

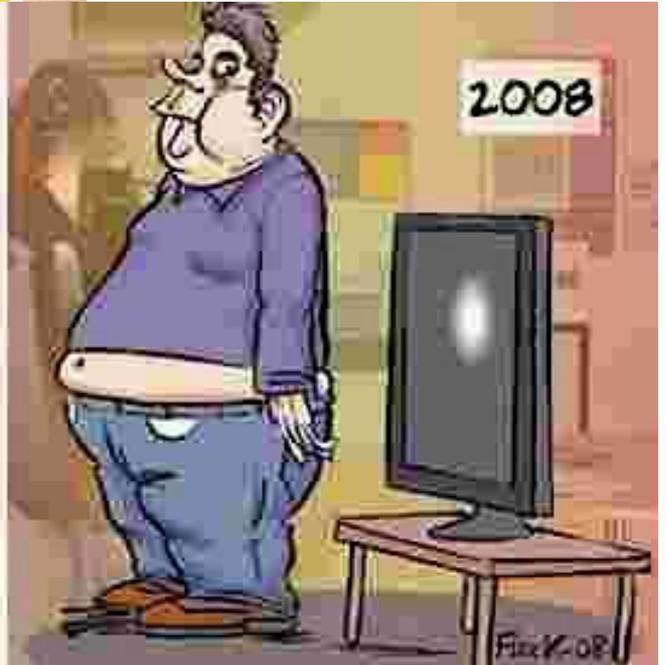
# LE MÉDECIN FACE AU PATIENT OBÈSE MORBIDE



**DR V.BARTHASSAT**

  
CENTRE DE MEDECINE  
INTERDISCIPLINAIRE

Formation continue Médecins de Famille Genève  
9 novembre 2017





*The fat house*, Erwin Wurm

# PRÉAMBULE

**Prise en charge médicale  
et chirurgicale ne s'opposent pas !**

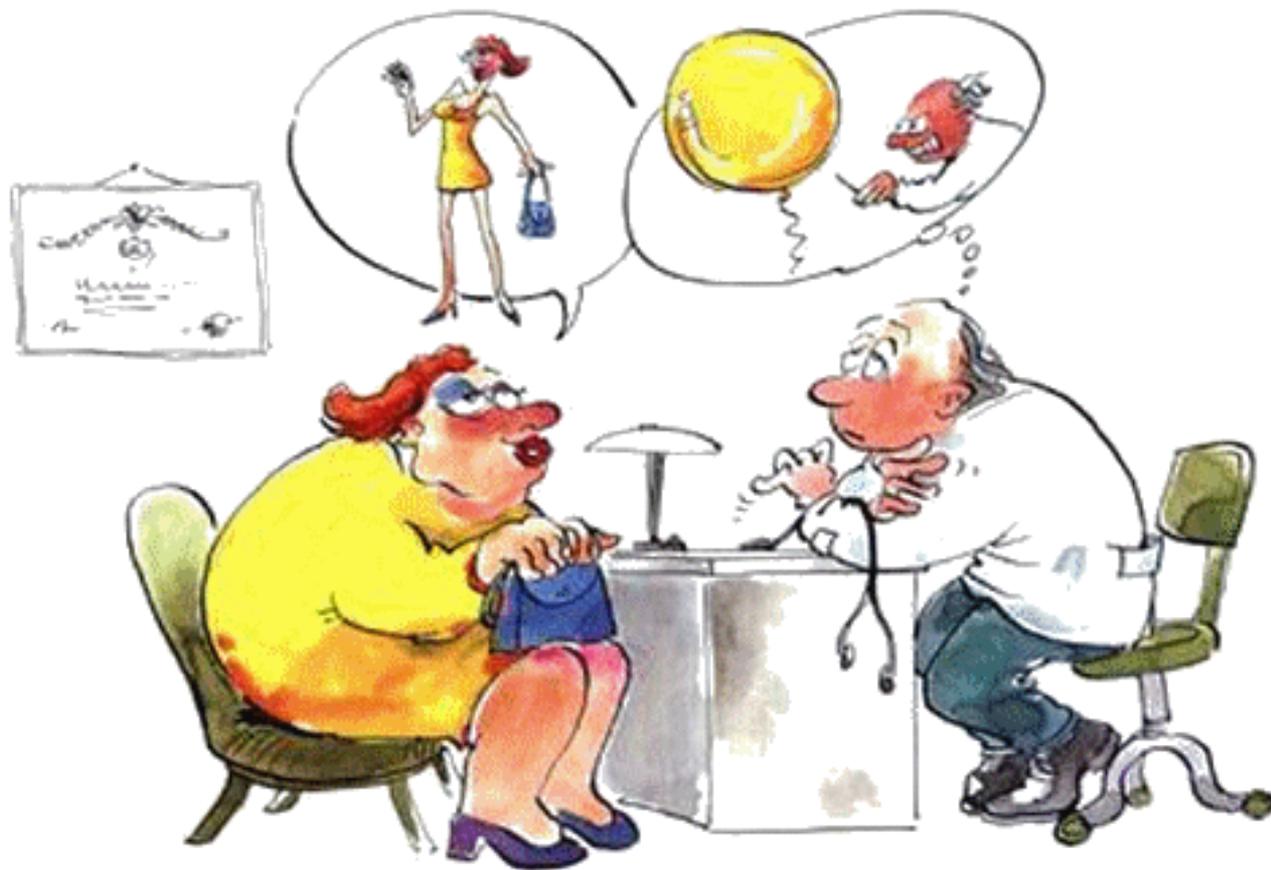


**Chaque patient en état d'obésité sévère ou morbide  
doit bénéficier d'une prise en charge médicale  
au cours de laquelle pourra s'inscrire  
un projet de chirurgie bariatrique**

