

World Gastroenterology Organisation Global Guideline



Obésité

Review team:

Lisbeth Mathus-Vliegen (co-chair) (Pays-Bas)
James Toouli (co-chair) (Australie)

Michael Fried (Suisse)
Aamir Ghafoor Khan (Pakistan)
James Garisch (Afrique du Sud)
Richard Hunt (Canada)
Suleiman Fedail (Soudan)
Davor Štimac (Croatie)
Ton Lemair (Pays-Bas)
Justus Krabshuis (France)
Jean-Jacques Gonvers (Suisse)

Experts externes:

Pedro Kaufmann (Uruguay)
Eve Roberts (Canada)
Gabriele Riccardi (Italie)

Contenu

- 1 Généralités
- 2 Prise en charge de l'obésité
- 3 L'obésité chez les personnes âgées
- 4 Algorithmes
- 5 Annexes et données

1 Généralités

1.1 Définitions

- Indice de masse corporelle (IMC): poids (en kg) divisé par la hauteur (en mètres) au carré.
- The International Obesity Task Force (IOTF) propose des seuils de 25 kg/m² pour l'excès pondéral et de 30 kg/m² pour l'obésité chez des adultes Caucasiens avec un style de vie occidental. Ces seuils d'IMC sont considérés avoir une base plus internationale que d'autres définitions de l'obésité.
- L'IMC chez les enfants et chez les adolescents devrait tenir compte des différences en termes de graisse corporelle entre garçons et filles et à différents âges:

Définition de l'U.S. Centers for Disease Control and Prevention (CDC):

- IMC \geq 95^{ème} percentile pour l'âge = "surpoids"
- IMC entre 85^{ème} et 95^{ème} percentiles = "à risque de surpoids"

Classification de l'European Childhood Obesity Group:

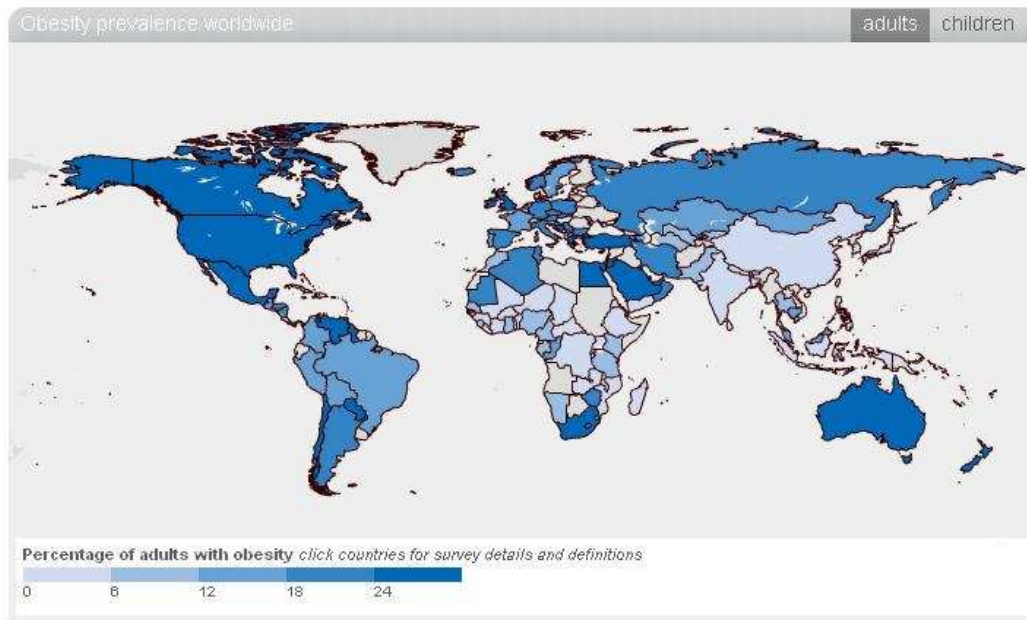
- IMC \geq 85^{ème} percentile pour l'âge = "surpoids"
- IMC \geq 95^{ème} percentile pour l'âge = "obésité"

1.2 Points clés de la prise en charge

- Une modification de l'alimentation et du style de vie, avec ou sans médicaments, représente le premier pas ; en cas d'échec de ces mesures, on devrait alors envisager la chirurgie.
- La première étape constitue la base pour chaque étape suivante et consiste en un régime, un style de vie moins sédentaire, de l'exercice physique et une modification comportementale. Si une perte de poids inférieure à 5–10% n'est pas obtenue dans les six mois, le prochain pas consiste à associer un traitement médicamenteux à ces mêmes mesures. La dernière étape consiste à associer la chirurgie bariatrique à toutes les mesures précédentes.
- L'obésité nécessite une prise en charge à long terme et il est important que le suivi soit effectué dans un environnement multidisciplinaire avec l'appui de médecins, de spécialistes (internistes), de diététiciennes, de chirurgiens, de psychologues et de physiothérapeutes.
- L'éducation et l'information dans l'enfance peuvent constituer le moyen le plus efficace et le moins cher d'enrayer l'obésité dans le long terme.

1.3 Perspective mondiale

Les cartes ci-dessous montrent le pourcentage d'adultes et d'enfants qui souffrent d'obésité au niveau mondial. Les statistiques pour chaque pays peuvent être visualisées sur le site web de l'International Association for the Study of Obesity (<http://www.iaso.org/publications/world-map-obesity/>) en cliquant avec la souris sur un pays ou un autre.



1.3.1 Épidémiologie

Tableau 1 Épidémiologie mondiale, 2005–2015

| | |
|------|---|
| 2015 | L'Organisation mondiale de la santé (OMS) estime que d'ici 2015, il y aura environ 2,3 billions d'adultes avec un surpoids et que plus de 700 millions seront des obèses |
| 2008 | Un article dans le <i>Journal of the American Medical Association (JAMA)</i> montre qu'en 2003-2006 globalement: <ul style="list-style-type: none"> • 11.3% des enfants et des adolescents de 2-19 ans étaient au/ou dépassaient le 97ème percentile des tables de l'IMC en fonction de l'âge (obésité extrême) • 16.3% étaient au/ou dépassaient le 95ème percentile (obèse) |

- 31.9% étaient au/ou dépassaient le 85ème percentile (surpoids)
- L'estimation de la prévalence montrait une variation selon l'âge et l'ethnie
- Des analyses des tendances dans les groupes avec un IMC élevé pour l'âge ne montraient aucune tendance statistiquement significative sur quatre périodes étudiées (1999–2000, 2001–2002, 2003–2004, et 2005–2006), ni pour les garçons ni pour les filles

