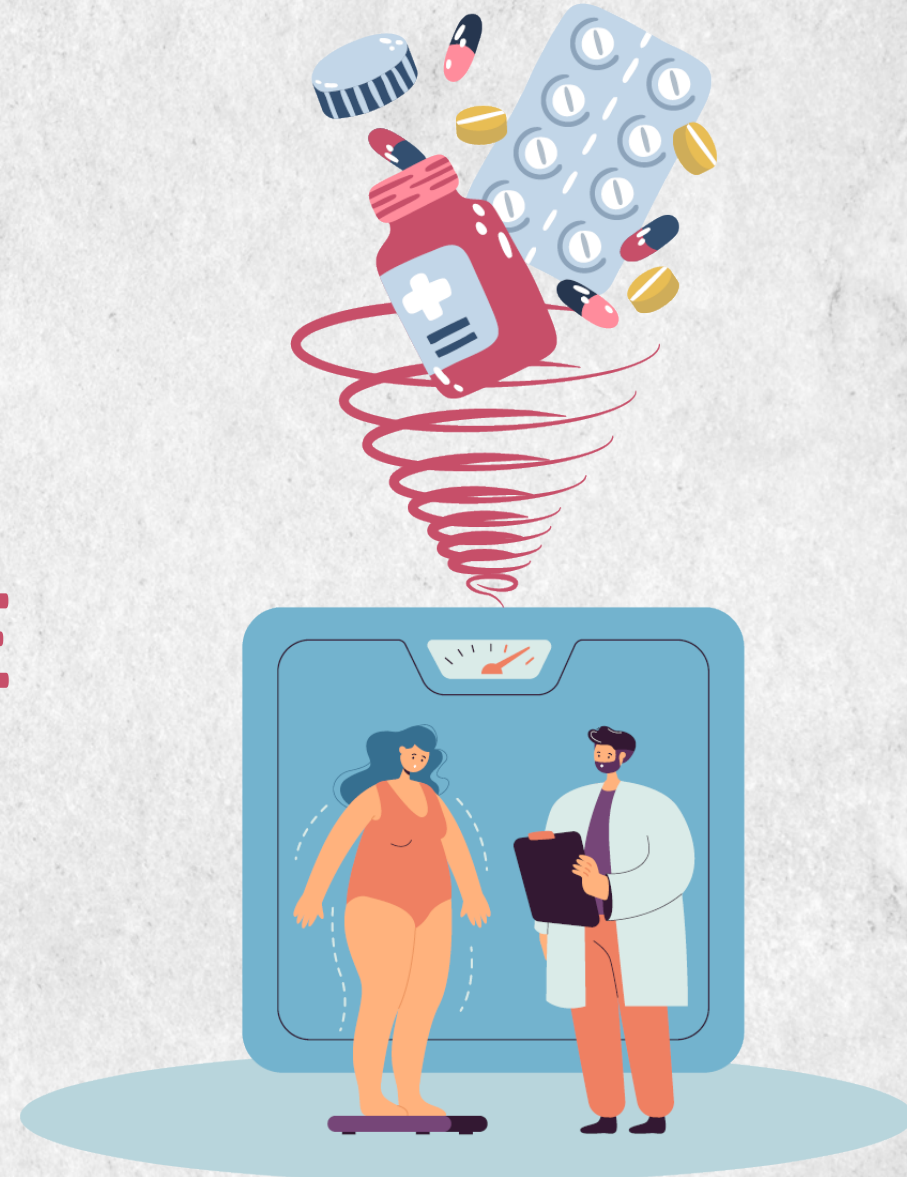


LES TRAITEMENTS MÉDICAMENTEUX DE L'OBÉSITÉ, EN PRATIQUE

Webinaire d'information - 14 octobre 2025



AU PROGRAMME



1/ Introduction

Dr Salomon BENCHETRIT, chirurgien bariatrique

2/ Les analogues du GLP1 : pour qui ? quand ?

Pr Anne-Laure BOREL, endocrinologue-nutritionniste

3/ Instauration des GLP1 et suivi en pratique

Dr Bérénice SEGRESTIN, endocrinologue-nutritionniste

4/ Suivi diététique des patients sous analogues du GLP1

Céline DURAND, diététicienne

5/ Cas cliniques

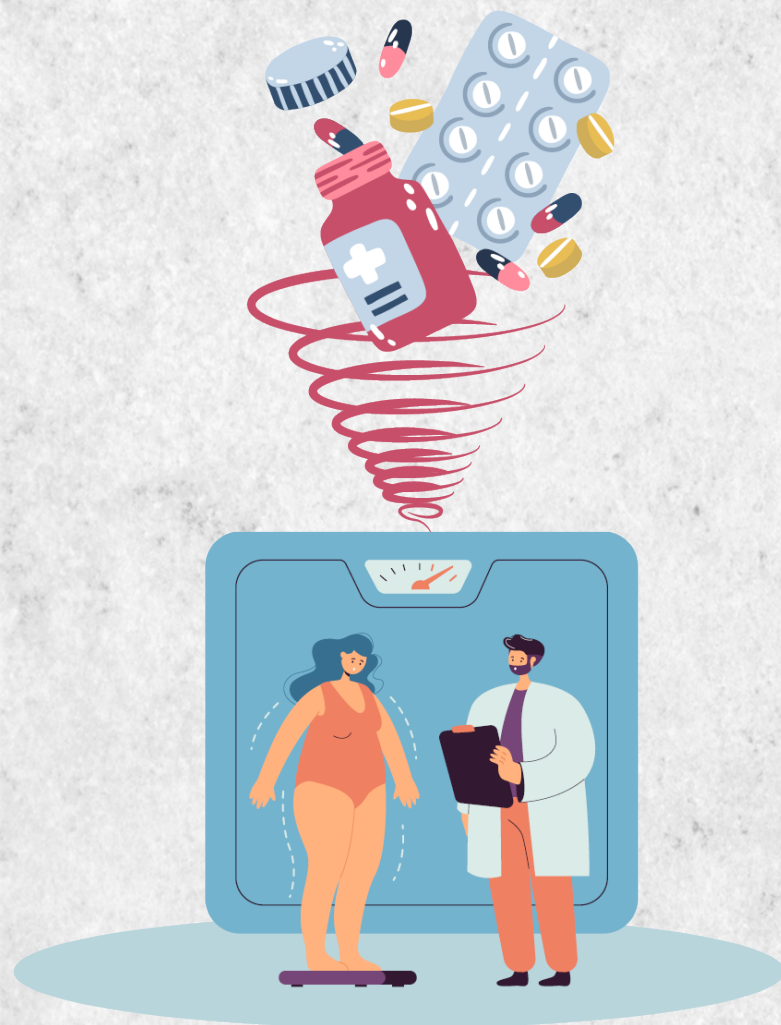
Dr Géraldine GUIGUET, médecin-nutritionniste, dr Yann MATUSSIERE, médecin nutritionniste et dr Bérénice SEGRESTIN, endocrinologue

INTRODUCTION

Dr Salomon BENCHETRIT

Chirurgien bariatrique - CLOS 69

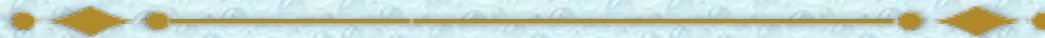
Secrétaire général adjoint à l'URPS médecins libéraux AuRA



Merci pour votre présence à ce webinaire

co-organisé par l'URPS Médecins AURA et les CSO de Lyon, Grenoble, la Sauvegarde et Clermont-Ferrand

- **Thème de ce soir** : prescription des analogues du GLP-1 pour la prise en charge médicale de l'obésité.
- **Objectif** : partager des repères concrets, applicables dès demain en consultation.



Informations pratiques :

- Merci de transmettre vos questions via le *chat*.
- Ce webinaire est enregistré - vous pourrez le visionner.

Objectifs de la séance

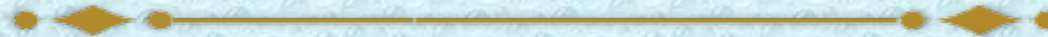
- Identifier les patients éligibles et le bon moment pour initier un GLP-1.
- Savoir débiter le traitement et organiser le suivi en ville.
- Intégrer l'accompagnement nutritionnel et le parcours pluridisciplinaire.
- Connaître les messages-clés à transmettre au patient.



Remerciements

Merci aux intervenants : Pr Borel, dr Guiguet, Dr Segrestin, Céline Durand, Dr Matussièrè.

Merci à Adeline Loiseau (URPS) pour la coordination et l'organisation.



Merci à toutes et tous pour votre participation active.

Statement of No Conflict of Interest

- I hereby declare that I have no conflicts of interest related to the content of this presentation/project.
- I do not have any financial, professional, or personal relationships that could influence my objectivity.
- My participation is solely based on my expertise and commitment to the subject matter.
- Transparency and integrity are fundamental to my approach.

Périopératoire : anesthésie & jeûne

- Les GLP-1 peuvent ralentir la vidange gastrique → risque de résidu gastrique.
- Évaluer les symptômes digestifs (nausées, vomissements, ballonnements, douleurs épigastriques).
- Mesures possibles selon risque :
 - Régime liquide 24 h préop ;
 - Échographie gastrique ;
 - Induction séquence rapide si doute ;
 - Décision d'arrêt/maintien selon protocole anesthésie.
- Décision collégiale chirurgien–anesthésiste–prescripteur.



LES ANALOGUES DU GLP1 : POUR QUI ? QUAND ?

Pr Anne-Laure BOREL

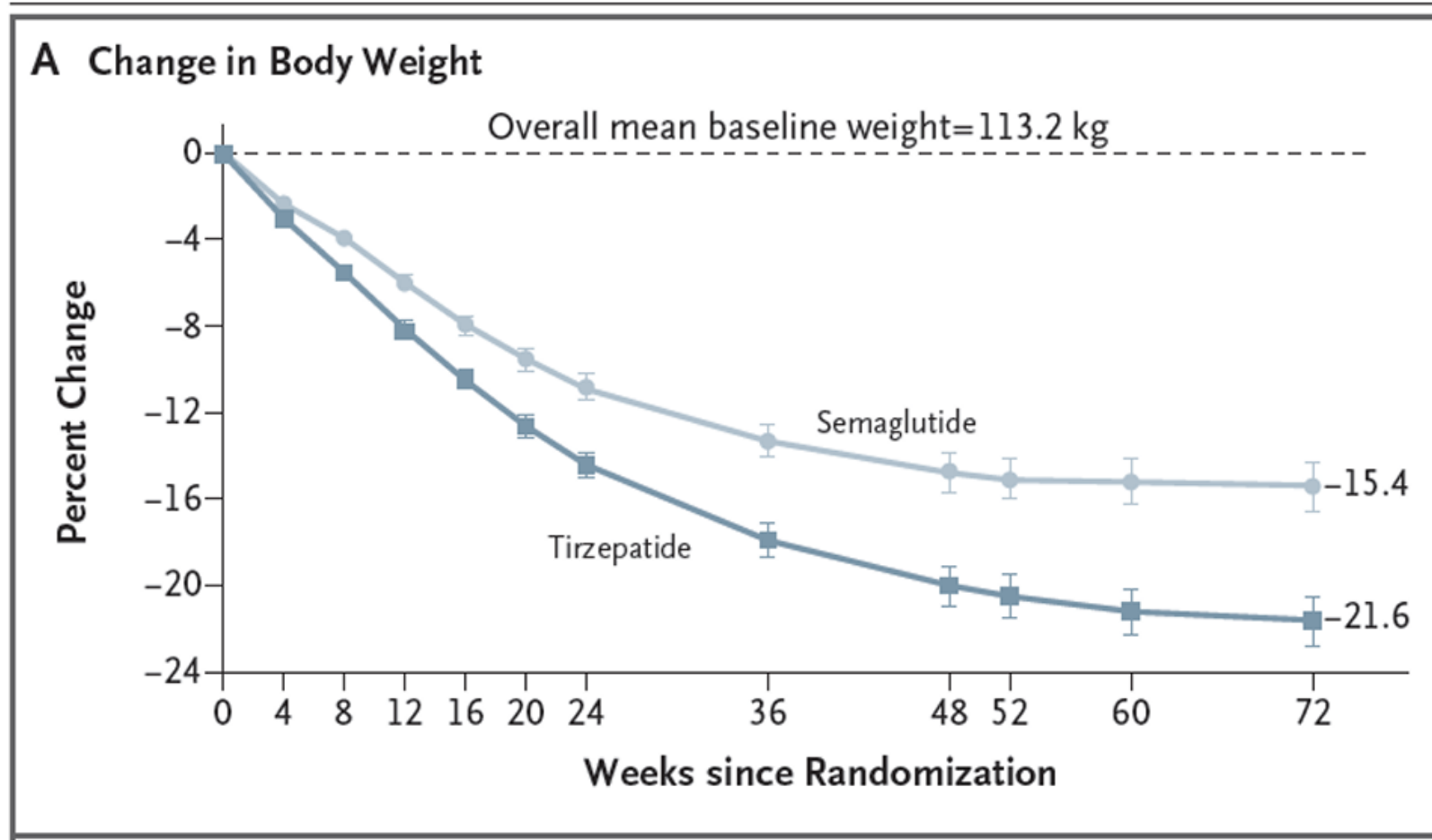
PU-PH nutrition

CHU Grenoble-Alpes

Centre Spécialisé de l'Obésité Grenoble-Alpes

Laboratoire INSERM U3100, Univ. Grenoble-Alpes

Etat des lieux scientifique



Résultats pondéraux chez les personnes ayant un diabète :

Semaglutide -10% du poids total (étude STEP-2, -9,6% (SE 0,4))

Tirzepatide -15% du poids total (étude SURMOUNT-2, -14,7% (0,5))

Etat des lieux scientifique en quelques mots

- Amélioration des maladies associées à l'excès de graisse viscérale:
 - Diabète de type 2 : semaglutide -1,6% d'HbA1c, tirzepatide -2% d'HbA1c
 - MASH (semaglutide phase 3/tirzepatide phase 2)
 - Syndrome d'apnées du sommeil (tirzepatide)
 - Insuffisance cardiaque (semaglutide/tirzepatide)
 - Prévention des événements rénaux liés au diabète
- Prévention de la mortalité cardio-vasculaire :
 - Réduction des événements cardio-vasculaires déjà connue pour Semaglutide dans le diabète de type 2 (étude SUSTAIN 6)
 - Tirzepatide (SURPASS-COVT), non-infériorité par rapport au Dulaglutide (lui-même protecteur étude REWIND chez les patients avec diabète de type 2)
 - Semaglutide -10% des événements cardiovasculaires chez des sujets sans diabète en prévention secondaire (étude SELECT)
 - Tirzepatide : étude sur la mortalité des personnes sans diabète en cours

QUI ?

