

TRAITEMENT DE L'OBESITE PAR ACUPUNCTURE

PATRICE RAT

DEFINITION

L'obésité peut être définie comme un excès pondéral d'au moins 15 à 20 % au-dessus du poids idéal.

Pour calculer le poids idéal, on peut utiliser la formule de LORENTZ

$$P_I = T - 100 - \frac{(t - 150)}{4} \quad T = \text{taille en centimètres}$$

Suivant l'âge, le poids augmente en moyenne de 2 kg par décennie (alors que physiologiquement, il doit diminuer).

D'autre part, le poids idéal de la femme est en moyenne inférieur de 3 à 4 kg à celui donné par la formule de LORENTZ.

Pour tenir compte directement de ces 2 paramètres, on peut utiliser la formule du Pr. VAGUE.

$$P_I = K + \frac{3(T - 150)}{4} + \frac{(A - 20)}{4}$$

où K = 50 chez l'homme

K = 43 chez la femme

l'âge en année

la taille en centimètres.

Le Pr. VAGUE a également établi un rapport entre le pli cutané et la circonférence des membres qui permet ainsi de calculer un coefficient adipo-

musculaire.

En fait, le poids idéal devrait être celui dans lequel la personne se sent bien.

FACTEUR DE RISQUE

Les statistiques de la Metropolitan Life Insurance 510 a montré que lorsque la surcharge pondérale passe de 5 kg à plus de 40 kg, le pourcentage de mortalité passe lui de 0% à 123 %, le risque de diabète est multiplié par 4 et celui de la cirrhose par 2 et je ne parle pas des risques cardio-vasculaires.

Inutile donc d'insister sur la nécessité de faire maigrir ces malades.

ADIPOSTAT

Avant d'aller plus loin dans notre étude, un petit rappel physiologique me semble nécessaire.

Le tissu adipeux contient presque exclusivement des adipocytes. Ceux-ci sont chargés de stocker sous forme triglycérides l'énergie alimentaire, pour la redistribuer ensuite, en fonction des besoins, sous forme d'acides gras libres - 3 processus interviennent :

1 - LA LIPOGENESE

C'est la transformation des triglycérides d'origine hépatique en AGL qui seuls peuvent traverser la membrane adipocytaire (les triglycérides sont en effet hydrophobes).

2 - LA LIPIDOGENESE

C'est le resynthèse à l'intérieur de l'adipocyte des AGL en triglycérides.

3 - LA LIPOLYSE

Pour la raison invoquée plus haut, l'hydrolyse des triglycérides en AGL et glycérol est nécessaire à la sortie des lipides.

Il est donc facile de comprendre que les variations de la masse globale du tissu adipeux vont dépendre de la différence entre lipidogénèse et lipolyse.

La lipidogénèse est fonction de plusieurs facteurs et en particulier du taux d'insulinémie et de la glycémie.

La lipolyse est quant à elle activée par les catécholamines mais inhibée par l'insuline.

A la fin de ce chapitre, on pourrait donc évaluer une classification des obésités en 2 groupes :

- la forme hyperplasique où l'intégrité de l'adipocyte est respectée mais leur nombre augmenté
- la forme hypertrophique où les mécanismes de régulation sont en cause.

COMPORTEMENT ALIMENTAIRE ET PSYCHOSOCIAL DE L'OBÈSE

Afin de mieux comprendre les malades que nous avons en face de nous, je vais dire deux mots du comportement alimentaire de l'obèse ainsi que de son profil psychosocial.

Je vous rappelle que tout comportement alimentaire est sous la dépendance :

- 1) - d'une régulation à long terme qui fixe l'intervalle des repas (intervention de l'hypothalamus)
- 2) - d'une régulation à court terme, ou régulation psycho-sensorielle qui fixe le volume des repas.

Cette fois, le centre de satiété est activé par les propriétés organoleptiques des aliments (volume goût...).

En cas d'atteinte du système de régulation métabolique, il se produit une exagération de l'autre mode de régulation.

Ainsi les enquêtes alimentaires ont montré que 63 % des obèses ont un comportement alimentaire anormal (contre 35 % des témoins) que les obèses absorbent 6,9 % de leurs rations caloriques journalières (contre 0,6 % pour le sujet normal) au cours de l'intervalle situé entre les 2 principaux repas.

Cependant, il faut retenir le fait qu'1/3 des obèses ont néanmoins un comportement alimentaire qualitativement normal et 2/3 un comportement quantitativement normal. Ce qui revient à dire que les désordres qualitatifs ou quantitatifs ne sont pas une condition nécessaire à la constitution d'une obésité mais la conséquence plutôt que la cause de l'obésité comme l'ont démontré les expériences de psychologie expérimentale.

L'enquête alimentaire mettra également en évidence :

* Les grossières erreurs qualitatives (par exemple repas trop riches hyperglucido-lipidiques - ingestion de grandes quantités d'alcool).

* ces compulsions alimentaires (impulsions brusques irrésistibles de manger, survenant électivement le soir ou la nuit, c'est le night eating syndrome des anglo-saxons, sans sensation de faim.

* le grignotage.