Aujourd'hui, l'IMC moyen a augmenté et les individus les plus obèses sont devenus encore beaucoup plus obèses, de telle façon que la courbe de la distribution normale s'est déplacée à droite

- 2005
- Les données de l'OMS montrent que, en 2005, environ 1.6 billion d'adultes (âgés de 15 ans ou plus) étaient en surpoids et qu'au moins 400 millions d'adultes étaient obèses
 - En 2005, au moins 20 millions d'enfants de moins de 5 ans dans le monde entier étaient en surpoids
 - L'obésité est devenue une maladie épidémique
 - Aux Etats-Unis, l'obésité chez les adultes a progressé de 15.3% en 1995 à 23.9% en 2005

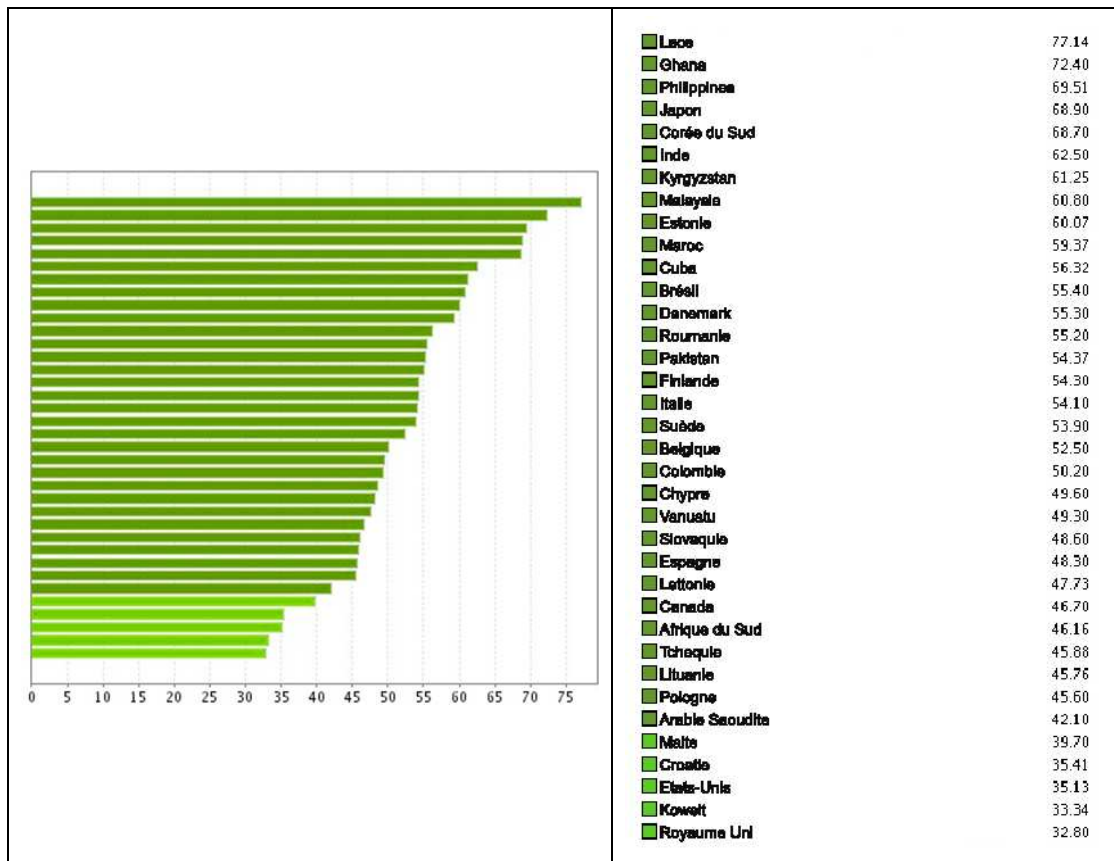
1.3.2 Prévalence de l'obésité chez les personnes âgées

La prévalence de l'obésité est en train d'augmenter progressivement, même parmi les personnes âgées. Sur la base du National Health Examination Survey (NHES) I et du National Health and Nutrition Examination Study (NHANES) I–III, il a été estimé que la prévalence de l'obésité ($\text{IMC} \geq 30 \text{ kg/m}^2$) chez les américains âgés de 60 ans ou plus pourrait croître de 23.6% en 1990 et de 32.0% en 2000 jusqu'à 37.4% en 2010 (selon les estimations les plus favorables ce chiffre pourrait être de 33,6% et selon les estimations les plus défavorables ce chiffre pourrait être de 39,6% si l'on se base sur une augmentation de 7% tous les 10 ans). Ceci signifie une augmentation du nombre d'adultes âgés obèses de 9,9 millions (1990) et de 14,6 millions (2000) à 20,9 millions en 2010 (limites 18,0–22,2 millions). Ce n'est pas possible pour l'instant de dire si ces estimations se réaliseront.

La prévalence de l'obésité dans les maisons pour personnes âgées représente également un problème qui va en s'aggravant. Près de 30% des maisons pour les personnes âgées aux Etats-Unis signalent que 15–20% de leurs pensionnaires souffrent d'une obésité. Les données à disposition suggèrent que l'obésité et la prise pondérale augmentent le risque relatif de devoir intégrer une maison pour personnes âgées pour les aînés vivant en communauté. Pour les personnes âgées de 65–74, ce risque augmentait de 31%. Ceux souffrant d'un excès pondéral et qui ont vu leur poids augmenter sensiblement avaient un risque augmenté de 2,13 fois de devoir intégrer une maison pour personnes âgées.

En Europe, la prévalence de l'obésité augmente avec l'âge avec un pic à environ 60 ans, après quoi le poids varie peu et commence à diminuer chez les personnes plus âgées. La tendance actuelle indique cependant que la prévalence de l'obésité va croître.

Fig. 1 Indice de masse corporelle (IMC) ; données par pays: pourcentage d'adultes avec un IMC normal



1.3.3 Un problème dans les pays en voie de développement?

Autrefois considéré comme un problème uniquement dans les pays « avec revenu élevé », l'excès pondéral et l'obésité augmentent également maintenant de façon dramatique dans les pays à bas et à moyen revenu, en particulier dans les villes, selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS).

La prévalence de maladies chroniques ou non transmissibles (hypertension artérielle, diabète, maladies cardiovasculaires) augmente beaucoup plus rapidement dans les pays en voie de développement que dans le monde industrialisé. Malgré le fait que le problème de la malnutrition dans l'enfance est loin d'être réglé, cette nouvelle pandémie de l'obésité et des maladies non transmissibles qui l'accompagnent représentent un défi pour les organisations telles l'OMS.

