

ÉVALUATION PRÉALABLE À LA CHIRURGIE DE L'OBÉSITÉ

Quelle place pour le psychiatre ?

Sylvain Iceta^{1,2}, Emmanuel Disse², Mohamed Saoud¹

La mission du psychiatre lors de l'évaluation préchirurgie bariatrique est parfois un peu floue. Afin de mieux appréhender le but de cette évaluation, nous allons tenter de mieux comprendre les facteurs psychiatriques et psychologiques mis en jeu lors de cette chirurgie. Nous proposerons ensuite des pistes pour adresser le patient au bon interlocuteur afin d'obtenir une évaluation optimale.

Autant les missions du chirurgien et du médecin spécialiste apparaissent claires aux yeux du plus grand nombre lors de l'évaluation préchirurgie bariatrique, autant le rôle du psychiatre est souvent moins évident. Il n'est pas rare de voir qualifiée d'accessoire cette étape, et ceci d'autant plus que pendant longtemps les psychiatres eux-mêmes ont désinvesti ce champ de l'évaluation. Au travers de cet article, nous tenterons de mieux cerner dans un premier temps les attentes vis-à-vis de l'évaluation psychiatrique, puis nous analyserons le poids des facteurs psychiques et leurs impacts chez les patients candidats à la chirurgie bariatrique. Enfin, et à la vue des données précédentes, nous préciserons quelles devraient être les modalités et conditions de cette évaluation (Fig. 1).

LES ATTENTES DE L'HAS ET DES RECOMMANDATIONS INTERNATIONALES

L'existence de liens étroits entre le comportement alimentaire et le psychisme est aujourd'hui largement admise. L'identification des problématiques psychiques et alimentaires, ainsi que leurs prises en charge au décours de la chirurgie bariatrique apparaissent de plus en plus comme un facteur clé de la réussite de cette opération. En effet, la chirurgie bariatrique est une procédure très efficace qui non seulement reconfigure et/ou restreint l'estomac d'un patient, mais affecte aussi de manière significative son psychisme. Partant de ce constat, la recommandation HAS de 2009 sur la chirurgie bariatrique rend obligatoire l'avis psychiatrique ou psychologique (sans les différencier d'ailleurs) avant l'opération. Ce texte précise l'existence de 7 contre-indications à la chirurgie dont 4 sont d'ordre psychiatrique : les troubles

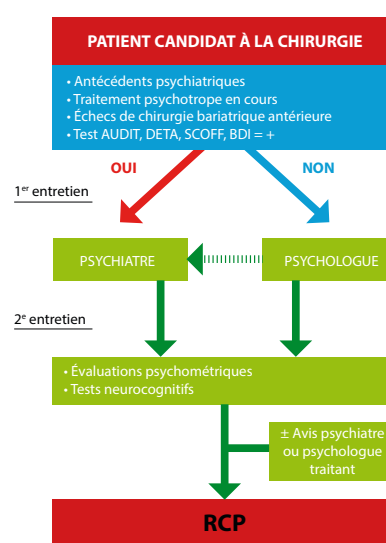


FIGURE 1 - Arbre décisionnel pour l'orientation du bilan psychiatrique préchirurgie.

1. EA 4615 PSYR2 - Psychiatric disorders : from Resistance to Response – UCBL ; Psychiatrie de Liaison, Hospices Civils de Lyon
2. Centre Intégré Obésité, Hospices Civils de Lyon

cognitifs ou mentaux sévères, les troubles sévères et non stabilisés des conduites alimentaires, l'incapacité prévisible du patient à participer à un suivi médical prolongé et enfin, la dépendance à l'alcool et aux substances psychoactives licites et illicites. L'HAS va plus loin et confie au psychiatre la tâche d'évaluer également bien d'autres aspects que la simple présence ou non de troubles psychiatriques. Il lui est confié les missions d'évaluer la motivation du patient et ses capacités d'observance et de changements, d'évaluer les déterminants et conséquences psychologiques de l'obésité, mais aussi la bonne compréhension de la chirurgie, la qualité de vie, les facteurs de stress psychosociaux ainsi que la présence et la qualité du soutien sociofamilial. Enfin, l'HAS demande également au psychiatre de proposer des prises en charge adaptées avant la chirurgie et d'orienter le suivi en postopératoire (1).

