



Evaluation psychiatrique de candidats à une chirurgie bariatrique pour obésité

Dr. Gloria Aguayo

Chercheur CRP-Santé

Hôpital de Jour psychiatrique pour adultes
Centre Hospitalier de Luxembourg



MATERNITE
ENTREE
AMBULANCES
←

GP 421

CM 976

Classification de surpoids et d'obésité selon le BMI

	BMI (kg/m ²)	Grade obésité
Malnutrition	<18.5	
Normal	18.5-24.9	
Surpoids	25.0-29.9	
Obésité légère	30.0-34.9	I
Obésité modérée	35.0-39.9	II
Obésité sévère	≥40	III

Programme UPO CHL et Recherche CRP-santé

Nom du projet: « Étude de l'applicabilité de la
WHO-DAS II dans l'évaluation du handicap
accompagnant les troubles mentaux »

Psychiatre et chef de projet: Pr Charles Pull

Chercheur: Dr Gloria Aguayo

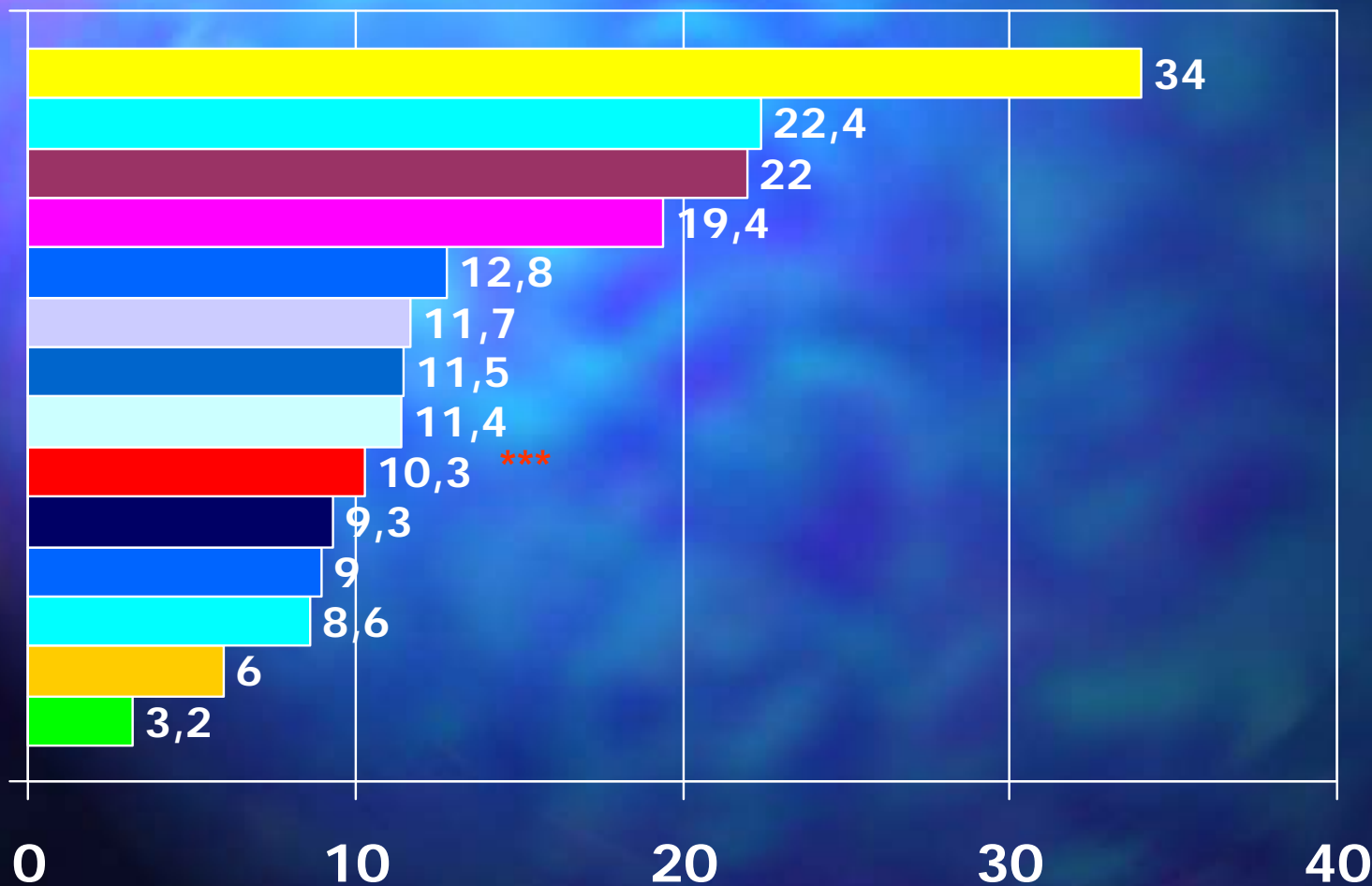
Psychologue psychométricienne: Lizzie Seven

Infirmière psychiatrique: Paula Pereira

Introduction

- Le surpoids et l'obésité sont les altérations nutritionnelles les plus fréquentes.
- 34% de la population américaine et 15 à 20% de la population d'Europe occidentale ont un certain degré d'obésité.

Obésité parmi la population adulte 1999-2000

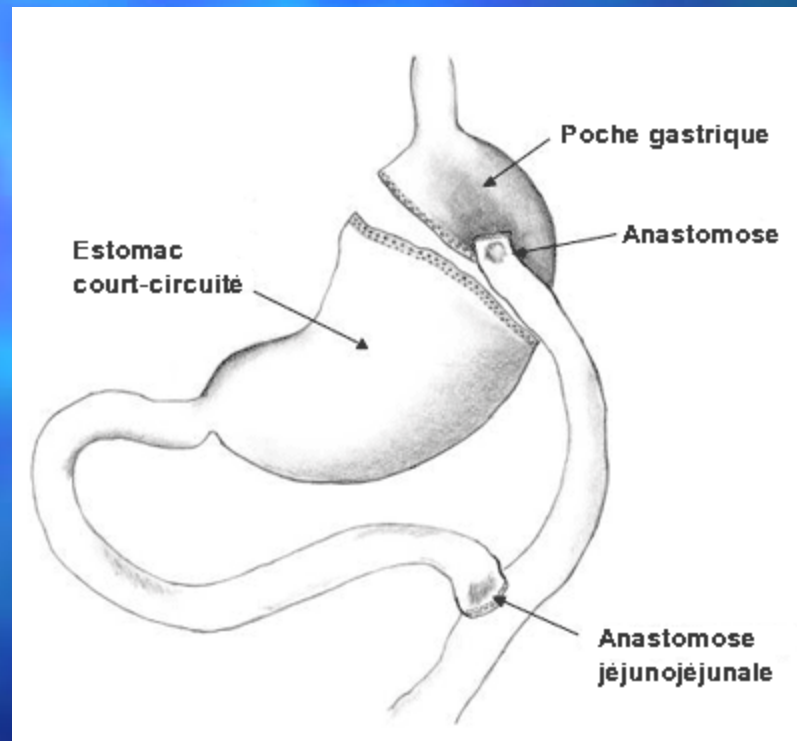


*** Données de Luxembourg: 2005 (enquête PSELL/EU-SILC)

Pourquoi la traiter?

- L'obésité est fortement associée à une augmentation du risque de morbidité et mortalité.
- Elle est aussi associée à une augmentation des complications psychosociales (dépression, troubles de l'alimentation et diminution de la qualité de vie)
- Les traitements médicaux provoquent des pertes de poids très modestes, par contre, la chirurgie est une technique qui a des pertes de poids de jusqu'à 50%.

Bypass gastrique



Conséquences psychosociales de l'obésité

- Il y a de grandes différences dans l'estime de soi entre la population normale et obèse.
- Par rapport à la dépression et aux désordres de personnalité, il n'y a pas de différence entre les obèses et les non obèses (à l'exception des populations obèses cliniques).
- Il y a un risque majeur chez les adolescentes obèses de développer dépression et anxiété.

Binge Eating Disorder (BED)

1. Perte de contrôle
2. Quantités supérieures
 1. Surtout quand seul(e)
 2. Manger rapidement
 3. Jusqu'à avoir le ventre tendu
 4. Manger sans sensation de faim
 5. Remords après avoir ainsi mangé

Binge eating disorder

- Les personnes obèses sont plus susceptibles de développer un binge eating disorder que les non obèses (16% vs. 21%).
- Le binge eating disorder est plus prévalent chez les obèses qui cherchent un traitement (25-50%).
- Les causes sont: augmentation de l'appétit, régimes restrictifs, réponse à l'état dépressif et plus grande exposition à des situations stressantes, comme par exemple, des moqueries.

