

Prendre le contrôle :

Gérer l'obésité avec succès

Bienvenue au programme d'EMC sur l'obésité!

Le programme d'EMC sur l'obésité a été spécialement créé pour les professionnels en soins primaires dans le but de :

1. Discuter de la complexité de l'obésité, de la physiopathologie et de l'adaptation du métabolisme ayant pour conséquence un plateau pondéral.
2. Reconnaître l'impact de l'obésité sur une multitude de comorbidités et le rôle de la perte pondérale sur l'état de santé de la population.
3. Évaluer les avantages et les limitations des différentes approches de prise en charge de l'obésité.
4. Choisir les traitements pharmacologiques en fonction des besoins du patient et des comorbidités associées.
5. Décrire les différentes approches chirurgicales utilisées dans le traitement de l'obésité et identifier leurs avantages et leurs inconvénients pour le patient.



Chantal Parenteau

MD, FRCPC, CSPQ, AMEQ, Endocrinologue

DIVULGATION DES RELATIONS AVEC DES COMMANDITAIRES FINANCIERS :

Toute relation financière directe, y compris la perception d'honoraires : **Astrazeneca, Abbott, BD, Bayer, Bausch Health, Boeringer Ingelheim, Dexcom, Janssen, Lilly, Novonordisk, Sanofi**
Participation à un comité consultatif ou adhésion à un bureau de conférencier : **Astrazeneca, Abbott, BD, Bayer, Bausch Health, Boeringer Ingelheim, Dexcom, Janssen, Lilly, Merck Novonordisk, Sanofi, Takeda**

Brevets de médicaments ou de dispositifs médicaux : **Aucun**

Autres : **AMOQ, AMOM, AMOBF, AMOE, AMOSL, AMOLL, AMOBSL**

Webinaire patient en direct sur le diabète de type 2 par Care to Know

Réalisation d'un balado sur les agonistes du GLP-1 pour les patients diabétiques et pour les professionnels de la santé par Care to Know

Balados sur insuffisance rénale

Divulgence de soutien financier

Atténuation des biais potentiels

- L'association CPD Network est un organisme médical sans but lucratif qui a reçu une subvention à l'éducation pour élaborer ce programme. L'association CPD Network a engagé le comité scientifique et participé au contenu et au format de ce programme.
- Le comité scientifique a été entièrement et exclusivement responsable de l'élaboration du contenu et a participé à tous les stades de la production de cette activité d'EMC en cherchant à atteindre l'intégrité scientifique, l'objectivité et l'équilibre.
- Bausch Health a financé l'élaboration du contenu et cette activité d'EMC, mais n'ont pris part à aucun aspect du processus d'élaboration du programme.
- Les conférenciers ont reçu des instructions sur les exigences en matière de divulgation des conflits d'intérêts et sont tenus de remplir tous les documents nécessaires conformément au mandat du CMFC. Tout conflit d'intérêts sera porté à l'attention de l'association CPD Network, et la suite des choses dépendra de la nature dudit conflit. Tout sera également mis en œuvre pour atténuer toute perception de conflit d'intérêts.
- Les conférenciers doivent signaler à l'auditoire toute discussion sur une utilisation non approuvée ou non indiquée sur l'étiquette d'un produit et qui représente les opinions personnelles des conférenciers. Toute question non sollicitée doit être adressée aux conférenciers.

Comité scientifique



Jacques Bouchard, M.D., LCMC, CCMF
Médecin de famille

Mandataire d'évaluation des programmes
de formation, Fédération des médecins
omnipraticiens du Québec (FMOQ)

Professeur agrégé de clinique, Université
Laval, Québec (Québec)

Clinique de médecine familiale de La
Malbaie, La Malbaie (Québec)

Hôpital de La Malbaie, La Malbaie (Québec)



Franckly Chevrin, M.D., MPH, LCMC, CCMF
Médecin de famille

Clinique médicale de Thurso/Hôpital de
Papineau, Gatineau (Québec)

Professeur associé au Département de
médecine familiale, Université McGill,
Montréal (Québec)

Professeur à la Faculté de Médecine,
Université McGill, Campus Outaouais,
Gatineau (Québec)



Alexandro Zarruk, M.D., M. Sc., FACP, FRCPC
Médecine interne

Directeur médical, West Island Metabolic
Unit, Pierrefonds (Québec)

Hôpital général du Lakeshore, Montréal
(Québec)

Libellé d'accréditation

- La Fédération des médecins omnipraticiens du Québec, organisme pleinement agréé en formation continue par le Collège des médecins du Québec, reconnaît 1 à 1,5 heures d'activité de développement professionnel reconnue aux fins du Règlement sur la formation continue obligatoire des médecins du CMQ. Le code d'éthique du Conseil québécois de développement professionnel des médecins (CQDPCM) doit être respecté (www.cqdpcm.ca).

1. LA PHYSIOPATHOLOGIE DE L'OBÉSITÉ

L'obésité est une maladie chronique récidivante évolutive prévalente chez les adultes

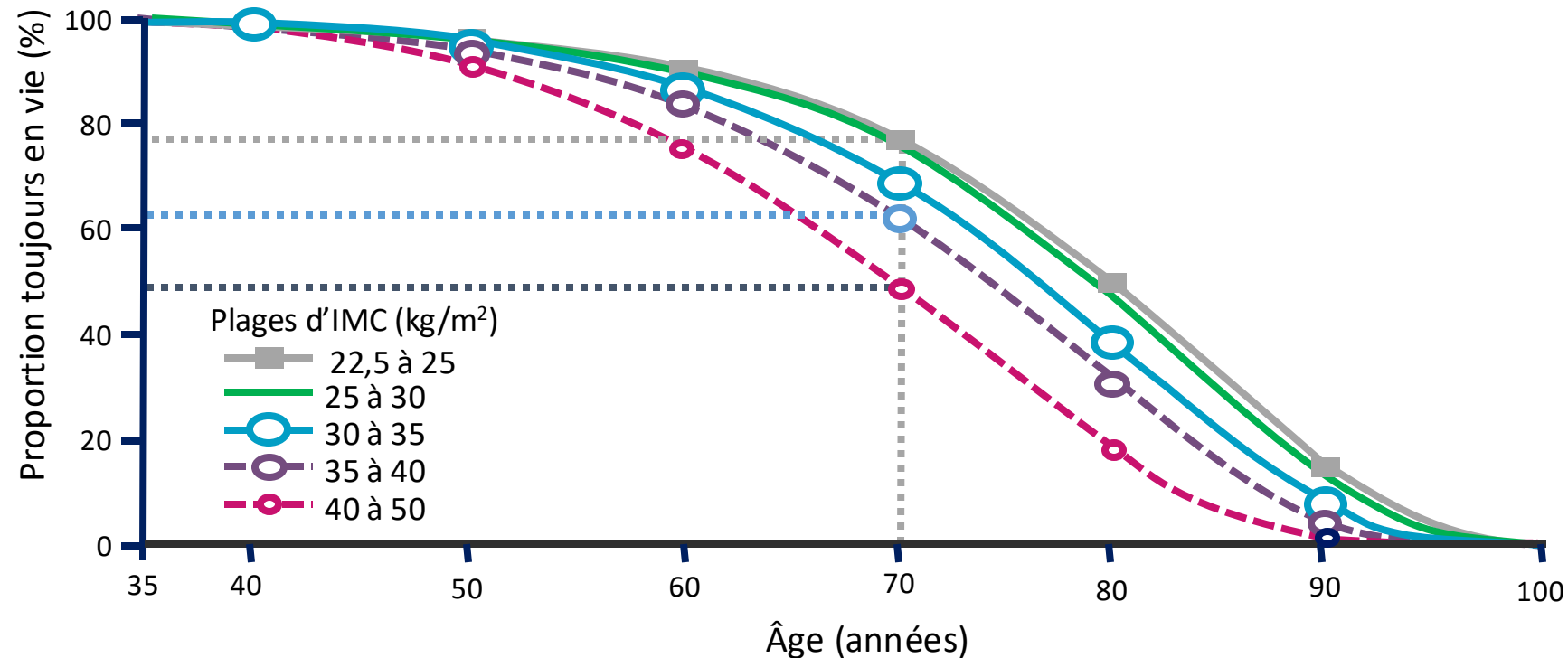
« Le surpoids et l'obésité sont définis comme une accumulation anormale ou excessive de tissu adipeux susceptible de nuire à la santé »

- Au Canada, le poids corporel est classé en 4 catégories **selon l'IMC** :
 - poids insuffisant ($< 18,5$)
 - poids normal ($18,5-24,9$)
 - surpoids ($25-29,9$)
 - obésité (≥ 30)
- L'obésité est une maladie chronique évolutive prévalente chez les adultes
- Elle est l'une des causes principales d'incapacité et de décès dans le monde



Il est important de comprendre que l'IMC n'est pas toujours un bon reflet de la maladie

