



# Chirurgie de l'obésité et psychopathologie

Pr B. Gohier,

M. Caroff, G. Allet, D. Legal, M. Brière, D. Denes, G. Fournis

Service de Psychiatrie et d'Addictologie

CHU Angers





**Pas de déclaration de conflits  
d'intérêts en rapport avec la  
communication présentée**

# Obésité, en chiffres

**Surpoids 35 %**  
(IMC  $\geq$  25  
kg/m<sup>2</sup>)



**Obésité 15 %**  
(IMC  $\geq$  30  
kg/m<sup>2</sup>)

Indice de Masse Corporelle = P / T<sup>2</sup> (kg/m<sup>2</sup>)

**Obésité morbide**  
IMC > 40  
600 000 personnes

FRANCE  
(ObÉpiRoche 2012)



OBÉSITÉ

14,3 %

15,7 %

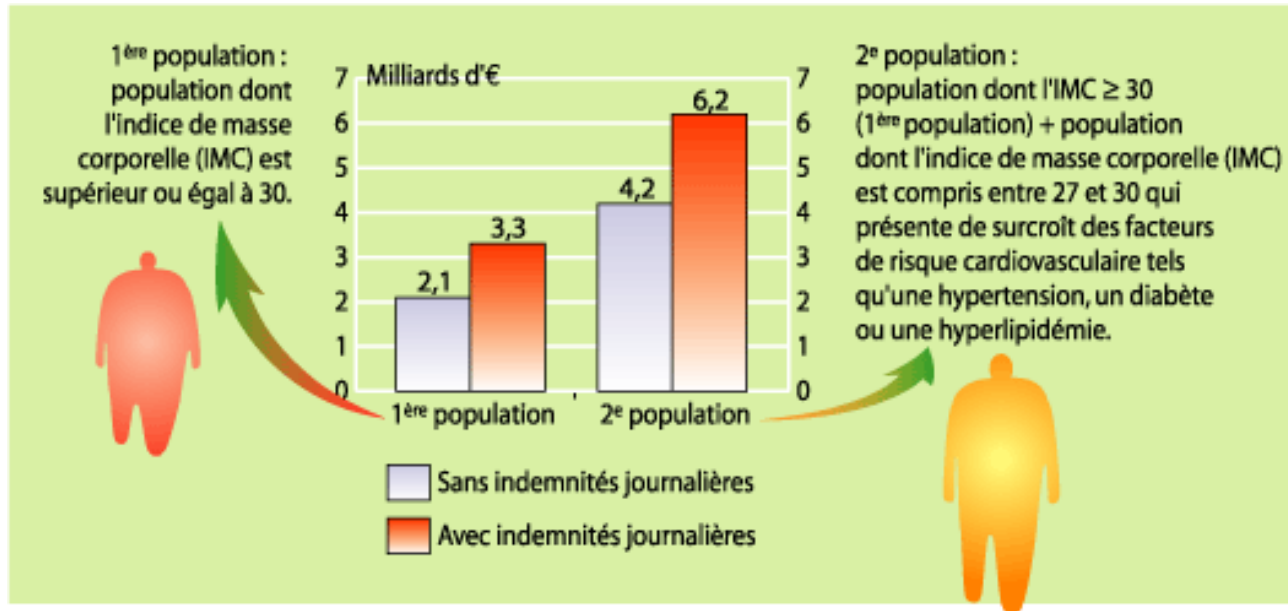
## MALADIE MULTIFACTORIELLE

- ✓ Risque de mortalité prématurée
- ✓ Qualité de vie altérée
- ✓ Psycho-social : dépression, rejet, discrimination

# En constante hausse depuis 20 ans



# Coût de l'obésité en France, Données de l'Assurance Maladie, 2002



Consommation de soins et de biens médicaux estimés à 2 fois plus  
pour des patients obèses

8 % des dépenses de santé

# Fréquence des traitements et comorbidités des personnes opérées pour chirurgie bariatrique en 2011

<b>Pathologie ou traitement des 12 derniers mois</b>	<b>% parmi les opérés</b>
ALD ou hospitalisation pour insuffisance cardiaque	1,4%
ALD ou hospitalisation pour insuffisance coronarienne	2,1%
Traitements antihypertenseurs	24%
Traitements hypolipémifiants	12%
Traitements antidiabétiques	11%
Appareillage pour syndrome d'apnées du sommeil	12%
Traitements pour asthme ou BPCO	12%
Traitements anxiolytiques ou hypnotiques	18%
Traitements antidépresseurs	17%

