

# Traitement de l'obésité

## comme médecin faites-vous le poids ?

par Denis Prud'homme et S. John Weisnagel

M<sup>me</sup> Tremblay se présente pour sa visite de suivi. Dans son dossier, vous avez noté un IMC de 32,6 kg/m<sup>2</sup>. Voici donc les résultats du bilan que vous avez demandé : taux de TSH à 2 mU/L, glycémie à jeun à 5,6 mmol/L, cholestérol total à 5,3 mmol/L, cholestérol LDL à 3,9 mmol/L, cholestérol HDL à 1 mmol/L, triglycérides à 2,9 mmol/L et ratio CT/HDL à 5,3 évoquant une dyslipidémie.

Étant donné les antécédents familiaux de diabète de la patiente, vous lui aviez aussi prescrit une épreuve d'hyperglycémie provoquée par voie orale (HPO). La glycémie deux heures après l'ingestion de glucose est augmentée à 9,6 mmol/L, ce qui indique la présence d'une intolérance au glucose.

Quelles interventions allez-vous préconiser ?

**S**ELON UN SONDAGE commandé par Medical Top, même si environ le tiers des patients qui consulte un médecin de famille présente un problème d'embonpoint et que le cinquième souffre d'obésité, peu de médecins s'occupent eux-mêmes du poids de leurs patients<sup>1</sup>. De plus, les résultats d'une étude américaine montrent non seulement que le poids du patient influence le désir du médecin d'aider le patient, mais également que le médecin croit, entre autres, que le patient obèse est moins discipliné, moins apte à suivre les recommandations et bénéficiera moins d'une consultation<sup>2</sup>! Ces données portent à réflexion et invitent

*Le Dr Denis Prud'homme, omnipraticien, est doyen de la Faculté des sciences de la santé de l'Université d'Ottawa et professeur agrégé à l'École des sciences de l'activité physique. Il exerce à la clinique de médecine sportive de l'Université du Québec à Hull. Pour sa part, le Dr S. John Weisnagel, endocrinologue, pratique au Centre hospitalier de l'Université Laval (CHUL) et est chercheur à la Division de kinésiologie du Département de médecine sociale et préventive, de l'Université Laval.*

le médecin traitant à prendre conscience de ses perceptions et attitudes face aux patients obèses et au traitement de l'obésité.

### Le traitement de l'obésité. Par où commencer ?

Bien qu'en théorie la solution semble simple, c'est-à-dire réduire l'apport énergétique et augmenter les dépenses caloriques, le succès à long terme des interventions est fonction de la capacité du patient à intégrer de bonnes habitudes de vie, soit une saine alimentation et la pratique d'activités physiques. Le grand défi est de savoir comment faciliter la perte de poids et, surtout, comment maintenir le poids réduit.

### Le régime alimentaire

La base du traitement de l'obésité est le régime alimentaire. Il existe une multitude d'approches nutritionnelles. Une diminution de l'apport calorique de 500 kcal à 1000 kcal par jour peut entraîner une perte de poids d'environ 0,5 kg par semaine<sup>3</sup>. Un régime alimentaire plus draconien (1200 kcal ou moins par jour) peut résulter en

**Le succès à long terme des interventions est fonction de la capacité du patient à intégrer de bonnes habitudes de vie, soit une saine alimentation et la pratique d'activités physiques.**

## T A B L E A U I

### Approches pour favoriser la modification d'un comportement

- Augmenter la perception qu'a le patient des risques associés à son comportement.
- Bien écouter le patient en essayant de voir s'il existe un stress émotionnel sous-jacent qui interfère avec le changement de comportement et discuter avec lui des répercussions de ce comportement dans sa vie.
- Aider le patient à déterminer quels sont les moyens à prendre pour modifier son comportement.
- Le traitement doit être individualisé, et les progrès mesurés tout au long du programme.
- Enseigner au patient des techniques de relaxation et de gestion du stress, autres que de manger pour éliminer le stress.
- Insister sur le fait que le patient n'a que de 5 % à 10 % de son poids actuel à perdre et concentrer les efforts sur le maintien à long terme du poids perdu initialement.
- Aviser le patient de noter tout événement particulier qui peut interférer avec son objectif de perte de poids ou de maintien du poids perdu et d'en discuter avec vous au cours de sa visite mensuelle.

