

# PRISE EN CHARGE DE L'OBESITE CHEZ L'ADULTE



Dr Sofiane BENDAOU  
Service d'endocrinologie, Diabétologie  
Et Maladies de la Nutrition  
Centre Hospitalier de Calais

# PLAN

- DÉFINIR L'OBESITE
- QUELLE EST SA PRÉVALENCE EN FRANCE ?
- QUELLES EN SONT LES CONSEQUENCES ?
- COMMENT LA PRENDRE EN CHARGE ?
- CONCLUSION

# DEFINITIONS

- l'obésité est un état caractérisé par un excès de masse adipeuse répartie de façon généralisée dans les diverses zones grasses de l'organisme. Ces excès engendrent des inconvénients sur la santé.  
(dictionnaire de médecine Flammarion)

→ n'est reconnue comme MALADIE que depuis 1995!!



# DEFINITIONS



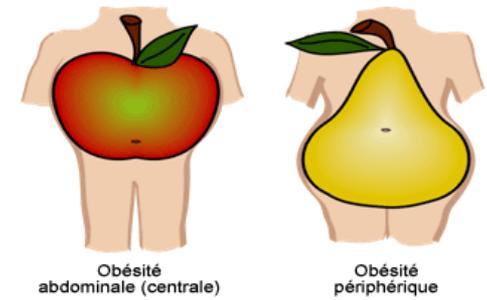
En pratique:  
Nous utilisons  
l'indice de masse  
corporelle (IMC)

$$\text{IMC} = \frac{\text{poids (en kg)}}{\text{taille}^2 \text{ (en m)}}$$

Classification	
Maigreur	< 18,5
Normal	18,5 - 24,9
Surpoids	25,0 - 29,9
Obésité modérée	30,0 - 34,9
Obésité sévère	35,0 - 39,9
Obésité massive	≥ 40,0

WHO Report of a WHO Consultation on obesity: preventing and managing the global epidemic. WHO, Geneva, 3-5 June 1998

# LE TOUR DE TAILLE (SYNDROME METABOLIQUE)



> 102 cm pour l'homme

> 88 cm pour la femme

> 94 cm pour l'homme

> 80 cm pour la femme

(NCEP ATP III 2001)

(IDF 2005)



	NCEP/ATPIII (2001)	IDF (2005)	IDF/AHA/ NHLBI (2009)
	3 des 5 critères suivants	tour de taille + 2 des 4 autres critères	3 des 5 critères suivants
<b>Tour de taille élevé</b>	$\geq 102$ cm/hommes $\geq 88$ cm/femmes	indispensable, avec seuils ethno-centrés ; origine européenne $\geq 94$ cm/hommes $\geq 80$ cm/femmes	seuils ethno-centrés, reprenant les seuils IDF 2005 pour les non-européens et laissant le choix entre seuils IDF et seuils NCEP/ATP III pour ceux d'origine européenne
<b>TG élevés</b>	> 1,5 g/L ou traitement	> 1,5 g/L ou traitement	> 1,5 g/L ou traitement
<b>HDLc bas</b>	< 0,40 g/L: hommes < 0,50 g/L: femmes	< 0,40 g/L: hommes < 0,50 g/L: femmes	< 0,40 g/L: hommes < 0,50 g/L: femmes
<b>PA élevées</b>	PAS $\geq 130$ mm Hg et/ou PAD $\geq 85$ mm Hg ou traitement	PAS $\geq 130$ mm Hg et/ou PAD $\geq 90$ mm Hg ou traitement	PAS $\geq 130$ mm Hg et/ou PAD $\geq 85$ mm Hg ou traitement
<b>Glycémie à jeun élevée</b>	$\geq 1,1$ g/L ou traitement	$\geq 1,0$ g/L ou traitement	$\geq 1,0$ g/L ou traitement



ObÉpi - Roche 2009

# PREVALENCE DE L'OBESITE EN FRANCE ETUDE ObEpi

- Enquêtes épidémiologiques nationales sur les questions de surpoids et d'obésité chez l'adulte
- Réalisées tous les 3 ans (1997, 2000, 2003, 2006, 2009)
- Elles portent à chaque fois sur un échantillon représentatif de près de

*L'enquête ObÉpi 2009 se situe dans la continuation des précédentes enquêtes ObÉpi 1997, ObÉpi 2000, ObÉpi 2003 et ObÉpi 2006.*

