

# LA VIGNETTE DIAGNOSTIQUE DE L'ÉTUDIANT

## Mise au point d'un patient consultant pour obésité

J. DE FLINES (1), M. RORIVE (1), N. ESSER (2), N. PAQUOT (3), F. LUYCKX (4), A.J. SCHEEN (5)

**RÉSUMÉ :** L'obésité est de plus en plus commune dans notre société et les consultations médicales pour mise au point et prise en charge d'une surcharge pondérale sont fréquentes. Avant d'envisager un plan thérapeutique, une mise au point soigneuse s'impose. L'approche diagnostique d'une personne obèse doit se faire selon la même procédure systématique que chez un patient présentant une autre pathologie chronique. Cette vignette clinique a pour but de décrire les étapes principales d'une anamnèse fouillée, les signes à rechercher particulièrement lors de l'examen clinique et les quelques examens complémentaires de base (notamment en biologie clinique) à programmer chez une personne qui consulte pour mise au point d'obésité. En fonction des éléments recueillis, les modalités de la prise en charge pourront être définies, idéalement dans une approche multidisciplinaire.

**MOTS-CLÉS :** Anamnèse - Biologie - Complications - Diagnostic - Obésité - Séméiologie - Syndrome métabolique

### CLINICAL EVALUATION OF AN OBESE PERSON

**SUMMARY :** Obesity is increasingly prevalent in our society and medical consultations for evaluation and management of weight excess are frequent. Before considering a therapeutic strategy, a careful initial clinical assessment is mandatory. The diagnostic approach of an obese person should be similar as for any other chronic pathology. The objectives of the present clinical description are to report the main steps of an exhaustive anamnesis, the signs to be more specifically detected at the clinical examination and the other useful investigations to be programmed at first glance in a person who is visiting his/her medical doctor because of obesity. Based upon the data collected during this careful evaluation, therapeutic modalities may be defined, ideally in the frame of a multidisciplinary approach.

**KEYWORDS :** Anamnesis - Biology - Complications - Diagnosis - Metabolic syndrome - Obesity - Semeiology

## INTRODUCTION

L'obésité est devenue un problème majeur de santé publique (1). En effet, la prévalence de l'obésité est en augmentation constante, les individus en sont atteints à un âge de plus en plus précoce et les complications associées à l'excès de poids sont multiples et potentiellement graves, hypothéquant à la fois la qualité et l'espérance de vie. L'obésité, en particulier celle privilégiant l'adiposité abdominale, s'accompagne d'un risque accru d'anomalies métaboliques qui prédisposent aux maladies cardio-vasculaires (2). Par contre, un certain nombre de sujets obèses sont indemnes de complications métaboliques, mais restent, bien entendu, confrontés aux nombreuses autres complications, notamment mécaniques, liées à l'excès de poids (3). Il apparaît que l'obésité vraie, définie par un indice de masse corporelle (IMC) > 30 kg/m<sup>2</sup>, est proportionnellement plus fréquente dans la population féminine que masculine. De nombreuses femmes consultent leur médecin traitant pour trouver une solution à leur problème d'obésité, souvent dans un souci esthétique mais aussi, parfois, pour prévenir ou

soulager divers problèmes médicaux directement liés à l'excès de poids (4).

Avant de définir la prise en charge, il est essentiel de faire une mise au point soigneuse, qui permettra de définir au mieux les objectifs et les modalités du traitement (5). De façon schématique, elle peut être réalisée en trois étapes successives. D'abord, il faut prendre en compte les données appartenant au passé, en retraçant l'histoire familiale et personnelle du sujet ainsi que les résultats des éventuelles tentatives d'amaigrissement antérieures. Ensuite, il convient d'analyser soigneusement les données présentes, notamment le style de vie actuelle, la sévérité de la surcharge pondérale, son type de distribution et l'importance des complications déjà présentes, s'il en est. Enfin, il faut mettre ces données en perspective, de façon à estimer le pronostic final du patient obèse pour mieux fixer les objectifs et les stratégies thérapeutiques.

L'exploration d'un sujet obèse vise à mieux comprendre la maladie, ses causes et ses conséquences, de façon à optimiser la prise en charge ultérieure (6, 7). Cette vignette clinique a pour but de familiariser l'étudiant en médecine avec l'approche diagnostique de base d'un sujet obèse.