Au niveau international, l'ensemble des recommandations souligne la nécessité d'analyser en profondeur les facteurs environnementaux et les comportements pouvant participer à la genèse de l'obésité. Certaines de ces recommandations vont plus loin et insistent sur la nécessité, lors de l'évaluation psychiatrique, d'appréhender les possibilités de psychoéducatons du candidat à la chirurgie et le cas échéant, de proposer la participation à des groupes de patients et/ou de bénéficier d'une psychothérapie individuelle en pré ou postopératoire. Ces recommandations sont également valables en vue d'une chirurgie métabolique (2) qui pourra concerner des sujets dont l'obésité est moins importante et

souvent moins en difficulté sur le plan psychologique. Les recommandations européennes, quant à elles, donnent une place plus importante au psychiatre lui conférant la possibilité de passer outre les contre-indications psychiques qu'il identifie (3), tout en précisant que le psychiatre en question doit être expérimenté dans le domaine de l'obésité.

Ces diverses recommandations insistent très largement sur le rôle de préparation à la chirurgie que représentent ces évaluations psychiatriques qui ne peuvent se limiter à la simple recherche de contre-indications. Elles font intégralement partie de la prise en charge et visent à améliorer l'efficacité et la sécurité du traitement chirurgical en identifiant les domaines de vulnérabilité potentiels. L'évaluation permet de mettre en avant les défis, les limites et les atouts de chaque candidat afin de déterminer un plan de soins individualisé et d'optimiser les chances de réussite de l'intervention. L'évaluation préopératoire doit donc permettre d'identifier les soins psychiques ou psychiatriques potentiellement nécessaires à l'amélioration de la motivation, de la capacité à se conformer aux changements nutritionnels, comportementaux et psychosociaux attendus afin d'éviter certaines complications et de maintenir la perte pondérale sur le long terme.

PROFILS PSYCHOLOGIQUES ET PSYCHIATRIQUES ET LEURS IMPACTS

Facteurs psychiques et obésité sont fortement associés, que ce

soit en termes de facteurs prédisposants, précipitants ou de maintien. L'apparition de troubles psychiatriques constitués chez des patients souvent déjà psychologiquement fragilisés est fréquente et constitue un élément indispensable à prendre en charge chez le patient candidat à la chirurgie bariatrique.

■ TROUBLE DE L'AXE I

On qualifie en psychiatrie de trouble de l'Axe I selon le DSM IV TR les troubles cliniques majeurs (schizophrénie, dépressions, troubles des conduites alimentaires...). Certaines études ont montré qu'environ 40 à 60 % des patients en attente de chirurgie bariatrique satisfaisaient aux critères d'au moins un trouble psychiatrique de l'Axe I (4, 5). Les troubles anxieux semblent être les pathologies les plus fréquentes (46,3 %), suivis par les troubles de l'humeur (21,6 %), dont le trouble bipolaire (13,7 %) et la dépression (7,9 %). Les troubles des conduites alimentaires (TCA) seraient présents chez 20,1 % des patients et majoritairement représentés par l'hyperphagie boulimique (ou *Binge eating disorder* - BED) avec une fréquence de 16,5 % et par la boulimie (3,6 %) (6). Les conduites addictives sont peu fréquentes en comparaison (3,1 %), mais doivent faire l'objet d'une vigilance renforcée, principalement du fait du risque important de "transfert d'addiction", en post-chirurgie, vers des produits plus nocifs et/ou la majoration des dépendances au tabac et à l'alcool (7). Environ un tiers des patients en attente de chirurgie présenterait au moins deux troubles de l'Axe I concomitants (6), et l'on sait que la présence simultanée de 2 troubles

ou plus de l'Axe I est un facteur de mauvais pronostic (8).

