

ITEM 253 (ex-251) : OBÉSITÉ

Obésité = surcharge pondérale par excès de tissu adipeux (masse grasse) : 17% des adultes, 18% des enfants (dont surpoids)
 - Incidence en augmentation, sex ratio = 1, touche surtout les régions du Nord et de l'Est en France
 → Masse grasse normale : **10 à 15%** du poids corporel chez l'homme, **20 à 25%** chez la femme

Diagnostic	IMC	<ul style="list-style-type: none"> - Surpoids : IMC > 25 - Obésité modérée (grade 1) : IMC > 30 - Obésité sévère (grade 2) : IMC > 35 - Obésité massive (grade 3) : IMC > 40
	FdR	<ul style="list-style-type: none"> - Age - Atcds familiaux d'obésité - Rebond d'adiposité précoce < 6 ans - Niveau socio-économique défavorisé
	Tour de taille	= Mesuré au mètre-ruban, à mi-distance entre le rebord costal inférieur et l'EIAS sur la ligne médio-axillaire - Corrélié à la quantité de graisse intra-abdominale (viscérale), de peu d'intérêt si IMC > 35 - Seuil (risque métabolique et cardiovasculaire) : <ul style="list-style-type: none"> - Niveau 1 : ≥ 80 cm chez la femme, ≥ 94 cm chez l'homme - Niveau 2 : ≥ 88 cm chez la femme, ≥ 102 cm chez l'homme
	Obésité androïde	= Distribution sur la partie haute du corps : surtout homme et femme ménopausée - Rapport tour de taille (TT)/tour de hanche (TH) > 0,8 chez la femme ou > 0,95 chez l'homme - Tour de taille ≥ 80 cm chez la femme ou ≥ 94 cm chez l'homme → Associé principalement aux complications métaboliques et cardiovasculaires
	Obésité gynoïde	= Distribution sur la partie basse du corps : surtout femme non ménopausée - Rapport TT/TH < 0,8 chez la femme ou < 0,95 chez l'homme → Associée principalement aux complications mécaniques
	Autres	<ul style="list-style-type: none"> Obésité sarcopénique : défaut de masse musculaire (sujet âgé) Obésité métaboliquement saine : pas de surrisque métabolique (20%)
Evaluation	Contexte	<ul style="list-style-type: none"> - Histoire pondérale : âge de début de la prise excessive de poids, poids minimal/maximal, variations pondérales récentes, régimes - Circonstances : modification du statut hormonal (puberté, grossesse, ménopause), choc émotionnel, changement d'environnement familial ou professionnel, sevrage tabagique, arrêt du sport, médicaments (antidépresseur tricyclique, neuroleptique, lithium, corticoïdes, insuline, oestroprogestatifs)
	Comportement alimentaire	<ul style="list-style-type: none"> - Hyperphagie prandiale : arrêt des repas au-delà du rassasiement (sensation de tension ou douleur de l'estomac) - Tachyphagie : durée moyenne des repas raccourcie, vitesse d'ingestion auto-évaluée - Prise extra-prandiale : <ul style="list-style-type: none"> - Grignotage : consommation de petites quantités pour le plaisir - Compulsion (craving) : envie irrésistible de manger sans perte de contrôle - Accès boulimique (binge eating) : envie irrésistible avec perte de contrôle - Boulimie : accès boulimique avec conduites purgatives (vomissements, laxatifs, diurétiques...) - Restriction cognitive : limitation volontaire des apports alimentaires dans un but de contrôle du poids, prise paradoxale de poids sur le long terme
	Consommation alimentaire	<ul style="list-style-type: none"> - Circonstance des prises alimentaires : seul ou accompagné... - Répartition et rythme des prises alimentaires (nombre de repas et horaires) - Volume ingéré lors du plat principal - Profil de consommation : <ul style="list-style-type: none"> - Forte consommation d'aliments à densité énergétique élevée (fromage, viande grasse, frites, biscuits...) - Forte consommation de matières grasses ajoutées - Forte consommation de sucres simples (sucre, miel, confiture, soda) ou pain - Boissons consommées : sucrées, « excitantes » : café/thé/énergisantes - Carnet alimentaire si besoin
	Autres	<ul style="list-style-type: none"> - Niveau d'activité physique et de sédentarité - Evaluation psychologique : stress, anxiété, humeur dépressive, estime de soi, images du corps - Evaluation de la situation sociale, familiale, professionnelle, éducative et financière - Motivation - Recherche de causes d'obésité secondaire (rare) et des complications

