

L'adulte préobèse ou obèse un casse-tête pas si compliqué!

Sylvie Lacoursière et Jocelyn Hébert

M^{me} Rondelette, 53 ans, et son conjoint M. Trappu, 57 ans, viennent vous voir aujourd'hui pour leur examen annuel. Ils sont conscients que l'obésité touche de plus en plus de gens, mais trouvent normal et même sain d'avoir un léger excès de poids en vieillissant. Ils espèrent bien que vous ne leur parlerez pas d'obésité, ni d'exercice ou de régime. Cependant, vous connaissez les conséquences importantes d'un surplus de poids et vous ne pouvez passer sous silence ce sujet que vos patients redoutent tant.

COMMENÇONS PAR le commencement : reconnaissons l'obésité. En 2009, 52 % de la population canadienne adulte avait un excès de poids. L'obésité est donc un problème courant en médecine familiale¹, mais constitue souvent un défi de taille pour la prise en charge en première ligne². Soixante-dix-neuf pour cent des médecins de famille sont conscients qu'ils ont un rôle à jouer dans la lutte contre l'obésité, mais 58 % ne se sentent pas en mesure de l'assumer³. Les raisons invoquées sont multiples : une formation inadéquate sur les interventions efficaces et sur le counselling, un manque de temps lors des consultations, une absence de motivation des patients et un faible taux de réussite à long terme².

De plus, même si les médecins de famille repèrent la moitié des patients ayant un problème de poids, ils ne font des recommandations qu'à 33 % de ces derniers⁴. Selon une vaste étude menée aux États-Unis, seulement 42 % des patients dont l'indice de masse

La D^{re} Sylvie Lacoursière, omnipraticienne, est médecin-conseil à la Direction de santé publique de la Mauricie et du Centre-du-Québec. Elle exerce principalement dans le domaine des maladies infectieuses et des maladies chroniques. Le D^r Jocelyn Hébert, omnipraticien, est médecin responsable du GMF Bécancour et président de la table médicale territoriale Bécancour Nicolet-Yamaska. Il exerce en médecine familiale et a un intérêt pour la médecine sportive.

Tableau 1

Diagnostic différentiel du surplus de poids⁶

- ⊗ Prise de médicaments
 - ⊕ Antidépresseurs tricycliques
 - ⊕ Antipsychotiques
 - ⊕ Stabilisateurs de l'humeur
 - ⊕ Antiépileptiques
 - ⊕ Corticostéroïdes
 - ⊕ Antihistaminiques, etc.
- ⊗ Hypothyroïdie
- ⊗ Syndrome de Cushing (hypercortisolémie)
- ⊗ Hypogonadisme
- ⊗ Syndrome des ovaires polykystiques
- ⊗ Hypopituitarisme

corporelle (IMC) était supérieur ou égal à 30 avaient été avisés par leur médecin qu'ils devaient perdre du poids³. Voyons comment nous pourrions améliorer ces statistiques.

À qui s'adresse cette évaluation ?

Bien que le patient atteint d'obésité et des maladies qui s'y rattachent nécessite un suivi particulier, le groupe d'experts d'Obésité Canada et du programme éducatif canadien sur l'hypertension (PECH) recommande la mesure de l'IMC et du tour de taille chez tous les adultes⁵. Les patients qui désirent cesser de

Tableau II**Critères d'attribution d'une catégorie aux recommandations**

Catégorie	Critère
A	Recommandation solide (les interventions peuvent s'appliquer à la plupart des personnes dans la plupart des circonstances) <ul style="list-style-type: none"> ⊗ Les avantages l'emportent clairement sur les risques (ou vice versa) ⊗ Niveau de valeur probante 1, 2 ou 3
B	Recommandation intermédiaire (les interventions peuvent varier selon les caractéristiques du patient ou d'autres circonstances) <ul style="list-style-type: none"> ⊗ On ne sait pas clairement si les avantages l'emportent sur les risques ⊗ Niveau de valeur probante 1, 2 ou 3
C	Recommandation de consensus (faible) (d'autres interventions peuvent être tout aussi raisonnables) <ul style="list-style-type: none"> ⊗ On ne sait pas clairement si les avantages l'emportent sur les risques ⊗ Niveau de valeur probante 3 ou 4

Source : Lau D, Douketis JD, Morrison KM et coll. Lignes directrices canadiennes de 2006 sur la prise en charge et la prévention de l'obésité chez les adultes et les enfants. *CMAJ* 2007 ; 176 : SF1-SF14. Reproduction autorisée.

fumer et ceux qui doivent prendre un médicament susceptible d'occasionner une prise de poids doivent aussi faire l'objet d'une attention particulière (*tableau I*)⁶.

