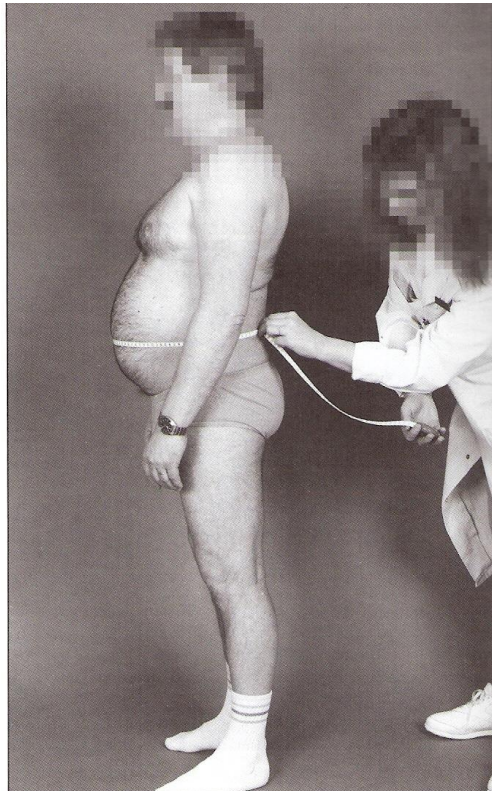


**UNIVERSITE D'ORAN**

**FACULTE DE MEDECINE**

**SEMILOGIE PONDERALE**



**LES OBESITES**

**LES AMAIGRISSEMENTS**

Enseignement 3<sup>ème</sup> année

F.HAMDAOUI-AYAD

Service de Médecine Interne

Etablissement hospitalo-universitaire du 1<sup>er</sup> novembre 54 Oran

## I. Rappel

Le corps est composé de :

- Le tissu de soutien : squelette, tissu conjonctif
- Le liquide extracellulaire
- La masse active ou masse maigre faite de muscles
- Le tissu adipeux ou masse grasse représentant 15 à 20 % du poids chez l'homme et 25 à 30 % chez la femme = il correspond aux réserves énergétiques

La somme de ces secteurs constitue le poids global.

Le poids peut être modifié par les variations de chacun de ces secteurs.

Le poids normal = le poids idéal, il est déterminé selon la taille

Son appréciation se fait selon les recommandations de l'OMS par le calcul de l'indice de masse corporelle = IMC

La classique formule de Lorentz =

Poids (Kg) = Taille (cm) – 100-Taille – 150 / 4 chez l'homme)

                  Taille (cm) – 100-Taille – 150 / 2 (chez la femme)

n'est plus utilisée sauf dans certaines situations

$$\text{IMC} = \text{poids (Kg)} / \text{taille (m)}^2$$

**La pathologie pondérale** : Elle porte sur :

**Les variations du secteur hydrique sont :**

- Une déshydratation,
- Une rétention,
- Des œdèmes

**Les variations de la masse grasse sont :**

- L'obésité,
- L'amaigrissement,
- La maigreur.

## **II. L'obésité**

### **1-Définition**

- L'obésité se définit comme un excès de masse grasse entraînant des conséquences néfastes pour la santé.

- Elle résulte d'un déséquilibre entre les apports et les dépenses d'énergie, aboutissant à une inflation des réserves adipeuses.

- Sa prévalence augmente avec l'âge, la prédominance est féminine.
- Elle doit être considérée comme une maladie car elle peut mettre en cause le bien être somatique, psychologique et social de l'individu.

Mais tout excès de poids n'est pas un excès de masse grasse, et la première étape clinique sera de distinguer un excès de masse musculaire et/ou osseuse ou une rétention d'eau liée à des œdèmes cardiaques ou veineux.

Les mesures de la composition corporelle peuvent étayer l'impression clinique.

Les méthodes fiables de mesure directe de la masse grasse ne sont pas disponibles en pratique clinique. On a recours à une estimation directe de l'adiposité par le calcul de l'indice de masse corporelle (**IMC**) ou Body mass index (**BMI**) des Anglo-Saxons , parfois appelé **indice de Quetelet**, du nom de son inventeur belge. Il a une excellente corrélation avec la masse grasse.

c'est le rapport du poids en Kg sur la taille en mètre au carré :

$$\mathbf{IMC = BMI = Poids (Kg) / Taille (m^2)}$$

**S'applique :**

- Chez l'adulte femme et homme.

- Chez l'enfant, il existe des variations physiologiques de l'adipocyte au cours de la croissance, l'OMS recommande l'utilisation de courbes en fonction de l'âge.

