



Quelles interférences réciproques entre chirurgie bariatrique et psychopathologie ?

Rev Med Suisse 2014; 10: 1721-6

E. Bobbioni-Harsch
M.-L. Guillermin
F. Habicht

Drs Elisabetta Bobbioni-Harsch,
Marie-Luce Guillermin et Frank Habicht
Groupe interdisciplinaire pour le
traitement de l'obésité (GITO)
Route des Acacias 45A
1227 Les Acacias
frank.habicht@hin.ch
elisabetta.harsch@gmail.com

Reciprocal interactions between bariatric surgery and psychopathology

In this article, the results of a bibliographic research concerning the interactions between bariatric surgery and psychopathologies are presented.

In the preoperative phase, although not scientifically demonstrated, uncontrolled psychopathologies as well as the abuse of illicit substances are often considered as exclusion criteria for the intervention.

From the psychological point of view, neither the existence of a «typical» profile, nor the presence of predictive factors have been demonstrated. However some «attitudes» or «personality traits» could influence the issue of the intervention.

In the postoperative phase, the pre-existing psychopathologies transiently improve. On the other hand, alcohol and illicit substances abuse as well as suicide are increased.

Dans cet article, nous présentons les résultats d'une recherche bibliographique sur les interactions entre chirurgie bariatrique et pathologies psychiques.

En phase préopératoire, les psychopathologies graves ou l'abus de substances illicites sont souvent considérés comme critères d'exclusion, bien qu'aucune étude ne l'ait scientifiquement établi.

Sur le plan psychologique, il n'existe ni un profil «type» du candidat à la chirurgie bariatrique ni de facteurs prédictifs du traitement. Par contre, certaines «attitudes» ou «traits de personnalité» pourraient influencer l'issue de l'intervention.

En phase postopératoire, les psychopathologies préexistantes s'améliorent, mais cet effet est transitoire. D'autre part, les comportements compulsifs, l'abus d'alcool ou de substances illicites augmentent, ainsi que l'incidence du suicide.

OBÉSITÉ ET TROUBLES PSYCHOLOGIQUES

L'obésité est significativement associée à de nombreux désordres de la sphère psychique et psychologique, tels que anxiété et dépression,¹ comportement obsessionnel-compulsif ou abus d'alcool.² Le **tableau 1** résume les troubles psychologiques de l'Axe I et de l'Axe II les plus fréquemment observés. Cette association devient d'autant plus évidente quand il

s'agit de patients souffrant d'une obésité morbide, candidats à une opération de chirurgie bariatrique. Une étude, effectuée sur un collectif de 282 de ces patients, révèle une prévalence de presque 38% de désordres psychiques de l'Axe I, dont les plus fréquents sont les troubles de l'humeur (22%) et l'anxiété (18%) tandis que les troubles du comportement alimentaire ont été relevés chez 13% des participants.³ Dans cette même étude, la prévalence des désordres psychiques de l'Axe II est d'environ 20% avec une majorité (19%) de troubles liés au Cluster C, comme l'évitement, la dépendance, le comportement obsessionnel-compulsif. Glinski et coll.⁴ ont détecté une prévalence de 56% pour les troubles de l'humeur, 17% pour l'anxiété et 10% pour les troubles du comportement alimentaire. Une autre étude,⁵ conduite sur 230 candidat(e)s à la chirurgie bariatrique, a apporté des résultats encore plus inquiétants, car elle montre une prévalence des désordres de l'Axe I et de l'Axe II respectivement de 65 et 32%. De plus, cette étude a démontré que 66% des patients avaient subi des maltraitements pendant l'enfance, les abus émotionnels, physiques et sexuels étant les plus fréquents.

Les études citées jusqu'ici ne sont que quelques exemples d'une vaste littérature qui ne laisse pas de doute sur la stricte association entre obésité morbide et troubles de la sphère psychique. A partir de cette constatation, il est légitime de supposer que d'une part, la présence de dysfonctionnements psychiques pourrait interférer sur l'issue du traitement chirurgical et que d'autre part, ce même traitement chirurgical pourrait influencer l'évolution d'une pathologie psychique préexistante et/ou favoriser le développement de nouvelles pathologies.