Même s'il est maintenant bien reconnu que les maladies chroniques représentent un problème de plus en plus important pour les pays à bas ou à moyen revenu, les données à disposition pour ces pays sont limitées et ces pays en voie de développement n'ont largement pas été pris en compte dans les stratégies de santé.

Une étude systématique récente note que les prévalences les plus élevées d'excès pondéral dans l'enfance se trouvent en Europe de l'Est et au Moyen-Orient, tandis que l'Inde et le Sri Lanka ont la prévalence la plus basse. Des études dans les pays en voie de développement ont montré une prévalence considérable du syndrome métabolique chez les adolescents. Les pays en voie de développement sont confrontés à une incidence croissante d'obésité dans l'enfance et de nouveaux cas de syndrome

métabolique chez les enfants. Il est probable que ceci va créer une charge socio-économique et de santé publique énorme pour les pays plus pauvres dans un avenir proche. L'OMS a averti que le nombre projeté de nouveaux cas de diabète pourrait atteindre les centaines de millions dans les deux décennies à venir.

Il se peut que le processus de mondialisation puisse accentuer un développement inégal du mode d'alimentation entre riches et pauvres: tandis que les riches dans les pays développés tirent le bénéfice d'un marché dynamique, les plus pauvres subissent une évolution vers une alimentation de moindre qualité. Beaucoup de pays en voie de développement sont dans une phase de « transition nutritionnelle », qui se manifeste par une augmentation rapide de l'obésité et des maladies chroniques liées à la nutrition partout dans le monde. Bien que les pays en voie de développement se battent toujours contre la malnutrition et les carences en oligoéléments, la consommation de nourriture riche en graisses et en sucres augmente dans ces mêmes pays. Cette transition a ses racines dans le processus de mondialisation qui influence la nature des systèmes d'agriculture et d'alimentation et qui modifie la quantité, le type, le prix et l'attrait des aliments à disposition. La globalisation du marché mondial influence des schémas nutritionnels spécifiques, plus particulièrement dans les pays à revenu moyen, suite à:

- Une consommation accrue d'huiles végétales, rendue possible par les politiques de production agricole et de commerce
- Une consommation accrue d'aliments hautement transformés, favorisée par les politiques d'investissement étranger direct et de marketing alimentaire mondial

Certaines causes “structurelles” de l'obésité et des maladies chroniques liées à l'alimentation partout dans le monde peuvent être abordées par le biais de politiques globales de l'alimentation et de la santé—particulièrement dans les groupes avec un status socio-économique bas.

Selon l'OMS, beaucoup de pays à revenu bas ou moyen sont maintenant confrontés à un double fardeau de maladies:

- Tandis qu'ils se battent toujours contre les maladies infectieuses et la sous-alimentation, ils sont en même temps confrontés à l'émergence rapide de facteurs de risque pour des maladies chroniques tels l'obésité et le surpoids.
- Sous-nutrition et obésité peuvent maintenant coexister dans un même pays, une même communauté et une même famille.
- Ce double fardeau a pour cause une nutrition inadéquate dans la période prénatale et chez les petits et les jeunes enfants, suivie d'une alimentation très riche en graisses et en calories, pauvre en oligo-éléments et à un manque d'exercice physique.

2 Prise en charge

2.1 Prise en charge de l'obésité

- S'assurer d'une prise en charge médicale optimale pour les patients obèses
 - Eduquer le personnel pour qu'ils traitent les patients avec respect.
 - Offrir le même niveau de soins aux patients obèses qu'aux patients non obèses. Fournir un service de soins préventifs généraux et traiter les affections médicales en cours.

- Encourager les patients à se comporter de façon saine et à s'accepter, même en l'absence de perte pondérale:
 - Noter le poids sans commentaire.
 - Demander aux patients s'ils souhaitent discuter de leur poids ou de leur santé.
 - Examiner les obstacles rencontrés parmi le personnel de soins—par exemple, la perception que l'obésité est principalement une conséquence d'un manque de volonté de la part du patient.
- Déterminer la catégorie d'obésité—le degré d'excès pondéral:
 - Evaluer la corpulence générale ainsi que l'obésité centrale.
 - Calculer l'IMC et mesurer le tour de taille.
- Evaluer les comorbidités et le niveau de risques.
- Est-ce qu'une perte pondérale est souhaitable?
 - Empêcher une prise pondérale supplémentaire.
 - Lutter contre les complications associées à l'obésité.
 - Le but est d'influencer favorablement les conditions associées à l'obésité en diminuant l'excès pondéral, en favorisant le maintien d'un poids corporel plus bas et en surveillant les facteurs de risques associés.
 - Quelle est la perte pondérale minimale recommandée?
 - Evaluer les attentes du patient.
- Evaluer la volonté du patient:
 - Les raisons et les motifs pour une perte pondérale.
 - Les tentatives antérieures de perte pondérale.
 - L'appui attendu de la part de la famille et des amis du patient.
 - La compréhension des risques et des bénéfices.
 - Le point de vue du patient concernant l'exercice physique.
 - Sa disponibilité.
 - Les obstacles potentiels à l'acceptation d'un changement par le patient.
 - Discuter avec le patient de ses préférences en ce qui concerne le régime et l'activité physique.
- Décider quel traitement ou combinaison de traitements est la plus indiquée:
 - Quel régime recommander au patient?
 - Discuter des buts de l'activité physique.
- Est-ce que le patient est un candidat à la chirurgie?
 - $IMC \geq 40$.
 - $IMC \geq 35$ en présence de comorbidités.
 - Apnée du sommeil sévère.
 - Cardiomyopathie associée à l'obésité.
 - Diabète de type II sévère.
 - Maladies articulaires.
 - Echec d'un traitement médical de l'excès pondéral. Les patients ont fait des tentatives de perdre du poids précédemment.
 - Absence de contre-indications médicales ou psychologiques.
 - Pas de risque chirurgical ou risque acceptable.
 - Le patient devrait avoir reçu une information complète sur les risques potentiels et les résultats de l'intervention chirurgicale. Il devrait comprendre la procédure proposée et ses risques et être très motivé à se soumettre au régime postopératoire.
 - Les traitements médicaux et chirurgicaux devraient être fournis par une équipe pluridisciplinaire ayant l'expérience de la chirurgie bariatrique et du suivi péri-opératoire et post-opératoire. Note: Les indications à la chirurgie en fonction

de l'IMC varient selon les pays : Etats-Unis : IMC 30 et 35 ; Europe continentale 35 et 40 ; Grande-Bretagne : IMC >50 (Recommandation de l'Institut national pour la santé et l'excellence clinique [NICE]).

