

Prise en charge des personnes obèses dans le cadre des niveaux 2 et 3 de soins : nouvelles recommandations

Professeur Pierre JESUS

PU-PH, Unité Transversale de Nutrition

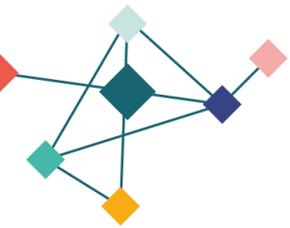
CSO du Limousin, CHU de Limoges



20/09/2022

Contact : 0555786436 – contact@linut.fr





Niveaux de soins

Niveau 1

Le médecin généraliste (qui est le coordonnateur de la prise en charge de l'obésité), diététiciens, pharmaciens, infirmiers, infirmiers en pratique avancée, sages-femmes, psychologues, psychiatres, médecins du travail, enseignants en activité physique adaptée, masseurs-kinésithérapeutes, ergothérapeutes, éducateurs sportifs, travailleurs sociaux.

Niveau 2

Le médecin spécialiste de l'obésité (à savoir : le médecin nutritionniste qui est le coordonnateur de la prise en charge de l'obésité) (dans les centres de soins publics ou privés, ou en secteur ambulatoire, services spécialisés dans la prise en charge de l'obésité au sein des établissements de soins publics ou privés), et exerçant en partenariat avec les autres professionnels concernés par l'obésité, SSR spécialisés en « digestif, endocrinologie, diabétologie, nutrition ».

Niveau 3

Centres spécialisés de l'obésité (CSO) ou centres hospitaliers universitaires (CHU). Peuvent être amenées à participer au niveau 3 des structures qui leur sont associées par convention, notamment les SSR spécialisés en « digestif, endocrinologie, diabétologie, nutrition » et plus particulièrement celles capables de recevoir des patients ayant un $IMC \geq 50 \text{ kg/m}^2$.

En lien avec les professionnels et structures de santé du niveau 1

En lien avec les professionnels et structures de santé des niveaux 1 et 2

Classification obésité : Stade 1

Stade de sévérité de l'obésité	Paramètres de phénotypage						
	1 IMC	2 Retentissement médical	3 Retentissement (qualité de vie ou fonctionnel)	4 Troubles psychologiques, psychopathologiques et/ou cognitifs, troubles du comportement	5 Étiologie de l'obésité	6 Comportement alimentaire	7 Trajectoire pondérale
1a	30 ≤ IMC < 35	<ul style="list-style-type: none"> - Pas d'anomalie cardio-métabolique - Pas de symptôme physique (pas de dyspnée, pas de douleurs) 	<ul style="list-style-type: none"> - Pas d'impact significatif sur la QDV - Pas de limitation fonctionnelle 	<ul style="list-style-type: none"> - Aucun trouble ou - Troubles ayant peu d'incidence sur le comportement alimentaire 	- Commune	- Pas d'impulsivité alimentaire	<ul style="list-style-type: none"> - Initiation de prise en charge - Obésité apparue à l'âge adulte
1b	30 ≤ IMC < 35	<ul style="list-style-type: none"> - Anomalie cardio-métabolique débutante (HTA limite, hyperglycémie à jeun, élévation modérée des enzymes hépatiques) ou - Présence d'altérations cardio-métaboliques, hépatiques et respiratoires (HTA, DT2, SAHOS, NAFLD) ou autres complications/comorbidités gérées de façon satisfaisante (malgré l'absence de perte de poids) 	<ul style="list-style-type: none"> - Impact modéré sur QDV et sur l'état de santé ou - Atteinte fonctionnelle modérée (dyspnée stade 2, douleurs occasionnelles) 	<ul style="list-style-type: none"> - Retentissement psychologique léger (estime de soi, humeur) ou - Troubles psychologiques associés bien gérés (ex. : dépression traitée et suivie) 	- Commune	<ul style="list-style-type: none"> - Impulsivité alimentaire sans accès de boulimie 	<ul style="list-style-type: none"> - Obésité apparue dans l'enfance ou à l'adolescence ou - Un épisode de rebond pondéral

