

Valentí M, Pacchiarotti I, Bonnín CM, Rosa AR, Popovic D, Nivoli AMA, et al. Risk factors for antidepressant-related switch to mania. *J Clin Psychiatry* 2012;73(2):271–6.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.eurpsy.2013.09.260>

Hyperphagie boulimique, obésité morbide et chirurgie bariatrique

Président : J.-P. Kahn, CHU de Nancy, hôpitaux de Brabois, 54000 Nancy, France

S20A

Hyperphagie boulimique : évolution des concepts et critères diagnostiques actuels (DSM V)

C. Foulon

Clinique Villa-Montsouris, 75013 Paris, France

Mots clés : Boulimie ; Hyperphagie boulimique ; Syndrome d'alimentation nocturne ; DSM V

L'individualisation des troubles alimentaires dans le sens d'un excès d'alimentation s'est faite très tardivement par rapport aux troubles dits restrictifs. Les critères de la boulimie ont été pour la première fois décrits par Russell en 1976. Les troubles alimentaires se sont divisés en Anorexie mentale avec deux sous-types (restrictif et purgatif) et Boulimie dite « normopondérée ». Tous les autres tableaux cliniques qui ne remplissaient pas la totalité des critères d'un de ses deux troubles entraient dans la catégorie des troubles alimentaires non spécifiés « Eating Disorders not Otherwise Specified ou EDNOS » dans le DSM IV TR. Ces catégories ne semblaient pas pertinentes pour décrire l'ensemble de la pathologie et il est apparu nécessaire de les refondre. Les critères de diagnostic tels qu'ils étaient proposés ne permettaient pas de décrire des formes modérées de ces troubles et de pouvoir rendre compte du degré de sévérité du symptôme ou de l'existence de stratégies de contrôle du poids. Les classifications se sont faites de façon empirique. Parallèlement à ces classifications (DSM IV TR, CIM 10), différents travaux se sont appliqués à prendre en compte une plus grande diversité de symptômes avec en particulier la description du syndrome d'alimentation nocturne « Night Eating Syndrome ou NES ». Le DSM V a intégré ces travaux et a reconnu comme trouble l'hyperphagie boulimique « binge eating disorder » qui se définit comme l'ingestion de grandes quantités de nourriture sur une courte période avec sentiment de perte de contrôle ce qui le différencie du phénomène plus courant de l'hyperphagie qui est associé à moins de problèmes physiques et psychologiques. La conséquence de ces désordres liés à l'excès de nourriture sont le surpoids et surtout l'obésité avec ses conséquences somatiques. Le fait d'avoir une description clinique précise de ces troubles permet de leur appliquer des thérapies pertinentes. Les propositions de traitement doivent absolument tenir compte des caractéristiques cliniques et psychologiques des sujets.

Pour en savoir plus

Keel PK, Crosby RD, Hildebrandt TB, Haedt-matt AA, Graverer JA. Evaluating new severity dimensions in the DSM 5 for bulimic syndromes using mixture modeling. *Int J Eat Disord* 2013;46(2):108–18.

Trace SE, Thornton LM, Root TL, Mazzeo SE, Lichtenstein P, Pedersen NL, Bulik CM. Effects of reducing the frequency and duration criteria for binge eating on lifetime prevalence of bulimia nervosa and binge eating disorder: implications for DSM 5. *Int J Eat Disord* 2012;45(4):531–6.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.eurpsy.2013.09.261>

S20B

Antécédents psychotraumatiques et psychopathologie de 767 patients obèses candidats à la chirurgie bariatrique réalisée au CHU de Nancy

P. Witkowski

Hôpitaux de Brabois, CHRU de Vandœuvre-Lès-Nancy, 54500 Vandœuvre-Lès-Nancy, France

Mots clés : Évaluation psychiatrique ; Hyperphagie boulimique ; Obésité morbide ; Chirurgie bariatrique

Nous présentons une étude rétrospective sur l'évaluation psychiatrique pré-chirurgicale de 767 patients obèses (610 femmes et 157 hommes) conduite entre 1997 et 2012 et effectuée par le même psychiatre. Notre étude confirme les données de la littérature en ce qui concerne les variables sociodémographiques, la prévalence des troubles psychiatriques et celles des troubles de la personnalité. D'autres résultats sont néanmoins divergents, notamment les prévalences des addictions et des différents troubles alimentaires, qui sont plus élevées dans notre étude. Les liens entre les psychotraumatismes et les troubles psychiatriques comorbides, ainsi qu'entre les psychotraumatismes et l'hyperphagie boulimique sont confirmés dans notre travail. L'intérêt de cette étude tient à son effectif qui autorise une bonne puissance statistique et permet d'étudier les deux sexes séparément. Les résultats les plus significatifs sont les suivants :

