement, tandis que le déni total de grossesse persiste, quant à lui, jusqu'au moment de la mise en travail. Leur prévalence est de l'ordre de 2 à 3 cas pour 1.000 grossesses viables (1, 2). Ce phénomène est souvent considéré comme «inconcevable», tant dans la population générale que parmi les professionnels de la santé, et il reste encore, majoritairement, incompris. Il est, de façon présumée, lié à certaines causes spécifiques comme un très jeune âge maternel, une origine étrangère, ou encore, un bas niveau socio-économique (3, 4). Nous détaillerons, dans cet article, les observations relatives aux différentes circonstances de découverte des

grossesses déniées ainsi qu'aux complications néonatales qui y sont liées (4-6).

Nous décrivons ici l'histoire d'une jeune patiente de 19 ans chez qui une grossesse insoupçonnée a été découverte à un âge gestationnel de 32 semaines. Cet événement témoigne de la capacité remarquable qu'a le corps humain de trahir celui qui l'habite, en dissimulant à la mère la grossesse qui cohabite en son sein. L'intérêt de ce cas s'explique par la pauvreté en connaissances actuelles relatives au déni de grossesse ainsi que par l'importance de l'impact physique et psychologique que ce déni est capable d'occasionner.

PRÉSENTATION DU CAS

Lors d'une soirée de juin 2019, une jeune femme âgée de 19 ans se présente au Service des Urgences du CHU de Liège à la demande de son médecin traitant pour une mise au point échographique d'une masse abdominale en croissance depuis plusieurs mois. En effet, celle-ci a été mise en évidence à la suite d'une prise pondérale inexpliquée et «asymptomatique». La patiente ne dispose d'aucun antécédent particulier, hormis une tendance à la constipation et un reflux gastro-oesophagien apparu dans le décours des mois qui ont précédé son admission. A l'anamnèse gynécologique, des menstruations régulières sont rapportées par la jeune

(1) Faculté de Médecine, ULiège, Belgique.
(2) Service de Gynécologie-Obstétrique, CHU Liège, Belgique.
(3) Service de Gynécologie-Obstétrique, Grand Hôpital de Charleroi, Belgique.
(4) Service de Psychiatrie, CHU Liège, Belgique.

femme qui souligne, toutefois, avoir interrompu sa contraception orale un an auparavant, par manque d'assiduité lors des prises. Les derniers rapports sexuels qu'elle a entretenus, en novembre 2018, ont alors été protégés par préservatif.

Une majoration de l'appétit est également relevée, celle-ci n'étant accompagnée d'aucune plainte digestive. Il n'existe pas de troubles urinaires. Du point de vue familial, la patiente est issue d'un couple à ce jour séparé. Elle entretient de bonnes relations avec sa mère chez qui elle vit quotidiennement depuis son enfance. Elle manifeste un épuisement, à la fois physique et psychique, qu'elle attribue à son nouvel emploi dans le secteur de l'Horeca, obtenu quelques mois auparavant.

A l'examen clinique, une hyperpigmentation cutanée reliant l'ombilic au pubis est d'emblée identifiée, suivie par la mise en évidence d'un axe utérin très probable et d'une sensibilité des flancs lors de la palpation abdominale. Les analyses biologiques et urinaires révèlent une majoration du taux d'hCG («human Chorionic Gonadotropin») à 33.965 UI/l et une infection urinaire basse. Une échographie abdominale permet de visualiser et d'estimer l'âge gestationnel de la grossesse à 32 semaines et 2 jours.

Une hospitalisation ainsi qu'une prise en charge psychologique sont alors proposées à la patiente qui préfère, cependant, rentrer au domicile familial accompagnée de ses proches, manifestant la nécessité d'un temps de réflexion au vu de la récence et de l'importance de cette découverte. *A posteriori*, une consultation obstétricale est planifiée en vue de l'établissement d'un plan de suivi et d'une prise en charge répondant à la fois aux besoins et aux souhaits de la patiente.