L'Autorisation de
Mise sur le Marché

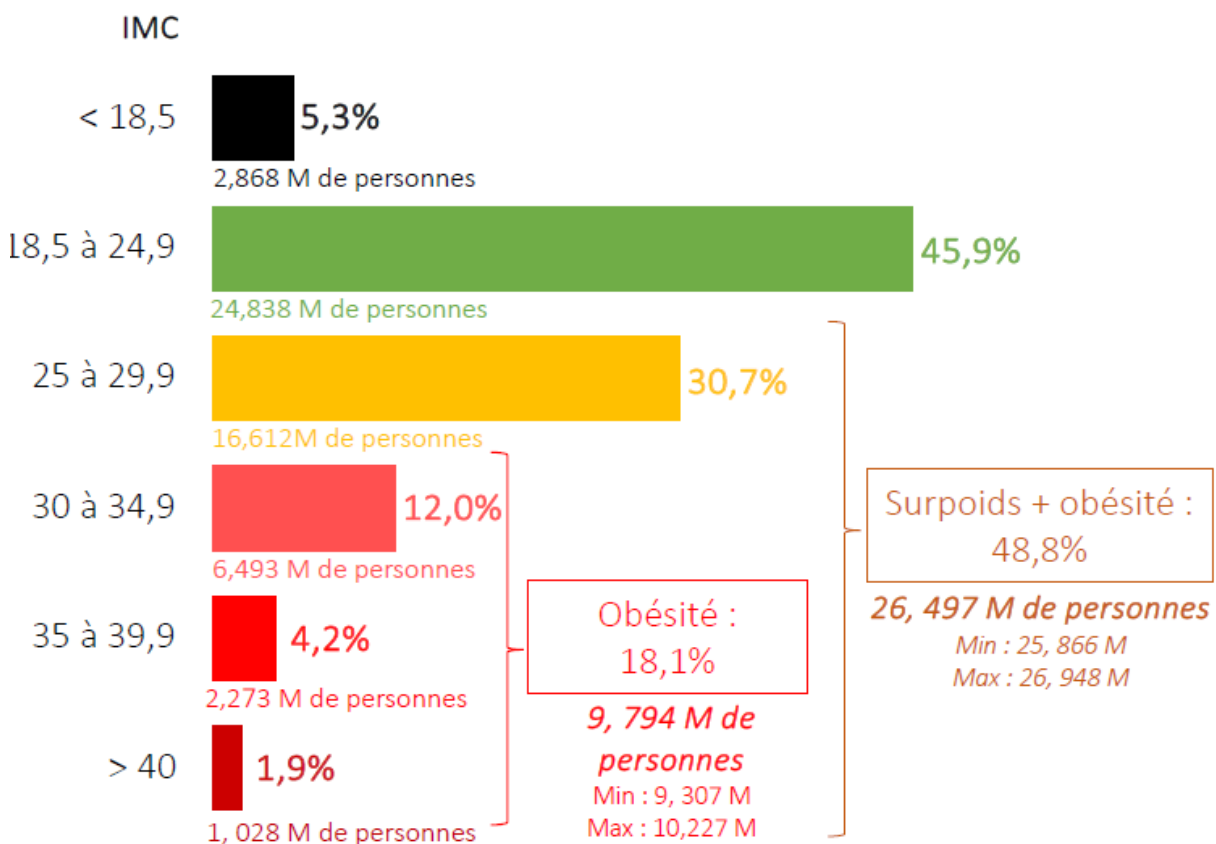
Indice de Masse Corporelle $>27\text{kg/m}^2$ +
maladie associée à l'obésité (diabète de
type 2, hypertension, apnées du sommeil,
SOPK...)

$\text{IMC} > 30 \text{ kg/m}^2$

Recommandations
de la HAS sur la
prise en charge de
l'obésité 2022

Obésité de sévérité de niveau 2 ou 3

Si on suit l'AMM



Entre 18% et 50% de la population française pourrait être concernée.

Recommandations HAS 2022

- R.41. La décision d'un traitement médicamenteux de l'obésité relève des niveaux 2 et 3 (AE) de sévérité de l'obésité.

Stade de sévérité de l'obésité	Paramètres de phénotypage						
	1 IMC	2 Retentissement médical	3 Retentissement (qualité de vie ou fonctionnel)	4 Troubles psychologiques, psychopathologiques et/ou cognitifs, troubles du comportement	5 Étiologie de l'obésité	6 Comportement alimentaire	7 Trajectoire pondérale
1a	30 ≤ IMC < 35	- Pas d'anomalie cardio-métabolique - Pas de symptôme physique (pas de dyspnée, pas de douleurs)	- Pas d'impact significatif sur la QDV - Pas de limitation fonctionnelle	- Aucun trouble ou - Troubles ayant peu d'incidence sur le comportement alimentaire	- Commune	- Pas d'impulsivité alimentaire	- Initiation de prise en charge - Obésité apparue à l'âge adulte
1b	30 ≤ IMC < 35	- Anomalie cardio-métabolique débutante (HTA limite, hyperglycémie à jeun, élévation modérée des enzymes hépatiques)	- Impact modéré sur QDV et sur l'état de santé	- Retentissement psychologique	- Commune	- Impulsivité alimentaire	- Obésité apparue dans
		- ou - Présence d'altérations cardio-métaboliques, hépatiques et respiratoires (HTA, DT2, SAHOS, NAFLD) ou autres complications/comorbidités gérées de façon satisfaisante (malgré l'absence de perte de poids)	- ou - Atteinte fonctionnelle modérée (dyspnée stade 2, douleurs occasionnelles)	- léger (estime de soi, humeur) - ou - Troubles psychologiques associés bien gérés (ex. : dépression traitée et suivie)		sans accès de boulimie	- l'enfance ou à l'adolescence - ou - Un épisode de rebond pondéral

2	35 ≤ IMC < 50 - Altérations cardio-métaboliques (HTA résistante, DT2 difficile à contrôler, NASH/fibrose, SAHOS sévère, SOH) ou - Aggravation par l'obésité d'une maladie chronique n'exposant pas à un risque majeur ou - Infertilité ou - SOPK	- Impact marqué sur QDV et sur l'état de santé	- Pathologie psychiatrique et psychopathologique sous-jacente avec net impact pondéral et/ou comportemental (troubles de l'humeur, troubles anxieux, stress post-traumatique, addictions associées, etc.)	- Obésité commune avec facteur aggravant : traumatisme psychique ou - Prise de poids sur douleurs chroniques (ex. : fibromyalgie) - Médicaments obésogènes*	- Accès de boulimie épisodiques	- Obésité apparue dans l'enfance persistante à l'âge adulte ou - Au moins 2 épisodes de rebond pondéral ou - Échec de prise en charge de niveau 1 ou - Grossesse après chirurgie bariatrique
---	--	--	--	--	---	---

3a	35 ≤ IMC < 50 <i>si associé à la présence d'un des problèmes listés dans cette ligne</i>	- Aggravation par l'obésité d'une maladie chronique exposant à un risque majeur ou un handicap fonctionnel (ex. : BPCO, maladies neuromusculaires, maladies inflammatoires chroniques, maladies auto-immunes, etc.)	- Impact du poids sur la mobilité avec périmètre de marche entre 100 et 500 m	- Pathologie psychiatrique sévère (ex. : dépression sévère, troubles de la personnalité borderline, paranoïaque, schizophrénie, etc.)	- Obésité secondaire à une dérégulation hormonale (hypercorticisme, acromégalie) ou - Tumeur cérébrale (dont craniopharyngiome ou autre...)	- Hyperphagie boulimique	- Évolution pondérale non contrôlée malgré un accompagnement spécialisé ou - Échec de prise en charge de niveau 2
3b	≥ 50	- Retentissement terminal des pathologies chroniques (insuffisance cardiaque, insuffisance respiratoire, insuffisance hépatique, insuffisance rénale dialysée, transplantés ou en attente de transplantation)	- Impact du poids sur la mobilité avec périmètre de marche < 100 m voire grabatisation/perte d'autonomie due à l'obésité ou - Qualité de vie fortement dégradée	- Troubles du spectre de l'autisme ; troubles cognitifs (retard mental, difficultés de compréhension, troubles mnésiques)	- Monogénique ou - Syndromique		- Échec de chirurgie bariatrique ou - Indication de chirurgie bariatrique avec risque opératoire élevé, âge > 65 ans et < 18 ans

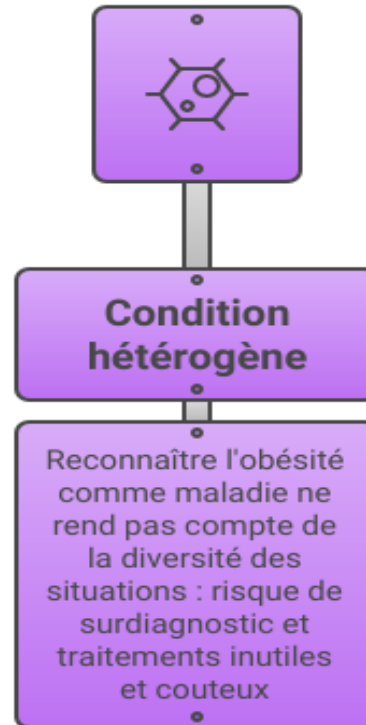
BPCO : bronchopneumopathie chronique obstructive ; DT2 : diabète de type 2 ; HTA : hypertension artérielle ; NAFLD (*Non Alcoholic Fatty Liver Disease*) : stéatose hépatique non alcoolique ; NASH (*Non Alcoholic Steato Hepatitis*) : stéatohépatite non alcoolique ; monogénique ou syndromique : obésités de causes rares (cf.

Tableau 1. Professionnels et structures impliqués dans la prise en charge de l'obésité dans les différents niveaux de recours

Niveau 1	Le médecin généraliste (qui est le coordonnateur de la prise en charge de l'obésité), diététiciens, pharmaciens, infirmiers, infirmiers en pratique avancée, sages-femmes, psychologues, psychiatres, médecins du travail, enseignants en activité physique adaptée, masseurs-kinésithérapeutes, ergothérapeutes, éducateurs sportifs, travailleurs sociaux.	
Niveau 2	Le médecin spécialiste de l'obésité (à savoir : le médecin nutritionniste qui est le coordonnateur de la prise en charge de l'obésité) (dans les centres de soins publics ou privés, ou en secteur ambulatoire, services spécialisés dans la prise en charge de l'obésité au sein des établissements de soins publics ou privés), et exerçant en partenariat avec les autres professionnels concernés par l'obésité, SSR spécialisés en « digestif, endocrinologie, diabétologie, nutrition ».	En lien avec les professionnels et structures de santé du niveau 1
Niveau 3	Centres spécialisés de l'obésité (CSO) ou centres hospitaliers universitaires (CHU). Peuvent être amenées à participer au niveau 3 des structures qui leur sont associées par convention, notamment les SSR spécialisés en « digestif, endocrinologie, diabétologie, nutrition » et plus particulièrement celles capables de recevoir des patients ayant un $IMC \geq 50 \text{ kg/m}^2$.	En lien avec les professionnels et structures de santé des niveaux 1 et 2

Reconnaître l'obésité comme une maladie : controverse

Vision porteuse des
biais de stigmatisation
de l'obésité



Vision porteuse du risque
d'une injonction à se
soigner, d'une injonction à
revenir à la norme