*Ses principaux objectifs sont :*

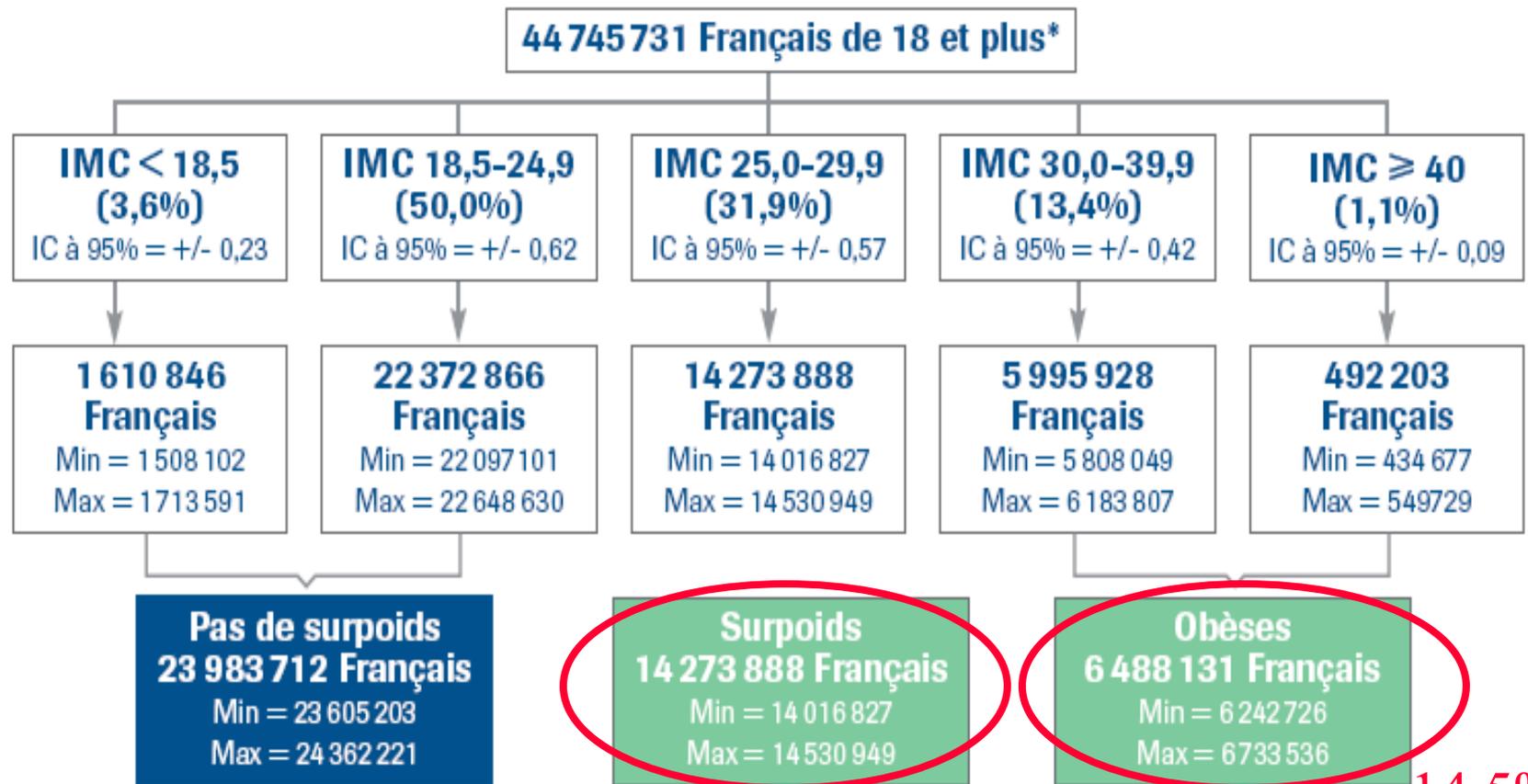
- *évaluer la prévalence du surpoids ( $25 \leq \text{IMC}^* < 30 \text{ kg/m}^2$ ) et de l'obésité ( $\text{IMC}^* \geq 30 \text{ kg/m}^2$ ) chez les adultes français de 18 ans et plus en 2009 ;*
- *estimer l'évolution de la prévalence du surpoids et de l'obésité depuis 1997 ;*
- *évaluer la prévalence des facteurs de risques cardio-vasculaires et métaboliques associés en fonction de l'indice de masse corporelle, et leur évolution depuis 12 ans ;*
- *évaluer la situation spécifique des personnes âgées de plus de 65 ans en termes de prévalence de l'obésité et des facteurs de risques.*

*L'enquête 2009 ne concerne que les individus âgés de 18 ans et plus. Les comparaisons entre les différentes enquêtes ne portent, dans cette brochure, que sur cette population de plus de 18 ans.*