**Source :** Plourde, G. Treating obesity : lost cause or new opportunity? *Can Fam Physician* 2000 ; 46 : 1806-13. Reproduit avec l'autorisation du Collège des médecins de famille du Canada.

une perte pondérale plus substantielle, mais les résultats à moyen terme (5 ans) sont incertains<sup>4</sup>. Le choix de la composition du régime alimentaire (faible en gras ou en sucre) est aussi sujet à controverse. Cependant, selon l'étude de la *National Weight Control Registry* (NWCR), un régime faible en gras a permis aux sujets de perdre en moyenne 30 kg et de maintenir leur poids pendant 5,5 ans<sup>5</sup>. Dans une autre étude importante, le *Diabetes Prevention Program* (DPP), un régime alimentaire contenant moins de 25 % des calories sous forme de gras a permis de maintenir une perte moyenne de 4 kg au bout de quatre ans, résultant en une

diminution significative de l'incidence du diabète de type 2 dans une proportion de 58 %<sup>6</sup>. À l'opposé, même si le recours à un régime alimentaire pauvre en glucides, de type Atkins, entraîne une perte de poids plus rapide à court terme, son application en pratique est très difficile dans le contexte nord-américain en raison des aliments offerts. En outre, ses effets à long terme sont moins bien documentés. Selon les auteurs d'une récente revue systématique de la littérature, la perte de poids résultant d'un régime pauvre en glucides est principalement associée à une plus grande diminution de l'apport calorique et à une augmentation de la durée du régime, non à la teneur réduite en glucides<sup>7</sup>. Il importe donc de faire une bonne évaluation et d'effectuer un suivi nutritionnel si on veut favoriser la perte pondérale et le maintien du poids réduit.

### L'activité physique

Quant à l'activité physique, son rôle s'inscrit surtout dans la prévention du gain de poids. Elle est particulièrement indiquée pour favoriser le maintien du poids réduit. L'exercice physique permet de maintenir la masse musculaire, principale composante de la masse maigre et élément important de la dépense énergétique au repos<sup>8</sup>. En fait, dans les cohortes américaines du NWCR et du DPP, la stratégie adoptée par la majorité des sujets était la pratique régulière d'activités physiques (les trois quarts des sujets pratiquaient la marche rapide d'une heure à une heure trente tous les jours), ce qui correspond à plus de 10 000 pas par jour (évaluation faite à l'aide d'un podomètre). Dans une étude finlandaise sur la prévention du diabète de type 2 chez des patients intolérants au glucose présentant une surcharge pondérale, un programme d'exercices comprenant plus de quatre heures d'activités physiques d'intensité moyenne à élevée par semaine (entraînement en salle, par exemple) a conduit à une réduction de l'incidence du diabète de type 2 similaire aux résultats des études du NWCR et du DPP, lorsqu'il était accompagné d'un régime sain<sup>9</sup>.

### L'approche comportementale

Cette partie du traitement s'intègre dans l'approche glo-

**Selon les auteurs d'une récente revue systématique de la littérature, la perte de poids résultant d'un régime pauvre en glucides est principalement associée à une plus grande diminution de l'apport calorique et à une augmentation de la durée du régime, non à la teneur réduite en glucides.**

R E P È R E

bale visant à modifier les comportements du patient et cherchant à favoriser l'adoption de saines habitudes alimentaires et la pratique d'activités physiques<sup>10</sup>. Le patient doit alors évaluer son niveau d'activités physiques et son alimentation, notamment en surveillant comment et quand il consomme des aliments. Les renseignements recueillis peuvent l'aider à réduire le nombre et le contenu de ses collations et, par conséquent, son apport en calories et en gras. Ces observations peuvent, par exemple, indiquer au patient qu'il doit manger moins vite et faire plus d'activités physiques. Ces données peuvent aussi aider le clinicien, la nutritionniste ou le kinésologue à motiver le patient à acquérir de nouvelles habitudes alimentaires et à pratiquer des activités physiques. Le *tableau I* présente certaines approches contribuant à la modification du comportement de nos patients. Il faut encourager le patient à se concentrer sur l'acquisition et l'intégration de nouveaux comportements et non uniquement sur la perte de poids (souvent surestimée) en résultant. Malheureusement, la perte pondérale ne correspond pas toujours aux efforts du patient. Il faut donc lui rappeler que les risques de complications et de mortalité attribuables aux problèmes de santé associés à l'obésité sont significativement plus faibles chez les personnes obèses actives que chez les personnes sédentaires dont le poids est normal<sup>11</sup>.

Enfin, dans une étude réalisée aux États-Unis auprès d'une cohorte de 309 sujets obèses, la perte de poids moyenne observée au bout de deux ans était de 1,3 kg pour les programmes offrant uniquement des conseils nutritionnels et de 4,3 kg pour ceux comprenant des approches visant à modifier les habitudes de vie, telles que l'alimentation et la pratique d'activités physiques<sup>12</sup>.

