

Prise en charge de la maladie de l'obésité

Pauline BRUDO
Diététicienne Nutritionniste
Comportemental et TCA

Eva LAURENT
Chirurgien Visceral et Digestif

Pierre BRINAS
Chirurgien Visceral et Digestif



LA MALADIE DE L'OBÉSITÉ

L'obésité est considérée comme une **MALADIE** depuis **1997** par **OMS**

L'obésité constitue un problème majeur de santé publique.

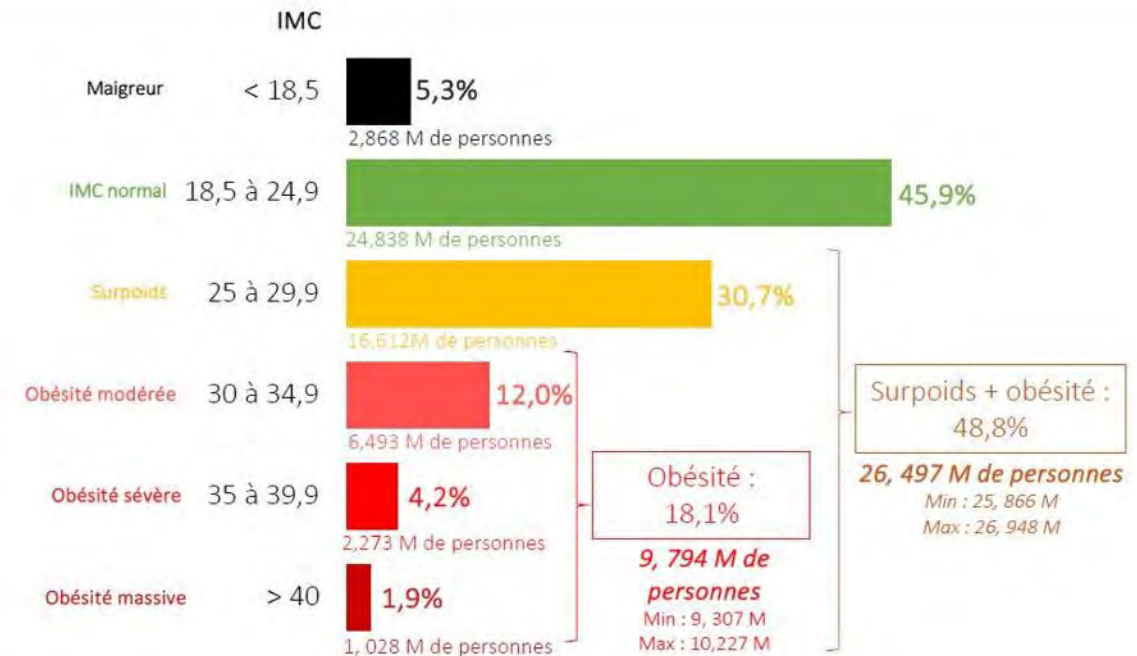
L'étude la plus récente publiée en 2024 (**OFEO**) estime que **48.8%** de la population française est en surpoids **OU** en obésité et **18%** de la population adulte française est en obésité (soit 6 millions de personnes).

La prévalence de l'obésité varie selon l'âge et le sexe, les femmes sont plus touchées que les hommes. Son **augmentation est plus forte chez les 18-25 ans**

Source : ETUDE OFEO, *Ligue contre l'Obésité*, 2024

Prévalence de l'obésité

France métropolitaine et France d'outre-mer



LA DEFINITION DE L'OBÉSITÉ

« une condition caractérisée par un excès d'adiposité, avec ou sans anomalie de répartition ou de fonction du tissu adipeux, et dont les causes sont multifactorielles et encore incomplètement comprises ».

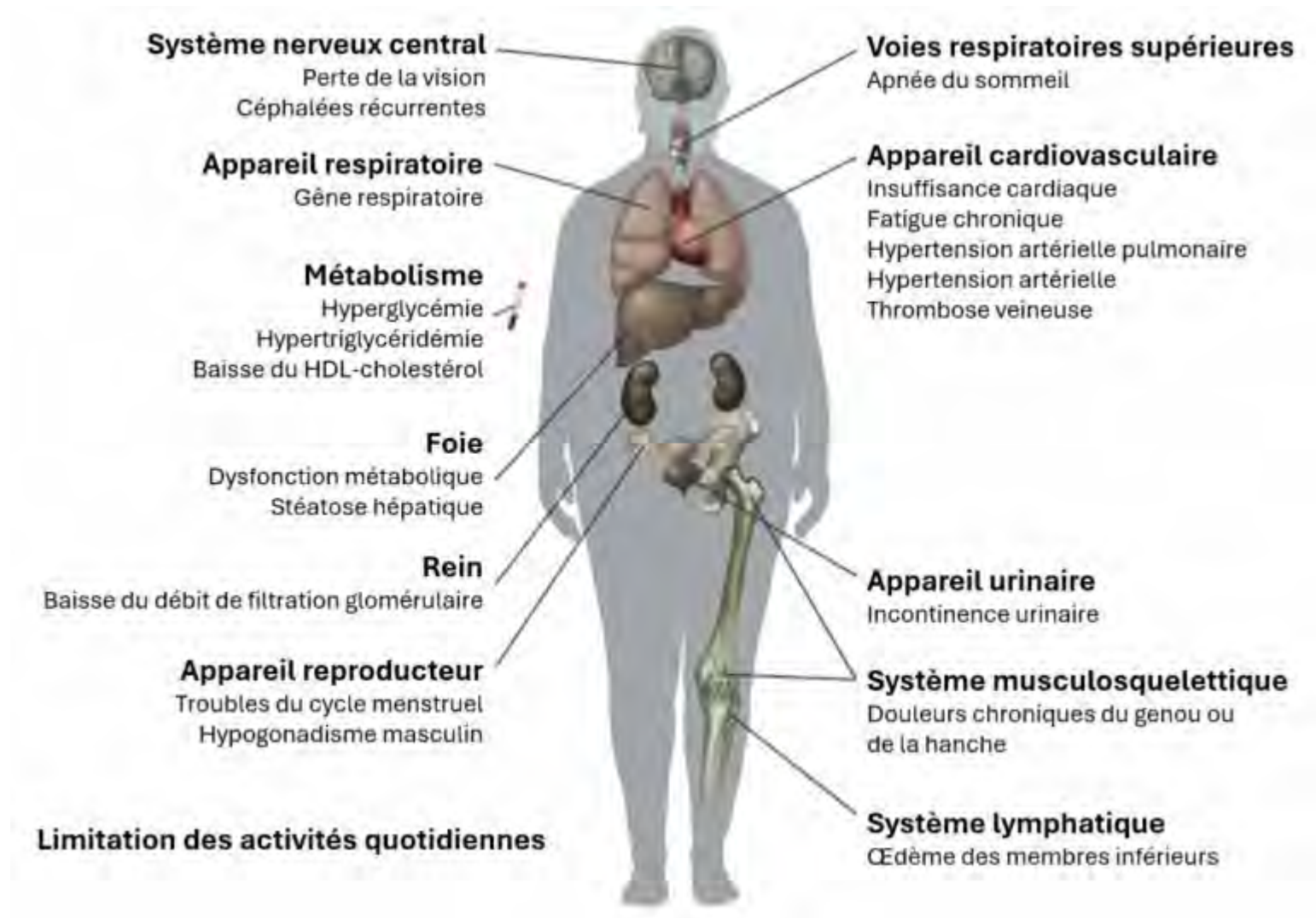
- IMC > 30
- Tour de taille : 88cm femme/102cm homme

	Obésité préclinique	Obésité clinique
Excès d'adiposité	+	+
Mécanismes et physiopathologie	Altérations cellulaires et tissulaires → Modification de structure d'organes	Anomalies de fonction de tissus ou organes → Lésions des organes cibles
Manifestations cliniques	Mineures ou absentes (fonctions préservées de tous les organes)	Signes et symptômes Limitations des activités quotidiennes Complications
Détection et diagnostic	Mesures anthropométriques, antécédents médicaux, et examens complémentaires	

Obésité clinique et préclinique. Mécanismes de la physiopathologie, manifestations cliniques et méthodes de détection et de diagnostic. Rubino F, et al. Lancet Diabetes Endocrinol. 2025 Jan 9:S2213-8587(24)00316-4

LES CONSÉQUENCES

L'obésité est une maladie **systemique** car elle affecte la quasi-totalité des organes par le biais de l'inflammation chronique, de la surcharge mécanique et des perturbations métaboliques.



