Chirurgie bariatrique – complications psychiatriques- suicide

Dr Wexler Gay
Service de nutrition – CHU de Rouen
Cabinet libérale à Rouen

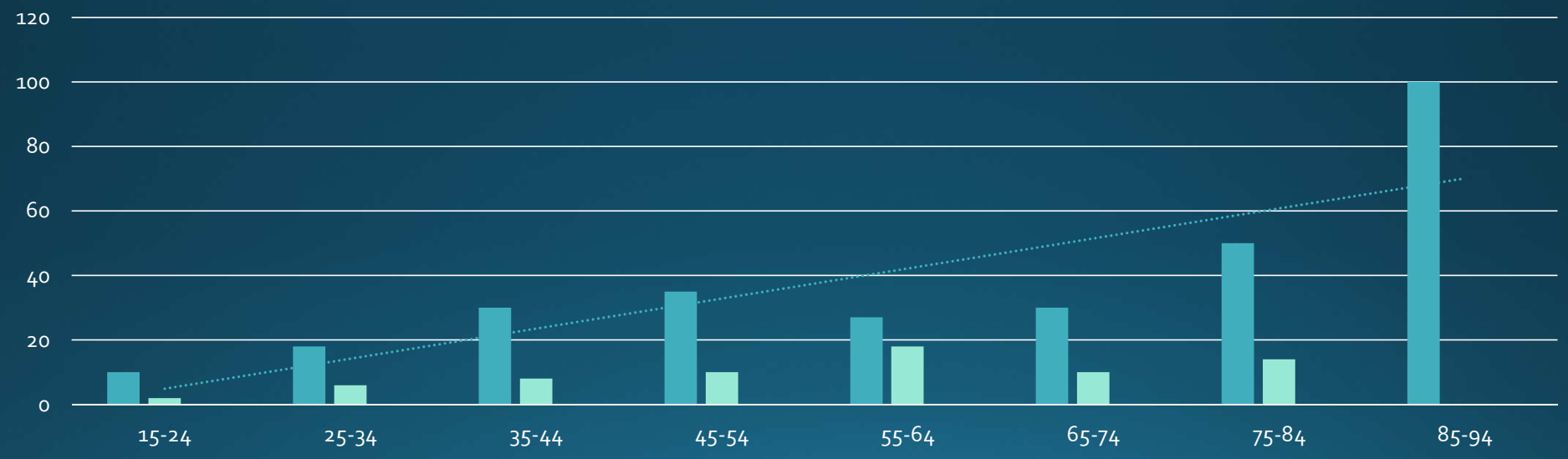
Quelques chiffres généraux

- Idéation suicidaire en France: 3900 pour 100000 personnes
- Tentative de suicide: 300 pour 100000 personnes
- Suicide: 16 pour 100000 personnes
- La taille du risque sur la vie: 2 décès sur 100, 1 décès sur 100 pour les femmes et 3 décès pour 100 pour les hommes donc:
- 7% des personnes souffrant de dépression : RR=20
- 12% des femmes bipolaires, 18% des hommes bipolaires: RR =28

Comparaison du taux de suicide selon sexe entre population générale et patients opérés

	Taux de suicide (pour 10000/an)
Patients opérés- Hommes	13.7
Patients opérés - Femmes	5.2
Population générale - Hommes	2.4
Population générale Femmes	0.7

Taux de mortalité par suicide selon l'age et le sexe , France métropolitaine, 2011(D'apres CepiDC, INSERM)
Nombre annuel de décès / 100000 individus selon la tranche d'age



Alors pourquoi le taux de suicide se majore chez les patients opérés?

