

Les Troubles de l'Équilibre pondéral

bonjour

R MALEK

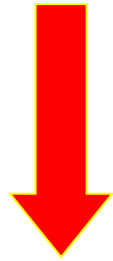
rmalekdz@gmail.com

Introduction

- **Composition corporelle: 4 secteurs**
 - **Tissu de soutien**
 - **Liquide extracellulaire**
 - **Masse active**
 - **Tissu adipeux**

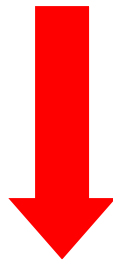
Régulation: (hypothalamus)

: centre de la satiété et de la faim



Déshydratations
Hyperhydratations

Variations
de la masse active
Et/ou grasse



Modifications du poids

Comportements alimentaires (1)

- **Faim:** besoin biologique de nourriture, décrit comme une sensation de vide gastrique.
- **Appétit:** plaisir éprouvé à la consommation d'aliments.
- **Satiété:** sensation de plénitude gastrique et de dégoût aux aliments.

Comportements alimentaires (2)

- **Faim et satiété normales**
- **Grignotement:** manger en dehors des repas : moyens de lutte contre une anxiété, angoisse, solitude;
- **Crise de boulimie:** ingestion en dehors de toute faim et de satiété, de quantités énormes de nourriture en quelques heures dans un contexte psychopathologique grave, avec en CSQ des vomissements postprandiaux et troubles hydro-électrolytiques (hypokaliémie), parfois mortelle, avec un risque de Sd de Mallory Weiss.

Moyen diagnostique : Pèse personne , toise



Le statut pondéral des adultes.

Indice de masse corporelle (IMC).

Body mass index (BMI)

$$\text{IMC} = \text{poids (kg)} / \text{taille (mètre)}^2$$

IMC (Kg/m ²)	Résultats
< 13	Dénutrition grave
16-13	Dénutrition sévère
18,6-16	Dénutrition modérée
< 18,5	Poids insuffisant : amaigrissement
18,5-24,9	Normal
25-29,9	Surcharge pondérale (Embonpoint)
≥ 30	Obésité
≥ 30	Obésité classe 1
≥ 35	Obésité classe 2
≥ 40	Obésité classe 3

Amaigrissement

Introduction

- Perte de poids corporel involontaire
- La perte de poids est souvent liée à une diminution de l'appétit et donc des apports alimentaires.
- Maladies : organiques ou psychiatriques
- Nécessité d'une enquête policière pour rechercher une cause organique

Définitions

- **Amaigrissement:** diminution des réserves énergétiques adipeuse, de la masse active, avec un bilan azoté négatif.
- Il traduit un déséquilibre négatif de la balance énergétique qui résulte d'apports énergétiques insuffisants et/ou de dépenses énergétique augmentées.
- Les dépenses énergétiques peuvent être augmentées en cas d'hyperactivité physique ou d'hypercatabolisme (hypermétabolisme), notamment dans l'hyperthyroïdie, les pathologies inflammatoires chroniques ou les cancers.

Définitions

- Perte de poids non contrôlée $>5\%$:
Amaigrissement involontaire.
- Perte de poids non contrôlée $>10\%$:
dénutrition (sévère si $> 20\%$).
- % de perte de poids: $(\text{poids habituel} - \text{poids actuel}) / \text{poids habituel} \times 100$.

Diagnostic différentiel de l'Amaigrissement

- État de maigreur:
 - état stable et persistant. Il ne pose pas de problèmes (état constitutionnel).

