



Évaluation du patient avec obésité et traitement pharmacologique de l'obésité - Présentation de cas cliniques

Par Mme Marie-Pier Ferland, IPSPL et Mme Émilie Vigneault-Simard, IPSSA, Ét. FCSC

Faculté des
sciences infirmières



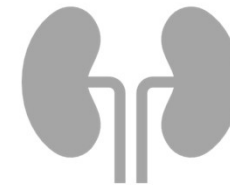
Déclaration de conflits d'intérêt



Mme Marie-Pier Ferland

Conférencière : Novo Nordisk

Consultante : Takeda



Mme Émilie Vigneault-Simard

Conférencière : Bausch, Lilly, Novo Nordisk

Consultante : Novo Nordisk, Lilly

Sous-traitant indépendante : Janssen

Objectifs

- Discuter de l'évaluation du patient avec obésité en GMF et du suivi clinique à réaliser
- Présenter les outils cliniques développés servant à l'évaluation et au suivi du patient avec obésité en GMF
- Discuter de l'utilisation des différents médicaments anti-obésité selon le profil du patient
- Présenter le profil clinique du patient avec obésité pouvant bénéficier d'une référence en centre tertiaire

Plan de la présentation

- Évaluation du patient aux prises avec l'obésité
- Traitements médicaux indiqués en obésité
- Indications de suivi en centre spécialisé

L'évaluation du patient
souffrant d'obésité,
le suivi clinique et
les outils à utiliser pour
la pratique en GMF

Cas clinique no. 1

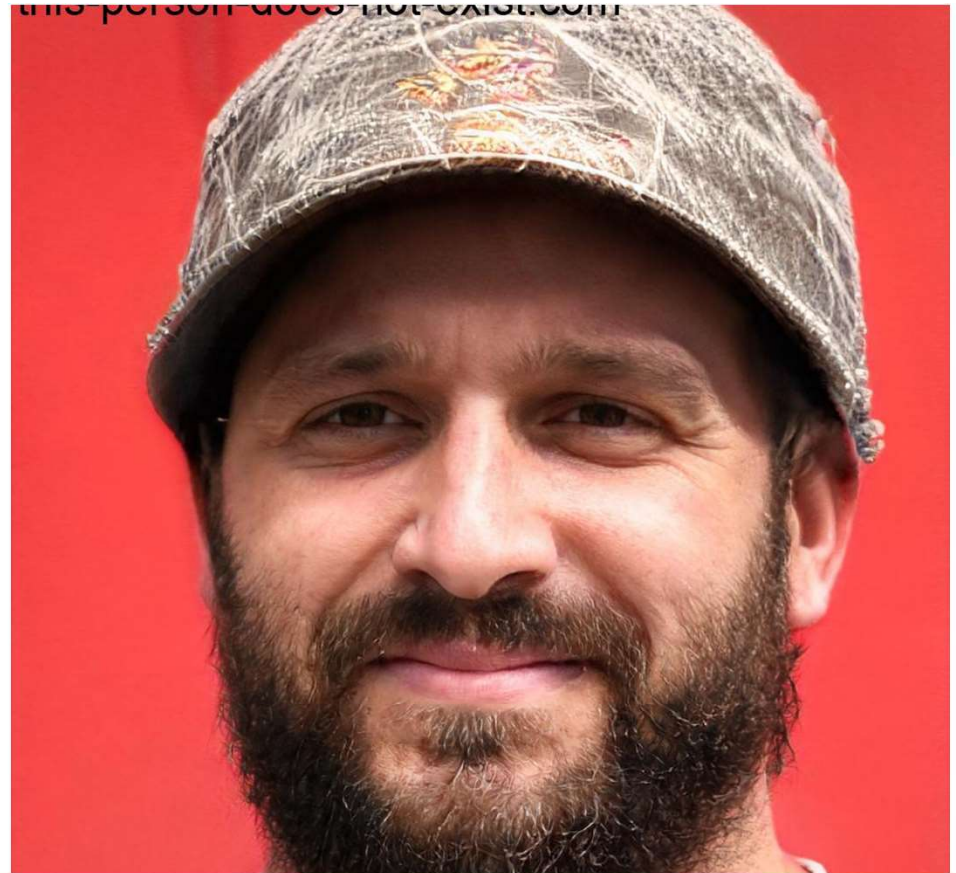
Homme 35 ans - RC : RGO et dyspepsie

ATCD perso : IMC 40

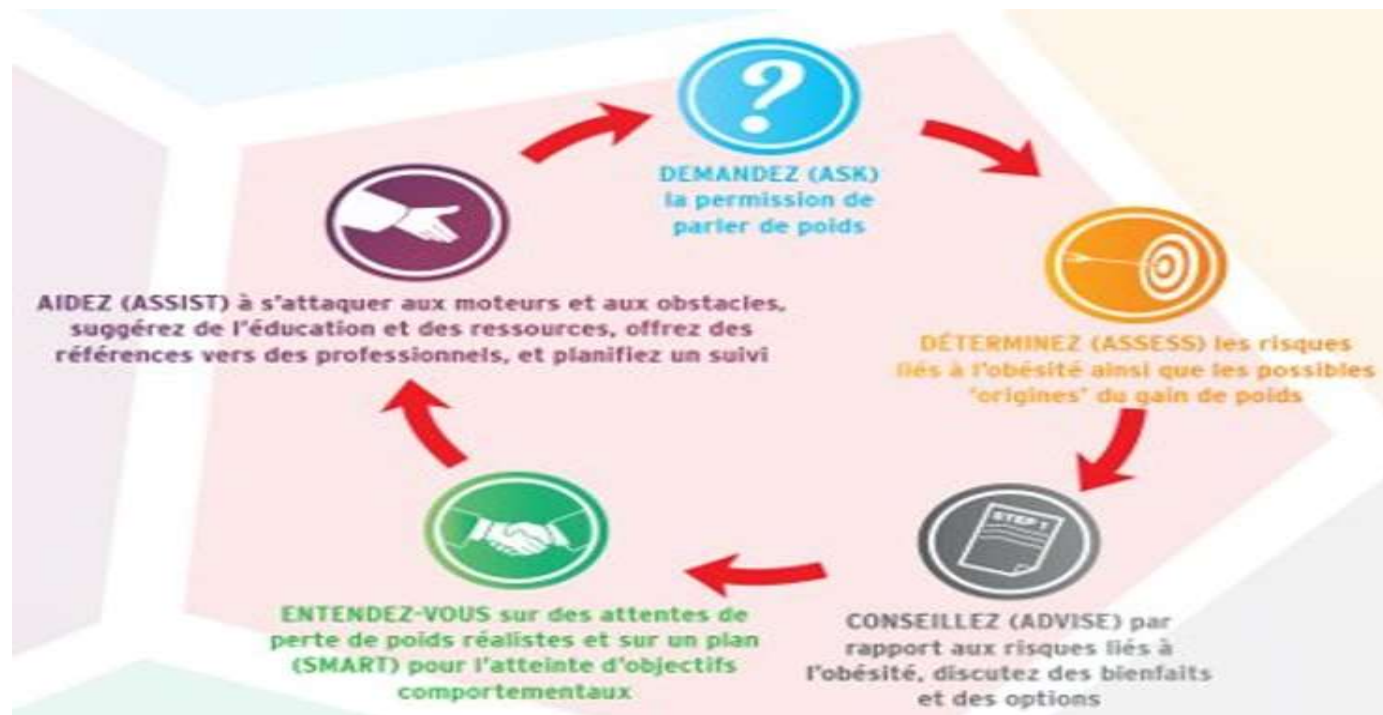
ATCD fam : père: IDM 50 ans

Mère: SAHS

Rx : oméprazole 20 mg (par
pharmacienne)



Évaluation



1. Demandez

Explorez le niveau de réceptivité au changement

Utilisez l'entretien motivationnel pour guider les patients

- Poser des questions ouvertes
- Valider leurs expériences
- Démontrer de la disponibilité

Créer un aménagement adapté

- Installations (accessibilité, portes larges, salles de bains adaptées)
- Salles d'attente (chaises solides sans accoudoir)
- Salles d'examen (pèse-personne/table d'examen/brassard de TA adaptés)

1- Rôle du médecin de famille et IPS:

- Obtenir l'autorisation du patient à parler de son poids.
- Valider son niveau de motivation de participer à la prise en charge par l'équipe interdisciplinaire.
- Mentionner à l'usager qu'il aura un suivi par un professionnel infirmière/pharmacien/nutritionniste en présentiel avant de lui prescrire une thérapie médicamenteuse.

Remettre au patient

Des ordonnances recommandées :

- Bilan sanguin¹
- Dépistage de l'apnée du sommeil.

et

Le questionnaire d'évaluation Prise en charge interdisciplinaire de l'obésité.

Aviser l'usager de venir remettre le questionnaire complété au secrétariat et qu'un RDV lui sera donné à ce moment.