LA PRISE EN CHARGE : 5 PILIERS OU DIMENSIONS THÉRAPEUTIQUES POUR UNE PRISE EN CHARGE GLOBALE ET DURABLE.

LES 5 PILIERS DU TRAITEMENT DE L'OBÉSITÉ

RÉÉDUCATION ALIMENTAIRE
QUALITÉ DES APPORTS



Pilier 1:
DIMENSION NUTRITIONNELLE
QUALITÉ DES APPORTS

LUTTE CONTRE LA SÉDENTARITÉ
ACTIVITÉ PHYSIQUE ADAPTÉE



Pilier 2:
ACTIVITÉ PHYSIQUE
ACTIVITÉ PHYSIQUE ADAPTÉE

GÉRER LE STRESS & LES ÉMOTIONS
TCC (Thérapies Comportementales)



Pilier 3:
DIMENSION PSYCHOLOGIQUE
TCC (Thérapies Comportementales)

TRAITEMENTS MÉDICAMENTEUX
RÉGULATION DE L'APPÉTIT



Pilier 4:
DIMENSION PHARMACOLOGIQUE
RÉGULATION DE L'APPÉTIT

CHIRURGIE BARIATRIQUE
POUR OBÉSITÉS SÉVÈRES



Pilier 5:
DIMENSION CHIRURGICALE
POUR OBÉSITÉS SÉVÈRES

Source : Recommandations HAS et Lignes directrices internationales

❖ **La Haute Autorité de Santé (HAS) – France**

❖ **Le Modèle des "5A"**
(International)

Très utilisé au Canada
(**Obesity Canada**) **Les Lignes Directrices Européennes (EASO)**

❖ **La "Feuille de route Obésité" Ministère de la Santé 2026-2030**

LA DIMENSION NUTRITIONNELLE et COMPORTEMENTALE



PRISE EN CHARGE DIÉTÉTIQUE ET COMPORTEMENTAL :

La HAS a modernisé ses recommandations et insiste sur un point crucial : **il ne faut plus prescrire de régimes restrictifs**

La prise en charge hygiéno-diététique est désormais **globale, progressive et co-construite** avec le patient

- ❖ Bilan des habitudes
- ❖ Accompagnement diététique sur alimentation « équilibrante » : Etat d'équilibre physique, psychologique et émotionnel
- ❖ Surveillance de l'hydratation , temps du repas, sommeil
- ❖ Dépister l'insécurité émotionnelle en lien avec son rapport a l'alimentation
- ❖ Dépistage de TCA ou pensées émergentes en amont de la prise en charge

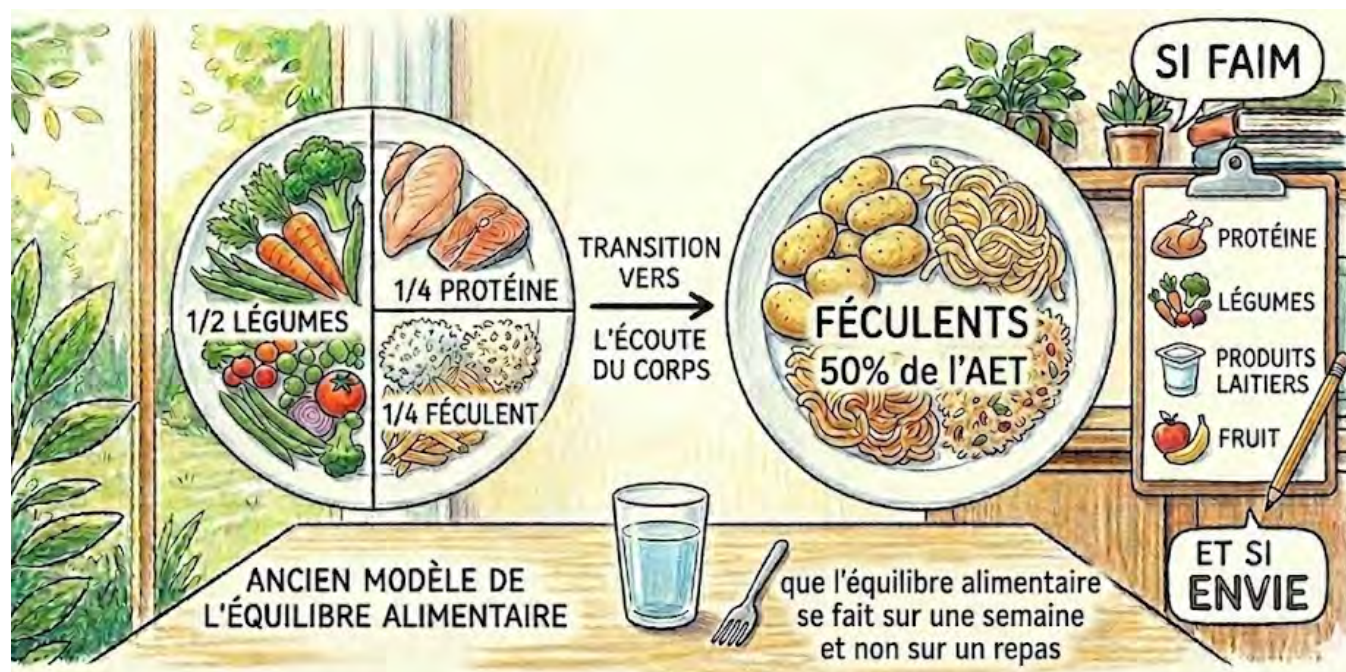
→ Mise en avant des programmes **d'ETP** (éducation thérapeutique du patient)

Repérage de perturbations du comportement alimentaire (questionnaire SCOFF et analyse sémiologique du comportement alimentaire)	Si présence de perturbations du comportement alimentaire hors accès de boulimie, prise en charge diététique, psychologique et/ou psychiatrique Recours à un niveau 2 ou 3 en présence d'accès de boulimie ; prise en charge psychologique à envisager	+	+	+
Analyse systématique du comportement alimentaire en cas de perturbations dépistées		+	+	+

HAS Recommandation Obésité de l'adulte : prise en charge de 2 e et 3e niveaux 2 juin 2022

STOP AUX INJONCTIONS ET AUX REGIMES

L'objectif n'est pas d'atteindre un "poids idéal" théorique, mais une **perte de poids initiale de 5 à 10 %**, ce qui suffit déjà à éliminer la majorité des risques de santé.