## **2. Sémiologie de l'obésité**

### **A/ L'interrogatoire ou anamnèse pondérale :**

#### 1. L'évolution pondérale : noter :

- le poids à la naissance ,
- le poids maximum, le poids minimum,
- âge de début de prise de poids..

#### 2. Les circonstances de prise de poids :

- a) Modification du statut hormonal : à la puberté, au cours de la grossesse, à la ménopause.
- b) Choc émotionnel ou affectif : (dépression et deuil).
- c) Changement d'environnement relationnel, familial (mariage, divorce, perte d'un emploi, arrêt de tabac, baisse ou arrêt de l'activité physique, une intervention chirurgicale, une prise médicamenteuse : corticoïdes, œstrogène, antidépresseurs).
- d) Pathologie endocrinienne : hypothyroïdie, cushing.

#### 3. Noter les antécédents familiaux :

- d'obésité,
- de maladies métaboliques ( diabète sucré, dyslipoprotéinémie)
- de pathologies vasculaires (HTA, IDM, Angor, artérite).
- Déterminer un arbre généalogique qui permettra d'évaluer les facteurs génétiques :

**lorsque les deux parents sont obèses, 60 à 80 % des enfants le sont et lorsqu'un seul parent est obèse, 40 % le sont.**

#### 4.- Enquête alimentaire : préciser :

- la ration calorique alimentaire quotidienne
- Le comportement alimentaire :  
(grignotage, compulsions alimentaires, comportement de restriction, boulimie). La boulimie est une crise d'hyperphagie échappant au contrôle du sujet qui consomme des quantités énormes de nourriture au delà de toute satiété.

#### 4. Préciser :

- l'activité professionnelle,
- le type et l'intensité de l'activité physique pour estimer les dépenses énergétiques

#### 5. Définir le profil psychologique .

Une évaluation psychologique est indispensable : existence ou non d'un retentissement psychologique de l'obésité.

## B/ L'examen clinique :

### 1.- Apprécier le degré de la surcharge pondérale

|                                   | IMC (Kg/m <sup>2</sup> ) |
|-----------------------------------|--------------------------|
| Maigreur -----                    | < 18                     |
| <b>Normal</b> -----               | 18-24                    |
| <b>Surpoids</b> -----             | 25-29                    |
| <b>Obésité</b> -----              | > 30                     |
| • <b>Modérée</b> -----            | 30-34                    |
| • <b>Sévère</b> -----             | 35-39                    |
| • <b>Morbide ou massive</b> ----- | > 40                     |

Il est à noter que certaines prises de poids ne sont pas liées à l'augmentation de la masse grasse (anasarque, augmentation de la masse musculaire des sportifs).

**2.- Déterminer le type d'obésité :** c'est à dire apprécier la répartition du tissu adipeux grâce à la détermination du tour de taille ou du rapport taille/hanche.

**a- Le rapport Taille / Hanche = RTH :**

C'est le rapport entre le plus petit périmètre situé entre l'ombilic et le bord inférieur des côtes et le plus grand périmètre en regard des grands trochanters sur la ligne du pubis.

Normalement le RTH est : chez la femme < 0,8

: chez l'homme, il se situe aux alentours de 0,95 à 1,00.

**b- Le tour de taille (TT)**

Le rapport taille/hanche serait pour certains moins performant que le simple tour de taille qui à lui seul reflète la graisse intra-abdominale.

Le tour de taille représente un facteur de risque cardiovasculaire quand il est :

- > 102 cm chez l'homme.
- > 88 cm chez la femme.
- Ou > 100 cm avant 40 ans et > 90 cm après 40 ans.

Ces deux paramètres permettent de distinguer 3 types d'obésité :

- **Obésité androïde** : obésité abdominale (qui est associée à des complications cardio-vasculaires et métaboliques) :
- quand le tour de taille > 90 cm, > 100 cm homme : la graisse prédomine à la partie haute du corps et sur l'abdomen.



- Ou un RTH  $> 0,85$  chez la femme,  $> 1$  chez l'homme.