# MENU

- **Obésité: spécificité...**
  - Le médecin et l'obésité
- **Prise en charge médicale:**
  - La plainte
  - Le diagnostic
  - Le traitement: rappels, nouveautés et perspectives
- **Place de l'interniste-généraliste dans le projet de chirurgie bariatrique**
  - La décision
  - La préparation
  - Le suivi
- **Présentation GITO**
- **Conclusions**

# LE MÉDECIN FACE AU PATIENT OBÈSE MORBIDE

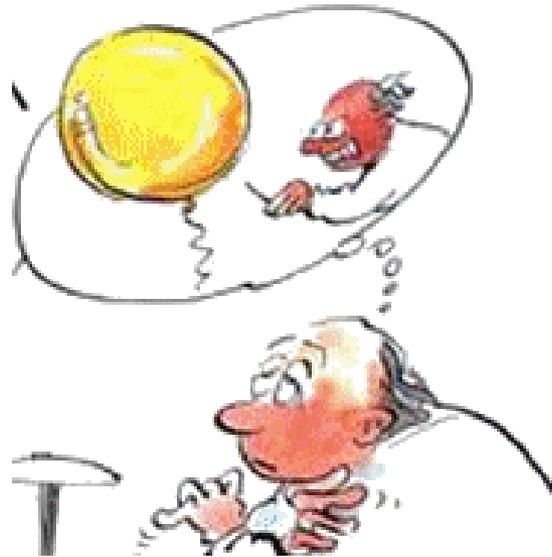


# LE MÉDECIN FACE AU PATIENT OBESE MORBIDE

**Impuissance**

**Perte de contrôle**

**Échec**



**Négligence**

**Passivité**

**Le médecin à tendance à s'activer !**

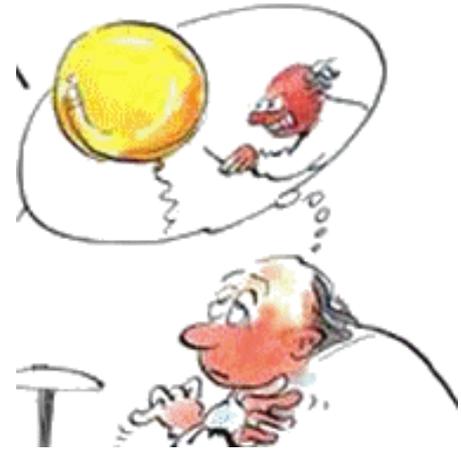
# LE MÉDECIN FACE AU PATIENT OBESE MORBIDE

La proposition thérapeutique

**doit servir au patient**  
sur le long terme

et non pas répondre à la

**frustration du médecin !**



# OBÉSITÉ MORBIDE: PRISE EN CHARGE MÉDICALE

- **La plainte**
  - Les questions qui se posent
- **Le diagnostic**
  - Un problème de définition ?
  - Quel bilan (étiologique / complications)
- **Le traitement**
  - Approche multidimensionnelle interdisciplinaire
  - Pharmacologie
  - Place de l'interniste - généraliste dans le projet de chirurgie bariatrique
  - Perspectives



# LA PLAINTE

- Préoccupation du patient /médecin /entourage ?
- Le patient a-t-il une demande ou non ?
- Si oui, quelles sont ses attentes ?



# DIAGNOSTIC:

## LIMITES DE LA DEFINITION PAR L'IMC

- intérêt principalement à l'échelle populationnelle
- mauvaise sensibilité pour détecter masse grasse  
(= 50%)
- ne tient pas compte de la composition corporelle  
(*ex body-builder*)
- ne tient pas compte de la distribution de l' adiposité  
(*gr. viscérale*)
- Variations individuelles, hommes–femmes ou interethniques  
(*Asiatiques: 23-24.9 Surpoids, >25 Obésité*)

# DÉFINITION

L'obésité est un **excès de masse grasse** exposant à des conséquences somatiques, psychologiques et sociales, retentissant sur la qualité de vie

- Comment le mesurer *en routine* ?



- A partir de quand devient-il pathologique ?

Obésité

DOI 10.1007/s11690-013-0392-7

---

ARTICLE / *ARTICLE*

# **Vers de nouveaux phénotypes et de nouvelles nosographies : de l'obésité aux maladies du tissu adipeux**

**Towards new phenotypes and nosography: from obesity to adipose tissue disorders**

**A. Basdevant · K. Clément · J.-M. Oppert**

# LE TISSU ADIPEUX EST UN ORGANE

- **Assure des fonctions physiologiques**
- **Adipocytes = 1/3 des cellules**
  - Hypertrophie vs hyperplasie
- **Histologie révèle:**
  - Degré inflammation
  - Fibrose, réseaux vasculaires
  - Immunité
- **les classifications devraient être enrichies**
  - Caractérisation histopathologique
  - Marqueurs d'adiposité (leptine, adiponectine,...)