L'accouchement se déroule, sans difficulté, après 40 semaines et 2 jours de gestation. Malgré le caractère singulier et exceptionnel de cette grossesse, le nouveau-né ne semble présenter aucune anomalie développementale, avec un poids de naissance de 3.770 grammes en adéquation avec l'âge gestationnel et un score d'Apgar maximal à 5 minutes de vie.

DISCUSSION

Le déni de grossesse, par sa particularité et sa complexité, illustre la puissance des mécanismes psychiques et leur influence somatique étonnante. Cette relation somato-psychique est particulièrement marquée chez la femme enceinte, en raison des importants boulever-

sements émotionnels ainsi que des modifications hormonales massives qui accompagnent la grossesse. Le terrain de la psychopathologie périnatale est riche. Ainsi, considérer cette réalité est essentiel pour permettre une prise en charge adéquate de ces patientes par les professionnels de la santé.

D'après la réflexion faite par Benoît Bayle (7) concernant la grossesse dans sa globalité, nous pouvons parler de deux gestations distinctes et simultanées : l'une physique (le fœtus se développant dans l'utérus de sa mère) et l'autre psychique (le fait d'avoir été fécondée et de se sentir enceinte). Dans le cadre d'un déni de grossesse, il y a un profond trouble de la gestation psychique, marquée par la puissance du mécanisme défensif qu'est le déni; un clivage apparaît entre le corps et la psyché. En raison de l'intensité du conflit intrapsychique, le mental aurait la capacité de neutraliser les signes cliniques du corps gravide. Dans le cas où des symptômes se laisseraient toutefois ressentir, ils seraient alors soumis à un rejet de mentalisation.

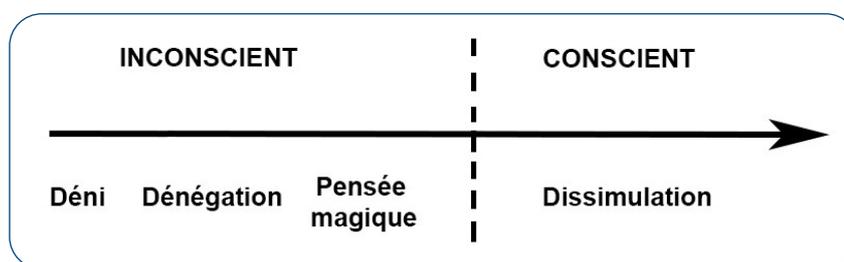
«L'être en gestation ne s'implante pas seulement dans l'endomètre de la femme, il doit aussi se faire une place, un nid, dans son psychisme, alors même qu'il impose à la femme enceinte une situation hors du commun, proche de la folie : être soi et autrui, en même temps.» Benoît Bayle (2003) (7).

L'ABSENCE DE CHANGEMENT MORPHOLOGIQUE

Dans un déni de grossesse, la paroi abdominale de la femme enceinte ne se distend pas comme lors d'une grossesse habituelle (8). En effet, la dissociation corps-psyché est d'une puissance telle, que celle-ci parvient à contrôler la silhouette de la femme et à faire passer sous silence les signes physiologiques de la grossesse (8). D'après la théorie évoquée par Nisand et Marinopoulos, la psyché serait pourvue d'une influence majeure sur le fonctionnement des muscles grands droits de l'abdomen dont les fibres se voient contractées de façon permanente. Une modification de la position de l'utérus est également rapportée avec un développement plutôt vertical et postérieur le long du rachis (9). Par conséquent, l'association de ces modifications fonctionnelles contribue à la discrétion de l'expression des modifications corporelles extérieures. La grossesse en cours ne se laisse, dès lors, pas remarquer, pouvant parfois demeurer méconnue aux yeux de tous (9).