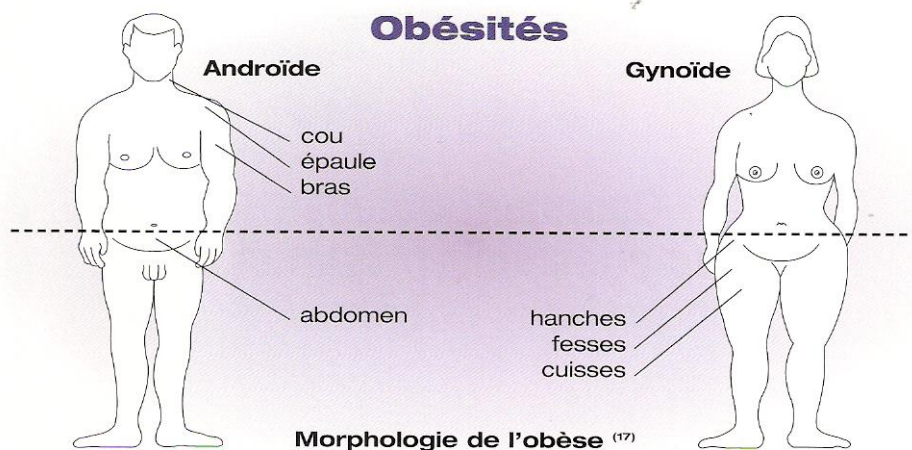
- **Obésité gynoïde ou fémorale** : la graisse prédomine à la partie basse du corps : bassin, hanche et membres inférieurs.

Le RTH  $< 0,80$  chez la femme,  $< 0,95$  chez l'homme

- **Obésité mixte : adiposité globale.**

le RTH compris entre  $0,80-0,85$  chez la femme

entre  $0,95-1,00$  chez l'homme.



### Les lipodystrophies :

L'approche clinique permet aussi d'apprécier visuellement et manuellement un degré de ce qu'il est convenu d'appeler la cellulite, sous forme de masses lipodystrophiques localisées notamment au niveau de la racine des membres (bras, haut des fesses) et des genoux. Ces amas graisseux hypovascularisés, froids, souvent douloureux au palper-rouler et même au toucher sont des zones exclues du métabolisme et peu accessibles à une thérapeutique médicale

notamment nutritionnelle. Elles sont aggravées par des phénomènes d'insuffisance veineuse et d'inflammation localisée.

### **3.- Rechercher des signes en rapport avec une obésité secondaire aux endocrinopathies :**

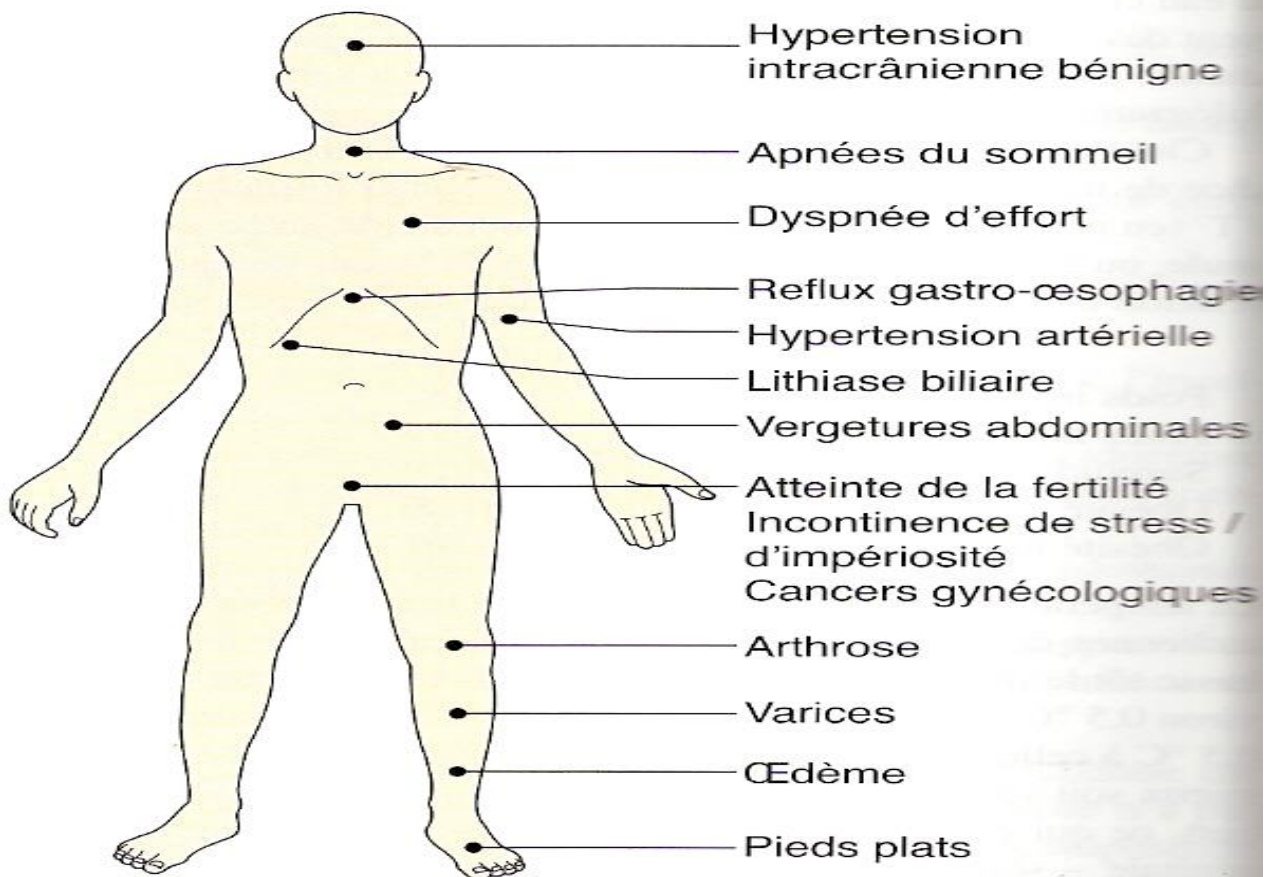
- Hypothyroïdie
- Hypercorticisme (syndrome de cushing) avec obésité facio-tronculaire.
- Tumeur hypophysaire (trouble du sommeil, de la vigilance, hypogonadisme, troubles visuels..).