L'obésité diminue l'espérance de vie

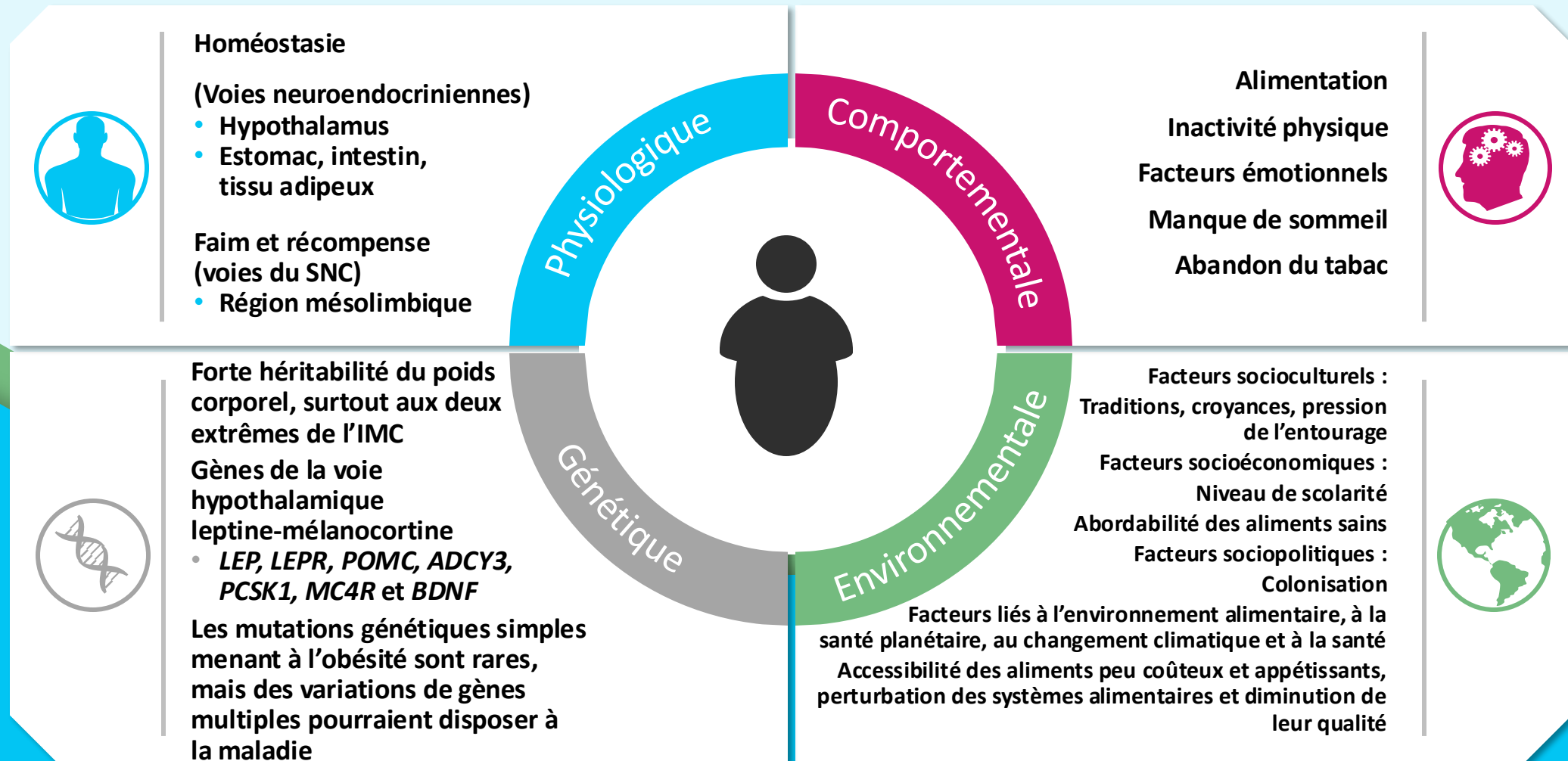


IMC normal =
presque 80 % de chances
d'atteindre l'âge de 70 ans

IMC de 35 à 40 kg/m² =
~ 60 % de chances
d'atteindre l'âge de 70 ans

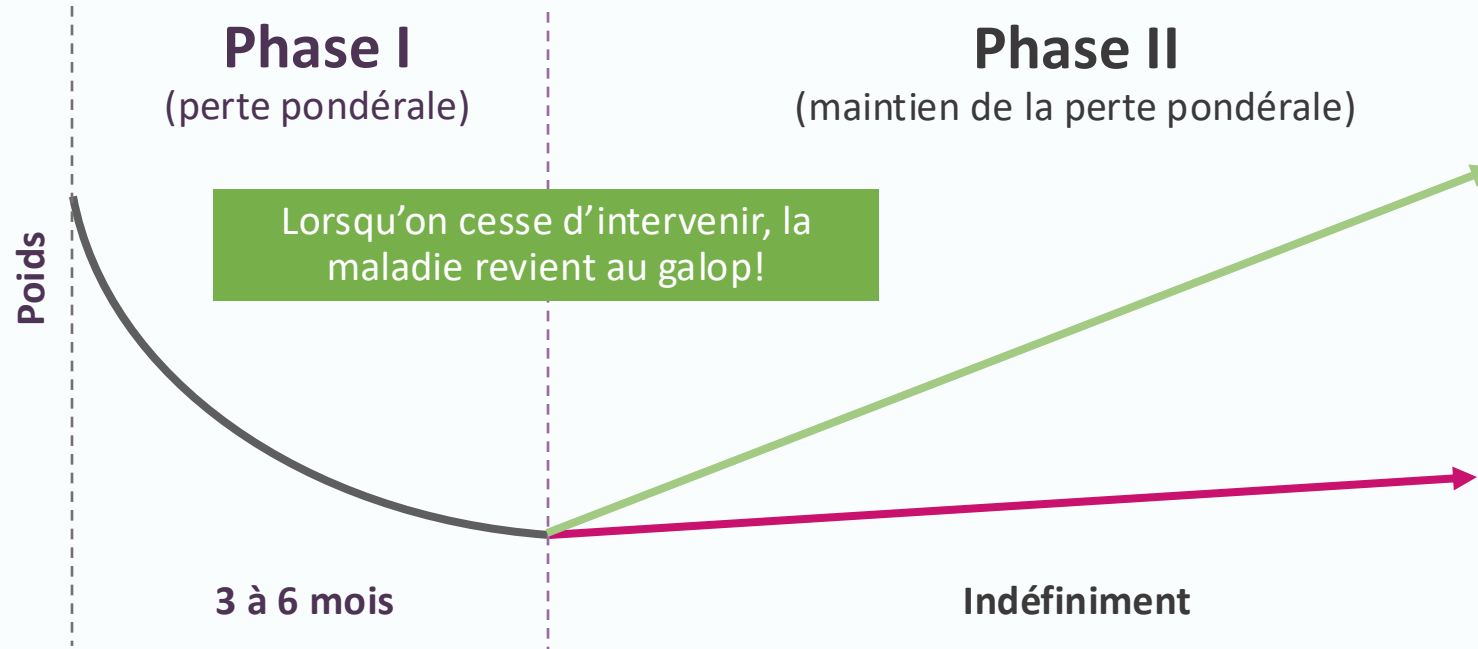
IMC de 40 à 50 kg/m² =
~ 50 % de chances
d'atteindre l'âge de 70 ans

L'étiologie de l'obésité est multifactorielle



L'obésité exige une prise en charge à long terme

- Le plan de gestion du poids doit être individualisé
- Les visites de suivi sont essentielles



POSSIBLES OBSTACLES RELATIFS AU PATIENT

- Situation financière
- Mobilité
- Âge

POSSIBLES OBSTACLES RELATIFS AUX RESSOURCES

- Proximité des épiceries
- Abonnement à un centre sportif
- Counseling

Miser sur les valeurs et les forces du patient pour diminuer l'ampleur des obstacles

