

Recommandations nord-américaines pour la prise en charge du surpoids et de l'obésité chez les adultes

→ F. DELAHAYE

Service de Cardiologie, CHU, LYON.

Les recommandations, avec trois autres, ont été publiées durant le congrès de l'*American Heart Association*, en novembre 2013 (Jensen MD... 2013 AHA/ACC/TOS Guideline for the management of overweight and obesity in adults. *J Am Coll Cardiol*, 2013 Nov 7 ou *Circulation*, 2013 Nov 12 ou *Obesity* [Silver Spring] 2013 Nov 12).

Le processus d'élaboration des présentes recommandations est nouveau (voir l'article sur ce sujet dans ce numéro).

Plus de 78 millions d'adultes étaient obèses aux États-Unis en 2009-2010. L'obésité augmente le risque de morbidité due à l'hypertension artérielle, une dyslipidémie, un diabète de type 2, la maladie coronaire, les accidents vasculaires cérébraux, les atteintes de la vésicule biliaire, l'ostéo-arthrite, l'apnée du sommeil, les problèmes respiratoires et certains cancers. L'obésité est aussi associée à un risque accru de mortalité par maladie cardiovasculaire (MCV) et ce de toutes causes.

Le surpoids est défini par un indice de masse corporelle (IMC, *body mass index* [BMI] en anglais) entre 25 et 29,9 kg/m², et l'obésité par un IMC ≥ 30 kg/m². Les estimations actuelles sont que, aux États-Unis, 69 % des adultes sont en surpoids ou obèses, 35 % sont obèses.

Recommandations

>>> Identification des sujets qui doivent perdre du poids (IMC et tour de taille) :
– mesurer la taille et le poids et calculer l'IMC à chaque visite annuelle ou plus souvent (I, C) ;

– utiliser les seuils actuels pour le surpoids (IMC entre 25,0 et 29,9 kg/m²) et l'obésité (IMC ≥ 30 kg/m²) pour identifier les adultes qui peuvent être à risque accru de MCV, et le seuil actuel pour l'obésité (IMC ≥ 30) pour identifier les adultes qui peuvent être à risque accru de décès de toutes causes (I, B) ;
– informer les sujets adultes en surpoids ou obèses que plus l'IMC est élevé, plus le risque est accru de MCV, de diabète de type 2 et de décès de toutes causes (I, B) ;
– mesurer le tour de taille à chaque visite annuelle ou plus souvent chez les sujets en surpoids ou obèses ;
– informer les adultes que plus le tour de taille est élevé, plus le risque est augmenté de MCV, de diabète de type 2 et de décès de toutes causes. Les seuils actuellement utilisés (soit du NIH/NHLBI, soit du WHO/IDF) peuvent continuer d'être utilisés pour identifier des patients qui peuvent être à risque accru (IIa, B).

>>> Assortir les bénéfices du traitement au profil de risque (effet de la réduction du poids sur les facteurs de risque cardiovasculaire, les événements cardiovasculaires, la morbidité et la mortalité).

>>> Informer les adultes en surpoids ou obèses ayant des facteurs de risque cardiovasculaire (HTA, dyslipidémie et hyperglycémie) que des modifications du style de vie produisant une perte de poids, même modérée, prolongée, de 3 à 5 %, entraînent des bénéfices importants en termes de santé, et qu'une perte de poids plus importante entraîne un bénéfice plus important (I, A) :

– une perte de poids prolongée de 3 à 5 % entraînera probablement une réduction cliniquement significative de la triglycéridémie, de la glycémie, du taux d'HbA1c et du risque d'avoir un diabète de type 2 ;

– une réduction plus importante du poids entraînera une diminution de la tension artérielle et de la cholestérolémie des LDL et une augmentation de la cholestérolémie des HDL, une diminution du besoin de médicaments pour contrôler la tension artérielle, la glycémie et les taux de lipides, et une réduction plus importante de la triglycéridémie et de la glycémie.

