

Mise au point

Prise en charge de l'obésité en pratique par le médecin

Routine medical management of obesity

E. Bertin

Unité 61, service d'endocrinologie, de diabétologie et de nutrition, CHU Robert-Debré, 51092 Reims cedex, France

Disponible sur internet le 29 mai 2007

Abstract

Management of obesity is often reduced to counselling, focusing on factors directly affecting energy balance: food intake and physical activity. However, the causes of excessive food intake, eating disorders and their causal factors, are largely unknown. This can lead to unsuitable obesity management. In the present text, we detail the clinical elements which can be helpful for the specialist or general practitioner making a global assessment of their overweight patients. The goal is to help the patient establish a care project with medical support, as would be the case for any chronic disease.

© 2007 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

Résumé

La prise en charge de l'obésité se réduit souvent à du conseil sur des éléments intervenant directement sur la balance énergétique : l'alimentation et l'activité physique. Cependant, les déterminants de l'excès d'apports alimentaires, à savoir les troubles du comportement alimentaire et les facteurs qui les entretiennent, sont largement méconnus et conduisent de fait à des prises en charge inadaptées. Nous exposons ici les éléments cliniques permettant au médecin, qu'il soit spécialiste ou généraliste, de réaliser une évaluation globale de leurs patients en situation de surcharge pondérale, et d'amener ceux-ci à un projet de soins qui doit comme dans toute pathologie chronique être accompagné sur le plan médical.

© 2007 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

Keywords: Obesity; Eating behavior; Therapeutic education

Mots clés : Obésité ; Comportement alimentaire ; Éducation thérapeutique

1. Introduction

L'obésité est une situation à risque pour la santé exposant à de nombreuses complications tant médicales que psychosociales qui contribuent à sa pérennisation.

Si les pouvoirs publics ont désormais bien saisi l'importance du problème, quant aux enjeux médicoéconomiques qui s'y rapportent, le système de soins centré sur la gestion de la pathologie aiguë a, quant à lui, encore peu évolué dans son offre. Celui-ci propose en effet aux patients concernés, essentiellement des recommandations centrées sur l'alimentation et l'activité physique, et l'incapacité des personnes à les mettre en

œuvre et à les maintenir dans leur contexte de vie n'est pas réellement prise en compte. Certes, l'obésité « culturelle » expliquée principalement par l'héritage socioculturel peut être gérée par une offre éducative de type promotion de la santé et des actions politiques sur l'environnement. En revanche, l'obésité « symptôme » (due à des problématiques psychocomportementales) et l'obésité « maladie » (obésité massive et/ou compliquée) ne peuvent être résolues par des conseils–informations, quelle que soit la qualité pédagogique des messages transmis.

La prise en charge de l'obésité s'avère de fait souvent très décourageante pour le médecin ayant expérimenté à plusieurs reprises le phénomène du Yo-Yo pondéral et qui s'épuise à vouloir faire changer les comportements de patients qu'il ne peut contrôler en dehors de ses consultations ; l'inefficacité d'un « régime » malgré son renforcement progressif représente

Adresse e-mail : ebertin@chu-reims.fr (E. Bertin).

également souvent une source de désarroi pour le médecin. Parallèlement, nombreux sont les patients à se plaindre du manque de compréhension des soignants quant à leur problème pondéral.

Pour mieux répondre aux difficultés des médecins, nous allons développer une approche très clinique de l'obésité en insistant largement sur la recherche des déterminants de la surcharge pondérale et en définissant les axes de travail avec les patients, dans le cadre d'une relation d'aide où ils restent acteurs de leur projet de soins. Les chimiothérapies spécifiques et la chirurgie de l'obésité ne seront volontairement pas abordées ici, mais le lecteur pourra se référer aux recommandations des sociétés savantes sur le sujet [13].

2. Instauration d'une bonne relation de soins

Le premier contact avec le patient est essentiel dans le sens où il va conditionner le niveau d'adhésion et le positionnement du patient dans les soins. Sans l'instauration d'une relation de confiance, il ne peut y avoir d'alliance thérapeutique et les « non-dits » vont entraîner une profonde distorsion dans la réponse du médecin aux besoins du patient. Le médecin doit donc particulièrement veiller à éviter l'expression le plus souvent inconsciente de représentations négatives à travers le jugement ou la banalisation, qui contribuent, outre le renforcement du déni, à la déqualification-dévalorisation du patient dont la volonté et l'estime de soi sont déjà grandement ébranlées par les échecs antérieurs de perte pondérale et/ou le regard des autres. L'annonce de solutions « miracles » ou le renforcement des croyances attribuant l'obésité à des facteurs génétiques, vont également contribuer à favoriser le désinvestissement du patient quant à d'éventuels changements comportementaux et/ou à un travail sur les problématiques psychoaffectives et relationnelles impliquées dans la survenue et/ou la pérennisation du problème pondéral.

