

Vivre avec un nouveau cœur

J. M. Triffaux(1)

INTRODUCTION

A une époque où la greffe cardiaque devient une technique chirurgicale parfaitement maîtrisée, nous assistons à l'émergence de nouvelles problématiques humaines, sociales et éthiques.

Remplacer un cœur devenu insuffisant par un nouveau cœur réveille bon nombre de fantasmes individuels et collectifs. La conjuration de la mort, les rêves d'immortalité ou de deuxième vie sont ainsi réactivés par les possibilités désormais réalistes de prolonger sa vie au-delà du cœur détruit.

Depuis la première greffe cardiaque réalisée par Barnard en 1967 en Afrique du Sud, 8.000 greffes ont été réalisées dont la plupart au cours de ces cinq dernières années.

L'avènement de la cyclosporine (1980) ainsi que la mise au point des méthodes de détection du rejet vont véritablement ressusciter les programmes de transplantation cardiaque, de sorte que la principale limitation au nombre d'interventions devient actuellement la carence d'organes.

C'est dans ce contexte que l'on voit alors apparaître des médecins qui doivent sélectionner les receveurs, des « psys » à qui l'on demande une évaluation préopératoire, une société qui régleme les dons

(1) Assistant, Université de Liège, Service de Psychiatrie et Psychologie médicale (Pr. D. Luminet). Hôpital de Jour universitaire « La Clé », Unité de Psycho-Cardiologie (D' J. Bertrand).

d'organes et des patients en phase terminale qui vivent le cauchemar de l'attente.

Au-delà du côté magique, largement médiatisé, se profilent donc les réalités de la greffe avec ses multiples contraintes et les réactions émotionnelles qu'elle impose au patient, sa famille et à l'équipe soignante.

LE CŒUR SYMBOLISANT

« Le cœur est l'organe privilégié de l'affect, la métaphore de l'amour, du chagrin et de la nostalgie ainsi que de la haine, de la violence et de la colère » (J. McDougall, 1989).

Cet organe unique, outre son rôle mécanique bien connu de « pompe » ou de « moteur » rassemble à lui seul d'énormes charges affectives et symboliques. Il est familier d'entendre que quelqu'un a un grand cœur, le cœur sur la main, le cœur bien accroché pour évoquer la bonté d'âme, la générosité ou le courage. A contrario, une personne sans cœur ou avec un cœur de pierre nous laisse généralement une impression de froideur ou de sadisme. Quant aux illustrations graphiques de l'organe inoculé du mal d'amour par les flèches de Cupidon, elles ne manquent pas de tapisser la plupart des endroits publics de notre globe.

Perdre son cœur représente donc une opération particulièrement douloureuse pour la psyché qui se retrouve du même coup, dans un état de privation affective et narcissique.

LE RISQUE PSYCHOSOMATIQUE

Un pourcentage élevé de futurs greffés sont des patients dits coronariens qui ont « mal tourné » tout en échappant d'emblée à l'issue fatale.

Ces patients atteints d'affections cardiovasculaires ont fait couler énormément d'encre quant à leurs caractéristiques comportementales et psychodynamiques.

C'est ainsi qu'il y a une trentaine d'années, deux cardiologues américains, Rosenman et coll. (17) définissent le pattern A comme facteur de risque à part entière, doublant la probabilité d'affections coronaires par rapport au pattern B.

Pour rappel, les individus du type A sont caractérisés par une compétitivité excessive, de l'agressivité, de l'impatience, de l'hyperactivité, un sentiment chronique d'urgence du temps, une musculature faciale tendue et un débit verbal explosif. Ces « qualités » sont d'ailleurs largement encouragées par notre société industrielle, même si l'accent semble être davantage porté sur le temps consacré aux loisirs.

Les études épidémiologiques récentes remettent cependant ces notions largement en question évoquant des résultats contradictoires ou des erreurs méthodologiques dans ces travaux initiaux.

La mode des patterns n'est toutefois pas terminée puisqu'on en arrive actuellement à définir un type C prédisposant aux maladies dysimmunitaires et prolifératives.

Des travaux plus récents de Friedman et coll. (1986) démontrent inversement que le pattern A prédisposant aux maladies coronaires réduit significativement la morbidité et la mortalité post-infarctus.