L'évaluation des interférences réciproques entre chirurgie bariatrique et dysfonctionnements psychiques s'articule en une série de questions qui concernent

Tableau 1. Troubles psychiques les plus souvent observés chez les candidats à la chirurgie bariatrique

Axe I	<ul style="list-style-type: none"> • Dépression • Anxiété • Troubles du comportement alimentaire • Abus d'alcool ou de substances illicites
Axe II	<ul style="list-style-type: none"> • Evitement • Dépendance • Comportement obsessionnel-compulsif

aussi bien la phase préopératoire que la phase postopératoire.

Dans le but de répondre à ces questions, nous avons effectué une recherche bibliographique, dont les résultats sont ici présentés.

QUESTIONS POSÉES

Phase préopératoire

Existe-t-il des critères d'exclusion à la chirurgie bariatrique, basés sur la présence d'une pathologie psychiatrique ?

En l'état actuel des connaissances, aucune étude n'a pu établir que la présence d'une pathologie psychiatrique préexistante puisse interférer négativement sur l'issue de l'intervention chirurgicale, en termes de correction de l'excès de poids. Par conséquent, il n'y a pas de critères d'exclusion scientifiquement établis et unanimement acceptés, concernant la chirurgie bariatrique. Néanmoins, un comité d'experts, mandaté par la Fédération internationale pour la chirurgie de l'obésité (IFSO) et l'Association européenne pour l'étude de l'obésité (EASO), a édicté les directives concernant la chirurgie de l'obésité.⁶ Dans ce contexte, certains critères d'exclusion ont été indiqués (tableau 2). Notamment, les états psychotiques non stabilisés, les désordres de la personnalité ou du comportement alimentaire sont considérés comme critères d'exclusion, «sauf avis différent spécifiquement donné par un psychiatre ayant expérience dans le domaine de l'obésité».⁶ Cette dernière phrase, citée d'après le texte, non seulement tempère grandement le caractère absolu des recommandations, mais confirme aussi l'absence de critères unanimement acceptés. En l'absence de critères bien définis, la précaution pousse un grand nombre de psychiatres à

Tableau 2. Critères d'exclusion de la chirurgie bariatrique suggérés par le comité d'experts mandaté par la Fédération internationale pour la chirurgie de l'obésité (IFSO) et l'Association européenne pour l'étude de l'obésité (EASO)⁶

- Absence d'une période de suivi médical bien identifiable
- Incapacité du patient à participer à un suivi médical à long terme
- Désordres psychotiques non stabilisés, dépression sévère, désordres de la personnalité ou du comportement alimentaire
- Abus d'alcool ou de substances illicites
- Patient non auto-suffisant ou ne disposant pas d'un entourage capable de le prendre en charge

émouvoir de fortes réserves en présence de psychopathologies graves ou non contrôlées, d'abus de substances illicites, de dépression grave ou d'une histoire de tentative de suicide.^{7,8} Le taux d'exclusion varie entre 3 et 20% des candidats:⁹ ceci suggère qu'une composante de subjectivité influence les recommandations émises par les spécialistes. A ce propos, une étude très intéressante a démontré que le pourcentage d'avis négatifs quant à une opération bariatrique est inversement proportionnel à l'âge et au nombre d'années de pratique du spécialiste!⁷

Si le document édicté par le comité d'experts⁶ ne tranche pas sur la question des critères d'exclusion, il est toutefois très clair sur la nécessité d'une évaluation psychologique préopératoire et sur ses buts. En effet, le comité d'experts indique qu'il est important de dresser un profil psychologique et/ou psychopathologique précis de chaque candidat à la chirurgie bariatrique, d'en connaître le comportement alimentaire, les environnements familial et social, les attentes et les motivations.

En conclusion, le but de l'évaluation psychologique préopératoire, plus encore que détecter des critères d'exclusion, est d'améliorer la sécurité et l'efficacité de l'intervention chirurgicale.¹⁰ En effet, une évaluation approfondie du patient permettra la mise en place, avant et/ou après l'opération, d'un suivi personnalisé visant à traiter les troubles psychologiques existants et d'aider le patient à s'adapter aux changements apportés par l'intervention (habitudes alimentaires, image du corps, relations interpersonnelles). De plus, une connaissance approfondie du profil psychologique du patient peut grandement contribuer à prévenir les rechutes, le développement d'abus de substances illicites ou le suicide.