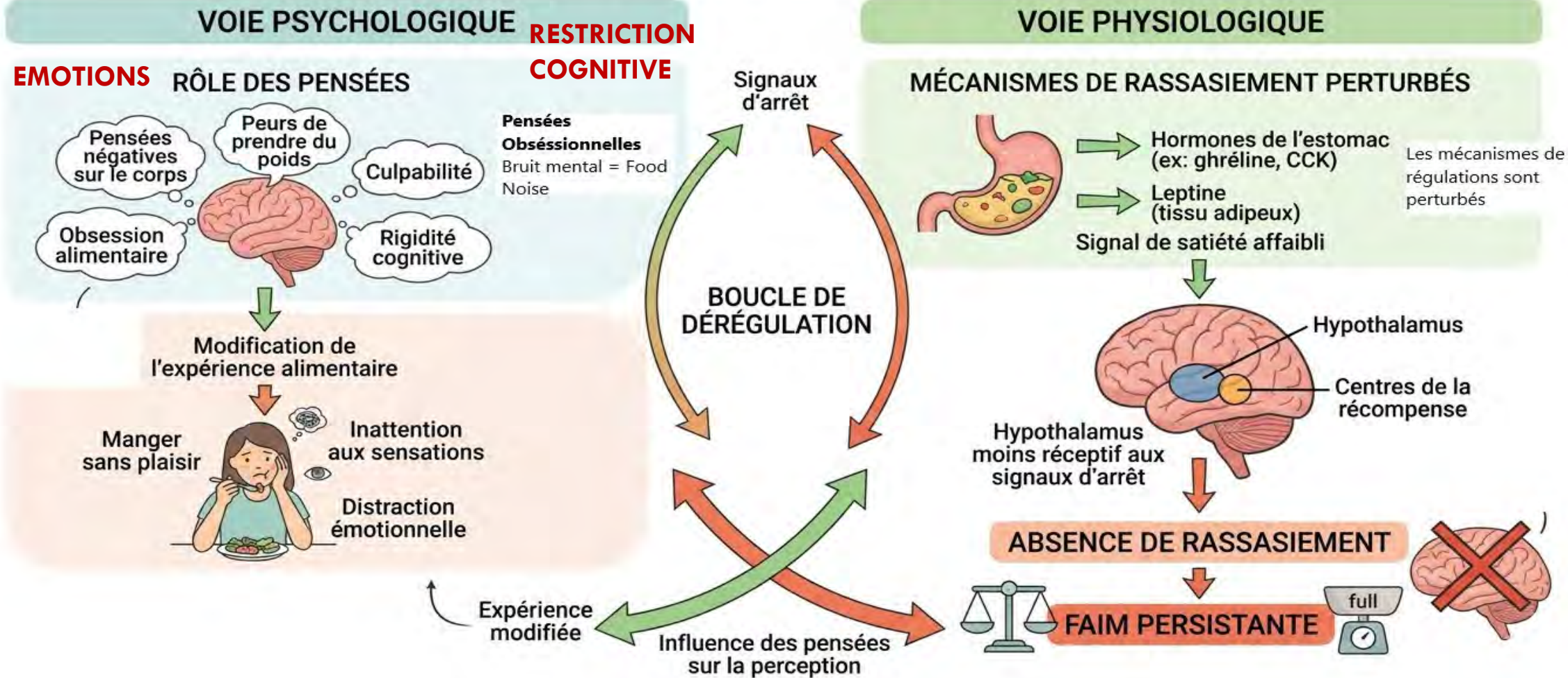
- ❖ **Rééquilibrage qualitatif**; bonne quantité de glucide Lent et de protéine à chaque repas
- ❖ Discours nuancé sur l'équilibre alimentaire (sur une semaine)
- ❖ Travail sur les croyances alimentaires
- ❖ Pas de **restriction cognitive** et travail sur l'alimentation Emotionnelle

- **AUCUN ALIMENT NE FAIT GROSSIR**
- La nourriture a une **fonction hédonique**



ALIMENTATION EMOTIONNELLE ET RESTRICTION COGNITIVE

ÉTAT D'INSÉCURITÉ CORPORELLE ET SES EFFETS SUR LA RÉGULATION ALIMENTAIRE



ALIMENTATION APAISÉE


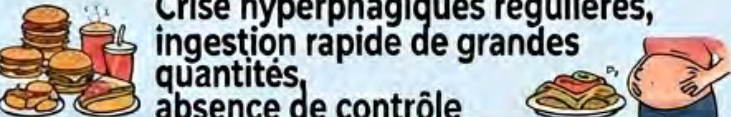
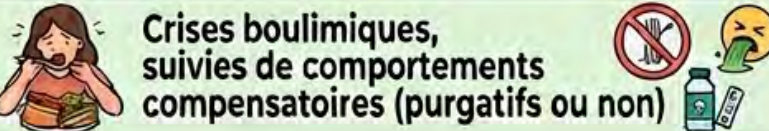


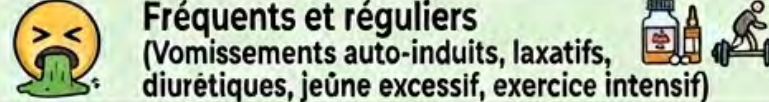




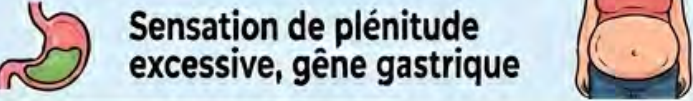
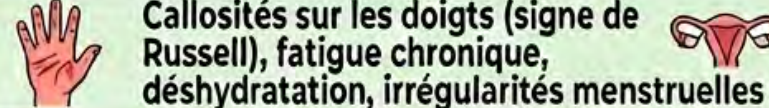


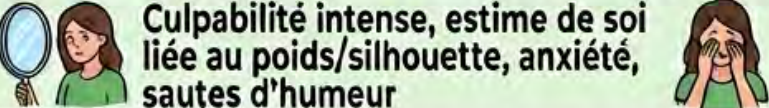

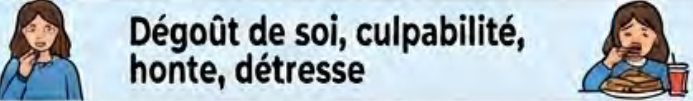
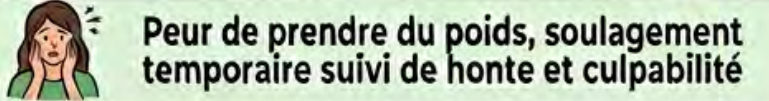

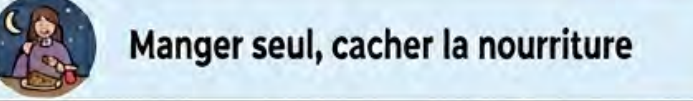
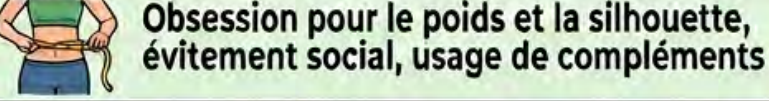
- ❖ Travail sur les **sensations alimentaires** (Faim, Satiété et Rassasiement)
- ❖ **Restauration de la régularité des apports**
- ❖ Travail sur le contexte du repas (prendre le temps, endroit calme, sans stimulations négatives)
- ❖ **Stopper de la restriction cognitive**
- ❖ Travail sur l'acceptation des émotions
- ❖ Exercice de relaxation avant le repas

Importance du contexte du repas bien au delà du **contenu de l'assiette**



La première altération de notre santé mentale est la conséquence de la **lutte contre nos besoins**

COMPARAISON DES SIGNES CLINIQUES : HYPERPHAGIE BOULIMIQUE vs BOULIMIE NERVEUSE

SIGNES / SYMPTÔMES	HYPERPHAGIE BOULIMIQUE (BED)	BOULIMIE NERVEUSE (BN)
 COMPORTEMENT ALIMENTAIRE	 Crises hyperphagiques régulières, ingestion rapide de grandes quantités, absence de contrôle	 Crises boulimiques, suivies de comportements compensatoires (purgatifs ou non)
 RITUELS DE PURGE	 Non présents	 Fréquents et réguliers (Vomissements auto-induits, laxatifs, diurétiques, jeûne excessif, exercice intensif)
 POIDS CORPOREL	 Généralement en surpoids ou obésité	 Souvent poids normal, surpoids léger, ou poids fluctuant
 PHYSIONOMIE / CORPS	 Sensation de plénitude excessive, gêne gastrique	 Callosités sur les doigts (signe de Russell), fatigue chronique, déshydratation, irrégularités menstruelles
 ÉTAT ÉMOTIONNEL	 Honte profonde, culpabilité, détresse après crises, dépression, anxiété	 Culpabilité intense, estime de soi liée au poids/silhouette, anxiété, sautes d'humeur
 SENTIMENTS POST-CRISE	 Dégoût de soi, culpabilité, honte, détresse	 Peur de prendre du poids, soulagement temporaire suivi de honte et culpabilité
 AUTRES COMPORTEMENTS	 Manger seul, cacher la nourriture	 Obsession pour le poids et la silhouette, évitement social, usage de compléments

Se référer aux critères diagnostiques du DSM-5 pour les troubles mentaux.

HAS estime qu'un patient sur deux en état d'obésité souffre d'hyperphagie boulimique.