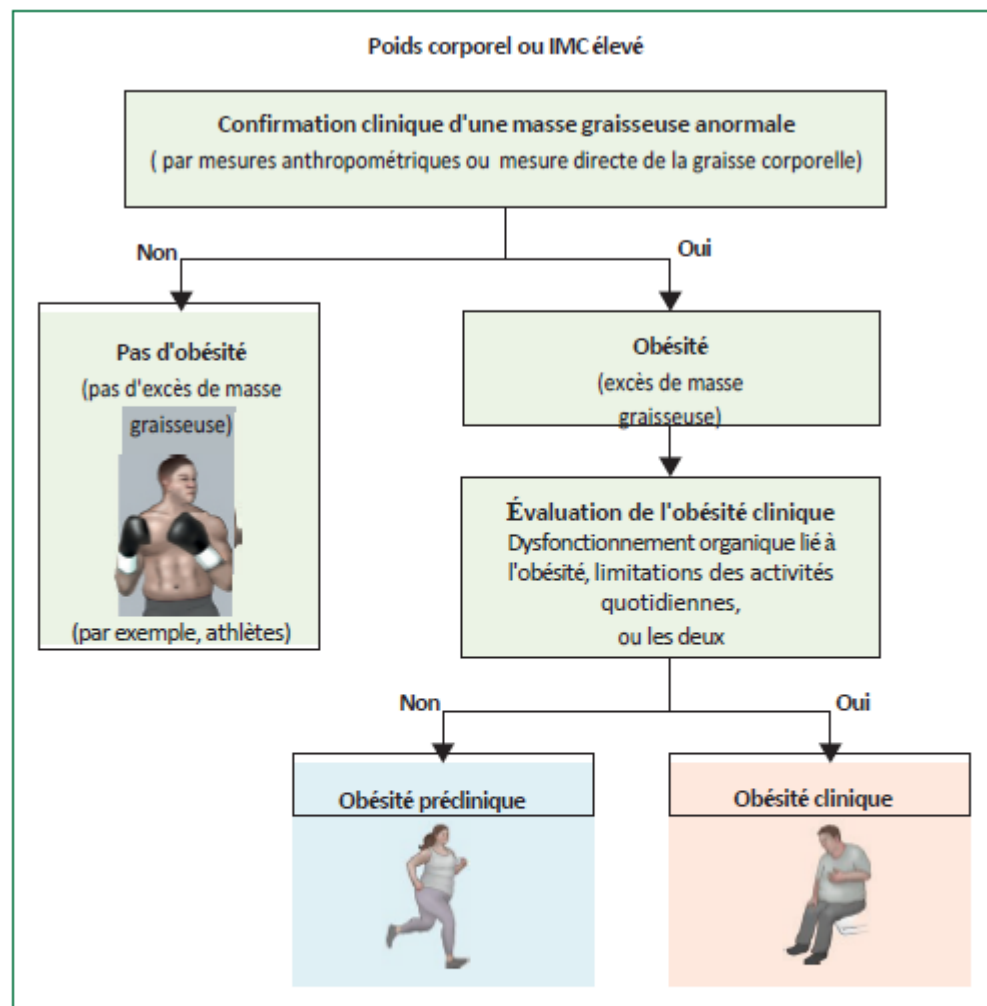
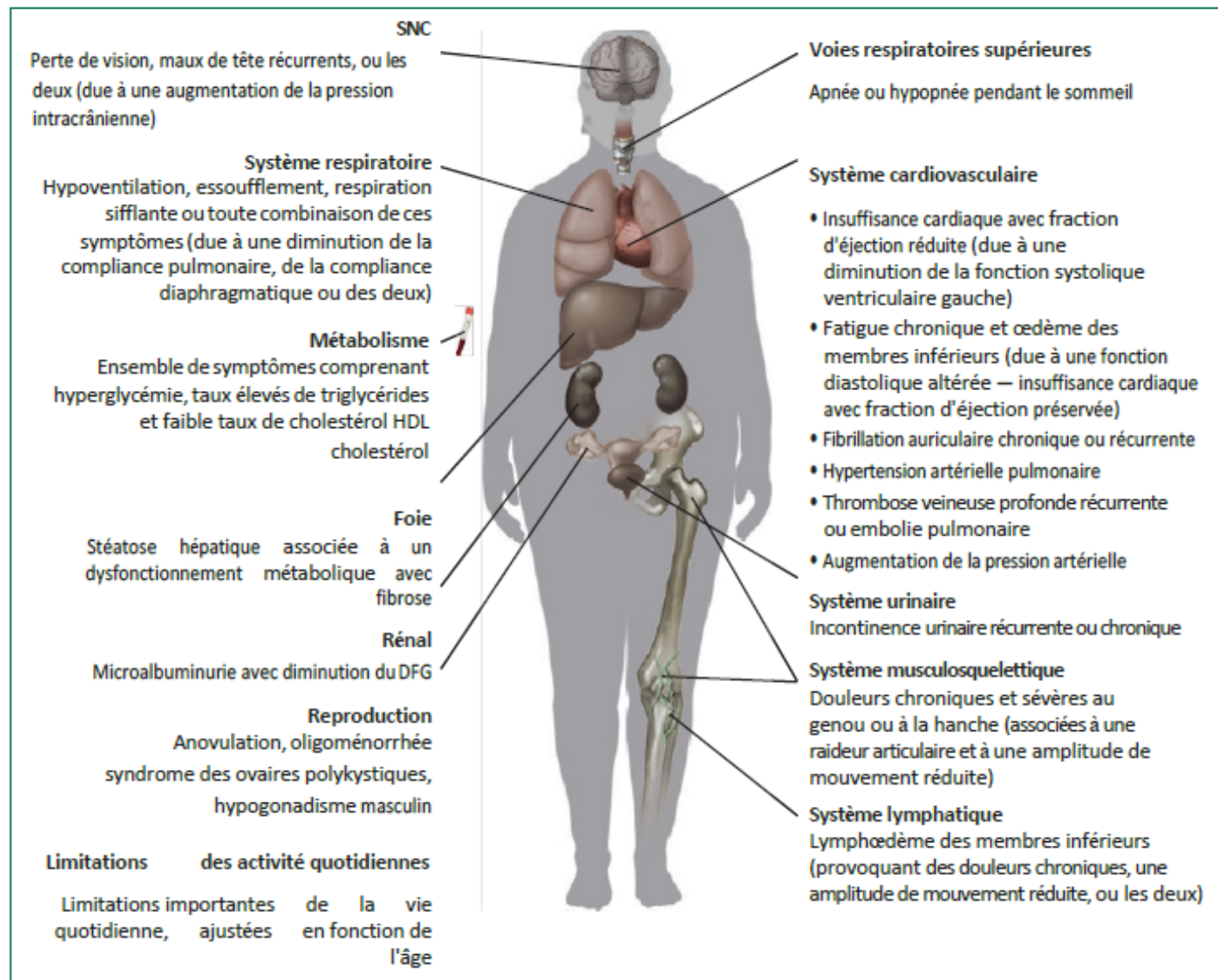


Figure 5 : Modèle diagnostique de l'obésité clinique

Le modèle diagnostique de l'obésité clinique comprend une composante anthropométrique (pour confirmer l'excès d'adiposité ou l'état d'obésité) et une composante clinique pour vérifier la présence (obésité clinique) ou l'absence (obésité préclinique) de manifestations cliniques de dysfonctionnement organique ou de limitations de la capacité d'un individu à mener ses activités quotidiennes.



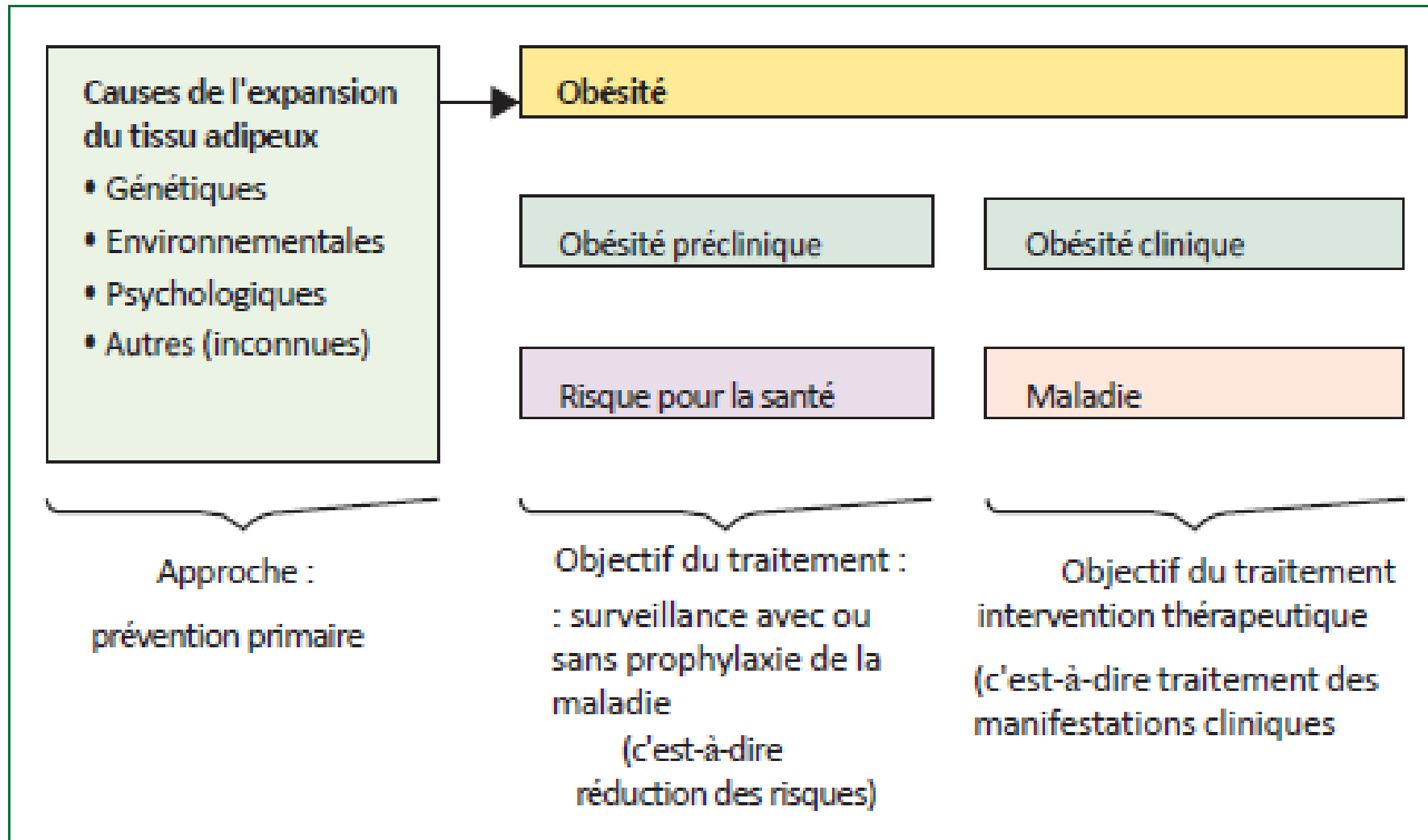


Figure 9 : Objectifs du traitement dans l'obésité préclinique et clinique

QUI ?

- Toujours dans le cadre de l'AMM
- Obésité de niveau 2 ou 3 de sévérité de l'HAS ce qui correspond à l'obésité clinique : évalue l'obésité sur l'excès d'adiposité associé à un retentissement clinique ou fonctionnel ou psycho-social
- Si le retentissement de l'obésité est nul (obésité préclinique) : l'obésité n'est pas une maladie mais une diversité de plus dans la population humaine qu'il faut inclure et accepter. On ne doit pas pousser à maigrir un sujet dans cette situation.

QUAND ?

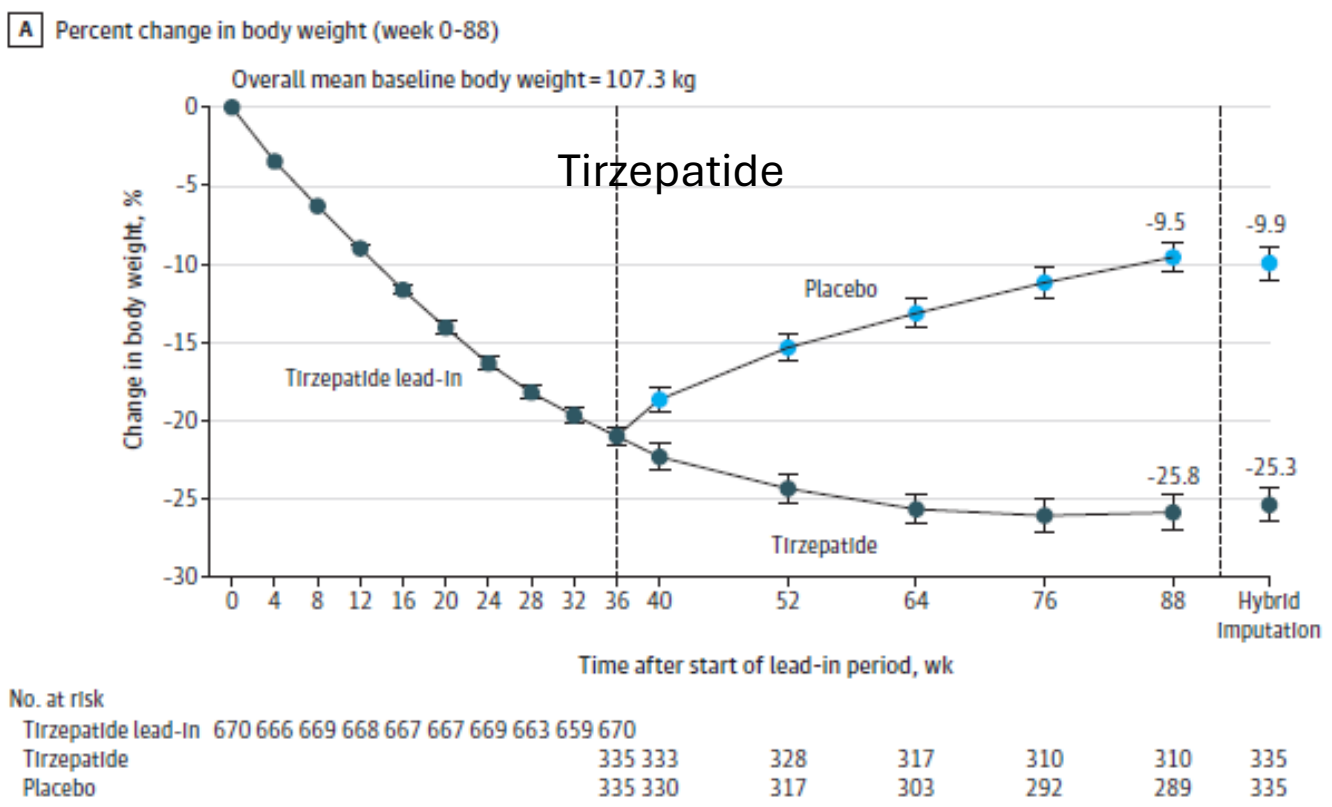
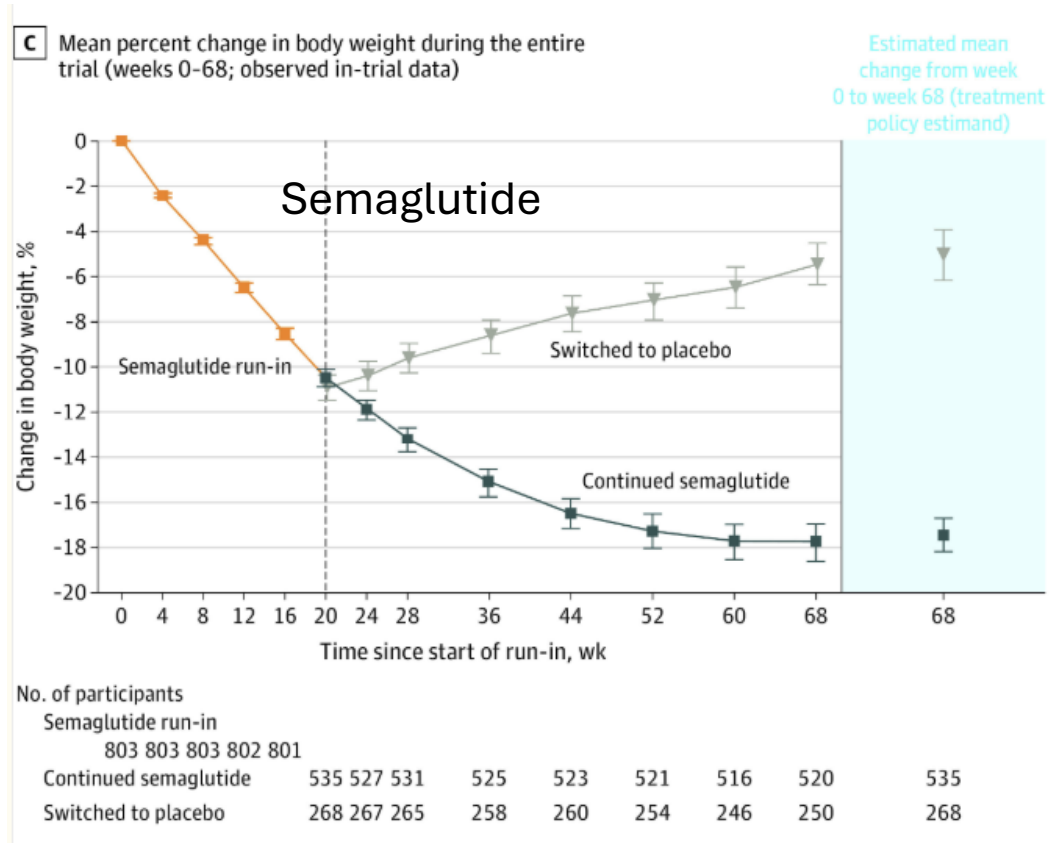
- R.42. En cas d'échec de la prise en charge nutritionnelle bien conduite ($< 5\%$ de perte de poids à six mois), notamment sur le comportement alimentaire et sous réserve de l'implication du patient dans les soins, on pourra débuter un traitement par analogue du GLP1 ayant l'AMM dans l'indication de l'obésité chez les patients en situation d'obésité relevant des niveaux de recours 2 et 3. Il pourra être prescrit d'emblée chez les patients dont l'obésité compromet leur autonomie ou entraîne une altération sévère de la fonction d'un organe, et pour lesquels les changements du mode de vie sont limités (AE).