Une évaluation psychiatrique du patient peut-elle fournir des éléments prédictifs de l'issue du traitement chirurgical de l'obésité ?

Le but principal d'une intervention bariatrique est d'obtenir une réduction du poids et de prévenir et/ou améliorer les comorbidités. Néanmoins, l'amélioration de l'estime de soi et, en général, de la qualité de vie représente des objectifs très importants. Il serait donc utile de posséder des prédictifs aussi bien des effets biologiques que psychologiques du traitement chirurgical de l'obésité.

Au vu de l'intérêt potentiel du résultat, de très nombreux auteurs ont investigué ce sujet, sans toutefois obtenir de résultats concluants.

Bien évidemment, les investigations ont été portées sur les dysfonctionnements les plus souvent relevés chez les candidats à la chirurgie bariatrique. Notamment, l'impact potentiel de la dépression et de l'anxiété a été particulièrement évalué. Les nombreuses méta-analyses des études effectuées sur ce sujet indiquent qu'aucun lien causal n'a pu être clairement établi entre la présence de ces désordres et une issue plus ou moins satisfaisante d'une opération bariatrique, en ce qui concerne la perte de poids.¹¹

Le comportement alimentaire, évalué en termes de consommation d'aliments sucrés, grignotages, hyperphagie ou gavage, n'est pas prédictif de la perte de poids postopératoire.¹² De façon similaire, d'autres troubles du comportement alimentaire tels que l'alimentation compulsive,¹³ la



perte de contrôle¹⁴ ou la prise alimentaire suscitée par les émotions¹⁵ ne semblent pas interférer de manière significative sur le processus de perte de poids. Par contre, l'apparition postopératoire d'une perte de contrôle de la prise alimentaire amoindrit significativement les effets bénéfiques, biologiques et psychologiques, de l'opération.¹⁴ Sur la base de ses propres résultats et ceux de la littérature, De Man Lapidoth¹⁶ souligne qu'il est donc arbitraire d'adopter les troubles du comportement alimentaire comme critère d'exclusion à la chirurgie bariatrique. Néanmoins, il est d'une importance primordiale de détecter et de traiter ces troubles, au vu de leur fréquente association avec d'autres psychopathologies et à une sensible détérioration de la qualité de vie.

La fréquence des troubles du comportement alimentaire (entre 13 et 38%), définis sur la base de différents tests actuellement disponibles, ne nous semble pas correspondre à la réalité clinique. Ceci pourrait être lié au déni, phénomène bien connu par tous les cliniciens travaillant dans le domaine de l'obésité. Il est possible aussi que certains aspects du comportement alimentaire des patients obèses, comme par exemple l'hyperphagie et la perte des sensations digestives, échappent aux définitions courantes des troubles du comportement.

La présence d'une histoire d'abus sexuels ne représente pas un facteur pronostique négatif quant à la perte de poids.¹⁷ Toutefois, il a été observé que cette maltraitance atténuée significativement l'amélioration des symptômes dépressifs apportée par l'opération.

En conclusion, l'impact des psychopathologies sur l'issue de la chirurgie bariatrique est si peu évident que, au terme d'une revue systématique de la littérature, Ashton et coll. affirment: «Il n'y a pas de preuve indiquant qu'un dépistage psychologique préopératoire puisse prédire l'issue de l'opération et, donc, il n'y a pas de justification à utiliser ce type de tests comme critère discriminatoire parmi les candidats à la chirurgie bariatrique».¹⁸

Existe-t-il un «profil type» du patient obèse?

L'ensemble des études effectuées sur ce sujet arrivent à la conclusion que, s'il est vrai que l'obésité est très fréquemment associée à une ou plusieurs psychopathologies, il est néanmoins impossible de dresser un profil type du patient obèse en termes psychopathologiques.¹⁹

Cependant, plusieurs auteurs ont porté leur attention sur certaines «attitudes» ou certains «traits de personnalité» qui sont très souvent observés chez les patients obèses, et qui pourraient jouer un rôle sur l'issue de l'intervention.

