

Obésité de l'enfant et de l'adulte

1^{re} partie – Obésité de l'adulte

D^r Sébastien Czernichow^{1, 2}, Dr Cécile Ciangura², Pr Jean-Michel Oppert²

1. Centre de recherche en nutrition humaine Île-de-France, hôpital Avicenne (AP-HP), 93017 Bobigny, Université Paris-13 SMBH

2. Service de médecine et nutrition, hôpital Hôtel-Dieu (AP-HP), 75004 Paris, université Pierre-et-Marie-Curie-Paris-6

s.czernichow@smbh.univ-paris13.fr

Objectifs

- Diagnostiquer une obésité de l'adulte.
- Argumenter l'attitude thérapeutique et planifier le suivi du patient.

DIAGNOSTIC

Définition

L'obésité correspond à « un excès de masse grasse entraînant des conséquences néfastes pour la santé » (OMS). Chez l'adulte jeune en bonne santé, la masse grasse corporelle représente 10 à 15 % du poids chez l'homme et 20 à 25 % chez la femme. Les différentes méthodes de mesure de la composition corporelle ne sont pas d'usage clinique courant. En pratique, le statut pondéral est défini à partir de l'indice de masse corporelle (IMC, en anglais BMI pour *body mass index*) qui est le rapport du poids (en kg) sur le carré de la taille (en mètre).

Les seuils sont les mêmes chez l'homme et chez la femme :

- < 18,5 kg/m² : maigreur ;
- 18,5-24,9 kg/m² : poids de référence ;
- 25-29,9 kg/m² : surpoids ;
- ≥ 30 kg/m² : obésité ;
- ≥ 40 kg/m² : obésité massive.

Cet indice a été défini à partir du risque de morbi-mortalité associé à la corpulence à l'échelle d'une population. Il est important de noter que cet indicateur ne renseigne pas directement sur la composition corporelle (masse grasse, masse maigre) ni sur la localisation de l'excès de graisse (obésité abdominale). L'IMC est un indicateur d'adiposité globale.

ÉPIDÉMIOLOGIE

L'obésité touche 12,4 % de la population adulte en France, soit près de 6 millions de personnes : cette prévalence est en augmentation. L'augmentation la plus importante concerne l'obésité massive, qui représente aujourd'hui 0,8 % de la population. Enfin, la prévalence de l'obésité abdominale concerne 30 % de la population.

La prévalence de l'obésité est variable suivant :

- l'âge (la prévalence de l'obésité augmente avec l'âge) ;
- le sexe (les femmes sont plus fréquemment obèses que les hommes : 13 % vs 11,8 %) ;
- les facteurs géographiques (la prévalence de l'obésité suit en France un gradient Nord-Sud : 18 % vs 12 %) ;
- le niveau socio-économique (la prévalence est 3 fois plus importante dans les familles dont les revenus sont les plus faibles par rapport à ceux de revenu élevé, 19 % vs 5 %).

Physiopathologie

L'obésité est une maladie chronique qui suit une évolution avec une phase de constitution (phase dynamique ascendante), une phase de maintien (phase statique) puis le plus souvent des fluctuations pondérales sous l'effet de régimes répétés. Quelle qu'en soit l'origine, la phase de constitution témoigne d'un bilan d'énergie positif (excès d'apport et/ou diminution des dépenses). La phase de maintien de l'obésité traduit un nouvel état d'équilibre énergétique. À chacune de ces phases correspondent des processus physiopathologiques différents. En clinique, le problème sera de reconnaître pour chaque patient quels sont les facteurs déclenchants et les mécanismes qui paraissent prédominer et quels sont ceux qui sont accessibles au traitement.

Le développement de l'obésité dépend de facteurs environnementaux et génétiques qui agissent en interaction : il s'agit d'une pathologie multifactorielle complexe.

✓ **Concernant les aspects génétiques**, on peut considérer que la majorité des obésités résultent d'une prédisposition (gènes de susceptibilité) s'exprimant dans un environnement favorisant. On parle d'une hérédité polygénique (intervention de plusieurs

gènes) en interaction avec des facteurs de comportement ou d'environnement, en premier lieu le niveau d'activité physique ou le type d'apports alimentaires. Dans de rares situations, il est possible d'identifier une anomalie génétique spécifique (obésités monogéniques), correspondant en général à des situations où l'obésité a débuté précocement dans l'enfance : syndromes génétiques au sein desquels l'obésité est associée à diverses anomalies (ex. : syndrome de Willi-Prader par anomalie du chromosome 15).

