

Obésité

**Professeur Jacques Delarue
Médecine 4-Nutrition
CHU Cavale Blanche
Brest**

Définition de l'obésité

Indice de masse corporelle: P/T^2 (kg/m²)

Normal: 18,5 à 24,9

Surpoids: 25 à 29,9

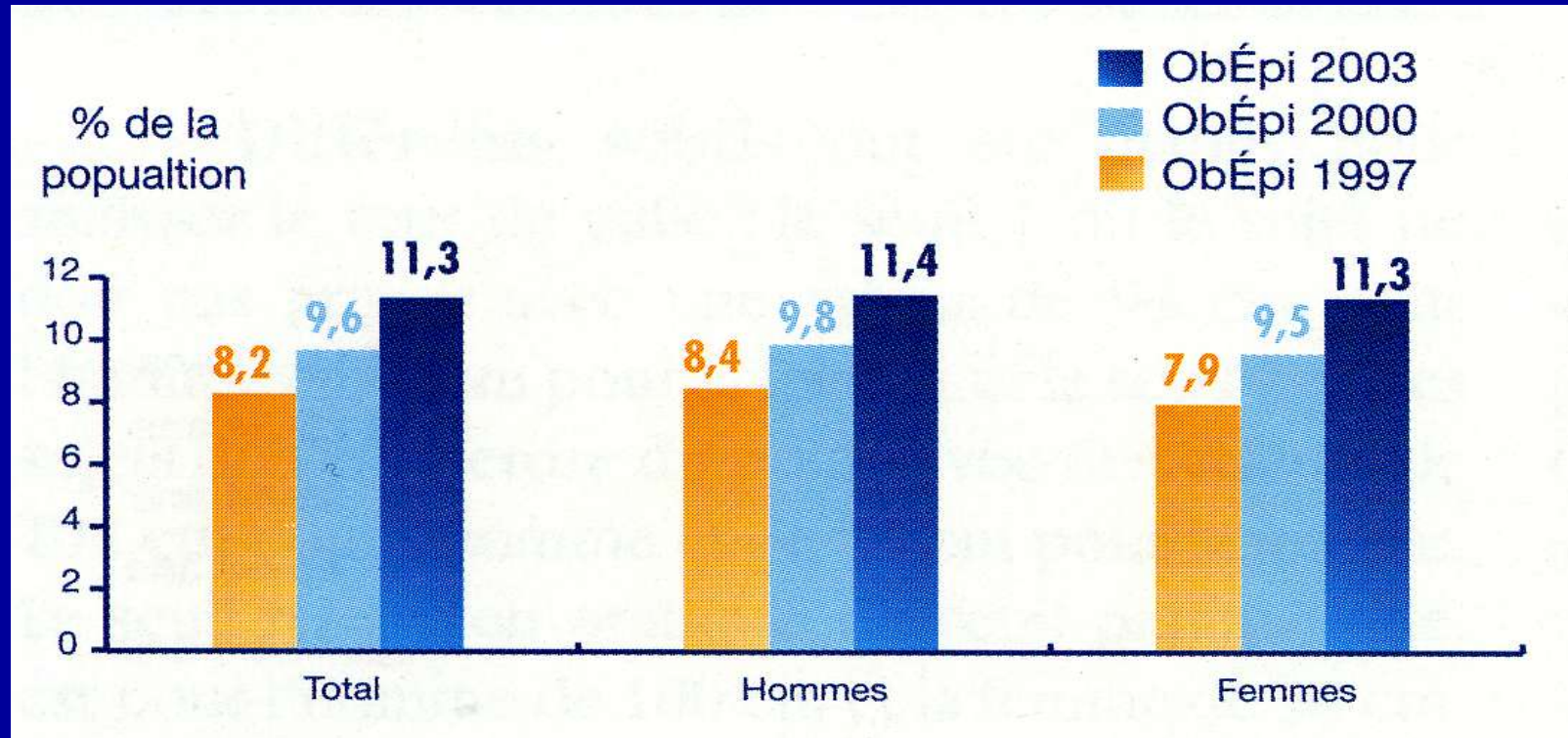
Obésité: ≥ 30

Epidémiologie

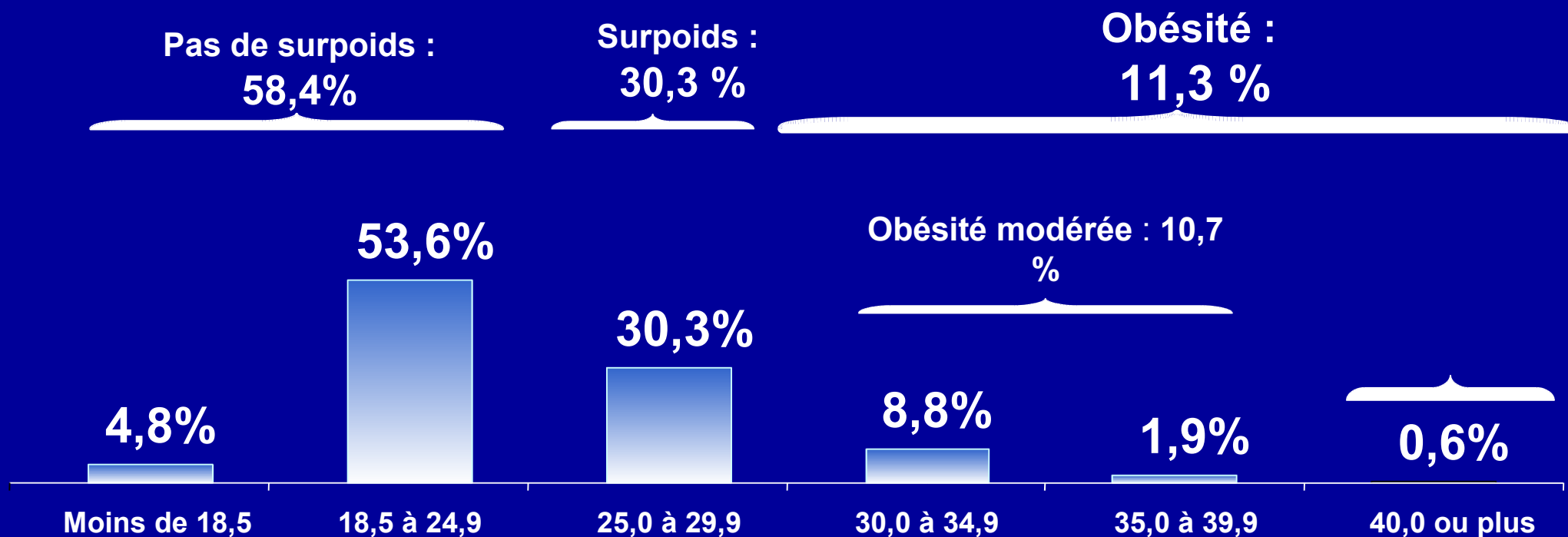
ObEpi 2003

*L'obésité et le surpoids
en France*

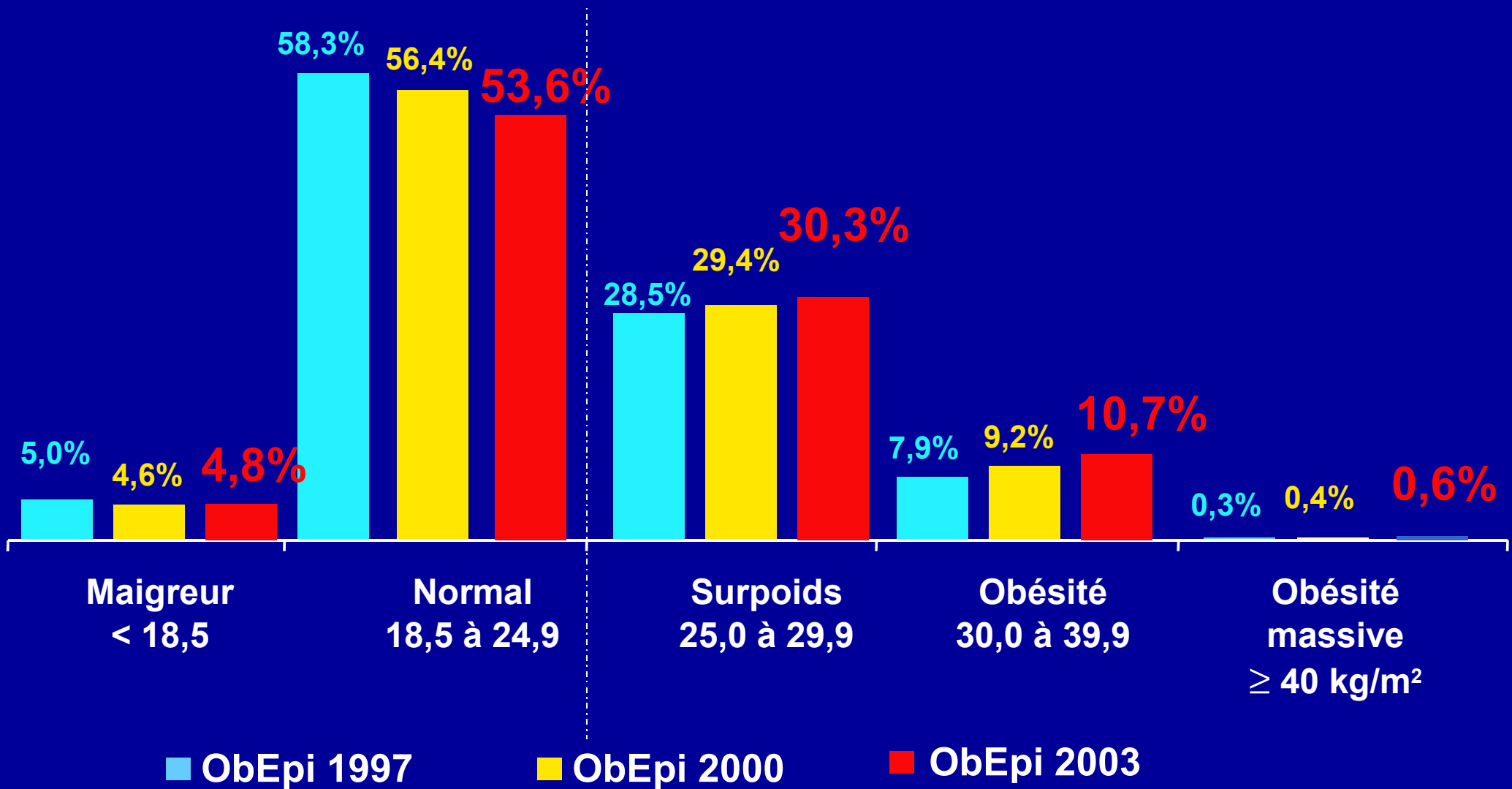
L'obésité de l'adulte progresse en France



Répartition de l'IMC en 2003

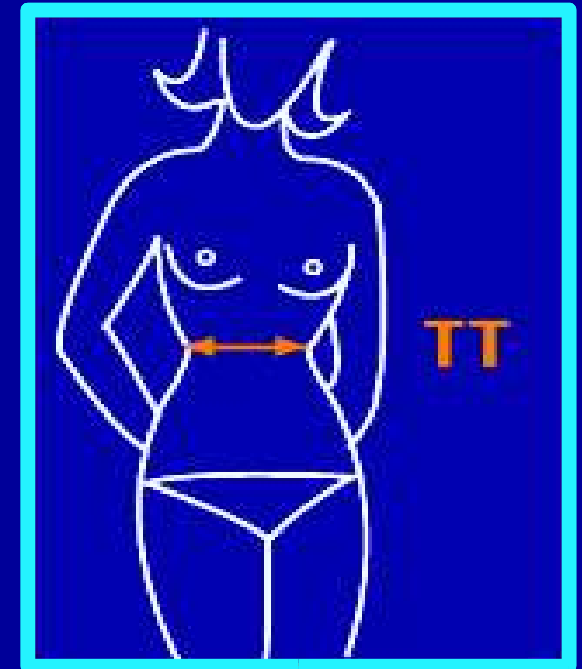


Evolution de l'IMC



