Survenue de TCA après chirurgie bariatrique : mythe ou réalité ?

"Obésité: quelle prise en charge psychologique et/ou psychiatrique? » Rouen, 10 novembre 2016







Introduction

- La chirurgie bariatrique :
 - traitement le plus efficace de l'obésité sévère
 - Résultats variables
 - Perte d'environ 35% du poids corporel les premiers mois
 - Ensuite plateau, souvent suivi d'une reprise de poids dans les 2 à 10 ans après chirurgie
- Les TCA classiques après la chirurgie, phénomène rare :
 - problèmes alimentaires sont beaucoup plus fréquents.
 - aucune typologie n'existe pour classer ces problèmes alimentaires.

Difficultés après chirurgie

- Changements +++ dans les habitudes alimentaires
- La principale difficulté:
 - distinguer entre comportements pathologiques et conséquences postopératoires
- Peu d'instruments pour aborder les nuances complexes de cette population
- DSM-5 : pas de distinction entre les TCA chez les patients de chirurgie bariatrique et ceux en population générale

Modifications après chirurgie bariatrique

- Modifications induites du cpt alimentaire
 - -Restrictions alimentaires:
 - diminution de la fréquence et apport des repas,
 - Diminution fréquence repas
 - Diminution boissons
 - Malabsorption
 - -Vomissements persistants, dumping syndrome, ingestion boissons très caloriques
 - -Anxiété, aversions alimentaires

TCA après chirurgie bariatrique

- Mal connues
- TCA antérieurs à la chirurgie : BED ++
- TCA (AM, BN) post-chirurgie: « rares »
 - associés à des complications somatiques et retentissement sue la QoL
 - quelques études de cas dans la littérature : Atchison (1998), Scioscia (1999)
- Formes sub-syndromiques de TCA?

Eating Disorder DSM criteria for each patient. N=12

Participant #	Age	BMI (pre)	BMI (adm)	Caloric restriction	Fear weight	Weight/shape influence	Binge	Compensatory behaviors	Post-bariatric behaviors	DSM-4	DSM-5
1	65	58.6	23.8	1	1	1	_	Vomiting	-	EDNOS	AN-P
2	52	79.3	33.9	1	1	1	-	Over-exercise	-	EDNOS	EDNEC (Atypical AN-R)
3	31	48.7	29.6	1	1	1	-	Over-exercise	_	EDNOS	EDNEC (Atypical AN-R)
4	52	42.4	17.4	1	1	1	-	_	Vomiting; Plugging	AN-R	AN-R
5	64	47.4	21.2	1	1	1	_	_	Grazing; Vomiting	EDNOS	EDNEC (Atypical AN-R)
6	23	66.2	39.6	_	_	1	1	Vomiting	_	BN	BN
7	69	43.1	28.8	1	1	1	-	_	_	EDNOS	EDNEC (Atypical AN-R)
8	29	43.6	27.9	-	-	•	1	Vomiting, Laxative, Diuretics	Chew & Spit; Grazing; Dumping; Plugging	BN	BN
9	61	40.6	21.1	1	1	1	-	Diuretics	Chew & Spit; Vomiting; Dumping	EDNOS	AN-P
10	52	47.4	13.1	1	1	1	1	Vomiting	Chew & Spit	AN-B/P	AN-B/P
11	26	44.8	17.3	1	1	1	_	Diet Pills	-	AN-R	AN-R
12	38	45.2	19.8	1	1	1	-	_	Vomiting; Plugging	EDNOS	AN-R

Symptom present; BMI (pre) – BMI pre-surgery; BMI (adm) – BMI at admission to hospital; EDNOS–Eating Disorders Not Otherwise Specified (DSM-IV); EDNEC–Eating Disorders Not Elsewhere Classified (DSM-5); AN-B/P – Anorexia Nervosa Binge/Purging type; AN-R – Anorexia Nervosa Restrictive type; BN – Bulimia Nervosa; BED – Binge Eating Disorder

Eating disorders after bariatric surgery: a case series study. Int J Eat Disord. 2013 Apr; 46(3): 274–279.

