

RISCOS PSIQUIÁTRICOS DA CIRURGIA BARIÁTRICA

Mariana Gabínio dos Santos
marianagabinio@gmail.com

Alexandre Leal Laux; Alcides José Branco Filho; Marianne Bianca de Almeida
Rodrigues
dr.alexandrelaux@yahoo.com.br, ajbranco@terra.com.br,
marianne.bianca.rodrigues@gmail.com

PALAVRAS-CHAVE: cirurgia bariátrica; consequências psiquiátricas; obesidade.

RESUMO: A cirurgia bariátrica demonstrou ser um tratamento altamente eficaz no controle da obesidade mórbida e comorbidades subsequentes. Embora a literatura evidencie significativas melhorias na qualidade de vida, saúde física e mental dos pacientes que se submetem à intervenção, algumas pesquisas sugerem maior prevalência e pré-disposição à desordens psiquiátricas neste grupo. Os distúrbios costumam se manifestar entre o primeiro e o terceiro ano subsequentes à redução do estômago. A existência prévia de questões em saúde mental mostrou-se pouco preditiva de bom ou mal prognóstico, e consentiu para falta de consensualidade nas contra-indicações psiquiátricas da cirurgia. Assim, o trabalho em questão pretende revisar a bibliografia sobre a influência do procedimento bariátrico em manifestações psicopatológicas pós-operatórias, e consecutivos fatores que podem interferir negativamente no resultado do tratamento, com destaque para: transtornos de humor; psicose; alcoolismo e suicídio.

INTRODUÇÃO: O crescimento exponencial do número de pessoas obesas é um dos problemas de saúde pública mais grave e custoso ao gerenciamento de um país nos dias de hoje. Levando-se em conta a definição da Organização Mundial da Saúde – obesidade como condição crônica e epidêmica, cujo diagnóstico baseia-se no alto índice de massa corporal ($IMC \geq 30 \text{ kg/m}^2$), associado a risco de mortalidade –, há no mundo dois bilhões de adultos que se enquadram em diferentes faixas patológicas do excesso de peso. Destes, uma minoria apresenta obesidade mórbida, com real necessidade de intervenções cirúrgicas, porém devido à inefetividade multifatorial das manobras terapêuticas clínicas, a cirurgia bariátrica tem se mostrado um tratamento de melhor custo-efetividade e de maior auxílio na condução dos casos mais severos. Estudos destacam a gastroplastia como método extremamente seguro e eficaz na perda de peso e na redução, a curto e longo prazo, dos fatores de morbidez à adiposidade, entre eles os níveis de psicopatologia. O impacto dos transtornos psiquiátricos no manejo de pacientes que realizaram cirurgia bariátrica tem sido apontado na literatura. Sucessivas pesquisas das relações entre distúrbio do peso corpóreo e qualidade de vida têm revelado que indivíduos gravemente obesos (obesidade grau III) que procuram tratamento para emagrecer apresentam maior prevalência de distúrbios psiquiátricos ao longo da vida do que indivíduos obesos da mesma comunidade. Dados epidemiológicos mostram uma relação sequencial positiva entre eventos depressivos na infância, episódios de compulsão alimentar na adolescência, sobrepeso e cirurgia bariátrica na vida adulta. Ainda que as evidências científicas pouco respaldam hipóteses que relacionam diagnóstico precoce em

psiquiatria e predição de maior perda de peso após a gastrectomia, muito é conhecido sobre o oposto: os riscos de agravamento de condições psiquiátricas negligenciadas superam os de recidiva de ganho de peso.

Entre os obesos que buscam a intervenção cirúrgica como tratamento para obesidade, o diagnóstico psiquiátrico mais prevalente é do transtorno da compulsão alimentar periódica (TCAP), observado em mais de 40% dos casos. A obesidade acompanhada de episódios de ingestão alimentar descontrolada, de preocupação excessiva com imagem corporal e sinais de psicopatologia – geralmente envolvendo depressão, pode acusar a existência de TCAP no paciente, o que aumenta drasticamente as chances de fracasso na redução de peso após a intervenção.