- **<u>Les grands facteurs de risque de suicide:</u>**

1: Avoir déjà fait une tentative de suicide RR: 30

2: Trouble bipolaire RR: 28

3: Dépression RR: 20

4: Dépendance à l'alcool RR: 20

5: Trouble de la personnalité RR: 7

6: Schizophrenie RR: 10

Effets de la chirurgie bariatrique sur les troubles psychiatriques

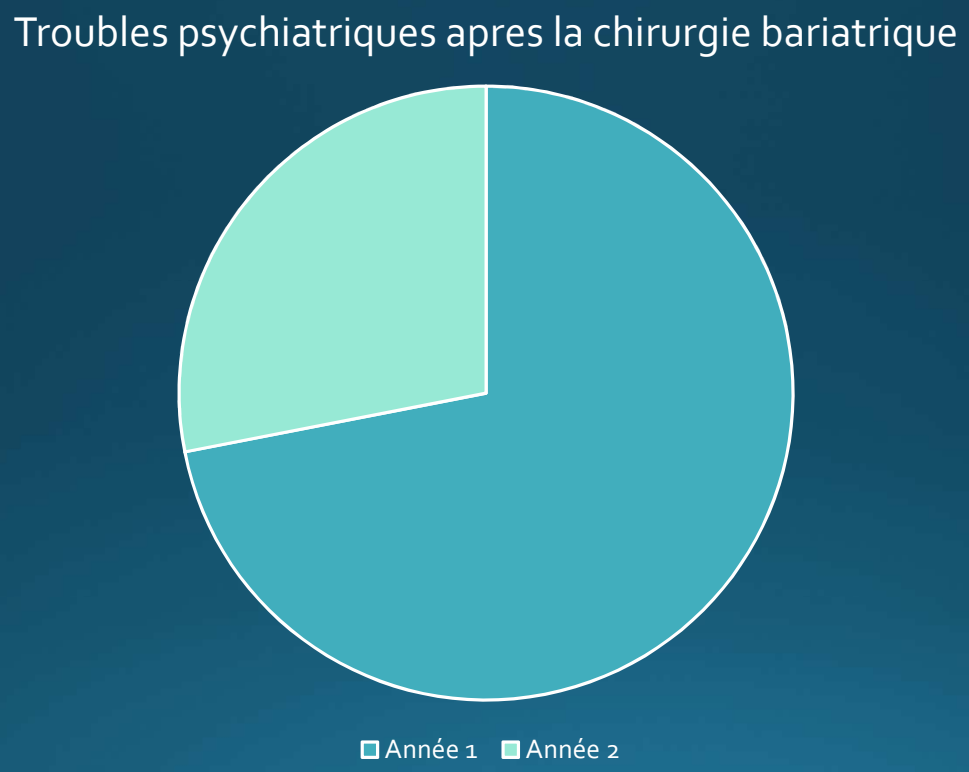
Les scores aux échelles de dépression (MADRS ou Hamilton) sont significativement améliorés dans l'année suivant l'intervention.

Les scores aux échelles d'anxiété sont significativement améliorés dans l'année suivant l'intervention.

Il existe une corrélation entre l'importance de la perte de poids et la diminution des troubles anxieux et thymiques sur les deux premières années . (Thonney et al.)

Il existe un effet bénéfique de la perte de poids sur les troubles de comportement alimentaire, l'image corporelle et le poids du regard des autres à un et deux ans après l'intervention. (Thonney et al, Hsu et al.)

Effets de la chirurgie bariatrique sur les troubles psychiatriques



Risk of completed suicide after bariatric surgery: a systematic review

C.peterhansel , D.petroff, G.Klinitzke,A.Kersting and B.Wagner

- Meta – analyse de 28 articles entre 1992 et 2012
- Population de 92 à 3855 patients
- Période de suivi de 28 mois à 22.9 ans
- Objectif: estimer le taux de suicide après chirurgie bariatrique et la cause de ces suicides
- Conclusion de la méta- analyse: **Le taux de suicide est multiplié par un facteur 4 en rapport avec la population générale**

-Population générale: 1.0/10000 VS Après la chirurgie bariatrique: 4.1/100000

- Délai entre chirurgie et suicide : entre 18 mois et 5 ans

Facteurs de risque de suicide présents chez les futurs opérés

- 30% de troubles de l'humeur
- 23% abus de substance
- 48% de troubles anxieux (Lupino,Wit)
- 30% d'ATCD d'idées suicidaires et 5% de TS (Phen)
- 32% d'antécédents dépressifs, 21% de TS (Terra)
- Personnalité borderline, impulsivité, irritabilité
- Abus sexuels: 15-32%, abus non sexuels: 37% (Steining)