✓ **Concernant les aspects comportementaux et d'environnement**, les facteurs immédiats favorisant un bilan d'énergie positif sont une activité physique insuffisante et/ou un excès d'apport énergétique favorisé par la prise d'aliments gras, denses en énergie.

Évaluation du sujet obèse

L'examen d'un sujet obèse comprend le recueil de l'histoire du poids et la recherche des facteurs déterminants de l'obésité, l'enquête alimentaire, l'évaluation de l'importance de la surcharge pondérale, de la répartition du tissu adipeux, du retentissement de l'obésité, du contexte psychosocial, ainsi que l'analyse de la demande de prise en charge et des motivations du patient. Réunir ces éléments demande du temps mais est indispensable pour élaborer un programme thérapeutique cohérent.

1. Interrogatoire

✓ **L'anamnèse pondérale** est reconstituée avec précision et résumée sur une courbe de poids à l'aide de repères tels que : carnet de santé, documents de médecine scolaire ou du travail, consultations et/ou traitements motivés par des problèmes pondéraux, poids lors de certains événements remarquables (service militaire, mariage, grossesses, etc.), évolution récente du poids.

Ces éléments permettent de caractériser l'obésité, en particulier l'âge de début et l'ancienneté, le poids précédant les poussées pondérales, le caractère statique ou dynamique du poids actuel, l'impact des interventions thérapeutiques antérieures (phénomène de Yo-yo souvent associé à des régimes très restrictifs itératifs).

Les circonstances les plus fréquentes de prise de poids à rechercher sont : modification du statut hormonal (puberté, grossesse, ménopause) ; choc émotionnel (dépression, deuil) ; changement d'environnement familial (mariage, divorce) ou

professionnel (perte d'emploi) ; sevrage tabagique ; arrêt du sport ; intervention chirurgicale imposant une immobilisation prolongée ; médicaments (antidépresseurs tricycliques, neuroleptiques, lithium, glucocorticoïdes, insuline) ; exceptionnellement : traumatisme crânien, chirurgie de la région hypothalamo-hypophysaire, hypothyroïdie profonde.

✓ **Les antécédents familiaux** sont précisés sur un arbre généalogique : antécédents familiaux d'obésité, suggérant le rôle de facteurs génétiques ; antécédents cardio-métaboliques (diabète, dyslipidémies, hypertension artérielle) et de cancer.

✓ **L'évaluation alimentaire** est un temps essentiel de l'examen. Elle cherche à dépister les troubles du comportement alimentaire fréquents et à identifier des inadéquations évidentes des apports alimentaires. L'évaluation minimale relève la prise de repas (petit déjeuner, déjeuner, dîner) et éventuellement de collations (ex. : goûter) ; l'existence de prises extrapandiales, leur nature, fréquence, horaire, contexte, ressenti ; les boissons consommées (sodas, boissons alcoolisées).

✓ **Certains troubles du comportement alimentaire** sont fréquents dans l'obésité (environ 50 % des cas), mais ni obligatoires ni spécifiques. Souvent sous-tendus par des difficultés psychologiques, ils sont le plus souvent à type de compulsions et de grignotage. La boulimie est rare chez les sujets obèses car elle s'accompagne de stratégies de contrôle du poids par les vomissements.

Le grignotage correspond à l'absorption quasi automatique d'aliments par petites quantités fractionnées, parfois de durée prolongée, sans envie d'un aliment spécifique.

Les compulsions alimentaires sont des impulsions soudaines à consommer un aliment donné, survenant entre les repas, souvent en fin de journée, avec envie de manger un aliment spécifique.

Grignotage et compulsions, parfois associés, peuvent correspondre à une défense comportementale contre l'anxiété.

Le *binge eating disorder* (BED) correspond à des crises alimentaires de type compulsions graves répétées mais, en dehors de régimes plus ou moins fréquents, sans stratégies de contrôle du poids comme dans la boulimie (pas de vomissements provoqués, prise de laxatifs ou diurétiques).

La restriction cognitive, très fréquente, est définie comme « une tentative, réussie ou non, pour réduire sa consommation alimentaire dans le but d'obtenir un poids inférieur au poids spontané ».