- Penser à instaurer un traitement médicamenteux par Orlistat:
 - A combiner avec un traitement multivitaminé quotidien (éventuelle malabsorption des vitamines liposolubles). Renseigner le patient sur les effets secondaires. Il existe deux formes: Orlistat 3 × 120 mg (Xenical ou Zerucal) ou 3 × 60 mg par jour.
- Prendre en charge les affections coexistantes:
 - Hypertension artérielle: diminuer une tension artérielle trop élevée.
 - Diabète de type 2: diminuer les taux de glycémie
- Dyslipidémie:
 - Diminuer les taux élevés de cholestérol total, de LDL cholestérol et des triglycérides.
 - Augmenter les taux abaissés de HDL cholestérol en encourageant le patient à faire de l'exercice physique.
- Discuter avec le patient les stratégies pour maintenir son poids.
- Encourager le patient à se fixer des buts réalistes.
- Il a été démontré que le fait de tenir un agenda était une des techniques comportementales les plus efficaces pour la perte de poids et le maintien de la perte pondérale. Demander au patient de:
 - Noter tout ce qu'il mange et l'activité physique effectuée.
 - Noter son poids (au moins une fois par semaine).
- Conseiller des régimes pauvres en graisses et riches en fibres. Considérer l'adjonction d'un régime riche en protéines et à faible index glycémique pour le maintien de la perte pondérale.
- Augmenter l'activité physique tout en tenant compte du niveau actuel de forme physique et des affections liées avec l'obésité:
 - La marche.
 - La gymnastique.
 - Développement chez soi d'un programme d'exercices aérobiques et d'entraînement à la résistance.

2.2 Résultats du traitement

Généraux. Une diminution de poids de 5–10% peut suffire à modifier favorablement le tour de taille, la tension artérielle, les taux de cytokines circulants et (de façon variable) la glycémie à jeun, les triglycérides et le HDL cholestérol. Ceci concerne les individus avec un IMC ≤40 et a été confirmé par de nombreuses études. Avec un IMC de >40, une perte de poids de 20–25% est conseillée, bien qu'il n'existe peu d'évidence dans la littérature.

- Il faut envisager de modifier le traitement si la perte pondérale est de moins de 5% dans les premiers 6 mois.
- La volonté de perdre du poids est un facteur important pour prédire la réussite.

Modification du style de vie. Des études ont montré que, comparée à un traitement standard, les modifications du style de vie:

- Réduisent de façon significative le poids corporel et les facteurs de risques cardio-vasculaires.

- Ont des effets favorables qui se maintiennent jusqu'à 3 ans.

L'activité physique sans réduction de l'apport calorifique n'amène qu'une perte pondérale limitée.

Traitements combinés. Les modifications diététiques et du style de vie, accompagnées d'un traitement médicamenteux, amènent une perte pondérale modeste et peuvent améliorer les marqueurs des facteurs de risques cardio-vasculaires, mais ces améliorations surviennent principalement chez les patients avec des facteurs de risques cardio-vasculaires.

2.3 Maintien de la perte pondérale

Le corps humain possède de nombreux mécanismes pour modifier l'équilibre énergétique afin de rétablir le poids corporel de départ. La perte de poids induit une réduction des dépenses énergétiques, ce qui empêche le maintien de la perte pondérale. L'échec du maintien de la perte pondérale est fréquent.

Tandis que la perte pondérale à court terme est basée sur la restriction de l'apport calorifique, son maintien dépend principalement du niveau d'exercice physique. Pour la plupart des gens, une perte pondérale durable est difficile à obtenir et les traitements actuels ne fournissent pas aux patients un soutien suffisant pour qu'ils suivent les modifications du style de vie nécessaires.

Facteurs prédictifs du maintien de la perte pondérale:

- Régime alimentaire pauvre en graisses, riche en fibres alimentaires et en protéines.
- Auto-contrôle fréquent du poids corporel et de l'apport calorifique.
- Niveau élevé d'activité physique.
- Relation à long terme entre patient et soignant.
- Une perte de poids initiale plus importante pendant la phase active d'amaigrissement prédit un meilleur maintien ultérieur de la perte de poids.
- Perte pondérale de >2 kg dans l'espace de 4 semaines.
- Suivi fréquent et régulier dans le cadre d'un programme visant à la perte pondérale.
- Conviction qu'il est possible de contrôler le poids.
- Les thérapies comportementales peuvent être très utiles.

Facteurs protégeant le patient d'une reprise pondérale: dépense d'environ 2500 kcal/semaine par:

- Activité physique modérée pendant environ 80 min/jour (marche rapide)
- Ou activité physique intense pendant 35 min/jour (jogging)

Options de traitement et de soutien:

- Dans le cadre de la médecine de premier recours
- Programmes commerciaux
- Programmes to maintien du poids corporel sur internet

2.4 Risques associés à la perte pondérale

Quelques études ont rapporté qu'une perte pondérale volontaire réduisait la mortalité, tandis qu'une perte pondérale involontaire était associée à une mortalité augmentée.

La perte pondérale peut augmenter le risque de développer des calculs biliaires en raison d'un flux augmenté de cholestérol dans les voies biliaires. Les régimes contenant une quantité modérée de graisses peuvent diminuer un tel risque en stimulant les contractions de la vésicule biliaire. Il a été démontré qu'une perte pondérale lente—par exemple, 0.5–1.0 kg/semaine—peut prévenir la formation des calculs biliaires telle qu'on peut le voir chez les patients avec une perte pondérale plus rapide. La perte pondérale après pose d'un anneau gastrique ajustable ne comporte pas de risque accru par rapport à la population normale de développer les calculs biliaires.

3 L'obésité chez les personnes âgées

3.1 Introduction

Dans la plupart des pays, l'espérance de vie a augmenté rapidement et ne cesse d'augmenter. D'ici l'an 2030, 20% de la population adulte des États-Unis aura plus de 65 ans tandis qu'en Europe la proportion de personnes actives (âgées de 15–65 ans) vs les personnes inactives plus âgées sera de 2 :1. Cette augmentation de l'espérance de vie ne représente pas forcément une augmentation du nombre d'années de vie en bonne santé, mais plutôt des années supplémentaires de risque de maladie. Ceci, en conjonction avec l'épidémie d'obésité qui se propage également chez les personnes âgées, signifie un double fardeau de maladie dans un avenir proche. Une discussion détaillée de l'évidence à disposition sur l'obésité chez les personnes âgées se trouve dans le lien hypertexte de l'annexe 5 ci-dessous.