### La « pilule pour maigrir » : comment s'y retrouver et quand l'utiliser ?

Au bout de trois à six mois, lorsque l'approche non pharmacologique ne donne pas les résultats escomptés, il faut sérieusement penser à prescrire au patient un médicament pour favoriser une perte pondérale supplémentaire ou contribuer au maintien du poids. Les indications qui justifient le recours à un agent pharmacologique sont les sui-

vantes : un IMC > 30 kg/m<sup>2</sup> ou > 27 kg/m<sup>2</sup> avec maladies concomitantes<sup>13</sup>. La liste des médicaments contre l'obésité est toujours assez limitée. Les médicaments actuellement approuvés au Canada pour la perte de poids se divisent en deux catégories : ceux qui réduisent l'apport alimentaire en contenant l'appétit et ceux qui réduisent l'absorption des gras<sup>16</sup>. À la suite du retrait, en raison de leurs effets secondaires sérieux, de la fenfluramine et de la dexfenfluramine (hypertension pulmonaire primaire et valvulopathie) et de la phénylpropanolamine (accident vasculaire cérébral hémorragique), la liste des agents anorexigènes à effets centraux se limite à ceux du *tableau II*. La première catégorie correspond à des agents anorexigènes de la classe des amphétamines. D'après les résultats d'études de courte durée (environ douze semaines), les chercheurs ont noté une perte de poids significative chez les patients prenant des médicaments de cette catégorie et suivant en plus un régime, par rapport à ceux prenant le placebo. Cependant, l'utilisation prolongée de ces agents est limitée en raison du risque de dépendance, de l'incidence accrue d'hypertension pulmonaire primaire et de l'absence de données sur leur efficacité à long terme<sup>14</sup>.

Les données des études portant sur la fluoxétine (Prozac®) sont pour leur part discordantes. En effet, les premiers résultats de plusieurs études effectuées auprès d'un petit nombre de patients semblaient prometteurs (pertes pondérales entre 3,9 kg et 17 kg). Toutefois, les résultats d'une plus grande étude multicentrique se sont révélés négatifs<sup>15</sup>. Étant donné ses effets antidépresseurs et antiboulimiques, la fluoxétine pourrait être utile chez les patients obèses souffrant de troubles affectifs ou alimentaires.

### Sibutramine (Meridia®)

Le principal agent à action centrale utilisé actuellement est la sibutramine. Cet agent a été étudié sur des périodes de douze semaines à deux ans. Son utilisation entraîne des pertes pondérales variant de 3,9 % à 7,4 % selon la dose (de 5 mg à 15 mg par jour)<sup>17</sup>. Dans l'étude STORM, qui s'est étendue sur une période relativement longue (2 ans), les sujets ont perdu en moyenne 8,9 kg. En outre, 77 % des sujets ont obtenu une perte de poids supérieure à 5 % avec une

**Les indications qui justifient le recours à un agent pharmacologique sont les suivantes : un IMC > 30 kg/m<sup>2</sup> ou > 27 kg/m<sup>2</sup> avec maladies concomitantes.**

## Médicaments pour perdre du poids

Catégories	Agents	Posologie	Perte de poids	Durée d'étude (semaines)	Effets secondaires	Effets particuliers
<b>Agents à action centrale</b>						
Stimulants de la libération de la noradrénaline	Diéthylpropion (Tenuate®)	75 mg par jour	0%-12,3 %	12-52	Risque de dépendance (ressemblance à la dépendance aux amphétamines), possible association avec l'hypertension pulmonaire	Anorexigènes
	Phentermine (Ionamin®)	15 mg-37,5 mg par jour	9%-13 %	14-24		
	Mazindol (Sanorex®)	1 mg-4 mg par jour	3%-16 %	12		
Inhibiteur du recaptage de la sérotonine	Fluoxétine (Prozac®)	60 mg par jour	2 kg-17 kg	12-52	Symptômes gastro-intestinaux, troubles du sommeil, perte de la libido, sudation, amnésie, soif	Antidépresseurs, Antidoulimiques
	Sertraline (Zoloft <sup>MD</sup> )					
Mixte (Inhibiteur du recaptage de la noradrénaline et de la sérotonine)	Sibutramine (Meridia®)	5 mg-15 mg par jour	2,9 %-9,4 %	12-104	Augmentation de la pression artérielle et du pouls, céphalées, bouche sèche, constipation, insomnie, rhinite, pharyngite	
<b>Agent à action périphérique</b>						
Inhibiteur des lipases gastro-intestinales	Orlistat (Xenical®)	120 mg, 3 f.p.j.	6 %-10 % 3,6 Kg-13,1 Kg	12-104	Symptômes gastro-intestinaux (stéatorrhée, diarrhée, flatulence, défécation impérieuse), diminution de l'absorption des vitamines liposolubles	
<b>Autres types d'agents</b>						
	Metformine* (Glucophage®) Topiramate* (Topamax®) Bupropion* (Zyban®)					En cours d'évaluation

\* Médicaments non approuvés officiellement dans le traitement de l'obésité.

