

DEPISTAGE ET SUIVI DE L'OBESITE CHEZ L'ENFANT ET L'ADOLESCENT



ASPECTS ÉPIDÉMIO-MÉDICO-ÉCONOMIQUES

➤ Etude ANAES (2004):

- ↗ constante
- 1 enfant/5 obèse en 2000, 1/4 en 2008
- Touche plus l'enfant que l'adulte
- Sur 20 % des enfants obèses, 2/3 le seront adultes

➤ Objectif du Programme national nutrition santé (PNNS) : stabilisation de la prévalence

➤ OMS : 2005 : Environ 1,6 milliards d'adultes en surpoids. Au moins 400 millions d'adultes obèses. Prévisions 2015 : 2,3 milliards d'adultes en surpoids. 700 millions d'adultes obèses

Obésité de l'enfant : enjeu de santé publique

	1997	2000	2003	2006	2009
Surpoids 25 ≤ IMC ≤ 29,9 kg/m ²	29,8	30,6	31,5	30,6	31,9
Obésité IMC ≥ 30 kg/m ²	8,5	10,1	11,9	13,1	14,5
30 ≤ IMC ≤ 34,9 kg/m ²	7	8,1	9,2	9,9	10,6
35 ≤ IMC ≤ 39,9 kg/m ²	1,2	1,6	2,0	2,4	2,8
IMC ≥ 40 kg/m ²	0,3	0,4	0,7	0,8	1,1

	HTA traitée	Dyslipidémie traitée	Diabète type 2 traité, régime seul compris
Prévalence dans l'échantillon (%)	18,4 †	15,3	4,8
Risque en cas de surpoids *	multiplié par 2,5	multiplié par 2	multiplié par 3
Risque en cas d'obésité *	multiplié par 4	multiplié par 3	multiplié par 7

* : par rapport aux sujets dont l'IMC est < 25 kg/m²; † : il s'agit de la proportion de sujets qui recevaient un traitement pour HTA. Les chiffres tensionnels n'ont pas été mesurés dans le cadre de cette enquête ; HTA : hypertension artérielle

Evolution de la prévalence du surpoids et de l'obésité chez les 18 ans et plus :
(%) dans les enquêtes Obépi-Roche de 1997 à 2009

Obésité et facteurs de risques cardiovasculaires associés (estimés à partir des déclarations des participants et évalués au travers des traitements) en dehors du tabagisme (enquête Obépi-Roche 2009)

D'après les études internationales visant à quantifier le poids économique de la morbidité et de la mortalité de l'obésité, l'estimation minimale de ces coûts serait de 2 à 7 % des coûts de santé

CRITÈRES DIAGNOSTIQUES

Chez l'enfant, la corpulence, évaluée par l'IMC, varie au cours de la croissance et doit être interprétée en tenant compte du sexe et de l'âge. Plusieurs définitions de l'obésité de l'enfant ont été proposées.

BMI (Body Mass Index)
= IMC (Indice de Masse Corporelle)
= poids en kg/taille en m²

Rappel : Classification chez l'adulte	IMC (kg/m ²)
Maigreur	< 18,5
Normal	18,5 – 24,9
Surpoids	25,0 – 29,9
Obésité	≥ 30,0
• Classe I (modérée ou commune)	30,0 – 34,9
• Classe II (sévère)	35,0 – 39,9 *
• Classe III (massive ou morbide)	≥ 40,0

* (avec au minimum 2 facteurs de co-morbidité associés :

- Maladies cardio-vasculaires, hypertension artérielle
- Diabète gras de type 2
- Hypertriglycéridémie
- Hypercholestérolémie (avec baisse du cholestérol HDL dit "bon cholestérol")
- Apnées du sommeil et troubles respiratoires
- Douleurs articulaires arthrose lombaire, de la hanche, du genou)
- « Brûlant » (reflux gastro-oesophagien)
- Problèmes psychologiques graves
- Infertilité
- Apnées du sommeil : présentes dans 30% des obésités morbides. Y penser si ronflements nocturnes, maux de tête matinaux et somnolence anormale durant la journée en raison des perturbations du sommeil nocturne

