



MANAGEMENT NUTRITIONNEL DIFFICILE: QUEL EST LE RÔLE DES VARIABLES PSYCHOLOGIQUES ET PSYCHIATRIQUES.

Catherine Bégin, Ph.D, Professeure en psychologie, Université Laval

Audrey Brassard, Nutritionniste, Programme d'intervention des troubles des
conduites alimentaire, CIUSS-CN

OBJECTIFS DU SYMPOSIUM



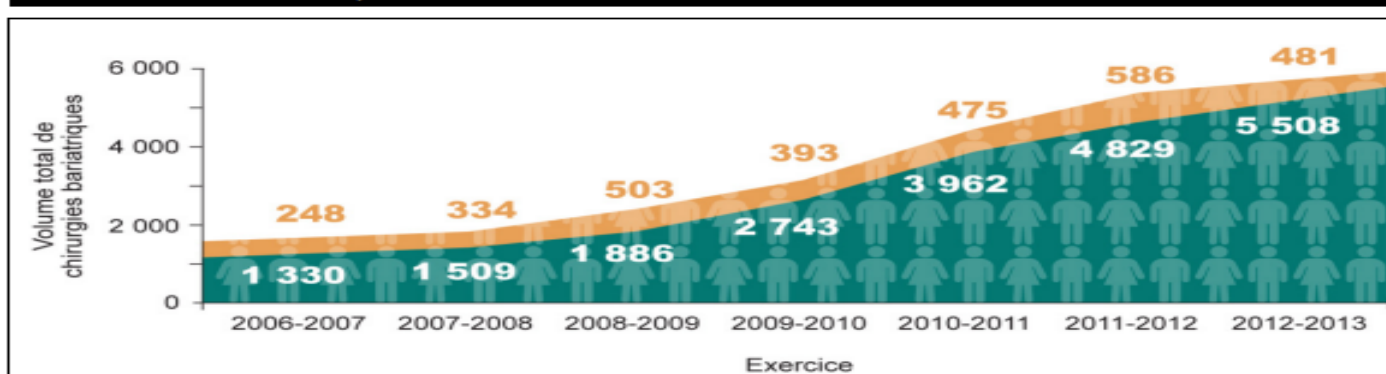
1. Identifier deux facteurs psychosociaux, présents en pré-opération, qui peuvent être liés aux effets de l'intervention bariatrique.
2. Nommez un trouble alimentaire et un impact potentiel de celui-ci sur la chirurgie bariatrique.

QUELQUES STATISTIQUES



- ❑ La chirurgie bariatrique est le seul traitement reconnu pour ses résultats au long cours pour l'obésité sévère
- ❑ 6000 chirurgies ont eu lieu en 2012-2013 au Canada, ce qui représente 4 fois plus de chirurgie qu'en 2006-2007
 - ❑ Raisons: meilleure couverture par les assurances, plus d'hôpitaux et de cliniques qui offrent l'intervention, avancées médicales

Figure 1 : Volume de chirurgies bariatriques pratiquées dans les hôpitaux canadiens, de 2006-2007 à 2012-2013



CRITÈRES D'ADMISSIBILITÉ



- Avoir un IMC de 40 kg/m² ou de 35 kg/m² en plus de problèmes de santé liés à l'obésité (p.ex. diabète de type II)
- Avoir passé les tests préopératoires
- Être mentalement et psychologiquement prêt
- Avoir un réseau social (support) satisfaisant
- Être engagée à respecter les recommandations et les lignes directrices pré- et post-opératoires. Par exemple:
 - Être prêt à s'investir dans un suivi médical, pour une durée minimale de 3 mois en pré-opératoire et à long terme après la chirurgie
 - Être prêt à prendre des suppléments vitaminiques à vie
 - Être prêt à adopter de saines habitudes de vie avant et après la chirurgie

CONTRE INDICATIONS

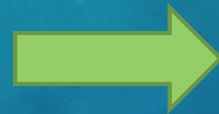
Box 1. Exclusion criteria for bariatric surgery

Patients who *are* or *have* any of the following should not be offered bariatric surgery:

- BMI < 35 kg/m²
- age < 18 y or > 65 y
- a medical condition that makes surgery too risky
- clinically significant or unstable mental health concerns
- an unrealistic postsurgical target weight
- unrealistic expectations of a surgical treatment
- not tried or optimized lifestyle or medical treatments
- a history of poor compliance with lifestyle, medical, or mental health interventions
- pregnant, lactating, or plan for pregnancy within 2 y of potential surgical treatment⁹
- lack of safe access to abdominal cavity or gastrointestinal tract
- smokers (All smokers, regardless of their weight status, should quit smoking [for at least 8 weeks before surgery] as a goal of risk-factor management.⁸ All patients should be encouraged to remain non-smokers and participate in smoking cessation programs.⁹)

BMI—body mass index.