En ce qui concerne le comportement psychosocial des obèses, il existe statistiquement moins de névrose chez eux car ils semblent incapables de s'exprimer dans le registre névrotique. On sait en effet que les obèses ont des difficultés particulières à manipuler l'agressivité, or un des modes d'écoulement de celle-ci est représentée par la voie idéomotrice (activité musculaire, sport), toutes choses que l'obèse semble n'exercer qu'à regret.

CE QUE L'OBÈSE GAGNE EN MASSE, IL SEMBLE LE PERDRE EN ENERGIE.

Enfin les obèses ont également en commun une fixation à l'image maternelle archaïque et des perturbations de l'image de soi probablement liées à une relation mère-enfant inadéquate (réponse nutritionnelle systématique à la demande polymorphe de l'enfant, mais d'expression monomorphe = cri - agitation), ce qui tend à privilégier le mode d'oralité.

Au terme de cet exposé, ce qui nous paraît le plus nettement c'est l'extraordinaire complexité de l'obèse d'où les nombreux échecs que l'on rencontre dans le traitement.

LES MEDICAMENTS DANS L' OBESITE

Je vais très rapidement passer en revue les différents médicaments utilisés dans le traitement de l'obésité surtout pour en rappeler les inconvénients.

1 - LES ANOREXIGENES

Ils possèdent tous la structure de l'amphétamine, agissent au niveau des centres hypothalamiques de la faim et de la satiété.

Avantages : diminution de l'appétit

Inconvénients : les effets centraux sur la faim et le sommeil sont inséparables.

La prescription est limitée par l'apparition d'effets secondaires tels que nervosité, irritabilité, d'où association obligatoire avec les anxiolytiques.

Une diminution de l'effet anorexigène au long cours amène à augmenter les doses quotidiennes.

Contre-indication avec les IMAO.

2 - HORMONES THYROÏDIENNES

Les hormones thyroïdiennes ont un effet catabolisant.

Avantages, en tant que catabolisant, les hormones thyroïdiennes sont des adjuvants du régime, elles peuvent de plus corriger d'éventuelles perturbations lipidiques.

Inconvénients : prescription illogique en l'absence d'insuffisance thyroïdienne.

Augmentation de l'appétit.

Nécessité de fortes doses pour obtenir l'action catabolisante lorsque celle-ci est obtenue, la perte azotée est supérieure à la perte lipidique.

Apparition d'effets secondaires tels qu'irritabilité, nervosité, palpitations...

Par ailleurs, il existe un dérivé dextrogyre la trictyrone qui n'aurait pas tous ses inconvénients.

3 - LES DIURETIQUES

Ils n'ont pas leur place dans le traitement de l'obésité.

4 - LES BIGUANIDES

Avantages : Les biguanides modèrent l'appétit, elles se fixent sur la paroi intestinale et limite le passage des sucres qui seraient bloqués au niveau de la paroi digestive.

Inconvénients : troubles digestifs (nausées, brûlures...).

Indications essentiellement réservées aux obésités avec diabète.

En somme, il n'existe pas de médicament idéal, et la plupart des services d'endocrinologie ne prescrivent plus et se contentent de proposer des régimes.

DIETETIQUE DE L' OBESITE

Les différents régimes

1 - LE JEUN HYDRIQUE

En général bien accepté grâce sans doute à son aspect d'exploit, il est cependant peu utilisé car l'amaigrissement se fait pour 1/3 aux dépens de la

masse cellulaire active (qui est déjà réduite par définition chez l'obèse) et aussi parce qu'elle est difficile à mener à même temps qu'une vie active normale.

2 - LA DIETE PROTEIQUE

Elle consiste à ajouter à la diète hydrique pour positiver le bilan azoté un supplément protéique le moins calorique possible.

Les résultats sont satisfaisants, mais on ne peut éternellement laisser les patients à ce niveau et lors de l'augmentation des taux caloriques, et sodés, le risque est grand d'une reprise de poids très décevante.

3 - LES AUTRES REGIMES HYPOCALORIQUES

Ils sont plus proches d'un schéma alimentaire courant.

Cependant, pour être efficaces, ils doivent respecter un certain nombre de règles :

a) Etre suffisamment hypocaloriques

En pratique, ils vont de 600 à 1200 calories avec une moyenne à 1000 calories.

b) Etre équilibrés, c'est-à-dire :

- assurer un apport protéique suffisant (en moyenne 60 gr de protéines essentiellement animales)
- limiter fortement les apports en lipides et en hydrates de carbone
- être suffisamment riches en sel minéraux et en vitamines (légumes verts fruits - viande)
- assurer un apport hydrique convenable.

c) Les apports alimentaires doivent être bien répartis dans la journée en 3 repas réguliers :

On bénéficie ainsi d'une dépense supplémentaire en extra-chaleur post-prandiale, d'une diminution de l'appétit au stockage (que les à-coups augmentent au contraire) et on tente également d'instaurer une meilleure discipline alimentaire.

Inconvénients : ces régimes doivent être prolongés et même instaurés plus ou moins définitivement.