Classification obésité : Stade 2

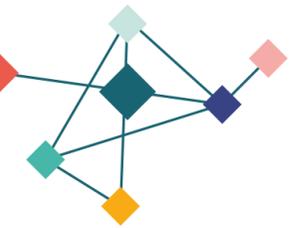
Stade de sévérité de l'obésité	Paramètres de phénotypage						
	1 IMC	2 Retentissement médical	3 Retentissement (qualité de vie ou fonctionnel)	4 Troubles psychologiques, psychopathologiques et/ou cognitifs, troubles du comportement	5 Étiologie de l'obésité	6 Comportement alimentaire	7 Trajectoire pondérale
2	<p>$35 \leq \text{IMC} < 50$</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Altérations cardio-métaboliques (HTA résistante, DT2 difficile à contrôler, NASH/fibrose, SAHOS sévère, SOH) ou - Aggravation par l'obésité d'une maladie chronique n'exposant pas à un risque majeur ou - Infertilité ou - SOPK 	<ul style="list-style-type: none"> - Impact marqué sur QDV et sur l'état de santé 	<ul style="list-style-type: none"> - Pathologie psychiatrique et psychopathologique sous-jacente avec net impact pondéral et/ou comportemental (troubles de l'humeur, troubles anxieux, stress post-traumatique, addictions associées, etc.) 	<ul style="list-style-type: none"> - Obésité commune avec facteur aggravant : traumatisme psychique ou - Prise de poids sur douleurs chroniques (ex. : fibromyalgie) - Médicaments obésogènes* 	<ul style="list-style-type: none"> - Accès de boulimie épisodiques 	<ul style="list-style-type: none"> - Obésité apparue dans l'enfance persistante à l'âge adulte ou - Au moins 2 épisodes de rebond pondéral ou - Échec de prise en charge de niveau 1 ou - Grossesse après chirurgie bariatrique

Classification obésité : Stade 3

Stade de sévérité de l'obésité	Paramètres de phénotypage						
	1 IMC	2 Retentissement médical	3 Retentissement (qualité de vie ou fonctionnel)	4 Troubles psychologiques, psychopathologiques et/ou cognitifs, troubles du comportement	5 Étiologie de l'obésité	6 Comportement alimentaire	7 Trajectoire pondérale
3a	35 ≤ IMC < 50 <i>si associé</i> à la présence d'un des problèmes listés dans cette ligne	- Aggravation par l'obésité d'une maladie chronique exposant à un risque majeur ou un handicap fonctionnel (ex. : BPCO, maladies neuromusculaires, maladies inflammatoires chroniques, maladies auto-immunes, etc.)	- Impact du poids sur la mobilité avec périmètre de marche entre 100 et 500 m	- Pathologie psychiatrique sévère (ex. : dépression sévère, troubles de la personnalité borderline, paranoïaque, schizophrénie, etc.)	- Obésité secondaire à une dérégulation hormonale (hypercorticisme, acromégalie) ou - Tumeur cérébrale (dont craniopharyngiome ou autre...)	- Hyperphagie boulimique	- Évolution pondérale non contrôlée malgré un accompagnement spécialisé ou - Échec de prise en charge de niveau 2

Classification obésité : Stade 3

Stade de sévérité de l'obésité	Paramètres de phénotypage						
	1 IMC	2 Retentissement médical	3 Retentissement (qualité de vie ou fonctionnel)	4 Troubles psychologiques, psychopathologiques et/ou cognitifs, troubles du comportement	5 Étiologie de l'obésité	6 Comportement alimentaire	7 Trajectoire pondérale
3b	≥ 50	- Retentissement terminal des pathologies chroniques (insuffisance cardiaque, insuffisance respiratoire, insuffisance hépatique, insuffisance rénale dialysée, transplantés ou en attente de transplantation)	- Impact du poids sur la mobilité avec périmètre de marche < 100 m voire grabatisation/perte d'autonomie due à l'obésité ou - Qualité de vie fortement dégradée	- Troubles du spectre de l'autisme ; troubles cognitifs (retard mental, difficultés de compréhension, troubles mnésiques)	- Monogénique ou - Syndromique		- Échec de chirurgie bariatrique ou - Indication de chirurgie bariatrique avec risque opératoire élevé, âge > 65 ans et < 18 ans

