

La nouvelle édition du congrès de la *Belgian Association for the Study of Obesity (BASO)* s'est récemment tenue de manière hybride. Dans l'optique d'améliorer toujours davantage la collaboration entre les différentes lignes, la BASO a présenté son nouveau flowchart, ainsi qu'une plateforme belge dédiée à l'obésité. Etude de cas, trajet de soins et association de patients étaient également au programme ! **Caroline Vrancken**



La prise en charge graduelle de l'obésité

En 2020, la BASO a réalisé un consensus pour la bonne prise en charge de l'obésité. Outil up-to-date, il contient toutefois plus de 100 pages, ce qui pouvait constituer un frein à sa bonne utilisation. La BASO a désormais résumé ce consensus sous forme d'un Flowchart pratique, qui regroupe les conseils basés sur l'évidence scientifique, afin d'offrir les meilleurs soins pour le patient souffrant d'obésité.

« Dans ce flowchart, nous avons un changement d'approche de l'obésité : là où on pensait avant que l'obésité était surtout due à un manque de volonté et était essentiellement un problème de poids, nous voyons désormais qu'il y a une base scientifique derrière l'obésité, et qu'il y a tout un équilibre autour du poids, qui ne suit pas toujours notre volonté », explique le Pr Van der Schueren.

Le surpoids et l'obésité constituent un problème mondial. En Belgique, une personne sur deux est en surpoids, et près d'un adulte sur cinq est obèse. L'obésité est une maladie chronique nécessitant une approche échelonnée. En effet, il est impossible de traiter tous les patients dans des centres spécialisés et, dès lors, l'intervention de la première ligne est cruciale. « Il est important de soutenir la première ligne dans l'approche de l'obésité, et de savoir quand il est nécessaire de renvoyer le patient vers la 2^{ème} ou 3^{ème} ligne, ou vers des cliniques et spécialistes de l'obésité ».

« L'obésité n'est pas une affection homogène, et nous devons avoir une idée du degré de l'obésité pour savoir quel devra être le niveau d'intervention, et s'il est nécessaire de mettre en place une pharmacothérapie, ou faut-il plutôt donner des conseils diététiques, ou encore, passer par la chirurgie ».

Aujourd'hui, on retrouve toutes sortes de patients dans les centres de l'obésité, mais tous n'ont pas besoin de soins spécialisés. En outre, le médecin généraliste n'est pas toujours impliqué, et les patients sont parfois renvoyés vers un hôpital sans savoir s'ils ont besoin d'une aide spécialisée. « Notre capacité pour traiter les patients est complètement dépassée... Il faut absolument qu'il y ait un capacity building, afin de traiter les patients correctement. Et ce n'est pas le cas aujourd'hui ». Ce développement de capacité devrait se faire par une stratification, où seuls les patients ayant vraiment besoin d'une aide spécialisée devraient arriver dans un centre adéquat. Il faut agir plus tôt, et reconnaître les comorbidités de manière plus rapide, avec un screening précoce pour des comorbidités éventuelles. Cela permettra de stratifier la sévérité de la maladie (EDMONTON OBESITY STAGING SYSTEM – EOSS) et ainsi, d'offrir aux patients des soins sur mesure.

Le flowchart en pratique

Dans le flowchart, la première question est de savoir si la demande vient directement du patient. Il arrive que les patients montrent une certaine réserve à parler de surpoids ou d'obésité avec leur médecin traitant et s'attribuent souvent une responsabilité de la maladie. « Si on veut approcher le surpoids et l'obésité, il est important de demander au patient ce qu'il pense, et quelles sont ses attentes quant à l'aide qu'on pourrait lui apporter ».

