

NUTRITION 3 - ANNEXES

1. Études du surrisque lié au surpoids	page 1
2. Graisse brune & blanche	page 2
3. Enzymes médiateurs et hormones	page 3
4. Rétention d'eau et cellulite	page 7
5. Chirurgie bariatrique	page 9
6. Produits de santé naturels et surpoids	page 12
7. Médicaments favorisant la prise de poids	page 18
8. Anamnèse surpoids 1	page 19
9. Anamnèse surpoids 2	page 21

Sur-risques de mortalité liée au surpoids

ÉTUDES QUI RELATIVISENT OU INVERSENT LE RISQUE !

L'étude **Kenneth Adams** (NEJM 2006), confirmant celle de Calle (NEJM 1999) indique clairement que :

- La mortalité est significativement accrue pour les IMC > 30
- Cela ne peut être démontré pour un IMC compris entre 25 et 30 !

Étude Romero-Corral (Lancet 2006) : risque cardiovasculaire accru pour l'obésité sévère mais plutôt diminué pour les surpoids modérés !

La **méta-analyse** (100 études) de **Katherine M. Flegal** (JAMA 2013)

donne des résultats très différents de Berrington de Gonzalez :

Surpoids (IMC 25 à 30) : - 6% Obésité stade 1 (30-35) : - 5% Obésité stade 2-3 (> 35) : + 29%

Hypothèse : les sujets à IMC 25-35 bénéficieraient d'une meilleure surveillance ?

L'étude d'**Anthony Jerant** (JABFM 2012) sur plus de 50.000 dossiers suivis entre 2000 et 2005 montre que le surpoids n'est pas un critère suffisant pour diminuer l'espérance de vie. Il diminue la qualité de vie, mais la morbidité accrue est le fait de facteurs plus souvent associés (diabète et hypertension notamment). Il est important de ne pas tout faire passer sur le surpoids !

L'étude de **Jennifer Kuk** (Applied Physiology, Nutrition & Metabolism, 2011),

conclut que les personnes obèses sans comorbidité vivent aussi longtemps que les autres et meurent moins de causes cardiovasculaires.

L'Étude **HM Oprana** (Obesity, 2010) sur 11 300 Canadiens montre que les sujets ayant un IMC > 25 vivent en moyenne 17% plus longtemps que ceux qui ont un poids santé ! → -15% entre 25 et 30, -5% entre 30 et 35

L'étude de **L. Flicker** (J. of the American Geriatrics Society, 2010),

menée sur 9 000 sujets de plus de 70 ans montre que les personnes en surpoids (25-30) ont un risque de mourir dans les 10 ans diminué de 13 %.

Quelques hypothèses explicatives :

- Les sujets en surpoids sont mieux suivis médicalement
- Ils ont globalement + de masse maigre en absolu donc + de protéines (protectrices)
- En mangeant plus, ils ont moins de carences en micronutriments
- Protection des risques de fracture lors de chutes

ÉTUDES QUI CONFIRME LE SUR-RISQUE !

Pour dissiper les doutes sur la relation obésité/mortalité, étude sur une vaste population et sur une période de 20 ans (1986 - 2006) - American Journal of Public Health (2013)

Selon les auteurs, 18% des décès auraient un lien avec l'obésité

Type	Population	% Obésité	% décès attribué au surpoids
Homme blanc	290 383	21,4 %	15,6 %
Homme noir	41 710	21,4 %	5 %
Femme blanche	324 131	23 %	21,7 %
Femme noire	61 344	43,5 %	26,8 %

Le taux de décès attribuable à l'obésité est en augmentation et pourrait conduire à une diminution globale de l'espérance de vie...

QUEL IMC IDÉAL POUR LA SANTÉ ?

Méta-analyse sur 230 études incluant 30 millions de participants !

Totalité des patients : IMC pour la plus grande longévité : 25 !

Chez les non fumeurs : IMC pour la plus grande longévité : 20-22 ou 22 à 24 selon la méthode utilisée

Quel crédit apporter à ces études multiples et parfois contradictoires ? Deux questions se posent :

- Comment réduire les biais liés à l'influence de facteurs associés ?
- L'IMC est-il en lui-même un facteur prédictif de santé et de longévité ?

Graisse brune & graisse blanche

Il y a 2 types d'adipocytes, correspondant à 2 types de matière grasse stockée :

La **graisse blanche** connue depuis longtemps s'accumule :

- dans le tissu sous-cutané : nuque, épaules -> homme et poitrine hanche fesses et cuisses -> femme)
- dans les régions profondes de la zone abdominale
- dans les orbites, les paumes, les doigts, les orteils

Elle assure la synthèse, le stockage et la libération des lipides, ainsi que diverses fonctions hormonales.

Son déstockage se met en route en cas de déficit d'énergie alimentaire : jeûne, effort important, froid, manque d'insuline.

La **graisse brune** est abondante chez les mammifères hibernants.

Dans l'organisme humain, elle est présente en tout début de vie et semble disparaître ensuite, ce qui est contesté par des recherches récentes.

Elle est plus riche en mitochondries (centrales énergétiques) qui brûlent l'énergie stockée dans la thermogénèse, pour le maintien de la température corporelle, indépendamment des périodes de manque de calories, sous le contrôle notamment des hormones thyroïdiennes.

La question qui divise est la possibilité ou non de convertir la graisse blanche en brune, ce qui permettrait de la brûler ensuite sans effort.

Sans que ce soit une conversion, il y a aussi la possibilité d'une simple formation.

Selon des recherches récentes, deux contextes favoriseraient la formation de graisse brune :

- Porter des vêtements moins chauds, dormir dans une atmosphère fraîche
- Frissonner (en restant 10-15 mn en vêtement léger à une $t^{\circ} < 16^{\circ}$)

Le fait d'avoir une part de graisse brune dans sa constitution aurait deux effets avantageux :

1. Diminuer le glucose dans le sang
2. Brûler plus facilement la graisse blanche

L'existence de graisse brune dans les organismes adultes et son rôle bénéfique dans la prévention du diabète et du surpoids est une hypothèse prometteuse, issue de recherches récentes.

Les seules applications concrètes actuelles sont une invitation à dormir dans la fraîcheur (ce qui est aussi une aide au sommeil) et à ne pas trop se protéger du froid, pour se laisser le temps de frissons (ce qui peut avoir des inconvénients !).

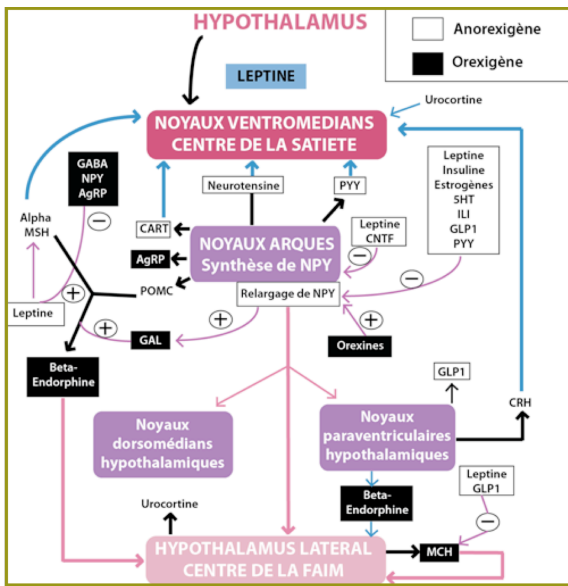
La recherche tente de trouver des substances qui favorisent la conversion de graisse blanche en graisse brune, ce qui apporterait une solution médicamenteuse au surpoids vraiment nouvelle et potentiellement efficace.

La tumor suppressor folliculin (FLCN) a montré de telles propriétés chez la souris : elle déclenche une série de signaux biomoléculaires qui ont reprogrammé les cellules afin qu'elles brûlent les graisses plutôt que de les stocker. Il y a encore beaucoup de chemin pour en faire un médicament !

[M. Yan & al : Chronic AMPK activation via loss of FLCN induces functional beige adipose tissue through PGC-1 α /ERR α - Genes & Development, avril 2016]

Enzymes, messagers et médiateurs de la lipogenèse

MÉDIATEURS HYPOTHALAMIQUES



Ils sont nombreux et interviennent dans un mécanisme complexe dont ce schéma donne un aperçu...

Les principaux neuromédiateurs spécifiques de la fonction faim/satiété:

- NPY (NeuroPeptide Y) = stimulant de la prise alimentaire
- Mélanocortine -> affinité pour le récepteur MC4-R, avec pour conséquence une inhibition de la prise alimentaire
- Endocannabinoïdes (cibles de l'anorexigène Rimonabant)

Les hormones actives sur le métabolisme (leptine, insuline etc.) interviennent dans le contrôle hypothalamique)

Le GABA, la dopamine et la sérotonine, médiateurs de l'humeur ont des influences diverses sur l'appétit.