PERCURSO TEÓRICO: Esse estudo é definido como uma revisão literária na qual foram selecionados 58 artigos relevantes do PubMed que abordam os riscos psiquiátricos pós cirurgias bariátricas. Foram excluídos artigos com mais de 20 anos e com experimentos em animais. Além disso, foram utilizados livros de referência no âmbito psiquiátrico e cirúrgico.

CONCLUSÃO: Assim, o tratamento prévio do transtorno psiquiátrico associado à obesidade demonstra-se favorável à boa evolução cirúrgica ao habilitar o paciente a participar do tratamento com seguimento de longo prazo. Relatam-se maiores níveis de sucesso no rastreamento em saúde mental nas entrevistas psiquiátricas estruturadas e aliadas a testes psicológicos, conduzidas antes e depois da cirurgia. O acompanhamento regular e prolongado no período posterior à gastrectomia também foi satisfatório na identificação de pacientes que ocultaram questões pessoais problemáticas por temor à negação da cirurgia. Infere-se, portanto, que a avaliação realizada por profissional experiente e integrado à abordagem multidisciplinar é essencial para identificar alvos de intervenção clínica e pode ser decisiva para o sucesso do procedimento cirúrgico.

REFERÊNCIAS:

1. BHATTI, J. A., et al. Self-harm emergencies after bariatric surgery: a population-based cohort study. *JAMA Surg*, 2015.
2. ADAMS T. D., MEHTA T. S., DAVIDSON L. E., HUNT S. C. All-cause and cause-specific mortality associated with bariatric surgery: a review. *Curr Atheroscler Rep* 2015
3. ADAMS, T.D., et al. Long-term mortality after gastric by-pass surgery. *Engl Med*, 2007.
4. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-V)*. Washington, DC: American Psychiatric Association; 2013.
5. AMORIM, A. C., et al. Uso de bebida alcoólica em períodos pré e pós-operatório de cirurgia bariátrica. *Rev Col Bras Cir*, 2015.
6. ANDERSEN, T.; LARSEN, U. Dietary outcome in obese patients treated with a gastroplasty program. *Am J Clin Nutr*, v. 50, 1989.
7. ASSIMAKOPOULOS K, et al. Bariatric surgery is associated with reduced depressive symptoms and better sexual function in obese female patients: A one-year follow-up study. *Obes Surg* 2011;
8. BACKMAN, O., et al. Alcohol and substance abuse, depression and suicide attempts after Roux-em-Y gastric by-pass surgery. *BJS Society*, 2016.
9. BACKMAN, O., STOCKELD, D., RASMUSSEN, F., NÄSLUND, E., MARSK, R. Alcohol and substance abuse, depression and suicide attempts after Roux-em-Y gastric by-pass surgery. *BJS Societt*, 2016.