Data from National Institutes of Health⁶⁻⁸ and Mechanick et al.⁹



- IMC de moins de 35 kg/m²
- Moins de 18 ans, plus de 65 ans
- Une condition médicale qui augmenterait les risques de la chirurgie
- Des problèmes de santé mentale significatifs
- Des attentes irréalistes face à la chirurgie
- Aucun essai antérieur pour perdre du poids
- Un historique de ne pas suivre les recommandations médicales
- Grossesses et allaitement
- Accès difficile au système gastrointestinal
- Être fumeur

TROUBLES DES CONDUITES ALIMENTAIRES ET DE L'INGESTION D'ALIMENTS



Troubles des conduites alimentaires (TCA)

- **Anorexie**
- **Boulimie**
- **Accès hyperphagique**
- PICA
- Mérycisme
- Évitement/restriction de la prise alimentaire
- Autres troubles spécifiques de l'alimentation ou des troubles alimentaires
- Trouble de l'alimentation non spécifié

TROUBLES DES CONDUITES ALIMENTAIRES ET DE L'INGESTION D'ALIMENTS



Les symptômes se rapportant aux critères diagnostiques TCA sont souvent minimisés ou sous-sous-rapportés Troubles des conduites alimentaires et de l'ingestion d'aliments tant avant qu'après la chirurgie.

- la définition des TCA qui s'applique pas toujours exactement
- Les mesures utilisées ne sont pas toujours optimales (questionnaires auto-rapportés)
- Peut y avoir, selon le patient, des conséquences à dévoiler
- Minimisation, déni

ACCÈS HYPERPHAGIQUE (HYPERPHAGIE BOULIMIQUE)



Critères

A. Survenue récurrente d'accès hyperphagique (crise de glotonnerie)

- ✓ Large quantité de nourriture en un court laps de temps (2 heures)
- ✓ Sentiment de perte de contrôle sur le comportement alimentaire (ex. ne pas pouvoir s'arrêter de manger ou de ne pas pouvoir contrôler ce que l'on mange ou la quantité que l'on mange)

B. Les accès hyperphagiques (crise de glotonnerie) sont **associées à trois des caractéristiques suivantes (ou plus)**:

- (1) Manger beaucoup plus rapidement que la normale
- (2) Manger jusqu'à éprouver une sensation pénible de distension abdominale.
- (3) Manger de grandes quantités de nourriture en l'absence d'une sensation physique de faim
- (4) Manger seul parce que l'on est gêné de la quantité de nourriture que l'on absorbe
- (5) Se sentir dégoûté de soi-même, déprimé ou très coupable après avoir trop mangé

ACCÈS HYPERPHAGIQUE (HYPERPHAGIE BOULIMIQUE)



Critères (suite)

- C. Les accès hyperphagiques entraînent une **souffrance marquée**
- D. Les accès hyperphagiques surviennent, en moyenne au moins **au moins 1 fois/semaine pour 3 mois**
- E. Les accès hyperphagiques **ne sont pas associés** au recours régulier à des **comportements compensatoires inappropriés** comme pour la boulimie et **ne surviennent pas exclusivement pendant des épisodes d'anorexie ou de boulimie.**

ACCÈS HYPERPHAGIQUE - CLASSIFICATION



Quantité consommée

		Quantité consommée	
		Grande quantité	Quantité normale, mais vue par le sujet comme excessive
Perte de contrôle	Perte de contrôle	Épisode boulimique objectif	Épisode boulimique subjectif (LOC)
	Absence de perte de contrôle	Épisode de suralimentation objectif	Épisode de suralimentation subjectif

ACCÈS HYPERPHAGIQUE (HYPERPHAGIE BOULIMIQUE)



- HB est le 2^e trouble psychiatrique le plus commun chez la population bariatrique
- Prévalence avant la chirurgie entre 4% et 49% (après entre 0 et 10%)
- Certaines études suggèrent une relation entre l'HB avant et après la chirurgie, d'autres ne trouvent pas cette association.
- Par contre, HB est associé à plusieurs comorbidités psychiatriques, la présence de ces dernières est liée à de moins bons résultats suite à la chirurgie. De plus, HB rapporte plus de perte de contrôle (LOC) après la chirurgie.

