

**Conférence APHAL
NANCY / 10 Septembre 2019**

**Evaluation psychiatrique avant
chirurgie et complications
psychiatriques post-bariatriques**

**Docteur Pierrette WITKOWSKI
Unité Multidisciplinaire de chirurgie de l'Obésité
CHRU de NANCY**

Si la **qualité de vie** des patients obèses est souvent améliorée par la chirurgie bariatrique, celle-ci n'est qu'une étape préliminaire qui doit être confortée par **la capacité du patient à modifier durablement son comportement**.

Or les **comorbidités psychiatriques / addictives préopératoires** compromettent cette capacité de changer les comportements à long terme après la chirurgie et **constituent ainsi la principale cause d'échec**:

- **sur le plan somatique**: slipping ou dilatation du montage par **reprise des TCA** avec **reprise pondérale** et réapparitions des comorbidités somatiques de l'obésité (diabète...), **carences** en raison de problèmes d'observance...
- **sur le plan psychique**: altération de la qualité de vie liée à des décompensations psychiatriques tels que **dépression**, **suicide**, ou **bascule vers l'alcool** et **d'autres abus** de substances.

Les patients présentant une **obésité sévère** sont **plus vulnérables sur le plan psychique** que la population de poids normal:

- fréquence plus élevée de **comorbidités psychiatriques**
- plus d'antécédents de **traumatismes psychiques**

Les liens entre traumatismes, TCA et obésité sont aujourd'hui mieux connus:

Insécurité affective et troubles de l'attachement dans l'enfance sont susceptibles d'entraîner:

- des **difficultés ultérieures de** gestion des émotions et
- le **recours aux compulsions alimentaires** lorsque les défenses du sujet contre l'angoisse sont débordées face à un évènement de vie difficile.

Prévenir les échecs et les complications « psy » et somatiques post-opératoires nécessite un **examen « psy » préopératoire approfondi** permettant:

- d'adapter la préparation aux besoins du patient (traitement préalable, reports...)
- de contre-indiquer les patients à risques +++

Cet examen est souvent **mal compris par certains patients** dont la plainte est centrée sur l'obésité et ses comorbidités somatiques (déni de toute vulnérabilité psychique considérée comme une simple conséquence de leur obésité qui sera corrigée par la perte de poids...)

Une évaluation psychiatrique préopératoire de qualité doit :

- **Identifier** et **traiter** les contre-indications immédiates à la chirurgie
 - Troubles psychiatriques décompensés: dépressions, troubles anxieux, troubles bipolaires schizophrénie...
 - Les TCA de type **Binge Eating Disorder** (crises alimentaires)
- **Prédire**
 - L'**observance** ultérieure du patient
 - Les **risques** de complications psychiatriques (et somatiques) post-opératoire

L'observance et les risques psychiatriques et somatiques post-opératoires du patient **sont fonction** :

- De la **personnalité du patient** (troubles de la personnalité) et de ses mécanismes de défenses
- De sa **vulnérabilité individuelle et familiale**
 - ATCD traumatiques
 - ATCD addictifs (substances, comportements/ patients polyaddictés ou passant d'une addiction à l'autre)
 - ATCD psychiatriques
- De la **fonction du comportement alimentaire** dans la vie psychique et relationnelle du sujet

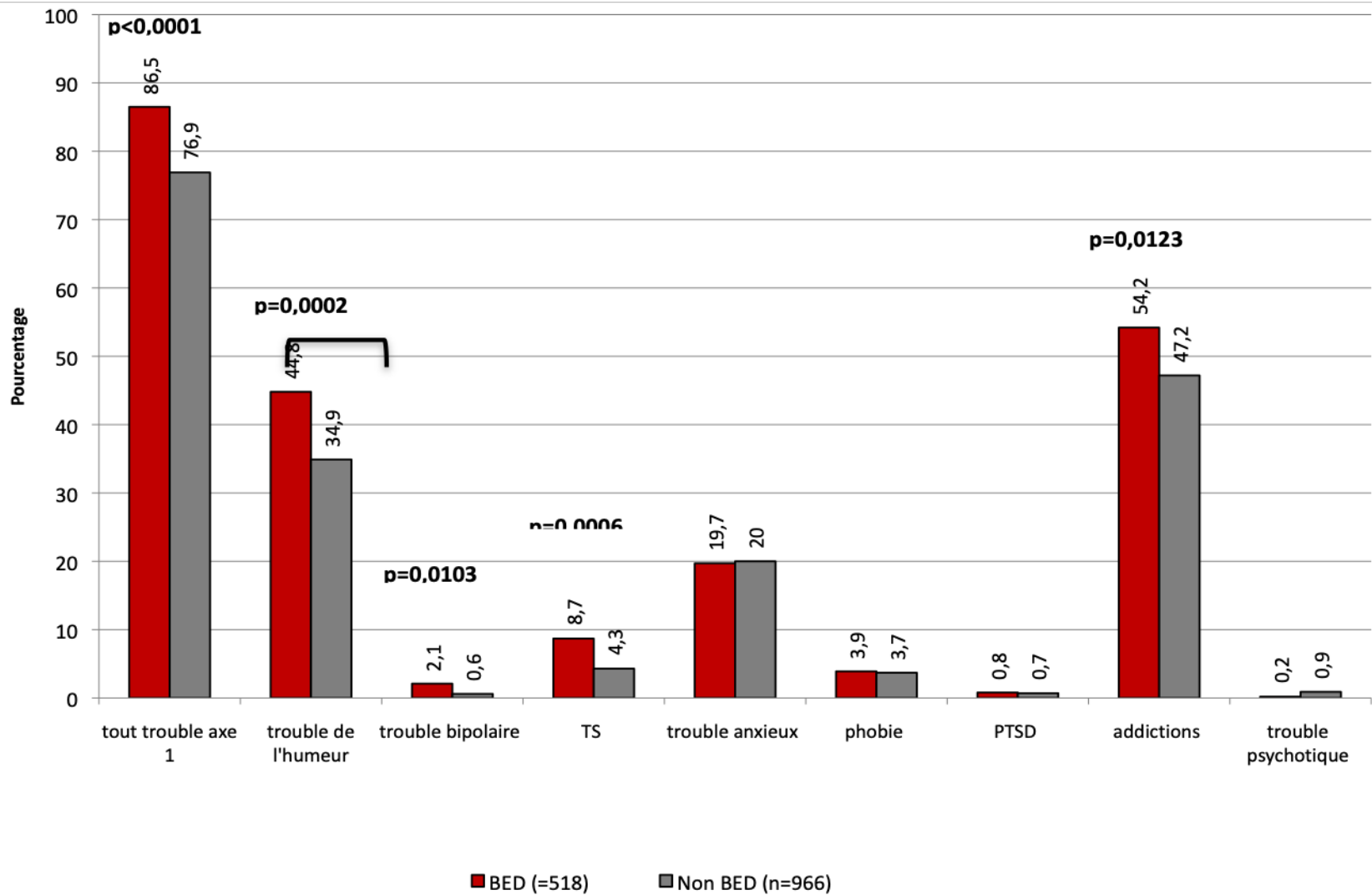
Identifier et traiter les contre-indications immédiates à la chirurgie:

- **toutes les pathologies « psy » décompensées** nécessitent un traitement et une phase de stabilisation avant d'être autorisées à entrer dans le parcours : psychoses (schizophrénies...), états dépressifs, troubles bipolaires, troubles anxieux...
- **toutes les addictions non sevrés**: aux **substances** (tabac alcool, tox, BZD...) ou **comportementales** (binge eating, achats compulsifs, jeux...) nécessitent impérativement leur sevrage avant entrée dans le parcours

Attention aux bascules addictives (cross addiction)

Veiller à ne pas exclure les patients « psy » observants et stabilisés durablement... **Stigmatisation++**