Le tour de taille

- Le tour de taille mesure l'adiposité abdominale
- Une mesure simple fortement liée au risque cardiovasculaire
- Valeurs seuils :
 - Hommes : tour de taille ≥ 100 cm
 - Femmes : tour de taille ≥ 90 cm



Tour de taille

Tour de taille

1997 : 84,6 cm

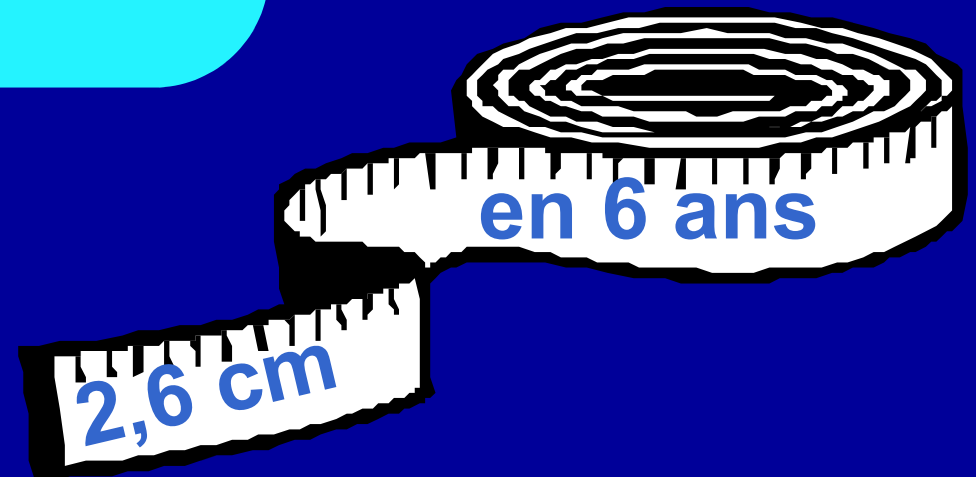
2000 : 86,2 cm

2003 : 87,2 cm



+ 1,6 cm

+ 1 cm



Augmentation du nombre de personnes obèses depuis 1997

1997 : 3 566 000

2000 : 4 221 000

2003 : 5 388 000*

1 167 000 personnes en plus en 3 ans (2000-2003)