# DIAGNOSTIC:

## BILAN

### **Bilan étiologique (seulement si la clinique le justifie)**

- Fonction thyroïdienne
- Hyper corticisme
- SOP
- Pathologies neurologiques centrales

### **Recherche de pathologies associées**

- Métaboliques (diabète, dyslipémie, HTA)
- Ostéoarticulaires
- Respiratoires
- Problèmes cutanés
- Cancers

### **Dans le futur ?**

- Microbiote ?
- Biopsie tissu adipeux ?

# ASPECTS DIÉTÉTIQUES

- Équilibre alimentaire (repérer graisses et sucres)
- Structure alimentaire (y.c. déroulement repas)
- Quantités (plan alimentaire / travail sur signaux régulateurs)
- Sensations digestives
- Identifier les troubles du comportement alimentaire  
(grignotages, compulsions,  
Night Eating Disorder, restriction cognitive)



# ACTIVITÉ PHYSIQUE

- Sortir de la sédentarité
- Faire avec les limites physiques
- Progression par «petits objectifs»
- Perception de l'intensité
- Régularité (soutien motivationnel)
- HIT ?



REVIEW

## High intensity training in obesity: a Meta-analysis

Y. Türk<sup>1</sup>, W. Theel<sup>2,3</sup>, M. J. Kasteleyn<sup>4,5</sup>, F. M. E. Franssen<sup>6</sup>, P. S. Hiemstra<sup>5</sup>, A. Rudolphus<sup>1</sup>, C. Taube<sup>5</sup>  
and G. J. Braunstahl<sup>1</sup>

- 18 RCT, HIT vs exercice traditionnel
- HIT = >65 % capacité maximale (HIIT >80 % avec intervalles)
- Meilleure amélioration VO2 max
- Pas de différence de diminution du BMI
- Plus grande diminution de la masse grasse

# DIMENSION PSYCHOLOGIQUE

- Psychopathologie sous-jacente fréquente  
(troubles de l'humeur, tr. anxieux, tr. de la personnalité)
- Impact des ttt psychotropes sur le poids ?
- Souffrance psychique liée la condition d'obèse
- L'obésité est un symptôme, quelle en est la fonction ?

# RAPPORT AU CORPS

- Il existe toujours un trouble de l'image du corps chez l'obèse
- Perturbation des proportions physiques
- Perturbation de la perceptions des stimuli venant du corps
- Prendre soin de quelque chose que l'on n'aime pas ?

➤ *Approches corporelles*

# MÉDICAMENTS

- Orlistat (Xenical<sup>®</sup>)
- ~~• Sibutramine (Reductil<sup>®</sup>)~~
- ~~• Rimonabant (Acomplia<sup>®</sup>)~~
- Incrétines ?



# LIRAGLUTIDE (*SAXENDA*)

- GLP-1 Analogon Liraglutide 3.0 mg per day
- **Indications**
  - Saxenda® is used as a supplement to reduced-calorie nutrition and increased physical activity to regulate weight in adult patients with an initial Body Mass Index (BMI) of
    - $\geq 30 \text{ kg/m}^2$  (obese) or
    - $\geq 27 \text{ kg/m}^2$ , if there are additional weight-related comorbidities (pre-diabetes or type 2 diabetes mellitus, arterial hypertension or dyslipidaemia).
- **Stopping Rule**
  - If, after 12 weeks of treatment at a dose of 3.0 mg/day, the body weight has not been reduced by at least 5%, treatment with Saxenda® should be discontinued.

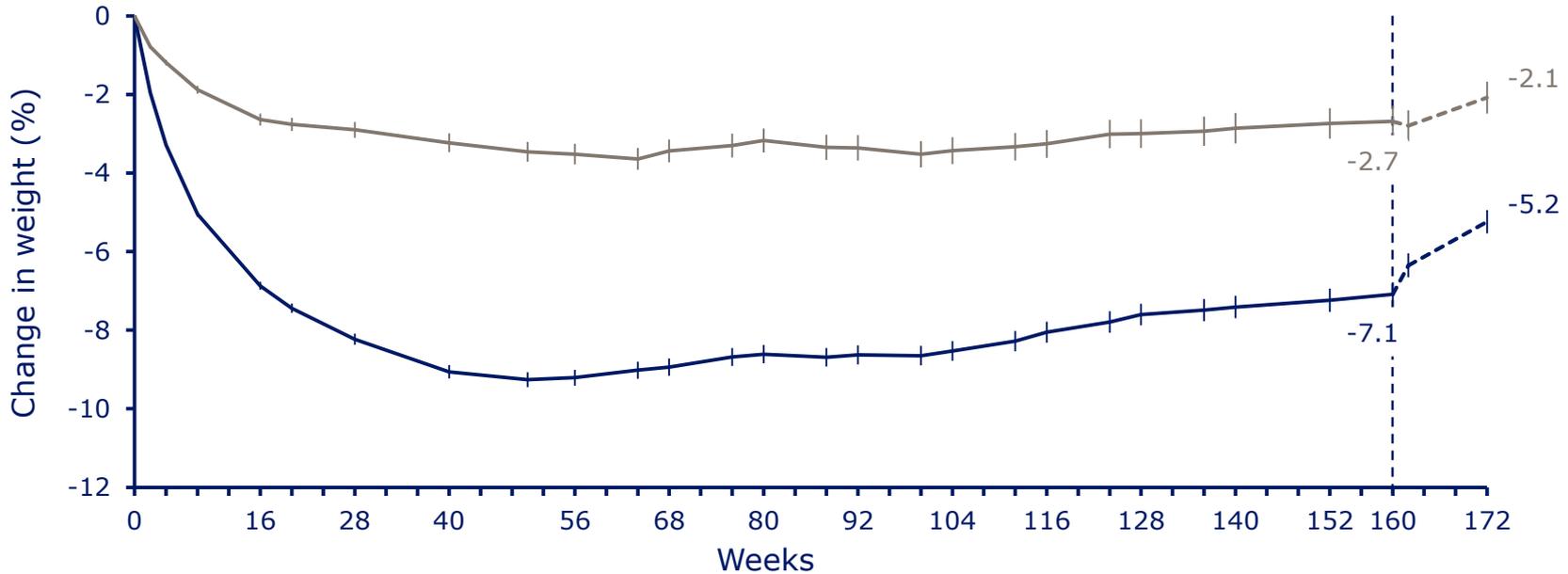
# Change in body weight (%)