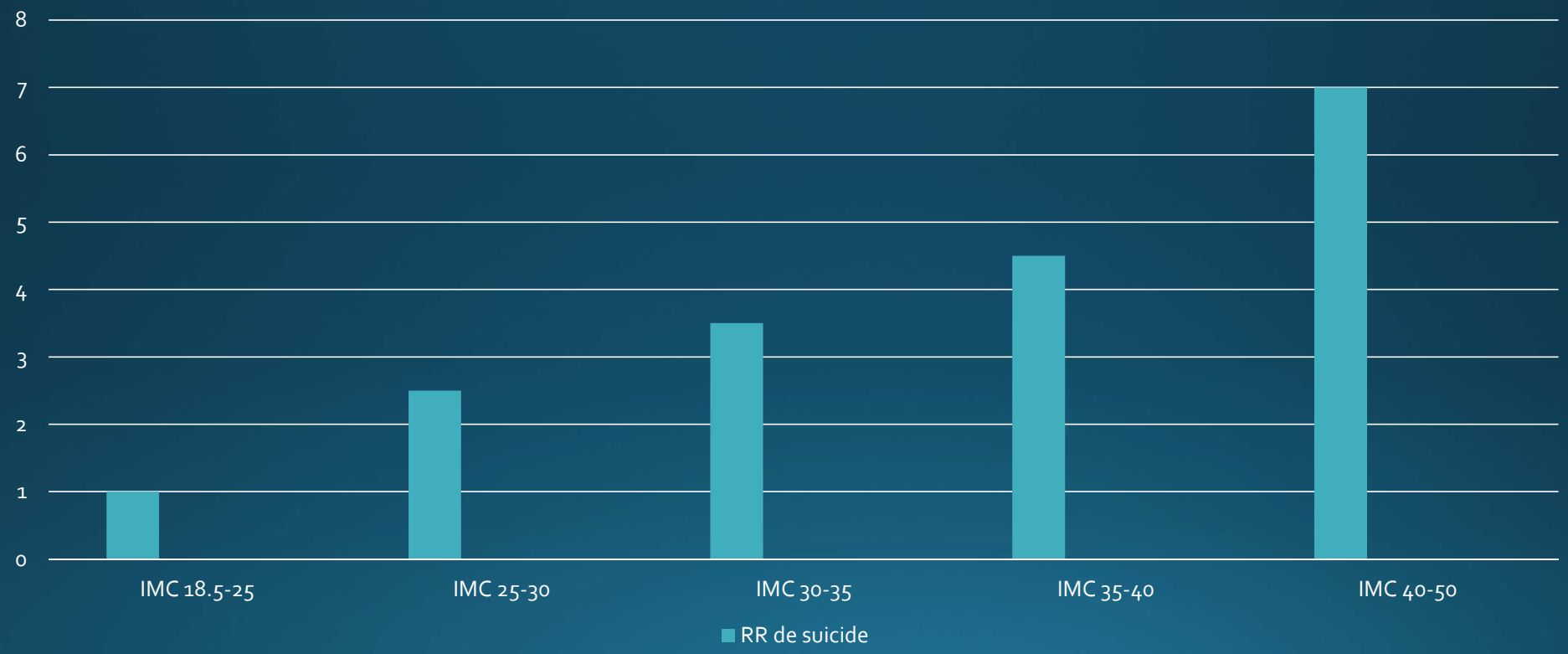
L'étude de Tindle et al.

- Etude rétrospective sur 9 ans de suivis postopératoires de sujets obeses opères.
- 16683 patients suivis durant cette période
- 31 se sont suicidés
- 30% dans les 2 ans après l'opération
- 70% dans les trois ans
- Soit une incidence de 6.6 suicides pour 10000 personnes par an
- Les moyens les plus utilisés étaient dans l'ordre décroissant: IMV, Arme à feu, CO, pendaison.

Alors, la chirurgie influence t'elle la taux de suicide

- L'ensemble des chercheurs s'accordes sur le faite que les suicides ne semblent pas directement imputables à la chirurgie bariatrique
- Mais liés à des facteurs multiples (Tindle et al.)
- 10% des candidats à la chirurgie bariatrique ont des antécédents de tentative d'autolyse

Alors pourquoi le taux de suicide se majore chez les patients opères?