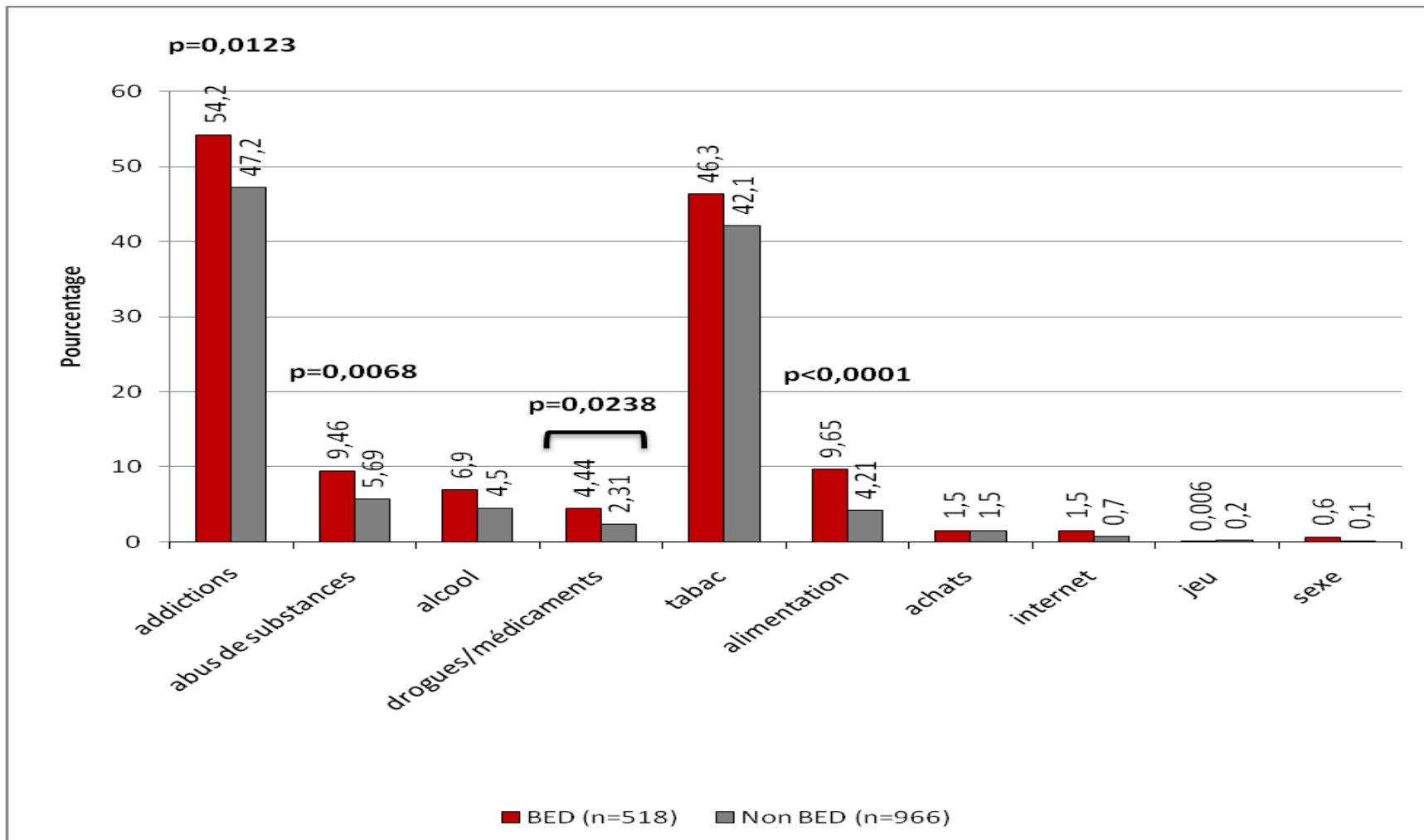
- **Ecarter les patients dont les ressources intellectuelles ne permettent pas** un **consentement éclairé**, une **capacité à changer** de comportement, une bonne **compréhension des exigences du suivi** post-opératoire et/ou dont **l'entourage n'est peu ou pas soutenant**.



Comorbidités psy axe 1 chez BED/ non BED, en % de population

Population totale: 1484 patients(326♂et 1158♀)

P. Witkowski / D. Quilliot (Thèse P. Favier 2015)



Addictions chez BED et non BED en % de la population

Population totale: 1484 patients(326♂et 1158♀)

P. Witkowski / D. Quilliot (Thèse P. Favier 2015)

Identifier les TCA **vie durant**, traiter les TCA actuels

Critères DSM 5 du Binge Eating Disorder (DSM 5 / 2013)

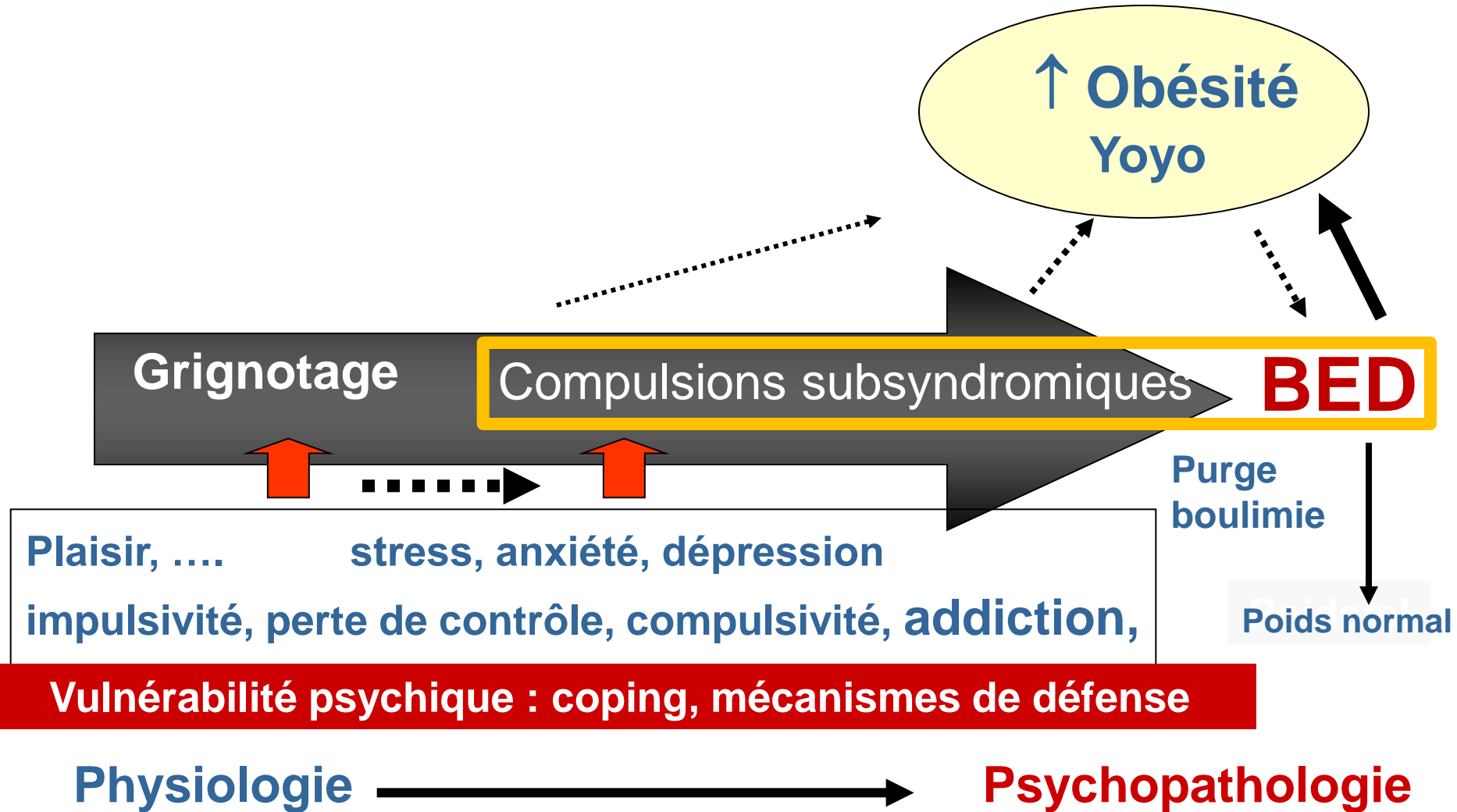
- **A-** Il existe des épisodes **récurrents** de crises compulsives (comme dans la boulimie) : **accès hyperphagiques**
 - **Grande quantité de nourriture (<2h, quantité largement excessive)**
 - **Sentiment de perte de contrôle**
- **B-** Les crises alimentaires sont accompagnées **d'au moins 3 des 5** symptômes suivants:
 - 1- Ingestion alimentaire plus **rapide** qu'en temps normal,
 - 2- La crise se termine sur une **réplétion gastrique** douloureuse
 - 3- Le sujet mange **sans faim des quantités importantes**
 - 4- Le sujet mange **seul, en cachette**
 - 5- Le sujet se déprécie, déprime, **culpabilise** le remplissage
- **C-** Le sujet éprouve **une détresse marquée** vis à vis de la crise
- **D-** Les crises surviennent au moins **1 fois / semaine pendant 3 mois**
- **E-** Le binge eating n'est pas associé à des comportements **compensateurs récurrents** inadéquats (purge, exercice...)

