

Conséquences osteo-articulaires du surpoids

16e journée de formation des Associations du Val d'Oise

ARVO

Dr Armand BEJBAUM

Roissy, 8 Février 2015

- I Définition
- II Histologie Succincte
- III Ce qui est démontré
- IV Considérations thérapeutiques
- V Ce qui est suspecté
- VI Activités physiques

DEFINITIONS

- Indice de Quetelet IMC = BMI
 $\text{Pkg}/\text{T}^2\text{m}$

18,5 < normal	< 25
25 < surpoids	< 30
Obésité	> 30
o.morbide	> 40

(inserm 2014)
- Tour de taille (Périmètre Abdominal)
 - < 88 cm chez la femme (en dehors de la grossesse)
 - < 100 cm chez l'homme

HISTOLOGIE SUCCINCTE

- Cellules Souches Mésoenchymateuses
- A l'origine des
 - Adipocytes
 - Chondrocytes
 - Ostéoblastes
 - Myocytes
 - Fibroblastes
- Tissu adipeux blanc (T.A.)

- Le TA de l'obèse :
 - Hyperplasie / Hypertrophie
- Hyperplasie du contingent cellulaire M ϕ et L avec phénotype inflammatoire (> 10%) d'où :
 - Dysrégulation des ADIPOKINES :
 - Excès de LEPTINE et de VISFATINE
 - Carence relative d'ADIPONECTINE
 - Hypersécrétion de cytokines pro-inflammatoires :
 - TNF α (tumor nécrosis factor)
 - IL1
 - IL6

- D'où :
 - Etat inflammatoire permanent chronique de faible degré
 - \uparrow CRP
CRP obèse = CRP normale x5
 - Importance dans l'examen du bilan biologique d'autant que la VS peut être accélérée (comorbidités associées : DNID / Dyslipidémies)

CE QUI EST DEMONTRE

- Obésité => Arthrose
- Deux sites : Genoux et doigts

LES GENOUX

- Atteinte Bilatérale
- FT surtout médiale
- Déviation coronale (g.valgum / g.varum)
- atteinte FP
- « Bon sens » ≠ preuve

- Responsabilité des Mécanorécepteurs (MR)
 - Canaux ioniques transmembranaires
 - Palpeurs de la P externe
 - signal mécanique => signal biochimique
 - Sécrétion des métalloprotéases matricielles
 - Proportionnalité du stress des MR au surpoids et à la répétition des mouvements

LES DOIGTS

- MCP / IP / IPP / IPD
- Facteurs systémiques : Adipokines (famille nombreuse)
 - ↑LEPTINE et VISFATINE proportionnelle au BMI et à l'importance de l'arthrose
 - ADIPONECTINE : ↑dans arthrose / ↓dans obésité
facteur antiathérogène

LE CAS DE LA GOUTTE

- Association obésité / goutte connue de longue date
- ∃ corrélation positive uricémie / surpoids
- Tous les hyperuricémiques ne font pas de crise de goutte mais Obésité x 7 le risque de crise

CONSIDERATIONS THERAPEUTIQUES

MEDICAMENTS

- AINS:
 - HTA volontiers associée avec obésité
 - AINS ↓DFG donc usage limité chez HTA
 - D'où chez l'obèse
- OHchlorothiazide : vérifier uricémie
- Difficulté technique des ED et des IA (genoux/cxf/doigts)

- RIC (PR/SPA/RhPso)
 - Fréquence RhPso obèse > RhPso non obèse
 - Phénotype douloureux + fréquent selon IMC
 - ↓Efficacité des anti-TNFα / BMI (Infliximab)

CHIRURGIE

- La chirurgie arthroscopique
 - Genou (unicompartimentale / totale)
 - Hanche
 - ↑ difficultés techniques (CxF)
 - ↑ risque infectieux
 - ↑ morbidité à cause pathologies associées (DNID)

- La chirurgie bariatrique
 - Anneau gastrique → court-circuit iléal (anse en Y (ROUX))
 - Compensations habituelles (minéraux/vitamines)
 - ↓DMO par ↑résorption osseuse (malgré Ca et vit.D)
 - Hypocalcémie +/- Hypovitamine D => hyperparathyroïdie secondaire (supplémenter +++)
 - Ostéoporose et ostéomalacie

INFLUENCES SUSPECTEES

- Lombalgies et Lombo-radiculalgies
 - ↑ ostéophytes
 - ↑ Maladies de Forestier (DISH)
 - AIAP ++++
 - Douleurs inter-épineuses (Syndrome Baastrup)
 - Syndrome trophostatique PM (S. de Sèze)
- ONATF (via hyper 3G)
- Pathologie dégénérative du Jambier Postérieur (pieds plats)

- Problème de l'ostéoporose :
 - Difficultés d'interprétation de la DMO (ostéophytes / enthésopathies)
 - « exclusion » classique ostéoporose / obésité (rôle des aromatasés)
 - Remise en cause +++ os cortical (col fémoral) / os trabéculaire (vertèbres)

ACTIVITES PHYSIQUES

- Importance pour le moral
- Pas de sport en orthostatisme avec sautilléments ou sauts répétés



- Si fémoro-patellaires +/- :
- vélo d'appartement
- vélo de promenade
- pas de vtt



- Dans tous les cas :
- NATATION (crawl ventral)

