



Item251-Obésité de l'enfant et de l'adulte

Objectifs CNCI		
- Diagnostiquer une obésité de l'enfant et de l'adulte. - Argumenter l'attitude thérapeutique et planifier le suivi du patient.		
Recommandations	Mots-clés / Tiroirs	NPO / A savoir !
- Prise en charge médicale de premier recours : HAS 11 adultes / enfants - Obésité / RPC-HAS / 2009 - Obésité enfant / ANAES / 2003 - Polycopié national: Obésité de l'enfant	- IMC > 30 kg/m2 ou poids > 97e - Syndrome métabolique (définition) - Courbe de poids / anamnèse - Pluridisciplinaire / individualisée - Enquête alimentaire / Cs nutrition - Evaluation psychologique - Régime diététique hypocalorique - Activité physique / MHD - Education et carnet alimentaire - Chirurgie bariatrique	- Eliminer obésité secondaire - Mesure du tour de taille - Pas de seuils chez l'enfant - Bilan des comorbidités (5) - Rechercher complications (8) - Objectifs réalistes - Indications chirurgicales (6) - Bilan préthérapeutique - Prévention I/II ; indiv./coll.

Généralités

Définition

- Obésité = surcharge pondérale par excès de tissu adipeux (MG)
- **En pratique**
 - **chez l'adulte:** obésité = **IMC ≥ 30 kg/m2**
 - **chez l'enfant:** surpoids = **IMC ≥ 97e percentile** (pour âge et sexe) / obésité **IMC ≥ seuil IOTF-30**

Epidemiologie

- Problème majeur de santé publique +++
- **p = 10 - 15%** de la population générale en France (p = 30% aux US)

Facteurs de risque (6)

- **Antécédents familiaux:** facteurs génétiques certains (mais non suffisants)
- **Alimentation:** non équilibrée / hypercalorique / riche en lipides et glucides rapides
- **Sédentarité:** manque d'exercice physique
- **Age:** p ↑ si âge ↑ / désormais chez l'enfant ++ (1 enfant /8-10 est obèse)
- **Niveau socio-économique:** obésité plus fréquente chez sujets défavorisés
- **Psychologiques:** stress / troubles du comportement alimentaire (boulimie)

Indice de masse corporelle (IMC) +++

- **IMC (BMI) = poids/taille² (en kg/m2)**

< 15	Dénutrition	sévère
15 - 17		modérée
17 - 18.5	Maigre	
18.5 - 25	Normal	
25 - 30	Surpoids	
30 - 34,9	Obésité	modérée
35 - 39,9		sévère
≥ 40		morbide
≥ 50		super obésité

Etiologies

Obésité primitive (essentielle) +++

- Idiopathique = multifactorielle

Obésité secondaire

- Endocrinopathies
 - Syndrome de Cushing
 - Chez l'enfant : Hypothyroïdie / déficit en GH
 - hyperinsulinisme organique (insulinome)
- Médicamenteuse
 - Psychotropes (antiépileptiques, anti-dépresseurs, neuroleptiques)
 - Corticoïdes / androgènes
- Génétiques (rare ++)
 - Monogéniques : Mutation MC4R / Mutation du gène de la leptine / Mutation du récepteur du gène de la leptine / Mutation POMC
 - Obésités syndromiques : Prader-Willi / Nieman-Pick / Laurence-Moon-Biedl
- Obésité hypothalamique

Syndrome métabolique (« obésité centrale »)

(cf Facteurs de risque cardio-vasculaire et prévention.)

- Syndrome résultant d'une insulino-résistance
- Définition (IDF 2004) : association de
 - 1 critère obligatoire
 - Obésité androïde = tour de taille (TT) \geq 94cm (H) ou \geq 80cm (F)
 - 2 critères parmi les 4 suivants
 - HTA: PA \geq 130/85mmHg (ou traitement anti-HTA)
 - Hyperglycémie > 1g/L (ou diabète de type 2 sous ADO)
 - Hypertriglycéridémie: TG \geq 1.5g/L (ou traitement hypolipémiant)
 - HDL bas : HDLc \leq 0.4g/L (H) ou \leq 0.5g/L (F)
- Remarque: autre définition (American Heart Association 2005)
 - Présence d'au moins 3 critères parmi les 5 critères ci-dessus
 - avec obésité androïde définie comme TT \geq 102cm (H) ou 88cm (F)