- le sexe masculin est associé aux antécédents personnels d'addictions au tabac et à l'alcool alors que le sexe féminin est corrélé aux troubles de l'humeur et aux tentatives de suicide ;
 - les antécédents de psychotraumatismes sont associés dans les deux sexes aux addictions, aux troubles de l'humeur et aux tentatives de suicide, auxquels s'ajoutent les troubles anxieux chez les femmes ;
 - le début de l'obésité est plus précoce chez les femmes (avant l'âge adulte) ;
 - le sexe féminin est associé à l'hyperphagie boulimique et le sexe masculin à l'hyperphagie prandiale ;
 - chez les femmes, l'hyperphagie boulimique est associée aux antécédents d'addictions, de troubles de l'humeur, de troubles anxieux, de tentatives de suicide, aux différents types de traumatisme (carences affectives, violences directes et indirectes, abus sexuels) et au cumul des traumatismes ;
 - chez les hommes, l'hyperphagie boulimique est uniquement associée aux antécédents d'addiction et aux carences affectives ;
- Nous envisageons ensuite l'impact des événements de vie stressants sur le comportement alimentaire de ces sujets et comment l'analyse bénéfice-risque conditionne la décision chirurgicale.

Pour en savoir plus

Jones-Corneille LR, Wadden TA, Sarwer DB, Faulconbridge LF, Fabricatore AN, Stack RM, Cottrell FA, Pulcini ME, Webb VL, Williams NN. Axis I psychopathology in bariatric surgery candidates with and without binge eating disorder: results of structured clinical interviews. *Obes Surg* 2012;22:389–97.

Mazzeo SE, Saunders R, Mitchell KS. Gender and binge eating among bariatric surgery candidates. *Eat Behav* 2006;7:47–52.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.eurpsy.2013.09.262>

S20C

L'existence d'une hyperphagie boulimique influence le choix de la technique opératoire en chirurgie de l'obésité

N. Reibel

Service de chirurgie générale, hôpital Central, CHU de Nancy, 54000 Nancy, France

Mots clés : Chirurgie bariatrique ; Hyperphagie boulimique ; Obésité

On distingue trois catégories d'interventions en chirurgie bariatrique :– les techniques restrictives, comme l'anneau gastrique ajustable (AGA) ou la gastroplastie verticale calibrée (GVC), réduisent la capacité de l'estomac et freinent mécaniquement le passage du bol alimentaire, – les techniques mal absorbatives pures, qui sont abandonnées en raison du risque de carences gravissimes, – les techniques mixtes, comme le court circuit gastrique (CCG) ou la gastrectomie en manchon (GM) ; elles associent restriction et mal digestion, provoquant des modifications des sécrétions hormonales digestives induisant des effets satiétogène et anorexigène. L'existence d'une hyperphagie boulimique (HB) est un facteur de risque de reprise pondérale quel que soit le type d'intervention [3]. En raison d'une morbi-mortalité post-opératoire immédiate quasi nulle, l'AGA reste très pratiqué en France. Les résultats à dix ans retrouvent pour certain un taux d'échec de 50% [2], lié à des complications, favorisées par l'HB, nécessitant une conversion de technique chirurgicale. Parmi les 196 patients opérés d'une GCV entre 1994 et 2005 à Nancy, 50% présentaient une HB. Malgré une psychothérapie préopératoire, le taux d'échec à dix ans était de 20%, dû à la récurrence d'HB responsable de complications, nécessitant une réintervention. Parmi les techniques mixtes, le taux d'échec de la GM à cinq ans varie de 15 à 25%, en partie lié à une dilatation du tube gastrique, favorisée par l'HB, nécessitant une réintervention. Après CCG, en cas de reprise pondérale liée à une récurrence de l'HB, dans la majorité des cas, la prise en charge psychothérapeutique permet de retrouver l'efficacité du montage chirurgical sans réopérer, contrairement à la GM ou aux techniques restrictives devenues contre indiquées pour nous en cas d'HB [1]. Le rôle du psychiatre au sein de l'équipe multidisciplinaire de chirurgie bariatrique est essentiel pour le choix de la technique opératoire et maintenir son efficacité au long court.