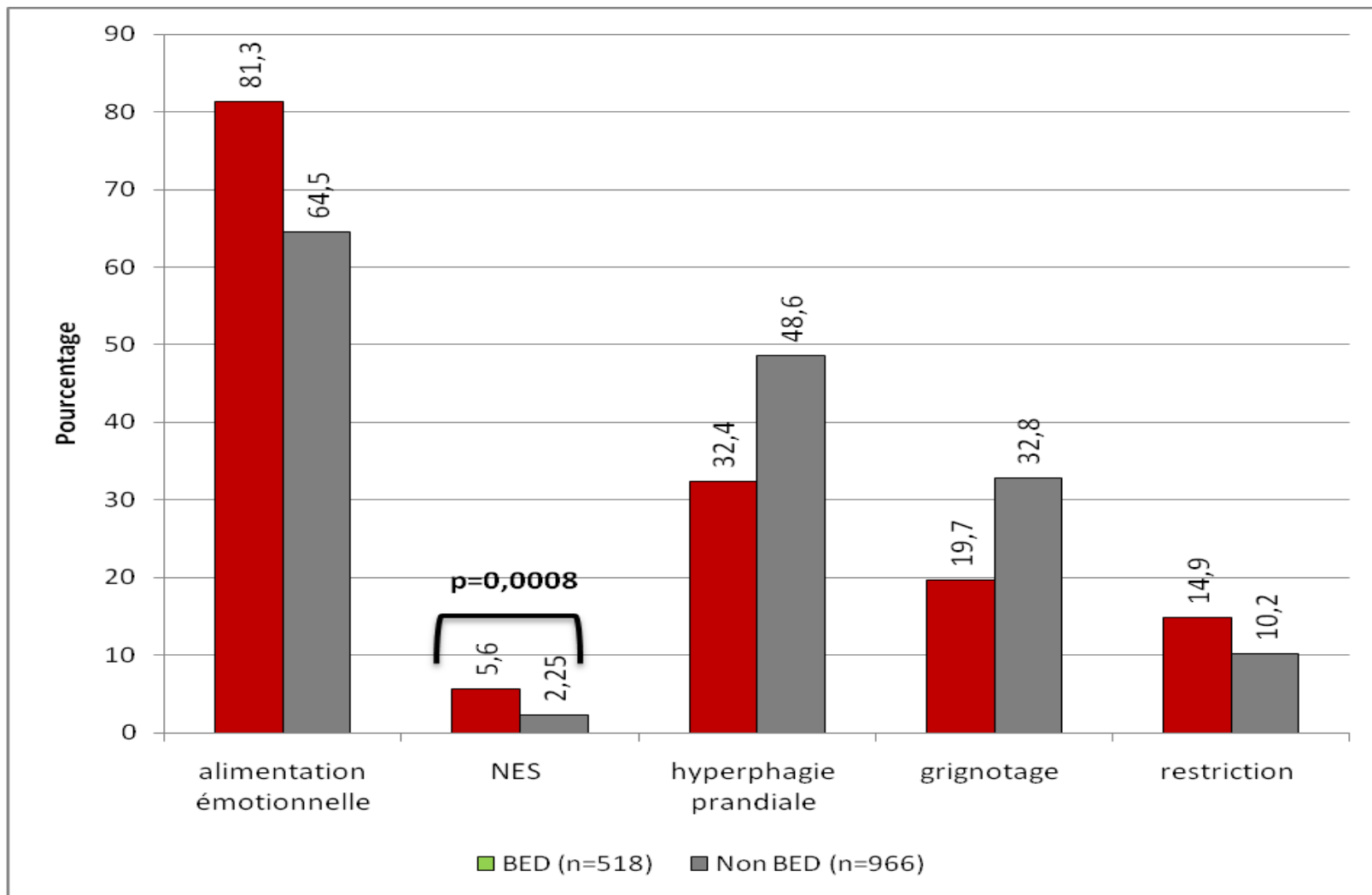
Identifier les TCA **vie durant**, traiter les TCA actuels

- Binge eating disorder (DSM 5 / 2013)
crises extra-prandiales mais aussi crises prandiales
compulsions sub-syndromiques
- Syndrome d'hyperphagie nocturne
- et aussi ATCD d'anorexie, boulimie... (bascule addictive)

Entretien semi-structuré >>> auto questionnaire type BES

BED et COMPULSIONS SUB SYNDROMIQUES: UN CONTINUUM





TCA « vie entière » chez BED et non BED en % de la population

Population totale: 1484 patients(326♂et 1158♀)

P. Witkowski / D. Quilliot (Thèse P. Favier 2015)

Identifier les ATCD psycho-traumatiques:

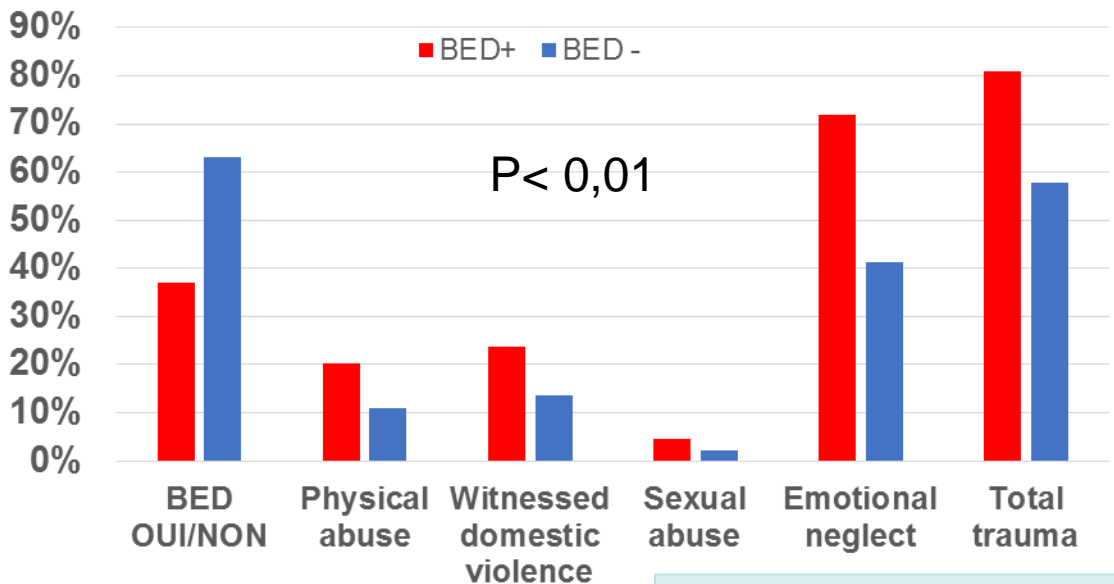
- Abus sexuel
- Violence physique ou psychologique (abus émotionnel...)
- Violence indirecte
- Carence affective (négligence émotionnelle)

Les ATCD traumatiques augmentent la vulnérabilité post-op du patient

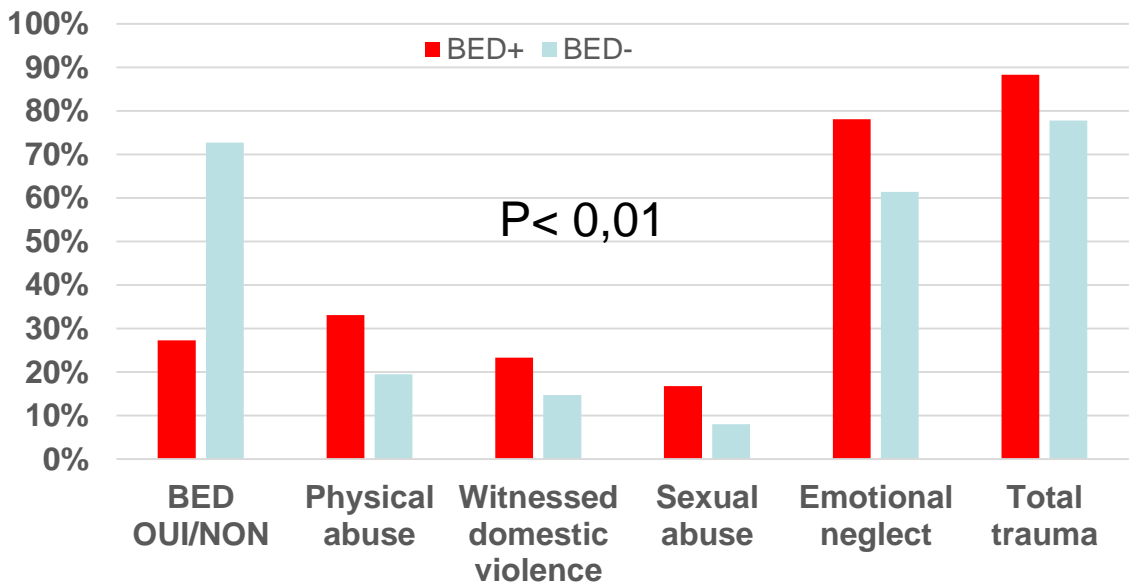
- risques ++ de réactiver des problématiques anciennes
- comorbidités psychiatriques
- gestion des émotions défaillante (béquilles addictives...)
- regard désirant de l'autre sur la victime d'abus sexuel

Lien BED /Trauma chez les patients candidats à la chirurgie

BED et Psychotrauma chez les hommes (n=326)



BED et Psychotrauma chez les femmes (n=1158)



P. Witkowski/ D. Quilliot
Thèse M. Perrin Payet 2015

Characteristics and prevalence of adverse psychological events in males and females with or without BED.