Dans leur excellente étude, Glinski et coll.⁵ montrent que le déni est l'une des attitudes les plus fréquemment observées chez ces patients. A ceci s'ajoute une forte tendance à la somatisation que les auteurs interprètent comme une tentative de mettre au deuxième plan les aspects psychiques de leurs problèmes: en d'autres termes, encore une forme de déni. De plus, les patients auront souvent recours à l'alimentation pour mettre de la distance entre eux et leur souffrance. Tous ces mécanismes de défense ont comme but d'éloigner le sujet de ses émotions et trouvent leur correspondant somatique dans la perte des sensations digestives. L'ensemble de ces attitudes et comportements

est défini par les auteurs comme une forme «mineure» de dissociation.

L'impulsivité est un aspect saillant de la personnalité de nombreux patients obèses.²⁰ Les recherches effectuées dans ce domaine indiquent que ce type de personnalité et les comportements qui en découlent seraient liés à des altérations fonctionnelles et structurales au niveau de la région mésolimbique et du cortex orbito-frontale.²¹ Ces altérations, qui ont été également observées chez des sujets souffrant d'abus d'alcool ou de consommation de substances illicites, aboutissent d'une part, à un besoin accru de récompense et d'autre part, à une réduction du contrôle inhibiteur du comportement. Dans les cas extrêmes, des comportements compulsifs et/ou obsessionnels peuvent se développer. En plus de leur évidente implication dans les troubles du comportement alimentaire, ces traits de personnalité pourraient influencer de façon générale l'attitude des patients vis-à-vis du suivi postopératoire. Une faible capacité à l'autodiscipline pourrait réduire l'adhérence aux conseils sur l'hygiène de vie (diététique et activité physique) ou la motivation à se soumettre à des contrôles réguliers. Ce dernier point est très significatif puisque l'assiduité du patient aux rendez-vous postopératoires possède un pouvoir prédictif de la réussite de l'opération bariatrique plus puissant que les troubles psychopathologiques.²²

En conclusion, en dehors des psychopathologies bien définies, l'évaluation des attitudes et des traits de personnalité représente un domaine d'investigation alternatif potentiellement très utile à une meilleure définition du profil des patients obèses candidats à la chirurgie bariatrique. De plus, cette évaluation pourrait fournir des indicateurs sur les capacités des patients à coopérer avec leurs thérapeutes et, donc, des éléments prédictifs de l'issue de l'opération.

Phase postopératoire

L'intervention chirurgicale influence-t-elle l'évolution des pathologies psychiques préexistantes?

Au vu de leur fréquente association avec l'obésité morbide, les troubles psychologiques de l'Axe I ont été les plus souvent investigués en phase postopératoire. Ainsi, il a été démontré que la chirurgie bariatrique apporte, sur le court terme, une nette amélioration de la dépression.²³ Cet effet est encore détectable à moyen terme, c'est-à-dire entre deux et six ans après l'opération, dans la majorité des études, avec une réduction significative de la consommation de médicaments psychotropes et du nombre de consultations psychiatriques.²⁴ L'amélioration de la dépression, en comparaison avec le niveau préopératoire, est encore significative, dix ans après l'opération, bien que largement moins marquée par rapport aux effets à court terme.²⁵

L'anxiété semble être beaucoup moins sensible aux effets de l'opération. En effet, rares sont les études qui relèvent une amélioration à moyen terme, tandis que dans la majorité des cas, les symptômes anxieux sont peu ou pas modifiés par l'intervention^{23,24} en particulier sur le long terme.²⁵

Dans leur ensemble, les données de la littérature indiquent que la chirurgie bariatrique produit une nette amélioration des troubles du comportement alimentaire,

surtout entre six et douze mois après l'opération.²⁶ Cette amélioration, allant même jusqu'à une rémission complète de la symptomatologie, peut perdurer chez un grand nombre de patients.²⁷ Toutefois, une apparition ou une réapparition de ces troubles a été signalée par plusieurs études. Il a été rapporté qu'environ 50% des patients souffrant de troubles du comportement alimentaire avant l'opération présenteront les mêmes symptômes en phase postopératoire.¹⁴ La présence de ces troubles après l'opération est unanimement considérée comme un facteur limitant fortement les bénéfices de la chirurgie bariatrique, aussi bien du point de vue de la perte de poids que psychologique.¹⁴