2. L'ÉPIDÉMIOLOGIE ET LE FARDEAU DE LA MALADIE : LES CONSÉQUENCES DE L'OBÉSITÉ

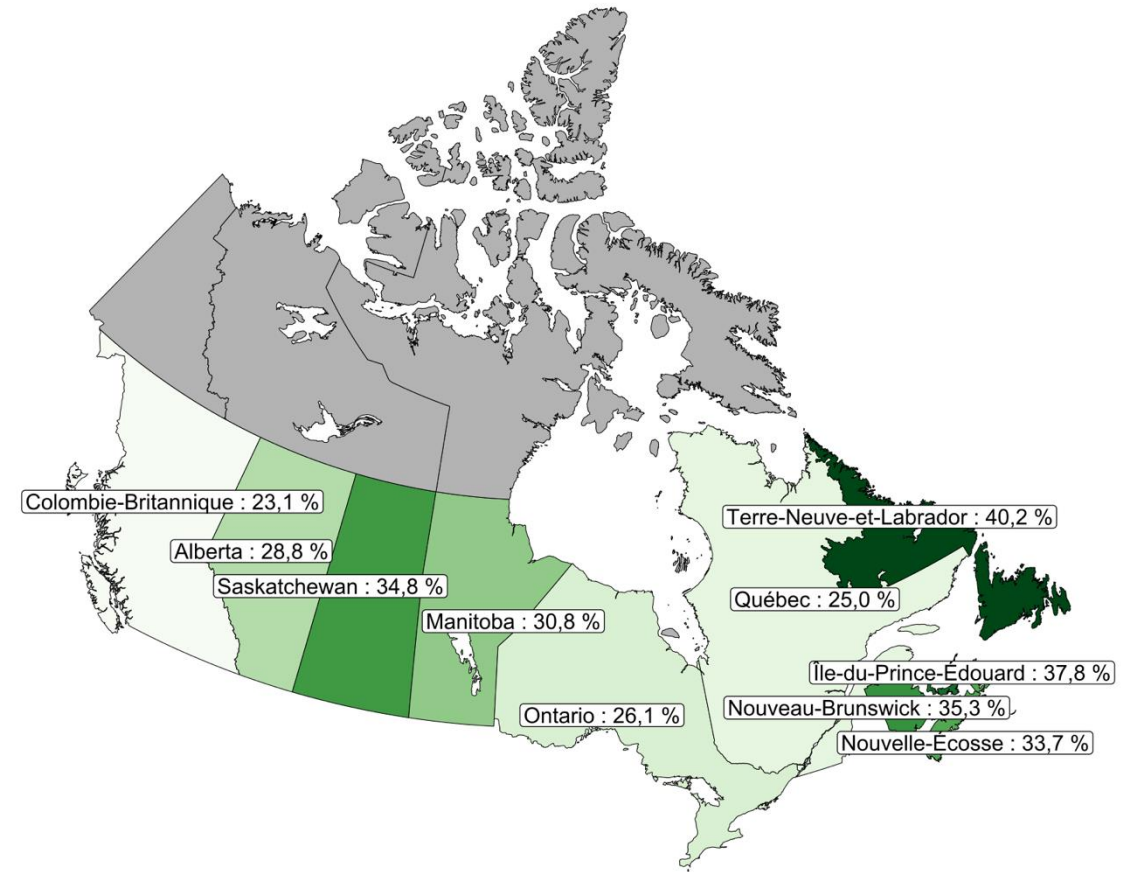
Épidémiologie de l'obésité au Canada et dans le monde



La prévalence de l'obésité a augmenté de manière significative au Canada et dans le monde au cours des 30 dernières années



- 13 % de la population adulte mondiale est affectée (plus de 650 millions d'individus)



Impact économique de l'obésité au Canada et dans le monde



- **Coûts médicaux directs en 2010 : 3,9 milliards de dollars canadiens**
 - Admissions hospitalières, médicaments, honoraires des médecins, visites aux urgences
- **Coûts indirects : 7,1 milliards de dollars**
 - Incapacités, absentéisme, mortalité prématurée



- **Coûts mondiaux : 2 trillions de dollars américains, 2,8% du PIB mondial**

Risques cardiovasculaires associés à l'obésité

Insuffisance cardiaque (IC)	• L'obésité est un facteur de risque indépendant d'IC • Au-delà d'un IMC de 25, chaque hausse de 1 kg/m² augmente le risque d'IC de 5 à 7 %
Coronaropathie	• L'obésité est un facteur de risque indépendant bien documenté de coronaropathie • L'adiposité tronculaire est un facteur de risque d'athérosclérose
AVC	• L'obésité augmente le risque d'AVC, mais dans une moindre mesure que d'autres facteurs de risque
Troubles du rythme cardiaque	• Un IMC > 30 augmente le risque de fibrillation auriculaire en raison de la pression accrue exercée sur le cœur par l'excès de poids; cette pression peut perturber les signaux électriques et dérégler les battements de la cavité supérieure

L'obésité élève le risque de cancer

Il y a une association positive entre l'obésité et plusieurs types de cancer, notamment les suivants :



Cancer de l'utérus

(HR : 1,62; IC : 1,56-1,69; $p < 0,0001$)



Cancer de la vésicule biliaire

(HR : 1,31; IC : 1,12-1,52; $p < 0,0001$)



Cancer du rein

(HR : 1,25; IC : 1,17-1,33; $p < 0,0001$)



Cancer du col de l'utérus

(HR : 1,10; IC : 1,03-1,17; $p = 0,00035$)



Cancer de la thyroïde

(HR : 1,09; IC : 1,00-1,19; $p = 0,0088$)



Cancer du pancréas

(HR : 1,605; IC : 1,00-1,10; $p = 0,012$)



Leucémie

(HR : 1,09; IC : 1,05-1,13; $p < 0,0001$)



Cancer du foie

(HR : 1,19; IC : 1,12-1,27; $p < 0,0001$)



Cancer du côlon

(HR : 1,10; IC : 1,07-1,13; $p < 0,0001$)



Cancer de l'ovaire

(HR : 1,09; IC : 1,04-1,14; $p < 0,0001$)



Cancer du sein après la ménopause

(HR : 1,05; IC : 1,03-1,07; $p < 0,0001$)

Effets de la perte pondérale sur les maladies concomitantes

Maladies concomitantes de l'obésité	Perte pondérale apportant des effets bénéfiques (%)	Remarques
Diabète (prévention)	3 à 10	Bienfait maximal avec une perte de 10 %*
Hypertension	5 à > 15	Diminution additionnelle de la tension artérielle avec une perte > 15 %
Dyslipidémie	3 à > 15	Diminution additionnelle de la triglycéridémie avec une perte > 15 %
Hyperglycémie (HbA _{1c})	3 à > 15	Diminution additionnelle du taux d'HbA _{1c} avec une perte > 15 %
Stéatose hépatique non alcoolique	10	Atténuation de la stéatose, de l'inflammation et de la fibrose légère
Apnée du sommeil	10	Léger bienfait avec une perte de 5 %
Arthrose	5 à 10	Atténuation des symptômes
Incontinence à l'effort	5 à 10	
Reflux gastro-œsophagien	5 à 10 chez les femmes; 10 chez les hommes	
Syndrome des ovaires polykystiques	5 à 15 (optimale : > 10)	Diminution des taux d'androgènes, augmentation de l'ovulation et amélioration de l'insulinosensibilité

* Une rémission du diabète de type 2 est possible avec une perte pondérale soutenue > 15 kg².
HbA_{1c}, hémoglobine glyquée.

Aaboe J, et al. Osteoarthritis Cartilage 2011;19:822–28; Assy N, et al. Gut 2007;56:443–44; Burgio KL, et al. Obstet Gynecol 2007;110:1034–40; Cefalu WT, et al. Diabetes Care 2015;38(8):1567–82; Christensen, et al. Ann Rheum Dis 2007;66:433–9; Diabetes Prevention Program Research Group. Lancet 2009;374:1677–86; Dixon JB, et al. Hepatology 2004;39:1647–54; Felson, et al. Ann Intern Med 1992;116:535–39; Foster GD, et al. Arch Intern Med 2009;169:1619–26; Garvey WT, et al. Diabetes Care 2014;37:912–21; Jin S, et al. Can J Diabetes 2022;46(8):762–74; Moran LJ, et al. J Acad Nutr Diet 2013;113:520–45; Norman RJ, et al. Endocrinol Metab 2002;13:251–57; Panidis D, et al. Fertil Steril 2008;89:899–906; Patel AA, et al. J Clin Gastroenterol 2009;43:970–4; Singh M, et al. Obesity (Silver Spring) 2013;21:284–90; Subak LL, et al. N Engl J Med 2009;360:481–90; Tutuian R, et al Curr Gastroenterol Rep 2011;13:205–12; Wing RR, et al. Diabetes Care 2011;34:1481–6; Winslow DH, et al. Sleep 2012;35:1529–39.

19

Obésité et santé mentale



- **L'obésité est plus prévalente chez les personnes qui souffrent de problèmes de santé mentale sévères (schizophrénie, maladie bipolaire, dépression majeure), ce qui peut s'expliquer par les facteurs suivants :**
 - Effets indésirables des médicaments psychotropes dont une augmentation de l'appétit
 - Tendance accrue vers une alimentation plus émotionnelle et hédonique
 - Alimentation de mauvaise qualité et riche en gras saturés
 - Faible participation à la vie sociale et aux activités physiques
- **Il pourrait aussi y avoir un lien entre le TDAH et l'obésité en raison de divers facteurs, comme l'impulsivité, le dysfonctionnement exécutif, le manque de planification nutritionnelle et le manque de prise de conscience de la prise de nourriture**

TDAH, trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité.

Afzal M, et al. Front Endocrinol (Lausanne) 2021;12:769309; Cortese S, et al. Am J Psychiatry 2016;173(1):34–43; Firth J, et al. Lancet Psychiat 2019;6:675–712; Mai Q, et al. BMC Psychiatry 2011;11:163; Organisation mondiale de la Santé. Classification internationale des troubles mentaux et des troubles du comportement : descriptions cliniques et directives pour le diagnostic (1992); lignes directrices de l'OMS. Management of physical health conditions in adults with severe mental disorders: (2018). Accessible au <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/275718/9789241550383-eng.pdf>; Osborn DP, et al. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 2007;42(10):787–93; Scott D, et al. Issues Ment Health Nurs 2011; 32(9):589–97.

3. PRISE EN CHARGE : APPROCHE THÉRAPEUTIQUE

Outil de prise en charge axée sur les valeurs à l'intention des patients et des professionnels de la santé : les « 5A » de la gestion de l'obésité

Les « 5A » de la gestion de l'obésité

- AGRÉER

Demander au patient la permission d'aborder la question de son poids afin d'explorer son état de préparation
- APPRÉCIER

Faire une évaluation des risques associés à son obésité et de ses « causes profondes »
- ACCOMPAGNER

Le conseiller au sujet des risques pour la santé ainsi que des options de traitements
- ASSOCIER (S')

S'entendre avec lui sur les résultats pour la santé attendus et les objectifs comportementaux
- AIDER

Fournir des ressources appropriées accessibles et y donner accès

1

Votre santé

Pour les patients + les professionnels

Utilisez cette page pour entamer la conversation avec votre professionnel de la santé. Veuillez cocher les aspects pertinents.

