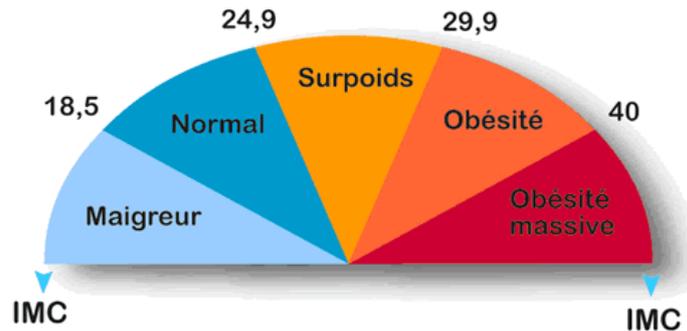


LE SURPOIDS ET L'OBESITE



I. PRESENTATION GENERALE :

Définition	Accumulation de tissus adipeux ayant des conséquences néfastes pour la santé. Inflation des réserves lipidiques stockées sous forme de TAG dans le tissu adipeux		
Caractéristiques		Hyperplasique	Hypertrophique
	Âge d'apparition	Très tôt, au moment des rebonds adipocytaires (2-3 ans, puberté)	Après la 1 ^{ère} année
	Cause	Nombre d'adipocytes	Volume des adipocytes
	Origine	Suralimentation et facteurs héréditaires (parents obèses)	Suralimentation, sédentarité, hormones, génétiques...
Topographie			

II. MECANISMES DU DEVELOPPEMENT D L'OBESITE :

Phases de prise de poids	<p>→ Phase dynamique ascendante : bilan énergétique positif, déterminant dans la constitution de l'obésité et dans l'aggravation de l'obésité.</p> <p>→ Phase statique : le poids se stabilise, bilan énergétique en équilibre</p> <p>→ Phase dynamique descendante : bilan énergétique négatif</p>	
Bilan énergétique	Lorsque le bilan énergétique est positif, l'énergie est stockée sur forme de TAG. Set point : valeur à laquelle le poids et les réserves sont constantes (pour une personne normale). Différents facteurs peuvent modifier cette valeur : caractéristiques génétiques, âge, statut hormonal, environnement, contraintes psychologiques et sociales.	
Tissu adipeux	Dans l'obésité, la croissance excessive du TA s'effectue d'abord par une augmentation réversible de la taille des adipocytes puis par celle de leur nombre.	
Facteurs neuro-endocriniens	Hypersécrétion de	Effets
	Insuline	Prise de poids
	Cortisol/Testostérone	Développement du TA viscéral (haut du corps)
	Oestrogène	Développement du TA sur les hanches et cuisses

III. ETIOPATHOGENIE :

Génétique	Il existe des cas très rares d'obésité résultant d'anomalie génétique : syndrome Prader-Willi . Dans la grande majorité des cas, les facteurs génétiques ne font que déterminer la prédisposition à prendre du poids.
Alimentation	Aspect qualitatif + aspect quantitatif à l'origine de la prise de poids.
Energie	Les dépenses énergétiques faibles contribuent à la prise de poids : → la DER diminue avec l'âge (-2% par décennie) → la thermogenèse pos prandiale (10% de la DET) est réduite chez les obèses → les dépenses liées à l'activité physique : le style de vie, activité physique (NAP)...
Psychologie	Lors d'évènements déstabilisants pour le patient ce qui provoque une hyperphagie compensatrice. Après une obésité installée, des réactions en chaîne sont provoquées.
Médicaments	Antidépresseurs, neuroleptiques, corticoïdes, pilules contraceptives, ...