dose moyenne de 10 mg par jour<sup>18</sup>, tandis que 43 % de ceux ayant continué de prendre ce médicament ont maintenu plus de 80 % de la perte de poids initiale après 18 mois de suivi. Cependant, les sujets étaient sélectionnés (seuls ceux qui avaient perdu 5 % de leur poids initial après six mois continuaient à participer à l'étude). Les résultats ont également démontré que la sibutramine améliore le profil métabolique (diminution de l'hémoglobine glyquée) chez les obèses atteints de diabète de type 2<sup>19</sup>. Les principaux effets secondaires de la sibutramine sont les céphalées, la bouche sèche, la constipation, l'insomnie, la rhinite et la pharyngite (chez de 10 % à 30 % des sujets). Le pouls augmente de 4 à 5 battements par minute et la pression artérielle de 1 mm Hg à 3 mm Hg. Toutefois, 5 % des patients peuvent présenter une augmentation significative ( $> 10$  mm Hg) de la pression artérielle<sup>20</sup>. Il est donc recommandé de la mesurer toutes les deux semaines pendant les trois premiers mois, puis tous les mois du troisième au sixième mois et tous les trois mois par la suite<sup>13</sup>. Il faut arrêter le traitement médicamenteux en cas de hausse significative de la pression artérielle ( $> 10$  mm Hg) ou du pouls ( $> 10$  battements par minute) au cours de deux visites consécutives. L'ajout d'un programme d'exercices parallèlement à la prise de sibutramine entraîne une diminution de la pression artérielle et du pouls, en plus d'accentuer la perte de poids<sup>21</sup>. La dose initiale recommandée est de 10 mg par jour à prendre le matin. Si la perte de poids est inférieure à 1,8 kg après quatre semaines de traitement, la dose peut être portée à 15 mg par jour pendant un mois (dose maximale approuvée au Canada). En l'absence d'une perte de poids significative ( $> 1,8$  kg), le traitement médicamenteux doit prendre fin<sup>13</sup>. Même si des études cliniques semblent indiquer que la prise de sibutramine pendant deux ans est sécuritaire, l'utilisation de cet agent au Canada est limitée à un an<sup>18</sup>.

### Orlistat (Xenical®)

Le seul agent à effet périphérique est l'orlistat, un inhibiteur des lipases intestinales qui diminue l'absorption des graisses d'environ 30 %. Plusieurs études menées sur des périodes allant jusqu'à quatre ans ont été publiées sur son utilisation en association avec un régime alimentaire<sup>22</sup>. Les pertes pondérales moyennes obtenues varient de 4,7 % à 10,2 % avec une dose de 120 mg, trois fois par jour, et la reprise pondérale est moindre<sup>23</sup>. L'orlistat a également des effets bénéfiques sur la pression artérielle, le bilan lipidique, la glycémie et l'insulinémie à jeun, la tolérance au glucose

et la régulation métabolique chez les sujets atteints de diabète de type 2. En particulier, la prise d'orlistat diminue significativement l'A1c (anciennement HbA1c) (de 0,4 % à 0,5 %) chez les sujets obèses atteints de diabète de type 2 et qui sont traités à l'aide d'un régime alimentaire ou d'antihyperglycémiant oraux. Il semble que son utilisation diminue la progression vers le diabète de type 2 et améliore la tolérance au glucose<sup>24</sup>. Les effets secondaires principaux sont de nature gastro-intestinale : stéatorrhée associée à la malabsorption des graisses, diarrhée, flatulence et défécation impérieuse. Ces effets semblent être transitoires (trois premiers mois) et en partie liés au non-respect du régime alimentaire, critère important à prendre en compte avant de prescrire l'agent médicamenteux. L'absorption de vitamines liposolubles étant réduite, des multivitamines sont souvent prescrites en supplément (à prendre deux heures après l'agent médicamenteux et en soirée). La posologie d'orlistat est de 120 mg, trois fois par jour, aux repas. Il est très important de faire comprendre au patient qu'il doit respecter son régime alimentaire faible en gras, s'il veut diminuer le risque d'effets secondaires gastro-intestinaux. En général, une perte de poids supérieure à 5 % dans les trois premiers mois est un bon indice de la perte de poids à long terme et du maintien du poids réduit<sup>23</sup>. Actuellement, l'utilisation d'orlistat est recommandée pour une durée de deux ans, même si des études cliniques ont montré son innocuité sur une période de quatre ans<sup>22</sup>.

### Metformine (GlucoPhage®)

Même si la sibutramine et l'orlistat ont des effets significatifs et comparables sur le poids, la combinaison de ces deux agents ne semble pas avoir d'avantages supplémentaires<sup>25</sup>. Par ailleurs, l'utilisation d'orlistat et de metformine entraîne une perte de poids de 5 % et une amélioration de l'équilibre glycémique<sup>26</sup>.