Lorsque le patient veut collaborer, certains aspects doivent être vérifiés, comme les médicaments pris par le patient, car très souvent, ils constituent un facteur dans la prise de poids

Tableau 1 : MÉDICAMENTS SUSCEPTIBLES D'ÊTRE OBÉSOGÈNES

| Catégorie | Classe | Nom | Thérapie alternative |
|--------------------------------|---|--|--|
| Antidiabétiques | Insuline | Insuline | <ul style="list-style-type: none"> • Metformine • Analogues GLP-1: exenatide, liraglutide, dulaglutide, lixisenatide, semaglutide • Acarbose • Gliflozines (inhibiteurs SGLT-2) canagliflozine, dapagliflozine, empagliflozine, ertugliflozine • Gliptines (inhibiteurs DPP4): alogliptine, linagliptine, sitagliptine, saxagliptine, vildagliptine • Thérapie combinée: Pioglitazone + metformine, Glipizide + metformine, Glibenclamide + metformine |
| | Glitazones | Pioglitazone | |
| | Sulfamidés hypoglycémisants | Glimepiride, Glipizide, Gliclazide, Glibenclamide | |
| | Glinides | Repaglinide | |
| Antidépresseurs | Antidépresseurs tricycliques | Amitriptyline, Imipramine, Nortriptyline | <ul style="list-style-type: none"> • SNRI's: Duloxetine, Venlafaxine (effet variable sur le poids) • Inhibiteurs de recapture de noradrénaline et dopamine: Bupropion • Effet direct sur les neurorécepteurs: Trazodon • SSRI's: Fluvoxamine (effet variable sur le poids), fluoxetine, sertraline |
| | Effet direct sur les récepteurs alpha-2 adrénergiques | Mirtazapine | |
| | Inhibiteurs MAO | Fenelzine | |
| | SSRI's | Paroxetine, Citalopram, Escitalopram | |
| Lithium | Lithium | Lithium | |
| Antipsychotiques | | Haloperidol, Clozapine, Risperidone, Olanzapine, Quetiapine, Sertindol, Paliperidon, Chloorpromazine | Aripiprazol (effet variable sur le poids) |
| Anti-épileptiques | | Acide valproïque, Carbamazépine, Gabapentine, Pregabaline | Topiramate, Zonisamide, Lamotrigine |
| Corticostéroïdes | Préparations par voie orale, nasale, ... | Prednisone, Prednisolone, Cortisone | Budesonide, NSAID's |
| Thérapie remplacement hormonal | Progestogènes* | | |
| Antihistaminiques | | Diphenhydramine | Préférence pour les sédatifs faibles, Antihistaminiques H1 |
| Beta-bloquants | | Propranolol, Metoprolol, Atenolol | Inhibiteurs ACE, Inhibiteurs récepteur II Angiotensine, Inhibiteurs canal Calcium (rétention liquide), Timolol, Acebutolol |
| Antihypertenseurs | Action centrale | Clonidine | Inhibiteurs ACE, Inhibiteurs récepteur II Angiotensine, Diurétiques, Prazosin |

*Les preuves disponibles concernant l'effet des préparations combinées sur le poids sont insuffisantes (Gallo et al., 2014).
Ref.: Gallo et al., 2014; Domecq et al., 2015; Endocrine Society, 2015; Lopez et al., 2016; Grootel et al., 2018; Wharton et al., 2018; Rueda-Clausen et al., 2020.

du patient (Tableau 1). « Dans le flowchart, vous avez tout un tableau de médicaments qui peuvent engendrer une prise de poids, comme les antipsychotiques ou les antidépresseurs ».

