

# Coeur et obésité

## Données épidémiologiques

En France environ 18 % de la population adulte soit 6 millions d'adulte a un IMC > 30, et près de la moitié de la population un IMC > 25 et est donc en surpoids. La prévalence de l'obésité dépend de la catégorie socioprofessionnelle atteignant jusqu'à 21 % de la population d'ouvrier, contre environ 12 % des CSP+. Il existe également un gradient géographique avec une prévalence autour de 22,2 % dans les Hauts-de-France contre 15,5 % en Occitanie.

## Impact de l'obésité sur le cœur

L'obésité a un impact sur la mortalité toute cause avec une augmentation 31 % de mortalité à chaque augmentation de l'IMC de 5 kg/m<sup>2</sup> <sup>1)</sup>. Cette relation entre la mortalité et l'IMC suit une courbe en J. Dans le monde il y a environ 4 millions de décès relatifs un IMC > 25, donc 66 % environ est liée à une cause cardiovasculaire <sup>2)</sup>.

L'obésité a un impact cardiovasculaire direct par le biais d'une apnée du sommeil avec hypoventilation responsable d'une hypertension pulmonaire et donc d'une augmentation de la pression et du volume de l'oreillette gauche. Cela amène à favoriser la fibrillation atriale. Par ailleurs par le biais d'une insulinorésistance et de l'activation du système rénine angiotensine aldostérone, elle entraîne un remodelage vasculaire favorisant les maladie athéromateuse, et un remodelage cardiaque favorisant l'insuffisance cardiaque à fraction d'éjection préservée sur dysfonction diastolique, mais également insuffisance cardiaque fraction d'éjection altérée <sup>3)</sup>.

Ainsi elle augmente de 56 % le risque d'insuffisance cardiaque à fraction d'éjection préservée chez le patient en situation d'obésité, principalement chez la femme <sup>4)</sup>, augmente de 16 % à chaque augmentation de l'IMC de 5 kg/m<sup>2</sup> le risque de mort subite <sup>5)</sup>, augmente de 40 % à chaque augmentation de l'IMC de 5 kg/m<sup>2</sup> le risque de fibrillation atriale <sup>6)</sup>, et augmente de 42 % le risque de coronaropathie et d'AVC à chaque augmentation de l'IMC de 5 kg/m<sup>2</sup> <sup>7)</sup>.

## Le parcours de soin de l'obésité

## L'impact des traitements de l'obésité sur le cœur

### Règles hygiéno diététiques

### Médicaments

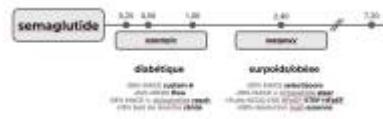
Les médicaments de l'obésité sont réservés pour les niveaux de gravité 2 et 3 à l'heure actuelle. Ils sont tous les deux connus pour permettre une pré perte de poids d'environ 12,5 % pour le sémaglutide à la dose de 2,4 mg sous-cutané, 19 % pour le sémaglutide à la dose de 7,2 mg sous-

cutané, est autour de 19 pour le tirzépatide à la dose de 15 mg sous-cutané.

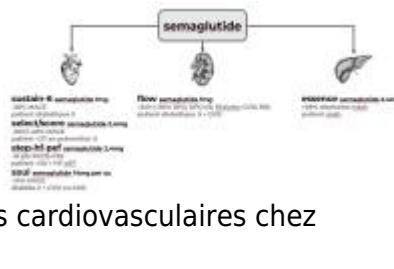
## Semaglutide

### Article sur le semaglutide

Le sémaglutide est commercialisé sous le nom d'Ozempic à la dose d'1 mg sous-cutané par semaine et sous le nom de Wegovy à la dose de 2,4 mg sous-cutané par semaine. Le sémaglutide 1 mg est globalement traitement du patient diabétique alors que le sémaglutide 2,4 mg et globalement un traitement du patient en situation de surpoids ou d'obésité.



Le sémaglutide à la dose d'1 mg améliore le test de marche de 13 % chez les patients diabétiques porteur d'une AOMI, diminue de 23 % le risque d'événements cardiovasculaires par rapport au dulaglutide chez les patients diabétiques de type II en prévention secondaire, améliore de 24 % le pronostic rénale chez patient diabétique de type II porteur d'une insuffisance rénale chronique, et diminue de 26 % les événements cardiovasculaires chez patient diabétique de type II.



Le sémaglutide à la dose de 2,4 mg diminue les événements cardiovasculaires de 20 % chez les patients en prévention secondaire à l'IMC > 27, données confirmées envie réelle. Il améliore la résolution de la stéatose hépatique de 28 %, améliorant la qualité de vie chez les patients à l'IMC > 30 porteur d'une insuffisance cardiaque à fraction d'éjection préservée.