LA DIMENSION PSYCHOLOGIQUE



PRISE EN CHARGE PSYCHOLOGIQUE

Selon le *Guide du parcours de soins de la HAS* (mis à jour en 2024),

L'accompagnement psychologique est désormais systématique, gradué et s'articule autour de **5 grands points prioritaires**

1. L'évaluation et le dépistage initial

- **Dépistage des Troubles des Conduites Alimentaires (TCA)**
- **Recherche des comorbidités psychiques** : Évaluer et traiter en amont un terrain anxio-dépressif, des troubles du sommeil
- **Identification des traumatismes** : Explorer l'histoire du poids du patient

2. L'accompagnement face à la stigmatisation et à la souffrance sociale (Priorité 2)

La HAS insiste très lourdement sur la lutte contre la **grossophobie** (médicale ou sociale) et la souffrance qu'elle engendre, ce qui constitue une urgence d'accompagnement.

- **Lutter contre l'autostigmatisation**
- **Accueillir le "récit de soi"** :

•3. Le traitement de l'alimentation émotionnelle et de la restriction cognitive

- **Désamorcer la restriction cognitive** :
- **Développer des stratégies d'adaptation (coping)** : Aider le patient à identifier ses déclencheurs émotionnels (stress, ennui, colère) et coconstruire des réponses alternatives à la nourriture (techniques de respiration, gestion des émotions, pleine conscience).

4. Le renforcement de l'estime de soi et du sentiment d'auto-efficacité

5. La préparation et le suivi des recours de 2e et 3e niveaux

EN CAS D'HYPERPHAGIE BOULIMIQUE

La prise en charge de l'hyperphagie boulimique est pluridisciplinaire. L'objectif est de traiter à la fois les épisodes de crises, la souffrance psychologique et les éventuelles complications métaboliques (poids, diabète, etc.).

Voici les principales approches recommandées :

❖ **Les Thérapies Psychologiques**

C'est le traitement de première intention. Elles visent à comprendre les déclencheurs émotionnels des crises.

- **Thérapies Cognitivo-Comportementales (TCC)** : Elles sont considérées comme les plus efficaces. Elles aident à restructurer les pensées liées à l'alimentation et à rompre le cycle des crises.
- **Thérapie Interpersonnelle, Thérapie Comportementale**

❖ **Traitement médicamenteux** (anxiolytiques, antidépresseur, etc...)

LA GROSSOPHOBIE



Qu'est que c'est ?

La **grossophobie** rassemble l'ensemble des **discriminations** subies par les personnes en situation d'obésité.

Elle s'exprime dans toutes les sphères de la vie des personnes

Elle peut être **intrapersonnelle** (sois même)

La grossophobie peut également se manifester dans les relations que l'on entretient avec les autres : **grossophobie interpersonnelle**.



Les conséquences

Les différentes manifestations de la grossophobie induisent d'**importantes conséquences sur la santé et le bien-être**, indépendamment de la corpulence des individus : stress, isolement social, dépréciation, détresse psychologique, renoncement à la mise en action.

OBÉCOUTE
La première plateforme d'écoute dédiée à l'obésité en France.

Du lundi au vendredi, de 9h à 17h

04 48 206 206

GRATUIT ET ANONYME

AIDE JURIDIQUE, SOCIALE, PSYCHOLOGIQUE

AIDE
ÉCOUTE
ACCOMPAGNEMENT



Les vrais chiffres de la grossophobie

Discriminations et obésité : état des lieux Dans le cadre de la Journée mondiale contre l'obésité

la Ligue contre l'obésité a commandé un sondage sur la discrimination liée à la corpulence à l'Institut Odoxa.

12 000 personnes, dont 2 200 enfants

C'est la plus grande étude jamais réalisée en France

LA DIMENSION ACTIVITE PHYSIQUE



L'ACTIVITÉ PHYSIQUE ADAPTÉE

L'activité physique seule fait peu maigrir, mais elle est **le facteur numéro un pour maintenir le poids perdu** et protéger les muscles.

→ **Casser la sédentarité.** La HAS recommande de réduire le temps assis (moins de 7 heures par jour) et de faire des pauses actives d'au moins 1 minute toutes les heures.

→ **L'endurance.** Viser progressivement 150 minutes par semaine (ex: 30 min, 5 fois par semaine) d'activité modérée (marche rapide, vélo, natation). Les activités en "décharge" (comme l'aquagym) sont privilégiées si vous souffrez des articulations.

→ **Le renforcement musculaire.** Pour éviter la fonte des muscles pendant la perte de poids

Le but :

- ❖ La réappropriation de son schéma corporel
- ❖ La réduction du stress.
- ❖ L'amélioration de l'humeur grâce aux endorphines
- ❖ Augmenter la masse musculaire



LA DIMENSION PHARMACOLOGIQUE (Traitements médicamenteux de l'obésité: TMO)

&

LA DIMENSION CHIRURGICALE: Les chirurgies bariatriques



GUIDE D'ACCOMPAGNEMENT
TRAITEMENT MÉDICAMENTEUX DE L'OBÉSITÉ
(TMO)

Document consacré aux traitements Wegovy (sémaglutide) et Mounjaro (tirzépate)



Ressources et contenus actualisés pour accompagner
les professionnels de santé dans leurs pratiques

Présentation du document d'accompagnement au TMO

Principe des Analogues GLP1:

- Ralentissement de la vidange gastrique
- Stimule la sécrétion de l'insuline et freine celle du glucagon
- Réduit l'appétit et favorise la satiété

INDICATIONS DE PRESCRIPTION

Les critères médicaux (Selon l'AMM)

Ces traitements sont indiqués en **seconde intention**, uniquement en cas d'échec d'une prise en charge nutritionnelle bien conduite pendant 6 mois, et toujours en association à un régime hypocalorique et à une activité physique :

- **Obésité** : Patients ayant un IMC (Indice de Masse Corporelle) > 30
- **Surpoids avec facteurs de risque** : Patients ayant un IMC entre 27 et 30 à condition d'avoir au moins une comorbidité liée au poids (ex. hypertension, dyslipidémie, apnée du sommeil, maladie cardiovasculaire).

PARCOURS DE SOIN AVANT ET PENDANT L'INITIATION D'UN TRAITEMENT MÉDICAMENTEUX DE L'OBÉSITÉ

Ce document présente les deux traitements Wegovy (sémaglutide), analogue du GLP-1, et Mounjaro (tirzépate), agoniste double des récepteurs GLP-1 et GIP. Il aborde leurs indications dans la prise en charge du surpoids et de l'obésité, en complément d'un mode alimentaire adapté et d'une activité physique accrue, chez les adultes ayant un IMC ≥ 30 kg/m² ou ≥ 27 kg/m² avec au moins une comorbidité associée.

Avant le TMO

Avant l'initiation du TMO, la prise en charge est centrée sur les modifications du mode de vie, initialement 6 mois avant :

Médecin :

- Échographie abdominale (non systématique).
- Évaluation et recherche des comorbidités.
- Recherche sarcopénie et évaluation de l'activité physique ainsi que la force musculaire.
- Bilan biologique pour les populations à risque.
- Évaluation du sommeil et de l'activité physique.

Diététicien : pour une évaluation diététique et comportementale et un dépistage de TCA.

Psychologue : pour la gestion du stress et des émotions.

À l'initiation du TMO

Décision médicale partagée à l'introduction du TMO. Validation de la pertinence. Discussion et définition des objectifs.

Expliquer et Informer

Le TMO agit en réduisant l'appétit et est introduit progressivement selon la tolérance digestive et la perte de poids. Il entraîne une perte de poids et améliore les comorbidités. La perte de poids est d'abord progressive, puis se stabilise après un certain temps. À l'arrêt du traitement, il existe un risque de reprise pondérale, ce qui justifie souvent un traitement prolongé.

Évaluer

Évaluer le comportement alimentaire et dépister un TCA, apprécier la force et la masse musculaire (dont test du Lever de chaise), et repérer les patients à risque de fragilité nutritionnelle afin de réaliser un bilan biologique et instaurer une supplémentation vitaminique préventive.

Éduquer

Éduquer le patient à l'utilisation du stylo injecteur (avec aide d'IDE si besoin) et aux adaptations diététiques, comportementales et physiques, notamment pour prévenir les carences.

Sécuriser

Informar sur les effets indésirables et leur prise en charge, dépister les facteurs de risque (TCA, cholécystectomie) et prévenir les complications biliaires, alerter sur les douleurs abdominales urgentes, et encadrer la contraception ainsi que l'arrêt du TMO en cas de grossesse ou d'allaitement.