Chez les patients ayant un excédent de poids et souffrant d'hyperglycémie (glycémie à jeun entre 6,1 mmol/l et 6,9 mmol/l, intolérance au glucose ou diabète de type 2), l'ajout de la metformine est une option intéressante. Dans l'étude DPP, bien que la metformine ait eu un effet nettement moindre que la modification intensive des habitudes de vie sur la progression vers le diabète de type 2 (diminution de 31 % contre 58 %) dans le sous-groupe des sujets ayant un IMC élevé ( $> 35$  kg/m<sup>2</sup>), les effets de la metformine et de l'approche visant à modifier les habitudes de vie ont été semblables sur la réduction de l'incidence du diabète (diminution d'environ 60 %). Malheureusement, cette

étude ne comportait pas de groupe suivant un traitement combiné (modification intensive des habitudes de vie et metformine). En fait, selon notre expérience clinique dans l'utilisation de cette approche combinée nettement moins onéreuse que d'autres, plusieurs patients obèses hyperglycémiques obtiennent des pertes pondérales intéressantes. S'il y a normalisation de la tolérance au glucose, la prise de metformine pourrait être maintenue afin de prévenir le diabète de type 2.

En pratique, le choix du traitement médicamenteux doit reposer sur les antécédents d'obésité du patient et sur les causes potentielles. En cas de troubles de la satiété, de collations fréquentes et de possibilité de métabolisme au repos diminué, la sibutramine peut être un choix intéressant, tandis qu'un régime alimentaire faible en gras et réduit en calories, la présence d'hyperglycémie ou de diabète, une pression artérielle élevée ou la présence d'hypertension favorisent le recours à l'orlistat ou à la metformine.

#### Agents futurs

Le topiramate (Topamax<sup>®</sup>), qui a récemment été étudié pour ses effets amaigrissants, est un anticonvulsivant connu pour ses effets secondaires anorexigènes. Ce médicament a probablement des effets centraux sur l'appétit, mais son mécanisme d'action est encore inconnu. Dans une étude récente à répartition aléatoire et à double insu, menée auprès de sujets obèses sans complications, le topiramate a engendré une perte de poids significativement plus importante que le placebo (de 5 % à 6 % du poids initial)<sup>27</sup>. Les effets secondaires sont surtout neurologiques (paresthésies, somnolence, troubles de la mémoire, de la concentration et de l'attention), liés à la dose et le plus souvent transitoires. Il est important de préciser que ce médicament n'a pas encore été approuvé par Santé Canada dans le traitement de l'obésité. D'autres études sont nécessaires pour évaluer son efficacité et son innocuité chez les patients obèses.

Un autre médicament couramment utilisé comme antidépresseur et dont les effets sur la perte de poids sont actuellement étudiés est le bupropion (Zyban<sup>®</sup>). Trois études très récentes montrent des pertes de poids d'environ 5 % dans les groupes traités<sup>28-30</sup>. Son utilisation future dans le traitement de l'obésité reste à déterminer.

Il va de soi que l'on doit traiter toute maladie sous-jacente pouvant causer un gain pondéral, comme l'hypothyroïdie et l'hypercorticisme, ou encore ajuster la dose d'un médicament obésigène. Ainsi, donner de la thyroxine à dose progressive pour rétablir un taux de TSH le plus près de la valeur inférieure de l'intervalle normal (de 0,5 mU/l à 1 mU/l), limiter les glucocorticostéroïdes ou encore modifier la posologie d'un antidépresseur ou d'un antipsychotique peut favoriser une perte pondérale.

#### La clé du succès : comment planifier le suivi du patient obèse ?

Étant donné la nature chronique du problème, le suivi régulier du patient présentant un excès de poids est essentiel. À la suite de l'évaluation initiale (comprenant les consultations en nutrition ou autre), vous pouvez revoir le patient dès que le bilan est complet, puis le suivre ensuite toutes les deux semaines pendant trois mois. Dans les cas d'obésité idiopathique, une réévaluation trois mois après le début de l'intervention est nécessaire. Il faut fixer des objectifs réalistes avec le patient (*tableau III*). Dans un premier temps, une réduction de 5 % à 10 % du poids initial doit être visée, car ce changement entraîne souvent une amélioration des maladies concomitantes et est donc jugé significatif. On vise une perte de 0,5 kg par semaine ou plus de 5 % du poids initial au bout de trois à six mois. Si ces objectifs ne sont pas atteints, un agent pharmacologique peut être ajouté, en gardant les mêmes objectifs. En fait, si le traitement pharmacologique ne donne pas de résultats satisfai-

**En cas de troubles de la satiété, de collations fréquentes et de possibilité de métabolisme au repos diminué, la sibutramine peut être un choix intéressant, tandis qu'un régime alimentaire faible en gras et réduit en calories, la présence d'hyperglycémie ou de diabète, une pression artérielle élevée ou la présence d'hypertension favorisent le recours à l'orlistat ou à la metformine.**

**Si le traitement pharmacologique ne donne pas de résultats satisfaisants au bout de six mois, il faut changer d'agent afin d'éviter les effets secondaires et les dépenses inutiles (c'est-à-dire entre 100 \$ et 150 \$ par mois).**

