



**CHU
NICE**

Aspects psychiatriques addictologiques

TCA et chirurgie bariatrique

Dr ORLOWSKI Magalie

Psychiatrie de liaison

CHU de Nice , Hôpital Archet

Autour d'une histoire clinique :

- Mlle A vient consulter le 5/7/18 pour évaluation psychiatrique dans le cadre d'une demande de chirurgie bariatrique à type de sleeve
- Mlle A :
 - 20 ans , vit à St Andre de la Roche
 - en couple , sans enfant
 - Fait des études de licence d'anglais
 - Travaille en // en tant que caissière
 - Parents : relation complexe , périodes successives de séparation et vie commune , toujours d'actualité
 - 1 demi-frère et 1 demi-sœur coté paternel

- Concernant sa demande :
 - IMC : 39,5 (121 kg , 1,75 m)
 - Patiente de présentation correcte , adaptée, pas de bizarrerie comportementale
 - Pas de syndrome confusionnel
 - Pas de méfiance pathologique , verbalise spontanément autour de son fonctionnement et ses actd
 - Contexte d'1 tante et d'1 cousine ayant été opérée (Sleeve)
- Bien informée sur les techniques chirurgicales , surtout Sleeve moins sur By pass.
- Conscience des complications relatives potentielles associées , de la nécessité du suivi
- Favorable aux deux techniques
- A conscience et intègre la nécessité de mise en place des mesures hygiéno-diététiques associées
- Aucune ambivalence concernant sa demande
- Ok pour suivi somatique et psychiatrique

- → en demande d'une prise en charge psychiatrique
- Verbalise avoir conscience d'un « problème » avec l'alimentation ancien selon elle
- Et mets en parallèle sa dynamique pondérale avec son vécu d'évènements de vie et de symptomatologies psychiatriques associées : → TCA évoqué dès le début de l'entretien
- Conscience de la présence d'un TCA et d'une cointrication TCA et de son problème poids et de la nécessité d'une prise en charge :
 - « je me dis que l'opération ne changera pas tout , c'est un coup de pouce , mais comme je fonctionne avec la nourriture il faut que je me fasse aider avant »

- L'histoire pondérale :
 - // d'emblée avec son vécu psychologique et des atcd
 - Point de naissance normal
 - Début de prise de poids vers 8 ans , contexte de multiples TS de sa mère à domicile , vécu traumatique
 - Prises en charge à partir de là en suivi médecin traitant, endocrinologues et nutritionniste pour prise de poids rapide ++++
 - Vécu très difficile de la prise de poids , rapports à l'autre , rapport corporel « j'étais rien , juste la grosse pour tout le monde »
 - Vécu poids/alimentation intra familial difficile : hypervigilance ou desinvestissements « ma mère en a fait toute une histoire , elle me disait que j'étais grosse et que j'allais continuer à être grosse »
 - Période de perte de poids suite régimes puis reprise : dynamique en YOYO ++++
 - SSR nutrition Les Oiseaux à 13-14 ans pendant 8 mois : perte de plus de 30 kg , reprise totale dès RAD progressivement

- Élément en faveur d'une altération du schéma corporel : pas de dysmorphophobie , mais atcd vécu difficile du changement corporel et de l'intégration de la perte ou prise poids . En a conscience , appréhende son vécu de la perte de poids suite chirurgie bien que souhaitée
- Pas d'objectif ou d'attente disproportionné de perte de poids
- Objectif /motivation concernant la prise en charge :
 - améliorer les signes fonctionnels
 - Éviter les problématiques de santé (pas de comorbidités somatiques associées à ce jour)
 - Améliorer son vécu corporel