La question du suicide tient aussi une place importante en chirurgie bariatrique. L'existence d'antécédents de tentative de suicide serait corrélée à un IMC plus élevé, un isolement social et une stigmatisation plus importante (4). La prévalence du suicide chez les patients opérés serait 2 à 3 fois plus élevée que dans la population générale. De nombreux facteurs contribueraient à l'augmentation de ce risque suicidaire dont certains pourraient être identifiés et pris en charge suite à l'évaluation psychiatrique préchirurgicale. Les principaux facteurs identifiés à ce jour sont : la persistance ou la récurrence des comorbidités médicales en postopératoire, la désinhibition et l'impulsivité ainsi que les changements pharmacocinétiques affectant divers médicaments, notamment les antidépresseurs. Par ailleurs, des éléments psychosociaux tels que l'absence d'amélioration de la qualité de vie après la chirurgie, la persistance d'un handicap fonctionnel, la persistance ou la réapparition d'une conjugopathie ou de dysfonctions sexuelles, une faible estime de soi et une histoire traumatique dans l'enfance, pourraient être impliqués dans ce surrisque suicidaire. Contrairement à ce qui a pu être envisagé, l'importance de la perte de poids ne semble pas être un facteur de risque de suicide en postchirurgie (9).

> **Troubles des conduites alimentaires**

Les TCA appartiennent aux troubles de l'Axe I, mais méritent une attention toute particulière.

La prévalence des TCA chez le sujet candidat à la chirurgie varie selon les études du fait d'une part du type de troubles considérés et d'autre part des référentiels utilisés pour les diagnostiquer. La présence du BED a probablement été longtemps surestimée. Les études les plus récentes laissent envisager une prévalence plus proche des 5 % que des 15 ou 20 %, voire plus, initialement évoqués (10). Néanmoins, quelle qu'en soit la prévalence, le diagnostic d'une hyperphagie boulimique est associé à une perte de poids moins importante à court ou moyen terme et/ou à une reprise de poids 2 à 5 ans après l'opération (11). L'addiction alimentaire, concept de plus en plus développé dans la littérature, toucherait 40 % des patients et serait à la fois un facteur de risque d'échec significatif, mais aussi de transfert d'addiction, notamment vers l'alcool (12). D'autres TCA moins étudiés tels que le *"night eating syndrome"* ou le *"sweat eating"* qui touchent cette population, pourraient contribuer à un mauvais pronostic pondéral postopératoire (10). Enfin, et plus largement, une alimentation dite "émotionnelle" se présente comme un trait quasi ubiquitaire chez les candidats à la chirurgie bariatrique. Ce comportement est profondément ancré dans la constitution psychologique des patients et pourrait être lié à de nombreux facteurs neuro-développementaux et environnementaux, comme des problématiques d'attachement (dit insécure) aux parents (13) et des stratégies de contrôle inadaptées (14).

> **Un poids si important ?**

La présence de troubles psychia-

triques de l'Axe I actuels ou passés induit souvent une crainte instinctive chez le chirurgien ou le spécialiste qui auront tendance à considérer le dossier comme "sensible". Pourtant, l'impact de ces troubles sur les complications et le résultat postchirurgical demeure encore controversé. Il a longtemps été admis que la présence de pathologies psychiatriques était un facteur de mauvais pronostic (4, 11, 15). Cependant, une étude menée récemment par Fuchs et al. a démontré que la présence d'une dépression, d'un trouble anxieux, mais aussi d'un trouble bipolaire ou d'une schizophrénie bien stabilisée n'était pas associée à une moindre perte de poids après la chirurgie (16). Il semblerait même que la fréquence des symptômes dépressifs diminue sensiblement après une chirurgie bariatrique et il en va de même pour les TCA. Les études sur le plus long terme nuancent toutefois ces résultats. En effet, les troubles psychiatriques, après une phase d'amélioration, ont tendance à réapparaître progressivement sur 24 mois. Ce phénomène est souvent appelé "lune de miel". La symptomatologie psychique postopératoire, notamment l'apparition de symptômes dépressifs, ainsi que la qualité des fonctions cognitives après chirurgie semblent être de meilleurs marqueurs prédictifs que les éléments identifiés en préopératoire, du succès à moyen et long terme de la chirurgie sur le poids, le comportement alimentaire et la qualité de vie (4, 17).

