

Chirurgie bariatrique : enjeux psychiatriques avant et après l'intervention

Pr GUIDO BONDOLFI^a, Drs CHRISTEL ALBERQUE^a, FOTEINI LYMPEROPOULOU^a et MOIRA RODRIGUEZ^a

Rev Med Suisse 2017; 13: 367-70

La chirurgie bariatrique est aujourd'hui le traitement le plus efficace pour le traitement des obésités sévères (IMC \geq 35 kg/m²). Cet article aborde les enjeux psychiatriques qui précèdent et suivent ces interventions chirurgicales, en tenant compte que la perte de poids n'est pas le seul critère à prendre en considération dans l'évaluation de la qualité de l'évolution postopératoire. La qualité de vie, le devenir des comorbidités psychiatriques et somatiques, l'observance au long cours et les éventuelles complications postopératoire ainsi que les interventions visant à optimiser la prise en charge psychologique et psychiatrique de ces patients sont évoqués.

Bariatric surgery : psychiatric issues before and after surgery

Bariatric surgery is currently the most effective therapy for the treatment of severe obesity (BMI \geq 35 kg/m²). This article addresses psychiatric issues preceding and following this surgery, considering that weight loss is not the only criterion to be considered in assessing the quality of the postoperative course. Quality of life, the evolution of psychiatric and somatic comorbidities, compliance and long-term postoperative complications and possible interventions to optimize the psychological and psychiatric care for these patients are discussed.

INTRODUCTION

Selon l'OMS, l'obésité a atteint les proportions d'une épidémie mondiale et désormais aucune nation, occidentale ou en voie de développement, n'échappe à ce fléau: chaque année, 2,8 millions de personnes au moins décèdent en raison de leur surpoids ou de leur obésité. Pour l'adulte, l'OMS définit le surpoids quand l'IMC est égal ou supérieur à 25 kg/m², et l'obésité quand l'IMC est égal ou supérieur à 30. En 2014, plus de 1,9 milliards d'adultes étaient en surpoids. Sur ce total, plus de 600 millions étaient obèses (www.who.int/features/factfiles/obesity/fr/).

En dépit des politiques et des programmes mis en place pour gérer et prévenir la progression de cette épidémie, force est de constater qu'au cours des 25 dernières années, la chirurgie bariatrique s'est imposée comme le traitement le plus efficace pour le traitement des obésités sévères (IMC \geq 35 kg/m²). En

Suisse, l'intervention de bypass gastrique en Y selon Roux (RYGB) est la plus fréquemment effectuée, suivie par la gastrectomie en manchon (*Sleeve gastrectomy*). Ces diverses interventions chirurgicales montrent une efficacité supérieure aux approches non chirurgicales pour la perte de poids, avec une réduction du poids de départ de 20-35% après l'opération. Toutefois, il faut souligner qu'après une phase initiale de perte pondérale, entre 15 et 35% des sujets reprennent du poids ou n'en perdent pas suffisamment dans le suivi à long terme.¹

La chirurgie de l'obésité assure également des bénéfices significatifs sur plusieurs maladies associées comme par exemple le diabète de type 2 et l'hypertension artérielle.¹⁻³

Mais qu'en est-il de l'impact de la chirurgie bariatrique sur les aspects psychologiques, les troubles psychiatriques et sur la qualité de vie de ces patients? L'objectif de cet article est de faire le point sur les enjeux psychiatriques qui précèdent et qui suivent ces interventions chirurgicales et d'évoquer quelques pistes de réflexion visant à optimiser la prise en charge psychologique et psychiatrique de ces patients.

ÉVALUATION PSYCHIATRIQUE AVANT LA CHIRURGIE BARIATRIQUE

Indications et contre-indications psychiatriques à la chirurgie bariatrique

Dans notre pays, les critères qui définissent les indications et les contre-indications à une intervention, sont précisés par les «Directives pour le traitement chirurgical de l'obésité», établies par la Société suisse pour l'étude de l'obésité morbide (Swiss Society for the Study of Morbid Obesity and Metabolic Disorders, SMOB; www.smob.ch; Directives médicales du 25.09.2013).