SENTIMENT DE PERTE DE CONTRÔLE (LOC)



- Prévalence du LOC avant la chirurgie entre 13% et 61%
- Prévalence du LOC après la chirurgie entre 16.9% et 39%
- ***Présence de HB ou LOC après la chirurgie est associée à de moins bons résultats en terme de perte de poids (14 études sur 15)***
 - Est-ce que les aspects psychologiques de l'HB ou du LOC sont traités après la chirurgie ????

BOULIMIE



Critères

- A. Survenue récurrente d'accès hyperphagique** (crise de glotonnerie)(« binge eating »).
- ✓ Large quantité de nourriture en un court laps de temps (2 heures)
 - ✓ Sentiment de perte de contrôle sur le comportement alimentaire (ex. ne pas pouvoir s'arrêter de manger ou de ne pas pouvoir contrôler se que l'on mange ou la quantité que l'on mange)
- B. Comportements compensatoires inappropriés et récurrents** visant à prévenir la prise de poids tels que vomissements provoqués, emploi abusif de laxatifs, diurétiques, ou autres médicaments, jeûne, exercice physique excessif.
- C. Les accès hyperphagiques et les comportements compensatoires inappropriés surviennent tous deux, en moyenne, au moins 1 fois par semaine pendant 3 mois**
- D. L'estime de soi est influencée de manière excessive par le poids et la forme corporelle.**
- E. Le trouble ne survient pas exclusivement pendant des épisodes d'anorexie mentale.**

BOULIMIE



- Très peu d'étude sur la prévalence, autour de 3% avant chirurgie
- La boulimie est associée à plus d'épisodes boulimiques subjectifs et le recours aux vomissements plus fréquents après la chirurgie

ANOREXIE MENTALE



Critères

A. Restriction des apports énergétiques par rapport aux besoins menant à un poids significativement bas compte tenu de l'âge, le sexe, le stade de développement et la santé physique. Est considéré comme significativement bas, un poids inférieur à la norme minimale ou pour les enfants et les adolescents, un poids inférieur au poids minimal attendu.

B. Peur intense de prendre du poids ou de devenir , alors que le poids est inférieur à la normale OU comportements persistants qui interfèrent avec le gain de poids, même si la personne a un faible poids.

C. Altération de la perception du poids ou de la forme de son propre corps, influence excessive du poids ou de la forme corporelle sur l'estime de soi OU manque persistant de reconnaissance de la gravité de la maigreur actuelle.

ANOREXIE MENTALE



- Personne ne rencontre les critères de l'AN avant la chirurgie !!!
- Par contre, les personnes qui consultent en clinique spécialisée pour TCA présentent les symptômes de l'AN.
 - Perte de poids significative
 - Peur de prendre du poids
 - Restriction alimentaire et cognitive +++
 - Distortion de l'image

NIGHT EATING SYNDROME



NIGHT EATING SYNDROME (NES)



- Prévalence avant la chirurgie entre 1.9% et 17.7%
- Environ 6 patients /10 qui maintiennent le NES après la chirurgie
- Plus de risque de développer NES si HB avant chirurgie
- Pas d'évidences sur le lien entre NES et les résultats de la chirurgie en terme de perte de poids