**QUESTIONNAIRE D'ÉVALUATION
PRISE EN CHARGE INTERDISCIPLINAIRE DE L'OBÉSITÉ**

Courriel _____

Régime d'assurance: Privé Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ)

HISTOIRE PSYCHOSOCIALE

Scolarité _____

Emploi _____

Veillez cocher ce qui correspond à votre situation: Marié(e) Célibataire Séparé(e) Divorcé(e) Veuf(ve) Conj

Nombre d'enfant(s) et âge _____

Veillez cocher ce qui correspond à votre type de domicile: Maison Logement Condo Chambre Autre _____

Avez-vous qui vivez-vous? _____

Est-ce que des gens de votre famille souffrent d'obésité? Oui Non

Est-ce des gens de votre famille ou dans votre entourage ont déjà subi une chirurgie bariatrique? Oui Non

Avez-vous déjà envisagé d'avoir une chirurgie pour traiter votre obésité? Oui Non

Source de revenu: Travail Aide sociale CNESST Rente d'invalidité Retraité

Avez-vous des difficultés financières? Oui _____

HISTOIRE DE POIDS/RÉGIME

Poids actuel _____ Kg

À quelle fréquence vous pesez-vous? _____

À quel âge votre gain de poids a-t-il débuté? _____

Est-ce qu'un événement particulier dans votre vie a précipité le gain de poids selon vous? Oui Non

Si oui, quel événement? _____

Quel a été le poids maximal atteint et à quel âge? _____

Quel a été le poids le plus bas atteint à l'âge adulte (précisez l'âge)? _____

Est-ce que votre poids est stable? Oui Non

Si oui, depuis combien de temps? _____

Avez-vous déjà fait des tentatives de perte de poids? Oui Non

Si oui, qu'avez-vous tenté (nom du régime et perte de poids associée)? _____

Suivez-vous un régime particulier présentement? Oui Non

Si oui, lequel? _____

Avez-vous déjà rencontré une nutritionniste? Oui Non

Si oui, quel était l'objectif? _____

Avez-vous déjà eu une chirurgie bariatrique? Oui Non

Si oui, laquelle? _____

3- Rôle de l'infirmière :

- Procéder à l'évaluation de l'usager (Dépistage des comorbidités, révision du questionnaire complété, analyse des résultats du bilan sanguin).
- Enseignement requis selon l'évaluation de l'usager.
- Référence à l'équipe interdisciplinaire si requis (nutritionniste, travailleur social, pharmacien, médecin-IPS).



Référence vers le **pharmacien GMF** pour révision de dossier (médication obésogène) et recommandation de molécule si requis



Référence vers une **nutritionniste** si une comorbidité est suspectée (hyperphagie boulimique, trouble alimentaire), si un besoin de revoir la base de l'alimentation est demandé...



Référence vers le **travailleur social** si une comorbidité est détectée (trouble anxieux, de l'humeur, trouble de conduite alimentaire, antécédents d'abus de substances ou autres).



Référence au **médecin ou IPS** si un nouveau problème est détecté (laboratoire anormal par exemple)

L'infirmière assurera le suivi requis selon la condition de l'usager.

2. Déterminez

Classe et le stade de progression de l'obésité

- **Classes (I-III)**

- I : 30.0-34.9kg/m² - II : 35.0-39.9kg/m² - III : ≥ 40.0kg/m²

- **Stades d'obésité (EOSS)**

- **Tour de taille**

- IMC entre 25kg/m² 34.9kg/m²

EOSS: EDMONTON OBESITY STAGING SYSTEM - *Staging Tool*

STAGE 0

- **NO** sign of obesity-related risk factors
- **NO** physical symptoms
- **NO** psychological symptoms
- **NO** functional limitations

Case Example:

Physically active female with a BMI of 32 kg/m², no risk factors, no physical symptoms, no self-esteem issues, and no functional limitations.

Class I, Stage 0 Obesity

EOSS Score

WHO Obesity Classification

STAGE 1

- Patient has obesity-related **SUBCLINICAL** risk factors (borderline hypertension, impaired fasting glucose, elevated liver enzymes, etc.) - *OR* -
- **MILD** physical symptoms - patient currently not requiring medical treatment for comorbidities (dyspnea on moderate exertion, occasional aches/pains, fatigue, etc.) - *OR* -
- **MILD** obesity-related psychological symptoms and/or mild impairment of well-being (quality of life not impacted)

Case Example:

38 year old female with a BMI of 59.2 kg/m², borderline hypertension, mild lower back pain, and knee pain. Patient does not require any medical intervention.

Class III, Stage 1 Obesity

WHO CLASSIFICATION OF WEIGHT STATUS (BMI kg/m²)

Obese Class I 30 - 34.9
 Obese Class II 35 - 39.9
 Obese Class III ≥40

Stage 0 / Stage 1 Obesity

Patient **does not meet clinical criteria for admission** at this time. Please refer to primary care for further preventative treatment options.

STAGE 2

- Patient has **ESTABLISHED** obesity-related comorbidities requiring medical intervention (HTN, Type 2 Diabetes, sleep apnea, PCOS, osteoarthritis, reflux disease) - *OR* -
- **MODERATE** obesity-related psychological symptoms (depression, eating disorders, anxiety disorder) - *OR* -
- **MODERATE** functional limitations in daily activities (quality of life is beginning to be impacted)

Case Example:

32 year old male with a BMI of 36 kg/m² who has primary hypertension and obstructive sleep apnea.

Class II, Stage 2 Obesity

STAGE 3

- Patient has **significant** obesity-related end-organ damage (myocardial infarction, heart failure, diabetic complications, incapacitating osteoarthritis) - *OR* -
- **SIGNIFICANT** obesity-related psychological symptoms (major depression, suicide ideation) - *OR* -
- **SIGNIFICANT** functional limitations (eg: unable to work or complete routine activities, reduced mobility)
- **SIGNIFICANT** impairment of well-being (quality of life is significantly impacted)

Case Example:

49 year old female with a BMI of 67 kg/m² diagnosed with sleep apnea, CV disease, GERD, and suffered from stroke. Patient's mobility is significantly limited due to osteoarthritis and gout.

Class III, Stage 3 Obesity

STAGE 4

- **SEVERE** (potential end stage) from obesity-related comorbidities - *OR* -
- **SEVERELY** disabling psychological symptoms - *OR* -
- **SEVERE** functional limitations

Case Example:

45 year old female with a BMI of 54 kg/m² who is in a wheel chair because of disabling arthritis, severe hyperpnea, and anxiety disorder.

Class III, Stage 4 Obesity



- Wharton, S. et al. CMAJ. 2020 Aug 4;192(31):E875-E891

Les 4M de l'obésité



Mentaux

- Cognition
- Dépression
- Trouble d'attention
- Dépendance
- Psychose
- Trouble de l'alimentation
- Traumatisme
- Insomnie



Mécaniques

- Apnée du sommeil
- Arthrose
- Douleur chronique
- Reflux gastro-œsophagien
- Incontinence
- Thrombose
- Intertrigo
- Fasciite plantaire



Métaboliques

- Diabète de type 2
- Dyslipidémie
- Hypertension
- Goutte
- Stéatose hépatique
- Lithiase biliaire
- SOPK
- Cancer



Monétaires

- Éducation
- Emploi
- Revenu
- Handicap
- Assurance
- Avantage sociaux
- Équipement de gérontologie
- Programmes de perte de poids

Déterminez les causes du gain de poids

Le gain de poids est-il causé par un métabolisme lent?

- Age
- Hormones
- Génétique
- Faible masse musculaire
- Perte de poids
- Médicaments

Corrigez les causes du métabolisme lent

Le gain de poids est-il causé par la suralimentation?

- Facteurs socio-culturels
- Symptômes physiques de faim
- Consommation émotionnelle/stress
- Troubles de santé mentale
- Médicaments

Corrigez les causes de la suralimentation

Le gain de poids est-il causé par un faible niveau d'activité?

- Facteurs socio-culturels
- Obstacles socio-économiques
- Obstacles physiques / douleur
- Facteurs émotionnels
- Médicaments

Corrigez les causes du faible niveau d'activité

Concrètement: Investigations

Table 7: Laboratory and Diagnostic Tests to Consider in the Assessment of Patients with Obesity

Consider for most patients <ul style="list-style-type: none">• HbA1c• Electrolytes renal function tests (creatinine, eGFR)• Total cholesterol, HDL- and LDL-cholesterol, triglycerides• Alanine aminotransferase (ALT)• Age-appropriate cancer screening	}	Syndrome métabolique
Consider only if clinically indicated <ul style="list-style-type: none">• Complete (full) blood count• Thyroid stimulating hormone/thyroid function tests• Uric acid• Assessment of iron (TIBC, % saturation, serum ferritin, serum iron)• Vitamins B12 and D levels• Urinalysis• Urine for micro-proteinuria		
Women with obesity and symptoms of polycystic ovary syndrome <ul style="list-style-type: none">• LH, FSH, total testosterone, DHEAS, prolactin and 17 hydroxyprogesterone levels		

LH: luteinizing hormone; FSH: follicle stimulating hormone; DHEAS: dehydroepiandrosterone; TIBC: total iron binding capacity.

Image tirée: Rueda-Clausen CF, Poddar M, Lear SA, Poirier P, Sharma AM. Canadian Adult Obesity Clinical Practice Guidelines: Assessment of People Living with Obesity. Available from: <https://obesitycanada.ca/guidelines/assessment>. Consulté le 2023-02-22.