- Au niveau psychiatrique :
 - Atcd de suivi pédopsychiatrique et psychologues enfant suite prise de poids et en // conduites d'auto agressivité à type de scarification et équivalent TS (situations de mise en danger sans acte suicidaire direct)et idéations suicidaires
 - Décrit un tableau d'état anxio-dépressif sévère avec idéations suicidaires récurrentes de ses 12 ans jusqu'à environ 18 ans « la pire période de ma vie , j'étais pas heureuse »
 - Multiples scarifications zones non visibles , non connues de la famille , non verbalisées encore à ce jour

- Décrit un contexte familial difficile en parallèle : multiples séparations de ses parents et reprise de la vie commune
- Vécu traumatique , abandonnique associé
- Rôle dans la dynamique familial modifié : « ma mère se reposait sur moi , je devais m'occuper de tout à la maison , même cuisiner pour moi et mon frère et ma sœur , je savais pas , j'étais perdue »
- → compulsions alimentaires franches associées :
 - « je m'en rendais pas compte , mais j'étais complètement boulimique , je devais faire les courses et je rentrais je mangeais tout d'un coup , j'avais plus de repas construits , et c'était plus fort que moi je me remplissais dès que je n'étais pas bien ou je me coupais »

- Alimentation déséquilibrée en type et rythme
- Pas d'acte d'attitude de purge ni phase restrictives anorexiques associées
- + développement d'un TCA type BED (hyperphagie boulimique)
- Contexte d'EDM modéré à sévère avec scarifications et trouble de personnalité (vécu abandonnique , impulsivité , immaturité affective) et éléments traumatiques
- Évolution du TCA depuis avec persistance actuelle

- A ce jour :
 - « je mange mes émotions »
 - euthymique , dit avoir « grandi » et s'être prise en main pour se créer un quotidien qui lui convient
 - Pas de symptômes psychotiques, ni arguments en faveur d'un trouble bipolaire , pas d'éléments de PTSD
 - Éléments de personnalité persistants avec impact sur le fonctionnement interpersonnel
 - Amendements des conduites à risques et des scarifications
 - Vécu difficile des cicatrices des scarifications /image du corps et schéma corporel

- Persistance des compulsions alimentaires
- Moins intenses et moins fréquentes
- En a conscience et critique : → demande de soins
- Altération de la sensation de « faim » et satiété
- Pas d'attitude de purge ou compensatoire
- Pas de distorsions cognitives , ni dysmorphophobies
- Rythme alimentaire irrégulier
- Alimentation peu équilibrée
- Commence à changer depuis quelques semaines

- Pas de prise ni atcd de traitement coupe faim

- Au niveau toxique :
 - tabagisme actif en cours de sevrage
 - OH occasionnel
 - ATCD de consommation on/off de cannabis au lycée , sevrée à ce jour
 - Pas d'autres toxiques actuels ou passés
- Pas d'arguments en faveur d'une addiction alimentaire
- Pas de phénomène de glissement d'addiction

- Etayage socio-familial :
 - Parents informés , non investis comme étayant dans le contexte par la patiente
 - Compagnon : peur de la chirurgie , mais décrit présent
 - Inquiétude de la patiente du vécu et impact du changement corporel dans leur relationnel
 - Peu de relations amicales décrites
 - Pas de pression extérieure concernant la demande

- → CI psychiatrique relative à ce jour
- Proposition de prise en charge pluridisciplinaire
- Dont suivi psychiatrique avec instauration d'une thérapeutique médicamenteuse
- Et suivi psychothérapeutique

- Patiente favorable ... et suivi en cours investi depuis lors

CRITERES HAS DE SUIVI PSYCHIATRIQUE

Evaluation préopératoire systématique pour :

- Identifier les contre-indications psychiatriques (troubles cognitifs ou mentaux sévères, TCA sévères et non stabilisés, dépendance à l'alcool ou aux substances psychoactives)
- Evaluer la motivation, la capacité à mettre en œuvre les changements comportementaux nécessaires, et à participer à un programme de suivi postopératoire à long terme

CRITERES HAS

- Evaluer les déterminants et conséquences psychologiques de l'obésité
- Evaluer les connaissances du patient en matière d'obésité et de chirurgie (pour fournir son consentement éclairé)
- Evaluer la qualité de vie

