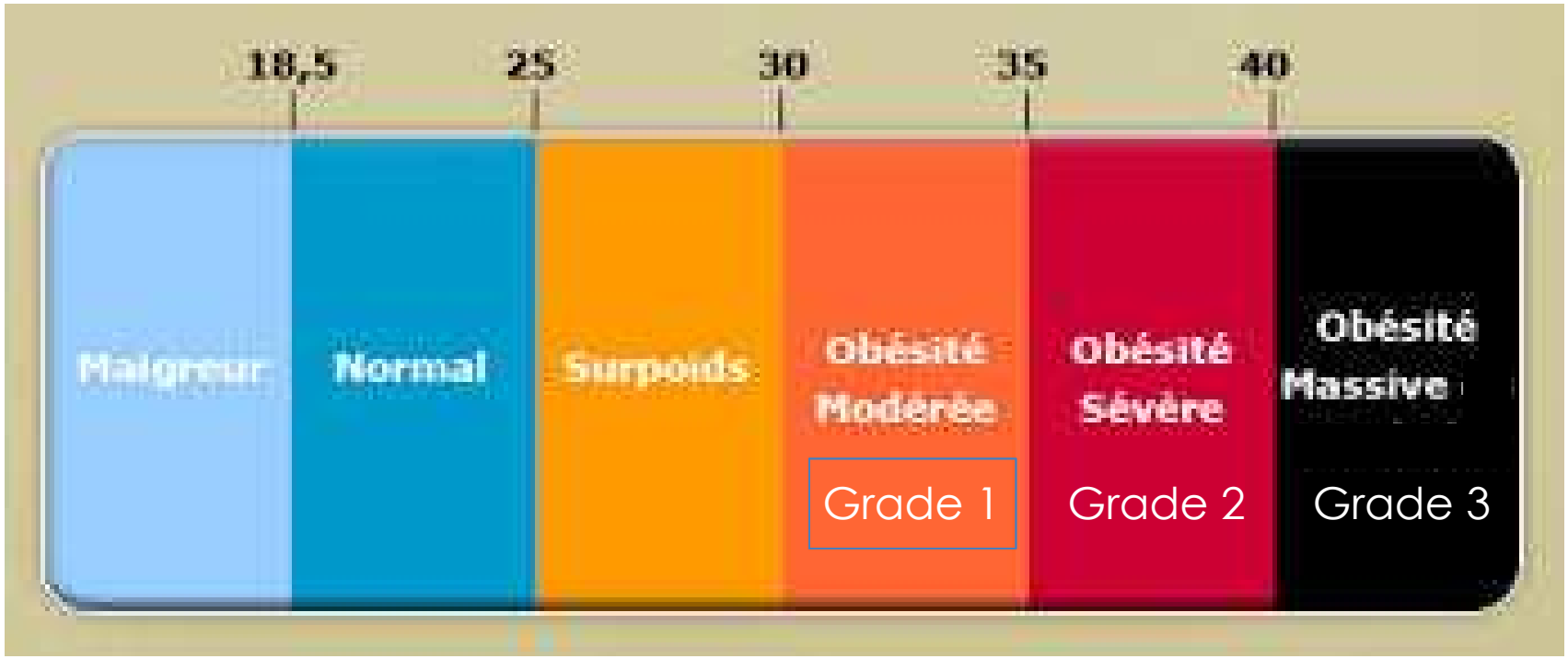
L'Obésité, tous concernés!

Traitement médical de l'obésité

Intérêt d'une prise en charge psychologique et/ou psychiatrique

Dr Vanessa Folope
Unité de Nutrition
CHU de Rouen

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



- Grade 4: obésité „supermassive“: IMC ≥ 50 kg/m2
- Grade 5: obésité „hypermassive“:IMC ≥ 60 kg/m2

Pourquoi notre patient est-il devenu obèse?