Handicap

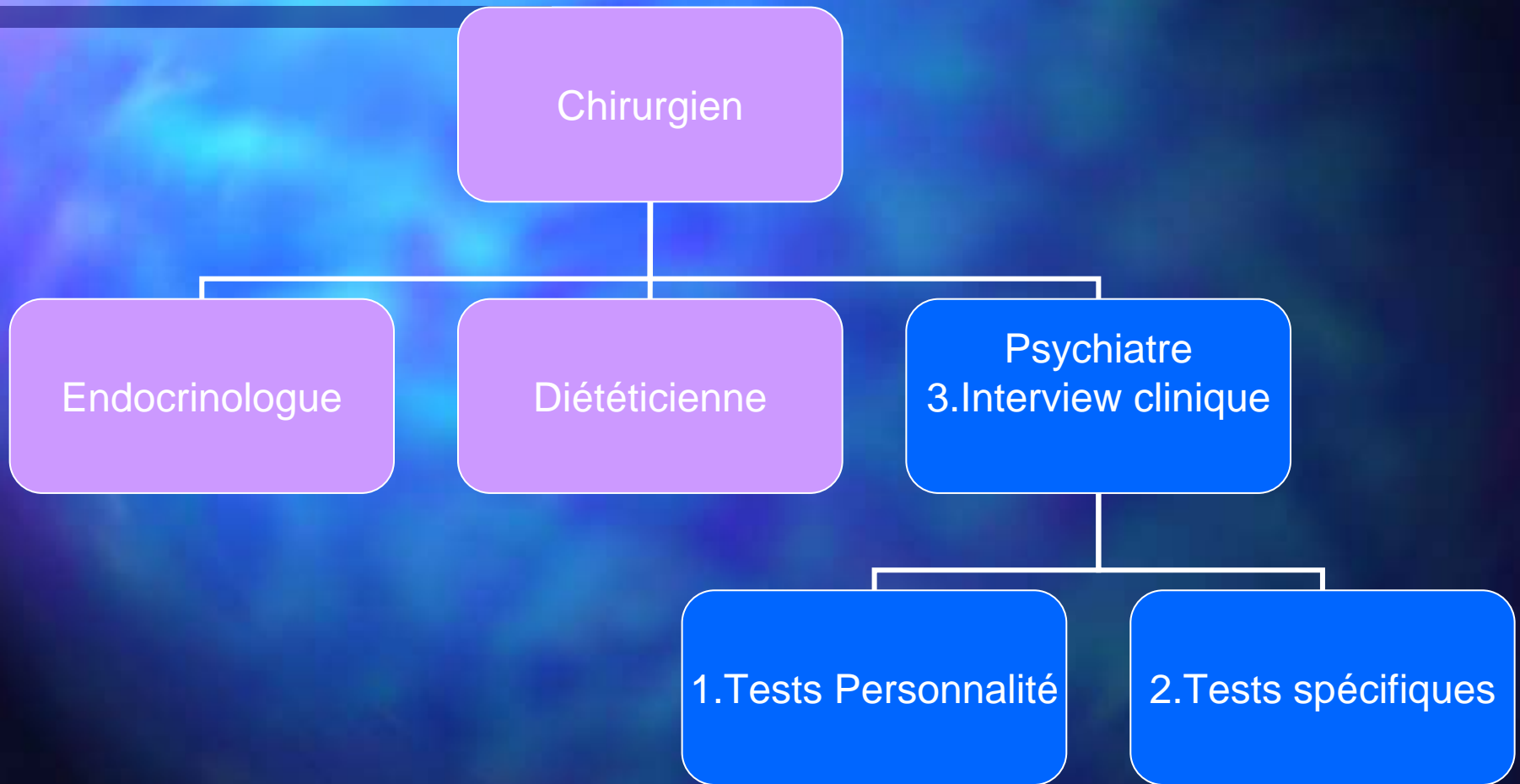
- La Whodas II a été validée et testée pour plusieurs pathologies.
- Les maladies mentales montrent un handicap important dans les différents domaines (40-80%)
- Les maladies physiques graves comme la sclérose multiple montre aussi un handicap important (20-70%).
- Les maladies chroniques comme le diabète montre un handicap moins important (10-20%)

OBJETIFS

1. Mesurer le handicap et la qualité de vie des patients souffrant d'obésité
2. Évaluer l'incidence de dépression et d'anxiété de ces patients
3. Comparer les patients souffrant d'un BED ou une dépression avec les autres dans la qualité de vie et handicap.

Méthodes:

Évaluation patients de l'unité polyvalente de l'obésité (UPO)



Interview clinique structurée

Evaluation de troubles alimentaires

- Binge eating disorder
- Boulimie
- Anorexie mentale

Interview clinique structurée

Tentatives pour perdre de poids

- Régimes
- Sports
- Psychothérapie
- Médicaments

Interview clinique structurée

Raisons pour perdre du poids

Santé physique

- Hypertension
- Diabète
- Douleurs
- Apnée du sommeil

Causes psychologiques

- Image corporelle

Interview clinique structurée

Informations sur des opérations bariatriques

- Le patient connaît l'opération projeté
- Le patient connaît des autres opérations
- Il connaît les suites/contraintes à courte terme et/ou à long terme
- Il sait que le bypass gastrique est une opération définitive

Tests spécifiques d'évaluation

- Dépression: **BDI** (0-33)
- Anxiété: **BAI** (0-63)
- Eating Disorder Inventory: **EDI** (index 0-1)
- Fonctionnement global **GAF** (0-100)
- Handicap: **Whodas II** (0-100)
- Qualité de vie générale: **WhoQoI** (0-100)
- Qualité de vie liée au poids **IWQOL-Lite** (0-100)

Résultats

Période d'inclusion:

1ère Avril 2005-31 Décembre 2006

Résultats

■ N° sujets	234
■ Sexe:	70.9 % femmes 29.1 % hommes
■ Age moyen	39.5 ans (18-65)
■ Poids	124.8 kg (73-204)
■ BMI	43,8 kg/m ² (31,1-68,2)
■ Présence de binges	32.5%
■ Binge Eating Disorder	20.1%
■ GAF	79.3 (40-100)

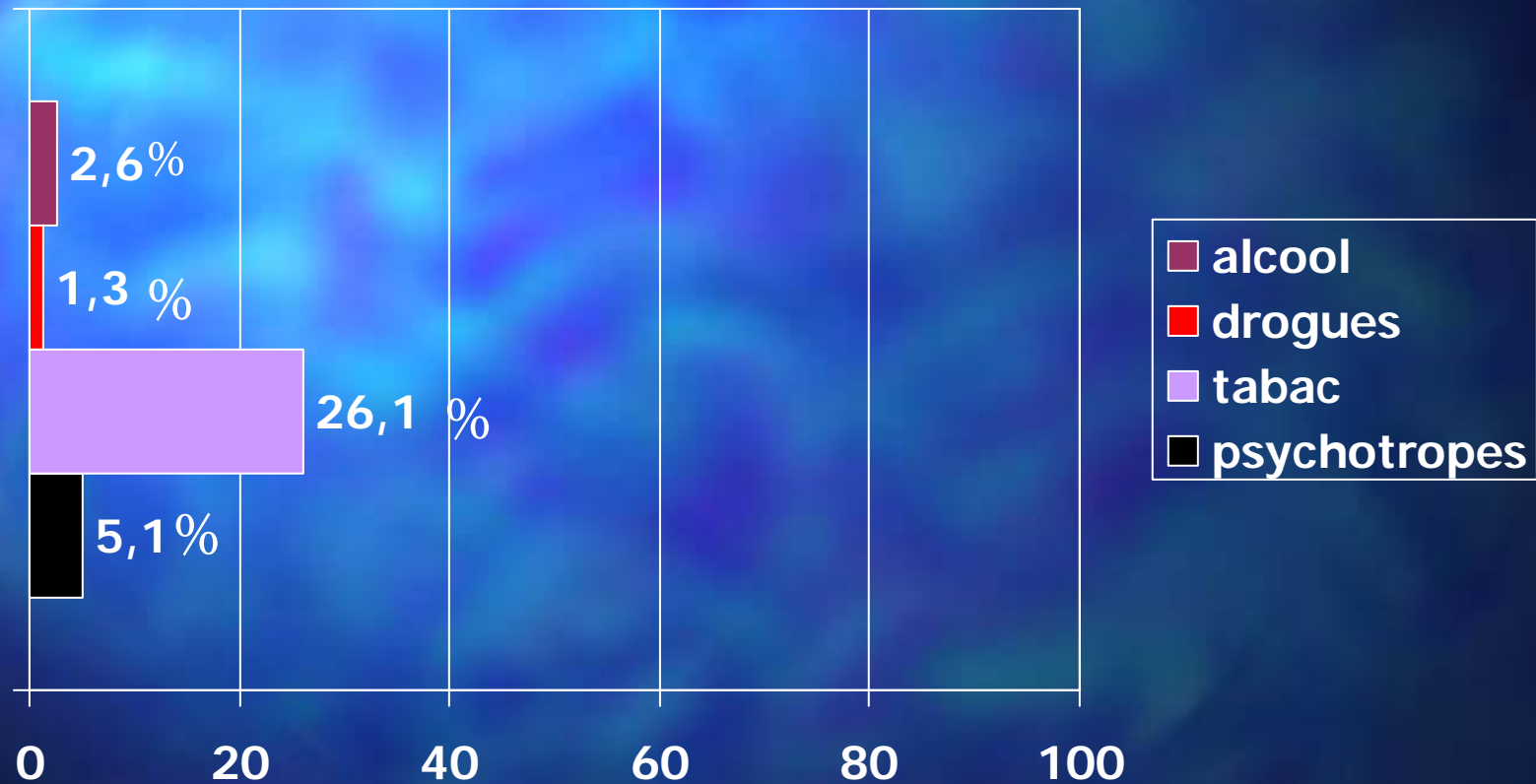
Résultats

- Années d'étude 11,1 ans (0-20)
- Etat civil:
 - 67.2 % mariés ou en concubinat
 - 32.8 % jamais mariées, veufs, séparés ou divorcés
- Travail:
 - 54.7 % salariés
 - 16.2 % femmes au foyer
 - 7.3 % indépendants
 - 5.1% étudiants
 - 10,2 % sans emploi
 - 2.6% autres

