

Obésité

Prise en charge nutritionnelle et efficacité ...et la place du MPR?

Valérie Miserez
 Diététicienne diplômée ES
 Département de médecine communautaire et de premier recours
valerie.miserez@hcuge.ch
 29 415

Diagnostic

- o **BMI** Body mass index ou IMC Indice de masse corporelle
 $BMI = Poids (kg) / [taille (m) \times taille (m)]$
- o BMI > 30 = **Obésité**
 - Validité
 - Estime masse grasse
 - Ne prend pas en compte masse musculaire importante
 - Prévalence: 10%*
- o BMI 25-30 = **Surpoids**
 - ↓ mortalité dès 65 ans → BMI normal si >65 ans: 22-27
 - Prévalence: 37%*

* Enquête suisse de santé, 2002

2 PC OB 1 Nov 10

Diagnostic [International Obesity Task force, Clinical Guidelines]

CLASSIFICATION OF OVERWEIGHT AND OBESITY BY BMI, WAIST CIRCUMFERENCE AND ASSOCIATED DISEASE RISK*

	BMI (kg/m ²)	Obesity Class	Disease Risk* Relative to Normal Weight and Waist Circumference	
			Men ≤ 102 cm (≤ 40 in) Women ≤ 88 cm (≤ 35 in)	> 102 cm (> 40 in) > 88 cm (> 35 in)
Underweight	<18.5		—	—
Normal*	18.5 – 24.9		—	—
Overweight	25.0 – 29.9		Increased	High
Obesity	30.0 – 34.9	I	High	Very High
	35.0 – 39.9	II	Very High	Very High
Extreme Obesity	≥40	III	Extremely High	Extremely High

* Disease risk for type 2 diabetes, hypertension, and CVD.
 + Increased waist circumference can also be a marker for increased risk even in persons of normal weight.

PC OB 1 Nov 10

Obesity Trends* Among U.S. Adults

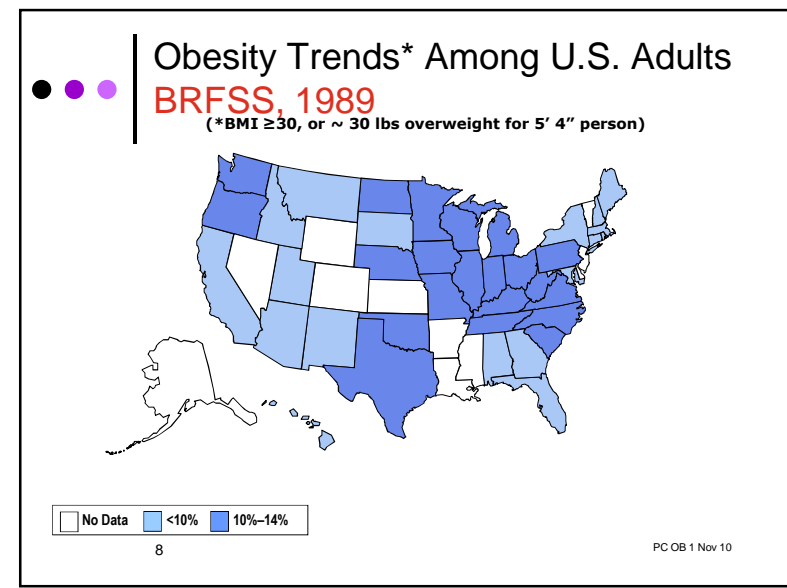
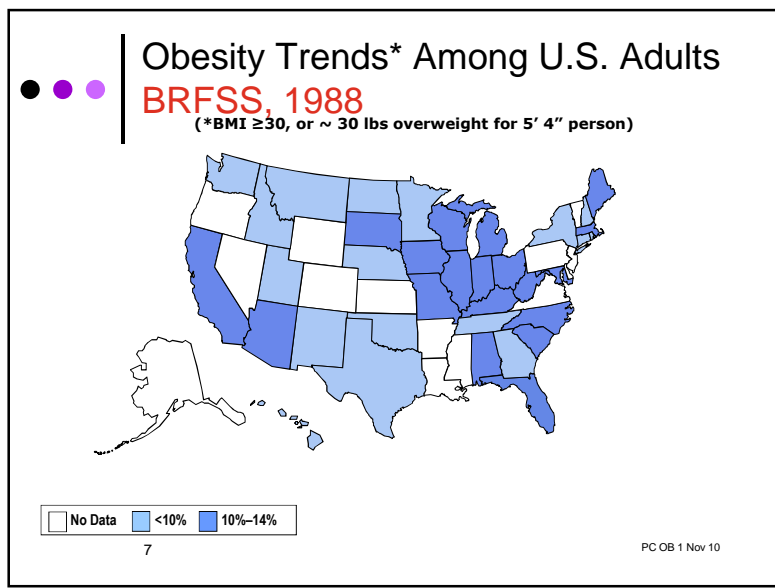
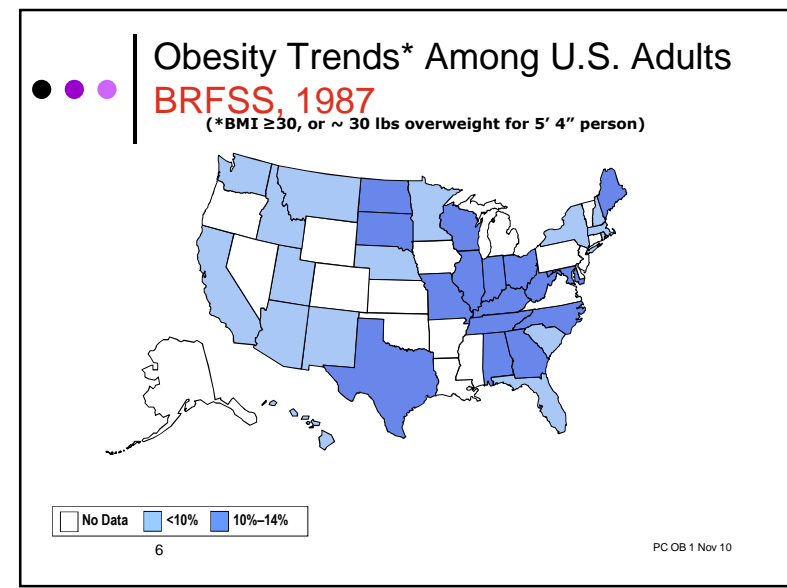
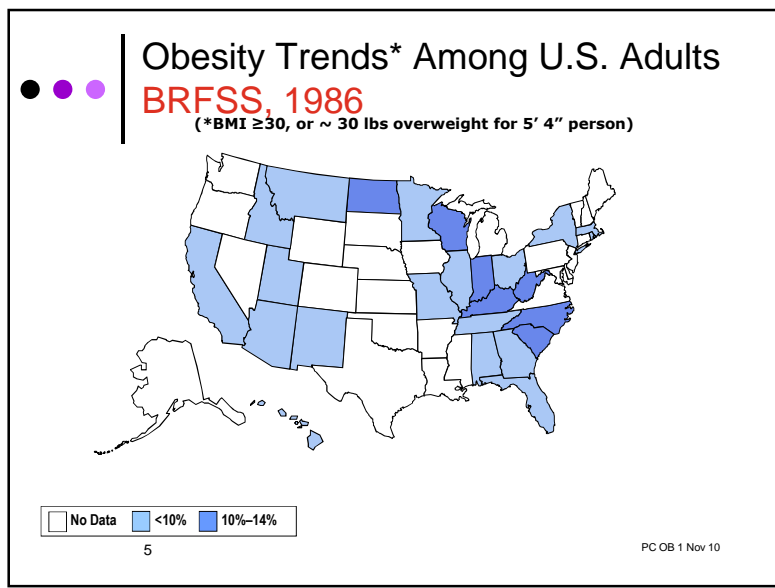
BRFSS, 1985

