



"Évaluation psychiatrique des candidats à une greffe de foie ou de rein"

Luts, Alain ; Hebborn, Ludger

Abstract

Dans cet article, nous allons présenter les éléments psychiatriques essentiels dont il faut tenir compte lors d'une transplantation hépatique ou rénale. Nous nous baserons sur les recommandations de la Société Américaine de Transplantation et sur notre propre expérience clinique des douze dernières années. Le diagnostic et le traitement des facteurs de risque psychiatriques peut réduire la morbidité post-opératoire. Nous insisterons sur le fait qu'une collaboration entre une équipe de transplantation et une équipe de psychiatrie de liaison est nécessaire.

Document type : *Article de périodique (Journal article)*

Référence bibliographique

Luts, Alain ; Hebborn, Ludger . *Évaluation psychiatrique des candidats à une greffe de foie ou de rein*. In: *Louvain médical*, Vol. 131, no.1, p. 15-18 (2012)

Évaluation psychiatrique des candidats à une greffe de foie ou de rein

A. Luts, Fr. Hebborn ⁽¹⁾

Dans cet article, nous allons présenter les éléments psychiatriques essentiels dont il faut tenir compte lors d'une transplantation hépatique ou rénale. Nous nous baserons sur les recommandations de la Société Américaine de Transplantation et sur notre propre expérience clinique des douze dernières années. Le diagnostic et le traitement des facteurs de risque psychiatriques peut réduire la morbidité post-opératoire. Nous insisterons sur le fait qu'une collaboration entre une équipe de transplantation et une équipe de psychiatrie de liaison est nécessaire.

INTRODUCTION

En 1999, les Cliniques universitaires Saint-Luc (Université catholique de Louvain) ont entamé un programme de transplantation hépatique avec donneur vivant. Tout donneur apparenté pouvait donner une partie de son foie pour autant qu'il ait été au préalable examiné par un psychiatre. Ce point a été imposé par le Comité d'éthique hospitalo-facultaire car il lui semblait déterminant d'évaluer dans quelle mesure le donneur prenait librement sa décision.

Notre équipe a alors décidé que le receveur serait vu par un psychologue et non pas par le psychiatre ayant rencontré le donneur potentiel. En effet, après avoir rencontré le receveur, il est difficile de ne pas être touché par sa souffrance et, dès lors, d'écouter le donneur sans a priori.

ÉVALUATION DU DONNEUR

Les Cliniques universitaires Saint-Luc font partie des pionniers de la transplantation avec donneur vivant. Lorsque nous avons commencé ce travail, il n'existait pas de littérature concernant l'évaluation du donneur (1).

C'est donc en cours de travail et au fil des années que nous avons élaboré les critères qui nous paraissent intéressants.

1° Une pathologie psychiatrique floride

Jusqu'à présent, nous n'avons jamais été confrontés à un donneur souffrant d'une psychose active. Néanmoins, si ceci devait se présenter, il est fort probable que nous considérerions sa proposition de don irrecevable ; sous l'influence d'idées délirantes, un patient ne prend aucune décision librement. Si le donneur souffre d'une dépression sévère ou d'un trouble anxieux, la pathologie psychiatrique doit être traitée avant l'intervention car les soins médicaux et chirurgicaux sont générateurs de stress et aggraveront inévitablement l'état psychique du malade.

2° Une relation fusionnelle entre le donneur et le receveur

Le donneur peut être un membre de la famille qui exerce une grande emprise sur le malade. Celle-ci est parfois tellement importante que le receveur n'est jamais arrivé à s'autonomiser. Il s'agit donc de situations où le donneur appartient à une génération supérieure à celle du receveur. Dans une situation pareille, il convient de chercher un autre donneur et, si cela s'avère impossible, de proposer au receveur un suivi psychothérapique afin de l'aider à s'individualiser.

3° Une tension entre la famille d'origine et la famille nucléaire

Vignette clinique 1

Monsieur C. a 57 ans. Il est entrepreneur et présente une cirrhose éthylique. Il est marié et père de deux fils et de deux filles.

MOTS-CLEFS

Transplantation, psychiatrie de liaison, hépatopathie, maladie rénale.



En 2000, son état s'est brutalement détérioré. Il n'était plus possible de le mettre en liste d'attente d'un organe cadavérique. Dès lors, une transplantation avec donneur vivant s'imposait. Le fils aîné, Marcos, s'est proposé comme donneur.

Marcos a alors 32 ans ; il est marié et père de deux petites filles. Son épouse est farouchement opposée à cette intervention car elle craint le pire et n'imagine pas se retrouver seule avec les enfants.

D'autre part, le père de Marcos déshérite ses enfants au profit de l'aîné, peu de temps avant l'intervention.

L'intervention a lieu. Trois semaines plus tard, le père de Marcos décède.