QU'EST-CE QUI PEUT TOMBER À L'EXAMEN ?

Compte tenu de la fréquence élevée de cette pathologie, l'item « obésité de l'adulte » peut constituer en soi un dossier complet pour l'ENC ou bien s'intégrer dans des dossiers d'autres spécialités (ex. cardiologie, pneumologie, endocrinologie, rhumatologie...).

En effet, le caractère très transversal de la prise en charge de l'obésité constitue une source inépuisable de questions d'examen à aborder.

Plusieurs questions spécifiques pourraient être abordées. Par exemple :
– donner les principes du conseil diététique
et proposer un plan alimentaire dans la

situation clinique évoquée dans le dossier ;
– évoquer les principales complications médicales associées à l'obésité et proposer les examens complémentaires à réaliser ;
– proposer une stratégie thérapeutique pour un patient obèse ;
– quelles sont les principales indications et contre-indications à la chirurgie bariatrique ? ●

Cette restriction est dite cognitive car elle n'aboutit pas forcément à une réduction effective des apports énergétiques. Ce comportement, source d'insatisfaction chronique, est souvent suivi d'une levée de la restriction (désinhibition) avec présence de compulsions alimentaires qui engendrent une prise de poids.

✓ **L'évaluation simplifiée des apports alimentaires** recherche un excès de graisses alimentaires (beurre, fromage, graisses de cuisson, frites...); un excès de boissons sucrées ou alcoolisées. Quand elle est pratiquée par une diététicienne, l'enquête alimentaire permettra de préciser le niveau de l'apport énergétique quotidien (kcal/24 h) et la proportion relative des macronutriments (%).

✓ **L'évaluation de l'activité physique habituelle** précise le type d'activité physique réalisée dans le cadre professionnel, la pratique d'activités physiques de loisirs antérieures et actuelles (y compris le sport proprement dit) ainsi que l'existence de trajets non motorisés (à pied, à vélo). Pour chaque activité sont notées : l'intensité approximative (faible, moyenne, élevée), la durée à chaque fois, la fréquence (par ex. par semaine). Le niveau de sédentarité est évalué par le temps passé assis ou devant un écran (télévision, ordinateur).

✓ **Contexte psychologique et social** : l'existence d'une dépression ou d'un autre trouble psychologique est fréquente mais non spécifique. Par ailleurs, de nombreux traitements psychotropes (certains thymorégulateurs, neuroleptiques, antidépresseurs, antiépileptiques) peuvent entraîner une prise de poids.

2. Examen physique

✓ **L'évaluation du statut pondéral et de la répartition du tissu adipeux** repose sur :

– l'importance de l'obésité estimée par l'IMC. Certaines prises de poids ne sont pas liées à une augmentation de masse grasse et doivent être reconnues : syndrome œdémateux généralisé (anasarque), augmentation importante de masse musculaire (sportifs de haut niveau) ;

– la répartition du tissu adipeux est estimée par la mesure du tour de taille. Une répartition de la graisse sur la partie supérieure du corps, obésité androïde, est plutôt observée chez l'homme mais également chez la femme après la ménopause. Une répartition sur la partie basse du corps, obésité gynoïde, est plutôt typique de l'obésité féminine. Cette distinction clinique reste schématique.

Le tour de taille est mesuré avec un mètre ruban à mi-distance entre le rebord costal inférieur et l'épine iliaque antéro-supérieure sur la ligne médio-axillaire. Cette mesure clinique simple est importante, car il a été montré qu'elle est bien corrélée avec la quantité de graisse intra-abdominale (graisse viscérale), elle-même associée à un risque accru de complications métaboliques et cardiovasculaires.

Les seuils sont différents chez l'homme et chez la femme :
– ≥ 80 cm chez la femme, ≥ 94 cm chez l'homme : niveau 1 ;
– ≥ 88 cm chez la femme, ≥ 102 cm chez l'homme : niveau 2 ;

La mesure du tour de taille a surtout un intérêt quand l'IMC est inférieur à 35 kg/m^2 . Au-delà, le tour de taille est presque toujours augmenté.

