

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.

Vand der Linden T, Regdosz R, Cabaret P, et al. Acute non-obstructive necrotizing enterocolitis in adults. *Rev Med Intern* 1992; 13: 283–8.

Versini M, Jeandel PY, Desantis MA, et al. Entérocolite nécrosante aiguë: une complication rare des antipsychotiques. *Revue de Médecine Interne* 2012; 33: 151.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.eurpsy.2013.09.265>

P106

Intérêt de l'adjonction de l'hormone thyroïdienne triiodothyronine (T3) aux antidépresseurs dans le traitement de la dépression : revue de la littérature

P. Larrieu, F. Olivier, A. Hanrot

Centre hospitalier de Montauban, 82000 Montauban, France

Mots clés : Tri-iodothyronine ; Dépression ; Traitement

Depuis près d'un demi-siècle, un grand nombre d'études scientifiques ont permis d'approfondir les connaissances sur les liens existant entre anomalies de la concentration des hormones thyroïdiennes et les maladies psychiatriques. Aujourd'hui, il est démontré chez l'animal que l'administration de tri-iodothyronine (T3) augmente les taux cérébraux de sérotonine et qu'un état d'hypothyroïdie est associé à une diminution de la synthèse sérotoninergique. Chez l'Homme, il existe des preuves indirectes qu'une hypothyroïdie entraîne une hyposérotoninergie cérébrale, corrigée par traitement hormonal substitutif avec amélioration clinique. L'Agence américaine de psychiatrie recommande l'administration de la T3 en traitement adjuvant aux antidépresseurs comme alternative dans la dépression résistante. À travers une revue de littérature utilisant les bases de données Pubmed/Medline et Cochrane, nous faisons le point sur les travaux ayant étudié l'intérêt de l'administration de la T3, d'une part, en co-introduction avec un inhibiteur sélectif de la recapture de la sérotonine (ISRS) ou un tricyclique en traitement de première ligne d'une dépression unipolaire ; d'autre part, en adjonction secondaire à un ISRS ou à un tricyclique dans la dépression résistante. Les résultats suggèrent une efficacité de l'administration de la T3 dans le traitement de première ligne en association aux tricycliques et dans le traitement de deuxième ligne en association à la fois aux tricycliques ou aux ISRS. L'efficacité n'a pas été démontrée pour l'association de première ligne T3 + ISRS. Le nombre d'études à haut niveau de preuve reste cependant très faible, avec notamment aucune étude en double aveugle étudiant l'adjonction de la T3 aux ISRS en traitement de deuxième ligne.

Pour en savoir plus

Altshuler LL, Bauer M, Frye MA, Gitlin MJ, Mintz J, Szuba MP, Leight KL, Whybrow PC. Thyroid supplementation accelerate tricyclic antidepressant response? A review and metaanalysis of the literature. *Am J Psychiatry* 2001;158:1617–22.

Aronson R, Offman HJ, Joffe RT, Naylor CD. Triiodothyronine augmentation in the treatment of refractory depression. A meta-analysis. *Arch Gen Psychiatry* 1996;53(9):842–8.

Papakostas GI, Cooper-Kazaz R, Appelhof BC, Posternak MA, Johnson DP, Klibanski A, Lerer B, Fava M. Simultaneous initiation (coinitiation) of pharmacotherapy with triiodothyronine and a selective serotonin reuptake inhibitor for major depressive disorder: a quantitative synthesis of double-blind studies. *Int Clin Psychopharmacol* 2009(1):19–25.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.eurpsy.2013.09.266>

P107

Évaluations des traitements de la schizophrénie à travers une enquête auprès des psychiatres de l'Est Algérien. . .

M. Benabbas^a, O. Benelmouloud^b

^a HMRUC/5^e RM, Constantine, Algérie

^b Université de Constantine 3, Constantine, Algérie

Mots clés : Traitement de la schizophrénie ; Habitudes de soins ; Recommandations de traitement

Évaluer l'adéquation entre les pratiques de prescription en conditions réelles et les recommandations internationales pour des sujets schizophrènes. Bien qu'il n'existe pas de définition consensuelle du traitement de la schizophrénie. Nous avons mesuré au moyen d'une enquête d'opinion le consensus des psychiatres algériens sur leur pratique quotidienne du traitement de la schizophrénie et leurs habitudes de traitements et enfin les résultats obtenus. Il était demandé aux psychiatres de remplir une fiche sur laquelle sont mentionnés les différents tableaux cliniques de la schizophrénie qu'ils reçoivent ; les traitements prescrits en première intention, pourquoi la préférence pour tel produit et non pas l'autre, à partir de quel moment ils jugent de la résistance au traitement, changent-ils de traitements ou orientent-ils vers les hôpitaux psychiatriques, quantifier la compliance et l'observance du malade pour tel ou tel produit (résultats sous forme de pourcentage). L'enquête touche au premier lieu les psychiatres exerçant dans le privé et ceux des centres intermédiaires en santé mentale. Dans un deuxième temps, elle s'élargira à ceux exerçant dans le secteur public, les établissements hospitaliers spécialisés et les services de psychiatrie hospitalo-universitaire.

Pour en savoir plus

Brunot A, Lachaux B, Sontag H, et al. Étude pharmacoépidémiologique de la prescription des antipsychotiques en milieu psychiatrique en France. *Encephale* 2002;28:129–38.

Lehman AF, Lieberman JA, Dixon LB, et al. American Psychiatric Association. Practice guideline for the treatment of patients with schizophrenia, 2nd ed. *Am J Psychiatry* 2004;161–56.

Working Group for the Canadian Psychiatric Association. Clinical practice guidelines: treatment of schizophrenia. *Can J Psychiatry* 2005;50(suppl. 1).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.eurpsy.2013.09.267>

P108

Thérapeutiques des états mixtes : de la théorie à la pratique

F. Medini, W. Homri, I. Ben Romdhane,

A. Belkiria, R. Labbene

Hôpital Razi, 2010 Manouba, Tunisie

Mots clés : État mixte ; Trouble bipolaire ; Thérapeutiques

Introduction.– Les états mixtes se caractérisent par la coexistence de symptômes maniaques et dépressifs au cours du même épisode thymique. En pratique clinique, l'identification de tels états est essentielle.

Objectif.– Le but de ce travail est d'évaluer notre pratique clinique en matière de traitement de l'accès mixte et de la comparer aux recommandations internationales.

Matériel et méthodes.– Il s'agit d'une étude rétrospective portant sur les dossiers de patients atteints de troubles bipolaires, hospitalisés pour accès mixte dans notre service, au cours de la période allant de août 2009 à janvier 2012.

Résultats.– Le sexe ratio était de 0,52 (23 hommes/22 femmes). L'âge moyen de nos patients était de 39,4 ans. Chez la majorité des patients, le traitement de l'épisode mixte reposait sur une association médicamenteuse. Les combinaisons prescrites étaient les suivantes : neuroleptique classique (halopéridol) et antiépileptique (acide valproïque) dans 34 % des cas. Neuroleptique classique (halopéridol) et antiépileptique (carbamézapine) dans 23 % des cas. Antipsychotique atypique (olanzapine) et antiépileptique (acide valproïque) dans 26 % des cas. Antipsychotique atypique (rispéridone) et antiépileptique (acide valproïque) dans 7 % des cas.