L'un ou l'autre de ces aspects nuisent-ils à votre santé?

VOUS

Y a-t-il quelque chose que vous aimeriez faire, mais que pour le moment vous ne pouvez pas ?

✓

Votre gestion du temps
p. ex. pas assez de temps pour faire les courses
La douleur qui ne me permet pas de bien me reposer.

✓

Votre vie émotionnelle
p. ex. stress, anxiété, humeur
Stress et anxiété

✓

Votre sommeil
p. ex. ne pas se sentir rafraîchi,

✓

Votre douleur
p. ex. maux de dos, arthrite
Douleurs au genou

✓

Votre famille
p. ex. enfants, parents, partenaire

✓

Vos amis
p. ex. au travail, dans votre communauté

Y a-t-il quelque chose que vous aimeriez faire, mais que pour le moment vous ne pouvez pas ?
Promener mon chien

Autres questions médicales
p. ex. incontinence urinaire
Rosacée

Autres préoccupations
p. ex. tabagisme, alcool, drogues

Autres questions médicales
p. ex. incontinence urinaire
Rosacée

Autres préoccupations
p. ex. tabagisme, alcool, drogues

2

Le périple de votre poids

Pour les patients + les professionnels

Demandez au patient de vous raconter le périple qu'il vit avec son poids. Dessinez une ligne du temps de ce voyage. Notez les événements de la vie importants qui se sont produits et comment ils ont nui à sa santé.

Childhood	Adolescence	20	30	40	50 & 60	70 & 80 +
	<i>Déménagement au Canada, apprendre la langue et la culture fut très stressant. Cela a conduit à une alimentation émotive.</i>	<i>Commence l'université et change de ville. Première fois seule. Aucune connaissance en matière d'épicerie. Premier petit ami. Son père est décédé récemment, a eu une maladie cardiaque à la suite du diabète.</i>	<i>Se marie. Première grossesse à 32 ans. Va chez Weight Watchers après la naissance de Lucy. Perd 10 livres, mais les reprends.</i>	<i>Vient d'être diagnostiqué du diabète. Causant du stress et de l'anxiété. Beaucoup de douleurs au genou. Cette douleur nuit au sommeil. Fais des efforts pour maintenir son poids bas.</i>		

Événements de vie affectant le poids et la santé

120

145

160

200

180

210

210

Enfance

L'adolescence

20

30

40

50 & 60

70 & 80 +

Tous droits réservés © Université de l'Alberta, 2019. Tous droits réservés. Il est interdit de copier, de publier, distribuer, ou de reproduire sous une forme quelconque ce matériel sans le consentement écrit de l'Université de l'Alberta. L'Université de l'Alberta décline expressément toute responsabilité quant à l'utilisation de ce matériel et à toute réclamation, action, demande ou poursuite découlant d'une telle utilisation.

Obésité Canada. Les « 5As » de la gestion de l'obésité (2018). Accessible au https://obesitycanada.ca/wp-content/uploads/2022/05/5AsT-obesity-toolkit-5_French-Version-1.pdf.

23

Étape 1 : Aborder la question de l'obésité

✓ À FAIRE :

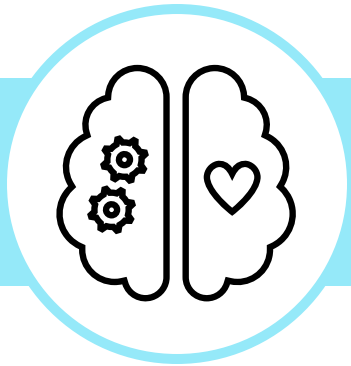
- ✓ Aborder précocement la question du poids
- ✓ Présenter le concept du « meilleur poids »
- ✓ Obtenir le consentement du patient à discuter de son poids

✗ À NE PAS FAIRE :

- ✗ Ne pas alimenter davantage les préjugés
- ✗ Ne pas simplifier exagérément le problème en affirmant que l'obésité n'est qu'une question d'autorégulation
- ✗ Ne pas tomber dans les clichés tels que « manger moins, bouger plus »
- ✗ Ne pas attendre qu'il soit atteint d'affections concomitantes importantes

Étape 2 : Intervenir

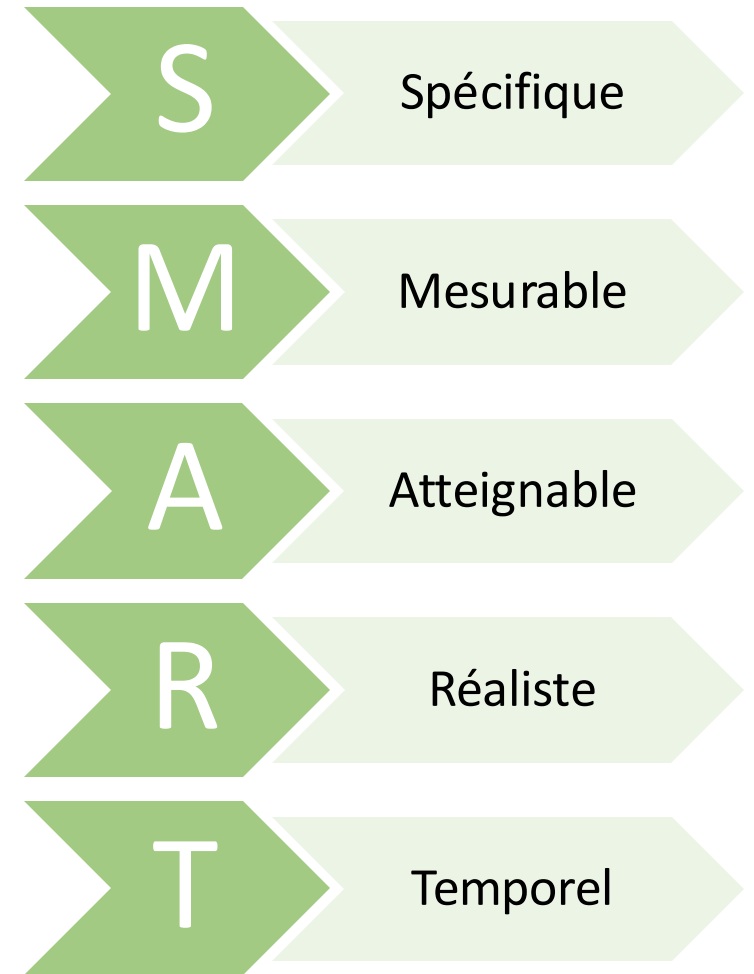
- **Questionner le patient sur ses antécédents d'obésité et les stratégies de perte de poids tentées**
 - Stratégies fructueuses et infructueuses
 - Historique pondérale temporelle
- **Identifier les événements marquants associés au gain de poids**
- **Évaluer l'ouverture (intérêt, disposition) au changement et à l'éducation**



AXER LA PRISE EN CHARGE SUR LES VALEURS PARCE QUE LA MOTIVATION INTERNE EST PLUS EFFICACE À LONG TERME

Élaborer conjointement un objectif de perte de poids

- Fixer un objectif SMART
- Points importants :
 - Commencer lentement
 - Fixer des objectifs réalistes et atteignables et en déterminer la séquence
 - Ne pas exiger de soi trop de choses en même temps
 - Autosurveiller ses comportements
- Réévaluer régulièrement la situation et ajuster les objectifs



Les techniques de l'entrevue motivationnelle en gestion pondérale

Utiliser des techniques de communication motivationnelle pour discuter de gestion du poids avec les patients

INTERROGER → ÉCOUTER → RÉSUMER → INCITER

aborder la question des
préjugés internalisés

encourager les comportements
en accord avec les valeurs
individuelles

encourager le développement
du contrôle de soi

modérer les attentes

encourager la prise de
conscience des envies

encourager la reconnaissance et
l'acceptation des modulations
internes du système de l'appétit

Intervention nutritionnelle pour la gestion clinique du poids

CHANGER LE DISCOURS ENTOURANT LA NUTRITION ET LA PRISE EN CHARGE DE L'OBÉSITÉ



Ne pas porter de jugement
lorsque l'on discute de
nourriture ou d'habitudes
alimentaires