POINTS FORTS

à retenir

■ **L'obésité est une maladie chronique qui correspond à un excès de masse grasse ayant des conséquences néfastes sur la santé. Les facteurs en cause dans le développement de l'obésité sont multiples et intriqués : densité calorique de l'alimentation, sédentarisation, facteurs psychologiques, rôle de l'hérédité, contexte socioéconomique.**

■ **Sa définition repose sur le calcul de l'indice de masse corporelle ($\text{IMC} = \text{poids}/\text{taille}^2$; poids en kg et taille en m). Un $\text{IMC} \geq 30 \text{ kg/m}^2$ définit l'obésité.**

■ **L'obésité est fréquente. Elle touche 12,4 % de la population adulte en France, soit près de 6 millions de personnes ; 0,8 % de la population ont une obésité massive ($\text{IMC} \geq 40 \text{ kg/m}^2$).**

■ **L'obésité est associée à de nombreuses complications somatiques (respiratoires, mécaniques, cardiovasculaires, métaboliques) mais aussi psychologiques et sociales.**

■ **L'obésité abdominale, estimée par une élévation du tour de taille ($\geq 88/102$ cm chez les femmes et les hommes) indique un risque de complications métaboliques (diabète de type 2) et cardiovasculaires.**

■ **L'objectif de la prise en charge thérapeutique de l'obésité n'est pas seulement pondéral, mais vise la prévention, le traitement des complications et l'amélioration de la qualité de vie à long terme.**

■ **La prescription est individualisée et repose d'abord sur les conseils alimentaires, associée chaque fois que possible à la pratique d'une activité physique régulière, et sur le soutien psychologique. Il s'agit d'une prise en charge à long terme.**

(v. **MINI TEST DE LECTURE**, p. 2281)

✓ **La recherche de complications** est réalisée par un examen détaillé (v. complications). En particulier, il est très important que la pression artérielle soit mesurée avec un brassard adapté à la circonférence du bras du patient (risque de surestimation de la pression artérielle et de diagnostic par excès).

✓ **La recherche d'une cause d'obésité secondaire**, même si elles sont exceptionnelles, doivent être reconnues : hypothyroïdie, hypercorticisme (obésité facio-tronculaire associée à des signes de catabolisme ; à noter que la présence de vergetures, même pourpres, est banale surtout dans les obésités de constitution rapide ou après plusieurs pertes de poids massives suivies de reprises pondérales), tumeur hypothalamique ou hypophysaire (troubles du sommeil, hypogonadisme, syndrome polyuro-polydipsique, troubles visuels) ou encore syndrome génétique rare avec obésité (histoire familiale, obésité précoce associée à un syndrome malformatif).

Examens complémentaires

Les examens systématiques sont : glycémie à jeun, bilan lipidique (triglycérides, cholestérol total et HDL, calcul du LDL), uricémie, transaminases et électrocardiogramme (ECG) de repos.

En fonction du contexte clinique sont demandées : polygraphie ventilatoire nocturne de dépistage (recherche d'un syndrome d'apnées du sommeil), épreuves fonctionnelles respiratoires, gazométrie artérielle, épreuve d'effort, ECG...

La recherche d'une cause endocrinienne est orientée par le contexte clinique : TSHus (hypothyroïdie), freinage minute à la dexaméthasone (suspicion d'hypercorticisme).

Complications

L'obésité, par ses nombreuses complications, influe sur le pronostic fonctionnel et vital, notamment dans les situations d'obésité massive. La recherche des complications de l'obésité ne doit pas se limiter aux seules anomalies métaboliques. Le tableau 1 liste les principales complications somatiques de l'obésité.

1. Cardiovasculaires

L'obésité globale et abdominale sont des facteurs de risque d'insuffisance coronarienne (angor, infarctus du myocarde, mort subite), indépendamment des facteurs de risque cardiovasculaire classiques. Le risque de coronaropathie est bien entendu d'autant plus grand que l'obésité est associée aux autres facteurs de risque cardiovasculaires (diabète, hypercholestérolémie, hypertension artérielle, tabagisme, faible condition physique).

L'hypertrophie ventriculaire gauche est l'anomalie cardiaque la plus fréquente chez les sujets obèses. L'insuffisance cardiaque est le plus souvent favorisée par l'hypertension artérielle, l'atteinte coronarienne (insuffisance cardiaque gauche), et/ou l'hypertension artérielle pulmonaire favorisée par le syndrome d'apnées du sommeil (insuffisance cardiaque droite) secondaires à l'obésité. L'obésité est, en elle-même, un facteur de risque d'insuffisance cardiaque.