LIPOPROTÉINE LIPASE (LPL) et LIPASE HORMONO-SENSIBLE (HSL)

La **LPL** est une enzyme qui décompose les TG circulants (présents dans LDL et VLDL) pour libérer les AG libres capables d'entrer dans les adipocytes.

Les adipocytes riches en LPL de surface, à condition que celle-ci soit active et non réprimée, vont préférentiellement se charger en lipides, dès que ceux-ci circulent en quantité suffisante dans le sang.

La répartition variable des LPL à divers endroits du corps et sa sensibilité aux hormones sexuelles expliquent la différence de répartition des graisses entre homme et femme et les changements qui s'opèrent :

- À la ménopause chez la femme (prise de quelques kilos autour de la taille)
- Lorsque la testostérone baisse chez l'homme (favorise la prise de ventre)

Lors du sport, l'activité LPL augmente dans les muscles et diminue dans les adipocytes, il y a donc libération de graisse. Mais une fois l'exercice terminé, les choses s'inversent et les adipocytes se reconstituent. Et le muscle appelle des protéines pour se reconstituer :

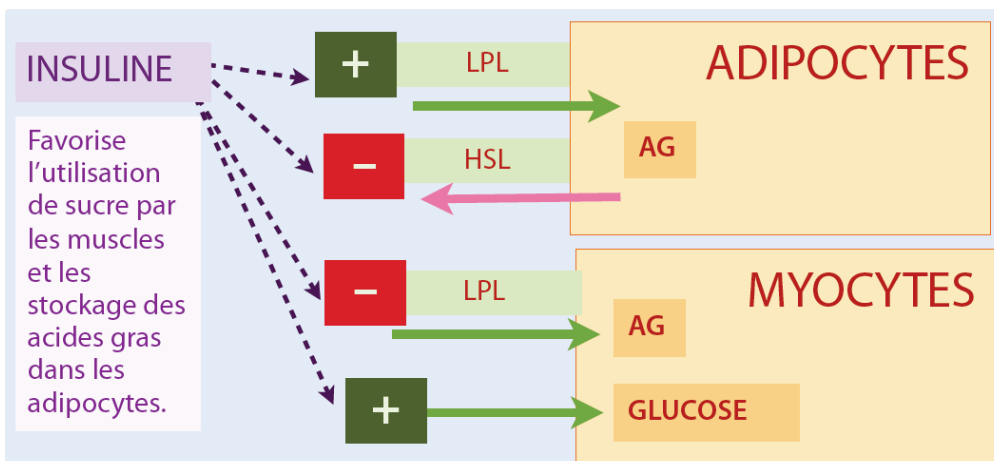
- > Le sport ne fait pas maigrir (sauf privation importante).
- > Le sport donne faim.

L'insuline active la LPL des adipocytes et inhibe celle des myocytes :

le muscle utilise préférentiellement le glucose et la matière grasse se stocke.

La **HSL** est une enzyme qui décompose les TG dans les adipocytes et leur permet donc d'en sortir pour être brûlés et produire de l'énergie.

L'insuline, de manière très sensible, inhibe l'HSL. Lorsque l'insuline augmente, le corps utilise en priorité les glucides et laisse de côté les lipides qui sont alors stockés.



LA LEPTINE

Peptide (167 acides aminés) produit essentiellement par les adipocytes.

Sa concentration reflète la masse grasseuse globale de l'organisme.

La masse adipeuse n'est pas le seul déterminant.

L'estomac synthétise aussi une leptine qui favorise la satiété post-prandiale.

- Taux Femme > taux Homme
- Diminue en cas de jeûne et monte 4-5 heures après un repas, proportionnellement à l'insuline sécrétée.
- Augmente avec l'activité physique.

Elle agit au niveau hypothalamique en activant les voies anorexigènes (Mélanocortine) et inhibant les voies orexigènes (NPY), ce qui abaisse le besoin alimentaire ressenti et la production d'insuline.

Associée à la CCK (cholecystokinine), la leptine :

↗ Métabolisme basal et thermogénèse (notamment en optimisant le catabolisme des graisses) -> message on/off pour la fonte adipeuse.

↘ Absorption et stockage de nutriments

↘ Appétit et prise alimentaire

Plus il y a de masse adipeuse, plus la sécrétion de leptine est forte.

La leptine a une action anorexigène en abaissant les besoins alimentaires et elle augmente l'utilisation des graisses.

Or, il n'y a pas d'autorégulation du poids par la leptine chez les obèses !

Travaux de Michael Schwartz (Université de Washington)

Chez les obèses -> Résistance à la leptine et à l'insuline (induite par l'inflammation chronique) au niveau hypothalamique qui empêche la régulation du métabolisme et de l'appétit par ces hormones.

Il y a un cercle vicieux de l'obésité : plus la résistance à la leptine augmente, plus l'organisme conserve ses graisses et plus ces graisses renforcent la résistance à la leptine.

Tout se passe comme si, lors d'un surpoids durable ou lorsque les conditions métaboliques ont mis en place le cadre de l'augmentation du poids, le cerveau modifie son seuil de normalité de la leptine pour maintenir le poids qui est devenu la nouvelle référence de régulation !

L'installation durable d'un taux élevé de leptine (par vieillissement ou prise de poids) entraîne rapidement une leptino-résistance qui peut aller jusqu'à la réduction de 90 % de l'efficacité du signal. Rôle du fructose ?

Les espoirs thérapeutiques de la leptine ont été vite déçus ! Ce n'est pas augmenter la leptine qui a un effet bénéfique mais redonner à l'organisme la sensibilité à son message !

Une bonne signalisation de la leptine = taux suffisant + récepteurs sensibles

Les signaux de la leptine sont particulièrement adaptés à la gestion de l'état de privation (famine), beaucoup moins de l'abondance ! L'alimentation saine, notamment les apports en oméga 3 et l'activité physique améliorent la signalisation de la leptine.

LA GHRÉLINE

Hormone peptidique découverte en 1999

Sécrétée par l'estomac et secondairement par le pancréas.

Au niveau hypothalamus : antagoniste de la leptine, notamment en activant le NPY.

Hormone de la faim : sa sécrétion par le tube digestif augmente la prise alimentaire.

Augmente avant les repas, diminue après...

Un vaccin anti-ghréline est à l'étude !

- Son taux est diminué chez les obèses (?) et augmente après amaigrissement, ce qui favorise la reprise de poids.
- Son taux augmente lors du manque de sommeil
- Taux augmentés chez les anorexiques -> compensation inefficace !
- La chirurgie gastrique abaisse ses taux et diminue la satiété

Produite également par l'hypothalamus : ↗ la sécrétion de GH (hormone de croissance)

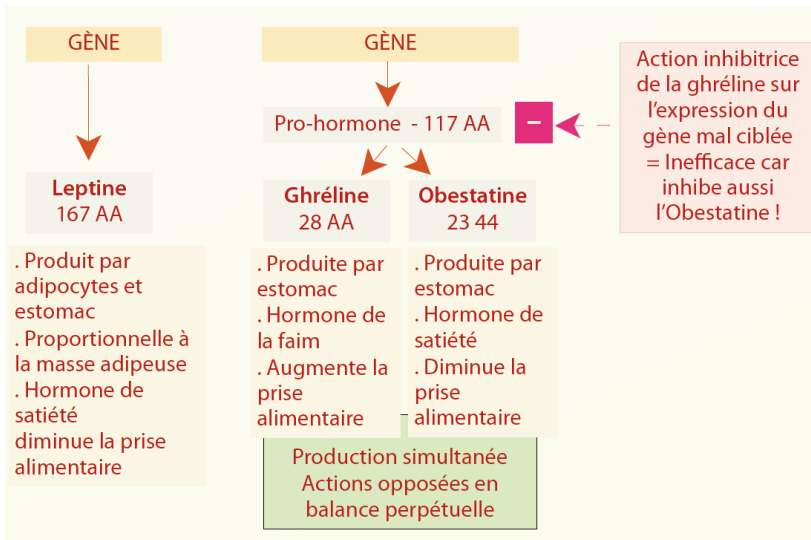
Elle intervient dans l'adaptation cognitive aux changements d'environnement et dans l'apprentissage.

-> Apprentissage plus facile estomac vide ?

Elle active aussi le faisceau de la récompense -> Complexité des mécanismes biologiques

2005 : découverte de l'**obestatine**,

peptide codé par le même gène que la ghréline mais dont l'action est contraire.



Cette complexité et l'imbrication de tous les mécanismes fait que l'action ciblée sur un médiateur hormonal entraîne le dérèglement d'un mécanisme complexe cohérent !