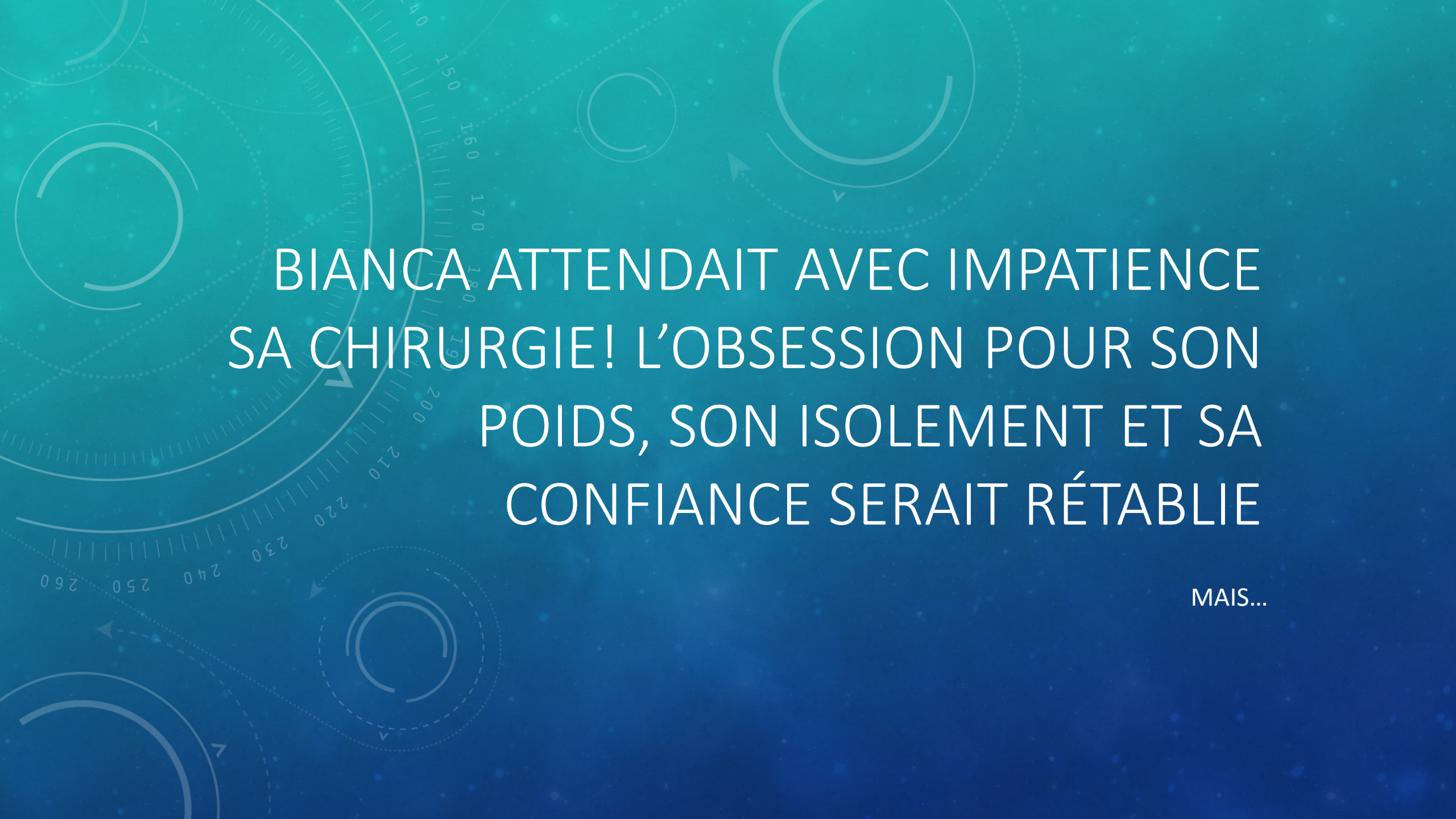
ENJEUX DANS L'ÉVALUATION DES TCA POST-CHIRURGIE



1. Grande quantité de nourriture
2. Comportements compensatoires (vomissements)
3. Restriction et le faible poids
4. Peur de reprendre du poids
5. Reconnaître des TCA atypiques après la chirurgie

The background is a teal-to-blue gradient with a subtle pattern of small white dots. On the right side, there are several technical diagrams: a large circular scale with numerical markings from 80 to 200, a smaller circular scale with markings from 100 to 180, and various dashed and solid lines with arrows indicating directions or paths. The text 'CAS CLINIQUE' is centered in the lower-left quadrant of the image.

CAS CLINIQUE



BIANCA ATTENDAIT AVEC IMPATIENCE
SA CHIRURGIE! L'OBSESSION POUR SON
POIDS, SON ISOLEMENT ET SA
CONFIANCE SERAIT RÉTABLIE

MAIS...

BIANCA



Obèse depuis adolescence, obsédée+++

Élément stressant de base, premier amour toxique. Abus, violence.

1992, 17 ans, crises alimentaires dans le sucre chaque jour, se cache pour manger. Poids 77 kg IMC 31

Difficultés relationnelles avec les hommes. Problèmes avec ses patrons, arrêt de travail. Boulimies +++ poids 82 kg IMC :33.5

Après grossesse poids 86.5 kg IMC:35.5. Régimes protéines liquides, chirurgie esthétique

Obsédée, isolée, souffrante.

