

Troubles des conduites alimentaires après la chirurgie de l'obésité : récurrence et émergence de nouveaux troubles

Dr Monelle Bertrand

Nutrition

CHU Toulouse

Journée CSO Occitanie Ouest 10/11/2023

TCA après chirurgie bariatrique ?

Comment évaluer/diagnostiquer cette population ?

- Pas de standardisation de l'évaluation
- Critères diagnostiques inadaptés
- Comportements intriqués avec les conséquences postopératoires

Impacts majeurs sur

- L'efficacité durable de la chirurgie en terme de poids
- Autres conséquences que le poids : morbidité liée aux TCA

Plan

- Données épidémiologiques
- Présentations cliniques
 - Hyperphagie boulimique
 - Perte de contrôle alimentaire
 - Anorexie mentale
- Que rechercher ?

Données épidémiologiques

Épidémiologie

Revue de la littérature 2021 Taba et al.

14 études, 5774 participants

Limites :

- Type d'études, durée des études, effectifs, perdus de vue
- Type de population : études américaines
- Méthodes d'évaluation très hétérogènes :
EDE, EDE-BSV, TFEQ, BES, EDI, SF-36, QEWP,...

Épidémiologie

Revue de la littérature 2021 Taba et al.

- Prévalence globale des troubles de l'alimentation : 7,8 %
 - Hyperphagie boulimique : 3,8 %
- Quel que soit le type de chirurgie pratiquée, l'opération réduit considérablement les taux de troubles alimentaires.
- Cependant, les données sont contradictoires en ce qui concerne la période postopératoire prolongée.

Épidémiologie

L'étude la plus longue, sur 7 ans Smith et al.

2 troubles du comportement évalués :

- **La perte de contrôle alimentaire (LOC)**

- Sensation de ne plus pouvoir s'arrêter de manger ou de ne pas pouvoir contrôler ce que l'on mange ou la quantité que l'on mange

- **L'hyperphagie boulimique**

- a été évaluée selon le DSM V

Sample	Month	N	Percent weight		% with LOCE	% with BED
			loss	(SD)		
Total sample	0	2157	-	-	35.00	12.70
	12	1774	-29.45	(11.04)	24.60	2.10
	24	1578	-30.03	(12.06)	30.20	2.70
	36	1507	-28.20	(12.08)	31.70	3.30
	48	1480	-26.58	(12.25)	31.50	3.90
	60	1502	-25.62	(12.22)	30.60	3.70
	84	1049	-25.26	(12.42)	26.40	4.00

Épidémiologie

L'étude la plus longue, sur 7 ans Smith et al.

Facteurs protecteurs d'un LOC postopératoire

- Âge plus élevé
- Genre masculin
- Score BDI plus élevé
- Estime de soi plus élevée
- Alimentation plus fractionnée
- Autosurveillance des apports alimentaires
- Autosurveillance du poids

Lien avec l'évolution pondérale

Association significative entre la présence d'un LOC après chirurgie

- et le pourcentage de **perte de poids** :
 - LOC dans les 6 derniers mois = perte de poids de 1,7 % inférieure
 - perte de poids globale inférieure de 6,2 %
- et le pourcentage de **reprise de poids**
 - LOC associé à la reprise de 20 % du poids maximal perdu
 - La reprise de poids médiane était de 23 % du poids maximal perdu à 7 ans

Loss of Control Eating and Binge Eating in the 7 Years Following Bariatric Surgery
Smith KE Obesity Surgery 2019 Jun;29(6):1773-1780

Eating pathology and associations with long-term changes in weight and quality of life in the longitudinal assessment of bariatric surgery study.
Devlin MJ et al. Int J Eat Disord. 2018 Dec; 51(12): 1322–1330

Présentations cliniques

Hyperphagie boulimique DSM V 2013

Un accès hyperphagique :

3/5

- **temps limité** (< 2 heures)
 - **quantité** largement supérieure
 - **perte de contrôle**
- +
- beaucoup plus **rapidement** que la normale
 - sensation pénible de **distension abdominale**
 - en l'**absence d'une sensation physique de faim**
 - manger **seul** parce que l'on est gêné
 - se sentir dégoûté de soi-même, déprimé ou très **coupable**

Pas associés au recours régulier à des comportements compensatoires inappropriés

Évolution > 3 mois

Niveau de sévérité : fonction du nombre d'accès par semaine

Hyperphagie boulimique DSM V 2013

Un accès hyperphagique :

- **temps limité** (< 2 heures)
- **quantité largement supérieure**
- **perte de contrôle**

Comment déterminer si la quantité d'aliments consommée est « largement supérieure » au sein d'une population post-opératoire?

Comportements alternatifs ?