Les recherches psychanalytiques quant à elles, ne qualifient plus le symptôme psychosomatique comme étant « bête » et préfèrent parler de somatisation symbolisante dont le sens et le choix de l'organe-cible devraient continuer à exciter notre curiosité et notre esprit de recherche.

Dejours (1989) fait de la répression de la violence instinctuelle, son hypothèse centrale dans les processus de somatisation qui apparaîtraient lorsqu'une épreuve de réalité fait effraction à travers la barrière du déni et où le couple répression-inhibition, ainsi que le cliyage seraient débordés par la perception traumatique. McDougall (1989) décrit à son tour l'œuvre néfaste des processus de désaffectation chez ces « sourds-muets » de l'affect où la pulvérisation (forclusion) de toute représentation surchargée d'affect augmenterait le risque de somatisation, altérerait gravement la fonction onirique et favoriserait l'action plutôt que l'élaboration.

Le défaut d'internalisation de l'image d'une mère soignante à laquelle l'individu pourrait s'identifier en cas de crises émotionnelles est également une des hypothèses psychodynamiques de plus en plus répandue et qui fait référence aux interactions précoces mère-enfant.

L'ANNONCE DE LA GREFFE

Ce verdict de mort ou de vie conditionnelle, sans autre alternative thérapeutique, est proposé au patient atteint de cardiopathie ischémique ou de cardiomyopathie non obstructive arrivant en insuffisance cardiaque terminale (stade IV de la NYHA) avec un pronostic vital inférieur à 6 mois.

L'annonce de la greffe représente alors une réalité traumatisante, l'épée de Damoclès se rapproche, ce qui engendre fréquemment un état de choc et de panique émotionnelle (tableau I). L'angoisse de mort est suractivée, l'intégrité du schéma corporel se brise, les investissements narcissiques sont remis en question. Le statut professionnel, la place dans la famille et dans la société sont réellement menacés.

Tableau I.
*Parcours émotionnel habituel du patient
rentrant dans le programme de
transplantation.*

1) Insuffisance cardiaque terminale et annonce de la greffe	Choc émotionnel Etat de panique
2) Admission dans le programme de transplantation	Anxiété Rassurance
3) Phase d'attente du greffon	Suractivation de l'angoisse de mort et des mécanismes de défense
4) En postopératoire immédiat	Bien-être Euphorie
5) Convalescence Premières complications Sortie de l'hôpital	Réaction anxio-dépressive Epuisement du support familial
6) Réintégration socio-familiale	Labilité émotionnelle Besoins de soutien

A ce stade, les explications rassurantes des soignants ainsi qu'une écoute psychothérapique attentive et contenante permettent au patient de formuler ses angoisses et de s'engager dans le programme de transplantation. Sa bonne « greffabilité » à l'équipe de soins devient primordiale pour la poursuite du processus.

Les refus de greffe par le patient sont exceptionnels; les refus de greffe par l'équipe soignante varient d'un centre à l'autre et se limitent essentiellement aux troubles mentaux graves, aux toxicomanies sévères et aux désinsertions socio-familiales profondes.

L'ATTENTE DE LA METAMORPHOSE

Cette phase reste pour la plupart des patients une véritable période de torture psychologique pendant laquelle ils attendent passivement le

signal sonore qui les conduira à l'intervention. Les vécus d'impuissance et de dépendance totale, chez ces personnes qui étaient souvent hyperactives les amènent à mobiliser leurs mécanismes de défense de façon intense afin de tamponner l'angoisse de mort. Apparaissent également souvent pendant cette période une série de fantasmes mortifères inconscients ou conscients qui ne sont pas à considérer comme pathologiques.

Cas clinique : Ainsi en témoigne M. V., professeur de gymnastique, âgé de 50 ans, marié, sans enfants, « tuant le temps » depuis toujours, et présentant une cardiopathie ischémique grave suite à deux infarctus récents : « Vous rendez-vous compte que je souhaite actuellement qu'il y ait davantage d'accidents de la route afin d'augmenter mes chances d'être transplanté ».

Au cours de cette période préopératoire, allant de quelques semaines à plusieurs mois, les mécanismes de défense habituellement observés sont le refoulement, le déni, l'isolation, la fuite dans l'action.