>>> Régimes alimentaires pour la perte de poids

Prescrire un régime afin de diminuer la quantité de calories ingérées représente un des éléments d'un programme complet d'intervention sur le style de vie. Une des trois méthodes suivantes peut être utilisée (I, A) :

– prescrire un régime de 1 200-1 500 kcal/j chez les femmes et 1 500-1 800 kcal/j chez

NUMÉRO 300

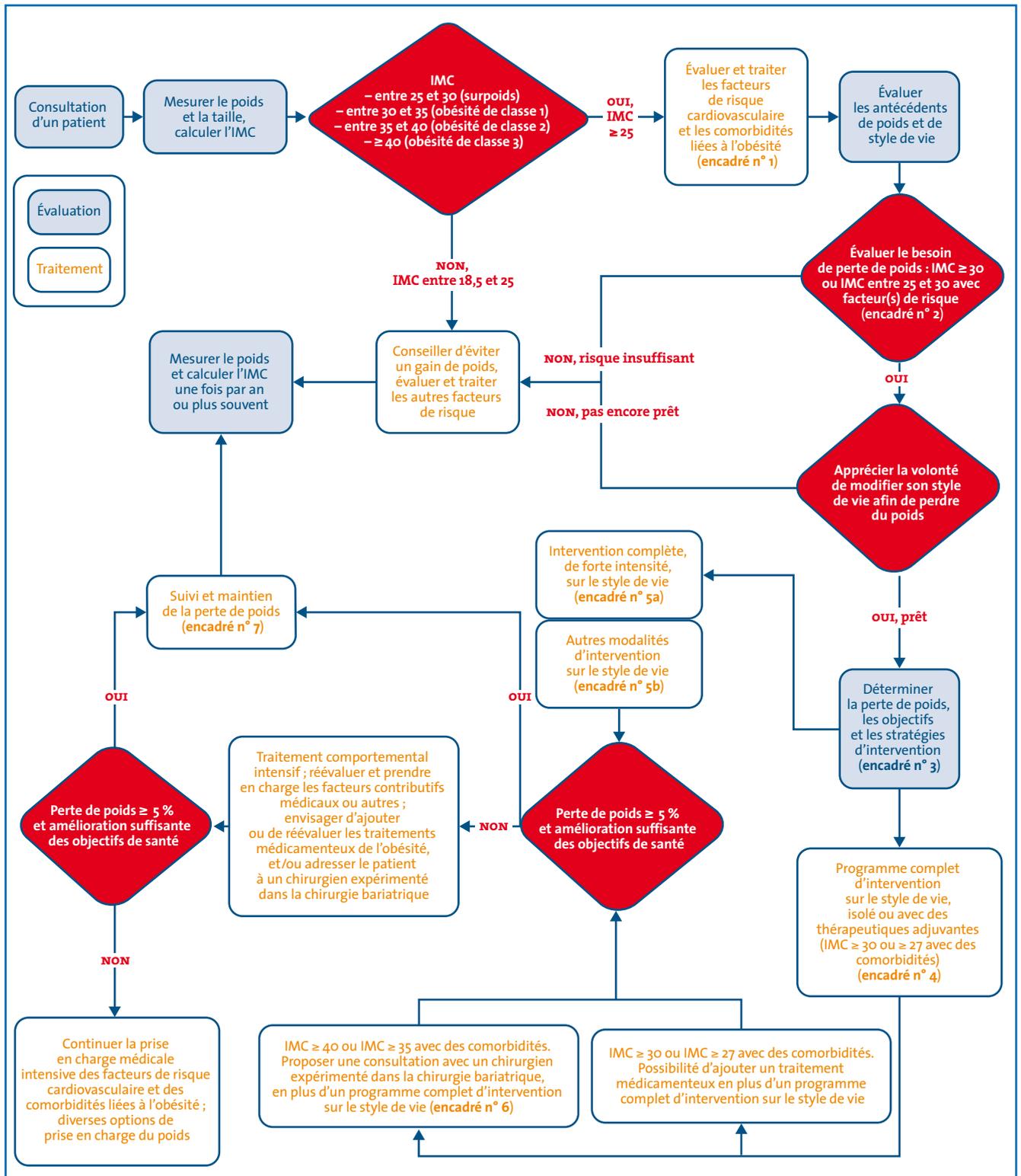


FIG. 1: Algorithme thérapeutique.