On comprend ainsi l'échec à long terme des médicaments bloquants à visée hormonale dans la régulation de l'appétit.

Seuls les anorexigènes qui agissent au niveau cérébral ont une réelle efficacité

L'INSULINE

Produite par le pancréas endocrine (îlots β de Langerhans)

- à la vue ou la simple pensée d'aliments (réflexe pavloviens)
- lors de l'entrée du bol alimentaire dans le corps
- et surtout, lors de l'augmentation de la glycémie

Le but prioritaire de l'insuline est de réduire la glycémie :

- En favorisant la pénétration du glucose dans les cellules gluco-indépendantes (muscle notamment).
- En favorisant le stockage de glucose sous forme de glycogène.

Elle interviendrait aussi :

- Sur l'assimilation des acides aminés par les muscles (pour se reconstituer)
- Sur le métabolisme des graisses

L'insuline a une demi-vie assez courte et sa production n'est maintenue que le temps où la glycémie est élevée. Lorsque tout le glucose sanguin est utilisé et que la glycémie se normalise, la sécrétion d'insuline cesse.

L'insuline et métabolisme lipidique

Propriétés généralement mises au second plan, bien qu'étant probablement une clé de la lipogenèse

L'insuline active la LPL des adipocytes et inhibe celle des myocytes : le muscle utilise préférentiellement le glucose et la matière grasse se stocke.

L'insuline, de manière très sensible, inhibe l'HSL.

Lorsque l'insuline augmente, le corps utilise en priorité les glucides et les lipides laissés de côté sont alors stockés.

L'insuline agit sur d'autres processus pour stocker les graisses :

- Entrée du glucose dans les adipocytes, qui va donner du glycérol nécessaire à la synthèse de TG (forme de stockage).
- Favorisant la formation de nouveaux adipocytes lorsque ceux qui sont déjà présents approchent de la saturation.
- Au niveau du foie, inhibition de la combustion des lipides, ce qui favorise la formation d'AG à partir du glucose.

Insuline = hormone hypoglycémisante et adipogène.

C'est le messageur nécessaire et suffisant pour accumuler de la matière grasse qui s'oppose efficacement à tous les autres facteurs qui favorisent la sortie d'acides gras des adipocytes.

Insulinorésistance (IR)

Plus un tissu est soumis à l'action de l'insuline, plus ses cellules risquent de devenir résistantes à l'insuline.

Myocytes, hépatocytes, adipocytes, ne deviennent pas insulino-résistants à la même vitesse, ni au même degré, ni de la même manière (selon la personne, selon son âge, selon son vécu)

→ grande hétérogénéité de manifestation

L'insulino-résistance augmente de manière progressive avec l'âge : elle s'associe au processus de vieillissement.

Chez la plupart des sujets (mais pas tous !), le vieillissement s'accompagne d'une augmentation de masse grasse, favorisée par des facteurs hormonaux associés à la résistance à l'insuline.

LE CORTISOL

Produit par la glande surrénale lors de réaction d'adaptation de l'organisme, plus particulièrement lorsque s'installe un stress chronique. Les traitements corticoïdes tendent à reproduire de manière amplifiée ses effets.

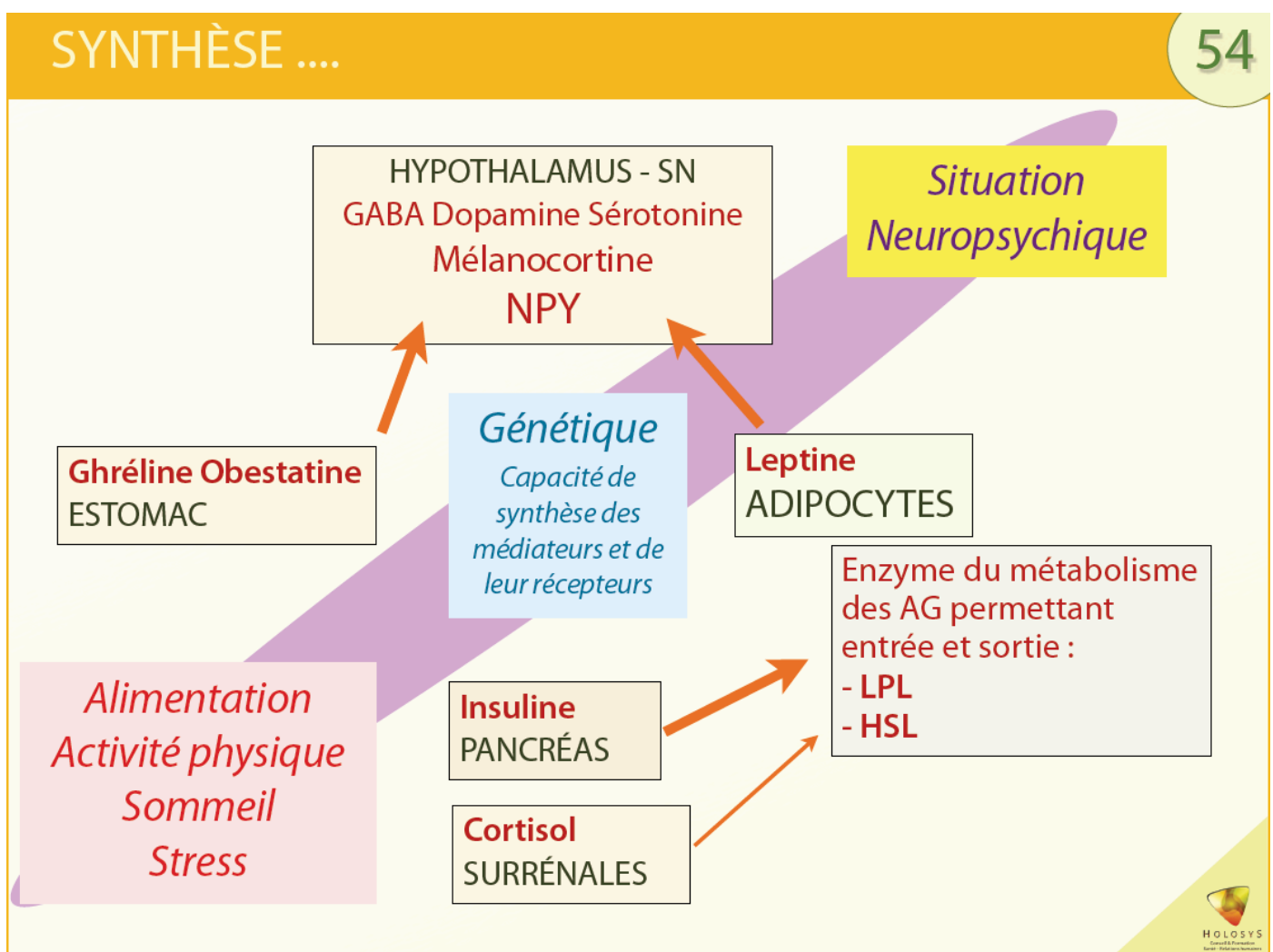
Outre son action anti-inflammatoire et immuno-suppressive, il a diverses actions métaboliques :

- Augmenter la glycémie, notamment par néoglucogenèse (pillage des protéines de l'organisme)
- Action sur le stockage graisseux

Le cortisol active deux processus contraires :

- Stockage de graisses dans le tissu adipeux (en activant la LPL, comme l'insuline, et aussi en favorisant l'insulino-résistance)
- Sortie d'acides gras des adipocytes (en activant la HSL)

Le cortisol a tendance à faire mincir lorsque l'insuline est basse. Si celle-ci est élevée, il va amplifier son action et favoriser l'adipogénèse. Il y a une réaction diverse au stress en terme de surpoids, selon le terrain individuel et la consommation de sucre.



RÉTENTION D'EAU

Dans certaines situations le corps retient l'eau, avec une prise de poids.

On distingue :

- Les rétentions rapides et importantes : on parle d'œdème.
- Les rétentions chroniques, fluctuantes, participant au surpoids

Causes médicales (maladies ou traitement)

- Insuffisance veineuse des membres inférieurs
 - Insuffisance cardiaque
 - Maladie avancée du foie (ascite = épanchement dans l'abdomen)
 - Lors d'une crise allergique
 - Suite à la prise de certains médicaments : corticoïdes, Nifépidine (Adalate)
- Bilan médical avant toute chose !

