

## QUELLE NOUVELLE CLASSIFICATION POUR UNE PRISE EN CHARGE PERSONNALISEE ?

Olivier Ziegler

Centre Spécialisé de l'Obésité de Nancy

La mise en place d'un traitement personnalisé de l'obésité repose d'une part sur l'analyse de la trajectoire du sujet - l'obésité étant une maladie chronique évolutive - et d'autre part sur l'analyse de la balance bénéfices /risques des différentes possibilités thérapeutiques. L'approche bio-psycho-sociale de l'éducation thérapeutique du patient (ETP) répond parfaitement à la problématique de cette maladie aux déterminants multiples [Ziegler et al, 2014]. La réflexion sur une nouvelle classification qui pourrait faciliter la prise en charge personnalisée des personnes obèses est un objectif majeur dans l'esprit du plan Obésité.

### I –Un nouveau concept

#### 1 - Principes

L'Edmonton Obesity Staging System (EOSS) a été créé par des chercheurs de l'Université de l'Alberta [Sharma et al 2009] par analogie avec les systèmes permettant de classer les stades évolutifs de diverses maladies, dans le but d'évaluer leur gravité et leur pronostic. Citons par exemple le cancer (classification TNM), les maladies mentales (DSM IV puis V) ou l'insuffisance cardiaque (NYHA).

L'EOSS prend en compte 3 dimensions, somatique, psychologique et fonctionnelle pour définir 5 stades d'obésité qui viennent compléter la classification de l'OMS, basé sur l'indice de masse corporelle (IMC). Le tableau 1 sépare les paramètres utilisés en 2 catégories, d'un côté ceux qui permettent d'envisager le développement des co-morbidités somatiques et de l'autre ceux qui évaluent le retentissement psychologique, la qualité de vie et finalement la capacité fonctionnelle de la personne obèse.

L'échelle à cinq niveaux (Grade 0 à 4) permet d'envisager clairement la progression et la gravité de la maladie. Un patient obèse classé au stade 0, ne présente pas de facteur de risque lié à l'obésité (ex : absence d'hypertension artérielle, d'hypercholestérolémie ou d'hyperglycémie), pas de symptôme physique ou de limitation fonctionnelle, ni de psychopathologie. Au stade 1, les anomalies sont présentes, mais restent à la limite de la normale. Le stade 2 correspond à la présence avérée de co-morbidités (ex : diabète de type 2, arthrose, syndrome des apnées du sommeil) à l'existence d'une baisse sensible de la qualité de vie et à une diminution modérée des capacités fonctionnelles dans la vie quotidienne. Le stade 3 est celui de la pathologie d'organe sévère : infarctus du myocarde, complications du diabète ou arthrose invalidante et celui de l'incapacité fonctionnelle par déficience d'une ou plusieurs fonctions. La défaillance d'organe potentiellement terminale caractérise le stade 4, les limitations fonctionnelles étant fréquentes et graves. La qualité de vie est alors effondrée dans ses 3 dimensions.

**Tableau 1 : Paramètres permettant de définir les 5 stades de l'EOSS**

Stade	Co-morbidités/poids Facteurs de risque	Retentissement somatique et psychologique - QdV- handicap
<b>St 0</b>	RAS pour les lipides plasmatiques, la glycémie, tension artérielle...Pas de signes cliniques	Pas de psychopathologie ou de symptômes fonctionnels, bonne QdV
<b>St 1</b>	HTA limite, hyperglycémie modérée à jeun, enzymes hépatiques un peu élevées	Signes mineurs : quelques douleurs, un peu de fatigue, petite baisse des capacités fonctionnelles & du bien être
<b>St 2</b>	DT2, HTA, SAS, RGO, arthrose	Troubles anxieux, limitation modérée des activités quotidiennes, baisse de QdV
<b>St 3</b>	Pathologie d'organe sévère : infarctus du myocarde, insuffisance cardiaque, complications du diabète, arthrose invalidante	Psychopathologie significative, limitations fonctionnelles ++ Baisse ++ de la QdV
<b>St 4</b>	Défaillance d'organes potentiellement terminale	Psychopathologie majeure, limitations fonctionnelles +++ Baisse +++ de la QdV

*QdV : qualité de vie, DT2 : diabète de type 2, SAS : syndrome des apnées du sommeil, RGO : reflux gastro-oesophagien*

## 2 - Validation

Seules deux études permettent de valider cette nouvelle approche. Dans celle de Padwal et al (2011) les scores les plus élevés de l'EOSS prédisent avec plus d'exactitude que la classification de l'OMS (IMC) le risque accru de mortalité dans un échantillon de l'étude NHANES (National Health and Human Nutrition Examination Surveys : 8 143 personnes) réalisée aux Etats-Unis. La démonstration est encore plus éclatante dans un sous-ensemble de cette population considéré comme étant éligible à la chirurgie bariatrique. Le Hazard ratio pour le risque de mortalité est de 3,36 pour le stade 2 et de 12,3 pour le stade 3 versus le stade 0 ou 1, alors que la classe 2 ou 3 de l'IMC ne donne aucune prévision significative, après ajustement sur l'ethnie, le tabagisme et la présence d'un syndrome métabolique.

