

# Prise de poids et psychotropes : prévention & accompagnement

Pr Sébastien Guillaume

Département d'Urgence et Post Urgence Psychiatrique, INSERM U1061, CHU et Université de Montpellier

Les patients souffrant de troubles psychiatriques sont en mauvaise santé physique. Ainsi jusqu'à 50 % des patients souffrant de schizophrénie ou de trouble bipolaire présentent une obésité. Le taux de mortalité (hors conduites suicidaires) est 4,5 fois plus élevé qu'en population générale principalement du fait des troubles métaboliques et cardio-vasculaires. Si les causes sont multiples, les psychotropes participent largement à ces prises de poids avec un impact variable selon les classes thérapeutiques et les molécules.

Les antipsychotiques de nouvelle génération (utilisés principalement dans la schizophrénie et pour certains d'entre eux dans le trouble bipolaire) ont contribué à une amélioration de la prise en charge tant en termes de bénéfices que de tolérance avec notamment une diminution drastique des effets secondaires neurologiques. Ils sont néanmoins à l'origine d'une augmentation du risque de prise de poids, parfois drastique (jusqu'à 20% dans certains cas), principalement par une action histaminergique mais également par une action sur la leptine et la grhélène voire via une action sur le microbiote intestinal. Toutes les molécules ne présentent pas le même risque vis à vis de la prise de poids. Certaines molécules sont à haut risque de prise de poids (clozapine, olanzapine), d'autres à risque intermédiaire (rispéridone, quétiapine, amisulpride) et une molécule est à faible risque (aripiprazole), même s'il existe cependant pour toutes ces molécules une grande variabilité interindividuelle quant au risque de prise de poids.

Les sels de lithium et l'acide valproïque, thymorégulateurs utilisés dans le trouble bipolaire, peuvent également induire des prises de poids principalement via une augmentation de l'appétit et une modification du métabolisme des glucides et des graisses. A l'inverse, la lamotrigine également utilisée dans certains sous types de trouble bipolaire, semble plutôt protectrice d'une prise de poids.

Les antidépresseurs (utilisés dans le traitement de la dépression mais aussi des troubles anxieux, de certaines douleurs chroniques ou plus rarement dans les troubles des conduites alimentaires) augmentent également le risque de prise de poids sur le long cours. Ce risque est très variable d'une classe à l'autre. Il est majeur avec la mirtazapine ou les antidépresseurs tricycliques (clomipramine, imipramine...) mais beaucoup plus faible avec les antidépresseurs serotoninergiques (sertraline, paroxétine, fluoxétine, citralopram...) qui sont les plus prescrits.

Ces données impliquent une évaluation du rapport bénéfice/risque lors de l'initiation du traitement. Les paramètres pondéraux et métaboliques comme les comorbidités métaboliques doivent être recherchés. Compte tenu de la variabilité interindividuelle de chaque molécule, les éventuels antécédents de prise de poids (ou d'absence de prise de poids) avec une molécule doivent être renseignés.

De même une surveillance régulière doit être réalisée principalement au début. Selon les recommandations actuelles, le poids devrait être monitoré toute les 4 semaines puis de façon trimestrielle. Est également recommandé, lors de l'utilisation d'antipsychotique ou de thymorégulateur, une surveillance du périmètre abdominal ainsi qu'un bilan biologique lipidique et glycémique à l'initiation, à 12 semaine puis annuellement. Une prise de poids rapide dans le premier mois étant souvent prédictive d'une prise de poids importante à 1 an. En cas de surpoids, la gestion de ce surpoids ne doit pas être centrée uniquement sur le médicament. Elle doit être globale (incluant des recommandations hygiéno-diététiques, une incitation à l'exercice...) et multidisciplinaire (psychiatre, généraliste, éventuellement spécialiste de la nutrition).

Un changement de molécule doit être discuté en cas de prise de poids excessive (>7%) toujours selon une balance bénéfice/risque globale.

*De Hert M, Dekker JM, Wood D, Kahl KG, Holt RI, Möller HJ. Cardiovascular disease and diabetes in people with severe mental illness position statement from the European Psychiatric Association (EPA), supported by the European Association for the Study of Diabetes (EASD) and the European Society of Cardiology (ESC). Eur Psychiatry. 2009 Sep;24(6):412-24*

*Gafoor R, Booth HP, Gulliford MC. Antidepressant utilisation and incidence of weight gain during 10 years' follow-up: population based cohort study. BMJ. 2018 May 23;361:k1951.*

*Haute autorité de santé. Comment améliorer la prise en charge somatique des patients ayant une pathologie psychiatrique sévère et chronique 2015*