Les œdèmes des membres inférieurs liés à l'insuffisance veineuse des membres inférieurs sont fréquents, avec dermite ocre et parfois cicatrices d'ulcères. Dans certains cas, les troubles de la circulation lymphatique aboutissent au lymphœdème.

2. Respiratoires

Les conséquences respiratoires des obésités sont généralement sous-estimées ; elles peuvent mettre en jeu le pronostic vital.

L'obésité perturbe la mécanique ventilatoire (réduction de la compliance thoracique et pulmonaire avec augmentation du travail ventilatoire), et est responsable d'un syndrome restrictif. L'association à un asthme, fréquent chez le sujet obèse, ajoute une part obstructive.

Le syndrome d'hypoventilation alvéolaire de l'obésité caractérisé par une hypoxémie avec hypercapnie, de mécanismes multiples, est rare mais sévère. Le syndrome d'apnées du sommeil (SAS) est fréquent, en particulier dans l'obésité massive. Les signes cliniques à rechercher systématiquement sont : hypersomnolence diurne, apnées ressenties ou signalées par l'entourage, ronflements, céphalées matinales, nycturie et troubles de

Tableau 1 Principales complications somatiques des obésités

Cardiovasculaires ■ hypertension artérielle* ■ insuffisance coronarienne* ■ accidents vasculaires cérébraux* ■ thromboses veineuses profondes ■ insuffisance cardiaque	Métaboliques-endocriniennes ■ insulino-résistance* ■ diabète de type 2* ■ hypertriglycéridémie* ■ hypoHDLémie* ■ hyperuricémie*, goutte ■ dysovulation, syndrome des ovaires polykystiques ■ hypogonadisme (homme, obésité massive)
Respiratoires ■ dyspnée, syndrome restrictif ■ syndrome d'apnées du sommeil ■ hypoventilation alvéolaire ■ asthme	Cutanées ■ hypersudation ■ mycoses des plis ■ lymphœdème
Mécaniques ■ gonarthrose, coxarthrose, lombalgies	Rénales ■ protéinurie ■ hyalinose segmentaire et focale
Digestives ■ hernie hiatale ■ lithiase biliaire ■ stéatose hépatique, stéatose hépatique non alcoolique	Risque opératoire
Cancers ■ homme (prostate, côlon) ■ femme (sein, ovaire, col, endomètre)	Autres ■ hypertension intracrânienne ■ complications obstétricales

* : complications pour lesquelles une répartition abdominale du tissu adipeux est considérée comme facteur de risque indépendant de la corpulence globale.

l'érection. Toute suspicion clinique de SAS impose un bilan cardio-respiratoire et ORL et une exploration du sommeil par polygraphie ventilatoire nocturne.

3. Rhumatologiques

La gonarthrose, complication la plus fréquente, est directement en rapport avec l'excès de poids. La coxarthrose, les dorsalgies et lombo-sciatalgies sont aggravées par l'excès de poids. Ces complications mécaniques contribuent à perpétuer l'obésité en limitant les possibilités d'activité physique. Une prise en charge antalgique efficace est indispensable et représente un objectif majeur de la prise en charge, car elle permet la mobilisation des patients et améliore à la fois leur qualité de vie mais aussi leur niveau de dépense énergétique.

4. Métaboliques et endocriniennes

Les principales complications métaboliques de l'obésité sont associées au phénomène d'insulino-résistance et entrent dans le cadre du syndrome métabolique. Le diabète de type 2 diminue l'espérance de vie des sujets obèses par ses complications chroniques. Les anomalies lipidiques typiques sont l'hypertriglycéridémie et la diminution du cholestérol-HDL. L'hyperuricémie est souvent observée et peut être majorée lors de l'amaigrissement surtout s'il est rapide. Enfin, la présence d'une stéato-hépatite non alcoolique (NASH) se manifeste par une cytolase hépatique (avec élévation prédominante des ALAT [alanine-

amino-transférase]) et par la présence d'une stéatose à l'échographie hépatique, avec un risque potentiel de chronicisation des lésions (cirrhose, puis carcinome hépatocellulaire).

