

Ulrich Keller¹

Obésité

Un chapitre du livre «Ambulante Medizin. Evidenz auf einen Blick»

Epidémiologie

- Prévalence toujours plus élevée dans tous les pays (pandémie!). En progression chez les adolescents, au Moyen-Orient, en Amérique du Sud et dans les pays asiatiques.
- L'incidence augmente avec l'âge, chez les femmes après env. 40 ans et chez les hommes après env. 25 ans. Env. 30% de la population de Suisse ont un Body Mass Index (BMI) >25 kg/m², env. 10% sont obèses (BMI >30 kg/m²).
- Les coûts de l'obésité totalisent 7% des coûts de la santé (Etats-Unis)!

Définition

Définition du Body Mass Index (BMI): poids en kg divisé par la taille en m².

Le BMI est en très bonne corrélation avec la masse adipeuse totale (exception: bodybuilders, œdèmes).

Tableau 1

Définition de l'excès pondéral selon le BMI.

Poids idéal	BMI 20–25 kg/m ²
Surpoids	BMI >25 kg/m ²
Obésité	BMI >30 kg/m ²
Obésité morbide	BMI >40 kg/m ²

Pathogénèse

- Apport énergétique plus grand que dépense d'énergie à long terme. Pas moins de dépense d'énergie, au contraire, du fait de l'augmentation de la masse corporelle maigre (en plus de la masse adipeuse) dépense d'énergie au repos supérieure à celle des personnes de poids normal.
- L'«erreur» dans le bilan énergétique provoquant la prise de poids n'est généralement pas parfaitement définissable. Les obèses ont tendance à sur- ou sous-estimer leurs dépenses d'activité et la prise de calories avec la nourriture.
- Etudes de jumeaux univitellins: rôle important de facteurs génétiques. Des facteurs génétiques additionnels expliquent env. 25%, non additionnels 45%, environnementaux env. 30% de la prévalence du surpoids. Nombreux gènes candidats dans l'obésité. Rares mutations identifiées comme cause d'une obésité.

- «Setpoint» de poids corporel dû à des facteurs génétiques et/ou environnementaux. Trop haut dans le surpoids. L'hormone lipidique est supposée jouer un rôle régulateur. Le «setpoint» trop élevé signifie que les mesures de perte pondérale (régimes, cures, médicaments) limitées dans le temps ont une incidence de récurrence de >90%.
- Les obèses ont souvent des troubles du comportement alimentaire: «binge eating disorder» env. un quart des cas. Ces derniers doivent être diagnostiqués et traités spécifiquement.
- Nos habitudes alimentaires favorisent l'obésité, car la nourriture est à portée de main et de nombreuses personnes préfèrent les aliments riches en calories (en graisse, sucres); ces derniers favorisent la prise de poids, comme nous le savons de l'expérimentation animale avec «cafeteria diet» (bon goût, beaucoup de graisse et de sucre). L'alcool est aussi un nutriment plein d'énergie favorisant la prise de poids.
- Une certaine prise pondérale est courante dans certains troubles endocriniens, mais n'est pas la cause d'une obésité. Un syndrome de Cushing provoque une obésité tronculaire, avec répartition anormale de la graisse corporelle. La prise de poids absolue est relativement modeste. D'autres signes spécifiques sont en outre présents («faciès lunaire», «bosse de bison», peau fragile, etc.).

Tableau 2

Complications du surpoids (BMI ≥27 kg/m²).

Pathologies	Risque relatif par rapport à poids normal	Pourcentage de cas de maladie dus au surpoids
Hypertension	2,9	24,1
Infarctus du myocarde	1,9	13,9
Angor	2,5	20,5
Accidents vasculaires cérébraux	3,1	25,8
Phlébite et thrombose (TVP)	1,5	7,7
Diabète de type 2	2,9	24,1
Hyperlipidémie	1,5	7,7
Goutte	2,5	20
Gonarthrose	1,8	11,8
Lithiases biliaires	2	14,3
Carcinome colorectal	1,3	4,7
Carcinomes du sein	1,2	3,2
Carcinomes urogénitaux	1,6	9,11
Fractures du col du fémur	0,8	-3,5

¹ Traduction: Dr Georges-André Berger.