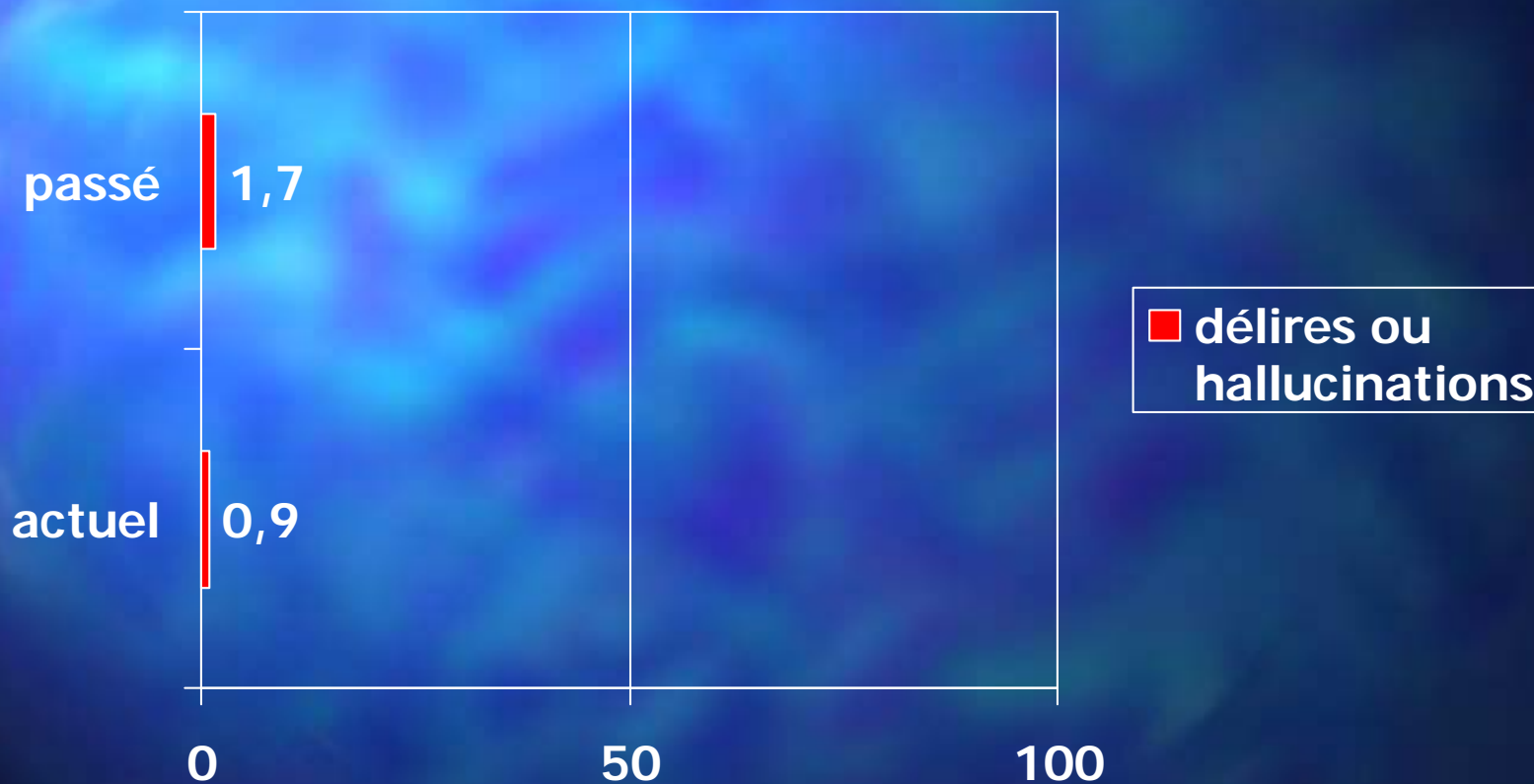
Problèmes cognitifs

	Fréquence	Pourcentage
Problème cognitif	1	0,4 %
Problème intellectuel manifeste	1	0,4 %
Problèmes à lire ou écrire	2	0,9 %