2012. IMC 37 CHIRURGIE BARIATRIQUE



Sleeve. Reflux+++ réintervention nécessaire.

Veut absolument éviter la prise pondérale. Suit à la lettre les recommandations.

Diminue ses portions, évite les produits céréaliers, ne mange aucun sucre, sépare ses liquides des solides.

Fait du vélo stationnaire 30 min par jour.

2013, 1 an après, 55.5 kg IMC 22.7

Obsédée par la reprise possible, aimerait descendre son poids le plus possible.

2015 RÉFÉRENCE À PITCA



45 kg IMC 18.5 48 kg ↓

Ne mange que si elle a « vraiment faim », aucun repas structuré.

Très fatiguée, boit 4-5 cannettes de boissons énergisantes diètes par jour. Dort très mal, fait du vélo même la nuit. 2h30 à 3h30 de vélo stationnaire par jour.

Se pèse chaque jour, très très peur de reprendre poids.

Obsédée, isolée, souffrante

Diagnostic: Anorexie restrictive secondaire à la chirurgie bariatrique, personnalité dépendante et traits obsessionnels.

FIN 2015, HOSPITALISATION POUR ANOREXIE



↓
IMC 16, 38.5kg 55 kg

Leucopénie secondaire à la dénutrition, hypotension orthostatique, bradycardie.
Douleurs musculaires +++

Sortie après 3 mois. Poids 46 kg IMC 19

Hôpital de jour intensive pour anorexie. Juin 2016 poids 52 kg IMC:21.4

Très peur que le poids augmente davantage, diminue ses repas, coupe le déjeuner.

