

OBÉSITÉ DE L'ENFANT ET DE L'ADULTE

(VOIR ITEM 69)

Partie : **Obésité de l'adulte**

Dr Marie Pigeyre

Service de nutrition, CHRU de Lille, Lille, France

marie.pigeyre-2@univ-lille2.fr



DIAGNOSTIQUER une obésité de l'adulte.
ARGUMENTER l'attitude thérapeutique
et **PLANIFIER** le suivi du patient.

L'obésité est une maladie chronique évolutive. Les facteurs en cause dans le développement de l'obésité sont multiples et intriqués : densité énergétique de l'alimentation, sédentarisation, facteurs psychologiques, rôle de l'hérédité, niveau socio-économique faible.

La prévalence de l'obésité continue à augmenter dans les pays industrialisés. En 2012, en France, elle était évaluée à 15 % chez l'adulte (selon l'étude ObÉpi), avec cependant des disparités régionales ; les régions du Nord et de l'Est étant les plus touchées.

De plus, la prévalence de l'obésité augmente avec l'âge et elle est plus élevée dans les classes sociales défavorisées.

Définition de l'obésité

L'obésité correspond à « un excès de masse grasse entraînant des conséquences néfastes pour la santé » (Organisation mondiale de la santé).

Chez l'adulte en bonne santé, la masse grasse corporelle représente 10-15 % du poids chez l'homme et 20-25 % 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) : $IMC (kg/m^2) = \text{poids (kg)} / \text{taille (m)}^2$.

Chez l'adulte (après 18 ans), l'obésité est définie par un indice de masse corporelle $\geq 30 kg/m^2$ et associé à une augmentation du risque de comorbidité et de mortalité. Les seuils sont les mêmes chez l'homme et chez la femme (**tableau 1**).

Évaluation du sujet obèse

Interrogatoire

L'interrogatoire du patient obèse doit recueillir les informations suivantes.

TABEAU 1

Définition et classification de l'obésité de l'adulte

Classification	Indice de masse corporelle (kg/m ²)	Risque de comorbidités
Valeurs de référence	18,5-24,9	Moyen
Surpoids	25,0-29,9	Légèrement augmenté
Obésité stade I (modérée)	30,0-34,9	Modérément augmenté
Obésité stade II (sévère)	35,0-39,9	Fortement augmenté
Obésité stade III (massive, morbide)	≥ 40	Très fortement augmenté

Antécédents familiaux d'obésité, de pathologies métaboliques (diabète, dyslipidémies), cardiovasculaires (hypertension artérielle, infarctus du myocarde, accident vasculaire cérébral) et de cancer.

Histoire pondérale. Il s'agit de l'évolution du poids au cours du temps, marquée par les points clés suivants :

- l'âge de début de la prise excessive de poids ;
- le poids maximal ;
- les thérapeutiques mises en œuvre ;
- les variations pondérales, notamment l'effet yo-yo des régimes (perte de poids rapide suivie d'une reprise de poids rapide du fait de la pratique d'un régime).

Circonstances de la prise de poids. Les plus fréquentes sont :

- les modifications du statut hormonal (puberté, grossesse, ménopause) ;
- un choc émotionnel (dépression, deuil, violences) ;
- un changement d'environnement familial (mariage, divorce) ou professionnel (perte d'emploi, emploi stressant) ;
- un sevrage tabagique ;
- un arrêt du sport ou une immobilisation prolongée (fracture, intervention chirurgicale...) ;
- la prise de certains médicaments (les plus fréquents : antidépresseurs tricycliques, neuroleptiques, lithium, glucocorticoïdes, insuline, œstroprogestatifs).

Des situations plus rares peuvent être en lien avec une cause endocrinienne : atteinte de la région hypothalamo-hypophysaire, hypothyroïdie profonde, hypercorticisme.

Analyse sémiologique du comportement alimentaire. Le comportement alimentaire est régulé de manière fine pour adapter la prise alimentaire aux dépenses énergétiques, dans le but de maintenir l'homéostasie énergétique. Les signes fonctionnels ressentis par les individus pour adapter leur comportement alimentaire en situation physiologique sont :

- la faim (sensation de vide gastrique marquant le début du repas) ;
- le rassasiement (sensation de plénitude gastrique marquant la fin du repas) ;
- la satiété (sensation de plénitude entre 2 repas).