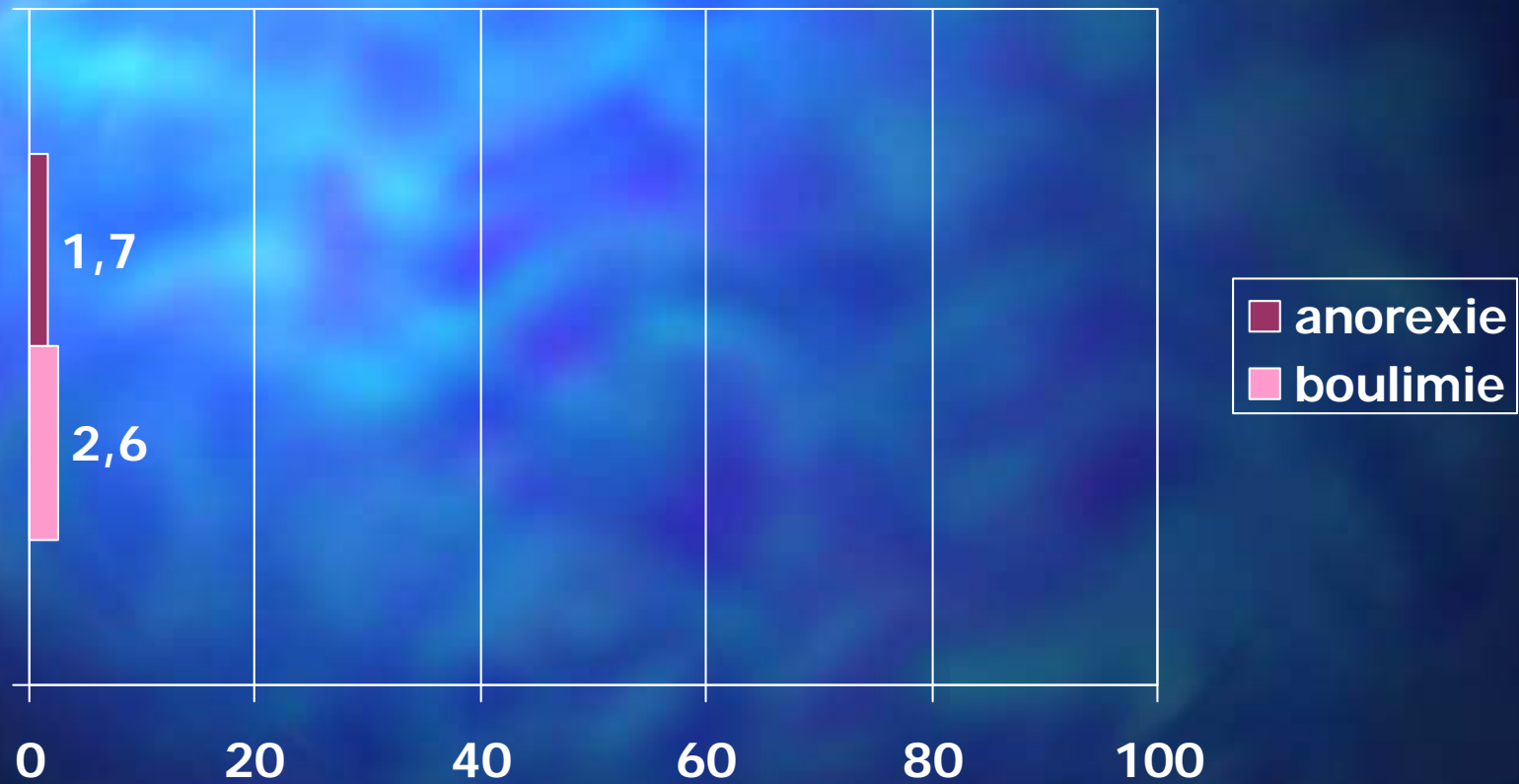
Alcool, drogues, tabac, psychotropes



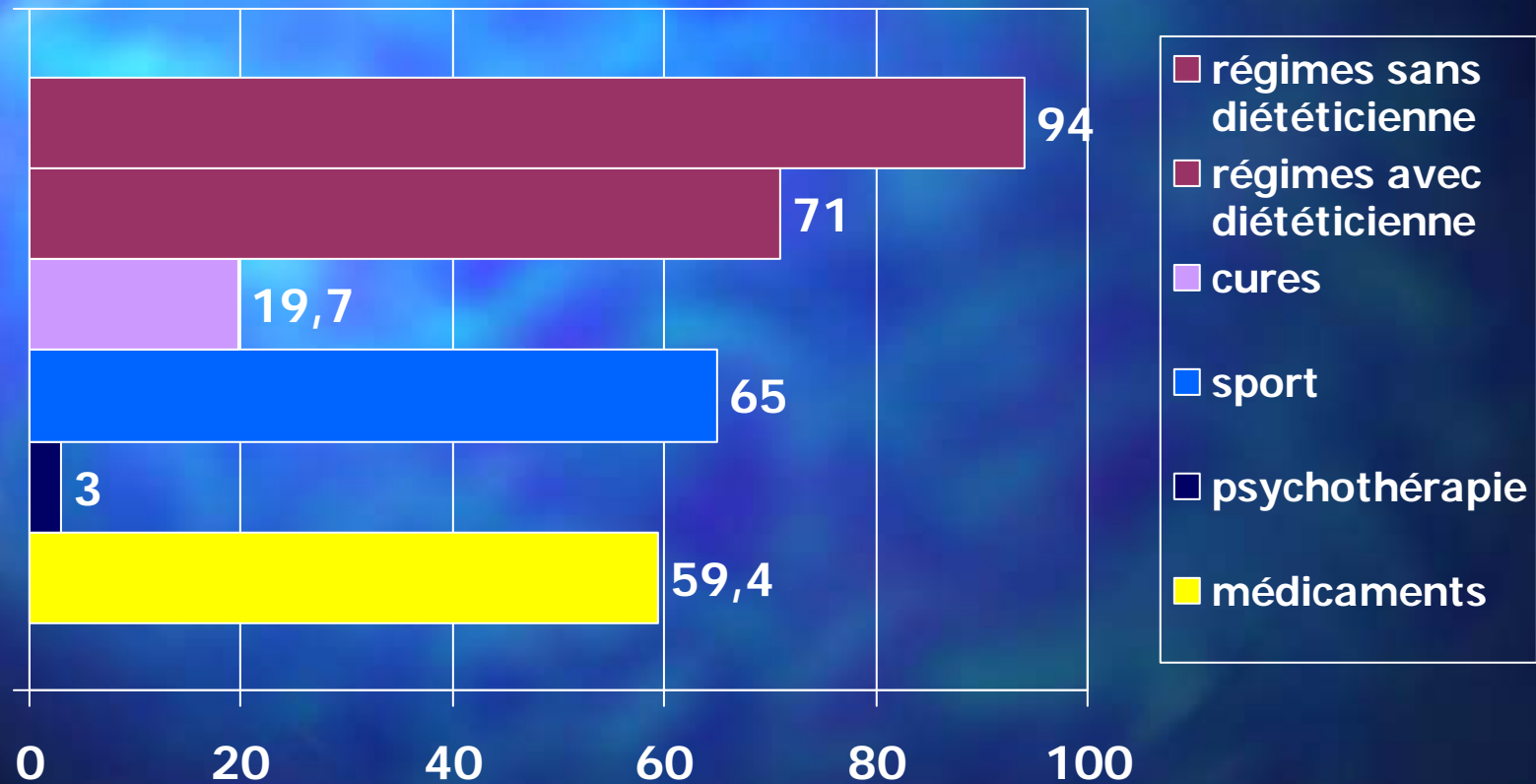
Délires/Hallucinations



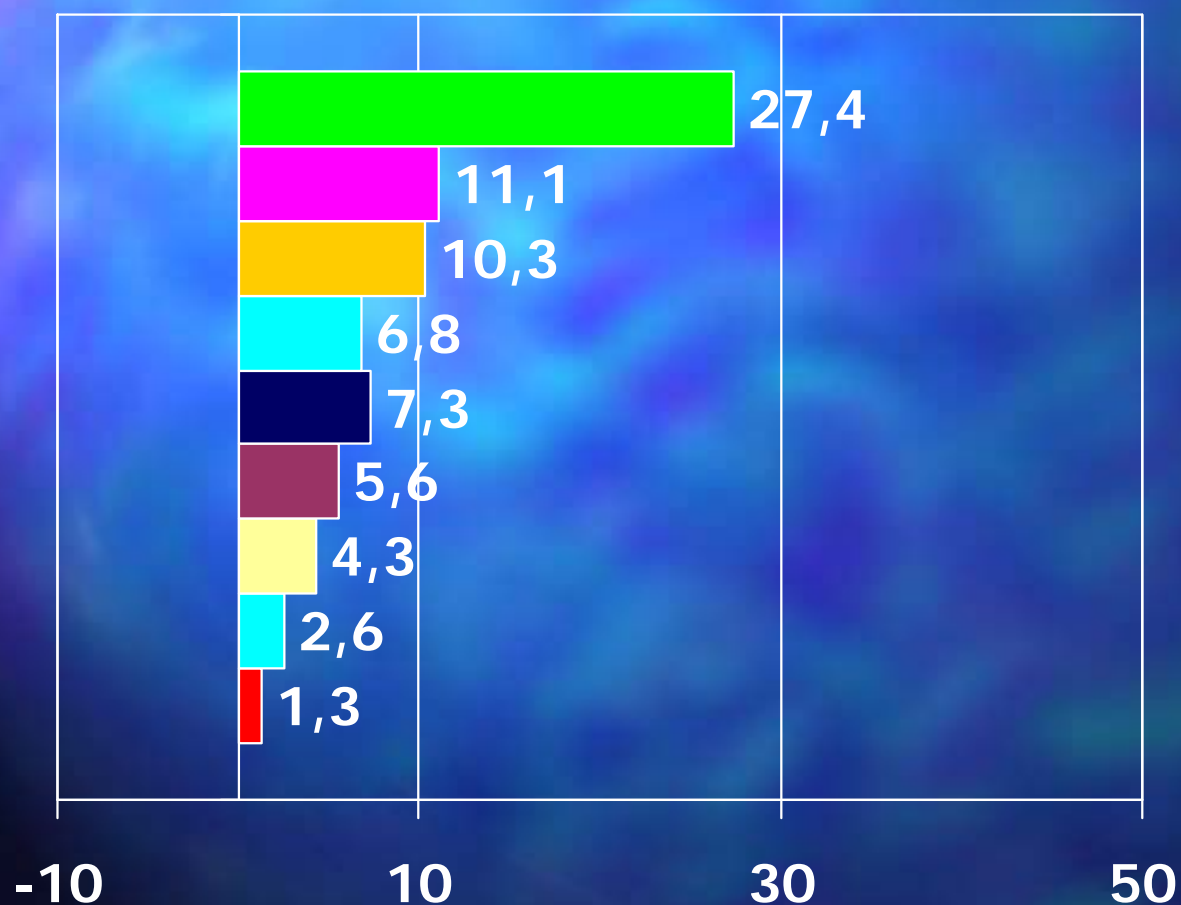
Histoire d'anorexie ou boulimie



Tentatives pour perdre du poids

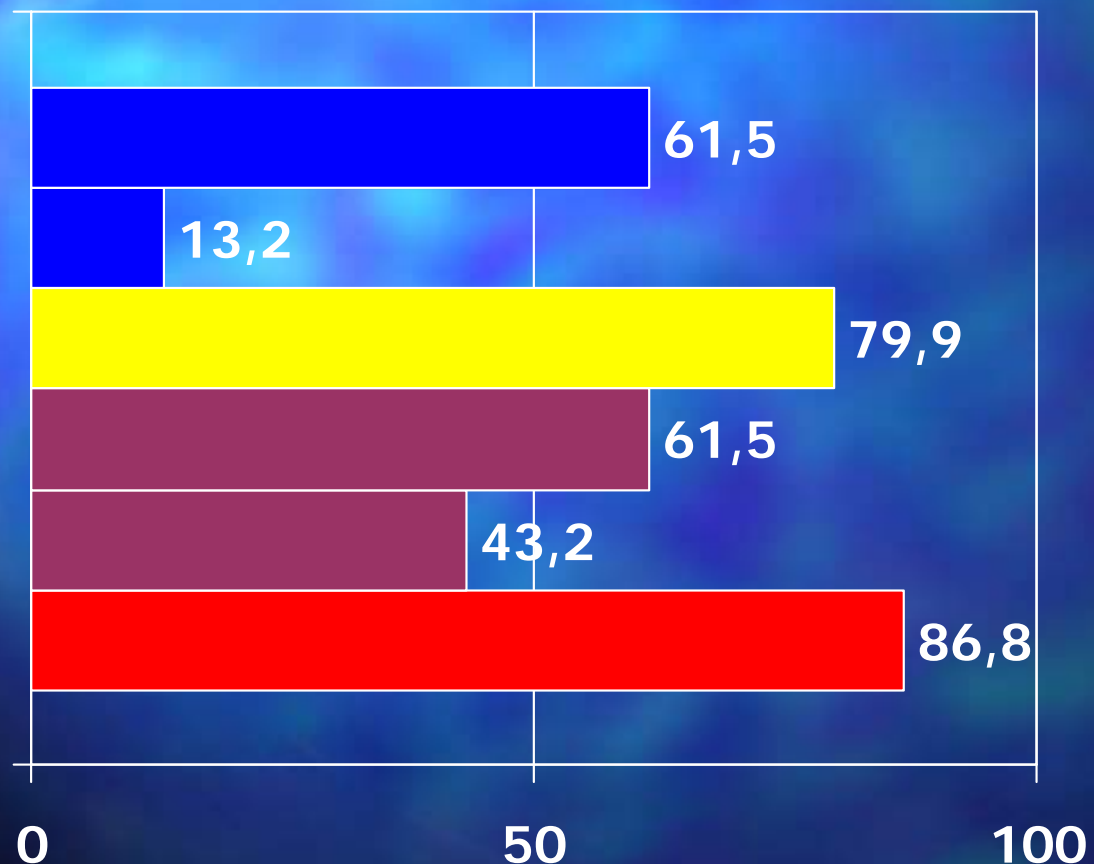


Principal raison pour vouloir être opéré(e)



- raisons de santé
- raisons esthétiques
- améliorer qualité de vie
- estime de soi
- réductions de douleurs
- améliorer mobilité
- améliorer condition physique
- trouver un travail
- améliorer vie affective

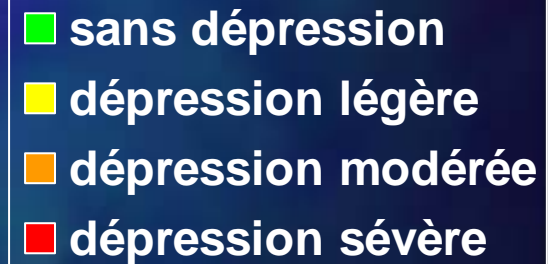
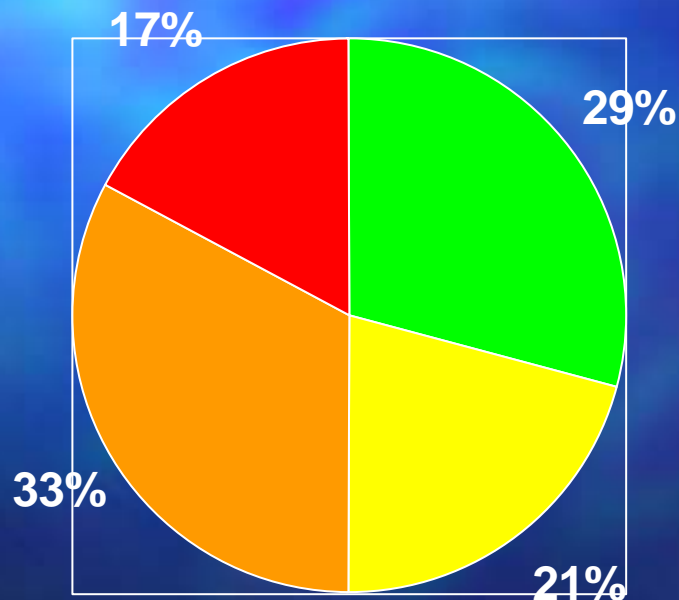
Information sur les opérations bariatriques



- connaît l'Anneau
- connaît le Mason
- connaît le Bypass gastrique
- connaît les suites immédiates
- connaît les suites à long terme
- sait que l'opération est définitive

