



# Obésité et troubles psychiques

Pr Elise Riquin, pédopsychiatre Angers



Avant tout

Attention à l'écueil d'une recherche  
de causalité psychique unique à l'obésité !

Ne pas penser en termes de causalité, penser  
en termes de participation et de conséquences  
pour le sujet

# Obésité et santé mentale



# Obésité et troubles mentaux ?

- Une association fréquente
- Multiples processus impliqués
- Système inflammatoire et immun
- Axe HPA
- Axe intestin/cerveau
  
- Éléments de recherche pour la thérapeutique





# Obésité et dépression



- La dépression : une maladie psychiatrique fréquente
- Caractérisée par :
  - Tristesse
  - perte d'intérêt ou la perte de plaisir
  - sentiments de culpabilités ou de mauvaises images de soi
  - sommeil et appétit perturbés
  - fatigue et concentration diminuée.



- La dépression et l'obésité  
= 2 problèmes largement répandus  
= des implications majeures pour la santé publique.

- Prévalence élevée de la dépression et de l'obésité,

Etude d'une association potentielle

entre la dépression et l'obésité ?

# Une relation bidirectionnelle

- Asso entre surpoids et obésité et dépression chez l'enfant et l'adolescent, mais preuves de la directionnalité mitigées.
- La perte de l'élan vital symptomatique d'une dépression peut influencer
  - la façon de manger en privilégiant la *junk food (comfort food)* à la nourriture saine
  - la fatigue en réduisant son activité physique...
- L'obésité engendre fréquemment une mauvaise image de soi et une stigmatisation sociale pouvant générer une dépression.



Obésité et  
troubles bipolaires

- Les troubles bipolaires : des troubles de l'humeur où des périodes d'excitation (phases hypomanes ou phases maniaques) alternent avec des périodes dépressives.
- Touchent environ 1 à 2 % de la population mondiale.
- Plus fréquemment retrouvés chez les personnes obèses que chez les normo-pondéraux.
- Et l'obésité serait également un facteur de moins bonne réponse au traitement.
- Liens non clairs et étiologies probablement multiples.
- Médicaments thymorégulateurs ayant pour effet secondaire une prise plus ou moins importante de poids (à l'exception notable du topiramate), ainsi que l'apparition d'un syndrome métabolique.

1/3 des patients souffrant de troubles bipolaires souffriraient de façon concomitante d'hyperphagie boulimique qui mène à l'obésité !

# Obésité et troubles anxieux



- Les personnes souffrant d'obésité ont davantage de troubles anxieux que les personnes normo-pondérales.
  - syndrome de stress post-traumatique +++
- Mécanismes peu clairs. Rôle anxiolytique démontré de la nourriture : l'angoisse peut se manifester comme une « faim psychologique ou émotionnelle » et déclencher des grignotages.
  - Les angoisses altèreraient également la perception de la valeur calorique des aliments.
- Traitement ciblé sur les angoisses = effet bénéfique sur la perte de poids possible



# Obésité et TDAH

- Le trouble du déficit attentionnel, avec ou sans hyperactivité (TDAH) =
- un trouble du comportement induisant des
  - difficultés d'attention,
  - de l'hyperactivité
  - et de l'impulsivité.
- La prévalence du TDAH serait de 5,3 % chez les enfants et tend à diminuer chez l'adulte à environ 2,8 %.

- Le TDAH est plus présent chez les personnes avec obésité que dans la population normo-pondérale adulte
- Deux mécanismes potentiels évoqués :
  1. L'obésité ou certains comportements associés pourraient se manifester en TDAH,  
Individus avec hyperphagie boulimique = traits de caractère impulsif = TDAH
  2. L'obésité et le TDAH seraient des expressions différentes d'un mécanisme biologique commun.  
= Déficience du circuit du renforcement (*reward deficiency syndrom*)  
amenant à l'usage de récompenses non naturelles immédiates (prise de nourriture)

Le dépistage et le traitement du TDAH semblent améliorer la perte de poids chez les personnes souffrant des deux pathologies.

Et les  
médicaments  
psychotropes ?