Références

- [1] Chevallier JM, et al. Predictive factors of outcome after gastric banding: a nationwide survey on the role of center activity and patients' behavior. *Ann Surg* 2007;246:1034–9.
- [2] Lanthaler, et al. Long-term results and complications following adjustable gastric banding. *Obes Surg* 2010;20:1078–85.
- [3] Colles SL, et al. Grazing and loss of control related to eating: two high-risk factors following bariatric surgery *Obesity* 2008;16:615–22.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.eurpsy.2013.09.263>

Posters

P104

Faisabilité du protocole MBCT pour des patients phobiques sociaux. Une étude pilote : évolution et perspectives à venir

L. Sala, D. Rambaud, B. Aubriot

Groupe public de santé Perray-Vaucluse, 75017 Paris, France

Nous avons mis en place dans notre CMP de secteur adulte, des protocoles de Mindfulness-Based Cognitive Therapy (MBCT) spécifiquement adaptés à des patients souffrant de phobie sociale. L'objectif de cette étude pilote était d'examiner l'efficacité du développement de MBCT à des patients souffrant de phobie sociale. Trente patients ont participé à ce jour à cette étude. Vingt-quatre personnes ont terminé le cycle en huit semaines, six n'ont pas pu être re-testés. Nous allons décrire et justifier les motivations qui nous ont amené à adapter le protocole MBCT spécialement conçu par Segal et al. [3] pour la prévention des récurrences dépressives à des phobiques sociaux. Très peu d'études existent actuellement

dans la littérature à ce sujet [1,2], aucune en population française. Nous allons décrire les modalités de ces groupes ainsi que le profil de ces patients et de ceux qui n'ont pas terminé le protocole. Nous discuterons les résultats ainsi que l'évolution des instruments d'évaluation utilisés tout au long de l'étude. Commentaires des résultats ainsi que les limites et les pistes à venir afin de finaliser au mieux l'évolution et les changements.

Références

- [1] Bögels SM, Sijbers GFVM, Voncken M. Mindfulness and task concentration training for social phobia: a pilot study. *J Cogn Psychother InternQuarter* 2006;20(1):33–44.
- [2] Kim YW, Lee SH, Choi TK, Suh SY, Kim B, Kim CM, et al. Effectiveness of mindfulness-based cognitive therapy as an adjuvant to pharmacotherapy in patients with panic disorder or generalized anxiety disorder. *Depression Anxiety* 2009;26(7):601–6.
- [3] Segal ZV, Williams JMG, Teasdale JD. In: Goldbetter-Merinfeld E, editor. *La thérapie cognitive basée sur la pleine conscience pour la dépression : une nouvelle approche pour prévenir la rechute*. Bruxelles: Éditions De Boeck Université; 2006, 375 p.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.eurpsy.2013.09.264>

P105

Entérocolite nécrosante sous antipsychotiques : à propos d'un cas clinique

A. Merlot, J. Nargeot, M. Buard, A. Viala, M.-N. Vacheron

Secteur 75G13, CH Sainte-Anne, 75014 Paris, France

Mots clés : Entérocolite nécrosante ; Antipsychotiques

Introduction.– L'entérocolite nécrosante est une complication rare des antipsychotiques (un cas/2000 patients traités); tous les antipsychotiques peuvent y participer (63% des patients de la littérature étaient traités par antipsychotique atypique), particulièrement lorsqu'ils sont associés à un traitement anticholinergique (antiparkinsonien, antidépresseur imipraminique); elle peut être un effet indésirable souvent méconnu, mais toujours grave car elle conduit au décès du patient dans 40 à 60% des cas. Elle est peu documentée dans la littérature et essentiellement sous forme de cas cliniques.

Cas clinique.– Nous rapportons le cas d'un jeune patient âgé de 25 ans, pris en charge pour un trouble schizoaffectif depuis une dizaine d'années, non compliant aux soins et plusieurs fois hospitalisé sous contrainte, résistant à plusieurs séquences thérapeutiques. Ce jeune homme avait été réhospitalisé pour une rechute délirante marquée par un vécu délirant persécutif et hypochondriaque avec de multiples cénesthopathies, associées à des troubles du comportement à type d'agitation psychomotrice. Il a présenté un cas d'entérocolite nécrosante alors qu'il était traité par quétiapine et zuclopenthixol ASP, et a dû bénéficier d'une colectomie totale en urgence du fait d'un retard au diagnostic et au traitement, malgré un suivi somatique régulier assuré par un somaticien dans le service.

Discussion et conclusion.– Le diagnostic est particulièrement difficile du fait de la non spécificité du tableau clinique, d'autant qu'elle est souvent la complication d'une constipation ancienne, que l'évolution peut être rapide, et que le pronostic reste réservé. A partir du cas présenté, nous proposons une revue de la littérature et nous discutons les facteurs de risque, les difficultés du diagnostic, les diagnostics différentiels, la physiopathologie et les préconisations thérapeutiques. Il s'agit d'une urgence médicale qu'il faut apprendre à reconnaître et à anticiper pour éviter une évolution spontanément défavorable.

Pour en savoir plus

Nielsen J, Meyer JM. Risk factors for ileus in patients with schizophrenia. *Schizophr Bull* 2012; 38:592–8.