Évaluation du patient

Le médecin qui veut déterminer si son patient a un poids santé, est préobèse ou obèse doit employer différentes mesures pour bien l'évaluer. Les deux plus courantes et reconnues sont l'IMC et le tour de taille. Elles permettent de connaître la catégorie d'obésité et la répartition des tissus adipeux et ainsi de prédire les complications possibles (catégorie A) (*tableaux II et III*)⁷. Ces mesures serviront de référence pour le suivi ultérieur du patient.

Quels sont les outils d'évaluation ?

La première mesure, l'IMC, constitue un moyen

Tableau III**Critères d'attribution d'un niveau de valeur probante à des recommandations**

Niveau de valeur probante	Critère
1	⊗ Essais à répartition aléatoire (ou méta-analyses) sans limites importantes
2	⊗ Essais à répartition aléatoire (ou méta-analyses) avec limites importantes ⊗ Études par observation (essais cliniques sans répartition aléatoire ou études de cohortes) avec preuves convaincantes
3	⊗ Autres études par observation (études de cohortes prospectives, études cas-témoins, séries de cas)
4	⊗ Données insuffisantes ou inexistantes dans la population étudiée ⊗ Preuves anecdotiques ou expérience clinique

Source : Lau D, Douketis JD, Morrison KM et coll. Lignes directrices canadiennes de 2006 sur la prise en charge et la prévention de l'obésité chez les adultes et les enfants. *CMAJ* 2007 ; 176 : SF1-SF14. Reproduction autorisée.

d'établir si le patient est préobèse ou obèse (catégorie A, niveau 3)⁸ (*tableau IV*)⁷. La préobésité est plus fréquente chez les hommes tandis que l'obésité prédomine chez les femmes^{9,10}.

L'IMC est facile à utiliser et peut être calculé à l'aide de la formule suivante : poids (kg)/taille au carré (m²) ou de tables existantes. Différents sites Internet, dont celui de Passeport Santé (www.passeportsante.net/fr/VivreEnSante/Tests/Test_IMC.aspx), sont utiles pour calculer l'IMC très facilement.

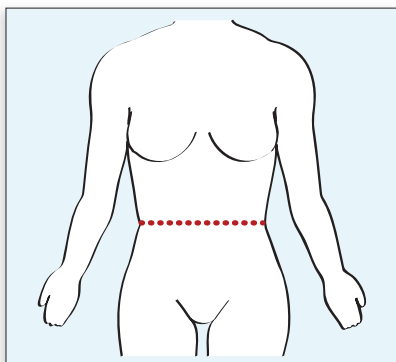
Bien qu'utile, facile et fiable, l'IMC mesure l'obésité globale et ne peut suffire à lui seul à évaluer un patient, particulièrement s'il est âgé. Chez cette catégorie de personnes, l'IMC donne une idée de la conservation de la masse maigre et non de l'adiposité¹. Sa marge

Le groupe d'experts d'Obésité Canada et du programme éducatif canadien sur l'hypertension (PECH) recommande la mesure de l'indice de masse corporelle et du tour de taille chez tous les adultes.

Repère

Figure 1

Mesure du tour de taille



Source : Automesure.com. Onglet tour de taille. Site Internet : www.automesure.com/Pages/tour-taille.htm Reproduction autorisée.

d'erreur peut aller jusqu'à 4 % dû au fait que les gens âgés ont généralement une plus grande proportion de graisse interne⁴. De plus, l'IMC ne donne pas d'information sur la distribution des graisses, ce qui est important pour prédire les complications associées à l'obésité (catégorie A, niveau 3).