IV. LES COMPORTEMENTS ALIMENTAIRES POUVANT CONDUIRE A L'OBESITE :

La boulimie	Trouble chronique qui se révèle souvent à l'adolescence et qui se caractérise par la récurrence d'accès de surconsommation alimentaire, à l'occasion desquels le patient perd le contrôle d'une restriction alimentaire.
Hyperphagie	Bon vivant qui n'arrive pas à se rassasier avec des quantités normales d'aliments.
Compulsions alimentaires	Seuil de satiété élevé ou ne fonctionne pas avec certains aliments (produits sucrés). Urgence intense d'obtenir des aliments sucrés.

V. LES COMPLICATIONS DE L'OBESITE :

Diabète -2 kg améliore le bilan	→ Elévation de la glycémie malgré une sécrétion d'insuline normale. - 1 ^{er} : régime hypoénergétique, on supprime l'alcool. - 2 ^{ème} : hypoglycémiant oraux (biguanides) + régime obèse s/sucre - 3 ^{ème} : sulfamides + régime diabétique (car médicaments à l'origine d'hypo)
Dyslipoprotéïnémie -3 à 5 kg améliore le bilan	Type IIb : hypercholestérolémie et hypertriglycéridémie Type IV : hypertriglycéridémie Type IIa : hypercholestérolémie → maigrir améliore souvent le bilan

VI. LE TRAITEMENT DE L'OBESITE :

1. Objectifs thérapeutiques :

Il faut des objectifs réalistes et qui prévoient une évolution à long terme. Les objectifs dépendent de la phase de l'obésité et de la présence ou non de complications :

- phase dynamique ascendante : obtenir une stabilité pondérale avant d'envisager une perte de poids
- complications : améliorer les facteurs de risques
- comportement psychologique ayant conduit à la prise de poids.

2. Moyens :

Activité physique	Augmentation des dépenses : elle est essentielle chez les jeunes. Elle permet : la prévention des MCV, augmenter la NAP, donc de modifier le bilan énergétique. → 30 minutes de marche par jour, s'arrêter à un arrêt de bus avant...
Prescription du régime	Un régime est toujours précédé d'un interrogatoire alimentaire .
Choix des aliments	Cf <i>tableau besoins</i>

3. Place du diététicien :

Phase préopératoire		Le diagnostic diététique est une composante majeure dans la décision de réaliser ou non une chirurgie. On effectue un recueil de données : comportement alimentaire (recherche de TCA), consommations alimentaires (quantité, qualité), recherche de carences , conditions de vie , conditions socio-économiques , histoire du poids , repérage du niveau de motivation , évaluation psychologique et évaluation des connaissances (sur la chirurgie, l'alimentation, ...). La préparation à l'intervention : obtenir le meilleur état nutritionnel possible , développer de nouvelles compétences , acquérir des connaissances avant l'opération .
Autour de l'opération		     
Phase postopératoire	Court terme	La 1 ^{ère} consultation est 1 mois après la chirurgie : analyse de la tolérance au régime : consommation alimentaires (qualité, quantité), évolution du comportement alimentaire, perte de poids, symptômes, difficultés, sociabilité, ressenti, rythme au travail, ...
	Long terme	<p>→ Equilibre alimentaire : durant les 1^{er} mois (alimentation fractionnée 5-6 prise), présence d'un anneau gastrique (-2000kJ), by-pass (apports < 4500 kJ les 1^{er} mois)</p> <p>→ Mastication et satiété : faire des petites bouchées, couper en petit morceaux, 30 minutes par repas minimum, manger assis, être au calme...</p>