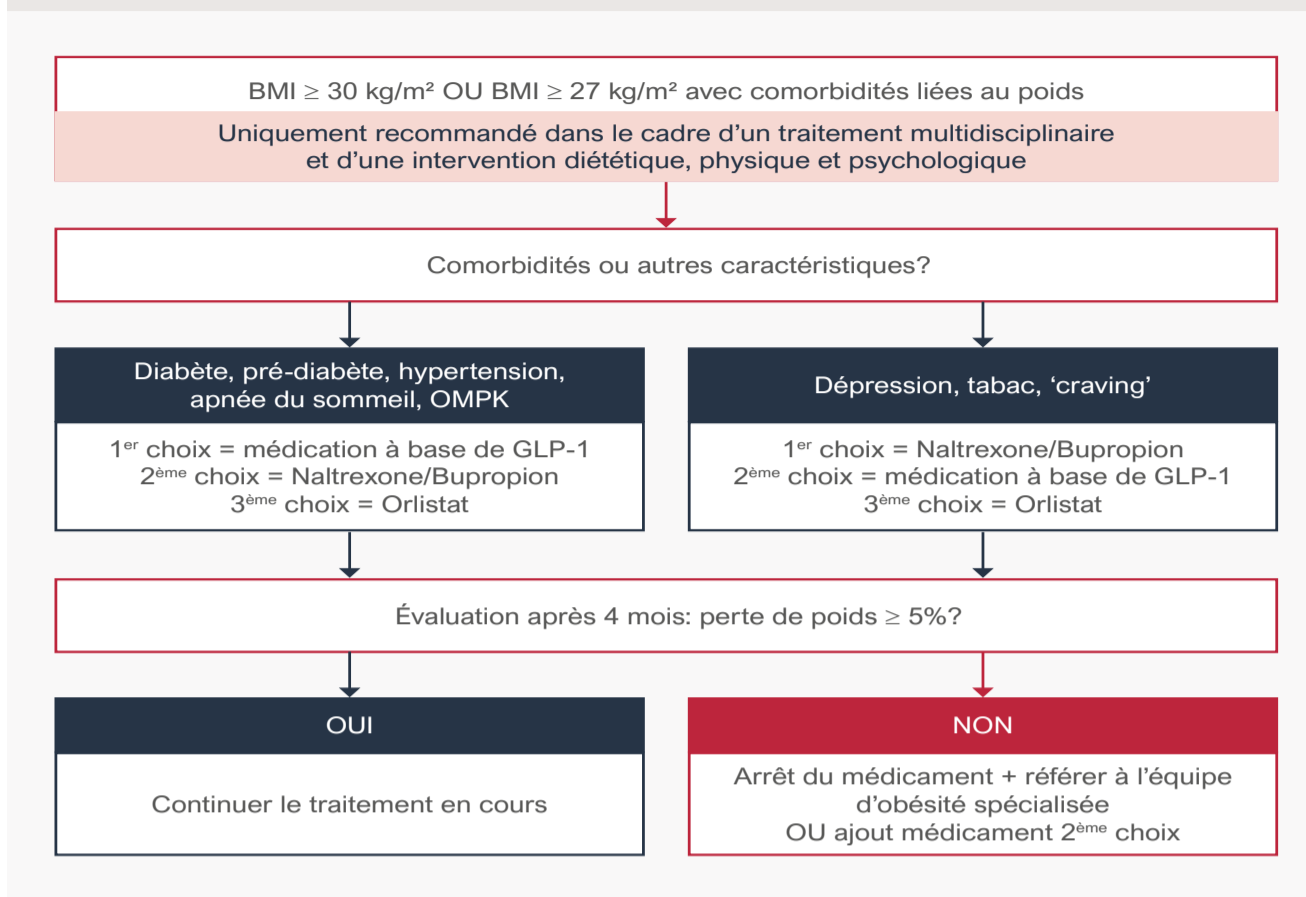
En outre, il est indispensable de réaliser un bilan métabolique, via un bilan sanguin, afin de distinguer l'obésité « saine » de cas potentiellement sévères, suivi d'un examen physique complet (anthropométrie, tension artérielle, risque cardiovasculaire, santé hépatique...).

Ces examens permettent d'analyser la sévérité de l'obésité, de la stratifier. « Pour cela, on a recours à l'Edmonton Obesity Staging System (EOSS, qui va de 0 à 4), encore mal connu en Belgique. La stratification se fait principalement sur base des risques médicaux, mais également sur les symptômes corporels, psychologiques et les limitations fonctionnelles ». En fonction du stade de l'obésité, soit on fera intervenir la 1^{ère} ligne, avec éventuellement une aide (psychologue,

nutritionniste...), soit il faudra référer le patient, tout en maintenant la coordination faite par le généraliste. Cependant, en cas de cause médicale suspectée, il est alors conseillé de renvoyer directement le patient vers un spécialiste. En cas d'EOSS 3-4, l'équipe spécialisée doit être composée d'un endocrinologue, un chirurgien bariatrique, un psychologue, un diététicien, et un kinésithérapeute.