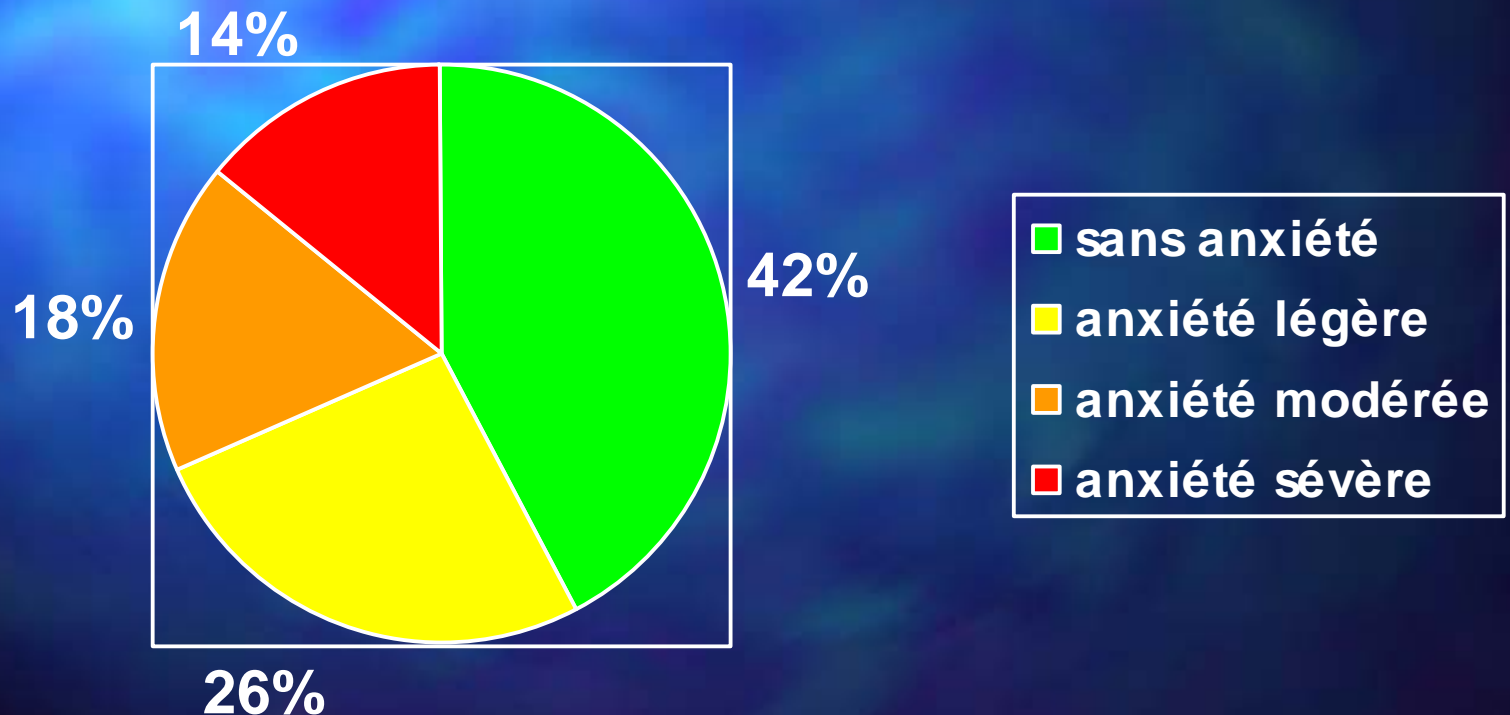
Dépression (selon BDI)

- Sans dépression (BDI 0-4) + dépression légère (BDI 5-7): 50%
- Dépression modérée (BDI 8-15) ou sévère: 50% (BDI 16-39)



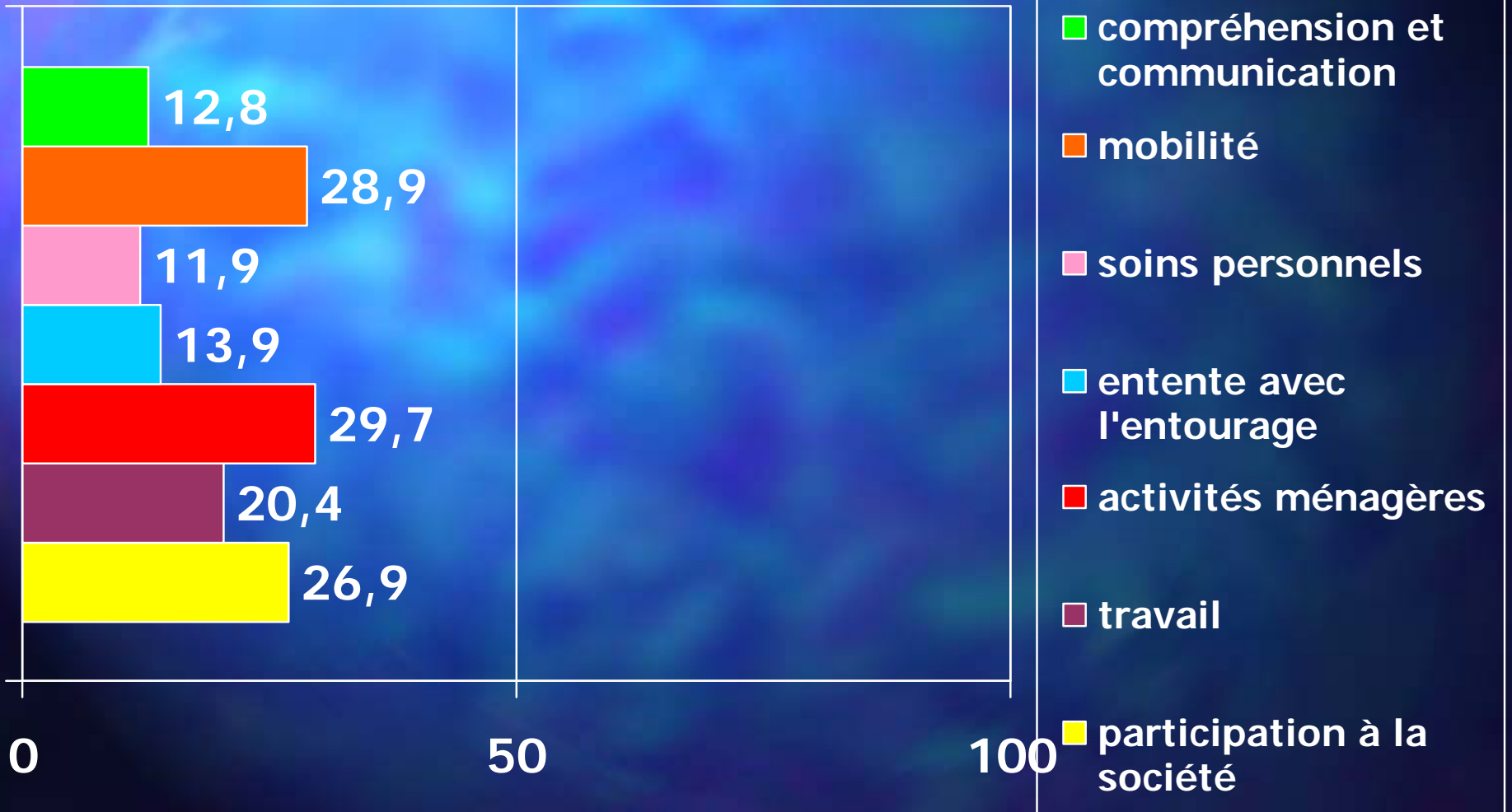
Anxiété (selon BAI)

- Sans anxiété (BAI 0-9) + anxiété légère (BAI 10-18): **68.4%**
- Anxiété modérée (BAI 19-29) ou sévère: **31.6%** (BAI 30-63)

