

# Obésité de l'enfant et de l'adulte (voir item 71) IC-253

- Connaître l'épidémiologie de l'obésité et ses enjeux
- Connaître la définition de l'obésité et de ses différents grades
- Connaître l'évolution naturelle de l'obésité
- Connaître les signes en faveur d'un rebond d'adiposité précoce chez l'enfant
- Connaître les principes de l'examen physique d'un sujet obèse
- Savoir rechercher et reconnaître des signes cliniques d'orientation vers une obésité « secondaire »
- Connaître les modalités du diagnostic des complications de l'obésité chez l'adulte et l'enfant
- Savoir identifier les circonstances et éléments à l'origine de l'excès pondéral chez l'adulte
- Savoir identifier les circonstances et éléments à l'origine de l'excès pondéral chez l'enfant
- Connaître les principes de l'évaluation des habitudes alimentaires
- Connaître la stratégie et les objectifs de prise en charge de l'obésité chez l'adulte et l'enfant
- Connaître les indications et contre-indications de la chirurgie bariatrique

## Connaître l'épidémiologie de l'obésité et ses enjeux OIC-253-01-B

**Epidémiologie :** [Prévalence en France en 2020](#)

- [Obésité : 17 % des adultes et 6% des enfants de 8 à 17 ans](#)
- [Obésité + surpoids : Environ 50% des adultes et 16 à 20 % des enfants](#)
- [En augmentation chez l'adulte, stable en pédiatrie](#)
- [Augmente avec l'âge](#)
- [Plus élevée dans les classes sociales défavorisées, Nord et Est de la France, et territoires ultra-marins.](#)

## Connaître la définition de l'obésité et de ses différents grades OIC-253-02-A

**Définition OMS :** un excès de masse grasse entraînant des conséquences néfastes pour la santé »  
Facteurs de risque cardio-vasculaire et prévention

### Chez l'adulte :

Obésité définie par un IMC  $\geq 30$  kg/m<sup>2</sup> (IMC=Poids (en kg)/Taille (en m<sup>2</sup>))

Gradation de l'obésité chez l'adulte selon l'IMC

Classification	IMC (kg/m <sup>2</sup> )
Poids normal	18,5 à 24,9
Surpoids	25 à 29,9
Obésité stade I (modérée)	30 à 34,9
Obésité stade II (sévère)	35 à 39,9
Obésité stade III (massive)	$\geq 40$

### Chez l'enfant :

Diagnostic basé sur l'IMC reporté sur les courbes de corpulence (cf. carnet de santé) de référence, filles et garçons, selon les normes internationales de l'IOTF (International Obesity Task Force).

- [Surpoids si IMC au-dessus de la courbe IOTF 25 \(correspond à un IMC de 25 kg/m<sup>2</sup> à 18 ans\)](#)
- [Obésité si IMC au-dessus de la courbe IOTF 30 \(correspond à un IMC de 30 kg/m<sup>2</sup> à 18 ans\)](#)

## Connaître l'évolution naturelle de l'obésité OIC-253-03-B

[L'obésité est une maladie chronique évolutive dont la prévalence augmente avec l'âge.](#)

Son évolution naturelle se fait le plus souvent vers une aggravation progressive si les conditions de son apparition ne sont pas corrigées ou si l'obésité apparaît précocement (50 à 70 % des adolescents obèses le restent à l'âge adulte).

Les régimes restrictifs aggravent la prise de poids sur le long cours. La restriction cognitive (intention de contrôler mentalement son alimentation dans le but de ne pas grossir ou de maigrir) avec exclusion des aliments « plaisir » conduit en effet à des frustrations et à une impulsivité alimentaire (compulsions et accès boulimiques).

## Connaître les signes en faveur d'un rebond d'adiposité précoce chez l'enfant OIC-253-04-B

-La corpulence (évaluée par l'IMC) augmente jusqu'à l'âge de 1 an puis diminue jusqu'à 6 ans environ pour réaugmenter après, ce qui correspond au rebond d'adiposité.