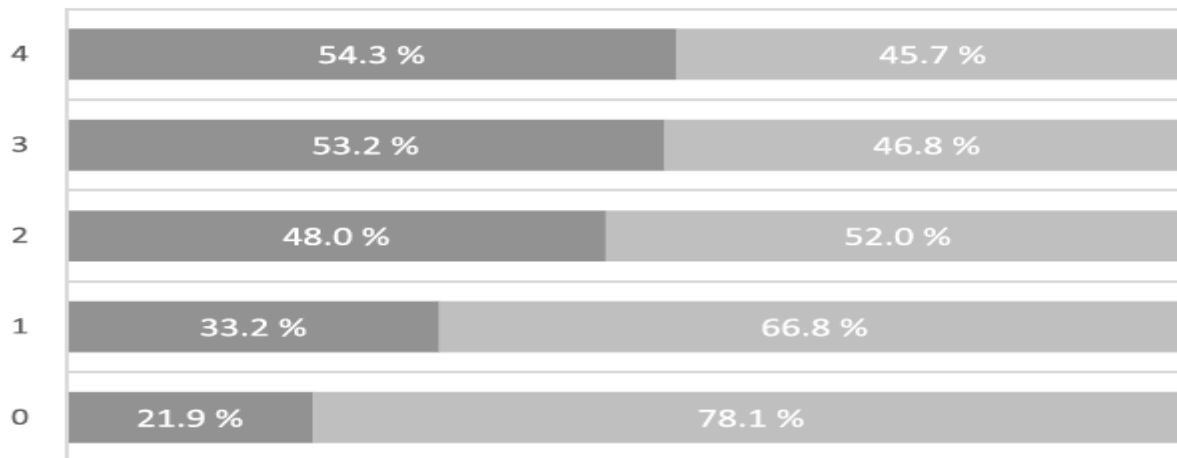
	Males (n = 326)		Females (n = 1158)		Chi ² = 10.63; p = 0.0011
	BED (n = 89) 27.3%	NO BED (n = 237) 72.7%	BED (n = 429) 37%	NO BED (n = 729) 63%	
Age	42.2 ± 12	44.2 ± 11.1	40.3 ± 11.1	41.9 ± 11.2	Anova 2 × 2 F = 9.715 p < 0.0001 Sex F = 3.42 p = 0.001 BED F = 2.48; p = 0.013 Interaction p = NS
BMI (kg/m ²)	49.3 ± 9	47 ± 7.9	46.1 ± 7.1	45.8 ± 7	Anova 2 × 2 F = 7.296 p = 0.001 Sex: F = 3.652 p < 0.0001 BED F = -1.459 p = NS Interaction p = NS

			Chi ²	p (< 0.025)			Chi ²	p (< 0.025)
Physical abuse	20.2%	11.0%	4.47	0.0345 ^a (NS)	33.1%	19.5%	25.59	< 0.0001
Witnessed domestic violence	23.6%	13.5%	4.47	0.0346 ^a (NS)	23.3%	14.7%	12.83	0.0003
Sexual abuse	4.5%	2.1%	1.30	NS	16.8%	8%	20.25	< 0.0001
Emotional neglect	71.9%	41.3%	23.10	< 0.0001	78.1%	61.4%	30.5	< 0.0001
Total trauma	80.9%	57.8%	14.70	0.0001	88.3%	77.8%	20.16	< 0.0001

^a α after Bonferroni correction (α = 0.05/2 = 0.025).

Proportion of patients with BED according to psychotrauma number

■ patients with BED (n=518) ■ patients without BED (n=966)

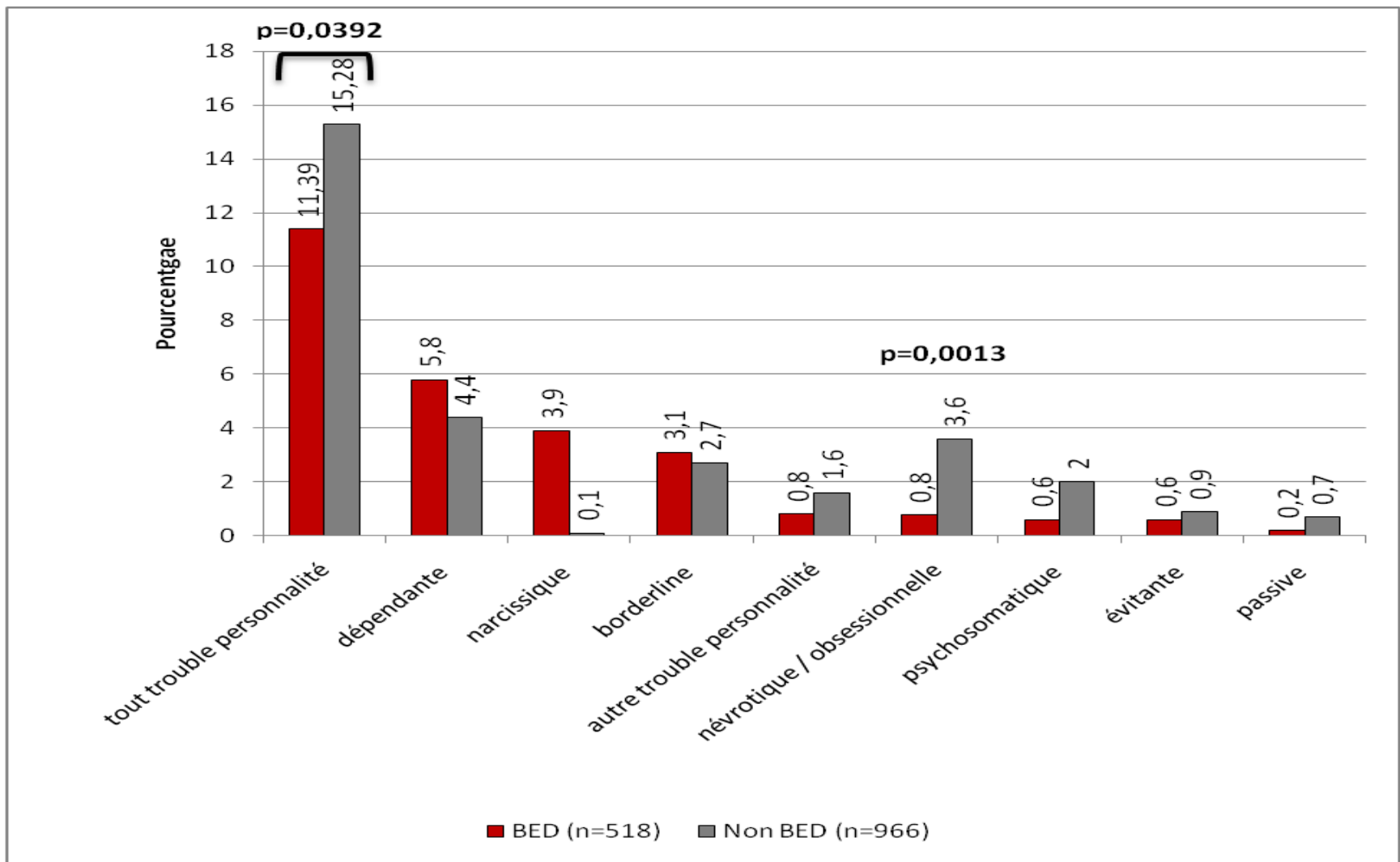


Links between traumatic experiences in childhood or early adulthood and lifetime BED/
[D.Quilliot](#), [L.Brunaud](#),
[J.Mathieu](#), [C.Quenot](#),
[MA.Sirveaux](#), [JP. Kahn](#), [O.Ziegler](#),
[P. Witkowski](#)
[Psychiatry Research](#) / June 2019

Evaluer l'observance du patient:

- **Assiduité** du patient pendant le parcours préparatoire...
- **Trouble grave de la personnalité**: **borderline, psychopathe** mais aussi toutes les personnalités sources de problèmes d'observance (passive-dépendante, évitante...)

- **Ces personnalités sont à risque +++ de perte de vue et de carences**
- **Ces personnalités sont vulnérables (comorbidités psy, TS, polyaddictions...)**



Troubles de la personnalité chez BED et non BED en % de pop.

