

# Chirurgie de l'obésité et qualité de vie

## Ses déterminants et son évaluation

**La chirurgie de l'obésité est efficace mais tous les patients n'en retirent pas les mêmes bénéfices (1). La qualité de vie postopératoire dépend de facteurs psychologiques non négligeables. L'objectif de cet article est de comprendre les déterminants de la qualité de vie postopératoire et les outils pour l'évaluer.**

*Aurélie Croiset (Psychologue doctorante en psychologie de la santé, Université Toulouse II, Jean-Jaurès),*

*Florence Sordes-Ader (Chercheur et maître de conférence en psychologie de la santé, Université Toulouse II, Jean-Jaurès)*

### Introduction

L'obésité est une maladie chronique qui nécessite une **prise en charge globale et pluridisciplinaire de la personne**. La chirurgie représente une solution chez les personnes en situation d'échec pondéral. La chirurgie de l'obésité est accessible lorsque l'indice de masse corporelle dépasse 30 kg/m<sup>2</sup> et que l'excès de poids s'associe à des pathologies ayant un impact sur la santé physique et mentale (diabète de type 2, cholestérol, apnées du sommeil, stéatohépatite non alcoolique, etc.). Pour y prétendre, les patients doivent justifier de l'échec d'une ou plusieurs prises en charge nutritionnelle, diététique et psychothérapeutique suivie(s) pendant au moins six mois. Ces techniques invasives, pour la plupart irréversibles, sont efficaces mais impliquent une modification du style de vie à long terme (habitudes alimentaires, activité physique adaptée). Cela soulève la **question de l'adaptabilité** du patient et de son impact sur la qualité de vie postopératoire.

### Les déterminants de la qualité de vie

La chirurgie seule ne suffit pas, d'autres facteurs notamment psychologiques interviennent dans le vécu des transformations physiques, psychosociales et comportementales.

L'IMC avant l'opération va prédire le poids que l'individu va



potentiellement reprendre après l'opération et les difficultés à maintenir le poids perdu (2). Après la phase euphorique de perte de poids, pouvant être comprise entre 30 et 35 % du poids initial, on constate une éventuelle reprise de poids aux alentours de dix-huit mois. Ces patients opérés reportent souvent des **expériences de stigmatisation sociales** qui ont détérioré au fil du temps les sentiments de confiance, d'auto-efficacité et l'image qu'ils se font d'eux-mêmes et de leur corps.

La perte de poids va améliorer de manière significative ces compétences personnelles mais certains patients vont se retrouver confrontés à des **problèmes relationnels, d'estime de soi et d'image du corps**. En modifiant rapidement le

rapport à soi et aux autres, la perte de poids va modifier certains comportements et attitudes du patient (plus séducteur, plus affirmé, etc.). Il peut également s'ensuivre une déception lorsque le corps "imaginé" ne correspond plus au corps réel. Ainsi, des attentes irréalistes (un poids perdu surestimé, une image de soi idéalisée) vont réactualiser les sentiments de mésestime et de dévalorisation menant jusqu'à des cas de dépression, voire conduire au suicide et dégrader la qualité de vie (3). De même, les **niveaux de psychopathologie** vont influencer la qualité de vie postopératoire. On retrouve dans la littérature une prévalence élevée de dépression et de troubles du comportement alimentaire du type hyperphagie boulimique chez

les candidats à la chirurgie. Lorsque ces troubles s'additionnent, ils conditionnent la qualité de vie postopératoire (4). La **dépression** préopératoire nécessite une attention toute particulière car elle influence le poids perdu postopératoire et tend ainsi à diminuer les améliorations perçues liées à la chirurgie (5). La reprise de poids va être interprétée comme un échec et accentuer les sentiments de dévalorisation réinstallant parfois les stratégies de compensation alimentaire pour faire face (6). Le **comportement alimentaire** préopératoire et sa fonction tiennent une place primordiale dans l'adaptation du patient aux recommandations postopératoires. Passé le délai où le patient opéré réapprend à manger, des difficultés peuvent réapparaître. Lorsque la chirurgie vient "empêcher" la fonction de réassurance de la nourriture ou du poids, le patient opéré peut se retrouver en situation de grande souffrance. De même, l'évaluation de la qualité de vie est influencée par la **manière de percevoir** le monde qui nous entoure. Certaines **tendances de la personnalité** comme la recherche de sensations, la persistance ou encore la tendance à ressentir les émotions négatives vont filtrer nos perceptions (7).

