

Évaluation du patient obèse

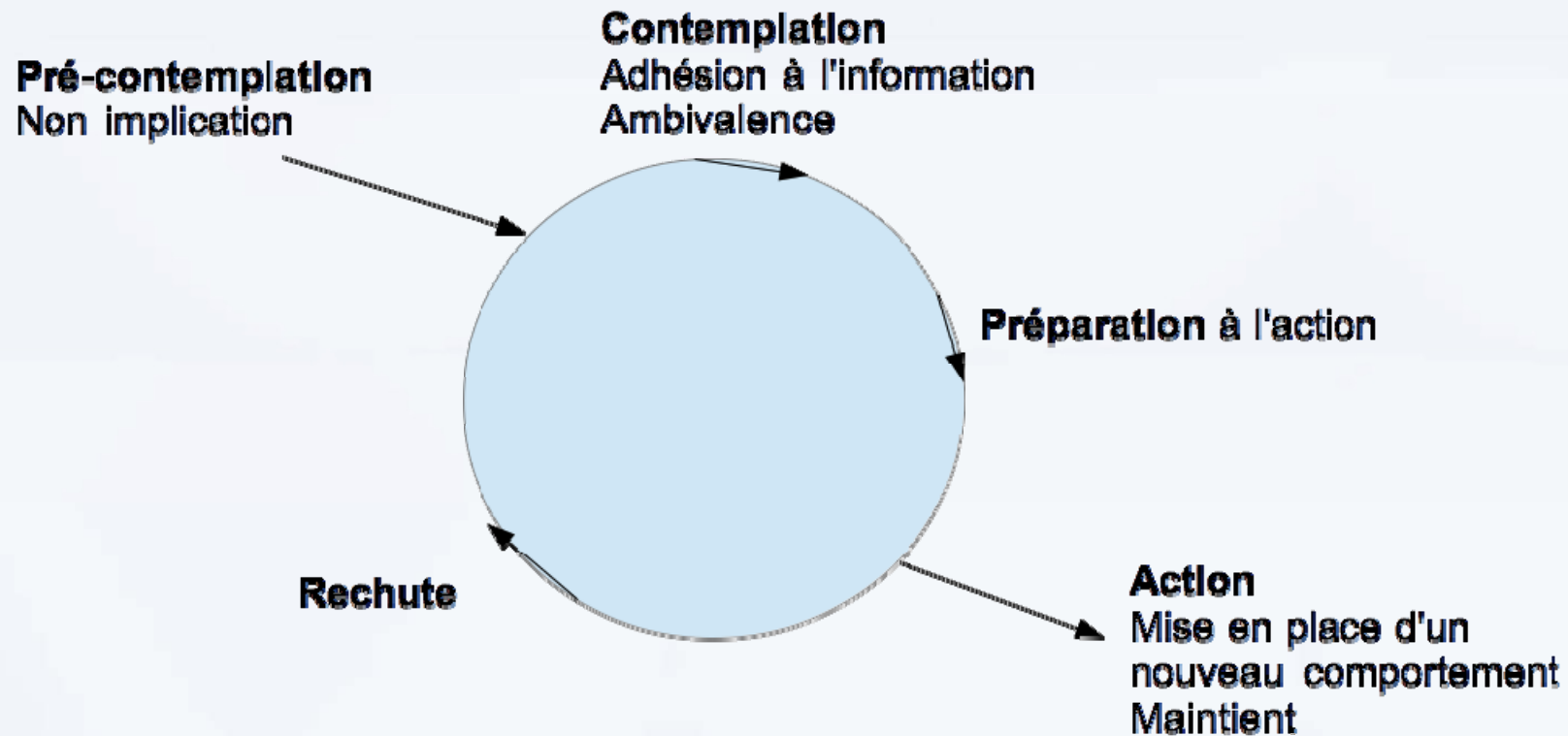
CSO@chu-limoges.fr



I) Entretien

- Antécédents
- Retracer l'histoire pondérale : Poids le plus haut atteint, régimes entrepris
- Évaluer la motivation (annexe 1)
- Évaluer l'activité physique (annexe 2)
- Évaluer les habitudes et apports alimentaires (annexe 3)
- Rechercher un trouble du comportement alimentaire (annexe 4)