International Obesity Task Force (IOTF) : surpoids et obésité chez l'enfant :

- surpoids : IMC situé entre les courbes de centiles de l'IMC atteignant les valeurs 25 (IOTF C-25) et 30 (IOTF C-30) à 18 ans
- obésité : valeurs d'IMC supérieures à la courbe du centile de l'IMC atteignant la valeur 30 (IOTF C-30) à 18 ans

Programme National Nutrition Santé (PNNS) : présentation des courbes de corpulence intégrant les courbes de référence françaises et définissant le 97^{ème} percentile de l'IMC comme seuil d'obésité, avec 2 degrés distincts :

- degré 1 : IMC \geq 97^{ème} percentile des courbes d'IMC françaises proches de la définition du surpoids par l'IOTF (centile 25)
- degré 2 : IMC égaux ou supérieurs à la courbe qui rejoint l'IMC de 30 kg/m² à 18 ans correspondant à la définition de l'obésité pour l'IOTF

*World Health Organization. Obesity : preventing and managing the global epidemic. Report of a WHO Consultation on Obesity. Geneva, 3-5 June 1997 (WHO/NUT/NCD/98.1)
ANAES. Service des recommandations professionnelles. Prise en charge de l'obésité de l'enfant et de l'adolescent. Septembre 2003:p14*

Auteurs	Termes	Seuils
IOTF	Surpoids Obésité	Centile IOTF C-25 Centile IOTF C-30
Courbes du PNNS adaptées à la pratique clinique	Obésité degré 1 Obésité degré 2	97 ^{ème} centile des références françaises Centile IOTF-C 30

Obésité endocrinienne (\searrow de la vitesse de croissance staturale) **ou syndromique monogénique** : rare, associée à une petite taille, retard mental (Syndrome de Prader-Willi, Bardet-Biedl)

Mutations du gène MC4-R [type 4 des récepteurs à la mélanocortine, dont huit types sont identifiés, connus pour activer l'adénosine monophosphate cyclique (AMPC)] : seraient présentes dans 2 à 4 % des obésités communes non syndromiques de l'enfant. Transmission dominante

Recommandations ANAES:

- Diagnostic de l'obésité en pratique clinique courante : mesure régulière et répétée du poids et de la taille des enfants (grade B)
- Calcul de l'indice de masse corporelle (IMC = poids en kg/taille en m²)
- Report de celui-ci sur les courbes de corpulence et sur celles du carnet de santé

EVALUATION GLOBALE INITIALE

Objectif : évaluer la demande de l'enfant ou de l'adolescent et de sa famille, apprécier le degré de l'obésité, rechercher des éléments cliniques d'orientation étiologique et/ou traduisant l'existence d'une éventuelle comorbidité ou complication.

Principaux facteurs de risque d'apparition d'une obésité (grade B)