Planifier

Planifier un suivi structuré du TMO avec un accompagnement nutritionnel et une surveillance du poids à 3, 6 et 12 mois.

ACCOMPAGNEMENT MÉDICAL ET NUTRITIONNEL (Généraliste, spécialiste, diététicien ou médecin nutritionniste)

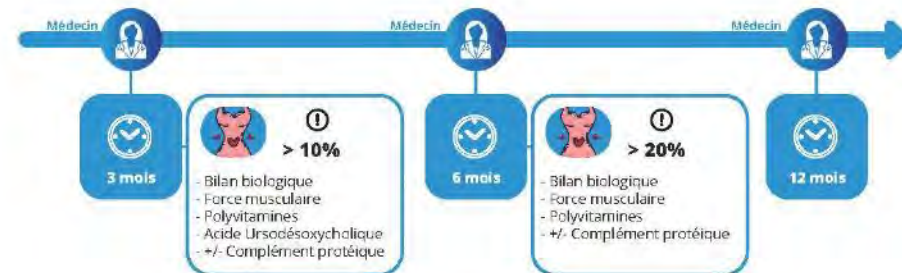


Accompagnement nutritionnel
au besoin : diététicien ou médecin nutritionniste



Au minimum :
1500 kcal/j
> 60g de protéines/j

Exercices en résistance
et en endurance



Idéalement, effectuer un suivi tous les mois avec le diététicien pendant la phase d'augmentation des doses, puis à espacer selon les besoins. Accompagnement psychologique si nécessaire.

À chaque augmentation de dose, évaluer la tolérance digestive et la perte de poids afin d'ajuster le traitement (augmentation, maintien ou diminution).



SIGNES D'ALERTE

Perte de poids
> 10% à 3 mois
> 20% à 6 mois

Réduction
majeure des
ingesta

Aphagie

Intolérance
digestive
sévère

Perte de force
musculaire

Altération
de l'état
physique
et mental

Altération
de l'état
général



Bilan
Biologique



Évaluation de
la force musculaire



Compléments
Polyvitamines

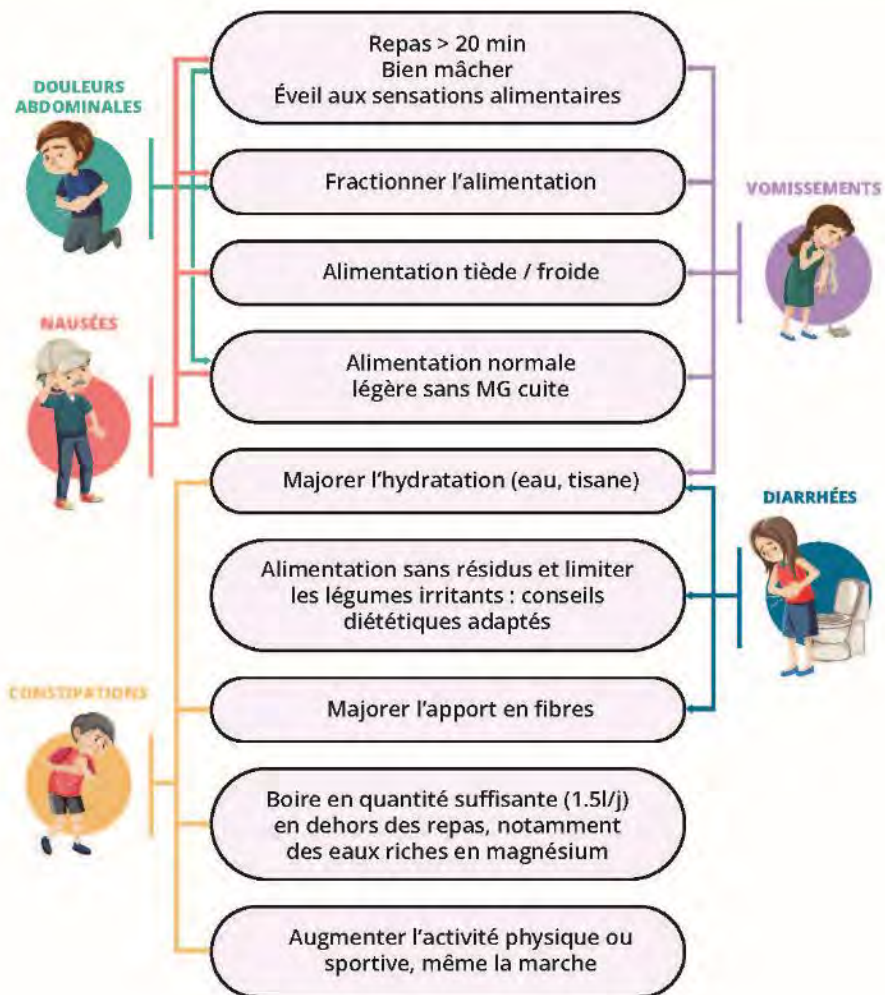
et/ou



Compléments
Protéiques

Réévaluer régulièrement l'état général, l'état psychologique, le comportement alimentaire, le suivi nutritionnel, le niveau d'activité physique, les complications de l'obésité et leurs traitements

CONSEILS DIÉTÉTIQUES POUR LA GESTION DES TROUBLES DIGESTIFS POTENTIELS



Il est important de proposer un suivi par un diététicien spécialisé en TMO en cas de troubles digestifs

RISQUES MÉDICAUX ET RISQUES NUTRITIONNELS

RISQUES PATHOLOGIQUES

- Pathologies biliaires
- Pancréatite
- Gastroparésie
- Rétinopathie

RISQUES NUTRITIONNELS

- Carences en vitamines
- Carences en minéraux

RISQUES DE DÉNUTRITION

Quand dépister ? Les signes d'alertes :

- Réduction drastique des apports alimentaires, en particulier en protéine ou une aphasie
- Perte de poids > 10% à 3 mois, ou > 20% à 6 mois
- Atteinte d'un IMC < 18,5 kg/m²
- Diminution de la force musculaire ou obésité sarcopénie
- Vigilance particulière pour les patients avec des troubles digestifs majorés ou état inflammatoire aigu

RISQUES DE TCA

Les TMO ne sont pas recommandés chez les patients souffrant d'anorexie mentale. En revanche, ils ne sont pas contre-indiqués dans l'hyperphagie boulimique, à condition qu'une prise en charge spécifique soit mise en place, associant un suivi nutritionnel spécialisé et un suivi psychologique ou psychiatrique. Faire preuve de vigilance face à l'apparition de pensées préoccupantes liées à l'alimentation et à la crainte de reprendre du poids.

RISQUES EN CAS DE GROSSESSE

Il est préconisé d'arrêter le traitement avant un projet bébé.

TMO ET CHIRURGIE BARIATRIQUE

Les TMO ont une place dans la **stratégie de prise en charge des patients candidats à une chirurgie bariatrique** ou un antécédent de chirurgie.

Les TMO ne se sont pas une stratégie concurrente de la Chirurgie bariatrique, mais une **stratégie supplémentaire** dans l'arsenal thérapeutique, ils peuvent être :

- ▶ Traitement néo-adjuvant : en préparation à la chirurgie bariatrique.
- ▶ Traitement adjuvant : après la chirurgie bariatrique en cas de perte de poids insuffisantes ou reprise de poids.
- ▶ Alternative à la chirurgie bariatrique.

Cependant, en alternative à la chirurgie bariatrique, le **bénéfice pondéral** attendu est **moindre** qu'avec la chirurgie avec un risque accru de reprise de poids à l'arrêt du traitement.

Les TMO **doivent être interrompus en cas d'échec** :

- ▶ Une perte de poids inférieur à 5% après 6 mois
- ▶ L'absence de maintien de la perte pondérale
- ▶ Une reprise de poids
- ▶ Une incapacité à modifier durablement ses comportements
- ▶ Une aggravation des comorbidités.