10. BACKMAN, O., STOCKELD, D., RASMUSSEN, F., NÄSLUND, E., MARSK, R. Alcohol and substance abuse, depression and suicide attempts after Roux-em-Y gastric by-pass surgery. *BJS Societt*, 2016.
11. BHATTI J. A., NATHENS A. B., THIRUCHELVAM D., GRANTCHAROV T., GOLDSTEIN B. I., REDELMEIER D. A. Self-harm emergencies after bariatric surgery: A population-based cohort study. *JAMA Surg* 2015.
12. BROLIN R. E, LEUNG M. Survey of vitamin and mineral supplementation after gastric bypass and biliopancreatic diversion for morbid obesity. *Obes Surg*. 1999.
13. BRUNTON, L. L. As bases farmacológicas da terapêutica de Goodman & Gilman. 12 ed. Porto Alegre: AMGH, 2012.
14. Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health. Bariatric Surgery for the Long-Term Treatment of Obesity: a review of the clinical effectiveness and cost-effectiveness. 2016.
15. CHANG, S., et al. Bariatric surgery: na updated systematic review and meta-analysis. *JAMA Surg*, 2014. DOI: 10.1001/jamasurg.2013.3654
16. COPPEN, A., BAILEY, J. Enhancement of the antidepressant action of fluoxetine by folic acid: a randomised, placebo controlled trial. *J Affect Disord*, 2000. MRC Neuropsychiatry Laboratory, West Park Hospital, UK.
17. CORREIA, D. T. A evolução conceptual do delírio. *Rev Serv Psiq Hosp Prof Dr Fern Fon. Dez*, 2014.
18. DINIZ, M. F., et al. Mortalidade no pós-operatório tardio da derivação gástrica em pacientes do sistema único de saúde: elevada frequência de cirrose alcoólica e suicídios. *ABCD Arq Bras Cir Dig*, 2013.
19. DOS SANTOS, A. A. et al. Qualidade de vida de pessoas com obesidade grau III: um desafio comportamental. *Revista da Sociedade Brasileira de Clínica Médica*, vol. 10, 2012.
20. FERNANDES, F. B; ATANAZIO, P. H. M; AGUIAR, R. Psychiatric manifestations of the B12 vitamin deficiency. *Rev ABP-APAL*; vol 14, jul. 1992.
21. FRANKENBURG, F. R. Vitamin discoveries and disasters: History, science and controversies. Santa Barbara, CA: Praeger; 2009.
22. FRIEDMAN M. A, BROWNELL K. D. Psychological correlates of obesity: moving to the next research generation. *Psychol Bull*, vol 117, 1995.
23. FROSST, P., et al. A candidate genetic risk factor for vascular disease: A common mutation in methylenetetrahydrofolate reductase. *Nature Genetics*, 1995.
24. GLOY, V. et al. Atriatic surgery versus non-surgical treatment for obesity: a systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. *BMJ*, 2013.
25. GREGORIO, V. D., et al. O padrão de consumo de álcool é alterado após a cirurgia bariátrica? Uma revisão integrativa. *ABCD Arq Bras Cir Dig*, 2016.
26. HAWKINS, M. A., et al. The associatin between reduced inflammation and cognitive gains after bariatric surgery. *Psychosom Med*, 2015.
27. HERKENHOFF, M. E., et al. Frequência genotípica em amostras de MTHFR para o polimorfismo C677T em pacientes da cidade de Curitiba-PR. *J Bras Patol Med Lab*, 2012.
28. KALARCHIAN, M., et al. Psychiatric disorders among bariatric surgery candidates: relationship to obesity and functional health status. *Am J Psychiatry*, 2007.
29. KING, W. C., et al. Prevalence of Alcohol Use Disorders Before and After Bariatric Surgery. *JAMA*, 2012.
30. KOVACS, Z., et al. Risk of psychiatric disorders, self-harm behaviour and servisse use associated with bariatric surgery. *Acta Psychiatr Scand*, 2016.