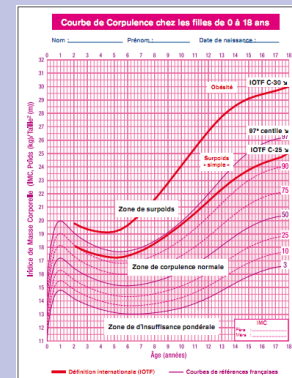
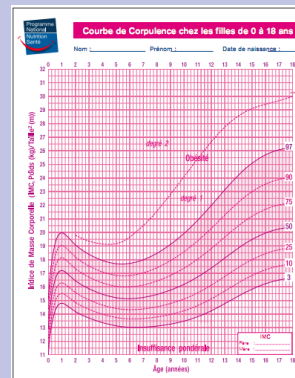
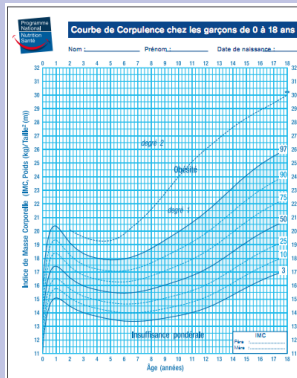
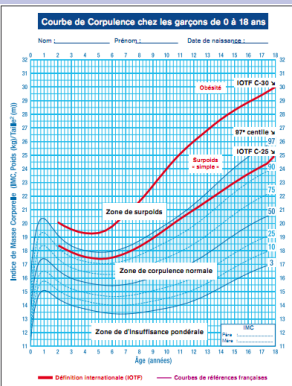
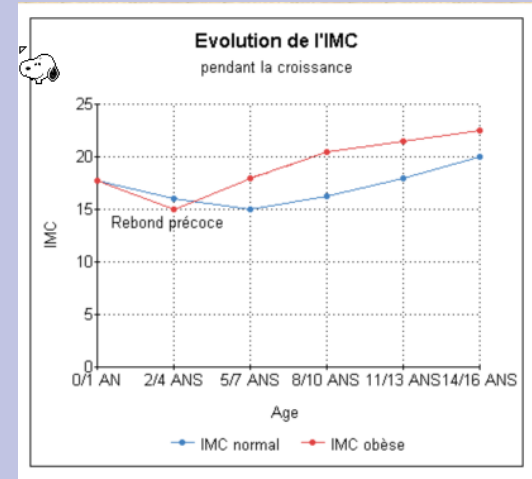
- Habitudes alimentaires familiales
- Niveau socio-économique des parents
- Obésité des parents
- Activité-Inactivité physique
- Absence d'allaitement maternel
- Précocité du rebond d'adiposité
- Facteurs psychologiques et émotionnels
- Autres : origine ethnique, habitat rural ou citadin, maturation sexuelle précoce chez la ♀, prédisposition génétique familiale (10 à 15% des obésités)

Environnement de l'enfant	Familial, scolaire, géographique (contexte socioculturel)
ATCD familiaux	Notamment obésité des parents, de la fratrie, diabète
ATCD personnels	Notamment maladie ayant nécessité des TRT susceptibles d'être responsables d'obésité, événements de vie, âge des premières règles chez la jeune fille
Histoire de l'obésité	Ancienneté, prise en charge antérieure et résultat, âge du rebond d'adiposité
Signes fonctionnels	Dyspnée, trouble du sommeil, douleur articulaire, constipation...
Habitudes alimentaires	Évaluation qualitative des apports Erreurs diététiques : absence de petit déjeuner, plusieurs collations, grignotage, boissons sucrées Culture familiale vis-à-vis de l'alimentation : particularité liée à l'origine géographique, prise des repas seul, à la cantine, en famille, devant la télévision. Troubles du comportement alimentaire enfant et/ou famille
Activité physique quotidienne	Structurée ou non, activité de loisir y contribuant
Sédentarité	Jeux vidéo, télévision...
Comportements psychologiques	Immaturité, intolérance à la frustration, capacité d'autonomisation, anxiété
Motivation et demande réelle de l'enfant, de sa famille	
Analyse les représentations de l'enfant et de sa famille sur le poids	
Examen clinique	
Mesure anthropométrique	Poids et taille : calcul de l'IMC et report sur la courbe de corpulence, détermination de l'âge du rebond d'adiposité Reconstitution de la courbe de croissance staturale
Cardio-vasculaire	Mesure de la pression artérielle avec un brassard adapté
Ostéo-articulaire	Genu valgum, trouble de la statique rachidienne, boiterie...
➔ Éliminer obésité de cause endocrinienne (ralentissement de la vitesse de croissance staturale) ou syndromique (syndrome dysmorphique, retard mental).	
Si obésité commune : pas d'indication des examens complémentaires	
Avis spécialisé si :	
- diagnostic d'obésité commune incertain ;	
- obésité commune compliquée : manifestations respiratoires (apnée du sommeil), ostéo-articulaires (épiphysiolyse de la tête fémorale), psychocomportementales, vasculaires, diabète, troubles du comportement alimentaire.	