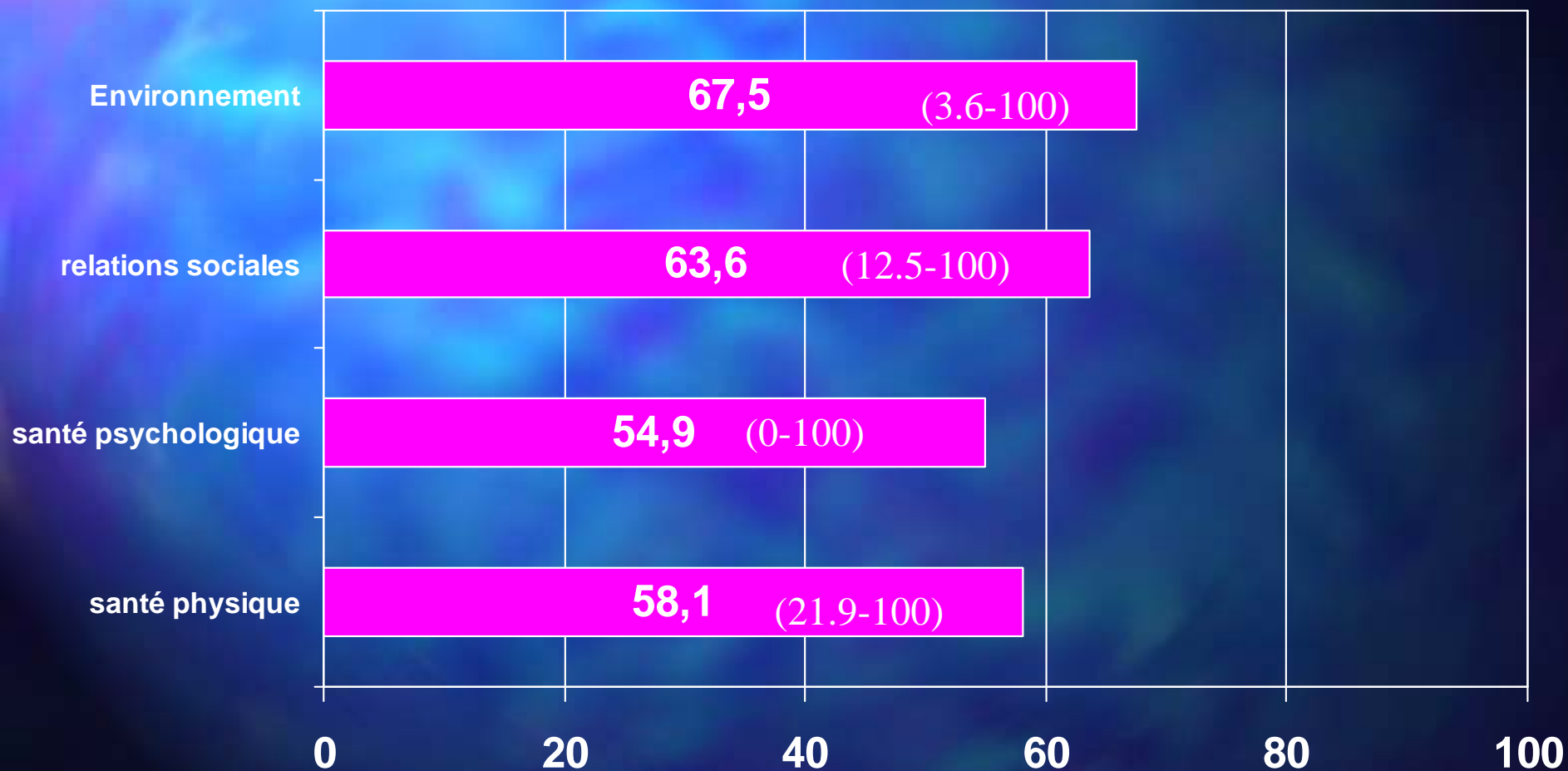


WHO DAS II

(0= sans handicap, 100 handicap maximale)

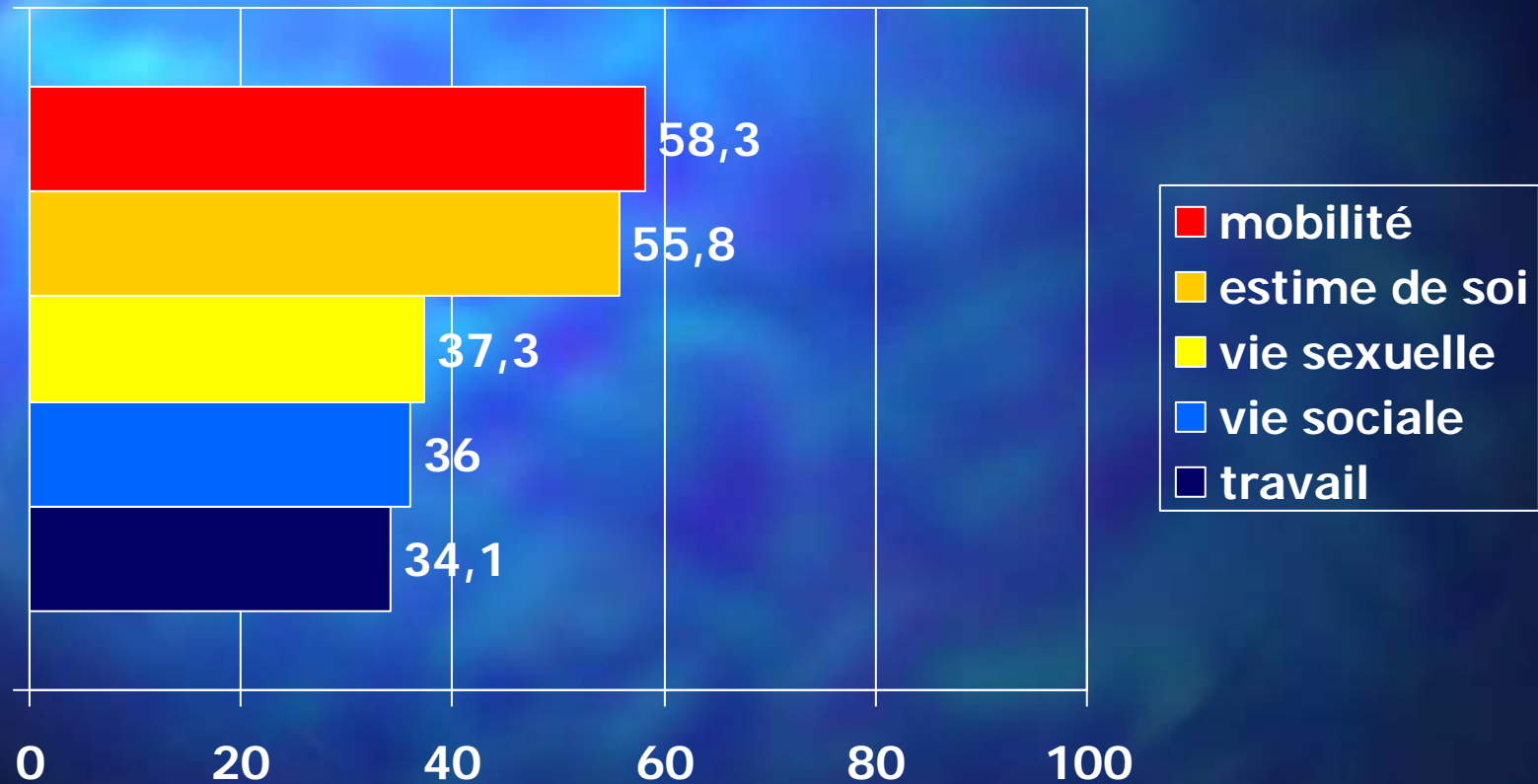


WHOQOL (100=très bonne qualité de vie,
0=très mauvais qualité de vie)



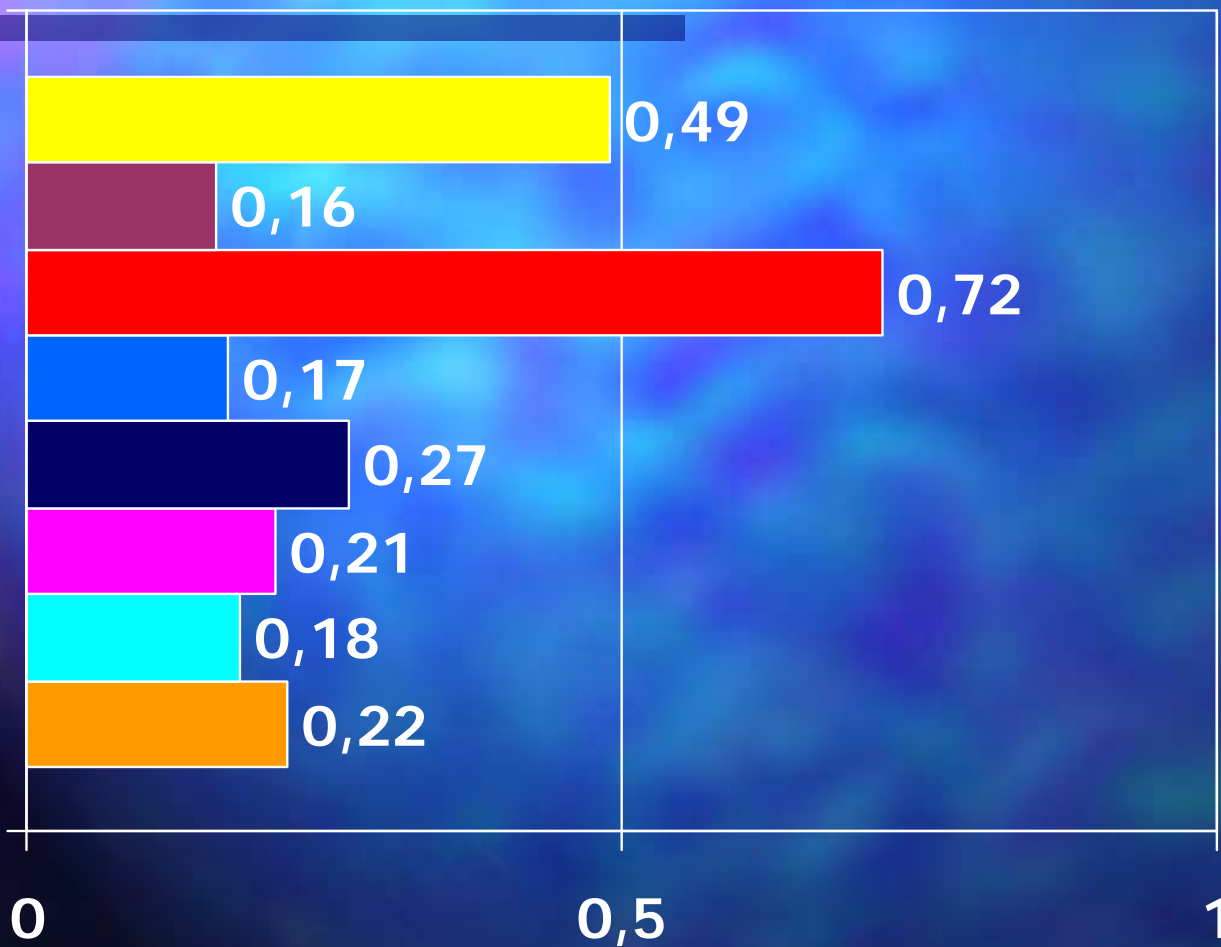
IWQOL-Lite

(0=très bonne qualité de vie, 100=très mauvaise qualité de vie)