Les centres de chirurgie bariatrique reconnus par la SMOB doivent disposer d'une équipe multidisciplinaire expérimentée qui inclut un spécialiste en psychiatrie à côté des autres intervenants (chirurgien entraîné, spécialiste en médecine interne/endocrinologie, diététicienne spécialisée, physiothérapeute). Afin d'optimiser la préparation à l'opération ainsi que la qualité du suivi postopératoire, l'importance d'une prise en charge multidisciplinaire est aujourd'hui unanimement reconnue.³

En Suisse, les indications pour bénéficier d'une intervention comprennent, outre un IMC \geq 35 kg/m², un traitement conservateur d'au moins deux ans qui s'est révélé infructueux (un

^a Service de psychiatrie de liaison et d'intervention de crise, Département de santé mentale et psychiatrie, HUG, 1211 Genève 14
guido.bondolfi@hcuge.ch | christel.alberque@hcuge.ch
foteini.lymperopoulou@hcuge.ch | moira.rodriguez@hcuge.ch

IMC inférieur à 35 kg/m² n'a pas pu être atteint ou maintenu). Pendant ces deux ans, une thérapie comportementale, y compris une psychothérapie, peut être suivie. Pour les patients présentant un IMC \geq 50 kg/m², la durée pour évaluer l'inefficacité du traitement conservateur peut être réduite à un an.

Les contre-indications psychiatriques à une intervention bariatrique comprennent: a) la présence de troubles psychiques sévères, non secondaires à l'obésité, nécessitant un traitement et qui ont conduit à une décompensation au cours des deux dernières années; b) l'abus chronique et persistant de substances (en particulier alcool, cannabis, opiacés) à moins d'une abstinence attestée d'au moins 6 mois et d'une prise en charge spécialisée.

L'évaluation psychiatrique préopératoire est fondamentale puisque la prévalence de troubles psychiatriques est plus élevée chez les personnes obèses comparativement à la population générale.⁴ Par ailleurs, cette prévalence est encore plus importante chez les candidats à la chirurgie bariatrique: entre 40 et 70% de ces patients ont au moins un antécédent de trouble psychiatrique sur la vie entière, et entre 20 et 50% des patients ont un trouble psychiatrique actuel au moment de l'évaluation préopératoire.⁵

Les troubles psychiatriques les plus fréquents chez ces patients sont: les troubles de l'humeur (troubles dépressifs et bipolaires, dysthymie); les troubles du comportement alimentaire (l'hyperphagie boulimique avec crises de boulimie, mais sans comportements compensatoires de type vomissements, laxatifs ou hyperactivité physique); les troubles anxieux (phobie sociale, trouble panique et état de stress post-traumatique); les addictions (principalement usage nocif de l'alcool ou dépendance ainsi que d'autres substances illicites); les troubles de la personnalité (principalement les troubles du cluster anxieux - personnalités dépendante, évitante et obsessionnelle compulsive - mais aussi le trouble borderline).

Les contre-indications psychiatriques et addictologiques à la chirurgie peuvent être définitives en cas de troubles psychiques sévères et dont l'évolution est à la fois chronique et instable ou en présence d'une dépendance à l'alcool et aux autres substances psychoactives persistante et résistante malgré des suivis spécialisés. Cependant, l'évaluation psychiatrique conduit le plus souvent à des contre-indications temporaires afin de proposer à ces patients une prise en charge appropriée de la problématique mise en évidence, l'objectif étant de pouvoir lever la contre-indication psychiatrique initiale en cas d'évolution favorable à moyen ou à long terme. Dans ces situations, il est vivement recommandé que la personne qui assure le suivi (psychiatre ou psychologue), ne soit pas la même qui a établi la contre-indication et/ou qui réévaluera le patient après la prise en charge.⁶

FACTEURS PRÉDICTIONNELS PSYCHOLOGIQUES ET PSYCHIATRIQUES

Lorsqu'on considère la qualité de l'évolution postopératoire, la perte de poids n'est pas le seul critère à prendre en considération. L'amélioration de la qualité de vie, le devenir des comorbidités psychiatriques et somatiques, mais aussi l'observance

au long cours et les éventuelles complications postopératoires, sont des paramètres tout aussi importants à évaluer.⁷

Perte de poids

Les seuls troubles psychiatriques préopératoires clairement associés à une moindre perte de poids sont les troubles de la personnalité ainsi que des antécédents d'abus physiques.^{8,9} Par contre, d'autres diagnostics psychiatriques fréquents tels que les troubles dépressifs, les troubles anxieux et même les troubles du comportement alimentaire avant le bypass gastrique, ne semblent pas être des prédicteurs défavorables significatifs pour la perte de poids postopératoire.^{9,10} Dans d'autres études, il a même été montré que des scores élevés d'anxiété associés à des scores bas de dépression, ainsi qu'une attitude coopérative du patient dans la prise en charge sont des facteurs prédictifs d'une perte de poids satisfaisante.¹¹