Outil de prise en charge initiale de l'obésité CIUSSSCN

Informations				Classification (voir annexe 1)			
Prénom		Âge		Surpoids <input type="checkbox"/>	EOSS 0 <input type="checkbox"/>		
Nom		Poids		Grade 1 <input type="checkbox"/>	EOSS 1 <input type="checkbox"/>		
RAMQ		Taille		Grade 2 <input type="checkbox"/>	EOSS 2 <input type="checkbox"/>		
Courriel		IMC		Grade 3 <input type="checkbox"/>	EOSS 3 <input type="checkbox"/>		
Assurances	RAMQ <input type="checkbox"/> Privé <input type="checkbox"/>	TT				EOSS 4 <input type="checkbox"/>	
Psychosociale			Ethnicité	Caucasien <input type="checkbox"/>	Latino <input type="checkbox"/>	Chinoise <input type="checkbox"/>	
Scolarité				Afrique-sub-saharienne <input type="checkbox"/>	Asiatique <input type="checkbox"/>	Africaine-américaine <input type="checkbox"/>	
Emploi				Africaine <input type="checkbox"/>	Asiatique <input type="checkbox"/>	Coréenne <input type="checkbox"/>	
État civil	Marié(e) <input type="checkbox"/>	Célibataire <input type="checkbox"/>	Séparé(e) <input type="checkbox"/>	Aborigène canadien <input type="checkbox"/>			
Enfant(s)	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Habite	Maison <input type="checkbox"/>	Logement <input type="checkbox"/>	Condo <input type="checkbox"/>	Chambre <input type="checkbox"/>	
Nombres :							
Historique du poids				Tentatives de perte de poids			
Date	Poids	Évènements		Date	Perte	Méthode	
Nadir Poids		Date		Poids maximal		Date	
Habitudes alimentaires				Activité physique			
Déjeuner <input type="checkbox"/> Dîner <input type="checkbox"/> Souper <input type="checkbox"/> Collations <input type="checkbox"/> Nombre :				Type activité			
Diète actuelle				Durée			
Équilibre alimentaire (consommation quotidienne)		Fruits <input type="checkbox"/>		Intensité		Faible <input type="checkbox"/> Modérée <input type="checkbox"/> Élevée <input type="checkbox"/>	
		Légumes <input type="checkbox"/>		Blessures			
		Produits laitiers <input type="checkbox"/>		Handicap			
		Féculents <input type="checkbox"/>		Barrières			
Viande/Poisson <input type="checkbox"/>							
Aliments	Jamais	Occ.	Quelques x/sem	DIE	Sommeil		
Desserts sucrés					Ronflements	Oui (1 pt) <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Croustilles					Fatigue	Oui (1 pt) <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Chocolat					Apnée	Oui (1 pt) <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Bonbons					HTA	Oui (1 pt) <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Friture					IMC > 35	Oui (1 pt) <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Boissons gaz					Âge > 50	Oui (1 pt) <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Jus					Cou (H≥43cm - F≥41cm)	Oui (1 pt) <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Restau rapide					Homme	Oui (1 pt) <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Restau					Score STOP BANG		
Mets préparés					Score ≥ 5 STOP BANG		Référence <input type="checkbox"/>
Durée moyenne des repas							
Grignotage le soir <input type="checkbox"/> la nuit <input type="checkbox"/>		Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>		Occasionnel <input type="checkbox"/>			
Professionnels déjà consultés		Nutritionniste <input type="checkbox"/>		Psychologue <input type="checkbox"/>		Travailleur social <input type="checkbox"/> Kinésiologue <input type="checkbox"/>	

Évaluation santé mentale				
1. Dans les 3 derniers mois, avez-vous eu des épisodes où vous avez mangé excessivement?			Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
2. Si oui, avez-vous ressenti de la détresse lorsque vous avez mangé excessivement?			Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Si le patient répond « OUI » à la question 1, remplissez l'échelle BED-7 pour le dépistage de l'hyperphagie boulimique				
Au cours des 14 derniers jours, à quelle fréquence avez-vous été dérangé par les problèmes suivants ?	Jamais	Plusieurs jours	Plus de la moitié des jours	Presque tous les jours
• Sentiment de nervosité, d'anxiété ou de tension	0	1	2	3
• Incapable d'arrêter de vous inquiéter ou de contrôler vos inquiétudes	0	1	2	3
• Inquiétudes excessives à propos de tout et de rien	0	1	2	3
• Difficulté à se détendre	0	1	2	3
• Agitation telle qu'il est difficile de rester tranquille	0	1	2	3
• Devenir facilement contrarié(e) ou irritable	0	1	2	3
• Avoir peur que quelque chose d'épouvantable puisse arriver	0	1	2	3
Score GAD-7				

Score 0 à 4 (anxiété minimale) 5 à 9 (inquiétude légère) 10 à 14 (anxiété modérée) ≥ 15 (anxiété sévère)				
			Score GAD-7 ≥ 15 points	
			Référence <input type="checkbox"/>	
Au cours des 14 derniers jours, à quelle fréquence avez-vous été dérangé par les problèmes suivants ?	Jamais	Plusieurs jours	Plus de la moitié des jours	Presque tous les jours
• Peu d'intérêt ou de plaisir à faire des choses	0	1	2	3
• Se sentir triste, déprimé(e) ou désespéré(e)	0	1	2	3
• Difficultés à s'endormir ou à rester endormi(e), ou trop dormir	0	1	2	3
• Se sentir fatigué(e) ou avoir peu d'énergie	0	1	2	3
• Peu d'appétit ou trop manger	0	1	2	3
• Mauvaise perception de vous-même – ou vous pensez que vous êtes un perdant ou que n'avez pas satisfait vos propres attentes ou celles de votre famille	0	1	2	3
• Difficulté à se concentrer sur une tâche comme lire un journal ou regarder la télévision	0	1	2	3
• Bouger ou parler si lentement que d'autres peuvent le remarquer ou, au contraire, vous êtes-vous senti agité, ne tenant pas en place, bougeant bien plus qu'habituellement	0	1	2	3
• Penser qu'il vaudrait mieux que vous soyez mort(e) ou le besoin de vous faire du mal	0	1	2	3
Score PHQ-9				

Score 0 à 4 (dépression minimale) 5 à 9 (dépression légère) 10 à 14 (dépression modérée) 15 à 19 (dépression modérément sévère) 20 à 27 (dépression sévère)		
		Score PHQ-9 ≥ 15 points
		Référence <input type="checkbox"/>
Dépistage TDAH avec l'outil de dépistage ASRS (échelle d'autodéclaration des adultes)		
Score (à détailler)		Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Score (détailler conduite selon résultats)		Référence <input type="checkbox"/>

Habitus				Comorbidités métaboliques associées à l'obésité									
Tabac	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	PA :	DLP <input type="checkbox"/>	HTA <input type="checkbox"/>	DB II <input type="checkbox"/>	MCV <input type="checkbox"/>	SAHS <input type="checkbox"/>	Goutte <input type="checkbox"/>				
Alcool	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	# Conso/sem	NAFLD <input type="checkbox"/>	NASH <input type="checkbox"/>	Cirrhose <input type="checkbox"/>	CHILD-PUGH :						
Drogue	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Substance	<i>Si suspicion de NASH, FIB-4 ou NAFLD fibrosis score</i>									
Prise de médicaments connus pour le gain de poids (annexe 2)				HypoT4 <input type="checkbox"/>						SOPK <input type="checkbox"/>	Infertilité <input type="checkbox"/>	Cancer <input type="checkbox"/>	
Rx et indication				Comorbidités mécaniques associées à l'obésité									
				Arthrose <input type="checkbox"/>		Douleur chronique <input type="checkbox"/>			RGO <input type="checkbox"/>				
				Incontinence <input type="checkbox"/>		Intertrigo <input type="checkbox"/>							
Essais antérieurs de rx pour la perte de poids (annexe 3)													
Liraglutide <input type="checkbox"/>			Semaglutide <input type="checkbox"/>			Naltrexone-Bupropion <input type="checkbox"/>			Orlistat <input type="checkbox"/>			Autre :	
Efficace <input type="checkbox"/>			Efficace <input type="checkbox"/>			Efficace <input type="checkbox"/>			Efficace <input type="checkbox"/>			Efficace <input type="checkbox"/>	
Inefficace <input type="checkbox"/>			Inefficace <input type="checkbox"/>			Inefficace <input type="checkbox"/>			Inefficace <input type="checkbox"/>			Inefficace <input type="checkbox"/>	
Non toléré <input type="checkbox"/>			Non toléré <input type="checkbox"/>			Non toléré <input type="checkbox"/>			Non toléré <input type="checkbox"/>			Non toléré <input type="checkbox"/>	
Laboratoires/mesures recommandés pour patients sans complication (q1-2 ans si pas de comorbidité)													
Date				Labos si indiqués									
Hba1c				• FSC, TSH/T4, acide urique									
Créat													
DfGe				<i>Femmes obèses avec SOPK :</i>									
RAC				• LH, FSH, testostérone total, DHEA-S, prolactine, 17-hydroxyprogestérone									
Vit D													
ALT				Interventions									
Chol. Tot				Enseignement sur les risques liés à l'obésité <input type="checkbox"/>									
HDL				Enseignement sur les bonnes habitudes de vie <input type="checkbox"/>									
LDL				Enseignement sur les bénéfices d'une perte de poids <input type="checkbox"/>									
C-Non HDL				Enseignement sur l'importance d'avoir une stratégie long terme pour la gestion de l'obésité <input type="checkbox"/>									
Apo B				Enseignement sur les plateaux lors de la perte de poids <input type="checkbox"/>									
Lp(a)				Enseignement sur les défis en lien avec le maintien du poids et le risque de reprise de poids <input type="checkbox"/>									
Fer				Enseignement sur les options de traitements médicales de l'obésité <input type="checkbox"/>									
Sat				Enseignement sur les options de traitements chirurgicales de l'obésité <input type="checkbox"/>									
Ferritine													
Indications de traitements													
Options médicales						Options chirurgicales							
IMC ≥ 30 <input type="checkbox"/> ou IMC ≥ 27 avec comorbidité(s) associée(s) <input type="checkbox"/>						IMC ≥ 40 <input type="checkbox"/> ou IMC ≥ 35 avec comorbidité(s) associée(s) <input type="checkbox"/>							