CRITERES HAS

- Déterminer les facteurs de stress psychosociaux, la présence et la qualité du soutien socio-familial
- Proposer des prises en charge adaptées avant chirurgie et orienter le suivi en postopératoire

Rôle du psychiatre

- Dépister une **comorbidité** psychiatrique
- Dépister un **facteur prédictif** d'échec à la chirurgie
- **Participer au choix de la technique chirurgicale**
- Proposer une prise en charge préopératoire
- Évaluer le **retentissement psychosocial** de la chirurgie
- Dépistage de contre-indication majeure
- **Évaluation de la personnalité**
- **Évaluation du support socio-familial**
- Orientation vers prise en charge psychothérapique
- Explorer la capacité à suivre des objectifs et à concevoir des projets à long terme

L'évaluation: plus qu'un avis , une expertise

Evaluation psychiatrique

- Dans la majorité des cas, uniquement CLINIQUE.
 - histoire personnelle et psychosociale
 - ATCD médico-chirurgicaux et psy
 - histoire pondérale et alimentation
 - complications de l'obésité
 - soutien
 - troubles psychiatriques
- Tenir compte de la situation d'évaluation, les patients minimisent les informations.
« delay or denial »

inventaire du poids et du style de vie (Boston Interview)

1. Histoire de la prise de poids, nutrition et diététique.
2. Troubles alimentaires
3. Représentation ou regard du patient sur son obésité
4. Compréhension de la chirurgie, des risques, et des régimes après intervention.
5. Motivation et attentes des résultats de la chir.
6. Les relations et le soutien social.
7. Fonctionnement psychologique.
8. Habitudes alimentaires
9. Prise d'alcool, excitants, drogues..

Les contre-indications psychiatriques

absolues

- TCA: la boulimie, l'anorexie-boulimie
- Psychoses chroniques non stabilisées
- Addictions: toxicomanie et alcoolisme = utilisation actuelle et continue
- Troubles de l'humeur sévères non stabilisés
- Absence de consentement éclairé (retard mental)

Temporaires

- Proposition d'une démarche thérapeutique auprès de l'équipe multidisciplinaire
- Suivi psycho-éducatif et Le revoir pour réévaluation

Relatives

- Troubles de l'humeur modérés
- Troubles graves de la personnalité (antisocial)
- Antécédents de dépression, de T.S, de B.D, actuellement résolu et non suivi
- Attentes irréalistes et idéalisation « magique » du traitement (solution miracle)
- Refus ou impossibilité de changer de rythmes de vie ou d'habitude alimentaires
- Altération du schéma corporel , vécu corporelle , image de soi

Manolis (84), 3 niveaux de C.indication (clignotants)

Pourquoi évaluer les TCA ?

- La contre indication majeur:
Boulimie, anorexie,
anorexie/boulimie
- Les premiers échecs des anneaux gastriques essentiellement dus aux compulsions alimentaires.
- On ne doit pas s'arrêter aux troubles psychiatriques, mais de bien explorer les TCA.
- Ce qui pose le plus de problèmes. Pourquoi?
- On retrouve chez les obèses, 1 cas sur 2 des compulsions alimentaires. (souvent cause de prise de poids ou de son entretien)
- Souvent non dépistées et ignorées
- Enjeux pronostic et de prise en charge



Introduction

- Les TCA chez les patients obèses sont **très fréquents, à rechercher systématiquement**
- **L'hyperphagie**, le TCA le plus fréquent, près 80% des cas (manger beaucoup et vite)
- **Le Binge eating disorders (BED)**, le plus spécifique qui explique les échecs répétés
- l'aspect psychiatrique le plus important en matière de pronostic

L'hyperphagie boulimique :

« Binge eating disorder »

