

Obésité et libre examen

Obesity and free inquiry

M. Kutnowski

Clinique Interdisciplinaire du Traitement de l'Obésité et Département de Médecine Interne,
C.H.U. Brugmann

RESUME

L'O.M.S. a placé l'excès de poids dans les dix premiers facteurs de risque de mortalité et de morbidité. La prise en charge habituelle de l'excès de poids aboutit généralement à un échec. Devant ce qu'il convient de considérer comme une maladie chronique, prenant des allures de pandémie non infectieuse, et au regard de ses conséquences dramatiques, il faut se demander si la réponse que nous proposons à la demande de nos patients est adéquate, plutôt que de l'imputer à leur absence de volonté.

L'explication de la genèse de l'excès de poids ne peut se réduire à un bilan calorique. La littérature médicale fournit des arguments permettant de suspecter que les obèses présentent des caractéristiques physiologiques différentes.

Rev Med Brux 2006 ; 27 : S 372-4

ABSTRACT

The W.H.O. identifies obesity as one of the ten leading health risk factors. Obesity is a worldwide non-infectious pandemic with dramatic consequences, and its usual treatment comes generally to a failure. One may wonder if our therapeutic proposal is adequate, instead of speaking about the lack of willpower of our patients.

The explanation of weight gain should not be reduced to a caloric balance. Obese people may have other physiological characteristics than lean ones. Examples are quoted.

Rev Med Brux 2006 ; 27 : S 372-4

Key words : *obesity, free inquiry, obesity treatment*

OBESITE ET LIBRE EXAMEN

Some share the societal misconception that obesity is a lack of discipline or willpower rather than a chronic disease¹

Proclamant la liberté de conscience, le libre examen ne doit pas voir son application limitée au domaine des idées. Il est évident que les sciences ne peuvent évoluer sans remise en question. La médecine est habituée à cette interrogation permanente, à l'examen avec esprit critique de notre activité professionnelle. Il est évident que le libre examen doit aussi s'appliquer à notre propre comportement.

Depuis quelques années, nous sommes entrés dans l'ère de l' " *Evidence Based Medicine* ". Il est une évidence, connue des médecins et diététiciens : l'attitude classique dans la prise en charge de l'obésité se conclut généralement par un échec.

Dès 1997, l'Organisation Mondiale de la Santé (O.M.S.) attirait l'attention sur l'épidémie, devenue mondiale, de l'excès de poids, épidémie qui n'atteint

plus uniquement les pays riches, et qui n'est pas due à un agent transmissible². Dans son " Rapport sur la santé dans le monde " de 2002, l'O.M.S. place l'obésité parmi les dix premiers facteurs de risque de mortalité et de morbidité³.

Facteurs de risque ou maladie, l'excès de poids dû à une accumulation de tissu adipeux intra-abdominal raccourcit statistiquement la vie ; à tout le moins, il réduit la qualité de vie.

L'obésité est probablement la seule affection pour laquelle la réponse du corps médical se place parfois sur le plan de la morale ou du jugement, plutôt que d'admettre la faillite des différents " régimes " proposés. Différentes études montrent qu'une prise en charge interdisciplinaire, appuyée sur une diététique souple, est plus effective dans ses résultats que des " régimes " rigides⁴. Les *Guidelines* de la *Belgian Association for the Study of Obesity* (BASO) peuvent servir de base aux propositions thérapeutiques, en fonction de différents facteurs⁵. Mais il convient impérativement de sortir l'obésité du champ de la morale.

Manger, c'est-à-dire s'approprier une portion du monde extérieur pour vivre, est un acte fondamental de la matière vivante. Cet acte est d'une grande complexité, que ce soit au niveau neurologique, hormonal ou autre, et toute simplification dans la prise en charge de ses éventuelles déviations est abusive.

La littérature médicale spécialisée fournit d'autre part des arguments montrant que, éventuellement en rapport avec la génétique, les obèses sont parfois effectivement différents des non-obèses.

Il y a plus de 40 ans déjà que les Indiens Pima, localisés en Arizona, sont connus comme étant une population humaine où l'obésité et le diabète de type 2 connaît une prévalence importante, liée à une impitoyable sélection " naturelle " que la colonisation a fait subir aux premiers occupants du continent Nord-Américain⁷⁻⁹.

Des expériences montrent également que des obèses ressentent parfois la satiété différemment. Ainsi, l'injection de bombésine n'entraîne pas de satiété lorsqu'on l'injecte à des femmes obèses, au contraire de l'action de cette hormone chez des sujets à indice de masse corporelle normal¹⁰.

La salivation peut aussi être différente : elle est fonction de la charge calorique préalable¹¹ et d'une certaine fatigabilité chez le sujet à poids normal que l'on soumet à des stimuli gustatifs¹², alors qu'elle ne varie pratiquement pas chez l'obèse.

Si l'obèse et le non-obèse passent à peu près le même temps couchés, le premier est plus souvent assis et bouge moins la journée que le second¹³. Le fait de maigrir pour le sujet obèse, ou d'être soumis à un régime grossissant pour le sujet à poids normal, n'entraîne pas de modification de ses comportements. Ceux-ci semblent donc être génétiques.

De même, la réponse à l'ingestion d'un repas, mesurée au PET-scan cérébral, entraîne une réponse au niveau de l'insula différente chez l'obèse et chez le non-obèse¹⁴. L'amaigrissement n'entraîne pas de modification chez l'ex-obèse.