# RÉSULTATS DE L'ENQUÊTE



## EXTRAPOLATION DES DONNÉES ObÉpi 2009 À LA FRANCE



31%

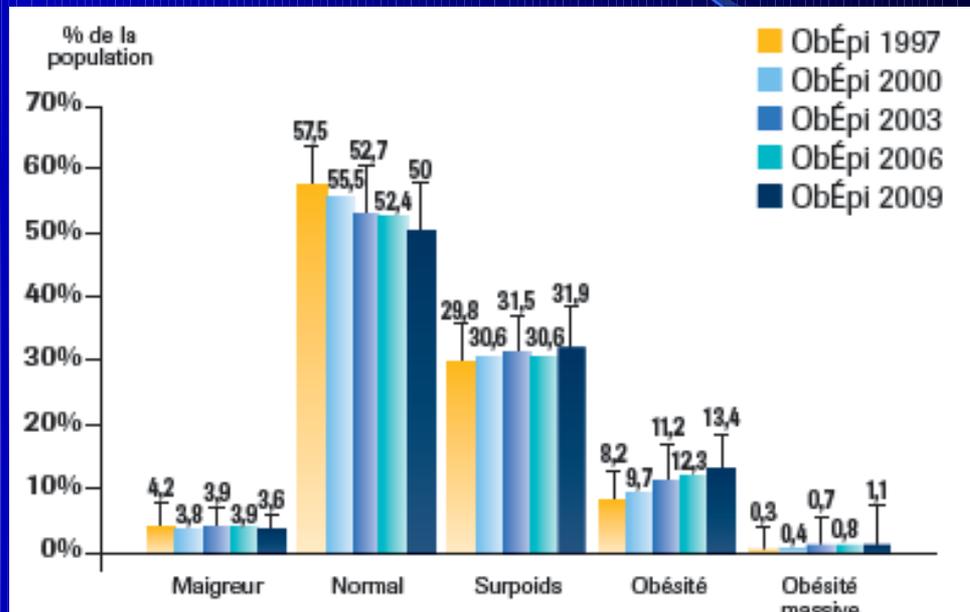
14.5%

Figure 15 : Extrapolation des données ObÉpi 2009 à la population française

\* Référence Enquête Emploi 2002, redressée 2008

# RESULTATS

L'augmentation de l'obésité est de **+ 5,9% par an** depuis 12 ans.



On dénombre, en 12 ans, **2,9 M de nouveaux obèses** (sur 6,5 M d'individus obèses).

La prévalence de l'obésité est plus élevée chez les femmes: 15,1% que chez les hommes :13,9% ( $p < 0.01$ )

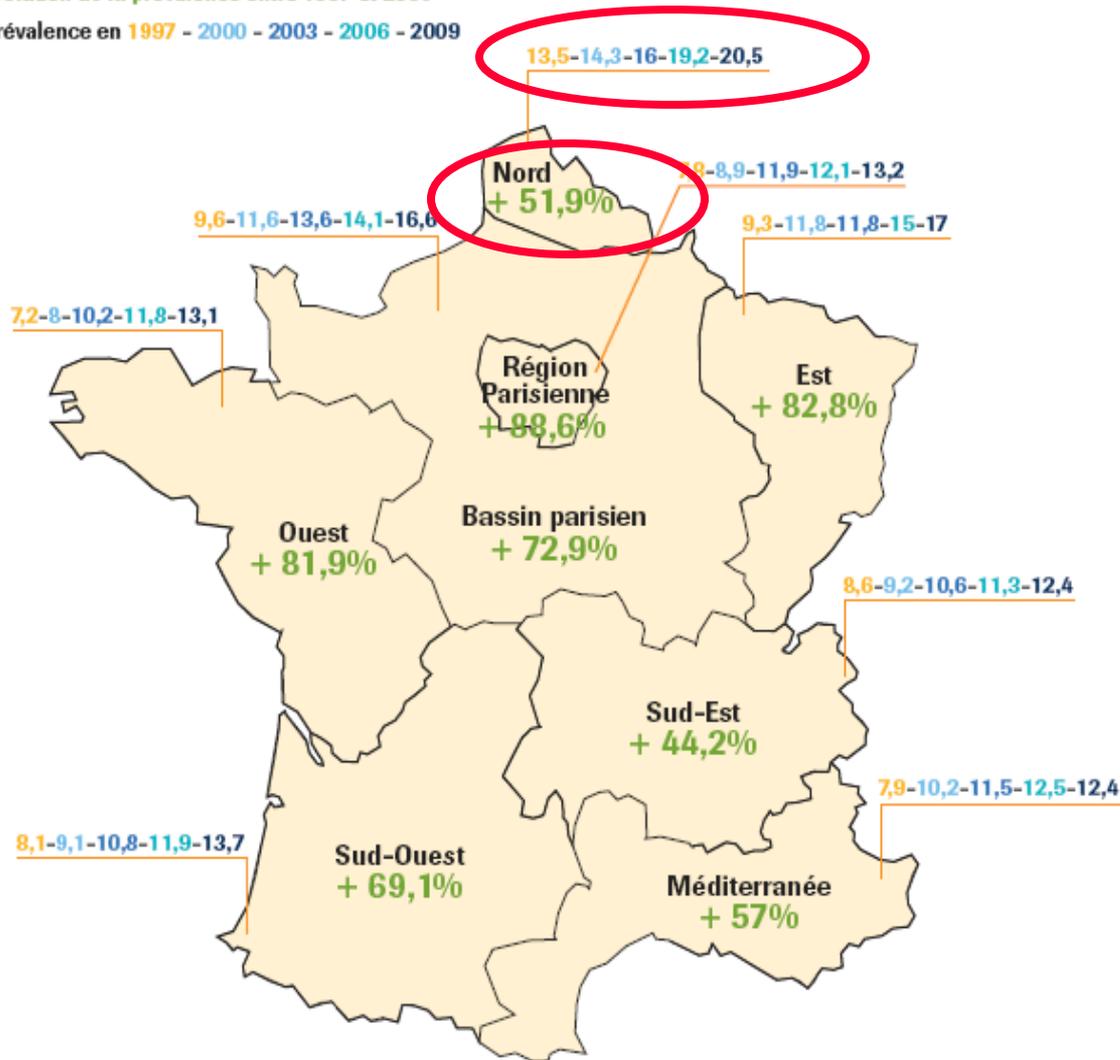
- L'augmentation de la prévalence de l'obésité est particulièrement importante -> 25-34 ans (+19,5%).
- Quel que soit le sexe, sa prévalence augmente avec l'âge.
- En 12 ans:
  - Le poids moyen a augmenté, en moyenne, de **3,1 kg**.
  - La taille moyenne a augmenté de **0,5 cm**.
  - L'IMC a augmenté de **1 kg/m<sup>2</sup>**
  - Le tour de taille:
    - a pris **+4,7 cm**.
    - le taux de sujets dépassant la valeur du seuil NCEP1 est passé de **25,3% à 33,5%**.
    - **augmente avec l'âge** quel que soit le sexe.