Face à un patient ayant un BMI de 30 ou plus, ou un patient ayant un BMI supérieur ou égal à 27 avec des comorbidités liées à son poids, la question de la pharmacologie se pose. En fonction des caractéristiques du patient, le flowchart reprend les différentes options de traitement pharmacologique (Tableau 2). A noter qu'il est recommandé de faire un bilan du traitement après quatre mois, afin de voir si le patient a bien perdu au moins 5% de sa masse corporelle. Dans le cas contraire, le traitement pharmacologique doit être arrêté ou adapté.

Tableau 2 : TRAITEMENT PHARMACOLOGIQUE



Le médecin généraliste joue également un rôle après une chirurgie bariatrique pour :

- Encourager le patient à se rendre aux consultations de suivi auprès de l'équipe multidisciplinaire
- Effectuer la prise de sang bi-annuelle
- Assurer le suivi/dépistage permanent des comorbidités ou complications
- Prévenir la reprise de poids

« L'obésité doit être vue comme une affection hétérogène : tous les patients ne doivent pas aller dans une clinique de l'obésité pour recevoir de l'aide. Nous devons absolument améliorer l'aide en première ligne. Il faudra surtout stratifier et cartographier cette affection », conclut le Pr Van der Schueren.

Référence : D'après une présentation du Pr B. Van der Schueren (BASO - UZ Leuven) – BASO 2022.

La prise en charge graduelle illustrée par un cas clinique

Caroline, 23 ans, étudiante en droit, consulte car elle se sent 'mal dans sa peau'. Elle ne rentre plus dans ses vêtements et s'inquiète pour sa santé car elle souffre de dyspnée et est limitée dans certaines activités. Ce cas décrit l'évolution de la jeune femme et l'apport d'une prise en charge holistique.

Description du cas

Caroline se plaint de fatigue, de dyspnée à l'effort et de ronflements. Elle souffre d'un excès de poids depuis l'enfance, et a déjà fait plusieurs tentatives de perte de poids, essentiellement en adoptant des régimes restrictifs. Sa prise de poids actuelle s'est aggravée depuis qu'elle vit en kot. La réussite de ses études étant sa priorité, elle a adopté un mode de vie sédentaire et va dormir relativement tard. Tous les membres de sa famille présentent un excès de poids.

Elle mesure 1m70 et pèse 98 kg, ce qui correspond à un IMC de 33,9 kg/m². Elle souffre donc d'obésité de grade 1. En outre, elle a un périmètre abdominal de 98 cm, alors que le seuil est fixé à 88 cm chez la femme. Pour le reste, l'examen clinique est normal.

Sa biologie révèle une carence en fer, et un taux de vitamine D bas. Le plus marquant est une élévation des transaminases que l'on attribue a priori à une stéatose.

Prise en charge initiale

Dans le cas de Caroline, mis à part une stéatose potentielle, les symptômes physiques sont légers, et il n'y a aucune répercussion évidente sur le plan psychologique. Néanmoins, l'obésité affecte son bien-être, et entraîne quelques limitations fonctionnelles. Sur base du système edmontonien de stadification de l'obésité, Caroline a un EOSS 1 et doit être prise en charge par son médecin traitant.

Elle doit recevoir des conseils appropriés pour adopter des changements dans son mode de vie, et être référée vers une diététicienne, un kinésithérapeute et un psychologue. Le médecin traitant devra assurer la coordination, la motivation et le suivi.



Bilan diététique

Caroline mange très vite, le plus souvent devant son écran d'ordinateur. Elle a une mauvaise perception de la satiété, et ne fait pas la différence entre faim et envies.

Son petit-déjeuner n'est pas équilibré et se résume à des céréales ou des couques au chocolat, le midi elle va acheter un sandwich dans un fast-food, et le soir, elle cuisine peu, préférant consacrer son temps à étudier. Elle consomme beaucoup de pâtes, peu de légumes, beaucoup de graisses et de très grosses portions. En outre, elle boit des sodas light et de l'alcool, et elle grignote en soirée. Son apport calorique est estimé à 2800-3000 Kcal/jour.

