

une population de 227 patients traités par lithium pendant plusieurs années. Nos résultats montrent que le sous-type bipolaire de type I, une histoire d'épisodes mixtes ou saisonnier, la rémission incomplète après un épisode, les antécédents de traumatisme dans l'enfance et la comorbidité avec un trouble addictif sont associés à mauvaise réponse au lithium dans les troubles bipolaires. Les patients présentant ces caractéristiques pourraient bénéficier d'un autre traitement prophylactique en monothérapie ; une association avec le lithium pourrait être discutée dans certains cas.

Références

- [1] Abou-Saleh MT. How long should drug therapy for depression be maintained? *Am J Psychiatry* 1987;144:1247–8.
- [2] Kleindienst N, Engel R, Greil W. Which clinical factors predict response to prophylactic lithium? A systematic review for bipolar disorders. *Bipolar Disord* 2005;7(5):404–17.
- [3] Layden BT, Minadeo N, Suhay J, Abukhdeir AM, Metreger T, Foley K, et al. Biochemical and psychiatric predictors of Li(+) response and toxicity in Li(+) treated bipolar patients. *Bipolar Disord* 2004;6(1):53–61.
- [4] Schulze TG, Alda M, Adli M, Akula N, Arda R, Bui ET, et al. The International Consortium on Lithium Genetics (ConLiGen): an initiative by the NIMH and IGSLI to study the genetic basis of response to lithium treatment. *Neuropsychobiology* 2010;62(1):72–8.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.eurpsy.2013.09.258>

S8B

Y-a-t-il des marqueurs circadiens prédictifs de la réponse au lithium ?

P.-A. Geoffroy

Psychiatrie adulte, hôpital Fontan, CHRU de Lille, 59000 Lille, France

Mots clés : Trouble Bipolaire ; Lithium ; Rythmes circadiens ; Sommeil ; Saison ; Biomarqueurs

Introduction. – Le Trouble Bipolaire (TB) est une maladie récurrente sévère affectant 1 à 4 % de la population générale et débutant avant 21 ans pour la moitié des sujets [3]. Le TB est associé à des perturbations profondes des rythmes circadiens pendant et entre les épisodes. En phase de stabilité thymique, les patients apparaissent hypersensibles aux perturbateurs des rythmes (décalage horaire, travail de nuit, post-partum), ont des cycles veille/sommeil perturbés et des troubles biochimiques (mélatonine, cortisol) [4]. Les anomalies du sommeil précèdent fréquemment les rechutes et un caractère saisonnier des récurrences peut exister [2]. Le lithium (Li) est un traitement de référence du TB pour son efficacité dans la prévention des rechutes et du suicide [1]. Son action est mal connue mais il est démontré que le Li présente des effets circadiens stabilisateurs (allongement de la période des rythmes, pic de température maximale retardé, modification de la sensibilité à la lumière, etc.) [4]. Cependant, 70 à 80 % des patients traités présentent une rechute à deux ans après un épisode majeur [1]. Il apparaît donc indispensable d'identifier des marqueurs prédictifs de réponse au Li où les marqueurs circadiens apparaissent être de bons candidats.

Méthode. – Deux études rétrospectives chez des patients traités par Li depuis au moins deux ans ont recherché des associations entre la réponse au Li (ALDA) et (1) le caractère saisonnier (DSM-IVTR, $n = 128$), et (2) des autoquestionnaires circadiens ($n = 32$) de somnolence diurne (Epworth), chronotype (Horne) et inventaire du type circadien (CTI).

Résultats. – Les patients excellent-répondeurs au Li, comparés aux non-répondeurs, présentent moins fréquemment un caractère saisonnier ($p = 0,02$), davantage de somnolences diurnes ($p = 0,02$), sont plus du matin ($p = 0,02$) et apparaissent plus vigoureux dans leurs rythmes ($p = 0,04$).

Conclusion. – Ces résultats, bien que préliminaires, soulignent l'intérêt d'étudier les marqueurs circadiens de réponse au Li afin d'améliorer la prise en charge thérapeutique des patients.

Références

- [1] Geoffroy PA, Etain B, Henry C, Bellivier F. Combination therapy for manic phases: a critical review of a common practice. *CNS Neurosci Ther* 2012.
- [2] Geoffroy PA, Bellivier F, Scott J, Boudebessé C, Lajnef M, Gard S, et al. Bipolar disorder with seasonal pattern: clinical characteristics and gender influences. *Chronobiol Int* 2013.
- [3] Geoffroy PA, Etain B, Scott J, Henry C, Jamain S, Leboyer M, et al. Reconsideration of bipolar disorder as a developmental disorder: Importance of the time of onset. *J Physiol Paris* 2013.
- [4] McClung CA. Circadian genes, rhythms and the biology of mood disorders. *Pharmacol Ther* 2007.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.eurpsy.2013.09.259>

S8C

Treatment-induced mania in bipolar depression: Identifying at-risk bipolar patients

C. Brichant-Petitjean

Hôpital Fernand-Widal, 75010 Paris, France

Keywords: Antidepressant-induced mania; Bipolar depression; Clinical correlates; Treatment strategies

The treatment of bipolar depression is still an important challenge for clinicians and the number of evidence based options is limited. Antidepressants are the most frequently prescribed drugs for bipolar depression in clinical practice, even though the relative risks and benefits of using this treatment strategy has been strongly debated over the past 25 years. One of the reasons is that several placebo-controlled studies have shown that antidepressants could induce manic or hypomanic episodes and accelerate the rate of cycling, worsening the course of the illness by increasing the number of mood episodes over time. Antidepressant-Induced Manias (AIM) have been reported in a subgroup of about 25 to 30% of bipolar patients. There is an increased risk of mood switch with tricyclic antidepressants (TCAs) and serotonin and noradrenaline reuptake inhibitors (SNRIs). The occurrence of mania during antidepressant treatment is a crucial issue in the clinical management of Bipolar Disorder (BD) since it greatly interferes with the establishment of an optimal treatment for bipolar depression. It can have substantial negative impact on overall mood and psychosocial stability in patients receiving treatment for bipolar depression, possibly leading to treatment resistance. Therefore, the identification of clinical correlates associated with AIM is essential to better identify at-risk subgroups of patients and propose specific individualized treatment strategies for bipolar depression. No risk factors has been replicated so far, mostly because studies are characterized by small sample sizes and by the absence of a consensus definition of AIM, showing conflicting results. In this study, patients were classified according to a restrictive definition, similar to that used by Rouseva et al. (2003). An AIM– group ($n = 135$) was compared to AIM+ patients ($n = 75$) for clinical and sociodemographic factors as well as for psychological dimensions.

Further readings

- Baldessarini RJ, Vieta E, Calabrese JR, Tohen M, Bowden CL. Bipolar depression: overview and commentary. *Harv Rev Psychiatry* 2010;18(3):143–57.
- Frye MA, Helleman G, McElroy SL, Altshuler LL, Black DO, Keck PE Jr, et al. Correlates of treatment-emergent mania associated with antidepressant treatment in bipolar depression. *Am J Psychiatr* 2009;166(2):164–72.
- Rouseva A, Henry C, van den Bulke D, Fournier G, Laplanche J-L, Leboyer M, et al. Antidepressant-induced mania, rapid cycling and the serotonin transporter gene polymorphism. *Pharmacogenomics* J 2003;3(2):101–4.

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