# Prise en charge de l'obésité

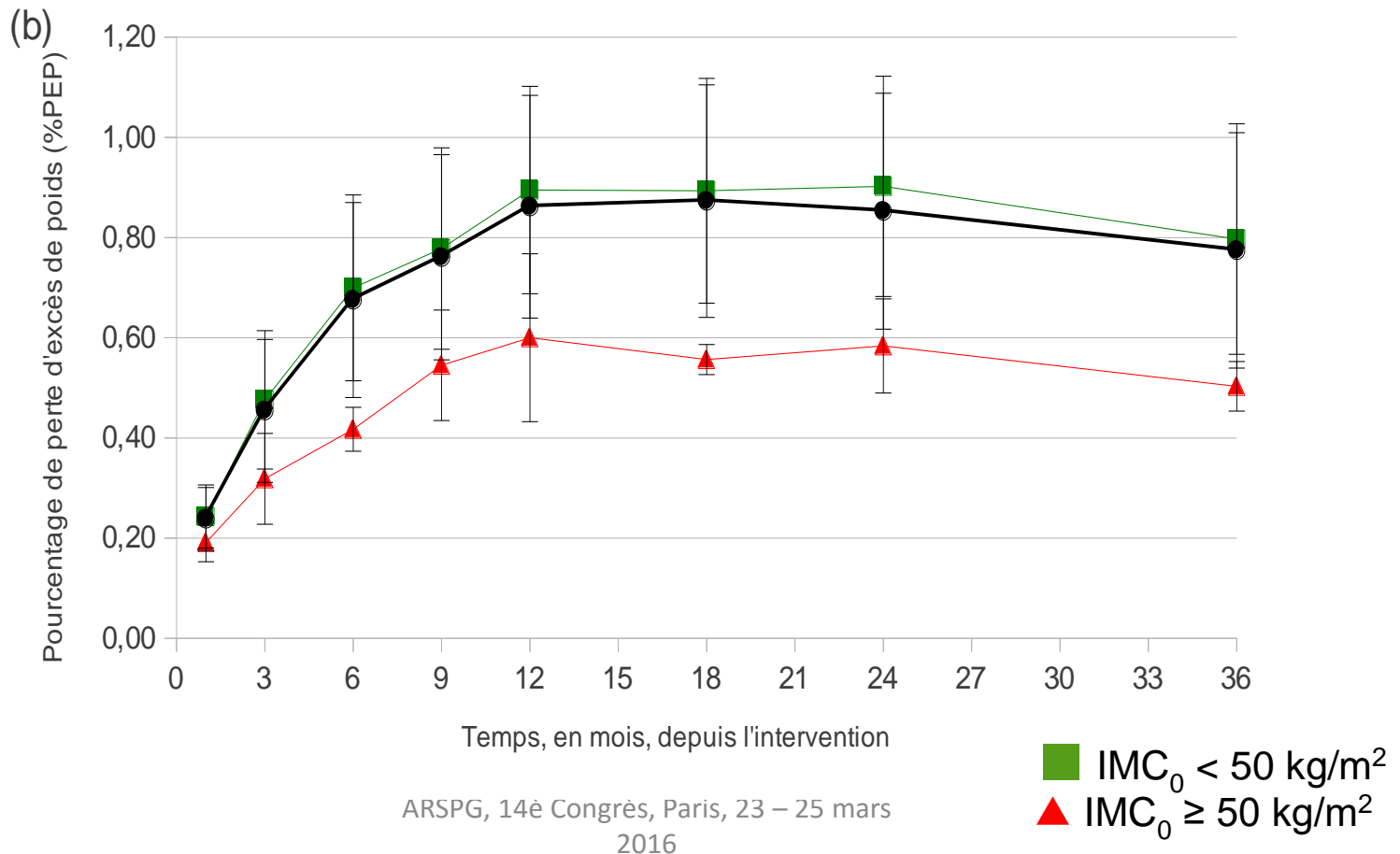
- Interventions comportementales :  
modification du comportement
- Activité physique
- Interventions diététiques
  
- En dernier recours, et si obésité sévère :  
chirurgie : 30 000 patients opérés en 2011 (nb  
doublé en 5 ans)