Evaluation	Bilan minimal	= Systématique : glycémie à jeun, bilan lipidique, uricémie, GGT, transaminases, NFS, ionogramme, créatinine, ECG de repos
	Selon le contexte	- Complications : ECG d'effort, ETT, polygraphie nocturne, EFR, GDS, échographie abdominale, Rx articulations douloureuses - Etiologie : TSH, CLU/24h, freinage minute à la dexaméthasone, IRM hypophysaire, génétique...
Obésité secondaire	Cause endocrinienne	- Hypothyroïdie : prise de poids généralement modérée - Hypercorticisme : obésité facio-tronculaire, amyotrophie, vergetures pourpres → Des vergetures rosées sont fréquentes chez les patients ayant des variations de poids rapides - Tumeur hypophysaire : syndrome tumoral, insuffisance antéhypophysaire, hypersécrétion...
	Cause syndromique	= Obésité précoce, syndrome malformatif, dysmorphie, petite taille, déficience intellectuelle - Syndrome de Prader-Willi, syndrome de Bardet-Biedl, syndrome de Laurence-Moon
	Cause monogénique	= Obésité précoce et sévère, transmission autosomique récessive ou dominante, histoire familiale - Déficit en leptine, déficit en MC4R...
	Iatrogène	- Psychotrope : lithium, antidépresseur tricyclique, neuroleptique - Corticoïdes - Oestroprogestatifs - Androgènes - Insuline, sulfamide, glinide
Complications	Métabolique	- Diabète de type 2 - Syndrome métabolique : dyslipidémie (surtout de type IV ou IIb), hyperuricémie
	Cardio-vasculaire	- HTA - Maladie cardiovasculaire : insuffisance coronarienne, infarctus du myocarde, AVC - Insuffisance cardiaque gauche/droite (HTA, insuffisance coronarienne, cœur pulmonaire chronique) - Maladie thrombo-embolique veineuse : TVP, EP
	Respiratoire	- Syndrome d'apnée obstructive du sommeil (SAOS) - Insuffisance respiratoire restrictive - Syndrome d'hypoventilation alvéolaire - Asthme
	Opératoire	- Morbi-mortalité per- et post-opératoire plus élevée - Complications du décubitus plus fréquentes
	Digestive	- Reflux gastro-oesophagien - Lithiase biliaire - Stéatose hépatique , pouvant évoluer vers la stéato-hépatite non alcoolique (15-20%), la cirrhose (1-2%), plus rarement un carcinome hépatocellulaire
	Rénale	- Glomérulopathie avec protéinurie, hyalinose segmentaire et focale pouvant évoluer vers l' IRC
	Ostéo-articulaire	- Gonarthrose fémoro-tibiale et fémoro-patellaire - Coxarthrose - Lombalgies communes - Ostéonécrose aseptique de la tête fémorale
	Cutanée	- Intertrigos mycosiques (plis sous-mammaires, inguinaux...) - Lymphoedème - Insuffisance veineuse
	Gynéco-logique	- Incontinence urinaire d'effort - Trouble de la fertilité - Risque de fausse couche plus élevée - Morbi-mortalité lors de la grossesse plus élevée : diabète gestationnel, HTA gravidique...
	Neuro	- Hypertension intra-crânienne idiopathique ou bénigne
	Cancer	- ↗ Incidence et mortalité : cancer du sein, de l'endomètre, colorectal, du rein, du pancréas, de l'œsophage et de la vésicule biliaire, prostate
	Psycho-sociale	- Dépression - Discrimination sociale - Diminution de la qualité de vie