Diagnostic

Examen clinique

- Interrogatoire
 - Terrain
 - FdR d'obésité et CV: antécédents familiaux / âge / socio-éco / sédentarité / origine
 - Profil psychologique: rechercher un TCA (cf Troubles des conduites alimentaires chez l'adolescent et l'adulte (voir item 251).) (A savoir !)
 - Evaluer la motivation : demande du patient de PEC d'obésité / demande indirecte (famille, professionnels de santé etc)
 - Anamnèse / HDM: courbe de poids +++
 - Poids à la naissance / âge de début / poids max / grossesses /périodicité (yoyo)
 - Rechercher facteur déclenchant (psy ++)
 - Régimes déjà entrepris (efficacité, suivi nutritionnel)
 - Prises / alimentation
 - Enquête alimentaire +++
 - Evaluation qualitative (+++) et quantitative de l'alimentation
 - Rythme (régularité des repas / petit déjeuner / grignottages etc)
 - Conditions des repas (à table, devant la télé, temps passé par repas...)
 - hyperphagie / tachyphagie / noctophagie
 - Techniques (3): interrogatoire des 24h / de fréquence / carnet alimentaire
 - Prise médicamenteuse: corticoïdes / psychotropes..
 - Activité physique (type / durée / arrêt récent) / Travail sédentaire
 - Evaluation du retentissement (A savoir !)
 - Mécanique / respiratoire / cardiaque / psychologique ++ (image de soi)
- Examen physique
 - Dépistage systématique de l'obésité et du surpoids en médecine générale +++ -> peser les patients régulièrement (A savoir !)

- Diagnostic positif / stade / type d'obésité
 - **IMC > 30 = obésité**
 - IMC = 30 - 34,9 → obésité de grade 1 (modérée)
 - IMC = 35 - 39,9 → obésité de grade 2 (sévère)
 - IMC ≥ 40 → obésité de grade 3 (morbide)
 - IMC ≥ 50 → super obésité
 - **!! Chez enfant: pas de seuil (A savoir !)**
 - surpoids si **IMC ≥ 97ème** percentile sur courbes
 - obésité si **IMC ≥ seuil IOTF-30**
 - dépistage: rebond d'adiposité précoce sur courbes staturo-pondérales
 - **Type d'obésité: mesure tour de taille (systématique si IMC entre 25 et 35)**
 - **Obésité androïde:** (surcharge abdominale) → augmentation du risque CV ++
 - **Obésité gynoïde:** (surcharge hanches/cuisses/fesses)
- Rechercher une obésité secondaire
 - Prise médicamenteuse +++
 - Rechercher une endocrinopathie
 - Syndrome génétique : dysmorphie chez l'enfant +/- famille
- Evaluer le retentissement: complications (A savoir !)
 - **Hyperinsulinisme** : acanthosis nigricans / molluscum pendulum
 - **Cardiovasculaire** examen cardio complet: prise de la **PA**, signes d'IC, etc.
 - **Respiratoires**: examen pulmonaire + signes de SAOS
 - **Ostéo-articulaires**: douleurs articulaires / restriction de la mobilité
 - **Psychologique (HAS 11)** : discriminations / dépression / addictions associés

Examens complémentaires

- Pour diagnostic positif
 - AUCUN: le diagnostic d'obésité est purement clinique (= IMC)
- Pour évaluation du retentissement
 - Examens complémentaires systématiques (5 / RCVA savoir ! ())
 - ECG (cf athérosclérose et HTA)
 - Recherche DT2 : glycémie à jeun si IMC > 28 ou âge > 45 ans
 - Bilan lipidique (EAL): CT / TG / HDLc / LDLc (cf dyslipidémie)
 - +/- selon la clinique: complications
 - EFR / GDS / Polysomnographie pour recherche TVR ou SAOS
 - Radiographies standards des articulations douloureuses
 - Bilan hépatique +/- échographie abdominale (NASH)
 - créatininémie (cf néphropathie)
- Pour diagnostic étiologique = éliminer une obésité secondaire
 - **Aucun n'est systématique**: seulement si orientation clinique:
 - TSH si suspicion d'hypothyroïdie (cf **Hypothyroïdie**) (NB élévation de la TSH fréquente chez les obèses → hypothyroïdie infraclinique)
 - test de freinage à la DXM si suspicion de Cushing
 - Bilan hormonal hypophysaire complet si suspicion adénome, etc. (cf **Adénome hypophysaire**)

Complications (8)