La prise de poids et l'obésité sont caractérisées par un déséquilibre de cette balance énergétique, une désadaptation de la prise alimentaire aux dépenses énergétiques qui est rendue possible par une altération (primitive et/ou secondaire) des sensations physiologiques de faim, rassasiement et satiété.

Ainsi, l'analyse sémiologique du comportement alimentaire consiste à :

- rechercher des éléments en faveur d'une hyperphagie prandiale : l'hyperphagie se définit par une ingestion alimentaire au-delà des besoins physiologiques. Elle est très souvent associée à une tachyphagie (correspond à une vitesse d'ingestion rapide, inférieure à 20 minutes pour un repas), un arrêt des repas au-delà du rassasiement qui se produit du fait d'une disparition des sensations physiologiques de faim, rassasiement, satiété, et une sensation de tension ou douleur au niveau de l'estomac en fin de repas ;

- rechercher des prises alimentaires extraprandiales et les caractériser (impulsivité, fréquence, horaire, contexte) : grignotages (consommation tranquille en petites quantités d'aliments « plaisir »), compulsions (*craving* : envie irrésistible de manger sans perte de contrôle au cours de l'acte, choix d'aliments plaisants et consommés sans frénésie et en quantités limitées), accès boulimiques (*binge eating* : envie irrésistible de manger avec perte de contrôle au cours de l'acte, consommation des aliments avec avidité et/ou en grande quantité et/ou absence de sélection des aliments plaisants. La boulimie est plus rare dans l'obésité, les accès boulimiques étant souvent associés à des conduites purgatives (vomissements, laxatifs) limitant la prise de poids ;
- rechercher une restriction cognitive : il s'agit d'une limitation volontaire des apports alimentaires (avec fréquemment exclusion des aliments « plaisir ») dans le but de contrôler son poids, qui peuvent être responsables d'une frustration, pouvant évoluer vers une impulsivité alimentaire, voire un trouble du comportement alimentaire (compulsions et accès boulimiques).

Évaluation de la consommation alimentaire qui doit être qualitative plutôt que quantitative et recherche les éléments suivants :

- circonstances des prises alimentaires : seul ou accompagné, en rapport avec des sensations physiologiques, des circonstances extérieures (odeur, vue, disponibilité...) ou des émotions ;
- répartition des prises alimentaires et rythme (nombre de repas et horaires) ;
- volume ingéré lors du plat principal (à l'aide de photos d'assiettes contenant différentes quantités d'aliments) et tendance à se resservir.

Profil de consommation :

- forte consommation d'aliments à densité énergétique élevée (graisses « cachées » : fromage, viande grasse, frites, biscuits, viennoiseries...), forte consommation de matières grasses ajoutées (beurre, mayonnaise, graisse de cuisson), forte consommation de sucres simples (sucre, miel, confiture, sodas) ou de pain ;
- boissons consommées pendant et hors des repas (et consommation moyenne d'alcool) ;
- fréquence de consommation des fruits et légumes.

L'utilisation d'un carnet alimentaire (de 3 à 7 jours), du rappel des 24 heures ou du déroulé d'une journée type sont des méthodes permettant le recueil de ces informations.

Niveau d'activité physique : il comporte le niveau habituel d'activité physique (professionnel, loisirs, sports) et de sédentarité (temps moyen passé devant écran, difficultés à la marche).

Évaluation psychologique. Elle comporte :

- les antécédents psychiatriques (dépression...) et de traitements psychotropes (thymorégulateurs, neuroleptiques, antidépresseurs, antiépileptiques) pouvant favoriser la prise de poids ;
- le niveau de stress, d'anxiété et l'humeur dépressive ;
- l'évaluation de l'estime de soi et de la représentation de l'image du corps ;
- la recherche de troubles du sommeil (qui favorisent les tensions psychiques et l'impulsivité alimentaire).