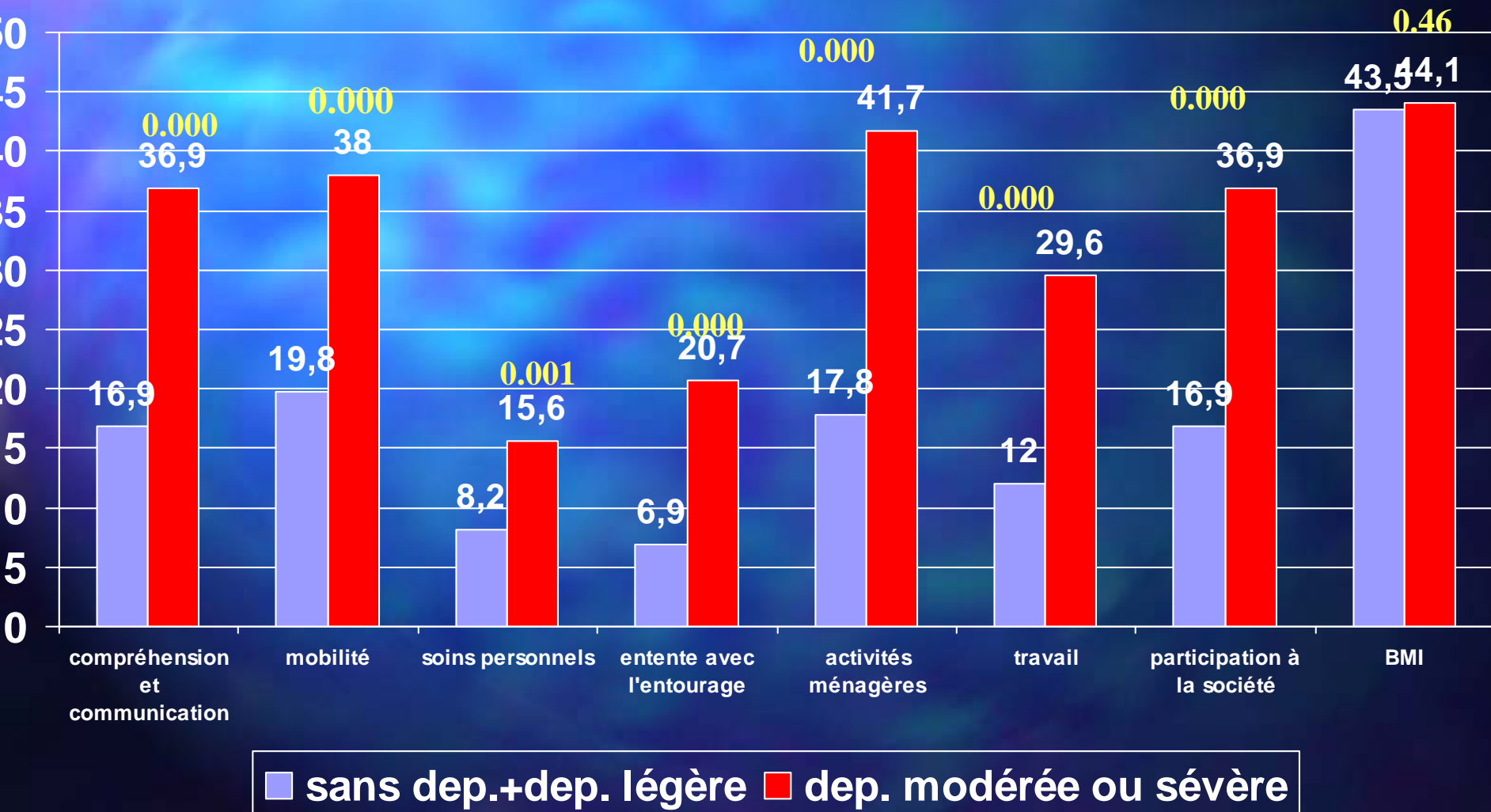


Eating disorder inventory

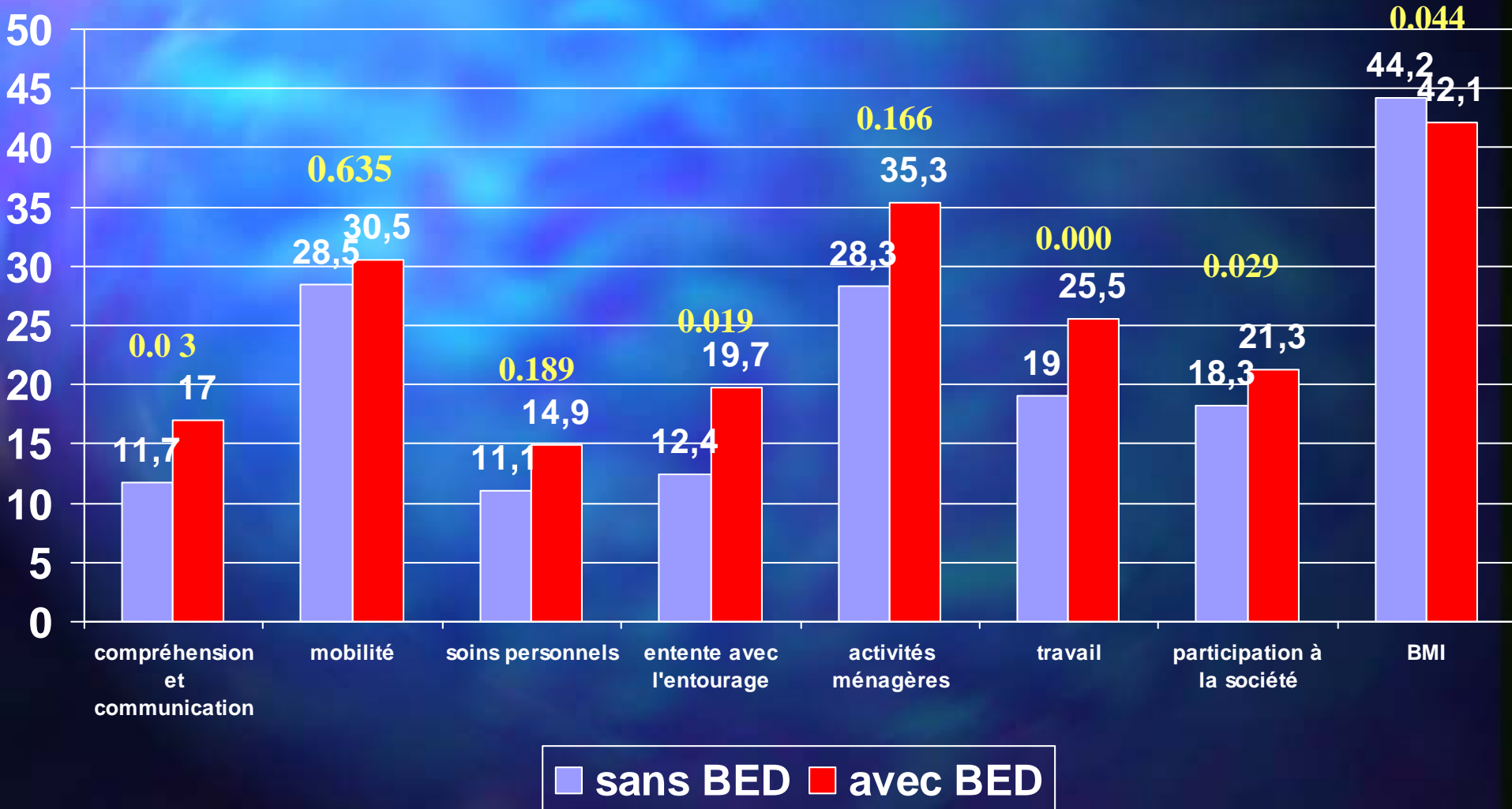
(0=sans altération, 1=altération maximale)



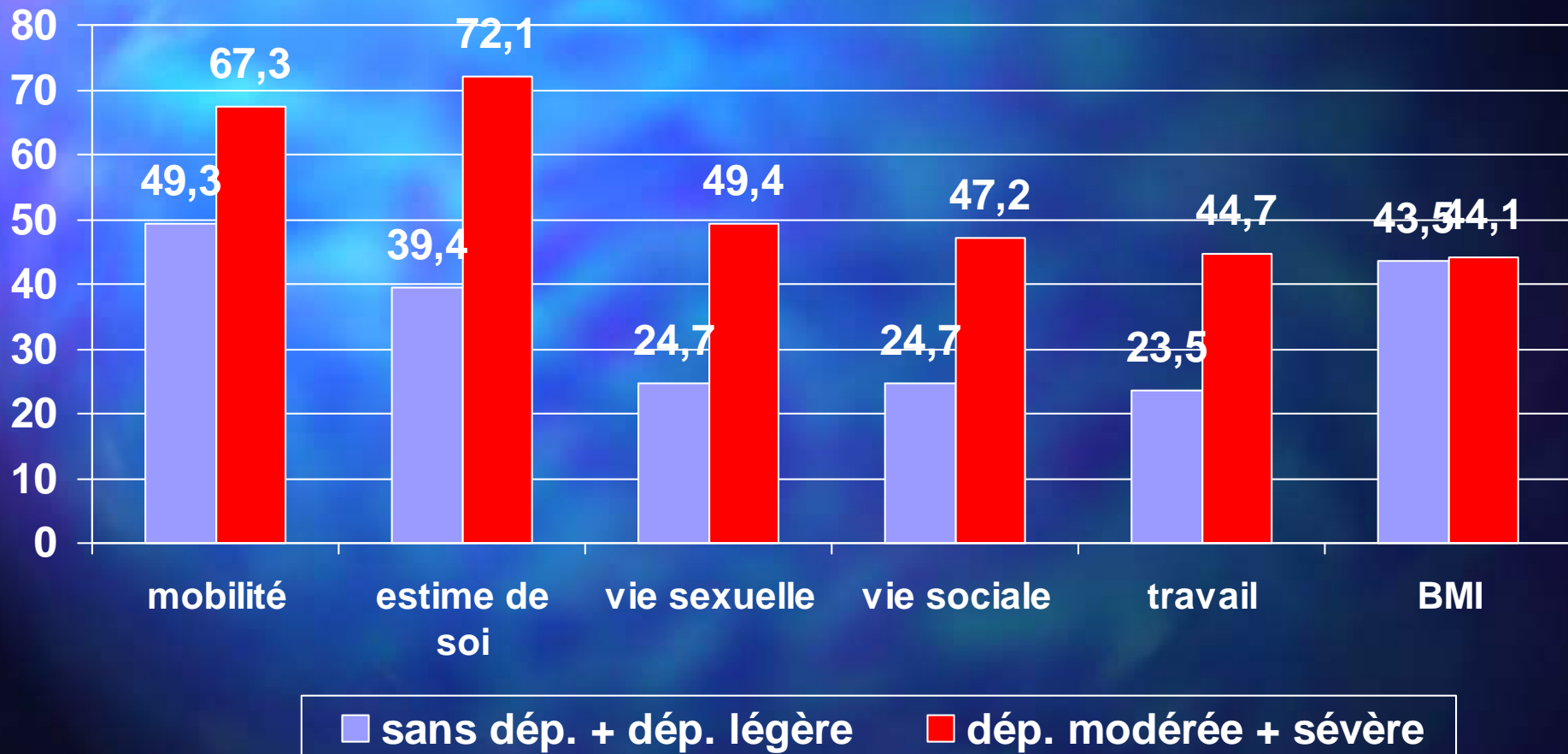
Handicap: patients avec dépression modérée ou sévère (117) et patients sans dépression ou dépression légère (117)