Troubles alimentaires après chirurgie

Trouble	Prévalence	Auteurs
BED	6 à 9%	Adami, 1995; Allison, 2006
Night Eating Syndrome	1.9 à 42%	Adami, 1999; Allison, 2006; Rand, 1997
Grignotage	19.5 à 59.8%	Colles, 2008; de Zwaan, 2010; Saunders, 1999

BED

- Prévalence BED <u>avant chirurgie</u>: **de 4% à 49%** (Niego, 2007).
- Deuxième trouble psychiatrique le plus fréquent après chirurgie
- Questions +++
 - Le BED préopératoire affecte les résultats de la chirurgie?
 - Impact de l'apparition d'un BED post-opératoire ou persistance d'un BED préexistant?

BE après chirurgie

- Prévalence :
 - **0**% à **10,3**% (de Zwaan et al, 2010 Scholtz et al, 2007).
- Apparaissent 2 ans après chirurgie (Conceição, 2014)
- Plus largement défini : taux de prévalence plus élevés que BED :
 - -de 6% à 64% (Niego et al., 2007).

Hyperphagie boulimique: critères diagnostiques du DSM-5

- A. Épisodes récurrents de crises de boulimie ("binge eating"). Deux éléments suivants:
 - Absorption, en une période de temps limitée (par exemple, en 2 heures), d'une quantité de nourriture largement supérieure à ce que la plupart des gens mangeraient dans une période de temps similaire et dans les mêmes circonstances;
 - Sentiment d'une perte de contrôle sur le comportement alimentaire pendant l'épisode (par exemple, sentiment de ne pas pouvoir s'arrêter de manger ou de ne pas pouvoir contrôler ce que l'on mange ou en quelle quantité).

LOC loss of control eating	 A. Sensation de LOC (sans tenir compte de la quantité de nourriture) sur le fait de manger, y compris le sentiment que l'on ne peut pas arrêter de manger ou de contrôler combien on mange. B. Se manifeste dans les épisodes de LOC subjective, SBE, OBE et de grignotage compulsif. C. Se manifeste avec différents degrés de LOC à travers ces épisodes alimentaires. D. Parfois considérée dans la littérature comme une association de SBE et OBE
BE binge eating	 A. Épisodes alimentaires caractérisés par ce qui suit : B. Manger durant une période délimitée (indépendamment de la quantité de nourriture ingérée). 1. Avec un sentiment de LOC. B. Qui se manifeste durant les épisodes de SBE et OBE. C. Parfois appelés dans la littérature SBE ou une association de SBE et OBE
SBE subjective binge eating OBE objective binge eating	 A. Épisodes alimentaires caractérisés par ce qui suit : 1. Manger avec un sentiment de LOC. 2. Ingestion de quantités d'aliments non objectivement importantes mais considéré comme excessif par la personne . A. Épisodes alimentaires caractérisés par ce qui suit : 1. Manger avec un sentiment de LOC. 2. Ingestion de grandes quantités objectives de nourriture. B. Critères DSM-5 du BED et de la BN DSM-5.

D'après E. Conceição et al. Eating Disorders and Problematic Eating in Bariatric Patients. Eur. Eat. Disorders (2015)

OBE, LOC post-chirurgie

- Episode OBE: physiquement impossible (Meany et al., 2014):
 - syndrome de vomissement et/ou de dumping
- Autres formes de boulimie peut persister ou émerger en post-opératoire :
 - LOC peut-être l'indicateur le plus important dans la définition du BE (Mond, 2010)
 - Importante de la détection LOC de petites quantités de nourriture (Meany et al., 2014)

Evolution

- **BE** avant chirurgie : amélioré en post-chirurgie (Malone M, 2004; White, 2006)
- LOC alimentaire : fréquente chez les patients obèses :
 - 13,3% à 61% avant la chirurgie (Colles et al, 2008; White et al, 2010),
 - 16,9% à 39 % en post-opératoire (Conceição, 2014).
- Un **BED**, **BE** ou **LOC** post-opératoires moins bons résultats pour le poids.
 - (Zwaan et al., 2010), (Kofman et al., 2010), (Pouteau et al., 2008;. White et al, 2010)

