

**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 graves, – 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.