

NEWLETTER DU CSO DE FRANCHE-COMTÉ



juillet 2022

Vol. 6

Obésité de l'adulte : prise en charge de 2ème et 3ème niveau NOUVELLES RECOMMANDATIONS DE LA HAS



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

Afin d'améliorer la qualité de la prise en charge médicale des adultes en situation d'obésité, la HAS a souhaité clarifier les 2ème et 3ème niveaux de prise en charge :

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 ».	En lien avec les professionnels et structures de santé du niveau 1
Niveau 3	Centres spécialisés de l'obésité (CSO) ou centres hospitaliers universitaires (CHU). Peuvent être amenés 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 des niveaux 1 et 2

Les critères d'IMC et de tours de taille sont conservés, mais complétés par d'autres paramètres : niveau de sévérité des pathologies associées, le retentissement fonctionnel de l'obésité (essoufflement, douleurs...), le contexte psychopathologique, l'existence d'un handicap, le comportement alimentaire ainsi que le retentissement de la maladie sur la qualité de vie personnelle ou professionnelle.

Elles précisent également le rôle des soins de suite et réadaptation (SSR) dans la prise en charge, ainsi que la place des traitements médicamenteux.

Ces dernières recommandations nous confortent dans l'organisation de la coordination et la prise en charge médicale des patients obèses en Franche-Comté.

Les prochaines recommandations concernant la chirurgie bariatrique sont attendues pour automne 2023.

Source : https://www.has-sante.fr/jcms/p_3346001/fr/obesite-de-l-adulte-prise-en-charge-de-2e-et-3e-niveaux-partie-i-prise-en-charge-medicale

CÉPHALÉES ET OBÉSITÉ : PENSER À L'HTICI

Plus de 90 % des patients souffrant d'hypertension intracrânienne idiopathique (HTICI) sont obèses ou en surpoids.

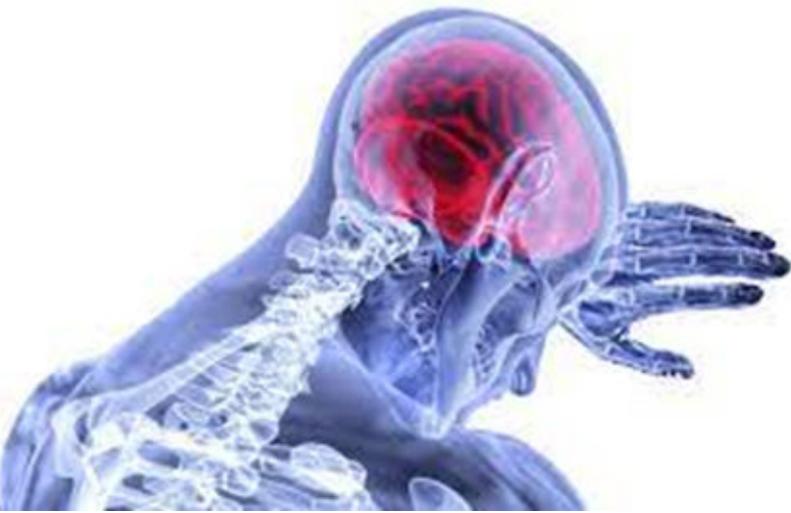
L'HTICI survient plutôt chez les femmes en âge de procréer, obèses, ou avec une prise de poids récente.

Elle se manifeste par :

-**céphalée** (dans 75-99 % des cas) : quotidienne, le plus souvent diffuse, constante, non pulsatile, très souvent trompeuse et étiquetée migraine ou céphalée de tension. Cette céphalée peut évoluer sur des mois voire des années. Les éléments qui attirent l'attention sont l'augmentation à l'effort, la toux, les manœuvres de Valsalva, la position couchée. La céphalée s'améliore après soustraction de liquide céphalo-spinal (LCS).

-**des éclipses visuelles** : épisodes très brefs de cécité bilatérale brutale déclenchés par les changements de position de la tête et les manœuvres de Valsalva. Le patient peut se plaindre aussi de chute de l'acuité visuelle (10- 30 % des cas). Le risque de perte de vision induite par l'IIH augmente également avec l'augmentation de l'IMC, en particulier avec un IMC > 40 kg/m².