Facteurs individuels:
âge, sexe,
Hérédité

Facteurs socio-environnementaux:
Éducation diététique,
environnement familial,
Pression sociale: régimes yoyo,
Sédentarité
Troubles du sommeil…

Habitudes alimentaires

Déséquilibre de la balance énergétique

Activité physique

Excès d'apports

Dépenses insuffisantes

Déséquilibre alimentaire

Quantités excessives

Grignotage

Inactivité physique

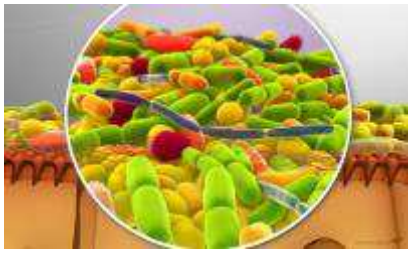
Sédentarité

Facteurs individuels:
âge, sexe,
Hérédité

Facteurs socio-environnementaux:
Éducation diététique,
environnement familial,
Pression sociale: régimes yoyo,
Sédentarité
Troubles du sommeil…

Facteurs biologiques
Désordres hormonaux
Grossesse, ménopause
Conséquences de certains traitements
Perturbations du microbiote intestinal

Chez l'homme



Certaines bactéries intestinales sont présentes en proportions différentes chez le sujet obèse et chez le sujet de corpulence normale.

Avec amaigrissement, profil de la flore bactérienne du sujet obèse ressemble à celle du sujet non obèse.

Ley RE, Nature 2006

Facteurs individuels:
âge, sexe,
Hérédité

Facteurs socio-environnementaux:
Éducation diététique,
environnement familial,
Pression sociale: régimes yoyo,
Sédentarité
Troubles du sommeil…

Facteurs biologiques
Désordres hormonaux
Grossesse, ménopause
Conséquences de certains traitements
Perturbations du microbiote intestinal

Facteurs psychologiques:
stress, anxiété,
dépression
Evènements de vie

Facteurs individuels:
âge, sexe,
Hérédité

Facteurs socio-environnementaux:
Éducation diététique,
environnement familial,
Pression sociale: régimes yoyo,
Sédentarité
Troubles du sommeil…

Troubles du comportement alimentaire

Facteurs biologiques
Désordres hormonaux
Grossesse, ménopause
Conséquences de certains traitements
Perturbations du microbiote intestinal

Facteurs psychologiques:
stress, anxiété,
dépression
Evènements de vie

Troubles du Comportement Alimentaire (TCA)

Manière de manger
qui altère
la santé physique et/ou mentale du sujet.

Tachyphagie

Manger trop vite lors d'un repas

Hyperphagie

Consommation souvent rapide d'une quantité importante de nourriture, au-delà de la satiété.

2 jours par semaine pendant au moins 6 mois

50% des patients obèses

Restriction cognitive

Restriction alimentaire:

- sélection de certains aliments (allégés)
- exclusion d'autres (graisses, sucres)
- contrôle permanent des quantités ingérées
- périodes de jeûne / saut de repas
- culpabilité +++
- stratégies d'évitement

Désinhibition:

- Perte de contrôle:

  « je craque »

Compulsions alimentaires

Consommation, en un temps assez court, d'une quantité importante d'aliments choisis,suivie d'un sentiment d'avoir perdu le contrôle et de culpabilité. Les aliments sont souvent « interdits » en dehors des crises.