■ **TROUBLES DE L'AXE II, FACTEURS PSYCHOLOGIQUES ET COGNITION**

Les troubles de l'Axe II selon le

DSM IV TR correspondent en fait aux troubles de la personnalité. Leur dépistage et leur diagnostic sont bien moins connus des autres spécialités et souvent négligés lors de la prise en charge de ces patients. Pourtant, ils constituent, avec les facteurs psychologiques, des éléments pronostics importants. Les troubles de la personnalité concerneraient entre 20 et 30 % des candidats à la chirurgie. Les plus fréquemment rencontrés sont la personnalité évitante et la personnalité obsessionnelle compulsive [18].

Certains facteurs dits psychologiques sont aussi clairement identifiés comme pouvant avoir un impact sur les résultats pondéraux attendus de la chirurgie. Les facteurs de plus mauvais pronostic sont une impulsivité forte, des traits de personnalité névrotique et/ou narcissique, une faible estime de soi, des capacités de coping centrées sur l'émotionnel, une mauvaise image de soi et une image corporelle négative. La présence d'un traumatisme de l'enfance (maltraitements, abus sexuels) ainsi que l'existence d'une souffrance psychique intense comme déterminant initial de l'obésité sont associées à une moindre perte de poids ou à l'apparition de complications psychiques ou psychiatriques post-chirurgicales. À l'inverse, lorsque les perturbations et souffrances psychologiques intenses sont secondaires à l'obésité (atteinte de l'image et de l'estime de soi secondaires, inhibitions et isolement social...), elles apparaissent alors comme des facteurs pronostic positifs du succès de la chirurgie bariatrique. La diversité des stratégies d'adaptation (ou de

coping) du sujet est un élément essentiel dans la réussite du parcours postopératoire et il devrait être systématiquement recherché [4, 11, 15, 18].

Les fonctions cognitives sont également un élément clé de l'évaluation préchirurgie. En effet, la présence de déficits cognitifs sévères est un facteur d'échec et d'inobservance en postchirurgie. À l'inverse des fonctions exécutives préservées, une faible atteinte de la mémoire verbale et des capacités attentionnelles sont des facteurs de bon pronostic concernant la tolérance, l'observance et la perte de poids. Cependant, là encore, c'est surtout l'amélioration de ces fonctions (mnésiques et exécutives) en postchirurgie qui serait corrélée aux bénéfices à long terme, plus que leurs niveaux préchirurgicaux [4, 15].

QUELLES ÉVALUATIONS ET PAR QUI ?

L'évaluation du patient en attente d'une chirurgie bariatrique devrait donc systématiquement contenir un volet psychiatrique, point sur lequel toutes les recommandations s'accordent. Cependant, il n'est pas toujours aisé, pour le profane en ce milieu, d'adresser de manière adéquate son patient pour cette évaluation. En aucun cas un simple certificat médical réalisé par un psychiatre sans connaissance spécifique dans ce domaine, et généralement effectué après un seul rendez-vous, ne peut constituer, en soi, ce volet de l'évaluation. En effet, les enjeux de cette évaluation sont nombreux et requièrent un regard de spécialiste et au moins deux consultations spécifiquement dédiées.