### Comment évaluer la qualité de vie ?

La qualité de vie regroupe les évaluations qu'un individu fait sur les différents domaines de sa vie (santé, travail, situation familiale, professionnelle, bien-être). L'évaluation réside dans une approche multidimensionnelle incluant d'autres facteurs non médicaux. Des outils simples sont disponibles pour mesurer les aspects physiques, émotionnels et psychosociaux de cette qualité de vie avant puis après l'intervention.

De nombreux outils non spécifiques à la chirurgie ont été validés à cet usage (8). L'*Obesity Related Psychological Problems* (Sullivan, 1993) ou l'*Impact of Weight on Quality of Life-Lite* (Kolotkin, 2011) tendent à mesurer l'impact de l'obésité et de ses traitements sur la sphère

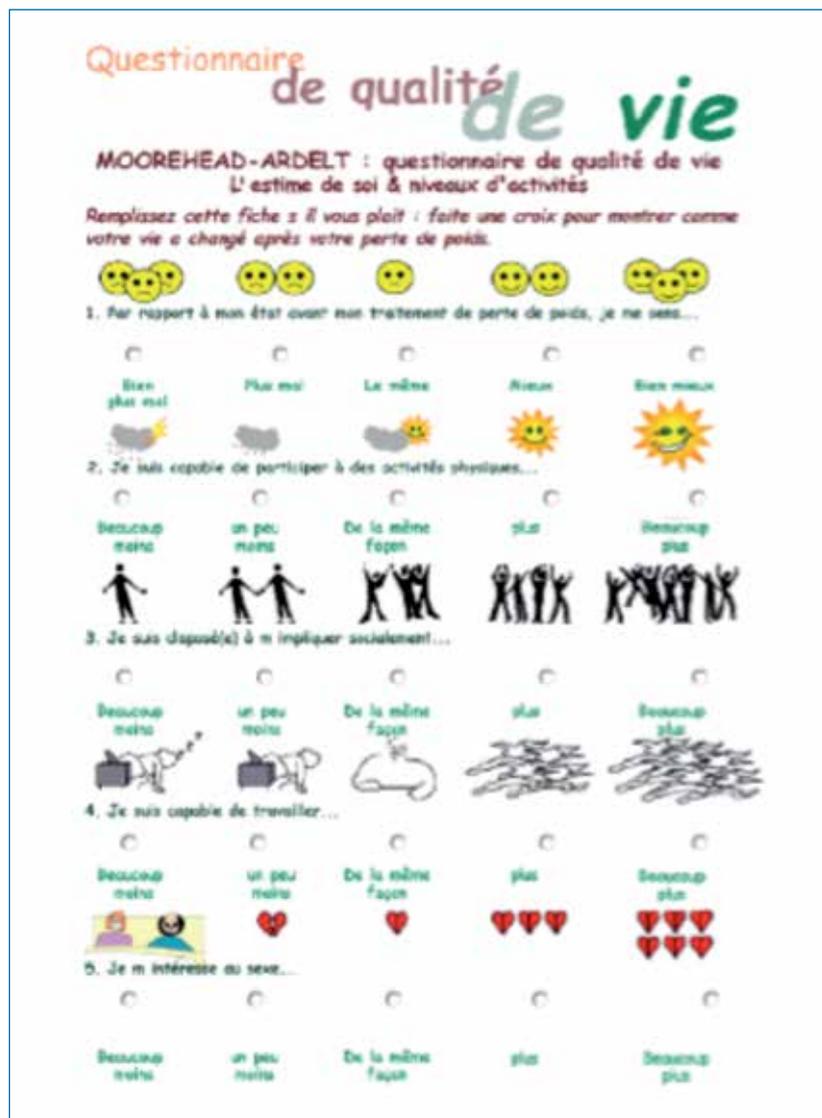


Figure 1 - Moorehead-Ardelt, 1998.

psychologique. D'autres évaluent l'adaptation sociale comme l'*Obesity Adjustment Survey Short Form* (Butler, 1999) ou encore le vécu de la restriction alimentaire ou de la perte de poids sur la santé mentale avec le *Three-Factor Eating Questionnaire* de Stunkard et al. (1985) ou l'*Obesity and Weight Loss Quality of Life* (Ziegler, 2005).

