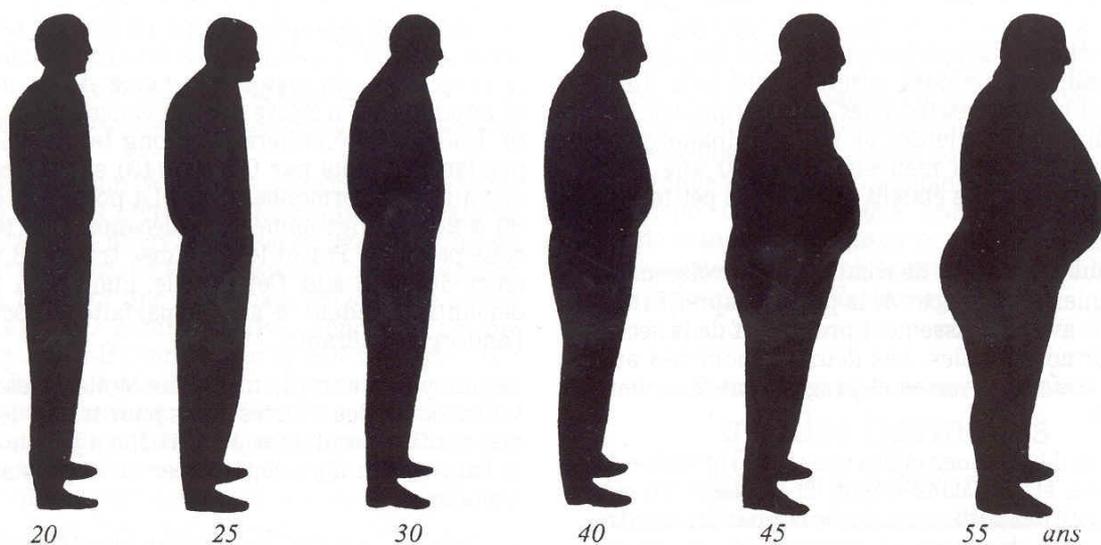


## L'EXCES DE POIDS ET L'OBESITE - LE POIDS IDEAL

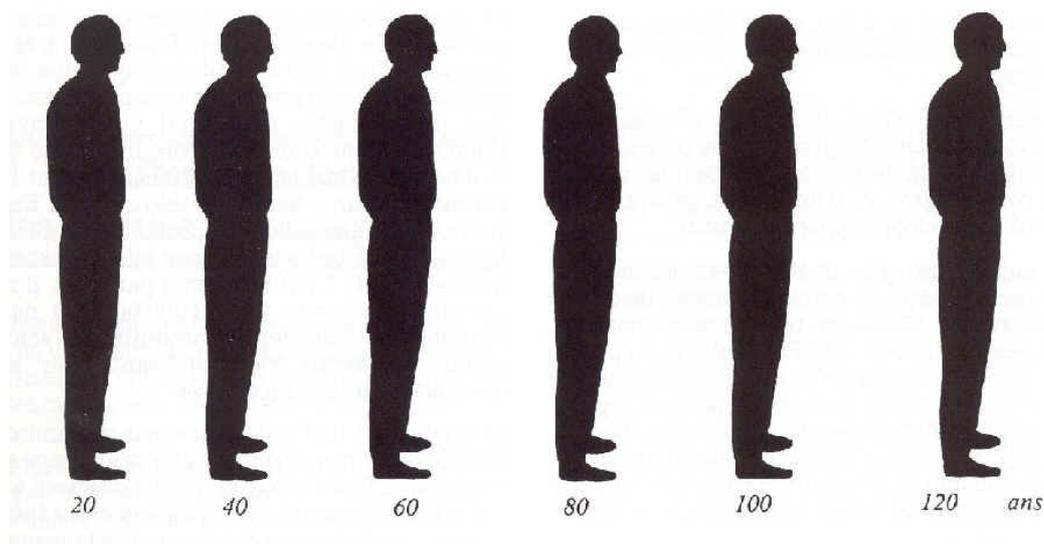
*Dr. Georges Debled*

La surcharge pondérale, provoquée par l'accumulation des graisses, commence évidemment par le premier kilo superflu. Au début, ce phénomène est à peine perceptible. Avec le temps la silhouette se modifie, les kilos s'ajoutant les uns aux autres.