POINTS FORTS À RETENIR

- L'obésité est une maladie chronique, multifactorielle, évolutive et fréquente, touchant 15 % de la population française adulte.
- Elle 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, indique un risque accru de complications métaboliques 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 sur le long terme.
- L'approche thérapeutique est individualisée et repose d'abord sur le « conseil nutritionnel » intégrant la pratique d'une activité physique régulière, et sur le soutien psychologique, dans une démarche d'éducation thérapeutique.
- La chirurgie bariatrique est indiquée dans les cas d'obésité morbide ou sévère avec comorbidités, dans le cadre d'une prise en charge pluridisciplinaire.

Évaluation de la situation sociale : elle inclut la situation familiale, professionnelle, éducative, et financière.

Motivation quant à la perte de poids et aux changements de comportements : il s'agit d'un élément majeur de l'évaluation du patient obèse, qui permet d'orienter le projet éducatif (modifications thérapeutiques du mode de vie) en limitant les résistances au changement. L'évaluation de la motivation consiste à situer le stade motivationnel du patient, repérer les priorités du patient et les niveaux de changement possibles, identifier les freins et leviers du changement et évaluer les représentations de la personne sur l'origine de son excès de poids et les solutions qu'elle envisage pour mincir.

Examen physique

Évaluation du statut pondéral et de la répartition du tissu adipeux. Il se fait grâce à :

- l'indice de masse corporelle : il estime l'importance de l'obésité. Certaines prises de poids ne sont pas liées à une augmentation de la masse grasse et doivent être reconnues : syndrome œdémateux généralisé (anasarque), augmentation importante de la masse musculaire (sportifs de haut niveau) ;

- le tour de taille : il 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). Toutefois, cette mesure a peu d'intérêt quand l'indice de masse corporelle est supérieur à 35 kg/m². Les seuils de tour de taille dénotant une augmentation du risque de pathologies métaboliques et cardiovasculaires sont ≥ 80 cm chez la femme, ≥ 94 cm chez l'homme : niveau 1 et ≥ 88 cm chez la femme, ≥ 102 cm chez l'homme : niveau 2 ;
- la répartition du tissu adipeux qui permet de distinguer 2 types d'obésité : l'obésité androïde (distribution du tissu adipeux sur la partie haute du corps, plutôt observée chez l'homme mais également chez la femme après la ménopause ; elle est caractérisée par un rapport tour de taille/tour de hanche $> 0,8$) et l'obésité gynoïde (distribution sur la partie basse du corps, plutôt typique de l'obésité féminine, caractérisée par un rapport tour de taille/tour de hanche $< 0,8$).

Recherche d'une obésité secondaire : même si ces causes sont exceptionnelles, il faut savoir évoquer :

- l'hypothyroïdie : elle ne peut en général expliquer qu'une prise de poids modérée ;
- l'hypercorticisme : l'obésité est caractérisée par une répartition facio-tronculaire des graisses associée à des signes de catabolisme (amyotrophie des racines des membres). La présence de vergetures rosées voire pourpres est banale surtout dans les obésités de constitution rapide ou après plusieurs pertes de poids massives suivies de reprises pondérales ;
- une tumeur hypothalamique ou hypophysaire, associant selon les cas un syndrome tumoral (céphalées, amputation du champ visuel), une insuffisance antéhypophysaire (insuffisance gonadotrope, somatotrope, corticotrope, thyrotrope) et post-hypophysaire (diabète insipide, hyperprolactinémie), une hypernatrémie neurogène, une dysautonomie (variabilité anormale de la température corporelle, pression artérielle, fréquence cardiaque), des troubles du sommeil. Elles peuvent être associées également à une hypersécrétion hormonale lorsqu'il s'agit d'un adénome hypophysaire sécrétant ;
- une cause génétique (rare) : il peut s'agir d'une obésité monogénique par mutation d'un gène régulant le comportement alimentaire au niveau de l'hypothalamus. L'obésité est précoce et sévère, avec histoire familiale (transmission autosomique récessive ou dominante selon le gène impliqué). Exemples : mutations de la leptine, du récepteur de la leptine, du récepteur 4 aux mélanocortines (MC4R). Il peut aussi s'agir d'une obésité syndromique, le plus souvent liée à la délétion ou l'inactivation de plusieurs gènes. L'obésité est précoce et associée à un syndrome malformatif et dysmorphique, une petite taille et une déficience intellectuelle. Exemples : syndrome de Prader-Willi, syndrome de Bardet-Biedl.

