LE DOSSIER
Chirurgie bariatrique

# Aspects psychologiques après une chirurgie bariatrique

**RÉSUMÉ : La chirurgie de l'obésité, qui entraîne le plus souvent une perte importante de poids, peut avoir divers retentissements sur l'humeur des patients ; retentissements étroitement dépendants de leur histoire de vie et de poids, de leur histoire avec la chirurgie.**
**La présence d'une symptomatologie anxio-dépressive ne représente pas nécessairement une contre-indication à la chirurgie, si tant est qu'elle est prise en charge. Une évaluation psychologique avant et après une chirurgie bariatrique est donc nécessaire.**

→ **D. MACHAUX-THOLLIEZ**
Psychologue Clinicienne,
Service de Nutrition,
Hôpital Ambroise Paré,
BOULOGNE-BILLANCOURT.

Confrontées à de fréquents échecs des prises en charges usuelles (diététique, activité physique, approche cognitivo-comportementale, médicaments), stratégies parfois accompagnées d'un soutien psychologique, certaines personnes obèses ont recours à une chirurgie bariatrique afin de perdre du poids, avec comme objectif une amélioration de leur état somatique, psychologique, et/ou social. La chirurgie s'accompagnant d'une perte de poids rapide et importante, de l'ordre de 20 à 30 % du poids initial, il peut s'ensuivre un retentissement sur la sphère psychologique en général, sur l'humeur en particulier.

Même si la plupart des études montrent une stabilité [1, 2], voire une amélioration de l'humeur à 6 et 12 mois d'une chirurgie bariatrique [3], certains auteurs [4] considèrent que, dans la mesure où le poids constitue dans un certain nombre de cas "une protection", la perte de poids induite par la chirurgie pourrait engendrer sensibilité et fragilité postopératoires, des troubles de l'humeur, des affects dépressifs ou des angoisses. Certains décrivent un caractère moins jovial et convivial qu'auparavant ; et d'autres, au contraire, relatent une euphorie face à cette perte de poids.

Dans notre expérience, la chirurgie de l'obésité peut avoir divers retentissements sur l'humeur des patients ; retentissements étroitement dépendants de leur histoire de vie et de poids, de leur histoire avec la chirurgie. Les situations sont en réalité éminemment variables.

## Patient présentant un syndrome dépressif avant la chirurgie

Pour illustrer cette problématique par une situation clinique, on peut citer le cas d'un patient qui présentait une symptomatologie dépressive avant l'intervention chirurgicale. La prise de poids débute dans l'enfance, dans un contexte d'obésité familiale et d'hyperphagie. Son poids se maintenait dans une relative stabilité jusqu'à l'arrêt du sport et l'entrée dans la vie active, majorant sa prise de poids. L'analyse plus détaillée de l'histoire pondérale et psychologique révèle des événements de vie douloureux, retentissant sur son humeur et contribuant manifestement à l'aggravation de l'excès de poids. La répétition de régimes restrictifs, d'échecs des tentatives de perte de poids n'a fait qu'aggra-

ver l'altération de l'image et de l'estime de soi, et a ainsi confronté le patient aux frustrations et échecs, dans un processus d'autoaggravation.

Dans la perspective d'une indication chirurgicale avec la préoccupation que la perte de poids ne vienne pas aggraver la situation psychologique, il faut considérer deux évolutions potentielles. Dans un premier cas, ce patient reste en proie à de nombreux conflits intrapsychiques qui génèrent une symptomatologie anxieuse ou dépressive. Dans la mesure où l'alimentation, sous forme de troubles alimentaires permet de maintenir un certain équilibre psychique, même si cet équilibre est artificiel et particulièrement fragile, la chirurgie sera différée le temps qu'une prise en charge psychologique soit mise en place. On peut craindre, en effet, en l'absence d'un travail psychothérapeutique préalable, un effet négatif de la perte de poids sur la situation psychologique. Il faut donc introduire un délai dans le projet chirurgical.

La situation peut être difficile à gérer si des impératifs somatiques incitent à ne pas tarder dans l'indication chirurgicale. Il faut alors évaluer la balance bénéfices/risques. Dans un second cas, la situation est différente si le patient parvient "à faire avec" son passé douloureux, s'il a bénéficié d'une psychothérapie préalable, et que la symptomatologie dépressive actuelle est avant tout liée à sa situation somatique, aux contraintes des régimes. On peut alors espérer d'une perte de poids une amélioration à la fois somatique et psychologique.