Le premier rendez-vous est généralement consacré à l'évaluation psychiatrique et psychologique en elle-même comprenant la recherche d'antécédents ou de troubles psychiatriques en cours (avec une attention toute particulière pour les abus de substances). Vient ensuite l'exploration de la biographie du patient (incluant la recherche de traumatismes ou d'abus dans l'enfance), de son mode de vie, de ses activités physiques et de son entourage social. Ce temps sera aussi celui de l'évaluation de la psychopathologie du patient, de sa motivation et ses attentes. Le comportement alimentaire, les rapports à l'alimentation, mais aussi les modes de gestion des émotions et de l'anxiété seront méticuleusement explorés. Lors de ce temps il est d'ailleurs important de détailler avec le patient son "histoire pondérale" : quels ont été les moments de prise de poids, les périodes de perte, l'existence ou non d'éléments déclencheurs ou facilitateurs de la prise ou de la perte de poids... Le second entretien, s'il a lieu, est dédié à l'évaluation psychométrique. L'objectif est alors à l'aide d'hétéro ou d'autoquestionnaires d'apporter une évaluation qualitative et quantitative de certaines dimensions psychiques d'intérêts. Il n'existe pas aujourd'hui de consensus quant aux questionnaires à faire passer aux patients. Il apparaît indispensable qu'il y ait au moins un test pour chacun des domaines suivants : humeur, anxiété, TCA, estime de soi et si possible personnalité. Là aussi, si les moyens le permettent, l'ajout de tests neurocognitifs évaluant la flexibilité, l'impulsivité et les capacités mnésiques peut permettre un éclairage complémentaire intéressant.

La conjoncture actuelle fait qu'il n'est pas toujours possible de proposer aux patients une évaluation complète faite par un psychiatre ou par un duo psychiatre-psychologue. La figure 1 propose un arbre décisionnel pour aider à l'orientation du patient lors de cette évaluation. La présence d'antécédents psychiatriques (notamment tentative de suicide, y compris à l'adolescence), d'un traitement psychotrope en cours ou d'un échec de chirurgie bariatrique antérieure devrait conduire à orienter d'emblé le patient vers un psychiatre spécialisé dans ce type d'évaluation. La passation d'échelles de dépistage rapide lors de l'évaluation somatique pourrait également aider à cette orientation. Des résultats positifs à une ou plusieurs des échelles suivantes : l'AUDIT ou le DETA pour l'alcool, le SCOFF pour les TCA ou la BDI pour la dépression devraient là aussi aboutir à une orientation vers un psychiatre spécialisé. Dans les autres situations, un psychologue pourra aussi assurer cette première partie de l'évaluation et réorienter le patient

vers un psychiatre si besoin. Dans tous les cas, et lorsqu'un suivi psychiatrique ou psychologique est en cours, recueillir l'avis du thérapeute s'avèrera indispensable, mais cet avis ne peut être considéré comme suffisant à lui seul. Enfin, une fois l'évaluation effectuée, sa restitution devra être faite par le psychiatre ou le psychologue ayant évalué le patient. Si cela n'est pas possible, la prise de contact direct avec un des médecins somaticiens référents préalablement à la RCP est un élément indispensable afin de mieux appréhender l'aspect psychologique de la balance bénéfice-risque.

Nous l'avons vu, la bonne qualité de l'évaluation psychiatrique avant la chirurgie semble indispensable à sa bonne réussite. Au-delà même d'une perte de poids insuffisante, il n'est pas rare d'observer en postchirurgie bariatrique des complications graves telles que l'apparition d'une anorexie mentale ou un passage à l'acte suicidaire. Si une évaluation psychiatrique préchirurgicale

ne permet pas d'en prédire avec certitude l'apparition, elle permet néanmoins de contre-indiquer les patients les plus à risque et de proposer, pour les patients présentant certaines fragilités, des soins adéquats afin d'en limiter l'impact. Pour aller plus loin, il apparaît de plus en plus clairement dans la littérature qu'en plus de l'évaluation initiale, une évaluation postchirurgie et un suivi régulier sont indispensables à la bonne réussite de cette chirurgie et au maintien de la perte de poids sur le long terme. ■

Correspondance

Dr Sylvain Iceta
Psychiatrie Adulte –
Consultation/Liaison
Hospices Civils de Lyon
Hôpital Neurologique
Pierre Wertheimer
59, boulevard Pinel
69677 Bron Cedex
Tél. : 04 72 11 80 64
E-mail : sylvain.iceta@chu-lyon.fr