Année	Etude	Molécule	Patients	Critère de jugement principal	Résultats
2025	Step Up	Semaglutide 7.2 mg SC 1 / sem	IMC > 30, pas de diabète,	Poids v. placebo	-19%
2025	Soul	Semaglutide 14 mg Oral 1/j	Diabète II + MRC ou CVD + >50 yo	MACE v. placebo	-14%
2025	Stride <sup>8)</sup>	Semaglutide 1 mg SC 1/sem	Diabète II + AOMI	Test de marche v. placebo	+13%
2025	Score	Semaglutide 2.4 mg SC 1/sem	ASCVD + IMC>27 + vie réelle	MACE v. placebo	-40%
2025	Steer	Semaglutide 2.4 mg SC 1/sem	ASCVD + IMC>27 + vie réelle	MACE v. tirzepatide	-29%
2025	Reach	Semaglutide 1 mg SC 1/sem	Diabète II + CVD	MACE v. dulaglutide	-23%
2023	Select <sup>9)</sup>	Semaglutide 2.4 mg SC 1/sem	ASCVD + IMC>27	MACE v. placebo	-20%
2025	Essence	Semaglutide 2.4 mg SC 1/sem	MASH	Résolution MASH v. placebo	+28%
2024	Flow <sup>10)</sup>	Semaglutide 1 mg SC 1/sem	Diabète II + CKD	MKDE v. placebo	-24%
2024	Step HFpEF <sup>11)</sup>	Semaglutide 2.4 mg SC 1/sem	HFpEF + IMC>30	KCCP-CSS v. placebo	+8 pts
2024	Sustain-6 <sup>12)</sup>	Semaglutide 1 mg SC 1/sem	Diabète II	MACE v. placebo	-26%

## Tirzepatide

Le tirzépatide améliore de 38 % le risque d'événements cardiovasculaires chez les patients porteurs d'une insuffisance cardiaque à fraction d'éjection préservée et à l'IMC > 30. Il est non inférieure au dulaglutide chez les patients diabétiques de type II en prévention secondaire.

Année	Etude	Molécule	Patients	Critère de jugement principal	Résultats
2025	Surpass CVOT	Tirzepatide 15 mg SC 1 / sem	Diabète II + CVD	MACE v. Dulaglutide	NI
2025	Summit <sup>13)</sup>	Tirzepatide 15 mg SC 1 / sem	HFpEF + IMC>30	MACE* v. placebo	-38%
2025	Surmount-MMO	Tirzepatide 15 mg SC 1 / sem	xxx	MACE v. placebo	xxx

## Chirurgie bariatrique

La chirurgie bariatrique et la procédure qui permet la meilleure perte de poids autour de 25 à 30 % <sup>14)</sup>. Par ailleurs elle a également montré son bénéfice avec une baisse d'environ 44 % les événements cardiovasculaires fatals, et d'environ 17 % des événements cardiovasculaires globaux <sup>15)</sup>.

## Mes présentations

2025\_novo\_nordisk\_isle\_01.pptx

2025\_novo\_nordisk\_isle\_02.pptx

2025\_novo\_nordisk\_isle\_cas\_clinique.pptx

2025\_novo\_nordisk.pptx

<sup>1)</sup>

Global BMI Mortality Collaboration, Lancet, 2016

<sup>2)</sup>

The GBD 2015 Obesity Collaborators, NEJM, 2017

<sup>3)</sup>

Ren et al, Physiol revue, 2021

<sup>4)</sup>

Savji et al, JACC Heart Fail. 2019

<sup>5)</sup>

Aune et al Eur J Epidemiol 2018

<sup>6)</sup> <sup>7)</sup>

Camm et al, International Journal of Epidemiology, 2022

<sup>8)</sup>

Bonaca MP, Catarig AM, Houlind K, et al. Semaglutide and walking capacity in people with symptomatic peripheral artery disease and type 2 diabetes (STRIDE): a phase 3b, double-blind, randomised, placebo-controlled trial. Lancet. 2025;405(10489):1580-1593.  
doi:10.1016/S0140-6736(25)00509-4

9)

Lincoff AM, Brown-Frandsen K, Colhoun HM, et al. Semaglutide and Cardiovascular Outcomes in Obesity without Diabetes. *N Engl J Med.* 2023;389(24):2221-2232. doi:10.1056/NEJMoa2307563

10)

Perkovic V, Tuttle KR, Rossing P, et al. Effects of Semaglutide on Chronic Kidney Disease in Patients with Type 2 Diabetes. *N Engl J Med.* 2024;391(2):109-121. doi:10.1056/NEJMoa2403347

11)

Arty F, Shreya D, Chaudhry A, Sohini S. Semaglutide in Heart Failure With Preserved Ejection Fraction: Emerging Evidence and Clinical Implications. *Cureus.* 2025;17(7):e87605. Published 2025 Jul 9. doi:10.7759/cureus.87605

12)

Mars SP, Bain SC, Consoli A, et al. Semaglutide and Cardiovascular Outcomes in Patients with Type 2 Diabetes. *N Engl J Med.* 2016;375(19):1834-1844. doi:10.1056/NEJMoa1607141

13)

Packer M, Zile MR, Kramer CM, et al. Tirzepatide for Heart Failure with Preserved Ejection Fraction and Obesity. *N Engl J Med.* 2025;392(5):427-437. doi:10.1056/NEJMoa2410027

14)

Koskinas, EHJ, 2024

15)

Sjöström JAMA 2012

From:

<https://clementbecle.fr/> - cb\_cardio



Permanent link:

[https://clementbecle.fr/doku.php?id=coeur\\_et\\_obesite&rev=1762098410](https://clementbecle.fr/doku.php?id=coeur_et_obesite&rev=1762098410)

Last update: **2025/11/02 16:46**