OBESITE ET ACUPUNCTURE

Nous savons que la matière (= INN) contient sous forme potentielle de l'énergie YANG et que le YANG par condensation peut donner la matière. Nous pouvons donc affirmer que ce métabolisme des lipides dans l'organisme correspond à la dialectique INN-YANG :

En effet l'énergie alimentaire (= FONCTION) est YANG par rapport aux aliments. Elle va être stockée dans les adipocytes sous forme de triglycérides (INN de YANG) qui lors des besoins peuvent libérer des acides gras libres et redonner l'énergie alimentaire (YANG de INN).

De même, la lipidogénèse qui correspond à un stockage est INN tandis que la lipolyse qui libère l'énergie est YANG, or nous avons vu que la masse du tissu adipeux dépend de l'équilibre entre lipidogénèse et lipolyse : L'OBESITE est donc bien due à un déséquilibre INN-YANG :

Le INN (= matière) est augmenté et le YANG (= énergie) est diminué :
"Ce que l'obèse gagne en masse (= matière = INN) il semble le perdre en énergie (= YANG)".

Quels sont les organes plus particulièrement concernés par ce déséquilibre ?

Suivant la trilogie ciel-terre-homme, en médecine chinoise, l'alimentation est en rapport avec le mouvement TERRE et donc avec le couple RATE-Pancréas - ESTOMAC qui lui correspond.

L'obésité est donc liée à un déséquilibre INN-YANG entre RATE et ESTOMAC.

Or l'estomac reçoit les aliments (= INN) il y a donc excès de matière à ce niveau.

La Rate fournit l'énergie nécessaire à la digestion : il y a donc insuffisance d'énergie.

Le traitement consistera donc à disperser le INN de l'Estomac et à tonifier l'énergie YANG de la Rate :

1) Dispersion de l'estomac :

36 E en dispersion

45 E

2) Tonification de l'énergie YANG de la Rate

13 F = point MO de la rate

20 V = point IU de la rate

Ce qui donne l'équilibration INN-YANG de la Rate

2 Rt = point de tonification de la rate (selon la loi mère-fils).

Nous ajouterons les points suivants :

16 Rte = syndrome de INN à l'Estomac

15 VC = "mer de la graisse" d'après SO OUENN

18 PA = point FAIM.

Nous n'utilisons pas le 9 VC car l'obésité n'est pas liée à un déséquilibre des liquides. Par contre nous pouvons utiliser les points adjuvants tels que :

Le 9 C : point de tonification du Coeur, car selon la loi des 5 Mouvements la RATE est engendrée par le Coeur.

Le 4 GI : en dispersion, là encore en fonction de la loi des 5 Mouvements.

Enfin nous ferons des MOXAS sur 15 VC, 16 Rte, 13 F, 6 Rte et 20 V.

PROTOCOLE ET EXPERIMENTATION

Les malades sont répartis au hasard en 2 groupes :

* l'un, fournira le groupe témoin qui sera traité par acupuncture à l'aide de points curieux.

* l'autre sera notre groupe d'expérimentation et subira le traitement vu plus haut.

Chacun de ces groupes suivra le protocole suivant :

1 - INTERROGATOIRE

Concernant les habitudes alimentaires
les antécédents
l'ancienneté de l'obésité.

2 - PRESCRIPTION D'UN REGIME COMPRIS ENTRE 1200 ET 1500 CALORIES

Ce qui est supérieur au traitement habituel (régime à 1000 calories).

3 - EXAMEN CLINIQUE

Chaque semaine	poids
	taille
	mesuration :
	tour de poitrine
	tour de taille
	tour sus-pubien
	tour de bras
	tour de cuisse.

4 - EXAMENS BIOLOGIQUES

Au début, au milieu et en fin de cure :

a) Exploration du métabolisme des glucides

Glycémie à jeun et post-prandiale (1h 30) après le repas avec contrôle insulinique.

b) Exploration du métabolisme des lipides

- Cholestérol
- Triglycérides
- Lipides totaux

c) Exploration de l'équilibre hydroélectrique :

Iono sang (sodium potassium)
Iono urines de 24 heures.

5 - TRAITEMENT PAR ACUPUNCTURE

Constitué de 12 à 15 séances à raison de 2 séances par semaine.

6 - APPRECIATION DES RESULTATS

a) Adhésion au régime :

Enquête alimentaire de façon suivie. Pourcentage d'abandon.

b) Vitesse d'amaigrissement :

Mesurée en kg/semaine.

c) Résultat à long terme :

Sur plusieurs années (1 à 2 ans).

LES RESULTATS

Notre expérimentation en consultation hospitalière a porté sur 25 malades répartis en 12 placebos et 13 cas traités de façon traditionnelle.

Sur les 12 placebos, il y a eu 8 abandons en cours de traitement contre seulement 2 abandons chez les malades traités traditionnellement.

Pour les 4 placebos restant, le poids moyen perdu sur 6 semaines est de 3,12 kg.

Pour les 11 cas traditionnels, le poids moyen perdu sur 6 semaines est de 5,94 kg.

Ces résultats permettent donc de penser que l'acupuncture est efficace dans le traitement des obésités.