Ce diagnostic nécessite une coopération entre neurologue, ophtalmologiste, neuroradiologue et spécialiste de la nutrition car l'obésité joue un rôle dans cette affection et la perte de poids est un des éléments fondamentaux de la prise en charge.



« NÉCESSITE UNE COOPÉRATION ENTRE NEUROLOGUE, OPHTALMOLOGUE, NEURORADIOLOGUE ET NUTRITIONNISTE »

La démarche diagnostique :

-L'HTICI se caractérise par une augmentation de la pression intracrânienne en l'absence de preuves cliniques, biologiques ou radiologiques d'une pathologie intracrânienne. Il s'agit donc d'un diagnostic d'exclusion.

-**Bilan ophtalmologique** permet de confirmer la présence d'un œdème papillaire, responsable des signes fonctionnels visuels et de l'évolution vers l'atrophie optique. L'ophtalmologue réalisera alors un OCT (Ocular Coherence Tomography) et/ou une étude par ultrasons du nerf optique. La consultation ophtalmologique permettra aussi de mettre en évidence chez 96 % des patients une anomalie du champ visuel débutant par un élargissement de la tache aveugle, asymptomatique et habituellement régressif quand l'œdème disparaît. Dans les formes graves, les déficits s'aggravent avec l'apparition d'un déficit nasal et ensuite un rétrécissement concentrique

-**Imagerie cérébrale** doit être réalisée en urgence, permettant d'éliminer un diagnostic différentiel (lésion expansive, thrombose veineuse cérébrale...). L'hyperpression intracrânienne est confirmée par l'augmentation de la pression du liquide cérébro spinal, sans anomalie cytochimique.

« L'HTICI EST UN DIAGNOSTIC D'EXCLUSION »

Lien entre obésité et HTICI :

Plusieurs hypothèses ont été avancées dans la physiopathogénie d'une hypertension intracrânienne idiopathique :

- production excessive de liquide cérébro spinal (LCS)
- augmentation du contenu cérébral en eau
- trouble de la résorption du LCS

Cependant, le lien entre obésité et HTICI n'est pas encore clair. Un dysfonctionnement de l'équilibre entre la sécrétion et le drainage du LCR semble être la cause sous-jacente.

La forte prévalence de l'obésité chez les patients HITCI indique le rôle des changements métaboliques, mais cette association est complexe car l'obésité est une affection courante et l'HTICI est une maladie rare.

La perte de poids entraîne une amélioration clinique et la prise de poids (5-15 %) est liée à la récurrence de la pathologie. Des preuves récentes soutiennent le rôle de l'adipokine, de la leptine, et du GLP1 dans la physiopathologie de l'HTIC, soulignant la nature métabolique de cette affection.

Le traitement à trois objectifs principaux :

la perte de poids corporel, la protection de la vue et le contrôle des céphalées.

À ce jour, la **perte de poids** est la seule mesure modificatrice de la maladie, mettant les spécialistes de l'obésité au cœur de la prise en charge de cette affection.

La quantité précise de réduction de poids qui devrait viser la rémission de l'HTIC n'est pas établie. Cependant, une prise de poids de 5 à 15 % est un facteur de risque de développer une HTICI, il est conseillé aux patients de perdre environ 10 % de poids.

L'objectif principal du traitement pharmacologique de l'HTICI est de protéger de la perte visuelle. **L'acétazolamide** (Diamox®) est le médicament de première intention, agissant probablement sur la réduction de la production de LCS.

Dans les cas les plus agressifs, avec une vision s'aggravant rapidement ou bien quand la perte de poids et les médicaments sont en échec, on peut envisager des **options chirurgicales** : dérivation du LCS, fenestration de la gaine du nerf optique, et stent du sinus transverse.

La **chirurgie bariatrique** a montré de bon résultat en terme de rémission de l'HTICI et d'amélioration de la qualité de vie.