3.2 Conséquences sur la santé de l'obésité chez les personnes âgées

On ne connaît pas quel paramètre est le plus susceptible de prédire une mauvaise santé et une évolution défavorable chez les personnes âgées obèses.

Un IMC légèrement augmenté associé à une mortalité relative abaissée chez les personnes âgées en comparaison à des adultes plus jeunes ne signifie pas forcément que l'obésité n'est pas aussi nuisible chez les personnes âgées. L'IMC peut s'avérer une mesure moins appropriée chez les aînés. Il faut également reconnaître que malgré le fait que le risque relatif de mortalité et de survie abaissée tendent à diminuer à un âge de >59 ans, le risque de mortalité absolu augmente en présence d'une augmentation de l'IMC jusqu'à l'âge de 75 ans.

Il existe de nombreux facteurs confondants qui contribuent à une sous-estimation des risques pour la santé de l'obésité chez les personnes âgées. Parmi ceux-ci on note l'effet « survie » (présence de rescapés « résistants » chez qui la relation entre IMC et mortalité n'existe pas), une espérance de vie relative abaissée chez les personnes âgées et l'importance de l'âge au début de l'obésité et de la durée de l'obésité, puisque ceux qui sont devenus obèses à un âge avancé meurent probablement avant que les effets néfastes de l'obésité se manifestent. Le tabagisme, les changements de poids (une augmentation ou une diminution du poids peuvent être plus nuisible qu'un poids stable) et une perte de poids involontaire peuvent confondre l'estimation des risques pour la santé.

Les complications liées à l'obésité chez les personnes âgées sont en grande partie en relation avec le syndrome métabolique (intolérance au glucose, hypertension artérielle, dyslipidémie, maladies cardiovasculaires). Le syndrome métabolique atteint son pic à l'âge de 50–70 ans chez les hommes et à l'âge de 60–80 ans chez les femmes, avec un OR de 5.8 chez les hommes de 65 ans et de 4.9 chez les femmes de 65 ans comparés à des individus de 20–34 ans.

D'autres affections liées à l'obésité sont les affections (ostéo)articulaires (OR de 4.8 chez les hommes et de 4.0 chez les femmes), certaines affections pulmonaires y compris le syndrome de l'hypoventilation lié à l'obésité, l'apnée obstructive du sommeil, le cancer et l'incontinence urinaire. Les personnes âgées obèses peuvent également souffrir de limitations fonctionnelles en relation avec une diminution de la masse musculaire et de la force, d'un dysfonctionnement articulaire, de problèmes liés aux activités de la vie de tous les jours, d'une fragilité et d'une qualité de vie diminuée.

L'obésité représente une cause majeure de fragilité chez les personnes âgées (OR de 3.5 chez les personnes âgées de 70–79 ans).

Il existe également certains effets bénéfiques de l'obésité, tels une densité minérale osseuse augmentée et un risque diminué d'ostéoporose et de fracture du col du fémur, avec un effet « amortissant » supplémentaire de la graisse autour du trochanter qui peut protéger contre le risque de fracture du col du fémur lors d'une chute.

3.3 Options de traitements chez les personnes âgées

Il existe plusieurs possibilités de traitements. Si un traitement unique ou un traitement combiné sont nécessaires cela dépend de plusieurs facteurs, tels le risque, les préférences du patient et les ressources à disposition.

- Modifications du style de vie, comprenant régime, activité physique et modification comportementale
- Traitement médicamenteux
- Chirurgie

3.3.1 Modifications du style de vie

Les modifications du style de vie devraient comporter un régime en déficit de 500–1000 kcal avec suffisamment de protéines de haute qualité (1.0 g/kg) et une supplémentation adéquate en calcium (1000 mg/jour) et vitamine D (10–20 µg/jour), ainsi que qu'une supplémentation en multivitamines et minéraux, en combinaison avec une activité physique et une thérapie comportementale. Une augmentation de l'activité physique et des exercices réguliers ne sont pas indispensables pour obtenir une perte pondérale initiale, mais peuvent être utiles pour maintenir la perte pondérale et pour prévenir une reprise pondérale.

La thérapie comportementale comprend un auto-contrôle, la définition d'un but, un appui social, un meilleur contrôle des stimuli et la prévention de rechute.

Les changements dans le style de vie chez les personnes âgées représentent un véritable défi. Une augmentation du fardeau de la maladie, une qualité de vie

diminuée, un dysfonctionnement cognitif et la dépression, l'isolation sociale, la solitude, le veuvage, la dépendance d'autrui et l'institutionnalisation peuvent présenter un obstacle aux changements de style de vie.

Une invalidité chronique et une diminution de la capacité physique et de l'activité peuvent interférer avec la volonté d'augmenter l'activité physique. D'autres obstacles tels une diminution de la vision et des troubles de l'ouïe ainsi que des ressources financières réduites peuvent se présenter chez les personnes âgées.

Le combinaison d'un régime en déficit calorique modéré avec une augmentation de l'activité physique et une modification du style de vie conduit à une perte de poids modéré de 0.4–0.9 kg/semaine ou 8–10% en 6 mois, avec une amélioration des problèmes de santé liés à l'obésité et des dysfonctionnements physiques, et est associée à un faible risque de complications liés au traitement.

Il serait souhaitable d'examiner l'efficacité des modifications du style de vie dans des études comprenant uniquement des personnes âgées ou une grande proportion de personnes âgées. Les revues systématiques sur les interventions visant à une perte de poids chez les personnes de >60 ans ont montré des modifications importantes, telles qu'une amélioration de la tolérance au glucose et du fonctionnement physique, une incidence diminuée des nouveaux cas de diabète et un bénéfice significatif chez les personnes souffrant d'arthrose, de diabète et de maladies cardiovasculaires.

Un effet négatif a été observé à savoir une légère diminution de la densité minérale osseuse et de la masse maigre. Jusqu'à présent, la recherche sur l'obésité s'est trop concentrée sur les risques cardiovasculaires et pas assez sur les multiples effets de l'obésité sur la mobilité, la fonction de la vessie, la santé sexuelle, l'humeur et la qualité de vie, qui sont des facteurs déterminants pour la qualité de la vie de tous les jours chez les personnes âgées.

3.3.2 *Traitement médicamenteux*

Parmi les nombreux médicaments qui ont été développés pour le traitement de l'obésité, la plupart ont maintenant été retirés du marché et seul l'Orlistat est actuellement approuvé pour un traitement à long terme chez les patients avec un IMC ≥ 30 kg/m² et chez les patients avec un IMC de 27–29.9 kg/m² en présence d'une comorbidité en relation avec l'obésité.