# Efficacité de la chirurgie

- Perte d'excès de poids : 61% en moyenne  
*(Buchwald et al., 2004)*
- Diminution voire guérison des comorbidités  
*(Sjöström et al., 2007)*
- Amélioration de la qualité de vie *(Karlsson et al., 2007)*



# RÉSULTATS : évolution pondérale



# MAIS...

- Chirurgie non dénuée de risque avec une mortalité
  - 0,1 % anneau gastrique
  - 0,35 % gastroplastie verticale calibrée
  - 0,5 % bypass
- Risque de suicide après chirurgie

		Taux de suicide / 10 000
Patients opérés	Homme	13,7
	Femme	5,2
Population générale	Homme	2,4
	femme	0,7

# Les mots clés du suivi post-opératoire

## -A vie

-**Suivi multidisciplinaire** : diététique, nutritionnel, métabolique, chirurgical, psychiatrique : nombreuses cs, examens biologiques

- **Alimentation équilibrée et fractionnée (type de chirurgie)**

- **Activité physique**

- **Suppléments en vitamines et oligo-éléments / carences**

# Contre-indications de la chirurgie

*(HAS, 2009)*

- Absence de prise en charge médicale antérieure identifiée
- Contre-indications à l'AG
- Maladies mettant en jeu le pronostic vital à court et moyen terme
  
- Troubles cognitifs ou mentaux sévères
- Troubles sévères et non stabilisés du comportement alimentaire
- Dépendance à l'alcool et aux substances licites et illicites
  
- Incapacité prévisible du patient à participer à un suivi médical prolongé

# ÉVALUATION PSYCHIATRIQUE

Contre-indications

Motivation

Pathologies psychiatriques ?

TCA

Trouble anxieux, dépressif  
personnalité pathologique...

Adhésion aux soins



Patient candidat

Facteurs de stress psycho-sociaux

Capacité d'observance

Soutien familial

Capacité de mise en œuvre des changements

# Troubles psychiatriques au moment de l'évaluation psychiatrique

Auteurs, année	<u>Kalarchian et al., 2007</u>	<u>Mauri et al., 2008</u>	<u>Mühlhans et al., 2009</u>	<u>Mitchell et al., 2012</u>
N	288	282	146	199
Trouble axe I	37,8%	20,9%	55,5%	33,7%
Trouble thymique	15,6%	6,4%	31,5%	11,6%
Trouble anxieux	24,0%	12,4%	15,1%	18,1%
Abus de substance	1,7%	-	1,4%	1,0%
Hyperphagie boulimique	16,0%	6,7%	23,3%	10,1%
Boulimie Nerveuse	0,3%	0,4%	0,0%	1,0%
TCANS	-	-	14,4%	-

TCANS : Trouble des Conduites Alimentaires Non Spécifié

# Antécédents psychiatriques chez les candidats à la chirurgie bariatrique

Auteurs, année	<u>Kalarchian et al., 2007</u>	<u>Mauri et al., 2008</u>	<u>Mühlhans et al., 2009</u>	<u>Mitchell et al., 2012</u>
N	288	282	146	199
Trouble axe I	66,3%	37,6%	72,6%	68,6%
Trouble thyroïdique	45,5%	22,0%	54,8%	44,2%
Trouble anxieux	37,5%	18,1%	21,2%	31,7%
Abus de substance	32,6%	1,1%	15,1%	35,7%
Hyperphagie boulimique	27,1%	11,1%	-	13,1%
Boulimie Nerveuse	3,5%	1,8%	6,8%	2,5%
TCANS	-	-	-	13,1%

TCANS : Trouble des Conduites Alimentaires Non Spécifié

# Psychotropes chez les candidats à la chirurgie bariatrique

<b>Psychotropes</b>	<b>34,4 %</b>
Antidépresseurs	30 %
Anxiolytiques	6,6 %
Antipsychotiques	3,3 %