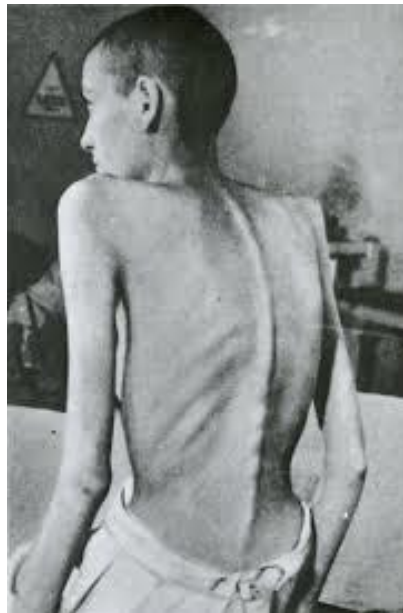
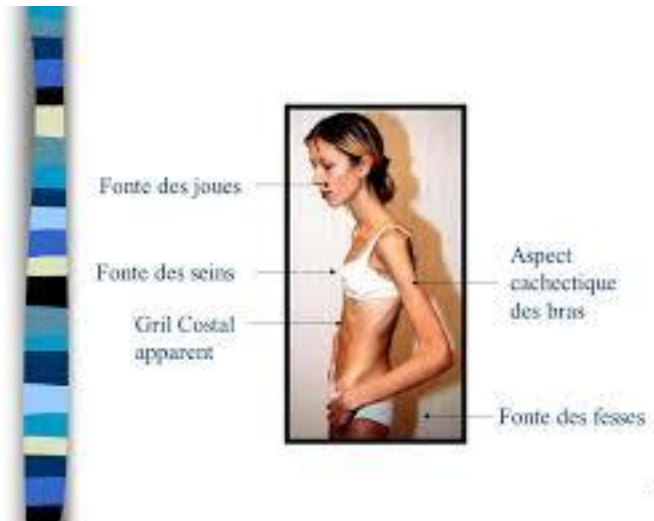
Amaigrissement

IMC $< 18,5$ kg/m² | Poids insuffisant : amaigrissement

- Amaigrissement: état spécifique à beaucoup de maladies

Cachexie

- Etat extrême de l'amaigrissement



Mécanismes de l' amaigrissement 1

Par la diminution de l' apport alimentaire

- Anorexie (rôle des neuromédiateurs) et ses causes psychologiques et environnementales
- Nausées et vomissements,
- Difficulté d' ingestion : perturbation de la mastication, douleurs buccales, dysphagies, ..
- Malabsorption, diarrhées

Mécanismes de l' amaigrissement 2

- **Par hypercatabolisme :**
- – Rôle des cytokines pro-inflammatoires (TNF α , interleukine 1 et 6...) qui induisent une protéolyse, lipolyse, hyperglycémie.. « Au service du mécanisme inflammatoire »

Démarche diagnostique

- **Interrogatoire :**
- **Complet :**
 - Mode de vie,
 - Contexte social, professionnel
 - Appétit,
 - Évaluation de l'activité physique,
 - Comportement alimentaire: enquête alimentaire afin d'évaluer les apports alimentaires)
 - Problèmes de déglutition
 - Prise de médicaments ou de toxiques
 - Signes fonctionnels physiques (neurologiques, CV, respiratoires, endocriniens) ou psychiques.

Démarche diagnostique

- **Interrogatoire :**
 - Chez les jeunes : rechercher l'anorexie mentale (troubles restrictif du comportement alimentaire, hyperactivité physique, aménorrhée, trouble de l'image corporelle) ou d'autres comportements alimentaires)

Interrogatoire

- Chiffrer la perte de poids (poids antérieur)
- Rapidité de l'installation de l'amaigrissement
 - Semaines, mois
- Caractère récent ou non
- Si absence d'objectivité: se fier aux changements de la taille ou de vêtements;
- Si amaigrissement rapide et massif: grande valeur sémiologique
- Signes d'accompagnement: maladie chronique

Interrogatoire

- Relation avec l' appétit:
- Perte de l' appétit ou l' envie de manger :
Anorexie:
 - Volontaire: globale ou sélective
 - Niée: anorexie mentale
 - Associée: symptômes digestifs (vomissements ,
nausées, diarrhées)
- Conservation ou exagération de l' appétit:
S' orienter vers les causes endocriniennes.