Orlistat, un inhibiteur des lipases, bloque la digestion et l'absorption d'environ un tiers des graisses alimentaires provoquant ainsi un déficit d'environ 300 kcal/jour. Une perte pondérale de 2–3 kg de plus qu'avec un placebo a été documentée, ce qui amène une amélioration de la tolérance au glucose et de la tension artérielle, suivant l'importance de la perte pondérale.

De plus, l'orlistat a un effet bénéfique sur la dyslipidémie indépendamment de la perte pondérale. Les effets secondaires gastrointestinaux sont les flatulences, une incontinence pour les selles, des sécrétions huileuses, des besoins impérieux, une stéatorrhée et des crampes abdominales lors de la prise de repas à haute teneur grasseuse (> 20 g graisse/repas). L'absorption des vitamines liposolubles est diminuée lors de la prise d'orlistat mais sans provoquer de carence à proprement parler. Lors de l'adjonction de vitamines liposolubles telle la vitamine D, celles-ci

devraient être ingérées 2 heures avant la prise d'orlistat. Beaucoup de personnes âgées souffrent de constipation et les selles plus liquides sous orlistat peuvent ainsi être bénéfiques. Mais des selles plus liquides peuvent être également à l'origine d'une incontinence fécale, avec une atteinte du fonctionnement des sphincter anaux interne et externe. Une analyse dans une sous-population de personnes âgées dans le cadre d'une étude randomisée sur 2 ans dans un établissement de soins de premier recours a montré qu'orlistat était aussi efficace chez les adultes de ≥ 65 ans que chez les adultes plus jeunes. Aucune différence n'a été notée en ce qui concerne les effets secondaires gastrointestinaux entre les deux groupes de patients âgés ou plus jeunes.

3.3.3 *La chirurgie bariatrique*

La chirurgie bariatrique est indiquée chez les patients avec une obésité sévère—c'est-à-dire avec un IMC de ≥ 40 kg/m² ou un IMC de ≥ 35 kg/m² avec comorbidité. Il n'existe actuellement pas de recommandation en ce qui concerne la chirurgie bariatrique chez les personnes âgées, mais certains auteurs recommandent que lorsque la chirurgie bariatrique est préconisée chez les personnes âgées, les valeurs utilisées chez les adultes plus jeunes devraient s'appliquer.

Les études récentes ont montré que les adultes obèses plus âgés souffrent de davantage de comorbidités et nécessitent une prise médicamenteuse plus grande avant une chirurgie que les personnes obèses plus jeunes. Une diminution importante de l'excès pondéral de 60% après une année et de 50% après 5 ans a été observée après bypass gastrique par chirurgie conventionnelle ou par laparoscopie. Cette perte pondérale est associée à une amélioration des comorbidités en relation avec l'obésité et à une réduction globale de la prise médicamenteuse.

Aucune des études publiées à ce jour n'a fourni de données sur le nombre de patients que les chirurgiens ont refusé d'opérer en raison de maladies potentiellement mortelles, de facteurs de risques cardiorespiratoires inacceptables ou parce que les risques de la chirurgie dépassaient le bénéfice espéré. La plupart des études publiées concernaient des femmes et une étude récente chez les vétérans a montré que le sexe des patients devrait être pris en compte lors de l'estimation des risques potentiels de l'opération.

Chez les hommes obèses plus âgés avec une comorbidité liée à l'obésité aucun bénéfice en terme de survie n'a été observé pendant un suivi de 6.7 ans. Ceci peut s'expliquer en partie par la courte durée du suivi mais pourrait également être en relation avec le fait que la chirurgie bariatrique semble plus difficile chez les patients de sexe masculin sévèrement obèses.

3.3.4 *Aspects nutritionnels*

Une perte pondérale suite à un régime résulte en une diminution de la masse grasse et également de la masse maigre, avec environ 75% de la perte pondérale étant composé de tissu adipeux et 25% de tissu non-adipeux. La perte pondérale chez les personnes âgées pourrait ainsi aggraver la perte de masse musculaire liée à l'âge et diminuer encore davantage le fonctionnement au niveau physique. Sur la base d'une recherche intensive sur la sarcopénie (diminution de la masse musculaire squelettique en relation avec l'âge chez les personnes âgées) et l'obésité sarcopénique, les recommandations nutritionnelles ont été modifiées afin de prévenir une obésité

accompagnée de diminution de la masse musculaire et afin de guider la profession médicale dans les traitements amaigrissants en présence d'une obésité sarcopénique.

Les protéines et les acides aminés sont en constant renouvellement (turnover) dans le muscle sain avec un équilibre entre synthèse et catabolisme des protéines. Une sarcopénie peut résulter d'une dégradation augmentée des protéines sous l'influence des cytokines produites dans un tissu adipeux dans un état chronique d'inflammation de bas grade. Une sarcopénie peut également résulter d'une synthèse protéique diminuée en relation en partie avec l'anorexie que présentent les personnes âgées. Une satiété précoce secondaire à une relaxation diminuée du fundus gastrique, une libération augmentée de cholécystokynine en réponse à l'ingestion de graisses et un taux plus élevé de leptines ainsi qu'à une diminution du taux de testostérone chez l'homme peuvent être à l'origine d'une diminution de la consommation d'aliments et de nutriments.

Le traitement de l'obésité nécessite la création d'un déficit énergétique, et chez les individus avec une obésité sarcopénique ou qui sont à risque d'en développer une, le déficit énergétique nécessaire est plus modéré que d'habitude (500 kcal, avec un taux se situant entre 200 et 750 kcal), en accentuant l'ingestion de protéines de haute qualité biologique. Lorsque l'apport énergétique est limité, l'apport protéique doit être maintenu ou même augmenté car les protéines alimentaires et les acides aminés constituent le meilleur moyen de ralentir ou de prévenir un catabolisme de protéines musculaires.

Il n'existe pas de données qui suggèrent que l'ingestion simultanée de protéines et de graisses exerce un effet anabolisant sur les protéines. Le vieillissement en soi ne diminue donc pas la réponse anabolique à des quantités suffisantes de protéines de haute qualité; c'est plutôt la présence d'hydrates de carbone qui limite cette réponse, ce qui peut s'expliquer par les effets de la résistance à l'insuline sur la synthèse de protéines dans les muscles. L'ingestion de <150 g/jour d'hydrates de carbone est donc conseillée. Une session d'activité physique modérée, par exemple 45 minutes de marche sur un tapis roulant, suffit à rétablir la capacité de l'insuline à stimuler la synthèse protéique.