5. Cancers

Chez l'homme, l'obésité est associée à un risque accru de cancer de la prostate et de cancer colique. Chez la femme, le cancer de l'endomètre, des voies biliaires et du col de l'utérus, du sein, des ovaires sont plus fréquents chez les sujets obèses. Plusieurs facteurs sont impliqués dans l'augmentation de la mortalité par cancer, notamment dans l'obésité massive, comme le retard au diagnostic et l'inadaptation des examens d'imagerie standard. Les mesures de dépistage habituelles ne doivent pas être négligées : PSA (antigène spécifique de la prostate) [hommes], frottis cervico-vaginal et mammographie (femmes).

6. Psychologiques et sociales

L'obésité est source de préjudice, de discrimination sociale, et est associée à une diminution de qualité de vie. « L'idéal de minceur » peut participer au développement de troubles du comportement alimentaire (restrictions alimentaires puis compulsions) qui favorisent la prise de poids.

7. Autres complications

On note une augmentation du risque de lithiase biliaire, en particulier en cas de perte de poids importante.

Il existe un risque accru de thromboses veineuses profondes, notamment lors d'interventions chirurgicales. Le diagnostic est rendu plus difficile par l'obésité (mauvaise échogénicité à l'échodoppler veineux). Une surveillance renforcée et un traitement anticoagulant préventif sont nécessaires en cas de circonstances favorisant.

ARGUMENTER L'ATTITUDE THERAPEUTIQUE ET PLANIFIER LE SUIVI DU PATIENT

Moyens thérapeutiques (tableau 2)

1. Conseils alimentaires

Il n'existe pas de prescription diététique « standard ». Dans tous les cas, la prescription diététique est individualisée et doit tenir compte des habitudes alimentaires, du contexte socio-économique du patient, éviter les interdits, et fait partie d'une action positive d'information et d'éducation nutritionnelle.

Le type de prescription diététique est variable et dépend de la présence ou non, de troubles du comportement alimentaire, de l'allure de la courbe de poids (stable ou ascendante), du niveau des apports énergétiques de départ et de l'évaluation même approximative des dépenses énergétiques.

Une priorité correspond au rétablissement d'un rythme alimentaire et à la répartition dans la journée en conseillant 3 repas par jour et éventuellement des collations à heures précises. Une auto-évaluation du comportement par un carnet alimentaire sur 7 jours (semainier) peut permettre de mieux appréhender les apports alimentaires du patient.

En cas de troubles du comportement alimentaire, la reprise d'un rythme alimentaire régulier est essentielle avant une réduction des apports énergétiques. Une prise en charge par un psychologue ou un psychiatre peut être nécessaire dans certains cas.

Lorsque l'évaluation alimentaire ne révèle pas d'erreurs qualitatives majeures, la prescription consiste en une réduction des apports énergétiques totaux, adaptée au niveau de la dépense énergétique de repos (DER) qui correspond aux besoins physiologiques de base du patient. Les régimes stricts (<1 000-1 200 kcal/j) entraînent une perte de poids initiale rapide mais sont rarement supportés longtemps et sont source de reprise de poids plus importante. Un objectif raisonnable est d'obtenir une perte de l'ordre de 5 à 10 % du poids de départ, au rythme de 2 à 3 kg/mois.

2. Conseils d'activité physique

L'activité physique aide principalement au maintien du poids après amaigrissement, à la préservation de la masse maigre lors de la perte de poids et à la prévention des complications (diabète, pathologies cardiovasculaires).

Dans tous les cas, la limitation du temps passé à des occupations sédentaires est une priorité.

Un premier objectif est d'atteindre le niveau d'activité physique recommandé à la population générale, soit 30 min/j d'activité d'intensité modérée, comme la marche à un bon pas. Il est possible d'aider le patient à adapter son niveau d'activité de marche par l'utilisation d'un podomètre qui permet de compter le nombre de pas effectués chaque jour : le patient peut s'autoévaluer et suivre ses progrès. Une augmentation de la durée et/ou de l'intensité de l'activité physique peut être proposée sur une base individuelle.

Dans les situations d'obésité massive, la priorité est à la remobilisation, par exemple la reprise de la marche avec l'aide du kinésithérapeute.