3 à 4 fois plus fréquentes dans la population obèse que dans la population générale

Hyperphagie boulimique

Episodes de crises de boulimie (absorption d'une grande quantité de nourriture avec perte de contrôle)

Sans comportement compen

avec 3 des éléments suiva

- ✓ Prise alimentaire rapide
- ✓Manger jusqu'à une douleur d
- ✓Manger de grandes quantit
- ✓Manger seul, en ca
- ✓Se sentir dégoûte

au moins 1 fois pa

Quand survient la nuit: hyperphagie boulimique nocturne

25% des patients obèses sont compulsifs

Grignotage pathologique

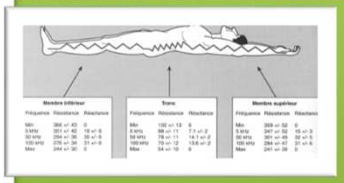
Consommation répétitive, automatique, de petites quantités d'aliments facilement accessibles sur un tps assez long (sur toute la journée ou en partie), <u>sans sensation de faim.</u>

Réponse à une stimulation sensorielle (vue, odorat)

Etat des lieux…

Bilan de début de prise en charge Dans l'unité de Nutrition CHU

DEXA: Absorptiométrie biphotonique à rayon X



Impédancemétrie bio-électrique

Mesure de composition corporelle

Mesure de DER par calorimétrie indirecte

Bilan biologique
(recherche complications ± éventuelles carences)

± Bilan cardiologique

Bilan Diététique

± Bilan Psychologique

± Oxymétrie nocturne
(recherche SAS)

Prise en charge pratique…

Pharmacologie anti-obésité très pauvre

Orlistat (Xenical®, Alli®)

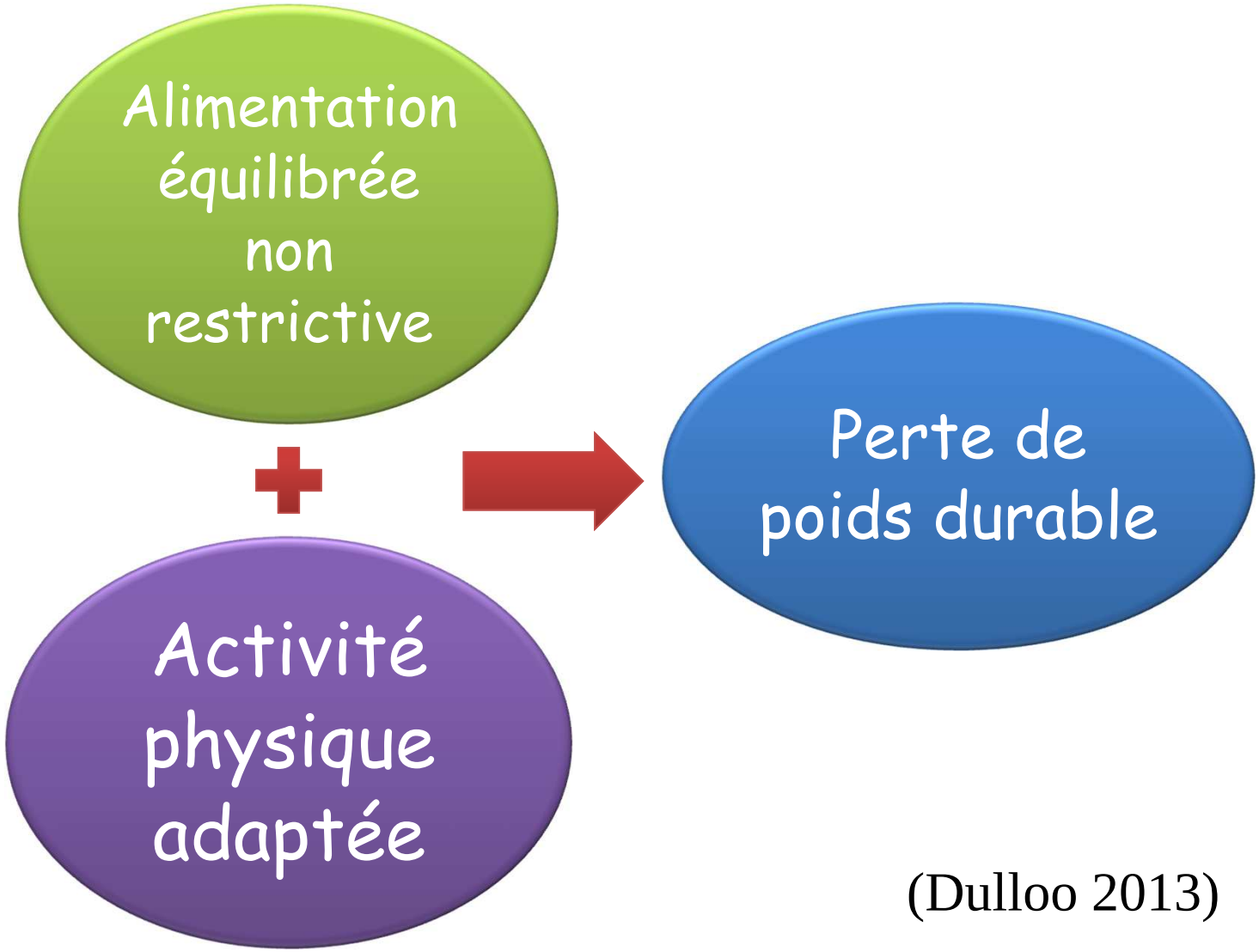
- inhibe lipases pancréatiques (30%)