Il est également nécessaire d'administrer l'apport protéique à point nommé afin de neutraliser les autres conséquences potentielles du vieillissement, tels la diminution de la réponse anabolique en raison des modifications de la digestion, du taux de vidange gastrique, de la consommation splanchnique et d'une utilisation périphérique.

De plus au contraire de ce qu'on peut noter chez les plus jeunes, les muscles squelettiques des personnes âgées ne sont pas capables de répondre à un taux bas de protéines et d'acides aminés (7 g), tandis que 10–15 g d'acides aminés peuvent stimuler la synthèse de protéines à un taux comparable à celui rencontré chez les jeunes.

D'autres stratégies potentielles afin d'accroître la synthèse des protéines consistent notamment à introduire de la leucine dans le régime alimentaire, à un taux minimal de 2 g/jour jusqu'à un taux optimum de 6–8 g/jour.

Les aliments riches en leucine comprennent notamment les légumineuses (fèves de soja) et les produits carnés (poisson, bœuf). La leucine augmente l'anabolisme des

protéines et diminue le catabolisme des protéines. Chez les personnes âgées, l'adjonction de leucine à un repas mixte a permis d'augmenter la synthèse de protéines dans les muscles de 56%.

3.3.5 Programmes d'exercice physique

Le collège américain de la médecine du sport (American College of Sports Medicine) recommande un programme d'entraînement physique multi-modulaire (force, endurance, équilibre, souplesse) afin d'améliorer et de maintenir les capacités physiques chez des personnes âgées.

Afin de lutter contre la sarcopénie chez les personnes âgées, un entraînement à la résistance a été étudié. Le traitement stimule la synthèse des protéines et provoque une hypertrophie musculaire avec augmentation de la masse musculaire, ce qui a pour effet d'augmenter la force musculaire, d'améliorer les capacités physiques et les performances pour les tâches à la fois simples et plus complexes.

La crainte qu'un entraînement à l'endurance et à la résistance puisse interagir de façon négative n'a pas été confirmée par les études récentes ; il est admis qu'une combinaison d'un entraînement à la résistance progressive ainsi que de l'exercice aérobique constituent une stratégie optimale d'exercices physiques afin d'induire une amélioration simultanée de la résistance à l'insuline et des limitations fonctionnelles chez les personnes âgées. L'exercice aérobique seul viendrait ensuite en deuxième choix.

3.3.6 Obstacles et contraintes perçues à la participation à des programmes d'exercice physique

L'étude du Screening and Counseling for Physical Activity and Mobility in Older People (SCAMOP) comportait 619 patients âgés de 75–83 ans, avec des IMC entre 20 et 53 kg/m². L'objectif était d'examiner les contraintes perçues par les patients en ce qui concerne l'exercice physique et de savoir si ces contraintes perçues pourraient expliquer un risque accru d'inactivité physique. En comparaison avec les personnes âgées non obèses (IMC 20–29.9 kg/m²), les personnes modérément obèses (IMC 30–34.9 kg/m²) avaient un risque 2 x plus grand d'être inactives ; les personnes avec une obésité sévère (IMC ≥ 35 kg/m²) avait un risque 4 x plus grand d'être inactives. Une santé défailante, la douleur, la maladie et la fatigue pourraient expliquer 27% du risque plus élevé d'inactivité physique. Les craintes et les expériences antérieures négatives, telles la crainte de chuter, la crainte d'une blessure, un sentiment d'inconfort lié à l'exercice et un sentiment d'insécurité lors d'exercices en plein air contribuaient à un taux de 23% au risque accru d'inactivité physique. Dans le modèle de l'étude, tous ces facteurs, ainsi qu'une absence d'intérêt à faire de l'exercice, expliquent les 42% de risque accru de devenir inactif alors que les 58% restants demeurent inexpliqués. Ces facteurs étaient rencontrés beaucoup plus fréquemment chez les personnes avec une obésité sévère. Une méta-analyse de 43 études portant sur 33'090 patients âgés de 60–70 ans a permis d'infirmer l'hypothèse que les interventions visant à augmenter l'exercice physique n'ont pas d'effet sur le niveau d'activité chez les personnes âgées.

Plusieurs facteurs ont été identifiés qui pourraient servir à augmenter l'activité physique chez les personnes âgées. L'activité physique uniquement devrait être ciblée

et ne pas être associée à des conseils sur la santé. L'activité en groupe devrait également être privilégiée afin d'encourager une activité physique modérée, y compris un élément d'auto-contrôle, et d'encourager les activités en commun avec une interaction intense avec le personnel de soins de façon structurée.

4 Algorithmes

4.1 Les parties concernées et les options de prise en charge

Quelles sont les options de traitement de l'obésité ou de sa prévention (Table 2 ci-dessous) qui dépendent des ressources à disposition ? Il est nécessaire que toutes les personnes impliquées agissent à des niveaux globaux, régionaux et locaux. L'excès pondéral et l'obésité, de même que les affections chroniques associées, peuvent dans une large mesure être évités.

Au niveau individuel. Le patient devrait éviter la consommation d'aliments hautement énergétiques, limiter sa consommation d'alcool, se souvenir que les aliments riches en calories comme les graisses et l'alcool n'ont pas d'effet rassasiant (la consommation d'alcool ayant un effet supplémentaire désinhibant sur la prise alimentaire) et également garder à l'esprit le meilleur effet rassasiant des protéines et des hydrates de carbone complexes.

- Parvenir à un équilibre énergétique et un poids sain.
- Limiter l'apport énergétique provenant des graisses et remplacer les graisses saturées par des graisses non-saturées.
- Augmenter la consommation de fruits et de légumes, ainsi que celle de légumineuses et de céréales complètes.
- Limiter l'apport en sucre (en particulier sous forme de boissons).
- Augmenter l'activité physique.

Les gouvernements, les partenaires internationaux, la société civile, les organisations non gouvernementales et le secteur privé devraient :

- Façonner un environnement sain.
- Rendre une alimentation plus saine abordable et facilement accessible.
- Faciliter et encourager l'exercice physique.

L'industrie alimentaire devrait :

- Réduire la teneur en graisses et en sucre dans la préparation des aliments et diminuer la grandeur des portions.
- Introduire de plus en plus sur le marché des produits nouveaux et sains, c'est-à-dire des aliments pauvres en énergie et riches en fibres.
- Examiner les pratiques du marketing actuel afin de promouvoir une meilleure santé partout dans le monde.