NOUVELLES COURBES DE CORPULENCE

Etude de la courbe d'IMC :

- Rebond normal d'adiposité vers 6 ans.
- Plus le rebond est précoce (avant 3 ans), plus le risque de développer une obésité est important.
- IMC normal ↗ la 1ère année, ↘ jusqu'à 6 ans et ↗ ensuite
- Enfant obèse si IMC > 97^e percentile.
- Courbe taille-poids et IMC chez l'enfant et l'adolescent +++



Recommandations de l'ANAES:

- Intérêt préventif+++ de remplir les courbes lors des visites obligatoires jusqu'à 2 ans.
- Age optimum de dépistage = entre 4 et 6 ans, avec rebond d'adiposité précoce
- Prise en charge adaptée à l'âge (période pubertaire++++), de proximité et rapprochée.
- Information jeune patient-famille sur prise en charge globale possible par la CPAM

Le diagnostic posé :

- Mettre en place un suivi médical mensuel indispensable les 6 premiers mois
- Adapter le suivi selon évolution sur 2 ans au moins

COMPLICATIONS ET BILAN COMPLÉMENTAIRE

➤ **Abstention d'examens complémentaires en cas d'obésité commune simple**

➤ **Impact de l'obésité de l'adulte** (OMS-Europe 2007) :

- maladies cardiovasculaires (cardiopathies coronariennes, accident vasculaire cérébral) et facteurs de risque de maladie cardiovasculaire (hypertension artérielle, dyslipidémie);
- diabète non insulino-dépendant (diabète type 2) ;
- plusieurs types de cancers : cancers gastro-intestinaux (colon, vésicule biliaire) et cancer hormono dépendant (utérus, ovaire, sein, prostate) ;
- autres affections associées à l'excédent de poids :
 - ostéoarticulaires (arthrose, goutte) ;
 - respiratoires (asthme, syndrome d'apnée obstructive du sommeil) ;
 - digestives (lithiase biliaire, reflux gastro œsophagien, stéatose hépatique) ;
 - dépression (une méta-analyse récente a mis en évidence une association réciproque entre dépression et obésité (odd ratio de l'ordre de 1,5 ; $p < 0,01$) {Luppino 2010 69}) ;
 - complications de la grossesse (diabète gestationnel, troubles tensionnels, macrosomie fœtale).

➤ **Surveillance chez l'enfant et l'adolescent :**

Cardio-vasculaire : mesure de la pression artérielle avec brassard adapté

Ostéo-articulaire : genu valgum, trouble de la statique rachidienne, boiterie

Endocrinienne :

- Evaluation du développement pubertaire selon les stades de Tanner
- Signes d'hypothyroïdie
- Signes d'hypercorticisme
- Anomalies morphologiques : vergetures, dysmorphie

AVIS SPÉCIALISÉS

À ADAPTER SELON LES RESSOURCES LOCALES

Médecin du sport : surpoids ou obésité avec signes cliniques de l'appareil locomoteur, de motricité ou plaintes fonctionnelles à l'effort ; obésité majeure :

- dépister et évaluer les contre-indications à la pratique des activités physiques sportives (APS) : examen clinique spécialisé et individualisé, centré ++++ sur les appareils cardiovasculaires, respiratoires et locomoteurs (ostéo-articulaires, musculo-tendineux, podologiques), ou à l'aide d'examens (imagerie) ;
- évaluer les aptitudes de l'enfant aux différents types d'effort et orienter vers les AP(S) les plus pertinentes, par la réalisation de tests d'effort ;
- rédiger une prescription d'APS adaptée, pour reconconditionner l'enfant et en assurer le suivi en lien avec les autres intervenants

Cardiopédiatre si accessible (ou cardiologue) : indiqué si anomalies notables :

- Interrogatoire : signes fonctionnels d'effort (dyspnée, douleur thoracique, palpitations, malaise, syncope à l'effort...);
- Examen clinique : hypertension artérielle, souffle cardiaque... ;
- Test de tolérance à l'effort : signes fonctionnels ou anomalie, ECG, profil tensionnel d'effort.
- Vigilance particulière pour les enfants avec facteurs de risque cardio-vasculaires (terrain familial+++)