MOTS-CLÉS

Évaluation psychiatrique, Chirurgie bariatrique, Facteurs pronostics, TCA



Bibliographie

1. De Santé HA. Obésité : prise en charge chirurgicale chez l'adulte. Recommandations de bonne pratique. Saint-Denis La Plaine : HAS ; 2009. Ref ID. 4679.
2. De Imprensa S. Bariatric Surgical and Procedural Interventions in the Treatment of Obese Patients with Type 2 Diabetes. [cited 2015 Apr 27].
3. Fried M, Yumuk V, Oppert J-M et al. Interdisciplinary European Guidelines on Metabolic and Bariatric Surgery. *Obes Facts* 2013 ; 6 : 449-68.
4. Yen Y-C, Huang C-K, Tai C-M. Psychiatric aspects of bariatric surgery : *Curr Opin Psychiatry* 2014 ; 27 : 374-9.
5. Sarwer DB, Cohn NI, Gibbons LM et al. Psychiatric diagnoses and psychiatric treatment among bariatric surgery candidates. *Obes Surg* 2004 ; 14 : 1148-56.
6. Duarte-Guerra LS, Coêlho BM, Santo MA, Wang Y-P. Psychiatric disorders among obese patients seeking bariatric surgery : results of structured clinical interviews. *Obes Surg* 2015 ; 25 : 830-7.
7. Heinberg LJ, Ashton K, Coughlin J. Alcohol and bariatric surgery : review and suggested recommendations for assessment and management. *Surg Obes Relat Dis Off J Am Soc Bariatr Surg* 2012 ; 8 : 357-63.
8. Rutledge T, Groesz LM, Savu M. Psychiatric Factors and Weight Loss Patterns Following Gastric Bypass Surgery in a Veteran Population. *Obes Surg* 2011 ; 21 : 29-35.
9. Mitchell JE, Crosby R, de Zwaan M et al. Possible Risk Factors for Increased Suicide Following Bariatric Surgery. *Obes Silver Spring Md* 2013 ; 21 : 665-72.
10. Baldofofski S, Tigges W, Herbig B et al. Nonnormative eating behavior and psychopathology in prebariatric patients with binge-eating disorder and night eating syndrome. *Surg Obes Relat Dis [Internet]*. [cited 2015 Apr 28].
11. Mechanick JI, Kushner RF, Sugerman HJ et al. American Association of Clinical Endocrinologists, The Obesity Society, and American Society for Metabolic & Bariatric Surgery Medical Guidelines for Clinical Practice for the Perioperative Nutritional, Metabolic, and Nonsurgical Support of the Bariatric Surgery Patient. *Surg Obes Relat Dis* 2008 ; 4 : S109-84.
12. Meule A, Heckel D, Jurowich CF et al. Correlates of food addiction in obese individuals seeking bariatric surgery. *Clin Obes* 2014 ; 4 : 228-36.
13. Chesler BE. Emotional Eating : A Virtually Untreated Risk Factor for Outcome Following Bariatric Surgery. *Sci World J* 2012 ; 2012 : 1-6.
14. Taube-Schiff M, Van Exan J, Tanaka R et al. Attachment style and emotional eating in bariatric surgery candidates : The mediating role of difficulties in emotion regulation. *Eat Behav* 2015 ; 18 : 36-40.
15. Wimmelmann CL, Dela F, Mortensen EL. Psychological predictors of weight loss after bariatric surgery : a review of the recent research. *Obes Res Clin Pract* 2014 ; 8 : e299-313.
16. Fuchs HF, Laughter V, Harnsberger CR et al. Patients with psychiatric comorbidity can safely undergo bariatric surgery with equivalent success. *Surg Endosc* 2015.
17. White MA, Kalarchian MA, Levine MD et al. Prognostic Significance of Depressive Symptoms on Weight Loss and Psychosocial Outcomes Following Gastric Bypass Surgery : A Prospective 24-Month Follow-Up Study. *Obes Surg* 2015.
18. 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.