4. Besoins :

Eléments	Besoins	Commentaires						
Energie		<p>L'apport énergétique est estimé en fonction de plusieurs paramètres :</p> <ul style="list-style-type: none"> - apports spontanés - dépense énergétique - conditions de mise en place du régime <table border="1" style="margin-left: 40px;"> <thead> <tr> <th>En ambulatoire</th> <th>En milieu hospitalier</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Au mini on donne minimum 2/3 de la DEJ. Il faut une perte de 3kg/mois max.</td> <td>Pas de règles, mais il ne faut pas être strict et personnaliser le régime.</td> </tr> </tbody> </table> <p><u>Objectifs :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - 1 perte de poids de 5-15% du poids de départ au max - le traitement des complications est une priorité - il faut corriger les erreurs alimentaires 	En ambulatoire	En milieu hospitalier	Au mini on donne minimum 2/3 de la DEJ. Il faut une perte de 3kg/mois max.	Pas de règles, mais il ne faut pas être strict et personnaliser le régime.		
En ambulatoire	En milieu hospitalier							
Au mini on donne minimum 2/3 de la DEJ. Il faut une perte de 3kg/mois max.	Pas de règles, mais il ne faut pas être strict et personnaliser le régime.							
Eau	2L/jour							
Protéines	1,2 à 1,5 g/kgPi/j hyperprotidique	<p>→ préserver la masse musculaire et donc du Mb.</p> <p>On privilégie les P animales qui sont de bonne qualité, éviter les produits gras.</p> <table border="1" style="margin-left: 40px;"> <thead> <tr> <th>V</th> <th>P</th> <th>O</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>les + maigres</td> <td>gras et demi-gras (riche en ω6)</td> <td>normal</td> </tr> </tbody> </table>	V	P	O	les + maigres	gras et demi-gras (riche en ω6)	normal
V	P	O						
les + maigres	gras et demi-gras (riche en ω6)	normal						
Lipides	30% de l'AET	<p>→ Equilibre des AG</p> <p>→ Limiter les lipides de constitution</p> <p>→ Lutter contre les complications de l'obésité</p>						
Acide linoléique	1% de l'AET							
ω6/ω3	5 max							
Glucides	50-55% de l'AET	<p>→ Diminuer les produits trop sucrés</p> <p>→ Ne pas supprimer les produits sucrés définitivement</p> <p>→ Rester à l'écoute du patient</p>						
Saccharose	< 10% de l'AET							
Fibres		<p>→ Lutte contre la constipation</p> <p>→ Améliore le bilan lipidique</p> <p>→ Diminue la cholestérolémie</p> <p>→ Augmente le volume et sont satiétogène</p> <p>→ Diminue le pic hyperglycémique post prandial</p>						
Vitamines et minéraux	Au-dessus de 6MJ/j pas de problème de carences	<p>→ En augmentant les apports en P, les apports conseillés en Fe seront couverts</p> <p>→ Ca : fromages allégés, yaourt...</p>						

VII. OBESITE ET GROSSESSE :

Avant grossesse	L'obésité peut engendrer un dysfonctionnement ovarien. La perte de poids améliore le problème.										
Pendant grossesse	Conséquences : - troubles de la tolérance glucidique : risque de diabète gestationnel - complications vasculo-rénales : HTA et toxémiques - augmentation du risque d'infections urinaires - accouchement										
Prise en charge	Recommandations prises de poids : <table border="1" data-bbox="587 461 1182 521"> <tr> <td data-bbox="595 461 762 488">IMC</td> <td data-bbox="770 461 874 488">< 19,8</td> <td data-bbox="882 461 986 488">19,8-26</td> <td data-bbox="994 461 1098 488">26-29</td> <td data-bbox="1106 461 1182 488">> 29</td> </tr> <tr> <td data-bbox="595 488 762 521">Poids pris (kg)</td> <td data-bbox="770 488 874 521">12,5-18</td> <td data-bbox="882 488 986 521">11,5-16</td> <td data-bbox="994 488 1098 521">7-11,5</td> <td data-bbox="1106 488 1182 521">7 max</td> </tr> </table> Préférable de supprimer les G simples, faire du sport (tolérance aux G et DEJ), normosodé, supplémentation folates, ...	IMC	< 19,8	19,8-26	26-29	> 29	Poids pris (kg)	12,5-18	11,5-16	7-11,5	7 max
IMC	< 19,8	19,8-26	26-29	> 29							
Poids pris (kg)	12,5-18	11,5-16	7-11,5	7 max							