

Avertissement : notes prises au vol... erreurs possibles... prudence !

Mardi 9 juin 2020

Hôpital cantonal de Genève

Obésité en 2020 : quoi de neuf ?

Prof. Z. Pataky

Gros couacs techniques ce matin... le son ne passe pas, le colloque est annulé et sera transmis en différé plus tard...

J'accède au site des vidéoconférences des HUGs (hug.Visioconference@hcuge.ch) et parviens à vous faire un résumé vite fait de l'essentiel.

Donc l'obésité réduit l'espérance de vie de de 3-9 ans pour les hommes et de 2-7 ans pour les femmes selon la gravité.

On a toujours dit : « y a qu'à manger moins et bouger plus » mais ce n'est probablement pas si simple ! Interviennent aussi le système nerveux central (SNC), le tube digestif, la musculature et les adipocytes avec les adipocytokines...

Il peut y avoir tout simplement :

- des événements : grossesse, arrêt du tabac, mariage, études
- des médiateurs : manque de connaissances sur la nutrition, manque de sensations alimentaires, manque de sommeil, pesées fréquentes
- des modérateurs : statut socioéconomique, personnalité, aspect culturel, facteurs génétiques...

...qui contribuent à déséquilibrer le comportement alimentaire et par conséquent, la balance énergétique.

D'où l'importance de la prise en charge psychologique.

L'addiction à la nourriture est beaucoup plus importante chez les gros obèses (30%) que chez les normaux (5%) ou les obèses de classe 1 (12%).

Tous les régimes font maigrir et la reprise de poids est indépendante du type de régime.

Il s'installe un cercle vicieux entre sédentarité et obésité, c-à-d. que l'obésité induit une intolérance à l'effort, des douleurs articulaires et une appréhension psychologique à se montrer en public (surtout en tenue de jogging...).

Du point de vue pharmacologique l'on a :

- les analogues du GLP-1 (Glucagon like Peptide-1) utilisé chez les diabétiques comme le Liraglutide (Victoza®) qui, en plus d'augmenter la sécrétion d'insuline et de diminuer la sécrétion de glucagon, ont un effet anorexigène central par action hypothalamique en réduisant l'appétit et la prise alimentaire.
- l'Orlistat, inhibiteur de la lipase intestinale (Calobalin®). Mais qui présente des effets secondaires digestifs (diarrhées, ballonnements).

Non disponibles en Suisse pour cette indication :

- la Lorcaserin (agoniste des récepteurs sérotoninergiques de type 5HT-2c)
- la Naltrexone et le Bupropion
- le Topiramate et la Phentermine (dérivé de l'amphétamine)

Dans le diabète, les analogues du GLP-1 peuvent se donner 1x/semaine ; dans l'obésité, une formulation du liraglutide spécialement destinée aux obèses non diabétiques (Saxenda®) prévoit une injection par jour de 0,6 à 3 mg tous les jours. L'effet est dose dépendant avec une perte de poids de 5-7% du poids corporel (PC).

Attention aux effets secondaires gastrointestinaux : nausées, diarrhées, constipation.

Attention aux antécédents de pancréatite

Le médicament est remboursé après demande préalable à la caisse maladie. Le coût est de 220 CHF/mois.

La prescription de Saxenda® doit toujours être accompagnée d'un suivi par un(e) diététicien(enne), par un psychologue si troubles alimentaires, et le traitement doit être interrompu si la perte de poids est < 5% après 16 semaines (pour un IMC entre 28 et 35) ET DE 7% si IMC > 35 kg/m².

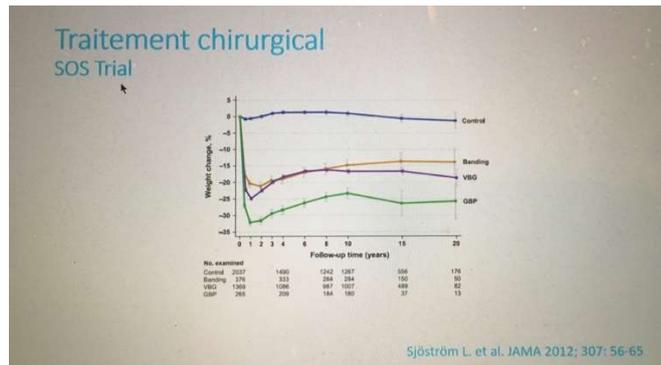
Un autre analogue du GLP-1, le Semaglutide (Ozempic®) est aussi utilisé chez les obèses avec une perte de 18% du PC avec une dose de 0.4 mg/j.

Une 20aine de nouvelles molécules sont à l'étude :

- les antagoniste CB1R (Cannabinoïde receptor type 1)
- les antagonistes des récepteurs à l'Ocytocine
- Les antagonistes des récepteurs Opioïdes mu
- Les analogues du PYY 3-36 (hormone qui donne une sensation de satiété pendant plusieurs heures.)

Ensuite il y a tous les traitements chirurgicaux : VBG (gastroplastie verticale calibrée) ou GBP (bypass gastrique) ou Banding (cerclage gastrique).

Le plus efficace reste le GBP, mais tous réduisent les événements cardiovasculaires, la mortalité cardiovasculaire, et sembleraient même diminuer l'incidence des cancers chez la femme. (Lancet Oncol. 2009 Jul;10(7):653-62).



Mais dans la diapo ci-dessus, pour le GBP par exemple, il n'y a plus que 13 patients sur 200 au départ après 20 ans...ce qui limite un peu la valeur des conclusions...

De façon surprenante, on remarque une augmentation des comportements addictifs (par ex. alcool) après chirurgie bariatrique comme si la disparition du plaisir de manger devait être remplacée par une autre source de plaisir.

Après chirurgie bariatrique, la reprise de poids est plus importante lorsqu'il y a un contexte de troubles alimentaires (binge eating) ou un état dépressivo-anxieux.

Même une petite perte de poids de 4-5 kg par exemple par changement de style de vie, peut diminuer de façon drastique la survenue d'un diabète.

l'insulinémie à jeun, l'adiponectine et le mode de vie sont associés à la présence d'un ou de deux facteurs de risque cardiométabolique, avant que les critères du syndrome métabolique se réunissent. (Fasting insulin at baseline influences the number of cardiometabolic risk factors and R-R interval at 3 years in a healthy population: The RISC Study Z. Pataky, Diabetes & Metabolism 39 (2013) 330–336).

La perte de 10% PC entraîne une baisse de mortalité de 20%, de 30% de mortalité associée au diabète, de 40% de mortalité associée au cancer chez les patients diabétiques et de 50% de la glycémie à jeun.

On retiendra que :

- L'obésité est une maladie chronique et récidivante
- La perte de poids ne se résume pas à « Manger moins et bouger plus »
- Il y a des mécanismes centraux de la prise alimentaire avec rôle de la récompense
- La prise en charge de l'obésité doit être multidisciplinaire et sur le long terme.
- Une petite perte de poids est très bénéfique en terme métabolique, cardiovasculaire et qualité de vie...



Compte-rendu du Dr Eric Bierens de Haan
ericbdh@bluewin.ch

transmis par le laboratoire MGD
colloque@labomgd.ch