Ils représentent en fait les dernières « soupapes de sécurité » protégeant avec une efficacité variable le patient d'une implosion psychique destructurante. Ce sont en réalité les derniers garants de l'appareil psychique.

Par contre, lorsque l'angoisse de mort devient dévorante au point de faire effraction à travers ses barrières, le recours à un fonctionnement psychotique se met en place souvent sous le mode persécutoire ou de décharge somatique grave.

Ces réactions sont cependant préjudiciables au processus de la transplantation et au pronostic postopératoire.

Il a été fréquemment observé que des antécédents d'épisodes délirants préopératoires favorisent les états de delirium postopératoire qui aggravent à leur tour la morbidité et mortalité postopératoires.

L'accompagnement psychologique peut se révéler au cours de cette période de toute première importance et devrait idéalement permettre au patient de retirer progressivement les investissements dont fait l'objet son propre cœur afin d'amorcer un travail de deuil suffisant pour pouvoir incorporer et internaliser le nouvel organe.

Diverses techniques de préparation à l'intervention peuvent également être proposées au patient : brochures informatives, vidéo-cassettes et possibilité de contact avec d'anciens greffés.

Au cours des entretiens psychologiques, le patient est aussi invité à parler de ses rêves ainsi qu'à représenter graphiquement son cœur malade et son cœur greffé afin de favoriser la mentalisation de la transplantation : la relation thérapeutique lui offre ainsi une relation contenante face à ses angoisses et fantasmes terrifiants tout en permettant un processus d'« apprivoisement » de sa vie psychique.

LE REVEIL DANS UN NOUVEAU CORPS

Les premières heures postopératoires se déroulent généralement sans trop de problèmes. Un des motifs nécessitant l'intervention urgente du psychiatre reste le delirium postopératoire. Sa prévalence varie de 3 à 30 % selon les séries; les facteurs prédisposants (d'origine organique) se retrouvent en pré-, per- ou postopératoire. Willner et Rabiner rapportent un taux de mortalité sur 5 ans de 63 % chez les patients qui ont présenté un delirium alors qu'il ne serait que de 11 % chez les autres.

Cette symptomatologie peut être améliorée en soins intensifs par la qualité des soins de nursing : une infirmière attitrée par patient, une

réorientation temporo-spatiale fréquente, des contacts physiques, un éclairage discret, la douceur du timbre de la voix, l'incitation à la verbalisation par le patient de son vécu postopératoire...

Au cours des premiers jours suivant l'intervention, la prise de conscience du succès opératoire, le climat de sécurité intra-hospitalier amènent bien souvent le patient dans un climat d'euphorie voire d'hypomanie au moment précis où se concrétisent ses espoirs anciens et certains fantasmes préopératoires. C'est souvent une période de gratitude et de divinisation de la « mère-chirurgie » permettant au patient de former de nouveaux projets et d'envisager de futurs investissements.

Le déni du greffon et/ou du donneur apparaît habituellement comme un mécanisme adaptatif qu'il importe de respecter voire d'encourager afin de favoriser la poursuite de l'internalisation du nouveau cœur au sein du schéma corporel du patient. Les commentaires « ce n'est qu'une pompe », « je ne pense jamais au donneur » en sont des témoignages illustratifs.

Au contraire, toute possibilité ou tout renseignement permettant une identification réelle au donneur (et non plus imaginaire) entrave sinon empêche les processus d'internalisation comme l'évoque le cas clinique suivant.

M. A., enseignant, 35 ans, apprend l'identité de son donneur après avoir rassemblé diverses coupures de presse relatant les faits divers ayant eu lieu le jour de sa transplantation. L'impossibilité pour ce patient de considérer le greffon comme faisant partie de lui, va le conduire notamment à voir la famille du donneur. Il ira jusqu'à offrir un cadeau à la mère du défunt à l'occasion de la fête des mères. Le patient connaît concomitamment de graves complications de rejet dont la seule issue thérapeutique serait une deuxième transplantation !

Le déni, en tant que refus de reconnaître la réalité d'une perception traumatisante, représente donc une défense particulièrement efficace et protectrice dès les premiers instants de la transplantation.