L'excès de poids fait place progressivement à l'obésité lorsque la surcharge atteint 20% de la masse corporelle (1)



### Silhouette de l'homme régressif



### Silhouette de l'homme progressif

L'obésité est dite androïde parce qu'elle est caractéristique de l'homme. Les graisses se déposent d'abord au niveau du ventre et envahissent progressivement le haut du corps. Le tronc et les épaules s'épaississent. Ensuite le cou, la nuque et la face. Le visage rond et gras perd son expressivité parce que les muscles de la mimique sont infiltrés de graisse. Le dépôt graisseux dans les parties latérales des paupières est caractéristique. Il donne un faux air de somnolence.

L'obésité est un symptôme, comme la fièvre. Il existe des dérèglements profonds du métabolisme qui expliquent certaines obésités rares (les grands obèses). Dans l'écrasante majorité des cas la cause de l'excès de poids n'est pas connue de la médecine classique. C'est ce qui explique les multiples tentatives thérapeutiques, parfois décourageantes, qui ouvrent le champ à tous les charlatanismes.

Le phénomène prend des proportions inquiétantes aux Etats-Unis et constitue un réel problème de santé publique en Occident.

La fréquence de l'obésité n'est pas connue avec une grande précision, mais les chiffres avancés parlent d'eux-mêmes.

En France, d'après les statistiques officielles (I.N.S.E.E.), le nombre d'hommes ayant un excès de poids est évalué de 28 à 30 % de la population masculine. Aux Etats-Unis la surcharge pondérale de plus de 10% atteint 30 à 40% de la population. Ce pourcentage progresse d'année en année et constitue un défi pour la société américaine qui a engagé de vastes programmes de recherches pour enrayer le fléau.

Le coût de l'obésité a été estimé en Allemagne Fédérale à près de 70 milliards de francs par an, soit 20% du budget de la Sécurité Sociale et 2% du produit national brut, en soins, arrêts de travail et invalidités. Le chiffre d'affaires de l'industrie diététique aux U.S.A. avait atteint en 1986 près de 350 millions de dollars, et continue à grandir au rythme de 20% par an (2).

Les compagnies d'assurances sur la vie ne s'y sont pas trompées. En 1959, la Metropolitan Life Insurance Company a publié les tables du poids fixant l'obésité à une masse corporelle augmentée de 20% par rapport à une personne normale du même sexe et de la même taille (1).

Comme la mortalité de l'obèse est plus grande que celle d'un homme ayant un poids idéal, il paye des primes d'assurances sur la vie majorées. La surmortalité de l'obèse est impressionnante (3) :

Excès de poids en %	Surmortalité en % par rapport à un index 100
15	105
20	125
30	135
40	160
50	185

Comment calculer l'excès de poids ? Il existe plusieurs formules pour calculer l'excès pondéral en tenant compte de la taille. Aucune n'est parfaite parce qu'il existe des différences constitutionnelles entre les individus (un homme à l'ossature et à la musculature fortes est plus lourd). La plus récente est un index appelé par les anglo-saxons BMI (Body Mass Index). C'est un index de masse corporelle obtenu en divisant le poids en kilogrammes par la taille au carré, exprimée en mètres (4).

$$\text{BMI} = \frac{\text{Poids (kilos)}}{\text{H}^2 \text{ (mètres)}}$$

On considère qu'il y a obésité lorsque la valeur du BMI est égale ou supérieure à 27. Au-dessus de 22 il y a excès pondéral. Il faut agir par le traitement approprié pour ne pas dépasser ce niveau d'index. La correction du poids est plus aisée en intervenant au début de la surcharge graisseuse. L'exemple de l'obèse ne doit pas occulter le phénomène de l'excès de poids. On peut même affirmer qu'un kilo de trop écourte la vie de 2 mois. Les tables de vie idéales de la Metropolitan Life Insurance company de 1959 correspondent à un BMI de 22.