## Un point clef

La balance bénéfice-risque des traitements est psychiatrique,  
mais aussi métabolique

- La prise de poids, un vrai problème global pour la santé de la personne !
- Mauvaise adhésion aux traitements = rechutes des maladies psychiques.
- Syndrome métabolique = baisse de l'espérance et de QOL en bonne santé
- Surrisque d'autres maladies (troubles respiratoires, ostéoarticulaires ou néoplasiques)
- Souffrances en lien avec l'image corporelle, affaiblir la confiance en soi et diminuer les interactions sociales

# Des patients inégaux face à la prise de poids

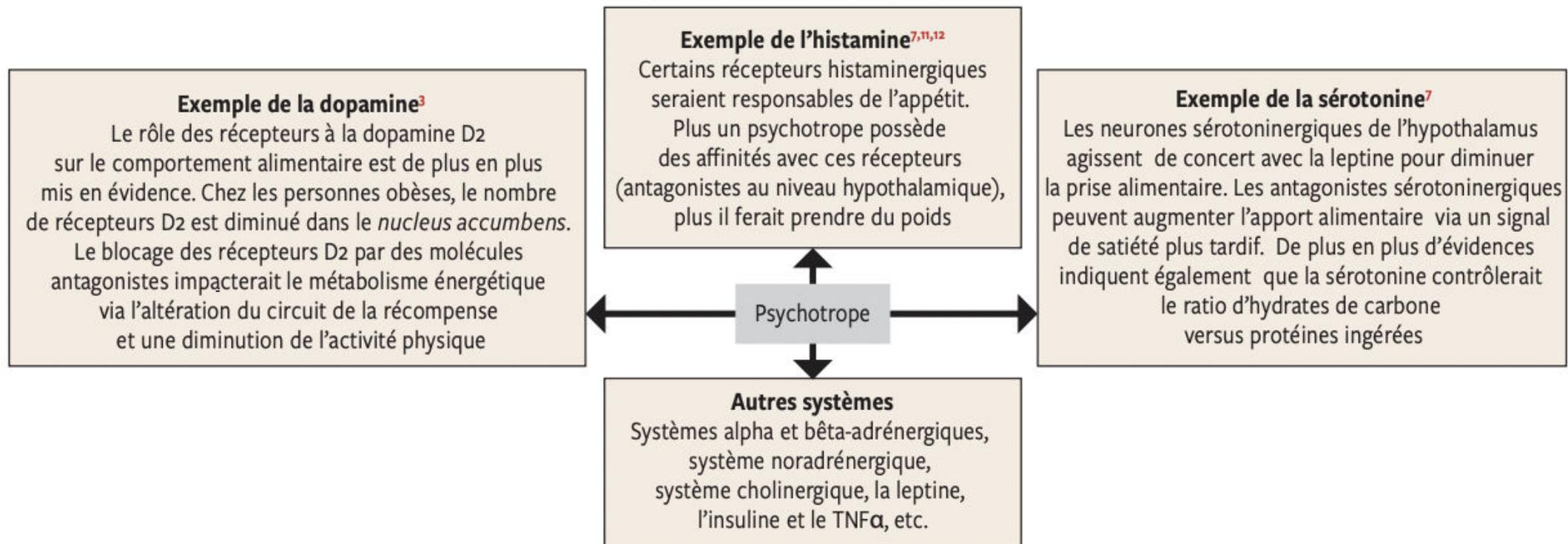
- Différent selon **la classe du psychotrope**, et selon **les sujets**
  - Ex : cytochromes ou prot de transport qui font varier la pharmacocinétique.
- La **posologie** et la **durée** du traitement
- La **réponse clinique**, le **genre**, le **tabagisme**, l'**IMC** initial
- Également en lien avec ses effets (**sédation**)

