

Adaptation médicopsychologique après l'insertion d'un défibrillateur cardiaque implantable, étude d'une population de 35 patients implantés et suivis pendant 1 an

JAAFARI* N, AMIEL** A, LAPORTE* A, BARNOLA* M, GIRARD* M.B, JOUBERT* P, LAFAY* N, GOTZAMANIS* L, SENON* J.L.
 * Service hospitalo-universitaire de psychiatrie et de psychologie médicale. Centre hospitalier Henri Laborit et CHU Poitiers
 ** Pole cœur poumon CHRU La Milettrie Poitiers

OBJECTIF : étude prospective visant à identifier les troubles médicopsychologiques apparaissant après la pose d'un défibrillateur cardiaque implantable et leurs impacts sur la qualité de vie

Qu'est-ce qu'un défibrillateur implantable?

Mirowski 1980 inventeur de défibrillateur cardiaque implantable

Mort subite :
 tachycardie ventriculaire
 - Secondaire à une cardiopathie sous jacente
 - sans cardiopathie sous jacente
 - Etats-Unis 400.000 à 600.000 décès /an
 - En France : 30 000 à 50 000 décès /an
 - Plus de 50% des décès d'origine cardiaque
 - 75% des cas. 45-75 ans.
 - Récive de 20 à 45% dans les 2 ans
 - Efficacité démontrée en prévention primaire et secondaire
 (MADIT I et II, MUSTT, DEFNITE)

Structure d'un défibrillateur

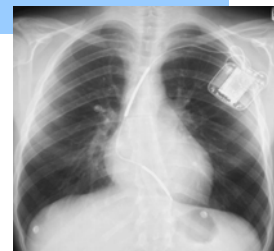


L'autre Élément essentiel : la sonde



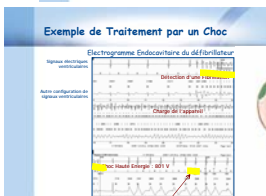
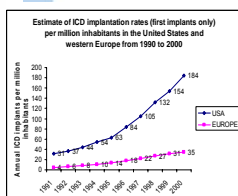
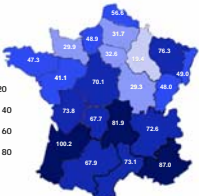
Traitements disponibles sur un défibrillateur

- Stimulation Anti-Bradycardique (Pacemaker)
- Stimulation Anti-Tachycardique (ATP)
 - Permet de réduire les Tachycardies Ventriculaires monomorphes par une stimulation rapide
 - Méthode indolore, efficace et peu consommatrice d'énergie
- Chocs électriques (jusqu'à 36 Joules ou 830 Volts)
 - Haute Énergie : Défibrillation (FV ou TV)
 - Basse Énergie : Cardioversion (TV)
 - Méthode la plus efficace mais ressentie par le patient



Défibrillateur cardiaque implantable en position normale

Le Défibrillateur en France :
 2004: 3464 DACI, soit 54/million hab
 2005: 4850 DACI soit 78/million hab
 Allemagne : 120/ million hab
 Italie : 95 / Million

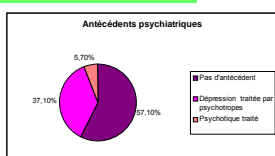
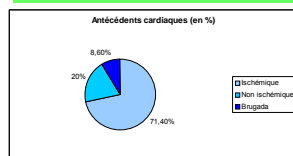


Fibrillations Ventriculaires

METHODE

35 patients (33 hommes, 2 femmes) et 35 témoins
 moyenne d'âge : 56,6±13,9
 Tous suivi sur 6 mois et seulement 20 sur un an
 Première évaluation : avant l'insertion de défibrillateur
 Deuxième évaluation : un mois après la pose de défibrillateur
 Troisième évaluation : 2 mois après la pose de défibrillateur
 Quatrième évaluation : 6 mois après la pose de défibrillateur
 Cinquième évaluation : 1 an après la pose de défibrillateur

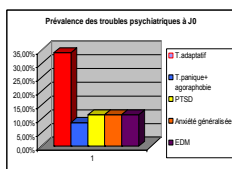
ANTECEDENT



RESULTATS

1) Troubles médicopsychologiques

Troubles adaptatifs
 Épisode dépressif majeur
 Anxiété généralisée
 État de stress post traumatique
 Trouble panique avec agoraphobie
 Trouble obsessionnel compulsif



2) Qualité de vie

Elle est significativement altérée pendant les six premiers mois, puis elle s'améliore à un an. Cette altération est en rapport avec les pathologies médico-psychologiques. Les deux dimensions touchées sont sexuelle et professionnelle. Dimension sexuelle: en moyenne le score est inférieur par rapport aux témoins à J0, elle est effondrée pendant les six premiers mois puis elle augmente, sans jamais revenir à son score d'origine. La majorité des patients disent avoir peur de recevoir des chocs pendant le rapport sexuel.