0-172 weeks

ETD at week 160:  
-4.3%  
[-4.9;-3.7]  
 $p < 0.0001$

Mean baseline weight:  
108 kg

— Liraglutide 3.0 mg    — Placebo  
- - - Off-drug follow-up    - - - Off-drug follow-up



n=	1467	1295	1223	1161	1100	1030	971	911	885	849	830	805	780	747	778
n=	734	635	576	544	508	465	436	399	375	365	354	336	327	322	320

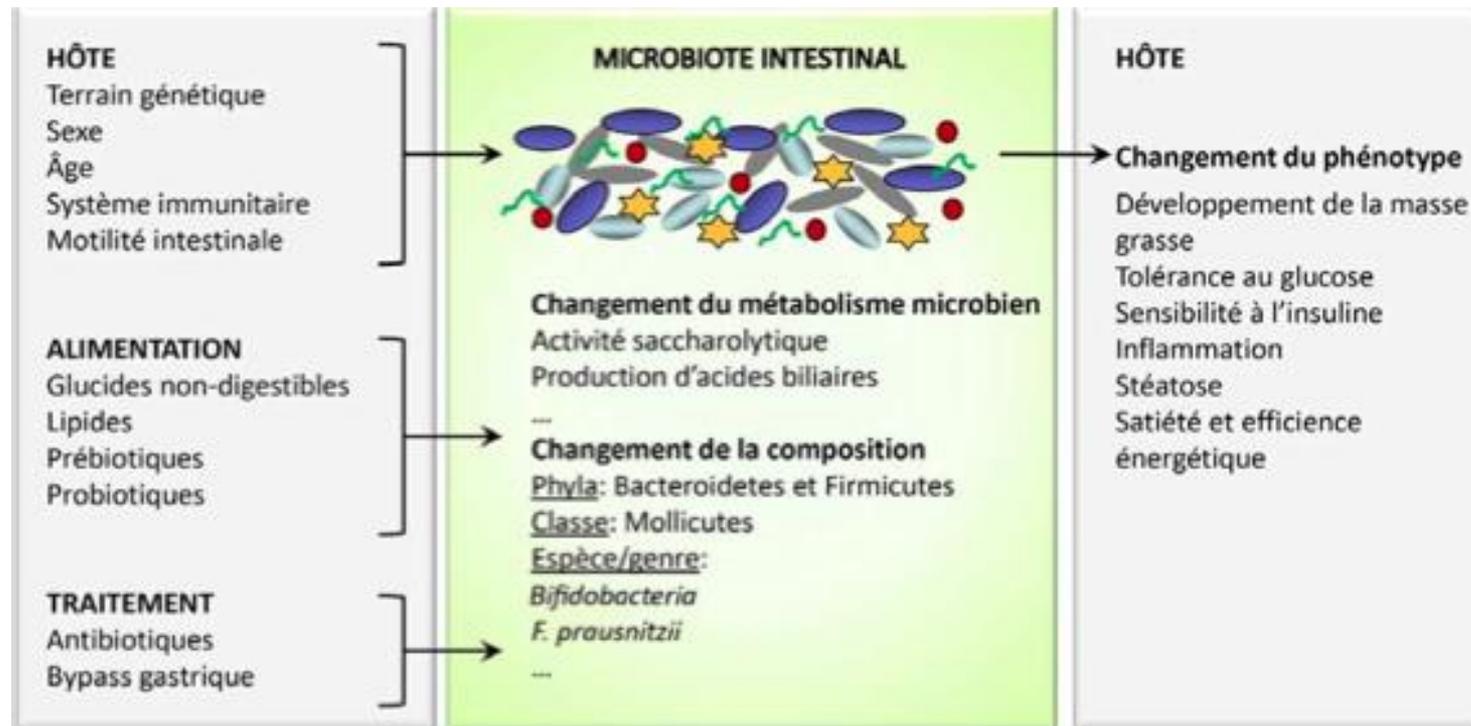
Full analysis set, fasting visit data only. Line graphs are observed means (±SE).  
LOCF, last observation carried forward; SE, standard error.



# OPTIONS THÉRAPEUTIQUES FUTURES ?

Modifier la flore intestinale ?