D'autres outils ont été développés spécifiquement pour mesurer la qualité de vie postopératoire. Le *Bariatric Analysis and Reporting Outcome System* (BAROS), validé en France (Nini, 2002) et recommandé par les différentes sociétés de chirurgie, est une évaluation globale considérant le poids perdu, les améliorations des comorbidités médicales, les complications postopératoires et la qualité de vie (9). La qualité de

vie est mesurée par l'échelle imagée : le **Moorehead-Ardelt** (Oria et Moorehead, 1998-2003) en cinq items, coté de + 1 à - 1 pour l'estime de soi, puis de + 0,5 à - 0,5 pour l'activité physique, la vie sociale, professionnelle et la satisfaction sexuelle, permettant d'obtenir un score total variant de - 3 à + 3 (10).

### Discussion

La multiplicité des outils évaluant la qualité de vie montre la difficulté à mesurer un concept en lien avec une chirurgie et non une maladie. La chirurgie est efficace et sa pratique tendra à augmenter dans les prochaines décennies avec l'augmentation de l'obésité en France. Les médecins généralistes vont être de plus en plus confrontés à des

demandes de chirurgie et à des patients opérés. Si certains médecins généralistes informent de l'existence de ce type de chirurgies, les médecins déclarent être mal informés sur

les implications biopsychosociales (11). Cet article donne de manière non exhaustive les outils pour repérer et évaluer la qualité de vie du candidat ou du patient opéré. ■

#### Mots-clés

*Chirurgie bariatrique, Qualité de vie, Déterminants, Évaluation*

### Bibliographie

1. Lier HO, Biringer E, Hove O et al. Quality of life among patients undergoing bariatric surgery: associations with mental health- A 1 year followup study of bariatric surgery patients. *Health Qual Life Outcomes* 2011 ; 9 : 79.
2. Cameron AJ, Magliano DJ, Dunstan DW et al. A bi-directional relationship between obesity and health-related quality of life: evidence from the longitudinal AusDiab study. *Int J Obes (Lond)* 2012 ; 36 : 295-303.
3. Masheb RM, Grilo CM, Burke-Martindale CH, Rothschild BS. Evaluating oneself by shape and weight is not the same as being dissatisfied about shape and weight: A longitudinal examination in severely obese gastric bypass patients. *Int J Eat Disord* 2006 ; 39 : 716-20.
4. Batsis JA, Lopez-Jimenez F, Collazo-Clavell ML et al. Quality of life after bariatric surgery: a population-based cohort study. *Am J Med* 2009 ; 122 : 1055.e1-1055.e10.
5. De Zwaan M, Enderle J, Wagner S et al. Anxiety and depression in bariatric surgery patients: a prospective, follow-up study using structured clinical interviews. *J Affect Disord* 2011 ; 133 : 61-8.
6. Legenbauer T, Petrak F, de Zwaan M, Herpertz S. Influence of depressive and eating disorders on short- and long-term course of weight after surgical and nonsurgical weight loss treatment. *Compr Psychiatry* 2011 ; 52 : 301-11.
7. De Panfills C, Generali I, Dall'Aglio E et al. Temperament and one-year outcome of gastric bypass for severe obesity. *Surg Obes Relat Dis* 2014 ; 10 : 144-8.
8. Mathus-Vliegen EM, de Wit LT. Health-related quality of life after gastric banding. *Br J Surg* 2007 ; 94 : 457-65.
9. Piche T, Iannelli A, Dahman M et al. Critères d'efficacité de la chirurgie bariatrique : un besoin de standardisation ? *Hépatogastro* 2005 ; 12 : 87-90.
10. Moorehead MK, Ardelt-Gattinger E, Lechner H, Oria HE. The validation of the Moorehead-Ardelt Quality of Life Questionnaire II. *Obes Surg* 2003 ; 13 : 684-92.
11. Da Silva Pires E, Jacobi D, Couet C. Médecins généralistes et chirurgie bariatrique. *Obésité* 2012 ; 7 : 240-9.