

CAS CLINIQUE 3

HISTOIRE CLINIQUE

Femme de 45 ans, avec obésité type androïde ou centripète.

Elle explique qu'elle ne fait pas d'exercice, mange de la malbouffe, fume, boit une bière et un verre de vin par jour.

Enfant, elle faisait un poids normal, à l'adolescence elle avait pris 10 kg et après ses deux grossesses elle a pris encore 10 kg de plus.

Elle remarque une rétention de liquides, et des douleurs dans les jambes, elle a perdu sa ceinture abdominale.

Elle se sent inattentive et lente à comprendre les devoirs de ses enfants.

Elle n'est jamais allée chez le médecin, et décide de venir en consultation pour maigrir.

HISTOIRE RECENTE:

Elle ne se sent pas bien.

Elle est découragée, travaille beaucoup, n'a pas le temps de déjeuner et rentre chez elle avec beaucoup d'anxiété, picore des pâtisseries et ce qu'elle trouve, plus sucré que salé.

Poids: 88 kg

Taille: 158 cm

IMC: 35,3

Impédancemétrie: Graisse: 36% (31,7 Kg).

T/A: 15/9

ETUDE GENETIQUE

L'ADN de la patiente a été extrait d'un échantillon de la muqueuse buccale (prélevé avec un écouvillon stérile). Ensuite, cet ADN a été amplifié par PCR et analysé avec des techniques de biologie moléculaire. 21 gènes ont été étudiés.

Le résultat de l'étude génétique est présenté dans la table 1.

GEN	VARIANTE ANALYSEE	GENOTYPE DU PACIENT	ASSOCIE A:
MC4R	rs17782313T>C	TT	
MTHFR	c.1286A>C (1298A>C)	AA	
FTO	c.46-23525T>A	TT	
MTHFR	c.665C>T (677C>T)	CT	Diminution de l'activité de l'enzyme méthylène-tétrahydrofolate réductase
FABP2	c.163A>G (p.T55A)	GA	Résistance à l'insuline et risque d'athérosclérose



BDNF	c.196G>A (p.Val66Met)	GG	
UCP1	c.-3826A>G	GG	Conjointement avec la variante R64 du gène ADR-B3, tendance au gain de poids dans la vie adulte.
ADIPOQ	c.214+62G>T	TT	Résistance à l'insuline et risque de maladie coronarienne.
APOE	*E3/*E4	E4/E4	Risque accru de d'hypercholestérolémie et maladie cardiaque ischémique.
UCP3	c.-2078C>T	CC	
ADRB2	c.79G>C (p.Q27E)	CC	
PAI1	c.-675_4G/5G	4G/5G	Favorise la formation des plaques d'athérosclérose et la réduction de la fibrinolyse, responsable de l'infarctus aigu du myocarde.
ADRB3	c.190T>C (p.W64R)	TT	
IRS1	c.2911G>A (p.Gly971Arg)	GG	
PPARG	c.34C>G (p.P12A)	CC	Génotype ancestral inadapté aux habitudes alimentaires de nos jours. Risque accru de résistance à l'insuline, de diabète et d'obésité.
NOS3	c.894T>G (p.Asp298Glu)	TG	Augmentation de l'incidence de l'hypertension essentielle et un risque accru indépendant de maladie coronarienne (CAD).
ACE	IVS16-407ins(289nt)	ID	Augmentation du poids corporel et de la pression artérielle.
IL1B	c.315C>T	CC	Augmentation de la masse grasse totale. Altération de la fonction immunitaire d'IL-1 et développement de l'obésité.
IL1RN	IVS4-515ins(86nt)	*4	
IL6	c.116-121C>G	CG	
GNB3	c.825C>T	CT	Indice de masse corporelle (IMC) augmenté et risque accru de progression vers une hypertension plus sévère.
TNFa	c.-175-313G>A	GG	

Table 1. Résultats de l'étude génétique faite à la patiente

RESULTAT

Résultat : Charge génétique très élevée

Selon les résultats de cette analyse, on peut conclure ce qui suit:

- Bon contrôle de l'apport nutritionnel et une certaine protection contre le stress.
- Contrôle de la thermogenèse acceptable et bon métabolisme basal.
- Profil inflammatoire modéré-faible.

Le risque de Résistance à l'insuline et de Diabète type II est modéré-élevé.



En ce qui concerne le groupe de Risque cardiométabolique (GNB3, MTHFR (2), APOE, PAI-1, NOS3) la patiente présente 5 des 6 polymorphismes économes, dont 1 homozygote (APOE) et 4 hétérozygotes (GNB3, MTHFR (2), PAI-1, NOS3). Le risque cardiométabolique de la patiente est modéré-élevé.

En ce qui concerne le groupe d'Hypertension Artérielle (ADRB2, ADBR3, GNB3, ACE), la patiente présente 2 de 4 polymorphismes économes, dont 2 hétérozygotes (GNB3, ACE). Le risque d'hypertension de la patiente est modéré.

En ce qui concerne le groupe de Démence sénile et Maladie d'Alzheimer (FTO, APOE, PAI1, NOS3, IL6, ACE) la patiente présente 5 de 6 polymorphismes altérés, dont 3 hétérozygotes (PAI1, NOS3, IL6), 1 homozygote (APOE 4) et ACE (ID) en synergie avec APOE 4. Le risque de la patiente est élevé.

Il est important d'établir précocement un traitement avec l'atorvastatine et avec des hypolipémiants, pour neutraliser l'effet de l'APOE 4.

EVOLUTION

Il est trop tôt pour évaluer l'importance de l'intervention précoce chez ce type de patients. L'important est que, grâce à des tests génétiques pour le contrôle de l'obésité, nous avons constaté que le contrôle cardiométabolique était vraiment important.

Il a été difficile de transmettre l'information à la patiente, sans l'effrayer mais en la faisant comprendre l'importance de suivre rigoureusement les instructions sur les médicaments et le régime alimentaire.

Actuellement, elle a perdu du poids et ses niveaux de pression artérielle sont normaux.