Pneumopédiatre si accessible (ou pneumologue) : compléter le bilan si suspicion d'asthme (EFR), de syndrome d'apnées du sommeil (polysomnographie du sommeil) ou présence d'hypoxémie diurne

Médecin de médecine physique-rééducateur : troubles statiques et tout problème fonctionnel locomoteur (genu valgum, syndrome fémoro-tibial...), style boiterie non expliquée, et également contribuer à prescrire la rééducation de l'enfant obèse par des kinésithérapeutes ou psychomotriciens

Chirurgien orthopédiste : troubles statiques importants avec possible indication opératoire (scoliose importante) ou exigeant avis spécialisé : genu valgum, syndrome fémoro-tibial ou boiterie importants

PLACE DE LA CHIRURGIE DE L'OBÉSITÉ MORBIDE

Prise en charge médicale de l'obésité morbide, voire sévère, de l'adolescent peu efficace ⇒ **Recommandations actuelles de la chirurgie bariatrique : chez le patient > 18 ans** pour améliorer la survie chez l'adulte : meilleure prévention, voire éviction des comorbidités, ↘ de la mortalité et amélioration de la qualité de vie physique, psychologique et sociale

Quelques essais de prise en charge chirurgicale plus précoce chez l'adolescent : bonne faisabilité de cette chirurgie chez l'adolescent, avec morbidité comparable à celle de l'adulte et bénéfique d'autant plus important que TRT plus précoce, permettant guérison et prévention des comorbidités.

Consensus déjà adopté aux États-Unis ⇔ sélection d'adolescents au stade IV de Tanner (95 % de leur croissance staturale effectuée). Nécessité de suivi prolongé, d'où intérêt de la prise en charge par des centres experts en chirurgie bariatrique adulte ayant déjà la structure multidisciplinaire indispensable

Luxembourg : chirurgie pratiquée avec résultats satisfaisants

Paris hôpital Trousseau, établissement pionnier spécialisé en nutrition (Pr de pédiatrie Patrick Tounian) : chirurgie esthétique dès 12 ans, prises en charge par la Sécurité sociale, avec le seul ticket modérateur à la charge des parents. Adipogynecomastie et/ou abdomino-plastie. Soulagement du jeune patient (enfant ou adolescent) et aide à mieux vivre et à se motiver pour poursuivre son régime mais possible effet temporaire et nécessité de reprise quelques années plus tard

Anneau gastrique : matériel étranger dans l'organisme.

« Sleeve » gastrectomie : résection verticale de plus des 2/3 de l'estomac : 2 intérêts : caractère restrictif volumique + élimination de nombreuses cellules gastriques (dites "cellules pariétales") sécrétant **la ghréline, hormone stimulant l'appétit en agissant au niveau du système nerveux central**. Intervention classiquement par laparoscopie, de réalisation technique relativement aisée mais de caractère irréversible. Risques de fistules ou d'abcès post-opératoires immédiats mais rares (environ 4 %) = recul insuffisant pour juger de l'efficacité à long terme (notamment risque de dilatation gastrique après plusieurs années) mais résultats +++++ à moyen terme. En l'absence de complications, durée de séjour post-opératoire : 2 à 3 jours. Aucun matériel étranger dans l'organisme. Si résultat décevant : possibilité de conversion vers **"switch duodéal" et diversion bilio-pancréatique ou bypass gastrique..**

EDUCATION THÉRAPEUTIQUE

Éducation de tous les membres de la FAMILLE : consultations à contenu éducatif : information sur ce qu'est l'obésité, ses complications, son TRT, notamment éducation diététique, rôle et modalités de l'activité physique ⇔ Fixer avec l'enfant et sa famille les objectifs à atteindre, évaluer régulièrement les acquis et analyser avec eux les difficultés rencontrées.

Famille = parents ++++ **et** fratrie, voire famille élargie ou nourrice si besoin (surtout si obésité sévère). Tenir compte des expériences thérapeutiques antérieures et des difficultés rencontrées.