## PRÉSENTATION DE LA VIGNETTE

*Madame X, 35 ans, 90 kg pour 165 cm, consulte son médecin traitant pour bénéficier d'une aide pour perdre du poids. Elle présente*

(1) Chef de Clinique (2) Assistante, Aspirante FNRS (3) Chargé de cours, Chef de Service Associé (4) Chef de Laboratoire d'Endocrinologie, Département de Biologie clinique, Unilab (5) Professeur ordinaire, Université de Liège, Chef de Service, Service de Diabétologie, Nutrition et Maladies métaboliques et Unité de Pharmacologie clinique, CHU de Liège.

*un excès pondéral de longue date et a fait de multiples tentatives de régime sans grand succès. Elle est assez désespérée. Elle a récemment rencontré une connaissance qui a opté pour la solution d'une chirurgie bariatrique et qui s'est montrée très satisfaite. La patiente souhaiterait savoir si elle peut également bénéficier de cette approche chirurgicale. Avant de consulter un chirurgien, elle souhaiterait cependant en discuter avec son médecin de famille.*

## QUESTIONS POSÉES

- 1) *Rapportez, de façon structurée, les éléments principaux que vous allez recueillir à l'anamnèse pour affiner l'histoire de l'obésité.*
- 2) *Décrivez les signes principaux que vous allez rechercher lors de l'examen clinique.*
- 3) *Précisez quels examens complémentaires de base vous souhaitez réaliser en première intention.*

## RÉPONSES PROPOSÉES

### **1) Rapportez, de façon structurée, les éléments principaux que vous allez recueillir à l'anamnèse pour affiner l'histoire de l'obésité**

Comme pour toute maladie chronique, l'anamnèse doit envisager successivement les antécédents familiaux et les antécédents personnels.

#### A) HISTOIRE FAMILIALE

L'obésité est une maladie complexe dans laquelle interviennent génétique et environnement (8). L'obésité commune est polygénique et on estime qu'environ 40 % du poids est sous contrôle de la génétique comme l'ont suggéré les études de ségrégation familiale, d'enfants adoptés à la naissance et de comparaison de jumeaux monozygotes et dizygotes. L'anamnèse familiale est donc essentielle à la recherche de cas d'obésité dans les deux branches parentales et dans la fratrie.

Outre l'obésité familiale en tant que telle, il convient également de faire l'inventaire des complications directement en relation avec l'excès de poids, dont certaines ont une composante héréditaire bien connue comme le diabète de type 2 ou encore l'hypertension artérielle. L'existence ou non de maladies cardio-vasculaires, en particulier précoces, doit également être recherchée dans la famille proche. Il existe, en effet, des obésités dépourvues de compli-

cations cardio-métaboliques, potentiellement moins dangereuses pour la santé (3).

#### B) HISTORIQUE DE L'OBÉSITÉ

La reconstitution de l'historique de l'obésité doit s'intéresser à l'âge d'apparition, aux circonstances favorisantes et aux tentatives antérieures d'amaigrissement.

##### - Age d'apparition

Il est important de connaître le moment d'apparition de l'obésité, même si l'anamnèse peut parfois être imprécise à ce sujet compte tenu d'une prise de poids progressive, parfois insidieuse. Une apparition très précoce, dès la petite enfance, doit faire évoquer une composante génétique importante. Souvent la prise pondérale débute à la puberté, auquel cas il faut penser à une origine psychologique ou éventuellement hormonale. L'apparition d'une obésité à un stade plus tardif plaide plutôt pour une composante environnementale dans laquelle peuvent jouer soit un excès des apports alimentaires, soit une réduction marquée de l'activité physique, soit une combinaison des deux; ces modifications du style de vie résultent souvent d'un profond changement au niveau professionnel ou familial. D'une façon générale, plus l'obésité est apparue précocement, plus sa durée d'évolution a été longue et plus le risque de complications liées à la surcharge pondérale est élevé.

