

Item 267 : Obésité de l'adulte

Collège des Enseignants de Nutrition

Date de création du document 2010-2011

Table des matières

ENC :	2
SPECIFIQUE :	2
I Généralités	4
II Diagnostic de l'obésité	4
III Evaluation du sujet obèse	6
III.1 Interrogatoire	6
III.2 Examen physique	7
III.3 Examens complémentaires	9
III.4 Complications	9
IV Attitude thérapeutique et suivi du patient	10
IV.1 Moyens thérapeutiques (Tableau 3)	10
IV.2 Objectifs du traitement	13
IV.3 Suivi	13

OBJECTIFS

ENC :

- Savoir diagnostiquer une obésité chez l'adulte.
- Apprécier les signes de gravité et le pronostic.
- Accompagner le patient dans sa démarche de contrôle pondéral.
- Connaître les facteurs favorisant l'obésité de l'adulte et les mesures de prévention ou argumenter les principes du traitement et de la surveillance.

SPECIFIQUE :

- Diagnostiquer un excès pondéral, définir son importance et en rechercher l'origine.
- Rechercher les complications d'un excès de poids et les prendre en charge.
- Déterminer avec le patient des objectifs thérapeutiques réalistes, répondant à ses besoins, de l'aider à les concrétiser, et de l'accompagner dans la mise en œuvre de ces objectifs et au delà.
- Respecter les indications et contre-indications des thérapeutiques médicamenteuses et chirurgicales.

I GÉNÉRALITÉS

- L'obésité est une maladie chronique évolutive.
- 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.
- Le diagnostic est basé sur le calcul de l'indice de masse corporelle (IMC = poids/taille²)
- L'obésité est fréquente. En France, elle touche 12 % des adultes et 15% des enfants (surpoids compris). Cette prévalence est en augmentation.
- 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, indique un risque accru 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. Il s'agit d'une prise en charge à 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.

II DIAGNOSTIC DE L'OBÉSITÉ

- 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 10-15 % 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, en anglais body mass index, BMI) qui est le rapport du poids (en kg) sur le carré de la taille (en mètre)(voir *Evaluation de l'état nutritionnel*).
- Chez l'adulte, l'obésité est définie à partir du risque pour la santé (relation entre IMC et mortalité) ; chez l'enfant, l'obésité est définie à partir de la distribution de la corpulence dans la population.

- Chez l'**adulte** (après 18 ans), l'obésité est définie par un IMC ≥ 30 kg/m², associé à une augmentation du risque de co-morbidité et de mortalité. Les seuils sont les mêmes chez l'homme et chez la femme (Tableau 1).
- Chez l'**enfant**, l'IMC varie au cours de la croissance : après une augmentation dans la première année de vie, l'IMC diminue pour atteindre un nadir vers 4-6 ans. La réascension de l'IMC qui intervient ensuite est appelée « rebond d'adiposité ». Plus le rebond est précoce, plus le risque d'obésité à l'âge adulte est élevé.
- Chez l'**enfant**, l'obésité est définie à partir des courbes de croissance qui décrivent, séparément chez les garçons et les filles, l'évolution de l'IMC en fonction de l'âge (Figure). La définition internationale (Obesity International Task Force, IOTF) correspond aux centiles qui passent à l'âge de 18 ans par les valeurs d'IMC de 25 et 30 kg/m² utilisées pour la définition du surpoids et de l'obésité chez l'adulte. En France, il existe également des courbes nationales d'évolution de l'IMC en fonction de l'âge (carnet de santé). L'obésité est définie par un IMC \geq au 97^{ème} percentile de la courbe de référence française. L'obésité selon la définition française correspond au surpoids selon la définition internationale IOTF.

Tableau 1. Définition et classification des obésités de l'adulte d'après l'OMS

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

A noter : chez les sujets d'origine asiatique, des seuils d'IMC plus bas ont été proposés (surpoids : ≥ 23 kg/m², obésité: ≥ 25 kg/m²) car il a été constaté une augmentation du risque pour la santé à des valeurs d'IMC inférieures à celles décrites dans le Tableau.

III EVALUATION DU SUJET OBÈSE

L'examen clinique d'un sujet obèse est long mais réunir tous ces éléments est indispensable pour élaborer un programme thérapeutique cohérent.