# LA REGION DU NORD

## ANALYSE PAR GROUPES DE RÉGIONS (RÉGIONS UDA8)

Evolution de la prévalence entre 1997 et 2009

Prévalence en 1997 - 2000 - 2003 - 2006 - 2009



le Nord est la région à la plus forte prévalence d'obésité en 2009 (20,5%).  
SOIT 1 Hab/5

# OBESITE ET COMORBIDITE

CLASSIQUEMENT LES CONSÉQUENCES DE L'OBÉSITÉ SONT:

- METABOLIQUES
  - Diabète
  - dyslipidémies
- CARDIOVASCULAIRES
  - HTA
  - Insuffisance cardiaque
  - Maladies athéromateuses
- RESPIRATOIRES
  - Insuffisance respiratoire
  - Apnée de sommeil
- LOCOMOTRICES
  - arthroses

# OBESITE ET FDR CVx

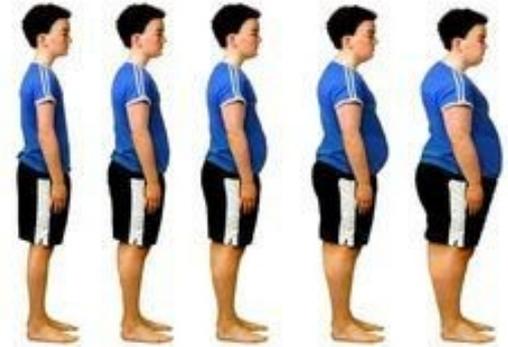


- Le risque d'être traité pour une HTA est :
  - x 2,5 (surpoids)
  - x 4 (obèses)
- 18,4% des obèses sont traités pour une HTA
- La prévalence des dyslipidémies traitées est multipliée par:
  - x2 (surpoids) , x3 en cas (obésité)
- 5,4% déclarent être traités pour un Diabète sucré.
- La probabilité d'avoir 3 FDR CVx chez les obèses est:
  - 12 fois plus importante que chez les sujets normopoids
  - 5 fois plus en cas de surpoids.

En France, l'obésité continue de faire des victimes...

Et vous pourriez reconnaître votre agresseur ?





# D'où l'intérêt d'une prise en charge adéquate

Minerva

## L'obésité réduit l'espérance de vie

Peeters A, Barendregt JJ, Willekens F, et al. Obesity in adulthood and its consequences for life expectancy: a life-table analysis. *Ann Intern Med* 2003; 138: 24-32.

Analyse : G. De Backer

Diminution espérance de vie 7 ans

# PRISE EN CHARGE DE L'OBESITE

- Les traitements actuels ne se focalisent plus sur la seule perte de poids mais sur une **approche thérapeutique multidisciplinaire** (nutritionniste, endocrinologue, psychiatre, chirurgien, etc...) avec une prise en charge des complications associées.
- Le traitement peut être:
  - Médical: RHD, activité physique ++, médicaments...
  - Chirurgie bariatrique: pour les obésités sévères
- Le traitement médical de l'obésité est inefficace à long terme pour des IMC > 35 kg/m<sup>2</sup>

# CHIRURGIE BARIATRIQUE

- La chirurgie est le seul traitement permettant une perte de poids stable dans le temps > 50% excès de poids. NIH Consensus Conference (1991)
- La HAS a édité en 2009 des recommandations de bonne pratique concernant la prise en charge chirurgicale des obésité morbides



## Obésité : prise en charge chirurgicale chez l'adulte

# INDICATIONS DE LA CHIRURGIE BARIATRIQUE

La chirurgie bariatrique est indiquée par décision collégiale, prise après discussion et concertation pluridisciplinaires (accord professionnel), chez des patients adultes réunissant l'ensemble des conditions suivantes :