##### - Circonstances favorisantes

Une anamnèse soignée permet souvent de déceler l'une ou l'autre circonstance favorisante. Citons la puberté, la grossesse (avec parfois des traitements hormonaux pour hypofertilité) et la ménopause, trois circonstances clé dans la vie d'une femme. Chez l'homme, on retrouve plus fréquemment l'interruption de la pratique d'un sport, l'arrêt du tabagisme, une période de consommation d'alcool exagérée. Enfin, il faut également être attentif à l'existence éventuelle d'un accident entraînant une immobilisation prolongée, à la notion d'antécédents dépressifs ou encore à l'instauration d'un traitement médicamenteux susceptible de faire prendre du poids (glucocorticoïdes, psychotropes, ...).

##### - Hygiène de vie et tentatives d'amaigrissement

Tout patient consultant pour obésité doit être interrogé sur ses habitudes de vie. On s'intéressera à son comportement alimentaire et à son activité physique. L'anamnèse alimentaire doit

être à la fois quantitative (estimation de l'apport calorique global) et qualitative (fractionnement des repas, répartition des nutriments, alcool, boissons sucrées, ...) (voir plus loin). L'activité physique doit être décortiquée en termes d'activités professionnelles et de loisir, en essayant de déterminer l'intensité, la durée et la fréquence des différentes activités rapportées. L'existence éventuelle d'un tabagisme doit également être recherchée.

Il ne faut pas oublier de répertorier les tentatives antérieures d'amaigrissement. En effet, la plupart des personnes obèses qui consultent ont déjà tenté de perdre du poids soit par elles-mêmes, soit avec une aide médicale ou paramédicale. Il convient de détecter quelles mesures auraient éventuellement été couronnées de succès, au moins de façon temporaire, et d'essayer de comprendre pourquoi les autres se sont soldées par un échec. Ces expériences antérieures sont, en effet, susceptibles de guider les stratégies thérapeutiques ultérieures.

### C) BILAN DES PLAINTES EN RELATION AVEC L'OBÉSITÉ

Il s'agit d'une étape essentielle dans la mise au point d'une obésité. Plus les plaintes sont nombreuses et importantes, plus le patient pourra être motivé à adhérer aux propositions thérapeutiques qui lui seront faites et, le cas échéant, plus le médecin pourra s'orienter vers des solutions thérapeutiques plus drastiques. Les plaintes du sujet obèse peuvent être en relation avec des complications cardio-métaboliques, mécaniques ou psychologiques.

Les plaintes en relation avec les complications cardio-métaboliques sont assez rares, alors que ces dernières sont souvent les plus dangereuses pour la santé (2, 7, 9). Les symptômes les plus souvent cités sont d'ordre mécanique, comme la dyspnée (au moindre effort), l'inconfort dans les mouvements de la vie quotidienne, les douleurs articulaires, la lourdeur des membres inférieurs, la fatigue, le ronflement avec parfois syndrome d'apnée du sommeil (associé à une hypersomnie nocturne). Sur le plan psychologique, la peur du regard des autres et la dépréciation de l'image de soi pouvant aller jusqu'à la dépression sont fréquemment observées, en particulier dans la population féminine (4). Citons également, chez la femme, des troubles du cycle menstruel et de la fertilité.

## 2) Décrivez les signes principaux que vous allez rechercher lors de l'examen clinique

### A) QUANTIFIER L'IMPORTANCE DE L'OBÉSITÉ

Le calcul de l'indice de masse corporelle [IMC = poids (kg)/taille (m)<sup>2</sup>] reste une mesure essentielle chez tout sujet obèse. En effet, l'IMC permet de distinguer un simple excès de poids (IMC : 25-29,9 kg/m<sup>2</sup>), une obésité modérée (IMC : 30-34,9 kg/m<sup>2</sup>), une obésité sévère (IMC : 35-39,9 kg/m<sup>2</sup>) et une obésité extrême (IMC : ≥ 40 kg/m<sup>2</sup>). Rappelons que de nombreuses études ont montré une relation très nette entre le risque de morbi-mortalité et l'IMC, avec un risque minimum pour un IMC entre 18,5 et 25 kg/m<sup>2</sup>.

