

**Les Troubles de l'Équilibre pondéral**

Professeur R MALEK

Faculté de médecine de Sétif

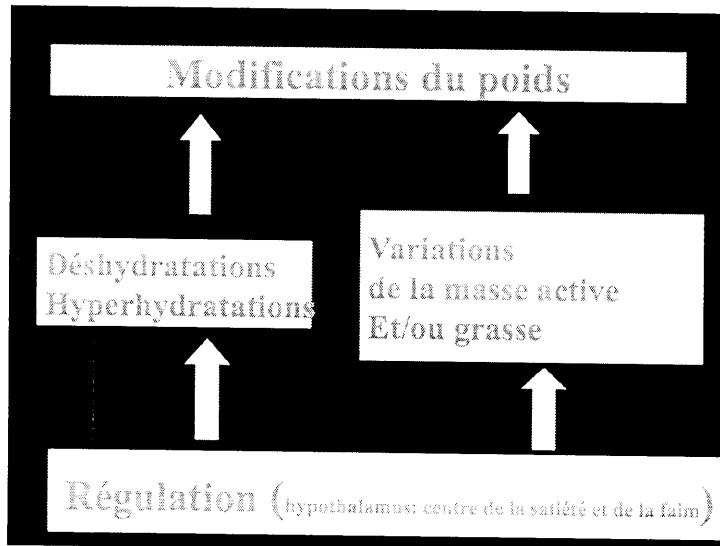
Service de Médecine interne CHU Sétif

Octobre 2014

## Introduction

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

## Modifications du poids



## Amaigrissement.

Diminution des réserves énergétiques adipeuse, de la masse active, avec un bilan azoté négatif.

**Obésité:** augmentation de la masse grasse, avec un bilan azoté positif.

- Pèse personne, toise
- Poids normal
- Selon les relevés statistiques de la population, le poids est estimé en fonction de la taille:
  - Ex: taille de 1,75 m: poids: 75 kgs
- **INDICE DE MASSE CORPORELLE :IMC**  
Indice de Masse Corporelle; **IMC= poids (kg)/taille (mètre<sup>2</sup>)**
- Poids insuffisant amaigrissement =  $IMC < 18,5 \text{ kg/m}^2$
- Poids normal =  $IMC 18,5-24,9 \text{ kg/m}^2$
- **Embonpoint** (excès de poids) surcharge pondérale =  $IMC 25-29,9 \text{ kg/m}^2$
- **Obésité** =  $IMC \geq 30 \text{ kg/m}^2$ 
  - Classe 1:  $\geq 30 \text{ kg/m}^2$
  - Classe 2:  $\geq 35 \text{ kg/m}^2$
  - Classe 3:  $\geq 40 \text{ kg/m}^2$

## Amaigrissement

- Diagnostic différentiel: état de maigreur: état stable et persistant. Il ne pose pas de problèmes: état constitutionnel.
- Amaigrissement: état spécifique à beaucoup de maladies, dont l'état extrême est la cachexie.
- Mécanismes de l'amaigrissement

### 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

### Par hypercatabolisme :

- – Rôle des cytokines pro-inflammatoires (TNF  $\alpha$ , interleukine 1 et 6...) qui induisent protéolyse, lipolyse, hyperglycémie.. « Au service du mécanisme inflammatoire »

## Démarche diagnostique

### Des éléments cliniques étiologiques

- importance de l'évaluation nutritionnelle
- Recherche d'oedèmes ou d'ascite
- Peau et phanères (traduisent les carences)
- Examen buccal (candidoses- ulcérations -dents..)
- médicaments prescrits responsables de modification du goût ou de l'appétit

### Des éléments biologiques

- Protidémie - Albuminémie <35g/l (1/2 vie : 20 jours) et transthyrétine <200mg/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

## 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
- 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.

### Examen clinique

- Apprécier la masse musculaire et adipeuse (panicule adipeux)
- Peser la malade, calculer son BMI
- Rechercher un syndrome de dénutrition calorique ou vitaminique:
  - Œdème: hypoprotidémie
  - Ostéomalacie: hypovitaminose D
- Rechercher des signes en rapport avec la cause de l'amaigrissement:
  - ADP
  - Masse tumorale
  - hyperthyroïdie

### 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, stéatorhées
  - Parasitoses digestives, fistule digestive
- **Pertes urinaires:**
  - Diabète sucré ( insuline: hormone anabolisante)

### Amaigrissement avec anorexie

- Ulcère gastro-duodéal
- 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

## Obésité

**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

### Interrogatoire:

- 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
- Interrogatoire 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

- **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.
- Comportement alimentaire
- **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 quantité énorme 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.

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 ; et à la suite de cette ingestion, 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.

La boulimie doit être distinguée de :

- **la phagomanie** : habitude de grignoter entre les repas, non motivée par la faim,
- **la sitiomanie** : absorption impulsive de quantités énormes de nourriture.
- la voracité et la gloutonnerie : désir ardent et insatiable de manger sans prendre le temps d'apprécier,
- **les hyperphagies habituelles et familiales.**
  - **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

#### **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
- 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**

#### **Étiologies**

- 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