Étude randomisée en double-aveugle sur 4 ans chez 3304 patients en surpoids:

Perte de poids	À 1 ans	À 3-4 ans
Groupe Orlistat	> 11%	6.9%
Groupe Placebo	6%	4.1%

37% de réduction d'apparition de diabète chez intolérants au glucose

Changement du mode de vie



(Dulloo 2013)

- Objectif de perte de poids réalisable

Stabilisation pondérale, puis perte de 2 à 3 kg par mois.

- Maintien de perte de poids **à long terme** (sans rechutes et rebonds)

Equilibre alimentaire (1)

- Prescription **individuelle**

- Correction des erreurs diététiques
- Identification des croyances alimentaires
- Rééquilibration des rapports respectifs en nutriments

(Glucides: 50-55%, Lipides: 30-35%, Protéines: 12-15%)

Equilibre alimentaire (2)

- Diminution de 20 à 30% les apports caloriques habituels.

	Activité réduite	**Activité habituelle**	**Activité importante**
Homme	2100 Kcal	2700 kcal	3000 kcal
Femme	1800 Kcal	2000 kcal	2200 kcal

- Jamais < 1200 kcal car régimes intenables à long terme.

Education diététique

3 repas par jour

Sans privation excessive

à horaires réguliers

avec ration de féculents à chaque repas

Manger à table, au calme, avec des couverts, sans écran

sans saut de repas

Bien mastiquer

Incitation à l'activité physique

❖ Activité physique adaptée à faible intensité augmente oxydation des substrats lipidiques

Lipoxmax (Brooks et Mercier 1994).

❖ **Objectif de l'activité physique:** perdre du poids en préservant la masse maigre

Pendant amaigrissement: perte de masse maigre de

- 25% quand diététique seule
- 12% quand diététique + activité physique

(Ballor, Int J Obes Relat Metab Disord 1994)

Que leur conseiller?

❖ Marche avec podomètre

❖ 3 Séances /semaine d'activité d'endurance avec intensité modérée

- Activités ludiques et collectives
- Exercices simples, d'exécution, adaptés aux handicaps
- Charge d'entraînement progressive
- Fréquence initiale 60% FCmax

Entretien psychologique

Et/ou Consultation psychiatrique

Nécessaire en cas de TCA ± antidépresseurs sérotoninergiques

Mais pas seulement++++

STADES DE PROCHASKA & DI CLEMENTE

En moyenne: 4-5 tours pour sortir des habitudes alimentaires

STADE DE PRECONTEMPLATION

- **« ce n'est pas qu'ils ne voient pas de solution. Ils ne voient pas de problème »**
  - Comptable, 52 ans, triple pontage l'an passé. Avait perdu 14kg après la chirurgie. En a repris 20, ainsi que la cigarette, la conso quotidienne de charcuterie et une stricte sédentarité. « Le sport, il aime le regarder à la TV avec ses fils ». La famille et l'amitié sont ce qui compte dans la vie, alors il tient à la convivialité. « Il a compris la leçon: il veille à ne plus stresser et profite des plaisirs de l'existence ». Il aimerait que sa femme et son médecin le comprennent. Il estime bien se traiter avec sa prise régulière de ttt anti-hypertenseur.