LA RESTRICTION REPREND, LES CRISES APPARAISSENT



Juillet 55.8 kg IMC:23

Août 60 kg IMC:24.5

Septembre 64.4 kg IMC:26.5

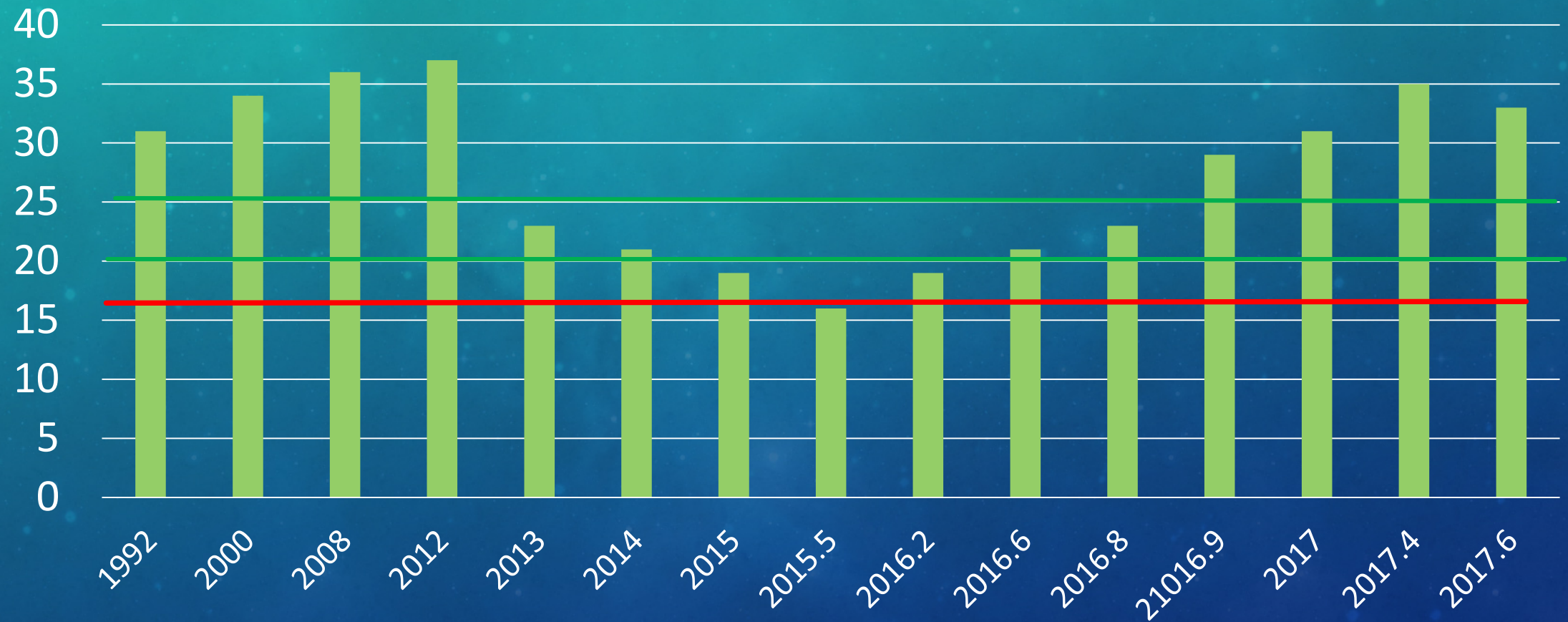
Octobre 70 kg IMC: 28.7

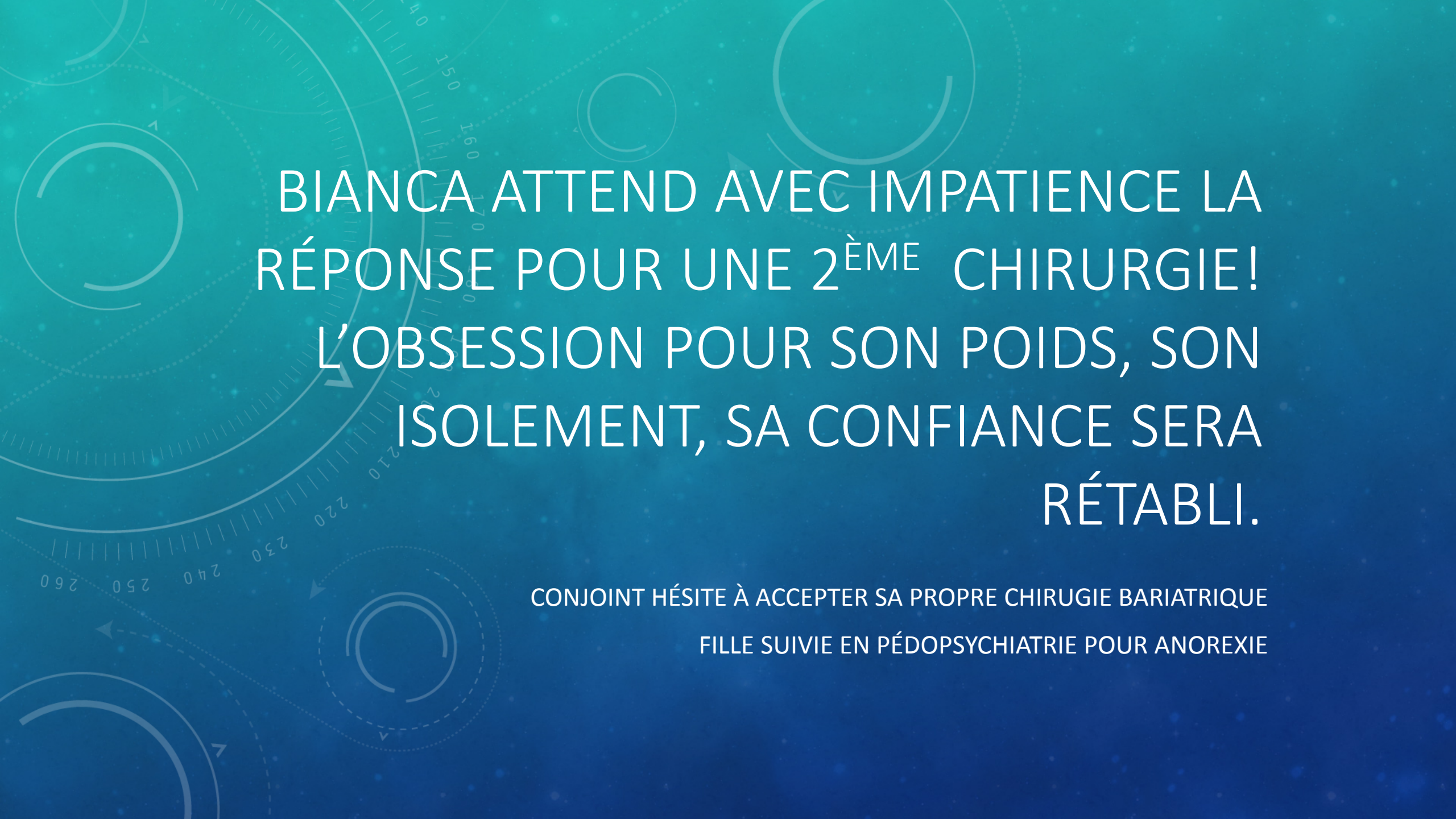
Décembre 75 kg IMC: 30.8

Ne sort plus de chez elle dépressive et isolée.