Récemment, K. Spiegel et l'équipe d'E. Van Cauter ont aussi attiré l'attention sur la possible intervention de la réduction du sommeil comme facteur modifiant le comportement alimentaire et entraînant une résistance à l'insuline¹⁵.

Le grignotage, parfois unique source de calories excédentaires, n'est pas qu'affaire de volonté. Le stress induit la prise d'aliments chez bon nombre d'animaux, qu'ils soient mammifères, gallinacés ou poissons¹⁶ !

Il est de plus évident que l'on ne peut se contenter de l'habituel bilan calorique, sans doute simpliste dans sa conception, pour envisager le traitement de l'obèse. La façon de manger intervient vraisemblablement également. Ainsi, l'obèse mange souvent plus vite et mastique moins son alimentation¹⁷.

Il est également possible que la thermogénèse postprandiale soit plus basse¹⁸. Cette thermogénèse comporte deux phases : une première est céphalique, et induite par le goût ; elle est probablement décapitée chez l'obèse qui mange vite¹⁹.

CONCLUSION

La prise en charge de l'obésité doit donc s'inquiéter non seulement de ce qu'ingère l'obèse, mais aussi du " comment " il l'ingère. La prise en charge multidisciplinaire, basée sur les *Guidelines* de la BASO, aura dans ces conditions plus de chance d'obtenir un résultat valable. Le but ne sera pas d'atteindre un poids " idéal " ; une réduction pondérale d'environ 10 % entraînera déjà une amélioration significative de l'état de santé et du pronostic. Il ne faudra pas hésiter, sous certaines conditions, à faire appel à une aide médicamenteuse ou à la chirurgie bariatrique.

Thus, to say that people get fat because they overeat is not different from saying that the sun comes up because it is morning. The assertion (...) is empty of content because it simply restates the definition of terms⁶

BIBLIOGRAPHIE

1. Hill JO, Rippe JM, Despres JP, Foreyt JP, Sjostrom L, Wolf AM : The future of obesity management and health : it's time for a new approach. *Obes Res* 1998 (Suppl 1) : 39S-47S
2. W.H.O. : The World Health Report 1997. Conquering suffering, Enriching humanity
3. W.H.O. : The World Health Report 2002. Reducing Risks, Promoting Healthy Life
4. Westenhoefer J, von Falk B, Stellfeld A, Fintelmann S : Behavioural correlates of successful weight reduction over 3 y. Results from the Lean Habits Study. *Int J Obes Relat Metab Disord* 2004 ; 28 : 334-5
5. Le Consensus du BASO : Un guide pratique pour l'évaluation et le traitement de l'excès de poids. Leuven, Muls E, ed, 2002
6. Bennett W : Dietary treatments of obesity. *Ann N Y Acad Sci* 1987 ; 499 : 250-63
7. Johnson JE Jr, McNutt CW : Diabetes mellitus in an American Indian population isolate. *Tex Rep Biol Med* 1964 ; 22 : 110-25
8. Ede MC : Diabetes and the way of life on an Indian reservation. *Guys Hosp Rep* 1966 ; 115 : 455-61
9. Comess LJ, Bennett PH, Burch TA, Miller M : Congenital anomalies and diabetes in the Pima Indian of Arizona. *Diabetes* 1969 ; 18 : 471-7
10. Lieverse RJ, Masclee AA, Jansen JB, Lam WF, Lamers CB : Obese women are less sensitive for the satiety effects of bombesin than lean women. *Eur J Clin Nutr* 1998 ; 52 : 207-12
11. Wooley OW, Wooley SC, Woods WA : Effect of calories on appetite for palatable food in obese and nonobese humans. *J Comp Physiol Psychol* 1975 ; 89 : 619-25
12. Epstein LH, Paluch R, Coleman KJ : Differences in salivation to repeated food cues in obese and nonobese women. *Psychosom Med* 1996 ; 58 : 160-4

13. Levine JA, Lanningham-Forster LM, McCrady SK *et al* : Interindividual variation in posture allocation : possible role in human obesity. *Science* 2005 ; 307 : 530-1
14. DelParigi A, Chen K, Hill JO *et al* : Persistence of abnormal neural response to a meal in postobese individuals. *Int J Obes Relat Metab Disord* 2004 ; 28 : 370-7
15. Spiegel K, Knutson K, Leproult R, Tasali E, Van Cauter E : Sleep loss : a novel risk factor for insulin resistance and Type 2 diabetes. *J Appl Physiol* 2005 ; 99 : 2008-19
16. Carruba MO, Blundell JE : *Pharmacology of eating disorders*. New York, Raven Press, 1986
17. Wagner M, Hewitt MI : Oral satiety in the obese and nonobese. *J Am Diet Assoc* 1975 ; 67 : 344-6
18. De Palo C, Macor C, Siculo N, Vettor R, Scandellari C, Federspil G : Dietary-induced thermogenesis in obesity. Response to mixed and carbohydrate meals. *Acta Diabetol Lat* 1989 ; 26 : 155-62
19. Diamond P, LeBlanc J : Hormonal control of postprandial thermogenesis in dogs. *Am J Physiol* 1987 ; 253 : E521-9

Correspondance et tirés à part :

M. KUTNOWSKI
C.H.U. Brugmann
Clinique Interdisciplinaire du Traitement de l'Obésité
et Département de Médecine Interne
Place A. Van Gehuchten 4
1020 Bruxelles

Travail reçu le 22 mai 2006 ; accepté dans sa version définitive le 19 juin 2006.