T A B L E A U III

**Approche systématique du traitement de l'obésité, fondée sur l'indice de masse corporelle et sur l'importance des facteurs de risque**

IMC	Risque pour la santé	Stratégies d'intervention
18,5 - 24,9	Moindre	Objectif : prévenir le gain de poids Conseils : régime, exercices, modification des comportements
	Accru	Tour de taille élevé : maîtrise du poids Antécédents familiaux d'obésité : maîtrise du gain de poids < 3 kg Tabagisme : arrêt du tabac et conseils, régime Dyslipidémie : conseils, régime Hypertension : régime, exercices, maîtrise du poids Intolérance au glucose : exercices, régime, maîtrise du poids
25 - 29,9	Accru	Objectif : maîtrise du poids, Conseils : régime, exercices
	Élevé	Objectif : diminution du poids de 5 kg à 10 kg au bout de 24 semaines Conseils : régime modéré, exercices, modification des comportements Envisager un traitement médicamenteux
30 - 34,9	Élevé	Objectif : diminution de 5 % à 10 % du poids corporel
	Très élevé	Conseils : régime, exercices, modification des comportements (environ trois mois) Envisager un régime strict ou un traitement médicamenteux
35 - 39,9	Très élevé	Objectif : diminution de 10 % du poids corporel Conseils : régime, exercices, modification des comportements, médicament
	Extrêmement élevé	Objectif : diminution de 20 % à 30 % du poids corporel Conseils : consultation en milieu spécialisé Envisager une intervention chirurgicale
40 et plus	Extrêmement élevé	Objectif : diminution de 20 % à 30 % du poids corporel Conseils : consultation en milieu spécialisé Envisager une intervention chirurgicale

Adapté de Obesity: Preventing and Managing the Global Epidemic. Organisation mondiale de la santé, Genève 1998, n° XV, p. 267.

sants au bout de six mois, il faut changer d'agent afin d'éviter les effets secondaires et les dépenses inutiles (c'est-à-dire entre 100 \$ et 150 \$ par mois). Parfois, le poids du patient change peu pendant l'intervention, particulièrement si la pratique d'activités physiques est importante (aérobie ou musculation). Dans ces cas, le tour de taille a tendance à diminuer par suite d'une perte de tissu adipeux abdominal

(viscéral ou sous-cutané) se traduisant par une amélioration du profil métabolique<sup>31</sup>. Il est donc important de prendre régulièrement le tour de taille du patient, particulièrement en l'absence de perte de poids.

En présence de maladies concomitantes (diabète de type 2, hypertension, etc.), le suivi du patient doit être serré, car la perte de poids nécessite souvent un ajustement à la

baisse du traitement médicamenteux. Par exemple, il se peut qu'un obèse atteint de diabète de type 2 cesse de prendre de l'insuline ou qu'un autre patient arrête son traitement antihypertenseur.

Un autre aspect propre au patient obèse est la rechute fréquente avec reprise de poids, soit par excès calorique, soit par manque d'activités physiques. Si les professionnels de la santé et le patient sont conscients de ce phénomène et établissent des stratégies d'intervention, les épisodes de reprise pondérale peuvent alors être limités et le succès à long terme, assuré. À la limite, le maintien du poids pendant plusieurs années pourrait être considéré comme un succès partiel, étant donné que le gain pondéral moyen dans l'ensemble de la population est de 0,5 kg par année.

**M**<sup>ME</sup> TREMBLAY est vue par une nutritionniste et un kinésologue (vous avez de bons contacts!) qui notent un régime alimentaire pauvre en fibres et riche en gras ainsi qu'un niveau de sédentarité marqué. Vous optez donc pour un régime alimentaire plus faible en gras et, surtout, pour une augmentation du niveau d'activités physiques par la marche (suivi à l'aide d'un podomètre). Après douze semaines, la patiente est toujours bien motivée, a revu la nutritionniste et marche 30 minutes d'un pas rapide chaque jour. Elle a perdu 3 kg ou environ 3 % de son poids initial. Afin de potentialiser cette perte et de prévenir le diabète de type 2, vous ajoutez de la metformine à dose progressive. La patiente tolère bien son médicament et revient vous voir trois mois plus tard. Elle respecte toujours son nouveau régime de vie, a perdu 3 kg de plus (6 kg en tout ou 6,5 % de son poids initial) et son tour de taille est maintenant de 93 cm (5 cm de moins qu'au début). Sa pression artérielle s'est normalisée, son taux de triglycérides s'est abaissé à 1,6 mmol/l et les résultats de l'épreuve d'hyperglycémie provoquée par voie orale de contrôle sont normaux (G2hpg à 7,2 mmol/l). La patiente est contente, bien qu'elle n'ait pas atteint son poids de jeunesse (poids « rêvé »). Elle se sent surtout plus en forme.