Avant l'adolescence : stabilisation pondérale suffisante le plus souvent, la croissance staturale faisant le reste ⇒ modifications des habitudes alimentaires (alimentation équilibrée et portions adaptées à l'âge et aux dépenses) et du niveau d'activité de l'enfant et de sa famille : **une restriction calorique en dessous du seuil des apports recommandés est exceptionnelle.**

Information nutritionnelle et du comportement alimentaire ⇒ en général réaménagement en milieu familial : lutter contre le grignotage, ne pas sauter de repas (notamment petit déjeuner), manger aux 4 repas en quantité raisonnable, assis, à table, avec des couverts, pas seul, lentement en parlant, sans se resservir, en ne buvant que de l'eau, éviter aliments à haute densité énergétique et sucres rapides. Aucun aliment ne doit être totalement interdit, un écart par semaine peut être permis en négociant avec l'enfant ce qui est acceptable.

L'enfant doit avant tout redécouvrir le goût des aliments variés et confectionnés à la maison ainsi que les notions de faim et de satiété en ne cédant pas à la pression sociale renforçatrice de consommation alimentaire.

Rôle des parents fondamental : éviter de remplir les placards et les frigos de gâteaux et de boissons sucrées, éviter les apéritifs, ne pas obliger à terminer l'assiette...

Penser à orienter vers les réseaux ou associations

PRISE EN CHARGE DIÉTÉTIQUE

Prise en charge adaptée selon l'âge centrée sur :

- les parents pour les nourrissons et les enfants de moins de 6 ans
- l'enfant et ses parents chez les enfants de 6 à 12 ans
- et ultérieurement sur l'adolescent

Bilan nutritionnel de l'enfant ou de l'adolescent :

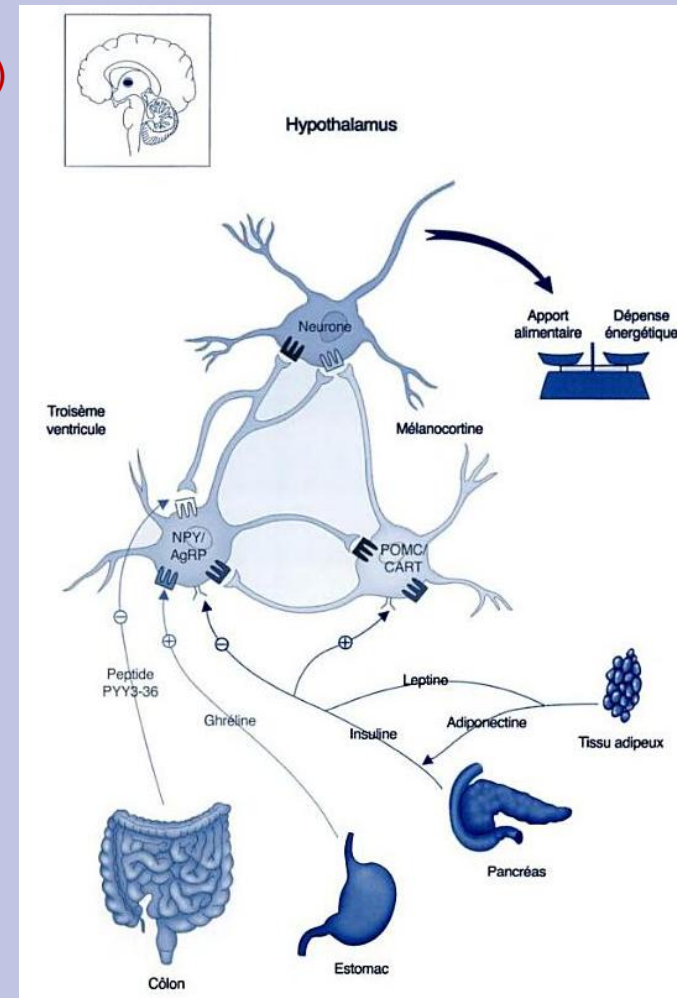
- Education diététique enfant - famille indispensable pour atteindre les objectifs.
- Besoins nutritionnels recommandés varient avec l'âge :
 - Avant 2 ans : surtout des LIPIDES (35% de la ration alimentaire)
 - Après 2 ans, mêmes apports nutritionnels que chez l'adulte :
 - 20 % de PROTEINES
 - 30 % de LIPIDES (10 % de graisses saturées)
 - 50 % de glucides
- Evaluation qualitative des apports indispensable
- Dépister les erreurs diététiques