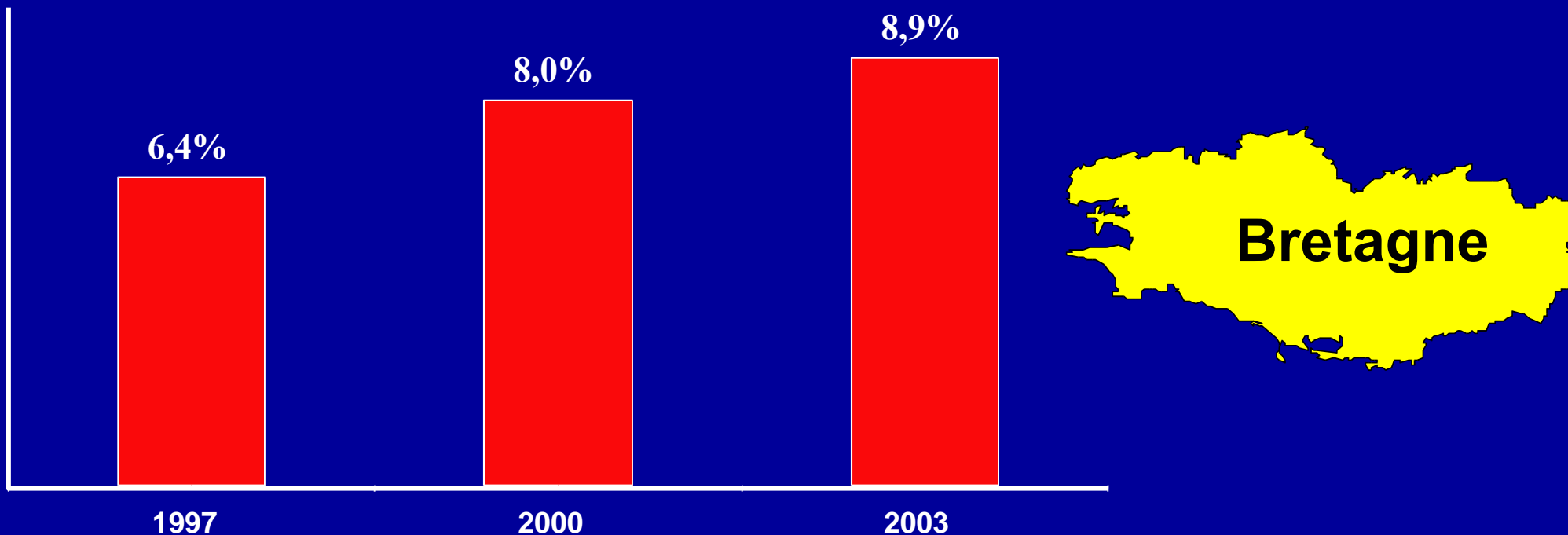
1 822 000 personnes en plus en 6 ans (1997-2003)

*Calculé selon l'enquête Emploi INSEE 2002 :
adultes de 15 ans et plus = 47 686 810

En résumé

- **En 2003 :**
 - **Surpoids :** 14 449 000 personnes (30,3 %)
 - **Obésité :** 5 388 000 personnes (11,3 %)
 - **Adiposité abdominale :** 12 970 000 personnes (27,2%)
- **Depuis 1997 :**
 - **Augmentation générale de l'IMC et du tour de taille**
 - **Surpoids :** + 1 522 000 personnes
 - **Obèses :** + 1 167 000 personnes

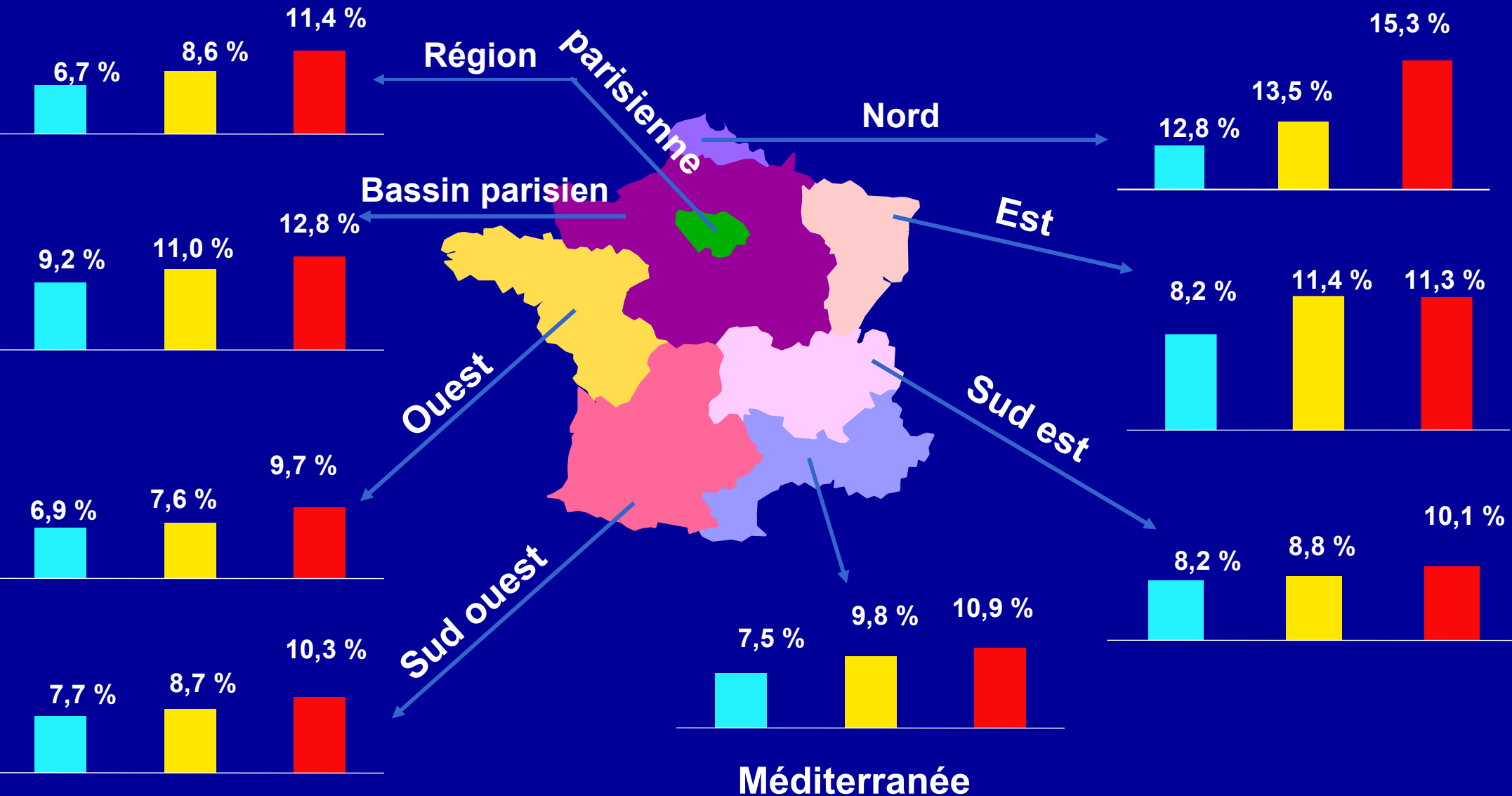
Prévalence de l'obésité dans la Région Bretagne entre 1997 et 2003



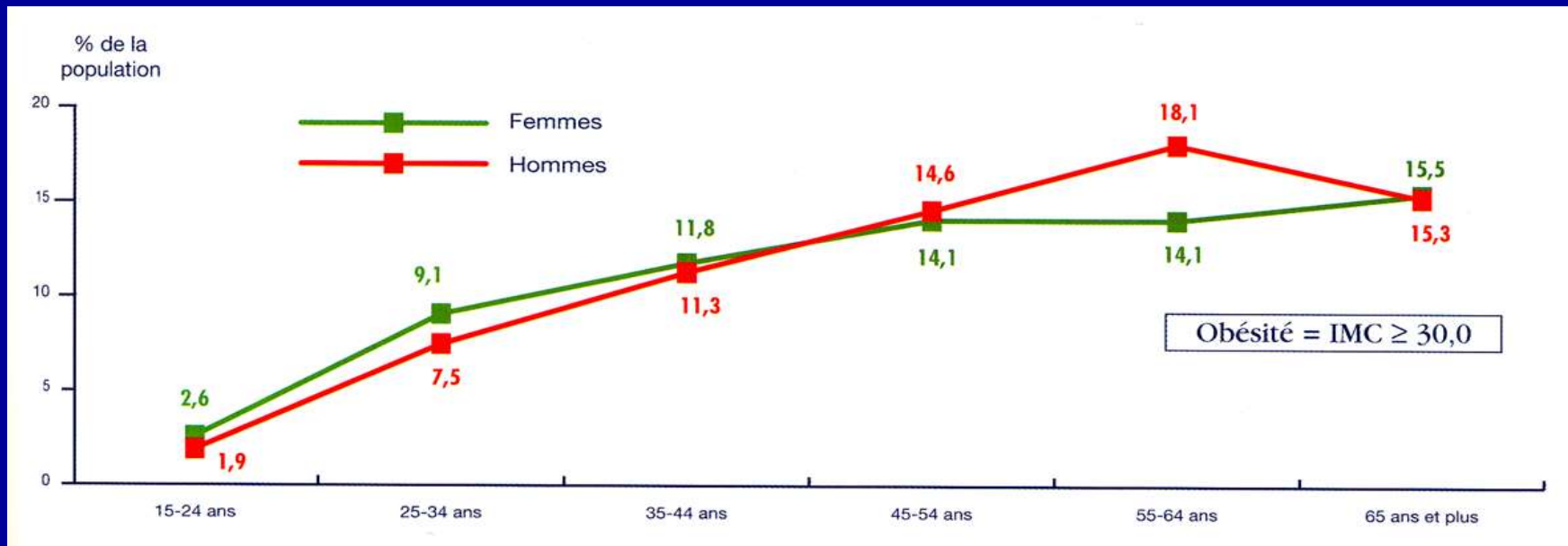
Evolution de la prévalence de l'obésité entre 1997 et 2000	Evolution de la prévalence de l'obésité entre 2000 et 2003	Evolution de la prévalence de l'obésité entre 1997 et 2003
+ 25,0 %	+ 11,2 %	+ 39,1 %