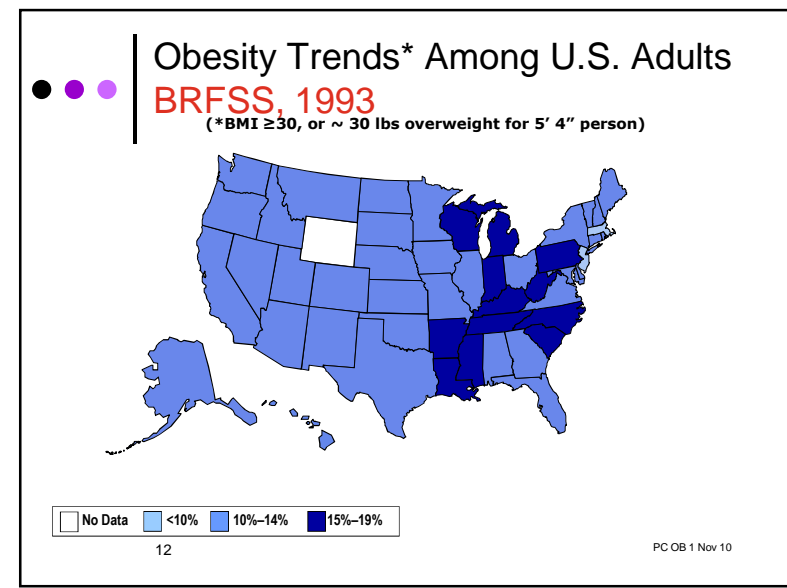
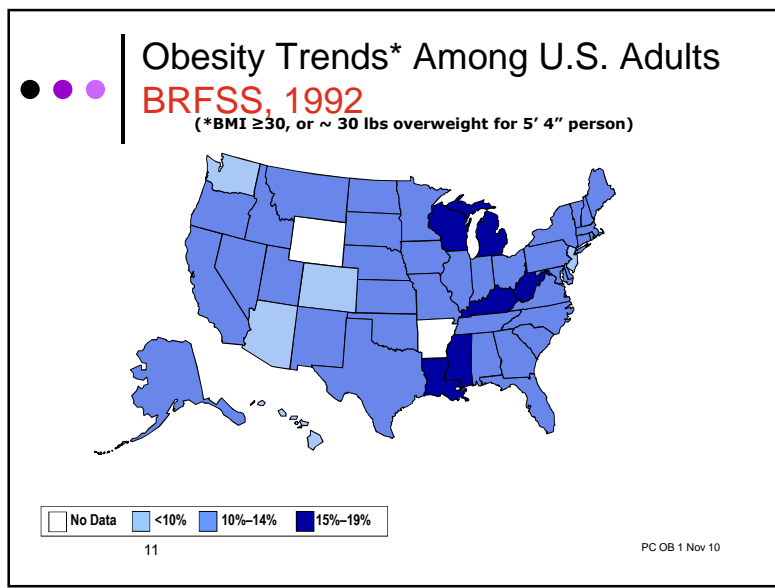
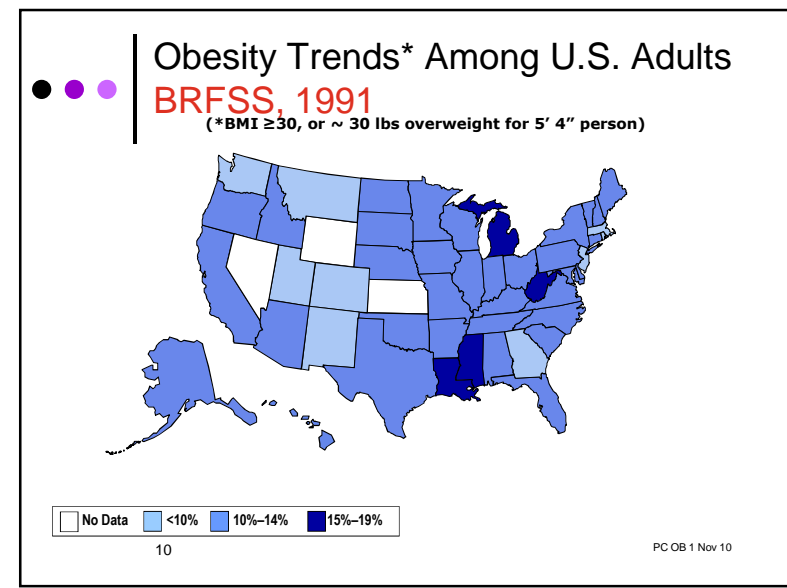
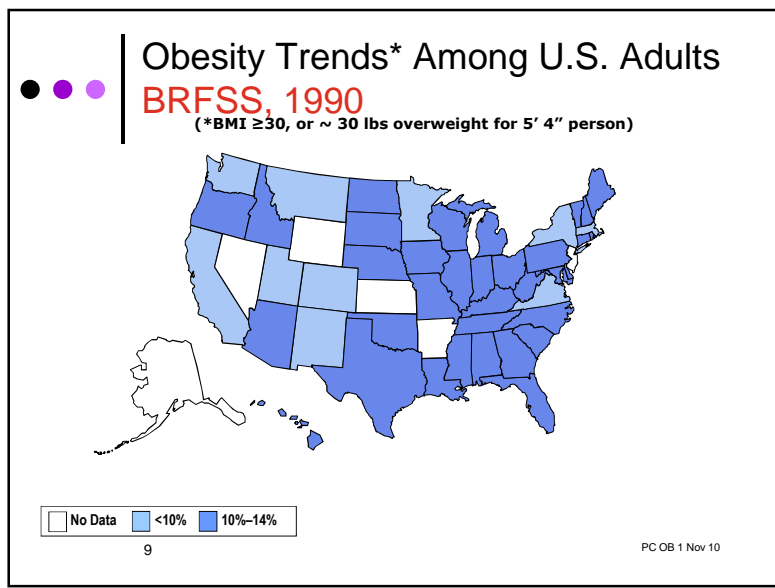
(*BMI ≥ 30, or ~ 30 lbs overweight for 5' 4" person)