Lorsque l'IMC se trouve entre 25 kg/m² et 35 kg/m², la mesure du tour de taille devient nécessaire. Cette deuxième mesure est la plus utile pour prédire les risques pour la santé, tels que le diabète de type 2 et les maladies cardiovasculaires^{10,11} (catégorie A, niveau 3) et constitue un meilleur indicateur pour prédire l'adiposité viscérale. Si l'IMC est égal ou supérieur à 35 kg/m², le tour de taille n'apportera pas d'indication supplémentaire pour le diagnostic de l'obésité¹⁰. Il sert en fait à préciser le risque de maladies concomitantes en lien avec l'IMC^{1,7} (tableau IV). La mesure doit s'effectuer à mi-chemin entre le haut de la crête iliaque et le bas de la cage thoracique¹¹ (figure 1)¹².

Lorsque le tour de taille atteint 80 cm ou plus chez la femme et 94 cm ou plus chez l'homme (tableau V)¹³, le risque de diabète de type 2, d'hypertension artérielle, de dyslipidémies, de maladies cardiovasculaires, d'AVC, d'apnée du sommeil, de lithiase biliaire, de

certaines troubles musculosquelettiques (dont l'arthrose) et de certains types de cancer (côlon, rein, vésicule, sein, endomètre) est élevé (tableau VI)⁷.

Le rapport tour de taille/tour de hanches est une mesure complémentaire au tour de taille et à l'IMC.

Tableau IV

Indice de masse corporelle (IMC)⁷

Classification	Catégorie de l'IMC (kg/m ²)	Risque de problèmes de santé
Poids insuffisant	< 18,5	Accru
Poids normal	18,5 – 24,9	Moindre
Excès de poids*	25,0 – 29,9	Accru
Obésité		
• Classe I	30,0 – 34,9	Élevé
• Classe II	35,0 – 39,9	Très élevé
• Classe III	≥ 40,0	Extrêmement élevé

* L'excès de poids est maintenant appelé préobésité.

Note : Dans le cas des personnes de 65 ans et plus, l'intervalle « normal » de l'IMC peut s'étendre d'une valeur légèrement supérieure à 18,5 jusqu'à une valeur située dans l'intervalle « excès de poids ».

Source : Santé Canada. *Lignes directrices canadiennes pour la classification du poids chez l'adulte*. Ottawa : Santé Canada ; 2003. Site Internet : www.hc-sc.gc.ca/fn-an/alt_formats/hpfb-dgpsa/pdf/nutrition/weight_book-livres_des_poids-fra.pdf. Reproduction autorisée. La reproduction est une copie d'un document officiel publié par le gouvernement du Canada et n'a pas été faite en association avec le gouvernement du Canada ni avec l'appui de celui-ci.

Tableau V

Valeurs de référence du tour de taille selon l'origine ethnique

Pays ou ethnie	Tour de taille* (en tant que mesure d'obésité tronculaire)	
	Homme	Femme
Europe	≥ 94 cm	≥ 80 cm
Asie du Sud et Chine	≥ 90 cm	≥ 80 cm
Japon	≥ 85 cm	≥ 90 cm
Amérique centrale et du Sud	Utiliser les valeurs de l'Asie du Sud tant que des données plus précises ne seront pas disponibles	
Afrique subsaharienne	Utiliser les valeurs européennes tant que des données plus précises ne seront pas disponibles	
Est de la Méditerranée et Moyen-Orient (populations arabes)	Utiliser les valeurs de l'Asie du Sud tant que des données plus précises ne seront pas disponibles	

* Les limites supérieures de l'indice de masse corporelle (IMC) et du tour de taille varient selon les groupes ethniques.

Source : Lau D, Douketis JD, Morrison KM et coll. Lignes directrices canadiennes de 2006 sur la prise en charge et la prévention de l'obésité chez les adultes et les enfants. *CMAJ* 2007 ; 176 : SF1-SF14. Reproduction autorisée.