Pour finir, la chirurgie bariatrique produit une amélioration significative et durable de la qualité de vie.²⁸ Cet effet concerne à la fois les paramètres subjectifs, tels que l'estime de soi, l'image du corps ou le goût à la vie,²⁹ mais aussi de nombreux paramètres objectifs, comme une plus grande facilité à trouver un travail, une amélioration des relations interpersonnelles,²⁵ une réduction des douleurs dorsales avec augmentation de la mobilité et de l'autonomie.³⁰

Il est important de remarquer que, dans leur grande majorité, les résultats des études sur le sujet démontrent que le degré d'amélioration des aspects psychiques et de la qualité de vie est très strictement lié à l'ampleur de la perte de poids.^{23,25,31} Ceci implique qu'il est nécessaire d'assurer un suivi systématique des patients bariatriques, en particulier concernant les conseils diététiques et l'initiation à l'activité physique, dans le but d'optimiser les résultats de l'opération, en termes de perte de poids.

En conclusion, la chirurgie bariatrique améliore la qualité de vie et les psychopathologies préexistantes, mais ce dernier effet a tendance à s'estomper avec le temps. De plus, la présence de psychopathologies en phase préopératoire est un facteur facilitant la réapparition de ces symptômes après l'opération. Une partie non négligeable des patients souffrent de troubles du comportement alimentaire après l'opération. Ces résultats soulignent d'une part, la nécessité d'une évaluation systématique du profil psychopathologique des patients candidats à la chirurgie bariatrique et d'autre part, l'importance d'un suivi psychologique attentif en phase postopératoire.

L'intervention chirurgicale favorise-t-elle le développement de nouvelles pathologies psychiques ?

Un nombre croissant d'études indiquent très clairement que les patients opérés d'une chirurgie bariatrique ont un risque accru de développer un abus de substances illicites ou d'alcool. D'après Reslan et coll,³² 14% des patients bariatriques présentent ce problème, toutes substances confondues (tabac, drogues, alcool).

Dans une étude conduite sur environ 7200 sujets consultant pour consommation excessive de substances, entre 2 et 6% étaient des patients préalablement soumis à une chirurgie bariatrique.³³

En ce qui concerne la surconsommation d'alcool, ce problème devient visible vers la deuxième année postopératoire et concernerait environ 5,5% des patients opérés. Il est important de remarquer que plus de la moitié des «surconsommateurs» postopératoires ne présentaient pas ce problème avant l'opération.³⁴

Une histoire familiale d'abus de substances ainsi que la présence de troubles du comportement alimentaire avant et/ou après l'opération augmentent le risque d'abus de substances après l'opération.³¹ Encore une fois, ce résultat souligne que le travail d'optimisation des effets de la chirurgie ainsi que la prévention des risques de comorbidités postopératoires commencent avant l'opération par l'évaluation attentive du profil psychologique des candidats et la mise en place de traitements aptes à corriger les comportements susceptibles d'interférer négativement avec l'intervention.

La chirurgie bariatrique est associée à un risque accru de suicide. Ce résultat, suggéré par plusieurs études, a été définitivement confirmé par Tindle et coll.³⁵ dont les investigations représentent la référence en la matière. Dans cette étude, le taux de suicides est de 5,2 et de 13,7/10000, respectivement pour les femmes et les hommes, chez les patients bariatriques, tandis que le taux relevé dans un groupe de contrôle, comparable pour le sexe et l'âge, est de 0,7 et 2,4/10000. La classe d'âge la plus affectée chez les hommes est comprise entre 45 et 54 ans, tandis que les femmes en dessous de 35 ans sont le plus souvent concernées. La majorité des suicides (70%) ont lieu pendant les trois premières années après l'opération. Parmi les raisons à l'origine de ce phénomène, les auteurs évoquent la prévalence très élevée de psychopathologies, notamment de la dépression, chez les sujets obèses. De plus, il faut souligner que la présence d'idées suicidaires et/ou de tentatives de suicide est très élevée chez les candidats à la chirurgie bariatrique.