- Les hommes hypogonadiques et les personnes ayant une carence en hormone de croissance ont une masse adipeuse excessive.
- Une hypothyroïdie provoque une certaine prise pondérale; les hormones thyroïdiennes ne sont toutefois pas indiquées pour le traitement du surpoids (effets indésirables).
- L'obésité est rare dans les lésions hypothalamiques.
- Une prise de poids sous médicaments s'observe surtout avec les psychotropes (neuroleptiques, antidépresseurs et lithium notamment), de même qu'avec les antidiabétiques et les stéroïdes.
- En raison de ses complications, l'obésité doit être considérée comme une maladie.
- La masse adipeuse viscérale est déterminante pour les *complications métaboliques* et donc cardiovasculaires, en raison de la présence de davantage de facteurs de risque; les complications statiques résultent de la masse adipeuse globale.

Diagnostic

- Anamnèse familiale de surpoids/obésité.
- Environnement social et professionnel.
- Chronologie de la prise pondérale: poids de naissance et à la fin de la croissance; poids à 20 ans env.; abus de jeunesse; poids après grossesse(s); poids maximal atteint; poids minimal atteint; poids souhaité.
- Psychologie (dépression, anxiété, stress, troubles alimentaires, insomnie, troubles du sommeil [syndrome des apnées du sommeil]).
- Activité physique.
- Traitements déjà entrepris et leurs résultats.
- Enquête diététique avec recherche d'erreurs diététiques et de troubles alimentaires.
- Complications de l'obésité.
- Motivation au traitement, attentes.

Traitement

Alimentation et comportement

- Modifications du comportement dans l'alimentation et l'activité physique déterminantes pour la perte de poids.
- Limiter l'apport énergétique, surtout de graisses. Choisir des aliments moins riches en énergie, riches en fibres, par petites portions.
- Perte de poids lente (min. 1200 kcal/jour). Régimes plus agressifs: risque de récurrence, carences nutritionnelles. Complément par vitamines ou sels minéraux en général pas nécessaire, uniquement dans les programmes à long terme dans lesquels l'apport en nutriments peut ne pas être assuré.
- Éléments de thérapie comportementale: ils doivent faire partie de tout programme de contrôle du poids. Changer progressivement le comportement pour alimentation, habitudes alimen-

taires, concept corporel et activité physique. Planifier et noter ces changements sans «pression» («contrôle flexible»). Les points importants à aborder sont les troubles alimentaires et la prévention des récurrences. A faire de préférence en groupes: interactions positives entre participants et thérapeutes. Programme thérapeutique soutenu par le manuel BASEL (Behandlungsprogramm der Adipositas mit den Schwerpunkten Essverhaltens- und Lebensstil-Änderung).

Ce programme donne une perte pondérale modérée, mais rémanente avec amélioration du comportement alimentaire et du bien-être général.

- Programmer les repas selon une «structure».
- Choisir et acheter les aliments en tenant compte de leur composition. Éviter notamment ceux ayant une densité énergétique élevée, c.-à-d. avec beaucoup de graisse et de sucre.
- Rechercher les facteurs favorisant une perte de contrôle.
- Travailler des stratégies personnelles pour modifier ou supprimer les prises de nourriture obsessionnelles, et développer des mesures pour situations particulières: invitations, vacances, restaurants, influence de l'entourage.
- Attention aux pensées négatives lors des repas; les relativiser, adapter, nuancer.
- Apprendre à combattre les ressentiments autrement qu'en mangeant; rechercher des pensées positives.
- Éviter les idées blanc/noir (tout ou rien), affirmations catégoriques, généralisations inadéquates, sous- ou surestimation.
- Discuter les idées et grands principes concernant l'alimentation.
- Reconnaître, aborder puis combattre les graves troubles émotionnels, dont dépression, angoisses et faible estime de soi.