"LA PERTE DE POIDS EST LA SEULE MESURE MODIFICATRICE DE LA MALADIE"

SOURCES :

- THURTELL MJ ET AL. UPDATE IN THE MANAGEMENT OF IDIOPATHIC INTRACRANIAL HYPERTENSION. NEUROL CLIN. 2021 FEB
- FABRE N. HYPERTENSION INTRACRÂNIENNE "IDIOPATHIQUE" ET OBÉSITÉ. DÉMARCHÉ DIAGNOSTIQUE. DIABÈTE & OBÉSITÉ. JAN 2014
- MOLLAN SP, MITCHELL JL, OTTRIDGE RS, ET AL. EFFECTIVENESS OF BARIATRIC SURGERY VS COMMUNITY WEIGHT MANAGEMENT INTERVENTION FOR THE TREATMENT OF IDIOPATHIC INTRACRANIAL HYPERTENSION: A RANDOMIZED CLINICAL TRIAL. JAMA NEUROL. 2021
- FORTINI MNPSBALCFDRSI. UPDATE ON IDIOPATHIC INTRACRANIAL HYPERTENSION MANAGEMENT. ARQ. NEUROPSIQUIATR. 2022

Vitamine A

Principale source : foie de poissons et volailles, thon, abats, produits laitiers, œufs, carottes et épinards

Besoins quotidiens : 800 µg/jour (2660 UI)

Carences : rare dans les sleeve et bypass (< 5 %) mais important dans les chirurgies malabsorptives (> 25 %)

Signes de carence : asymptomatique le plus souvent. Exceptionnellement troubles de l'acuité visuelle : une xérophtalmie (opacification de la cornée), une héméralopie (trouble de la vision nocturne), une kératite (inflammation de la cornée).



Dosage : vitamine A (rétinol). On considère que le sujet est carencé lorsque la rétinolémie est inférieure à 0,35 micromol/L. Le résultat doit être interprété avec une grande prudence. En effet, le dosage de la rétinolémie est étroitement lié à la concentration de la RBP (Retinol Binding Protein) dont le taux est diminué par de nombreux facteurs : apport protéique insuffisant, atteinte hépatique, infection intercurrente.

Il existe donc un risque de diagnostiquer, à tort, une carence en vitamine A.

Remboursement : 100 %

Substitution :

Préventif : compléments multivitaminés (avec vitamine A 5000 UI/jour)

Curatif :

si carence biologique : Vitamine A 313 Capsule molle (50 000 UI/capsule) 1 à 2 capsules par prise tous les 10 jours jusqu'à normalisation. remboursement 65 % 2.56€ (30 capsules)

Si troubles visuels : 1 capsule par jour jusqu'à amélioration des troubles

Surdosage : L'hypervitaminose A est toxique, tératogène chez la femme enceinte (posologie limitée < 10 000 UI/j). La plupart des compléments multivitaminés sont largement moins dosés.

IMPACT DE L'OBÉSITÉ SUR LE DEVENIR EN TRANSPLANTATION RÉNALE : ÉTUDE RÉTROSPECTIVE AMÉRICAINE

La prévalence de l'obésité ne cesse d'augmenter, en population générale (42 % aux Etats-Unis), mais aussi bien sûr parmi les patients souffrant de Maladie Rénale Chronique (MRC) traités par dialyse et en attente de transplantation rénale. **En 30 ans, la proportion de patients obèses transplantés a triplé** (de 10,5 % en 1990 à 32,8 % en 2017) et cette augmentation est encore plus importante chez les patients ayant un IMC > 35 kg/m² qui représentent en 2019 10,3 % des transplantés alors qu'ils n'étaient que 2,9 % en 1990.

Cependant, des disparités d'accès à la transplantation chez les obèses persistent, s'appuyant sur des études contradictoires quant à l'impact de l'IMC sur la survie du greffon ou la mortalité.

L'objectif de ce travail est de préciser l'impact de l'obésité sur les complications chirurgicales post transplantation mais aussi le devenir à long terme.