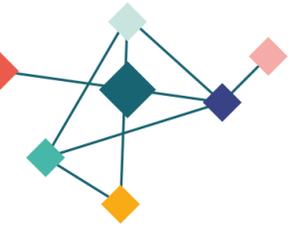


Objectif PEC en niveaux 2 et 3

- **Améliorer la santé du patient et d'être en mesure de lui permettre de revenir à un niveau de PEC inférieur.**

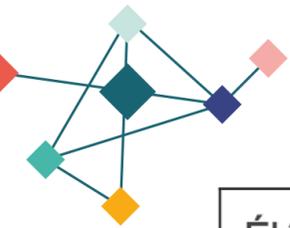
- En cas d'échec de la PEC médicale bien conduite sur 6-12 mois :
 - niveau supérieur de PEC jusqu'au niveau 3
 - pour évaluation, expertise, conseils de PEC ponctuels, puis poursuivre son suivi dans le niveau initial de prise en charge ;
 - ou pour un accompagnement au long cours dans les cas les plus complexes.

- Echec de PEC =
 - PdP à un an de moins de 5 % ou absence de son maintien
 - Poursuite de la prise de poids
 - incapacité à modifier durablement ses comportements
 - absence de maintien du poids perdu
 - aggravation des complications associées à l'obésité.



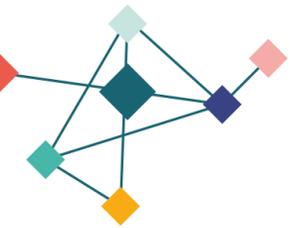
Evaluation systématique : complications

- **Diabète de type 2 :**
 - Glycémie à jeun
- **Hypertension artérielle**
 - Mesure de la tension avec matériel adapté
- **Dyslipidémie**
 - Exploration Anomalies Lipidiques (Chol T, HDL-C, LDL-C, TG)



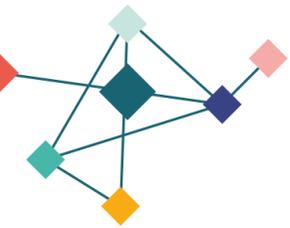
Evaluation systématique : complications

Éléments à réaliser	Indications ou conduite à tenir	Niveau 1	Niveau 2	Niveau 3
Recherche d'un trouble du sommeil et d'anomalies respiratoires				
<p>Recherche d'un trouble du sommeil :</p> <p>Durée et qualité du sommeil (sommeil réparateur ?)</p> <p>Questions à la recherche d'un syndrome apnées/hypopnées obstructives du sommeil :</p> <ul style="list-style-type: none">— somnolence diurne— ronflements sévères et quotidiens— sensation d'étouffement pendant le sommeil— éveils répétés— fatigue diurne— difficultés de concentration— nycturie (> 1 miction/nuit)	Si évocateur adresser au spécialiste du sommeil	*	*	*



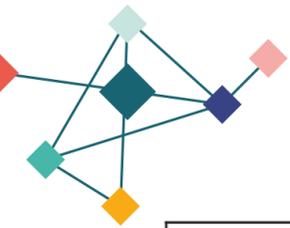
Evaluation systématique : complications

Éléments à réaliser	Indications ou conduite à tenir	Niveau 1	Niveau 2	Niveau 3
Recherche d'un trouble du sommeil et d'anomalies respiratoires				
Gaz du sang <ul style="list-style-type: none"> — Si IMC ≥ 35 kg/m² — Si IMC ≥ 30 kg/m² et SaO₂ < 94 % — Si IMC ≥ 30 kg/m² et présence d'un syndrome restrictif (CPT < 85 %) 	Dépistage syndrome obésité-hypoventilation		*	*
EFR (avec mesures des volumes et des débits) <ul style="list-style-type: none"> — Si IMC ≥ 30 kg/m² et dyspnée de repos ou lors d'un effort léger — Si IMC ≥ 35 kg/m² et SAHOS — Si IMC ≥ 40 kg/m² 			*	*
Dépistage systématique du SAHOS (le plus fréquemment par polygraphie) <ul style="list-style-type: none"> — si IMC ≥ 30 kg/m² associé à des signes cliniques évocateurs — si IMC ≥ 35 kg/m² même en l'absence de signes cliniques 			*	*