	<i>Inhibiteurs</i>	<i>Stimulants</i>
Stimuli métaboliques	(insuline) _p protéines consommées lipolyse et [AG] _p hyperthermie	D (α-v) glucose hypothermie
Stimuli psychosensoriels	palatabilité	
	chémorécepteurs intestinaux (CCK, GLP-1, PYY)	
Activités de certains peptides ou protéines	leptine adiponectine peptide YY3-36	ghréline
Signaux centraux	sérotonine corticolibérine neurotensine vasopressine protéine agouti MSH TNF-α CART	dopamine noradrénaline neuropeptide Y MCH orexines A et B endorphines et dynorphines galanine GHRH

Schéma récapitulatif de la régulation de la prise alimentaire : relation entre la périphérie et le cerveau



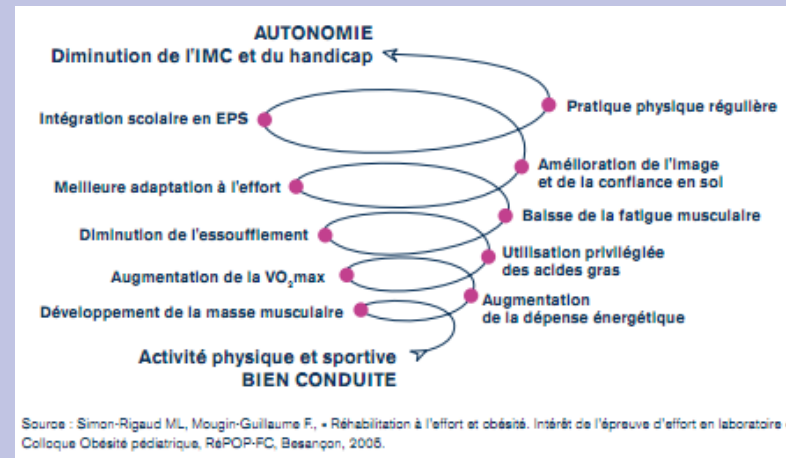
⇐ Inhibiteurs et stimulants de la prise alimentaire





Alimentation déséquilibrée de l'enfant obèse

Vers une meilleure qualité de vie



Selon les recommandations de l'ANAES :

Non pas régime restrictif mais modification des habitudes ou du comportement alimentaire :

- Pratique de 3 repas réguliers et d'un goûter (suppression de la collation du matin) ;
- Suppression du domicile des produits de grignotage et des boissons sucrées ;
- Privilégier l'EAU
- Veiller à l'équilibre P/L/G et donc diminuer de la teneur en graisses de l'alimentation
- Diversification et incitation à la consommation pluriquotidienne de différents légumes et fruits
- Pain à chaque repas (modérément)
- Légumes sans restriction (l'enfant ne doit pas avoir faim)
- Légumineuses : riches en P, pauvres en L

- Aider le jeune patient à se motiver sans le faire culpabiliser
- Encadrer les périodes difficiles: fêtes, examens, vacances
- Analyser des rechutes éventuelles sans les stigmatiser