Marcos rentre alors dans son pays. Son épouse a quitté le domicile conjugal avec les enfants. Elle a entamé une procédure de divorce.

Dans une pareille situation, il nous paraît désormais fondamental d'organiser des entretiens de couple avant l'intervention. La difficulté réside naturellement dans la dégradation rapide de l'état de santé du receveur et donc de l'urgence chirurgicale. Peu de temps entraîne naturellement une faible disponibilité des protagonistes pour des entretiens psychothérapeutiques.

4° Le donneur est soumis à une forte pression de sa famille

Il arrive quelquefois qu'un donneur potentiel nous explique ne pas réellement souhaiter donner mais que dans sa famille la pression est telle qu'il ne peut refuser. Si, après discussion, il n'arrive pas à se dégager de cette obligation, le psychiatre peut refuser le don d'organes. Il n'est pas le porte-parole du donneur mais il prend le refus à son compte.

ÉVALUATION DU RECEVEUR

Le constant déséquilibre entre le nombre limité de greffons disponibles et l'augmentation croissante des inscriptions sur liste de greffe a conduit à développer des scores pronostiques pour évaluer à la fois la sévérité de la maladie et sélectionner les patients en attente de greffe selon le pronostic.

Notre équipe retient dix critères fondamentaux sur base de notre expérience clinique et du rapport de l'*American Society of Transplant Physicians* (2, 3). Ces critères sont d'application qu'il s'agisse d'un donneur vivant ou d'un donneur cadavérique.

1° Abus de substance non contrôlé

En Belgique, il s'agit généralement de l'alcool. L'équipe de transplantation exige une abstinence totale d'au moins six mois, en milieu naturel, avant d'inscrire un patient alcoolique en liste d'attente. Le concept de milieu naturel est important puisque c'est là que le patient retrouve ses éléments de stress habituels et c'est dans ce contexte que nous pourrions évaluer ses nouvelles stratégies d'adaptation. Il n'est pas possible de se faire une idée de la capacité d'abstinence d'un malade lorsque celui-ci est hospitalisé depuis six mois et est ainsi, d'une certaine manière, protégé des facteurs l'ayant poussé à boire (4).

Néanmoins, en l'absence de traitement, 50 % des malades atteints d'hépatite alcoolique aigüe sévère décèdent dans les deux mois suivant l'hospitalisation. Ces patients sont traités par corticoïdes ; malheureusement, certains d'entre eux sont résistants. Environ 40% des patients sont non répondeurs et parmi ces non répondeurs, le taux de survie n'est au mieux que de 25% à six mois (5).

Il convient donc de développer dans les prochaines années des critères affinés. Parmi ceux-ci, il faudra sans doute tenir compte des troubles de la personnalité, certains d'entre eux péjorant le pronostic de l'abstinence. À ce propos, il conviendrait également de trouver un consensus entre les différents centres permettant de définir la rechute. Actuellement, la plupart d'entre eux considèrent une seule prise d'alcool comme un signe de rechute (4).

L'abus de benzodiazépines doit également être pris en charge. Idéalement, il faut obtenir un sevrage total. Si le patient n'y arrive pas, une faible dose d'entretien peut-être maintenue mais, ici aussi, il conviendra d'évaluer le respect de cette dose de base en milieu naturel.

En ce qui concerne l'héroïne, une abstinence totale sera atteinte avant la transplantation. Un traitement par méthadone est néanmoins acceptable pour autant que la dose soit faible et respectée à domicile.

2° Une psychose active

Il s'agit d'une contre-indication à la transplantation. Souvent, le psychotique présente un délire d'organes. Une transplantation ne pourrait que fouetter le délire. En outre, une greffe nécessite de la part du patient une bonne compréhension du processus qui s'engage et, de là, une bonne adhérence au traitement. Ces éléments sont naturellement invisibles chez un patient délirant.

3° Evaluation des fonctions cognitives

La transplantation d'organes est une chirurgie lourde nécessitant des soins médicaux importants et une prise régulière de médicaments après l'hospitalisation. Comme nous venons de le souligner, le patient est finalement l'acteur principal du processus. Ceci nécessite des fonctions cognitives intactes. Un testing neuropsychologique doit être réalisé systématiquement afin de s'assurer que le patient puisse jouer le rôle principal.

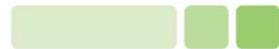
4° Dépression majeure avec idéation suicidaire

La dépression majeure est définie dans le DSM IVr ; l'un des critères non nécessaires est l'idéation suicidaire (6).

Notre équipe n'a jamais été confrontée à cette situation. Pourtant, dans la littérature, il s'agit là d'une contre-indication absolue à la transplantation. Il convient donc de traiter le syndrome dépressif et de différer la transplantation.