Tableau 2 Moyens thérapeutiques de prise en charge de l'obésité en fonction de l'IMC

IMC (kg/m ²)	25-27	27-30	30-35	35-40	≥ 40
Conseils alimentaires, activité physique, soutien psychologique	+	+	+	+	+
Médicaments		avec comorbidités	+	+	+
Chirurgie bariatrique			avec comorbidités	+	+

Tableau 3 Indications et contre-indications à la chirurgie bariatrique

INDICATIONS	CONTRE-INDICATIONS
■ $IMC \geq 40 \text{ kg/m}^2$, ou $IMC \geq 35 \text{ kg/m}^2$ avec comorbidités menaçant le pronostic vital ou fonctionnel ■ âge 18 à 60 ans ■ obésité stable ou s'aggravant ■ malgré une prise en charge spécialisée d'au moins un an et échec des traitements conventionnels en associant des approches complémentaires	■ troubles psychiatriques non stabilisés ■ alcoolisme et toxicomanie ■ impossibilité du suivi médical ■ troubles du comportement alimentaire graves ■ obésité secondaire de cause curable ■ coefficient de mastication insuffisant ■ risque anesthésique majeur ■ pathologie menaçant le pronostic vital

3. Prise en charge psychologique et comportementale

Dans certains cas, le recours à un suivi psychologique spécifique permet en fonction des situations et de la demande du patient de déterminer le type de prise en charge adapté (psychothérapie, psychanalyse, thérapie comportementale, traitement antidépresseur). Dans la majorité des cas, le soutien psychologique est assuré par le médecin en charge du suivi nutritionnel et médical. Cet accompagnement est un aspect essentiel du traitement.

4. Médicaments

Le traitement pharmacologique a pour objectif d'aider à la perte de poids et à son maintien. Il est prescrit en association avec les mesures portant sur le mode de vie (alimentation, activité physique). Deux médicaments sont actuellement disponibles mais non remboursés : l'orlistat (Xenical) et la sibutramine (Sibutral). Les indications sont un $IMC \geq 30 \text{ kg/m}^2$, ou un surpoids ($IMC \geq 28 \text{ kg/m}^2$ pour Xenical et $\geq 27 \text{ kg/m}^2$ pour Sibutral) associé à des facteurs de risque cardiovasculaire.

L'orlistat est un inhibiteur des lipases intestinales réduisant de 30 % l'absorption des graisses. Le principal effet secondaire est une stéatorrhée.

La sibutramine est un inhibiteur sélectif de la recapture de la sérotonine, de la noradrénaline et de la dopamine. Elle exerce principalement un effet anorexigène. Les effets secondaires sont une élévation de la pression artérielle et de la fréquence cardiaque.

Une troisième molécule, le rimonabant (Acomplia), commercialisé prochainement, est un antagoniste des récepteurs endocannabinoïdes (CB1) impliqués dans le système de la récompense.

5. Chirurgie

La chirurgie bariatrique a pour but d'induire un bilan énergétique négatif par un montage au niveau du tube digestif. Plus de 15 000 actes de ce type sont pratiqués, par an, en France. L'indication (tableau 3) doit être discutée par une équipe spécialisée multidisciplinaire, après échec des autres moyens thérapeutiques et un suivi régulier préalable de 1 an.

Les deux interventions les plus pratiquées sont la gastroplastie par anneau ajustable (réversible) et le by-pass gastrique (non réversible). La première intervention est une chirurgie de restriction qui consiste à placer un anneau en silicone autour de la partie proximale de l'estomac. Cela réduit le volume gastrique à une petite poche (50 mL environ) et limite les possibilités d'ingestion. L'anneau est relié par une tubulure à un boîtier localisé sous la peau, permettant par injection de liquide de modifier le diamètre de l'anneau et de moduler l'importance de la perte de poids. Le by-pass ou court-circuit gastrique (Roux-en-Y) consiste à créer une petite poche gastrique (donc une restriction) combinée à une dérivation entre l'estomac et le jéjunum par une anse intestinale montée en Y (donc un certain degré de malabsorption).

L'intervention doit être réalisée par une équipe chirurgicale et d'anesthésistes entraînés. La perte de poids maintenue après 10 ans de suivi est importante : 15 % en moyenne par rapport au poids initial avec la gastroplastie et 25 % avec le by-pass. La chirurgie bariatrique a montré son efficacité dans la réduction de la survenue de certaines complications comme le diabète de type 2. L'effet à long terme sur la mortalité doit être mieux documenté.