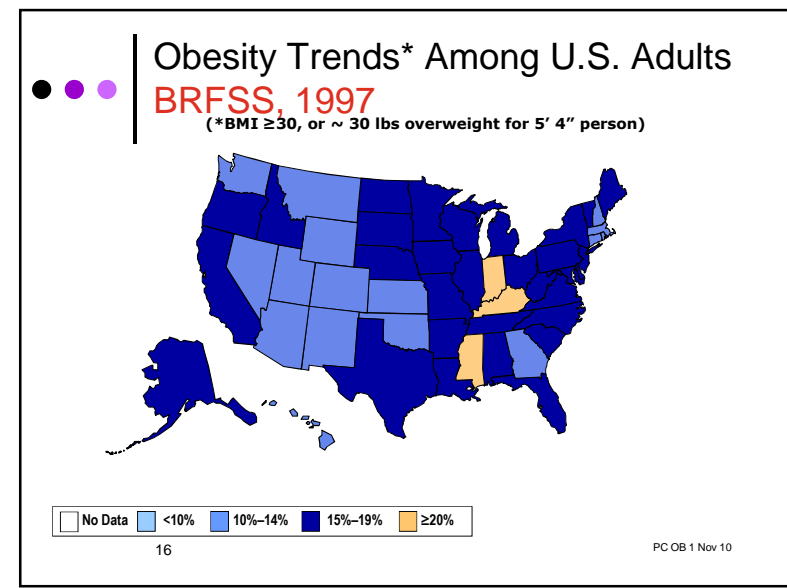
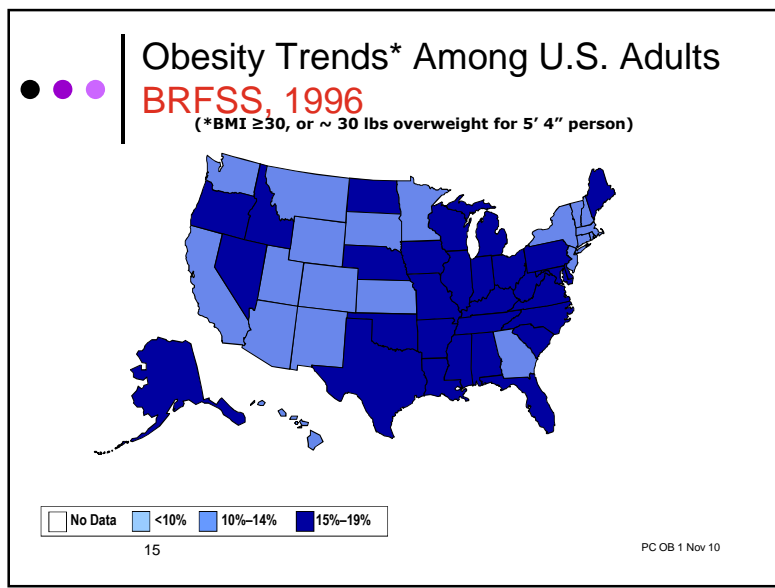
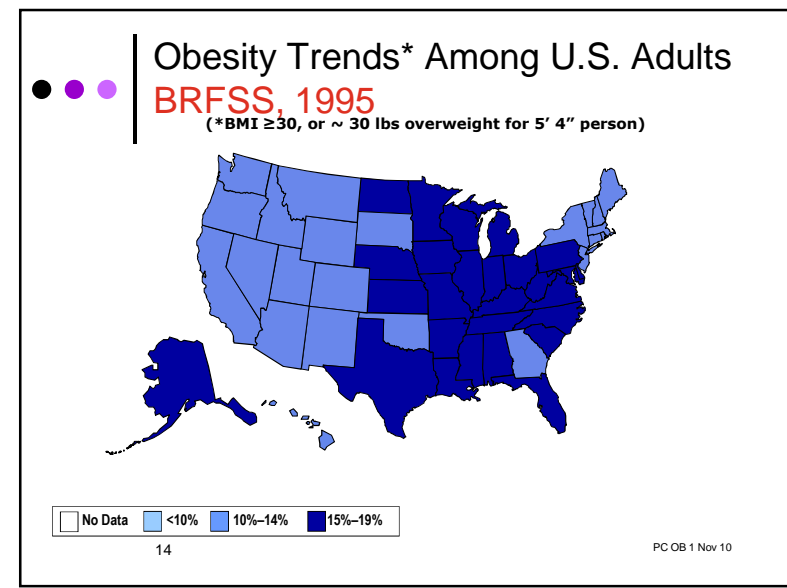
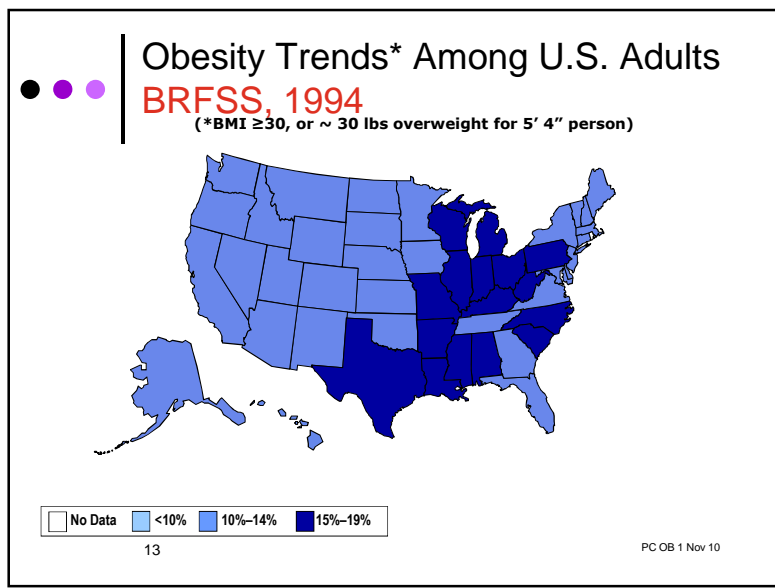
Legend: No Data (white), <10% (light blue), 10%-14% (dark blue)