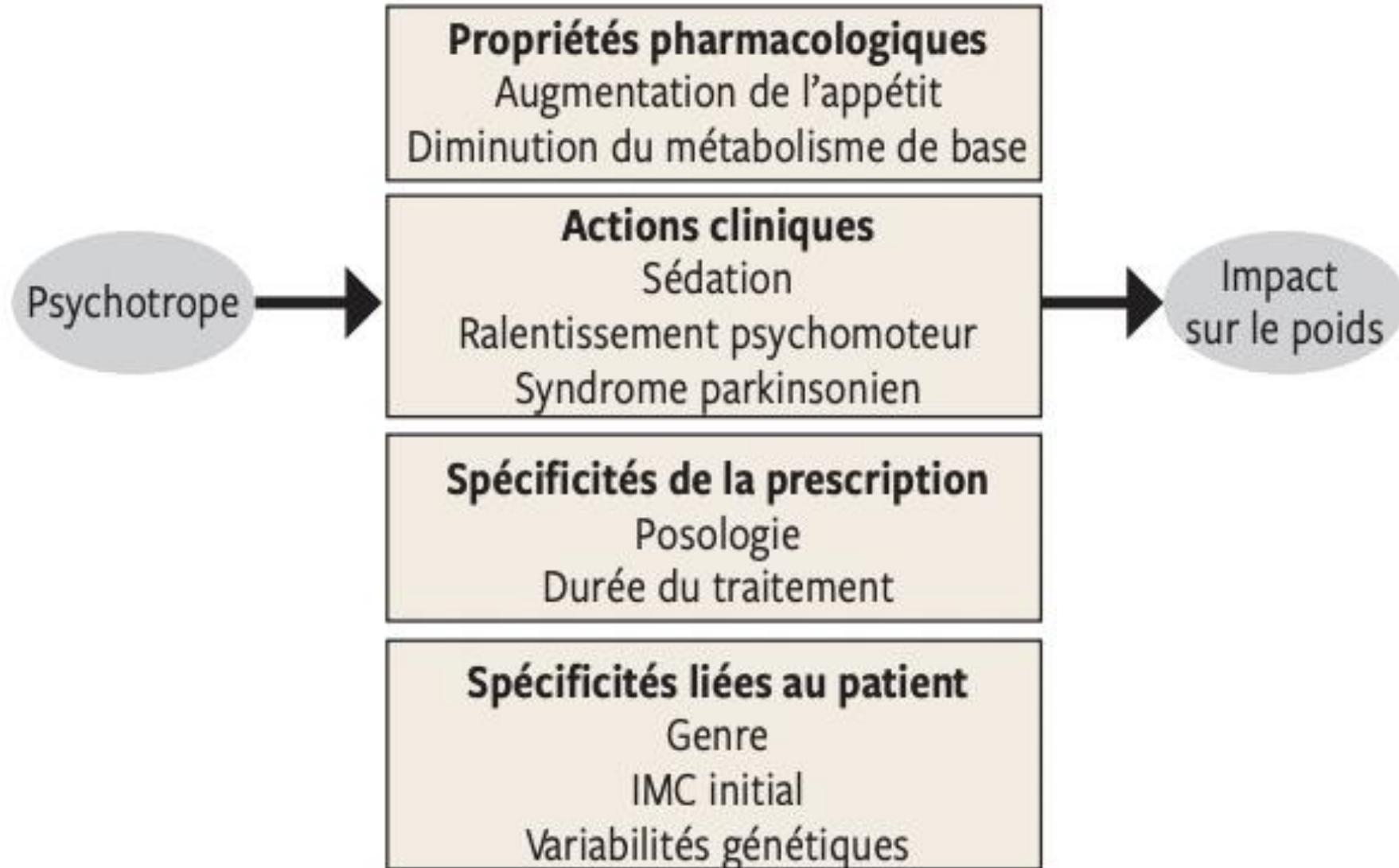
Difficile d'établir un profil de patient à risque

## Prise de poids sous psychotropes > augmentation de l'appétit

- Psychotropes agissent sur neurotransmetteurs en perturbant des mécanismes neuroendocriniens régulant l'appétit
- Impact des psychotropes sur l'appétit varie en fonction des systèmes sur lesquels ils agissent
- Mécanismes souvent combinés
  - + une molécule agit sur différents modulateurs de l'appétit,
  - + elle aura tendance à faire prendre du poids

# Mécanismes pharmaco expliquant l'augmentation de l'appétit





MAIS : on ne peut/doit pas fermer les yeux

« Oh ben oui mais il est tellement malade »

Oui, mais non

# Les traitements antidépresseurs ?

ISRS: inhibiteurs de la recapture de la sérotonine.