Dans une analyse très attentive, Mitchell et coll.³⁶ indiquent un certain nombre de facteurs, biologiques et psychiques, pouvant favoriser le suicide après une chirurgie bariatrique. Parmi les premiers, l'abus d'alcool, les altérations de l'absorption de certains médicaments (antidépresseurs), les modifications de la sécrétion de ghréline et de GLPI sont mis en cause. Dans la sphère psychique, la non-amélioration de la qualité de vie, la persistance de psychopathologies préexistantes et une histoire de maltraitance pendant l'enfance pourraient jouer un rôle important.

En plus des facteurs évoqués précédemment, les changements parfois brutaux des habitudes alimentaires, de l'image du corps, des relations interpersonnelles apportés par l'opération pourraient aussi jouer un rôle important. A cela pourrait parfois s'ajouter une forme de déception, chez les patients qui présentaient des attentes magiques, quant aux effets de l'intervention.

En conclusion, la chirurgie bariatrique représente donc un facteur de risque pour un certain nombre de psychopathologies potentiellement graves. Beaucoup d'éléments d'origines biologique, psychologique ou environnementale peuvent contribuer à ce phénomène. Il est donc évident qu'un suivi à long terme du patient est essentiel dans la prévention de ces pathologies.

CONCLUSION

L'obésité morbide est une pathologie extrêmement complexe, caractérisée par la présence de nombreuses comorbidités physiques et psychiques. Pour cette raison, la chi-



urgie bariatrique, qui reste le traitement de choix pour cette maladie, ne doit pas être utilisée comme seul instrument, mais doit s'intégrer dans le cadre d'un suivi à long terme sur les plans médical, diététique et psychologique.

Le suivi doit se composer d'une phase d'évaluation et de préparation et d'une phase d'accompagnement, respectivement avant et après l'opération.

En l'absence de critères d'exclusion bien établis, l'évaluation a comme but de détecter les éventuels troubles psychiques et de programmer leur traitement en phase préopératoire, et leur surveillance attentive après l'opération.

Dans l'évaluation préopératoire du patient, des paramètres autres que la présence d'une pathologie psychiatrique bien définie devraient être pris en compte. Puisque les «attitudes» et les «traits de personnalité» pourraient jouer un rôle important dans l'issue de la chirurgie bariatrique, il est nécessaire de les définir et de les évaluer à l'aide d'outils spécifiques et validés. Ceci pourrait nous offrir des éléments prédictifs de l'issue de l'intervention. Une évaluation précise de ces paramètres pourrait fournir la matière du travail de préparation à l'opération et se révéler utile dans la prévention de la reprise de poids et/ou du développement de nouveaux désordres psychopathologiques.

La préparation est essentielle pour donner aux patients les connaissances nécessaires sur les effets et les changements induits par l'opération. L'élaboration d'attentes réalistes est un des principaux objectifs de la préparation.

L'apprentissage et la prévention font partie intégrante du suivi postopératoire. L'apprentissage doit permettre aux patients de s'adapter aux nouvelles conditions de vie, sur les plans physique et psychologique. Cela implique d'adopter de nouvelles habitudes alimentaires, de s'initier à l'activité physique, mais aussi d'élaborer une différente image du corps, de modifier les relations interpersonnelles ou de prendre de nouvelles responsabilités professionnelles.

Un suivi régulier a aussi comme but la prévention de la reprise de poids, des rechutes de pathologies préexistantes ou de l'apparition de nouvelles pathologies.

Il est donc clair que le traitement de l'obésité morbide est un travail à long terme, pluridisciplinaire, au sein duquel la chirurgie bariatrique représente un pilier essentiel, mais pas unique.

Dans son ensemble, le but du suivi pré et postopératoire est d'optimiser les effets de l'intervention, car les données de la littérature indiquent très clairement que les bénéfices de l'opération, qu'ils soient physiques ou psychiques, sont proportionnels à la correction de l'excès de poids. ■

Les auteurs n'ont déclaré aucun conflit d'intérêts en relation avec cet article.