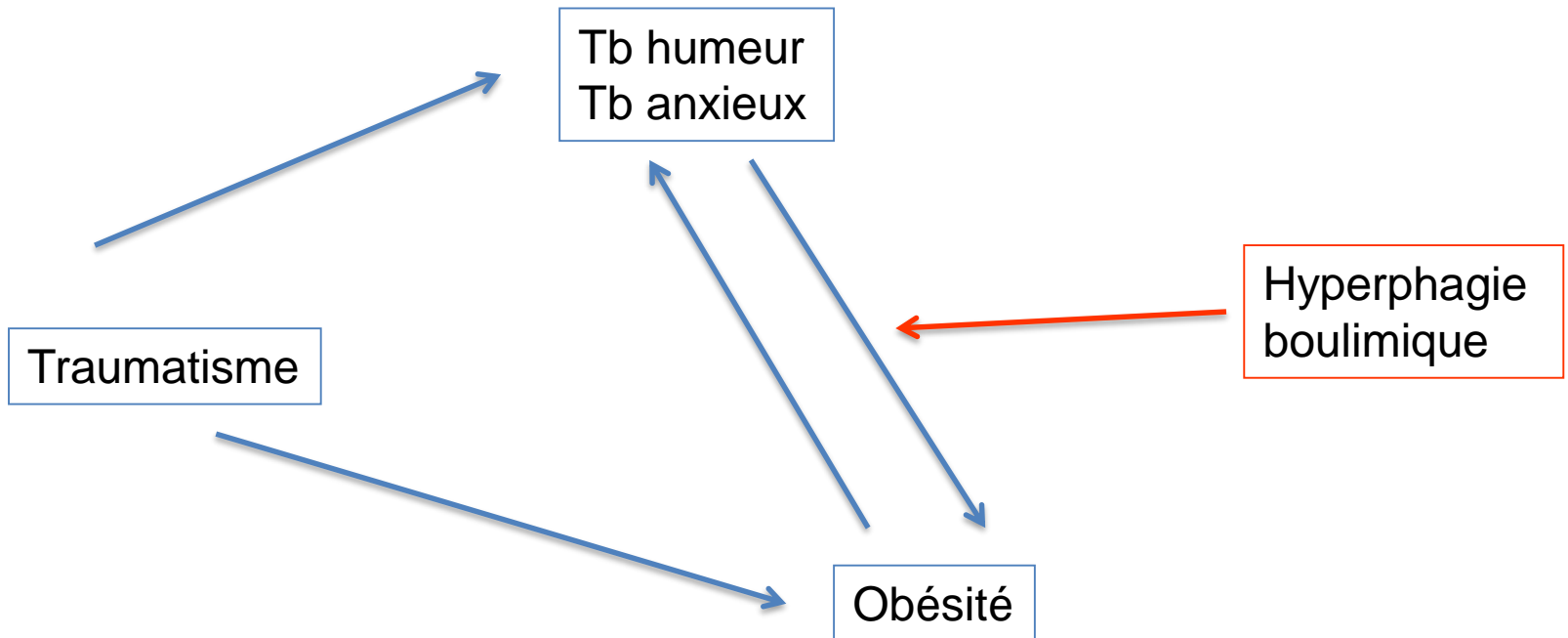


# Patients demandeurs de chirurgie / patients obèses

	<b>Pré-chir</b>	<b>obèses</b>
Troubles de l'humeur	45,5	20,8
Troubles anxieux	37,5	28,8
Addictions	32,6	14,6

Antécédents traumatismes psychiques, en particulier chez les femmes

# Des interactions fréquentes



# Evaluation du comportement alimentaire

- **Addiction comportementale**
- **Addiction à une substance psycho-active (alcool, toxiques, médicaments)**
- **Médicaments satiétogènes ou inducteurs de prise pondérale**
- **Notion de techniques de contrôle de la prise de poids : vomissements provoqués, exercice physique intensif, jeûne, anorexigènes, laxatifs, diurétiques, lavements...**
  
- **Quantité et qualité des prises alimentaires**
- **Préférences et envies alimentaires**
- **Régimes, interdits, habitudes familiales, culturelles ou religieuses**

## Les différentes phases du comportement alimentaire

<b>PHASE</b>	<b>COMPORTEMENT</b>	<b>SENSATION</b>
<b>Pré-ingestive</b>	État d'éveil Recherche de la nourriture Stockage Préparation des aliments	Faim : besoin de manger Appétit : envie de manger
<b>Ingestive</b>	Début de la prise Choix des aliments Arrêt de la prise	Appétit : perception du plaisir Estimation des quantités Rassasiement
<b>Post-ingestive</b>	État de bien-être somnolence	Satiété Plénitude Satisfaction