*ex: akkermansia muciniphila ?*



# CHIRURGIE BARIATRIQUE VS TRAITEMENT CONSERVATEUR ?

swiss medical board

Bariatric surgery vs. conservative treatment for  
obesity and overweight



Report of the Appraisal Committee of the Swiss Medical Board

October 18<sup>th</sup>, 2016

# CHIRURGIE BARIATRIQUE VS TRAITEMENT CONSERVATEUR ?

- Comparer efficacité, innocuité et rapport coût-efficacité
- 16 RCT inclus
- Chirurgie bariatrique plus efficace à 2-3 ans  
(perte de poids moyenne 18 % vs 1 à 7 % pour ttt conservateur)
- Important bénéfique à long terme de la chirurgie sur mortalité toutes causes et événements cardio-vasculaires (études observationnelles)
- Divergences sur coût efficacité entre les études économiques et études observationnelles.

# CHIRURGIE BARIATRIQUE VS TRAITEMENT CONSERVATEUR ?

## **Appraisal Committee of the Swiss Medical Board**

- Nikola Biller-Andorno, Prof. Dr. med. Dr. phil., Direktorin des Instituts für Biomedizinische Ethik und Medizingeschichte, Universität Zürich
- Jacques Cornuz, Prof. Dr. méd., Médecin chef, Directeur Policlinique médicale universitaire (PMU), Lausanne
- Stefan Felder, Prof. Dr. rer. pol., Ordinarius für Health Economics, Universität Basel
- Christoph A. Meier, Prof. Dr. med., CMO - Ärztlicher Direktor, Universitätsspital Basel
- Urs Metzger, Prof. Dr. med. Dr. h.c., em. Chefarzt Chirurgie, Stadtspital Triemli, Zürich
- Brigitte Tag, Prof. Dr. iur. utr., ordentl. Professorin für Strafrecht, Strafprozessrecht und Medizinrecht, Universität Zürich
- Martin Tramèr, Prof. Dr. méd., Médecin chef du Service d'Anesthésiologie, Directeur Département APSI, Hôpitaux Universitaires de Genève

## Scientific secretariat:

- Erik von Elm, Dr. med., Chef-de-clinique, Centre d'épidémiologie Clinique et Unité d'évaluation des soins, Codirector Cochrane Switzerland, Institut Universitaire de Médecine Sociale et Préventive (IUMSP), Centre Hospitalier Universitaire Vaudois (CHUV), Lausanne
- Reto Auer, Dr. med., Chef-de-clinique, Centre d'épidémiologie Clinique, Institut Universitaire de Médecine Sociale et Préventive (IUMSP), Centre Hospitalier Universitaire Vaudois (CHUV), Lausanne

# CHIRURGIE BARIATRIQUE VS TRAITEMENT CONSERVATEUR ?

Les recommandations du Comité d'évaluation sont les suivantes:

1. Il convient d'offrir aux personnes ayant un **IMC > 35 kg/m<sup>2</sup>** la possibilité d'une chirurgie bariatrique après une **évaluation approfondie par une équipe interdisciplinaire**, de leur admissibilité à une chirurgie et de leurs risques et bénéfices individuels.
2. Pour les individus présentant un **IMC ≥ 30 à < 35 kg/m<sup>2</sup>** et des comorbidités associées (diabète de type 2), une chirurgie bariatrique peut être envisagée comme option thérapeutique après une **évaluation approfondie de la sévérité et de la durée des comorbidités et des risques et bénéfices d'une chirurgie.**

# CHIRURGIE BARIATRIQUE VS TRAITEMENT CONSERVATEUR ?

3. **Il est raisonnable de retarder la chirurgie bariatrique pendant un certain temps en faveur d'un traitement conservateur.**

4. La chirurgie bariatrique doit être réalisée dans un centre reconnu.

5. Toutes les personnes admissibles à la chirurgie doivent recevoir **des informations équilibrées et non biaisées concernant les risques et bénéfices à court et à long terme** de la chirurgie bariatrique, y compris des explications sur les **incertitudes qui subsistent** en ce qui concerne les résultats à long terme.

6. Tous les patients subissant une chirurgie bariatrique devraient être inscrits dans un registre tel que le registre actuel de la SMOB, afin de garantir le suivi à long terme de des conséquences somatiques et psychiques.

# CHIRURGIE BARIATRIQUE VS TRAITEMENT CONSERVATEUR ?

7. **Les critères de remboursement par l'assurance maladie obligatoire** (à savoir un traitement conservateur préalable d'au moins 2 ans avant une chirurgie bariatrique pour les personnes ayant un IMC > 35 kg/m<sup>2</sup>) **devraient être réévalués en tenant compte de l'état actuel des connaissances.**

8. Compte tenu des limitations des données probantes provenant des ECR et d'études observationnelles, il y a un **fort besoin de recherche plus étendue**. Les patients et les professionnels de santé ont besoin de meilleures données pour **pouvoir prendre des décisions raisonnées** concernant la chirurgie bariatrique.

- La recherche doit fournir des **données sur le parcours de vie** des personnes obèses avec ou sans chirurgie.
- Une attention particulière doit être accordée aux comorbidités métaboliques en tant que facteurs pronostiques supplémentaires et en tant que critères en faveur de la chirurgie bariatrique.
- Des outils de prédiction des risques doivent être mis au point pour mieux identifier les individus qui sont le plus susceptibles de bénéficier soit d'une chirurgie bariatrique, soit d'un traitement conservateur.