Tableau VI**Problèmes de santé associés à l'excès de poids et à l'obésité⁷**

- ⊗ Diabète de type 2
- ⊗ Lithiases vésiculaires
- ⊗ Hypertension artérielle
- ⊗ Arthrose
- ⊗ Dyslipidémie
- ⊗ Certains types de cancer (sein, endomètre, côlon, prostate et rein)
- ⊗ Maladies coronariennes
- ⊗ Dépression et problèmes psychosociaux
- ⊗ Accidents vasculaires cérébraux
- ⊗ Incontinence à l'effort
- ⊗ Apnée obstructive du sommeil
- ⊗ Diminution de la fertilité
- ⊗ Syndrome métabolique et résistance à l'insuline

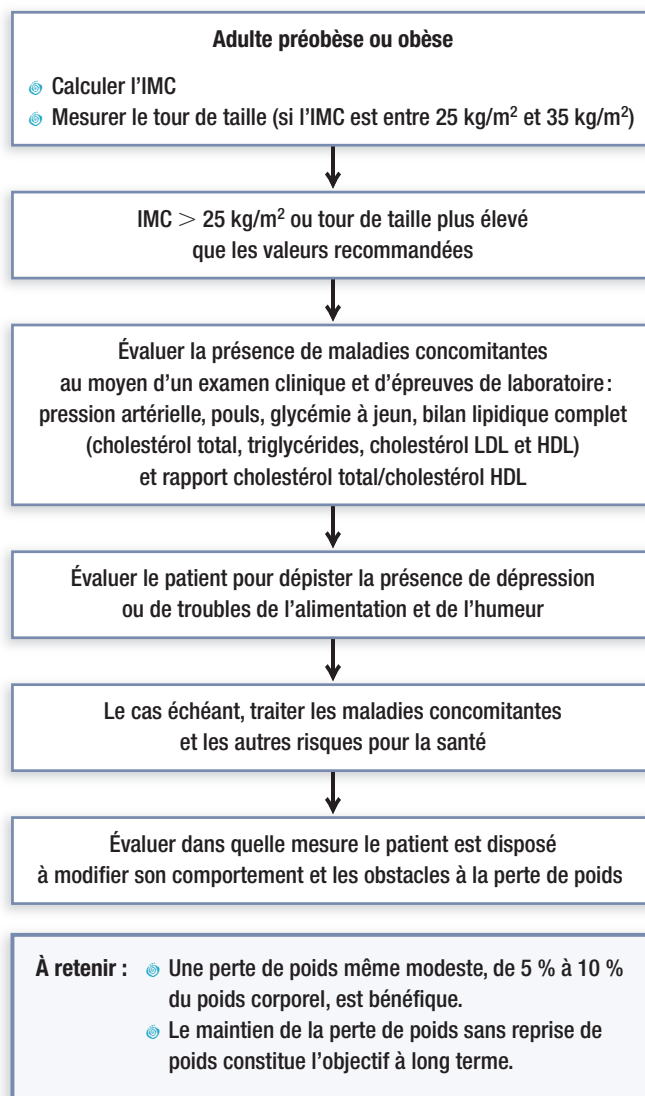
Santé Canada. *Lignes directrices canadiennes pour la classification du poids chez l'adulte*. Ottawa : Santé Canada ; 2003. Site Internet : www.hc-sc.gc.ca/fn-an/alt_formats/hpfb-dgpsa/pdf/nutrition/weight_book-livres_des_poids_f.pdf. Adaptation autorisée. La reproduction est une copie d'un document officiel publié par le gouvernement du Canada et n'a pas été faite en association avec le gouvernement du Canada ni avec l'appui de celui-ci.

Il donne un aperçu de la répartition des graisses. Une valeur supérieure à 0,85 chez la femme et à 1 chez l'homme est considérée comme élevée⁷. Le recours au rapport tour de taille/tour de hanches est cependant de moins en moins fréquent. Par ailleurs, la mesure du pourcentage de graisse corporelle est souvent employée par les éducateurs physiques et les kinésithérapeutes (catégorie A, niveau 3).

Les autres techniques existantes (impédance bioélectrique, absorptiométrie photonique à rayons X, volume total d'eau corporelle) sont très peu utilisées, car elles ne sont pas pratiques, sont trop onéreuses ou sont difficilement accessibles. L'absorptiométrie donne des mesures

précises de la composition du corps entier et partiel (tissus graisseux, osseux et musculaires).