Recherche des complications : celle-ci est très importante car les complications influent sur le pronostic fonctionnel et vital. Les complications associées à l'obésité sont différentes d'un sujet à l'autre et dépendent du niveau d'obésité, de la répartition du tissu adipeux, de l'ancienneté de la surcharge pondérale, et des éventuels autres facteurs de risque cardiovasculaires associés (âge, antécédents familiaux, tabac, diabète, hypertension artérielle, dyslipidémie). Les propriétés du tissu adipeux (mécaniques et sécrétoires) et sa localisation (périphérique ou viscérale) sont à l'origine de complications distinctes (mécaniques, métaboliques ou inflammatoires) [tableau 2].

Examens complémentaires

Examens systématiques. Ce sont :

- glycémie à jeun ;
- bilan lipidique (EAL : triglycérides, cholestérol total et HDL, calcul du LDL) ;
- uricémie ;
- GGT, transaminases ;
- hémogramme ;
- ionogramme sanguin, créatinine ;
- ECG de repos.

En fonction du contexte clinique, sont discutés :

- bilan de complications (quand éléments en faveur) : cardiovasculaires (ECG d'effort, échographie cardiaque), respiratoires (polygraphie nocturne, épreuves fonctionnelles respiratoires, gazométrie artérielle) hépatiques (échographie abdominale ± biopsie hépatique) ostéo-articulaires (radiographies standard centrées sur les articulations douloureuses) ;
- bilan étiologique (quand éléments en faveur) : TSH (si suspicion d'hypothyroïdie), cortisol libre urinaire/24 heures, cycle nycthéral du cortisol, freinage minute à la dexaméthasone (si suspicion d'hypercorticisme), hypophysiogramme et IRM hypophysaire (si suspicion de pathologies hypophysaires), analyses génétiques (si suspicion d'une cause génétique).

Attitude thérapeutique et suivi du patient

Le but du traitement ne se réduit pas à la perte de poids à court terme, mais consiste surtout au maintien à long terme de la perte de poids, du traitement des complications et de l'amélioration de la qualité de vie. Les changements mis en œuvre ne doivent pas être trop contraignants et il faut souvent aider la personne obèse à en tenir compte car elle a tendance à vouloir un poids idéal et/ou une perte de poids trop rapide. Une perte de poids de l'ordre de 5-10 % du poids maximal permet déjà une amélioration significative des complications.

La prise en charge nutritionnelle doit être personnalisée et repose d'abord sur les modifications thérapeutiques du mode de vie qui sont déterminées avec la personne obèse après une évaluation globale de ses besoins et attentes. Une prise en charge psychologique spécialisée et un soutien social sont parfois nécessaires.

La chirurgie bariatrique est la solution de dernier recours, réservée aux cas d'obésité sévère, après évaluation des bénéfices et risques potentiels.

Moyens thérapeutiques

Modifications thérapeutiques du mode de vie (MTMV). L'objectif est une perte de poids progressive (au moins 6 à 12 mois) et durable par des conseils réalistes et personnalisés.

Les modifications thérapeutiques du mode de vie concernent non seulement l'alimentation et l'activité physique mais aussi le sommeil, l'organisation des loisirs, le rythme de vie et plus généralement la vie relationnelle. L'intensité de ces modifications dépend de l'objectif pondéral choisi, des modalités du traitement et naturellement du choix et des capacités du patient à les mettre en œuvre.

Les modifications thérapeutiques du mode de vie incluent :