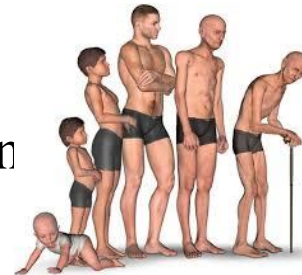
Démarche diagnostique

- **Éléments cliniques étiologiques**
- – examen clinique : 2 objectifs:
 - **Evaluer les conséquences de l'amaigrissement**, notamment de la dénutrition: les symptômes varient en fonction du nutriment manquant, plusieurs signes doivent vous alerter sur la possibilité d'une carence :
- La fatigue ou le fait de se sentir faible ;
- Un changement d'appétit ;
- Le teint pâle ;
- La perte de cheveux ;
- La constipation ;
- Des troubles cardiaques (palpitations) ;
- La dépression ;



Démarche diagnostique

- **Éléments cliniques étiologiques:** Evaluer les conséquences de l'amaigrissement,
 - importance de l'évaluation nutritionnelle
 - Sarcopénie (fonte musculaire)
 - Le lanugo, acrocyanose
 - Recherche d'œdèmes ou d'ascite
 - Peau et phanères (traduisent les carences)
 - Peau sèche, ongles cassants
 - Examen buccal (gencives, dents..)



ations



Démarche diagnostique

- **Éléments cliniques étiologiques**
- – examen clinique :
 - **Rechercher les signes d'une pathologie organique:**
 - IMC
 - Comparaison avec des photos antérieures.
 - Examen clinique complet
 - Fièvre ou sueurs nocturnes (infection,, hémopathie ou cancer solide (rein).
 - Tachycardie régulière: hyperthyroïdie
 - Déglutition: maladies neurologiques, Cancers ORL
 - ADP
 - Signes d'insuffisances cardiaques
ou respiratoires chroniques
 - Hépatosplenomégalie
 - Toucher rectal et vaginal
 - Cavité buccale: dentaire chez les personnes âgées

Démarche diagnostique

- **Éléments biologiques**

- Protidémie - Albuminémie $< 35\text{g/l}$ (1/2 vie : 20 jours) et transthyrétine $< 200\text{mg/l}$ (ancienne pré-albumine : 1/2 vie 48 h)
- A interpréter selon les marqueurs de l'inflammation (PCR, orosomucoïde..):
 - PCR élevée traduit l'hypercatabolisme –
PCR basse : carence d'apport.

Démarche diagnostique

- **Examens complémentaires biologiques**
- NFS,
- CRP, VS
- Na, K, Ca, créatinine
- Glycémie
- Transaminases, Gamma-GT
- TSH
- Radiographie du thorax
- Echographie abdominale

Causes

- Rechercher systématiquement la ou les causes de l' amaigrissement:
- Exemple: amaigrissement secondaire à une anorexie en rapport avec une dépression réactionnelle à une maladie chronique.

Amaigrissement avec appétit conservé

- **Augmentation des dépenses énergétiques:**
 - **Hyperthyroïdies**
 - **Hyperactivité anxieuse et maniaque**
 - **Prise d'extraits thyroïdiens**
- **Pertes digestives:**
 - **Entéropathies exsudatives, stéatorrhées**
 - **Parasitoses digestives, fistule digestive**
- **Pertes urinaires:**
 - **Diabète sucré (insuline: hormone anabolisante)**

Amaigrissement avec anorexie

- **Ulcère gastro-duodénal**
- **Cancers digestifs (œsophage, gastrique, colique, rectal)**
- **Cancers foie, pancréas**
- **Leucémies, hémopathies**
- **Infections: tuberculose, SIDA, suppuration profonde**
- **Insuffisance rénale chronique**
- **Maladie cardio-vasculaire au stade terminale**
- **Insuffisance surrénale**
- **Hypercalcémie**
- **Intoxication éthylique**
- **Dépression, anorexie mentale**
- **Grève de la faim**

Anorexie mentale



Anorexie mentale

Perte de poids

- * Plus ou moins rapide, **banalisée** par la patiente.
- * Associée à un sentiment de réassurance initiale, une impression d'**absence de fatigue**, d'**euphorie** voire de **toute puissance**.
- * Aboutit à l'**effacement des aspects sexuels** du corps ainsi qu'à des troubles trophiques (altération des phanères, hypertrichose, lanugo, acrocyanose et œdèmes carentiels).
- * Responsable d'une **hypotension**, d'une **bradycardie** et d'une **hypothermie**.