Qualité de vie et observance

En revanche, en ce qui concerne la qualité de vie, les troubles psychiatriques présents tant dans la période préopératoire que postopératoire, tels que la dépression, l'anxiété et l'hyperphagie boulimique, sont des facteurs de risque reconnus d'évolution défavorable.¹² En plus, certaines dimensions de personnalité telles que le névrosisme, l'instabilité émotionnelle et l'impulsivité, sont associées à une moins bonne qualité de vie postopératoire.¹³ Par ailleurs, les symptômes anxieux et/ou le névrosisme peuvent diminuer après la chirurgie bariatrique, alors que l'impulsivité ne se modifie pas avant et après l'opération.¹² Il faut souligner également que l'intensité de la perte de poids n'est pas systématiquement corrélée à l'amélioration de la qualité de vie, en particulier pour la qualité de vie sexuelle ou le bien-être alimentaire. Cependant, la persistance d'un mauvais contrôle alimentaire postopératoire réduit chez ces patients les chances de perte de poids et augmente le risque d'une reprise pondérale.¹⁴

Finalement, la présence d'un trouble de la personnalité représente aussi un facteur de risque de moindre observance, qui à son tour augmente les risques de complications postopératoires.⁶

ÉVALUATION PSYCHIATRIQUE APRÈS LA CHIRURGIE BARIATRIQUE

Symptômes psychiatriques

Lorsque les patients développent des comportements alimentaires problématiques postopératoires (hyperphagie boulimique, consommation de nourriture nocturne, grignotages, alimentation émotionnelle) ainsi qu'un état dépressif, les probabilités d'une perte de poids insuffisante et/ou d'une reprise pondérale, sont augmentées. En revanche, la survenue d'une symptomatologie anxieuse ou d'autres troubles mentaux après l'intervention, ne semble pas interférer avec la perte de poids.^{12,15-17}

Les paramètres prédictifs postopératoires les plus favorables de la perte de poids sont les comportements alimentaires adéquats et le respect des recommandations médicales, diététiques et d'activité physique.¹⁷

Comme déjà souligné, certains symptômes psychiatriques détectés lors de l'évaluation préopératoire peuvent s'améliorer après la chirurgie bariatrique et parfois on assiste même à leur rémission complète.¹⁸ Cependant, on doit considérer ces données avec précaution puisqu'il est possible que certains patients minimisent délibérément leurs symptômes lors de l'évaluation préopératoire, y compris leurs troubles alimentaires, de peur d'être refusés pour une intervention chirurgicale. Ainsi, les troubles de l'humeur ou de l'alimentation peuvent être plus susceptibles d'être identifiés après l'opération et il n'est pas toujours évident de savoir s'ils étaient déjà présents avant la chirurgie.¹⁷

Consommation d'alcool

Le pourcentage de dépendance à l'alcool chez les candidats à une chirurgie bariatrique est d'environ 4%, ce qui est comparable à celui de la population générale. Par contre, après une intervention de bypass gastrique (RYGB), la probabilité d'une consommation d'alcool à risque est trois fois supérieure, par rapport aux patients sans chirurgie bariatrique et cette tendance pourrait s'expliquer par le métabolisme modifié de l'alcool après un pontage gastrique. Habituellement, cette consommation excessive d'alcool ne se manifeste qu'à partir de la deuxième année postopératoire. Les patients les plus à risque sont les sujets jeunes, fumeurs, de sexe masculin et qui présentaient une consommation à risque d'alcool ou de stupéfiants déjà avant l'opération.¹⁹

Risque de suicide

Une revue de la littérature récente²⁰ a montré que la probabilité qu'un patient se suicide après une chirurgie bariatrique est quatre fois plus élevée par rapport à la population générale. Parmi les facteurs de risque, les auteurs relèvent que bien qu'une amélioration des symptômes dépressifs soit souvent constatée après la chirurgie, la survenue d'un état dépressif ainsi que d'autres troubles psychiques demeure possible pour plusieurs de ces patients. De plus, comme déjà évoqué, l'impulsivité reste inchangée après la chirurgie. Par ailleurs, la déception engendrée par la reprise de poids dans les deux ans après l'opération chez 30% de ces patients, semble représenter un facteur de risque supplémentaire.

Qualité de vie

Deux méta-analyses récentes ont clairement mis en évidence que la qualité de vie globale des patients opérés s'améliore de manière significative et à long terme (au moins 5 ans après la chirurgie) comparativement aux patients en liste d'attente ou aux personnes obèses qui ne sollicitent pas d'intervention.^{21,22} Il faut toutefois relever que malgré ces résultats favorables, l'ampleur de l'amélioration de la qualité de vie est plus faible dans les domaines de la santé mentale par rapport à la santé physique.