Chaque personne est
différente : aucune diète
ne convient à tous



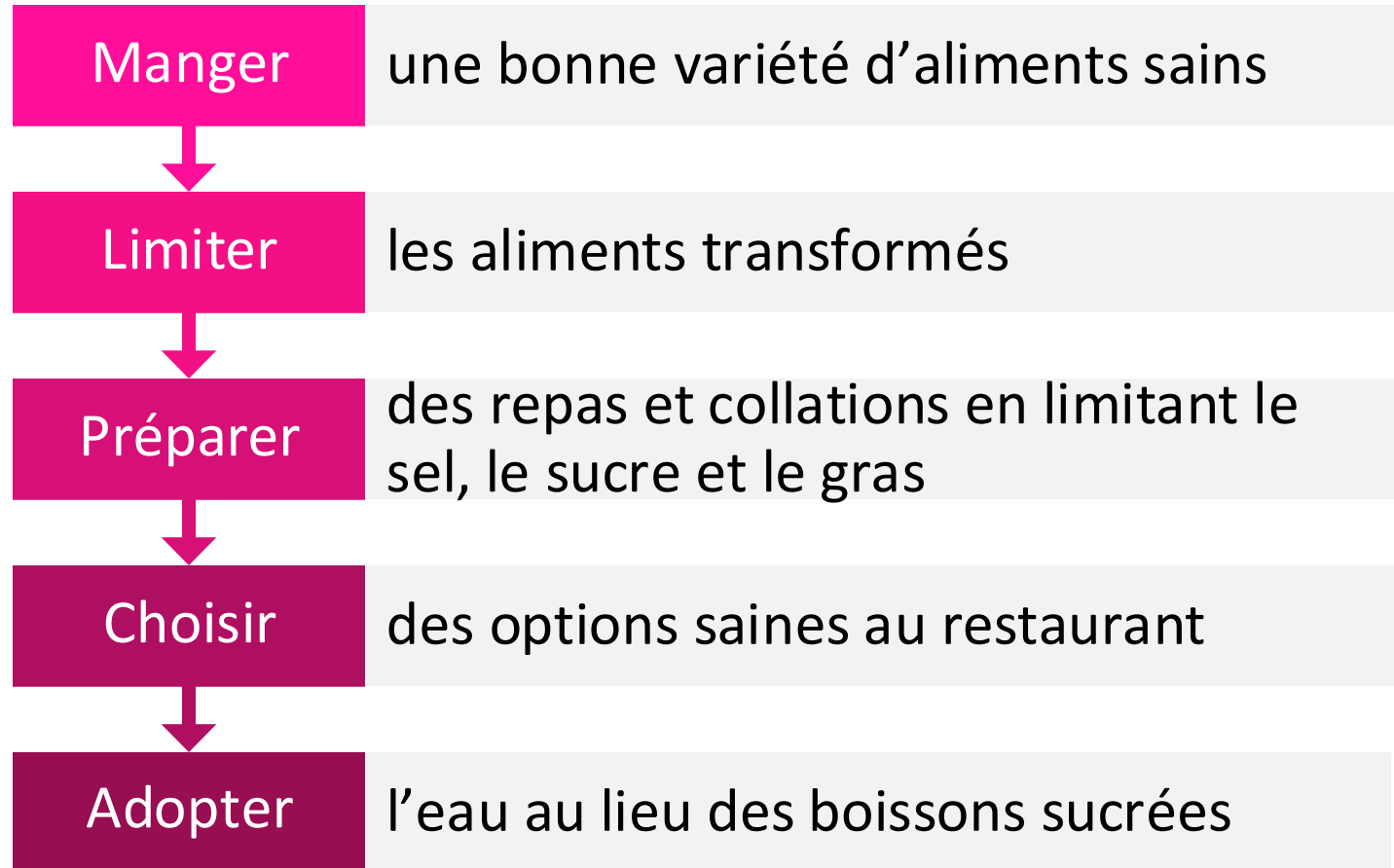
Il faut adopter de saines
habitudes alimentaires qui
sont personnalisées



Quelle que soit l'approche nutritionnelle, elle doit être
soutenable et à long terme afin d'éviter la rechute

Principes nutritionnels pour la gestion clinique du poids

Messages clés à
communiquer
aux patients



Principes nutritionnels pour la gestion clinique du poids



PRINCIPES DE BASE

- Manger des fruits et des légumes en abondance – la moitié de l'assiette
- Manger des aliments riches en protéines – le quart de l'assiette
- Manger des aliments à grains entiers – le quart de l'assiette
- Pour choisir ses aliments, penser à la fois à sa santé personnelle et à celle de la planète

Il est important d'assurer un suivi nutritionnel

Recommandation d'activité physique*

PRINCIPES FITT

F	Fréquence	• ≥ 5 jours/sem.
I	Intensité	• Intensité modérée à élevée • L'activité doit être modérée au départ; l'activité à intensité élevée peut avoir des bienfaits supplémentaires
T	Durée	• ≥ 30 min/jour (150 min/sem.)
T	Type	• Activité d'intensité modérée que le patient apprécie



- Activités physiques aérobiques d'intensité moyenne à élevée au moins 150 min/sem. (cumulatif)
- Exercices de musculation au moins 2 fois/sem.
- Plusieurs heures d'activités physiques d'intensité légère



- De 7 à 9 h de sommeil à des heures régulières



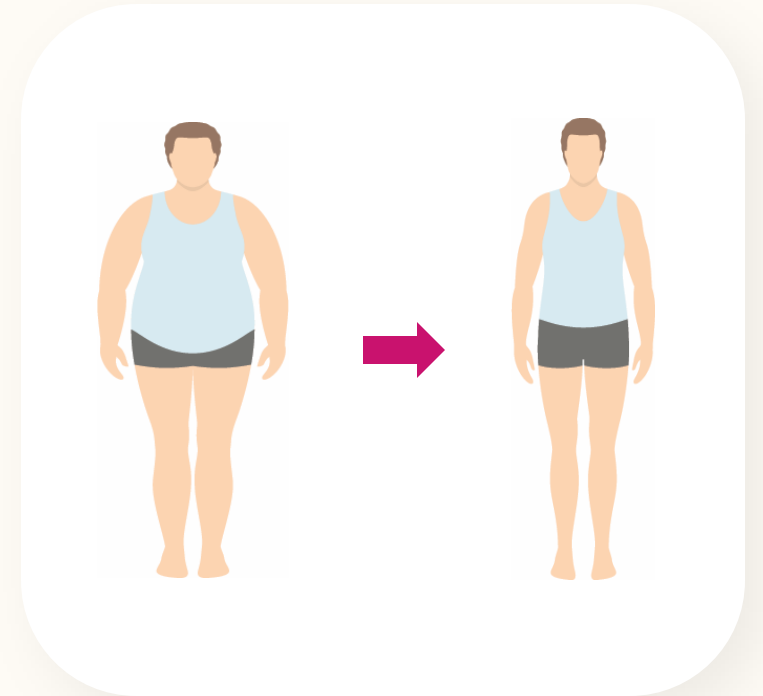
- Maximum de 8 heures de sédentarité, incluant 3 heures de temps d'écran
- Se lever régulièrement

* Pour les adultes de 18 à 64 ans.
SCPE, Société canadienne de physiologie de l'exercice.
American College of Sports Medicine. ACSM's Guidelines for Exercise Testing and Prescription. 9^e édition. Wolters Kluwer; Philadelphie: PA: 2013; The Canadian 24-hour movement guidelines for adults aged 18-24. Accessible au <https://csepguidelines.ca/guidelines/adults-18-64/>. Consulté le 27 avril 2023.

4. FACTEURS DE RÉSISTANCE À LA PERTE ET AU MAINTIEN DE POIDS

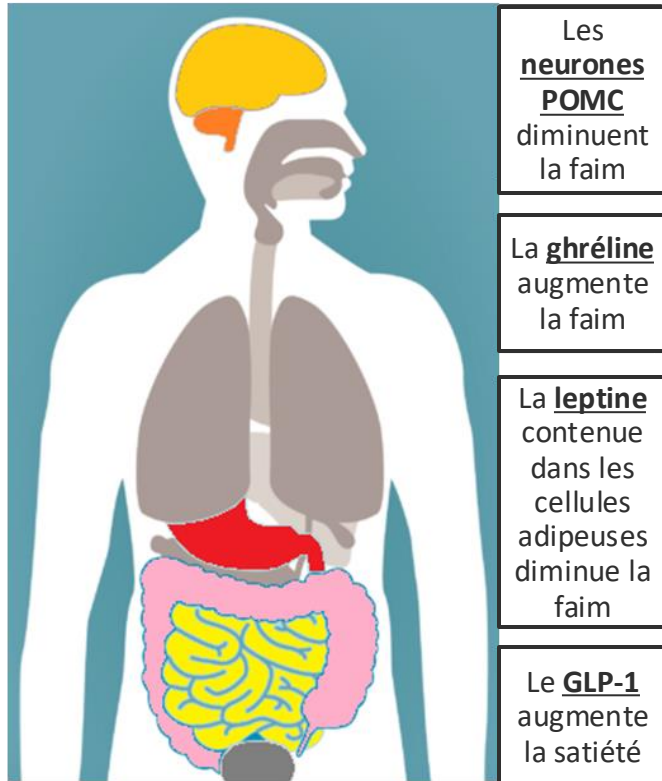
Nous sommes tous programmés à défendre notre masse corporelle?

