

Prise en charge de l'obésité en 2012 : le point de vue de l'endocrinologue

N. CHABBERT-BUFFET
pour le groupe de travail Ob-Fert
(Paris)

Résumé

La prise en charge des patientes ou des couples présentant une obésité comporte une information préalable, un bilan préthérapeutique et un suivi au long cours, le plus souvent par une équipe pluridisciplinaire. Elle est parfois indispensable dans un laps de temps limité pour permettre une prise en charge thérapeutique telle qu'une AMP (assistance médicale à la procréation). Cependant le positionnement dans la durée est central pour éviter les effets rebonds qui sont extrêmement délétères, aboutissant à une prise de poids globalement et donc à un assombrissement du pronostic. Dans le cadre de cette prise en charge globale, les objectifs sont définis en fonction du contexte (infertilité, grossesse, ménopause, cancer) mais aussi du profil et de la situation psychologique de la patiente.

Mots clés : obésité, complications, long terme, pluridisciplinaire, psychologue

Hôpitaux universitaires Paris-Est - Site Tenon - Unité d'endocrinologie - Clinique de la reproduction - Service de gynécologie-obstétrique - Médecine de la reproduction - Université Pierre et Marie Curie - 4 rue de la Chine - 75020 Paris

Correspondance : ncbpro@gmail.com

Déclaration publique d'intérêt

L'auteur déclare ne pas avoir d'intérêt direct ou indirect (financier ou en nature) avec un organisme privé ou commercial en relation avec le sujet présenté.

La prise en charge des patientes ou des couples présentant une obésité comporte une information préalable, un bilan préthérapeutique et un suivi au long cours, le plus souvent par une équipe pluridisciplinaire. Dans le contexte de la consultation pour infertilité, la situation de ces couples offre une très forte motivation qu'il faut saisir. Il faut toutefois faire attention au risque de « consultation sanction » où la perte de poids apparaît comme un obstacle à la prise en charge. Il est indispensable d'introduire une dynamique positive, non culpabilisante. Dans les cas où l'âge fait peser une menace, le fait de fixer un objectif pondéral qui ne pourrait être atteint que 18 mois plus tard, par exemple, revient quasiment à dire à cette patiente (ce couple) qu'on ne le prendra pas en charge pour son infertilité en AMP. La situation psychologique de cette patiente peut être fragile en raison du poids et de ses conséquences éventuelles (esthétiques, fonctionnelles ou infertilité). À l'inverse le poids peut être une manifestation physique d'une situation psychologique entraînant des habitudes alimentaires inadaptées. La prise en charge passe alors par le dénouement du « nœud ».

I. INFORMATION

La difficulté principale est, très pragmatiquement et en dehors des éventuelles indications de chirurgie bariatrique, que les patient(e)s obèses doivent réussir à réduire leur consommation calorique et augmenter leurs dépenses énergétiques, et qu'ils sont pour cela « seuls » devant leur assiette trois fois par jour et dans leurs chaussures de sport le cas échéant. Leur fournir des aides et des stratégies adaptées à leur mode de vie est un réel défi.

Il est important de fixer des jalons et de donner des repères très pragmatiques, de définir comme dans d'autres disciplines un carnet de route ou de schéma personnalisé de suivi.

Les couples ou les femmes doivent être informées des chiffres d'IMC (indice de masse corporelle) : leur IMC actuel, celui qui correspond à un retour à la limite supérieure du surpoids, ou du poids normal par exemple, en le leur montrant à l'aide d'une roulette telle que celle fournie par les autorités de santé dans le cadre du PNNS (programme national nutrition santé). Des jalons correspondant à des objectifs de poids raisonnables sont discutés avec le(la) patient(e). L'objectif peut être une simple stabilisation, en fonction du contexte psychologique notamment...

En fonction de l'âge et du motif de consultation, l'impact sur la fertilité, les difficultés de prise en charge en FIV (fécondation *in vitro*), l'impact sur la grossesse et l'enfant à venir, l'impact sur le risque cardiovasculaire et carcinologique, qui ont été largement débattus au cours de la journée et dans les chapitres correspondants de cet ouvrage, sont exposés.

La description détaillée du parcours de prise en charge est importante également. En fonction du parcours déjà effectué les mesures hygiéno-diététiques sont au premier plan, ou au contraire il est temps de proposer des mesures complémentaires chirurgicales.