Eviter un abord « frontal » hygiéno-diététique
Développer une conscience des contradictions entre ce que le patient vit au quotidien, ses conduites effectives et ses aspirations.

STADE DE CONTEMPLATION

- **« J'ai un sérieux problème avec mon poids. Je devrais faire quelque chose pour maigrir »**
  - Mr X s'inquiète d'avoir franchi la barre des 120kg. Il a du mal à suivre ses enfants lors des promenades. Il s'essouffle et tousse à la moindre côte. Il se fatigue vite. Son cholestérol ne baisse pas malgré les ttt. « Heureusement, il est très rigoureux sur la prise de ses médicaments ». Hélas, les régimes ne marchent jamais: « cela peut même faire grossir au bout du compte! ». « Et la gym, ça n'a jamais été son truc… »

L'exploration des habitudes problématiques devient possible.
- Tableau de la balance décisionnelle
- Lettre à un ami se projetant dans un futur de 10 ou 15 ans
- - Echelles Importance/Confiance de perte de poids

BALANCE DECISIONNELLE

« Habitude actuelle »	Avantages	Inconvénients
Vie sociale		
Vie personnelle		
Vie familiale		
Vie amoureuse		

ECHELLES BIPOLAIRES

- Quelle **importance** accordez-vous au changement de votre habitude de ….?

Aucune importance → Extrême importance

- Quelle **confiance** avez-vous en vous-même pour y parvenir?

Aucune confiance → Une grande confiance

STADE DE PREPARATION

Intention de se soigner dès à présent. Premiers actes pour le concrétiser (recherche d'infos, consultations, inscription en salle de sport, etc.)

Développer le sentiment de prise de décision personnelle et la confiance en soi. Souligner ses qualités de persévérance

STADE ACTION

Efforts visibles, significatifs, qui produisent un changement effectif de ses habitudes alimentaires et de son activité physique

Renforcement des nouveaux comportements (gratifications)
Encourager les proches à ne pas accroître la pression

STADE DU MAINTIEN

Etat de « rémission »: retour à une alimentation équilibrée sans restriction ni compulsion et à une activité physique régulière

Repérage des situations « à risque »: distinguer « faux-pas » et « rechute »
Focus sur la gestion du stress, l'affirmation de soi, épanouissement perso.

STADE RECHUTE

Dédramatisation: étape normale du processus de changement

Restaurer la confiance en soi

Etre « MOTIVANT » durant cette longue démarche

- **Aider le patient à explorer lui-même son ambivalence face au traitement**

Exprimer de l'empathie
Développer une conscience des contradictions chez le patient
Eviter de débattre
Composer avec la résistance
Renforcer le sentiment d'efficience

Comprendre comment s'inscrit l'obésité dans son schéma de vie

Aider le patient à découvrir qui il est / ce qui compte pour lui

Aider le patient à accepter son poids de forme

Prendre en charge les comorbidités psychologiques

Dépister et traiter les TCA
Soutenir et accompagner +++

Judith, 54 ans

Obésité massive: 161.7kg; 1m66; IMC:58.6kg/m^2

HyperTG
HTA
SAS appareillé
Syndrome dépressif ancien

2 cures d 'amaigrissement

Hyperphagie, grignotage le soir (chocolat)
Café au lait toute la journée

Judith, 54 ans

Cure d'amaigrissement (SSR Nutrition): - 3kg
Relance activité physique
Décrit un « besoin de croquer » qd stress ou agressivité