Implications pratiques

- > En l'absence de critères d'exclusion bien établis pour la chirurgie bariatrique, le but de l'évaluation psychologique préopératoire est d'améliorer la sécurité et l'efficacité de l'intervention, grâce à la mise en place d'un suivi personnalisé
- > Le suivi psychologique, en phase postopératoire, a comme but non seulement de surveiller l'évolution des psychopathologies préexistantes, mais aussi de prévenir l'apparition de nouvelles pathologies, telles que l'abus d'alcool et de substances illicites ou le suicide
- > Puisque le degré d'amélioration des aspects psychiques et de la qualité de vie est très strictement lié à l'ampleur de la perte de poids, le suivi postopératoire, concernant les conseils diététiques et l'initiation à l'activité physique, est d'optimiser les résultats de l'opération en termes de perte de poids
- > Les patients obèses candidats à la chirurgie bariatrique nécessitent, avant et après l'opération, un suivi à long terme sur les plans médical, diététique et psychologique

Bibliographie

- 1 Zhao G, Ford ES, Dhingra S, et al. Depression and anxiety among US adults: Association with body mass index. *Int J Obes* 2009;33:257-66.
- 2 Petry N, Barry D, Pietrzak R, Wagner J. Overweight and obesity are associated with psychiatric disorders: Results from the national epidemiologic survey on alcohol and related conditions. *Psychosom Med* 2008;70:288-97.
- 3 Mauri M, Rucci P, Calderone A, et al. Analysis of Axis I and II disorders and quality of life in bariatric surgery candidates. *J Clin Psychiatry* 2008;69:295-301.
- 4 ** Glinski J, Wetzler S, Goodman E. The psychology of gastric bypass surgery. *Obes Surg* 2001;11:581-8.
- 5 Wildes J, Kalarchian M, Marcus M, Levine M, Courcoulas A. Childhood maltreatment and psychiatric morbidity in bariatric surgery candidates. *Obes Surg* 2008;18:306-13.
- 6 ** Friend M, Yumuk V, Oppert JM, et al. Interdisciplinary European guidelines on metabolic and bariatric surgery. *Obes Facts* 2013;6:449-68.
- 7 * Fabricatore A, Crerand C, Wadden T, Sarwer D, Krasucki J. How do mental health professionals evaluate candidates for bariatric surgery? Survey results. *Obes Surg* 2005;16:567-73.
- 8 Zimmerman M, Francione-Witt C, Chelminski I, et al. Presurgical psychiatric evaluations of candidates for bariatric surgery, part I: Reliability and reasons for and frequency of exclusion. *J Clin Psychiatry* 2007;68:1557-62.
- 9 * Sarwer D, Wadden T, Fabricatore A. Psychosocial and behavioural aspects of bariatric surgery. *Obes Res* 2005;13:639-48.
- 10 Pataky Z, Carrard I, Golay A. Psychological factors and weight loss in bariatric surgery. *Curr Opin Gastroenterol* 2011;27:167-73.
- 11 Livhits M, Mercado C, Yermilov I, et al. Preoperative predictors of weight loss following bariatric surgery: Systematic review. *Obes Surg* 2012;22:70-89.
- 12 Facchiano E, Scaringi S, Quartararo G, et al. Do preoperative eating behaviours influence weight loss after biliopancreatic diversion? *Obes Surg* 2013;23:2080-5.
- 13 Bocchieri-Ricciardi L, Chen E, Munoz D, et al. Pre-surgery binge eating status: Effect on eating behaviour and weight outcome after gastric bypass. *Obes Surg* 2006;16:1198-204.
- 14 White M, Kalarchian M, Masheb R, Marcus M, Grilo C. Loss of control over eating predicts outcome in bariatric surgery: A prospective 24-month follow-up study. *J Clin Psychiatry* 2010;71:174-84.
- 15 Fischer S, Chen E, Katterman S, et al. Emotional eating in a morbidly obese bariatric surgery-seeking population. *Obes Surg* 2007;17:778-84.
- 16 * De Man Lapidoth J, Ghaderi A, Norring C. Binge eating in surgical weight – loss treatments. Long-term associations with weight loss, health related quality of life (HRQL), and psychopathology. *Eat Weight Disord* 2011;16:e263-9.
- 17 Buser A, Lam C, Poplawski S. A long-term cross-sectional study on gastric bypass surgery: Impact of self-reported past sexual abuse. *Obes Surg* 2009;19:422-6.
- 18 * Ashton D, Favretti F, Segato G. Preoperative psychological testing: Another form of prejudice. *Obes Surg* 2008;18:1330-7.
- 19 Martinez E, Gonzalez S, Vicente M, et al. Psychopathology in a sample of candidate patients for bariatric surgery. *Int J Psychiatry Pract* 2013;17:197-205.
- 20 Terracciano A, Sutin A, McCrae R, et al. Facets of