Levine et coll. développent une échelle de déni chez des patients coronariens hospitalisés en soins intensifs et constatent que les « grands dénieurs » sont hospitalisés moins longtemps en soins intensifs et présentent moins de problèmes cardiaques que les « petits dénieurs ».

A plus long terme, les « grands dénieurs » sont cependant moins compliants au traitement médicamenteux et nécessitent plus de jours de réhospitalisation.

LA SURVIE CONDITIONNELLE

La surveillance hémodynamique régulière, l'adaptation du traitement immunosuppresseur, les biopsies myocardiques, la prévention des complications infectieuses deviennent les conditions de vie sine qua non.

A la sortie de l'hôpital, l'adaptation à un nouveau mode de vie ainsi que l'apparition de premières complications (tableau II) vont généralement réactiver des vécus anxio-dépressifs, voire une angoisse d'abandon, pouvant aller jusqu'à la désidéalisation progressive de la greffe.

Tableau II.
Problèmes fréquents des receveurs.

-
- Problèmes médicaux (rejets, infections...)
 - Effets secondaires des médicaments
 - Syndromes cérébraux organiques
 - Dépression et anxiété
 - Difficultés d'adaptation à la survie conditionnelle
 - Troubles sexuels
 - Conflits conjugaux et familiaux
 - Problèmes d'emplois et financiers
-

L'entourage familial du patient est souvent épuisé au cours des premières semaines postopératoires et nécessite également un accompagnement attentif. Il paraît souvent capital d'impliquer le conjoint dans le programme de réadaptation car c'est souvent sur cette personne que se focalisent ou se projettent, avec intensité, l'anxiété et les thèmes mortifères.

Le conjoint en question, se trouve d'ailleurs fréquemment coincé dans des situations où il n'a pas la liberté d'exprimer son agressivité ou ses propres revendications face à un partenaire fragile pour le restant de ses jours.

PERSPECTIVES ACTUELLES DE RECHERCHE

Devant la demande d'une évaluation psychosociale systématique, et d'une évaluation longitudinale des patients candidats à la greffe cardiaque, nous développons à l'Université de Liège, un programme de recherche ayant pour objectif :

- la mise en place d'une grille d'évaluation systématique et reproductible des variables psychosociales;
- une évaluation de l'efficacité du traitement psychologique et de son impact sur la morbidité psychiatrique et la mortalité postopératoire.

Ceci nous amène à procéder à la mise au point et à la validation de versions françaises d'échelles d'alexithymie, de désirabilité sociale et de support social.

Les perspectives de recherche en psycho-cardiologie et notamment dans le cadre de la transplantation cardiaque feront encore couler beaucoup d'encre.

A une époque où l'on assiste à une prolifération de travaux dans le domaine de la psycho-neuro-immunologie, il m'est permis de rêver qu'il sera possible un jour de mettre en relation rejet immunologique du greffon et rejet inconscient de l'organe.

CONCLUSION

Au moment où la greffe cardiaque se banalise en tant que technique chirurgicale, la place d'une écoute psychologique devient prépondérante auprès des patients confrontés à un tel processus.

La transplantation cardiaque, situation stressante par excellence, agit véritablement en tant que révélateur des vulnérabilités individuelles du patient et dévoile au grand jour leur psychopathologie.

L'accompagnement psychologique du greffé favorisant l'écoute, la verbalisation et la mentalisation des réalités de la greffe, contribue sans aucun doute à une évolution optimale du processus de transplantation.

Remerciements

Je tiens à adresser ma plus vive reconnaissance au Dr R. Leroux, qui m'a permis de m'intégrer au sein de l'équipe de transplantation de l'Institut de Cardiologie de Montréal et a orienté ma réflexion.

Je remercie également l'Unité de Psycho-Cardiologie de l'Hôpital de Jour universitaire « La Clé » (Dr J. Bertrand) ainsi que la firme Upjohn qui ont contribué à l'attribution d'une bourse me permettant d'effectuer cette formation.