Population totale: 1484 patients(326♂et 1158♀)

P. Witkowski / D. Quilliot (Thèse P. Favier 2015)

Évaluer la fonction du comportement alimentaire et de l'obésité dans la vie psychique et relationnelle du patient :

- Si les troubles psychiques sont **secondaires à l'obésité**, la chirurgie aura un effet globalement bénéfique et la perte de poids sera durable.
- Si les troubles psychiques sont **préalables** au TCA et à l'obésité, **le TCA est la solution trouvée par le patient pour gérer son stress et il y a risque ++ de:**
 - reprise pondérale /forçage du dispositif chirurgical
 - bascule addictive (anorexie, alcool, achats compulsifs, jeu patho, etc.)
 - décompensation anxio-dépressive ± suicide

Evaluer les motivations et les ressources adaptatives du patient et de son entourage

- **Motivation personnelle? Motivation générée par un tiers?**
(parents, conjoint, employeur...)
- **Capacité d'adaptation à l'amaigrissement (image du corps):**
 - obèse depuis l'enfance incapable de s'utiliser avec un corps amaigri, problèmes d'identités chez ceux qui ne se reconnaissent plus
 - regard désirant de l'autre sur une victime d'abus sexuel,
- **Effets potentiels de l'amaigrissement sur la relation de couple:**
crise relationnelle prédictible (+++) si le patient était obèse au moment de la rencontre du couple (alliance de « perdants » pour sécuriser la relation)

➔ **nombre de divorces**

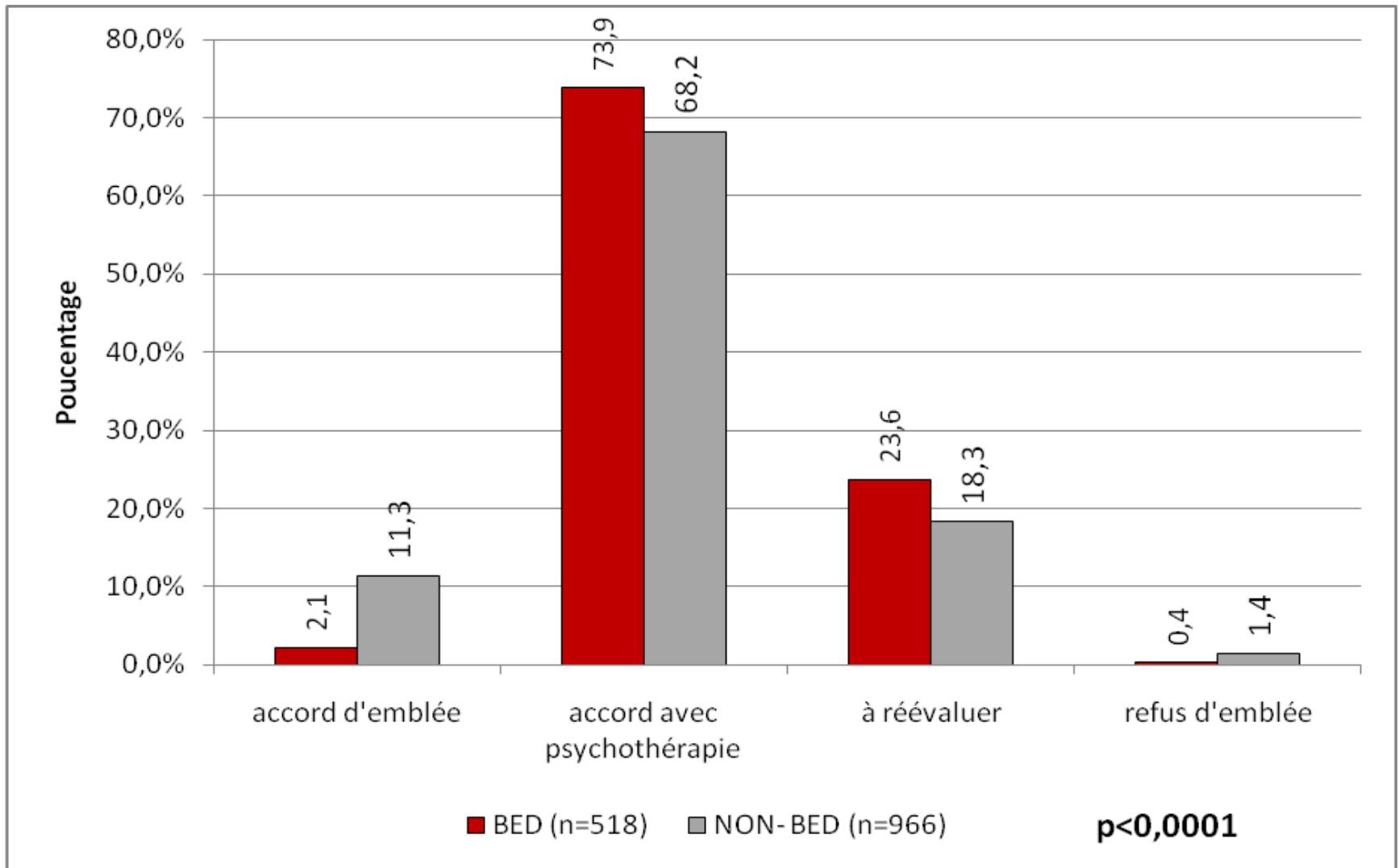
Décision

Psychothérapie pré et post-opératoire obligatoire si:

- le TCA est la solution trouvée par le patient pour gérer son stress et ses émotions → **BED**
- **Troubles de la personnalité**: cluster C (personnalité anxieuse, dépendante, évitante)
- Vulnérabilité psychologique: **ATCD** psychiatriques

HAS 2009 - Contre-indiquer la chirurgie si...

- TCA sévère
- Problèmes ++ d'observance avec risques de perte de vue et de carences
- Troubles de la personnalité avec immaturité, impulsivité, intolérance à la frustration → borderline, psychopathes...
- Dépendances non sevrées à l'alcool, substances licites, illicites



Décision à l'issue de l'évaluation psych chez les sujets BED et non BED, exprimée en pourcentage de la population (1484 patients / Nancy 2015)

Complications psy post-opératoires

- Risques de suicide
- Anxiété / Dépression
- Reprise des TCA et reprise de poids
- Addictions à l'alcool et aux substances / Bascule addictive
- Problèmes d'observance/ Perdus de vue
- Changements de vie et problèmes relationnels

Risques de suicide/ tentatives de suicide (TS)

➤ du risque suicidaire des patients bariatriques comparés à la population générale

- 4,1/10 000 pers.an (3,2 – 5,1) méta-analyse 24 études *Peterhansel, ob review 2014*
- 6,6/10 000 pers.an (13,7 hommes et 5,2 femmes) *Tindle 2016*
- pop générale: 1,1/10 000 personnes/ans
- **Soit X 4 avec 70% au cours des 3 premières années ++** *Lagerros YT Ann Surg 2017; 265: 235–43.*

➤ Tentatives de suicides des patients bariatriques comparés à des obèses non opérés (sans antécédents psy) + 70% mais suicide = NS

Registre danois (Kovacs Z, Acta Psychiatr Scand. 2017 Feb;135(2):149-158.)

➤ TS après chirurgie/ chez patients avec TS avant chirurgie (étude avant/après) = + 50%

Registre canadien JAMA Surg. 2016 Mar;151(3):226-32

Facteurs prédictifs

- **Antécédents de TS avant la chirurgie : X 36 !!** *Lagerros YT Ann Surg 2017; 265: 235–43.*
- ATCD de troubles psy, réaction à l'alcool, restriction alimentaire post-op mal tolérée, recurrences des comorbidités, mauvais résultat pondéral, etc....

Conduite à tenir:

- 1) **Suicidalité récente sur dépression en cours: CI temporaire + traitement**
- 2) **ATCD de TS sur dépression: psychothérapie à débiter avant la chirurgie**
- 3) **Suicidalité itérative sur trouble de la personnalité: CI définitive à privilégier...**

Suicides et auto-agressions dans un groupe de patients opérés versus groupe contrôle en fonction du type de chirurgie