- patients avec un IMC  $\geq 40$  kg/m<sup>2</sup> ou bien avec un IMC  $\geq 35$  kg/m<sup>2</sup> associé à au moins une comorbidité susceptible d'être améliorée après la chirurgie (notamment maladies cardio-vasculaires dont HTA, syndrome d'apnées hypopnées obstructives du sommeil et autres troubles respiratoires sévères, désordres métaboliques sévères, en particulier diabète de type 2, maladies ostéo-articulaires invalidantes, stéatohépatite non alcoolique) (grade B) ;
- en deuxième intention après échec d'un traitement médical, nutritionnel, diététique et psychothérapeutique bien conduit pendant 6-12 mois (grade B) ;
- en l'absence de perte de poids suffisante ou en l'absence de maintien de la perte de poids (grade B) ;
- patients bien informés au préalable (accord professionnel), ayant bénéficié d'une évaluation et d'une prise en charge préopératoires pluridisciplinaires (grade C) ;
- patients ayant compris et accepté la nécessité d'un suivi médical et chirurgical à long terme (accord professionnel) ;
- risque opératoire acceptable (accord professionnel).

**Une perte de poids avant la chirurgie n'est pas une contre-indication à la chirurgie bariatrique déjà planifiée, même si le patient a atteint un IMC inférieur au seuil requis**

Obésité : prise en charge chirurgicale  
chez l'adulte

## CONTRE-INDICATIONS

- les troubles cognitifs ou mentaux sévères ;
- les troubles sévères, non stabilisés du comportement alimentaire
- l'incapacité prévisible à participer à un suivi médical prolongé
- la dépendance à l'alcool et aux substances psycho-actives
- l'absence de prise en charge médicale préalable identifiée
- les maladies mettant en jeu le pc vital à court et moyen terme ;
- les contre-indications à l'anesthésie générale.

## Obésité : prise en charge chirurgicale chez l'adulte

- Ces recommandations sont le plus souvent basées sur des études de faible niveau de preuve.
- Le rapport bénéfice/risque des différentes techniques ne permet **pas** d'affirmer la **supériorité d'une technique** par rapport à une autre.
- La perte de poids attendue (**40 à 75% de l'excès de poids**)
- le risque de complications postopératoires, de retentissement nutritionnel (carences parfois graves) et la mortalité augmentent avec la complexité de la technique.

# CHIRURGIE BARIATRIQUE

QUELLE EST LA TECHNIQUE  
CHIRURGICALE LA PLUS EFFICACE ?



BLOCAGE INTERMANDIBULAIRE

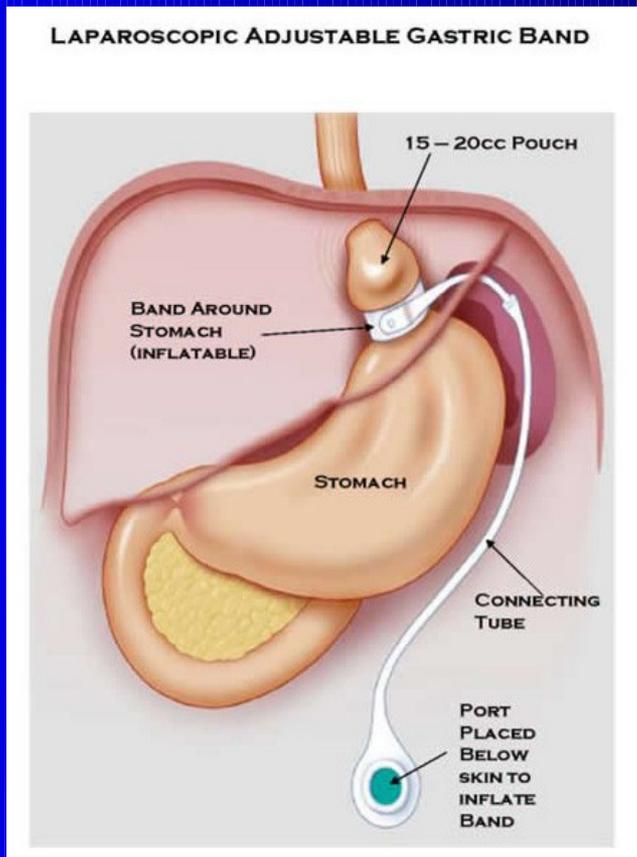
# HISTORIQUE CHIRURGIE BARIATRIQUE

- **1950-70** :Court circuit jéjuno-iléal (Payne)
- 1965: Gastric bypass (Mason et Ito)
- 1977:Roux en Y Gastric Bypass (Griffen)
- 1979: Horizontal gastroplasty (Gomez)
- 1979: Dérivation Bilio-pancréatique (Scopinaro)
- 1982: Vertical Banded Gastroplasty (Mason)
- 1984: Kuzmak: Gastric Banding
- 1990: Sleeve Gastrectomy+BPD (Marceau)
- **1990: AVENEMENT DES TECHNIQUES LAPAROSCOPIQUES**
- 1993: Laparoscopic VBG (Mac Lean)
- 1993 Laparoscopic RYGBP (Wittgrove)
- 1993: Laparoscopic Sleeve gastrectomy+ BPD (Gagner)
- 1993: Belachew: Lap -band (McGan)
- 1994: Forsell: LAGB (Swedish band)
- 2002: Laparoscopic Sleeve gastrectomy (Gagner)