L'approche proposée par la diététicienne à Caroline vise à l'encourager à manger en pleine conscience en ne restant pas devant l'écran de son PC, à diminuer l'apport énergétique global, à augmenter la qualité de son assiette, et à diminuer la taille des portions.

Bilan psychologique

L'évaluation de Caroline met en évidence une alimentation émotionnelle, une faible estime de soi, une urgence négative, c.-à-d. une forte impulsivité face à des émotions négatives, et une restriction cognitive, soit la volonté de réduire son alimentation dans le but de perdre du poids, indépendamment des sensations alimentaires. Cette restriction cognitive entraîne l'alternance de périodes où Caroline va se priver et des périodes de pertes de contrôle alimentaire. Il faut cependant noter que la motivation de Caroline à perdre du poids est très élevée.

Caroline souffre de la comparaison avec une sœur 'parfaite', ce qui a entraîné chez elle, une faible estime de soi et une peur importante de l'échec. L'anxiété et la peur de l'échec vont par ailleurs être renforcés à l'entrée à l'université.

Néanmoins, Caroline dispose de nombreuses ressources : sa motivation, ses capacités d'introspection, le soutien de son petit ami et de son entourage...

Bilan physique

Au cours d'une première séance, le kinésithérapeute a expliqué à Caroline l'importance et les bienfaits de l'activité physique. Il a déterminé son degré de sédentarité, et évalué son historique d'activité physique, le nombre de pas par jour qu'elle effectue, les douleurs articulaires potentielles, la dyspnée et la fatigue éventuelles. Il lui a fait passer des tests et lui a proposé un programme d'activité physique individualisé.

Quelques mois plus tard

Caroline a perdu 3 kg en 3 mois. Elle est contente mais insatisfaite de l'ampleur de la perte de poids. Son médecin lui prescrit du Saxenda. Trois mois plus tard, elle pèse 90 kg, ce qui correspond à une perte de 5 kg, soit plus de 5% de son poids en 3 mois.

Un an plus tard

Caroline a été perdue de vue et revient 1 an plus tard en consultation.

Elle pèse désormais 110kg, ce qui correspond à un IMC de 38,1 kg/m². Elle souffre de gonalgies et estime que sa qualité de vie est fortement altérée. D'un point de vue de sa biologie, on retrouve l'élévation des enzymes hépatiques, mais également une élévation des triglycérides et une hémoglobine glyquée qui est quasiment compatible avec un diabète de type 2 débutant.

Elle a un EOSS 2, et doit être référée à une équipe spécialisée, à qui elle demande de pouvoir subir une chirurgie bariatrique.

Préparation à l'intervention

Sur base de son profil alimentaire le chirurgien opte pour un by-pass gastrique.

La présence d'une contre-indication à l'intervention a été exclue mais, dans le cas de Caroline, il faut néanmoins investiguer les causes de perte de vue, et travailler sur certains aspects qui peuvent conduire à de moins bons résultats post-opératoires : l'impulsivité préopératoire, l'alimentation émotionnelle, ses attentes très élevées qui la placent dans une position de passivité où la chirurgie est la solution magique.

Trois mois après l'intervention

Caroline a perdu 15 kg. Elle mange 25% de ce qu'elle mangeait auparavant. Elle se plaint de frilosité et d'une discrète perte de cheveux. Elle n'a pas de plaintes digestives, elle ne se plaint plus de douleurs aux genoux ni d'essoufflement, et sa qualité de vie s'est améliorée.

Au niveau de sa prise de sang, sa ferritine reste effondrée. L'hémoglobine glyquée s'est fortement améliorée, le taux de triglycérides est normalisé, et les enzymes hépatiques sont presque normalisées. Le taux de pré-albumine est un peu bas, mais l'albumine est normale.

L'évolution de Caroline est favorable. Elle a changé son comportement alimentaire et s'y tient. Elle ne regrette pas d'avoir fait l'opération, et n'a pas de plaintes d'ordre psychologique. Son estime de soi a augmenté et elle s'affirme plus facilement. Néanmoins, elle devra être revue tous les trois mois au cours de la première année, puis tous les 6 à 12 mois.

