

Attitude et conseils du pneumologue face à un patient obèse

A. Bakhatar

Service des Maladies Respiratoires
CHU Ibn Rochd, Casablanca, Maroc

Introduction

L'obésité est une pathologie de plus en plus fréquente dans le monde, la prévalence de l'obésité en France (IMC au-dessus de 30 Kg : m²) se situe entre 6 et 10%, soit environ 8%. L'augmentation de la prévalence et de l'incidence est fonction du changement de mode de vie et de la modernisation. Le pneumologue est amené à voir les patients obèses soit au cours d'une consultation pour une pathologie respiratoire ou dans le cadre d'un bilan chez patient suivi pour une obésité.

Le rôle du pneumologue consiste à poser le diagnostic des complications respiratoires liées à l'obésité, assurer la surveillance et le suivi des malades.

Mécanismes des atteintes pulmonaires

Chez le sujet obèse l'atteinte pulmonaire peut s'expliquer par plusieurs mécanismes, c'est ainsi que certains médiateurs comme la leptine pourraient jouer un rôle dans la fonction respiratoire et augmenter le risque de développement de l'asthme. Le rôle de l'hypoxie chronique est illustré par le cas de l'hypoventilation alvéolaire et le syndrome d'apnée du sommeil responsable d'une hypertension artérielle pulmonaire. Dans la BPCO et l'emphysème la destruction du lit vasculaire avec effet shunt explique l'augmentation des résistances vasculaires avec comme conséquence une hypoxie et acidose hypercapnique, hyperviscosité et polyglobulie.

Les conséquences respiratoires des obésités sont généralement sous estimées, et jouent un rôle majeur dans la morbidité et la surmortalité liées à l'obésité.

L'augmentation des tissus adipeux altère la fonction respiratoire : réduction du volume expiratoire forcé, de la capacité vitale, de la capacité totale, du volume résiduel fonctionnelle et de la réserve expiratoire. A un stade avancé l'hypoxie aboutit à l'insuffisance respiratoire chronique sévère.

Les différentes pathologies respiratoires liées à l'obésité

Le syndrome d'apnée du sommeil :

L'obésité est un facteur du risque du SAOS : 70% des patients présentant un SAOS ont une IMC supérieure à 30 Kg/m². Le diagnostic en plus des signes cliniques évocateurs (hypersomnolence diurne, apnées ressenties ou signalées par l'entourage, ronflements, des céphalées matinales une nycturie, des troubles de la concentration et une impuissance sexuelle) est basé sur le questionnaire simple (échelle d'Epworth) et la polygraphie parfois la polysomnographie en cas de discordance polygraphie/symptômes ou suspicion d'apnées centrales).

Le pneumologue conseille une perte de poids de 5% à 10% qui permet de réduire le nombre d'apnées et d'hypopnées. La chirurgie bariatrique permet dans une étude la disparition du SAOS dans 86% des cas.

Le syndrome obésité hypoventilation appelé (syndrome de pick wick) :

Se caractérise par une hypoxémie < 70 mmHg avec hypercapnie, se complique d'hypertension pulmonaire avec insuffisance cardiaque droite. Le diagnostic est basé essentiellement sur les gaz du sang.

Le traitement associe la ventilation non invasive et parfois l'oxygénothérapie de préférence à faible débit pour éviter d'augmenter l'hypercapnie et la perte du poids, on doit aussi proscrire certains médicaments comme les benzodiazépines et les morphiniques.

Asthme :

Il existe une association entre obésité et maladie asthmatique (incidence, prévalence et sévérité). La relation de causalité entre obésité et asthme est possible. La difficulté se situe à l'étape clinique, il est parfois difficile de savoir l'origine d'une dyspnée chez un asthmatique obèse. Le surpoids et l'obésité sont liés à la sévérité de l'asthme et contribuent à augmenter la difficulté à bien contrôler les symptômes.

Risque opératoire et maladie thromboembolique :

Le risque d'embolie pulmonaire chez ce type de patient est fréquent en per et post opératoire et donc le pneumologue doit insister sur la prévention des accidents thromboemboliques par l'héparinothérapie, en plus du levé précoce et les bas de contention.

Un bilan avec la réalisation d'une pléthysmographie s'impose le plus souvent et au moindre doute une polygraphie ou polysomnographie.

Une ventilation non invasive en pré et post opératoire peuvent s'avérer nécessaire pour éviter une intubation invasive prolongée source d'atélectasie et de problèmes respiratoires.

Reflux gastroesophagien :

La fréquence du reflux gastroesophagien est très élevée en cas d'obésité, parallèlement à la sévérité de la surcharge. Le reflux peut aussi s'associer à un asthme, à des dilatations des bronches ou à une fibrose pulmonaire. Il reste sous diagnostiqué et sous-traité, volontiers nocturnes et peut se manifester par une toux aggravée par la position couchée et certains aliments. La fibroscopie oeso-gastro-duodénale reste l'examen clé et le traitement fait appel aux mesures diététiques et au traitement antiacide associant un antiémétique accélérateur du vidange gastrique, anti-reflux, et un pansement gastrique.

Emphysème centrolobulaire :

Il s'agit le plus souvent d'un patient connu bronchitique chronique et tabagique qui consulte en plus pour une obésité

avec cyanose, ce type d'emphysème est appelé blue-bloater, le risque d'insuffisance cardiaque droite et du cœur pulmonaire chronique est très important. La TDM thoracique permet de faire le bilan lésionnel précis. L'exploration fonctionnelle respiratoire montre une diminution des débits et une augmentation du VR, de la CRF, de la CPT et surtout une baisse du transfert du monoxyde de carbone, ce dernier est le meilleur test qui permet de faire le diagnostic précoce avant la survenue de lésions sévères.

Le traitement fait appel au sevrage tabagique, à l'oxygénothérapie plus ou moins la ventilation non invasive et la perte de poids.

Il faut savoir débiter un traitement médical avant de demander au patient de maigrir car la perte de poids est difficile à obtenir sur ce genre de terrain : insuffisant respiratoire et sédentaire sans oublier les problèmes psychologiques comme la dépression et la douleur osseuse qui empêchent tout effort sur ce terrain. Ces malades doivent bénéficier d'un programme de réhabilitation respiratoire.

Conclusion

Le pneumologue est amené à intervenir sur le terrain d'obésité à plusieurs occasions, soit pour un problème ou une difficulté respiratoire ou dans le cadre d'un bilan lésionnel préopératoire. L'attitude du pneumologue dépend du stade de la maladie, le bilan doit être le plus exhaustif possible afin d'éviter la survenue de comorbidité et de diminuer la mortalité de cette maladie.

Ceci ne peut se concevoir que dans le cadre d'une consultation multidisciplinaire avec la participation de nutritionniste, kinésithérapeute cardiologue et pneumologue.

Références

1. C. Ciangura, C. Poitou-Bernart. Complications des obésités. EMC – Endocrinologie-Nutrition 2011 :1-12
2. F. Heinemann et al. Non invasive positive pressure ventilation improves lung volumes in the obesity hypoventilation syndrome, respiratory Medecine(2007) 101,1229-1235.
3. G. C. Forte et al. Prevalence of obesity in asthma its relations with asthma severity and control, REV ASSOC MED BRAS. 2013, article in press.