L'intérêt de la consultation de diététique, muni d'un cahier alimentaire, est expliqué. C'est un investissement de temps indispensable.

La mise en place d'une activité physique, avec des repères simples, en répondant aux questions très pratiques souvent posées est indispensable. La prescription d'une paire de chaussures de sport et de son utilisation peut être un outil utile pour montrer que l'on accorde autant d'importance à cet aspect de la prise en charge qu'aux autres. Idéalement dans certaines structures, une prise en charge conjointe diététique et physique est en place.

Le rôle délétère des régimes brutaux se soldant par une perte et une reprise de poids selon le principe du yoyo est important à connaître pour les patients, le fait de dessiner leur courbe pondérale est démonstratif. La notion de pondérostas, et de réglage sur un poids à chaque épisode de yoyo plus élevé, est une notion importante.

La prise en charge chirurgicale, ses indications, ses modalités, ses conséquences, y compris la chirurgie de réparation après cette chirurgie qui peut laisser de lourdes séquelles esthétiques, sont exposées [1]. Les bénéfiques sont également détaillés en dehors de la réduction pondérale (impact glycémique tensionnel, etc.).

II. BILAN PRÉTHÉRAPEUTIQUE

En dehors d'un état des lieux hygiéno-diététique par l'interrogatoire très détaillé et de l'examen clinique complet à la recherche de complications, un bilan personnalisé est indispensable.

Sur le plan endocrinologique, la recherche d'une hypothyroïdie qui est un frein à la perte de poids est systématique [2]. Il est clair cependant que cette hypothyroïdie, le cas échéant, n'est pas responsable de la totalité du surpoids et ceci est exposé clairement aux patients.

La recherche d'un hypercorticisme est également systématique. Soit il existe une symptomatologie évocatrice, soit on recherche un hypercorticisme infraclinique probablement sous-estimé à l'heure actuelle [3].

Le dépistage par une cortisurie des 24 h (assortie d'une créaturie des 24 h) avec, en cas d'anomalies, confirmation par un second dosage ou réalisation d'un test de freinage minute par la dexaméthasone (dosage du cortisol plasmatique à 8 h après absorption à minuit de dexaméthasone 1 mg) est simple à réaliser en ville. Lorsque le dosage du cortisol salivaire sera remboursé et facile d'accès, sa mesure sur un prélèvement recueilli au domicile par le patient lui-même à 0 h sera l'examen le plus utile [4].

Le dépistage au minimum d'une hyperglycémie à jeun ou d'un diabète par une glycémie à jeun, un dosage d'HbA1C et éventuellement la réalisation d'une hyperglycémie provoquée orale à 75 g, un bilan lipidique complet avec calcul ou dosage du LDL cholestérol (exploration d'une anomalie lipidique), sont également systématiques.

Le dépistage d'un syndrome d'apnée du sommeil repose sur le remplissage d'un questionnaire STOP ou Epworth [5, 6] (Tableaux 1 et 2), systématiquement complété d'un enregistrement polysomnographie en cas d'IMC > 35. Celui-ci évalue la saturation en oxygène, le débit respiratoire, les ronflements et la position corporelle, et permet d'obtenir l'index apnée-hypopnée et de fixer les indications d'appareillage. Celui-ci contribue probablement à réduire la prise de poids ou à favoriser la perte de poids [7], et améliore les paramètres de risque cardiovasculaire [8].

Le dépistage d'une stéato-hépatite non alcoolique (NASH) par dosage biologique de GGT et d'ALAT, et d'une pathologie cardiologique ischémique infraclinique par ECG au minimum est pratiqué.

Tableau 1 - Dépistage du syndrome d'apnée du sommeil par le STOP questionnaire [5]

1- (<i>Snoring</i>) Ronflez-vous bruyamment (plus fort qu'en parlant ou suffisamment fort pour être entendu à travers une porte fermée) ?
2- (<i>Tired</i>) Vous sentez-vous souvent fatigué(e), las(se) ou somnolent(e) durant la journée ?
3- (<i>Observed</i>) Quelqu'un vous a-t-il observé en arrêt respiratoire durant votre sommeil ?
4- (<i>blood Pressure</i>) Êtes-vous hypertendu(e) ou traité(e) pour une hypertension ?
Réponse OUI à deux items ou plus => polysomnographie.