5° Attente magique

Certains patients imaginent que la greffe va transformer miraculeusement leur vie. Tel patient pense que ses problèmes



financiers proviennent exclusivement des factures de la clinique, telle patiente est convaincue qu'elle n'a jamais eu de compagnon à cause de la dialyse... L'un et l'autre sont assurés, qu'après la greffe, leur problème va se résoudre par enchantement. Il convient de faire un travail avec eux avant l'opération afin d'éviter une profonde désillusion.

6° Absence de support social

Les suites opératoires entraînent souvent des périodes de découragement. Le retour à domicile n'est pas simple ; une réorganisation des activités est nécessaire. La solitude est un facteur rendant ces moments encore plus cruels. Le désespoir peut pousser à arrêter tout traitement.

7° Manque d'adhérence aux traitements médicaux

Ce facteur est assez facile à évaluer. En effet, la plupart des patients candidats à une transplantation d'un organe solide ont déjà un lourd passé médical. Par leur diabétologue, par leur néphrologue, par tout autre spécialiste et avant tout par leur médecin généraliste, nous apprendrons si le patient est généralement en accord avec les projets thérapeutiques des équipes soignantes. S'il s'avère qu'il ne l'a jamais été, la probabilité qu'il le devienne soudainement est faible.

8° Dysfonctionnement familial

Il arrive que toute une famille s'organise autour du malade et que les traitements aient des effets bénéfiques insoupçonnés. Ainsi, une malade vivait chez ses parents. Elle était systématiquement conduite en dialyse par son frère. Celui-ci ne voyait plus ses parents depuis longtemps. Et pourtant, à la faveur de la dialyse, il a repris langue avec eux. Mais, fort timidement. La transplantation signifiait l'arrêt de la dialyse et donc, de cette reprise de contact. Nous avons proposé une psychothérapie familiale avant l'intervention. Cette thérapie s'est avérée fructueuse et l'arrêt de la dialyse n'a pas entraîné de rupture. Comme nous le savons le bien-être du patient et celui de sa famille sont intimement liés.

9° Sentiment de culpabilité

Lorsqu'un proche se propose comme donneur, la réaction classique du receveur est de refuser. Il est sans doute plus facile de donner que de recevoir. Non seulement en raison de l'asymétrie de la relation mais également en raison de la culpabilité éprouvée par rapport au donneur. Il est fréquent d'entendre dire « Je ne veux pas que tu soies hospitalisé à cause de moi » ou, en cas de donneur cadavérique, « Il a fallu que quelqu'un meure pour que je vive ». Pourtant, ce sentiment de culpabilité s'atténue en général au fil du temps. Si ce n'est pas le cas, il s'agit d'un facteur de mauvais pronostic.

10° Trouble dépressif et/ou trouble anxieux

Des antécédents de trouble dépressif et/ou de trouble anxieux font craindre une récurrence lors de la transplantation. Le nombre

de facteurs d'inconfort physique et psychique y est fort élevé. Il peut même arriver que le patient soit dépressif lors de la rencontre avec le psychologue. Nous considérons qu'il ne s'agit nullement d'une contre-indication absolue dans la mesure où nous disposons de traitements efficaces et que, dès lors, le pronostic est bon (7).

DISCUSSION

Dans l'état actuel de nos connaissances, il nous semble difficile de formaliser davantage notre avis sur un candidat donneur. Par contre, en ce qui concerne le receveur, qu'il s'agisse d'un donneur vivant ou cadavérique, nous proposons l'échelle de risque suivante :

	NON	OUI
1° Abus de substance non contrôlé	0	3
2° Psychose active	0	3
3° Fonctions cognitives sévèrement altérées	0	3
4° Dépression majeure avec idéation suicidaire	0	3
5° Attente magique	0	1
6° Absence de support social	0	1
7° Manque d'adhérence aux traitements médicaux	0	1
8° Dysfonctionnement familial	0	1
9° Sentiments de culpabilité à l'égard du donneur	0	1
10° Trouble dépressif sans idéation suicidaire et/ou Trouble anxieux	0	1

Nous considérerons qu'un score d'un point reflète un risque faible, un score de deux points un risque moyen et un score de trois points ou plus un risque élevé. Le patient obtenant un score nul sur cette échelle a un bon pronostic, sur le plan psychiatrique.

Bien entendu, le résultat obtenu sur cette échelle n'est pas figé dans le temps et peut varier tout au cours de la maladie, au même titre que le score obtenu sur l'échelle de Child ou de MELD.

Enfin, il nous semble important que la décision soit prise par l'ensemble de l'équipe et non par le psychiatre et le psychologue. D'une part, ils ne sont pas les seuls intervenants à pouvoir aborder cette problématique (les internistes, les chirurgiens, les coordinatrices ont une opinion au moins aussi pertinente) et, d'autre part, les présenter comme experts ne peut que nuire à la qualité de l'entretien qu'ils ont avec le receveur et avec le donneur. Il va de soi que, s'ils sont présentés ainsi au patient, celui-ci préparera la consultation et une quelconque évaluation ne sera plus possible.