- La rétention du poids est un processus lié à l'évolution
- La perte de poids initiale est suivie d'un plateau
- La diminution du poids entraîne une adaptation hormonale
 - ↑ de la faim et ↓ de la satiété
 - ↑ du risque de regain pondéral
- La diminution du poids entraîne aussi une adaptation thermogène
 - ↓ de la thermogenèse non liée à l'effort
 - ↓ de la dépense énergétique
 - ↑ du risque de regain pondéral

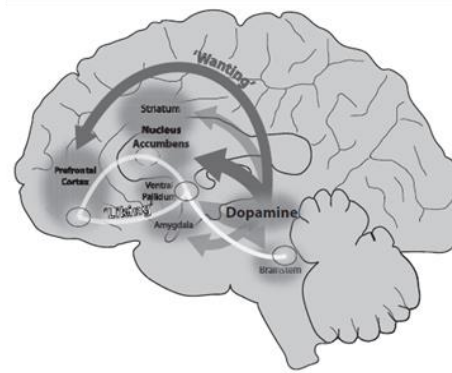


Trois systèmes régulent la prise alimentaire

Contrôle homéostatique



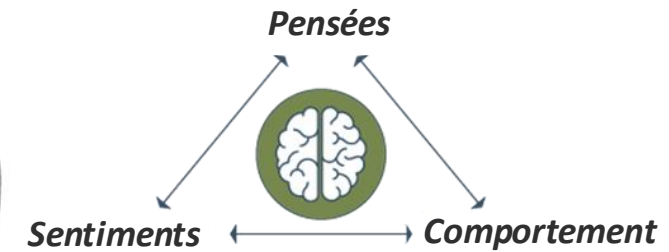
Contrôle hédonique



La **dopamine** contrôle l'ENVIE, la motivation, le désir de manger

Les **récepteurs opioïdes et cannabinoïdes** contrôlent la SATISFACTION, le plaisir associé à la nourriture

Fonction exécutive

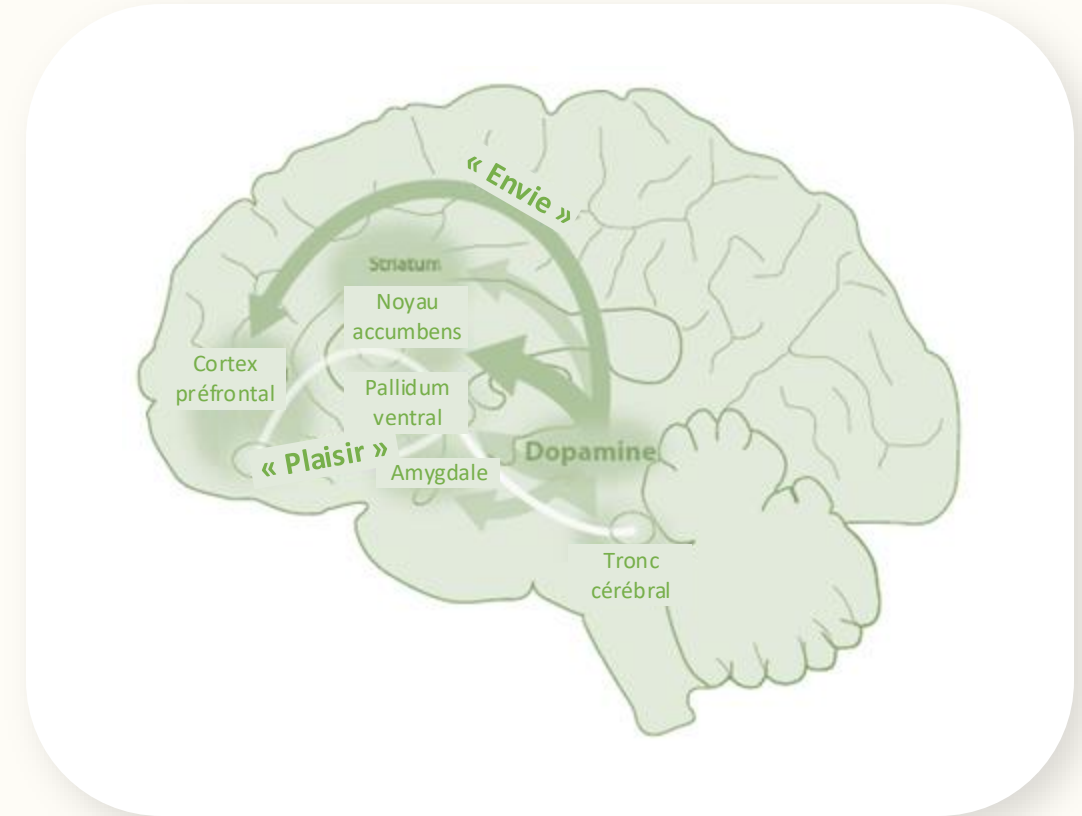


Les **interventions comportementales** aident à adopter des comportements durables pour contrôler la prise alimentaire

La perte pondérale et la faim

CONTRÔLE HÉDONIQUE DE LA PRISE ALIMENTAIRE

- Centre mésolimbique du cerveau
- Système de récompense du cerveau
 - Procure du plaisir
 - Accroît le désir
- Régulé par :
 - la dopamine – associée à l'envie ou à la motivation de manger
 - les opioïdes/cannabinoïdes – associés à la satisfaction, associés à la nourriture



5. APPROCHE PHARMACOLOGIQUE

Prise en charge pharmacologique de l'obésité

Au Canada, 4 médicaments sont approuvés pour la gestion du poids :



Liraglutide
3 mg



Naltrexone/
bupropion
8mg/90 mg

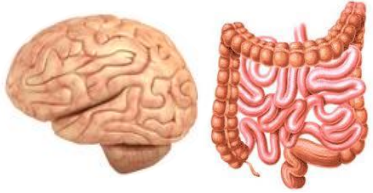


Orlistat
120 mg



Sémaglutide
2,4 mg

Modes d'action



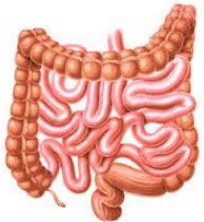
LIRAGLUTIDE à 3 mg, SÉMAGLUTIDE à 2,4 mg

- Axe intestin-cerveau
- Effet anorexigène et ralentissement de la vidange gastrique



NALTREXONE/BUPROPION à 8 mg/90mg

- SNC
- Effet anorexigène et diminue l'intensité des fringales en agissant sur 2 régions du cerveau



ORLISTAT à 120 mg

- Intestin
- Réduit l'absorption des gras alimentaires en inhibant la lipase pancréatique

Médicaments contre l'obésité : considérations d'ordre pratique

	LIRAGLUTIDE	NALTREXONE/BUPROPION	ORLISTAT	SÉMAGLUTIDE
Posologie	Dose de départ de 0,6 mg par jour, ↑ de 0,6 mg chaque sem. jusqu'à 3 mg par jour Administration s.-c.	Comprimés ER à 8 mg/90 mg • Sem. 1 : 1 comprimé le matin • Sem. 2 : 1 comprimé le matin et 1 comprimé le soir • Sem. 3 : 2 comprimés le matin et 1 comprimé le soir • Sem. 4 : 2 comprimés le matin et 2 comprimés le soir	3 comprimés par jour Diète hypocalorique et nutritivement équilibrée avec ≤ 30 % calories provenant de matières grasses; prise recommandée d'une préparation de multivitamines au coucher	Dose de départ de 0,25 mg, ↑ toutes les 4 sem. à 0,5 mg, 1 mg, 1,7 mg et 2,4 mg jusqu'à l'atteinte de la dose hebdomadaire d'entretien Administration s.-c.
Effets indésirables	Nausées légères/modérées passagères, vomissements, maladie vésiculaire, diarrhée, constipation, pancréatite, légère hausse de la fréquence cardiaque (effets secondaires proportionnels à la dose)	Nausées, constipation, céphalées, vomissements, étourdissements, insomnie, sécheresse buccale, hausse de la fréquence cardiaque et de la tension artérielle	Malaise abdominal, selles huileuses, diarrhée huileuse, flatulences	Nausées, diarrhée, vomissements, constipation, douleur abdominale, céphalées, fatigue, risque de tumeurs des cellules C de la thyroïde, pancréatite aiguë, maladie vésiculaire aiguë, troubles rétinien (y compris rétinopathie diabétique) chez les patients atteints de diabète de type 2, hypoglycémie, lésion rénale aiguë, réactions d'hypersensibilité

ER, *extended-release* (à libération prolongée); s.-c., par voie sous-cutanée.

Monographie de Contrave^{MD}. Valeant Canada, 2018; monographie de Saxenda[®]. Novo Nordisk Canada Inc., 2015; monographie de Wegovy[®]. Novo Nordisk Canada Inc., 2021; monographie de Xenical^{MD}. Cheplapharm, 2017.

