



LA LETTRE D'INFORMATION EN DIETETIQUE ET NUTRITION A L'ATTENTION DES ETABLISSEMENTS SANITAIRES ET MEDICO-SOCIAUX



NUMERO 10 - NOVEMBRE 2008

L'édito...

Je tenais à vous faire partager un sujet d'actualité : Comment prendre en charge le patient obèse dans une structure de soin. Ces quelques éléments peuvent être le début d'une discussion et d'un projet au sein de vos établissements.

Le potage est un plat incontournable des tables d'hiver. Quels sont ses bienfaits ?

Claire LOUREIRO
Diététicienne Vitalrest

Epidémiologie de l'obésité

L'obésité est une maladie complexe. Son traitement difficile lui a donné la réputation d'être une maladie incurable dont le malade « glouton ou paresseux » est responsable.



Cette affection est la plus fréquente des maladies nutritionnelles dans les pays développés et pourtant elle n'est pas toujours considérée comme une véritable maladie par beaucoup de patients et de médecins.

En France 39% des hommes et 26% des femmes sont en excès pondéral (IMC>25) et 6% hommes et femmes confondus sont obèses (IMC>30). **En 2003 : 15% des enfants sont en surpoids.**

La prévalence de l'obésité augmente jusqu'à 60 ans puis diminue.

Différence raciale : la prévalence de l'obésité est plus importante chez les femmes de race noire que chez les femmes de race blanche.

Dans les pays développés, l'obésité est plus fréquente dans les classes sociales défavorisées et notamment chez les femmes.

Prise en charge du patient obèse hospitalisé

a. Définition

L'évaluation de l'obésité repose sur l'analyse de 2 paramètres qui jouent un rôle indépendant vis à vis des complications de la maladie :

- l'excès de masse grasse
- La répartition du tissu adipeux

- Type I : obésité diffuse
- Type II : obésité androïde (abdominale)
- Type III : obésité viscérale (autour des organes)
- Type IV : obésité gynoïde (bas du corps)

- Indice de masse corporelle (IMC = Poids/Taille²) > 30
- Risque +++ si tour de taille

>102 cm chez l'homme

>88 cm chez la femme



LA LETTRE D'INFORMATION EN DIETETIQUE ET NUTRITION A L'ATTENTION DES ETABLISSEMENTS SANITAIRES ET MEDICO-SOCIAUX



NUMERO 10 - NOVEMBRE 2008

b. L'obésité, une maladie chronique

L'obésité témoigne de l'incapacité du système réglant les réserves énergétiques à faire face aux évolutions des modes de vie. C'est une maladie chronique évolutive liée à l'environnement et aboutissant à une pathologie d'organe (le tissu adipeux).

Tout au long de la vie, le tissu adipeux reste capable de se développer en fonction des besoins énergétiques et de la situation hormonale. L'augmentation de la masse grasse résulte d'une augmentation de la taille des adipocytes (hypertrophie) ou de leur nombre (hyperplasie) soit des 2. L'hypertrophie précède généralement l'hyperplasie. Il existe une taille cellulaire maximum. Au delà d'une taille critique, les adipocytes se multiplient. Le problème est qu'une fois créés, ces adipocytes restent disponibles pour stocker. C'est ainsi qu'au delà d'une certaine ampleur et d'une certaine durée, le retour au poids antérieur devient difficile.

Plusieurs phases de l'obésité :

- **Phase de constitution** : phase initiale, phase de prise de poids sous la pression du comportement et de l'environnement. Les réserves adipeuses augmentent mais cette inflation reste réversible pendant longtemps.
- **Phase de maintien**
- **Phase de l'obésité constituée** : multiplication des adipocytes qui ne demandent qu'à se remplir + nouvelle innervation du tissu adipeux qui constitue un nouvel équilibre, duquel il est difficile de sortir. Certains parlent de changement de « set point ». L'obésité s'organise et devient de moins en moins sensible aux mesures comportementales (régime, activité physique) : les tentatives de perte de poids sont de plus en plus vouées à l'échec. On entre dans la phase dite de « yoyo » témoignant d'une résistance croissante au traitement. Les cellules adipeuses une fois vidées par le régime ne demande qu'à se remplir à nouveau d'où l'extrême difficulté de la stabilisation.

c) Prise en charge de l'obésité de l'adulte

Il est primordial de ne pas se focaliser sur un nombre de kilos à perdre. L'objectif pondéral de 5 à 15% par rapport au poids initial est réaliste et suffisant.

Ex : individu pesant 100kg, une perte de 5 à 15kg est suffisante pour réduire les complications et le risque morbide.

2 phases :

- Réduction pondérale
- Stabilisation
-

Une perte de 1 à 4kg par mois est conseillée.