# TECHNIQUES CHIRURGICALES (les plus répandues)

- **Restriction gastrique:**
  - anneau gastrique
  - gastrectomie partielle en manchon ou sleeve
- **Malabsorption:**
  - by-pass gastrique
  - switch duodenal

# ANNEAU GASTRIQUE

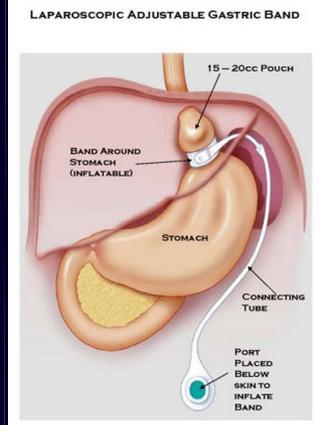


- Poche gastrique de 15-20 mL
- Étroit chenal / calibre maintenu par un anneau
- Calibre modulé par remplissage d'un ballonnet

→ Restriction gastrique  
→ Satiété précoce

Gastric Banding : 11000 procédures en France en 2008

# ANNEAU GASTRIQUE



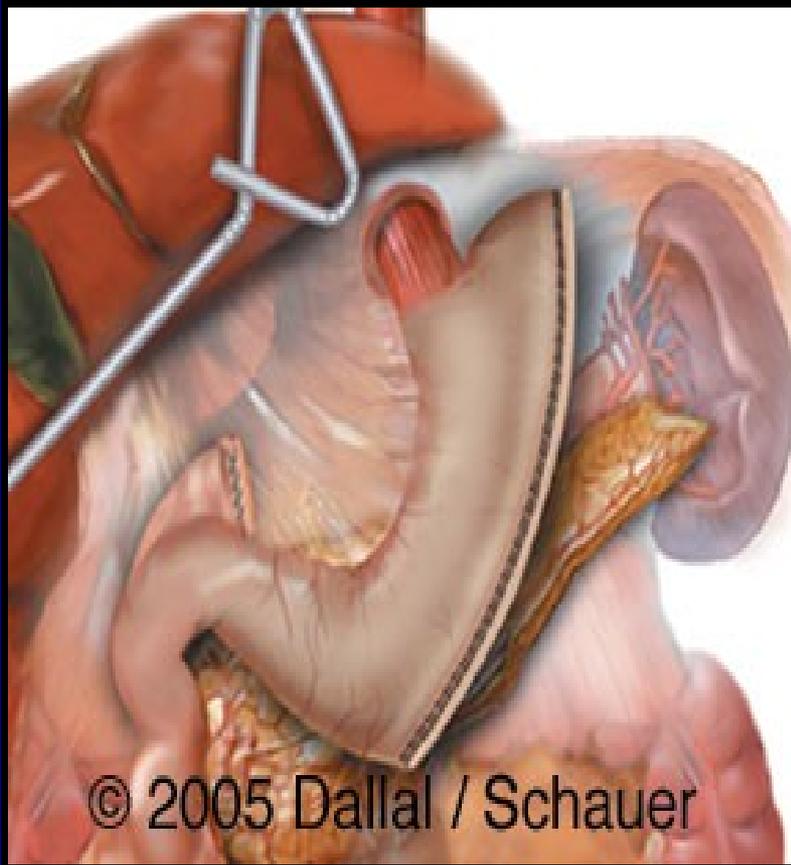
Technique efficace si:

- Respect des indications...pas de «sweet eaters ».
- Respect des RHD (activité physique+++).
- Information du patient et suivi régulier pluridisciplinaire
- Bonne stratégie de serrage de l'anneau: Ne pas serrer si perte de poids correcte:

Problèmes:

- Beaucoup d'anneau retirés pour complications (10 à 35%): incarceration d'aliments, dilatation chronique, migration de l'anneau....
  - Reprise pondérale quasi systématique
  - Taux de morbidité élevé si GBP ou Sleeve après anneau
  - Qualité de vie alimentaire médiocres (vomissements...)
- PEP à long terme: 45 à 60%

# SLEEVE

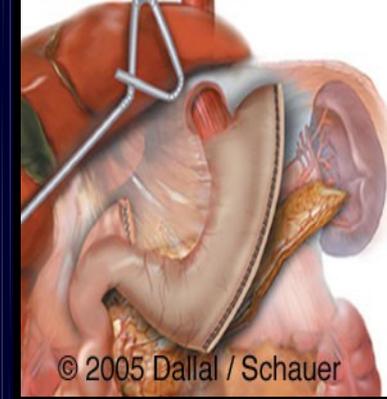


- Gastrectomie en gouttière
- Conservation de l'antre (favorise vidange gastrique, Action anti-reflux, Stimulation incrétines (GLP1)) et du rôle régulateur du pylore
- Moins risquée que le BY PASS
- Effet restrictif uniquement