Kuk et al (2011) ont évalué environ 6 000 Américains obèses (âge : 43 à 46,5 ans ; IMC = 33 kg/m<sup>2</sup>) classés selon les critères de l'EOSS en comparant, sur une période de 16 ans en moyenne, leur risque de mortalité à celui de 23 000 personnes sans excès de poids (Etude longitudinale du *Aerobics Center*). Le risque de mortalité est le même chez les personnes obèses classées 0 ou 1 que chez les personnes sans excès de poids, alors que les stades 2 ou 3 sont associés à une augmentation significative de risque de mortalité totale et cardiovasculaire. Les personnes obèses qui n'avaient pas ou peu de problèmes physiques, psychologiques ou fonctionnels, avaient un poids corporel plus élevé au début de l'âge adulte, étaient plus satisfaites de ce poids et avaient moins souvent tenté de perdre du poids au cours de leur vie que les personnes plus sévèrement atteintes (stade 2 ou 3). De plus, ces individus étaient également susceptibles d'être plus actifs physiquement, d'être moins souvent fumeurs et d'avoir une alimentation plus saine. On voit ici que l'EOSS permet de définir une typologie de patients à risque élevé, qui n'ont pas eu la même trajectoire que les personnes dont l'évolution est plus favorable.

## 3- Applications thérapeutiques

L'EOSS permet d'aborder les indications thérapeutiques en fonction de l'IMC, des facteurs de risque ou des co-morbidités du patient, mais aussi de paramètres reflétant la qualité de vie et la présence d'un handicap. Il reste néanmoins à démontrer que l'approche est pertinente.

## 4 - Limites de cette approche

Le choix des paramètres à prendre en compte et la définition des seuils pour définir les 5 stades est par nature arbitraire, comme l'est aussi le regroupement de pathologies dans un stade donné. Il faut être à la fois être simple et précis ce qui est souvent contradictoire.

## II - Perspectives

Le plan Obésité a jeté les bases d'une réforme profonde de la médecine de l'obésité. Des experts américains représentant de nombreuses sociétés savantes ont proposé récemment des recommandations, basées sur une analyse critique de la littérature (Jensen MD et al, 2013). Il est possible désormais de faire des choix basés sur un niveau de preuves suffisant. Sharma et collaborateurs (2009) ont été les premiers à envisager cette nouvelle approche qui associe des paramètres traditionnels à une évaluation plus fine du retentissement de l'obésité sur la vie quotidienne et la qualité de vie. Mais beaucoup reste à faire pour faire évoluer l'EOSS dans au moins 3 directions : une définition précise du handicap, la prise en compte des différentes phases évolutives de l'obésité et l'intégration avec le bilan éducatif partagé qui est le premier temps de l'ETP.

### 1- La définition du handicap

La loi n°2005-102 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées (Journal officiel du 12/02/2005) donne une définition du handicap qui paraît parfaitement adaptée à notre problématique : « *Constitue un handicap, au sens de la présente loi, toute limitation d'activité ou restriction de participation à la vie en société subie dans son environnement par une personne en raison d'une altération substantielle, durable ou définitive d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques, d'un polyhandicap ou d'un trouble de santé invalidant* ».

Il reste maintenant à définir des critères simples pour définir les 5 stades de l'EOSS. Pour ce faire différentes solutions doivent être envisagées :

- Utilisation de certaines questions d'échelle de qualité de vie (ex : SF36)
- Adaptation d'échelles génériques de fonction pour mesurer les déficiences liées à l'obésité (Ex : échelle de Rankin, index de Barthel ou mesure d'indépendance fonctionnelle (MIF)).