A 6 mois post-cure: recrudescence dépressive:qqs compulsions sucrées- bcp de café

A 10 mois post-cure : agoraphobie – qqs compulsions sucrées diurnes et nocturnes poids stable: 158kg)

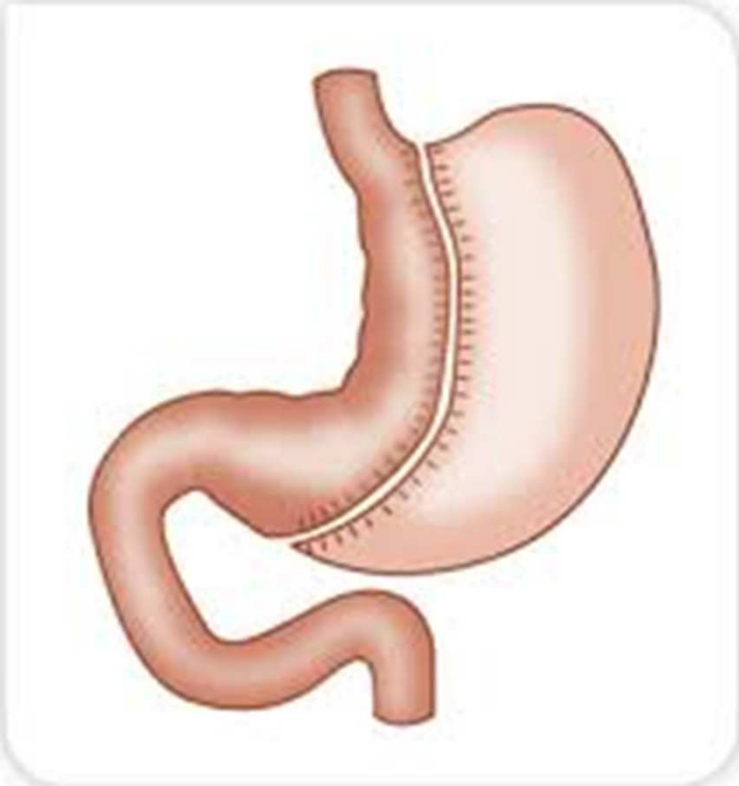
Judith, 54 ans

A 18 mois post-cure: 162kg
Moins d'activité physique – voiture!
Ne ressent pas la faim – peu d'écarts diets

A 2 ans post-cure: 164kg– rupture de suivi

A 3 ans: revient car « va se faire opérer de chir bariatrique » - bilan en cours
180kg – IMC: 65.3kg/m^2
Hyperphagie – Compulsions vespérales et nocturnes

Judith, 54 ans



A 18 mo

Moins d ure!

Ne ress écarts diets

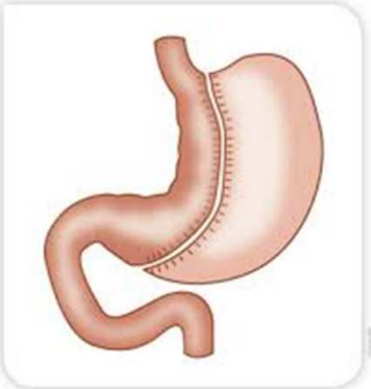
A 2 ans po de suivi

A 3 ans: revie rer de chir bariatrique » - bilan en cours

180kg – IMC: 65.3kg/m^2

Hyperphagie – Compulsions vespérales et nocturnes

Judith, 54 ans

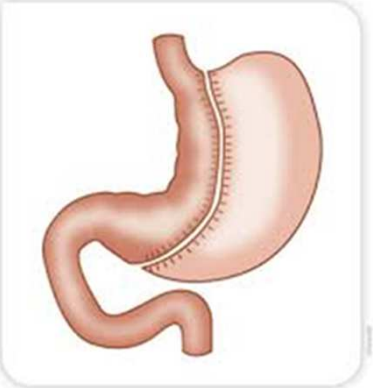


A 3 mois post-sleeve: 164kg (-16kg)
Grignote AM et soirée – ne s'hydrate qu'avec lait