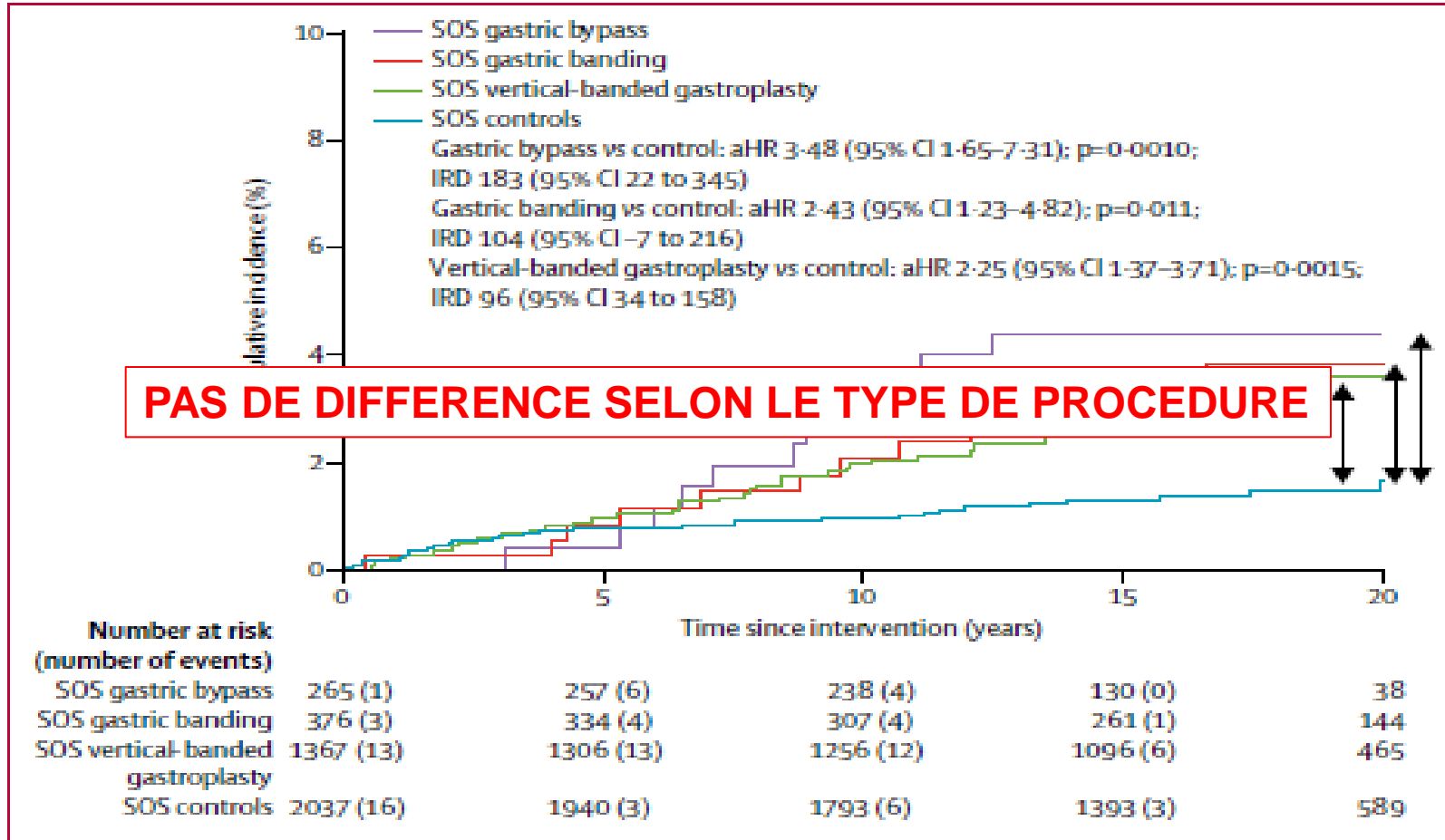


Figure 2: Kaplan-Meier analysis of suicide and non-fatal self-harm in the SOS study, by primary procedure type. y-axis has been truncated. Case ascertainment from inpatient care and Causes of Death Register only because the outpatient care component was added on Jan 1, 2001, and gastric bypass was used more in the later part of the SOS recruitment period. SOS=Swedish Obese Subjects. aHR=adjusted hazard ratio. IRD=incidence rate difference per 100 000 person-years.

Anxiété / Dépression

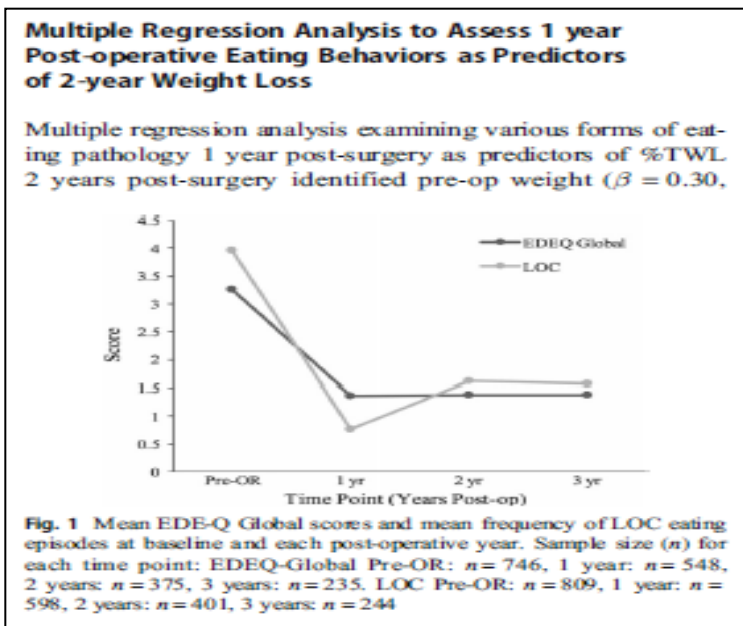
[Martina de Zwaan](#) et al *Anxiety and depression in bariatric surgery patients: A prospective, follow-up study using structured clinical interviews* [Journal of Affective Disorders](#) Volume 133, Issues 1–2, September 2011, Pages 61-68

- Evaluation prospective de l'anxiété et de la dépression avant et après chirurgie (à 6 mois, 12 mois, 2 ans et 3 ans) dans une cohorte de 107 patients obèses.
 - Les symptômes dépressifs ont diminué ++ au cours des 6-12 mois après la chirurgie mais pas les symptômes anxieux.
 - Les patients anxieux et dépressifs (vie entière) perdent moins de poids
 - Les ATCD dépressifs préopératoires sont corrélés avec la réapparition de symptômes dépressifs à 2 et 3 ans et non au cours de la 1ere année.
 - L'amélioration au cours de la 1ere année est à mettre en relation avec l'euphorie de la perte de poids (estime de soi améliorée, etc.)
- D'autres études expliquent que **la reprise des affects dépressifs entre la 2eme et 3eme année serait liée à la déception face à l'absence de changement du mode de vie (Pas d'effet magique!)**

Reprise des TCA et reprise de poids

Yasmin Nasirzadeh et al *Binge Eating, Loss of Control over Eating, Emotional Eating, and Night Eating After Bariatric Surgery: Results from the Toronto Bari-PSYCH Cohort Study* Obesity Surgery Springer Nature 2018

Les auteurs recherchent la prévalence des TCA (autoquestionnaires BES, NEQ, EES, EDE-Q) survenant avant et après chirurgie bariatrique (follow-up de 3 ans) chez une cohorte prospective de 844 patients et analysent leur impact sur l'évolution pondérale



- Les TCA diminuent après la chirurgie puis augmentent à nouveau entre la 1ere et la 3eme année post-opératoire
- Reprise de poids: 2 ans après la chirurgie
 - 21,9% des patients ont repris 10% de la totalité du poids perdu en post-op
 - 11, 5% ont repris 15% du poids
 - 4,9% ont repris 25%

Les TCA: le Binge Eating, facteur d'échec...

497 patients opérés / CCG suivi : 3 à 10 ans

PEP maximale (EWL) : 81 % = - 65 kg
 97 % excellent ou TB résultats (PEP > 50 %)
 Reprise de poids
 -rapportée par 87 % des patients
 + 10,25 kg (0,5 à 56 kg)

Maladaptive Eating Patterns, Quality of Life and Weight Outcomes Following Gastric Bypass: Results of an Internet Survey

Revue de 15 études : perte de contrôle → reprise de poids
 Meany G et al, Eur Eat Disord Rev 2014

= Réapparition des pulsions alimentaires ++
 = Prise en charge en thérapie comportementale ++ (Gallé 2017)

Les facteurs en cause

Eating pattern (frequency)	Weight regain (r) (N, significance)
Grazing	0.39 (233, P < 0.001)
Binge eating	0.24 (133, P = 0.006)
Loss of control	0.36 (112, P < 0.001)

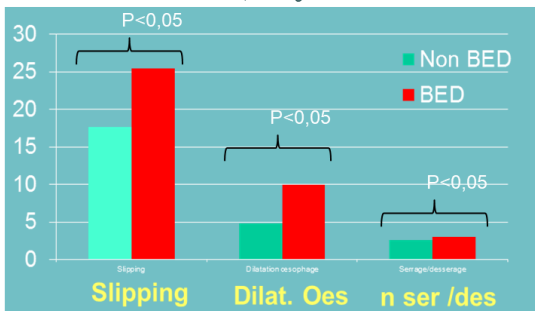
Nasirzadeh et al *Toronto Bari-PSYCH Cohort Study Obesity Surgery* 2018

White MA et al, *J Clin Psychiatry*. 2010
 Luiz LB. *PLoS One*. 2016 Dec 19;11(12)
 Kofman MD et al *Obesity* 2010

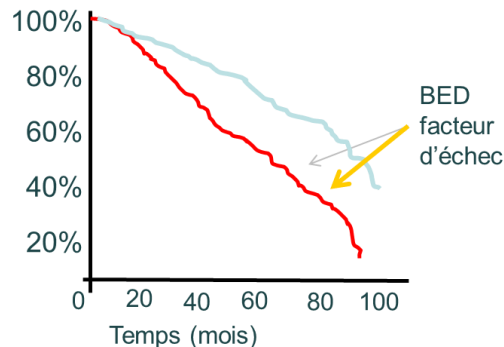
Anneau Gastrique

Fonction du comportement alimentaire

Etude N=379 (BED n= 130) X 5 ans
 Busetto, *Ob Surg* 2005



Etude N=380 X 5 ans Wölnerhanssen *Surg Obes Rel Dis* 2008



Sleeve

- Moins bons résultat à 1 an
 n= 60 Miller-Matero LR, *Obes Surg*, 2018 Feb 7.
- Moins bons résultats à 2-3 ans
 Sioka E, *Obes Surg*. 2013 Apr;23(4):501-8.
- Moins bons résultats si Sweet eaters
 Tassinari D, *Obes Surg*. 2017 Nov;27(11):2845-2854.