### B) PRÉCISER LA DISTRIBUTION DE LA MASSE GRASSE

Un autre paramètre clinique simple à mesurer, mais, hélas, encore trop souvent négligé, est le tour de taille. Cette mesure se fait avec un mètre ruban en position debout, en fin d'expiration simple. Elle représente une composante de base des critères du syndrome métabolique (2). Rappelons le dimorphisme sexuel qui la caractérise. Chez la femme, la valeur normale est < 80 cm, le risque cardio-métabolique est modérément accru entre 80 et 88 cm et le risque est très accru si la valeur est > 88 cm. Chez l'homme, la valeur normale est < 94 cm, le risque est modérément accru entre 94 et 102 cm et le risque est très accru si la valeur est > 102 cm.

Auparavant, la mesure du rapport taille/hanches avait été privilégiée pour être abandonnée au profit de la mesure plus simple de la circonférence abdominale. Pourtant, le rapport taille/hanches pourrait être plus discriminant puisqu'il prend également en compte la graisse glutéo-fémorale dont on pressent un certain rôle protecteur sur le plan cardio-métabolique (3).

La mesure de la circonférence du cou peut également être un indice orientant vers une possibilité de syndrome d'apnée du sommeil en cas de cou court et adipeux, en particulier si le patient signale un ronflement.

### C) RECHERCHER DES STIGMATES POUVANT ORIENTER VERS UNE MALADIE CAUSALE

L'examen clinique peut exceptionnellement mettre en évidence des signes qui pourraient évoquer un dysfonctionnement hormonal. Deux pathologies endocriniennes viennent à l'esprit, d'une part, l'hypothyroïdie, d'autre part, l'hypercorticisme. L'hypothyroïdie est souvent fruste et donne rarement une obésité

importante. Un goitre peut parfois être palpé. Les signes cliniques d'hypothyroïdie, rarement objectivés, sont un myxoedème, une bouffissure du visage, une raréfaction de la queue des sourcils. Si un hypercorticisme est responsable d'obésité, il s'exprime souvent cliniquement par des stigmates assez évidents comme une redistribution de la masse grasse (obésité tronculaire), des vergetures pourpres, une nuque de bison, une amyotrophie relative, ... Il faut cependant noter que ces causes endocriniennes de l'obésité sont tout à fait exceptionnelles.

#### D) RECHERCHER DES COMPLICATIONS ÉVENTUELLES DE L'OBÉSITÉ

Les complications cardio-vasculaires sont les plus souvent recherchées. Il convient d'exclure une hypertension artérielle, des stigmates d'athérosclérose (présence de souffle artériel) et une insuffisance veineuse périphérique (œdème avec dermite ocre).

Les complications ostéo-articulaires sont également classiques, en particulier des signes évocateurs d'une coxarthrose ou d'une gonarthrose. Rarement, des stigmates d'arthrite goutteuse peuvent être mis en évidence.

L'hépatomégalie, en relation avec une stéatose, est souvent difficile à objectiver à la palpation en raison de l'obésité abdominale.

### 3) Précisez quels examens complémentaires de base vous souhaitez réaliser en première intention

#### A) Biologie

Sur le plan biologique, il convient 1) de rechercher une éventuelle étiologie endocrinienne à l'obésité; 2) d'étudier les répercussions hormono-métaboliques liées à la surcharge pondérale; et 3) de détecter certaines carences.

#### - Etiologie endocrinienne

Les causes endocriniennes de l'obésité sont, en fait, exceptionnelles (largement < 5 % des cas), en tout cas dans l'état actuel des connaissances médicales. Il convient surtout d'exclure une hypothyroïdie (souvent peu symptomatique, dont le premier signe biologique est un taux de TSH accru) ou, plus rarement, un hypercorticisme organique (clinique suggestive, confirmée par une cortisolurie de 24 heures augmentée).

#### - Répercussions hormono-métaboliques

Diverses perturbations hormonales peuvent être observées, qui sont, très généralement,

secondaires à l'obésité et non primitives : un hyperinsulinisme à jeun et post-prandial (dit réactionnel), témoin d'une insulino-résistance, un léger hypercorticisme fonctionnel d'accompagnement, une hyperandrogénie chez la femme (parfois en association avec un syndrome des ovaires polymicrokystiques), plutôt une hypoandrogénie chez l'homme. Il est important de noter que, chez la femme, l'obésité peut aussi s'accompagner d'une hyperoestrogénémie pouvant augmenter le risque de cancers hormono-dépendants (le tissu adipeux est, en effet, le site de production, de réserve et de conversion des stéroïdes sexuels via la présence d'une enzyme aromatasase qui transforme les androgènes en oestrogènes). Ces anomalies endocriniennes, qui sont la conséquence plutôt que la cause de l'obésité, peuvent être réversibles après amaigrissement. La leptine et d'autres hormones sécrétées par les adipocytes, comme l'adiponectine, ne sont pas dosées en routine clinique.