Complications cardio-vasculaires

- cf obésité (androïde +++) = FdR d'athérosclérose, d'HTA, d'insuffisance veineuse
- de l'**athérosclérose**: insuffisance coronaire / IDM / AVC ischémique / AOMI
- de l'**HTA**: AVC hémorragiques / rétinopathie / cardiopathie hypertrophique et IC
- de l'**insuffisance veineuse chronique**: MTEV : TVP-EP / Varices et ulcères veineux
- → **Insuffisance cardiaque chronique** multifactorielle

Complications métaboliques

- **Diabète de type 2**: RRx3 si obèse (cf insulinoR) + FdRCV surajouté
- **Dyslipidémie**: type 4 le plus souvent / parfois type 2b (cf **Facteurs de risque cardio-vasculaire et prévention.**)
- **Hyperuricémie**: crises de gouttes +/- arthropathie chronique (cf **Arthropathie microcristalline.**)

Complications respiratoires

- **Trouble ventilatoire restrictif** (TVR : VEMS/CV = N avec CPT < 80%)
- **Syndrome d'apnées obstructives du sommeil (SAOS)** cf **Troubles du sommeil de l'enfant et de l'adulte.**
- **Insuffisance respiratoire chronique** +/- coeur pulmonaire chronique si HTAP

Complications ostéo-articulaires

- **Arthrose**: gonarthrose et coxarthrose +++ / arthrose vertébrale
- **Arthropathie micro-cristalline**: crise de goutte sur hyperuricémie ++

- **Lombalgies**

Complications psycho-sociales

- **Syndrome dépressif** / isolement social, pensée suicidaire, etc.
- **Troubles du comportement alimentaire**: Il aux régimes ++ (cf restriction cognitive) +/- associés à d'autres addictions

Complications digestives

- **Stéatose** hépatique non alcoolique (NASH) +/- cirrhose
- **Lithiase biliaire** = colique hépatique / cholécystite
- **Reflux** gastro-oesophagien / oesophagite

Complications infectieuses

- Mycoses (plis +++) / érysipèle / infections urinaires

Complications néoplasiques

- Cancers hormono-dépendants +++ (sein, endomètre) / CCR / prostate

!! Remarque: complications spécifiques de l'obésité chez l'enfant

- Epiphysiolyse fémorale supérieure (**EFS**) ++ (cf **Boiterie chez l'enfant**)
- Retentissement **scolaire** / intolérance au glucose-D2 / SOPK / SAHOS

Traitement

Prise en charge

- En ambulatoire par le MT
- Recours à un spécialiste si échec de la PEC après 6 à 12 Mois ou si IMC > 35 avec comorbidités ou > 40 et demande du patient
- Recours à un psychologue ou psychiatre si TCA
- Principes fondamentaux: individualisée
- **Alliance thérapeutique** avec "contrat de soins"
- Mise en place de nouveaux objectifs réalistes avec le patient

Objectifs thérapeutiques

- **Objectifs pondéraux**
 - !! doivent être modérés / **réalistes** / individualisés / à long terme
 - **Objectifs**: réduction du poids **5 à 15% selon stade de l'obésité**/ stabilisation si surpoids
 - **Durée**: perte optimale = **-1 à -3kg/mois** (donc souvent sur plusieurs années)
 - **Réalisme**: cf taux de succès des régimes à visée amincissante: entre 2 et 5%...
 - **Intérêt**: amélioration des comorbidités
- **!! NPO dans tous les cas**
 - Rechercher et traiter les comorbidités associées +++
 - Ex: arthrose / ICC / SAOS / contrôle du RCV, etc.

Mesures non médicamenteuses (4) +++

- **Régime diététique** (cf **Prescription d'un régime diététique**)
 - **Personnalisé**: adapté aux habitudes alimentaire (d'où enquête +++) / garder une alimentation plaisir
 - **Adapté = hypocalorique**: réduction des ACT de **15 à 30%** (max +++)
 - **Équilibré**: G = 55% / L = 30% / P = 15%
 - **Régulier** 3 repas à heures fixes / ne pas sauter de repas / pas de grignotage / éviter les collations
 - **Orienté**: privilégier les AG insaturés / limiter les protéines animales / limiter les glucides à IG élevé
 - **Réaliste**: objectif = perte de 5 à 15 % du poids initial **1 à 2 kg/mois** + stabilisation poids + diminution tour de taille
 - **!! Chez l'enfant: jamais** de régime hypocalorique ni restrictif (**A savoir !**) , objectif n'est pas la perte de poids mais le ralentissement de la courbe de corpulence
- **Activité physique**
 - **Régulière / adaptée** au patient / d'intensité modérée / 2-3x/semaine / au moins 2h30/sem d'activité modérée / au mieux 5h d'activité modérée ou 2h30 d'activité intense
 - Efforts simples de la vie quotidienne au début (marcher, escaliers, etc.)
- **Soutien psychologique**
 - Rechercher et traiter un trouble du comportement alimentaire (cf **Troubles des conduites alimentaires chez l'adolescent et l'adulte (voir item 251).**)
 - Psychothérapie de soutien +/- thérapies cognitivo-comportementales
- **Education du patient/famille: correction des erreurs diététiques +++**
 - Modification des habitudes alimentaires: ne pas grignoter / repas équilibrés..
 - Lutte contre la sédentarité: ne pas manger devant la télé, prendre les escaliers..