La maigreur n'est pas bon signe. Lew et Garfinkel (5) ont démontré dans une étude portant sur une population de 750.000 hommes et femmes une surmortalité globale des individus dont le poids est inférieur à 10% du juste poids.

Rester mince grâce à un régime approprié n'a pas la même signification. Roy Wallford (6) préconise même la sous-nutrition systématique pour accroître la longévité en se basant sur l'étude de souris qui vivent plus longtemps lorsqu'elles sont soumises à une restriction alimentaire. Cet auteur préconise une ration quotidienne de 1500 à 2000 calories, sous réserve d'utiliser des aliments à haute valeur nutritive.

Cette approche peut être envisagée à condition de ne pas abuser du régime hypocalorique qui conduit à la maigreur\*. Les réserves sont nécessaires pour combattre la maladie et supporter une période de jeûne obligé. Quel que soit le régime, il doit être équilibré pour maintenir le juste poids car l'obésité fait des ravages.

---

\* La maigreur est le résultat de la disparition, diminution ou insuffisance des réserves graisseuses de l'organisme, parfois accompagnée d'atrophie des masses musculaires.

La diminution de la longévité des obèses est provoquée par des complications dont la fréquence est bien connue. Les maladies cardio-vasculaires et le diabète occupent les premières places.

Risque cardio-vasculaire de l'obésité		
Obésité	BMI	Risque
Modérée	27-30	x 3
sévère	30-40	x 7
très sévère	40-	...

*d'après J. Raison (7)*

Causes de mortalité	% de surmortalité chez l'obèse par rapport à un index 100 de la population normale
Maladies cardio-vasculaires et rénales	149
Diabète	383
Cirrhose du foie	249
Appendicite	223
Calculs biliaires	206
Cancers	97
Ulcères	67
Suicides	78

*d'après H.H. Marks (3)*

Cette statistique porte sur toutes les catégories pondérales confondues. Le grand obèse meurt jeune. On peut imaginer que le simple excès de poids aboutisse au même résultat mais plus tard.

La masse grasseuse double chez l'homme entre 18 et 50 ans et ne cesse de s'accroître ensuite. En même temps, la masse musculaire diminue. La simple observation permet de le constater. Nous savons que la sécrétion de testostérone diminue après vingt-cinq ans. Cette hormone est nécessaire au maintien de la masse musculaire et à la régulation des graisses, on ne peut

s'empêcher de faire le rapprochement de la cause et de ses conséquences (il y a d'autres facteurs qui aggravent la situation).

Le manque progressif d'hormones mâles provoque l'excès de poids qui s'accroît avec l'âge.

Tout l'effort thérapeutique porte généralement sur le régime et certaines mesures alimentaires d'ordre général. Néanmoins la fréquence de l'obésité progresse partout dans les pays riches.

Par rapport à l'individu, elle s'amplifie avec le temps (voir silhouettes de 1 à 6 – homme régressif).

Certes, à force de volonté, certains hommes parviennent à maintenir leur poids dans des limites raisonnables grâce à un régime alimentaire équilibré. Mais tous n'ont pas une volonté de fer. Le découragement et les rechutes sont la règle malgré le désir de maigrir.

Les obèses frustrés et âgés déploient des trésors d'ingéniosité, de calculs et de programmes diététiques, le plus souvent sans résultat. Pourquoi cette frustration ? Les hommes de moins de vingt ans mangent généralement n'importe quoi et ne grossissent pas (silhouette – homme progressif). Ils ont une sécrétion maximale d'hormones mâles.

On a démontré scientifiquement que les hormones mâles provoquent la mobilisation des graisses de réserve (la lipolyse) chez l'homme (8-9-10). Le mécanisme est complexe et sort du cadre de cet exposé.