De nombreuses études ont montré que l'obésité sévère, particulièrement celle à localisation abdominale (viscérale), est fréquemment associée à diverses anomalies métaboliques liées à la résistance à l'insuline et à l'hyperinsulinisme compensatoire. Ces anomalies métaboliques font partie du syndrome métabolique (2, 7, 9). Dans la définition devenue classique du syndrome métabolique, on relève comme anomalies biologiques une élévation de la glycémie à jeun (> 100 mg/dl) une hypertriglycéridémie (> 150 mg/dl) et un abaissement du cholestérol HDL (< 40 mg/dl chez la femme et < 35 mg/dl chez l'homme). La mise en évidence d'une glycémie à jeun légèrement accrue peut orienter vers la réalisation d'une hyperglycémie provoquée par voie orale (HGPO), à la recherche d'un diabète (> 200 mg/dl 2 heures après la charge de 75 g de glucose) ou d'un hyperinsulinisme réactionnel (avec parfois hypoglycémie secondaire) (10).

D'autres anomalies biologiques sont souvent observées comme une hypercholestérolémie, une hyperuricémie ou des marqueurs d'une inflammation silencieuse (hyperfibrinogénémie, augmentation du taux de C-réactive protéine), plus fréquemment chez l'homme que chez la femme. Enfin, il est utile de vérifier les tests hépatiques à la recherche d'une élévation des transaminases (surtout la TGP), en relation avec une stéatose hépatique. En effet, la «Non-Alcoholic Fatty Liver Disease» (NAFLD) ou la «Non-Alcoholic SteatoHepatitis» (NASH) sont des complications fréquentes en cas d'obé-

sité sévère, surtout à composante abdominale marquée (11).

Une des caractéristiques de ces anomalies métaboliques en relation avec l'obésité est qu'elles sont susceptibles de s'améliorer assez rapidement, voire de se corriger totalement, avec une perte de poids qui ne doit pas nécessairement être majeure (une perte de 5 à 10 % du poids de départ peut parfois être suffisante). Il est donc d'intéressant d'assurer un suivi biologique régulier des anomalies mises en évidence de façon à vérifier leur amélioration et ainsi à pouvoir motiver, avec des données objectives encourageantes, le patient dans ses efforts hygiéno-diététiques.

#### - Recherche de carences nutritionnelles

Actuellement, il est bien établi que les patients obèses présentent des carences nutritionnelles fréquentes. Celles-ci sont la conséquence d'une alimentation déstructurée, caractérisée par un régime trop riche sur le plan calorique mais insuffisant pour l'apport en protéines, fibres, vitamines et oligo-éléments. Un bilan biologique de base reprenant le dosage des protéines sériques, le bilan martial (ferritine), le bilan phospho-calcique (calcium, phosphates) et la vitamine D, la vitamine B12 et l'acide folique est donc conseillé lors de la mise au point initiale dans le cadre de la prise en charge et du suivi des patients obèses (12).

Pour les patients qui suivent un régime très restrictif prolongé (cures protéiques à très basses calories), des carences pré-existantes peuvent s'aggraver ou de nouvelles apparaître. C'est également le cas après une chirurgie bariatrique (13). En effet, les techniques restrictives telles que l'anneau gastrique ou la gastrectomie en manchon («sleeve») entraînent une prise calorique faible favorisant la survenue de ces carences. De plus, les techniques à la fois restrictives et malabsorptives, comme le «bypass gastrique» (et davantage encore la dérivation bilio-pancréatique, heureusement peu pratiquée dans notre région) cumulent un apport calorique faible et des phénomènes de malabsorption responsables de la survenue ou de l'aggravation de carences nutritionnelles.