LES LIMITES DES ANALOGUES DU GLP-1

Etude STEP 4 : essai randomisé de phase III

834 patients : suivi 20 semaines

535 : bras semaglutide

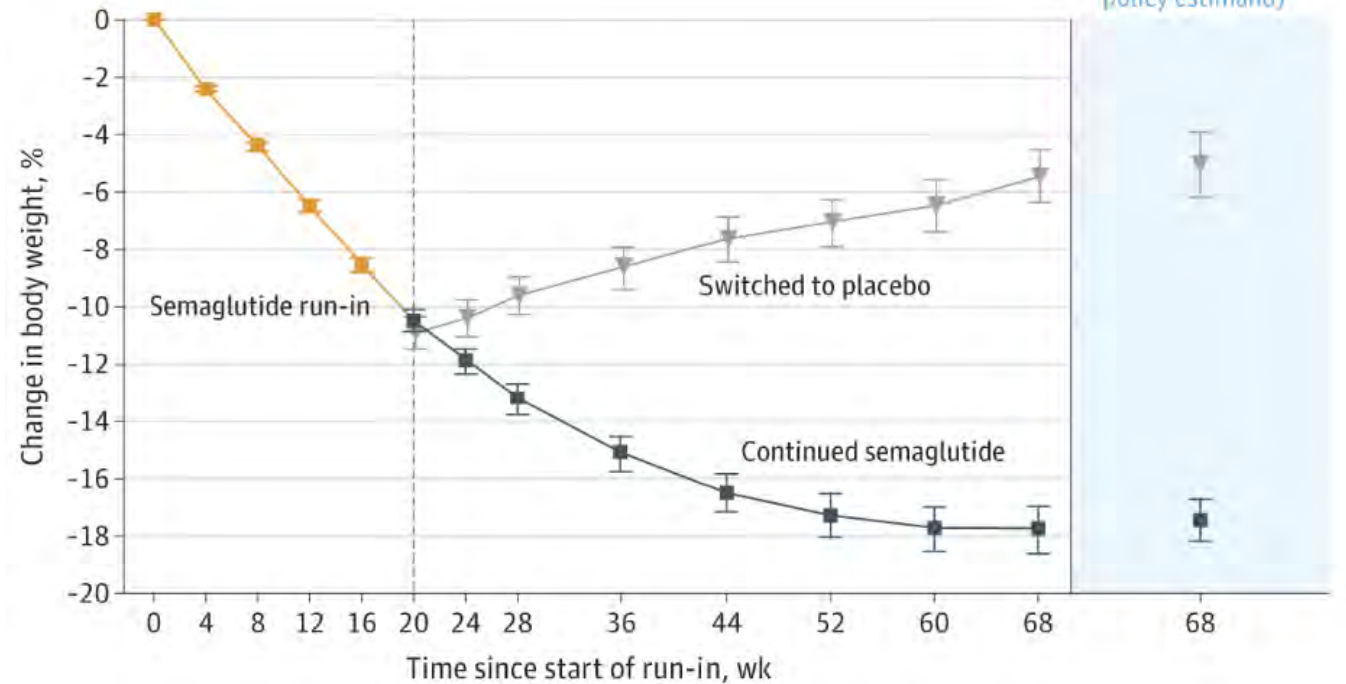
268 : groupe placebo

Semaglutide à 2,4mg à 16 semaines

84,3% d'effets indésirables

71,4% d'ordre digestif

C Mean percent change in body weight during the entire trial (weeks 0-68; observed in-trial data)



LES LIMITES DES ANALOGUES DU GLP-1

Etude SURMOUNT 4 : essai randomisé de phase III

670 patients : suivi 36 semaines

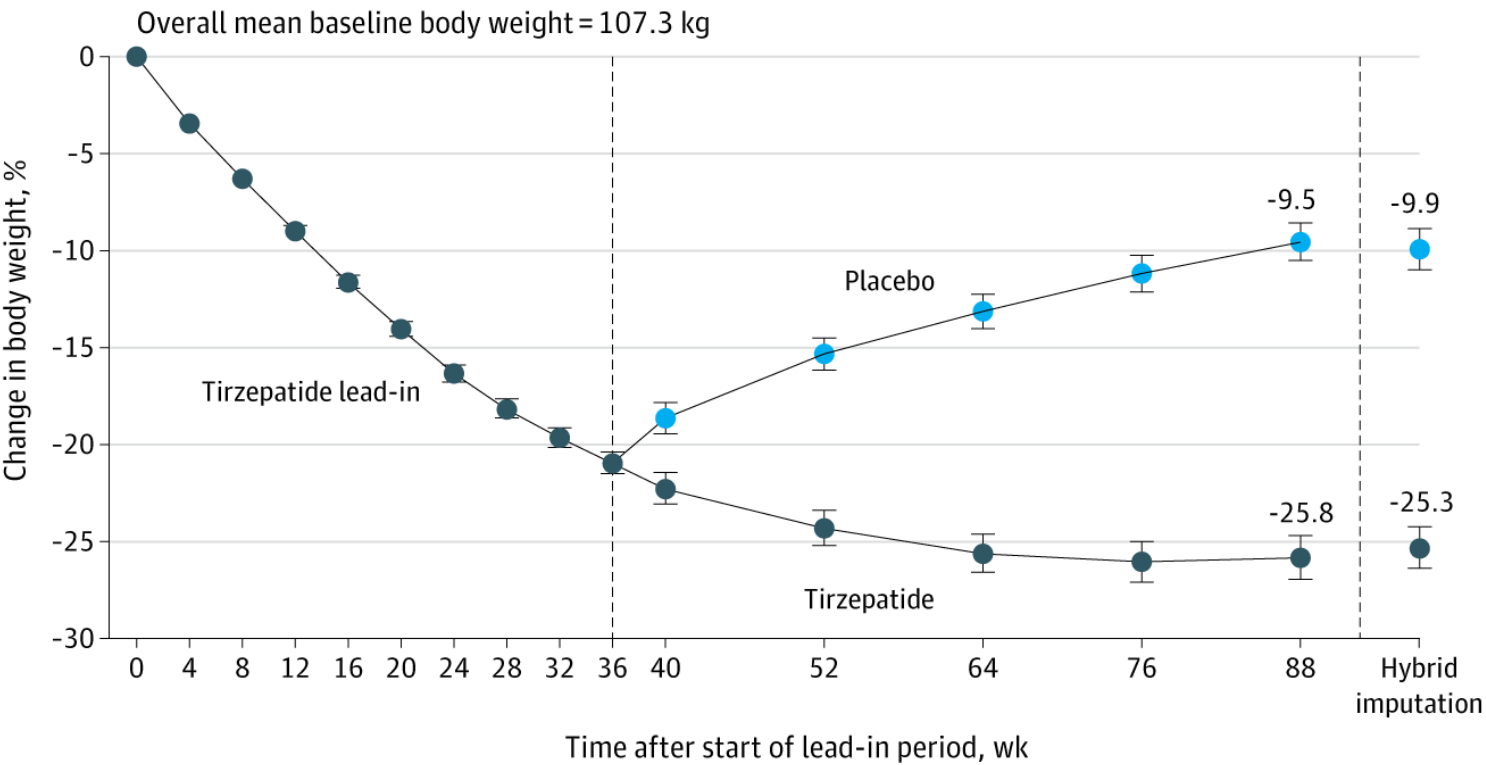
335: bras tirzepatide

335 : groupe placebo

81% d'effets indésirables

83,6% d'ordre digestif

A Percent change in body weight (week 0-88)



Obesity Treatment With Bariatric Surgery vs GLP-1 Receptor Agonists

JAMA Surg

Published Online: September 17, 2025

2025;160;(11):1232-1239.

doi:10.1001/jamasurg.2025.3590

Tyson S. Barrett, PhD¹; Juliane O. Hafermann, PhD²; Shannon Richards, MSN¹; et al

- Base de donnée US : 30458 patients
- Sleeve gastrectomy ou gastric bypass **vs** liraglutide/dulaglutide/exenatide/lixisenatide/semaglutide/tirzepatide
- Critères principaux : Perte de poids total et couts mensuels cumulés de la prise en charge.
- Résultats : 14101 chirurgies **vs** 16357 traitements médicaux après score de propension

→ Coûts sur 2ans :

Groupe chirurgie : 51794 \$ Groupe GLP-1 : 63483\$ p<0,001

→ Perte de poids à 2 ans :