Évaluation des habitudes alimentaires
+
Désordres du comportement alimentaire (grignotage, compulsions,...)
+
Dépenses énergétiques des 24h
(dépense énergétique de repos X niveau d'activité physique)



LA LETTRE D'INFORMATION EN DIETETIQUE ET NUTRITION

A L'ATTENTION DES ETABLISSEMENTS SANITAIRES ET MEDICO-SOCIAUX



NUMERO 10 - NOVEMBRE 2008

Évaluation des dépenses énergétiques

① Évaluation de la dépense énergétique de repos (DER, kcal/j) en fonction du sexe, de l'âge et du poids (kg) d'après l'OMS.^{2,4}

ÂGE	HOMMES	FEMMES
10 à 18 ans	17,5 x poids + 651	12,2 x poids + 746
18 à 30 ans	15,3 x poids + 679	(4,7 x poids + 496)
30 à 60 ans	11,6 x poids + 879	8,7 x poids + 829
> 60 ans	13,5 x poids + 487	10,5 x poids + 596

② La dépense énergétique des 24 h est calculée en multipliant la valeur de la dépense énergétique de repos par un facteur dépendant de l'activité physique et du sexe.^{2,4}
DE 24 h = DER x NAP

NIVEAU D'ACTIVITÉ PHYSIQUE (NAP)	HOMMES	FEMMES
Léger	1,55	1,56
Modéré	1,78	(1,64)
Intense	2,10	1,82

Traitement :

Alimentaire :

1. Régimes restrictifs personnalisés : 1500 à 1800kcal/jour; selon la DE des 24h à laquelle on enlève 500kcal
2. Régimes à bas niveau calorique : 800 à 1200kcal/jour; difficile à suivre longtemps, risque de carences, pas plus de quelques semaines
3. Régimes très basses calories < 800kcal/jour; risque de rechute, perte de masse maigre, pas plus de 4 semaines, peut servir au patient pour démarrer et le motif

Chaque phase sera suivie d'une période de stabilisation.



Se référer aux besoins énergétiques du sujet peut être utile, pour éviter de prescrire une restriction trop sévère par sous estimation des apports alimentaires habituels du sujet.

Et/ou *approche cognitivo - comportementale* : qui donne de bon résultat, se fait avec un professionnel formé en technique comportementale

Médicamenteux :

Son intérêt principal est de favoriser la stabilité pondérale à moyen terme. Cela implique la prescription au long court de molécules

- L'orlistat (*Xénical*) : diminue de 30% l'absorption des graisses
- La subutramine (*Sibutral*) : anorexigène mais beaucoup de contre-indication
- *Ribonabant* : régulation du comportement alimentaire, obésité abdominale et syndrome métabolique (arrêt commercialisation).
- Si obésité sévère : traitement médicamenteux + Chirurgie

Pour que le patient conserve sa perte de poids, il est impératif que les bénéfices qu'il en retire soient supérieurs aux contraintes engendrées par le régime et qu'il puisse intégrer ce nouveau mode alimentaire dans sa vie quotidienne.



LA LETTRE D'INFORMATION EN DIETETIQUE ET NUTRITION A L'ATTENTION DES ETABLISSEMENTS SANITAIRES ET MEDICO-SOCIAUX



NUMERO 10 - NOVEMBRE 2008

d) Adhésion du patient

1. Bien expliquer les enjeux, pourquoi la perte de poids est nécessaire. Le patient doit trouver ses propres motivations, qui peuvent être différentes du soignant.
2. Le patient doit comprendre ce qui l'a amené à cette prise de poids en retraçant son historique de poids afin de ne pas refaire les mêmes erreurs.
3. Le patient et le soignant fixent ensemble des objectifs : alimentation, activité physique...
4. Le soignant élabore avec le patient un programme alimentaire : menus choisis avec le patient, il trouve des compromis.
5. Le patient a bien le repas prévu.
6. Le patient doit continuer le régime à sa sortie : lui donner des conseils pour continuer, l'orienter vers une diététicienne, un psychologue...

Améliorer l'adhésion du patient en conservant le plaisir de manger

- En entrée, on peut proposer crudités, mais aussi jambon, œuf dur, une sauce à base de fromage blanc ...
- En plat, pour éviter que les viandes et poisson ne soient trop secs, des sauces légères à base de bouillon de viande/poisson additionnées de fécule ou farine pour épaissir, des jus dégraissés, une rondelle de citron, de la moutarde...
- L'assaisonnement des légumes est important : herbes, curry, persil...
- Varier les desserts en proposant : des entremets sans sucre, des fruits cuits sans sucre, des salades de fruits...

Suivi d'un patient obèse

1. Pesée une fois/semaine pour vérifier l'efficacité du régime
2. Refaire le point avec lui pour savoir si les menus lui conviennent et répondre à ses questions
3. Proposer éventuellement un entretien avec le chef de cuisine

Les bienfaits du potage

1. Hydratation : apport en eau et en sel. L'eau et le sel s'équilibrent dans le corps. Si l'on apporte l'eau sans le sel, le corps élimine plus d'eau.

2. Apport en fibres : la population française ne consomme pas assez de fibres. Apport en fibres douces (car cuites) qui ont la capacité de retenir l'eau et donc d'augmenter le volume des selles.

3. Effet rassasiant : pris en début de repas, il permet de calmer les gros appétits, il ralentit la digestion de part sa teneur en fibres. Il est par contre déconseillé pour les personnes qui ont un faible appétit car après le potage, elles risquent de ne plus avoir faim.

4. Apport en légumes : notamment en ses vitamines et minéraux ; et contribue à l'apport recommandé de 5 légumes par jour.



VITALREST « LA LETTRE DIETETIQUE » N° 10 - NOVEMBRE 2008

CONTACT : ME CLAIRE LOUREIRO - DIETETICIENNE

06 71 58 17 66 OU contact@vitalrest.com