Tableau 2 - Dépistage du syndrome d'apnée du sommeil par échelle de somnolence diurne d'Epworth [6]

Évaluez votre risque de vous endormir dans diverses circonstances.
Risque
1 = inexistant
2 = minime
3 = modéré
4 = important
Circonstances
1) Assis(e) en train de lire un livre ou un journal.
2) En regardant la télévision.
3) Assis(e) inactif(ve) dans un lieu public (cinéma...).
4) Passager dans une voiture pendant une heure.
5) Allongé(e) après le déjeuner lorsque les conditions le permettent.
6) Assis(e), en parlant à quelqu'un.
7) Assis(e) après un repas sans alcool.
8) Assis(e) au volant de la voiture pendant un arrêt de quelques minutes.

III. PRISE EN CHARGE

La principale question posée est celle du seuil de prise en charge, et de son corollaire qu'est l'objectif. Celui-ci est individualisé comme précédemment discuté en fonction du contexte psychologique, du bilan des comorbidités, de la demande de la patiente et de son âge.

On peut recourir à un circuit de ville (nutritionniste et/ou diététicienne) en cas d'obésité modérée (IMC entre 30 et 35 kg/m²) non encore prise en charge, à un médecin qualifié ou un service de nutrition/endocrinologie en cas d'obésité plus marquée (IMC entre 35 et 40 kg/m²) et/ou d'échec de prise en charge préalable.

Les patientes présentant une obésité morbide (IMC > 40 kg/m²) devraient être adressées à un médecin référent ou un centre spécialisé permettant l'accès à la chirurgie bariatrique pour bilan et prise en charge. Les indications spécifiques de la chirurgie ont été définies par la HAS (Haute Autorité de santé) [1] et reposent sur une prise en charge hygiéno-diététique structurée d'au moins un an, n'ayant pas permis de corriger de façon durable l'IMC, en cas d'IMC > 40 kg/m². Les patientes présentant une comorbidité, dont l'anovulation dans le cadre d'un SOPK (syndrome des ovaires polykystiques) fait partie, peuvent également être prises en charge par chirurgie bariatrique.

Les parcours de soins de ces patientes sont systématiquement discutés de façon pluridisciplinaire si une indication de chirurgie bariatrique est soulevée, s'il existe un projet de grossesse avec IMC > 35 ou avec comorbidités ou s'il existe une indication d'AMP.

Ces prises en charge peuvent nécessiter un matériel adapté (table gynécologique d'examen, d'accouchement, table de bloc opératoire mais aussi spéculums longs, brassards tensionnels et balances adaptés. En cas d'indications de FIV, l'évaluation préalable par un médecin du centre de l'accessibilité des ovaires à la ponction et des conditions de faisabilité du remplacement embryonnaire est nécessaire avant la prise en charge.

La prise en charge anesthésique est également spécifique et nécessite une équipe entraînée, qui voit en consultation préopératoire des patientes munies de l'ensemble du bilan évoqué plus haut.

La prise en charge s'inscrit idéalement dans la durée, et l'échappement au décours d'une AMP non couronnée de succès, ou à l'issue d'une grossesse, est un phénomène fréquent. La programmation d'une consultation d'endocrino-nutrition à l'issue de la prise en charge est importante.

Bibliographie

- [1] HAS. Obésité : prise en charge chirurgicale chez l'adulte. www.has.fr, 2009.
- [2] HAS. Hypothyroïdie frustrées chez l'adulte : diagnostic et prise en charge. www.has.fr, 2007.
- [3] Tabarin A, Perez P. Pros and cons of screening for occult Cushing syndrome. *Nat Rev Endocrinol* 2011 Mar 22;7(8):445-55.
- [4] HAS. Syndrome de Cushing : protocole national de diagnostic et de soins. www.has.fr, 2008.
- [5] Chung F, Yegneswaran B, Liao P *et al*. STOP questionnaire: a tool to screen patients for obstructive sleep apnea. *Anesthesiology* 2008 May;108(5):812-21.
- [6] Johns MW. A new method for measuring daytime sleepiness: the Epworth sleepiness scale. *Sleep* 1991;14:540-45.
- [7] Morselli LL, Guyon A, Spiegel K. Sleep and metabolic function. *Pflügers Arch* 2012 Jan;463(1):139-60.
- [8] Jean-Louis G, Brown CD, Zizi F *et al*. Cardiovascular disease risk reduction with sleep apnea treatment. *Expert Rev Cardiovasc Ther* 2010 Jul;8(7):995-1005. Review.