Le maintien de la perte pondérale est le facteur crucial dans le traitement d'un excès de poids, les succès à long terme (> 5 ans) variant de 5 % à 10 %<sup>20</sup>. Il faut donc prévenir la reprise pondérale. La clé de la prévention est tout simplement fondée sur la logique physique de notre corps, soit l'équilibre entre les entrées et les sorties d'énergie. La clé du succès est donc de limiter la quantité d'aliments ingérés, de surveiller la quantité de gras et de sucre consommée et de faire de l'activité physique tous les jours. Enfin, l'obésité doit être considérée comme une maladie chro-

nique et traitée par des moyens non pharmacologiques et pharmacologiques. Le soutien constant du médecin et des autres membres de l'équipe multidisciplinaire est essentiel.

Nous vous conseillons une excellente revue de la littérature sur la pharmacologie de l'obésité parue récemment dans *Obesity Reviews*<sup>32</sup>.

*M<sup>me</sup> Tremblay va-t-elle perdre davantage de poids? Maintenir son poids réduit? Ou bien regagnera-t-elle de nouveau le poids perdu et même plus? Seuls le temps et ses habitudes de vie nous le diront.* ☞

**Date de réception :** 29 septembre 2003

**Date d'acceptation :** 1<sup>er</sup> décembre 2003

**Mots clés :** régime alimentaire hypocalorique, pratique régulière d'activités physiques, indications (traitement pharmacologique), perte de poids de 5 % à 10 %.

## Bibliographie

1. Cappiello A. Les médecins québécois restent prudents face à l'obésité. *L'Actualité médicale* 2002 ; 9
2. Hebl MR, Xu J. Weighing the care: physicians reactions to the size of a patient. *Int J Obes* 2001 ; 25 : 1246-52.
3. Yanovski SZ, Yanovski JA. Drug Therapy-Obesity. *N Eng J Med* 2002 ; 346 : 591-602.
4. Anderson JW, Vichitbandra S, Qian W, Kryscio RG. Long-term weight maintenance after an intensive weight-loss program. *J Am Coll Nutr* 1999 ; 18 : 620-7.
5. Wing RR, Hill JO. Successful weight loss maintenance. *Ann Rev Nutr* 2001 ; 21 : 323-41.
6. Diabetes Prevention Program Research Group. Reduction in the incidence of type 2 diabetes with lifestyle intervention or metformine. *N Eng J Med* 2002 ; 346 : 591-602.
7. Brovata DM, Sanders L, Huang J, Krumholz HM, Olkon I, Garner CD et coll. Efficacy and safety of low-carbohydrate diets: A systematic review. *JAMA* 2003 ; 289 : 1837-50.
8. Van Dale D, Saris WHM, Ten Hoor F. Weight maintenance and resting metabolic rate 18-40 months after a diet-exercise treatment. *Int J Obes* 1990 ; 14 : 347-59.
9. Tuomilehto J, Lindström J, Ericksson JG, Valle TT, Hämäläinen H et coll. Prevention of type 2 diabetes mellitus by changes in lifestyle among subjects with impaired glucose tolerance. *N Eng J Med* 2001 ; 344 : 1343-50.
10. Plourde G. Treating obesity: lost cause or new opportunity. *Can Fam Physician* 2000 ; 46 : 1806-13.
11. Blair SN, Kampert JB, Kohl HW 3<sup>rd</sup>, Barlow CE, Macera CA et coll. Influences of cardiorespiratory fitness and other precursors on cardiovascular disease and all-cause mortality in men and women. *JAMA* 1996 ; 276 : 205-10.
12. Heshka S, Anderson JW, Atkinson RL, Greenway FL, Hill JO, Phynney SD et coll. Weight loss with self-help compared with a structured commercial program: A randomized trial. *JAMA* 2003 ; 289 : 1792-98.
13. Woollorton E. Obesity drug sibutramine (Meridia): hypertension