Tableau 2 Schéma décisionnel pour la prise en charge de la perte pondérale

| | | | Degrés d'obésité | | | | |
|-------------------------------|-------------------|-------------------|--------------------------|---|---|--------------------------|---|
| | | | Niveau 1 | Niveau 2 | Niveau 3 | | |
| Pays industrialisés | | | | | | | |
| IMC | 25.0–26.9 | 27.0–29.9 | 30.0–34.9 | 35.0–39.9 | ≥ 40 | | |
| Tour de taille (cm) | | | | | | | |
| Homme | 94–102 | 94–102 | ≥ 102 | ≥ 102 | | | |
| Femme | 80–88 | 80–88 | ≥ 88 | ≥ 88 | | | |
| Pays de l'Est/Asie* | | | | | | | |
| IMC | 23.0–24.9 | 25.0–29.9 | 30.0–34.9 | ≥ 35 | ≥ 35 | | |
| Tour de taille (cm) | | | | | | | |
| Homme | < 90 | < 90 | ≥ 90 | ≥ 90 | | | |
| Femme | < 80 | < 80 | ≥ 80 | ≥ 80 | | | |
| Options thérapeutiques | | | | | | | |
| Absence de comorbidité | Régime | Régime | Régime | Médicament [†] | Intervention chirurgicale [‡] si un régime contrôlé avec ou sans médicaments échoue [†] | | |
| | Exercice physique | Exercice physique | Exercice physique | Régime contrôlé | | | |
| | | | Thérapie comportementale | En cas d'échec : intervention chirurgicale [‡] | | | |
| Présence de comorbidité | Régime | Régime | Médicament ^{†¶} | Médicaments [†] | Intervention chirurgicale [‡] si un régime contrôlé avec ou sans médicaments échoue [†] | | |
| | | | Régime | | | Régime contrôlé | |
| | | | Exercice physique | Exercice physique | | Exercice physique | Intervention chirurgicale ^{‡§} |
| | | | Thérapie comportementale | Thérapie comportementale | | Thérapie comportementale | |
| | | | Médicament ^{†§} | | | | |

IMC, indice de masse corporelle. *Source:* Adapté des guidelines de l'U.S. National Heart, Lung, and Blood Institute.

* Les asiatiques ont un risque plus grand et les décisions thérapeutiques devraient être prises à un stade plus précoce chez ces patients.

[†] Seulement chez les patients avec des affections associées à l'obésité et qui ne parviennent pas à une perte pondérale adéquate avec les modifications classiques du style de vie ou qui n'ont pas de contre-indication absolue à un traitement médicamenteux.

[‡] Seulement chez les patients avec des affections associées à l'obésité et qui ne peuvent pas perdre du poids avec les traitements classiques et qui n'ont pas de contre-indication absolue à une intervention chirurgicale.

[¶] Il n'existe pas de données en faveur d'une intervention chirurgicale chez les patients avec un IMC de 30-35 et sans complication, des exceptions sont possibles en présence de comorbidités importantes.

[§] Il existe des données en faveur d'une intervention chirurgicale chez les patients avec un IMC de 35-40 avec des comorbidités ; selon les experts, le seuil limite sera vraisemblablement abaissé à 30 dans les prochaines années. Il pourrait cependant exister des différences entre les différents pays.

4.2 Options dans la prise en charge en fonction des ressources à disposition

Tableau 3 Algorithme de la prise en charge en relation avec les ressources à disposition

| Ressources | Options de prise en charge selon IMC | | | |
|-------------------|--------------------------------------|-----------------------------|---------------------------------------|---|
| | 25–30 | 30–35 | 35–40 | > 40 |
| Importantes | DEB | DEB + M | DEB | DEB |
| | | ± Intervention chirurgicale | M + SD ± Intervention chirurgicale | SD + chirurgie ± Intervention Chirurgicale |
| Moyennes/normales | DEB | DEB | DEB | DEB |
| | | | SD | SD ± Intervention chirurgicale |
| Faibles/absentes | DEB | DEB | DEB | DEB ± Intervention |
| | | | | Chirurgicale |

DEB, régime, exercice et modification du comportement (sous supervision); M, médicament—seulement efficace dans le cadre d'une augmentation modérée de l'IMC (uniquement sous supervision; SD, régime contrôlé.

Notes:

1. Quel que soit le traitement choisi, il faut toujours conseiller un régime, une activité physique ainsi que des modifications comportementales.
2. "± Intervention chirurgicale" signifie que celle-ci est une option thérapeutique si toutes les autres stratégies ont échoué. Même dans les pays à faibles ressources, une intervention chirurgicale devrait être prise en compte comme traitement de l'obésité. Le bypass gastrique par laparotomie n'est pas une intervention coûteuse.

Tableau 4 Régime: algorithme en relation avec les ressources à disposition

| Ressources | Type de régime |
|-------------------|---|
| | La restriction énergétique devrait toujours être d'au moins 600 kcal en-dessous des besoins journaliers usuels, ce qui en pratique représente même plus que 600 kcal (comme il faut 20-25 kcal pour maintenir 1 kg de poids corporel, cela veut dire que quelqu'un avec un poids de 120 kg aurait besoin de consommer au moins 2400 kcal pour ne pas perdre du poids) |
| Importantes | Régimes riches en protéines |
| | Régimes pauvres en hydrates de carbone |
| Moyennes/normales | Régimes riches en fibres alimentaires |

| | |
|------------------|---------------------------------------|
| Faibles/absentes | Régime à index glycémique bas |
| | Pas d'aliments hautement énergétiques |
| | Régimes pauvres en graisses |

N.B.: Le coût des régimes peut varier selon les pays ; il existe des pays dans lesquels les fruits et légumes sont abondants et la viande chère, et l'inverse peut se rencontrer dans d'autres pays. Il est cependant difficile de préconiser soit la restriction énergétique soit la réduction énergétique avant de discuter en détail les différences en termes de macronutriments et de composition du régime alimentaire.

Tableau 5 Intervention chirurgicale: algorithme en relation avec les ressources à disposition

| Ressources | Intervention chirurgicale |
|-------------|--|
| Importantes | Dérivation bilio-pancréatique avec fermeture du moignon duodénal |
| Normales | Bypass gastrique laparoscopique |
| | Anneau gastrique ajustable |
| | Gastrectomie avec manchon |
| Faibles | Bypass gastrique par laparotomie ; pour l'obésité sévère, bypass gastrique par laparotomie avec un long segment de grêle |
| | Gastroplastie verticale |
| | Gastrectomie avec manchon |
| | Anneau gastrique |

5 Annexes et données

Cliquer sur un des hyperliens ci-dessous pour une discussion plus détaillée et pour les données:

- Annexe I: Nutrition et régime alimentaire
- Annexe II: Médicaments
- Annexe III: Modification du style de vie
- Annexe IV: Intervention chirurgicale
- Annexe V: Obésité chez les personnes âgées