État chronique lié au terrain

- Génétique (tendance)
- Favorisée par l'hyperoestrogénisme relatif (baisse du rapport E2/P) : grossesse, période prémenstruelle, préménopause
- Favorisée par la part de glucides et protéines dans l'alimentation

Causes ponctuelles :

- Conséquence d'une immobilisation prolongée (voyage en avion)

TEST RETENTION D'EAU		source : www.swissnat.com
1	Vos jambes sont-elles lourdes ou en poteau ?	
2	Vos chevilles enflent-elles parfois?	
3	Avez-vous de la cellulite ?	
4	Avez-vous du mal à mincir, même avec un régime strict ?	
5	Votre poids varie-t-il de quelques kilos d'un jour à l'autre?	
6	Votre ventre est-il souvent tendu et gonflé?	
7	Avez-vous du mal à éliminer ?	
8	Vos yeux sont-ils gonflés au réveil?	
9	Votre visage semble-t-il parfois bouffi ?	
10	Vos bagues vous serrent-elles ?	
<p><i>Interprétation proposée :</i> <i>Rétention d'eau significative dans le surpoids si au moins 4 questions ont une réponse positive</i></p>		

Solutions

La rétention d'eau n'est pas liée à des apports excessifs d'eau, il est donc inutile et dangereux de réduire ces apports.

Lorsqu'elle ne relève pas du domaine médical, diverses solutions durables liées au mode de vie peuvent classiquement contribuer à l'amélioration :

1. Revoir l'équilibre nutritionnel

Sur un terrain fragilisé, certains facteurs alimentaires peuvent provoquer la rétention d'eau : le manque de protéines et/ou l'excès de sel.

2. Identifier une intolérance alimentaire

Une mauvaise tolérance à certains aliments, notamment les produits laitiers ou produits à base de blé, peut générer une rétention d'eau.

Une expérience d'éviction permet de le vérifier.

3. Avoir une activité physique suffisante

Si ce n'est pas le cas, la mise en mouvement peut avoir des effets déterminants.

4. Vêtements

Éviter de porter des vêtements serrés, surtout lorsqu'il fait chaud

CELLULITE

Cellulite = Lipodystrophie superficielle = PEFS (panniculopathie œdémato-fibro-sclérotique)

Aspect bosselé de l'épiderme en «peau d'orange»

Conséquence d'un épaissement de l'hypoderme

→ Suite à accroissement de la taille des adipocytes

→ Compression des vaisseaux sanguins et lymphatiques avec mauvais drainage et rétention d'eau.

75 % des femmes (?) principalement dans la partie basse du corps chez la femme.

Rare chez les hommes (partie haute)

L'imprégnation hormonale favorise le stockage graisseux en vue de la grossesse et l'allaitement, et parfois en dehors de ces contextes.

Facteurs favorisants

- Génétique
- Hormonal (Hyperœstrogénie)
- Alimentation / Activité physique
- Insuffisance veineuse
- Stress ? Tabac ?

Trois types de cellulite

Composante graisseuse et hydrique variable.

1. Cellulite aqueuse = cellulite infiltrée

Plutôt molle, avec sensation de gonflement

Visible en position debout et couchée.

Peut se fixer à diff. niveaux : ventre, cuisses, fesses, mollets, chevilles et bras.

Essentiellement due à une mauvaise circulation associée à un manque d'activité physique. C'est la facile et rapide à éliminer.

2. Cellulite fibreuse

Plutôt dure au toucher, facilement douloureuse, durable dans le temps. Visible en position debout.

Cellules graisseuses compactées par des fibres de collagène, qui ont durci. C'est la plus difficile à éliminer

3. Cellulite adipeuse

Plutôt localisée et molle, souvent chez des femmes globalement mince

Visible quand on pince la peau (lisse au repos)

C'est une accumulation de graisse répondant aux mêmes mécanismes que le surpoids en général

Cellulites mixtes

Plusieurs formes peuvent être associées, notamment aqueuse et adipeuse

Traitement ciblé de la cellulite

1. Prévention / Mode de vie

Alimentation santé ne favorisant pas le stockage graisseux. Activité physique régulière.

Douche dynamisantes (fraîches). Hydratation suffisante et aide à l'élimination par tisanes drainantes si nécessaire.

2. Traitements locaux :

Crèmes anticellulites ou «anticapitons» : Favorisant le drainage circulatoire (pépins de raisin, vigne rouge, marron d'inde, hamamélis...) ou favorisant la fonte graisseuse (caféine, géranium, forskoline, silicium...)

3. Massages manuels

Drainage lymphatique, aquadrainage lymphatique, Massage «palper-rouler»

Efficaces surtout sur la composante circulatoire est forte.

4. Techniques diverses (cabinets esthétiques)

Liposuction (efficace si cellulite adipeuse). Mésothérapie.

Endermologie® (Cellu M6 = stimulation mécanique de l'activité cellulaire) Etc

Le drainage lymphatique et l'Endermologie® sont actuellement les techniques qui bénéficient des meilleures validations.

Chirurgie bariatrique

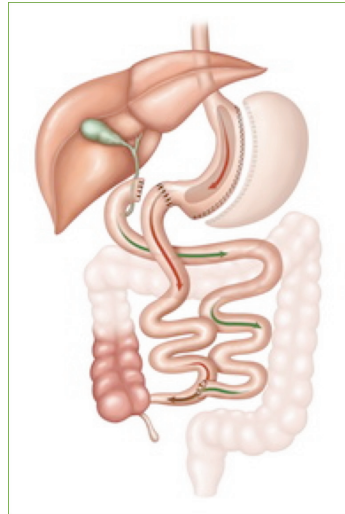
1. Destinées à réduire l'assimilation digestive = CHIRURGIE MALABSORPTIVE

Elle conduit à la perte de poids par un apport hypocalorique consécutif au défaut d'absorption des nutriments ingérés

► Dérivation bilio-pancréatique (DBP)

SCOPINARO - 1979
Résection de l'estomac de 50% pour diminuer l'acidité + dérivation des voies biliaires et pancréatiques pour limiter l'assimilation. Il faut gérer ensuite les aliments mal absorbés tel le fer, le calcium, la vitamine A et la vitamine D.

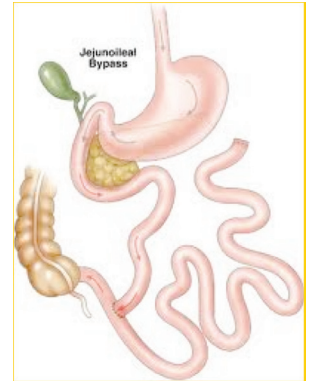
-> Perte de poids espérée : 70-80 % de l'excès



► By-pass jéjuno-iléal

C'est la technique la plus ancienne (1955). = Raccourcissement de l'intestin pour limiter l'assimilation digestive.

-> Résultat spectaculaire mais abandon total du fait des conséquences néfastes.



Les chirurgies malabsorptives sont les plus efficaces mais elles ont aussi un caractère définitif.

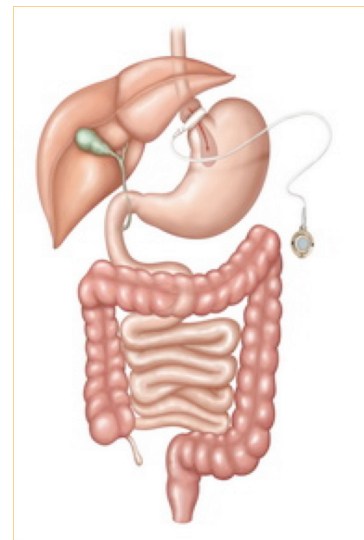
2. Destinées à réduire les apports alimentaires = CHIRURGIE RESTRICTIVE

► Anneau (ou bande) gastrique ajustable

Mise en place d'une structure creuse, gonflable, autour de la partie haute de l'estomac, dont le but est de limiter le volume stomacal.

L'anneau est relié à une poche placée sous la peau, où l'on peut injecter du liquide dans le but de le « gonfler », ce qui permet de fermer un peu plus l'orifice de l'estomac. Sensation rapide et durable de satiété, avec réduction importante de l'apport calorique. Ajustement alimentaire indispensable !

-> Perte d'environ 1kg par semaine jusqu'à obtention du poids souhaité, qui sera maintenu par le maintien de l'anneau ajusté au bon niveau.



Aliments passant dans l'œsophage et remplissant la poche gastrique supérieure



Puis traversant le canal étroit (sablier)

Pas d'ablation d'organe + restriction ajustable -> Restauration possible

► **Gastroplastie verticale calibrée**

Réduction de la taille de l'estomac par «agrafage» (MASON 1980) dont les résultats ne dureraient pas (reperméabilisation de la ligne d'agrafes)

Remplacé désormais par la transection gastrique proposée par Mc LEAN (1993), réalisable sous laparoscopie.