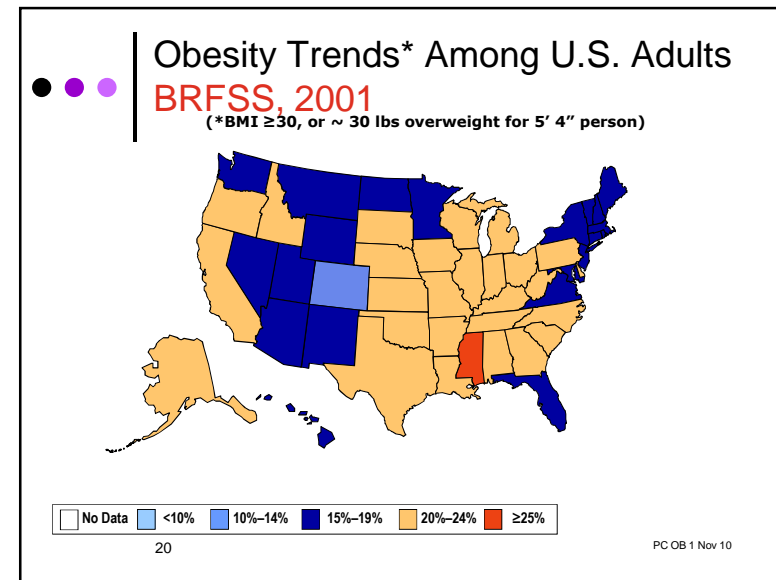
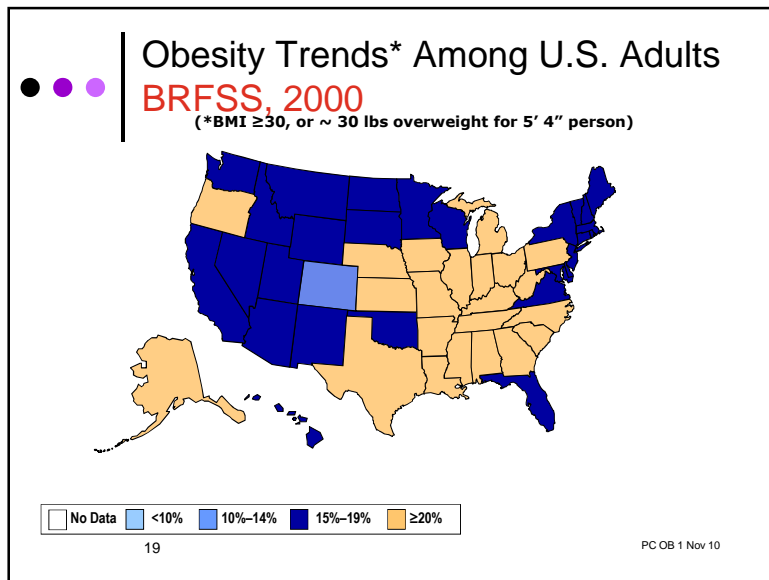
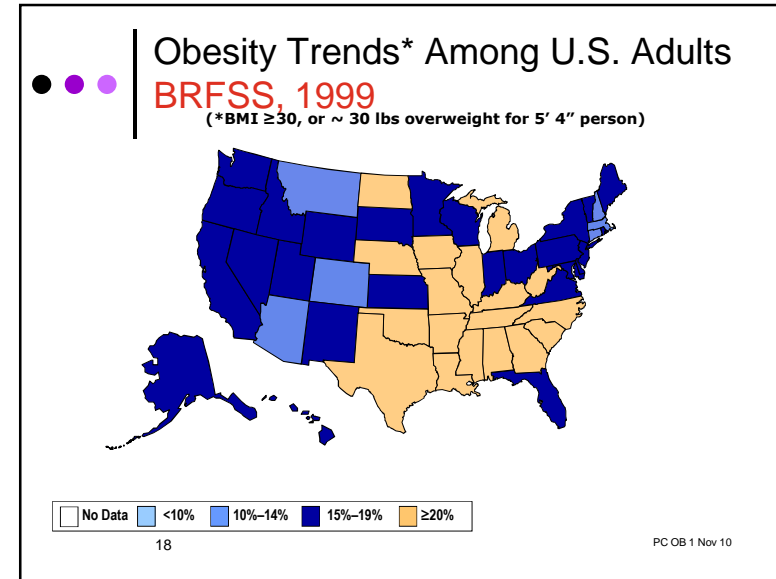
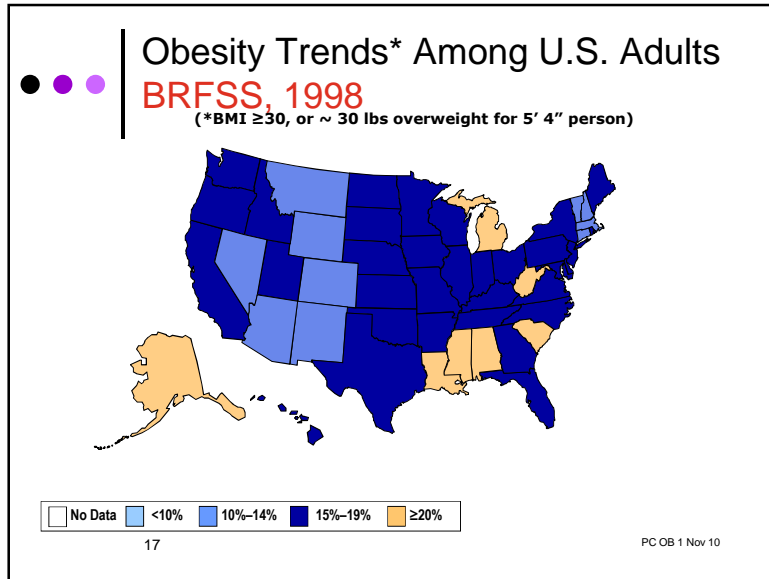
Source: Behavioral Risk Factor Surveillance System, CDC