QUAND ?

- Quel risque y-a-t-il à prescrire un traitement sans analyse préalable et modification thérapeutique du mode de vie ?
 - **L'échec de la perte de poids** : car le patient peut continuer à manger pour se réconforter, ou sans écouter sa sensation de satiété
 - **L'intolérance digestive** : nausées et reflux accentuées par le dépassement de la satiété, diarrhées sur alimentation hyperlipidique
 - **L'intolérance psychologique** : retrait d'un outil de réconfort essentiel à la gestion émotionnelle, sans avoir étayé le patient avec d'autres stratégies
- Attente de certains patients d'une solution externe, sans interroger le mode de vie : risque d'échec immédiat ou à court terme

Quand ? Combien de temps ?

- Traitements médicamenteux de l'obésité en pratique
 - Maintien au long cours car reprise de poids à l'arrêt (étude STEP-4 et SURMOUNT-4)



Rubino D JAMA 2021 Mar 23;325 14:1-12 STE 4 trial
Aronne LJ JAMA. 2024;331(1):38-48. Effect of Tirzepatide on Maintenance of Weight Reduction SURMOUNT-4 trial

Quand ? Combien de temps ?

- Traitement à vie, à la dose maximum tolérée
- Risque en cas d'arrêt et de reprise :
 - Effet yoyo induit
 - Perte de poids : masse grasse $\frac{2}{3}$ et muscles $\frac{1}{3}$,
 - Reprise de poids masse grasse $>$ masse musculaire
- Différence par rapport à la chirurgie : arrêt à volonté
 - Par rupture de suivi
 - Par besoin du patient de retrouver la capacité à manger pour se réconforter
 - Par impression de guérison permettant l'arrêt



INSTAURATION DES ARGLP1 ET SUIVI EN PRATIQUE

Dr Bérénice SEGRESTIN

*Endocrinologue
Responsable CSO de Lyon*

LIENS d'intérêt

Honoraires pour avis d'expert, formation: Lilly, Novo Nordisk,
RHYTHM

Participation à des congrès grâce à Novo Nordisk, ABBOTT, AMRYT,
LILLY,RHYTHM

Un traitement de 2^{ème} intention après au moins 6 mois de modification thérapeutique du mode de vie.

Pour un mode de vie
plus équilibré,
chaque petit pas compte.

Augmenter ↗



Les fruits et légumes



Les légumes secs:
lentilles, haricots, pois
chiches, etc.



Les fruits à coque:
noix, noisettes, amandes
non salées, etc.



Le fait maison



L'activité physique

Aller vers →



Le pain complet
ou aux céréales, les pâtes,
la semoule et le riz complets



Les poissons gras
et maigres en alternance



L'huile de colza,
de noix, d'olive



Une consommation
de produits laitiers
suffisante mais limitée



Les aliments de saison
et les aliments produits
localement



Les aliments bio

Réduire ↘



Les produits sucrés
et les boissons sucrées



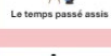
Les produits salés



La charcuterie



La viande:
porc, bœuf, veau, mouton,
agneau, abats



Les produits avec
un Nutri-Score D et E



Le temps passé assis



L'alcool

À réduire pour les adultes.
Pour les femmes enceintes,
les enfants et les ados :
zéro alcool.



HAS

HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

FFN
FÉDÉRATION
FRANÇAISE DE
NUTRITION

RECOMMANDER
LES BONNES PRATIQUES

ARGUMENTAIRE

Obésité de l'adulte : prise en charge de 2^e et 3^e niveaux

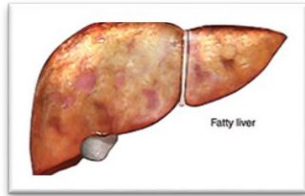
PARTIE I : PRISE EN CHARGE MÉDICALE

Cette RBP sera complétée en 2023 avec le travail sur la chirurgie bariatrique en cours.

Evaluation de toutes les complications

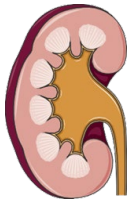
Psychologique

SAOS
Obésité
hypoventilation
TVP-EP



Hépatopathies
dysmétaboliques

Fonction rénale

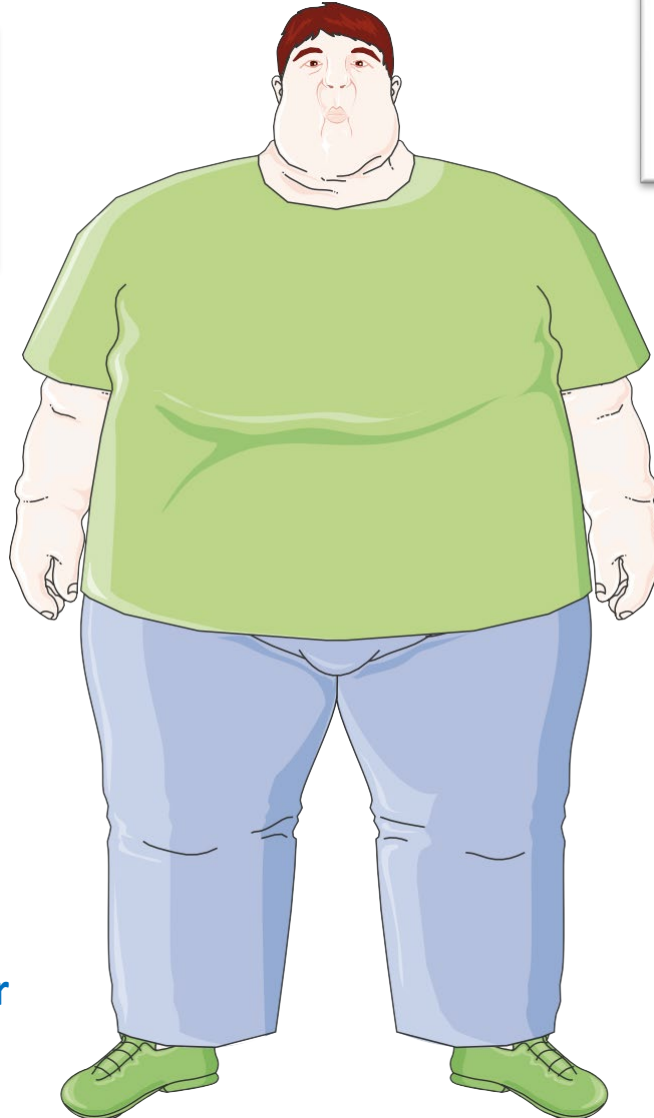


Diabète



Cancer

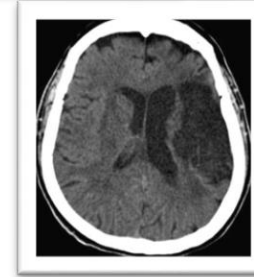
Infertilité



HTA



IDM
Insuffisance
cardiaque FA



AVC
HTIC



Dyslipidémies

Retentissement social

Evaluation du comportement alimentaire, de l'activité physique

Take our test to find out your muscle age now.

STEP 1:
Choose a
suitable chair.

43cm



STEP 2:
Use a timer to time
yourself doing a
"sit-to-stand" on
both legs 5 times
with arms folded.

5x



LES AGONISTES RE-GLP1 ET TOLÉRANCE
CHEZ LES PATIENTS EN SITUATION D'OBÉSITÉ:
DES EFFETS INDÉSIRABLES DIGESTIFS ET RISQUE DE LITHIASE BILIAIRE

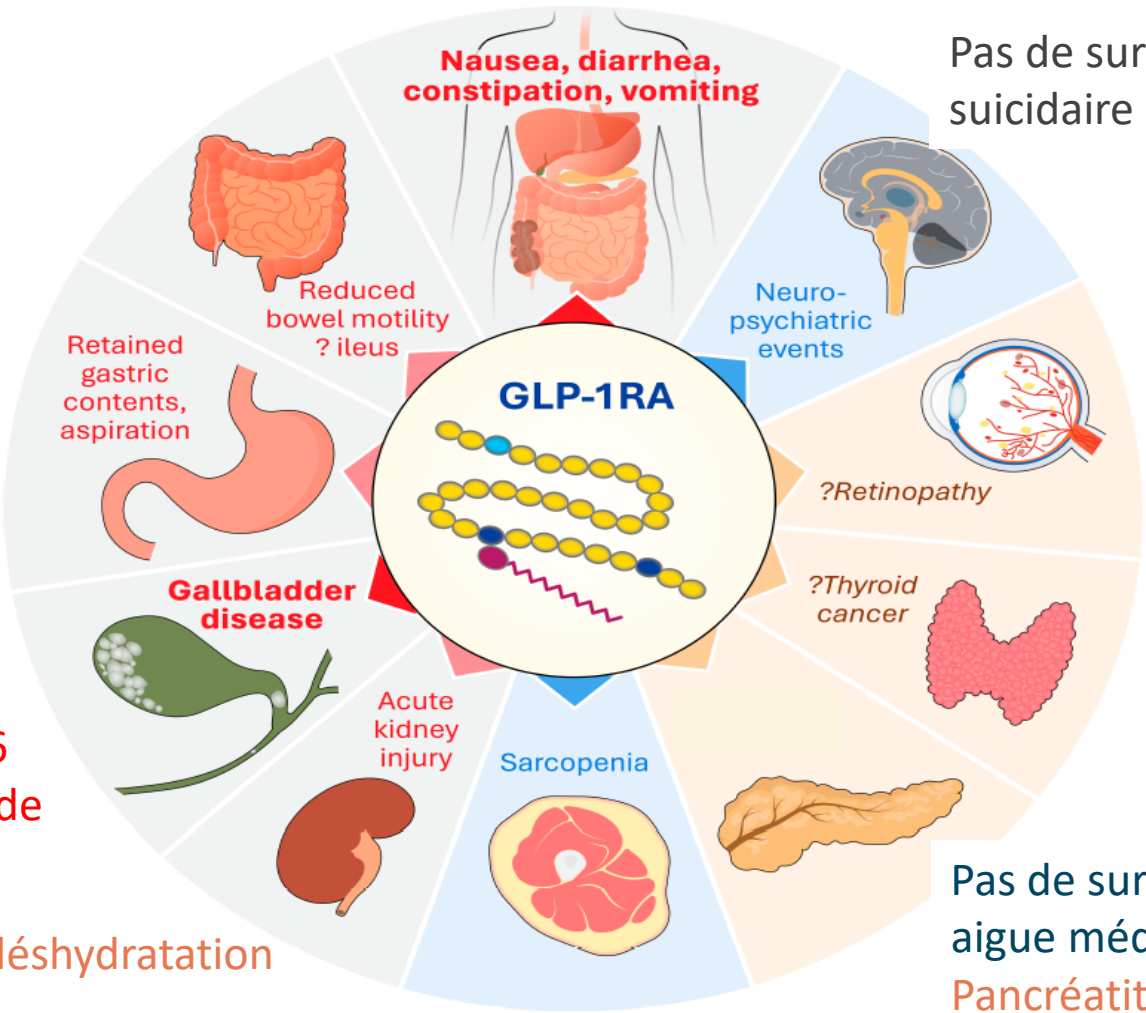
31
3
1

- AE
- Possible AE
- Doubtful AE

Anesthésie: risque
Inhalation
RETARD à la VIDANGE
GASTRIQUE

Discuter de l'introduction de 500mg/j
d'acide ursodésoxycholique pendant 6
mois si lithiase vésiculaire ou si perte de
poids importante