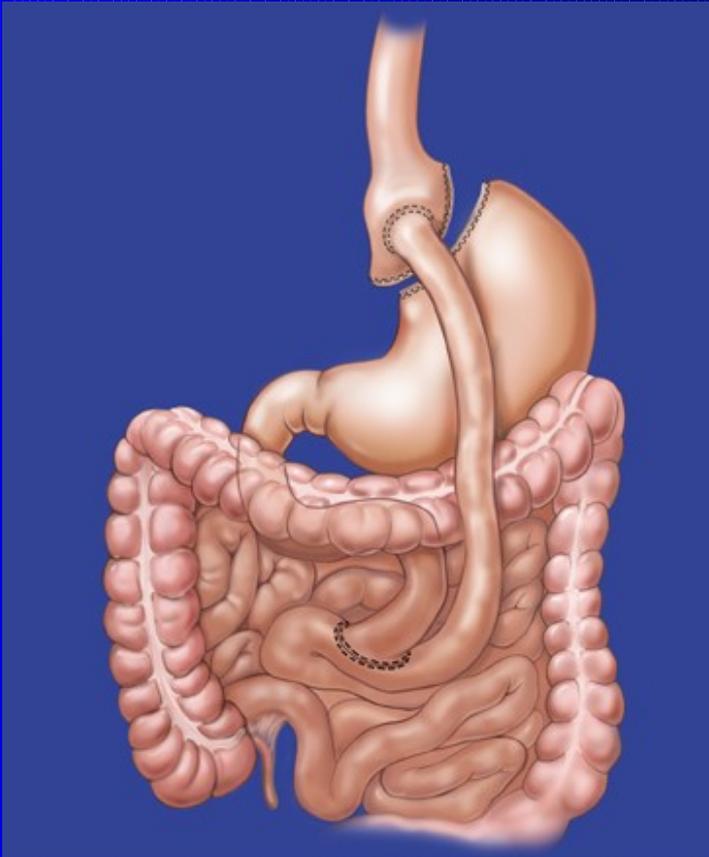
# SLEEVE

- efficace sur perte de poids et d'amélioration de la qualité de vie et des comorbidités .
- Des études à long terme sont nécessaires pour confirmer ses résultats satisfaisants.
- Nécessité du respect RHD strictes (éviter sweet eating+++), activité physique régulière et suivi pluridisciplinaire à vie.
- Le dépistage précoce des complications (fistule, hémorragie) est primordial pour diminuer les risques de mortalité.
- Même si techniquement moins complexe que le bypass ou du duodenal switch, elle nécessite une maîtrise chir importante.

→ PEP de 45 à 70%



# BY PASS



1° temps:

- Réalisation d'une petite poche de 15-20 mL

2° temps:

- Anastomose poche gastrique-grêle
- Cette anse recevra plus bas les sécrétions bilio-pancréatique par une anastomose termino-latérale.

→ intervention complexe/ risque opératoire

→ Réversibilité aléatoire

→ Méthode effet mixte malabsorptif et restrictif

→ Action hormonale: GLP1, PYY

# BY PASS

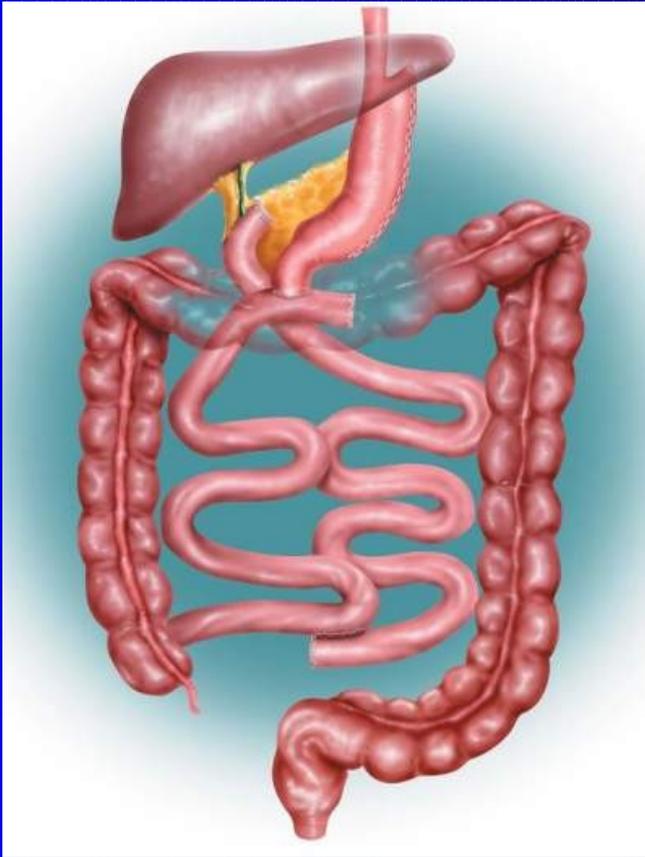
- Actuellement , cette procédure est considérée comme le gold standard aux USA. (80% des procédures)
- Technique très efficace pour obtenir une **perte pondérale importante.**

Elle nécessite:

- une maîtrise chirurgicale (coelioscopie) très importante
- Une équipe pluridisciplinaire (anesthésie-réanimation; gastro-entérologue) pour gérer d'éventuelles complications
- Un suivi régulier des patients pour le dépistage des complications (occlusion, carences nutritionnelles) et des reprises pondérales (15 à 20% des cas)

→ **PEP 55 à 70% à long terme**

# SWITCH DUODENAL



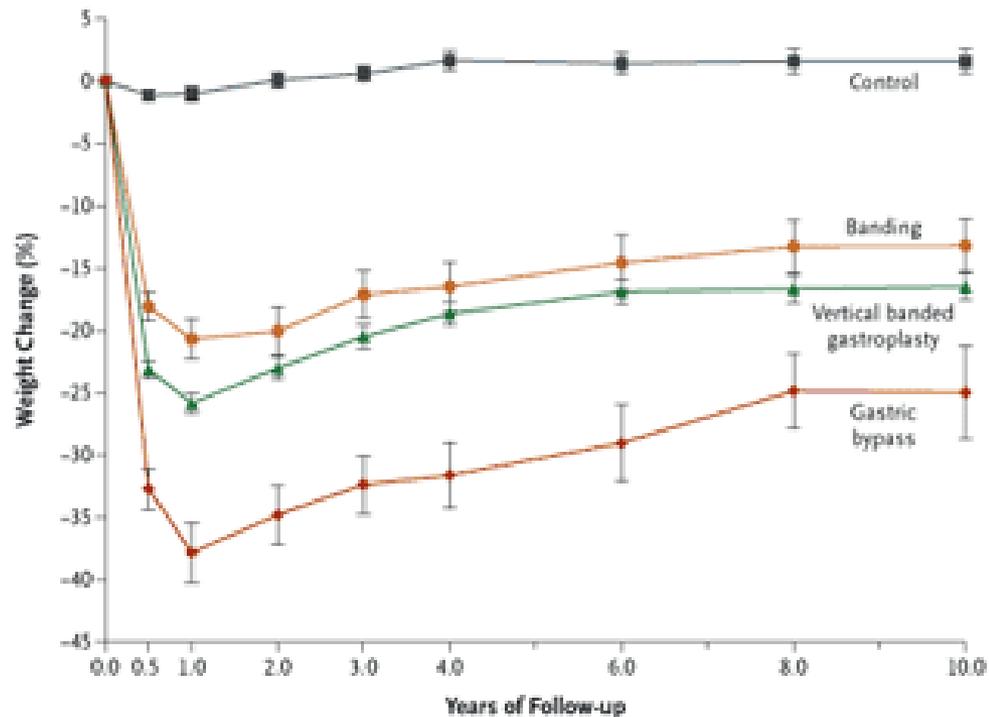
Associe:

- Gastrectomie en gouttière
  - Un montage avec un anse intestinale de 70 à 100 cm de long.
- d'usage de plus en plus répandu en France et aux USA
- Volontiers réalisé en deux temps

# SWITCH DUODENAL

- Techniques présentant les meilleurs résultats en terme de perte de poids et d'effets métaboliques
- Mais taux de mortalité et de morbidité le plus élevé
- Très peu pratiquées en France (250 en 2008); beaucoup plus aux USA.

# RESULTS



## No. of Subjects

Control	627	585	594	587	577	563	542	535	627
Banding	156	150	154	153	149	150	147	144	156
Vertical banded gastroplasty	451	438	438	438	429	417	412	401	451
Gastric bypass	34	34	34	34	33	32	32	29	34

# Que serait une chirurgie bariatrique idéale?

Un geste chirurgical qui entraînerait une perte pondérale importante avec un minimum de risque...equipe multidisciplip!

**OBJECTIF: 50% PEP**

10% de PEP permet de mesurer des effets bénéfiques sur:

→ le contrôle de la glycémie

→ diminution de la pression de l'appareil de pression positive nocturne (SAS)

→ diminuer les doses de médicaments pour le contrôle de la douleur articulaire, de l'hypertension, etc.

**les interventions bariatriques les plus réalisées en France sont dans l'ordre**

**L'ANNEAU → LE BYPASS  
GASTRIQUE → LA SLEEVE →  
SWITCH DUODENAL**

# CHIRURGIE PLASTIQUE



La chirurgie bariatrique  
ne se conçoit pas sans  
un « relais » par une  
chirurgie esthétique  
réparatrice

# CONCLUSION

- L'obésité est devenue ces dernières décennies un fléau dans les pays développés (en France).
- La prise en charge de cette pathologie est primordiale, et a besoin d'équipes **PLURIDISCIPLINAIRES**
- La chirurgie de l'obésité est toujours en 2010 et probablement pour quelques années le seul traitement efficace à long terme sur la perte pondérale...
- Rapport HAS 2009: nouvelles recommandations mais très peu d'étude de niveau A
  - prouver efficacité sur du long terme
  - Analyser l'impact socio-économique



Je vous remercie  
De votre attention...

Mona Lisa - Fernando BOTERO