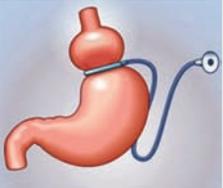
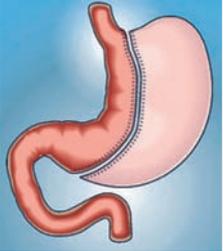
- des conseils alimentaires : ils ne correspondent pas à une prescription diététique « standard » et ne doivent pas imposer d'interdits alimentaires aux patients. Ils doivent respecter les rythmes alimentaires de chacun. Ils visent à une réduction relative des apports énergétiques totaux (sans être en dessous des besoins énergétiques de repos du patient), par la promotion de l'équilibre alimentaire et le respect des signaux alimentaires physiologiques. Ils doivent insister sur l'allongement des temps de mastication et d'ingestion (au moins 20 minutes pour un repas), et renforcer l'attention sur les sensations gustatives. Un régime trop restrictif et déséquilibré comporte des risques : abandon avec reprise de poids et souvent dépassement du poids initial, dénutrition, restriction cognitive entraînant frustration puis compulsions alimentaires (cercle vicieux des régimes) ;
- des conseils concernant l'activité physique : elle est primordiale au maintien de la perte de poids après amaigrissement, à la préservation de la masse maigre (qui détermine la dépense énergétique de base), à la prévention des complications métaboliques, respiratoires et cardiovasculaires. Elle doit être pratiquée régulièrement, Adaptée aux goûts, aspirations et problématiques médicales et psychosociales de la personne, Sécurisée et mise en place Progressivement (RASP), afin de ne pas risquer un arrêt rapide par découragement, blessure... Elle consiste parfois à limiter le temps passé à des occupations sédentaires (marcher un peu plus dans les premiers temps) surtout quand l'obésité est massive, ou d'atteindre le niveau d'activité physique recommandé pour la population générale, soit 30 minutes par jour d'activité d'intensité modérée de type marche. L'objectif idéal de 1 heure par jour d'activité physique d'intensité modérée, au moins 5 fois par semaine est rarement atteint et il faut savoir valoriser les changements mis en place même s'ils ne sont pas complets ;
- une prise en charge psychologique et comportementale : elle est fondée sur les thérapies cognitivo-comportementales, incluant un travail sur la motivation, une gestion des troubles du comportement alimentaire via la gestion des émotions et du stress et un renforcement de l'estime de soi et de l'image du corps.

Principales complications liées à l'obésité

Types	Complications	Commentaires
Métaboliques	<ul style="list-style-type: none"> ■ Diabète de type 2* ■ Syndrome métabolique* 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Présence fréquente d'un acanthosis nigricans, témoignant d'une insulino-résistance ■ Associe 2 des 4 critères suivants en plus d'un tour de taille élevé (> 94 cm pour l'homme ; > 80 cm pour la femme) : <ul style="list-style-type: none"> → hypertriglycéridémie > 1,5 g/L → HDL cholestérol bas < 0,4 g/L → hypertension artérielle → glycémie élevée >1 g/L
Cardiovasculaires	<ul style="list-style-type: none"> ■ Hypertension artérielle* ■ Insuffisance coronarienne* ■ Infarctus du myocarde* ■ Accident vasculaire cérébral* ■ Insuffisance cardiaque gauche ■ Insuffisance cardiaque droite 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Pression artérielle mesurée avec un brassard adapté à la circonférence du bras du patient ■ Favorisée par l'hypertension artérielle et l'insuffisance coronarienne ■ Favorisée par l'hypertension artérielle pulmonaire reliée au syndrome d'apnées du sommeil (syndrome d'hypoventilation alvéolaire)
Respiratoires	<ul style="list-style-type: none"> ■ Insuffisance respiratoire restrictive ■ Syndrome d'apnées du sommeil ■ Syndrome d'hypoventilation alvéolaire ■ Asthme 	<ul style="list-style-type: none"> ■ 40 % des obèses ont un syndrome d'apnées du sommeil et la proportion augmente avec le degré de sévérité de l'obésité ■ Défini par une hypoxémie ($\text{PaO}_2 < 70 \text{ mmHg}$) et une hypercapnie ($\text{PaCO}_2 > 45 \text{ mmHg}$) ■ Peut se compliquer d'hypertension artérielle pulmonaire, d'insuffisance cardiaque droite, d'insuffisance respiratoire ($\text{PaO}_2 < 60 \text{ mmHg}$)
Thromboemboliques	<ul style="list-style-type: none"> ■ Thrombose veineuse profonde ■ Embolie pulmonaire 	
Opératoires	<ul style="list-style-type: none"> ■ Morbi-mortalité per- et postopératoire plus élevée ■ Complications de décubitus plus fréquentes 	
Digestives et hépatiques	<ul style="list-style-type: none"> ■ Reflux gastro-œsophagien ■ Lithiase biliaire ■ Stéatose hépatique* 	<ul style="list-style-type: none"> ■ 2/3 des obèses et 90 % des obèses morbides ont une stéatose hépatique qui peut évoluer vers la stéato-hépatite non alcoolique (15-20 %), la cirrhose (1-2 %) et plus rarement le carcinome hépatocellulaire
Rénales	<ul style="list-style-type: none"> ■ Glomérulopathie avec protéinurie 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Pouvant évoluer vers l'insuffisance rénale chronique
Ostéo-articulaires	<ul style="list-style-type: none"> ■ Gonarthrose fémoro-tibiale ■ Arthrose de la hanche (coxarthrose) ■ Arthrose de l'articulation fémoro-patellaire 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Atteinte articulaire la plus fréquente
Cutanées	<ul style="list-style-type: none"> ■ Intertrigos mycosiques (plis sous-mammaires, inguinaux...) ■ Lymphœdème ■ Insuffisance veineuse 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Parfois compliqué d'infection (érysipèle)
Uro-génitales (femmes)	<ul style="list-style-type: none"> ■ Incontinence urinaire d'effort ■ Troubles de la fertilité ■ Risque de fausse couche plus élevé ■ Déroulement et issue de la grossesse plus risqués 	<ul style="list-style-type: none"> ■ En lien avec une anovulation ou un syndrome des ovaires polykystiques* ■ Diabète gestationnel ■ HTA gravidique
Neurologiques	<ul style="list-style-type: none"> ■ Hypertension intracrânienne idiopathique ou bénigne 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Définie par une élévation de la pression intracrânienne sans cause tumorale ni vasculaire qui conduit à des séquelles visuelles et dans 10 % des cas à la cécité par œdème papillaire
Cancers	<ul style="list-style-type: none"> ■ Sein, endomètre, côlon-rectum, rein, pancréas, œsophage, vésicule biliaire 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Augmentation de l'incidence et de la mortalité par cancer
Psychologiques et sociales	<ul style="list-style-type: none"> ■ Discrimination sociale ■ Diminution de la qualité de vie 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Du fait de la stigmatisation