Evolution

Trouble	Prévalence avt CB	Après CB	Auteurs
BED	4% à 49%	0% à 10,3%	Niego, 2007; (de Zwaan et al,. 2010; (Scholtz et al,. 2007.
BE large		6% à 64%	Niego et al., 2007; Conceição,. 2014)
LOC	13,3% à 61%	16,9% à 39 %	Colles et al, 2008; White et al, 2010

TCA post-chirurgie et conséquences sur le poids

Trouble	Effets sur le poids	Auteurs
BED, BE ou LOC	moins bons résultats	(Zwaan et al., 2010), (Kofman et al., 2010), (Pouteau et al., 2008;. White et al, 2010)
LOC	moins bons résultats	N = 99 (Kalarchian, 2002)
	moins de perte de poids	N= 361, suivis 24 mois (Marney A. White, 2010)
	résultats moins bons sur le poids et sur le plan psychosocial	N= 129, suivis pendant 12 mois après chirurgie (Colles, 2008):

Latner JD, Hildebrandt T, Rosewall JK, Chisholm AM, Hayashi K. Loss of control over eating reflects eating disturbances and general psychopathology. Behav Res Ther. 200

Kalarchian MA, Marcus MD, Wilson GT, Labouvie EW, Brolin RE, LaMarca LB. Binge eating among gastric bypass patients at long-term follow-up. Obes Surg. 2002

Colles SL, Dixon JB, O'Brien PE. Grazing and Loss of Control Related to Eating: Two High-risk Factors Following Bariatric Surgery. Obesity (Silver Spring) 2008

Considérations

- Comment déterminer si la quantité d'aliments consommée est une «grande» quantité au sein d'une population post-opératoire?
- La quantité d'aliments consommés doit être comparée à celle qui serait consommée dans des «circonstances similaires»?
- Type de chirurgie et le temps écoulé après la chirurgie.

Comportements compensatoires

- Vomissements épisodiques fréquents en post-op (Conceição, et al., 2013) spontanés ou provoqués :
 - Intolérances alimentaires, manger trop vite, ne pas mâcher suffisamment ou en cas d'inconfort
 - plus tard faciliter les vomissements pour contrôler leur poids (de Zwaan et al., 2010).
- Le dumping : peut causer une diarrhée excessive
- Laxatif et l'utilisation abusive diurétiques

Boulimie nerveuse

- Caractérisée par des épisodes d'OBE avec LOC
- Comportements compensatoires inappropriés et une surévaluation de la forme et du poids
- Peu d'études sur la prévalence de la BN avant chirurgie bariatrique
 - 3% répondant à des critères du DSM-IV (de Zwaan, 2010)
 - BN pré-opératoire peut être associée à d'autres épisodes de SBE et des vomissements compensatoires après l'intervention (de Zwaan, 2010).
- Apparition d'une BN après chirurgie (Conceição, 2013).

Anorexie mentale

- Peu de données sur l'AM sur la vie chez les candidats à la chirurgie bariatrique
- Plusieurs séries de patients avec symptômes d'AM après chirurgie, (Marino et al., 2012) :
 - perte de poids significative,
 - peur de grossir, restriction alimentaire
 - troubles d'auto-perception de la forme et du poids
- Post-surgical eating avoidance disorder (Segal, 2004) :
 - anxiété
 - perturbations de l'alimentation (purge, restriction, perte de poids rapide, et image corporelle non satisfaisante)

Restrictions et faible poids

- Après chirurgie, régime alimentaire restrictif \approx AM:
 - limiter la taille des repas,
 - suivre un horaire strict,
 - peser les aliments, couper les aliments en petits morceaux
 - et éviter certains aliments
- Faible poids chez les patients qui ont perdu de grandes quantités de poids post-opératoire?