# PLACE DU GÉNÉRALISTE ?

## En Suisse:

### **Pas fait mention de son rôle dans les directives SMOB...**

- Place privilégiée, perspective biopsychosociale du patient, connaissance « longitudinale », connaissance entourage

## En France:

### **Recommandations Hautes Autorité de Santé sur la prise en charge chirurgicale de l'adulte *janvier 2009***

- Suivi par équipe pluridisciplinaire « en liaison » avec med ttt
- « Souhaitable » de demander avis du med ttt avant de poser indication

# LE GÉNÉRALISTE ET LA CHIRURGIE BARIATRIQUE

- **La décision**
  - Comment je me positionne par rapport à ce type de traitement ?
  - Demande du patient ou proposition du médecin ?
  - Les informations nécessaires à la décision
    - Indications et contre indications
    - Risques et bénéfices
    - Comment cela se passe ?
- **La préparation**
  - En quoi cela consiste ?
  - Comment savoir si mon patient est prêt ?
- **Le suivi**
  - Organisation, suivi biologique
  - Quelles complications guetter ?
  - Accompagner le vécu du patient

# PLACE DU GÉNÉRALISTE ?

## LA PLACE ET LE RÔLE DES MÉDECINS GÉNÉRALISTES DANS LE SUIVI DE CHIRURGIE BARIATRIQUE EN PROVINCE DE LIÈGE

S. GASPARD (1), F. KETTERER (2), J-L. BELCHE (3), M-A. BERREWAERTS (3), D. GIET (4)

---

**Interview de 15 généralistes, analyse qualitative de contenu:**

**Manque de formation spécifique**

**Infos insuffisantes**

**Manque de relation avec équipe hospitalière, difficulté à trouver une place ds la prise en charge.**

**Proposition de réunion de concertation (formatives)**

**Rôle de vigie du MG**

# PLACE DU GÉNÉRALISTE ?

Obésité (2016) 11:151-158  
DOI 10.1007/s11690-015-0514-5

ARTICLE / *ARTICLE*

## Le « poids » du médecin traitant dans l'initiation d'une chirurgie bariatrique

General Practitioner's "weight" in the initiation of bariatric surgery

A. Bouvier · O. Facy · A. Bouvier · B. Vergès · P. Ortega-Deballon · M.-C. Brindisi

- **CHU Dijon , questionnaires aux médecins ttt de pts opérés**
  - Suivi avant, rôle ds décision, rapports avec équipe hosp, connaissance sur chir bariatrique
- **54 pts, 48 médecins, 39 réponses (81%)**
- **20 % avait initié le projet chirurgical (54% patient, 26% autre)**
- **87% pensent que c'est leur rôle de proposer la chirurgie**
- **56% à l'aise, 44% « modérément à l'aise » avec le sujet**

# PRÉPARATION

## Rapport à la nourriture

- Formation diététique
- Identification et travail sur les TCA (*fonctions de la nourriture*)

## Rapport au corps

- Prendre soin du corps (vs corps « empêché », puni)
- Activité physique
- Corps après perte de poids  $\neq$  corps idéal
- Fonction de l'obésité ?

## Rapport à soi / aux autres

- Répercussion sur les relations (*couple, famille, amis, collègues*)
- Importance du sentiment de continuité (« *autrement le même* »)

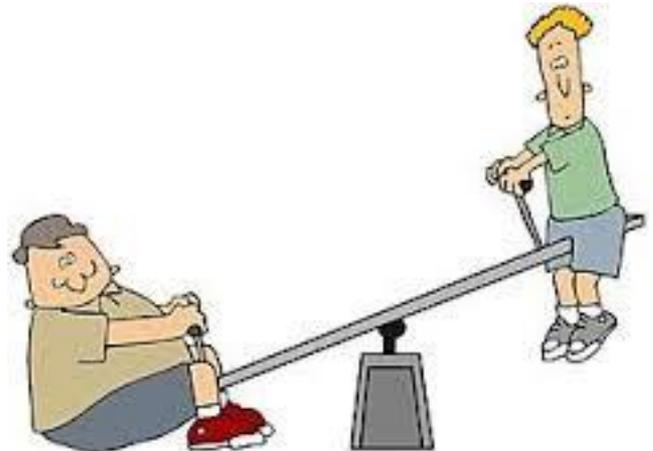
## Suivi à vie !

# ACCOMPAGNER LE VÉCU DU PATIENT

« L'obésité est une solution qui se retourne contre un sujet qui l'avait établie comme rempart à sa souffrance » *C.Grangeard*

**L'obésité est un symptôme, quelle en est la fonction ?**

- fonction de l'acte de manger (TCA)
- fonction de l'enveloppe charnelle



# SUIVI

**Consultations: 1x/2sem pdt 2 mois, 1x/3mois pdt 1an, puis 1x/6m pdt 5 ans**

Anamnèse, mesures poids, conseils diet, soutien AP, soutien psy (groupe?)