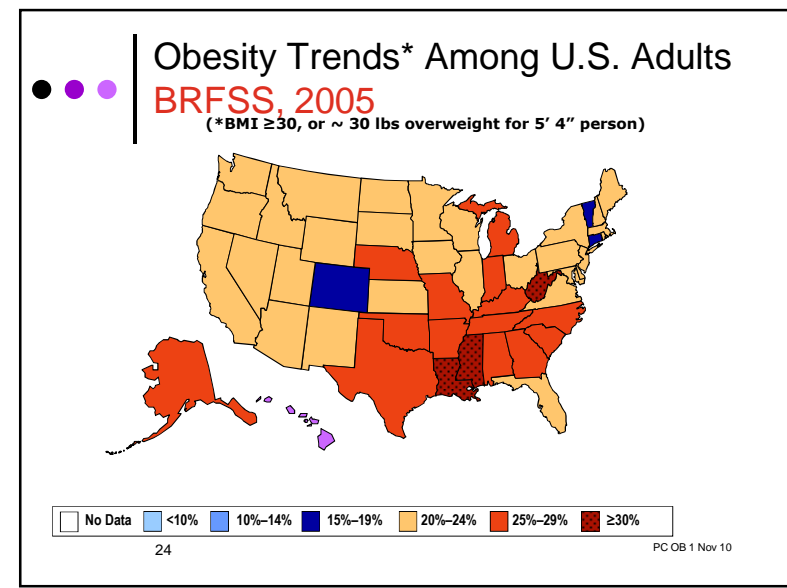
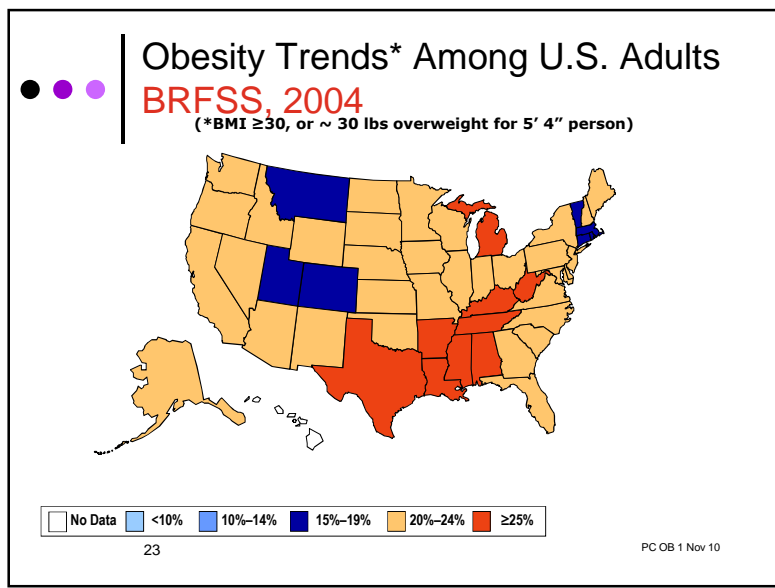
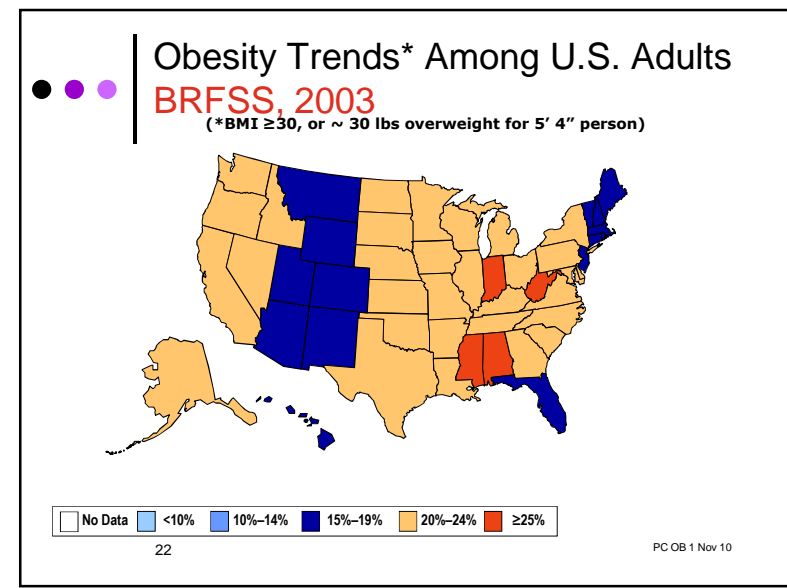
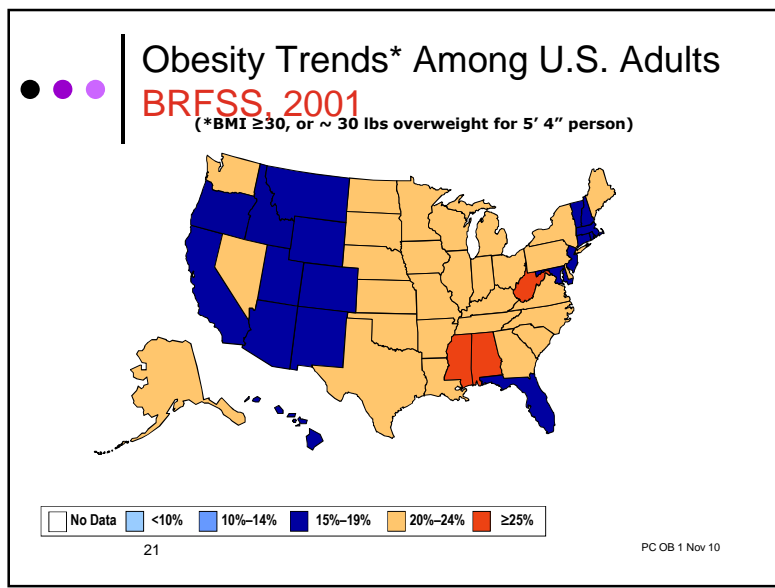
PC OB 1 Nov 10