### **4- rechercher une prise médicamenteuse**

Antidépresseurs, glucocorticoïdes, androgènes..

### **5- Rechercher les complications de l'obésité :**

**L'obésité par ses complications influe sur le pronostic vital, fonctionnel.**



**Complications de l'obésité.**

**a) Les complications cardio-vasculaires :**

- Insuffisance coronaire.
- Hypertension artérielle.
- Insuffisance cardiaque (favorisée par l'HTA).
- Accident vasculaire cérébral par thrombose cérébrale.
- Insuffisance veineuse des membres inférieurs avec apparition des varices.

**b) Les complications respiratoires :** il existe au cours de l'obésité des altérations fonctionnelles respiratoires et des échanges gazeux :

- La baisse de la compliance thoracique et pulmonaire.

- Un syndrome restrictif aboutissant à une insuffisance respiratoire chronique, voire un syndrome de Pickwick.
- Syndrome d'apnée du sommeil (arrêt de flux aérien pendant au moins 10 secondes plus de 5 fois par heure), hyper somnolence ,ronflement, troubles psychiques, trouble de la mémoire et de l'attention, céphalées matinales.

c) **Complications rhumatologiques :**

Troubles de la statique vertébrale par dorsalgie et lombalgie entraînant une sédentarité.

d) **Complication métabolique et endocrinienne :**

- Diabète sucré (80 % des diabétiques de type 2 sont obèses)
- Dyslipoprotéinémie. : hyperlipidémies avec augmentation du taux de cholestérol et des triglycérides.
- Hyper uricémie (goutte).
- Troubles du cycle chez la femme :  
(aménorrhée, dysménorrhée)

e) **Autres complications :**

- Pathologies hépatobiliaires : lithiase vésiculaire, stéatose hépatique.
- Lésions dermatologiques : mycose des plis, hyper sudation, dermite ocre.
- Risques opératoires à cause de l'insuffisance respiratoire, les varices, les infections cutanées, retard de cicatrisation.

- Implications psychosociales : l'obésité est source de préjudice, de discrimination sociale.
- Cancers : l'obésité est associée à un risque accru de cancer de la prostate et de cancer colorectal chez l'homme. Chez la femme , le cancer de l'endomètre, des voies biliaires, du col de l'utérus et du sein

### 3- Les étiologies des obésités

#### L'obésité peut être :

- Constitutionnelle : l'obésité est ancienne, remontant à l'enfance, avec antécédents familiaux, peu de troubles du comportement alimentaire.
- Psychogène : l'obésité est récente, apparue à l'âge adulte, modérée, sans antécédents familiaux, avec des troubles du comportement alimentaire et hyperphagie.

#### Les causes du déséquilibre énergétique :

##### **a) L'alimentation :**

- Un excès de consommation de lipides
- Prise alimentaire en dehors de repas
- Troubles du comportement alimentaire ( boulimie, pulsions)
- Consommation d'alcool
- Changement d'habitude alimentaire.