Médicaments

- Effet très modeste, ne perdurant que tant qu'ils sont pris. A ne prescrire qu'avec retenue, limitation dans le temps et mesures d'accompagnement non médicamenteuses. Pour les médicaments ci-dessous les études randomisées n'ont duré que jusqu'à 2 ans max. Il n'y a aucune donnée sur la mortalité sous ces médicaments sous forme d'étude contrôlée.
- Inhibiteur de la lipase orlistat (Xenical®): diminue jusqu'à 30% la résorption des graisses dans l'intestin grêle. Donne jusqu'à 2 ans des pertes de poids statistiquement significatives. A 1 an d'env. 4,2 kg (4,1%) et 2 ans 3,6 kg (3,6%), soit plus qu'un placebo. Baisse en plus du cholestérol LDL surtout, mais aussi de la tension artérielle systolique et de la glycémie chez les diabétiques de type 2 obèses. Xenical® est admis aux caisses à partir d'un BMI de 35 kg/m², si comorbidités avec un BMI >30 et si diabète >28. Après 6 mois, le poids doit avoir baissé de 5 kg ou l'HbA_{1c} de 0,5% pour que le traitement puisse se poursuivre sur encore 18 mois.
- Sibutramine (Reductil®): nouvel inhibiteur du recaptage de la sérotonine/noradrénaline. Après 1 an, perte de poids de 4,8 kg à raison de 10 mg/jour, de 6,1 kg pour 15 mg/jour (contre 1,8 kg

sous placebo). Reductil® est admis aux caisses pour 1 an de traitement max.

- Rimonabant (Acomplia®): antagoniste du récepteur des endocannabinoïdes de type 1, agit sur le centre hypothalamique de l'appétit, diminue l'appétit et l'absorption de calories; augmente éventuellement la lipolyse et la sensibilité à l'insuline. Par rapport au placebo, le rimonabant a abaissé le poids corporel de 6,3 kg à 1 an, diminué la circonférence abdominale et amélioré le profil lipidique. Ses effets indésirables sont surtout nausée (12%), troubles anxieux (1,0% contre 0,3% sous placebo) et dépressions (jusqu'à 3,0% contre 1,3% sous placebo). Comme un trouble dépressif latent peut devenir manifeste ou un trouble déjà présent accentué sous ce traitement, les patients connus pour être dépressifs ou sous antidépresseurs ne doivent pas recevoir de rimonabant.

Chirurgie

- Cas d'obésité «morbide» réfractaire à tout traitement. Traitement le plus efficace (perte d'env. >30 kg en 2 ans).
- Patients ayant un BMI >40 kg/m² chez lesquels un traitement diététique, comportemental et/ou médicamenteux n'a donné aucun résultat après 2 ans. Contre-indications: ces patients doivent avoir entre 18 et 60 ans et n'avoir aucune autre maladie diminuant nettement leur espérance de vie. Ils doivent être informés des conséquences de l'opération et disposés à se rendre aux contrôles. Pas de cerclage gastrique en cas de «binge eating disorder».
- Cerclage gastrique (réalisation d'une petite poche gastrique proximale par cerclage tubulaire réglable), peut généralement se faire par laparoscopie. Le cerclage peut être adapté ultérieurement par injection de liquide par un port. Relativement beaucoup de complications à long terme et d'échecs.
- Pontage gastrique selon Mason: réalisation d'une petite poche gastrique proximale, court-circuit de l'estomac et de la première anse duodénale avec les sécrétions biliaires et pancréatiques. Restriction de l'apport de nourriture (satiété rapide), léger syndrome de malabsorption. Les opérations de pontage gastrique

ont tendance à donner de meilleurs résultats que le cerclage. Actuellement la méthode de choix. Selon la «Swedish Obesity Study» avec un follow-up de 15 ans, les facteurs de risque cardiovasculaire et le risque de diabète sont significativement abaissés après l'intervention, de même que la mortalité.

- Pour le traitement chirurgical sont indispensables une bonne expérience et un team interdisciplinaire, capable de maîtriser tous les problèmes éventuels et d'assurer le suivi global à long terme des patients.

Autres informations

1 Site web: www.endo-diabasel.ch.

Prof. Ulrich Keller
Chefarzt Klinik für Endokrinologie, Diabetologie und klinische Ernährung
Universitätsspital
Petersgraben 4
4031 Base
ukeller@uhbs.ch

Tiré de: Benedict Martina,
Edouard Battegay,
Peter Tschudi (éds.)

Ambulante Medizin.

Evidenz auf einen Blick

Bâle: EMH Editions médicales suisses; 2006

119 pages. Fr. 20.– / EUR 14.–

ISBN 978-3-7965-2262-8

(en allemand seulement).

Infos et commande sous ww.emh.ch.