### 2- Trajectoire du patient

Prendre en compte la temporalité de la maladie est essentiel tant pour les aspects somatiques que pour la problématique psychique. L'histoire « naturelle » de l'obésité peut être décrite schématiquement en différentes phases (A Basdevant, K Clément 2011) :

- 1) **phase préclinique** : la dérive pondérale apparaît sous l'effet de facteurs de prédisposition innés ou acquis ; le rebond pondéral précoce sur la courbe de corpulence est le premier signe objectif ;
- 2) **phase clinique initiale de constitution de l'obésité** : la prise de poids est linéaire ou marquée par une succession de prises et de pertes de poids (yoyo pondéral) jusqu'à atteindre le stade de l'obésité constituée ;
- 3) **phase de plateau pondéral** (chronicisation) : le poids se stabilise lorsque le bilan énergétique s'équilibre pour quelques mois ou années ;
- 4) **phase de perte de poids** : la personne obèse tente de perdre du poids par elle-même ou avec l'aide d'un professionnel de santé ; dans la plupart des cas, les résultats sont insuffisants et la courbe de poids décrit un yoyo souvent ascendant ;
- 5) **phase de résistance au traitement** : la rechute ou le rebond pondéral signe l'échec du traitement tel qu'il a été entrepris. Les déterminants à l'origine de la prise de poids sont toujours opérants et les mécanismes de résistance à la perte de poids sont à l'œuvre.

La stratégie thérapeutique doit être pensée en termes de trajectoire sur le plan individuel et de continuum en ce qui concerne la santé publique. Au début de la prise de poids et au stade de surpoids, les actions de promotion de la santé portant sur l'activité physique et l'alimentation peuvent être suffisantes.

Si tel n'est pas le cas ou lorsque l'obésité s'est installée, l'ETP prend toute sa place pour mettre en place les modifications thérapeutiques du mode de vie (MTMV). Au stade des complications, la médecine spécialisée prend le relais. La chirurgie bariatrique concerne les formes d'obésité sévère et compliquée, les formes poly-compliquées et l'obésité sarcopénique du sujet âgé nécessitent une prise en charge centrée sur le handicap.

### III - Education thérapeutique : une approche bio-psycho-sociale

Pour la médecine de l'obésité, l'éducation thérapeutique (ETP) est une avancée significative remettant en cause les stéréotypes diagnostiques ou thérapeutiques, au profit d'objectifs partagés et d'un plan d'action co-construit par le soignant et le patient en fonction d'une évaluation de son histoire de vie et de ses co-morbidités. En effet l'ETP se situe clairement dans le soin.

La classification d'Edmonton s'intègre naturellement à la démarche d'ETP qui propose une approche bio-psycho-sociale de la maladie chronique. La dimension biologique ou somatique est évidente, la maladie impose sa physiopathologie et les causes de résistance à la perte de poids sont puissantes et multiples. Les objectifs psychosociaux deviennent prioritaires, car le succès passe par une démarche d'« empowerment », dont on appréciera l'intérêt en fonction des stades de l'EOSS. La position sociale du sujet obèse, sa qualité de vie, son contexte culturel ou son habitat par exemple, vont conditionner en partie le choix de la stratégie thérapeutique.

### Conclusion

La plupart des experts considèrent depuis longtemps qu'il faut aller au delà de l'IMC. Le phénotypage clinico-biologique des formes cliniques des obésités est un progrès certain mais insuffisant. Il a conduit récemment à distinguer les sujets obèses « avec complications métaboliques » des sujets obèses « métaboliquement sains », mais le lien avec le pronostic est loin d'être démontré.

La classification d'Edmonton représente une première avancée décisive. Un groupe de travail a été formé par le groupe de coordination et de concertation des Centres Spécialisés de l'Obésité (GCC-CSO) pour mettre au point un EOSS à la française. L'idée est de développer des échelles pour évaluer les déficiences et le handicap, tout en prenant en compte la trajectoire des patients et la phase évolutive de la maladie.

### Références

1. Basdevant A, Clément K. Histoire naturelle et origine des obésités. In *Traité de médecine et chirurgie de l'obésité*. A Basdevant ed. Médecine Sciences Publications, Lavoisier, Paris 2011, p 10-20
2. Jensen M D et al., 2013 AHA/ACC/TOS Guideline for the Management of Overweight and Obesity in Adult. *Circulation* 2013;01.cir.0000437739.71477.eepublished online before print November 12 2013
3. Kuk J L et al., Edmonton Obesity Staging System: association with weight history and mortality risk. *Appl Physiol Nutr Metab* 2011,36,570-6
4. Padwa L R S et al., Using the Edmonton obesity staging system to predict mortality in a population-representative cohort of people with overweight and obesity, *CMAJ*, 2011, 183, E1059-66
5. Sharma AM, Kushner RS. A proposed clinical staging system for obesity. *IntJ Obes*, 2009, 33, 289-295
6. Ziegler O et al., Pratique de l'éducation thérapeutique dans le traitement de l'obésité. Référentiel et organisation structurelle. Rapport à la DGS et à la DGOS pour le plan Obésité, 2014