TTT	Objectif	= Réduction et maintien au long terme d'une perte de poids pour améliorer la qualité de vie - Objectif = perte de 5 à 15% du poids maximal sur une durée de 6 à 12 mois , progressive et durable → Amélioration significative des complications pour une perte de poids de 5-10%		
	Modification thérapeutique du mode de vie	Conseil alimentaire	- Réduction relative des apports énergétiques totaux (sans descendre en-dessous de la DER) → régime hypocalorique \searrow de 30% maximum , toujours > 1200 kcal/j - Supprimer les aliments à forte densité énergétique et favoriser ceux à faible densité énergétique - Sans interdit alimentaire, respectant le rythme alimentaire - Insister sur l'allongement des temps de mastication et ingestion (20 minutes/repas) → Un régime trop restrictif et déséquilibré est à risque d'abandon et dénutrition	
		Activité physique	= Maintien de la perte de poids après amaigrissement, préservation de la masse maigre, prévention des complications métaboliques, respiratoires et cardiovasculaires - Pratique régulière, adapté au patient, mise en place progressivement - Objectif minimal : 150 min/semaine d'activité d'intensité modérée - Objectif idéal : 1h/jour d'activité physique d'intensité modérée > 5 fois/semaine	
	Prise en charge psychologique	- Thérapie cognitivo-comportementale - Travail motivationnel - Gestion des troubles du comportement alimentaire par la gestion des émotions et du stress - Renforcement de l'estime de soi et de l'image du corps		
	Traitement médicale	Orlistat Xenical®	= Inhibiteur des lipases intestinales (\searrow absorption de graisses de 30%) : non remboursé, non recommandé par la HAS - Indication : IMC \geq 30, voire IMC \geq 27 si FdRCV - Efficacité seulement démontrée sur le court terme (15% de perte de poids) - Effets secondaires : stéatorrhée, interactions médicamenteuses	
		- Traitement psychotrope adapté (TCA, dépression, anxiété...) : antidépresseur, anxiolytique - Traitement des complications : antihypertenseur, hypolipémiant, antidiabétique, insuline...		
	Recours au médecin spécialiste	- Obésité sévère ou massive - Obésité résistance aux modifications thérapeutiques du mode de vie - Obésité syndromique - Prise de poids rapide en lien avec une hyperphagie boulimique		
	CHIRURGIE BARIATRIQUE	= Modification de l'anatomie digestive: - Restriction gastrique : anneau gastrique, <i>sleeve</i> gastrectomie ± Malabsorption intestinale : <i>by-pass</i> gastrique - Efficacité : perte de poids attendue = 40 à 75% de l'excès de poids (par rapport au poids idéal permettant d'atteindre un IMC à 25) sur le long terme soit 20 à 30% du poids → Au sein d'une équipe spécialisée, décision à l'issue d'une RCP		
		Indication	- Chez un sujet âgé de 18 à 60 ans - IMC \geq 40 ou IMC \geq 35 avec \geq 1 comorbidité susceptible d'être améliorée - Après échec de traitement nutritionnel bien conduit pendant 6 à 12 mois - En l'absence de perte de poids suffisante ou de maintien de la perte de poids - Après information, évaluation préopératoire et ayant accepté le suivi à vie	
		Contre-indication	- Trouble psychiatrique non stabilisé - Alcoolisme et toxicomanie - Troubles du comportement alimentaire graves - Impossibilité de suivi médical - Comorbidité menaçant le pronostic vital	
Anneau gastrique		= Anneau en silicone placé autour de la partie supérieure de l'estomac, relié à un boîtier sous-cutané permettant de modifier son diamètre, réversible - Risque : glissement de l'anneau, dilatation de la poche (voire de l'œsophage), vomissements et intolérance alimentaire si trop serré, carence en vitamine B1 si vomissements prolongés		
Gastrectomie longitudinale (sleeve)		= Extraction des 2/3 de l'estomac - Risque : ulcération, sténose, fistule, RGO, carence en vitamine B12 - Supplémentation systématique par vitamine B12 IM tous les 3 mois		
By-pass gastrique	= Création d'une petite poche gastrique combinée à une dérivation entre l'estomac et le jéjunum par une anse intestinale montée en Y - Risque : ulcération, sténose, fistule, Dumping syndrome, carences : vitamine B12, fer, calcium, folates - Supplémentation à vie en micronutriments et vitamines B9 et B12			