Obésité en fonction des régions

■ ObEpi 1997 ■ ObEpi 2000 ■ ObEpi 2003

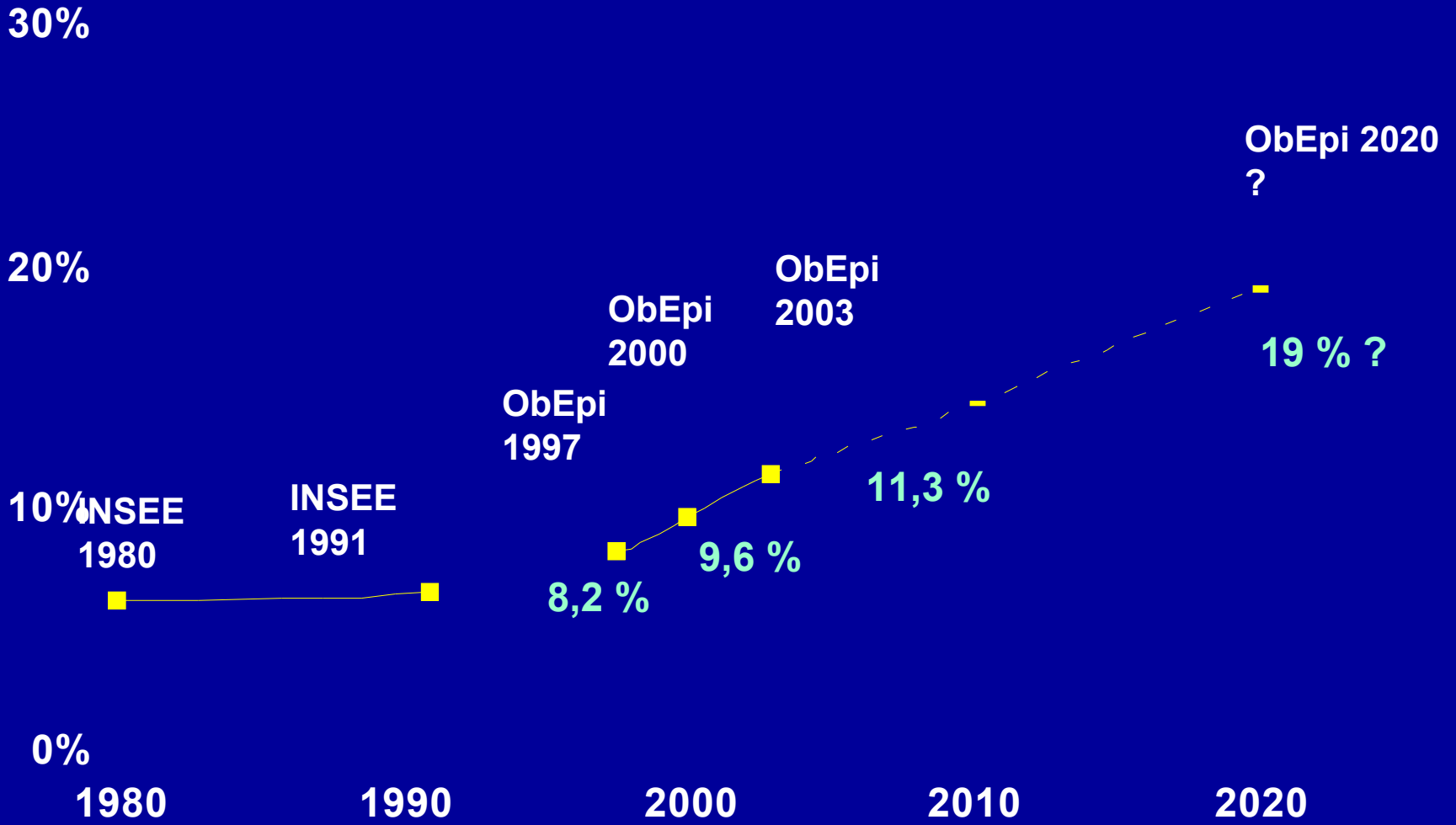


L'obésité augmente avec l'âge

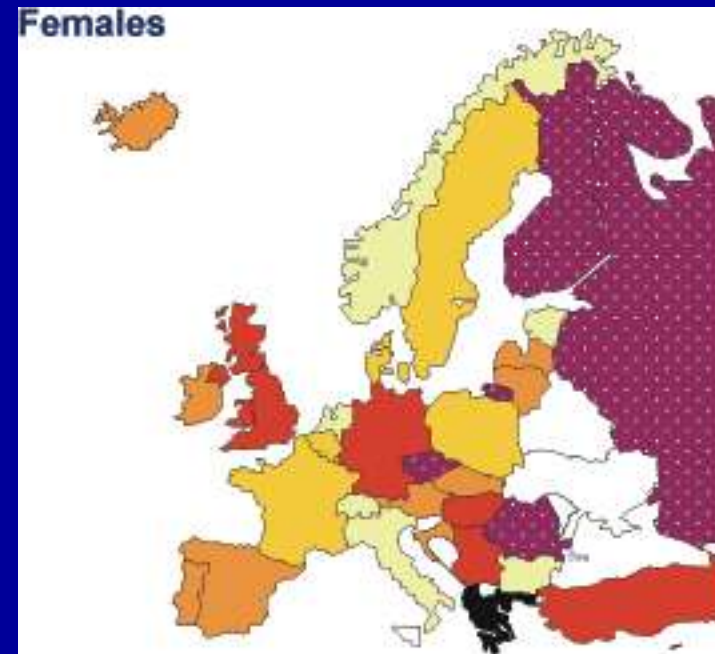
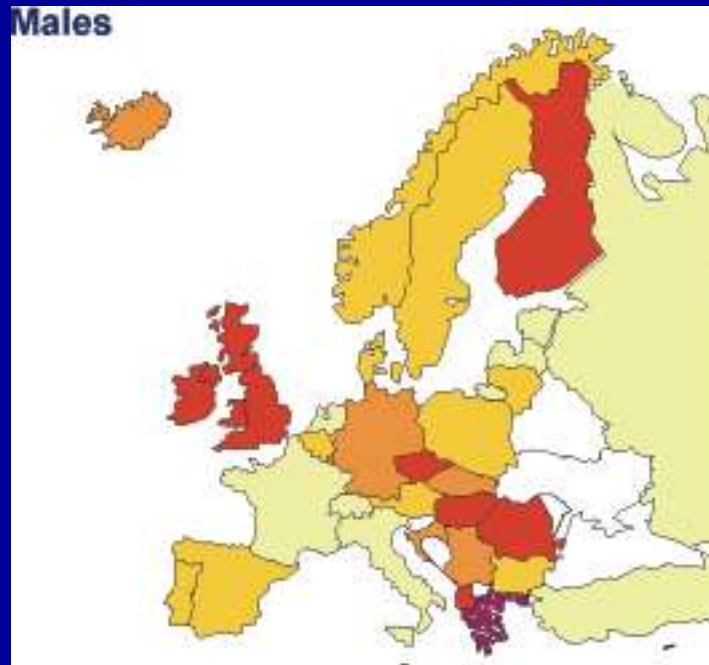