Handicap: patients avec BED (47) et sans BED (187)

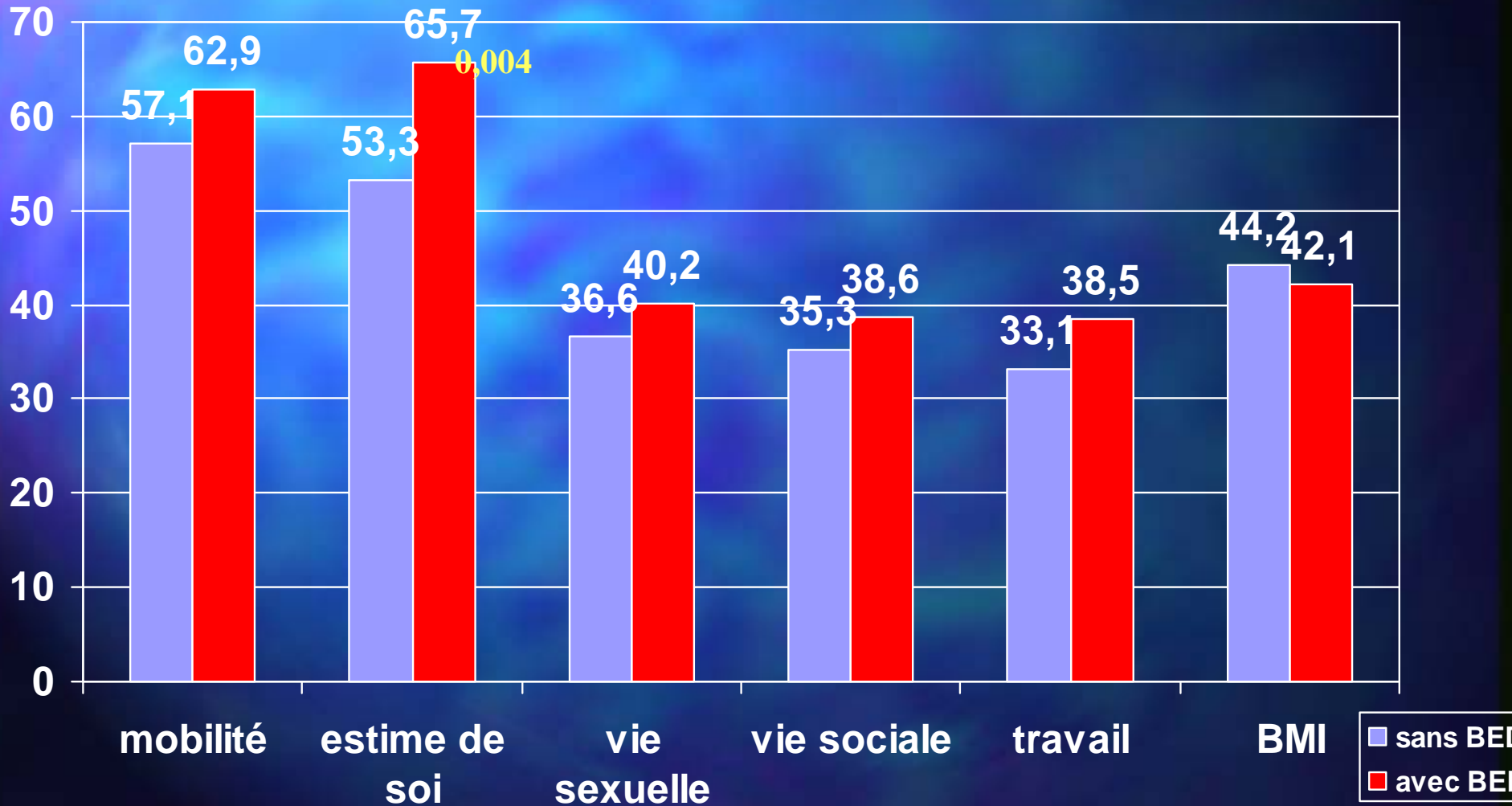


Mauvaise qualité de vie: patients avec dépression modérée ou sévère (117) et patients avec dépression légère ou sans dépression (117)

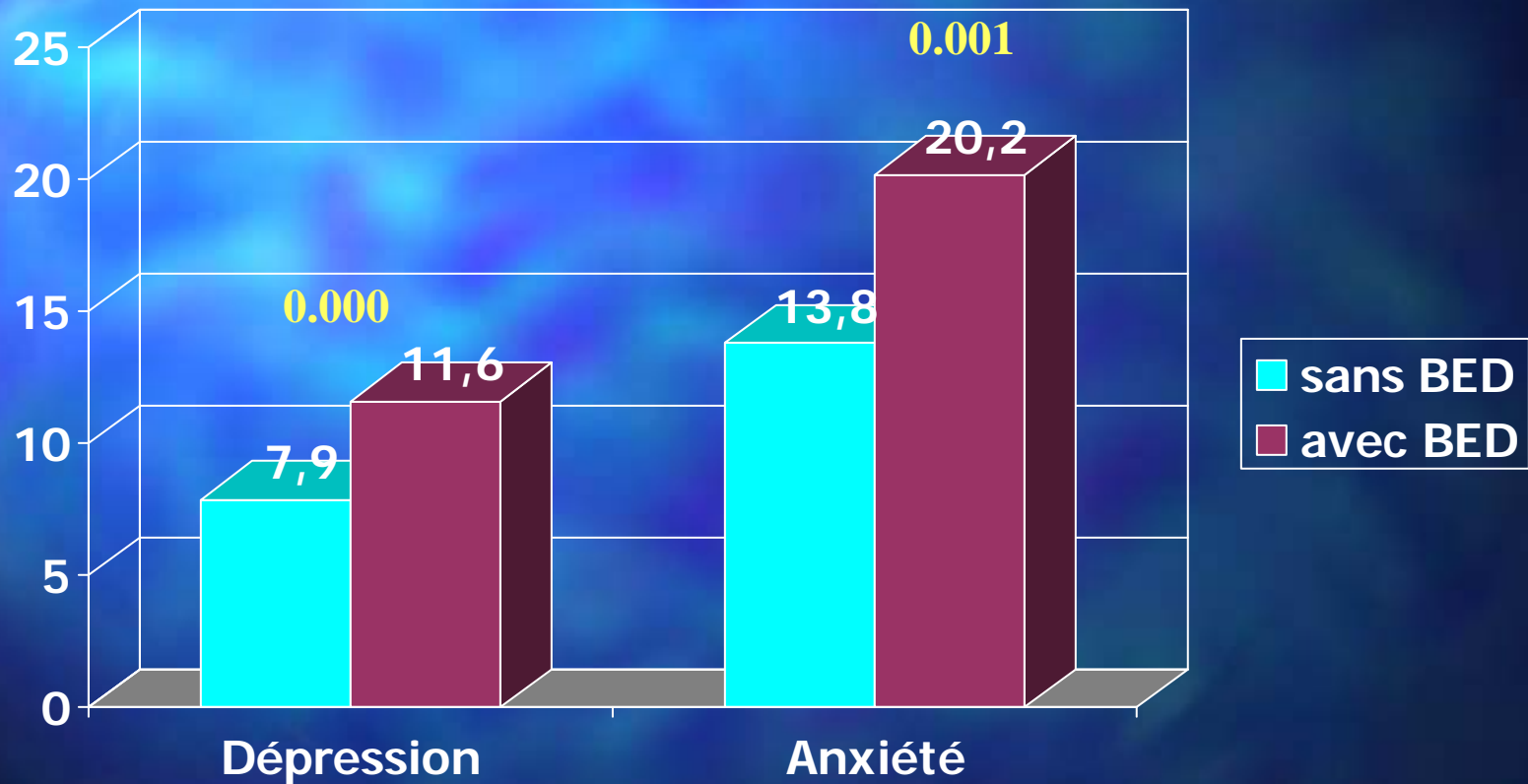


Toutes valeurs: (0,000)

Mauvaise qualité de vie: patients avec BED (47) et sans BED (187)



Dépression et anxiété dans des patients avec et sans BED



CONCLUSIONS I

- Il y a une incidence élevée de dépression chez les patients candidats à chirurgie.
- Il y a un handicap au niveau de la mobilité, des activités de la vie et de la participation à la société.
- Il y a une diminution de la qualité de vie importante surtout dans la mobilité et l'amour propre.
- Il y a des scores élevés de désir de minceur et d'insatisfaction corporelle.

CONCLUSIONS II

- Les patients avec BED montrent plus d'handicap social, pire qualité de vie (santé physique, environnement et amour propre) plus de dépression et d'anxiété que les patients sans BED.
- Les patients avec dépression modérée ou sévère montrent des index beaucoup plus détériorés que les patients sans dépression ou avec une dépression légère.

Merci!