Évaluation du stade de motivation dans lequel se trouve le patient



Entretien motivationnel

= méthode efficace pour amener le patient à modifier ses habitudes en cas de motivation insuffisante

Empathie

Soutien

Absence de persuasion directe

Absence de confrontation

Respect de l'autonomie

Respect des choix de comportement du patient

Respect des croyances du patient

**Participation active
du patient**

Évaluer l'état psychologique

- Quelle image le patient a-t-il de lui-même ? Peut-il se regarder dans un miroir ?
- Est-il gêné par le regard d'autrui ?
- Peut-il manger en public ?
- Peut-il aller à la piscine ou à la plage ?
- Le patient s'empêche-t-il de faire certaines activités à cause de son poids (sortir, danser...) ?
- La situation pondérale est-elle vécue comme un handicap, comme la source d'une discrimination et est-elle à l'origine d'un isolement social ?
- Existe-t-il une culpabilité vis-à-vis du poids ?

II) Examen général

- Poids en kg

- Taille en m

- $IMC = \frac{POIDS}{(TAILLE)^2}$

- Tour de taille

- Tension artérielle **prise avec un brassard adapté à la circonférence du bras du patient**

IMC : Indice de Masse Corporelle

Examen complet à la recherche de complications

- Cardiovasculaires (échelle SCORE **-annexe 5-**)
- Respiratoires : Recherche systématique d'arguments en faveur d'un syndrome d'apnées du sommeil +/- questionnaire d'évaluation de la somnolence (Echelle d'Epworth **-annexe 6-**)
 - Ronflements
 - Apnées nocturnes constatées par l'entourage
 - Somnolence diurne
- Digestives : reflux gastro-œsophagien, douleur, trouble du transit
- Hormonales, recherche d'un SOPK (Syndrome des Ovaires PolyKystiques)
- Néoplasiques : certains cancers sont plus fréquemment associés à l'obésité (endomètre, vésicule biliaire, adénocarcinome de l'œsophage, thyroïde, foie, rein, colon, sein)
- Dépister une éventuelle obésité secondaire (**-annexe 7-**)

III) Bilan biologique systématiquement prescrit à la fin de la consultation initiale d'un patient en surcharge pondérale

Chez tout patient, prescription d'un bilan d'exploration d'une anomalie lipidique : triglycérides, LDL cholestérol et HDL cholestérol

Chez les patients > 45 ans et avec un IMC $> 28\text{kg/m}^2$, prescription d'une glycémie à jeun

ANNEXES

Annexe 1- Évaluer la motivation : Test de succès thérapeutique

Annexe 2- Évaluer de l'activité physique : Questionnaire de Ricci

Annexe 3- Évaluer les apports alimentaires

Annexe 5- Rechercher un TCA. Un questionnaire facilement utilisable : Le SCOFF

Annexe 4- Estimer du risque cardiovasculaire global

Annexe 5- Évaluer le risque d'apnée du sommeil : Échelle d'Epworth

Annexe 6- Rechercher une obésité secondaire

Annexe 1- Évaluer la motivation

Test de succès thérapeutique

| | | | | |
|---|---|---|---------------------|--|
| 1 | Le patient est-il venu consulter pour perdre du poids de sa propre initiative ? | | | |
| | + (propre initiative) | | - (tierce personne) | |
| 2 | Quelle est l'importance que le patient porte à la perte de poids ? | | | |
| | - (aucune) | + | ++ | +++ (beaucoup) |
| 3 | Quel est le degré de confiance de votre patient pour atteindre ses objectifs ? | | | |
| | - (pré contemplation = Non implication) | + (contemplation = ambivalence, adhésion à l'information) | ++ (préparation) | +++ (action = mise en place d'un nouveau comportement) |
| 4 | Combien le patient devrait-il perdre de poids (en kilogrammes) ? | | | |
| | + (5-15) | - (15-30) | -- (plus de 30) | |
| | A quels bénéfices associés peut-il s'attendre ? | | | |
| | - (peu) | | + (beaucoup) | |