Risque de déshydratation



Pas de surrisque
suicidaire

SEMAGLUTIDE:
neuropathie optique
ischémique antérieure
non artéritique

Pas de surrisque de pancréatite
aigue médicamenteuse, de novo
Pancréatite aigue biliaire

ADAPTATION DE LA DOSE, GÉRER L'INTERRUPTION

Retarder l'augmentation de dose/ diminution de la dose voire suspension de traitement, si:

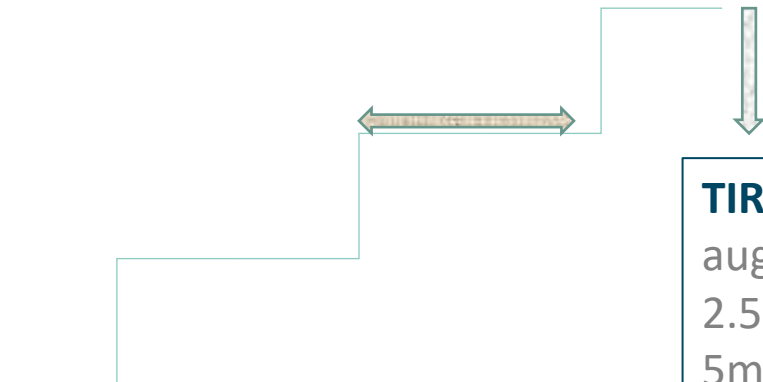
Intolérance digestive sévère

Si réduction majeure des apports

Altération de l'état général (psychique ou autre)

Oubli de dose : l'administrer jusqu'à 5 jours de retard, puis reprise du schéma habituel

Interruption de plus de 15 jours: reprendre une escalade de dose



TIRZEPATIDE: si bonne tolérance à augmenter par palier chaque mois

- 2.5mg par semaine
- 5mg par semaine
- 7.5mg par semaine
- 10mg par semaine
- 12.5mg par semaine
- 15mg par semaine

SEMAGLUTIDE: si bonne tolérance à augmenter par palier chaque mois

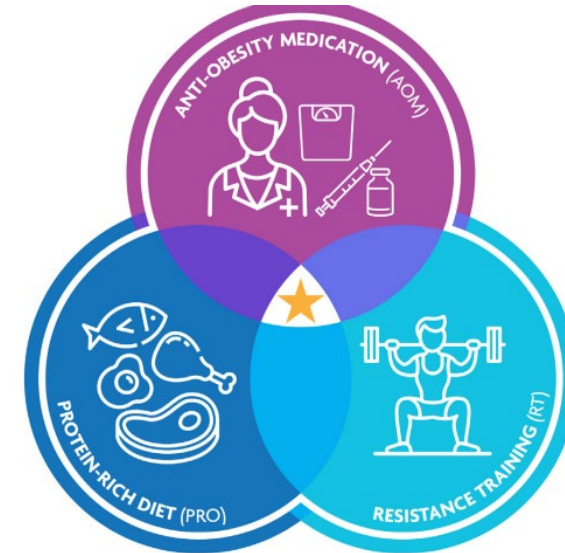
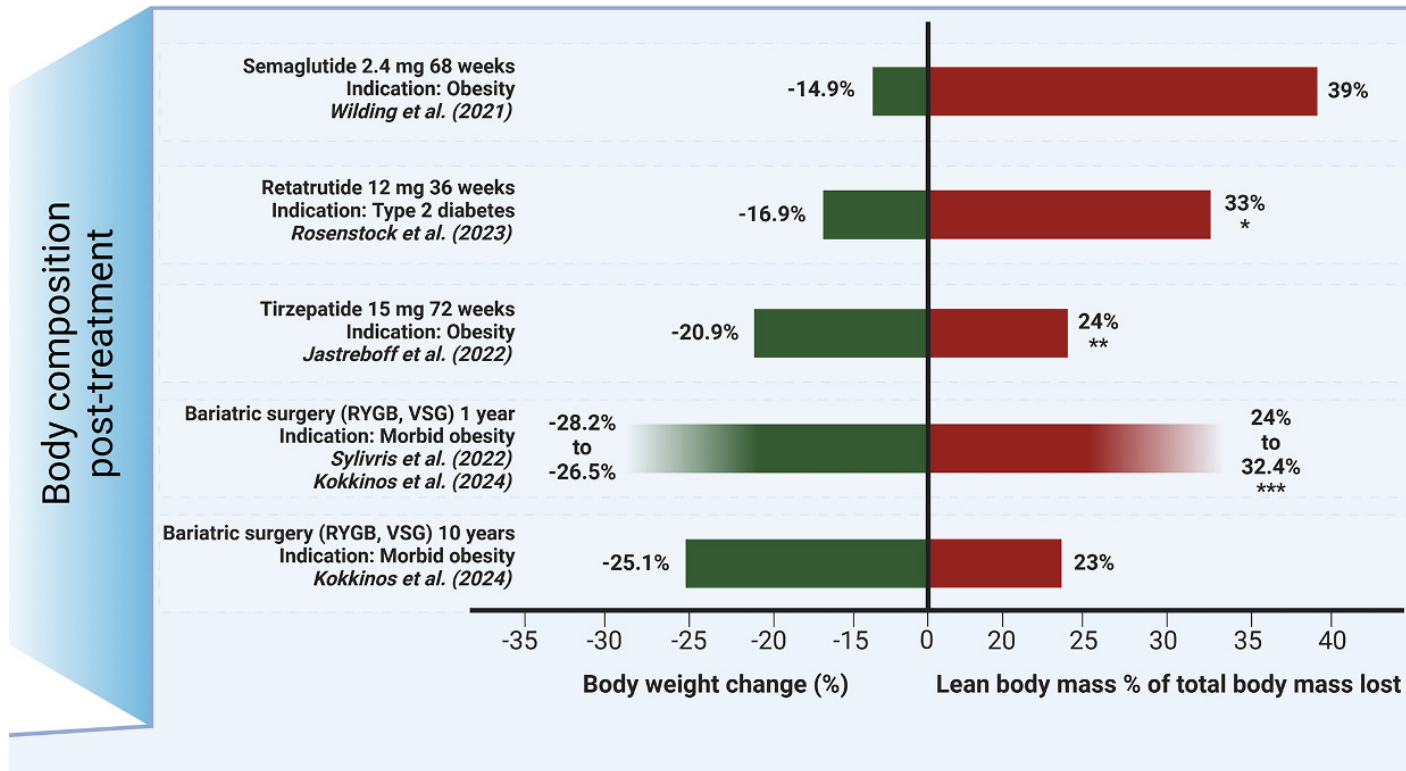
- 0.25mg par semaine
- 0.5mg par semaine
- 1mg par semaine
- 1.7mg par semaine
- 2.4mg par semaine

RCP Semaglutide, Tirzepatide

A ne pas associer avec d'autres
aR GLP1 chez le diabétique 32
Dulaglutide, liraglutide, etc ni iDPP4
Vildagliptine, etc.

UNE PERTE DE POIDS DONT 24 À 39% DE MASSE MAIGRE

33



PRUDENCE d'UTILISATION

Patients à risque de dénutrition notamment pathologie chronique intercurrente, de carence en micronutriments

PRUDENCE D'UTILISATION

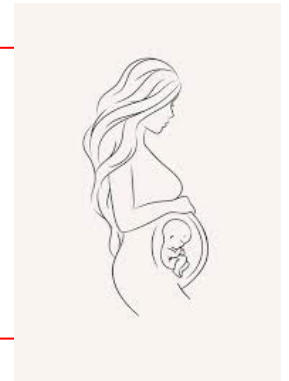
34

Patients de plus de 70 ans (test de lever de chaise)

Antécédent de trouble du comportement alimentaire,
chirurgie bariatrique



Contraception efficace chez la femme en âge de procréer
Arrêt si grossesse ou allaitement
Interruption: SEMA 2 mois avant conception, TIRZE 1 mois avant



*Contre indications pour le SEMA en insuffisance rénale sévère, clairance $\leq 30\text{ml/min}$
pas d'adaptation de doses du TIRZE si IR Terminale mais expérience limitée*

RCP Semaglutide, Tirzepatide

ACCOMPAGNER LE TMO, AU COURS DU TEMPS

Activité physique (endurance, résistance)
Au moins 60g de protéines, alimentation équilibrée



12 doses minimum / jour

❖ 1 dose :

- 1 yaourt (125 g)
- 1 petit suisse (60g)
- 1 faisselle (100g)
- 1 yaourt à boire (180g)
- 1 verre de lait (150ml)
- 3 cuillères à soupe de poudre de lait écrémé (15g)
- 2 cuillères à soupe de légumes secs (50 g)
- 4 cuillères à soupe de céréales cuites (riz, pâtes, semoule ...) (100g)
- 2 tranches de pain
- 15 amandes ou 4 noix
- 1 mini fromage à pâte ferme enrobé de cire

❖ 2 doses :

- 30 à 40 g de fromage : Comté, Gruyère, Emmental, ½ boule de mozzarella
- 150 g de fromage blanc
- 1/2 portion de viande ou de poisson (50g)
- 2 oeufs
- 1/2 à 1 barre de céréales protéinées (30 à 45g)
- 25 à 50 g de céréales protéinées

❖ 3 doses :

- 1 steak ou escalope végétal (100g)
- 1 Skyr (150g)
- 1 yaourt protéiné (15g protéines pour 160g) ou 1/2 boisson protéinée (25g protéines pour 300g)
- 1 fromage blanc kvarg



AVANT
Pour les populations à risque nutritionnel:
Biologie et Supplémentation vitaminique

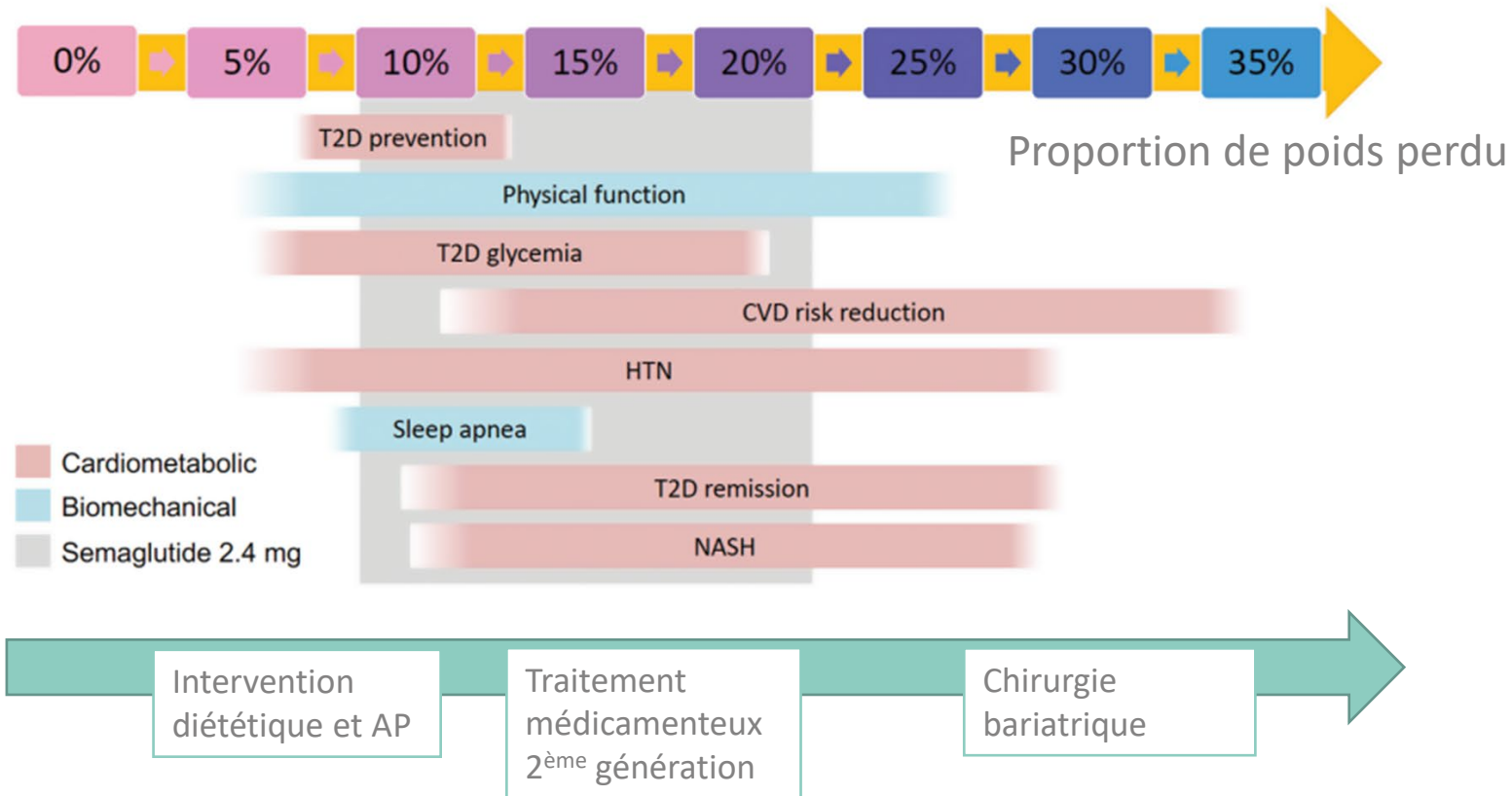
3 mois
Si perte de plus de 10% du poids

6 mois
Si perte de plus de 20% du poids

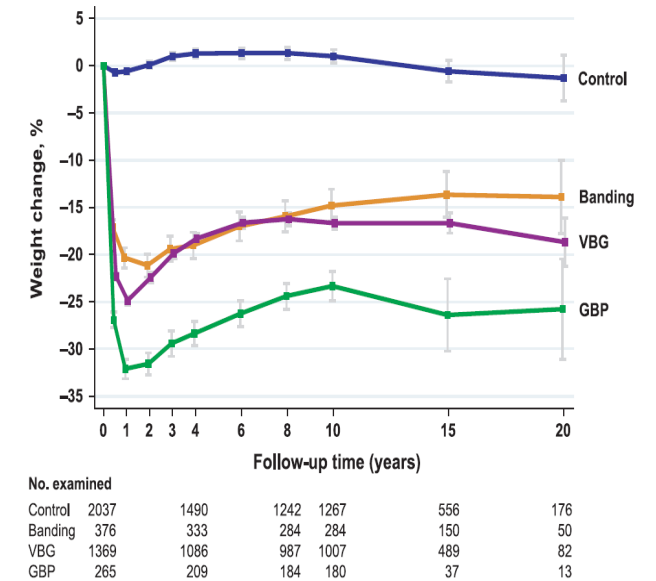
Biologie: NFS, ionogramme, coefficient de saturation, ferritine, créatinine, CRP, albumine, calcémie, vitamine B9 et B12

Perte de poids et impact sur les complications liées au poids: N'oublions pas l'intérêt de la chirurgie bariatrique

Cibler l'objectif de perte de poids en fonction des complications



SOS Study



% Follow up **87% (2 ans)** **69% (10 ans)** **32% (15 ans)**

QUID DE LA CHIRURGIE BARIATRIQUE VERSUS ARGLP1
SUR LES COMPLICATIONS MICRO ET MACROVASCULAIRES CHEZ LES PATIENTS DIABETIQUES EN
SITUATION D'OBÉSITÉ?