Prévalence de l'obésité :

Prévision sur 20 ans



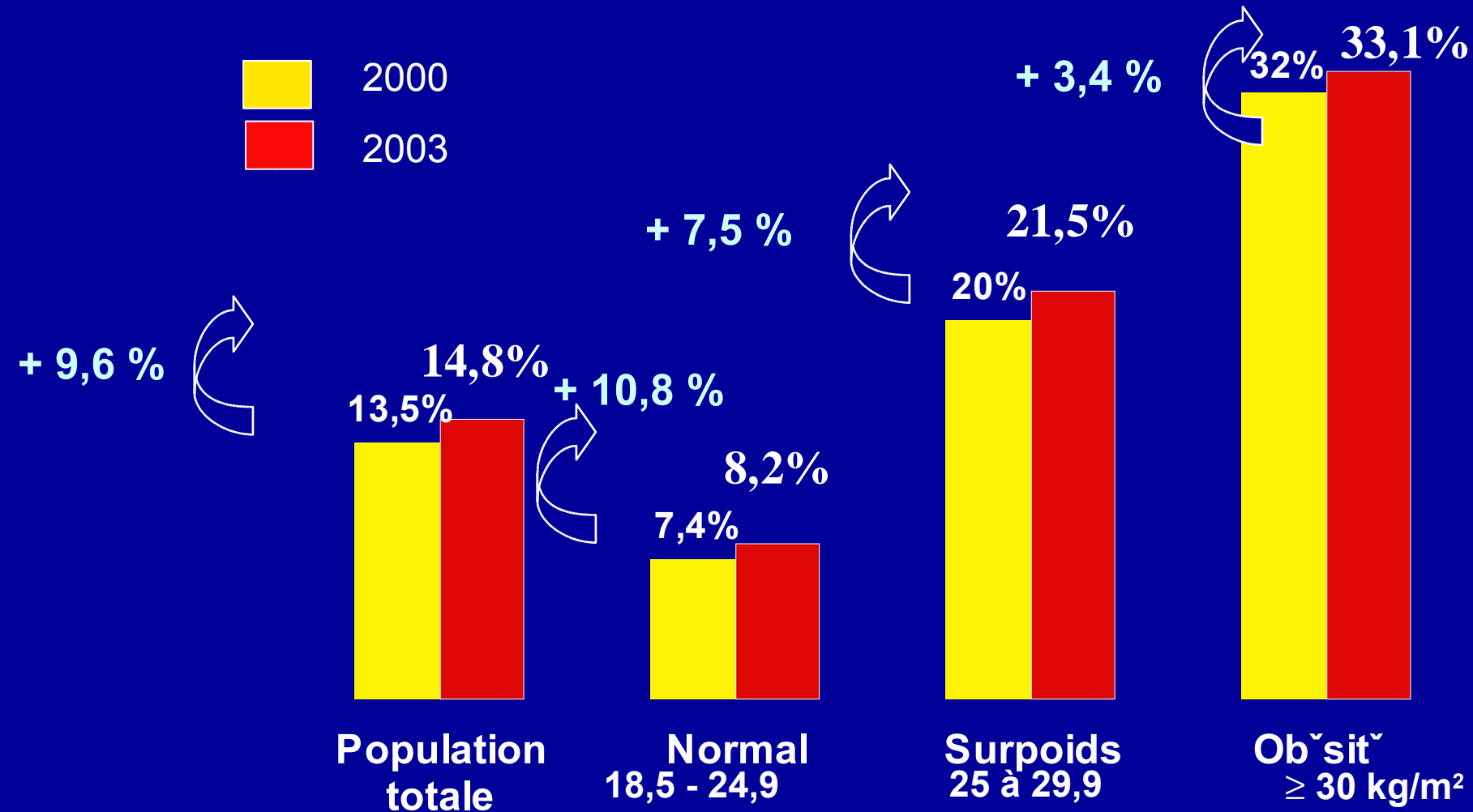
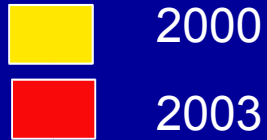
Et en Europe ?



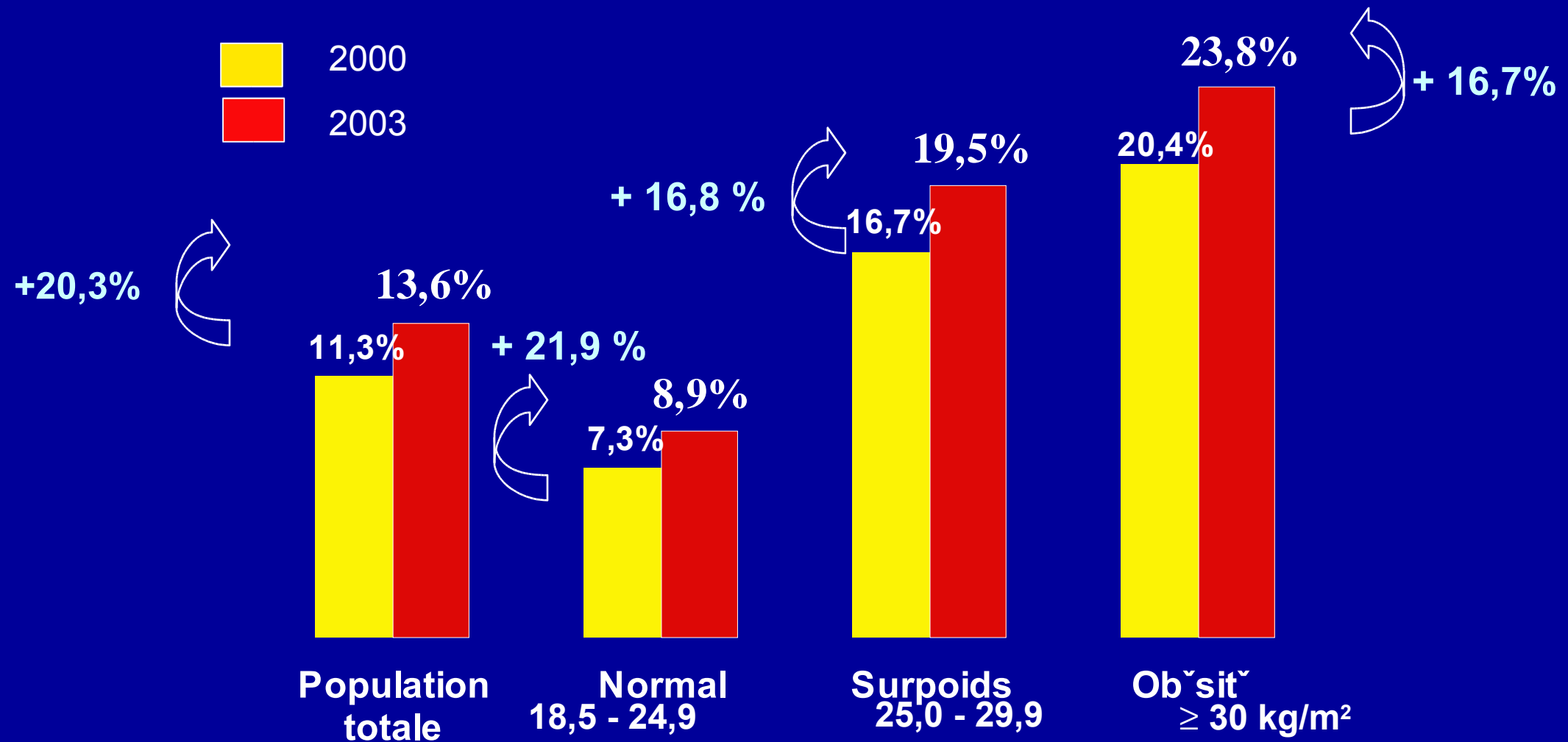
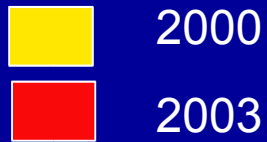
Les facteurs de risques liés à l'obésité