-Si le rebond d'adiposité survient avant l'âge de 5 ans, celui-ci est dit précoce, évocateur de prédisposition de l'enfant à l'excès de poids

-Trois types de cinétique de courbe peuvent se voir chez un enfant atteint d'obésité (cf. figure 1) :

- 1) absence de rebond d'adiposité (forme potentiellement grave) ;
- 2) rebond d'adiposité précoce autour de 3 ans (forme commune) ;
- 3) le croisement des couloirs après l'âge du rebond physiologique, (plus rare, éliminer une obésité secondaire)

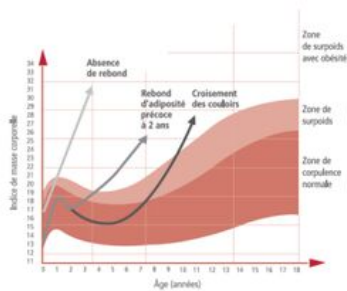


Figure 1: Rebond d'adiposité

## Connaître les principes de l'examen physique d'un sujet obèse OIC-253-05-A

L'examen clinique du sujet atteint d'obésité doit préciser la distribution de l'excès de masse grasse :

Mesure du Tour de taille

- chez l'adulte debout, avec un mètre ruban en position horizontale à mi-distance entre le rebord costal inférieur et les épinos iliaques antéro-supérieures après expiration douce et les bras ballants.
- corrélée à la quantité de graisse intra-abdominale (viscérale).
- permet de définir le niveau de risque cardio-métabolique associé à la distribution de la masse grasse :

Facteurs de risque cardio-vasculaire et prévention

*Différents seuils de tour de taille associés à une augmentation du risque de pathologies métaboliques et cardiovasculaires :*

- $\geq 80$  cm chez la femme,  $\geq 94$  cm chez l'homme : critère IDF
- $\geq 88$  cm chez la femme,  $\geq 102$  cm chez l'homme : critère NCEP-ATPIII

## Savoir rechercher et reconnaître des signes cliniques d'orientation vers une obésité « secondaire » OIC-253-06-B

**Éléments qui doivent faire évoquer une obésité secondaire :**

- un traitement favorisant la prise de poids : neuroleptiques, lithium, anti-épileptiques, glucocorticoïdes, traitement hormonaux (ex : progestatifs), antiallergiques
- une Hypothyroïdie (prise pondérale modérée; seule, pas une cause d'obésité)
- un hypercortisolisme (obésité facio-tronculaire et signes d'hypercatabolisme (vergetures pourpres, amyotrophie des racines des membres)) par tumeur de la surrénale (ACTH indépendant) ou adénome hypophysaire (ACTH dépendant) (voir item Adénome hypophysaire)
- une tumeur cérébrale avec atteinte hypothalamique (ex craniopharyngiome)

**Examens complémentaires à réaliser en cas de suspicion d'obésité secondaire**

Selon l'orientation clinique et pas de manière systématique:

- thyroestimuline (*thyroid-stimulating hormone* [TSH]) : recherche d'une hypothyroïdie

- cortisol libre urinaire (CLU) sur 24 heures, freinage minute à la dexaméthasone : recherche d'un hypercorticisme
- imagerie par résonance magnétique (IRM) hypophysaire (recherche de pathologies hypophysaires et hypothalamique) et bilan hormonal hypophysaire