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

Types d'intervention

Type d'intervention	Description	Complications et suivi
Anneau gastrique 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Technique restrictive qui consiste à placer un anneau en silicone autour de la partie supérieure de l'estomac ■ L'anneau est relié par une tubulure à un boîtier localisé sous la peau, permettant par injection de liquide de modifier son diamètre 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Glissement de l'anneau ■ Dilatation de la poche, voire de l'œsophage ■ Vomissements et intolérance alimentaire en cas de serrage excessif ■ Risque de carence en vitamine B1 en cas de vomissements prolongés
Gastrectomie longitudinale 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Technique restrictive qui consiste à retirer les deux tiers de l'estomac 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Ulcération, sténose, fistule ■ Reflux gastro-œsophagien ■ Carences nutritionnelles : vitamine B12 ■ Supplémentation systématique : 1 ampoule de vitamine B12 par voie intramusculaire tous les 3 mois ■ Risque de carence en vitamine B1 en cas de vomissements prolongés
Bypass gastrique 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Technique restrictive et malabsorptive qui consiste à créer une petite poche gastrique combinée à une dérivation entre l'estomac et le jéjunum par une anse intestinale montée en Y 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Ulcération et sténose de l'anastomose gastro-jéjunale, fistule ■ <i>Dumping syndrome</i> ■ Carences nutritionnelles : vitamine B12, fer, Ca, folates ■ Supplémentation systématique : 1 ampoule de vitamine B12 par voie IM tous les 3 mois + <i>per os</i> pour les autres micronutriments ■ Risque de carence en vitamine B1 en cas de vomissements prolongés

Traitement pharmacologique. Il est toujours en association avec les modifications thérapeutiques du mode de vie.

Le principe actif d'Orlistat (Xenical, Alli, non remboursé) est un inhibiteur des lipases intestinales (absorption des graisses réduite de 30 %).

Les indications sont les indices de masse corporelle ≥ 30 , voire 27 en cas de facteurs de risque cardiovasculaire présents. L'efficacité est seulement démontrée sur le court terme (15 % de perte de poids). Parmi les effets secondaires, il faut signaler les stéatorrhées.