► **Gastrectomie longitudinale = Sleeve gastrectomy**

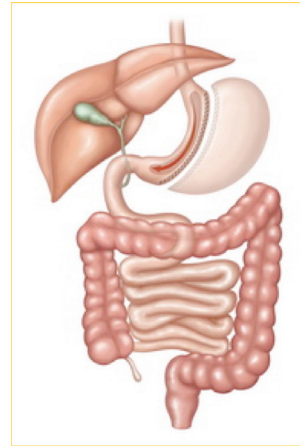
Résection verticale de la grande courbure de l'estomac qui réduit son volume de 75 %.

Provoque une sensation rapide et durable de satiété, avec réduction importante de l'apport calorique.

+ modifie la sécrétion des médiateurs contrôlant la faim.

→ Perte significative de poids.

Peut-être complétée par dérivation DBP si le résultat est insuffisant.



► **Plicature gastrique**

Chirurgie LGCP

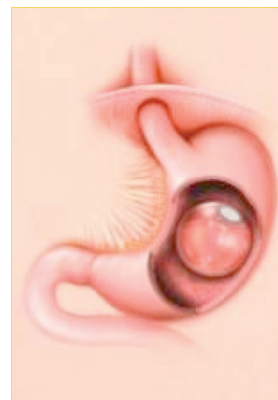
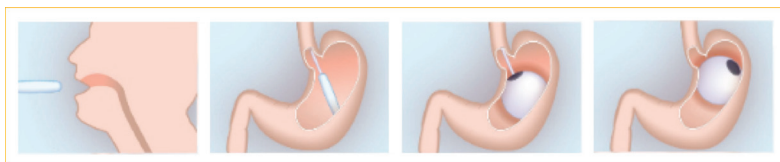
= Laparoscopic Greater Curvature Plication)

Technique particulière de restriction de la taille de l'estomac limitant l'entrée des aliments.



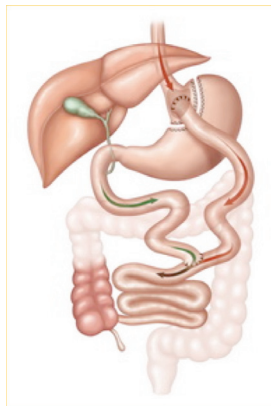
► **Ballon intragastrique**

Ballon gonflable introduit par endoscopie, destiné à réduire la taille de l'estomac et donc la quantité d'aliments ingérés.



3. Procédures mixtes = CHIRURGIE RESTRICTIVE ET MALABSORPTIVE

Elles associent les deux modes d'action : faible assimilation digestive + malabsorption



► By-pass gastrique →

Transection de l'estomac afin de réduire sa capacité

+ anse intestinale connectée sur ce petit réservoir afin de réduire l'assimilation du bol alimentaire.

► Gastrectomie verticale + dérivation

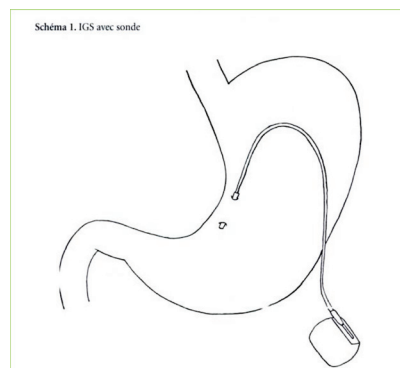
Transection de l'estomac afin de réduire sa capacité

+ anse intestinale connectée sur ce petit réservoir afin de réduire l'assimilation du bol alimentaire.

► Stimulation gastrique implantable (IGS)

Implantation dans l'estomac d'une sonde type pacemaker relié à une télécommande (proposé par la société américaine Transneuronix) capable d'émettre des signaux électriques et d'influer sur la régulation de l'appétit et/ou des fonctions digestives.

→ Essais en cours



EFFETS INDÉSIRABLES DE LA CHIRURGIE BARIATRIQUE

À considérer comme risque potentiel avant d'envisager l'intervention.

Ils sont +/- spécifiques du type d'intervention, conséquences de la lésion chirurgicale ou de la diminution du potentiel digestif recherchée et obtenue.

1. Complications d'anesthésie ou d'intervention chirurgicale : infections, hémorragies, thrombose...

2. Troubles digestifs

- Obstructions d'origine alimentaire avec risque d'occlusion
- Vomissements, remontées acides, gonflements... – Ulcérations
- Calculs biliaires – Intolérance à certains aliments (par maldigestion)

3. Troubles métaboliques

- Malaise après repas, coup de barre, trouble de transit, hypoglycémie
- Conséquences de déficiences nutritionnelles : anémie, ostéoporose..

4. Troubles neuropsychologiques

- Troubles psychologiques et relationnels liés aux changements alimentaires
- Troubles neurologiques liés aux déficiences alimentaires

5. Peau excédentaire après un amaigrissement trop rapide -> Chirurgie

PRODUITS DE SANTÉ NATURELS ET SURPOIDS

1. Fibres et réducteurs de charge glycémique

PRINCIPE

L'apport glucidique à CG élevée induit une forte réaction insulinique qui oriente le métabolisme vers le stockage de graisse.

Réduire la charge glucidique d'un repas diminue son influence sur la prise de poids et sur le développement d'insulinorésistance.

INTÉRÊT

Réduire la CG de l'apport alimentaire est un objectif santé.

L'obtenir par un PSN est une béquille qui peut répondre à besoin ponctuel ou, pris à long terme, établir une situation dépendante du produit.

► FIBRES ALIMENTAIRES

-> Réduction directe de la CG du repas

+ Accroissement de la satiété

Toutes les fibres solubles, y compris celles utilisées classiquement pour améliorer le transit (Psyllium, Lin), prises en cours de repas ou mieux au début augmentent le volume du bol alimentaire (-> satiété + rapide) et diminuent la CG de l'ensemble de repas.

→ Son d'avoine

Outre les propriétés habituelles des fibres, il contient des β glucanes qui à partir de 3 g/j, piègent le cholestérol alimentaire qui est moins bien assimilé.

→ Konjac

Tubercule asiatique donnant une farine que l'on peut le trouver en vermicelles (shirataki), en gélules, ou en bloc (konnyaku). Goût neutre. 64% de fibres, très pauvre en calorie !

Contient des glucomannanes, fibre qui gonfle abondamment en présence de liquide, remplissant l'estomac et produisant rapidement un effet de satiété.

Gélifiant dans les préparations industrielles (E425). Effet prébiotique ?

Son d'avoine et Konjac ont été popularisés par Dukan

► PHYTO

-> Plantes dont les principes actifs améliorent le métabolisme glucidique :

→ Graine de Fenugrec (*Trigonella foenum graecum*)

La plante est connue pour ses propriétés hypolipémiantes et hypoglycémiantes.

C'est aussi un tonifiant pouvant stimuler l'appétit et l'anabolisme musculaire.

L'effet est globalement favorable sur le surpoids.

Un extrait enrichi en 4 OH Isoleucine a une activité accrue sur le métabolisme glucidique et réduit nettement les effets de l'insulino-résistance (prise en cours ou fin de chaque repas)

→ Feuilles de Banaba (*Lagerstroemia speciosa*)

- Médecine traditionnelle des Philippines

- Usage courant au Japon sous le nom de « slimming tea »

- Effet insulino-like, qui accélère la baisse de glycémie (réduit l'effet de l'insulino-résistance)

- Principe actif : acide corosolique

- Utilisation en infusion ou en poudre (gélules)

- Niveau de preuve encore faible

→ Phaseolamine :

Principe extrait de la graine de haricot. Inhibiteur de l'alpha amylase, réduit la dégradation de l'amidon et donc l'assimilation de glucose = « bloqueur d'amidon ».

Extraits récents → réduction nette de l'activité amylase intestinale + réaction insulinique après le repas + perte de 3 kg de masse grasse en 6 mois.

Intérêt ? Manger de l'amidon et le rendre indigeste !

Que deviennent les résidus d'amidon : effet prébiotique, ballonnement ???

→ Feuilles de Mûrier japonais (*Morus alba*)

Semble activer une enzyme (AMPK) qui facilite l'entrée du glucose dans les cellules et des AG dans les mitochondries.

Amélioration du métabolisme avec moins d'accumulation de glucose et d'AG, donc moins de stockage et moins de maladies métaboliques !

Recherche publiée intéressante mais... produit marketing !

Glucoburner, présenté comme produit miracle pour la santé vasculaire et la perte de poids !

De nombreuses autres plantes sont connues pour un effet hypoglycémiant, avec un niveau de preuve faible ou inexistant : Feuilles d'Olivier, *Opuntia streptacanta*, *Gymnema sylvestre*, *Himantalia elongata*, Feuilles de Myrtille, *Hibiscus rosa sinensis*, *Momordica charantia*, Racines Ginseng etc.