# Evaluation de la compliance

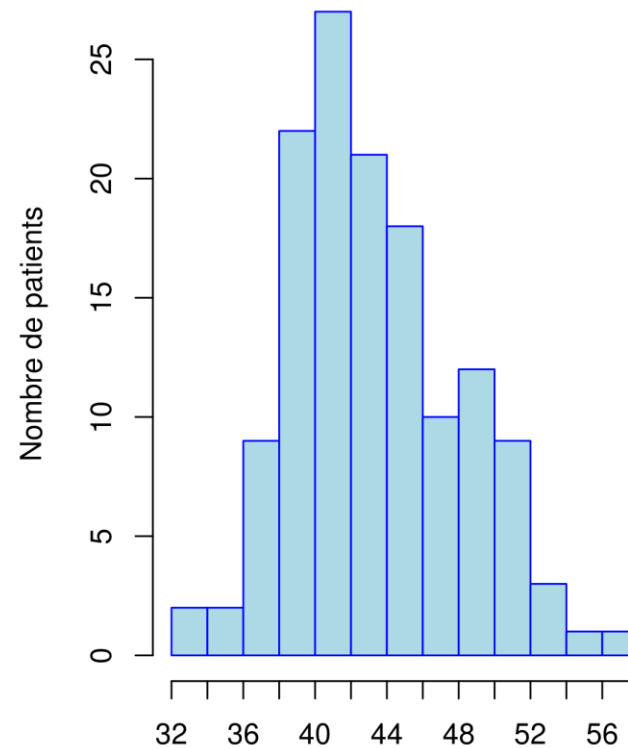
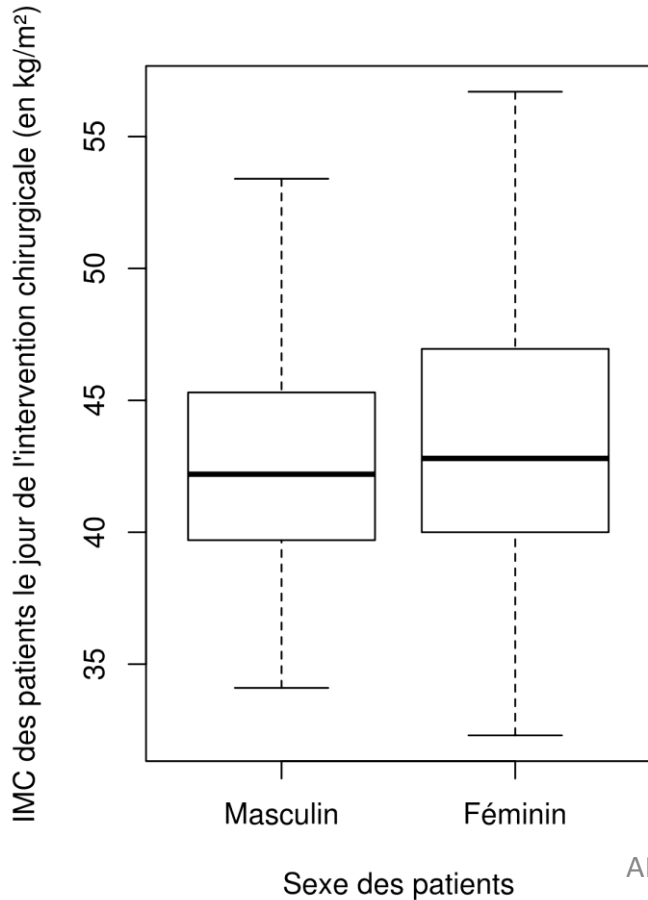
- 20 % des patients ne parviennent pas à atteindre une perte d'au moins 50 % d'excès de poids ou à maintenir cette perte dans le temps (*Marcus et al., 2009*)
- Or, la chirurgie bariatrique est une chirurgie d'un organe sain avec des conséquences sur la vie entière du sujet
- Traitement proposé après un long parcours médical, vécu comme le traitement de la dernière chance, dans un climat de honte, voire de culpabilité ou de haine contre leur corps