Avril 2017 réhospitalisation pour décompensation boulimique poids à 85.5 kg
IMC: 35 reprise de la structure alimentaire, sortie à 82.3 IMC: 33.8

ÉVOLUTION DE L'IMC DE BIANCA





BIANCA ATTEND AVEC IMPATIENCE LA
RÉPONSE POUR UNE 2^{ÈME} CHIRURGIE!
L'OBSESSION POUR SON POIDS, SON
ISOLEMENT, SA CONFIANCE SERA
RÉTABLI.

CONJOINT HÉSITE À ACCEPTER SA PROPRE CHIRURGIE BARIATRIQUE
FILLE SUIVIE EN PÉDOPSYCHIATRIE POUR ANOREXIE

BIANCA, GENEVIÈVE, KARINE ET LES AUTRES...



Difficile d'avoir un regard global

Phénomène encore nouveau pour nous

Patientes présentant des carences affectives, trouble de l'attachement.

Comportements associés au tca souvent présents avant la chirurgie.

Peur envahissante de reprendre poids perdu. Obsession de la balance.

Rigidité dans les règles de vie adoptées suite à la chirurgie.

Anxiété importante qu'elles tentent de soulager en incluant d'autres règles rigides.

Auto critique difficile, ont l'impression que ces règles sont nécessaires, prescrites et encouragées par l'équipe médicale.

Se sentent différentes des autres patientes ayant un tca

CONCLUSION



COMPORTEMENTS ALIMENTAIRES PROBLÉMATIQUES



Grignotage:

- Prévalence de 26.4% avant l'opération et 46.6% après l'opération
- HB avant opération pourrait être un facteur de risque
- Grignotage est responsable de l'augmentation de l'apport calorique à long terme

Alimentation émotionnelle

- Alimentation émotionnelle est liée à grignotage, HB, LOC

Alimentation sucrée

- Pas d'effet sur les résultats de la chirurgie

COMPORTEMENTS ALIMENTAIRES PROBLÉMATIQUES



Envies irrésistibles (cravings)

- Les envies irrésistibles sont présentes avant et bien qu'elles diminuent après la chirurgie, seulement 10% des personnes ne rapporteraient pas d'envies après la chirurgie.

- Il semble qu'il soit plus facile de mieux gérer et résister aux « cues » qui sont contextuels ou situationnels mais beaucoup moins facile de résister aux « cues » **émotionnels et internes.**

Dépendance alimentaire (DA)

- Prévalence entre 16.9% et 40% avant chirurgie
- Pas d'effet de la dépendance sur la chirurgie et diminution de la DA de 93% après la chirurgie.
- Transfert d'addiction ???

FACTEURS PSYCHOLOGIQUES



Patients en attente de chirurgie:

- Groupe très hétérogène:

(1) groupe résilient, haut fonctionnement

(2) groupe sous-contrôlé, émotionnellement dérégulé. Affiche un haut taux de névrosisme/impulsivité et une faible propension à être consciencieux. Score plus élevé au niveau de la dépression, de l'anxiété et de l'HB

Le groupe 2 est plus à risque de vivre des difficultés post-opératoires.

FACTEURS SOCIODÉMO ET PSYCHOLGIQUES



Étude auprès de 139 personnes ayant reçu la chirurgie (2 ans follow-up)

Facteurs reliés au meilleur pronostic

- Âge plus jeune, marié, IMC initial plus bas
- Symptômes dépressifs plus faibles
- Symptômes anxieux modérés
- Trait de personnalité: coopératif

IMPLICATIONS CLINIQUES



The background is a teal-to-blue gradient with a subtle pattern of small white dots. On the right side, there are several technical-style graphics: a large circular gauge with a scale from 80 to 200, a smaller circular gauge with a scale from 0 to 100, and various dashed and solid lines with arrows indicating flow or direction. The word 'MERCI' is centered in a white, serif font.

MERCI