Majorité de + : Les chances de succès sont importantes

Nombre égal de + et de - : Chance de succès modéré

Majorité de - : Peu de chance de succès

Annexe 2- Évaluer l'activité physique

Questionnaire de Ricci

< 16 points : peu actif
 16-32 points : assez actif
 >32 points : très actif

| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|---|---------------------|--------------------|--------------------|--------------------|----------------------|
| ACTIVITÉS QUOTIDIENNES | | | | | |
| Quelle intensité d'activité physique votre travail requiert-il ? | Légère | Modérée | Moyenne | Intense | Très intense |
| En dehors de votre travail, combien d'heures consacrez-vous par semaine aux travaux légers : bricolage, jardinage, ménage ? | < 2h | 3 à 4h | 5 à 6h | 7 à 9h | > 10h |
| Combien de minutes par jour consacrez-vous à la marche ? | < 15 min | 16-30 min | 31-45 min | 45-60 min | > 60 min |
| Combien d'étages en moyenne montez vous à pied chaque jour ? | < 2 | 3 à 5 | 6 à 10 | 11 à 15 | > 16 |
| ACTIVITÉS SPORTIVES ET RÉCRÉATIVES | | | | | |
| Pratiquez-vous régulièrement une ou des activités physiques ou récréatives ? | Non | | | | Oui |
| À quelle fréquence pratiquez -vous l'ensemble de ces activités ? | 1 à 2 fois par mois | 1 fois par semaine | 2 fois par semaine | 3 fois par semaine | > 4 fois par semaine |
| Combien de minutes consacrez-vous en moyenne à chaque séance d'activité physique ? | < 15 min | 16-30 min | 31-45 min | 45-60 min | > 60 min |
| Habituellement comment percevez-vous votre effort ? | Très facile | | | | Difficile |

Annexe 3- Évaluer les apports alimentaires

- Consommation de boissons sucrées ou alcoolisées
- Consommation d'aliments à forte densité énergétique (graisses alimentaires ou sucres)
- Taille des portions
- Mode de cuisson, assaisonnement
- **Un outil pratique : le relevé alimentaire**



Travail validé par le CLAN

JOURNAL ALIMENTAIRE

Pour mieux connaître vos habitudes alimentaires spontanées et permettre une meilleure prise en charge nutritionnelle, veuillez noter sur UNE SEMAINE tous vos repas, collations, grignotages, prise de boissons...

Préciser :

- Le lieu du repas (domicile, restaurant, « gamelle »...)
- La nature exacte du produit
- La quantité consommée (en gramme, nombre de pièce, cuillère à café, cuillère à soupe, bol, verre...)
- Les matières grasses d'ajout :
 - litre d'huile est consommé sur 1, 2, 3 ou 4 semaines ou plus...
 - 1 plaque de beurre (125-250g) ou margarine est consommée sur 1, 2, 3 ou 4...
 - Crème fraîche 30% MG et ainsi de suite
- Le nombre de personnes qui partage le repas familial
- Les boissons ou liquides : eau, le nombre de verre de jus de fruit, bière, vin, thé, café...

