

"ARRACHEZ-MOI CE COEUR !" : DE LA CRAINTE DU REJET AU DÉLIRE APRÈS TRANSPLANTATION CARDIAQUE

J-M. TRIFFAUX (1), J-C. DEMOULIN (2), R. LIMET (3)

RÉSUMÉ : La transplantation cardiaque induit chez le futur receveur des réactions psychiques, conscientes et inconscientes, d'une extrême complexité. La plupart des études rétrospectives et prospectives rapportent une prévalence élevée de troubles psychopathologiques, même si la qualité de vie et le pronostic à long terme sont considérablement améliorés après l'opération. Les troubles psychotiques aigus postopératoires sont rares, mais nécessitent une intervention psychiatrique urgente car ils menacent gravement l'avenir de la greffe. Le délire de persécution de Pascal, un jeune receveur de 39 ans ayant bénéficié de deux transplantations cardiaques qui se retrouve actuellement en attente de greffe rénale, illustre l'aspect imprévisible des symptômes psychotiques postopératoires.

INTRODUCTION

La transplantation cardiaque est une intervention connue pour le degré de souffrance psychique qu'elle induit chez le patient dès l'annonce de la greffe (1-5). Ce projet thérapeutique est proposé au patient souffrant d'une insuffisance cardiaque en phase terminale dont le pronostic vital est inférieur à six mois. A la blessure narcissique causée par l'affection somatique, s'ajoute la remise en question de l'intégrité de l'image corporelle, c'est-à-dire de la représentation inconsciente, imaginaire, que chacun se fait de son propre corps. Cette double blessure narcissique met la psyché des patients sévèrement à l'épreuve, la visée réparatrice de la greffe ne pouvant être intégrée progressivement que dans l'après-coup. Dès la période d'attente, le patient est confronté simultanément à un triple deuil: deuil de son état de santé antérieur, deuil de son propre cœur et deuil du donneur. Les mécanismes de défense habituellement mis en œuvre sont le refoulement, le déni, l'isolation, la fuite dans l'action. Ces défenses psychologiques jouent le rôle de "soupape de sécurité" protégeant le patient d'un risque potentiel d'implosion psychique (6-8). Cependant, lorsque l'angoisse de mort devient envahissante au point de faire effraction à travers ces barrières protectrices, un état psychotique peut parfois apparaître, soit sous un mode persécuteur, soit sous la forme de complications somatiques graves. Par ailleurs, des

**"TAKE THIS HEART AWAY !" : FROM FEAR OF GRAFT REJECTION
TO POST-TRANSPLANT DELIRIUM**

SUMMARY : Orthotopic heart transplantation is a major surgical intervention inducing conscious and unconscious psychological distress. Though all reports indicated global improvement of quality of life from pre- to post-transplantation, most retrospective and longitudinal studies found a high prevalence of psychopathology before and after surgery. Post-operative acute psychotic disorders are uncommon but they severely hamper the medical progress and require an immediate psychiatric assistance.

The case of Pascal, a young receiver who presented a brief persecution delusional disorder after the first transplantation, showed the dramatic character of such unexpected symptoms.

KEYWORDS : Cardiac transplantation - Psychotic disorders - Psychiatric assistance

études rétrospectives ont montré que des antécédents d'épisodes délirants préopératoires représentent un facteur de risque d'état délirant postopératoire aggravant, à leur tour, la morbidité et la mortalité après intervention chirurgicale (9).

CAS CLINIQUE : PASCAL OU "LE PARCOURS DU COMBATTANT"

Pascal est suivi depuis 1984 par son cardiologue dans le cadre d'une cardiopathie dilatée apparue suite à une myocardite virale. Son affection cardiaque a été stabilisée pendant une dizaine d'années mais en 1994, le patient a présenté plusieurs épisodes de défaillance ventriculaire gauche clinique au point qu'un projet de greffe cardiaque lui a été proposé. Outre le bilan somatique habituel, le patient a bénéficié d'une évaluation psychologique préopératoire.