⊗ *M^{me} Rondelette a un IMC de 31,2 kg/m² et un tour de taille de 93 cm.*

Figure 2**Évaluation et prise en charge de l'adulte préobèse ou obèse¹³**

Source : Lau D, Douketis JD, Morrison KM et coll. Lignes directrices canadiennes de 2006 sur la prise en charge et la prévention de l'obésité chez les adultes et les enfants. *CMAJ* 2007 ; 176 : SF1-SF14. Reproduction autorisée.

Les deux méthodes de mesure les plus utilisées et reconnues sont l'indice de masse corporelle et le tour de taille.

- M. Trappu présente un IMC de 29,4 kg/m² (1 m 63, 78 kg) et un tour de taille de 98 cm.

Si le patient a un IMC ou un tour de taille anormal, le médecin devra poursuivre l'évaluation par une anamnèse et un examen physique (catégorie A, niveau 3). Il pourra ainsi vérifier si le patient a des facteurs de risque ou des maladies concomitantes (figure 2)⁷. Il verra à obtenir de l'information sur les habitudes alimentaires, le degré d'activité physique, la consommation d'alcool et l'usage du tabac¹⁴. Le clinicien doit aussi faire un dépistage de la dépression, des troubles de l'humeur, du trouble de déficit de l'attention (TDA), de l'hyperphagie nocturne et des troubles alimentaires¹⁴. Ces problèmes sont fréquents chez les patients obèses (catégorie B, niveau 3). Il devra aussi tenir compte du diagnostic différentiel des causes de surplus de poids.

Quels examens demandés ?

Un bilan sanguin complètera l'évaluation du patient¹³ :

- glycémie à jeun (catégorie A, niveau 3) : risque de prédiabète et de diabète, particulièrement chez les patients atteints d'obésité abdominale ;
- bilan lipidique (catégorie A, niveau 3) : risque de dyslipidémie particulièrement chez les patients atteints d'obésité abdominale ;
 - ❖ cholestérol total, cholestérol HDL, cholestérol LDL, triglycérides, rapport cholestérol-total/cholestérol-HDL ;
- enzymes hépatiques (catégorie B, niveau 3) : risque accru de stéatose hépatique non alcoolique et par le fait même de syndrome métabolique¹⁵ ;
- analyse d'urine (catégorie B, niveau 3) : risque accru d'altération de la fonction rénale ;
- chez les hommes, un déficit en testostérone est à évaluer selon l'examen clinique¹.

M^{me} Rondelette présente les anomalies suivantes : glycémie à jeun à 8,6 mmol/l, triglycérides à 3,2 mmol/l, cholestérol HDL à 0,9 mmol/l et PA à 138 mmHg/ 88 mmHg. Quant à M Trappu, sa glycémie à jeun est à 6,7 mmol/l et ses taux d'enzymes hépatiques sont légèrement perturbés (rapport AST/ALT ≥ 1). M^{me} Rondelette, souffre donc

d'obésité tronculaire de classe 1, de diabète (à confirmer par une deuxième glycémie) et d'hypertriglycéridémie. M. Trappu est atteint de préobésité et possiblement de stéatose hépatique. Par ailleurs, soit il a une glycémie marginalement élevée, soit une intolérance au glucose, ce qu'il faudra confirmer par une épreuve d'hyperglycémie provoquée par voie orale.

L E DÉFI DU MÉDECIN de famille est de bien repérer les patients ayant un problème de poids. De plus, le clinicien doit être capable d'aborder le sujet dans le but de sensibiliser ses patients aux risques pour leur santé s'ils ne modifient pas leurs habitudes de vie. Une bonne évaluation du patient préobèse et obèse permettra de dépister le plus tôt possible les troubles de santé en vue d'une orientation vers les autres membres de l'équipe multidisciplinaire.

En fin de compte, l'évaluation du patient obèse ou préobèse, ce n'est pas si compliqué après tout ! 🍷

Date de réception : le 1^{er} mars 2011

Date d'acceptation : le 20 avril 2011

La D^{re} Sylvie Lacoursière n'a signalé aucun intérêt conflictuel. Le D^r Jocelyn Hébert a reçu une subvention de recherche de Servier Canada en 2010.