● ● ● | Guidelines OMS

1. Traiter l'obésité
2. Stabiliser l'excès de poids
 - *Sauf si tour de taille >102cm (H) ou 88cm (F)

*Obesity: Preventing and managing the global epidemic.
Geneva, World Health Organization
(WHO Technical Report Series, No. 894 P11)*

25

PC OB 1 Nov 10

● ● ● | Guidelines USA

- Perte de poids conseillée uniquement si BMI \geq 30
- Objectif : - 10% du poids initial sur 6 mois
- Puis efforts pour maintenir la perte de poids (stabilisation)
- Traitement basé sur 3 axes:
 - Comportemental
 - Diététique
 - Activité physique

*US Preventive Services Task Force
Ann Intern Med. 2005;142:525-531
National institutes of health, Clinical Guidelines on the identification,
evaluation and treatment of overweight and obesity in adults, 1998*

26

PC OB 1 Nov 10

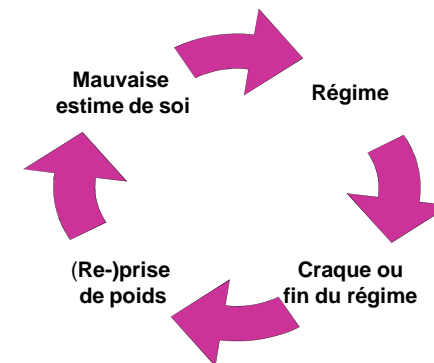
● ● ● | Pourtant...