Un traitement adapté des troubles des conduites alimentaires, de la dépression, de l'anxiété est donné par des antidépresseurs sérotoninergiques, anxiolytiques.

Un traitement spécifique des complications et des facteurs de risque cardiovasculaire est associé : antihypertenseurs, hypo-

lipémiant, antidiabétiques oraux, analogues du GLP-1 ou insuline, ventilation en pression positive nocturne, chirurgie des hanches ou des genoux...

Recours au médecin spécialiste de l'obésité. Il se justifie en cas de :

- obésité sévère ou massive ;
- obésité « résistante » aux modifications thérapeutiques du mode de vie ;
- obésité génétique ;
- prise de poids rapide en lien avec hyperphagie boulimique ;
- terrain à risque.

Hospitalisation en milieu spécialisé. Elle est indiquée lorsque les complications somatiques nécessitent des explorations et/ou un traitement urgent ou pour prise en charge multidisciplinaire (ex : syndrome d'hypoventilation alvéolaire, obésité multi-complicquée, évaluation en vue de chirurgie bariatrique).

Chirurgie bariatrique

La prise en charge des patients dans le cadre de la chirurgie bariatrique doit être réalisée au sein d'équipes pluridisciplinaires entraînées et doit s'inscrire dans un projet personnalisé pour le patient.

La décision d'intervention est prise en réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP).

Principe. La chirurgie bariatrique vise à modifier l'anatomie du tube digestif par une restriction gastrique (anneau gastrique, gastrectomie longitudinale [*sleeve gastrectomy*]) ± associée à une malabsorption intestinale (*bypass gastrique*) [tableau 3].

Indications. Ce sont :

- âge 18 à 60 ans ;
- indice de masse corporelle $\geq 40 \text{ kg/m}^2$ ou $\geq 35 \text{ kg/m}^2$ associé à au moins une comorbidité ;
- après échec d'un traitement nutritionnel et psychothérapeutique bien conduit pendant environ 6-12 mois ;
- en l'absence de perte de poids suffisante ou de maintien de la perte de poids ;
- patients bien informés au préalable et ayant bénéficié d'une évaluation et d'une prise en charge préopératoire pluridisciplinaire ;
- patients ayant compris et accepté la nécessité d'un suivi médical et chirurgical postopératoire à vie ;
- risque opératoire acceptable.

Contre-indications. Ce sont :

- troubles psychiatriques non stabilisés ;
- alcoolisme et toxicomanie ;
- troubles du comportement alimentaire graves ;
- impossibilité du suivi médical ;
- risque anesthésique majeur ;
- pathologie menaçant le pronostic vital.

Efficacité. La perte de poids attendue est de 40 à 75 % de l'excès de poids sur le long terme (l'excès de poids se définit par la différence entre le poids préopératoire et le poids idéal (poids pour un indice de masse corporelle de 25)). Il s'agit du seul traitement actuel ayant démontré son efficacité sur le long terme, à la fois en terme de perte de poids et de réduction de certaines complications comme le diabète de type 2.

Suivi

L'obésité est une pathologie chronique nécessitant un accompagnement au long cours visant à :

- évaluer le cheminement du patient et adapter avec lui les modifications thérapeutiques de mode de vie ;
- adapter les traitements des complications et des facteurs de risque cardiovasculaires associés ;
- évaluer la tolérance (digestive, nutritionnelle, psychologique) et l'efficacité de la chirurgie bariatrique.

Enfin, après une réduction puis une stabilisation du poids, des interventions de chirurgie plastique ou réparatrice (ex : lipectomie = excision de la peau excédentaire) peuvent être pratiquées (ex : exérèse du tablier abdominal).•



POUR EN SAVOIR +



Dossier

Obésité et surpoids de l'enfant

Rev Prat 2015;66:
1263-84

Mais aussi :

Rapport de l'étude ObÉpi, 2012.

http://www.roche.fr/content/dam/roche_france/fr_FR/doc/obepi_2012.pdf

Recommandations de la HAS. Surpoids et obésité de l'adulte : prise en charge médicale de premier recours, 2011. <https://lc.cx/o35k>

Recommandations de la HAS. Obésité : prise en charge chirurgicale chez l'adulte, 2009. <https://lc.cx/o35J>

Programme national nutrition santé, 2011-2015. <https://lc.cx/o35w>

Traité de médecine et chirurgie de l'obésité. Éditions Lavoisier, 2011.