Au cours de cette évaluation, le patient n'avait évoqué aucun antécédent psychopathologique personnel ou familial. Son discours était essentiellement focalisé sur l'importance de sa vie professionnelle, le patient ayant travaillé comme commerçant jusqu'en 1984, date du début de son affection cardiaque. A l'époque, le patient s'était réorienté vers une formation permettant un reclassement professionnel tenant compte de son handicap. Après trois ans de cours de comptabilité et d'informatique, il put retrouver un travail de délégué commercial qu'il a maintenu sans interruption. Avant ses problèmes de santé, Pascal faisait également 15.000 km de vélo par an, jouait deux matches de foot par semaine et se décrivait comme un gagnant. La proposition de transplantation cardiaque apparaissait pour lui comme un nouveau défi qu'il voulait relever.

(1) Chef de Clinique Associé, Service de Psychiatrie et de Psychologie Médicale, CHU de Liège; Médecin-Directeur de l'Hôpital de Jour Universitaire "La Clé", Liège.

(2) Agrégé, Service de Cardiologie, CHU de Liège.

(3) Professeur Ordinaire, Service de Chirurgie Cardio-Vasculaire et Thoracique, CHU de Liège.

Sur le plan affectif, il avait préféré une vie de "célibataire" et venait de se mettre en ménage avec une compagne ayant elle-même deux enfants. Il signalait également avoir un moral "d'acier" et avoir porté jusqu'à présent ses parents "à bout de bras".

Un testing psychologique réalisé parallèlement à l'aide de divers auto-questionnaires n'a pas révélé de score pathologique aux échelles d'anxiété, de dépression et d'alexithymie.

Ce patient se présentait donc comme un candidat tout à fait apte à subir une transplantation cardiaque du point de vue psychologique.

PREMIÈRE GREFFE CARDIAQUE

Le patient, âgé de 39 ans, a bénéficié d'une greffe cardiaque orthotopique six mois après son inscription sur le registre d'Eurotransplant. L'intervention eut lieu grâce à un cœur de donneur masculin âgé de 16 ans. Le suivi postopératoire immédiat se déroula sans aucun problème, sans phénomène pyrétique, la fonction rénale normale permettant l'introduction immédiate de ciclosporine.

L'évolution psychologique au cours des 15 premiers jours postopératoires se révéla satisfaisante, le patient évoquant de manière cohérente son vécu postopératoire.

La première biopsie myocardique, réalisée après 15 jours, montrait un rejet de type II A traité par cure de Medrol® (3 x 1 g). Parallèlement, le patient présentait un épisode fébrile (>38°) ce qui déclencha une anxiété considérable chez le patient. Ce dernier paraissait désorienté, hagard, obnubilé par le fait d'avoir été contaminé par un virus de sa compagne responsable, selon lui, du rejet du greffon. Un traitement anxiolytique fut rapidement instauré, mais quelques heures après, en pleine nuit, le patient ouvrit lui-même sa cicatrice sternale à l'aide d'un objet tranchant tout en criant : "Arrachez-moi ce cœur!, Qui est-ce qui va mourir ?, Qui va me donner son cœur ?..."

Le patient nécessita une reprise chirurgicale en urgence. Après intervention du psychiatre confirmant l'apparition de thèmes persécuteurs à l'égard du greffon, un traitement neuroleptique incisif (halopéridol + clotiapine) fut entrepris. Une exploration cérébrale fut également réalisée rapidement et ne révéla aucune lésion organique. Dès le lendemain, le patient n'était plus agité ni confus. Il présentait par contre une perplexité anxieuse avec amnésie des faits par rapport au raptus psychique de la veille. Cette décompensation psychotique aiguë semblait avoir été déclen-

chée quelques jours auparavant, au moment de l'annonce d'un rejet du greffon provoquant un état anxieux de plus en plus insupportable chez le patient. Le passage à l'acte auto-agressif est survenu dans les minutes qui suivirent la réalisation d'un frottis de gorge destiné à objectiver une éventuelle infection des voies respiratoires supérieures.