Lors de la découverte de la grossesse, le clivage corps-psyché se voit brutalement brisé; la grossesse tend, alors, à s'extérioriser : elle se manifeste en l'espace de quelques jours jusqu'à

Figure 1. Processus psychiques associés au déni de grossesse (13).



atteindre l'expression correspondante attendue selon l'âge gestationnel, comme si la nouvelle conception psychique de l'enfant au sein de la pensée maternelle constituait la condition *sine qua non* à la fois de l'expression physique et somatique de la grossesse (10).

La psychologue et psychanalyste Sophie Marinopoulos souligne, à son tour, la capacité du fœtus à réagir aux différents stimuli internes et externes de la grossesse en étouffant ses différentes manifestations physiologiques aussi longtemps qu'aucune place psychique ne lui est consacrée (10, 11). En 2007, elle met en avant le paradoxe du déni de grossesse: «*Le déni ne se parle pas. Il est. Le déni se manifeste par une non-prise de conscience de la réalité. Dans le cas du déni de grossesse, il s'agit d'une non-prise de conscience de l'état d'être enceinte. Ainsi sa manifestation est de ne pas se manifester*» (10).

Au moment de la conscientisation de la grossesse, la confrontation mère-fœtus entraîne des réactions très variables de la part des femmes, qui sont souvent choquées et sidérées de n'avoir ressenti aucun symptôme susceptible de leur laisser envisager la possibilité d'une quelconque grossesse (11). Ceci illustre également la complexité de l'élaboration d'un lien mère-enfant, où celui-ci se voit brutalisé par cette rencontre inattendue, alors qu'il se façonne habituellement progressivement pendant les 9 mois qui constituent la grossesse.

LES NÉGATIONS DE GROSSESSE

Bayle (7) et Dayan et coll. (12) utilisent le terme de «*négation de grossesse*» sous deux formes distinctes : les négations conscientes avec la dissimulation de grossesse et les négations inconscientes dans lesquelles figurent le déni, la dénégation et la pensée magique. Selon eux, le recours à ces différents mécanismes de défense serait lié à des structures psychiques diverses propres à chaque femme ainsi qu'au rapport intime que chacune d'entre elles entre-

tient avec la maternité, mais aussi avec son environnement social, voire professionnel. Les processus psychiques qui se déroulent en cas de déni, et qui sont repris à la Figure 1, peuvent se décrire comme suit :

- la dissimulation est un état dans lequel la femme a pleinement conscience de sa grossesse qu'elle tente, cependant, de dissimuler jusqu'au terme de celle-ci;
- dans le déni, il s'opère un rejet actif d'une perception traumatisante par l'inconscient. Dans ce cas, il existe un savoir sur une réalité toutefois possible, mais une non-reconnaissance de ce savoir pour soi. La femme ignore alors son état gravis;
- la dénégation est un mécanisme de défense appartenant à l'état psychique de névrose, avec un clivage entre le sujet et son désir. Le «*Moi*» est alors partagé entre deux contradictions : la personne a pleinement conscience de son état, mais le nie;
- dans le cas de la pensée magique, le fait de ne pas déclarer sa grossesse équivaut à ne pas être enceinte (1).

CIRCONSTANCES DE DÉCOUVERTE DE LA GROSSESSE DÉNIÉE

Une étude rétrospective, menée par le Centre hospitalier universitaire vaudois en Suisse en 2014, montre que 25 % des patientes sont restées asymptomatiques jusqu'à la mise au point diagnostique; celle-ci a été établie dans le décours d'une consultation gynécologique annuelle ou, encore, conséquemment à un changement de perception du regard extérieur à leur égard (4).

Néanmoins, la majorité des femmes ont été interpellées par une multitude de symptômes peu spécifiques parmi lesquels figurent des douleurs abdominales, une prise pondérale inexplicquée, des saignements vaginaux, ou encore, des symptômes grippaux. La totalité de ceux-ci est reprise dans le Tableau I.

Tableau I. Circonstances de découverte de la grossesse sur base des données recueillies chez 44 femmes issues de l'étude du Centre hospitalier universitaire vaudois (4).