## Connaître les modalités du diagnostic des complications de l'obésité chez l'adulte et l'enfant OIC-253-07-A

Complications	Comorbidités	Adulte	Enfant	Commentaires Certains des examens (ici en italique) ne doivent être réalisés que si points d'appel
Métaboliques	Diabète de type 2◊ Insulino-résistance ◊. Intolérance au glucose ◊	* * *	* * *	cf diabète
	Syndrome métabolique ◊	*		Tour de taille élevé (> 94 cm pour l'homme ; > 80 cm pour la femme) associé à hypertension artérielle et/ou hypertriglycémie et/ou hyperglycémie
Cardiovasculaires	Hypertension artérielle de l'adulte et de l'enfant	*	*	Pression artérielle mesurée avec un brassard adapté à la circonférence du bras du patient
	Insuffisance coronarienne ◊ Infarctus du myocarde ◊	* *		<i>ECG d'effort (cf. référentiel cardio)</i>
	Accident vasculaire cérébral ◊	*		
	Insuffisance cardiaque	*		<i>échographie cardiaque, dosage pro-BNP si point d'appel clinique</i>
Respiratoires	Insuffisance respiratoire restrictive	*		EFR
	Syndrome d'apnées hypopnées obstructives du sommeil (SAHOS) ◊	*	*	Polygraphie dans la majorité des cas si symptômes cliniques évocateurs Le SAHOS peut se manifester chez l'enfant par : ronflements, réveils nocturnes, somnolence diurne ou excitabilité, baisse des résultats scolaires, énurésie
	Syndrome d'hypoventilation alvéolaire	*		Défini sur les GDS par une hypoxémie (PaO <sub>2</sub> < 70 mmHg) et une hypercapnie (PaCO <sub>2</sub> > 45 mmHg)
	Asthme	*	*	EFR
Thrombo-emboliques	Thrombose veineuse Embolie pulmonaire	* *		
Digestives et hépatiques	Reflux gastro-œsophagien Lithiase biliaire ◊	* *	*	
	Stéato-hépatite ◊	*	*	<i>GGT, transaminases ; échographie abdominale</i>
Rénales	Glomérulopathie avec protéinurie	*		
Ostéoarticulaires	Gonarthrose / Coxarthrose  <b>Epiphysiolyse de hanche</b>  <b>Troubles statique vertébrale</b>  <b>Genu valgum surtout si asymétrique</b>  Epiphysites de croissance	   *	   * * * *	   <i>Radiographies standard centrées sur les articulations douloureuses</i>
Cutanées	Intertrigos mycosiques Lymphœdème  Insuffisance veineuse  Vergetures  Acanthosis nigricans ◊  Hirsutisme	* *  *  *  *  *	   *  *  *	
Urogénitales (femmes)	Incontinence urinaire d'effort	*		

<b>Gynécologiques</b>	Troubles de la fertilité	*		En lien avec une anovulation ou un syndrome des ovaires polykystiques ◊
	Risque de fausse couche	*		
	Grossesse à risque Diabète gestationnel ◊	*		
	HTA gravidique ◊	*		
<b>Neurologiques</b>	Hypertension intracrânienne idiopathique ou « bénigne »	*		
<b>Oncologiques</b>	Sein, endomètre, colon-rectum, rein, pancréas, œsophage, vésicule biliaire	*		Augmentation de l'incidence et de la mortalité par cancer Dépistage chez la personne obèse suit les recommandations en population générale
<b>Psychologiques et sociales</b>	Discrimination sociale	*	*	
	Perte de l'estime de soi	*	*	
	Anxiété/ dépression	*	*	Du fait de la stigmatisation
	Troubles du comportement	*	*	
<b>Endocriniennes</b>	Verge enfouie fréquente, éliminer un micropénis		*	<b>Endocrino-pédiatre</b>  <b>Age osseux et avis spécialisé</b>  Bilan échographique et hormonal à la recherche d'un syndrome des ovaires polykystiques
	Adipo et/ou gynécomastie chez le garçon		*	
	Puberté précoce chez la petite fille /retard pubertaire chez le garçon		*	
	Spanioménorrhée, Hypertrichose		*	

◊ associé à l'obésité viscérale

## Savoir identifier les circonstances et éléments à l'origine de l'excès pondéral chez l'adulte OIC-253-08-A

### Éléments physiopathologiques :

L'obésité commune résulte de l'interaction de facteurs génétiques, épigénétiques, environnementaux, psychologiques, sociaux et biologiques

Déterminants de l'obésité commune :