Bibliographie

1. Goldenberg R. Déficience en testostérone lien entre diabète type 2 / syndrome métabolique. *Mise à jour de pratique clinique* Endocrinologie et du diabète. Centres LMC. 2011 ; 5 (5) : 1.
2. Daskalopoulou SS, Mikhailidis DP, Elisaf M. Prevention and treatment of the metabolic syndrome. *Angiology* 2004 ; 55 (6) : 589-612.
3. Bocquier A, Verger P, Basdevant A et coll. Overweight and obesity: knowledge, attitudes, and practices of general practitioners in France. *Obes Res* 2005 ; 13 (4) : 787-95.
4. Members of the U.S. Preventive Services Task Force. Screening for Obesity in Adults: Recommendations and Rationale. *Am J Nurs* 2004 ; 104 (5) : 94-102.
5. Thivierge C, Lambert G, Letellier M et coll. *L'examen médical périodique de l'adulte. Données probantes 2009*. Québec et Montréal : Direction de la santé publique, Agence de la santé et des services sociaux de Montréal et Collège des médecins du Québec ; 2009. p. 4.
6. Bélanger H, Claveau D. Le surplus de poids : un problème de taille? *Le Médecin du Québec* 2006 ; 41 (3) : 55-63.

Lorsque l'IMC se trouve entre 25 kg/m² et 35 kg/m², la mesure du tour de taille devient nécessaire.

Repère

Summary

Evaluation of pre-obese and obese adult: not so heavy work!

Obesity is a growing health problem in our society. Therefore, evaluation of obesity among all adult patients is important and must be part of the doctor's periodical exam. Acknowledged methods are available to help physicians, but Body Mass Index (BMI) and waist measurement are preferred for their reliable evidence. The ensuing investigation can help detect comorbidities since obesity is associated to pathologies such as Type-2 diabetes and cardiovascular diseases. Doctor's intervention in promoting changes in eating habits and exercise among his patients is of great importance.

7. Santé Canada. Lignes directrices canadiennes pour la classification du poids chez l'adulte. Ottawa : Santé Canada ; 2003. Site Internet : www.hc-sc.gc.ca/fn-an/alt_formats/hpfb-dgpsa/pdf/nutrition/weight_book-livres_des_poids-fra.pdf (Date de consultation : le 28 février 2011).
8. SIGN. Summary of recommendations: SIGN 115: Management of Obesity. A national clinical guideline. Édimbourg : Scottish Intercollegiate Guidelines Network ; 2010. 96 p. Site Internet : www.sign.ac.uk/pdf/sign115.pdf (Date de consultation : 10 février 2011).
9. McTigue K, Harris R, Hemphill B et coll. Screening and interventions for obesity in adults: summary of the evidence for the U.S. Preventive Services Task Force. *Ann Intern Med* 2003 ; 139 (11) : 933-44.
10. U.S. Preventive Services Task Force, Screening for obesity in adults: recommendations and rationale. *Am Fam Physician* 2004 ; 69 (8) : 1973-6.
11. Hill J. Practical management of obesity in primary care. *Br J Nurs* 2005 ; 14 (17) : 892.
12. Automesure.com. Site Internet : www.automesure.com/Pages/tour-taille.htm, onglet tour de taille. (Date de consultation : le 1^{er} mars 2011).
13. Lau D, Douketis JD, Morrison KM et coll. Lignes directrices canadiennes de 2006 sur la prise en charge et la prévention de l'obésité chez les adultes et les enfants. *CMAJ* 2007 ; 176 (8) : SF1-SF14.
14. SIGN. *Management of Obesity. Quick Reference Guide*. Édimbourg : Scottish Intercollegiate Guidelines Network ; 2010. 17 p. Site Internet : www.sign.ac.uk/pdf/qrg115.pdf (Date de consultation : le 10 février 2011).
15. Lafleur A. La stéatose hépatique non alcoolique : une pathologie bénigne ? *Le Clinicien* 2010 ; 46-8. Site Internet : www.stacommunications.com/journals/leclinicien/2010/02-Mar-2010/046cli.pdf (Date de consultation : mars 2011).