Médicaments contre l'obésité : considérations d'ordre pratique

	LIRAGLUTIDE	NALTREXONE/BUPROPION	ORLISTAT	SÉMAGLUTIDE
Interactions médicamenteuses	Ralentit la vidange gastrique, ce qui peut altérer l'absorption des médicaments par voie orale Prudence en cas d'administration concomitante de médicaments qui élèvent la fréquence cardiaque ou qui allongent l'intervalle PR	IMAO, opioïdes, médicaments abaissant le seuil convulsif, médicaments métabolisés par le CYP2D6 (métoprolol, ISRS, ATC, rispéridone, tamoxifène), médicaments inhibiteurs du CYP2B6 (ticlopidine, clopidogrel)	Cyclosporine, warfarine, antiépileptiques	Ralentit la vidange gastrique, ce qui peut altérer l'absorption des médicaments par voie orale Prudence en cas d'administration concomitante de médicaments qui élèvent la fréquence cardiaque ou qui allongent l'intervalle PR
Contre-indications	Antécédents de carcinome médullaire de la thyroïde ou d'adénomatose pluriendocrinienne de type 2	Hypertension non maîtrisée, trouble convulsif, boulimie/anorexie, prise chronique d'opioïdes, prise de méthadone ou de buprénorphine, insuffisance hépatique sévère, insuffisance rénale terminale	Syndrome de malabsorption chronique, cholestase	Antécédents de carcinome médullaire de la thyroïde ou d'adénomatose pluriendocrinienne de type 2
			Liraglutide : 3 mg; naltrexone/bupropion : 16 mg/180 mg; orlistat : 120 mg; sémaglutide : 2,4 mg	

ATC, antidépresseurs tricycliques; IMAO, inhibiteurs de la monoamine oxydase; ISRS, inhibiteurs sélectifs du recaptage de la sérotonine.
 Monographie de Contrave^{MD}. Valeant Canada, 2018; monographie de Saxenda[®]. Novo Nordisk Canada Inc., 2015; monographie de Wegovy[®]. Novo Nordisk Canada Inc., 2021; monographie de Xenical^{MD}. Cheplapharm, 2017.

Médicaments avec potentiel obésogène

CLASSES MÉDICAMENTEUSES	MÉDICAMENTS POUVANT CAUSER UN GAIN PONDÉRAL	OPTIONS DE RECHANGE
Antipsychotiques	Olanzapine, quétiapine, rispéridone, clozapine	Halopéridol, ziprasidone, aripiprazole
Antidépresseurs tricycliques et tétracycliques	Amitriptyline, nortriptyline, imipramine, amoxapine, clomipramine, désipramine, doxépine, maprotiline, protriptyline, trimipramine	Variables étant donné le grand nombre de leurs usages
Inhibiteurs sélectifs du recaptage de la sérotonine (ISRS)	Paroxétine, fluvoxamine, citalopram, sertraline	Bupropion, escitalopram, fluoxétine
Inhibiteurs du recaptage de la sérotonine et de la noradrénaline (ISRN)	Venlafaxine*, duloxétine*	Venlafaxine*, duloxétine*, lévomilnacipran, milnacipran, desvenlafaxine
Modulateurs de la sérotonine	Trazodone (dose antidépressive)	Trazodone (dose hypnotique), néfazodone, vilazodone, vortioxétine
Inhibiteurs de la monoamine oxydase (IMAO)	Isocarboxazide, phénelzine, tranylcypromine	Sélégiline
Autres antidépresseurs et psychorégulateurs	Mirtazapine, lithium	Agomélatine, autres classes d'antidépresseurs
Anticonvulsivants	Valproate, carbamazépine, gabapentine	Topiramate, lamotrigine

* Selon les rapports, associées à la fois à un léger gain pondéral et à un effet neutre sur le poids.

Baldwin OS, et al. In: Schatzberg AF, Nemeroff CB (éd.). The American Psychiatric Association Publishing Textbook of Psychopharmacology. 5^e édition. American Psychiatric Association Publishing: 2017; Howland RH. Drug Saf 2011;34(9):709–31; Kushner R, Bray G. In: Bray GA, Bouchard C (éd.). Handbook of Obesity, Two-Volume Set. 4^e éd. CRC Press; Boca Raton, FL: 2014; monographie canadienne de PRISTIQ^{MD} (desvenlafaxine). Pfizer Canada SRI. 5 février 2020.

Médicaments avec potentiel obésogène

AUTRES CLASSES MÉDICAMENTEUSES ASSOCIÉES À UN GAIN PONDÉRAL	MÉDICAMENTS
Insuline, sécrétagogues de l'insuline et certains agents insulinosensibilisants	Répaglinide, chlorpropamide, gliclazide, glyburide, tolbutamide, pioglitazone, rosiglitazone
Bêtabloquants	Aténolol, métoprolol, propranolol
Corticostéroïdes	Cortisone, prednisolone, prednisone
Ligands de l'alpha-2 delta	Prégabaline, gabapentine

Qui est candidat au traitement pharmacologique?

- Les critères d'admissibilité:
 - IMC $\geq$ 30
 - IMC $\geq$ 27 avec comorbidité (HTA, Diabète, arthrose, apnée du sommeil etc.)

Choisir le bon traitement

Individualiser le
traitement
pharmacologique
pour la gestion
du poids

Mode et fréquence d'administration

- Injection, voie orale
- Fréquence d'administration différente

Effets indésirables

- Profils d'effets indésirables différents

Interactions médicamenteuses

- Profils d'interactions
médicamenteuses différents

Préférences du patient

- Certains patients ont des idées
arrêtées sur les différentes options
thérapeutiques

Coût et remboursement

- Discuter du coût avec le patient et le
laisser choisir

Comparaison des stratégies de perte de poids : Mode de vie, Pharmacothérapie et Chirurgie

Les 4 médicaments homologués au Canada pour la gestion du poids entraînent tous une perte pondérale cliniquement significative et des bienfaits pour la santé sur une période d'au moins 1 an



Modification du mode de vie et des comportements

Perte pondérale moyenne escomptée :
< 5 %



Traitement pharmacologique + modification du mode de vie

Perte pondérale moyenne escomptée :
5-15 %



Chirurgie bariatrique + modification du mode de vie

Perte pondérale moyenne escomptée :
20-35 %

La pharmacothérapie et la perte pondérale

Médicaments	Perte pondérale moyenne (%)	Perte pondérale soustraite du placebo à 1 an (%)	Obtention d'une perte pondérale $\geq 5\%$, intervention vs placebo (%)
Liraglutide (3 mg)	-8,0	-5,4	63,2 vs 27,1
Naltrexone/bupropion (8 mg/90mg)	-6,1	-4,8	48 vs 16
Orlistat (120 mg)	-9,7	-2,9	54 vs 33
Sémaglutide (2,4 mg)	-14,9	-12,5	86,4 vs 31,5

À moins d'indication contraire, les pertes pondérales indiquées sont tirées d'analyses de la population en intention de traiter et du report en aval de la dernière observation en intention de traiter d'études contrôlées à répartition aléatoire qui ont porté sur les doses maximales de ces médicaments administrées pendant 56 semaines.
 Pedersen SD, et al. Obesity Clinical Practice Guidelines: Pharmacotherapy in Obesity Management. Version 2, 21 octobre 2022. Accessible au <https://obesitycanada.ca/guidelines/pharmacotherapy>; Tchang BG, et al. Pharmacologic Treatment of Overweight and Obesity in Adults. In: Feingold KR, et al. (éd.). Endotext. South Dartmouth, MA. MDText.com Inc.; 2 août 2021.

6. LES TECHNIQUES DE LA CHIRURGIE BARIATRIQUE

Avantages de la chirurgie bariatrique

- **Efficacité prouvée contre l'obésité sévère**
- **Amélioration globale de la santé**
- **Importance du suivi comportemental pour stabiliser la perte de poids**



Critères de base pour la chirurgie bariatrique



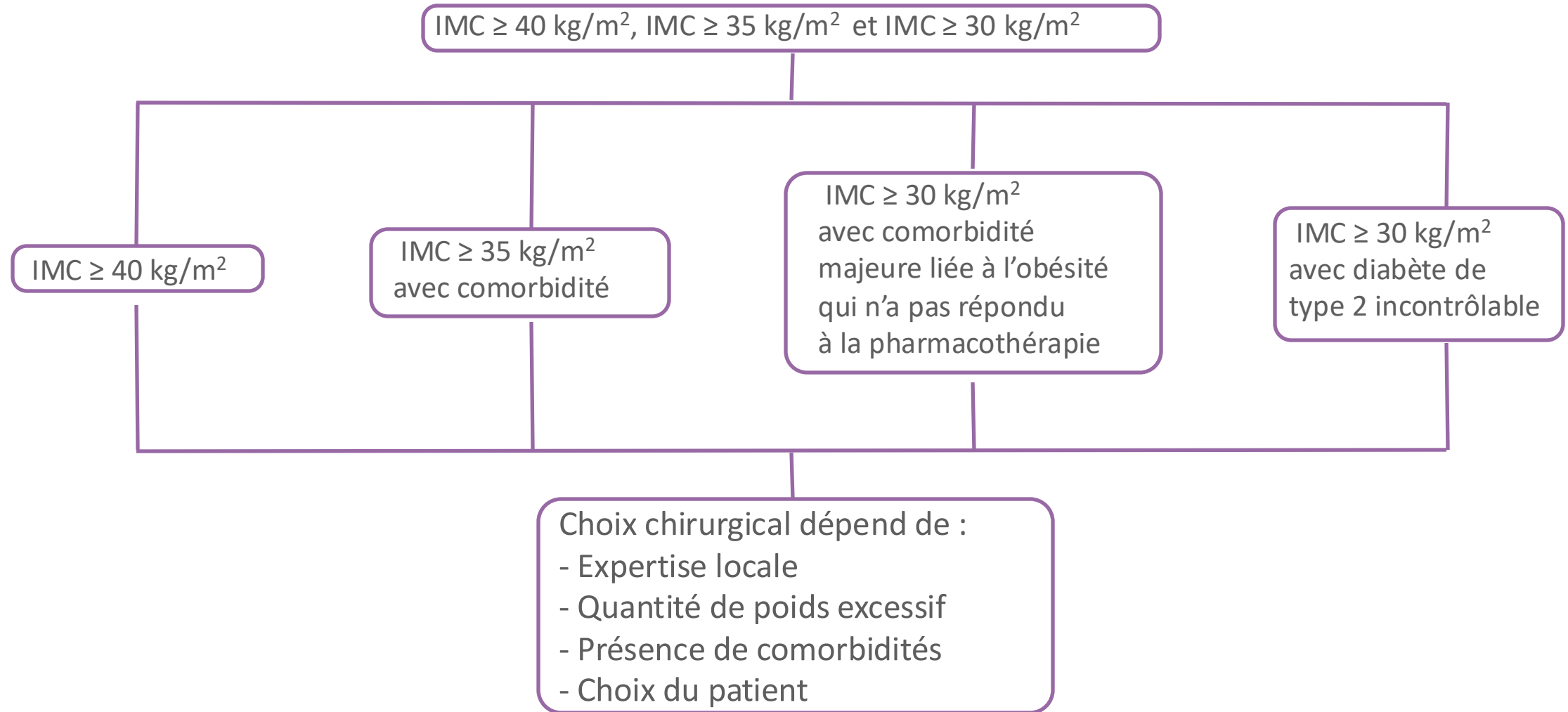
IMC ≥ 40 kg/m² sans comorbidités liées à l'obésité