##### **b) Modification du statut hormonal :**

- Puberté

- Grossesse
- Ménopause

c) **L'activité physique** : la sédentarité favorise la prise de poids de l'obésité.

d) **Les facteurs génétiques** : la prédisposition génétique de certaines obésités.

e) **Les facteurs psychologiques, sociaux et culturels** : choc émotionnel, arrêt de l'activité physique, arrêt tabac, problèmes sociaux.

### **III.- Les Amaigrissements**

**L'amaigrissement** est un symptôme d'un très grand nombre de maladies car la perte de poids, élément sémiologique à la portée de tous, est un critère de mauvaise santé.

La perte porte soit sur la masse grasse soit sur la masse maigre soit sur les deux en proportion variable.

Il est le témoin d'un déséquilibre entre les apports et les dépenses énergétiques mais peut être la conséquence d'une affection évolutive avec altération de l'état général en anorexie ou de troubles du comportement alimentaire.

**La maigreur** peut être la résultante de ces processus ou correspondre à un état constitutionnel stable.

IL faut s'assurer de la réalité de la perte de poids en cas de maigreur :

IL faut distinguer la maigreur constitutionnelle de l'amaigrissement selon le poids de départ, l'amaigrissement ne s'accompagne pas toujours de maigreur.

**Un poids stable et normal est l'un des meilleurs marqueurs d'un état de santé normal chez l'adulte.**

Le poids augmente physiologiquement de l'âge de 20 ans à l'âge de 50 ans puis se stabilise pour diminuer spontanément après 75 ans chez l'homme et la femme.

En revanche la masse grasse augmente tout au long de l'âge adulte.

**Elle est définie par un IMC < 18**

Un bilan clinique approfondi est indispensable :

- Etablir l'importance de l'amaigrissement
- rechercher sa signification et le rattacher à une affection pathologique.

L'interrogatoire :

Il reconstitue l'histoire pondérale afin d'établir l'importance et la cinétique de la perte de poids. Il permet de :

- connaître les antécédents car la maigreur est parfois familiale ou séquellaire d'une affection antérieure
- les conditions de vie et le contexte psychologique.

- Il recherche en outre des signes associés pour faciliter le diagnostic étiologique car nombre d'amaigrissement apparaissent faussement isolés.

#### Enquête alimentaire :

Cherche à établir une relation entre la perte de poids et la réduction des apports énergétiques : préciser la notion d'appétit et d'anorexie.

La persistance de l'appétit voire l'existence d'une hyperphagie, oriente vers une maigreur constitutionnelle ou une hyperthyroïdie.

L'anorexie élective à la viande évoque un processus néoplasique, alors qu'une pseudo-anorexie avec refus actif de se nourrir est en faveur d'une anorexie mentale.

#### L'examen clinique :

- Établit le diagnostic de maigreur. : poids, IMC
- Recherche une fonte musculaire
- des troubles digestifs,
- des signes de carence vitaminiques.

Le bilan biologique : albuminémie, +++

Au terme de l'examen il est possible de :

- distinguer l'amaigrissement et la maigreur pathologique de la maigreur constitutionnelle,
- d'évoquer un diagnostic ou au moins de se convaincre de la pertinence d'un bilan étiologique approfondi.



- d'apprécier la gravité : rapidité et importance de la perte de poids, degré de fonte musculaire, altération de l'état général, infections répétées, pathologie évolutive associée.

**Ses étiologies sont diverses. Il peut s'agir :**

**a- Amaigrissement des troubles du comportement alimentaire :**

- Anorexie mentale
- Boulimie

**b- Amaigrissement avec alimentation conservée et hypercatabolisme :**

\* Amaigrissement des endocrinopathies et des maladies métaboliques :

- Diabète sucré de type 1 (insulinodépendant)
- Hyperthyroïdie
- Insuffisance surrénalienne
- Insuffisance hypophysaire
- Phéochromocytome

\* Amaigrissement du caféisme et tabagisme

\* Amaigrissement des affections digestives

\* Amaigrissement paraphysiologique avec l'âge.

**c- Amaigrissement d'accompagnement : toutes les maladies viscérales peuvent être à l'origine d'un amaigrissement :**

\* Amaigrissement des affections cancéreuses et non cancéreuses tel que les malabsorptions digestives.

\* Amaigrissement des syndromes infectieux : tuberculose, infection HIV (SIDA).

\* Amaigrissement des maladies neurologiques (AVC, SEP, Parkinson)

\* Amaigrissement au cours des maladies inflammatoires.

**d-iatrogène : biguanides, digitaliques , AINS, diurétiques**

**e- Amaigrissement isolés 20% des cas : psychogène ou indéterminé.**