III.1 INTERROGATOIRE

- **Histoire pondérale** récente et ancienne (évolution du poids au cours du temps qui permet d'identifier l'âge de début de la prise excessive de poids et les variations pondérales)
- 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.
- Seront précisés les **antécédents familiaux** d'obésité, de pathologies cardio-métaboliques (diabète, dyslipidémies, hypertension artérielle) et de cancer.
- L'**enquête alimentaire** (cf. *Prescription d'un régime*) précise les **rythmes alimentaires** et recherche les facteurs augmentant la **densité calorique** de l'alimentation (kcal/g), un excès de graisses alimentaires (beurre, fromage, graisses de cuisson, frites...), un excès de boissons sucrées (sodas) ou 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 restriction cognitive (tentative de limiter ses apports alimentaires dans le but de contrôler son poids) est fréquente. La boulimie est plus rare car elle s'accompagne en général de stratégies de contrôle du poids (vomissements).
- L'**enquête d'activité physique** (cf. *Prescription d'un régime*) précise le niveau habituel d'activité physique (professionnel, loisirs, sports), habituellement faible, et de sédentarité (temps devant écran, temps assis), habituellement élevé, et chez l'enfant la participation aux cours d'EPS et aux activités sportives extra-scolaires.
- 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, anti-dépresseurs, anti-épileptiques) peuvent entraîner une prise de poids.
- La structure de la cellule familiale est importante à préciser.

III.2 EXAMEN PHYSIQUE

- **Evaluation du statut pondéral et de la répartition du tissu adipeux.**
- L'IMC permet d'estimer l'importance de l'obésité (cf. Définitions et Tableau).
 - Certaines prises de poids ne sont pas liées à une augmentation de masse grasse et doivent être reconnues : syndrome oedémateux généralisé (anasarque), augmentation importante de masse musculaire (sportifs de haut niveau).
- **Le 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**)
 - Chez l'adulte, les seuils dénotant une augmentation du risque de pathologies métaboliques et vasculaires 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/m²
- **Recherche de complications** par un examen détaillé (cf. Tableau 2). L'examen clinique est très important car la recherche des complications de l'obésité ne doit pas se limiter aux seules anomalies métaboliques. La pression artérielle doit être mesurée avec un brassard adapté à la circonférence du bras du patient (sinon risque de surestimation de la pression artérielle et de diagnostic par excès). Le syndrome d'apnées du sommeil doit faire l'objet d'un interrogatoire systématique (interrogatoire à la recherche en priorité d'un ronflement, d'apnées nocturnes constatées par l'entourage et d'une somnolence diurne).

● **Recherche d'une cause d'obésité secondaire**

Même si ces étiologies sont exceptionnelles, il faudra savoir évoquer une hypothyroïdie, un hypercorticisme (obésité facio-tronculaire associée à des signes de catabolisme ; à noter que 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 (troubles du sommeil, hypogonadisme, syndrome polyuro-polydipsique, troubles visuels) ou encore un syndrome génétique rare avec obésité (histoire familiale, obésité précoce associée à un syndrome malformatif).

Tableau 2. Principales complications somatiques des obésités

CARDIOVASCULAIRES	Hypertension artérielle* Insuffisance coronarienne* Hypertrophie ventriculaire gauche (HVG) Accidents vasculaires cérébraux* Thromboses veineuses profondes – Embolie pulmonaire Insuffisance cardiaque
RESPIRATOIRES	Dyspnée d'effort, syndrome restrictif Syndrome d'apnées du sommeil* Hypoventilation alvéolaire Asthme
MECANIQUES	Gonarthrose, coxarthrose, lombalgies
DIGESTIVES	Stéatose hépatique, NASH* Hernie hiatale, reflux gastro-oesophagien Lithiase biliaire*
CANCERS	Homme : prostate, colon Femme : sein, ovaire, endomètre, col utérin
METABOLIQUES- ENDOCRINIENNES	Insulinorésistance*, Syndrome métabolique* Diabète de type 2* Hypertriglycémie*, HypoHDLémie* Hyperuricémie*, Goutte Dysoovulation, syndrome des ovaires polykystiques* Infertilité Hypogonadisme (homme, obésité massive)
CUTANÉES	Hypersudation Mycoses des plis