Encadré n° 1

Quand l'IMC est entre 25 et 35 kg/m², mesurer le tour de taille (quand l'IMC est > 35, pas d'information supplémentaire grâce au tour de taille). Les seuils sont de 88 cm chez les femmes et 102 cm chez les hommes. Un tour de taille accru est indicateur d'un risque cardiométabolique accru.

Encadré n° 2

IMC entre 25 et 30 et facteurs de risque : notamment diabète, prédiabète, hypertension, dyslipidémie, tour de taille accru, ou autres comorbidités liées à l'obésité.

Encadré n° 3

- Un objectif de perte de poids réaliste et significatif est une première étape importante. Bien qu'une perte de poids maintenue d'aussi peu que 3 à 5 % puisse entraîner des réductions cliniquement significatives de certains facteurs de risque cardiovasculaire, une perte de poids plus importante entraîne un bénéfice plus important. La recommandation est un objectif initial de perte de 5 à 10 % du poids de base dans les 6 mois.
- Les méthodes de perte de poids recommandées sont la restriction calorique, l'activité physique, ou les deux. Une réduction calorique d'au moins 500 kcal/j peut être atteinte par un régime alimentaire de 1200 à 1500 kcal/j chez les femmes et 1500 à 1800 kcal/j chez les hommes. Le type de régime peut être individualisé selon les préférences du patient et son état de santé. Les régimes de moins de 800 kcal/j ne doivent être prescrits que dans des circonstances limitées, dans un environnement médical dans lequel il y a une supervision médicale et une intervention intense sur le style de vie.
- Si un régime doit être prescrit pour la réduction du risque cardiovasculaire, le diabète ou d'autres situations médicales, il est recommandé d'adresser le patient à un diététicien. Pendant la perte de poids, il faut surveiller le besoin éventuel d'une modification thérapeutique, notamment pour le traitement antihypertenseur et le traitement antidiabétique qui peut entraîner une hypoglycémie.

Encadré n° 4

- Options pour la perte de poids : programme complet d'intervention sur le style de vie, isolé ou avec thérapeutiques adjuvantes.
- À tous les patients chez lesquels une perte de poids est recommandée, il doit être offert un programme complet d'intervention sur le style de vie (**encadrés n°5a et 5b**). Un programme complet d'intervention sur le style de vie, de préférence par un intervenant entraîné (diététicien, psychologue, spécialiste de l'exercice, conseiller en santé...) ou un professionnel de la nutrition, est fondamental pour la perte de poids. Il est recommandé de proposer un tel programme avant d'ajouter des thérapeutiques adjuvantes, puisque cela va suffire chez de nombreux patients.
- Si le patient n'arrive pas à perdre du poids ou à maintenir la perte de poids avec un programme complet d'intervention sur le style de vie, et si l'IMC est ≥ 30 ou ≥ 27 avec comorbidités, des thérapeutiques adjuvantes peuvent être envisagées.
- Chez les patients qui, par ailleurs, sont des candidats appropriés à un traitement médicamenteux de l'obésité ou à une chirurgie bariatrique, dont le poids et l'histoire suggèrent une incapacité à perdre du poids ou à maintenir une perte de poids, et qui auparavant ont participé à un programme complet d'intervention sur le style de vie, on peut proposer d'ajouter le traitement médicamenteux au moment de l'initiation du programme complet d'intervention sur le style de vie.

Encadré n° 5a

- La mesure comportementale la plus effective sur la perte de poids est l'intervention de perte de poids de haute intensité (≥ 14 séances en 6 mois) complète, individuelle ou en groupe, par un intervenant entraîné. Les principales composantes sont :
 - 1) régime réduit en calories ;
 - 2) programme d'augmentation de l'activité physique ;
 - 3) utilisation de stratégies comportementales afin de faciliter l'adhésion aux recommandations de régime et d'activité physique. Ces mesures entraînent en moyenne une perte de poids de 8 kg en 6 mois.

