

Le diagnostic de l'obésité est-il réellement facile ?

Cette question peut paraître surprenante car elle ne semble pas poser de problème clinique et l'index de masse corporelle (IMC : poids en kg/taille² en m) est la référence.

Le poids est normal quand l'IMC est compris entre 18 et 25 kg/m², il y a surcharge pondérale quand il est entre 25 et 30 kg/m² et obésité quand il est supérieur à 30 kg/m² (grade 1 : 30-35 ; grade 2 : 35-40 ; grade 3 : > 40).

En utilisant cette définition, Romero-Corral *et al.* [1] ont réalisé une méta-analyse sur 250 102 sujets suivis pendant 3,8 ans et sélectionnés à partir de 40 études de cohorte afin d'évaluer le risque de mortalité totale et vasculaire en fonction de la corpulence.

Par rapport à l'IMC considéré comme normal, la mortalité totale était plus élevée pour l'IMC < 20 (RR = 1,37) et la plus basse pour la surcharge pondérale (RR = 0,88), alors qu'elle n'était pas significativement augmentée pour les obèses (RR ≈ 1). La mortalité cardiovasculaire suivait la même tendance, sauf pour l'obésité sévère (IMC > 35) où elle était la plus élevée (RR = 1,88).

Ce résultat résiste à tous les ajustements sur les facteurs de risque ou les pathologies intercurrentes.

Les auteurs avancent différentes hypothèses pour expliquer ce "paradoxe" de l'obésité. La recherche et la correction, peut-être moins active, des facteurs de

risque chez les sujets minces peuvent être une première explication.

Une autre hypothèse est que dans ces études, seul l'IMC à l'inclusion a été considéré, sans tenir compte de l'effet favorable éventuel d'une perte de poids qui est le plus souvent observée uniquement chez les patients en surpoids ou obèses. Enfin, il est possible que l'IMC ne soit pas un excellent indicateur de l'adiposité qui est le facteur essentiel de risque vasculaire à la fois sur un plan quantitatif mais également sur sa répartition.

C'est ce que suggère d'ailleurs l'étude INTERHEART [2]. Cette étude cas/témoins réalisée sur 27 098 patients a montré que le lien entre l'IMC et le risque vasculaire était modeste et qu'il était plus net avec le tour de taille et surtout le rapport taille/hanche, témoin d'une obésité abdominale. Cependant, la relation inverse de risque observée avec le tour de hanche souligne que la masse musculaire et/ou la répartition de la masse adipeuse était probablement un élément important à prendre en compte.

Le rôle délétère de la réduction de la masse musculaire, encore appelé sarcopénie, est un facteur émergent de surmortalité. L'IMC, pour ses valeurs basses, est probablement un bon reflet de la sarcopénie, et à l'inverse, dans les valeurs très élevées, il représente l'accumulation de masse adipeuse avec le surrisque qui lui est lié. En revanche, dans les valeurs intermédiaires, il ne permet probablement pas d'identifier et de séparer l'excès de masse adipeuse ou de masse musculaire.



M. KREMPF

Clinique d'Endocrinologie, Maladies Métaboliques et Nutrition, Hôtel Dieu, NANTES.

C'est cette hypothèse qui a été testée à nouveau par l'équipe de Romero-Corral *et al.* [3] en mesurant la composition corporelle obtenue par pléthysmographie corporelle totale qui permet d'obtenir le pourcentage maigre et de masse grasse.

Cette mesure a été réalisée chez 95 patients coronariens et confrontée à l'IMC. La définition de l'OMS de l'obésité a été utilisée comme référence (masse adipeuse > 25 % du poids total pour l'homme et > 35 % pour la femme). Avec la méthode de mesure directe de la masse grasse, 78,9 % des patients étaient obèses alors que seulement 34,7 % avaient un IMC > 30 kg/m².

L'IMC est effectivement assez performant pour détecter les sujets obèses pour les formes sévères, mais il est assez peu discriminant pour différencier la masse maigre et la masse grasse pour les valeurs modérées de surpoids (IMC > 25) et notamment pour les patients âgés (> 65 ans).

En pratique, quelle signification attribuer à ces études ? Pour la recherche clinique, elles indiquent la nécessité de mettre en place des études permettant d'évaluer le risque vasculaire chez des patients coronariens en fonction non seulement de l'IMC mais en rela-

tion avec la masse maigre et/ou la masse adipeuse et sa répartition obtenues par examens non invasifs validés (impédancemétrie, pléthysmographie ou DEXA).

En pratique clinique, faut-il aujourd'hui respecter le surpoids des patients obèses ?

Il est certain que la réduction pondérale est utile chez les patients présentant des obésités sévères (> 35 kg/m²). Chez eux, l'IMC est bien lié au risque. Surtout, les deux études d'évaluation de la chirurgie bariatrique ont clairement montré que la perte de poids à long terme chez ces patients permettait de réduire de

manière très significative la mortalité totale et cardiovasculaire.

Pour les autres patients, il faut considérer des marqueurs de risque plus spécifiques, comme le tour de taille ou surtout le rapport taille/hanche (> 0,83 pour les femmes et 0,9 pour les hommes, à partir des données de INTERHEART) pour proposer une intervention.

L'intérêt de l'amaigrissement sur ces patients sera probablement confirmé dans une grande étude actuellement en cours (étude SCOUT). Dans cette prise en charge, il apparaît important d'associer à la diététique la prévention de la sarcopénie par l'activité physique, sou-

lignant s'il en était besoin la nécessité de la réhabilitation fonctionnelle des patients coronariens. ■

Bibliographie

1. ROMERO-CORRAL A, MONTORI VM, SOMERS VK *et al.* Association of bodyweight with total mortality and with cardiovascular events in coronary artery disease: a systematic review of cohort studies. *Lancet*, 2006; 368: 666-78.
2. YUSUF S, HAWKEN S, OUNPUU S *et al.* Obesity and the risk of myocardial infarction in 27 000 participants from 52 countries: a case-control study. *Lancet*, 2005; 366: 1 640-9.
3. ROMERO-CORRAL A, SOMERS VK, SIERRA-JOHNSON J *et al.* Diagnostic performance of body mass index to detect obesity in patients with coronary artery disease. *Eur Heart J*, 2007; 28: 2 087-93.

L'auteur a déclaré ne pas avoir de conflit d'intérêt concernant les données publiées dans cet article.