Des études cliniques ont démontré l'abaissement des hormones mâles chez l'obèse.

Corrélation entre le taux de Testostérone plasmatique et l'obésité	
	Testostérone plasmatique en nanogrammes %
Obèses ayant 200 à 280 % du poids idéal	223
Hommes ayant 85 à 135 % du poids idéal	599

*d'après Glass (11)*

En 1990, Zumoff et ses collaborateurs confirment clairement l'abaissement des taux plasmatiques de testostérone totale et de testostérone libre chez l'obèse. L'abaissement de leur taux plasmatique est directement proportionnel au degré de l'obésité (12).

Le régime hypocalorique est synonyme de destruction. Or l'organisme est perpétuellement en situation d'équilibre entre la construction (l'anabolisme) et la destruction (le catabolisme).

Pour assurer la longévité il est illogique de penser que la restriction alimentaire puisse suffire à elle seule. Il faut renforcer la construction de l'organisme vieilli et gras qui se décompose, grâce à l'hormone de vie, la testostérone : hormone de construction.

## Bibliographie

1. New Weight Standards for Men and Women -Metropolitan Life Insurance Company Statistical Bulletin, 64 : 3, 1959.
2. CREFF A.F. et HERSCHBERG A.D. -Obésité : XII MASSON PARIS MILAN BARCELONE MEXICO 1988.
3. MARKS H.H. -Influence of Obesity on Morbidity and Mortality : Bull. N.Y. Acad. Sc., 36 : 296, 1960
4. FELIG P., BAXTER J.D., BROADUS A.E., FROHMAN L. -Endocrinology and Metabolism :1206 Mc GRAW-HILL Compagny New York St. Louis San Francisco Auckland Bogota Hamburg Lisbon London Madrid Mexico Milan Montreal New Delhi Panama Paris San Juan Sao Paulo Singapore Sydney Tokyo Toronto 1987.
5. LEW E.A. and GARFINKEL L. -Variations in Mortality by Weight among 750.000 Men and Women -J. Chron. Dis., 32 : 563, 1979.
6. WALFORD R. -La vie la plus longue ROBERT LAFFONT PARIS 1984.
7. RAISON J. -Obésité Androïde : le Mécanisme de la Surmortalité Cardio-Vasculaire est Expliqué : Le QUOTIDIEN DU MEDECIN, 4632 :14-15, 1990.
8. VALDEMARSSON S., HEDNER P. and NILSSON-EHLE P. -Increase in Hepatic Lipase Activity after Testosterone Substitution in Men with Hypogonadism of Pituitary Origin : Acad. Med. Scand., 221: 363-366, 1987.
9. SORVA R., KUUSI T., TASKINEN M-R., PERHEENTUPA J. and NIKKILÄ E.A. - Testosterone Substitution Increases the Activity of Lipoprotein Lipase and Hepatic Lipase in Hypogonadal Males : ARTERIOSCLEROSIS, 69 : 191-197, 1988.
10. XU X., DE PERGOLA G. and BJÖRNTORP P. -The Effects of Androgens on the Regulation of Lipolysis in Adipose Precursor Cells : Endocrinology,126,2 : 1229-1234, 1990.
11. GLASS A.R., SWERDLOFF R.S., BRAY G.A., DAHMS W.T., ATKINSON R.L. -Low Serum Testosterone and Sex-Hormone-Binding-Globulin in Massively Obese Men : J. Clin. Endocrinol. Metabol., 45,6 : 1211-1219, 1977.
12. ZUMOFF B., STRAIN G.W., MILLER L.K., ROSNER W., SENIE R., SERES D.S. and ROSENFELD R.S. -Plasma Free and Non-Sex-Binding-Globulin-Bound Testosterone Are Decreased in Obese Men in Proportion to their Degree of Obesity : J. Clin. Endocrinol. Metabol., 71,4 : 929-931, 1990.