Objectif(s) (SMART)

Suivi/Références

MD Infirmière Nutritionniste Pharmacien Psychologue Travailleur social Kinésologue Psychiatre

Conduite suspicion SAHS :

- Si score STOP-BANG ≥ 5 demander une oxymétrie nocturne
- Si hypersomnolence diurne, vous référer l'échelle d'Epworth et demander oxymétrie nocturne selon résultats

Conduite suite à l'évaluation de santé mentale :

Si suspicion de trouble alimentaire

-

Si score GAD-7

-

Si score PHQ-9 ≥ 15

- Référer vers médecin ou IPS pour pharmacothérapie si patient le souhaite ou vers psychothérapie

Si score PHQ-9 ≥ 20

- Référer vers médecin ou IPS pour pharmacothérapie et psychothérapie

Note

Prochain RDV :

Tel Présentiel

Outils d'évaluation

- PHQ-9 (dépression)
- GAD-7 (anxiété)
- BED-7 (trouble accès hyperphagique)
- CADDRA, etc. (TDAH)
- STOP-BANG (SAHS)
- FIB-4 (Fibrose hépatique)
- Framingham (Risque cardiovasculaire)

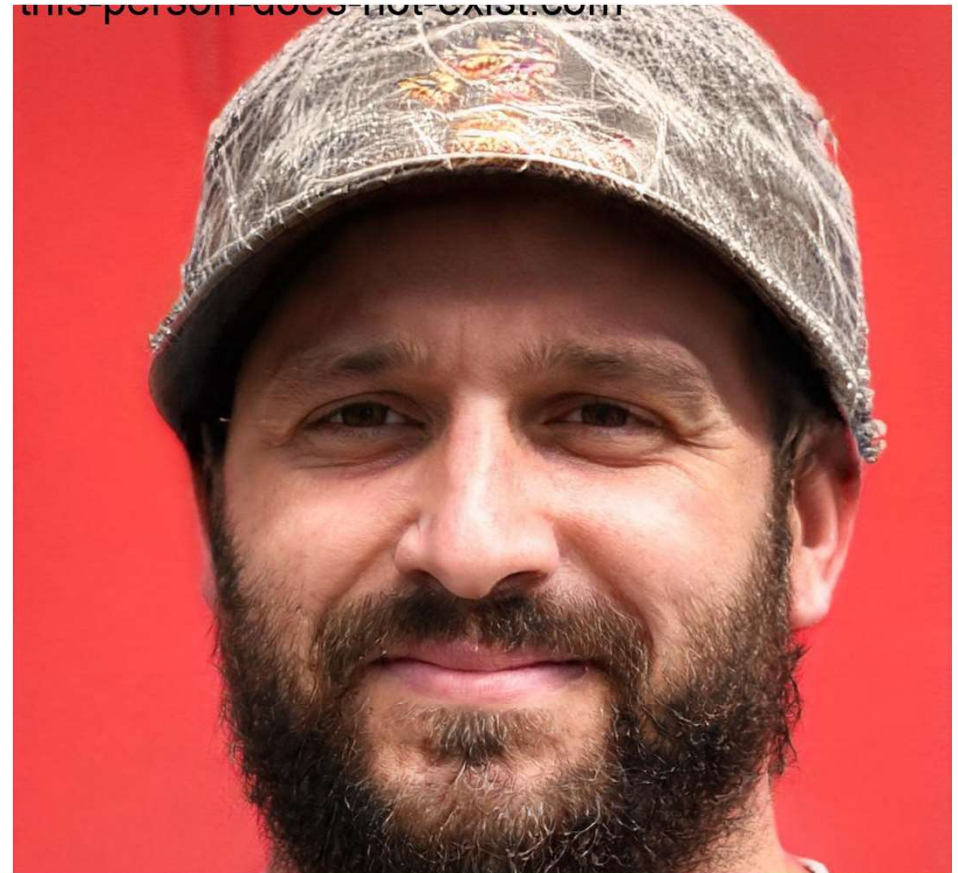


Cas clinique no. 1

Homme 35 ans - RC : RGO et dyspepsie

Au terme de votre évaluation, vous suspecter fortement :

- SAHS
- TDM dans le dossier confirme stéatose hépatique sévère
- Enzymes hépatiques perturbés
- FIB-4 = Fibrose avancée possible
- Framingham = 2,2 %

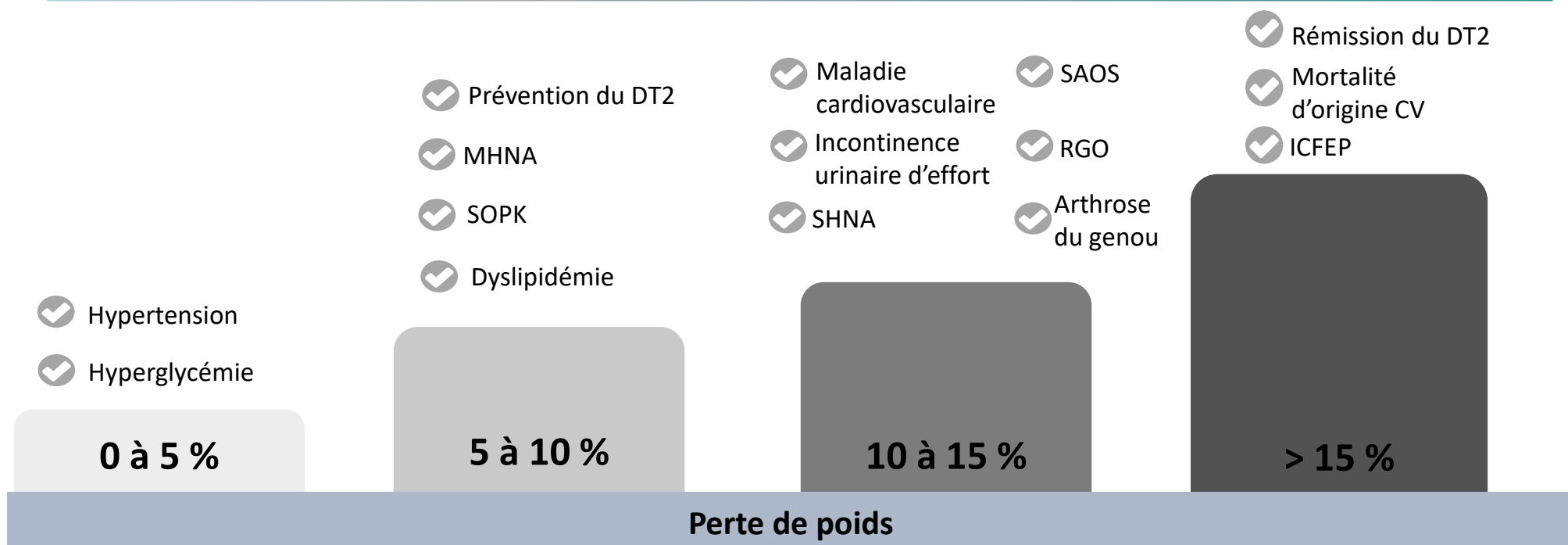


3. Conseillez

- Conseillez par rapport aux risques liés à l'obésité
- Expliquez les bienfaits d'une perte de poids modeste
- Expliquez l'importance d'une stratégie à long terme

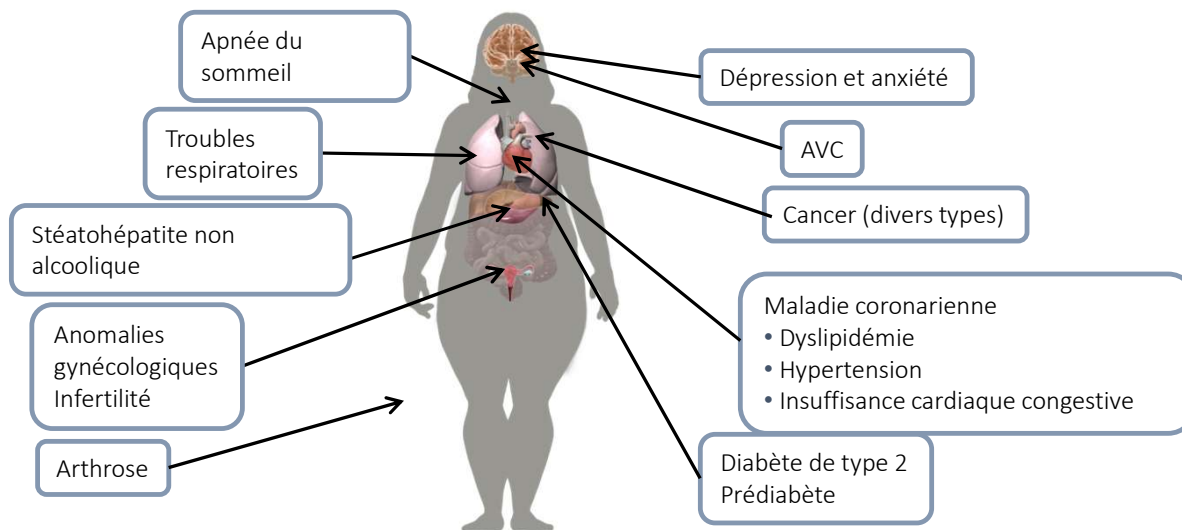
Une perte de poids plus importante mène à de meilleurs résultats en matière de santé