La chirurgie bariatrique influence t'elle les 2 axes DSM –V?

- La réponse est: Oui pour l'axe 1 et non pour l'axe 2.
- Axe 1: dépression, troubles anxieux, trouble phobique etc.
- Axe 2: Trouble de la personnalité

Alors la chirurgie bariatrique influence t'elle le taux de suicide?

- L'obésité elle-même via la sur-prévalence des épisodes dépressifs
- L'existence d'une obésité persistante malgré la prise en charge chirurgicale
- L'étude d'Omalu et al. à démontré l'absence de lien entre perte pondérale satisfaisante et taux de suicide (3 suicides sur le cohorte donc la PEP% à dépassée le 35%)
- Waters et al. ont démontré 3 suicide sur une cohorte de 153 sujets obeses morbides ayant bénéficié d'un by-pass gastrique .
- L'hypothése de Waters à incriminait les pathologies psychiatriques sous jacents présents avant l'opération et qui ont persisté après que le poids à été contrôlé par l'intervention chirurgicale.

Alors la chirurgie influence t'elle le taux de suicide chez les patients opérés?

- Il parait évident vu la littérature actuelle , que l'existence d'un taux de suicide chez les patients opérés supérieur à celui de la population générale n'est pas directement imputable à la chirurgie bariatrique.
- L'équilibre psychologique des patients opérés est la plupart du temps déjà précaire avant les interventions.

Conduite à tenir – prévenir le suicide

- Le suicide est un risque, pas une maladie
- Les personnes décédées par suicide ont de nombreux facteurs de risque: accumulation
- La souffrance est le moteur du suicide
- Investiguer les pensées suicidaires est une recommandation universelle
- Evaluer le rapport entre facteurs de risque et facteurs de protection

Conduite à tenir: gérer la crise suicidaire

- Définition: période ou, pour un sujet donné, le suicide devient une solution pour mettre fin à sa souffrance actuelle.
- Elle ne veut pas mourir, elle veut arrêter de souffrir
- L'ambivalence terminale justifie les efforts de prévention.
- Cette période marquée par la souffrance et la tension dure souvent de 6 à 8 semaines.
- Evaluer le potentiel suicidaire: celle du risque , de l'urgence et de la dangerosité
- L'urgence suicidaire: Idées diffuses au projet imminent et tentative en cours ou stoppée
- La dangerosité: létalité du moyen et son accessibilité

Conduite à tenir: évaluation de l'urgence

- Aborder directement les intentions suicidaires:
- Est – ce que vous souffrez au point de vouloir mettre fin à vos jours?
- Est – ce que vous avez pensé à la manière dont vous pourriez vous suicider?
- Avez-vous pensé quand le faire?
- Identifier le dernier événement qui a augmenté la détresse
- L'intervention va consister à atténuer cet évènement pour obtenir une petite diminution de la souffrance : gagner du temps

Conduite à tenir : en fonction du risque suicidaire

- Coopération en tante que possible avec le patient
- Adapter la structure en fonction de l'urgence (surveillance ambulatoire à l'hospitalisation à la demande d'un tiers)
- Prendre en compte les pathologies psychiatriques sous jacents
- Faire marcher les relais familiaux en cas de risque élevée
- Limiter l'accès aux moyens de suicide
- Organiser la protection sur 6-8 semaines

QCM- 1

- La prévalence de suicide chez les patients opérés par chirurgie bariatrique est:

A: Inferieur à la population générale

B: Egale à celle de la population générale

C: Supérieur à la population générale

D: Est directement liée à la chirurgie bariatrique

E: N'est pas influencée par les pathologies psychiatriques

QCM 2

- Le scores d'anxiété et dépression sont:
- A: Améliorés après la chirurgie bariatrique
- B: Restes identiques après la chirurgie bariatrique
- C: Sont supérieurs après la chirurgie bariatrique
- D: Sont indépendants de la perte du poids
- E: Sont corrélées la perte du poids