**Hypertension
Diabète
Dyslipidémies**

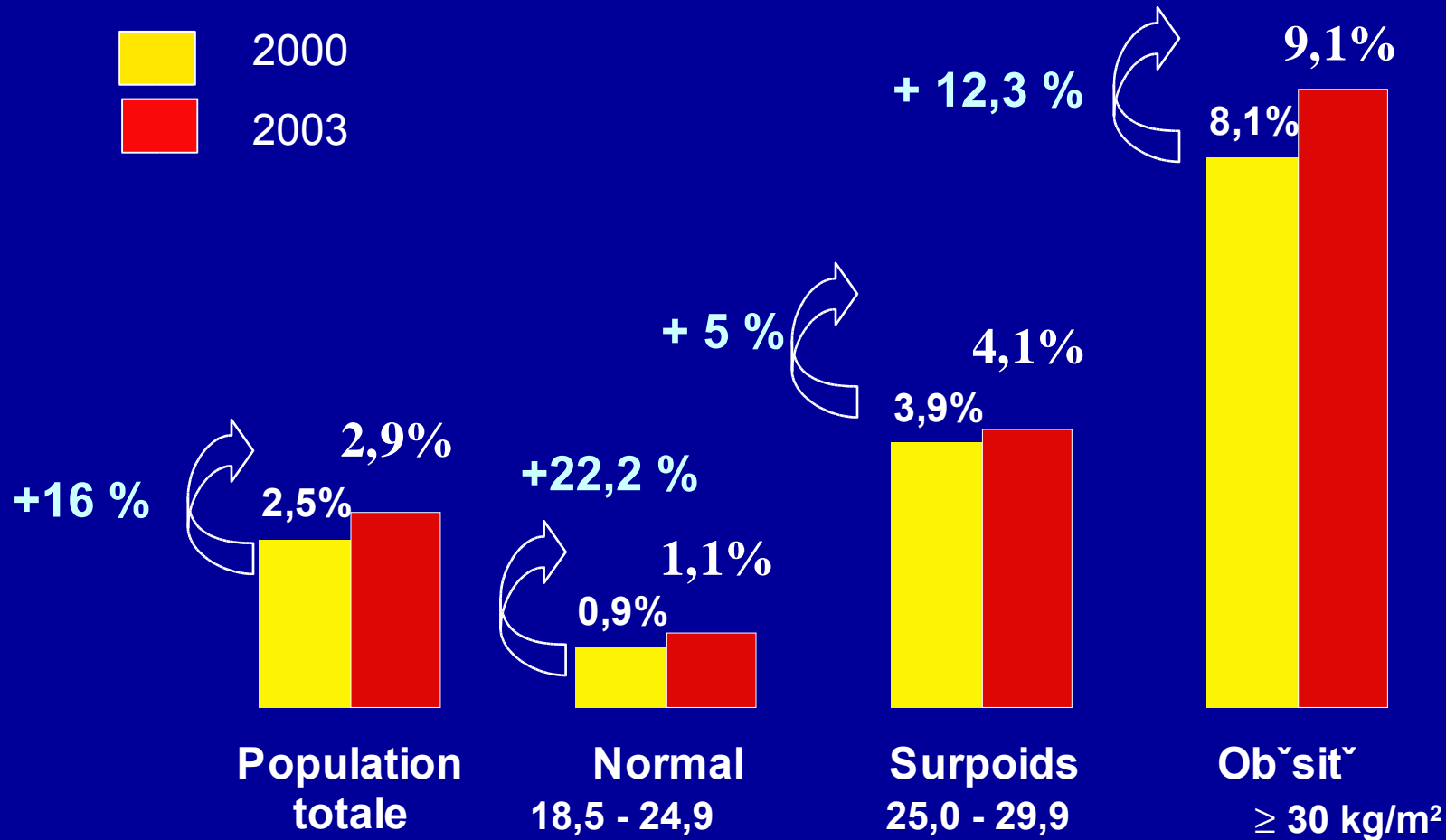
Prévalence de l'hypertension artérielle *chez les obèses*