Vers une plus grande perte de poids et une amélioration générale de la santé

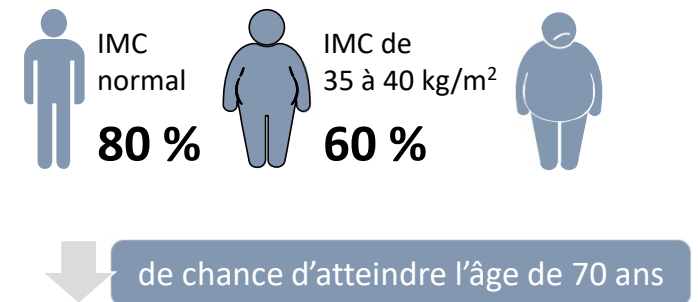


- CV, cardiovasculaire; ICPEP, insuffisance cardiaque avec fraction d'éjection préservée; MHNA, maladie hépatique non alcoolique; RGO, reflux gastro-œsophagien pathologique; SHNA, stéatohépatite non alcoolique; SAOS, syndrome d'apnée obstructive du sommeil; SOPK, syndrome des ovaires polykystiques; TG, triglycérides.
- 1. Garvey WT, et al. *Endocr Pract* 2016;22(Suppl. 3):1-203; Look AHEAD Research Group; 2. *Lancet Diabetes Endocrinol* 2016;4:913-21; 3. Lean ME, et al. *Lancet* 2018;391:541-54; 4. Benraoune F and Litwin SE. *Curr Opin Cardiol* 2011;26:555-61; 5. Sundström J, et al. *Circulation* 2017;135:1577-85.

L'obésité est associée à de multiples comorbidités et à une mortalité accrue.



L'espérance de vie diminue à mesure que l'IMC augmente



Une fois que les complications apparaissent, leur prise en charge devient beaucoup plus difficile.

- Les données sont basées sur des sujets masculins; n = 541 452. DT2, diabète de type 2; IMC, indice de masse corporelle; MCV, maladie cardiovasculaire; MHNA, maladie hépatique non alcoolique. Rapports de Statistique Canada sur la santé. Vol. 17. N° 3. N° de catalogue 82-003-XIE. Guh, D.P. et al. BMC Public Health. 2009;9:88. Shaikh S et al. Int J Diabetes Dev Countries. 2011;31:65-69. Church TS et al. Gastroenterol. 2006;130:2023-2030. Li C et al. Prev Med. 2010;51:18-23. Esmailzadeh S et al. Arch Med Sci. 2013;9:499-505. NIH. Obes Res. 1998;6(Suppl 2):S15-209S; Zhao G et al. Int J Obes (Lond). 2009;33(2):257-66; Lau DCW, Wharton S. Lignes directrices canadiennes de pratique clinique pour l'obésité chez l'adulte : La science de l'obésité. Disponible à l'adresse : <https://obesitycanada.ca/fr/deslignesdirectrices/lascience/>. Consulté en novembre 2020. Prospective Studies Collaboration. Lancet 2009;373:1083-1096.

4. Entendez-vous



FIXEZ DES OBJECTIFS (SMART)



CIBLES DE PERTE DE POIDS

Objectifs SMART

- Spécifiques
- Mesurables
- Atteignables
- Réalistes
- Temporel (temps déterminé)

5. Aidez

Aidez le patient à identifier les barrières et à mettre en place des stratégies

- Déclencheur de la prise pondérale
- Obstacle à la gestion du poids
- Médication obésogène

Suggérez de l'éducation/des ressources

- L'éducation est primordial dans l'autogestion
- Bien s'entourer pour bien référer

Référez à d'autres professionnels :

- Nutritionnistes
- Kinésilogues
- Infirmières
- Psychiatres
- Travailleurs sociaux, psychoéducateurs
- Pharmaciens

Assurez un suivi

- Offrir des soins longitudinaux et engagés
- Réévaluation périodique
- Promouvoir le traitement de la maladie chronique

Ressources d'aide

- (Privé) - La clinique CEPIA

Tel : 418-656-3998 - Courriel : cepia@inaf.ulaval.ca -
Site Web : <https://www.inaf.ulaval.ca/grand-public/cepia>

- (Privé) - La clinique St-Amour

Tel : 418-834-9825 - 1-800-678-9011 - Site Web : <https://www.cliniquestamour.com>

- (Public) - ANEB

Ligne d'écoute : 1-800-630-0907 - 1-514-630-0907

Courriel : info@anebquebec.com Site Web : <https://anebquebec.com>

- (Public) - Services courants : Obésité (seul Dx)
- (Public) - Traité-santé (Rive-Nord: Portneuf, Québec, Charlevoix): Pré-DB, DB type 2, MPOC, MCAS
- (Public) - Certains GMF
- (Privé) - La clinique psychologie santé

Tel : 418-914-4025 Courriel : info@psychologiesante.com -
Site Web : <https://psychologiesante.com>

Les différents médicaments anti-obésité selon le profil du patient

Phénotypes (Acosta et al. 2021)

4 types de phénotypes :

- Hungry brain (32%) : gros mangeur (nécessite plus de calories avant d'atteindre la satiété)
- Hungry gut (32%) : satiété passagère (durée de la satiété diminuée); vidange gastrique rapide
- Emotional hunger (21%) : désir de manger en réaction à des émotions (positives / négatives) ; anxiété, craving ; comportements de récompense
- Slow burn (21%) : métabolisme lent

Résultats (Acosta et al. 2021)

Perte de poids moyenne à 6 mois dans chaque groupe :

- 10,5 % pour le groupe phénotype
- 6,3% pour le groupe non-phénotype

Perte de poids moyenne à 12 mois dans chaque groupe:

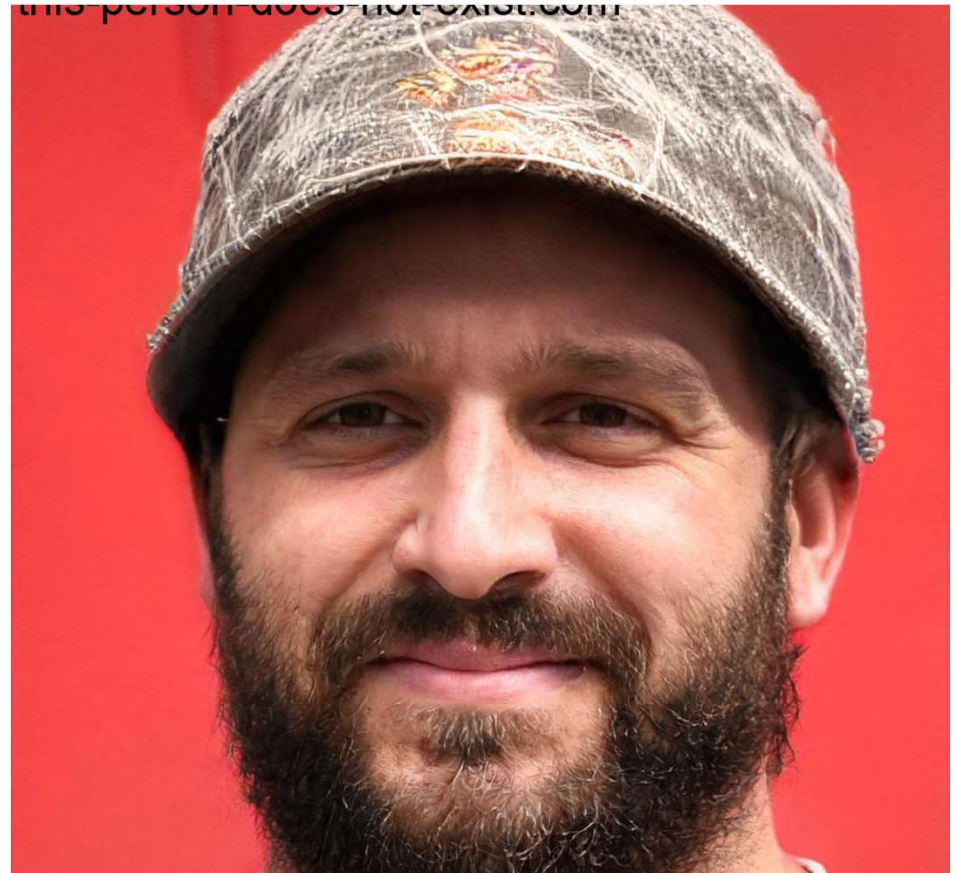
- 15,9 % pour le groupe phénotype
- 9,0% pour le groupe non-phénotype

Cas clinique no. 1

Homme 35 ans

Phénotype :

- Portions importantes
- Se sert souvent 2 assiettes
- Grignote le soir
- Dit avoir toujours faim



Comment participer ?