- 64% femmes françaises en excès de poids sont au régime *[CNRS, 2003]*
- 51% femmes françaises de poids normal sont au régime *[SMASH, 2002]*
- 70% filles suisses 16-20 ans se trouvent trop grosses *[Fulkerson, Int J Obes Relat Metab Disord, 2002]*
- 45% adolescent-e-s américain-e-s encouragé-e-s par leur mère à maigrir ont un poids normal

27

PC OB 1 Nov 10

● ● ● | Régimes et effet « yoyo »



28

[Fairburn 1995]
PC OB 1 Nov 10

Restriction alimentaire et régimes → Effets secondaires

- Restriction cognitive
 - Intention consciente et librement déterminée de limiter sa prise alimentaire dans le but de perdre du poids et/ou de le maintenir [A. Basdevant 1990]
- Dérégulation du rythme alimentaire
 - Perturbation de la capacité physiologique à réguler ses apports alimentaires en fonction des besoins
 - Incapacité à reconnaître les sensations de faim et de satiété
- Prise de poids
- Mauvaise estime de soi
- Troubles du comportement alimentaire
 - Filles au régime: 12X plus de risque de développer des compulsions alimentaires vs pas de régime [AE Field et al. Pediatrics 2003]

29 PC OB 1 Nov 10

Restriction alimentaire et régimes → Mauvaise estime de soi

"Grossir, c'est..."

	Déjà régime	Jamais régime
Se négliger, se laisser aller	78%	75%
Ne pas avoir de discipline	77%	57%
Cela me fait déprimer	68%	44%
Se sentir dépassée, débordée	63%	40%

Selon échantillon représentatif, Françaises non obèses (n= 675), CNRS 2003

30 PC OB 1 Nov 10

PC nutritionnelle → efficacité attendue?

- Essai clinique randomisé (n = 127)
- Intervention sur 1 an
 - Alimentation hypocalorique équilibrée
 - Activité physique (3-5 fois 45' /sem)
 - Régime + activité physique

[Skender et al. J Am Diet Assoc 1996]

Months	Exercise Only	Diet Only	Diet + Exercise
Baseline	0	0	0
3	-1	-7	-7
12	-3	-8	-8
24	1	-7	-7

Weight changes (kg) for treatment groups at baseline and at 3, 12 (n=86), and 24 months (n=61)

31 PC OB 1 Nov 10

Traitement et évolution pondérale

Évaluation post-intervention diététique (n= 854)

- ↓ 5% du poids initial
 - 1 an: 96 sujets (11%)
 - 2 ans: 39 sujets (4.6%)

[Crawford et al. Int J Obes Relat Metab Disord 2000]

Méta-analyse (n=29 études)

- Perte de poids moyenne à 5 ans: 3 kg (IC95%:2.5;3.5)
- Évolution pondérale après la fin traitement (% poids repris)
 - 1 an 33%
 - 2 ans 66%
 - 3 ans 68%
 - 4 ans 72%
 - 5 ans 79%

[Anderson et al. Am J Clin Nutr 2001]

32 PC OB 1 Nov 10

Efficacité diététique au SMPR

- Cohorte (n=195 patients obèses)
- Consultation diététique de la Policlinique de médecine, HUG
- Pas de régime, pas de plan alimentaire

→ Objectifs comportementaux atteints: 58% (± 26)

→ Évolution pondérale

- Prise de poids 12%
- Poids stable $\pm 2\%$ 54%
- Perte de poids 29%
 - 3-5% 15%
 - 6-10% 11%
 - >10% 3%

[Kruseman, Volery, Bovier, SSSP 2005]

33

PC OB 1 Nov 10

Prise en charge?

Ce qu'il ne faut pas faire !!!

- Objectif pondéral irréaliste et « éclair »
- Régimes ou plans alimentaires
- Messages erronés et simplistes sur les « bons » ou « mauvais » aliments (autorisés/interdits)

34

PC OB 1 Nov 10

Prise en charge?

Ce qu'il faut faire...

- 3 Clés pour une prise en charge efficace de l'obésité...
 - Comportemental
 1. Dépister les comportements alimentaires
 2. Evaluer les apports alimentaires
 - Equilibre alimentaire
 - Activité physique

35

PC OB 1 Nov 10

1. Dépister : FES - Faim

Questions

- Vous arrive-t-il d'avoir faim? A quel moment de la journée?
- Comment se manifeste-elle? Pouvez-vous me la décrire?
- Ressentez-vous qqc physiquement/dans votre corps?
- Vous avez faim ou envie de manger ?

Définition

- Sensation physique, provient de l'estomac (creux, vide, gargouillis,... mais aussi fatigue, irritabilité, etc.)
- Signal des besoins physiologiques en énergie (baisse de la glycémie)

36

PC OB 1 Nov 10

● ● ● 1. Dépister : FES - Envie

Questions

- Est-ce que la faim et l'envie de manger sont identiques ?
- Vous arrive-t-il d'avoir envie de manger sans avoir faim ?
- Si oui, qu'est-ce qu'il se passe ?
Qu'est-ce que vous mangez ? A quel moment de la journée ?
- Quelles situations augmentent cette envie ?

Définition

- Appétit indépendant de la faim, lié au **plaisir** gustatif des aliments, déclenché par la vue d'un aliment ou l'odorat
- Ou faim psychologique, **émotionnelle** ou affective déclenchée par des pensées, des émotions.