Syndrome d'alimentation nocturne Night eating syndrome (NES)

- Dans le DSM-5 dans Autre trouble de l'alimentation ou de l'ingestion d'aliments
- Episodes récurrents d'alimentation nocturne, après un réveil nocturne ou consommation excessive de nourriture après le repas du soir
- Ingestion d'au moins 25% de la consommation après le repas du soir et /ou lors des réveils nocturnes

NES

- Prévalence pré-op. : 1,9% à 17,7% (Allison, 2006; Mitchell, 2015)
- Le NES pré-op associé à BED pré-op (Mitchell et al., 2015),
- Données contradictoires sur la persistance ou diminution du NES en post-chir
- Pas de données que NES compromet la perte de poids après chirurgie en particulier à long terme. (Powers, 1999)
- Aucune association entre NES pré-op et problèmes post-op (Colles & Dixon, 2006).

Grignotage

- Différentes définitions et critères
- Deux sous-types (Conceição, et al., 2014):
 - grignotage compulsif avec un degré de LOC, lutte et tentative de résister
 - grignotage non compulsif sans sentiment de LOC mais manger de manière non contrôlée
- Après chirurgie : repas planifiés et répétés dans la journée :
 - la nature planifiée de ce comportement le différencie du grignotage
- Prévalence :
 - 26,4% en pré-opératoire (Pouteau et al., 2008)
 - 46,6% maximum en post-opératoire (Kofman et al., 2010).

Grazing and other maladaptive eating episodes in relation to the degree of LOC

Episode alimentaire	Degré de LOC	Description	
Aucun	0	Prévoir de petites quantités de nourriture à plusieurs reprises tout au long de la journée	
Excès alimentaire délibéré	0	Prévoir de petites quantités de nourriture à plusieurs reprises pour être en mesure de recevoir de grandes quantités de nourriture au total.	
Grignotage, sous-type non-compulsif	1	« Mindless' eating », manger distraitement de façon répétitive et manger tout ce qui est disponible « sur l'impulsion du moment ». Non prévu ni anticipé.	
Grignotage, sous-type compulsif	2	Essayer de résister, mais revenir en arrière de manière répétitive et manger de petites ou modestes quantités de nourriture. Non prévu ni anticipé.	
(Subjective) binge eating episode	3	Sentiment que l'on ne peut pas s'arrêter de manger après avoir commencé ou ne pas contrôler la quantité mangée. L'épisode se produit durant une période délimitée de temps plutôt que de façon répétée.	
(Objective) binge eating episode	4	Sentiment que l'on ne peut pas s'arrêter de manger après avoir commencé ou ne pas contrôler la quantité mangée. Manger des quantités extrêmement importantes de nourriture durant un laps de temps court	

Adapted from Conceição, Mitchell, Engle et al., 2014.

Food addiction

- La suralimentation compulsive : similitudes avec les modèles d'addiction
- Le BED partage les caractéristiques cliniques et les mécanismes biologiques avec les troubles addictifs
 - certains aliments activent les voies de la récompense (NeuroFAST, 2013)
 - aucune preuve qu'un aliment spécifique provoque une addiction (exception : caféine). NeuroFAST, 2013
 - eating addiction (Hebebrand et al., 2014): meilleur terme

Food addiction et chirurgie bariatrique

- **De 16,9% à 40%** des candidats à la chirurgie bariatrique (Miller-Matero, 2014).
- En pré-op. associée
 - au BED
 - à l'impulsivité (Meule, 2014),
 - aux symptômes dépressifs (Miller-Matero, 2014)
 - et au NES (Koball, 2015)
- Pas de liens avec les résultats en post-op (Koball, 2015)

Autres comportements alimentaires problématiques

- Une variété d'autres EBs et habitudes alimentaires chez les patients en pré-opératoires :
 - manger quand ils n'ont pas faim,
 - manger après la satiété,
 - sauter le petit déjeuner,
 - manger dans les restaurants fast-food (Mitchell et al., 2015)
 - boire de grands volumes de boissons caloriques
 - manger de grandes quantités d'aliments semi-liquides (van Hout et al., 2005).
 - Difficile de tirer des conclusions sur ces comportements et l'influence sur les résultats pondéraux post-opératoires.

Conclusions

- Nécessité d'étudier :
 - -l'incidence,
 - -les facteurs de risque,
 - -la symptomatologie,
 - et l'issue des TCA et des problèmes d'alimentation.
- Mieux définir la typologie de ces troubles
- Probable que de tels problèmes sont sousévalués.