A 6 mois post-sleeve: 164kg
Grignote sucré – mauvais moral – tjs sur l'ordi

A 1 an post-sleeve: 161kg (-19kg)
161kg – IMC: 58.4kg/m^2
Compulsions vespérales quotidiennes (chocolat, paquets de biscuits)

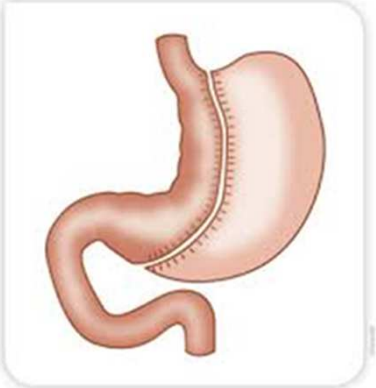
Judith, 54 ans



A 1 an$^{1/2}$ post-sleeve: 168kg (-13kg)
« besoin de grignotage et compulsions pour se détendre »

A 2 ans post-sleeve: 180kg (poids de départ)
Compulsions sucrées en soirée+++

Judith, 54 ans



Quels signes / comportements auraient dû nous alerter?

Trouble compulsif sévère

Notre intuition? Sens clinique?

Prise de poids importante avant la chir

Alimentation émotionnelle

Laura, 16 ans 1/2

Obésité 2 grd-mères/ Surpoids mère

Excès de poids depuis la petite enfance
Consultation nutritionniste de 5 à 11 ans
« mangeait quand elle s'ennuyait »

13 ans: agression au collège: « phase d'anorexie réactionnelle »: perte 15kg en 2 mois

Puis reprise pondérale progressive : « toujours tendance à se resservir »; « manger lui faisait passer le temps »

Laura, 16 ans 1/2

Tendance à restriction la journée (pas petit dej, déjeuner léger), repas copieux le soir

Compulsions vespérales « sans plaisir à s'alimenter »
Par ennui ou énervement

97.4 kg - 1m64 - IMC: 36.2kg/m2
Sa demande: chirurgie bariatrique

Syndrome anxiodépressif sévère
Mésestime de soi « se dégoûte »

PSY
CHOLOGUE

Laura, 16 ans 1/2

SSR Nutrition

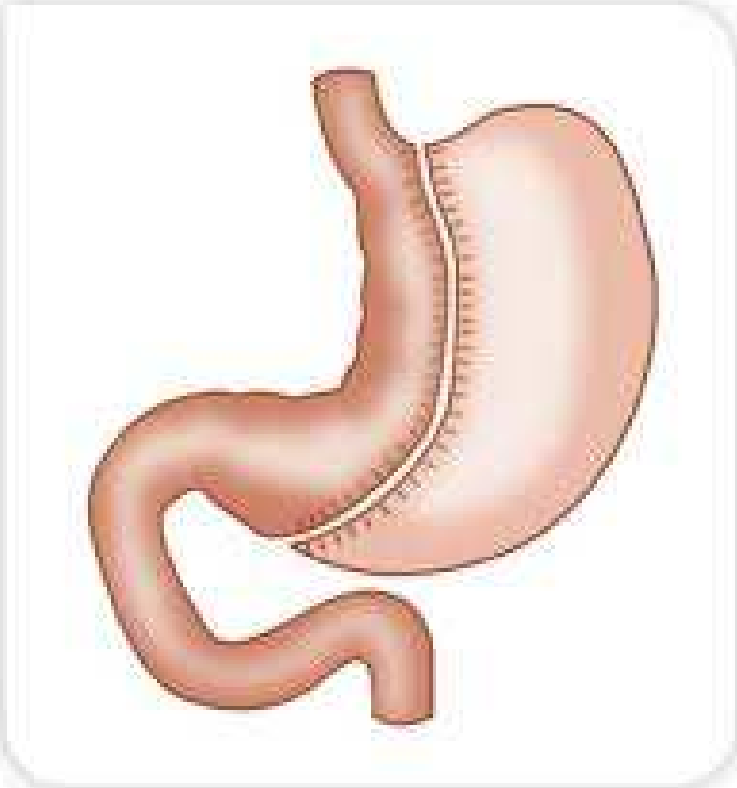
Psychothérapie: sd dépressif, SPT, régulation émotionnelle, besoin de contrôle, compulsions