# UN COUT INDIVIDUEL : CONSÉQUENCES PSYCHOSOCIALES COMMUNES

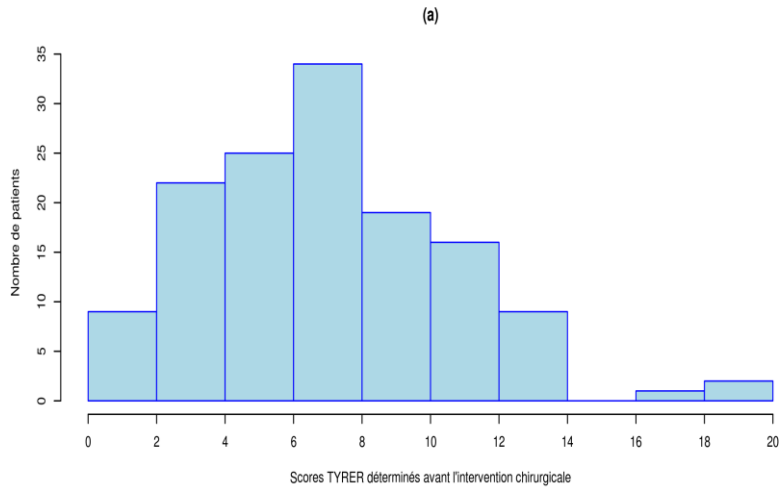
- Pessimisme, perte de confiance en soi, faible estime de soi
- Insatisfaction, autodépréciation, culpabilité
- Repli, isolement, exclusion, discrimination
- Moyens de défense : passivité ou tendance hostile
- Altération de l' image du corps (+ volontiers repoussant que protecteur)
- Une pathologie **chronique et invalidante** à tous les plans
- Altération sévère de la qualité de vie (*Le martyr de l'obèse*, H. Béraud)

# Evolution en post-opératoire

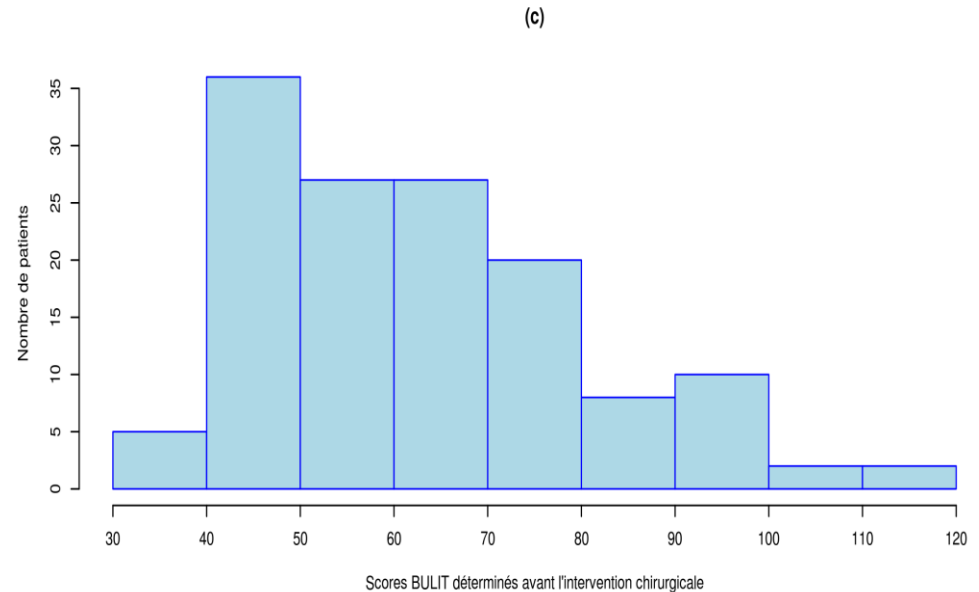
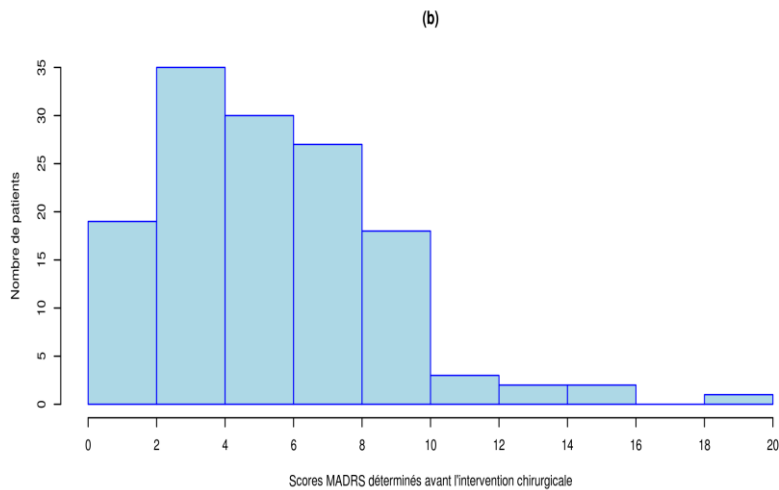
- 2009 - 2011
- 137 patients : 29 ♂ et 108 ♀
- Âge moyen 41,7 ans