1. Education favorisant dysrégulation du comportement alimentaire
2. Difficultés de vie (dont psycho-traumatismes) / difficultés psychologiques / stress
3. Inactivité physique / sédentarité
4. Manque de sommeil
5. Alimentation peu diversifiée / boissons sucrées

## Savoir identifier les circonstances et éléments à l'origine de l'excès pondéral chez l'enfant OIC-253-09-B

Les éléments favorisant un rebond d'adiposité précoce sont étroitement liés à la période des 1000 premiers jours de vie (de la conception aux 2 ans de l'enfant) :

- Antécédents familiaux,
- Évènements survenus pendant la vie intra-utérine chez la mère (tabac, diabète mal équilibré, prise de poids excessive, alimentation déséquilibrée).
- L'excès ou le défaut de croissance fœtale (macrosomie/hypotrophie) et un gain pondéral accéléré dans les 2 premières années de vie même si le poids de naissance est normal.
- Facteurs intervenant pendant les premiers mois de vie : allaitement, attitudes éducatives inadaptées de l'entourage

Autres facteurs favorisant l'excès pondéral, communs à l'adulte :

- Difficultés socioéconomiques des parents et cadre de vie défavorable
- Manque d'activité physique et sédentarité
- Manque de sommeil
- Consommation excessive de produits sucrés (boissons et biscuiterie)

- Facteurs psychopathologiques
  - Négligences ou abus physiques ou sexuels dans l'enfance ou l'adolescence Maltraitance et enfants en danger : abus sexuel : savoir évoquer le diagnostic 2C-057-ET-A02
- Un obésité génétique (rare) doit être évoquée lorsque :
- Obésité précoce et sévère
  - Associée à un syndrome malformatif et dysmorphique, retard de développement, troubles des apprentissages et déficience intellectuelle, anomalies sensorielles (obésité syndromique)
  - Anomalies endocriniennes
- 

## Connaître les principes de l'évaluation des habitudes alimentaires OIC-253-10-A

### Evaluer le profil alimentaire :

- Répartition des prises alimentaires quotidiennes, nombre de repas
- Consommation de fruits, de légumes, de pain
- Mode de cuisson (fritures) et d'assaisonnement
- Consommation de boissons sucrées, alcoolisées
- si besoin, journal alimentaire

### Analyser le comportement alimentaire :

- Vitesse d'ingestion des aliments : tachyphagie si <sup>3</sup> 7 sur échelle analogique pour quantifier la vitesse d'ingestion (1 : la plus lente ; 10 : la plus rapide) ; durée moyenne des repas (<20 min)
  - Volume ingéré lors des repas, tendance à se resservir
  - Arrêt des repas au-delà du rassasiement (absence de satiété) : sensation de tension, pesanteur ou douleur gastrique en fin de repas
  - Restriction cognitive
  - Prises alimentaires extra-prandiales (impulsivité, fréquence, horaire, contexte de survenue) : cf. item 71 TCA
  - grignotages : consommation tranquille en petites quantités d'aliments « plaisir »,
  - compulsions (*craving*) : envies irrésistibles de manger sans perte de contrôle au cours de l'acte (choix d'aliments plaisants et consommés sans frénésie et en quantités limitées)
  - accès de boulimie (*binge eating*) : envies irrésistibles de manger avec perte de contrôle au cours de l'acte (consommation des aliments avec avidité et/ou en grande quantité et/ou absence de sélection des aliments plaisants),
  - hyperphagie boulimique : au moins un accès de boulimie par semaine pendant au moins 3 mois
  - boulimie (plus rare dans l'obésité) associée à des manœuvres de purge
- 

## Connaître la stratégie et les objectifs de prise en charge de l'obésité chez l'adulte et l'enfant OIC-253-11-A

### L'objectif de la prise en charge thérapeutique de l'obésité est multiple

- Réduction pondérale progressive sur 6-12 mois
- Maintien de la perte de poids à long terme
- Prévention et traitement des complications
- Amélioration de la qualité de vie (inclu le plaisir de manger)

### La prise en charge se fait au long cours avec

- Approche thérapeutique personnalisée
- Accompagnement global intégrant
  - o conseil nutritionnel (sur le profil alimentaire et la correction des perturbations du comportement alimentaire)
  - o lutte contre la sédentarité et pratique d'une activité physique régulière,
  - o renforcement de l'écologie personnelle (sommeil, relations sociales, estime de soi/affirmation de soi, satisfactions au-delà de l'alimentation, etc.) et
  - o éventuel soutien psychologique (ouvrant à l'expression de soi), et social si besoin dans une démarche d'éducation thérapeutique.