1 Allez sur wooclap.com

2 Entrez le code d'événement dans le bandeau supérieur

Code
d'événement
ZFUEBX



Cas clinique no. 2

Femme 43 ans - RC : Obésité

ATCD perso : Obésité grade III – EOSS 2 -
IMC 50

Rx : semaglutide 1mg sc 1x/sem



this person does not exist com

Comment participer ?



1 Allez sur wooclap.com

2 Entrez le code d'événement dans le bandeau supérieur

Code
d'événement
ZFUEBX



Algorithme de traitement (octobre 2022)

Pharmacotherapy for obesity management can be used for individuals with overweight or obesity with adiposity-related complications, in conjunction with health-behaviour modifications (e.g. medical nutrition therapy, physical activity and/or psychological interventions)

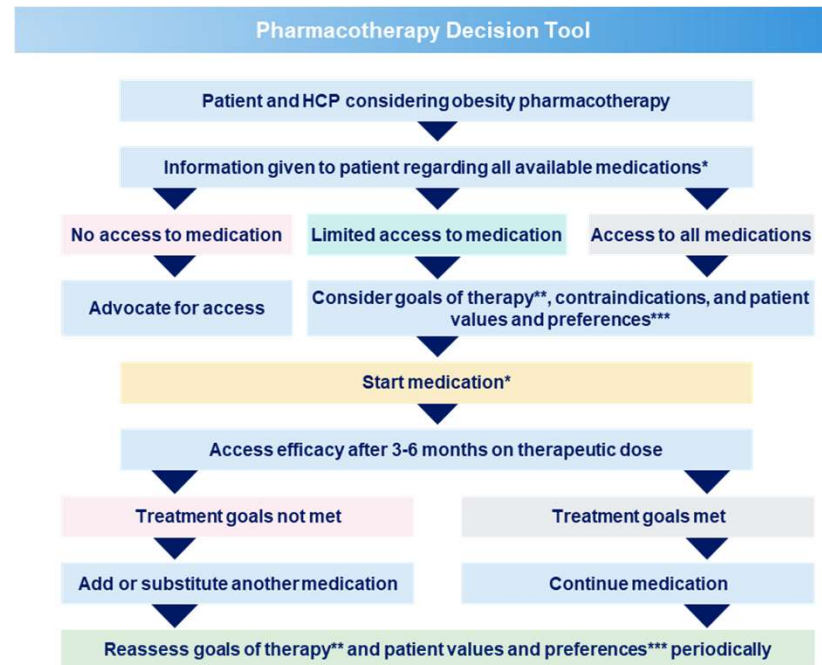
OW semaglutide 2.4 mg Level 1a, grade A	OD liraglutide 3.0 mg Level 2a, grade B	BID naltrexone/bupropion 16 mg/180 mg Level 2a, grade B	TID orlistat 120 mg Level 2a, grade B
--	---	--	--

Treatment goals should focus on more than just weight reduction

- Goals should include outcomes that the person undergoing treatment finds important, such as mental health and quality of life

It will be important to consider:

- What health metrics beyond weight reduction do people with overweight/obesity find most important?
- The heterogeneity of individual responses to pharmacotherapy; decisions may greatly differ from patient to patient
- Pharmacotherapy in conjunction with health-behaviour changes to treat obesity comorbidities, such as sleep apnea and NASH



* Medications approved in Canada as of June 2022: Liraglutide 3 mg daily, Naltrexone/Bupropion 16/180 mg BID, Orlistat 120 mg TID, Semaglutide 2.4 mg weekly; ** Treatment of comorbidities, percentage and durability of weight loss;

*** Including cost, frequency, route of administration and tolerability.

BID, twice-daily; HCP, healthcare provider; NASH, non-alcoholic steatohepatitis; OD, once-daily; TID, three times daily.

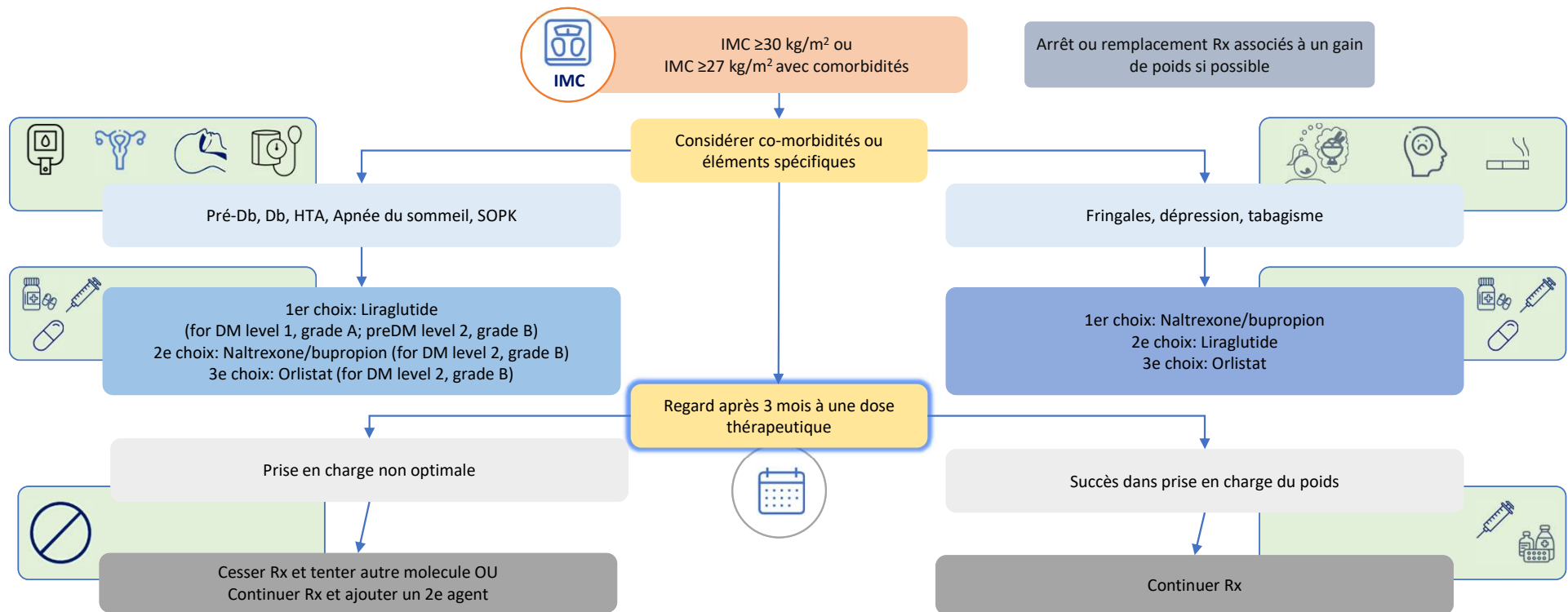
Pedersen SD, et al. Canadian Adult Obesity Clinical Practice Guidelines: Pharmacotherapy in Obesity Management. Available from: <https://obesitycanada.ca/guidelines/pharmacotherapy>. Accessed October 21, 2022.

Options de traitement de l'obésité approuvés au Canada

	Populations showing weight loss benefit in clinical trials*	Average Weight Loss at 1 year	Benefits in adiposity related health parameters	Cost	Provincial coverage for obesity Pharmacotherapy
Orlistat 120 mg PO BID	Overweight and Obesity PreDM T2DM	10.2% vs 6.1% placebo	Remission of PreDM A1C	\$\$	None
Liraglutide 3 mg SC daily	Overweight and Obesity PreDM T2DM NASH OSA	8.6% vs 2.6% placebo	Remission of preDM A1C NASH parameters apnea-hypopnea index BP QoL	\$\$\$\$	None
Naltrexone/bupropion 16/180 mg PO BID	Overweight and Obesity T2DM	6.1% vs 1.3% placebo	A1C Depression scores Cravings QoL	\$\$\$	None
Semaglutide 2.4 mg SC	Overweight and Obesity PreDM T2DM NASH	14.9% vs 2.4% placebo	A1C NASH parameters BP Cravings QoL	TBD	None

*Clinical trials conducted in populations with overweight and obesity, and trials conducted in populations with overweight/obesity and specific comorbidities (preDM, T2DM, NASH, OSA).
A1C, hemoglobin A1c; BP, blood pressure; NASH, nonalcoholic steatohepatitis; OSA, obstructive sleep apnea; preDM, prediabetes; QoL, quality of life; TBD, to be determined; T2DM, type 2 diabetes mellitus;

Choix du traitement pharmacologique



- BMI, body mass index; DM, diabetes mellitus
- Pedersen SD et al. Canadian Adult Obesity Clinical Practice Guidelines: Pharmacotherapy in Obesity Management. Available from: <https://obesitycanada.ca/guidelines/pharmacotherapy>. Accessed on 9 August 2020