	Lymphoedème
RENALES	Acanthosis Nigricans*
RISQUE OPERATOIRE	Protéinurie, hyalinose segmentaire et focale
AUTRES	Hypertension intracrânienne Complications obstétricales

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

III.3 EXAMENS COMPLÉMENTAIRES

- Examens **systématiques** : glycémie à jeun, bilan lipidique (EAL : triglycérides, cholestérol total et HDL, calcul du LDL), uricémie, GGT, transaminases, NFS, ionogramme sanguin, créatinine, et ECG de repos.
- En **fonction du contexte clinique**, seront demandées : polygraphie ventilatoire nocturne de dépistage (recherche d'un syndrome d'apnée du sommeil), épreuves fonctionnelles respiratoires, gazométrie artérielle, épreuve d'effort ECG...
- La recherche d'une **cause endocrinienne** est orientée par le contexte clinique : par ex. TSHus (hypothyroïdie), freinage minute à la dexaméthasone (suspicion d'hypercorticisme).

III.4 COMPLICATIONS

- De nombreuses complications **somatiques** de l'obésité sont favorisées par une répartition abdominale de la graisse (Tableau 2).
- Parmi les complications **psychosociales**, la discrimination envers les sujets obèses ainsi que la dépression peuvent altérer significativement la qualité de vie. "L'idéal de minceur" de la société contemporaine peut participer au développement de troubles du comportement alimentaire (restrictions alimentaires puis compulsions) qui favorisent la prise de poids.

IV ATTITUDE THÉRAPEUTIQUE ET SUIVI DU PATIENT

IV.1 MOYENS THÉRAPEUTIQUES (TABLEAU 3)

- **Conseils alimentaires** *Prescription d'un régime*

Il n'existe **pas de prescription diététique "standard"**. Une priorité correspond au rétablissement d'un **rythme alimentaire** et à la **répartition des apports dans la journée**. 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. La DER peut être calculée à partir du poids, de la taille, du sexe et de l'âge du sujet par des formules spécifiques (Harris et Bénédicte).

- **Conseils concernant l'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 minutes/j d'activité d'intensité modérée** type 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'auto-évaluer 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.

- **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 (psychothérapies, 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.

- **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 ≥ 30 kg/m², ou un surpoids (IMC ≥ 28 kg/m² pour le Xenical et >27 kg/m² pour le 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.

Tableau 3. Moyens thérapeutiques utilisables dans la prise en charge de l'obésité de l'adulte 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 co-morbidités	+	+	+
Chirurgie bariatrique				Avec Co-morbidités	+

**dans une démarche d'éducation thérapeutique*

● Chirurgie

La **chirurgie bariatrique** a pour but d'induire un bilan énergétique négatif par un montage au niveau du tube digestif. L'indication (Tableau 4) 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. Ceci 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 gastroplatie 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'existence de complications nécessite de pouvoir suivre le patient sur du très long terme. 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 (martiales, vitaminiques) voire de dénutrition. Une supplémentation systématique (fer, vitamines) à vie est indispensable.

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

Tableau 4 : Indications Contre-indications

Indications	Contre-indications
IMC \geq 40 kg/m ² , ou IMC \geq 35 kg/m ² avec comorbidités menaçant le pronostic vital ou fonctionnel	Troubles psychiatriques non stabilisés
Age 18 à 60 ans	Alcoolisme et toxicomanie
Obésité stable ou s'aggravant	Impossibilité du suivi médical
Malgré une prise en charge spécialisée d'au moins un an et échec des traitements conventionnels en associant des approches complémentaires	Troubles du comportement alimentaire graves
	Obésité de cause curable
	Coefficient de mastication insuffisant
	Risque anesthésique majeur
	Pathologie menaçant le pronostic vital

IV.2 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 5-10 %** du poids maximal est considérée comme réaliste et permettant une amélioration significative des complications (au rythme de 2 à 3 kg/mois).
- 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, 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.

IV.3 SUIVI

- L'obésité est une **pathologie chronique**. Un accompagnement au long cours par des **consultations régulières** est indispensable. L'adaptation des conseils concernant le 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.
- Un **régime trop restrictif et déséquilibré** comporte des risques : abandon avec reprise de poids et souvent dépassement du poids initial, dénutrition protéique, dépression.