Deux jours après cet épisode, le patient était à nouveau cohérent, ne présentait plus de symptôme délirant, mais restait relativement anxieux dans l'attente du résultat de sa deuxième biopsie qui, cette fois, montra une régression des signes de rejet avec un grade I B.

Plusieurs complications somatiques sont apparues dans le décours de cette première greffe : développement d'une aspergillose pulmonaire, développement d'une insuffisance rénale iatrogène, anémie sur ulcère d'estomac, pseudo-anévrisme de l'artère fémorale opérée, rejet sur sous-dosage en ciclosporine puis nouvel épisode de décompensation cardiaque massive nécessitant une retransplantation cardiaque en octobre 95.

EVOLUTION APRÈS DEUXIÈME GREFFE CARDIAQUE

Trois jours après sa retransplantation, le patient était cliniquement calme avec un discours apparemment cohérent. Il présentait toutefois, de manière récurrente, des premiers signes d'hallucinations visuelles caractérisés par la vision de multiples taches de sang envahissant les murs de sa chambre. Ce phénomène restait cependant critiqué par le patient mais, au vu de l'épisode délirant postopératoire précédent, un traitement neuroleptique préventif fut immédiatement instauré ainsi qu'un suivi psychiatrique régulier.

Au dixième jour postopératoire, un état dépressif anxieux apparut de manière franche dans un contexte de problématique familiale. Plusieurs complications somatiques pulmonaires et digestives émaillèrent le décours de cette deuxième greffe, entraînant un alitement pendant presque un mois et demi. L'évolution cardiaque fut, cette fois-ci, tout à fait favorable.

Une dépressivité réactionnelle au statut somatique était certes présente, mais les capacités adaptatives du patient s'avèrent suffisantes pour envisager un retour à domicile.

Le traitement neuroleptique put être interrompu un mois après le retour au domicile tandis qu'un traitement antidépresseur, antisérotoniner-

gique, fut maintenu au cours des huit mois postopératoires.

Malgré d'autres complications somatiques (cataracte, pancréatite répétitive, atrophie musculaire proximale des membres inférieurs, insuffisance rénale majeure aboutissant à une dialyse trois fois par semaine en 1999), le patient poursuivit son activité professionnelle de délégué commercial à mi-temps.

Pascal, jugeant sa qualité de vie médiocre en raison de la dialyse, s'est montré particulièrement demandeur d'une transplantation rénale : il se retrouve actuellement pour la troisième fois en attente de transplantation...

DISCUSSION

Les complications psychiatriques liées à la transplantation cardiaque apparaissent dans le décours de la plupart des transplantations d'organes solides et se traduisent généralement comme troubles d'adaptation avec humeur dépressive et/ou anxiété (10-13).

Des troubles psychiques sont à prévoir (et donc à prévenir) chez tout patient où est repérable un manque concernant les processus qui aboutissent habituellement à la création d'une identité (je suis quelqu'un) et d'une identification sexuée (je suis quelqu'un, un homme, une femme). En présence d'un trouble de personnalité, des réactions spécifiques apparaissent tôt ou tard en raison de l'aspect traumatique de la greffe réactivant l'angoisse fondamentale de ces patients.