Evaluation systématique : complications

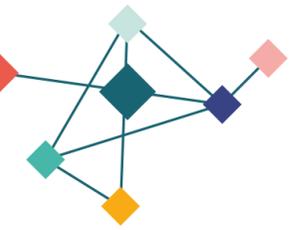
Éléments à réaliser	Indications ou conduite à tenir	Niveau 1	Niveau 2	Niveau 3
Recherche d'un trouble du sommeil et d'anomalies respiratoires				
Gaz du sang <ul style="list-style-type: none"> - Si IMC ≥ 35 kg/m² - Si IMC ≥ 30 kg/m² et SaO₂ < 94 % - Si IMC ≥ 30 kg/m² et présence d'un syndrome restrictif (CPT < 85 %) 	Dépistage syndrome obésité-hypoventilation		*	*
EFR (avec mesures des volumes et des débits) <ul style="list-style-type: none"> - Si IMC ≥ 30 kg/m² et dyspnée de repos ou lors d'un effort léger - Si IMC ≥ 35 kg/m² et SAHOS - Si IMC ≥ 40 kg/m² 			*	*
Dépistage systématique du SAHOS (le plus fréquemment par polygraphie) <ul style="list-style-type: none"> - si IMC ≥ 30 kg/m² associé à des signes cliniques évocateurs - si IMC ≥ 35 kg/m² même en l'absence de signes cliniques 			*	*



Evaluation systématique : complications

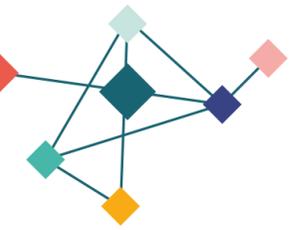
Éléments à réaliser	Indications ou conduite à tenir	Niveau 1	Niveau 2	Niveau 3
Dépistage d'une stéatopathie métabolique				
Échographie abdominale ou biomarqueurs de stéatose (<i>Fatty Liver Index</i> (FLI) mesuré à partir de l'IMC, du tour de taille, des gamma GT et des triglycérides)	Si normal contrôle à trois à cinq ans	*	*	*
Si présence de stéatose, dépister la présence de fibrose par mesure des scores <i>NAFLD Fibrosis Score</i> ou <i>Fibrosis-4 index</i> (FIB-4) à partir de ASAT, ALAT, GGT, plaquettes, albuminémie	Fibrose exclue si valeurs au-dessous des seuils de -1,455 pour <i>NAFLD Fibrosis Score</i> et 1,30 pour FIB-4			
Si valeurs au-dessus des seuils de -1,455 pour <i>NAFLD Fibrosis Score</i> et 1,30 pour FIB-4 suivants : <i>NAFLD Fibrosis Score</i> > -1,455 ou FIB-4 > 1,30, quantifier la fibrose	Élastométrie ou tests sanguins plus complexes selon disponibilité Si besoin recours à un avis spécialisé			





Evaluation systématique : complications

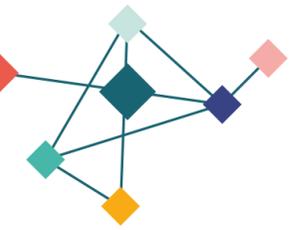
Éléments à réaliser	Indications ou conduite à tenir	Niveau 1	Niveau 2	Niveau 3
Recherche d'un reflux gastro-œsophagien				
Questions à la recherche d'un reflux gastro-œsophagien : <ul style="list-style-type: none"> — brûlures, douleurs — remontées acides ou amères — douleurs ou brûlures rétro-sternales, pyrosis — toux inexplicée — régurgitations alimentaires 		*	*	*
Recherche d'un syndrome des ovaires polykystiques				
Questions à la recherche d'un syndrome des ovaires polykystiques : <ul style="list-style-type: none"> — irrégularité des cycles — hirsutisme — hyperandrogénie — alopecie — acanthosis nigricans 	Si évocateur adresser à un endocrinologue ou gynécologue médical	*	*	*