Molécules pouvant induire une prise de poids	<ul style="list-style-type: none"><li>• Tous les antidépresseurs tricycliques, surtout amitriptyline</li><li>• Mirtazapine</li><li>• Paroxétine (ISRS)</li></ul>
Molécules n'ayant potentiellement pas d'effet sur le poids	<ul style="list-style-type: none"><li>• La majorité des ISRS</li><li>• Les antidépresseurs doubles actions (venlafaxine et duloxétine)</li></ul>
Molécules pouvant induire une perte de poids	<ul style="list-style-type: none"><li>• Fluoxétine (ISRS): effet potentiellement transitoire, reprise du poids perdu</li><li>• Bupropion</li></ul>

Méta-analyse (Serretti et Mandelli, 2010)

- La plupart des antidépresseurs ont **effets transitoires et négligeables sur le poids corporel** à court terme.
- Sur une période plus longue de 2 à 4 ans (1000 patients déprimés), seule la mirtazapine (Norset) était associée avec prise de poids.
- Plus grande étude : 2545 sujets, statut de dépression et non les médicaments antidépresseurs qui prédisaient 2 ans après prise de poids en analyse multivariée.

Les ATD sélectifs entraînent une prise de poids (à court terme),  
mais l'association dépression-obésité n'est probablement pas expliquée par médicament antidépresseur

# Anxiolytiques

- Pas de lien direct entre benzodiazépines et prise de poids
- Attention aux anti histaminiques et aux beta bloquants

# Thymorégulateurs

- Le lithium = le thymorégulateur agissant le plus sur la prise de poids
  - surtout s'il existe un surpoids ou une obésité au préalable
- **Prise de poids de 10 kg sur 10 ans chez 2/3 des patients**
  - Action sur le taux de la leptine
  - Perturbation fonctionnement thyroïdien.
  - Effet « insuline-like »
  - Sensation de soif et appétence pour les boissons sucrées
  - Rétention hydrosodée.

# Antipsychotiques

Molécules pouvant induire une prise de poids	<ul style="list-style-type: none"><li>• Clozapine (++)</li><li>• Olanzapine (++)</li><li>• Quétiapine (+)</li><li>• Risperidone (+)</li></ul>
Molécules n'ayant potentiellement pas d'effet sur le poids	<ul style="list-style-type: none"><li>• Aripiprazole</li></ul>
Molécules pouvant induire une perte de poids	

- Antipsychotiques de deuxième génération = traitement de premier choix lors de troubles psychotiques et de schizophrénie
- **Responsables de prises de poids plus importantes que ceux de première génération**
- Favoriseraient des dyslipidémies et des troubles du métabolisme du glucose (intolérance au glucose et D2) indépendamment d'une prise de poids
- Forte affinité (antagoniste ou agoniste partiel) aux récepteurs dopaminergiques D2 = le mécanisme commun à tous les antipsychotiques et nécessaire à leur efficacité
- Mais interaction différente avec d'autres types de récepteurs distincts (sérotoninergiques, anticholinergiques muscarinergiques, histaminergiques et noradrénergiques) et avec diverses affinités.
- Les effets pharmacodynamiques multiples et synergiques sont à l'origine de la prise de poids et du syndrome métabolique

# On fait quoi ?

Prise de poids difficile à maîtriser et à inverser

- **Prévenir** dès l'instauration du traitement (majorité du poids pris les premiers mois)
- **Collaboration** rapprochée entre psychiatre, médecin généraliste/endocrino
- Avant la prescription : **Evaluer le risque individuel** de prise de poids et choisir la molécule avec le moins de risques CV
- **Inform**er les patients sur cet E2 lors de l'initiation du traitement et évoquer règles d'hygiène de vie (nutrition et activité physique)
- **Surveiller** les données anthropométriques : poids, tour de taille et hanche, tension artérielle, bilan lipidique, glycémie à jeun
  - Tous les trois mois la première année, puis annuellement

# Et si le poids monte quand même ?

- Switch d'antipsychotique ? Alternatives ?
- Prise en charge psychothérapeutique en TCC ciblée sur les habitudes alimentaires
- Aide médicamenteuse avec Metformine/ analogues GLP1
  - Efficace pour prévenir la prise de poids liée aux antipsychotiques si combinée à des modifications du style de vie

Merci de votre attention