3) Chocs et troubles médico-psychologiques

14 patients avaient reçu des chocs. 10 avaient reçu moins de cinq chocs et 4 des orages rythmiques (30 chocs). Le fait étonnant c'est que tous les patients qui ont reçu un ou plusieurs chocs avaient fait une dépression dans l'année précédant la pose de DAI. Les patients recevant plus de 3 chocs développent significativement plus d'état de stress post traumatique et anxiété généralisée, que les patients qui ne reçoivent pas de choc. La qualité de vie est altérée chez les patients recevant plus de 3 chocs

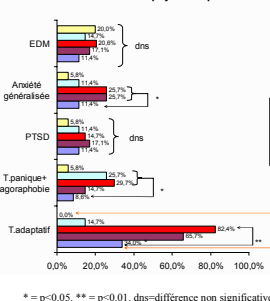
4) le suicide d'un patient après la pose de défibrillateur

patient de 70 ans. Le défibrillateur a été implanté en raison de troubles du rythme (tachycardie ventriculaire soutenue à 190/mn) sur une cardiomyopathie dilatée à coronaires saines. Ce patient n'a pas d'antécédents particuliers en dehors d'une surdité congénitale découverte à l'âge de 4 ans. Cette surdité est responsable des troubles du langage chez ce patient, rendant difficile l'évaluation clinique. Cependant la communication est possible avec ce patient et est facilitée par l'intermédiaire de sa famille. Il ne présente ni troubles cognitifs, ni troubles déficitaires. Il vit seul dans une maison en zone rurale. Il est retraité. Mais il exerce son activité professionnelle (bûcheron) épisodiquement « pour aider les amis ». Or cette activité est impensable après la pose du défibrillateur. Pour éviter l'isolement de ce patient, qui pouvait lui être fatal en cas d'arrêt cardiaque, sa maison est vendue et il est adressé vers une maison de retraite. Six semaines après la pose du défibrillateur, le patient présente un trouble adaptatif à versant dépressif (JO HADT=12, 1 mois HADT=23, 2 mois HAD=27). Il a une thymie dépressive avec des idées de dévalorisations. « Je ne suis plus rien, je ne peux même pas bricoler sans risquer de mettre l'appareil en route ». Il pleure souvent dans la journée et présente des troubles du sommeil à type de difficulté d'endormissement et des réveils nocturnes. Un traitement par antidépresseur sérotoninergique et un suivi est mis en place. Deux mois après la pose du défibrillateur, on le trouve pendu dans sa chambre à la maison de retraite. L'accumulation d'événements de vie négatifs liés à des pertes authentiques et symboliques, activant une problématique de deuil, pourraient à l'origine de ce suicide.

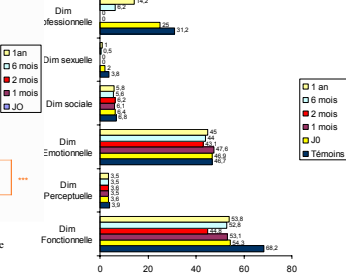
INSTRUMENTS

HAD: (Hospital Anxiety and Depression Scale de ZIGMOND et al. traduite par LEPINE);
 questionnaire permettant d'évaluer l'anxiété et la dépression chez les patients atteints de pathologies organiques
 RSF(Retentissement Fonctionnel et Socio-Affectif de JETTE et al. Traduit par MRTIN.
 Autoquestionnaire de qualité de vie
 MINI version 5.0.0 (Mini International Neuropsychiatric Interview) de SHEEHN et al.
 Analyse statistique : programme EPI info (version 5.01 ENSP F 1910, Septembre 1991). Les tests utilisés sont : T student : en cas de variation homogène Kruskal-Wallis en cas de variance non homogène

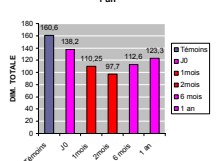
Evolution des troubles psychiatriques sur 1an



Comparaison des scores des différentes dimensions à l'échelle RFS, Patients-Témoins, sur un an



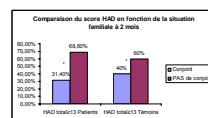
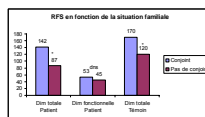
Comparaisons dimension totale à l'échelle RFS, Patients-Témoins sur 1 an



Comparaison des différents scores par rapport aux chocs pendant les six premiers mois

	Chocs>3	Pas de chocs	Différence
Etat de stress post traumatique	56%	28%	P=0,001*
Anxiété généralisée	78%	33%	P=0,00023*
HAD totale≥13	88%	46%	P=0,048*
Dimension totale	78±16,8	120±8,8	P=0,099

* la différence est significative



5) Soutien social

Patients avec conjoint présentent moins d'anxiété et de dépression et donc une meilleure qualité de vie, que les patients sans conjoint. Donc le soutien social joue un rôle important. D'où l'idée de la création de l'association CŒUR-DEF

CONCLUSION

En moyenne 63% des patients développent une pathologie médico-psychologique pendant la première année après l'implantation d'un défibrillateur cardiaque implantable. Implanter un défibrillateur cardiaque à un patient, c'est lui imposer une menace du choc, ne pas prendre en charge sa qualité de vie, c'est une erreur. Nous sommes à la limite d'une technique très efficace qui est probablement à son maximum, le prix à payer est un prix psychique, certes transitoire (1 an) mais il peut coûter la vie du patient