NOM :

DATE :

Relevé des ingesta alimentaires



| JOURS | PETIT DEJEUNER Horaire : | DEJEUNER Horaire : | DINER Horaire : | COLLATIONS Horaires : |
|--------------------------------------|-----------------------------|-----------------------|--------------------|--------------------------|
| L U N D I | | | | |
| M A R D I | | | | |
| M E R C R E D I | | | | |
| J E U D I | | | | |



| JOURS | PETIT DEJEUNER Horaire : | DEJEUNER Horaire : | DINER Horaire : | COLLATIONS Horaires : |
|--------------------------------------|-----------------------------|-----------------------|--------------------|--------------------------|
| V E N D R E D I | | | | |
| S A M E D I | | | | |
| D I M A N C H E | | | | |
| D I V E R S | | | | |

Annexe 4- Rechercher un TCA

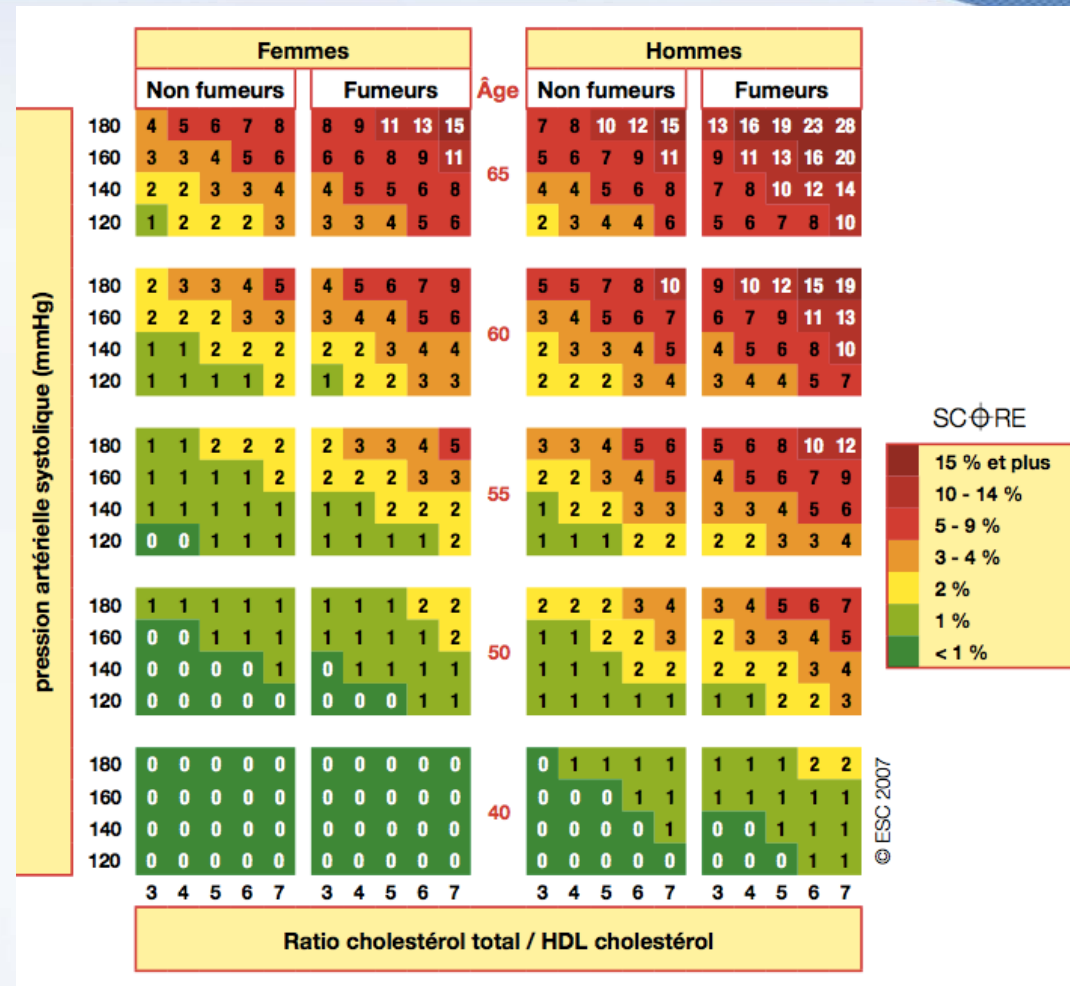
Un questionnaire facilement utilisable : Le SCOFF

La présence de deux réponses positives oriente vers un trouble du comportement alimentaire.