37

nature medicine

Article

<https://doi.org/10.1038/s41591-025-03893-3>

Macrovascular and microvascular outcomes of metabolic surgery versus GLP-1 receptor agonists in patients with diabetes and obesity

Received: 25 October 2024

Accepted: 15 July 2025

Published online: 16 September 2025

Check for updates

A list of authors and their affiliations appears at the end of the paper

Both metabolic surgery and glucagon-like peptide-1 (GLP-1) receptor agonists (RAs) improve cardiometabolic outcomes, but their long-term outcomes have not been directly compared. Here, we compared macrovascular and microvascular outcomes in 1,657 patients (65.7% female) with type 2 diabetes

Etude retrospective

b

Absolute change in HbA1c

Years since index date

GLP-1 RAs

Metabolic surgery

a

Cumulative incidence of death (%)

Years since index date

GLP-1 RAs

Metabolic surgery

Years since index date	GLP-1 RAs	Metabolic surgery
0	2,275	1,657
2	2,114	1,341
4	1,885	1,201
6	1,052	913
8	249	605
10	58	287

b

Cumulative incidence of MACE (%)

Years since index date

GLP-1 RAs

Metabolic surgery

Years since index date	GLP-1 RAs	Metabolic surgery
0	2,275	1,657
2	1,935	1,266
4	1,622	1,091
6	822	776
8	186	475
10	45	221

c

Cumulative incidence of nephropathy (%)

Years since index date

GLP-1 RAs

Metabolic surgery

Years since index date	GLP-1 RAs	Metabolic surgery
0	2,275	1,657
2	2,010	1,281
4	1,674	1,117
6	845	817
8	196	506
10	49	225

d

Cumulative incidence of retinopathy (%)

Years since index date

GLP-1 RAs

Metabolic surgery

Years since index date	GLP-1 RAs	Metabolic surgery
0	2,275	1,657
2	2,046	1,312
4	1,765	1,167
6	956	879
8	218	569
10	53	275

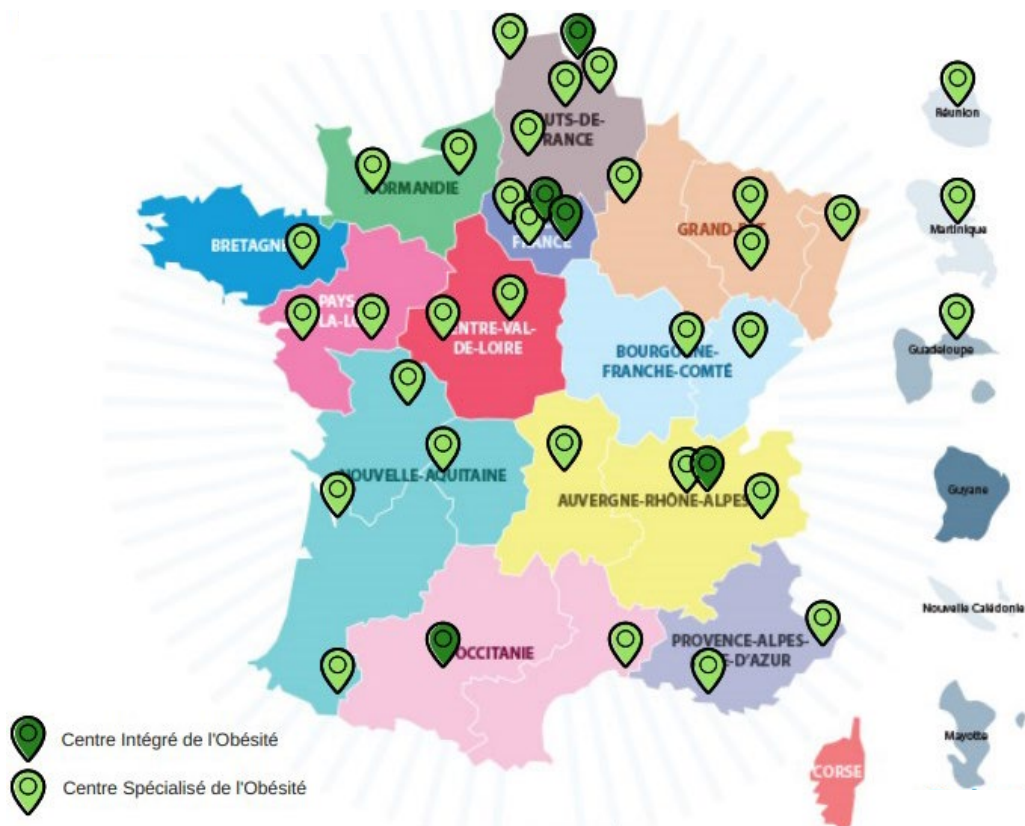
ear cumulative incidence estimates for primary and secondary end points. **a–d**, Kaplan–Meier curves showing the cumulative incidence of all-cause mortality, incident MACE (**b**), incident nephropathy (**c**) and incident retinopathy (**d**) in the metabolic surgery and the GLP-1 RA groups.

LES CENTRES SPECIALISES DE L'OBESITE

PLAN OBESITE 2010-2013

→ 37 CSO dont 5 Centres Intégrés

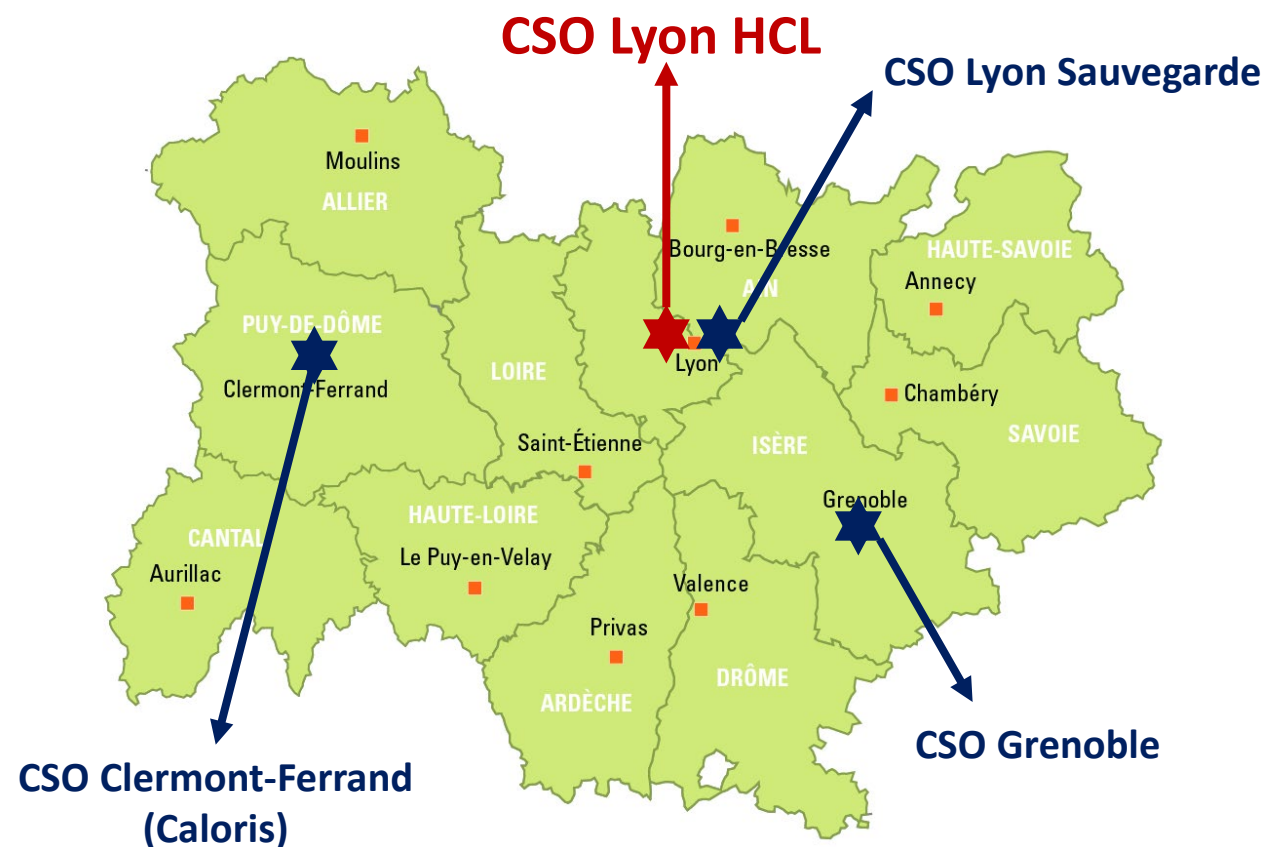
CIO, des missions supplémentaires :
PEC obésité rares, recherche, formation universitaire



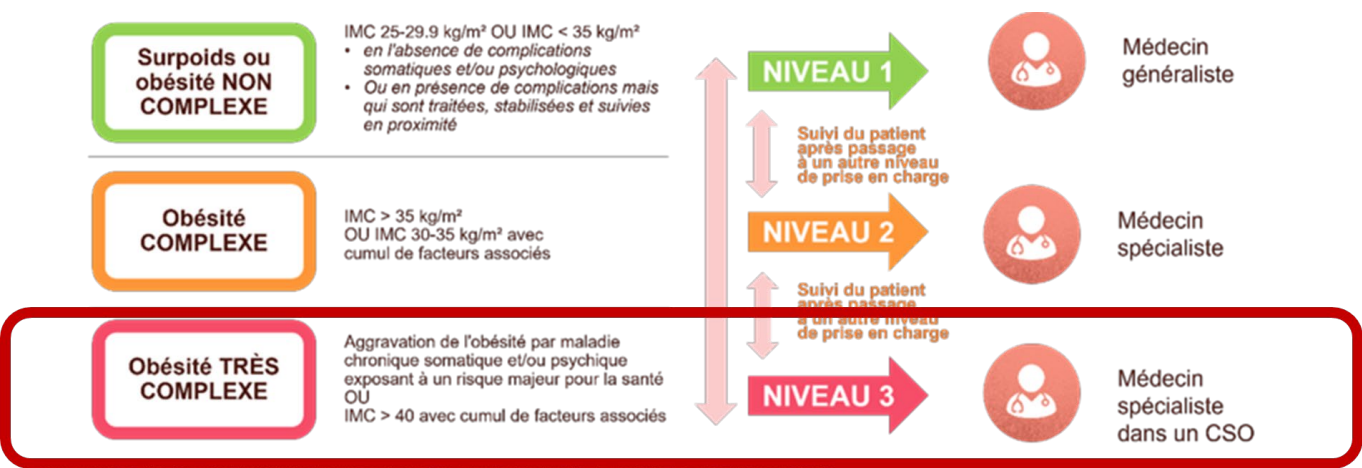
2024 : NOUVELLE LABELLISATION DES CSO

→ environ 40 CSO identifiés dont 4 en AURA

Plus de CIO, presque tous faisant aussi recherche, formation, PEC obésités rares



3 NIVEAUX DE RECOURS



References : FOS. Guide du parcours de soins : Surpoids et obésité de l'adulte, janvier 2023 – mise à jour février 2024

Tableau 1. Professionnels et structures impliqués dans la prise en charge de l'obésité dans les différents niveaux de recours

Niveau 1	Le médecin généraliste (qui est le coordonnateur de la prise en charge de l'obésité), diététiciens, pharmaciens, infirmiers, infirmiers en pratique avancée, sages-femmes, psychologues, psychiatres, médecins du travail, enseignants en activité physique adaptée, masseurs-kinésithérapeutes, ergothérapeutes, éducateurs sportifs, travailleurs sociaux.	
Niveau 2	Le médecin spécialiste de l'obésité (à savoir : le médecin nutritionniste qui est le coordonnateur de la prise en charge de l'obésité) (dans les centres de soins publics ou privés, ou en secteur ambulatoire, services spécialisés dans la prise en charge de l'obésité au sein des établissements de soins publics ou privés), et exerçant en partenariat avec les autres professionnels concernés par l'obésité, SSR spécialisés en « digestif, endocrinologie, diabétologie, nutrition ».	En lien avec les professionnels et structures de santé du niveau 1
Niveau 3	Centres spécialisés de l'obésité (CSO) ou centres hospitaliers universitaires (CHU). Peuvent être amenées à participer au niveau 3 des structures qui leur sont associées par convention, notamment les SSR spécialisés en « digestif, endocrinologie, diabétologie, nutrition » et plus particulièrement celles capables de recevoir des patients ayant un IMC ≥ 50 kg/m ² .	En lien avec les professionnels et structures de santé des niveaux 1 et 2