Dans le cadre du suivi biologique après une chirurgie bariatrique, il est recommandé de réaliser un bilan biologique reprenant au minimum le dosage des protéines et de l'albumine, de la ferritine, du calcium, du phosphore et de la vitamine D, de la vitamine B12 et de l'acide folique. Ce bilan doit être réalisé à 3 mois, à 6 mois et à un an après l'intervention chirurgicale,

ensuite de façon annuelle ou semestrielle si des carences persistent. Le dosage de la vitamine B1 est recommandé en cas de symptomatologie neurologique telle que perte de mémoire, dysesthésie ou état confusionnel. Le dosage du zinc, du sélénium ainsi que des vitamines A et E est laissé à l'appréciation du clinicien.

#### B) AUTRES INVESTIGATIONS

Les autres examens paracliniques utiles dans la mise au point d'une obésité sont relativement peu nombreux et doivent être orientés par la clinique et les premiers examens déjà réalisés. Si les plaintes évoquent un syndrome d'apnée du sommeil, ce diagnostic doit être confirmé par la réalisation d'une polysomnographie dont les résultats pourront éventuellement justifier un traitement par pression positive en période nocturne (Cpap). S'il existe un important syndrome métabolique (2, 7, 9) et d'autres facteurs de risque cardio-vasculaire entraînant un niveau de SCORE élevé (14), une exploration cardiologique peut s'avérer utile, surtout avant un éventuel programme de réentraînement physique. Enfin, en cas de signe biologique plaidant pour une stéatose importante, une échographie du foie peut être programmée (11). Enfin, il est utile de rappeler qu'une ostéodensitométrie annuelle est conseillée dans le suivi postopératoire après une chirurgie bariatrique.

#### C) APPROCHE DIÉTÉTIQUE ET COMPORTEMENTALE

Les autres examens concernent une évaluation nutritionnelle plus fouillée, faite par un(e) diététicien(ne) de formation, et un bilan psychologique, dans une approche multidisciplinaire comme dans la mise au point recommandée avant toute chirurgie bariatrique (6).

Une anamnèse alimentaire détaillée effectuée par un(e) diététicien(ne) peut se révéler d'une grande utilité car elle permet, outre de préciser les habitudes alimentaires du sujet, d'établir par la suite une prescription diététique personnalisée, seule susceptible de permettre une perte de poids substantielle et maintenue. Le décompte calorique de l'alimentation a généralement peu d'intérêt en soi car il est entaché de nombreuses erreurs. Habituellement, l'évaluation fine des habitudes alimentaires (choix des aliments, quantités consommées, densité calorique, taille des portions, prises alimentaires en dehors des repas, troubles du comportement alimentaire, etc.) apporte des informations suffisantes. L'analyse des conduites alimentaires est également utile pour proposer des solutions adaptées. Par exemple, la restriction cognitive

TABLEAU I. RÉSUMÉ RÉCAPITULATIF DE LA MISE AU POINT MÉDICALE D'UN SUJET CONSULTANT POUR OBÉSITÉ

Anamnèse	Examen clinique	Investigations
<b>1) Histoire familiale</b> - Obésité - Complications liées à obésité  <b>2) Historique de l'obésité</b> - Age d'apparition - Circonstances favorisantes - Hygiène de vie et tentatives d'amaigrissement  <b>3) Plaintes en relation avec obésité</b> - Cardio-métaboliques - Mécaniques - Psychologiques	<b>1) Quantifier l'excès de poids</b> - Indice de masse corporelle  <b>2) Caractériser l'excès de poids</b> - Tour de taille - Tour du cou  <b>3) Causes de l'obésité</b> - Hypothyroïdie - Hypercorticisme  <b>4) Conséquences de l'obésité</b> - Hypertension - Souffle artériel - Insuffisance veineuse périphérique - Hépatomégalie - Arthrose	<b>1) Biologie : causes de l'obésité</b> - TSH, cortisol  <b>2) Biologie : conséquences de l'obésité</b> - Syndrome métabolique (à jeun : glucose, HDL, tri-glycérides) - Insuline, acide urique, cholestérol, ... - Transaminases hépatiques  <b>3) Biologie : carences éventuelles</b>  <b>4) Autres examens ciblés</b> - Polysomnographie - Examen cardiaque - Anamnèse alimentaire détaillée - Bilan psychologique

- c'est-à-dire une contrainte volontaire que le sujet s'impose dans le but conscient de perdre du poids - est fréquemment observée et peut constituer un facteur d'échec des régimes. Ou encore l'alimentation émotionnelle - c'est-à-dire le mangeur qui répond par un comportement alimentaire plus ou moins impulsif à la montée d'une tension psychologique - est souvent une problématique complexe, difficile à résoudre par la seule approche diététique. Celle-ci doit alors être combinée à une approche psychologique spécifique, si possible par un professionnel qui a une certaine expertise dans ce domaine particulier.