Tendance hyperphagique mais diminution de tachyphagie et compulsions – Activité Phys régulière

18 ans: consulte à nouveau en Nutrition pour une chirurgie bariatrique

IMC: 33.9kg/m2; hyperphage et tachyphage: récusée – arrêt du suivi

Laura, 16 ans 1/2



Consulte en N

IMC: 42.4kg/

Qqs grignotag Activité Phys
régulière et ir)
Posée, calme, urgien…

Réévaluatior n2 (+ 3 kg)
A terminé le bilan préopératoire.
Plusieurs entretiens psychologiques encourageants

Laura, 16 ans 1/2

Bilan à 6 mois post-sleeve:

Perte de 32kg (dont 40% de masse maigre)

Anorexie mixte

Soupe, crudités, compote pour bébé
Vomissements à chaque repas
« Ne supporte plus d'avoir qqchose dans son ventre »
Passe ses journées sous sa couette
Refuse hospitalisation et traitements

Laura, 16 ans 1/2

A 7 mois post-sleeve: IMC à 30kg/m²
Restriction alimentaire cognitive envahissante
Lecture d'étiquettes
Eviction féculents et sucres rapides
Manœuvres de purge persistantes
Vomissements 1 à 2 fois/jour

A 8 mois post-sleeve: IMC à 28.3kg/m²
Hyperactivité physique malgré malaises
Comptage calorique, obsession pesée,
peur de regrossir, dysmorphophobie, purge

Laura, 16 ans 1/2

Quels signes / comportements auraient dû nous alerter?

Anorexie pendant adolescence

Notre intuition? Sens clinique?

Trouble compulsif sévère

Prise de poids importante en qqs mois avant la chir

Personnalité?

Porté par
le CHU-Hôpitaux de Rouen

Troubles de personnalité et Obésité

obesity reviews

doi: 10.1111/obr.12415

Obesity Comorbidity

Personality disorders and obesity: a systematic review

G. Gerlach,[1] S. Loeber[2] and S. Herpertz[1]

68 études

- Relation entre personnalité évitante / antisociale et obésité sévère
- Troubles compulsifs chez personnalités borderline et évitantes

Porté par
le CHU-Hôpitaux de Rouen

CONCLUSION

Prise en large médicale longue et chaotique

Intérêt de questionner sur l'alimentation émotionnelle / sur un éventuel TCA

Intérêt d'étudier la personnalité

Empathie, bienveillance et soutien+++

Eviter les « idées préconçues »

Estelle, 43 ans

« Je redébloque à fond en ce moment. J'ai vu le chirurgien la semaine dernière qui est content de mon poids, bien entendu.
Pour moi, c'est plus mitigé.
Je ne vais pas bien….Je remange la nuit. Tout…n'importe quoi. Et en journée aussi. En cachette. Quand personne ne me voit. Des chips. Des cacahuètes. Des magnums. Des gaufres. Et puis…la nuit…c'est nouveau…je bois. Espérant sombrer, comme je sombre vite pour ne plus manger, pour ne plus regrossir. Je pleure en écrivant ceci. J'ai si honte ».

Porté par
le CHU-Hôpitaux de Rouen

Merci pour votre attention