- and cardiac arrhythmias. *CMAJ* 2002 ; 166 : 1307-08.
14. *The Practical Guide: Identification, evaluation and treatment of overweight and obesity in adults*. Bethesda, MD: National Institutes of Health, National Heart, Lung and Blood Institute, North American Association for the Study of Obesity, 2000 ; Publication 00-4084.
  15. Goldstein DJ, Rampey AH Jr, Enas GG, Potvin JH, Fludzinski LA, Levine LR. Fluoxetine : a randomized clinical trial in the treatment of obesity. *Int J Obes Relat Metab Disord* 1994 ; 18 : 129-35.
  16. Cheng AYY, Leiter LA. Diabetes and antiobesity medications. *Canadian Diabetes* 2003 ; 16 : 2-5.
  17. Bray GA, Blackburn GL, Furguson JM et coll. Sibutramine produces dose-related weight loss. *Obes Res* 1999 ; 7 : 189-99.
  18. James WP, Astrup A, Finer N et coll. Effect of sibutramine on weight maintenance after weight loss: A randomized trial. *Lancet* 2000 ; 356 : 2119-25.
  19. Fujioka K, Seaton TB, Rowe E et coll. Weight loss with sibutramine improves glycaemic control and other metabolic parameters in obese patients with type 2 diabetes mellitus. *Diabetes Obes Metab* 2000 ; 2 : 175-87.
  20. Yanovski SZ, Yanovski JA. Obesity. *N Engl J Med* 2002 ; 346 : 591-602.
  21. Bérubé-Parent S, Prud'homme D, St-Pierre S, Doucet E et Tremblay A. Obesity treatment with a progressive clinical tri-therapy combining sibutramine and a supervised diet-exercise intervention. *Int J Obes* 2001 ; 25 : 1-10.
  22. Sjostrom L, Torgerson JS, Hauptman J, Boldrin M. XENDOS (Xenical in the prevention of diabetes in obese subjects): A landmark study (poster). Presented at the 9<sup>th</sup> International Conference on Obesity, Sao Paulo, Brésil, 2002.
  23. Sjostrom L, Rissanen A, Anderson T et coll. Randomized placebo-controlled trial of orlistat for weight loss and prevention or weight regain in obese patients. *Lancet* 1998 ; 352 (9123) : 167-73.
  24. Rossner S, Sjostrom L, Noack R et coll. Weight loss, weight maintenance, and improved cardiovascular risk factors after 2 years treatment with orlistat for obesity. *Obes Res* 2000 ; 8 (1) : 49-61.
  25. Schieszer J. No additive effects for obesity drugs. *The Medical Post*, 29 juillet 2003 ; 19.
  26. Miles JM, Leiter L, Hollander P, Wadden T, Anderson JW et coll. Effect of orlistat in overweight and obese patients with type 2 diabetes treated with metformine. *Diabetes Care* 2002 ; 25 : 1123-8.
  27. Bray GA, Hollander P, Klein S, Kusher R, Levy B et coll. A 6-month randomized, placebo-controlled dose-ranging trial of topiramate for weight loss in obesity. *Obes Res* 2003 ; 11 : 722-33.
  28. Jain AK, Kaplan RA, Gadde KM, Wadden TA, Allison DB, Brewer ER et coll. Bupropion SR vs placebo for weight loss in obese patients with depressive symptoms. *Obes Res* 2002 ; 10 (10) : 1049-56.

## SUMMARY

**Treating obesity: weighing your options.** In theory, the treatment of overweight and obesity should be simple: less energy intake and more energy expenditure. However, many factors work against success, including negative attitudes towards these patients. A patient-centred approach should be followed after having identified the specific factors involved and the previously successful weight loss strategies for the patient. A focused lifestyle intervention with possible pharmacologic support is the standard. A moderately hypocaloric diet (500 kcal per day below energy needs), regular physical activity (moderately vigorous activity more than 4 hours per week, or brisk walking more than 150 minutes per week) and behavioral strategies are the basis of the lifestyle modification approach and can be successful on their own. Pharmacological agents should be strongly considered when these interventions are insufficient, following specific indications. The add-on drug treatment should aim for a 5% to 10% weight loss. The choice of agents is still quite limited, with orlistat and sibutramine the only medications approved for weight loss. Other agents such as metformine, fluoxetine, topiramate, bupropion and appetite suppressants could be considered in the context of associated conditions such as glucose intolerance or type 2 diabetes, depression or eating disorder.

**Key words:** hypocaloric diet, regular physical activity, indications (pharmacological treatment), 5% to 10% weight loss

29. Anderson JW, Greenway FL, Fujioka K, Gadde KM, McKenny J, O'Neil PM. Bupropion SR enhances weight loss: a 48-week double-blind, placebo-controlled trial. *Obes Res* 2002 ; 10 (7) : 633-41.
30. Gadde KM, Parker CB, Maner LG, Wagner HR 2<sup>nd</sup>, Logue EJ, Drezner MK, Krishnan KR. Bupropion for weight loss: an investigation of efficacy and tolerability in overweight and obese women. *Obes Res* 2001 ; 9 (9) : 544-51.
31. Lemieux I, Pascot A, Couillard C, Lamarche B, Tchernof A, Almeras N et coll. Hypertriglyceridemic waist: A marker of the atherogenic metabolic triad (hyperinsulinemia; hyperapolipoprotein B; small, dense LDL) in men. *Circulation* 2000 ; 102 (2) : 179-84.
32. Halpern A, Mancini MC. Treatment of obesity: an update on anti-obesity medications. *Obes Rev* 2003 ; 4 : 25-42.



# FMOQ – Formation continue

## La FMOQ sous d'autres cieux

Du 8 au 15 mai 2004, Strasbourg, France  
Renseignements : (514) 878-1911 ou 1 800 361-8499