31. LATNER, J., et al. Gastric by-pass in a low-income, inner-city population: eating disturbances and weight loss. *Obesity Research*, 2004.
32. LAWLOR BA, RAND CS. Schizophrenia and gastric surgery for obesity. *Am J Psychiatry*. 1986.
33. LE ROUX C. W., AYLWIN S. J., BATTERHAM R. L., BORG C. M., COYLE F, PRASAD V., et al. Gut hormone profiles following bariatric surgery favor an anorectic state, facilitate weight loss, and improve metabolic parameters. *Ann Surg*. 2006.
34. LEDOUX, S., et al. Relevance of Self-reported behavioral changes before bariatric surgery to predict success after surgery. *Obes Surg*, 2016.
35. MARZINKE, M. A., et al. Decreased escitalopram concentrations post-roux-en-Y gastric by-pass surgery. *Therapeutic Drug Monitoring*. Jun, 2015.
36. MAURI M, RUCCI P, CALDERONE A, SANTINI F, OPPO A, ROMANO A, et al. Axis I and II disorders and quality of life in bariatric surgery candidates. *J Clin Psychiatry*. 2008
37. MITCHELL JE, CROSBY R, DE ZWAAN M, ENGEL S, ROERIG J, STEFFEN K, et al. Possible risk factors for increased suicide following bariatric surgery. *Obesity*, 2013.
38. NADKARNI, S., et al. Psychosis in epilepsy patients. *Epilepsia*. 2007;48(suppl 9):S17-S19.
39. NARDI, A. E., SILVA, A. G., QUEVEDO, J. L. PROPSIQ: Programa de atualização em psiquiatria. Ciclo 7, volume 4. Avaliação psiquiátrica no pré-operatório da cirurgia bariátrica. Porto Alegre, 2018.
40. PADWAL R, BROCKS D, SHARMA A. M. A systematic review of drug absorption following bariatric surgery and its theoretical implications. *Obes Rev*. 2010.
41. PEPINO, M. Y. Effect of Roux-en-Y gastric bypass surgery: converting 2 alcoholic drinks to 4. *JAMA Surgery*, 2015.
42. RABINS, P. V., et al. Risk factors for developing atypical (schizophreniform) psychosis following stroke. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci*. 1991;3:6-9]
43. RASERA JR, I., et al. Effectiveness and safety of bariatric surgery in the public healthcare system in Brazil: Real-World evidence from a high-volume obesity surgery center. *Obes Surgery*, 2017. DOI: 10.1007/s11695-016-2439-y
44. REGE, S. Antipsychotic induced weight gain in schizophrenia: mechanisms and management. *Aust J Psychiatry*, 2008.
45. Resolução CFM nº 2.131/2015. Publicada no D.O.U em 13 jan, 2016. Seção I, p. 66.
46. RETAMAL, P., VILLEGAS, D. Uso del ácido fólico y derivados em depresión. *Rev GPU*, 2015.
47. SANTOS, J. G., CRUZ, M. S. Alcoolismo após cirurgia bariátrica: relato de caso. *J Bras Psiquiatr.*, 2016.
48. SCORSATTO, M., et al. Associação entre a homocisteína e os polimorfismos do gene da MTHFR em mulheres brasileiras obesas. *International Journal of Cardiovascular Sciences*, 2015.
49. SHEKELLE, P. G., et al. Mental Health Assessment and Psychosocial Interventions for Bariatric Surgery. Evidence-based Synthesis Program, 2014.
50. SIMON, R. Z., et al. Malformações do sistema nervoso central e a presença da mutação C677T-MTHFR no sangue fetal. *Rer Bras Ginecol Obstetr*, 2013.
51. SMITH, K. E., et al. Problematic alcohol use and associated characteristics following bariatric surgery. *Obes Surg*, 2017.
52. SOUZA, D. M. Análise de polimorfismos da enzima metilenotetrahidrofolato redutase no câncer colorretal. São Paulo, 2016. Dissertação (mestrado) –

Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Programa de Ciências em Gastroenterologia.

53. STRIEGEL-MOORE R. H., FRANKO D. L. Epidemiology of binge eating disorder. *Int Journal Eat Disord*. 2003
54. SUZUKI, J., HAIMOVICI, F., CHANG, G. Alcohol use disorders after bariatric surgery. *Obes Surg*, 2012.
55. TAE, B., et al. O impacto da cirurgia bariátrica nos sintomas depressivos e ansiosos, comportamento bulímico e na qualidade de vida. *Rev Col Bras Cir*, 2014.
56. TAYLOR, V. H., HENSEL, J. Multimorbidity: a review of the complexity of mental health issues in bariatric surgery candidates informed by Canadian Data. *Canadian Journal of Diabetes*, 2017.
57. TINDLE HA, OMALU B, COURCOULAS A, MARCUS M, HAMMERS J, KULLER LH. Risk of suicide after long-term follow-up from bariatric surgery. *Am J Med* 2010;
58. YANOVSKI S. Z, NELSON J. E, DUBBERT B. K, SPITZER R.L. Association of binge eating disorder and psychiatric comorbidity in obese subjects. *Am J Psychiatry*. 1993.
59. YEN, Y., et al. *Psychiatric aspects of bariatric surgery*. Wolters Kluwer Health, 2014.
60. ZWAAN, M., et al. Anxiety and depression in bariatric surgery patients: a prospective, follow-up study using structured clinical interviews. *Journal of Affective Disorders*, 2011.