Groupe chirurgie : 28,3% PPT Groupe GLP-1 : 10,3%PPT p<0,001

LES INTERVENTIONS RECOMMANDÉES : (HAS 2009=2024)



Anneau Gastrique
Ajustable



Sleeve Gastrectomie

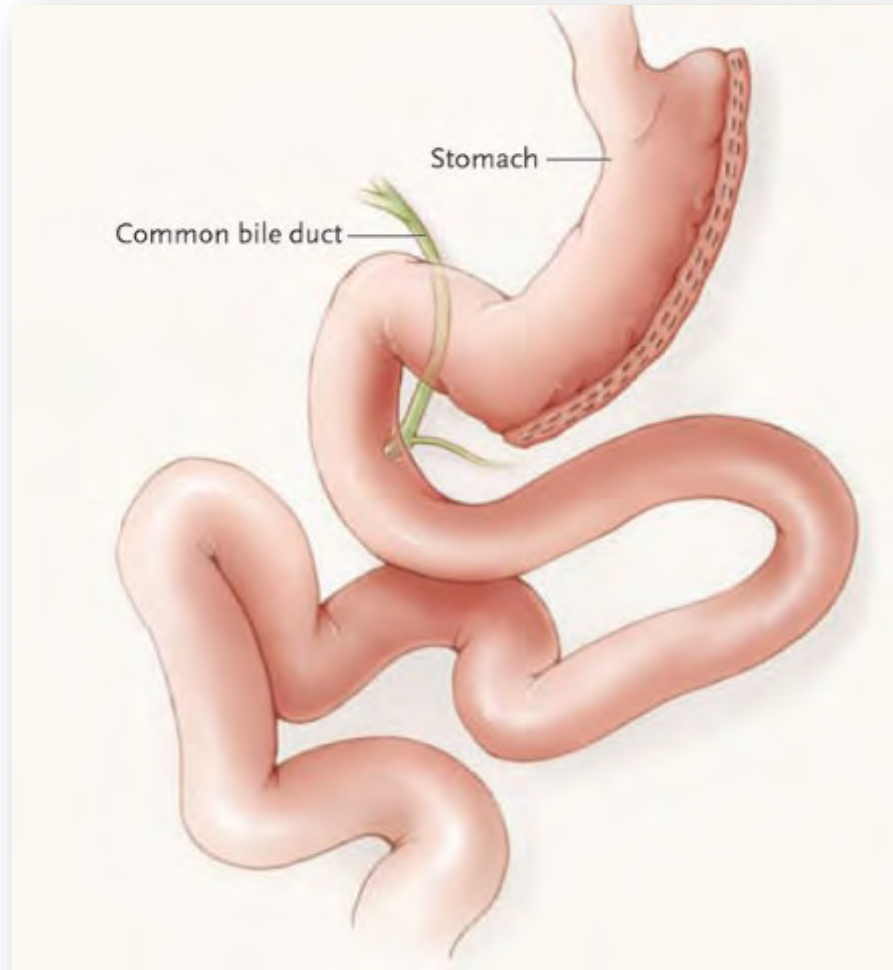


Bypass Gastrique
Roux-en-Y

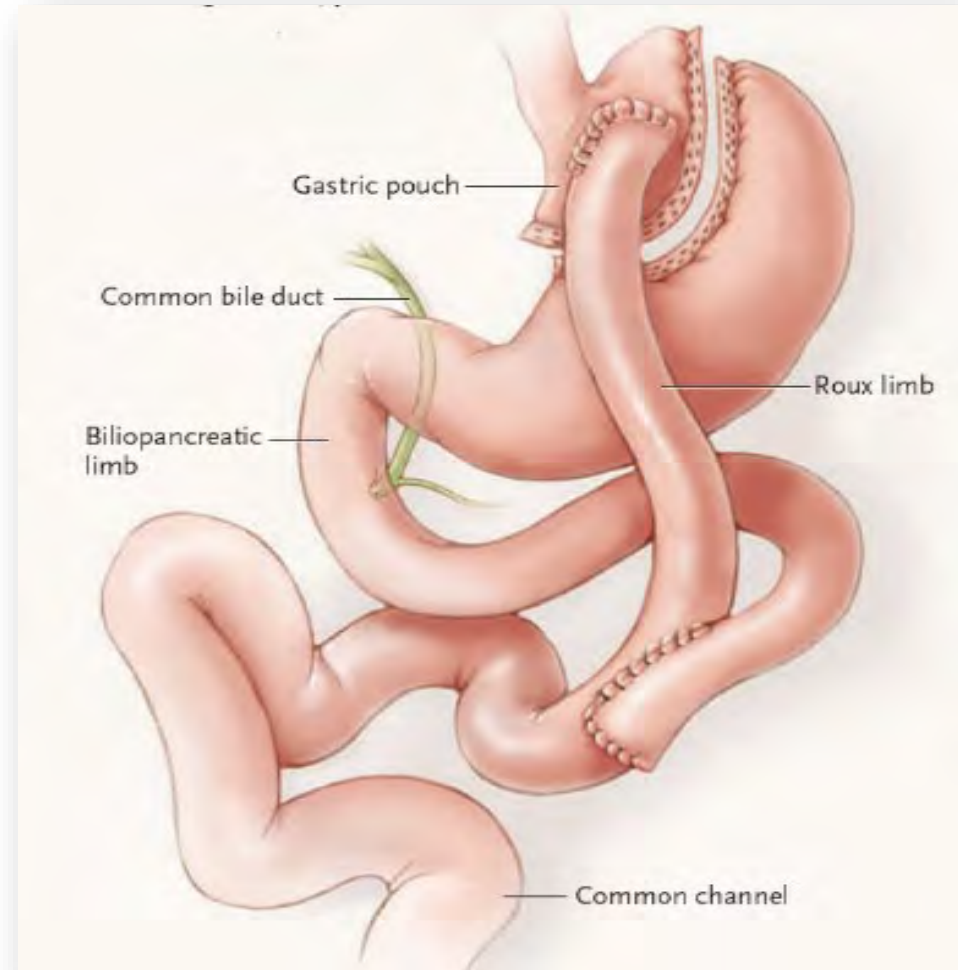


Dérivation
biliopancréatique

LES INTERVENTIONS LES PLUS PRATIQUÉES :



SG



RYGBP

UNE EBM PLUS FIABLE :

Essai comparatif randomisé entre BPG, SG, GPAM 12 centres Anglais
3 bras, 1351 participants randomisés sur 6 ans.

Randomized Controlled Trial > JAMA Surg. 2025 Apr 1;160(4):369-377.

doi: 10.1001/jamasurg.2024.7052.

Long-Term Outcomes of Laparoscopic Roux-en-Y Gastric Bypass vs Laparoscopic Sleeve Gastrectomy for Obesity: The SM-BOSS Randomized Clinical Trial

Randomized Controlled Trial > JAMA Surg. 2022 Aug 1;157(8):656-666.

doi: 10.1001/jamasurg.2022.2229.

Effect of Laparoscopic Sleeve Gastrectomy vs Roux- en-Y Gastric Bypass on Weight Loss, Comorbidities, and Reflux at 10 Years in Adult Patients With Obesity: The SLEEVEPASS Randomized Clinical Trial



RECOMMANDATIONS HAS 2024 :

La chirurgie bariatrique indiquée si :

-IMC \geq 40 kg/m² ou

-IMC \geq 35 kg/m² associé à au moins une comorbidité susceptible d'être améliorée après la chirurgie :

- Hypertension artérielle,
- Syndrome d'apnées hypopnées obstructives du sommeil (>15IAH)
- Troubles respiratoires sévères, dont un **asthme sévère (avis pneumo)**
- Désordres métaboliques sévères (diabète de type 2),
- Maladies ostéoarticulaires invalidantes, lombalgies, coxarthrose, gonarthrose
- Dyslipidémie : **hypertriglicéridémie >5g/L contrôlé à plusieurs reprises résistante aux TTT habituels**
- Stéatohépatite non alcoolique (**NAFLD**) ou **fibrose hépatique. La cirrhose (Child A)**

RECOMMANDATIONS HAS 2024 :

Nouvelles indications pour IMC >35kg/M2 :

- SOPK chez une patiente en âge de procréer
- Troubles de la fertilité masculine, féminine,
- Maladie rénale chronique, IRC modérée ou dans le cadre d'une transplantation rénale
- Hernie pariétale, ou éventration symptomatique
- HTIC résistante aux traitements
- Handicap moteur avec ou sans paraplégie
- Troubles de la continence sévères résistant aux TTT médical

Nouvelle indication pour IMC >30kg/M2 : concept de chirurgie métabolique

- Réservé aux patients atteint d'un DT2 avec IMC entre 30 et 35kg/M2 avec objectifs glycémiques non atteints malgré une PEC médicale d'au moins 12 mois.