Restrictions

- * Survenue progressive, **quantitative** (calories) et **qualitative** (aliments gras et sucrés surtout).
- * Restrictions **sélectives** avec des évitements initialement sur les aliments caloriques (gâteaux, pâtisseries, beurre, crème...) puis sur les viandes, les féculents... Elles aboutissent à des **règles inflexibles**.

Autres stratégies de contrôle du poids

- * **Vomissements provoqués** : la plus fréquente des stratégies de contrôle
- * **Prises de laxatifs**, fréquentes, pouvant aboutir à des troubles fonctionnels digestifs et hypokaliémie (+/ – mélanose colique).
- * **Prises de diurétiques, coupe-faim, hormones thyroïdiennes ou dérivés des amphétamines**.
- * **Potomanie** : consommation excessive et souvent compulsive, de liquide, non calorique. Cela peut aboutir à des hyponatrémies avec risque de convulsions et de coma.
- * **Hyperactivité physique, expositions accrues au froid**.

Boulimie

- Les adolescents ou adolescentes décrivent la boulimie comme une sorte d'accès marqué par une sensation de faim, accompagnée d'une grande angoisse contraignant le sujet à absorber de manière impulsive une énorme quantité d'aliments.
- Après cette ingestion, s'installe une grande culpabilité qui peut conduire à des vomissements provoqués.
- Sur le plan psychopathologique, on retrouve de tels accès au cours de l'évolution de l'anorexie mentale, accès cachés et souvent suivis de vomissements provoqués ; au cours des états névrotiques notamment hystériques, au cours des états dépressifs.

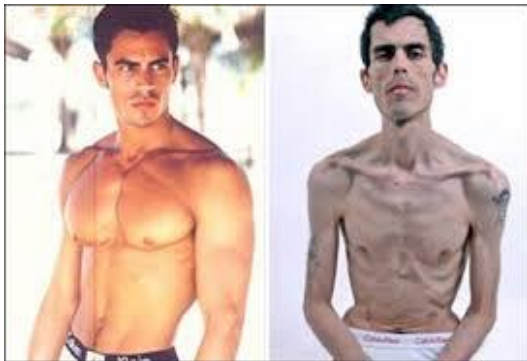


Anorexie mentale



Restriction des apports énergétiques par rapport aux besoins conduisant à un poids significativement bas,

- Peur intense de prendre du poids et de devenir gros, malgré une insuffisance pondérale,
- Altération de la perception du poids ou de la forme de son propre corps (dysmorphophobie), faible estime de soi (influencée excessivement par le poids ou la forme corporelle), ou manque de reconnaissance persistant de la gravité de la maigreur actuelle.



La campagne choc d'Oliviero Toscani contre l'anorexie 2007



Merci de votre
attention!



Obésité



Obésité

IMC (Kg/m ²)	Résultats
25-29,9	Surcharge pondérale (Embonpoint)
≥ 30	Obésité
≥ 30	Obésité classe 1
≥ 35	Obésité classe 2
≥ 40	Obésité classe 3

Obésité



Les obésités

- Définition: l'obésité est rarement une maladie ou rarement le syndrome d'une maladie précise, mais beaucoup plus souvent un état d'origine multifactorielle du contenu du corps de graisse au de la de 15 à 20% chez l'homme et 25 à 30% chez la femme.
- Rapport étroit avec le syndrome métabolique, insulino-résistance, maladies cardio-vasculaires