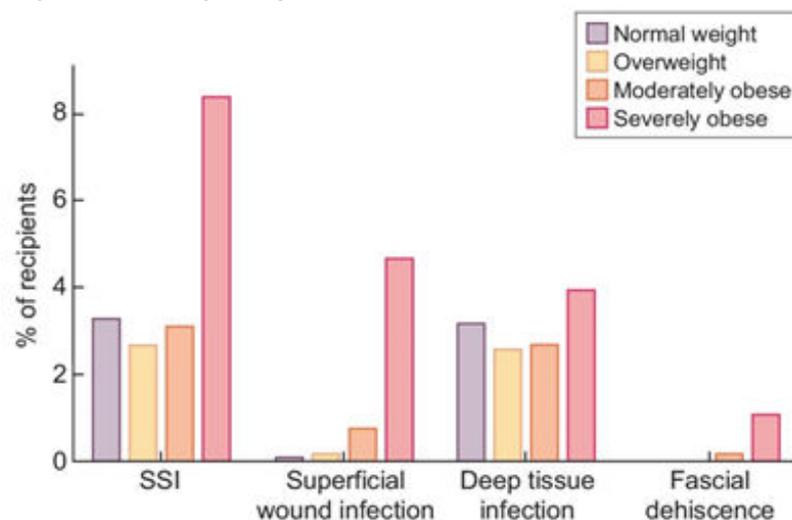
Cette analyse rétrospective, monocentrique (New York), sur une période de 2004 à 2020, porte sur 2806 patients adultes (âge médian 51,9 ans), dont l'IMC était > 18,5 kg/m² et ayant une transplantation rénale, avec un suivi médian post transplantation de 5,5 ans. Les patients étaient classés par IMC, normal de 18,5 à 24,9 kg/m² (1020 patients), en surpoids IMC de 25 à 29,9 kg/m² (1002 patients), obésité modérée IMC de 30 à 34,9 Kg/m² (510 patients) et obésité sévère IMC > 35 kg/m² (274 patients).

Les patients obèses avaient plus fréquemment un diabète pré transplantation que les patients ayant un IMC normal ou en surpoids. Il n'y avait pas de différence en durée d'attente ou durée de suivi entre les 4 groupes d'IMC, ni de différence en termes de protocole d'immunosuppression.

A court terme :

Les **complications chirurgicales infectieuses** dans les 30 jours post opératoires étaient plus fréquentes (Figure A) dans le groupe obésité sévère (8,4 %) que dans le groupe IMC normal (3,3 %), de même que chez les diabétiques.

La **reprise retardée de fonction**, les **réhospitalisations précoces** étaient également plus fréquentes chez les obèses. En revanche la fréquence de rejet aigu était moindre.



Le suivi à long terme montre qu'il n'y avait **pas de différence** significative en termes de survie du greffon chez les obèses, ni chez ceux ayant présenté une complication infectieuse précoce.

En conclusion, en dépit d'un risque plus élevé de complications infectieuses précoces associées à une reprise de fonction retardée plus fréquentes, l'obésité sévère ne semble pas avoir d'impact sur la survie du greffon à long terme. Les auteurs considèrent que les patients obèses avec un IMC > 35 doivent être informés du risque de ces complications précoces, et les équipes de transplantation s'organiser pour les prendre en compte, sans pour autant empêcher systématiquement l'accès à la transplantation au seul motif de l'IMC élevé.

Source : Retrospective analysis of the impact of severe obesity on kidney transplant outcomes D Tsapepas, V Sandra, LA Dale et al. Nephrol Dial Transplant. 2022 ; gfac169.

Activité physique et mortalité : chaque pas compte

Plusieurs études ont cherché à identifier l'effet du nombre de pas quotidiens sur la mortalité toutes causes confondues chez les adultes, afin d'affiner les recommandations.

On constate une diminution du risque de mortalité :

-chez les adultes âgés de 60 ans et plus avec un nombre croissant de pas par jour jusqu'à 6 000 à 8 000 pas par jour

-chez les adultes de moins de 60 ans jusqu'à 8 000 à 10 000 pas par jour.