Les bouffées délirantes restent relativement rares, mais nécessitent impérativement l'intervention du psychiatre. Ces épisodes peuvent survenir plusieurs jours, parfois deux à quatre semaines après l'intervention. Les thèmes délirants sont généralement à type de persécution mais ils peuvent également apparaître sous forme d'un déni de l'intervention, voire de l'affection causale (5, 14). Sa prévalence varie de 3 à 30 % selon les séries et les critères diagnostiques utilisés. Les facteurs prédisposants, essentiellement d'origine organique, peuvent se trouver en pré-, per- ou postopératoire : hypoperfusion cérébrale, anesthésie prolongée, hyperstimulation en soins intensifs. Willner et Rabiner ont rapporté un taux de mortalité de 63% à 5 ans chez des patients ayant présenté un état confusionnel avec délire postopératoire. La survenue de tels troubles semble être plus en rapport avec la longueur du séjour en réanimation qu'avec la toxicité de la circulation extracorporelle (15). Le séjour aux soins intensifs se caractérise généralement pour le patient par une perturbation des rythmes

veille/sommeil, la perte des rythmes physiologiques, la perception d'une angoisse de mort caractéristique des soins intensifs, et une perturbation des contacts interpersonnels en raison des précautions d'asepsie indispensable chez ces patients immunodéprimés.

Cette symptomatologie peut cependant être améliorée de manière préventive selon la qualité des soins de nursing : présence d'une infirmière attitrée par patient, réorientation temporo-spatiale fréquente, contact physique avec le patient, éclairage discret, douceur du timbre de la voix, mise en place d'objets provenant de l'univers familier du patient, incitation à la verbalisation du vécu postopératoire.

Sur le plan pharmacologique, les neuroleptiques incisifs restent indiqués pour traiter les symptômes psychotiques productifs. Ils atténuent efficacement les troubles du comportement, l'instabilité émotionnelle, l'agitation et les états maniaques induits par les corticoïdes (16). Parmi les nouveaux neuroleptiques atypiques, l'amisulpride (Solian®) présente un profil particulièrement intéressant. Il présente une excellente tolérance cardiaque (absence de modifications ECG, effet hypotensif non significatif); sa faible inhibition de l'activité des isoenzymes du cytochrome P450 hépatique (participant à la biotransformation des nombreux médicaments nécessaires après greffe) et sa faible liaison aux protéines plasmatiques (avantage évident en cas d'insuffisance hépatique et/ou rénale) en font une molécule de choix chez ces patients polymédiqués (17).

CONCLUSIONS

Les transplantations d'organes poussent à l'extrême le questionnement sur l'être humain en l'interpellant sur les problématiques fondamentales du Soi/Non Soi, du Soi/Autre, de la vie et de la mort, du don et de la dette, du sentiment d'identité, du processus de filiation, ainsi que la transgression des interdits, le respect des cadavres persistant à l'état de tabou.

Le chimérisme corporel amène le patient aux limites du pensable et du figurable, ce qui nécessite souvent une prise en charge psychiatrique et psychologique immédiate (18).

Le cas de Pascal, passant au travers d'aussi nombreuses complications somatiques et psychiques après greffe cardiaque, reste, fort heureusement, exceptionnel mais illustre l'importance de prendre en considération les troubles anxieux postopératoires et d'instaurer rapidement un traitement psychiatrique et psychothérapeutique efficace.

L'angoisse de mort, lorsqu'elle devient envahissante au point de faire effraction à travers les mécanismes de défense archaïques du patient, risque de faire apparaître un fonctionnement psychotique se traduisant par un délire à thème de persécution ou sous forme de complications somatiques graves. Le rôle du psychiatre est donc d'aider le patient à mieux mentaliser ses réactions psychiques en assurant avant tout, auprès du patient, un rôle de contenant et d'écran protecteur (fonction de pare-excitation au sens psychanalytique du terme). Le recours aux traitements psychotropes s'indique dans toutes les situations aiguës nécessitant une sédation de l'agitation anxieuse. Le travail psychothérapeutique nécessite également un aménagement subtil dans l'attitude interprétative du psychothérapeute, ce que De M'Uzan nomme "l'interprétation-explication" (19). Si cette attitude risque par moment de fermer le processus élaboratif, c'est pourtant bien en tant qu'auxiliaire protecteur du Moi du patient, que le psychothérapeute aidera à "refermer" psychiquement la blessure narcissique provoquée dans une situation aussi anxiogène que la transplantation.