Le suivi à long terme est extrêmement important. Dans ce contexte, le médecin traitant joue un rôle capital pour la sensibiliser, la prendre en charge ou la diriger vers l'équipe bariatrique en cas de complications qui peuvent apparaître longtemps après l'intervention.

Référence : D'après une présentation de JP. Thissen (Endocrinologue, UCLouvain), M. Barea (Diététicienne, ULB Érasme), N. Daouda (Physiothérapeute, ULB Érasme) et E. ER (Psychologue UZLeuven).

Pacte Adiposité : la voix des patients belges souffrant d'obésité

Créée en février 2021, la fondation pour les droits des personnes vivant avec l'obésité en Belgique (Pacte Adiposité - Adipositas Pact ; PA-AP) a pour objectif de transmettre la voix des patients belges, avec une approche fondée sur des données probantes pour la prévention, le traitement et la prise en charge continue de l'obésité.

Aujourd'hui, l'obésité est reconnue comme une maladie chronique, qui n'est plus la seule responsabilité du patient. Malgré les progrès dans la prise en charge de l'affection, les patients font face à bon nombre de besoins non satisfaits, et la PA-AP lutte pour faire bouger les choses.

La fondation se focalise sur 3 grandes priorités :

1. Catégorisation

Reconnaissance de l'obésité en tant que maladie chronique, telle que définie par l'OMS.

2. Transformation

Transformation du cadre politique et réglementaire belge afin de permettre aux patients souffrant d'obésité de pouvoir faire un choix éclairé et avoir un accès abordable aux traitements.

3. Éducation

Sensibiliser les décideurs politiques, les médias, aux niveaux national, communautaire et local, ainsi que les professionnels de la santé, les employeurs et les personnes souffrant d'obésité aux éléments holistiques de cette maladie biologique et aux différentes manières de la gérer tout au long de la vie.

Comment contribuer en tant que professionnel de la santé ?

Lors de son exposé, Jacqueline Bowman-Busato a rappelé que les prestataires de soins peuvent aider à améliorer la situation des patients, à court terme, en incluant par exemple la PA-AP à la table des politiques, à moyen terme, en travaillant avec les patients et leurs proches pour mieux comprendre les aspects biologiques de l'obésité, et à long terme, pour plaider pour que le diagnostic, le traitement et la gestion à long terme de l'obésité – au-delà du BMI – soient inclus dans les examens médicaux.

Référence : D'après une présentation de J. Bowman-Busato (Belgian Foundation for the Rights of People Living with Obesity) – BASO 2022.

Présentation de l'Obesity Platform Belgium

« La BASO est une organisation scientifique, mais nous avons également constaté que notre approche scientifique doit être comprise par les politiciens et par le public », a expliqué le Pr Van der Schueren lors de la présentation d'une nouvelle plate-forme belge pour l'obésité. « Nous voulions également faire participer d'autres acteurs dans une nouvelle structure pouvant permettre d'exercer plus de pression sur les politiciens, pour que l'obésité puisse être prise au sérieux et considérée comme une maladie chronique ».

C'est avec cette vision que l'Obesity Platform Belgium est née. « Nous rassemblons des personnes de tous les horizons : endocrinologues, patients, gynécologues, psychiatres, etc. afin d'expliquer aux autorités que nous voulons un réel respect des droits du patient et une amélioration des soins. Nous voulons aussi que les autorités sachent que nous sommes un interlocuteur, qu'il y a un point de contact dans notre plate-forme. (...) Ce que nous voulons surtout, c'est stimuler la coopération entre les différentes parties prenantes ».

La mission de la plate-forme est de soutenir les décideurs politiques afin d'améliorer l'accès à des soins structurés et fondés sur des preuves scientifiques, de manière rentable, et de relever les normes de qualité des soins. La plate-forme veut éliminer les préjugés et les stigmates liés à l'obésité et souhaite informer les différents acteurs quant à la nature de la maladie et ses méthodes de traitement. C'est grâce à ce changement de discours que les personnes souffrant d'obésité pourront avoir accès aux mêmes soins médicalement nécessaires et couverts que ceux offerts aux autres personnes souffrant de maladies chroniques. « Nous voulons améliorer les soins cliniques, la compréhension de la maladie, avec une solide base scientifique, et nous voulons un modèle stratifié pour les personnes souffrant d'obésité ».