Étude sémiologique

- **Entretien :**
 - Très important
 - Relation médecin malade
 - Le plus difficile
 - Long , précis
 - État psychologique
 - ATCD familiaux d' obésité
 - Courbe de poids
 - Progression lente ou rapide (quelques mois)
 - Photos antérieures

Entretien suite

- **Circonstances de survenue:**
 - Décès, mariage, service militaire, cycle menstruel, etc
- **Circonstances déclenchantes:**
 - Choc émotionnel, puberté,
 - arrêt du tabac,
 - grossesse, contraception,
 - réduction activité sportive,
 - prise médicamenteuse (neuroleptique)
 - Tumeurs hypophysaires
 - corticoïdes

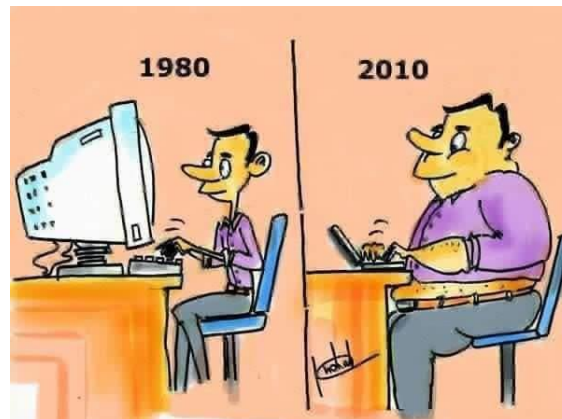
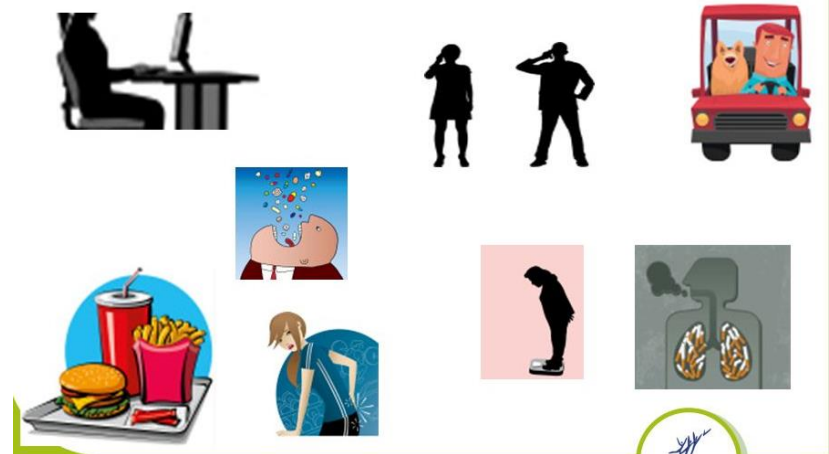
Comportement alimentaire

- Hyperphagie ou polyphagie: augmentation de la faim ou diminution de la satiété conduisant à une hyperphagie ou une multiplication des repas.
- Absence de faim et de satiété

Appréciation des dépenses énergétiques

- Sédentarité
- Activité sportive
- et professionnelle

LA SEDENTARITE



Enquête psychologique

- Écoute attentive
- Vécu de l'obésité par rapport à la société
- Désir ou non de maigrir
- Différencier l'obésité hystérique et psycho maniaque

ATCD familiaux

- Parents
- Habitudes alimentaires
- Enfants surprotégés
- Tare familiale non identifiée
- Recherches de facteurs de risques
 - Hyperlipémie, diabète, HTA, goutte, maladie cardio-vasculaire



Examen clinique

- **Peser la malade, calculer son BMI**
- **Classer l'obésité:**
 - Obésité modérée (20 à 50%)
 - Obésité sévère (50 à 200%)
- **Calcul du Plis tricipital:**
 - 20 mm : homme
 - 30 mm chez la femme