Encadré n° 5b

Lorsque des séances avec un intervenant entraîné ne sont pas possibles, des alternatives peuvent être envisagées : interventions délivrées électroniquement (Internet ou téléphone) qui fournissent une information en retour personnalisée par un intervenant entraîné, ou programmes commerciaux donnant des conseils (en face à face ou par téléphone) avec ou sans repas préemballé, sous réserve qu'il y ait des preuves scientifiques d'efficacité et de sécurité.

Encadré n° 6

Chez les patients qui sont motivés pour perdre du poids et qui n'ont pas répondu de façon suffisante aux traitements comportementaux, la chirurgie bariatrique peut être une option appropriée. En l'absence d'essais randomisés identifiant la durée et la perte de poids optimales des traitements non chirurgicaux avant de recommander une chirurgie bariatrique, la décision d'adresser le patient à un chirurgien expérimenté dans la chirurgie bariatrique doit être basée sur plusieurs facteurs, parmi d'autres : motivation du patient, adhésion au traitement, risque opératoire, optimisation des comorbidités.

Encadré n° 7

- Typiquement, l'obésité est une condition chronique qui se développe durant toute la vie d'un individu. La prévalence de l'obésité a beaucoup augmenté durant les 30 dernières années, surtout du fait des modifications environnementales qui promeuvent une augmentation de la consommation de nourriture agréable au goût, riche en calories, une diminution de l'activité physique et un style de vie plus sédentaire. Dans un tel environnement, il est difficile de maintenir un poids sain et d'empêcher un gain de poids. Les interventions de maintien de la perte de poids sont plus efficaces à long terme que les interventions limitées dans le temps. Les cliniciens doivent savoir que pour les patients obèses c'est un défi durant toute la vie.
- Le profil habituel de la perte de poids chez les patients ayant une intervention sur le style de vie est un maximum de perte de poids à 6 mois, puis un plateau, puis un gain de poids graduel au cours du temps.
- Les stratégies de maintien du poids après une perte de poids couronnée de succès sont différentes des stratégies de perte de poids. La flexibilité et la volonté d'essayer diverses approches sont recommandées. La participation à un programme complet de maintien de la perte de poids durant plus d'un an, avec des contacts au moins mensuels, face à face ou par téléphone, peut améliorer le maintien de la perte de poids. L'auto-pesée au moins une fois par semaine, la consommation d'un régime alimentaire réduit en calories et un haut niveau d'activité physique (> 200 minutes/semaine) sont associés à un meilleur maintien du poids au cours du temps.

les hommes (la quantité de kcal est habituellement ajustée sur le poids du sujet);
 – prescrire un déficit énergétique de 500 à 750 kcal/j;
 – prescrire un des régimes restreignant certaines catégories d'aliments (aliments riches en carbohydrates, aliments pauvres en fibres, ou aliments riches en graisses) afin de créer un déficit énergétique par la réduction de l'ingestion alimentaire.

Prescrire un régime réduit en calories selon les préférences et l'état de santé du patient et, de préférence, adresser le patient à un diététicien. Plusieurs approches diététiques peuvent produire une diminution du poids (la liste des régimes possibles est fournie dans l'article original) (I, A).

>>> Modifications du style de vie

Conseiller au sujet en surpoids ou obèse de participer, pendant au moins 6 mois, à un programme complet d'intervention sur le style de vie qui aide les participants à adhérer à un régime pauvre en calories et à augmenter l'activité physique via des stratégies comportementales (I, A).

Prescrire des sessions intensives (≥ 14 séances en 6 mois) de perte de poids, en séances individuelles ou collectives, par du personnel entraîné (I, A).