Spitzer 93; DSM IV, 96

- 20 à 50% de surpoids qui consultent seraient sujets à ce trouble
- Fréquence semblable dans les 2 sexes
- Préoccupation par la nourriture
- Fréquence de dépressions, attaque de panique, phobies
- Absorption en une courte période , d'une grande quantité
- Sentiment de perte de contrôle pendant la crise
- Pas de comportement compensatoire
- culpabilité

Conséquences du BED

 OBESITE RAPIDE

 Contre-indique en l'état
un régime amaigrissant

Prise alimentaire principalement nocturne

- 60 % des Cal ingérées entre 20 h et 6 heures
- Réveils nocturnes à but de prise alimentaire
- Sur le mode compulsif ou boulimique

⇒ *Augmentation poids*

Signes cliniques de la boulimie

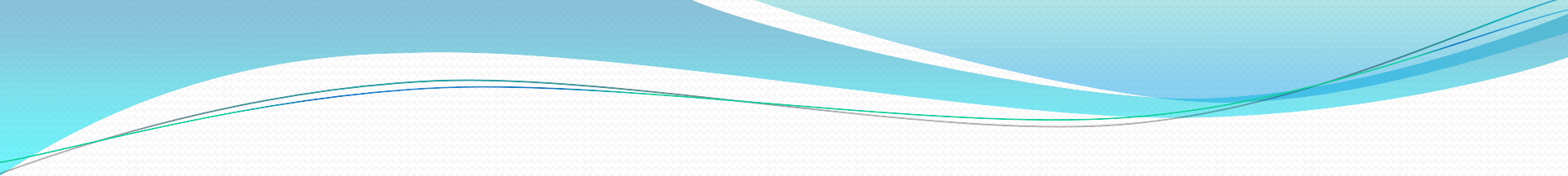
On décrit classiquement trois phases dans le déroulement de l'accès :

- la phase prodromique. Excitation préalable : le sujet ressent une vague sensation envahissante et oppressante de faim, accompagnée d'angoisses et d'irritabilité. Besoin impérieux de nourriture. Lutte anxieuse contre les pulsions ressenties.

- **L'accès boulimique** :

Il s'agit d'une surconsommation alimentaire brutale, sans sensation de faim, sans sensation de plaisir.

- . Incontrôlable
- . Impérieuse
- . Irrépressible
- . Irréversible

- 
- D'aliments hypercaloriques, peu protidiques, faciles à ingérer (de 3500 à 20 000 calories par accès)
 - En cachette (chambre, cuisine, toilettes)
 - Rapide (crise inférieure à deux heures) : voracité, absence de mastication allant parfois jusqu'à l'étouffement.

- Fin de l'accès : phase résolutive.

La fin survient lorsque le patient n'a plus rien à manger, a mal au ventre, se sent étouffée, lorsqu'elle est interrompue par un événement extérieur.

Elle ressent le plus souvent un profond malaise :

- *Physique* : douleurs et pesanteur abdominales, nausées, céphalées, fatigue intense.
- *Psychique* : honte, remords, culpabilité, auto-dépréciation, mépris de soi-même, impression d'être difforme ou d'avoir perdu le contrôle de soi.



Cette sensation de malaise est souvent suivie par des vomissements provoqués puis réflexes.

- S'y associent d'autres comportements compensatoires inappropriés visant à empêcher la prise de poids : emploi abusif de laxatifs, de diurétiques, de lavements ou autres médicaments, jeûne, exercice physique excessif.

SIGNES ASSOCIES

- Conscience du trouble
- Préoccupation pondérale et physique.
- Trouble de la sexualité: désintérêt ou « boulimie » sexuelle.
- Dimension dépressive.
- Problèmes financiers.