Liraglutide 3mg (Saxenda®)

Contre-indications :

- Antécédent de pancréatite
- Antécédent personnel ou familiaux de cancer médullaire de la thyroïde
- Antécédent personnel d'adénomatose pluri-endocrinienne de type 2

Effets secondaires :

- Nausées/Vomissements
- Constipation/Diarrhée

Titration :

- Liraglutide 0.6mg sc DIE x7 jours
- Puis, si bien toléré, 1.2mg sc DIE x7 jours
- Puis, si bien toléré, 1.8mg sc DIE x7 jours
- Puis, si bien toléré, 2.4mg sc DIE x7 jours
- Puis, si bien toléré 3mg sc DIE

Naltrexone-Bupropion (Contrave[®])

Contre-indications :

- HTA non contrôlée
- Convulsions
- Anorexie/Boulimie
- Prise d'opioïde/Arrêt brusque d'alcool, benzo ou sédatifs
- Prise IMAO
- Grossesse, allaitement

Effets secondaires :

- Diminution du seuil convulsif
- Augmentation de la TA et de la FC
- Hépatotoxicité
- Glaucome à angle fermé

Naltrexone-Bupropion (Contrave[®])

Titration :

- 8-90mg 1co DIE AM x1 sem
- Puis, si bien toléré, 1co PO BID x1 sem
- Puis, si bien toléré, 2co AM et 1co PM x1 sem
- Puis, si bien toléré, 2co PO BID

**L'augmentation des doses peut se faire plus lentement si effets secondaires*

Semaglutide 2.4mg (Wegovy[®])

Contre-indications :

- Syndrome de néoplasie endocrinienne multiple
- Antécédents personnels ou familiaux de cancer médullaire de la thyroïde
- Grossesse ou allaitement

Effets secondaires :

- Nausées/Vomissements/Dyspepsie
- Constipation/Diarrhée
- Douleur abdominale

Titration :

- Wegovy 0.25mg sc 1x/sem x4 sem
- Puis, si bien toléré, 0.5mg sc 1x/sem x4sem
- Puis, si bien toléré, 1mg sc 1x/sem x4 sem
- Puis, si bien toléré, 1.7mg sc 1x/sem x4 sem
- Puis, si bien toléré, 2.4mg sc 1x/sem

Trouble d'accès hyperphagique (TAH)

Prévalence : Autour de 30% chez les patients souffrant d'obésité

Critères dx

- A) Épisodes récurrents d'accès hyperphagique
- B) Association avec au moins 3 critères suivants
 - Manger beaucoup plus rapidement que la normale
 - Manger jusqu'à être inconfortablement plein
 - Manger sans ressentir physiquement la faim
 - Manger seul parce qu'on est gêné de la quantité de nourriture ingérée
 - Être dégoûté de soi-même ou déprimé ou se sentir coupable après avoir trop mangé

Présence d'une souffrance marquée

Accès survenant au moins 1 fois par semaine pendant 3 mois

Absence de comportement compensatoire comme dans la boulimie

Lisdexamfétamine (Vyvanse®)

Contre-indications :

- HTA/Troubles CV
- ATCD psychose ou MAB

Effets secondaires :

- Sécheresse buccale, insomnie, céphalées, diminution de l'appétit et anxiété

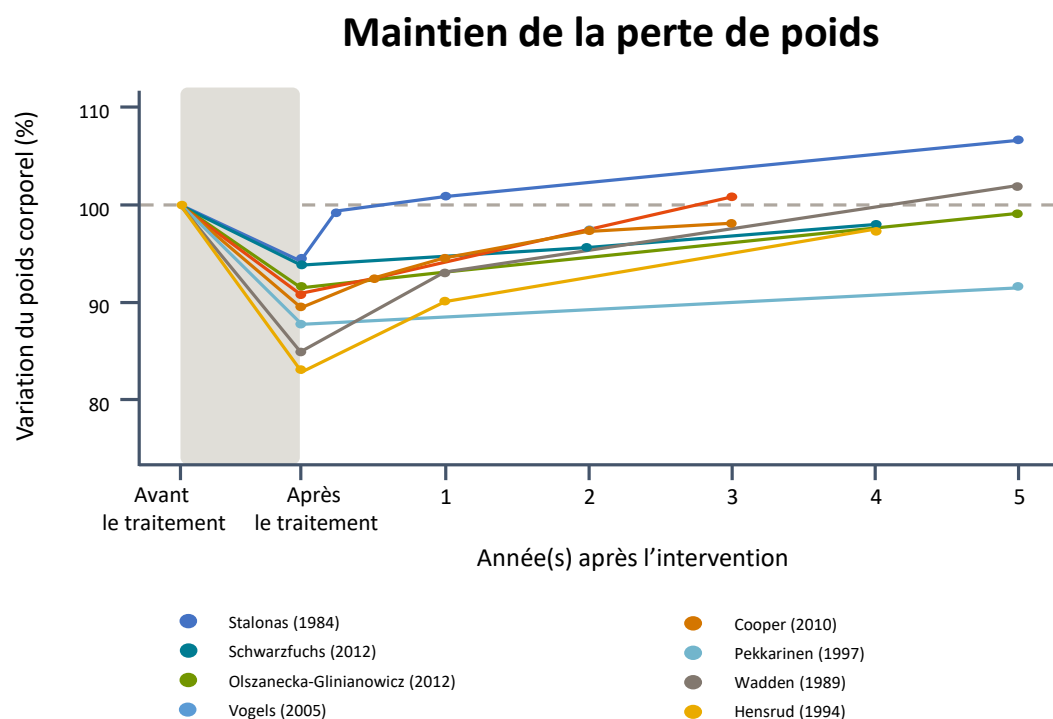
Titration :

- 30mg DIE x1 sem (dose recommandée 50-70mg DIE)

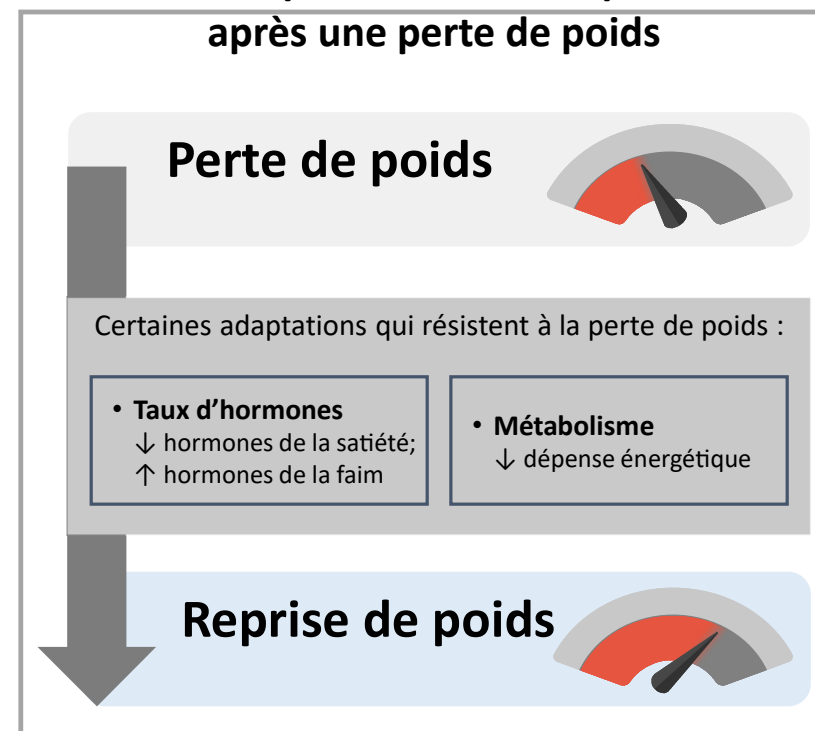
Topiramate (Topamax[®])

- Effets secondaires :
 - Étourdissements, fatigue, somnolence, ralentissement psychomoteur, paresthésies, confusion, troubles de la mémoire, nausées, troubles d'élocution
- Titration:
 - 25 mg DIE X 1 sem, augmenter de 25 mg ad 400 mg/jour divisé BID

La perte de poids à long terme est difficile



Adaptation métabolique après une perte de poids



1. Nordmo et al. *Obes Rev* 2019. doi: 10.1111/obr.12949.
2. Fothergill E, Guo J, Howard L, et al. *Obesity (Silver Spring)*. 2016;24:1612–1619.
3. Sumithran P, Prendergast LA, Delbridge E, et al. *N Engl J Med*. 2011;365:1597–1604.

Profil clinique du patient
avec obésité pouvant
bénéficier d'une
référence en centre
tertiaire

Médecine bariatrique

Critères d'admissibilité

Être âgé de 18 à 65 ans

Être motivé à entamer une prise en charge médicale de son obésité

Être candidat à la pharmacothérapie

IMC supérieur à 35kg/m² avec au moins 1 comorbidité (HTA réfractaire, DB, MCAS, Cirrhose/Fibrose hépatique, Arthrite inflammatoire, SAHS)

IMC supérieur à 40kg/m² sans comorbidité

Usager nécessitant une perte de poids en lien avec une greffe ou une chirurgie

ATCD de chirurgie bariatrique présentant une reprise de poids d'au moins 15% du poids total perdu ou une complication en lien avec celle-ci.