Les programmes de perte de poids par électronique (y compris par téléphone), qui incluent une information en retour personnalisée de la part d'un intervenant entraîné, peuvent être prescrits mais peuvent entraîner une réduction de poids moindre qu'une intervention face à face (IIa, A).

La prescription d'un régime très pauvre en calories (< 800 kcal/j) est rare et ne peut être faite que par des intervenants entraînés, dans un environnement médicalisé, dans lequel une surveillance médicale et une intervention intense

sur le style de vie peuvent être fournies. Une supervision médicale est requise du fait de la perte rapide de poids et de la possibilité de complications (IIa, A).

On doit conseiller aux sujets en surpoids et obèses qui ont perdu du poids de participer à un programme complet de maintien de la perte de poids pendant au moins un an (I, A).

Pour le maintien de la perte de poids, prescrire un programme de maintien de la perte de poids, face à face ou par téléphone, avec contact régulier (au moins mensuel) avec un intervenant entraîné qui aide les participants à avoir une activité physique importante (par exemple 200-300 minutes/semaine), qui surveillent leur poids régulièrement (par exemple une fois par semaine ou plus) et qui ont un régime pauvre en calories (afin qu'il n'y ait pas de reprise de poids) (I, A).

>>> Sélection des patients pour une chirurgie "bariatrique"

Informers les adultes avec un IMC ≥ 40 ou un IMC ≥ 35 avec comorbidités liées à l'obésité, qui sont motivés pour perdre du poids et qui n'ont pas répondu aux traitements comportementaux (avec ou sans traitement médicamenteux), que la chirurgie bariatrique peut être une option appropriée afin d'améliorer leur santé et proposer une consultation avec un chirurgien expérimenté en chirurgie bariatrique (IIa, A).

En cas d'IMC < 35 , il n'y a pas suffisamment de preuves pour recommander ou déconseiller une chirurgie bariatrique.

Informers les patients que le choix du type de chirurgie bariatrique peut être influencé par des facteurs liés au patient, incluant l'âge, la sévérité de l'obésité, les comorbidités liées à l'obésité, d'autres facteurs de risque périopératoire, le risque de complication à court et à long terme, des facteurs comportementaux et psychosociaux, l'acceptation du risque

par le patient et des facteurs liés au chirurgien et à son environnement (IIb, C).

Quelques données sur l'effet de la perte de poids

Chez les sujets en surpoids ou obèses, la réduction du poids par les interventions sur le style de vie ou par les médicaments affecte-t-elle les facteurs de risque cardiovasculaire, les événements cardiovasculaires, la morbidité et la mortalité cardiovasculaires ?

Chez les sujets en surpoids ou obèses à risque de diabète de type 2, une perte de poids de 2,5 à 5,5 kg à au moins 2 ans réduit le risque d'avoir un diabète de type 2 de 30 à 60 %.

Chez les adultes en surpoids ou obèses et diabétiques de type 2, une perte de poids de 2 à 5 %, obtenue en 1 à 4 ans, par intervention sur le style de vie, entraîne une réduction modeste de la glycémie (0,2 g/L) et une baisse du taux d'HbA1c de 0,2 à 0,3 %.

Une réduction de poids plus importante entraîne une réduction plus importante du taux d'HbA1c: une perte de poids de 5 à 10 % est associée à une baisse du taux d'HbA1c de 0,6 à 1,0 % et entraîne un besoin moindre de médicaments antidiabétiques.

Avec une perte de poids de 3 kg, il y a une réduction moyenne de la triglycéridémie d'au moins 0,15 g/L. Avec une perte de 5 à 8 kg, il y a une réduction de la cholestérolémie des LDL d'environ 0,05 g/L et une augmentation de la cholestérolémie des HDL de 0,02 à 0,03 g/L.

Chez les adultes à risque cardiovasculaire accru, il y a une relation dose-réponse entre la quantité de perte de poids à 3 ans et le niveau de tension artérielle. Avec une perte de poids de 5 %, la réduction moyenne de la tension artérielle systolique et diastolique est respectivement de 3 et 2 mmHg.