SYMPTOMES		POURCENTAGE
AUCUN SYMPTOME		25 %
	Découverte lors d'une consultation annuelle gynécologique	6,8 %
	«Changement du regard des autres»	9 %
	Diagnostic antérieur de stérilité	2,3 %
	Croyance de stérilité suite à la mise en évidence d'un « rétrécissement des trompes » par le gynécologue	2,3 %
	Aménorrhée post-chimiothérapie	2,3 %
	Découverte de la grossesse chez une femme atteinte de sarcome médiastinal lors d'un scanner thoraco-abdominal à visée pronostique	2,3 %
SYMPTOMES		75 %
	Douleurs abdominales	27,3 %
	Aménorrhée depuis quelques mois	25,0 %
	Sensation de mouvement intra-abdominal	13,6 %
	Saignements vaginaux	13,6 %
	Prise de poids	11,3 %
	Symptômes grippaux (frissons, fatigue, perte d'appétit, courbatures, céphalées, arthralgies diffuses, ...)	4,5 %
	Fuites urinaires	4,5 %
	Vergetures mammaires	2,3 %
	Sensation de «masse» dans l'abdomen	2,3 %
	Découverte au cours de l'allaitement de l'enfant né précédemment	4,5 %

LA MORBIDITÉ NÉONATALE

En ce qui concerne la morbidité néonatale liée au déni de grossesse, les différentes données recueillies démontrent l'existence d'une augmentation significative du risque néonatal.

En effet, Wessel et coll. mettent en évidence une fréquence majorée d'accouchements nécessitant l'aide de techniques chirurgicales ou instrumentales, d'accouchements prématurés, de retard de croissance intra-utérin, de nouveau-nés avec un faible poids de naissance et de transferts de nouveau-nés en néonatalogie (5). Selon les auteurs, ceci pourrait résulter d'un suivi médical insuffisant ainsi que d'une absence d'adaptation prénatale normale des patientes à l'égard de leur grossesse (5).

L'étude suisse, déjà décrite, dénonce également une proportion majorée de prématurité avec un effectif total de dix-neuf nouveau-nés (22 %) dont onze souffrant de prématurité moyenne (32-36 semaines d'aménorrhée ou SA), cinq de prématurité sévère (28-32 SA) et trois de prématurité extrême (moins de 27 SA) (4).

PRÉVENTION ET PRISE EN CHARGE

Le déni de grossesse, contrairement aux nombreuses croyances populaires, n'est pas un phénomène rare. D'après de nombreuses études, il semble apparaître dans 0,2 à 0,3 % des naissances (1, 14). De manière générale, il n'y a pas de caractéristiques propres aux femmes qui y sont confrontées, ce qui ne permet pas de dresser un portrait précis particulièrement à risque. En effet, le déni de grossesse ne s'intéresse pas à une population définie ou marginale, mais plutôt à un groupe hétérogène de femmes, ce qui ne permet pas d'assurer un dépistage efficace (3, 4).

Au vu du faible niveau de connaissance du grand public et des professionnels de la santé à son égard, il semblerait qu'un moyen de prévenir le déni de grossesse, et les conséquences qui en résultent, serait, avant tout, de promouvoir la conscientisation de son existence. Le développement de ses différentes présentations cliniques pourrait, également, faciliter et favoriser sa considération lorsque la clinique le per-

met et ce, de la même manière que tout autre diagnostic potentiel.

De plus, offrir à ces patientes une collaboration et un soutien multidisciplinaire s'avère primordial pour optimiser leur suivi au vu des multiples enjeux à relever dans un laps de temps limité.

En effet, la méconnaissance de la grossesse durant plusieurs mois, voire jusqu'à l'accouchement, engendre des difficultés, tant sur le plan psychologique qu'organisationnel, au sein du couple, du cercle familial et de l'équipe soignante. C'est pourquoi poursuivre un travail psychothérapeutique, adapté aux besoins et aux désirs de chaque patiente dès la sortie de la maternité, semble essentiel afin de favoriser l'établissement d'une relation mère-enfant la plus adéquate possible. Ce travail peut aider, également, à la compréhension du caractère surprenant et unique de la grossesse à laquelle la patiente doit faire face et limiter, autant que possible, les répercussions familiales et socio-professionnelles que cette grossesse non reconnue est susceptible d'occasionner (15).

