

OBESITÉ - item 2S1

= excès de masse grasse avec $\text{csq} \otimes$ sur la santé \perp 10-15% ♂ 20-25% ♀

Maladie chronique évolutive, 15% prev Fr & 18% enfant en surpoids \rightarrow 50% \downarrow
 \rightarrow 50% ty adulte

FdR précarité, sédentarité, \otimes acti Ψ , alim. tp riche, cert milieu pro, stress & tb
anxiodep, tb sommeil, hérédité, 1 tabac, OH, drogue, grossesse, ménopause,
certains ltt : neurolep. Ψ tropes, antiépi, corticoïdes ; PPN ou macrosomie

Clinique

chronologie & contexte actu \otimes prise poids

- ↳ perception du patient & repercussion sur la vie quotidienne
- ↳ comportement alimentaire = hyperphagie (tachyp., 1 douv.), gngnotage, craving
↳ TCA hyperp. bouli? Ψ restrictions alim. ; évaluation qualitative

Diagnostic

IMC = $\frac{\text{poids (kg)}}{\text{taille}^2 \text{ (m)}} \left. \begin{array}{l} \geq 25 = \text{surpoids} \\ \geq 30 = \text{obésité I} \\ \geq 35 = \text{obésité sévère stade II} \\ \geq 40 = \text{ob. morbide stade III} \end{array} \right\} \oplus \text{ mesure } \underline{\text{tour de taille}}$

enf. ≥ 75 cm
♂ ≥ 94 cm (1) ≥ 102 cm (2)
♀ ≥ 80 cm (1) ≥ 88 cm (2)

→ stade & type de l'obésité : androïde / viscérale ou gynoïde / ss cut

→ NFS BES BR, BH, unicémie, EAL & glycémie \otimes ECG

Complications

- × DT2
- × sd métabolique = tour de taille \nearrow \oplus $\geq 2/4$: HTA gly > 1.9 /L
TG > 1.5 /L HDL < 0.4 /L
- × HTA
- × I Coro, IC, IdN, AVC, TVP, EP \rightarrow EIT ECG effort
- × NASH $\frac{2}{3}$ stéatose hépatique echo abdo, RGO, lithiase biliaire
- × IRe restrictive, sd hypoventi alvéolaire, asthme, SAOS 40% \rightarrow EFR GDS polyso.
- × arthrose $\#$ (fémoro-pat, fém-tibiale, hanche) Rx /enfant epiphyseolyse t \bar{e} f \bar{e} \odot
- × \rightarrow morbimortalité post op. \nearrow complication décubitus, \nearrow inci-mota cancer
- × glomérulopathie & p \circ , HSF IRC
- × intertrigo mycosique, IVeuse, Lymphoedème
- × HTIC ; IU effort, tb fertilité, SOPK, hyperandro, \nearrow FCS, \nearrow Δ grossesse
- × discrimination sociale

Etiologie

PRIMAIRE † = obésité commune

SECONDAIRE → signes cliniques & ↓ croissance staturale

- ✗ hypothyroïdie TSH item 241
- ✗ hypercorticisme CLU % DNX → faciobronculaire, amyotrophie
- ✗ hypothalamique IRM chir, RHT, sarcoïdose, méningiome, N⁺, craniopharyngiome ...
- ✗ génétique → sévère & précoce (< 2 ans)
 - ↳ monogénique = familiale M4CR
 - ↳ syndromique → sd dysmorph, petite taille, déficit inte. ...
Prader Willi, Bardet Biedl PEC spé

PEC

① stabiliser poids (enfant) / perte durable & prog (adulte)

≈ 1-2 kg/M → ⊖ 5-15% poids programmé sur 6-12M

→ MTHV †, soutien, PEC comorbi & complications

② chirurgie bariatrique si ^{ou > 13 ans & Tanner 4} 18-60 ans stade III ou II ⊕ 1 comorbi

CI ~~tb~~ instable & grave TCA, OH, drogue, ~~Ø suivi med.~~ risque chir & poss

↳ 60% gastrectomie longie = sleeve (⊖ 2/3 estomac)

⚠ RGO, fistule, carence fer & B12 → systé fer VitD B12 xl

↳ 30% by pass ⚠ Dumping sd (= malaise 30m post prandial)

hypoG (1h30-3h post prand.)

carences † → sup fer B12 D à vie

↳ 10% anneau ⚠ vomit incoer... → carence BA

→ suivi ↳ csll / an puis 2 / an ⊕ MG
↑ lipectomie à distance

⚠ dénutrition, carence,
tb dig = EXPLO

ou orlistat si INC > 30
> 27 & ⚠