Perte de poids post-opératoire excessive et TCA

Les pertes pondérales excessives d'origine psychogène (anorexie restrictive ou vomisseuse, boulimie, voire mérycisme) sont sous-évaluées ++ :

- problèmes de critères diagnostiques,
- diagnostic ≠ difficile avec les autres causes de symptômes (comme les vomissements provoqués par ex)
- déni des patients/ désir d'amplifier la perte pondérale...

Ces troubles sont responsables de carences graves et souvent de mauvais pronostics

CAT: repérer ++ des ATCD anorexiques ou boulimiques vie durant

- *A. Segal et al -Post-Surgical Refusal to Eat: Anorexia Nervosa, Bulimia Nervosa or a New Eating Disorder? A Case Series -Obesity Surgery 2004;14; 353-360*
- *J. M. Marino et al -The Emergence of Eating Pathology after Bariatric Surgery: A Rare Outcome with Important Clinical Implications - IntJof Eat Disord 2012 ; 45 (2)179-184*
- *E. Conceição et al - Characterization of eating disorder after bariatric surgery: a case series study - Int J Eat Disord. 2013 ; 46(3): 274-279.*
- *M. J. Devlin et al - Eating Pathology and Experience and Weight Loss in a Prospective Study of Bariatric Surgery Patients: 3-year Follow-up - Int J Eat Disord. 2016 ; 49(12): 1058-1067*
- *W.J. Lammers et al - Liver failure caused by prolonged state of malnutrition following bariatric surgery - World J Hepatol 2018; 10(3): 396-399*

Addictions à l'alcool et aux substances

- ➔ **risque de dépendance à l'alcool** après chirurgie bariatrique (**X3 / groupe contrôle non opéré**) surtout après **bypass gastrique**, à partir de la **2e année post-op.**
- **Le by-pass** accélère le bolus alimentaire de la néo-poche gastrique au jéjunum où **80% de l'alcool sont absorbés** → pour une même dose d'alcool, **pic de concentration plasmatique d'alcool plus précoce et plus important** que dans les autres chirurgies.
Ce pic d'éthylémie intensifie la sensation d'ivresse et **aggrave le risque de dépendance qui augmente avec la perte de poids.**
- Le risque est plus fréquent chez les patients **jeunes, de sexe masculin et déjà polyaddictés** avant la chirurgie bariatrique (ATCD d'addiction à l'alcool, tabac, voire stupéfiants).

AB Cuellar-Barboza MA Frye K Grothe *Change in consumption patterns for treatment-seeking patients with alcohol use disorder post-bariatric surgery. J Psychosom Res 2015*

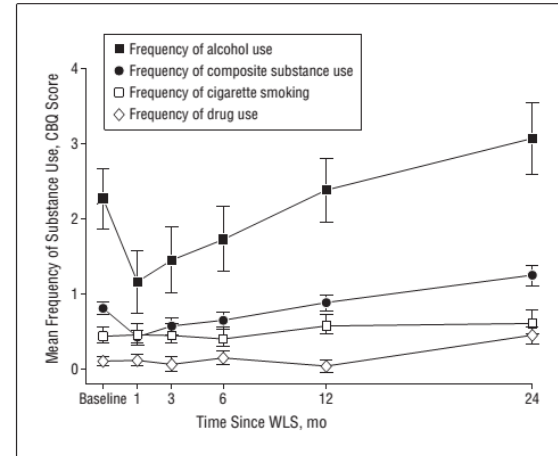
C Spadola E Wagner F Dillon *Alcohol and drug use among postoperative bariatric patients : A systematic review of the emerging research and its implications. Alcohol Clin Exp Res 2015*

P Svensson A Anveden S Romeo *Alcohol consumption and alcohol problems after bariatric surgery in the Swedish obese subjects study. Obesity 2013*

Dépendance à l'alcool et substances

No. (%) of Participants^a

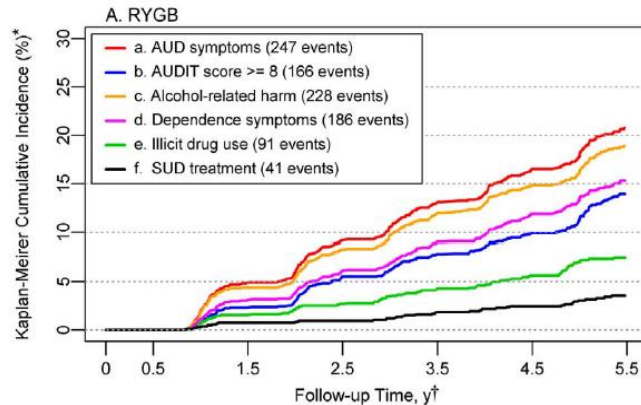
Select AUDIT items	No. (%) of Participants ^a		
	Preoperative Assessment	1-y Postoperative Assessment	2-y Postoperative Assessment
Frequency of alcohol consumption			
Never	578 (41.3)	628 (44.9)	580 (41.4)
≤ Monthly	523 (37.4)	455 (32.5)	414 (29.6)
2-4 times/mo	197 (14.1)	200 (14.3)	238 (17.0)
2-3 times/wk	65 (4.6)	74 (5.3)	97 (6.9)
≥4 times/wk	37 (2.6)	43 (3.1)	71 (5.1)
AUDIT summary measures			
Consumption at hazardous level ^b	266 (19.6)	180 (13.3)	224 (16.5)
AUDIT score ≥8 ^c	36 (2.6)	43 (3.1)	76 (5.5)
Alcohol dependence symptoms ^d	39 (2.8)	44 (3.2)	77 (5.5)
Alcohol-related harm ^d	94 (6.8)	93 (6.7)	119 (8.6)
Alcohol use disorder ^e	106 (7.6)	101 (7.3)	133 (9.6)



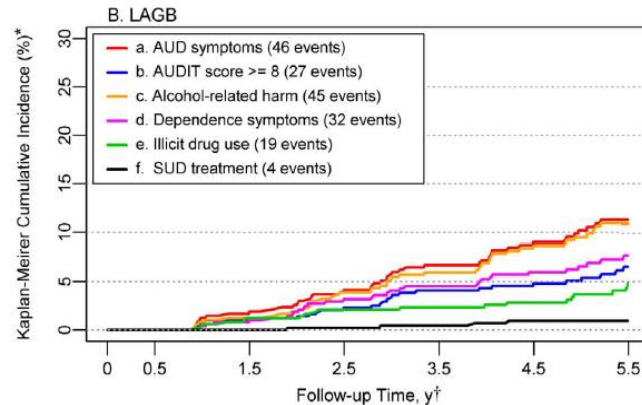
JAMA. 2012;307(23):2516-2525

JAMA Surg. 2013;148(2):145-150.

W. King et al. / *Surgery for Obesity and Related Diseases* ■ (2017) 00–00



Number of Patients at Risk						
	1.5	2.5	3.5	4.5	5.5	
a.	1372	1248	1140	1043	947	578
b.	1432	1334	1230	1137	1041	643
c.	1399	1275	1170	1071	975	598
d.	1420	1317	1217	1121	1022	632
e.	1404	1316	1245	1158	1073	682
f.	1417	1330	1260	1177	1087	684



Number of Patients at Risk						
	1.5	2.5	3.5	4.5	5.5	
a.	483	452	419	380	343	211
b.	506	479	448	409	377	232
c.	492	456	424	386	347	218
d.	503	476	440	402	367	223
e.	497	473	444	414	379	235
f.	500	473	448	414	379	233

Alcohol and other substance use after bariatric surgery: prospective evidence from a U.S. multicenter cohort study

Transfert de dépendance / Bascule addictive / « cross addiction »

- Goldschmidt et coll. ont montré que chez les obèses présentant un BED, la crise, déclenchée par des émotions négatives, a pour effet d'apaiser et/ou d'améliorer l'humeur des patients, entraînant un modèle de renforcement négatif.
- Nourriture et alcool stimulent la sécrétion de dopamine, « neurotransmetteur du plaisir »
- Après une chirurgie bariatrique, les patients (en particulier les bingueurs ou les polyaddictés) en situation de stress, peuvent rechercher une autre source de compensation pour gérer leurs émotions (alcool, autres addictions aux substances licites ou illicites/ addictions comportementales tels que TCA, jeu, achats compulsifs, sport addictif)
- Il y a encore très peu d'études sur cette question.

AB Goldschmidt SG Engel SA Wonderlich *Momentary affect surrounding loss of control and overeating in obese adults with and without binge eating disorder. Obesity. 2012*

GJ Wang A Geliebter ND Volkow *Enhanced striatal dopamine release during food stimulation in binge eating disorder. Obesity 2011*

S Aalto K Ingman K Alakurtti *Intravenous ethanol increases dopamine release in the ventral striatum in humans : PET study using bolus-plus-infusion administration of [(11)C]raclopride. J Cereb Blood Flow Metab 2015*

Bak M. The potential for cross-addiction in postbariatric surgery patients: Considerations for primary care nurse practitioners. [J Am Assoc Nurse Pract.](#) 2016 Dec;28(12):675-682.