SUIVI DIÉTÉTIQUE DES PATIENTS SOUS ANALOGUES DU GLP-1

Mme Céline DURAND

Diététicienne comportementaliste - Vienne

**Présentation à visionner dans le
replay à partir de la 45^{ème} minute**



CAS CLINIQUES

Dr Géraldine GUIGUET

Médecin-nutritionniste – Centre chirurgical Lyon Mermoz et Ambérieu



Nadia F, 47 ans

- Diabète de type 2 secondaire à une corticothérapie sur vascularite auto-immune, Dyslipidémie
- Traitement Stagid et Atorvastatine. Glycémie 1,22g/l, TG 1,63g/l
- IMC 32 Kg/m², poids 87 Kg. Souhaite 67 Kg
- Arthralgies, lombalgies. Stéatose hépatique et vésicule alithiasique
- Nombreux suivis diététiques et nombreux régimes
- Pas de TCA identifié
- Alimentation relativement équilibrée : instaurer collation pour éviter grignotages, diminuer portion féculents
- Souhaite traitement médicamenteux



CENTRE CHIRURGICAL
LYON - MERMOZ - AMBERIEU
NATECIA - MEDIPOLE

Janvier 2025

- Explications des différents traitements
- EI
- Coût
- TTT au long cours
- Initiation Semaglutide pour 3 mois



Mars

- 78,4Kg perte 9 Kg (10,3%), glycémie 1g/l
- 1 mg
- EI : asthenie, nausées, diarrhée
- Interrogatoire : 1 seule repas/jour (ramadan), arrêt de l'activité physique
- Va reprendre 3 repas équilibrés et l'activité physique
- Multivitamines
- Reste 1 mg



Juin

- 69,6Kg , - 17 Kg (19,5%)
- 2,4mg
- Alimentation structurée et équilibrée, AP régulière
- TG 0,9g/l, Glycémie 0,9g/l et HbA1c 5,5% avec arrêt ttt
- El migraines, asthénie
- Conseils diététiques : protéines
- Diminution Sémaglutide 1,7mg



Octobre

- 62 Kg -25 Kg : 28,7%.
- Souhait pondéral initial 67 Kg, souhaite maintenant 60 Kg
- RHD ok
- Plus d'asthénie ni de céphalées depuis 1,7 mg
- Mais constipation importante avec fécalomes malgré ttt
- Essai 1 mg, poursuite multivitamines



CENTRE CHIRURGICAL
LYON - MERMOZ - AMBERIEU
NATECIA - MEDIPOLE

Léa C, 38 ans

- 100,9 Kg, IMC 35
- Plusieurs suivis diététiques depuis l'enfance, souhaite médication
- Pas de comorbidité
- Objectifs : reprise petit déjeuner, augmentation de l'AP, débiter un travail psychologique de l'alimentation émotionnelle
- Explications du traitement médicamenteux



- **Cs 4 mois :**
 - Alimentation plus structurée
 - Travail psychologique en cours
 - Stabilisation pondérale Initiation Tirzepatide

- **Cs 8 mois ½ :**
 - 76,5 Kg à 4 mois ½, 24,18% dose 10 mg
 - Très satisfaite, sensation de liberté
 - Bio RAS, AP ok
 - Quelques nausées, un peu d'asthénie
 - Attention protéines, peut sauter le petit déjeuner
 - Poursuite 10 mg
 - Multivitamines



CAS CLINIQUE

Dr Yann MATUSSIÈRE

Médecin-nutritionniste – CSO la Sauvegarde

Mr GR AI (62 ans).

Antécédents :

Anevrisme aortique

Hypercholestérolémie

Locomoteur: scoliose

[2019] AVC cerebeleux laculaire

Depression

SAOS appareillé

Traitement

TAMSULOSINE ALMUS L.P. 0,4 mg

SEROPLEX 10 mg

MIANSERINE BIOGARAN 10 mg

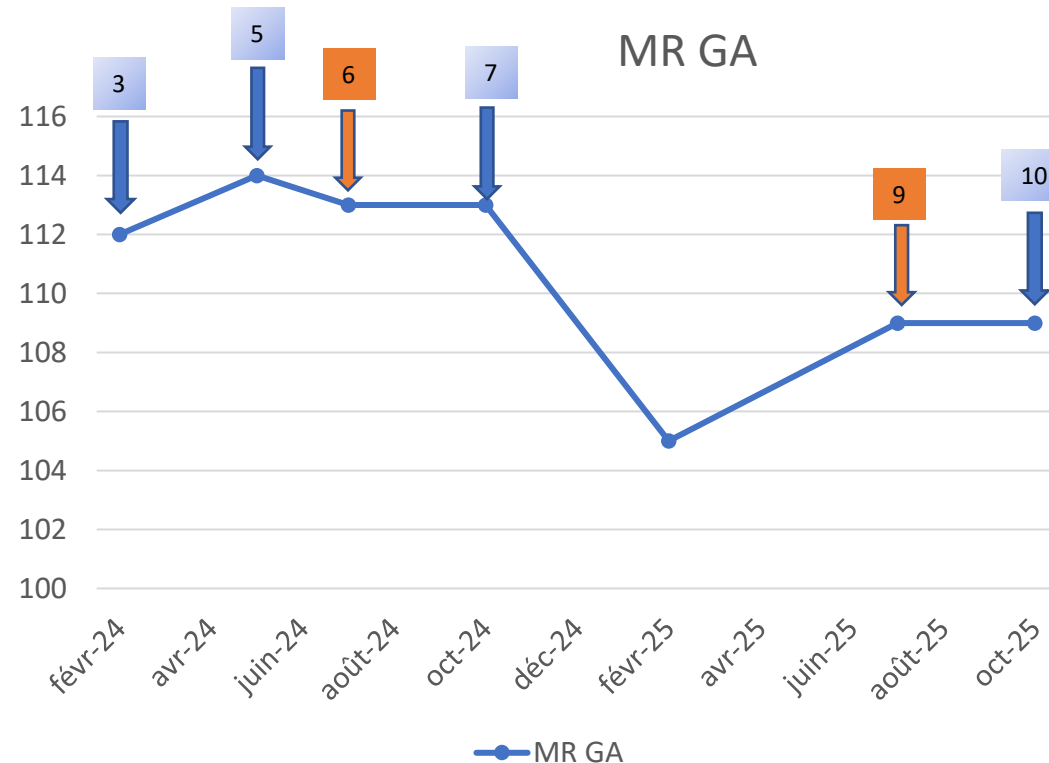
SOLIAN 100 mg

IMOVANE 7,5 mg

LIPTRUZET 10 mg/20 mg

ASPIRINE PROTECT 100 mg

1. Poids de forme 85 kg , Terrain de famille de surpoids
2. Entrée dans la maladie suite AVC en 2019 = 103 kg IMC 31.7
3. 2024 **Bilan HDJ** :Profil Hyperphage tachyphage , sans TCA (qq grignotages) , activité limité
4. CAT : Accompagnement Diet / poursuite de Kiné , mise en place APA (ANTS) / suivi psychologique
5. MAI 2024 poids 114 kg , mise en place **traitement par Liraglutide**
6. JUILLET 2024 : **AVC sylvien thrombolyse** , programme APA renforcé
7. OCTOBRE 2024 : poids stable 113 kg , sous 3mg /j , pas d'effet satiétogène du **Liraglutide passage sous Sémaglutide**
8. FERVRIER 2025 : poids 105 k g sous 1.7 mg/semaine de Semaglutide intolérance pas d'augmentation doses
9. JUILLET 2025 : arrêt qq semaine pour **chirurgie cardiaque (FOP)**
10. OCTOBRE 2025 :Poids 109 kg , stable (<5 % de poids perdu) : **Stop Semaglutide**



Mr MH 61 ans :

-Antécédants

Cardio Vasculaire: HTA essentielle

Neuro/psychiatrique: Syndrome anxio dépressif

Pulmonaire: Asthme à crises rares avec TT de fond

Pulmonaire: SAOS appareillé

2000: GVC Dr Bonjean en 2000 à 120kg

2010 : Anneau gastrique en Dr Lamy à 136kg

2022 - ECHEC de BY PASS SUR GVC

-Addictions

Tabac sevrage juillet 2021

sevrage Cocaine , Alcool

Traitements

FORMOTEROL BIOGARAN 12 microgrammes

SUBOXONE 8 mg/2 mg

XARELTO 20 mg

AMLODIPINE EG 5 mg

LASILIX 40 mg

BISOPROLOL EVOLUGEN 5 mg

VENLAFAXINE ALMUS LP 75 mg

1. 2000: GVC à 120kg (nadir 76 k g).

2. 2010 : Anneau gastrique à 136kg (nadir 65 kg).

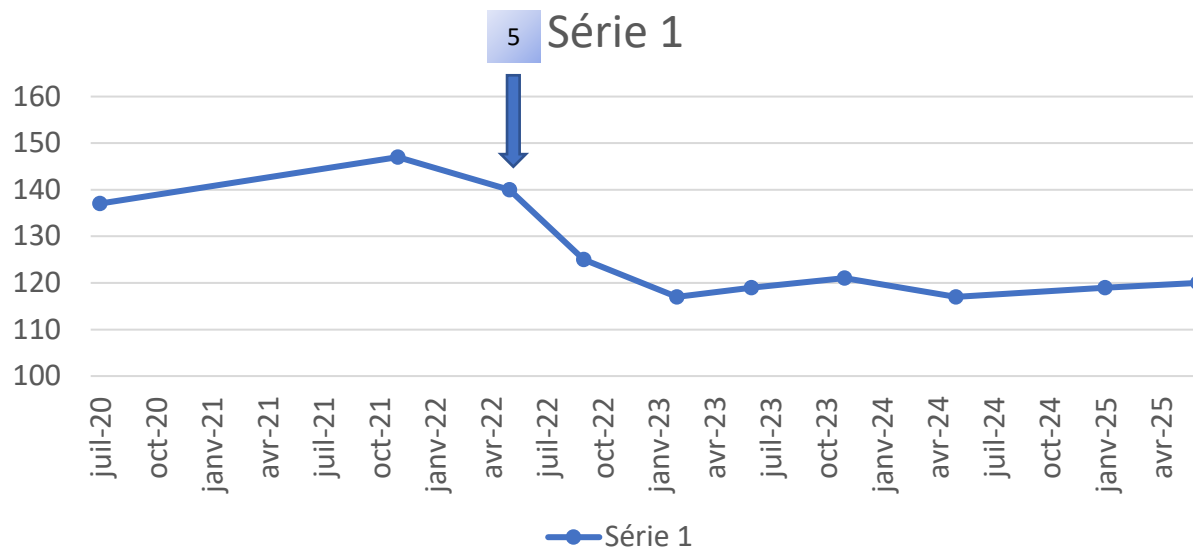
3. 2019 : ablation d'anneau pour reflux (80 k g).

4. Juillet 2020: début prise en charge CSO. Sevrage tabac . Projet By Pass. (poids max 147 kg)

5. Avril 2022 - ECHEC de BY PASS SUR GVC , mise en place ATU WEGOVY

6. Amaigrissement, sevrage de ses addictions, amélioration de ses TCA , reprise activité physique et reprise d'une activité professionnelle

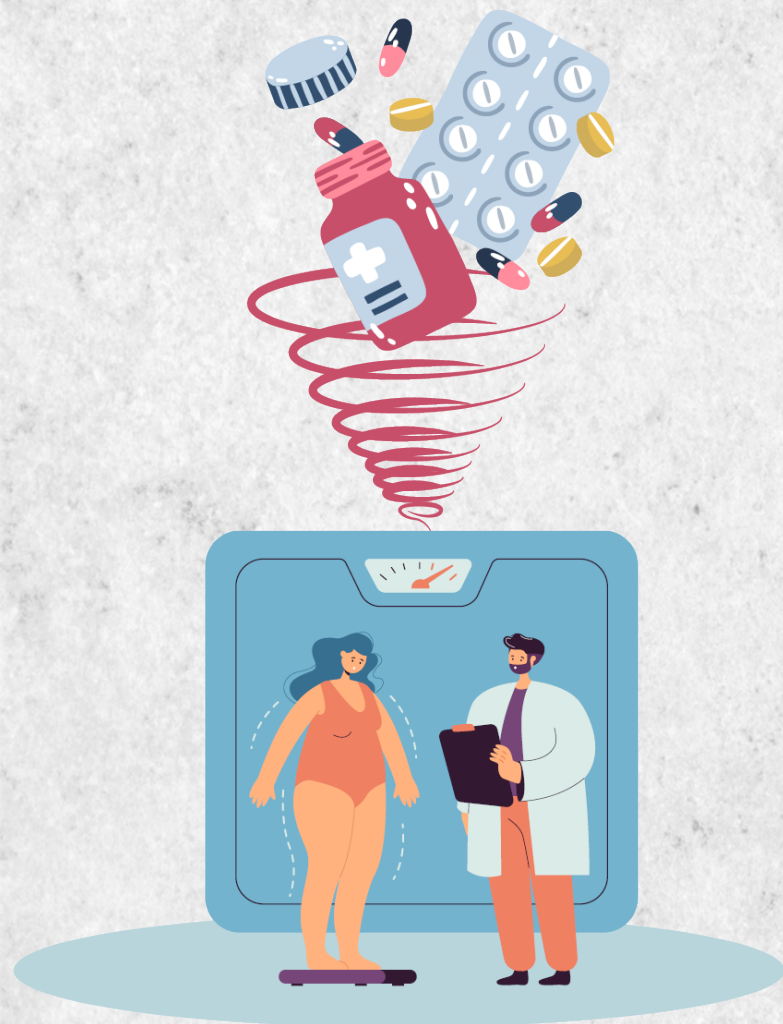
7. Poids stable (19% de poids perdu) , dose Wegovy 2.4 /semaine



CAS CLINIQUE

Dr Bérénice SEGRESTIN

*Endocrinologue
Responsable CSO de Lyon*



OBÉSITÉ

PRÉVENTION CARDIOVASCULAIRE SECONDAIRE

53

Mme 61 ans

ATCD AVC

HTA

IDE à la retraite

Histoire du poids:

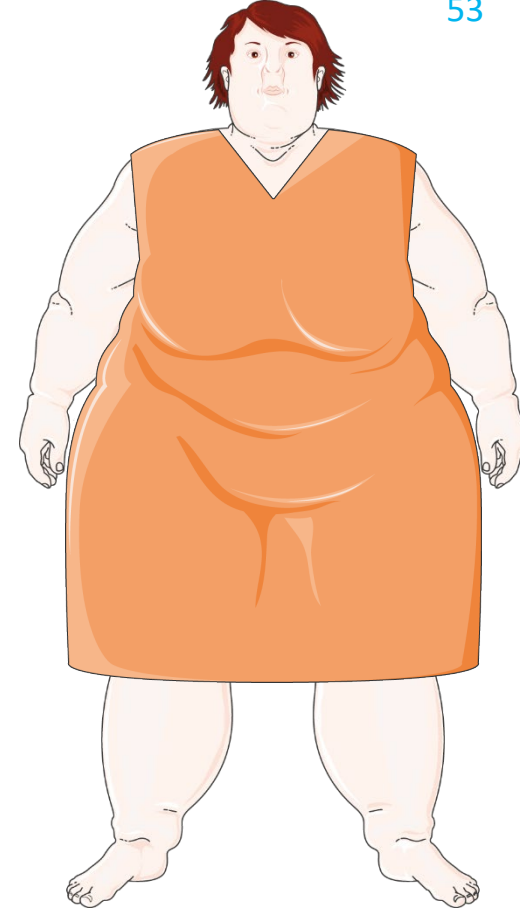
Corticothérapie à l'âge de 10ans + 10kg

Isoméride à 30 ans(-25kg).