- se sentir honteux, déprimé ou très **coupable**

Pas associés au recours régulier à des comportements compensatoires inappropriés

Évolution > 3 mois

Niveau de sévérité : fonction du nombre d'accès par semaine

Hyperphagie boulimique DSM V 2013

Un accès hyperphagique :

3/5

- Volumes restreints
Anorexie

-> distinguer comportements
pathologiques / conséquences
postopératoires

- beaucoup plus **rapidement** que la normale
- **sensation pénible de distension abdominale**
- **en l'absence d'une sensation physique de faim**
- manger **seul** parce que l'on est gêné
- se sentir dégoûté de soi-même, déprimé ou très **coupable**

Pas associés au recours régulier à des comportements compensatoires inappropriés

Évolution > 3 mois

Niveau de sévérité : fonction du nombre d'accès par semaine

Hyperphagie boulimique DSM V 2013

Un accès hyperphagique :

3/5

- **temps limité** (< 2 heures)
 - **quantité** largement supérieure
 - **perte de contrôle**
- +
- beaucoup plus **rapidement** que la normale
 - sensation pénible de **distension abdominale**
 - en l'**absence d'une sensation physique de faim**
 - manger **seul** parce que l'on est gêné
 - sentir dégoûté de soi-même, déprimé ou très

Symptôme le plus exploré
Caractéristique essentielle
à considérer ?

Pas associés au recours régulier à des comportements compensatoires inappropriés

Évolution > 3 mois

Niveau de sévérité : fonction du nombre d'accès par semaine

Anorexie mentale ?

Clinique TCA après chirurgie

Eating Disorder DSM criteria for each patient.

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

Conceição E. et al. Int J Eat Disord. 2013 April ; 46(3): 274–279.

Clinique TCA après chirurgie

Eating Disorder DSM criteria for each patient.

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

8/12 TCA préop
3 étaient diagnostiqués
Autres : majoritairement BED

Comportements alternatifs

Rumination
Mâcher/recracher
= alternatives à la
compulsion

Dumping
= conduits de purge

✓ - 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.

Conceição E. et al. Int J Eat Disord. 2013 April ; 46(3): 274–279.

Anorexie mentale DSM V 2013

- A. Restriction des apports énergétiques** par rapport aux besoins aboutissant à un **poids significativement trop faible**

- B. Peur intense de prendre du poids** ou de devenir gros alors que le poids est inférieur à la normale, ou **persistance de comportements venant interférer avec la prise de poids**

- C. Altération de la perception du poids ou de la perception de la forme de son propre corps**, influence excessive du poids ou de la forme corporelle sur l'estime de soi, ou déni de la gravité de la maigreur actuelle

Anorexie mentale DSM-5

Restriction « auto-imposée » en plus de la restriction liée à l'intervention chirurgicale.

A. Restriction des apports énergétiques par rapport aux besoins aboutissant à un **poids significativement trop faible**

B. Peur intense de prendre du poids ou de devenir obèse, ou **restriction des apports énergétiques** si le poids est inférieur à la normale, ou **restriction des apports énergétiques** avec la prise de poids

Qu'est-ce qu'un poids trop faible en post opératoire ? -
-> Diagnostic de dénutrition

C. Altération de la perception du poids ou de la forme corporelle, **influence excessive du poids ou de la forme corporelle sur l'estime de soi**, ou déni de la gravité de la maigreur actuelle

Anorexie mentale DSM V 2013

A. Restriction des apports caloriques et poids significativement $\leq 85\%$ du poids attendu

Patients éduqués au risque de prise de poids par non-adhésion aux conseils.

Ont vécu des bénéfices++ de la perte de poids.

Peur cliniquement pertinente.

-> Comportements persistants, envahissants ?

B. Peur intense de prendre du poids ou de devenir gros alors que le poids est inférieur à la normale, ou persistance de comportements venant interférer avec la prise de poids

C. Altération de l'image corporelle et de l'estime de soi

Souhaité

Une prise de poids n'est pas forcément un objectif.

-> Comportements envahissants, extrêmes ?

Intrication avec ES de la chirurgie : ex. vomissements

-> « Intégration/rationalisation » d'ES de la chirurgie

Anorexie mentale DSM V 2013

A. Restriction des apports énergétiques par rapport aux besoins aboutissant à un **poids significativement trop faible**

B. Peur intense de prendre un poids inférieur à la normale, **avec la prise de poids**

Excès de peaux

gros alors que le poids est **tements venant interférer**

C. Altération de la perception du poids ou de la perception de la forme de son propre corps, influence excessive du poids ou de la forme corporelle sur l'estime de soi, ou **déni de la gravité** de la maigreur actuelle

Plutôt : déni persistant de la gravité de l'état nutritionnel actuel

Que rechercher ?

Que rechercher ?

- **Recherche du symptôme LOC**
- **Crise hyperphagique** : physiquement impossible
 - > recherche de comportements alternatifs
 - Textures liquides
 - Mâcher-recracher, rumination
 - > recherche d'indices
 - Dumping syndrome précoce ou tardif (hypoglycémies)
- **Comportements compensatoires ou de purge**
 - Vomissements : Involontaire ou volontaire
 - Dumping syndrome précoce
- **Critères d'anorexie mentale même si IMC normal ou obésité**

Conclusions

- En post opératoire, les TCA ont tendance à s'améliorer voire à disparaître, puis à récidiver ou à évoluer sous un autre type de TCA à court ou moyen terme
- Intérêt d'une réévaluation régulière de la présence de ces troubles tout au long du suivi post-opératoire sur le long terme
- Car il semble que la résurgence des TCA mette en échec les résultats pondéraux, mais pas que
 - > Intérêt d'une évaluation psychiatrique rigoureuse et standardisée
 - > Pour proposer une prise en charge spécifique
- Recommandations HAS 2024...

Merci de votre attention 😊