CONCLUSION

Dans une société faite de progrès médicaux où la maîtrise de la fécondité est en développement constant, il paraît difficile d'imaginer qu'une grossesse puisse passer totalement inaperçue jusqu'à son terme, voire jusqu'à l'accouchement...

Pourtant, le déni de grossesse, sous sa forme partielle ou totale, échappe à cette dimension sociale idéalisée et résiste aux pulsions biologiques les plus profondes.

Dès lors, il semble capital d'informer les praticiens quant aux différentes modalités de prise en charge des femmes concernées. Une équipe spécialisée pluridisciplinaire ainsi qu'un suivi seront en effet essentiels afin d'assurer à la patiente un soutien à la fois médical et psychologique.

BIBLIOGRAPHIE

1. Grangaud N. Psychopathologie du déni de grossesse : revue de littérature. *Perspectives Psy* 2002;**41**:174-81.
2. Lucien E. Enceinte de neuf mois sans le savoir. in Brouet AM *Quand la grossesse n'existe pas*. Tribune de Genève 2010.
3. Wessel J, Gauruder-Burmester A, Gerlinger C. Denial of pregnancy- characteristics of women at risk. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2007;**86**:542-6.
4. Costa A, Renteria SC, Leenders B. *Le déni de grossesse : étude rétrospective au CHUV*. Mémoire de Maîtrise en Médecine. Lausanne 2014:1-30.
5. Wessel J, Endrikat J, Buscher U. Elevated risk for neonatal outcome following denial of pregnancy : results of one-year prospective study compared with control group. *J Perinat Med* 2003;**31**:29-35.
6. Brezinka C, Huter O, Biebl W, et al. Denial of pregnancy: obstetrical aspects. *J Psychosom Obstet Gynecol* 1994;**15**:1-8.
7. Bayle B. *L'embryon sur le divan : psychopathologie de la conception humaine*. Ed Elsevier Masson. Paris 2003.
8. Bastian L, Brown H. Clinical manifestations and diagnosis of early pregnancy, 2013. En ligne : <https://www.uptodate.com/contents/clinical-manifestations-and-diagnosis-of-early-pregnancy>, consulté le 14 octobre 2019.
9. Nisand I, Marinopoulos S. *Elles accouchent et ne sont pas enceintes : le déni de grossesse*. Ed Les Liens qui libèrent. Paris 2011.
10. Marinopoulos S. *Le déni de grossesse*. Temps d'Arrêt-Lectures. Ed Henry Ingberg. Bruxelles 2007.
11. Lamidé F, Prost A. «Ces grossesses silencieuses» : quelle attitude la sage-femme adopte-t-elle en post-partum, dans les processus d'interactions mère-enfant, quand il y a eu déni de grossesse ? Mémoire sage-femme, Institut Supérieur d'Enseignement Infirmier, Bruxelles 2006.
12. Dayan J, Andro G, Dugnat M. *Déni de grossesse*. *Psychopathologie de la périnatalité*. Masson. Paris 1999:41-9.
13. Tschannen K, Mira M, Giacomini M, et al. *Un passager clandestin : Les vérités sur le déni de grossesse*. Ed Immersion en communauté. Genève 2013.
14. Wessel J, Endrikat J, Buscher U. Frequency of denial of pregnancy : results and epidemiological significance of a 1-year prospective study in Berlin. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2002;**81**:1021-7.
15. Vitry I, Roubaud L, Moro MR. La face cachée de la lune : grossesse, adolescence et migration. *Perspectives Psy* 2002;**41**:200-7.

Les demandes de tirés à part doivent être adressées au Dr F. Kridelka, Service de Gynécologie-Obstétrique, CHU Liège, Belgique.

Email : Frederic.Kridelka@chuliege.be