BIBLIOGRAPHIE

1. Triffaux JM.— Psychisme et greffe cardiaque. *Psychologie Médicale*, 1992, **24**, 377-379.
2. Triffaux JM.— Vivre avec un nouveau Coeur. *Revue Médicale de Liège*, 1993, **XLVIII**, 19-25.
3. Leon E, Baudin ML, Consoli SM.— *Aspects psychiatriques des greffes d'organes*. Encyclopédie Médico-chirurg (Paris), 1990, 37670 A-65, 11, 1-6.
4. Trzepacz P, Dimartini A.— *The transplant patient : biological, psychiatric and ethical issues in organ transplantation*. Cambridge University Press ed., Cambridge, 2000.
5. Vulser C, Baudin ML, Leon E, Consoli SM.— Aspects psychologiques et psychiatriques. In Carpentier A. and Farge D. *Transplantation d'organes*. Flammarion Médecine-Sciences ed. Paris, 1992, 343-352.
6. Baudin ML.— Changer de coeur, continuer sa vie. *Revue de Médecine Psychosomatique*, 1989, **17**, 87-102.
7. Consoli SM, Baudin ML.— Vivre avec l'organe d'un autre : fiction, fantasmes et réalités... *Psychologie médicale*, 1994, **26**, 102-110.
8. Triffaux J-M., Maurette J-L, Dozot J-P, Bertrand J.— *Troubles psychiques liés aux greffes d'organes*. Encyclopédie Médico-chirurg (Paris) 2002, 37-670-A-60 : 1-10.
9. Morin P, Coupal P.— Delirium post-chirurgie cardiaque avec circulation extra-corporelle : aspects cliniques et observations dans un Centre spécialisé. *Revue Canadienne de Psychiatrie*, 1982, **27**, 31-39.
10. Almon P, Mikhail G, Stanford SC, et al.— Psychological adjustment after cardiac transplantation. *J Psychosomatic Research*, 1998, **45** (5), 449-458.
11. Triffaux JM, Wauthy J, Albert A, et al.— Psychological distress of surgical patients after orthotopic heart transplantation. *Transplant International*, 2001, **14**, 391-395.
12. Triffaux JM, Wauthy J, Bertrand J, et al.— Psychological evolution and assessment in patients undergoing orthotopic heart transplantation. *European Psychiatry*, 2001, **16**, 180-185.
13. Triffaux J-M.— *Contribution à l'étude des réactions psychiques au cours de la transplantation*. Thèse de Doctorat, Université de Liège, Belgique, 2001.
14. Castelnuevo-Tedesco P.— Organ transplant, body image, psychosis. *Psychanal Q* 1973, **42**, 349-362.
15. Willner AE, Rabiner CJ.— Psychopathology and cognitive dysfunction : five years after open-heart surgery. *Comp. Psychiat*, 1979, **20**, 409-418.
16. Hall RC, Popkin MK, Stickney SK, Gardner ER.— Presentation of the steroid psychoses. *J Ment Nerv Dis*, 1979, 167-229.
17. Gillet G, Domerque L, Canal M, Thenot J.P.— Amisulpride does not inhibit cytochrome P450 Isoenzymes. *Eur Neuropsychopharm*, 2000, **10/3**, S331-2.
18. Triffaux JM, Bertrand J, Anseau M, et al.— Evaluation et accompagnement psychologique du patient au cours de la transplantation cardiaque. *Psychologie Médicale*, 1994, **26**, 175-179.
19. De M'Uzan M.— *La bouche de l'inconscient*. Gallimard ed. Paris, 1994.

Les demandes de tirés à part sont à adresser au Dr J-M Triffaux, Hôpital de Jour Universitaire "La Clé", 153, Bd de la Constitution, 4020 Liège.