- personality linked to underweight and overweight. *Psychosom Med* 2009;71:682-9.
- 21** * Volkow N, Wang G, Telang F, et al. Low dopamine striatal D2 receptors are associated with prefrontal metabolism in obese subjects: Possible contributing factors. *Neuroimage* 2008;42:1537-43.
- 22** * Pontiroli A, Fossati A, Vedani P, et al. Post-surgery adherence to scheduled visits and compliance, more than personality disorders, predict outcome of bariatric restrictive surgery in morbidly obese patients. *Obes Surg* 2007;17:1492-7.
- 23** Mamplekou E, Komesidou V, Bissias CH, Papakonstantinou A, Melissas J. Psychological condition and quality of life in patients with morbid obesity before and after surgical weight loss. *Obes Surg* 2005;15:1177-84.
- 24** Rutledge T, Braden A, Woods G, et al. Five-year changes in psychiatric treatment status and weight-related comorbidities following bariatric surgery in a veteran population. *Obes Surg* 2012;22:1734-41.
- 25** * Karlsson J, Taft C, Rydén A, Sjöström L, Sullivan M. Ten-year trends in health-related quality of life after surgical and conventional treatment for severe obesity: The SOS intervention study. *Int J Obes* 2007;31:1248-61.
- 26** Boan J, Kolotkin R, Westman E, McMahon R, Grant G. Binge eating, quality of life and physical activity improve after Roux-en-Y gastric bypass for morbid obesity. *Obes Surg* 2004;14:341-8.
- 27** Myers V, Adams C, Barbera B, Brantley P. Medical and psychological outcomes of laparoscopic Roux-en-Y gastric bypass: Cross-sectional findings at 4-year follow-up. *Obes Surg* 2012;22:230-9.
- 28** Klingemann J, Pataky Z, Iliescu I, Goley A. Relationship between quality of life and weight loss 1 year after gastric bypass. *Dig Surg* 2009;26:430-3.
- 29** Shiri S, Gurevich T, Feintuch U, Beglaibter N. Positive psychological impact of bariatric surgery. *Obes Surg* 2007;17:663-8.
- 30** Khoueir P, Black M, Crookes P, et al. Prospective assessment of axial back pain symptoms before and after bariatric weight reduction surgery. *Spine J* 2009;9:454-63.
- 31** Thonney B, Pataky Z, Badel S, Bobbioni-Harsch E, Goley A. The relationship between weight loss and psychosocial functioning among bariatric surgery patients. *Am J Surg* 2010;199:183-8.
- 32** ** Reslan S, Saules K, Greenwald M, Schuh L. Substance misuse following Roux-en-Y gastric bypass surgery. *Subst Use Misuse* 2014;49:405-17.
- 33** Saules K, Wiedemann A, Ivezaj V, et al. Bariatric surgery history among substance abuse treatment patients: Prevalence and associated features. *Surg Obes Relat Dis* 2010;6:615-21.
- 34** King W, Chen J, Mitchell J, et al. Prevalence of alcohol use disorders before and after bariatric surgery. *JAMA* 2012;307:2516-25.
- 35** Tindle H, Omalu B, Courcoulas A, et al. Risk of suicide after long-term follow-up bariatric surgery. *Am J Med* 2010;123:1036-42.
- 36** ** Mitchell J, Crosby R, de Zwaan M, et al. Possible risk factors for increased suicide following bariatric surgery. *Obesity* 2013;21:665-72.
- * à lire
** à lire absolument