Traitement médicamenteux (non recommandé par l'HAS)

- **Indication**: IMC > 30 et après échec des MHD (ou IMC > 28 + complication)
- **Spécialités**: sibutamine / **orlistat** (Alli®) / (rimonabant récemment retiré)
- **!! Remarque**: aucun n'a réellement fait la preuve de son efficacité à long terme

Traitement chirurgical (chirurgie bariatrique)

- **Indications: consensuelles (HAS 09) +++**
 - Seulement si le patient réunit **l'ensemble** des conditions suivantes (6) (**A savoir !**)
 - **IMC > 40 ou > 35 si** comorbidité (HTA / SAOS / D2 / TVR / NASH) pouvant être amélioré par la chirurgie
 - En 2^{de} intention: après échec des MHD bien conduites pendant **6 à 12 mois**
 - Absence de perte de poids ou absence de maintien de la perte de poids
 - Après information et **évaluation** préopératoire pluridisciplinaire (psy ++)
 - Compréhension et **acceptation** d'un suivi médical à long terme
 - Risque opératoire acceptable
- **Bilan pré-thérapeutique**
 - ■ Après évaluation pré-opératoire
 - recherche et PEC des TCA
 - Dépistage des comorbidités
 - Bilan nutritionnel et vitaminique
 - Gastroskopie et recherche H. Pylori
 - Après information claire et loyale sur les bénéfices et risques
 - Avec consentement libre / éclairé / spécifique du patient
 - Décision prise en réunion de concertation pluridisciplinaire
- **Techniques**
 - ■ Techniques restrictives = **anneau** gastrique / sleeve gastrectomy
 - Techniques malabsorptives : **By-Pass** / Dérivation biliopancréatique
 - Chirurgie plastique après perte de poids importante PEC par la SS
- **Surveillance** rapprochée et prolongée +++

Particularités chez l'enfant (ANAES 03)

- **Inclure la famille** dans la démarche thérapeutique +++
- Respect des besoins liés à la croissance
- Lutte contre marginalisation sociale de l'enfant obèse
- Correction des TCA et erreurs alimentaires: grignotage, décalage vespéral, etc.
- Respecter le goût des enfant / ne pas diaboliser la nourriture / **ne rien interdire**
- Contre-indication formelle de tout médicament amincissant

Surveillance

- **Individualisée / régulière / prolongée +++**
 - 1x/4 à 6S les 1ers mois; **durée ≥ 2ans**
- **Clinique** seulement
 - **Efficacité:** perte de poids
 - **Tolérance:** physique et surtout psychologique +++

Prévention

- **Pour la population générale**
 - Promotion de l'activité physique
 - Education alimentaire
 - Information nutritionnelle vraie (cf l'intox publicitaire)
- **Pour les sujets à risque**
 - Information et éducation des patients ayant des FdR d'obésité
 - Prise en charge précoce et personnalisée de tous les FdR

Synthèse pour questions fermées

Vous êtes médecin de famille / pédiatre, vous prenez en charge un garçon de 8 ans pour une obésité, quels sont les 5 éléments qui vous feraient adresser l'enfant à des professionnels spécialisés?

- Echec de la prise en charge de premier recours
- Surpoids avec ascension brutale de la courbe d'IMC
- Obésité avec d'éventuelles comorbidités associées
- Contexte familial défavorable
- Problématique psychologique et sociale

(HAS 11)

3 examens biologiques à réaliser chez un enfant obèse ?

- Exploration anomalies lipidiques
- Glycémie à Jeun
- Transaminases (ASAT, ALAT)

NB : aucun si surpoids isolé

NB2 : les 3 mêmes si surpoids + antécédent familial diabète ou dyslipidémie (HAS 11)