Evaluation systématique : complications

Éléments à réaliser	Indications ou conduite à tenir	Niveau 1	Niveau 2	Niveau 3
Recherche d'un retentissement ostéo-articulaire				
Questions à la recherche d'un retentissement ostéo-articulaire : <ul style="list-style-type: none"> - douleurs articulaires - gêne fonctionnelle (Lequesne) - questionnaire WOMAC (si point d'appel) 	Chez la personne en situation d'obésité atteinte de gonarthrose, la pratique d'une activité physique adaptée et progressive est recommandée. En cas d'impotence fonctionnelle, le recours à un kinésithérapeute est préconisé	*	*	*
Dépistage d'une maladie rénale				
Dépistage de la MRC (quand IMC \geq 30 kg/m ²) par créatininémie et albuminurie	Estimation du débit de filtration glomérulaire (CKD-EPI) pour évaluer la fonction rénale	*	*	*
Dépistage des cancers				
Le même que celui proposé dans la population générale		*	*	*



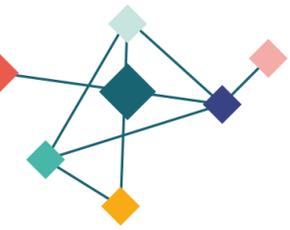


Evaluation systématique

- **Composante alimentaire**
 - Recherche de TCA

- **Dimension psychosociale**
 - Evaluation psychologique spécialisée si nécessaire
 - Accompagnement social des personnes ayant un environnement défavorable

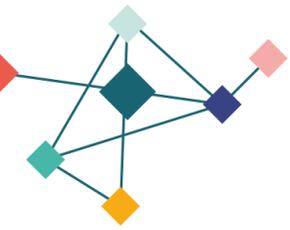
- **Activité physique et Autonomie**
 - Consultation auprès d'un professionnel spécialisé dans le handicap si nécessaire



Modifications thérapeutiques du mode de vie

- **L'objectif de PEC ne se résume pas à un objectif pondéral, mais concerne aussi l'amélioration des comorbidités, des facteurs de risque, de la qualité de vie et de la mobilité**
 - L'indication de PdP: au cas par cas et adaptée au patient
 - projet personnalisé de soins
 - Personnes âgées de 70 ans et plus : vigilance particulière sur le risque de sarcopénie, de fragilité et de dénutrition que peut entraîner ou aggraver une perte de poids.

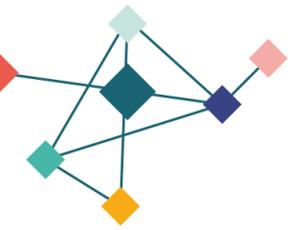




Modifications thérapeutiques du mode de vie

■ **Prise en charge nutritionnelle**

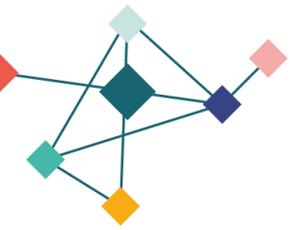
- Réduire les apports énergétiques : de façon modérée et personnalisée
- Obtenir un changement du comportement alimentaire
- Prendre en charge de la composante émotionnelle de l'alimentation
- Instaurer de modifications alimentaires en phase avec le PNNS
- Les régimes déséquilibrés ou très restrictifs sont déconseillés
- Une alimentation de type méditerranéenne est intéressante



Modifications thérapeutiques du mode de vie

■ **Activité Physique**

- Lutter contre la sédentarité et l'inactivité physique
 - 150 à 300 min/sem d'AP d'intensité modérée
- OU
- 75 à 150 min/sem d'AP (endurance) d'intensité vigoureuse
- OU
- une combinaison équivalente d'AP d'intensité modérée et vigoureuse / sem
- ET**
- au moins 2 j/sem de renforcement musculaire sur tous les groupes musculaires
- ET**
- rompre régulièrement les périodes de sédentarité

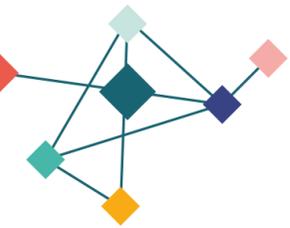


Modifications thérapeutiques du mode de vie

▪ **PEC problématiques psychiques et comportementales**

- Si perturbations du comportement alimentaire : Thérapies cognitivo-comportementales et émotionnelles et la pleine conscience
- PEC psychothérapeutique
 - des troubles associés
 - du rapport à l'alimentation
 - du rapport au corps, des évènements de vie
 - des conséquences de l'obésité