## CONCLUSION

L'obésité doit être considérée comme une maladie chronique et investiguée en tant que telle par une approche systématique (tableau I). Force est de constater qu'elle est souvent mal évaluée en pratique médicale. Cette vignette thérapeutique attire l'attention de l'étudiant sur l'importance d'une mise au point minutieuse avant toute initiative thérapeutique chez la personne obèse. Cette évaluation permettra également de mettre en perspective le devenir

probable, en termes de qualité et d'espérance de vie, de la personne qui consulte si elle conserve ou aggrave son obésité, les chances de succès d'obtenir un amaigrissement, satisfaisant et durable, via une approche médicale classique et l'intérêt éventuel, fonction du rapport bénéfices/risques, de recourir à une solution faisant appel à la chirurgie bariatrique.

## BIBLIOGRAPHIE

1. Scheen AJ.— L'«épidémie» des maladies métaboliques, un problème majeur de santé publique. *Rev Med Liège*, 1999, **54**, 87-94.
2. Scheen AJ, Luyckx FH, Lefèbvre PJ.— Comment j'explore... Le syndrome métabolique par sa nouvelle définition dite de «consensus». *Rev Med Liège*, 2006, **61**, 48-52.
3. Esser N, Scheen AJ.— Sujets obèses sans anomalies métaboliques. *Rev Med Liège*, 2009, **64**, 148-157.
4. Luyckx F, Scheen AJ, Lefèbvre PJ.— L'obésité féminine : souci esthétique ou problème médical ? *Rev Med Liège*, 1999, **54**, 262-267.
5. Scheen AJ, Luyckx FH . - Comment j'explore ... un sujet avec un excès pondéral ou une obésité. *Rev Med Liège*, 1999, **54**, 553-556.
6. Rorive M, De Flines J, Paquot N, et al.— Actualités thérapeutiques dans le domaine de l'obésité. *Rev Med Liège*, 2007, **62**, 329-334.
7. Rorive M, De Flines J, Paquot N, Scheen AJ.— Prise en charge d'une personne obèse avec syndrome métabolique. *Rev Med Liège*, 2009, **64**, 651-656.
8. Paquot N, De Flines J, Rorive M.— L'obésité : un modèle d'interactions complexes entre génétique et environnement. *Rev Med Liège*, 2012, **67**, 332-336.
9. De Flines J, Scheen AJ.— Management of metabolic syndrome and associated cardiovascular risk factors. *Acta Gastroenterol Belg*, 2010, **73**, 261-266.
10. Luyckx FH, Scheen AJ.— Comment j'explore ... la controverse à propos de la place de l'hyperglycémie provoquée par voie orale en clinique. *Rev Med Liège*, 2003, **58**, 701-705.
11. Scheen AJ, Luyckx FH.— Nonalcoholic steatohepatitis and insulin resistance: interface between gastroenterologists and endocrinologists. *Acta Clin Belg*, 2003, **58**, 81-91.
12. De Flines J, Bruwier L, DeRoover A, Paquot N.— Obésité et carences préopératoires. *Nutr Clin Metab*, 2013, <http://dx.doi.org/10.1016/j.nupar.2012.10.013>.
13. Scheen AJ, De Flines J, Rorive M, et al.— La chirurgie métabolique, vers une (r)évolution de la chirurgie bariatrique? *Rev Med Liège*, 2011, **66**, 183-190.
14. Scheen AJ.— Comment j'explore ... Le risque cardiovasculaire absolu à 10 ans : de Framingham 1998 à SCORE 2003. *Rev Med Liège*, 2004, **59**, 460-466.

Les demandes de tirés à part sont à adresser au Pr A.J. Scheen, Département de Médecine, CHU de Liège, 4000 Liège, Belgique.