IMC ≥ 35 kg/m² en présence de l'une des conditions suivantes (mais sans s'y limiter) :

- Insuffisance rénale terminale
- Diabète
- Hypertension
- Dyslipidémie
- Syndrome d'apnée obstructive du sommeil
- Asthme
- Maladie coronarienne
- Arythmie cardiaque

Indication de thérapie chirurgicale



Bariatrique Québec

Une application conviviale : les experts rassemblent les dernières données sur l'obésité et la chirurgie bariatrique pour répondre rapidement aux questions des professionnels de santé.

- Gestion des comorbidités pré et postopératoires
- Traitement pharmacologique et chirurgical de l'obésité
- Complications médicales et chirurgicales de la chirurgie bariatrique
- Santé mentale et troubles alimentaires chez les patients obèses
- Prise en charge nutritionnelle
- Grossesse et chirurgie bariatrique



Chirurgie bariatrique : sélection et bilan préopératoire

Sélection du patient

- Âgé de plus de 18 ans avec un IMC :
- > 35 kg/m² avec ≥ 1 comorbidité majeure liée à l'obésité OU
 - > 40 kg/m² OU
 - Entre 30 et 34,9 kg/m² si réfractaire aux options non chirurgicales

Évaluation du risque

- Examen nutritionnel
- Cessation tabagique et arrêt de la nicotine

Investigations préopératoires

- Évaluations cardiaque et pulmonaire
- Apnée du sommeil
- Endoscopie
- Risque de thromboembolie

Médication

- Éviter/interrompre l'aspirine, les agents anti-inflammatoires, antiplaquettaires ou anticoagulants et les contraceptifs oraux (estrogène)
- L'utilisation chronique des AINS est contre-indiquée pour la dérivation gastrique Roux-en-Y
- Suspendre les immunomodulateurs
- Remplacer les médicaments à action prolongée par des médicaments à courte durée d'action

Prédicteurs de succès

Changements
comporte-
mentaux

Thérapie
nutritionnelle
pré-chirurgicale

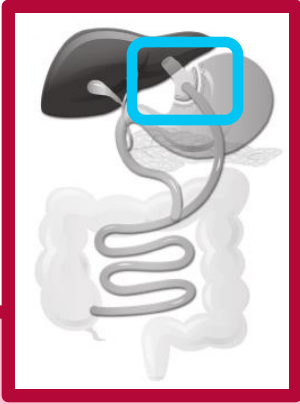
Perte de
poids pré-
opératoire

AINS, anti-inflammatoires non stéroïdiens IMC, indice de masse corporelle.

Reproduit des lignes directrices de pratique clinique de l'obésité chez l'adulte [Bariatric Surgery: Selection & Preoperative Workup. Glazer S, Biertho L. p. 1–10, droits d'auteurs] avec la permission d'Obésité Canada.

Les interventions chirurgicales bariatriques manipulent les systèmes métaboliques et hormonaux

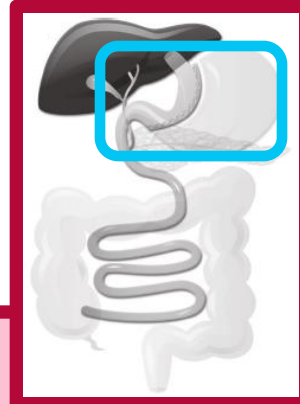
La dérivation gastrique Y de Roux



Crée un estomac plus petit et contourne une partie de l'intestin; entraîne une $\uparrow$ du GLP-1 (hormone de satiété) et une $\downarrow$ de la ghréline (hormone de la faim).

- Perte de poids en un an : **23 à 43 %**
- **18 % de toutes les chirurgies aux États-Unis**
- **45 % de toutes les chirurgies au Royaume-Uni**

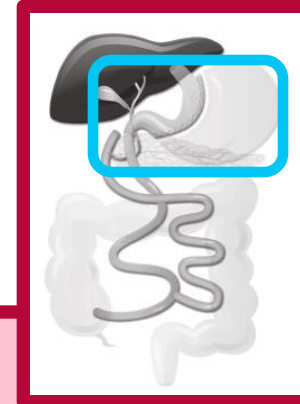
Gastrectomie verticale



Retire de façon permanente la majorité de l'estomac en laissant une pochette en forme de manchon; entraîne une $\downarrow$ de la ghréline (hormone de la faim).

- Perte de poids en un an : **20 à 28 %**
- **59 % de toutes les chirurgies aux États-Unis**
- **36 % de toutes les chirurgies au Royaume-Uni**

Dérivation biliopancréatique



Semblable à Roux-en-Y.
Une variante appelée permutation duodénale retient le sphincter pylorique.

- Perte de poids en un an : **38 à 52 %**
- **1 % de toutes les chirurgies aux États-Unis**
- **0,2 % de toutes les chirurgies au Royaume-Uni**

Consulter les lignes directrices d'Obésité Canada sur les soins chirurgicaux postopératoires et les stratégies de prise en charge à long terme pour plus de renseignements.

GLP-1, *glucagon-like peptide-1* (peptide apparenté au glucagon de type 1).

Axelsson KF, et al. J Bone Miner Res 2018;33:2122–31; Böckelman C, et al. Obes Surg 2017;27:2444–51; Busetto L, et al. Obes Facts 2017;10:597–632; Guerrier JB, et al. Obes Surg 2018;28:3567–72; Hutter MM, et al. Ann Surg 2006;243:657–62; Lupoli R, et al. World J Diabetes 2017;8:464–74; Shiao J, Biertho L. Canadian Adult Obesity Clinical Practice Guidelines: Bariatric Surgery: Postoperative Management. Disponible au <https://obesitycanada.ca/guidelines/postop>. Consulté le 18 août 2020.

Suivi de la chirurgie bariatrique : les examens de laboratoires

	Anneau/Gastrectomie	Dérivation Y de Roux	Dérivation biliopancréatique
Les examens de laboratoire	FBS, PMC, Albumine, Ferritine, B12, Folate, Calcium, 25-OH Vitamine D, PTH	FBS, PMC, Albumine, Ferritine, B12, Folate, Calcium, 25-OH Vitamine D, PTH + zinc, cuivre, vitamine A	FBS, PMC, Albumine, Ferritine, B12, Folate, Calcium, 25-OH Vitamine D, PTH + zinc, cuivre, vitamine A + INR
Fréquence lors la première année	Tous les 3 à 6 mois	Tous les 3 à 6 mois	Tous les 3 mois
Fréquence après la première année	Annuelle	Annuelle	Tous les 6 à 12 mois

7. CONCLUSION

MESSAGES À RETENIR

- 1. L'obésité nécessite des changements de mode de vie soutenus en raison de sa nature chronique.**
- 2. L'obésité est un problème courant dans le monde entier et au Canada, ayant un impact significatif sur la santé.**
- 3. Une gestion efficace à long terme de l'obésité exige des approches de traitement individualisées.**
- 4. Le corps humain est biologiquement programmé pour maintenir son poids corporel actuel.**
- 5. Les médicaments peuvent être un outil utile dans la gestion de l'obésité, mais doivent être adaptés à l'individu.**
- 6. Dans les cas d'obésité sévère, la chirurgie bariatrique représente une option de traitement viable.**



?

***Des questions?
Discutons!***

Évaluation de l'activité (numéro d'activité #)

- Veuillez remplir le formulaire d'évaluation qui se trouve sur le site d'évaluation de la FMOQ au <http://evaluation.fmoq.org/> ou scannez le code QR ci-dessous



- Vous pouvez télécharger et imprimer votre attestation officielle de la FMOQ, en accédant à votre compte PADPC depuis : <https://padpc.fmoq.org/>
 - En sélectionnant ensuite dans le Menu, la section "Activité", vous retrouverez le lien "Imprimer l'attestation".