Référentiels du Collège des enseignants de nutrition. Enseignement intégré L2-L3 – UE nutrition. Éditions Elsevier Masson, 2014.

ECNi. Nutrition. Éditions Elsevier Masson, 2015.

M. Pigeyre déclare n'avoir aucun lien d'intérêts.

Qu'est-ce qui peut tomber à l'examen ?

CAS CLINIQUE

Vous recevez aux urgences une patiente de 30 ans, 3 mois après la réalisation d'un *gastric bypass*, du fait de vomissements quotidiens. Elle pesait 140 kg à l'intervention (taille 1,70 m, IMC = 48,4) et a perdu 20 kg depuis. Elle n'a pas d'autres antécédents notables et son traitement actuel comporte uniquement de l'acide urodésoxycholique (3 fois par jour) ; l'oméprazole a été poursuivi le premier mois postopératoire. Elle explique qu'elle n'arrive plus à avaler le complexe multivitaminique depuis un mois du fait des vomissements. Les vomissements concernent essentiellement les solides et surviennent après tous les repas. Elle explique ressentir un blocage douloureux au niveau de l'estomac, précocement après l'ingestion d'aliments. L'examen abdominal est normal. Elle décrit par ailleurs des paresthésies des quatre membres.

QUESTION 1

Rappelez les indications de la chirurgie bariatrique.

- A. IMC \geq 40 kg/m²
- B. IMC \geq 35 kg/m²
- C. IMC \geq 30 kg/m² associé à au moins une comorbidité liée à l'obésité
- D. Échec d'une prise en charge nutritionnelle et psychothérapeutique bien conduite pendant au moins 6 à 12 mois
- E. Patient ayant compris et accepté la nécessité d'un suivi médical et chirurgical postopératoire à vie

QUESTION 2

Quelle carence vitaminique devez-vous évoquer devant ce tableau clinique ?

(1 réponse exacte)

- A. Vitamine B1 (thiamine)
- B. Vitamine B9 (folates)
- C. Vitamine B12
- D. 25-OH vitamine D3
- E. Vitamine A

QUESTION 3

Vous faites réaliser en urgence un transit œso-gastro-jéjunal et une fibroscopie œso-gastrique qui mettent en évidence une ulcération de l'anastomose gastro-jéjunale, avec sténose partielle, expliquant ainsi les vomissements et les blocages douloureux. Le bilan biologique révèle une élévation modérée de l'urée avec créatinine normale, une kaliémie et une phosphorémie à la limite de la norme inférieure. Le résultat du dosage de la vitamine B1 n'est pas encore disponible.

Quelle prise en charge nutritionnelle proposez-vous ?

- A. Perfusion intraveineuse d'une ampoule de vitamine B1
- B. Perfusion intraveineuse de sérum salé
- C. Perfusion intraveineuse de sérum glucosé
- D. Mise en place progressive d'une nutrition artificielle entérale par sonde naso-jéjunale
- E. Mise en place progressive d'une nutrition parentérale

QUESTION 4

Après 3 jours d'hospitalisation, la patiente rentre à son domicile avec une nutrition entérale exclusive, associée à un traitement multivitaminique passé directement dans la sonde, ainsi qu'un traitement par oméprazole forte dose.

Vous la revoyez 3 semaines plus tard, elle n'a plus de vomissements, les paresthésies ont régressé, elle réussit à remanger de petites quantités de façon fractionnée et mixée.

Vous arrêtez la nutrition entérale, qui n'est plus nécessaire.

Quel traitement vitaminique lui prescrivez-vous à présent ?

Cochez la (les) réponse(s) exacte(s).

- A. Vitamine B12, 1 ampoule intramusculaire trimestrielle
- B. Citrate de calcium + vitamine D *per os*
- C. Fer *per os*
- D. Folates *per os*
- E. Thiamine (vitamine B1) *per os*

Retrouvez les réponses sur etudiants.larevuedupraticien.fr/item-ecni/N°item