La boulimie doit être distinguée de

- - la phagomanie : habitude de grignoter entre les repas, non motivée par la faim,
- - la voracité et la glotonnerie : désir ardent et insatiable de manger sans prendre le temps d'apprécier,

Boulimie : clinique

1ère phase :

- **Déclancheurs** : état émotionnel
 - tension/stress
 - vide
 - sentiment de solitude
 - sentiment de faim
 - contrariété

3eme Phase: Compensation

- vomissement
- laxatifs ou diurétiques

• 2ème phase accès

- Achat urgent de nourriture voire voler de la Nourriture
 - qui rempli
 - cale vite
 - facile à manger, sans mâcher,
 - Mangée telle que cru, froids
 - facile à vomir
 - des quantités énormes (15000 cal) > repas normal
 - ex : 2 baguettes, 500g de beurre, 1/2 paquets de pâtes, 10 croissants, 1 plaquette de chocolat

Différences entre boulimie et compulsions (BED)

La boulimie : 2 obsessions : Alimentaire et prise de poids

La compulsions: 1 obsession: Alimentaire , d'où la prise de poids

Addictions et BED

- l'abus de substances (comprenant alcool et drogues/médicaments) est présente de manière significative chez les patients BED à **24,8% d'abus de substances** avec **20,3% de dépendance à l'alcool**.

Grilo CM, White MA, Masheb RM. DSM-IV Psychiatric Disorder Comorbidity and Its Correlates in Binge Eating Disorder. *Int J Eat Disord.* avr 2009;42(3):228-34.

Les facteurs de risque /BED

- **Comparés aux sujets contrôles sains :**
 - des expériences traumatiques dans l'enfance,
 - la dépression des parents,
 - la vulnérabilité à l'obésité et
 - l'exposition répétée à des commentaires négatifs sur le poids et l'alimentation.
- L'héritabilité du BED serait d'environ 50% à 83%,
- un tiers de ce risque génétique serait partagé avec la dépression, les troubles anxieux et les addictions.

Fairburn CG, Doll HA, Welch SL, Hay PJ, Davies BA, O'Connor ME. Risk factors for binge eating disorder: A community-based, case-control study. Arch Gen Psychiatry. 1 mai 1998;55(5):425-32.

Treasure J, Claudino AM, Zucker N. Eating disorders. The Lancet. 19 févr 2010;375(9714):583-93.

Evaluation addictologique

- Les conduites addictives restent difficiles à évaluées devant des patients informés
- Biais de l'évaluation, chez des personnes venant avec un objectif bien fixé, se faire opérer
- Sous estimation, banalisation, ou attitudes défensives, déni..
- Indispensable !!!!
 - La consommation d'alcool / dépendance OH
 - Le comportement alimentaire, comme conduite addictive
 - Les transferts d'addictions

Prévalence de la consommation d'alcool avant et après la chirurgie bariatrique.

JAMA. 20 juin 2012; 307 (23): 2516-25. / jama.2012.6147.

- L'étude de cohorte de King et al 2012 à Pittsburg a porté sur 2.458 patients
- (78% de femmes, 87% de race blanche, d'âge moyen 47 ans, BMI moyen 45,8)
- suivis 2 ans en post-opératoire avertit de la survenue tardive **au cours de la deuxième année** de suivi du trouble lié à l'usage de l'alcool.
- **9,6% de problèmes d'alcool après la 2^{ème} année**
- **66% des patients avec ATCD, rechutent en post op**



Conclusions

Risque de mésusage d'alcool post chirurgie de l'obésité

Réel +++ après **bypass**

10% à deux ans

De novo dans la moitié des cas

Peu de caractéristiques prédictives

Antécédents de mésusage d'alcool +++ et autres produits

Addiction alimentaire ?

Mécanismes ?

Transfert d'addiction

Modification du métabolisme de l'alcool

Conclusions et Propositions

- Le dépistage des troubles psychiatriques de part les fortes comorbidités somatiques et psychiatriques est indiscutable
- L'évaluation doit être globale avec les retentissements de l'obésité sur les différentes sphères de vie.
- **Evaluation systématique et spécifique des TCA**
- Évaluation addictologique systématique associée
- Plus qu'un avisune expertise psychiatrique et addictologique