Le premier point d'action à l'ordre du jour de la plate-forme consiste à élaborer des propositions de parcours de soins échelonnés pour les enfants et les adultes souffrant d'obésité. Ces propositions serviront de base au dialogue avec l'INAMI et avec d'autres décideurs politiques. « En s'attaquant à ce problème de manière coordonnée et en parlant d'une seule voix, les propositions de la plate-forme peuvent être transmises avec plus de force et auront plus d'impact sur la politique ».

La plate-forme belge de l'obésité est ouverte à toute personne désireuse de faire progresser la prise en charge multidisciplinaire de l'obésité en Belgique en adhérant à la mission et à la vision de la plate-forme de l'obésité. Avec

ou sans soutien financier. « Nous souhaitons avoir une communauté d'ambassadeurs aussi large que possible ».

Référence : D'après une présentation du Pr B. Van der Schueren (BASO - UZ Leuven) – BASO 2022.

Les trajets de soins de l'obésité

Un trajet de soins organise et coordonne la prise en charge, le traitement et le suivi d'un patient avec une maladie chronique, en se basant sur la collaboration entre le patient, le médecin généraliste et le médecin spécialiste. Après l'expérience réussie de trajectoires réalisées pour le diabète et l'insuffisance rénale, où en sommes-nous avec l'obésité ?

Selon le Dr B. Demytternaere, les rapports de Sciensano sont très clairs : les trajets de soins fonctionnent de manière indéniable, et améliorent les contacts entre patients et professionnels, ainsi que la qualité et la continuité des soins. Faut-il dès lors évoluer vers une trajectoire de soins pour l'obésité ? La réponse est oui, mais le chemin à parcourir est encore long...

Pourquoi un trajet de soins en obésité ?

A l'heure actuelle, « nos soins sont très bons, nos prestataires de soins aussi, mais c'est au niveau de l'organisation des soins que le bât blesse encore. Nous avons la structure de l'Etat qui pose problème. En Belgique, nous avons un système très complexe, et nous nous trouvons avec un émiettement des compétences ».

En première ligne, la multidisciplinarité n'est pas assez présente. « Au niveau local, on travaille bien ensemble, mais tout est émietté, il y a beaucoup de variations entre les régions, et ce n'est pas toujours bien structuré/cadré non plus ». En outre, le remboursement des interventions diététiques est limité aux enfants. Le remboursement des soins psychologiques s'améliore, mais il y a encore du chemin à faire. L'obésité est une affection complexe à traiter et il faut une bonne coordination des soins. En Belgique, « nous n'avons pas de système institutionnalisé au niveau des soins, et il est temps d'y arriver ».

En deuxième ligne, on retrouve pas mal d'hôpitaux ayant une clinique de l'obésité, mais ils ne travaillent pas forcément de la même façon, et ni de manière up-to-date.

La bonne synergie entre les différentes lignes est également cruciale, mais fait défaut par endroits.

En matière de chirurgie bariatrique, de nombreux aspects pourraient être mieux abordés :

- Période parfois trop courte entre la prise de contact et l'initiation de la chirurgie ;
- Jusqu'à 50% des patients n'ont pas un suivi optimal lors de la première année qui suit la chirurgie ;
- Nécessité d'une évaluation multidisciplinaire préopératoire ;
- Enregistrement des données trop faible ;
- Beaucoup d'interventions doivent être refaites.

Vers un trajet de soins pour l'obésité

En matière de soins de l'obésité, bon nombre d'aspects pourraient être améliorés. Un trajet de soins semble essentiel, mais de nombreuses questions devront être abordées pour y parvenir.

Un trajet de soins de l'obésité pour les enfants est actuellement mis en place, et les premières réunions du groupe de travail ont eu lieu en mai 2022. Le Dr Demytternaere conclut qu'un projet pour les adultes devrait être élaboré d'ici 2024. ■

Référence : D'après une présentation du Dr B. Demytternaere (Directeur de la politique médicale et coordinateur du service des études, Mutualité Socialiste) – BASO 2022.