Modifications thérapeutiques du mode de vie

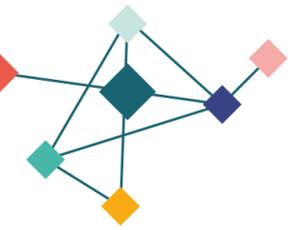
■ ETP

- Afin d'améliorer l'accès à l'offre de soins et l'accompagnement des personnes dans la durée, l'ETP de proximité est à développer

■ SSR

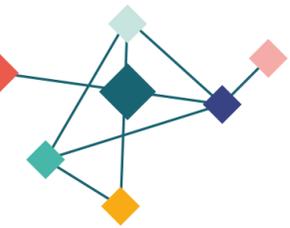
- → situations somatiques graves ou invalidantes ou comportant plusieurs comorbidités
- → suite de soins aigus pour les sujets nécessitant des équipements adaptés
- → séjour de « rupture » prolongée
- → rééducation locomotrice en cas de perte d'autonomie liée à l'obésité
- → Patients en échec de PEC





PEC médicamenteuse

- **Relève des niveaux 2 et 3**
- Traitement par analogue du GLP1 avec AMM dans l'obésité
 - Echec de la PEC nutritionnelle bien conduite (< 5 % PdP à 6 mois) sous réserve de l'implication du patient dans les soins
 - D'emblée chez les patients dont l'obésité compromet leur autonomie ou entraîne une altération sévère de la fonction d'un organe, et pour lesquels les changements du mode de vie sont limités

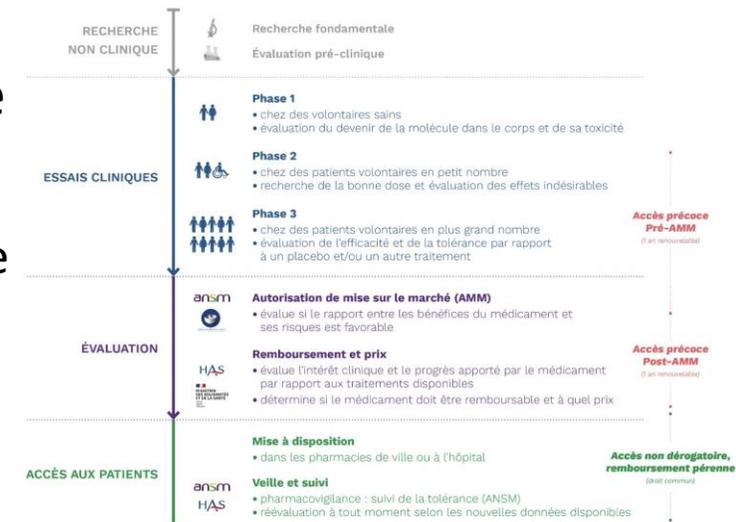


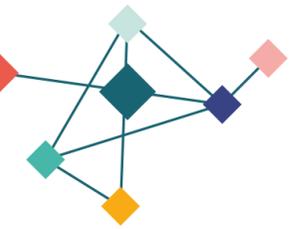
PEC médicamenteuse

- **SAXENDA® (Liraglutide) : non remboursé (≈ 240euro/mois)**
 - ≥ 30 ou
 - $\geq 27 \text{ kg/m}^2$ et $< 30 \text{ kg/m}^2$
 - + au moins un facteur de comorbidité lié au poids : dysglycémie (prédiabète ou diabète de type 2), HTA , une dyslipidémie ou SAS.

- **WEGOVY® (semaglutide) : autorisation d'accès précoce**
 - $\text{IMC} \geq 40$
 - + au moins un facteur de comorbidité lié au poids : HTA traitée, dyslipidémie traitée, MCV établie, SAS appareillé
 - Absence d'alternative thérapeutique

— ζ





Conclusion

- PEC en fonction de la sévérité de l'obésité
- Permettre de revenir à un niveau de PEC inférieur
- PEC =
 - Recherche de complication
 - Modification thérapeutique du mode de vie
 - Nouvelle thérapeutique médicamenteuse
- Recommandations chirurgie bariatrique en cours

Merci pour votre attention

**Forum Obésité du CSO du Limousin
9 Novembre 2022 à Beaublanc
(Limoges)**