# RÉSULTATS : données psychologiques

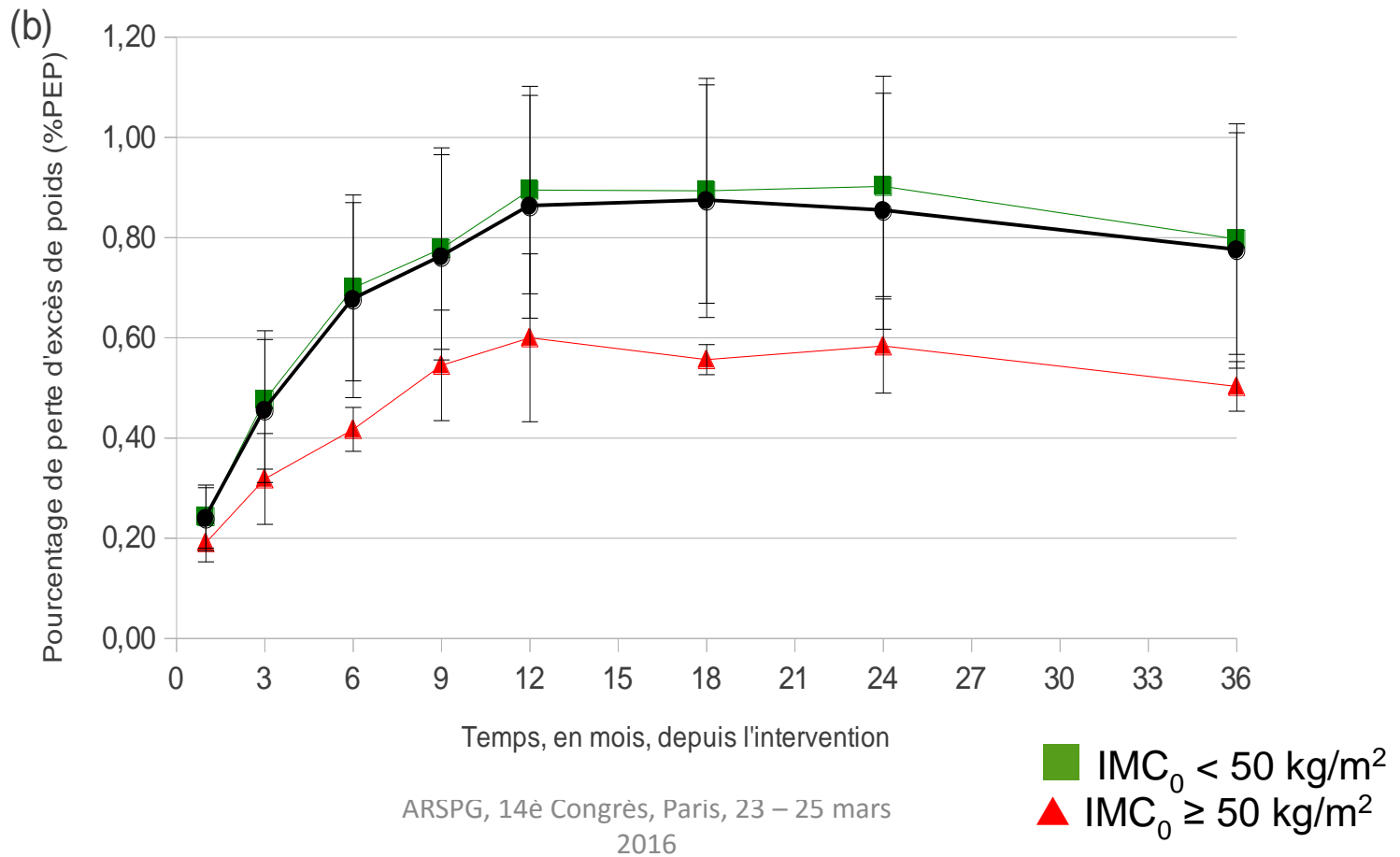


- Pas de troubles psychiatriques majeurs





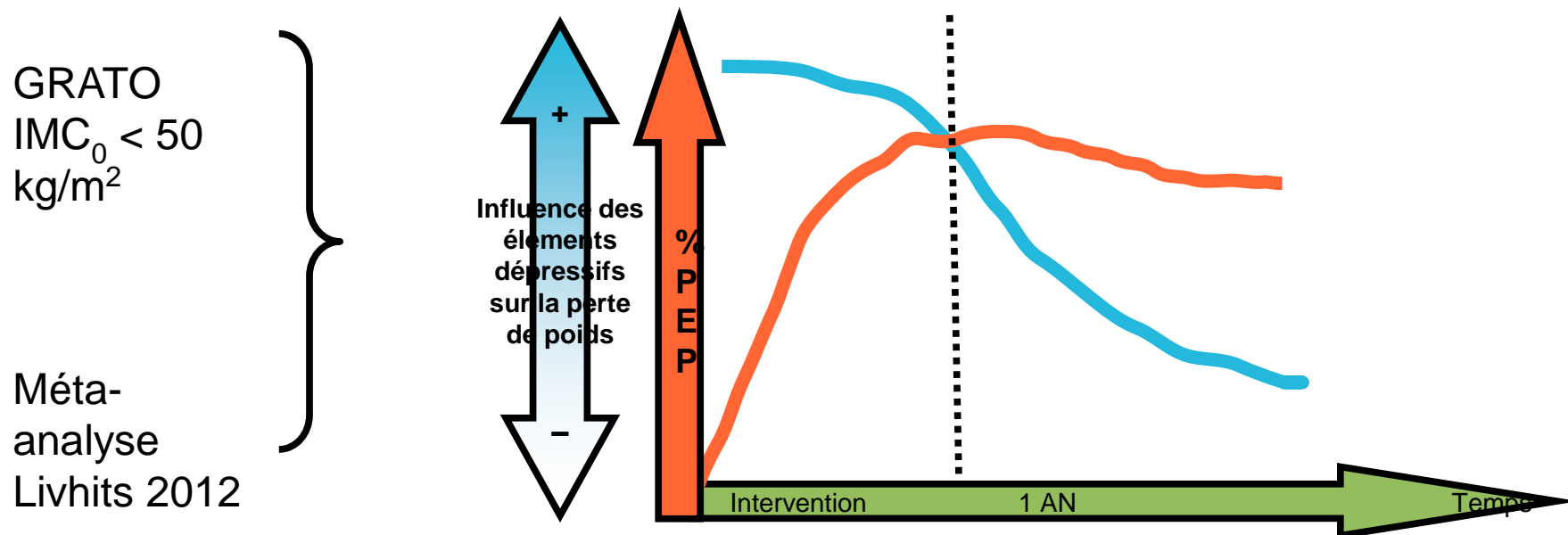
# RÉSULTATS : évolution pondérale



# RÉSULTATS : corrélations retrouvées

- Forte corrélation **IMC<sub>0</sub> / %PEP**
  - L'IMC<sub>0</sub> comme facteur prédictif négatif de la perte de poids :
    - retrouvé dans une majorité d'études
    - explique entre 25 et 48 % des variations du %PEP
- Faible corrélation **MADRS / % PEP à 1an**  
( $R=0,22$  ;  $p=0,1314$ ) pour groupe 1 ( $IMC < 50 \text{ kg/m}^2$ )
- Aucune autre corrélation entre scores des tests et %PEP

# Influence des symptômes dépressifs sur la perte de poids après un an



Effet « lune de miel » de la première année, puis reprise des cognitions et **habitus dépressif**

# Conclusion

- Un traitement potentiellement efficace sur la perte de poids
- Un traitement qui peut améliorer la qualité de vie des patients
- Mais, attention à l'idéalisation !
- Nécessite une évaluation complexe

# Conclusion

- Pas de profil psychopathologique particulier
- Mais
  - Fréquence des ATCD de tb d l'humeur, tb anxieux, addictions, traumatismes
  - Fréquence des pathologies psychiatriques au moment de l'intervention
  - Risque suicidaire en post-opératoire
- D'où la nécessité d'un repérage des patients et d'un suivi spécialisé



**Merci pour votre  
attention**