Les problèmes d'observance/ Les perdus de vue

Cohorte CHRU NANCY

1281 patients opérés d'un CCG du 01/06/2004 au 01/02/2012 / 215 perdus de vue (PDV)

Critères favorisant le suivi: **BED**

Critères favorisant la PDV: jeune âge, chômage, personnalité pathologique (**borderline +++**)

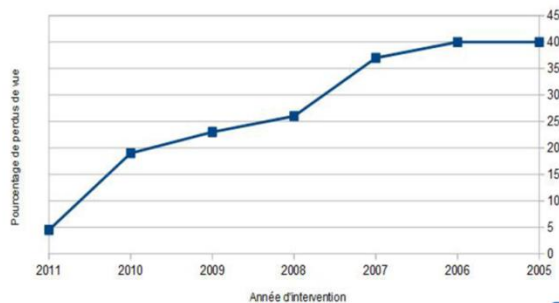
Résultats: critères médico-sociaux 215 patients ont été perdus de vue (16,8%)

	PDV	Suivis	p
Age	39,1 ± 9,8	42 ± 10,9	0,02
Sexe ratio H/F	45/170 (20,9%)	200/866 (18,7%)	NS
% chômage	25,4 %	18,5 %	0,01
IMC	46,4 ± 7,4	45,3 ± 6,5	NS
ATCD familiaux d'obésité	17,8 %	28,6 %	<0,01
Hyperphagie prandiale	23,5%	15,4%	p=0,048

Résultats: Facteurs psychiatriques après régression logistique

	Odd ratio	95% inf	95% sup	p
P. borderline	7,35	2,62	20,64	0,0002
Tr. anxieux	1,74	1,11	2,72	0,015
P. évitante	4	0,88	18,32	0,0737
P. dépendante	1,73	0,79	3,79	NS
Tr. obsessionnels	2,09	0,53	8,16	NS
BED	0,64	0,42	0,98	NS

Pourcentage de perdus de vue en fonction des années d'intervention



Perdus de vue: 40% à 5 ans

Problèmes d'observance/ Perdus de vue

Larjani S et al *Preoperative predictors of adherence to multidisciplinary follow-up care postbariatric surgery.* Surg Obes Relat Dis. 2016 Feb;12(2):350-6.

Poursuite du suivi: 40% à 24 mois (PDV 60%)
 Critères d'observance: âge >25 ans, SAOS, emploi
 Critère de non-observance: abus de substance

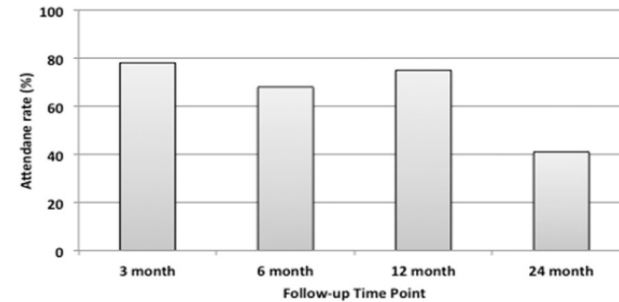


Fig. 1. Patient attendance rate of follow-up to clinical appointments after bariatric surgery at 3, 6, 12, and 24 months.

Relationship between presence of lifetime psychiatric diagnoses and adherence to follow-up appointments after bariatric surgery				
Co-morbidity	Overall	Adherent	Nonadherent	P value
Mood disorders, n (%)				
No	214 (66.5)	135 (66.2)	79 (66.9)	.903
Yes	108 (33.5)	69 (33.8)	39 (33.1)	
Anxiety disorders, n (%)				
No	300 (93.2)	189 (92.6)	111 (94.1)	.657
Yes	22 (6.8)	15 (7.4)	7 (5.9)	
Eating disorders, n (%)				
No	272 (84.5)	171 (83.8)	101 (85.6)	.673
Yes	50 (15.5)	33 (16.2)	17 (14.4)	
Substance use disorders, n (%)				
No	307 (95.3)	198 (97.1)	109 (92.4)	.055
Yes	15(4.7)	6 (2.9)	9 (7.6)	

* As assessed with the MINI standardized psychiatric assessment instrument.

Multivariate logistic regression modeling for predictors of follow-up nonadherence after bariatric surgery on demographic, clinical, and psychosocial factors		
Variable	Odds ratio (95% CI)	P value
Age		
> 25	2.89 (.80–10.43)	.106
< 25	1.00 (Ref)	
Gender		
Female	1.80 (.94–3.44)	.077
Male	1.00 (Ref)	
Distance		
< 50 km	1.24 (.95–1.61)	.110
> 50 km	1.00 (Ref)	
Occupation status		
Employed	.55 (3.2 – .95)	.034*
Unemployed, Retired	1.00 (Ref)	
Obstructive sleep apnea		
Yes	.80 (.47–1.37)	.419
No	1.00 (Ref)	

*Statistically significant: P < .05.

Changements de vie et problèmes relationnels

Gustaf Bruze et al *Associations of Bariatric Surgery With Changes in Interpersonal Relationship Status: Results From 2 Swedish Cohort Studies* JAMA Surgery Published online March 28, 2018

- Population (SOS et SOReg) de 1958 patients avec 70,9% de femmes
 - La chirurgie bariatrique entraîne des changements relationnels
 - Les patients célibataires démarrent une nouvelle relation ou se marient / groupe contrôle
 - Les patients mariés se séparent ou divorcent / groupe contrôle

Figure 1. Cumulative Incidence of Marriage or New Relationship After Bariatric Surgery

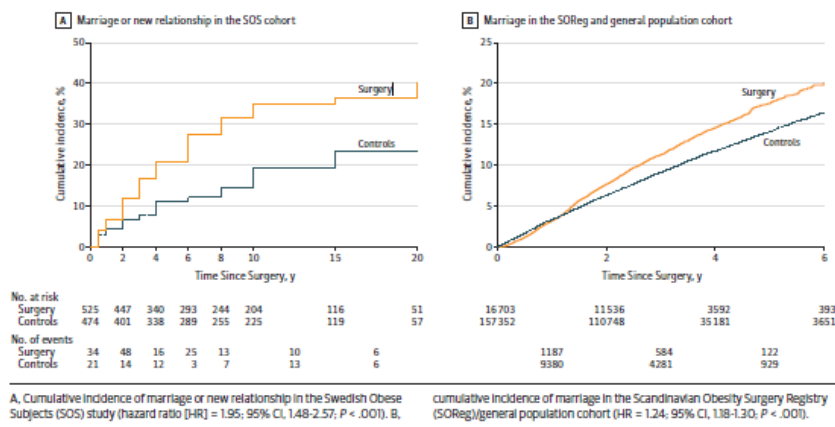
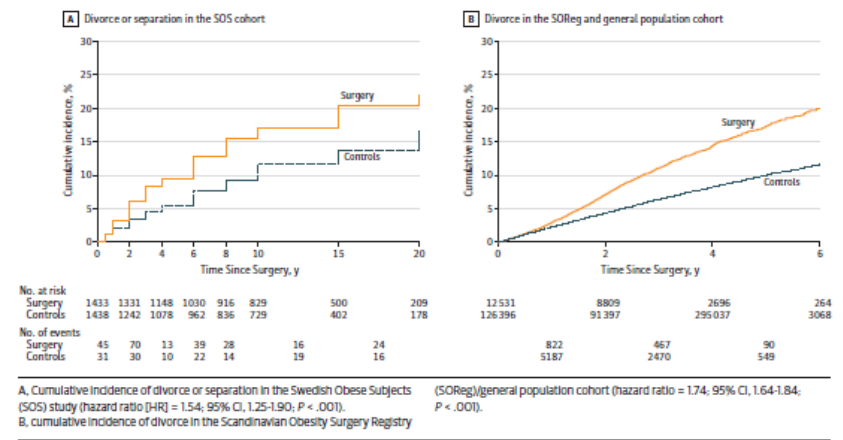


Figure 3. Cumulative Incidence of Divorce or Separation After Bariatric Surgery



- Hypothèse systémique: le risque de divorce augmente si le conjoint opéré était obèse au début de la relation (alliance perdant/perdant)**

EN CONCLUSION

- L'évaluation psy doit être faite par un psychiatre ou un psychologue **formé à la prise en charge des TCA** et **appartenant** à l'équipe pour que leurs avis ne puissent pas être contestés (libre choix du praticien, etc.)
- Les **cas litigieux** sont discutés en RCP (balance bénéfice-risque)
- Compte-tenu de la vulnérabilité psychique de ces patients, de nombreuses études insistent sur l'importance d'une prise en charge psychologique **post-opératoire**
- Ces patients sont **peu demandeurs** et il est essentiel **de faire débuter ce travail en pré-opératoire**, même en l'absence de décompensation actuelle.
- Les aides les plus efficaces sont les psychothérapies cognitivo-comportementales

**L'auteur n'a aucun conflit d'intérêt par rapport
à cette présentation**

MERCI POUR VOTRE ATTENTION...