**Labo: 3m, 6m, 12m, 18m, 24m puis min 1x/an à vie**

FS, INR,

glucose, hba1c, HOMA, bilan lipidique,

creat, test hépatiques, TSH,

ferritine, Ca<sup>++</sup>, PTH, 25-OH D3,

B12, folates, vit B1, zinc, cuivre, sélénium

**Prescription (à vie)**

Multivitamine 1x/j

Ca<sup>++</sup> 1-2g/j , vit D3 800-1600 IU/j

Contraception 12-18 mois

# **GROUPE INTERDISCIPLINAIRE POUR LE TRAITEMENT DE L'OBÉSITÉ**

## **Internistes**

Drs Beaufour, Bobbioni-Harsch, Buclin-Thiébaud, Daneva, Derivaz, Guillermin-Spahr, Habicht, Karsegard, Montavon, Nguyen-Howles, Raguso, Ries, Spada, Van Meir, Vergotte, Barthassat

## **Psychiatres**

Drs Duboc, Hazan, Kaufmann, Mekui, Neury, Schwartz

## **Pédiatres**

Dre Farpour-Lambert

## **Chirurgiens digestifs**

Drs Chassot, Heinicke, Mégevand

## **Chirurgiens plasticiens**

Drs Cheretakis, Quinodoz, Espinoza

[www.gito-ge.ch](http://www.gito-ge.ch)

# CONCLUSIONS-1

**La définition de l'obésité par l'IMC pose problème**

**Les classifications devraient être enrichies par une meilleure connaissance du tissu adipeux**

**Le rôle du microbiote dans le développement du tissu adipeux et dans le maintien de l'homéostasie énergétique ouvre des perspectives thérapeutiques**

**Prise en charge médicale et chirurgicale ne s'opposent pas**

**La proposition thérapeutique doit servir au patient sur le long terme et non pas répondre à la frustration du médecin**

# CONCLUSIONS-2

**De plus en plus de patients vont être opérés**

**La place du généraliste dans la prise en charge doit être consolidée, déjà au moment de la décision du projet chirurgical**

**La collaboration du généraliste et des équipes spécialisées renforce les compétences de l'un et la pertinence des autres**

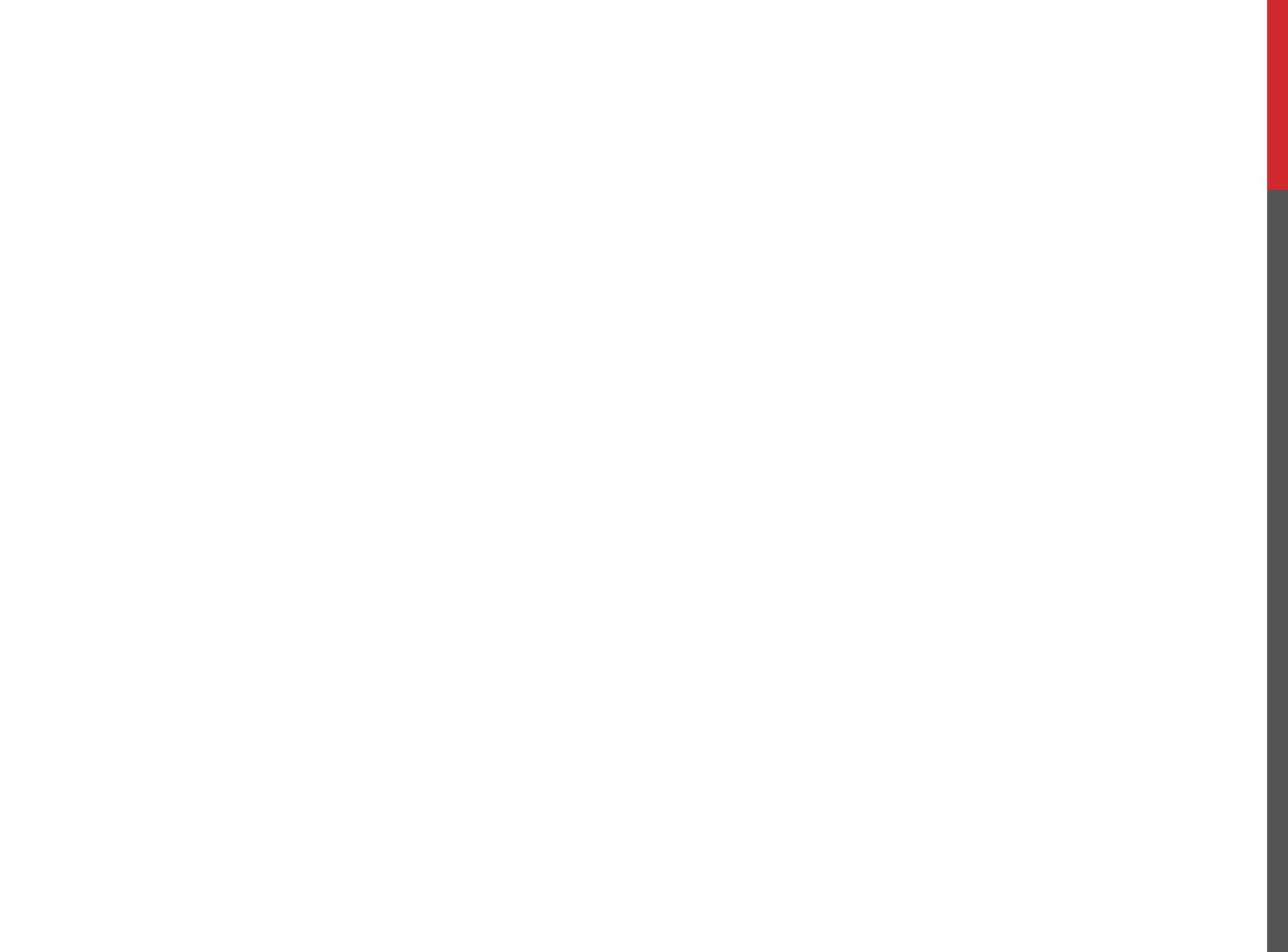
**L'absence de suivi représente un danger pour le patient**

**Avant d'être un problème, l'obésité a été une solution**



Merci pour votre attention !