Vignette clinique 2

Solange a 19 ans. Elle est étudiante et est atteinte d'une cholangite sclérosante. Une greffe hépatique est incontournable. Sa mère, Mme D., est candidate pour le don.

Lorsque je rencontre Mme D., elle m'explique que son époux est décédé d'un infarctus après avoir appris le diagnostic de sa fille. Solange est dans un état psychologique extrêmement fragile et l'intervention est différée de quelques semaines. Durant toute

cette période, elle est suivie par une psychologue de l'équipe. La transplantation a finalement lieu et se déroule parfaitement sur le plan technique. Les suites opératoires sont simples.

Un an après cette transplantation, je rencontre à nouveau la mère de Solange. À ce moment-là, elle m'explique que son mari était éthylique. Durant toute l'adolescence de Solange, il s'est montré violent. Solange se barricadait régulièrement dans sa chambre. Il a finalement été traité par un psychiatre. Les raisons du décès du père de Solange sont liées à un abus d'alcool associé à une prise massive d'antidépresseurs extrêmement cardiotoxiques. Je m'étonne alors de n'avoir rien appris de tout cela au cours de notre rencontre précédant la greffe. La mère de Solange me dit alors en souriant qu'il allait de soi qu'elle ne pouvait pas m'expliquer cela car elle me considérait comme un expert. De ma réponse dépendait la possibilité de la transplantation et elle a donc délibérément caché toute une série d'éléments fondamentaux.

CONCLUSION

Il n'est plus acceptable qu'une équipe de transplantation travaille sans évaluer le statut psychiatrique tant du donneur que du receveur. En effet, l'état mental d'un patient doit être

pris en compte dans toute intervention médico-chirurgicale et, en outre, il influence fortement le pronostic de l'acte lui-même. Nous pensons pouvoir aujourd'hui formaliser le rapport issu de nos consultations. Pourtant, la qualité de celles-ci est fortement liée à la manière dont le psychiatre et le psychologue sont présentés au patient et à sa famille. Plutôt que de les considérer comme des experts, il convient sans doute de les regarder comme des soignants qui pourront aider le malade et ses proches à surmonter des difficultés psychologiques liées ou non à l'affection rénale ou hépatique tant avant la transplantation que par la suite.

CORRESPONDANCE :

Pr. A. Luts

Cliniques universitaires Saint-Luc
Psychiatrie adulte
Avenue Hippocrate 10
B-1200 Bruxelles

Clinique Saint-Jean, Bd du Kardin Botanique 32, B-1000 Bruxelles

EN PRATIQUE...

- ♦ Il est souhaitable qu'un psychiatre et un psychologue soient intégrés dans tout équipe de transplantation. Ils peuvent intervenir à trois niveaux :
 - lors de l'évaluation d'un donneur et d'un receveur avant la décision de transplantation
 - lors de la préparation à la greffe
 - lors du décours de celle-ci.

EN PRATIQUE...

SUMMARY

In this paper, we will provide a brief overview of the main psychiatric issues relevant to the phases of the hepatic or renal transplant process, following the recommendations of the American Society of the Transplant Physicians and our clinical experience of the past twelve years. We will consider the pre-transplant evaluation phase. Assessment and early treatment for the psychiatric risk factors may reduce post-transplant morbidity. In addition, we will cover the collaboration between the surgical team and the consultation-liaison team.

KEY WORDS:

Transplantation, consultation-liaison psychiatry, liver disease, renal disease.

Références

1. American Psychiatric Association. *Textbook of Consultation-Liaison Psychiatry*, Washington DC, 2000.
2. Owen J.E. Psychiatric Evaluations of Heart Transplant Candidates : Predicting Post-Transplant Hospitalizations, Rejection Episodes and Survival. *Psychosomatics* 2006; 47 (3): 213-222.
3. Miller LW. Listing criteria for cardiac transplantation: results of an American Society of Transplant Physicians. *Transplantation* 1998; 66: 947-951.
4. Mccallum S. Liver Transplantation for alcoholic liver disease : a systematic review of psychosocial selection criteria. *Alcohol & Alcoholism* 2006; 41(4): 358-363.
5. Mathurin P. Corticosteroids for alcoholic hepatitis--what's next? *J Hepatol* 2005; 43(3): 526-33.
6. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Disorders*, fourth edition, text revision, Washington DC, 2000.
7. Di Martini A. Psychiatric Aspects of Organ Transplantation in Critical Care. *Crit Care Clin* 2008 ; 24 (4) : 949-981.