Les complications de l'anneau ajustable sont surtout les vomissements et l'intolérance alimentaire, avec possibilité de déplacement de l'anneau induisant une dilatation de la poche, voire de l'œsophage. Les complications du by-pass sont surtout le *dumping* syndrome et la possibilité de carences (minérales, vitaminiques), voire de dénutrition. Une supplémentation (fer, vitamines) est systématique.

Les interventions de type chirurgie plastique ou réparatrice (ex. lipectomie) visant surtout l'excision de la peau excédentaire après amaigrissement (ex. tablier abdominal) sont pratiquées en général après réduction puis stabilisation du poids.

Objectifs du traitement

Le but du traitement ne se réduit pas à la perte de poids. Un objectif de poids raisonnable est fixé après une évaluation clinique détaillée et en tenant compte de la demande du patient. Le degré d'urgence de la réduction pondérale est évalué. Avec la prise en

charge médicale et nutritionnelle, une perte de poids de l'ordre de 5 à 10 % du poids maximal est considérée comme réaliste et permet une amélioration significative des complications.

La prescription est individualisée et repose d'abord sur les conseils alimentaires, associée chaque fois que possible à la pratique d'une activité physique régulière, et sur le soutien psychologique. L'indication d'une chirurgie bariatrique doit rester exceptionnelle, réservée aux cas les plus graves, après évaluation des bénéfices et risques potentiels.

Le traitement des complications ne doit pas être retardé. Il ne repose pas que sur la perte de poids, mais aussi sur les adaptations alimentaires, l'activité physique régulière et les traitements spécifiques (antihypertenseurs, hypolipémiants, antidiabétiques oraux ou insuline, pression positive nocturne CPAP [continuous positive airway pressure], chirurgie des hanches ou des genoux).

En pratique, c'est l'objectif à long terme qui est prioritaire : maintien du poids perdu, stabilisation ou prévention de la reprise de poids, dépistage et traitement des complications et amélioration de la qualité de vie.

Suivi

L'obésité est une pathologie chronique. Une surveillance par des consultations régulières est indispensable. L'adaptation des conseils de mode de vie et des traitements à l'évolution de la situation médicale et générale du patient et à sa tolérance est essentielle.

Une hospitalisation en milieu spécialisé peut être proposée en cas de complication somatique nécessitant des explorations et/ou un traitement urgent ; dans l'obésité massive multicompliquée (en particulier au plan cardio-respiratoire et rhumatologique) ; pour prise en charge multidisciplinaire avant et après chirurgie bariatrique.

Enfin, un régime trop restrictif et déséquilibré comporte des risques : abandon avec reprise de poids et souvent dépassement du poids initial, dénutrition, dépression. ■

À PARAÎTRE : • 2^{de} partie : « Obésité de l'enfant ».

Les auteurs déclarent n'avoir aucun conflit d'intérêts concernant les données publiées dans cet article.

Pour en savoir plus



► Obésité

Monographie

(Rev Prat 2005;55[13]:1405-62)

MINI TEST DE LECTURE de la question 267, p. 2275

A / VRAI ou FAUX ?

- 1 L'obésité est une maladie chronique.
- 2 L'obésité est définie par un indice de masse corporelle (IMC) supérieur à 25 kg/m².
- 3 La prévalence est proche de 1 % en France.
- 4 Elle concerne surtout les familles de haut niveau socio-économique.

B / VRAI ou FAUX ?

- 1 La priorité de la prise en charge de l'obésité est la perte de poids rapide.
- 2 Les régimes restrictifs sont les plus efficaces sur le long terme.
- 3 Une perte de poids modeste de 5 à 10 % est inefficace sur la diminution des facteurs de risque cardiovasculaire.

- 4 Un suivi préalable en consultation n'est pas indispensable avant ce type de chirurgie.

C / QCM

Quelles sont les propositions exactes ?

- 1 Le sevrage tabagique est souvent responsable d'une prise de poids.
- 2 La boulimie est le trouble du comportement alimentaire le plus fréquent chez le patient obèse.
- 3 Les complications cardio-respiratoires conditionnent le pronostic vital du patient.
- 4 Le diabète de type 1 est le plus fréquent dans l'obésité.

Réponses : A : V, F, F, F, F / B : F, F, V, F / C : 1, 3.