Préconisées face à l'insulino-résistance et au diabète de type II et secondairement pour le surpoids

L'insulino-résistance est la conséquence d'un mode de vie (alimentation avec trop de glucides, notamment à IG élevé, et défaut d'activité physique)

→ La solution est avant tout dans le mode de vie

→ Les compléments sont un secours de seconde intention.

L'amélioration apportée ne peut se maintenir que par la prise continue du produit, à chaque repas !

► CHROME (oligothérapie)

→ Amélioration de l'action de l'insuline

Le Vanadium aurait un effet similaire

2. Capteurs des graisses

PRINCIPE : des substances naturelles sont capables de fixer la matière grasse dans le tube digestif et de limiter leur assimilation.

INTÉRÊT : en réduisant l'apport calorique, action favorable sur la réduction de poids.

LIMITES : conséquences sur le surpoids variables d'un produit à l'autre et d'une personne à l'autre. Tout dépend comment la modification métabolique s'intègre dans la biologie globale de la personne et comment elle est compensée !

→ Nopal : *Opuntia ficus indica*

Figuier de Barbarie, Tuna - Cactus originaire du Mexique

NeOpuntia® : préparation de poudre de feuilles, riche en fibres conçue et validée pour fixer les graisses dans l'intestin et favoriser leur excrétion fécale.

La capacité à fixer les graisses dans un intestin artificiel est démontrée. Il y a un effet favorable sur les constantes lipidiques. Les conséquences sur la réduction de poids sont en revanche incertaines !

→ Chitosan

Polysaccharide dérivé de la chitine des carapaces de crustacés, qui forme avec les graisses alimentaires un complexe inassimilable éliminé par voie fécale.

Action favorable sur les constantes lipidiques sanguines et limitation de l'assimilation de calories.

→ Gomme guar

Additif alimentaire, épaississant (E412). Effet absorbant sur les graisses alimentaires.

3. Activateurs métaboliques (brûleurs de graisse et autres)

PRINCIPE : des substances naturelles activent le métabolisme (augmentent la thermogénèse), par divers mécanismes, ce qui conduit à une consommation calorique, et dans certains cas, plus spécifiquement une fonte des réserves graisseuses.

INTÉRÊT : une augmentation de la dépense calorique et/ou de la fonte des réserves graisseuses peut contribuer à réduire le surpoids.

LIMITES : l'activation métabolique est variable selon le produit et la personne. L'effet dépend de la manière dont la modification s'intègre dans la globalité du métabolisme et comment elle est compensée.

► ACTIVATEUR THYROÏDIEN

La fonction thyroïdienne règle le métabolisme basal.

Accroître cette fonction augmente la thermogénèse et favorise la perte de poids.

Mais une hyperthyroïdie a des effets toxiques et l'usage d'extraits thyroïdiens pour la perte de poids a fait beaucoup de dégâts !

L'action sur la glande thyroïde n'a de sens que lorsque celle-ci est déficiente et en cohérence avec la stratégie globale de traitement !

→ **Varech (*Fucus vesiculosus*)**

Cette algue riche en iode et oligoéléments a une action stimulante de la glande thyroïdienne qui pourrait faire intervenir d'autres mécanismes que le simple apport d'iode

→ **Wakame (*Undaria pinnatifida*)**

Contient de l'iode et un glucide : le fucoïdane qui stimulerait la thermogénèse tout en abaissant la glycémie + une fuxoxanthine qui agirait directement sur le tissu adipeux.

→ **Autres plantes actives sur la fonction thyroïdienne**

- Guggul (*Commiphora guggul*)
- Lierre grimpant (*Hedera helix*)

► ACTIVATEUR DE LA THERMOGÉNÈSE :

Permettent en principe en augmentant le métabolisme de base de brûler davantage de calories

→ **Café, Kola, Guarana (*Paullinia cupana*)**

Contiennent diverses formes de caféine. Celle du Guarana notamment (Guaranine) a une action plus marquée et qui s'étale dans le temps, créant une augmentation de la thermogénèse et de la t° du corps. Certains essais montrent une perte de poids, mais celle-ci est plus significative chez les personnes minces et l'effet par rapport à un placebo chez les obèses n'est pas significatif, avec en plus un risque d'augmenter la tension !

→ **Bigaradier -> Orange amère (*Citrus Aurantium*)**

Fruit utilisé en marmelade et fleur dont l'arôme est utilisée en parfumerie et en alimentation (eau de fleur d'oranger) + Extrait utilisé en complémentation alimentaire

Les extraits standardisés à partir de l'écorce de fruit vert contiennent des quantités notables de substances aminées dont la synéphrine qui a des propriétés α sympathicomimétiques, avec \nearrow de la thermogénèse.

L'extrait de *Citrus Aurantium* a remplacé l'Éphédrine, interdite, avant d'être interdit à son tour, bien qu'ayant moins d'effets secondaires (excitation, troubles digestifs et cardiovasculaires)

► MODIFICATION DU STOCKAGE LIPIDIQUE :

→ **Thé vert (*Camellia sinensis*)**

Bien documenté pour agir sur le surpoids.

- Augmente la thermogénèse par action de plusieurs actifs dont EGCG (polyphénol) et caféine
- Action favorisant la diminution de la glycémie et la réponse insulínique + Réduction de l'appétit

– Action antioxydante

– In vitro : modification de l'évolution des adipocytes

Méta-analyse : l'association EGCG/caféine associé à un mode alimentaire adapté contribue à réduire le poids de manière modeste et avec des doses importantes (obtenues à partir d'extrait).

L'action véritable d'une dose alimentaire n'est pas connue. Suite à l'observation de plusieurs cas d'hépatites, les extraits de thé vert sont déconseillés (interdits ?).

La poudre est utilisable en complément, et le thé en infusion.

La variété Sencha est particulièrement riche en antioxydants.

Boisson santé de premier choix. Attention aux excès : terrain individuel - Déficience en Fer - Fluor

→ **Le thé Yunnan Tuocha,**

Résultant traditionnellement d'une triple fermentation, a des vertus drainantes mais pas de propriétés amincissantes spécifiques, malgré une promotion qui a parfois été orientée en ce sens.

→ **Café vert**

Un extrait de café vert décaféiné (Svetol®) riche en acides chlorogéniques qui ont diverses actions métaboliques : amélioration de l'utilisation des sucres et des AG et inhibition la synthèse des AG à partir du glucose. Les effets sur le surpoids sont documentés, mais restent modestes : associés à une alimentation optimisée : perte de 2,5 kg en 3 mois.

→ **Piment (poivre) de Cayenne (Capsicum annuum)**

Divers piments forts, dont le poivre de Cayenne, semblent augmenter le métabolisme et la thermogénèse. À partir de 120 mg par jour pour le Cayenne.

Autre usage (local) documenté : douleurs articulaires.

→ **Tamarinier de Malabar (Garcinia cambogia)**

L'écorce du fruit contient 16% d'acide hydroxycitrique (HCA) pouvant être extrait → concentré 50 %

Études in vitro montrent l'inhibition du stockage de MG, par action sur l'Ez ATP-Citrate Lyase nécessaire à la transformation de glucides à acides gras, et l'augmentation de l'oxydation qui «brûle» les acides gras + effet coupe faim chez l'animal

12 essais cliniques à partir d'extrait AHC (1,5 à 3 g/j) : 8 concluent à un effet positif et 4 à l'absence d'effet ! Produit en vogue en Amérique du Nord. Interdit en France depuis 2012 (effets toxiques divers)

→ **L Carnitine**

Dérivé d'acide aminé avec un ammonium quaternaire, produite par l'organisme, apporté par l'alimentation (viandes rouges notamment) son taux peut être accru par complémentation.

Permet de transport des AG vers les cellules où ils sont brûlés.

→ Indication pour améliorer les performances physiques.

Favorise la consommation au détriment du stockage ?

→ Marketing surpoids sur théorie, mais aucun effet validé !

Études disponibles montrent des effets néfastes d'un apport trop important de L Carnitine, par viande ou complément. Propriétés annoncées (compléments commercialisés) :

– Peut favoriser la perte de poids

– A des propriétés potentielles anti-vieillissantes

– Peut aider à améliorer vos performances mentales – Booster d'énergie (sportifs)

→ **FORSKOLINE (extrait de Coleus forskohli)**

Plante de la tradition ayurvédique - 1974 : isolement d'un principe actif : la forskoline

La forskoline sensibilise les récepteurs cellulaires en activant l'adénylate cyclase, ce qui ↗ l'AMP cyclique cellulaire. Effets thérapeutiques potentiellement bénéfiques sur : asthme, glaucome, cardiomyopathies, hypertension. Effets métaboliques démontrés (in vitro ou animal) :

↗ la lipolyse et semble favoriser l'anabolisme protidique (et donc la masse musculaire).