[v.barthassat@cmige.ch](mailto:v.barthassat@cmige.ch)



# EXIGENCES POUR UNE INTERVENTION BARIATRIQUE

## Indications:

- IMC >35 kg/m<sup>2</sup>
- thérapie adéquate et inefficace > 2ans (*> 1 an si IMC >50*)
- engagement écrit à un suivi postopératoire auprès de l'équipe multidisciplinaire d'un centre bariatrique accrédité
- <18 ans et >65 ans, centre de référence

## Conditions:

- centre de chirurgie bariatrique multidisciplinaire reconnu par la smob

➤ **Prise en charge Lamal** (pas de demande au médecin conseil !)

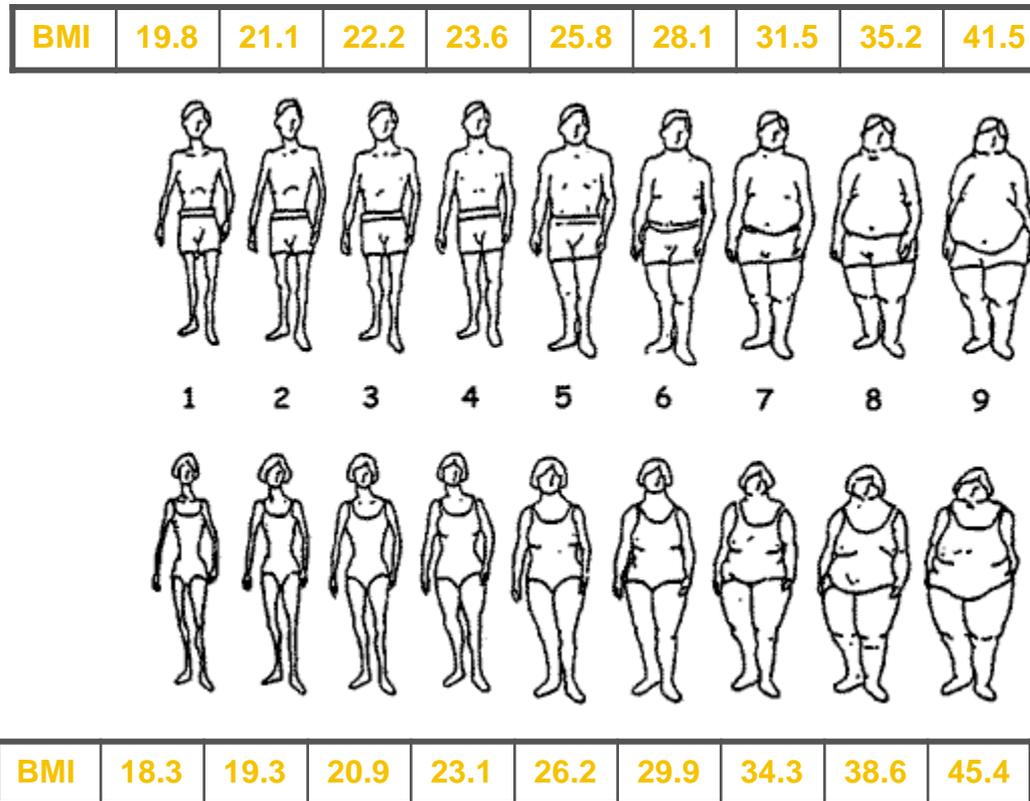
# CONTRE-INDICATIONS (1)

- ☒ Absence d'une thérapie adéquate de réduction pondérale de 2 ans  
(1 an en cas de BMI  $\geq$  50 kg/m<sup>2</sup>)
- ☒ **Grossesse** en cours
- ☒ **Maladie coronarienne instable** (angor instable, infarctus < 6 mois)
- ☒ **Cirrhose Child B/C**
- ☒ **Maladie de Crohn** (admis qu'après accord du gastroentérologue traitant )
- ☒ **Insuffisance rénale sévère** (créatinine  $\geq$  300  $\mu$ mol/l) sans dialyse
- ☒ **Embolie pulmonaire ou thrombose veineuse profonde** au cours des 6 derniers mois
- ☒ Patients atteints de **cancers non contrôlés** ou en rémission depuis moins de 2 ans après le traitement (admis qu'après accord de l'oncologue- traitant)

## CONTRE-INDICATIONS (2)

- ❑ **Troubles psychiques sérieux**, non secondaires à l'obésité, nécessitant un traitement et qui ont conduit à une décompensation au cours des deux dernières années, et après concertation avec son psychiatre personnel et rapport écrit de ce dernier
- ❑ **Abus chronique de substance persistant** (*en particulier alcool, cannabis, opiacés*) à moins d'une abstinence attestés d'au moins 6 mois et d'un suivi spécialisé
- ❑ **Compliance insuffisante** (*rendez-vous oubliés de manière répétée, incapacité à coopérer*), **absence de capacité de discernement**, incapacité à saisir les enjeux du traitement
- ❑ **Incapacité** estimée par le spécialiste à **intégrer les contraintes et conditions du suivi postopératoire** (*consultations, contrôles biologiques, substitutions*)

# IMAGE DU CORPS



*Figurines de Stunkard*