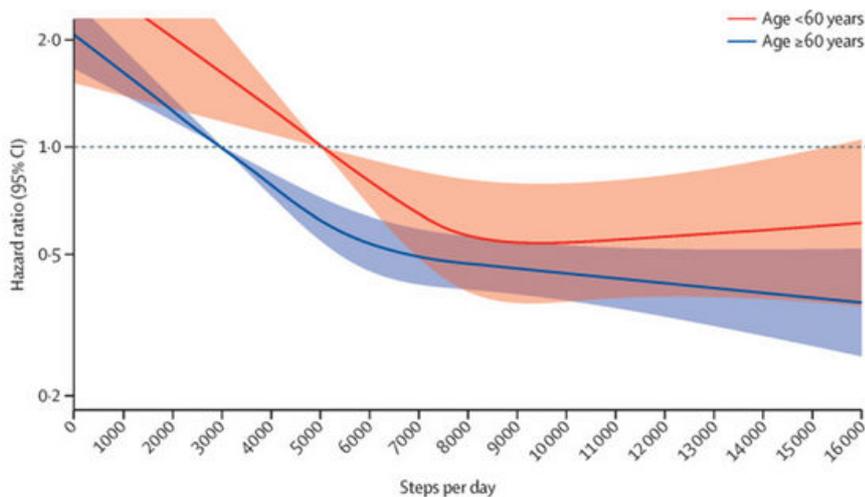


Figure 3 Dose-response association between steps per day and all-cause mortality, by age group

Même une augmentation modeste du nombre de pas par jour peut être associée à un risque de décès plus faible. Ces résultats peuvent être utilisés pour développer des messages de santé publique simples, efficaces et faciles à comprendre

Source : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35247352/>

Prochaines dates de RCP de chirurgie bariatrique :

- mardi 6 septembre 2022

- mardi 11 octobre 2022

A 20h à la Polyclinique de Franche-Comté

A vos agendas :



- L'Association ELISEA organise le samedi 24 septembre de 9h à 17h30, une journée d'information sur le parcours de soin en obésité et les enjeux de la chirurgie bariatrique.

Cette journée se déroulera à Pirey et elle est ouverte aux professionnels de santé, aux étudiants mais également au grand public.

Pour toute information, vous pouvez contacter l'association : inscriptionelisea@gmail.com.

- Le CSO organise une journée d'échange le 29/11 de 18h à 20h. Le thème est soumis actuellement au vote, et vous sera prochainement communiqué par mail.

Congrès à venir :



CONGRÈS ANNUEL
DE LA SOCIÉTÉ FRANÇAISE ET FRANCOPHONE
DE CHIRURGIE DE L'OBÉSITÉ
ET DES MALADIES MÉTABOLIQUES



SOFFCO.MM

Invités du congrès :

Michel GAGNER, CANADA ; Marina KURIAN, USA
François PATTOU, FRANCE ; Raoul ROSENTHAL, USA



MERCI Christine...

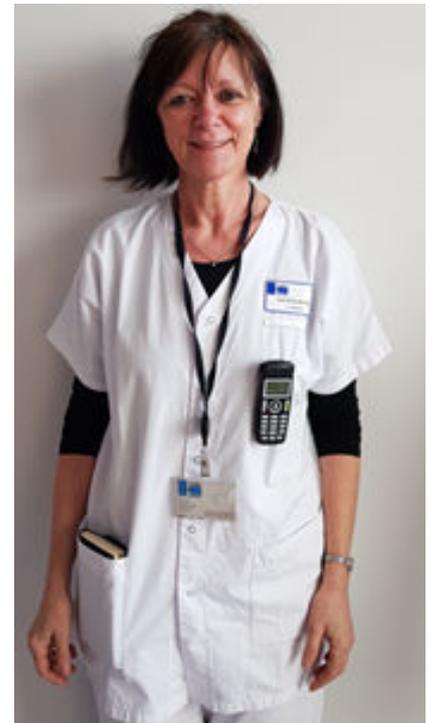
Diététicienne au CHU depuis 1981, tu as intégré le service de Diabétologie Endocrinologie Nutrition en 2002.

Surnommée « Professeur Kavan » de par ton niveau de compétence, passionnée par ton métier, multifonction, investie dans de nombreux projets, toujours partante pour de nos nouveaux challenges, nous avons eu la chance au CSO de travailler avec toi depuis 2006 sur la prise en soin des personnes obèses.

Toute l'équipe du CSO te remercie pour tes qualités humaines, ton dynamisme et ton professionnalisme qui nous ont permis d'évoluer dans notre accompagnement des patients...

A titre personnel, je regrette déjà nos échanges, débats et controverses, qui ont nourri ma réflexion et je te remercie de m'avoir éveillé à la richesse d'autres approches...

Bonne et belle retraite et à bientôt...



Jérôme et l'équipe du CSO