Interventions postopératoires

Un suivi psychothérapeutique en groupe ou individuel mais également des groupes de soutien postopératoire ont un impact favorable sur la perte de poids.²³ Les psychothérapies évaluées, prodiguées par un psychologue, avaient une durée de quatre à six mois avec des séances bimensuelles. Les

groupes de soutien, animés par des infirmiers ou des diététiciens formés, pouvaient accueillir entre 15 à 20 participants. Les séances, d'une durée de 1-2 heures, étaient proposées pendant la première année après la chirurgie. Les objectifs de ces groupes visaient l'adaptation à un nouveau mode de vie, à faire face aux problèmes émotionnels et à prévenir la rechute à de vieilles habitudes.

Les patients suivis en psychothérapie ou dans des groupes de soutien ont obtenu une perte de poids significativement plus importante dans les trois ans suivant ces interventions psychologiques, que les patients traités avec la chirurgie bariatrique seulement. Aucune différence n'a été montrée quant à l'efficacité de ces deux approches.

Malgré des données limitées sur les approches familiales visant à améliorer les résultats de santé chez les patients qui ont subi une chirurgie bariatrique, les données existantes suggèrent que ces interventions s'avèrent utiles lorsqu'elles sont planifiées avant, pendant et après la chirurgie bariatrique tant pour l'évolution du patient que de ses proches.²⁴

CONCLUSIONS

Chez la majorité des patients qui reçoivent une chirurgie bariatrique, on observe une amélioration significative de leur santé physique et mentale. Toutefois, chez un pourcentage non négligeable de personnes opérées, l'évolution sera marquée par plusieurs complications: chez 15 à 35% des patients, le poids initialement perdu sera regagné; chez 13 à 35%, on observe une rechute du diabète après une phase de rémission; la probabilité d'une consommation d'alcool à risque est trois fois supérieure comparativement aux patients non opérés; le risque de suicide est quatre fois plus élevé par rapport à la population générale. Un autre problème important est le taux significatif de mauvaise observance des patients opérés dans le suivi à long terme qui, à son tour, augmente le risque de ces complications.

Comme déjà évoqué, la qualité de l'évolution postopératoire ne se limite pas à la perte de poids, mais doit prendre en considération également le devenir des comorbidités somatiques et psychiatriques, l'observance dont peuvent dépendre les complications postopératoires, sans oublier la question de la qualité de vie. Et indiscutablement, plusieurs enjeux psychologiques et psychiatriques, précédant et/ou suivant l'intervention, contribuent à l'évolution à moyen et long termes de ces patients.

Le constat que la qualité de vie physique évolue plus favorablement que la qualité de vie mentale, indique qu'il y a une marge de progression dans ce domaine. Le rôle du psychiatre ne peut pas se limiter au dépistage des contre-indications psychiatriques préopératoires, mais comprend aussi la détection des troubles psychiatriques et des enjeux psychologiques qui nécessitent avant et, si besoin, après l'opération un suivi spécialisé, en concertation avec l'équipe pluridisciplinaire.

Plus particulièrement, il paraît nécessaire d'assurer, avant et après la chirurgie, une prise en charge systématique des troubles de la personnalité, des troubles dépressifs et anxieux,

des addictions, des troubles du comportement alimentaire, car ce sont des facteurs de risque de moins bonne évolution postopératoire. Une plus grande attention est donc nécessaire pour améliorer le bien-être psychologique des patients qui ne montrent pas de gains postopératoires adéquats dans le domaine de la qualité de vie mentale. Après la chirurgie, des interventions psychothérapeutiques ciblées peuvent s'avérer nécessaires pour permettre à un plus grand nombre de patients de résoudre les difficultés cognitives, émotionnelles et interpersonnelles, résiduelles ou nouvelles qui peuvent survenir et assurer ainsi un meilleur pronostic global.

Conflit d'intérêts: Les auteurs n'ont déclaré aucun conflit d'intérêts en relation avec cet article.

IMPLICATIONS PRATIQUES

- La chirurgie bariatrique est un traitement efficace des obésités sévères (IMC \geq 35 kg/m²)
- Compte tenu de la survenue de plusieurs complications après l'intervention, le rôle du psychiatre ne se limite pas à l'évaluation préopératoire
- Il est nécessaire d'assurer aussi la détection et la prise en charge postopératoire des troubles de la personnalité, anxiodépressifs et du comportement alimentaire, car ce sont des facteurs de risque de moins bonne évolution

1 Adams TD, Davidson LE, Litwin SE, et al. Health benefits of gastric bypass surgery after 6 years. *JAMA* 2012; 308:1122-31.