BIBLIOGRAPHIE

1. ALLILAIRE, J. F. — Les greffes cardiaques : aspects psychopathologiques et troubles psychiatriques. *Ann. méd. psychol.*, 1990, **148**, 113-116.
2. BAUDIN, M. L. — Changer de cœur, continuer sa vie. *Rev. Méd. psychosom.*, 1989, **17-18**, 87-102.
3. BLUMENTHAL, J. A., BURG, M. M., BAREFOOT, J. — Social support, type A behavior and coronary artery disease. *Psychosom. Med.*, 1987, **49**, 331-340.
4. BOURGEOIS, M., SERIN, N., VERDOUX, H., PEYRE, F., PAULHAN, I. — Aspects médico-psychiatriques de la greffe cardiaque. *Ann. méd. psychol.*, 1990, **148**, 117-123.
5. CARRIER, M., PELLETIER, G. B., LEROUX, R., DYRDA, I., PELLETIER, C. — Heart transplantation : A clinical experience of seven years at the Montreal heart Institute. *Can. Med. Ass. J.*, 1990, in press.
6. CONSOLI, S. M. — Approche psychologique en pathologie cardio-vasculaire. *Encyclopédie médico-chirurgicale*, 1990, 37402E20.
7. DEFRAIGNE, J. O., DEMOULIN, J. C., LIMET, R. — Transplantation cardiaque mise à jour à partir de notre expérience. *Rev. méd. Liège*, 1991, **46**, 314-328.
8. DEJOURS, Ch. — *Recherches psychanalytiques sur le corps*. Payot, Paris, 1989.
9. FRASURE-SMITH, N., PRINCE, R. — The ischemia heart disease life stress monitoring program : impact on mortality. *Psychosom. Med.*, 1985, **47**, 431-445.
10. FREEMAN, A. M., FOLKS, D. G., SOKOL, R. S., FAMS, J. J. — Cardiac transplantation : clinical correlates of psychiatric outcome. *Psychosomatics*, 1988, **29**, 47-54.
11. FRIEDMAN, M., THORESEN, C. E., JAMES, J. G. — Alternation of type a behaviour and its effect on cardiac recurrences in post myocardial infarction patients : summary results of the recurrent coronary prevention project. *Amer. Heart J.*, 1986, **112**, 653-665.
12. LEVINE, J., WARRENBURG, S., KERNS, R. — The role of denial in recovery from coronary heart disease. *Psychosom. Med.*, 1987, **49/2**, 109-117.
13. MAI, F. M. — Graft and donor denial in heart transplantation recipients. *Amer. J. Psychiat.*, 1986, **143**, 1159-1161.
14. MARTY, P. — *L'ordre psychosomatique*, Payot, Paris, 1980.
15. McDOUGALL, J. — *Théâtres du corps*, Gallimard, Paris, 1989.
16. MORIN, P., COUPAL, P. — Delirium post-chirurgie cardiaque avec circulation extra-corporelle : aspects cliniques et observation dans un centre spécialisé. *Rev. canad. Psychiat.*, 1982, **27**, 31-39.
17. ROSENMAN, R., FRIEDMAN, M., STRAUS, R. — A predictive study of coronary heart disease. *J. amer. med. Ass.*, 1964, **189/1**, 103-110.
18. SCHNEIDER, P. B. — *Propédeutique d'une psychothérapie*, Payot, Paris, 1976.
19. SHAPIRO, P. A. — Life after heart transplantation. *Progr. cardiovasc. Dis.*, 1990, **32**, 405-418.
20. TAYLOR, G. J., BAGBY, R. M., PARKER, J. D. A. — The alexithymia construct. A potential paradigm for psychosomatic medicine psychosomatics, 1991, **32**, 153-164.
21. TRIFFAUX, J. M., BERTRAND, J. — Greffe cardiaque, greffe bio-psycho-sociale. Second belgian association of liaison psychiatry and psychological medicine. *Ann. Forum*, nov. 1990 (sous presse).
22. TRIFFAUX, J. M., BERTRAND, J. — Psychisme et greffe cardiaque. *Psychol. méd.*, 1992, **24**, 377-379.
23. VAYSSE, J., DULAUROY, J. — Proposer une transplantation cardiaque. *Rev. Méd. psychosom.*, 1989, **19**, 81-94.
24. WILLNER, A. É., RABINER, C. J. — Psychopathology and cognitive dysfunction : five years after open-heart surgery. *Comp. Psychiat.*, 1979, **20**, 409-418.