| | | |
|---|--|------------|
| 1 | Vous faites-vous vomir lorsque vous avez une sensation de trop plein ? | OUI NON |
| 2 | Êtes-vous inquiet(e) d'avoir perdu le contrôle des quantités que vous mangez ? | OUI NON |
| 3 | Avez-vous récemment perdu plus de 6kg en moins de 3 mois ? | OUI NON |
| 4 | Vous trouvez-vous gros(se) alors même que les autres disent que vous êtes trop mince ? | OUI NON |
| 5 | Diriez-vous que la nourriture domine votre vie ? | OUI NON |

Annexe 5- Estimer le risque cardiovasculaire global

La table SCORE permet d'évaluer le risque d'un décès de cause cardiovasculaire, c'est à dire coronarien ou vasculaire sur un horizon de 10 ans



Annexe 6- Évaluer le risque d'apnée du sommeil : Échelle d'Epworth

La probabilité de s'endormir est cotée de 0 à 3 selon le risque d'assoupissement

0 = jamais d'assoupissement

1 = risque faible d'assoupissement

2 = risque modéré d'assoupissement

3 = risque élevé d'assoupissement

Elle est évaluée pour huit situations différentes :

Assis en train de lire

En regardant la télévision

Assis, inactif, dans un lieu public

Comme passager dans une voiture roulant pendant 1 heure sans s'arrêter

Allongé pour se reposer l'après-midi quand les circonstances le permettent

Assis en train de parler à quelqu'un

Assis calmement après un repas sans alcool

Au volant d'une voiture immobilisée quelques minutes dans un encombrement

Le total est noté sur 24 :

score de 0 à 6 : Bon sommeil

score de 7 à 8 : Moyenne

score > 9 : Risque de somnolence pathologique

Annexe 7- Détecter une éventuelle obésité secondaire

- Par hypothyroïdie

Recherche d'un goitre

Signes cliniques évoquant un myxœdème :

Infiltration cutanée et sous cutanée : visage arrondi, paupières gonflées, doigts boudinés

Infiltration muqueuse : hypoacousie, macroglossie, ronflements

Troubles cutanés : peau sèche, teint cireux, diminution de la pilosité

En l'absence de signes cliniques en faveur d'une hypothyroïdie, il n'y a pas d'indication à faire un dosage de la TSH

- Par hypercorticisme :

Vergetures pourpres

Bosse de bison

Amyotrophie des racines des membres

Érythrose faciale

Hirsutisme

En l'absence de signes cliniques en faveur d'une maladie de Cushing il n'y a pas d'indication à faire un dosage du cortisol libre urinaire/24h

Bibliographie

AFERO - Bilan initial d'un excès de poids ; L'évaluation clinique ; Questionnaire de Ricci et Gagnon ; Stades de changement de Prochaska et DiClemente ; Anamnèse, Le retentissement sur la vie quotidienne

AMELI - Évaluation du risque d'événement cardiovasculaire fatal à 10 ans, Table SCORE

CHU Limoges - Journal alimentaire

DURRER, SCHUTZ. Utilité des outils pratiques pour la prise en charge de l'obésité au cabinet médical, Prim Care, 2009

HAS. Anorexie mentale : prise en charge, 2010

http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2010-09/argu_anorexie_mentale.pdf

HAS. Arrêt de la consommation de tabac, 2014

http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-01/argumentaire_scientifique-arret_de_la_consommation_de_tabac.pdf

HAS. Surpoids et obésité de l'adulte : prise en charge médicale de premier recours ; Recommandations pour la pratique clinique ; Argumentaire, 2011

http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2011-09/2011_09_30_obesite_adulte_argumentaire.pdf

Remerciements pour leur soutien apporté à ce travail à l'Association ALAIR et au Réseau LINUT, aux Conseils de l'Ordre des Médecins de la Haute-Vienne, de la Corrèze et de la Creuse, au Professeur N. Dumoitier, ainsi qu'à tous les Médecins Généralistes ayant participé à l'enquête préliminaire de faisabilité.