Un patient sera d'autant plus enclin à travailler avec son médecin sur la prise de conscience des problématiques responsables de son excès pondéral et sur les solutions à y apporter, qu'il percevra chez lui une écoute active bienveillante par rapport à ses difficultés et ses préoccupations, bien au-delà du problème médical, et une capacité du médecin à s'engager dans un accompagnement au long cours contenant et solide. De fait, le médecin devra savoir utiliser la technique de reformulation et l'utilisation de questions ouvertes, comme dans tout processus relevant de l'éducation thérapeutique [9].

3. Élimination d'une obésité non « commune »

L'obésité est dans la très grande majorité des cas « commune », c'est-à-dire une réponse à un environnement défavorable sur un fond de susceptibilité génétique multigénique, l'héritage génétique du sujet étant permissif mais non causal.

Seulement 5 % des obésités massives sont d'origine monogénique. Les gènes impliqués interviennent dans la régulation neurohormonale du comportement alimentaire, ce qui provoque en général des obésités massives débutant dans la petite enfance, dans un contexte familial marqué [5]. En cas de doute,

le recours à une équipe spécialisée est indiqué, tout en sachant que les modalités de diagnostic ne sont pas encore clairement établies.

À côté des obésités iatrogènes et des obésités syndromiques (Prader-Willi, Biedl-Bardet...) que nous ne développerons pas ici, il nous faut rappeler l'importance de ne pas méconnaître une obésité secondaire à une endocrinopathie : hypothyroïdie qui est de loin la plus fréquente, maladie de Cushing et insulino-

4. Recherche de complications

Les complications de l'obésité sont nombreuses et dépendent en partie de la distribution de l'excès de masse grasse comme l'a très bien décrit Jean Vague avant que son concept d'obésité androïde ne soit repris sous le terme de syndrome métabolique [18]. Au-delà de la mesure du tour de taille ou du rapport tour de taille/tour de hanche, dont les valeurs seuil pour définir le syndrome métabolique ne sont pas réellement utilisables à l'échelon individuel, le critère clinique le plus prédictif d'insulinorésistance est la présence d'un acanthosis nigricans [11].

Certaines complications tendent à limiter les solutions thérapeutiques en atténuant les capacités d'activité physique : *problèmes ostéoarticulaires, complications cardiovasculaires*. Elles doivent de fait être dépistées systématiquement. D'autres sont encore insuffisamment recherchées, tels *les intertrigos mycosiques* dont les patients souffrent sans être en mesure de les énoncer, et *le syndrome d'apnées obstructives du sommeil* (SAOS). Les sujets obèses ont en effet 25 fois plus de risque d'être atteint de ce syndrome qui est présent chez un obèse massif (IMC > 40 kg/m²) sur 4, et qui est un facteur de risque cardiovasculaire indépendant, à côté des risques accrus d'accidents de la route et du travail [8,12]. Des questions simples portant sur la présence d'un ronflement nocturne, d'une nycturie, d'un sommeil entrecoupé non récupérateur et d'une tendance à la somnolence diurne (quantifiable par le questionnaire d'Epworth) sont les éléments de base à rechercher chez toute personne en surcharge pondérale [6]. De même, *la stéatohépatite* (NASH pour les Anglo-Saxons) est une cause de cirrhose de plus en plus importante qui ne fait pas toujours l'objet d'un dépistage systématique alors qu'elle peut être traitée de façon efficace [4]. Parfois, certaines complications peuvent être induites par les thérapeutiques médicales destinées au traitement de l'obésité ou de ses complications, ainsi qu'aux mesures prises par les patients eux-mêmes.

Nous conseillons donc de réaliser systématiquement chez toute personne en surcharge pondérale le bilan minimal suivant :

- NFS (recherche d'une anémie carencielle) ;
- ionogramme sanguin, créatininémie, bandelette urinaire (recherche d'une dyskaliémie, d'une complication rénale) ;
- glycémie, uricémie, EAL (recherche d'anomalies métaboliques) ;
- GGT, transaminases (recherche d'une stéatohépatite) ;
- TSH (recherche d'une hypothyroïdie) ;

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3253175>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3253175>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)