Autre situation, celle d'un patient sans symptomatologie dépressive avant la chirurgie. La demande de chirurgie survient à un moment où l'obésité retentit sur la sphère somatique et/ou sur la qualité de vie. Il a été montré que la chirurgie, et par là même la perte de poids, n'entraîne pas significativement de manifestation dépressive [5]. Toutefois, on peut observer chez certains patients l'apparition d'une symptomatologie dépressive dans les semaines qui suivent l'intervention chirurgicale. Le tableau subdépressif (perte de l'élan vital, difficulté à entrer en action, irritabilité, intolérance à la frustration…) est en lien avec une très grande fatigue physique due à la perte de poids souvent très rapide les premiers mois : la fatigue physique précipite la fatigue psychique. Ces troubles psychologiques peuvent être en rapport avec une dénutrition ou une malnutrition, avec des carences spécifiques en micronutriments et en vitamines qu'il faut savoir dépister. Le soutien psychologique est souhaitable pour aider le patient à passer ce cap douloureux.

Une dépression plus franche peut se déclencher ou se chroniciser lorsque la chirurgie ne permet pas la perte de poids espérée et attendue par le patient, ou lorsque ce dernier se trouve confronté à la réalité douloureuse que ce n'est pas son poids qui entravait sa vie, poids derrière lequel il se cachait et poids qui était responsable de tous les maux, échecs et frustrations, mais ses conflits psychiques non résolus.

De même, des affects anxieux peuvent se majorer quand le patient se trouve privé de la "béquille" que représentait le comportement alimentaire. Les nouvelles contraintes alimentaires liées au montage chirurgical peuvent parfois générer de l'anxiété, comme de ne pas perdre assez de poids, de ne plus en perdre du tout avec en toile de fond la terreur d'en reprendre. Cette crainte est largement répandue chez les patients opérés.

## Conclusion

Une évaluation psychologique approfondie de l'état thymique des patients avant la chirurgie est nécessaire. Pour ce qui concerne la présence d'une symptomatologie dépressive ou d'une dépression franche, la contre-indication est fonction du contexte :

– soit la sensibilité dépressive est en lien étroit avec l'obésité et les nombreux échecs des régimes : la chirurgie n'est dans ce cas pas contre-indiquée dans la mesure où on part du postulat que l'amélioration du poids aura un retentissement positif sur l'humeur,
– soit l'humeur dépressive s'inscrit dans l'histoire de vie du patient ainsi que, et c'est souvent le cas, dans son histoire de poids.

La dépression franche, si elle est prise en charge, n'est pas une contre-indication, non plus que la sensibilité dépressive : tout dépend si des troubles alimentaires jouent le rôle d'anti-dépresseurs ou pas. De plus, faire la demande d'une chirurgie gastrique, donc d'une amélioration de son état somatique, représente le signe de la présence de pulsions de vie.

Un suivi psychologique est également nécessaire en post-chirurgie, suivi qui permet d'appréhender le retentissement de la chirurgie et de la perte de poids dans la vie psychique des patients.

### Bibliographie

1. Angela Y, Angela J, Rubin P *et al.* Body image and quality of life in post massive weight loss body contouring patients. *Obesity*, 2006, 14 : 1626-1636.
2. Song AY, Rubin JP, Thomas V *et al.* Body image and quality of life in post massive weight loss body contouring patients. *Obesity*, 2006, 14 : 1626-1636.
3. Dymek MP, Le Grange D, Neven K *et al.* Quality of life after gastric bypass surgery : a cross-selectional study. *Obesity Research*, 2002, 10 : 1135-1142.
4. Savioz V, Morandi S, Giusti V. Rôle du préavis psychiatrique dans l'évaluation préopératoire des patients candidats à la chirurgie de l'obésité. *Cahiers de Nutrition et Dietetique*, 2005 ; 40 : 4.
5. Machaux-Tholliez D. Transformations physiques, transformations psychiques ? Analyse psychopathologique de patientes obèses avant et après une chirurgie gastrique. Thèse soutenue publiquement le 6 mars 2009 à l'université Paris Ouest Nanterre La Défense.

L'auteur a déclaré ne pas avoir de conflits d'intérêts concernant les données publiées dans cet article.