PARCOURS ET EXPLORATION PRÉ OPÉRATOIRES :

Obligatoire :

- Endocrinologue / médecin nutritionniste / diet : recherche des complications de l'obésité, carences, etc.
- Pneumologue : recherche d'un SAOS
- Gastro-entérologue : Fibroscopie gastrique
- Diététicien : refonte de l'hygiène alimentaire
- Psychologue : Traiter l'impact psychologique de l'obésité, gestion des TCA
- Si femme en âge de procréer : Gynécologue pour la contraception
- Anesthésiste/Cardiologue

Si besoin :

- rhumatologue, hépatologue, psychiatre, dentiste, addictologue, kinésithérapeute

Equipe multi-disciplinaire médicale et paramédicale, Clinique Sainte Anne

- Chirurgiens digestifs : Dr LAUNAY, Dr LAURENT
- Diététicienne : Mme VEGGI
- Psychologue : Mme OUBKI
- Kinésithérapeute : Mme JACSON
- Médecin du sport : Dr AIZOOKY
- Chirurgien esthétique : Dr TAIZOU



Parcours :

Consultations individuelles

HDJ parcours pré-op : diét + psy + MKDE + chir

HDJ pré-opératoire : diét + psy + anesth

HDJ post-opératoire : diét + psy + méd sport



ANALOGUE GLP-1 ET CHIRURGIE

Situation néo adjuvante :

Patient en obésité massive

Faisabilité technique du geste remise en question

Risque anesthésique

Geste associé (chirurgie pariétale, etc)

Situation adjuvante :

Perte de poids insuffisante à la chirurgie

Reprise pondérale à long terme modérée sans critère pour une nouvelle chirurgie bariatrique

Contre indication ou refus d'une chirurgie dans un contexte de reprise pondérale significative

L'AVENIR ...

Chute des brevets en 2027 des deux principaux laboratoires

→ Diminution drastique des couts

Remboursement des molécules ?

Doubles, triples agonistes déjà à l'études (amyline, glucagon, GIP...)

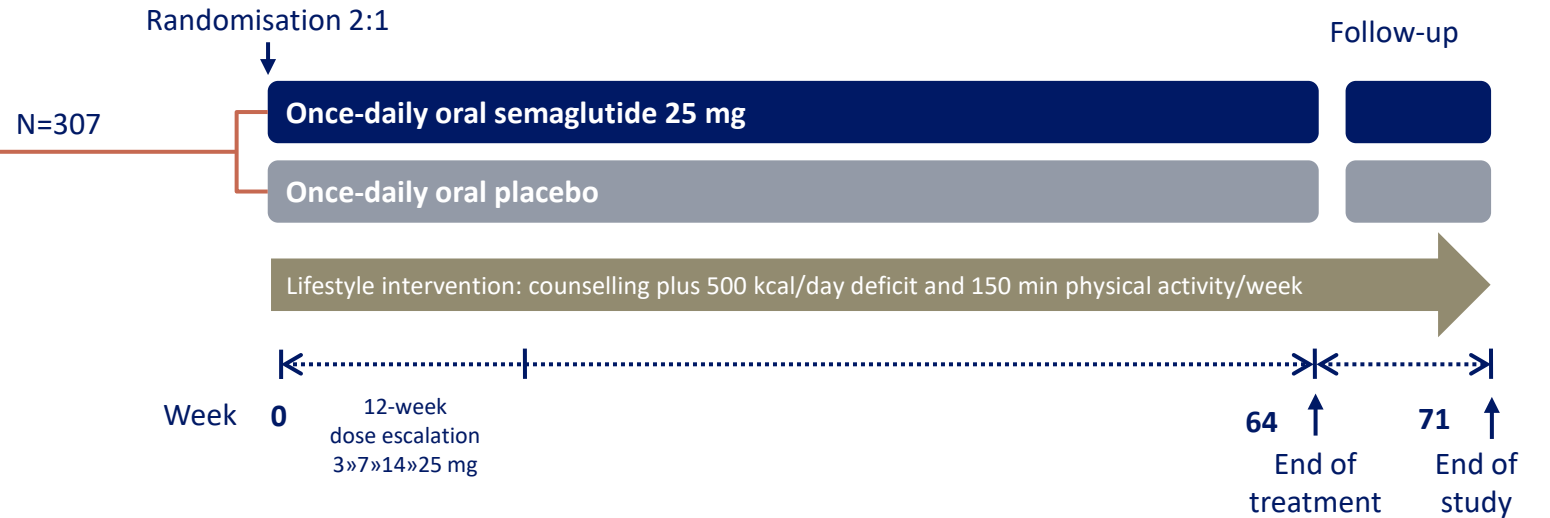
Principales études / programmes anti-obésité de phase 3

#	Étude / programme	Phase	Molécule(s)	Mécanisme
1	TRIUMPH	Phase 3	Retatrutide	Triple agoniste GIP / GLP-1 / glucagon
2	REDEFINE / REIMAGINE	Phase 3	CagriSema = cagrilintide + sémaglutide	Amyline + GLP-1
3	SYNCHRONIZE	Phase 3	Survodutide	Double agoniste GLP-1 / glucagon
4	GLORY	Phase 3	Mazdutide	Double agoniste GLP-1 / glucagon
5	MARITIME	Phase 3	MariTide / maridebart cafraglutide	Agoniste GLP-1 + antagonisme GIP
6	ATTAIN	Phase 3	Orforglipron	Agoniste oral du GLP-1
7	Amycretin programme	Phase 3 annoncée / démarrage	Amycretin	Double agoniste GLP-1 / amyline
8	Petrelintide programme	Phase 3 prévue	Petrelintide	Analogue de l'amyline

OASIS 4

NN9932-4954

- BMI ≥ 30 kg/m², or
- BMI ≥ 27 kg/m² with ≥ 1 weight-related comorbidity (hypertension, dyslipidaemia, obstructive sleep apnoea or CVD)



Study information

- Randomised, double-blind, placebo-controlled
- 4-week dose escalation steps: 3 mg » 7 mg » 14 mg » 25 mg
- Treatment duration 64 weeks
- Follow-up 7 weeks

Study objective

- To confirm superiority of once-daily oral semaglutide 25 mg versus placebo* on weight loss in participants with overweight or obesity

Primary endpoint (baseline to week 64)

- Change in body weight from baseline; body weight reduction $\geq 5\%$

Confirmatory secondary endpoints (baseline to week 64)

- Body weight reduction $\geq 10\%$, $\geq 15\%$ and $\geq 20\%$
- Change in IWQOL-Lite-CT Physical Function score

*As an adjunct to lifestyle intervention.
BMI, body mass index; CVD, cardiovascular disease; IWQOL-Lite-CT, Impact of Weight on Quality of Life-Lite Clinical Trials Version.
ClinicalTrials.gov Identifier: NCT05564117
Wharton S et al. N Engl J Med 2025; 393:1077-1087.



MERCI !





Centre de Chirurgie
DIGESTIVE ET OBÉSITÉ
DES DEUX RIVES

Nouvelle Clinique Bordeaux Tondu
Clinique Sainte Anne
Clinique Tivoli

Clinique Sainte Anne : Dr Launay, Dr Laurent, Dr Francois

- Chirurgie du reflux et de la hernie hiatale
- Chirurgie métabolique et de l'obésité
- Chirurgie générale (vésicule, hernie, éventration, KSC, kystes, lipomes)
- Chirurgie proctologique
- Chirurgie carcinologique : cancer colo-rectal et gastrique