Poids maximal actuel 120kg, **IMC 45kg/m²**

Obésité niveau 2 selon l'HAS

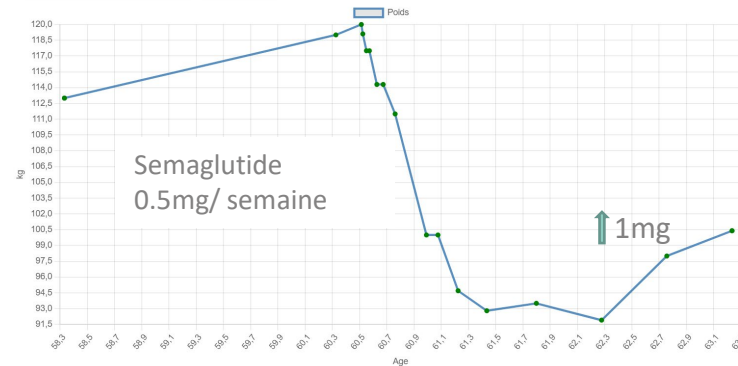
Complications: insulinorésistance, LDL 1.6g/L



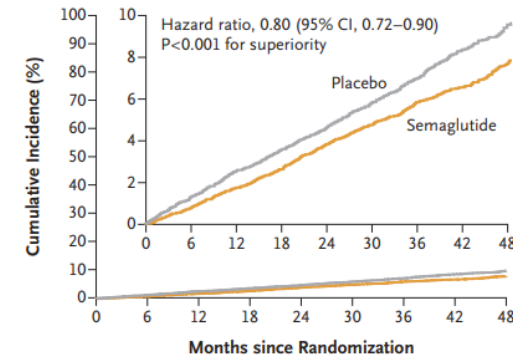
OBÉSITÉ

PRÉVENTION CARDIOVASCULAIRE SECONDAIRE

54



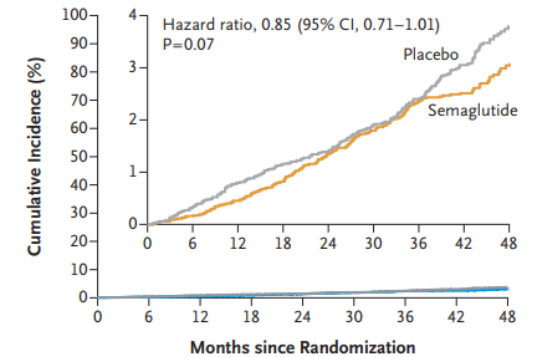
A Primary Cardiovascular Composite End Point



No. at Risk

Placebo	8801	8652	8487	8326	8164	7101	5660	4015	1672
Semaglutide	8803	8695	8561	8427	8254	7229	5777	4126	1734

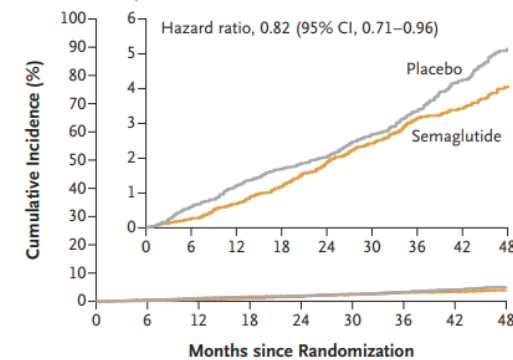
B Death from Cardiovascular Causes



No. at Risk

Placebo	8801	8733	8634	8528	8430	7395	5938	4250	1793
Semaglutide	8803	8748	8673	8584	8465	7452	5988	4315	1832

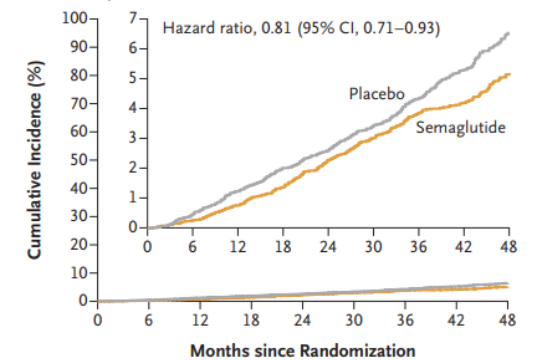
C Heart Failure Composite End Point



No. at Risk

Placebo	8801	8711	8601	8485	8381	7341	5885	4198	1766
Semaglutide	8803	8740	8654	8557	8425	7409	5944	4277	1816

D Death from Any Cause



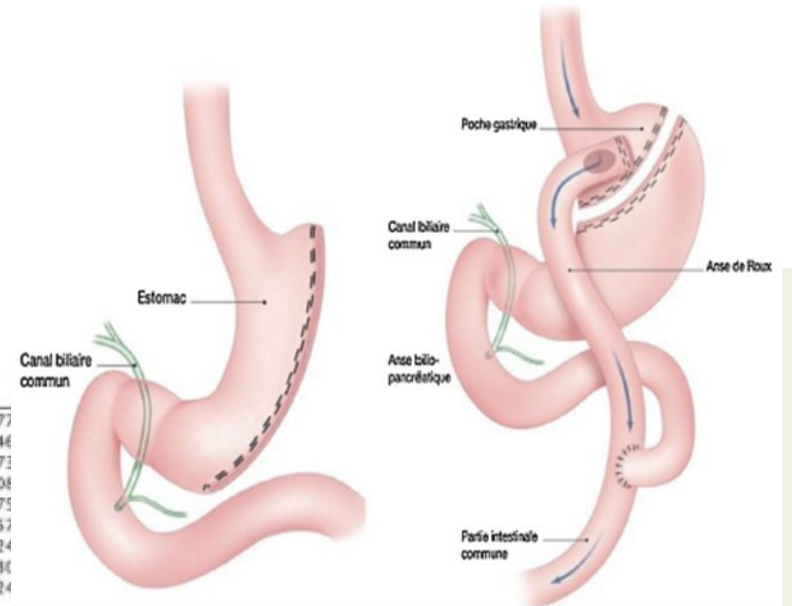
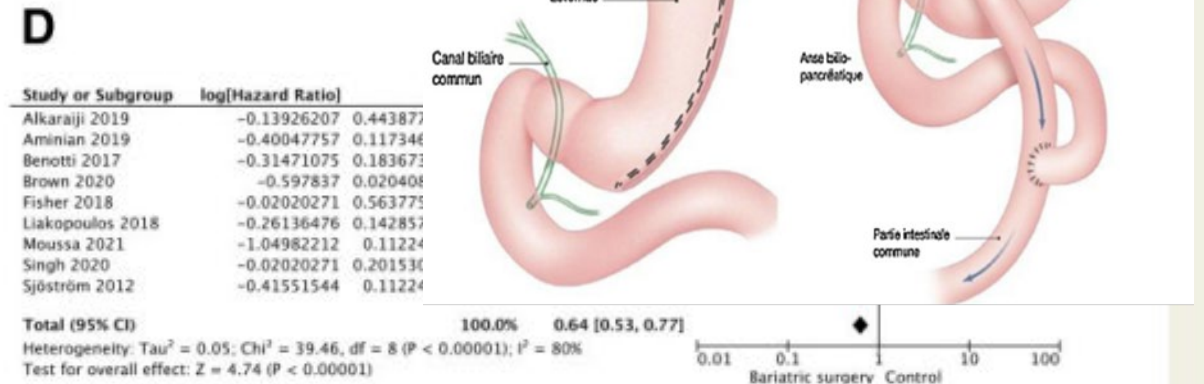
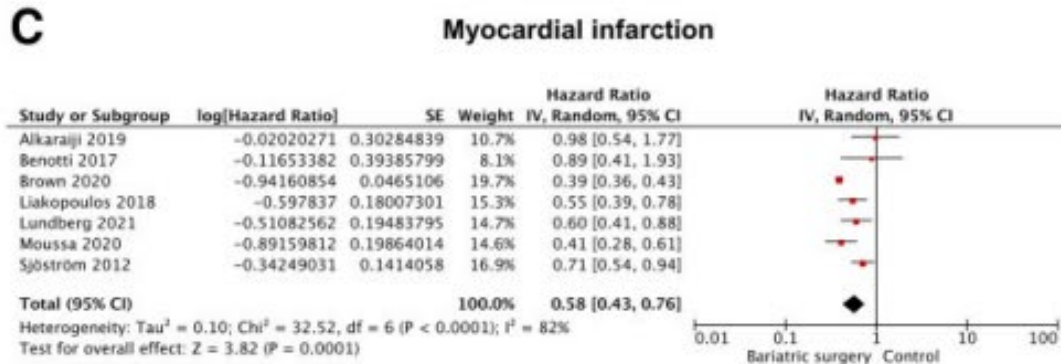
No. at Risk

Placebo	8801	8733	8634	8528	8430	7395	5938	4250	1793
Semaglutide	8803	8748	8673	8584	8465	7452	5988	4315	1832

Très bonne réponse au SEMAGLUTIDE 0.5mg pour l'obésité
-22% du poids IMC résiduel 35kg/m²
Actuellement à 38kg/m²

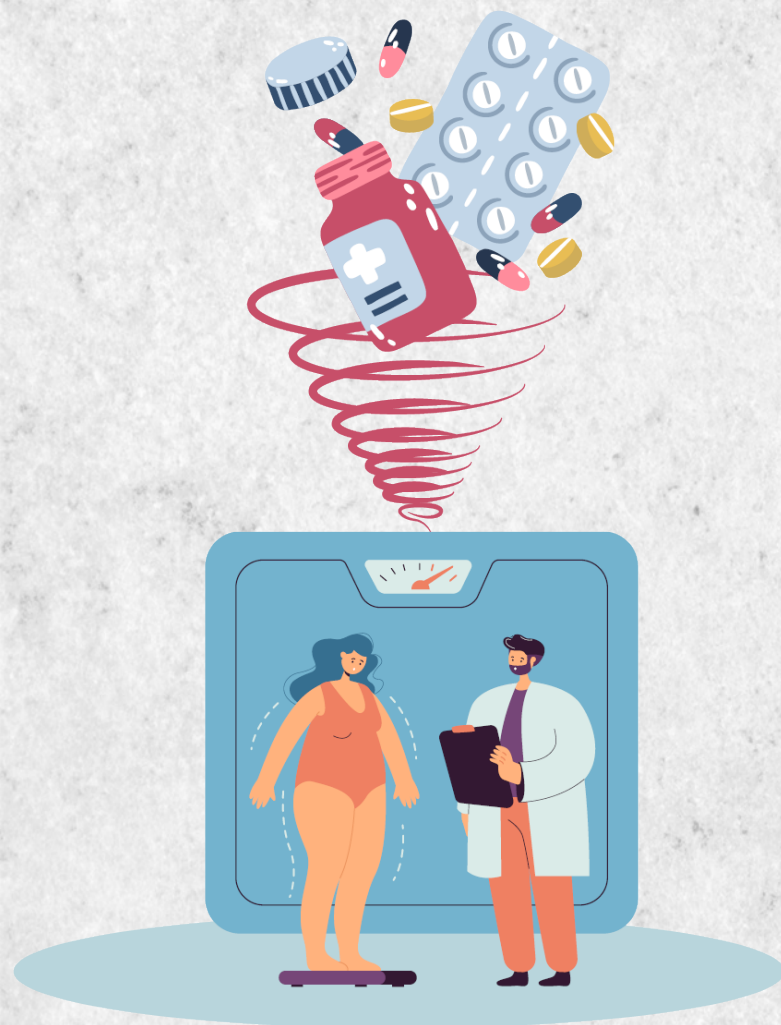
Bariatric surgery and cardiovascular disease: a systematic review and meta-analysis

Sophie L. van Veldhuisen ^{1,2}, Thomas M. Gorter ³, Gijs van Woerden ³,
Rudolf A. de Boer³, Michiel Rienstra ³, Eric J. Hazebroek ^{1,4},
and Dirk J. van Veldhuisen^{3*}



Bénéfice mortalité toute cause (HR 0.55)
133 000 opérés versus 263 000 contrôles

Méta analyses sur 30 études



RÉPONSES AUX QUESTIONS DU *CHAT*

MERCI POUR VOTRE PARTICIPATION !