Contribue à la régulation de la glycémie, mais inhibe in vitro la production d'adiponectine !

→ Première étude sur 6 femmes en surpoids suivies par bioimpédancemétrie : perte de 2 kg en 1 mois et 4 kg en 2 mois, + légère ↗ de masse maigre.

→ Confirmation par 3 essais ultérieurs ?

→ **Noix de bancoulier (ou d'Inde) Aleurites moluccana**

Arbre originaire d'Asie tropicale implanté en Amérique. Sa noix a la réputation de faire maigrir rapidement et sans effort, en faisant fondre les graisses la nuit. + effet laxatif et diurétique. Enfin, elle aiderait à arrêter de fumer ! Active à faible dose : 1/8 de noix au début, puis 1/4.

Écraser, plonger dans l'eau chaude, attendre 5 mn et boire la préparation au coucher, pendant plusieurs semaines. Les témoignages mis en avant par les vendeurs ou sur des forums font état de résultats spectaculaires, mais aucune donnée traditionnelle ou scientifique, ni d'évaluation objective.

Effets secondaires liés à la dose et à la sensibilité de la personne :

– Vomissements, diarrhée qui peut être sévère, maux d'estomac, douleurs musculaires, diminution des réflexes et fatigue des jambes.

– Plus grave, du fait de la présence d'un composé digitalique : toxicité cardiaque

Certifié non toxique par l'USDA (United States Département of Agriculture), le produit n'est pas autorisé à la vente en Europe et diffusé par Internet (Nuez de India).

4. Composants laitiers

PRINCIPE : il est +/- démontré que la consommation de produits laitiers a un effet favorable sur la prévention du surpoids

INTÉRÊT : isoler des composants du lait qui favorisent la perte de poids pour en faire des compléments spécifiques

→ **CALCIUM**

Épidémiologie : Calcium et produits laitiers, notamment le « petit-lait », pourraient contribuer à lutter contre l'obésité, → consommer plus de produits laitiers ou du Calcium en complément ?

Méta-analyse sur 13 essais (Br J Nut 2006) : résultats non significatifs

+ 3 études plus récentes : résultats négatifs

Ex : prise de 1,5 g de calcium/jour durant 2 ans = pas plus efficace qu'un placebo pour favoriser une perte de poids sur 340 sujets en surpoids.

→ **ACIDE LINOLÉIQUE CONJUGUÉ (CLA)**

On nomme CLA un groupe de 28 isomères géométriques dont deux majeurs :

Cis-9 Trans-11 et Trans-6 Cis-12

Présence naturelle de CLA : produits laitiers et certaines huiles végétales

(mais de moins en moins dans le lait de production intensive !)

Par activation/inhibition de certaines enzymes, il favorise l'utilisation des AG par les cellules musculaires, et réduit leur stockage dans les adipocytes.

Études positives sur la souris : ↘ de masse grasse et → masse maigre

Étude humaine/placebo : 15 études

– 8 montrent une diminution de la masse grasse

– Dans 4 seulement cette baisse est significative, les 4 utilisent un mélange 50/50 des deux isomères majeurs. Celle qui donne les meilleurs résultats donnait environ 2 g/j et associait 90 mn de sport 3 fois par semaine

Prise de complément : entre 3 et 7 g par jour !

On peut dire globalement que l'efficacité est démontrée mais que les résultats sont modestes

5. Réducteurs d'appétit / de fringales

PRINCIPE : en diminuant la sensation de faim, on réduit l'apport calorique.

INTÉRÊT : réduire la faim est une démarche qui a fait ses preuves face au surpoids avec les anorexigènes.

LIMITES : Les anorexigènes de synthèse ont tous été abandonnés à cause de leurs effets secondaires et le fait qu'ils ne sont efficaces que s'ils sont pris en continu.

Les produits naturels sont moins néfastes, mais la démarche est-elle judicieuse ?

► ANTIDÉPRESSEURS NATURELS : Griffonia, Millepertuis

→ Millepertuis (*Hypericum perforatum*)

Action antidépressive bien documentée. Une action anorexigène de type sibutramide est possible du fait du mode d'action, mais non documentée.

→ 5HTP - Griffonia (*Griffonia simplicifolia*)

Précurseur de sérotonine à action antidépressive et favorisant le sommeil (150 mg)

À plus forte dose (> 300 mg) effet anti-boulimique et réducteur de fringales.

► AÇAÏ

→ Baies d'Açaï (*Euterpe oleracea*)

Originaires d'Amérique du Sud, appelé « arbre de vie »

Présentée comme baie miracle avec notamment des propriétés « coupe-faim » utiles dans une démarche face au surpoids. Un marketing qui ne repose sur rien de fiable !

► AUTRES :

→ Feuilles de Coca (*Erythroxylon coca*)

Anorexigène puissant, utilisé par les Amérindiens des Andes pour continuer à travailler quand la nourriture manque. Considéré comme stupéfiant et strictement interdit.

→ Bigaradier, Thé vert...

action secondaire (les produits sont connus pour une autre action)

PSN surpoids et réglementation sanitaire

– Les préparations à base de plantes appartenant à la famille des Aristolochiaceae (*Aristolochia*, *Asarum*...) ou contenant des acides aristolochiques sont interdites depuis 2001 en raison de risques cancérigènes, néphrotoxiques et génotoxiques.

– Les préparations contenant de l'Ephedra (ou Ma Huang) sont interdites depuis 2003 en raison d'effets cardio-vasculaires et neuropsychiques graves.

– Les préparations à base de fruits verts de Bigaradier *Citrus aurantium*, contenant de la synéphrine (agoniste α adrénergique proche de l'éphédrine) et de l'octopamine, sont interdites depuis 2012 suite à l'observation d'effets cardio-vasculaires graves et de possibles interactions médicamenteuses.

– Les préparations contenant des extraits de Tamarinier *Garcinia cambodgia* sont interdites depuis 2012, suspectées de pouvoir provoquer des hépatites, des atteintes musculaires ou des convulsions.

– Les préparations à base d'extraits de thé vert ont été mise en cause dans la survenue d'hépatites. L'AMM de la spécialité Exolise® qui en contient a été suspendue, et l'utilisation d'ingrédients à base de thé vert est étroitement surveillée (la composition en actifs doit être connue).

MEDICAMENTS FAVORISANT LA PRISE DE POIDS

Certains médicaments peuvent faire grossir, on le sait. C'est le cas, entre autres, des antidépresseurs et des neuroleptiques. Cet effet n'est pas systématique, mais il est fréquemment observé. Plusieurs mécanismes, différents selon le médicament, en sont la cause : augmentation de l'appétit, de l'appétence pour le sucre, de

la soif (attention aux boissons sucrées), diminution du métabolisme de base, perturbation du métabolisme des glucides ou des lipides, modification de la distribution des graisses, diminution de l'activité physique, etc. Lorsque la prise de poids est secondaire au traitement de troubles psychiques, il est parfois difficile de déterminer le rôle des médi-

caments et celui de l'affection traitée. Si l'on prend du poids, il faut en parler rapidement à son médecin afin d'opter pour un autre médicament. Quand il n'y a pas d'alternative médicamenteuse aussi efficace, des mesures hygiéno-diététiques visant à contrôler le poids doivent être mises en place. ■

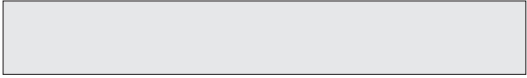
Emmanuelle Billon-Bernheim

MOLÉCULES (DCI*)	NOMS DE SPÉCIALITÉS
Antidépresseurs	
Non imipraminique, non IMAO, non IRS	
Mirtazapine	Norset
L'antidépresseur le plus pourvoyeur de prise de poids d'après une étude parue dans le <i>British Medical Journal</i> en 2018	
IMAO	
Iproniazide	Marsilid
Moclobémide	Moclamine
Prise de poids fréquente pendant les premiers mois, qui ne dépend pas de la dose	
Imipraminiques	
Amitriptyline	Laroxyl, Elavil
Doxépine	Quitaxon
Imipramine	Tofranil
Prise de poids fréquente pendant les premiers mois, qui dépend de la dose	
Inhibiteurs de la recapture de la sérotonine (IRS)	
Escitalopram	Seroplex
Citalopram	Seropram
Fluvoxamine	Floxyfral
Stimulent l'appétit	
Inhibiteurs de la recapture de la sérotonine et de la noradrénaline (IRSNA)	
Duloxétine	Cymbalta
Venlafaxine	Effexor
Prise de poids ou, au contraire, perte de poids	
Antiépileptiques	
Acide valproïque	Dépakine
Aussi à l'origine d'œdèmes	
Prégabaline	Lyrica
Prise de poids pouvant atteindre 10 kg	
Antidiabétiques	
Glimépiride	Amarel
Stimule l'appétit	
Insuline	Humalog, NovoRapid, Umuline, Lantus
Prise de poids fréquente, surtout lors d'un traitement intensif	
Répaglinide	NovoNorm
Stimule l'appétit	
Antihistaminiques H1	
Cyproheptadine	Periactine
Flunarizine	Sibelium
Kétotifène	Zaditen
Stimulent l'appétit	

SOURCES : « PRISE DE POIDS D'ORIGINE MÉDICAMENTEUSE », *PRESCRIRE*, 10/11.
 « PRISE DE POIDS IATROGÈNE ET GESTION À L'OFFICINE »,
 PAULINE BONHOMME, SCIENCES PHARMACEUTIQUES, 2013.