Les objectifs de perte de poids réalistes et pas trop rapides : 5–10 % du poids maximal permet déjà une amélioration significative des complications.

### Spécificités chez l'enfant,

- Evaluation de l'attitude éducative des parents vis à vis de l'alimentation de leur enfant
- Implication de l'enfant selon son âge et des adultes de son entourage.

L'objectif n'est pas une perte de poids mais un ralentissement de la prise de poids tant que l'enfant est en croissance, afin d'infléchir l'évolution de la courbe d'IMC.

### Conseils alimentaires

- Pas de prescription diététique « standard »
- Pas d'interdits alimentaires
- Respect des rythmes alimentaires de chacun
- Promotion de l'équilibre alimentaire
- Respect des signaux alimentaires physiologiques, allongement du temps de mastication (soutien à la sensorialité alimentaire)
- Aide à la prise de conscience des déterminants des prises alimentaires extra-prandiales

### Concernant l'activité physique

- Pratique régulière, adaptée aux goûts, aspirations et problématiques médicales et psychosociales de la personne, sécurisée et mise en place progressivement
- Limiter le temps passé à des occupations sédentaires
- Chez l'enfant, aide des parents à cadrer l'utilisation des écrans pour lutter contre la sédentarité et encourager l'activité physique et sportive.

### Prise en charge psychologique et comportementale si indiquée

Basée sur les Thérapies Cognitivo-Comportementales (TCC):

- travail sur la motivation ;
- gestion des troubles du comportement alimentaire *via* la gestion des émotions et du stress ;
- renforcement de l'estime de soi et de l'affirmation de soi ;
- etc.

### Traitement pharmacologique

- Traitement adapté des troubles du comportement alimentaire (TCA), de la dépression, de l'anxiété
- Traitements spécifiques des complications et des facteurs de risque cardiovasculaires (FDRCV) associés

---

## Connaître les indications et contre-indications de la chirurgie bariatrique OIC-253-12-B

La chirurgie bariatrique est une stratégie thérapeutique de dernier recours, à proposer après évaluation des bénéfices et risques potentiels et de la capacité d'adhésion du patient au suivi.

### Indications :

- Âge : 18 à 60 ans
- $IMC \geq 40$  ou  $35 \leq IMC$  avec au moins une comorbidité sévère susceptible de s'améliorer après la chirurgie (diabète type 2, stéato-hépatite, SAHOS...)
- Après échec d'un traitement nutritionnel et psychothérapeutique bien conduit pendant environ 6–12 mois
- Patients bien informés et ayant bénéficié d'une évaluation et d'une prise en charge préopératoire pluridisciplinaire ; indication validée en Réunion de concertation pluridisciplinaire
- Patients ayant compris et accepté la nécessité d'un suivi médical et chirurgical post-opératoire à vie
- Risque opératoire acceptable

### Contre-indications

- Troubles psychiatriques non stabilisés
- Alcoolisme et toxicomanie
- Troubles sévères du comportement alimentaire (hyperphagie boulimique)
- Impossibilité du suivi médical
- Risque anesthésique majeur

- Pathologie menaçant le pronostic vital

## Principe

La chirurgie bariatrique modifie l'anatomie du tube digestif :

- par une restriction gastrique : anneau gastrique, gastrectomie longitudinale (*sleeve gastrectomy*) ;
- ± associée à une malabsorption intestinale : *bypass* gastrique en Y