Prévalence des dyslipidémies *chez les obèses*

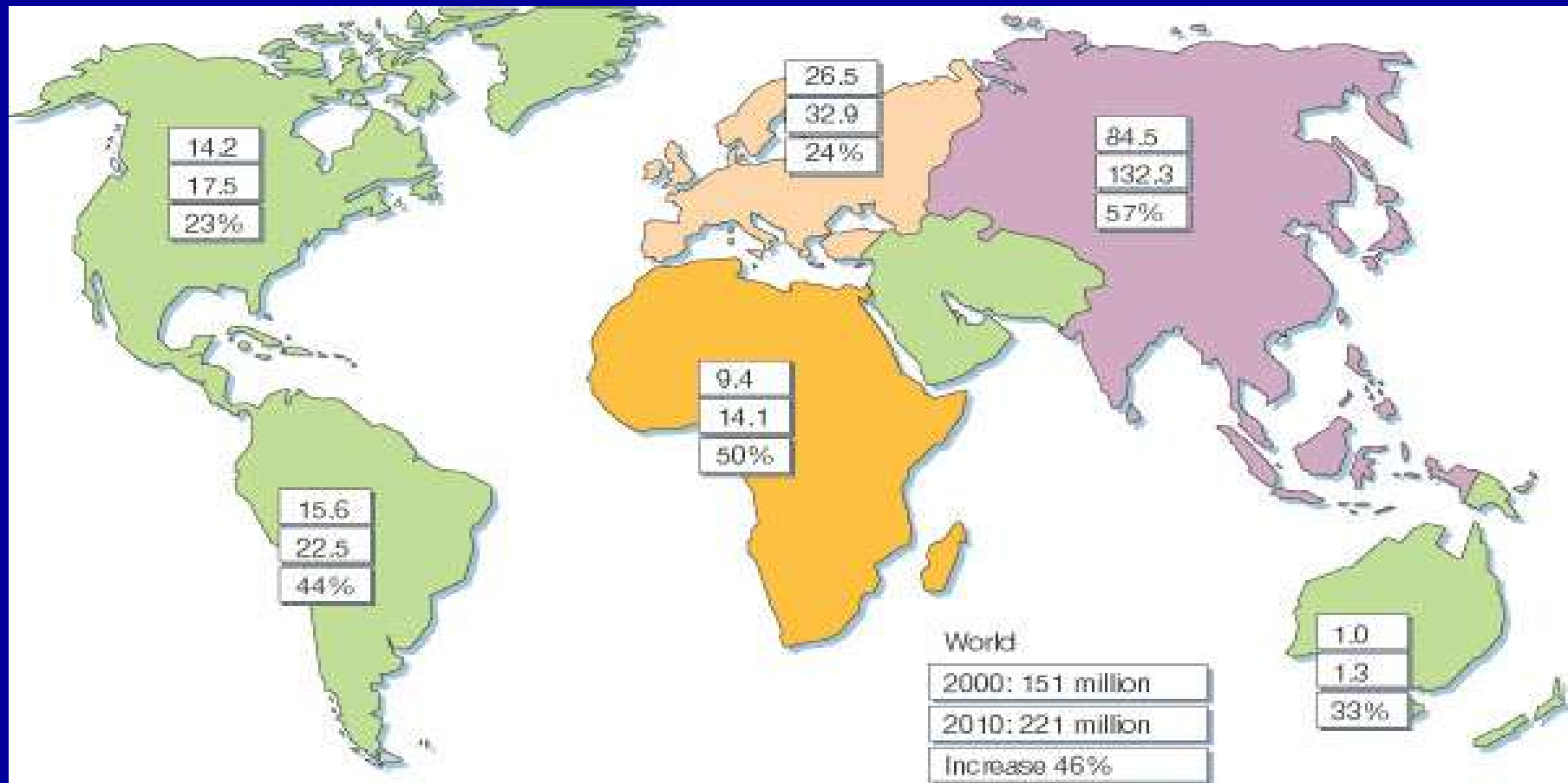


Prévalence du diabète de type 2 *chez les obèses*



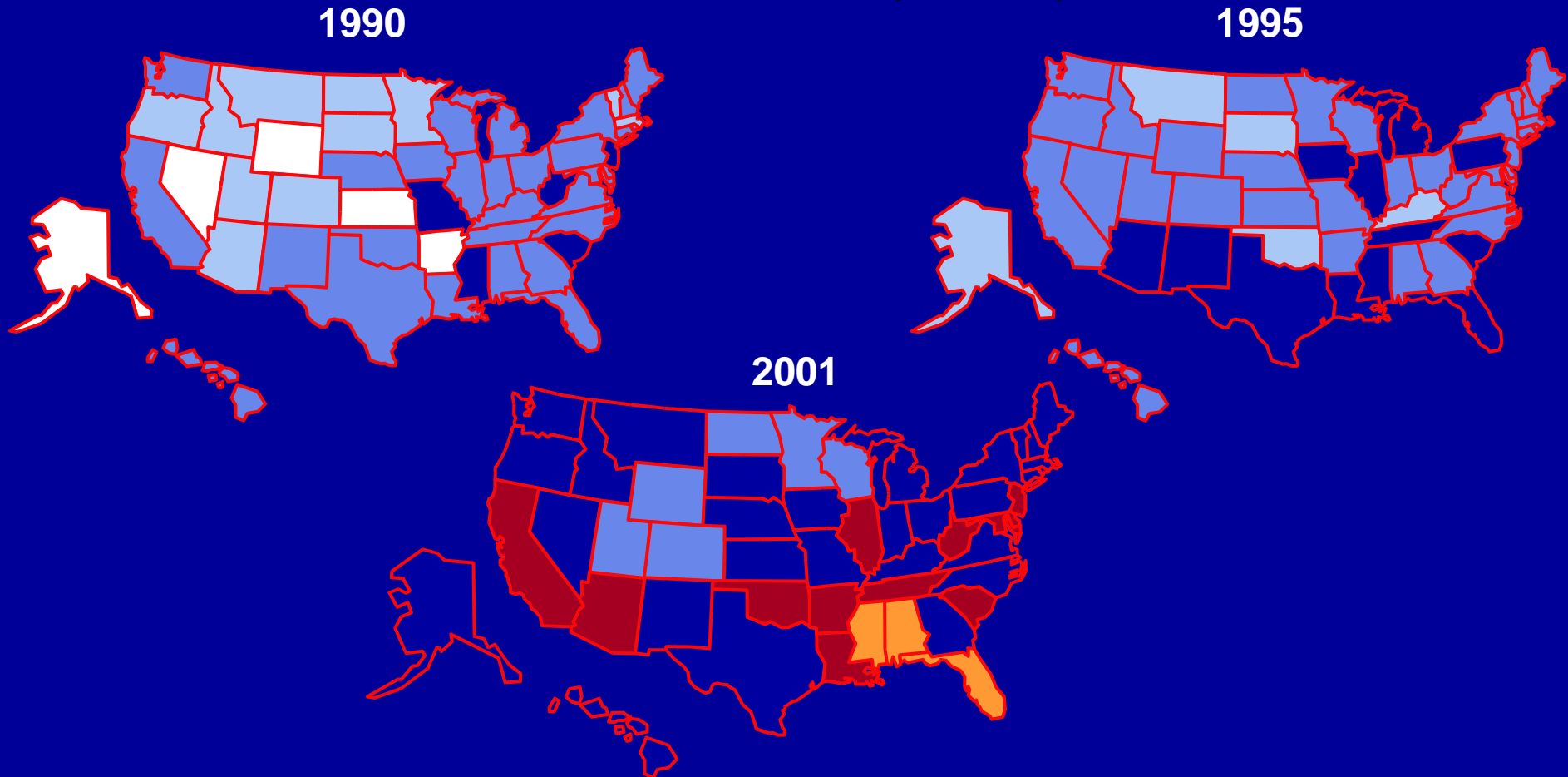
* *Traités sans insuline*

Le diabète de type 2 une épidémie mondiale



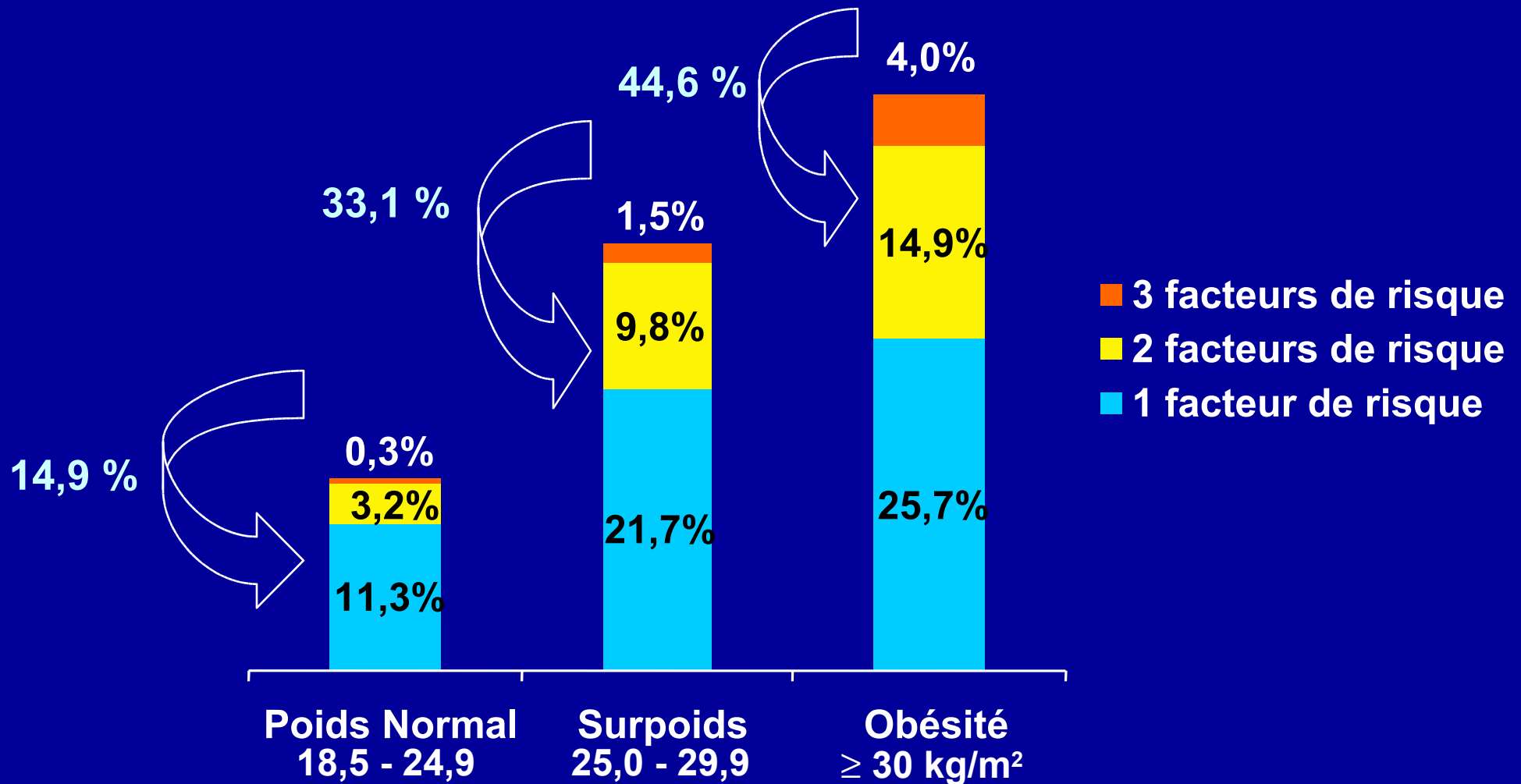
Evolution de l'obésité aux USA

BRFSS 1991, 1996, 2004



Source: Mokdad et al., *Diabetes Care* 2000;23:1278-83; *J Am Med Assoc* 2001;286:10.