MOLÉCULES (DCI*)	NOMS DE SPÉCIALITÉS
Antihypertenseurs (bêtabloquants)	
Métoprolol	Lopressor, Seloken
Propranolol	Marques génériques
Modifient le métabolisme du glucose	
Médicament indiqué dans l'ostéoporose	
Raloxifène	Evista, Optruma
L'association avec un autre médicament ayant cet effet majeure le risque	
Contraceptif	
Etonogestrel (implant)	Nexplanon
Prise de poids de plus de 3 kg chez environ un tiers des femmes au bout de deux ans	
Corticoïdes	
Bétaméthasone	Céléstène
Cortisone	Hydrocortisone
Prednisolone	Solupred
Prednisone	Cortancyl
Stimulent l'appétit. À long terme, ils modifient la répartition des graisses avec une accumulation, notamment au niveau du cou et du dos	
Neuroleptiques	
Prise de poids importante surtout dans la première année de traitement	
Dits classiques	
Chlorpromazine	Largactil
Fluphénazine	Modécate
Halopéridol	Haldol
Loxapine	Loxapac
Le risque de prise de poids est moindre qu'avec ceux dit atypiques, mais ils ont d'autres effets indésirables	
Dits atypiques	
Aripiprazole	Abilify
Moins d'1kg par mois	
Clozapine	Leponex
Environ 2 kg par mois	
Olanzapine	Zyprexa
Environ 2 kg par mois	
Quétiapine	Xeroquel
Environ 1 kg par mois	
Rispéridone	Risperdal
Environ 1 kg par mois	
Régulateur de l'humeur	
Lithium	Théralithe
Prise de poids fréquente : 4 kg en moyenne les deux premières années	
*Dénomination commune internationale. Cette liste n'est pas exhaustive	

Anamnèse Surpoids 1



Hérédité

Historique

Aspect médical
(maladies- traitement)

Avis professionnels de santé

Sommeil

Activité physique

Stress

Tabac - toxiques

Solutions tentées

NUTRITION

Répartition repas (+ à +++)	Contenu
Matin	
collation	
midi	
collation	
soir	
Nuit	

Grignotages / pulsions

Rapport à l'alimentation

Faim

RAREMENT
 AU RÉVEIL
 AU MOMENT DES REPAS
 ENTRE LES REPAS
 APRÈS UN EFFORT PHYSIQUE
 LA NUIT

GLUCIDES
Sucre pain/pâtes PdT
Lents :
Fibres :

PROTÉINES
viandes rouges blanches
poissons œufs
végétales

LIPIDES
Huiles
oméga 3
végétales

BOISSONS
eau
Sodas jus de fruits
alcool

VÉGÉTAUX	Fruits	Légumes
Oléagineux	graines germées algues aromates	

ANAMNÈSE SURPOIDS Ž\$

DDN/ âge		Sexe	<input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> F
Taille		Poids	
		IMC	
		Tour de taille	
Impédancemétrie ?			

1. Le problème et l'objectif

Décrire le problème Historique / vécu	
Qu'est-ce qui a motivé à faire quelque chose ?	
<input type="checkbox"/> Norme sociale <input type="checkbox"/> Santé <input type="checkbox"/> Bien-être/image de soi <input type="checkbox"/> Esthétique	
Quel est l'objectif ?	
<input type="checkbox"/> Maigrir à court terme <input type="checkbox"/> Perte de poids durable <input type="checkbox"/> Prévention Santé Bien-être	

2. Aspect médical

Génétique ATCD familiaux ?		
Maladie chronique ?		
Médicaments ?		
Problèmes digestifs ?		
Allergies intolérances ?		

3. Alimentation -> Décrire une journée type ?

Cadre général	<input type="checkbox"/> FAMILIAL AVEC PRODUITS FRAIS <input type="checkbox"/> FAMILIAL AVEC PRODUITS INDUSTRIELS <input type="checkbox"/> RESTAURANT / CANTINE <input type="checkbox"/> FAST-FOOD (RESTO OU CHEZ SOI) AUTRE :	
Répart. calorique (+/+/+/+)	MATIN : MIDI : COLLATION : SOIR :	
Glucides (+/+/+/+)	FECULENTS : SUCRES RAPIDES :	
Matières grasses / oméga 3	<input type="checkbox"/> EVITEMENT <input type="checkbox"/> NORMAL <input type="checkbox"/> EXCES / <input type="checkbox"/> HUILES ω3 <input type="checkbox"/> POISSON GRAS <input type="checkbox"/> AUTRES	
Fruits et légumes	<input type="checkbox"/> JAMAIS <input type="checkbox"/> RARE (1/J) <input type="checkbox"/> OK (5/J) <input type="checkbox"/> ABONDANT (> 6/J)	
Mastication	<input type="checkbox"/> <5 <input type="checkbox"/> 5-15 <input type="checkbox"/> > 15	
Grignotages	<input type="checkbox"/> JAMAIS <input type="checkbox"/> RAREMENT <input type="checkbox"/> SOUVENT <input type="checkbox"/> TOUS LES JOURS <input type="checkbox"/> SUCRERIES/GATEAUX <input type="checkbox"/> FRUITS FRAIS/SECS/OLEAG <input type="checkbox"/> CHOCO <input type="checkbox"/> LAITAGES AUTRES :	
Sensation de faim	<input type="checkbox"/> RAREMENT <input type="checkbox"/> AU REVEIL <input type="checkbox"/> AU MOMENT DES REPAS <input type="checkbox"/> ENTRE LES REPAS <input type="checkbox"/> APRES UN EFFORT PHYSIQUE <input type="checkbox"/> LA NUIT	
Risque intolérance ? (+/+/+/+)	<input type="checkbox"/> BLE : <input type="checkbox"/> PRODUITS LAITIERS	

4. Environnement – Mode de vie

Activité physique / jour	<input type="checkbox"/> <15 mn <input type="checkbox"/> 15-30 mn <input type="checkbox"/> 30-60 mn <input type="checkbox"/> 1 à 3 h <input type="checkbox"/> >3h	
Sommeil	DUREE MOYENNE : QUALITE :	
Stress	<input type="checkbox"/> RAREMENT <input type="checkbox"/> PARFOIS <input type="checkbox"/> SOUVENT <input type="checkbox"/> EN PERMANENCE	
Tabac	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1-5/j <input type="checkbox"/> 5-10/j <input type="checkbox"/> 10-20/j <input type="checkbox"/> > 20/j - Date arrêt :	
Exposition toxique ?	<input type="checkbox"/> TRAVAIL <input type="checkbox"/> AGRICULTURE <input type="checkbox"/> AMBIANCE POLLUEE <input type="checkbox"/> COMPORTEMENT	

5. Aspect psychique → prudence : pas de questionnement direct

Image de soi		
Place dans la société		
Place dans la communauté		
Besoin de combler un vide ?		
Événement marquant avant prise de poids ?		
Bénéfices secondaires à la prise de poids		
Effets prévisibles liés à la perte de poids		

BILAN -> L'essentiel

1. Hérité / Constitution	
2. Expérience(s) perte de poids	
3. Cause dominante ?	
4. Marge changement alimentaire ?	
5. Marge changement mode de vie ?	Acceptation ? Motivation à appliquer les résolutions ?
6. Marge évolution psychique ?	
7. Motivation	

Conditions d'accompagnement

Place dans l'ensemble soignant / surpoids	<input type="checkbox"/> REFERENT <input type="checkbox"/> AUXILIAIRE
Cadre d'accompagnement	<input type="checkbox"/> PONCTUEL <input type="checkbox"/> COURT (3 SEANCES) <input type="checkbox"/> LONG (> 5)
Autres intervenants	
Budget	<input type="checkbox"/> CONSULT <input type="checkbox"/> ALIMENTATION <input type="checkbox"/> EXAMEN <input type="checkbox"/> COMPLEMENTS

Stratégie globale