Consulter la section Documents de référence pour accéder aux différents formulaires

Références

Médecine Bariatrique: IUCPO

Équipe multidisciplinaire :
nutrition, kinésiologie, psychologie
et en travail social

Logo de l'Université Laval et de la Faculté des sciences infirmières.

CONSULTATION - MÉDECINE BARIATRIQUE

Courriel de l'utilisateur : _____
Poids : _____ kg Taille : _____ cm IMC : _____ kg/m²
Nom du médecin / IPS référent : _____ IP permis : _____
Spécialité : _____

Provenance des demandes :
 Ombudsman / IPSPS Chirurgiens bariatriques Md spécialistes / IPSSA FPMAC

OBJECTIF DE LA PRISE EN CHARGE MÉDICALE DE L'OBÉSITÉ

Prise en charge fortifiée de l'obésité dans le but d'améliorer le contrôle des maladies chroniques existantes et réduire la morbidité associée à l'obésité à l'aide d'une pharmacothérapie, d'une prise en charge multidisciplinaire et/ou de chirurgie bariatrique.

L'utilisateur référé en médecine bariatrique doit :

- Être âgé de 18 à 65 ans;
- Être motivé à entreprendre une prise en charge médicale de son obésité;
- Être candidat à la pharmacothérapie en obésité (voir les critères au verso)

Et présenter en des critères ci-dessous :

- IMC supérieur à 35 kg/m² avec au moins une comorbidité ci-dessous :
 - HTA réfractaire avec au moins 3 médicaments
 - MCAIS
 - Fibrose / cirrhose hépatique
 - SAHS
 - Arthrite inflammatoire (i.e. PAH, spondylarthropathies et connectivites)
 - Diabète
- IMC supérieur à 40 kg/m² sans comorbidité
- Usager nécessitant une perte de poids en lien avec une greffe, une chirurgie bariatrique ou une chirurgie de femme
Poids idéal : _____
- ATCD de chirurgie bariatrique présentant une reprise de poids d'au moins 15 % du poids total perdu
Poids pré-opératoire : _____ Niveau de perte de poids : _____
- ATCD de chirurgie bariatrique ayant obtenu une perte de poids insuffisante (inférieure à 25 % de perte de poids totale)

https://iucpq.qc.ca/sites/default/files/06002_consultation_-_medecine_bariatrique_1.pdf

Faculté des
sciences infirmières



Candidat idéal pour la chirurgie bariatrique

Patient qui désire une chirurgie bariatrique

Patient qui a une bonne adhésion au suivi et à la prise de médicaments (ainsi qu'au port du CPAP)

Motivé à participer à ses suivis et à adhérer à de saines HDV

Pas de consommation de tabac/drogues/alcool*

État psychiatrique stable dans la dernière année

Âge inférieur à 65 ans

Attentes réalistes/Bonne compréhension du processus

Troubles alimentaires dépistés et traités

Références

Chirurgie Bariatrique: IUCPO



Bariatrique Québec
L'Institut universitaire de
cardiologie et de pneumologi...

OPEN



INSTITUT UNIVERSITAIRE
DE CARDIOLOGIE
ET DE PNEUMOLOGIE
DE QUÉBEC

2725, chemin Sainte-Foy,
Québec (Québec) G1V 4G5

DEMANDE D'INSCRIPTION À LA LISTE
D'ATTENTE DE CHIRURGIE BARIATRIQUE

Télécopieur : (418) 656-4611
Courriel : iucpq.chxbariatrique@ssss.gouv.qc.ca

Les conditions pré requises pour une chirurgie de l'obésité sont les suivantes :

- ❖ Avoir un IMC ≥ 35 kg/m² avec problèmes de santé associés;
- ❖ Avoir un IMC ≥ 40 kg/m² avec ou sans comorbidité;
- ❖ Être prêt à s'investir dans un suivi avec notre établissement, pour une durée minimum de trois mois en pré opératoire, puis à long terme après la chirurgie;
- ❖ Être prêt à prendre des suppléments vitaminiques à vie;
- ❖ Être prêt à adopter de saines habitudes de vie avant et après la chirurgie.

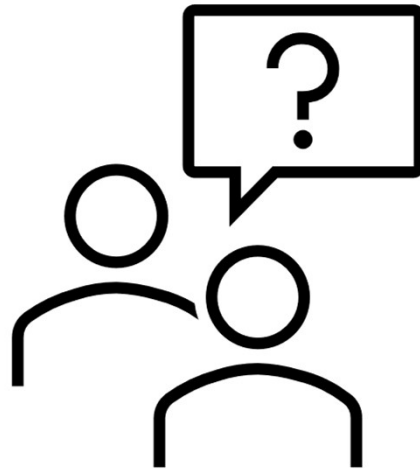
Contre-indications absolues à la chirurgie de l'obésité :

- ❖ Trouble de santé mentale aiguë ou instable;
- ❖ IMC < 35 kg/m²;
- ❖ Dépendance à l'alcool ou aux drogues.

Contre-indications relatives à une chirurgie de l'obésité :

- ❖ Utilisation chronique de narcotiques;
- ❖ Âge < 18 ans et > 60 ans.

Questions



Références

Benraoune, F., & Litwin, S.E. (2021). Reduction in cardiovascular risk after bariatric surgery. *Current Opinion in Cardiology*, 26(6), 555–561.

Esmaeilzadeh, S., Delavar, M.A., Basirat, Z., Shafi, H. (2013). Physical activity and body mass index among women who have experienced infertility. *Archives of Medical Science*, 9(3), 499-505. doi: 10.5114/aoms.2013.35342. Epub 2013 May 27. PMID: 23847673; PMCID: PMC3701979.

Fitch, A., Ingersoll, A. B. (2020). Patient initiation and maintenance of GLP-1 RAs for treatment of obesity: a narrative review and practical considerations for primary care providers. *Postgraduate Medicine*, 133(3), 310-319. doi:

Garvey, W.T., Mechanick, J.I., Brett, E.M., Garber, A.J., Hurley, D.L., Jastreboff, A.M., Nadolsky, K., . . . Plodkowski, R. ; Reviewers of the AACE/ACE Obesity Clinical Practice Guidelines. American Association of clinical endocrinologists and American College of endocrinology comprehensive clinical practice guidelines for medical care of patients with obesity. *Endocrine Practice*. 22(3), 1-203. doi: 10.4158/EP161365.GL. Epub 2016 May 24. PMID: 27219496

Gregg, E., Jakicic, J., Blackburn, G., Bloomquist, P., Bray, G., Clark, J., Coday, M., . . . Yanovski, S. (2016). Association of the magnitude of weight loss and changes in physical fitness with long-term cardiovascular disease outcomes in overweight or obese people with type 2 diabetes: a post-hoc analysis of the Look AHEAD randomised clinical trial. *The Lancet Diabetes and endocrinology*, 4(11), 913-921. doi: 10.1016/s2213-8587(16)30162-0. Epub 2016 Aug 30.

Lean, M. E., Leslie, W. S., Barnes, A. C., Brosnahan, N., Thom, G., McCombie, L., McCombie, L., . . . Taylor, R. (2018). Primary care-led weight management for remission of type 2 diabetes (DIRECT): an open-label, cluster-randomised trial. *Lancet*, 391(10120), 541-551. doi: 10.1016/S0140-6736(17)33102. Epub 2017 Dec 5.

National Institutes of Health. (1998). Clinical Guidelines on the Identification, Evaluation, and Treatment of Overweight and Obesity in Adults--The Evidence Report. Sep;6 Suppl 2:51S-209S. Erratum in: *Obes Res* 1998 Nov;6(6):464. PMID: 9813653

Prospective Studies Collaboration. *Lancet* 2009;373:1083-1096.
Rapports de Statistique Canada sur la santé. Vol. 17. N° 3. N° de catalogue 82-003-XIE. Guh, D.P. et al. *BMC Public Health*. 2009;9:88.

Shaikh, S., Hanif, G., & Humera, M. (2011). Frequency of prediabetes and influence of various risk factors on the development of prediabetes: a tertiary care hospital experience. *International Journal of Diabetes in Developing Countries*, 31, 65-69. doi: <https://doi.org/10.1007/s13410-010-008-9>

Sundström, J., Bruze, G., Ottosson, J., Marcus, C., Näslund, I., & Neovius, M. (2017). Weight Loss and Heart Failure: A Nationwide Study of Gastric Bypass Surgery Versus Intensive Lifestyle Treatment. *Circulation*, 135(17), 1577-1585. doi: 10.1161/CIRCULATIONAHA.116.025629. Epub 2017 Mar 3. PMID: 28258170; PMCID: PMC5404408

Wharton, S., Lau, D. C. W., Wallis, M., Sharma, A. M., Biertho, L, Sherer-Campbell, D., Adamo, K., . . . Wicklum, S. (2020). Obesity in adults: a clinical practice guideline. *Canadian Medical Association Journal*, 192(31), E975-E991. doi: <https://doi.org/10.1503/cmaj.191707>

Zhao, G., Ford, E. S., Dhingra, S., Li, C., Strine, T. W., & Mokdad, A. H. (2009). Depression and anxiety among US adults: associations with body mass index. *International journal of obesity*, 33(2), 257-266. doi: 10.1038/ijo.2008.268