Combinaison des trois facteurs de risque *en fonction de l'IMC*



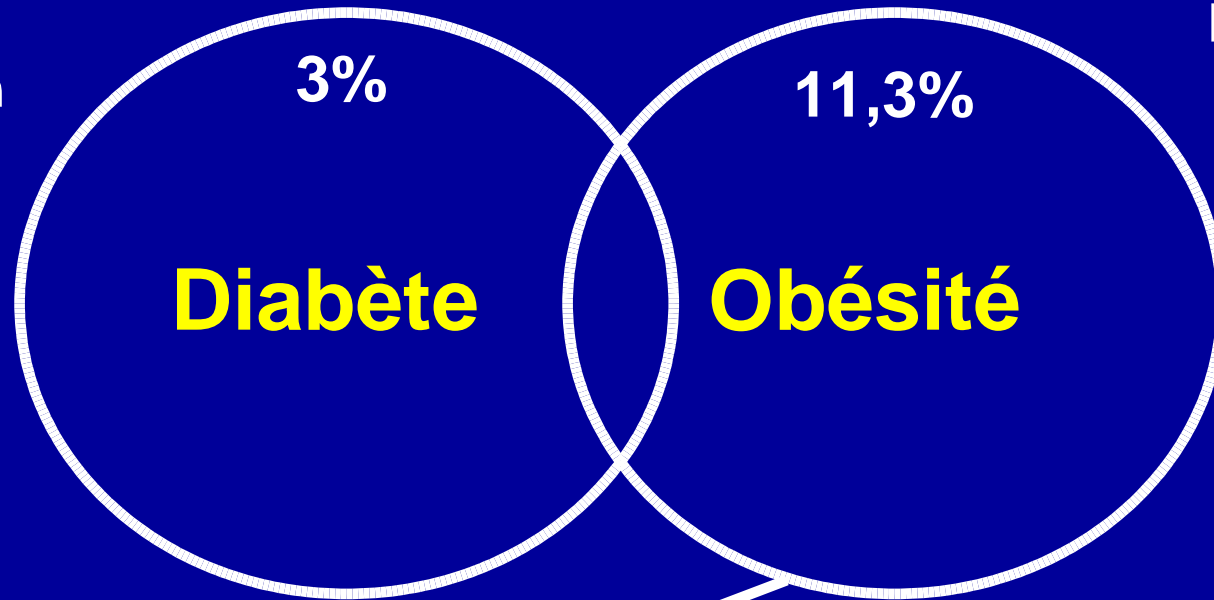
Répercussions pour la santé

- **Les obèses ont un risque accru par rapport aux sujets de poids normal :**
 - 33,1 % des obèses sont hypertendus
 - 23,8 % des obèses ont des dyslipidémies
 - 10,5 % des obèses sont diabétiques
- **En 2003 :**
 - Obèses hypertendus: 1,78 millions de personnes
 - Obèses dyslipidémiques: 1,28 millions de personnes
 - Obèses diabétiques: 565 800 personnes

Diabète de type 2-obésité

Déficit
Insulino-sécrétion

Bilan énergie
positif



Prolifération
Différenciation
Hypertrophie

Insulino-résistance

Génétique

Exercice

Stress

Acides gras

Traitement

Objectifs

- **Aide à la perte du poids**
- **Prévenir les complications et les traiter**
- **Favoriser les ajustements psychologiques et sociaux**
- **Restaurer un équilibre psycho-somatique**
- **Corriger les conséquences des traitements antérieurs**
- **Interrompre les variations pondérales**
- **Traiter un trouble du comportement alimentaire**

Objectifs de perte de poids

- **10 à 15% du poids initial**
- **Absence de prise de poids supplémentaire**
- **$\geq 20\%$ possible**
- **IMC normal possible**
- **Maintien durable de la perte de poids**
- **SAS, diabète, HTA, dyslipidémie**

Activité physique

Intérêts: maintien perte de poids, CV, psychologique

Préservation de la masse maigre

Diminue l'insulino-résistance

Améliore le bilan lipidique

Repérer les obstacles et apprécier la motivation

Attention aux risques (H > 40 ans, F > 50 ans)

Limiter la sédentarité

Promouvoir l'activité: 30-45' 3-5 j/sem (80% fqce maxi th)

Alimentation

- Bilan d'énergie négatif
- DER x NAP
- Soit = -30% DEJ soit = DER
- Restructurer les repas, gérer les achats
- Corriger les erreurs manifestes, gestion situations
- Diminuer la densité calorique
- Diversifier, plaisir et convivialité
- 45-50%G, 30-35%L, 15-20%P

RÔLE INDISPENSABLE DES DIETETICIENNES !

Calorimétrie indirecte



Niveau d'activité physique

Activité	Temps
Marche, allure normale	.
Marche, allure lente	
Marche, allure rapide	
Promenade, ballade	
Grimper une côte lentement	
Grimper une côte, allure modérée	
Grimper une côte rapidement	
Descendre une côte lentement	
Descendre une côte, allure modérée	
Descendre un côte rapidement	
Monter les escaliers	
Assis en bus/train	
Courir (vitesse environ 7-9 km/h)	
Bicyclette	
Bicyclette sur chemin, chaussée déformée	
Cycle à moteur	
Conduire une voiture	
Conduire un camion	
Monter à cheval, promenade	
Monter à cheval, au trot	
Monter à cheval, au galop	
Pagayer	

Médicaments

Orlistat (Xenical®)

Inhibiteur des lipases

Malabsorption des lipides dose-dépendante (200 à 300 kcal/j pour 60-100 g de lipides)

Stéatorrhée, vitamines

Sibutramine (Sibutral®)

Action centrale; inhibition de la recapture de la N/A et de la sérotonine; tolérance CV !?

Médicaments

Indications

IMC ≥ 30 si pas de facteurs de risque

IMC ≥ 28 orlistat si facteurs de risque

IMC ≥ 27 sibutramine autres facteurs tels diabète ou dyslipidémie

Jamais en première intention

Sibutramine si $< 5\%$ perte de poids après 3 mois TTT conventionnel

Orlistat $\geq 2,5$ kg dans les mois précédents son instauration

Durée

Arrêt si PP < 50 après 3 mois

1 an maxi pour sibutramine, 2 ans maxi pour orlistat

Chirurgie

Critères de sélection

- **IMC > 40 ou > 35 si comorbidités**
- **Suivi médical préalable \geq 1an avec échec TTT conventionnels**
- **Forte motivation, délai réflexion +sieurs mois, échanges avec des patients opérés**
- **Absence de CI**

Absolues: alcool, toxicomanie, tbles psy, boulimie, obésité endocriniennes, cancers, MICI

Relatives: stomato, digestives

Multi-disciplinaire, chir entraîné à la caelio, suivi prolongé

Chirurgie

Gastroplastie verticale calibrée

Gastroplastie par anneau ajustable

Court-circuit gastrique

Diversion bilio-pancréatique

Pas d'étude de la supériorité

Si chirurgie commencer par gastroplastie