Diagnostic: Indice de masse corporelle

- **Obésité** = $\text{IMC} \geq 30 \text{ kg/m}^2$
 - Classe 1: $\geq 30 \text{ kg/m}^2$
 - Classe 2: $\geq 35 \text{ kg/m}^2$
 - Classe 3: $\geq 40 \text{ kg/m}^2$

Examen clinique

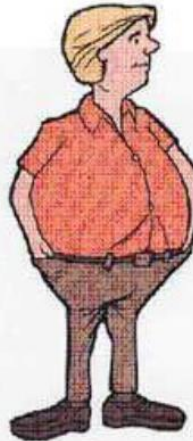
- **Préciser la répartition des graisses ou le type d'obésité: rapport tour de taille sur tour de hanche ou tour de taille.**
- **Obésité androïde: intéresse la partie sup du corps, au dessus de la ceinture. Elle favorise les complications cardio-vasculaires.**
- **Obésité gynoïde: intéresse la ceinture, les cuisses (culotte de cheval). Favorise les complications mécaniques.**
- **Obésité mixte**
- **Fausse obésité féminine**

Hétérogénéité de l'obésité

TYPES OF OBESITY – Are you an Apple or a Pear ??

Apple/Android

- Excess Fat on the Abdomen
- Common in Men
- Significant correlation with Metabolic Syndrome.



Pear/Gynoid

- Excess Fat on the thighs and buttocks
- Common in Women
- Non significant correlation with Metabolic Syndrome.



Tour de taille



Tour de taille (TT)

- Homme ≥ 102 cm (40 po)
- Femme ≥ 88 cm (35 po)



Risques pour la santé

Face à la progression de l'obésité en Montérégie...

**ENSEMBLE
POUR FAIRE
CONTREPOIDS !**



Risques pour la santé selon IMC et TT

Source: Douketis JD, Paradis G, Keller H et Martineau C, Canadian guidelines for body weight classification in adults: application in clinical practice to screen for overweight and obesity and to assess disease risk CMAJ, 2005, 172(8): 995-998

Catégorie d'IMC:	Normal 18,5-24,9 kg/m ²	Embonpoint 25-29,9 kg/m ²	Obésité classe 1 30-34,9 kg/m ²
Tour de taille Homme < 102 cm Femme < 88 cm	Risque moindre	Risque augmenté	Risque élevé
Tour de taille Homme ≥ 102cm Femme ≥ 88 cm	Risque augmenté	Risque élevé	Risque très élevé

Risques pour la santé

Façon à la progression de l'obésité en Montérégie...

**ENSEMBLE
POUR FAIRE
CONTREPOIDS !**



Risques pour la santé

- Diabète type 2
- Syndrome métabolique
- Maladie cardiaque
- Hypertension
- AVC
- Dyslipidémie
- Certains cancers
- Apnée du sommeil
- Ostéoarthrose
- Lithiases vésiculaires
- Problèmes psychosociaux



Stéatose hépatique
non alcoolique

Obésités morbides

Obèse morbide, elle rêve de devenir la plus grosse femme du monde . | Publié le 7 septembre 2016. Record (770 kilos)



**Poids de 725 kilogrammes , Carol Yager
reste aujourd'hui la femme la plus grosse
du monde et de l'histoire.**



Étiologies des obésités

- Constitutionnelles
- Psychogènes
- Syndrome adiposo-génital
- Adénome à prolactine
- Sd de Cushing
- Hypothyroïdie
- Hypoglycémie organique

Retentissement de l'obésité et facteurs de risque associés

- Maladies Cardio-vasculaires et l'HTA
- Syndrome d'apnée du sommeil (SAS)
- Hyperlipémie
- Diabète sucré
- Arthrose (genoux, hanches)
- Insuffisance respiratoire restrictive (sd de Picwick)
- Lithiase vésiculaire
- Intertrigo mammaire
- Hernie de la ligne blanche
- Retentissement psychologique
- Insuffisance veineuse des membres inférieurs (varices)
- Certains cancers
- L'altération de la qualité de vie

Merci de votre
attention!