2 * Colquitt JL, Pickett K, Loveman E, et al. Surgery for weight loss in adults. *Cochrane Database Syst Rev* 2014 (8): CD003641.

3 * Pataky Z, Locatelli L, Jung M, et al. Pas tous égaux devant le bypass gastrique. *Rev Med Suisse* 2016;12:597-601.

4 Petry NM, Barry D, Pietrzak RH, et al. Overweight and obesity are associated with psychiatric disorders: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Psychosom Med* 2008;70:288-97.

5 Malik S, Mitchell JE, Engel S, et al. Psychopathology in bariatric surgery candidates : a review of studies using structured diagnostic interviews. *Compr Psychiatry* 2014;55:248-59.

6 ** Brunault P, Gohier B, Ducluzeau PH, et al. The psychiatric, psychological and addiction evaluation in bariatric surgery candidates: What should we assess, why and how? *Presse Med* 2016;45:29-39.

7 Herpertz S, Kielmann R, Wolf AM, et al. Do psychosocial variables predict weight loss or mental health after obesity

surgery ? A systematic review. *Obes Res* 2004;12:1554-69.

8 Livhits M, Mercado C, Yermilov I, et al. Preoperative predictors of weight loss following bariatric surgery : systematic review. *Obes Surg* 2012;22:70-89.

9 Wedin S, Madan A, Correll J, et al. Emotional eating, marital status and history of physical abuse predict 2-year weight loss in weight loss surgery patients. *Eat Behav* 2014;15:619-24.

10 Thonney B, Pataky Z, Badel S, et al. The relationship between weight loss and psychosocial functioning among bariatric surgery patients. *Am J Surg* 2010;199:183-8.

11 Aguera Z, Garcia-Ruiz-de-Gordejuela A, Vilarrasa N, et al. Psychological and personality predictors of weight loss and comorbid metabolic changes after bariatric surgery. *Eur Eat Disord Rev* 2015;23:509-16.

12 Brunault P, Frammery J, Couet C, et al. Predictors of changes in physical, psychosocial, sexual quality of life, and comfort with food after obesity surgery : a 12-month follow-up study. *Qual Life Res* 2015;24:493-501.

13 Wimmelmann CL, Dela F, Mortensen EL. Psychological predictors of mental health and health-related quality of life

after bariatric surgery : a review of the recent research. *Obes Res Clin Pract* 2014;8:e314-24.

14 Claes L, Muller A. Temperament and personality in bariatric surgery-resisting temptations? *Eur Eat Disord Rev* 2015;23:435-41.

15 de Zwaan M, Enderle J, Wagner S, et al. Anxiety and depression in bariatric surgery patients : a prospective, follow-up study using structured clinical interviews. *J Affect Disord* 2011;133:61-8.

16 * Legenbauer TM, de Zwaan M, Muhlhans B, et al. Do mental disorders and eating patterns affect long-term weight loss maintenance ? *Gen Hosp Psychiatry* 2010;32:132-40.

17 * Sheets CS, Peat CM, Berg KC, et al. Post-operative psychosocial predictors of outcome in bariatric surgery. *Obes Surg* 2015;25:330-45.

18 Hayden MJ, Dixon JB, Dixon ME, et al. Characterization of the improvement in depressive symptoms following bariatric surgery. *Obes Surg* 2011;21:328-35.

19 Ferrario C, Pralong FP, Daeppen JB, et al. Chirurgie bariatrique et risque accru de dépendance à l'alcool. *Rev Med Suisse* 2016;12:602-5.

20 Peterhansel C, Petroff D, Klinitzke G, et al. Risk of completed suicide after bariatric surgery : a systematic review. *Obes Rev* 2013;14:369-82.

21 Driscoll S, Gregory DM, Fardy JM, et al. Long-term health-related quality of life in bariatric surgery patients : A systematic review and meta-analysis. *Obesity (Silver Spring)* 2016;24:60-70.

22 * Lindekilde N, Gladstone BP, Lubeck M, et al. The impact of bariatric surgery on quality of life : a systematic review and meta-analysis. *Obes Rev* 2015;16:639-51.

23 Beck NN, Mehlsen M, Stoving RK. Psychological characteristics and associations with weight outcomes two years after gastric bypass surgery : Postoperative eating disorder symptoms are associated with weight loss outcomes. *Eat Behav* 2012;13:394-7.

24 Vidot DC, Prado G, De La Cruz-Munoz N, et al. Review of family-based approaches to improve postoperative outcomes among bariatric surgery patients. *Surg Obes Relat Dis* 2015;11:451-8.

* à lire
** à lire absolument