37

PC OB 1 Nov 10

● ● ● Grignotages ou Compulsions?

Grignotages

- Prises alimentaires indépendantes de la faim.
- Déclenchés par la faim, l'envie à la vue ou l'odeur des aliments, l'ennui, etc.
- Petites quantités d'aliments consommées fréquemment.

Compulsions

- Prises alimentaires indépendantes de la faim.
- Déclenchées par un phénomène mental et émotionnel.
- Besoin irrésistible de manger avec l'impression de **perdre le contrôle** (« craquage »).
 - Boulimie
 - Binge eating disorder (BED) ou hyperphagie boulimique
 - Night eating syndrome (NES)

38

PC OB 1 Nov 10

● ● ● 1. Dépister : FES - Satiété

Questions

- Ressentez-vous la satiété? (c'est-à-dire quand vous avez assez mangé)
- Vous arrêtez-vous de manger à ce moment ?
- Vous arrive-t-il de vous resservir?
- Vous arrive-t-il d'avoir la sensation que votre estomac est lourd, ballonné, distendu après le repas ? A quelle fréquence cela arrive?
- Avez-vous l'impression de manger vite?
Combien de temps/minutes dure une assiette ?

Définition

- = Disparition de la faim (20mn après début de la prise alim)
- Sensation d'avoir assez mangé mais pas trop !

39

PC OB 1 Nov 10

● ● ● 2. Estimer les apports alim

Anamnèse brève

- Présence et nombre de repas (structure?)
- Contexte et activité(s) en mangeant
- Apport en graisses (visibles et cachées)
- Apport en sucre (boissons)
- Consommation d'alcool

40

PC OB 1 Nov 10

2. Carnet alimentaire et comportemental

Objectif

- « Photographie » des habitudes alimentaires
- Mise en évidence des pistes de travail (prise de conscience)

Utilisation

- Faire remplir le carnet (CA) durant 3-5 jours consécutifs
- Le patient mange comme d'habitude, sans chercher à se contrôler ou perdre du poids
- Revoir le patient rapidement (1-2 semaines)
- Analyser le carnet au retour : y attacher de l'importance, aussi si pas rempli!

41

PC OB 1 Nov 10

2. Exemple de CA

Heure	Aliments ou boissons	Faim 0→5 (0=pas faim 1-2= petite faim 3-4= faim moy à forte 5= faim trop forte)	Vitesse (Mangé vite OUI / NON)	Contexte	Remarques
13.30	1 grande assiette de salade, tomates + 1 tr pain	2	NON	A table	Pas trop calorique
16.30	Cacahuètes	0	OUI	Salon TV	Envie. Je sais que je ne devrais pas.

42

PC OB 1 Nov 10

Troubles alimentaires et prise de poids

		n	Ont pris du poids	OR (95% IC)	p (Chi²)
Compulsions	<1/sem	79	6%	4.9 (1.5 – 16.0)	0.005
	≥1/sem	36	25%		
Reconnaissance Faim	Oui	85	8%	3.3 (1.0 - 10.2)	0.036
	Non	31	23%		
Night Eating Syndrome	Jamais	90	9%	3.2 (1.0 – 10.0)	0.04
	≤1/sem	25	24%		
Consommation augmentée si affects négatifs	Non	37	8%	1.9 (0.5 - 7.2)	0.3
	Oui	77	14%		

- Cohorte (n=116), consultation diététique, Polimed HUG (2003)
- Facteurs associés avec une prise de poids >2% du poids initial

43

PC OB 1 Nov 10

Traitements: régimes

- Classiques
 - PSMF, Dissocié, Scarsdale, Atkins, Montignac...
- Très Farfelus
 - Groupes sanguins, Calories négatives...
- Potions magiques
 - Soupe magique, tisanes amaigrissantes, algues...
- Technologie alimentaire
 - Substituts de repas, édulcorants, plats allégés
- "Équilibré hypocalorique" ou le "politiquement correct" du régime

Mode d'action : apporte moins de calories à l'organisme qu'il n'en dépense
Conséquences : Efficacité à court terme, risque de reprise et de développer des troubles alimentaires

PC OB 1 Nov 10

● ● ● Traitements: chirurgie

- **Gastroplastie, cerclage**
- **By-pass gastrique (Roux en Y)**
- **Sleeve gastrectomy**
- Objectif: réduire le volume "consommable", induire une malabsorption
- En principe réservé aux personnes BMI>40
- TCA = contre-indication
- Risques non négligeables (complications, mortalité, carences)
- Réduction pondérale importante (by-pass)
- Amélioration qualité de vie
- Résultats à long terme ???

45

PC OB 1 Nov 10

● ● ● Traitements : médicaments

- **Inhibiteurs lipase (Orlistat; Xénical; Alli®)**
 - Diminue absorption lipidique
 - Effets secondaires: diarrhées, carences vit liposolubles (controversé)
 - Perte 3kg de plus que placebo *[Cochrane review 2003]*
 - **Inhibiteur recapture neurotransmetteurs (Sibutramine; Réductil®)**
 - Augmente sensation satiété
 - Effets secondaires: bouche sèche, insomnies, constipation, ↑ FC
 - Perte 4kg de plus que placebo *[Cochrane review 2003]*
 - **Bloqueur des récepteurs CB-1 (Rimonabant®)**
 - Vise à réduire apports alimentaires
 - Effets secondaires: nausées, vomissements, dépression
 - Perte 5kg de plus que placebo, drop-out +++ *[Iama 2006]*
- → **Peu de résultats à long terme car pas de changement de comportement !**

46

PC OB 1 Nov 10