ACTIVITÉ PHYSIQUE, LUTTE CONTRE LA SÉDENTARITÉ

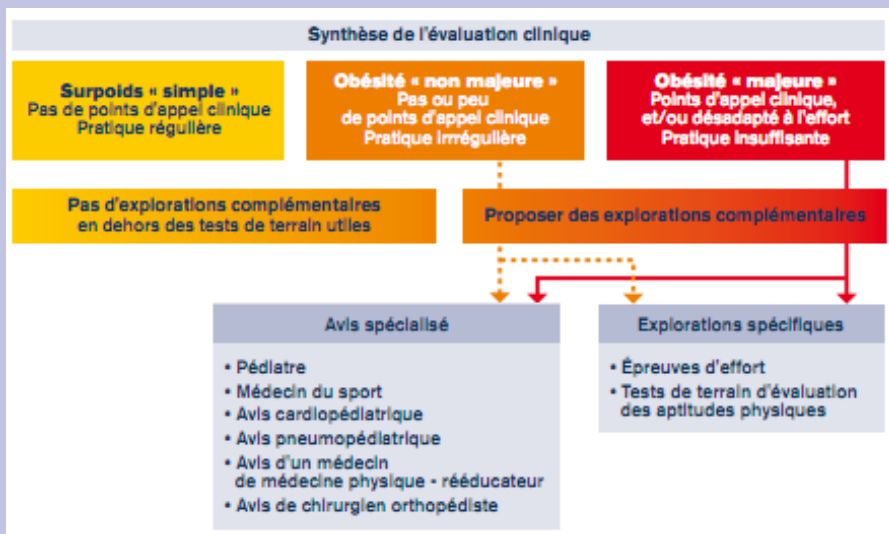
Favoriser l'activité physique (grade C)

- Activité physique structurée régulière au moins 2 fois par semaine : choisie et/ou acceptée par l'enfant en concertation avec la famille, ludique et si possible réalisée avec la famille
- Encourager la multiplication des occasions d'activité physique quotidienne (escaliers plutôt que ascenseur, aller à l'école à pied si possible, jeux extérieurs, etc.).
- Réduire les périodes d'inactivité (heures passées devant un écran, etc.)

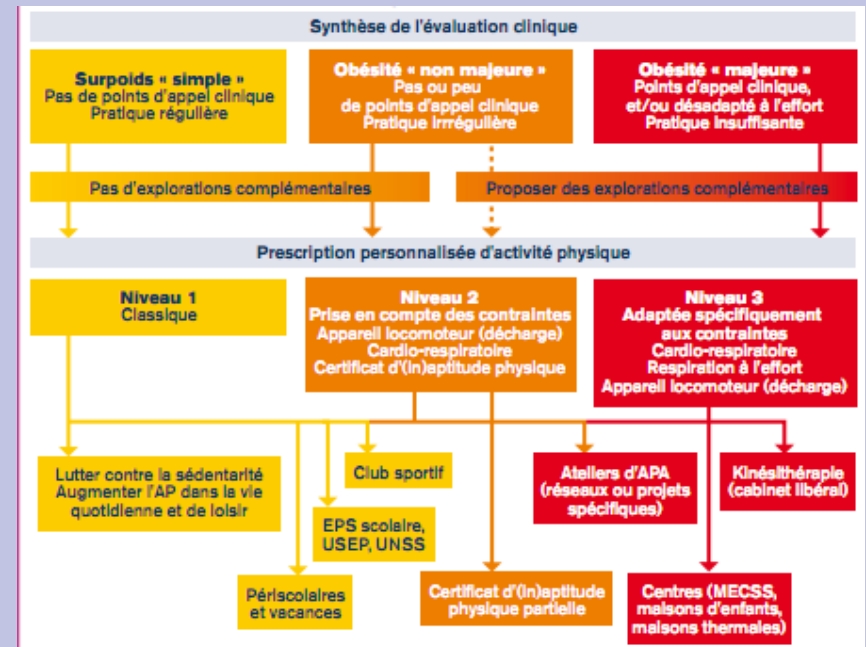
Autre incitation : « pratiquer 3 fois par semaine minimum des activités physiques d'intensité plus élevée pendant au moins 20 minutes par séance, sous forme d'activités physiques individuelles ou de sports collectifs et, **pour les adolescents, inclure du renforcement musculaire** »

APTITUDE PHYSIQUE

Explorations à proposer pour compléter l'évaluation clinique



Modalités de prescription de l'AP chez l'enfant et l'adolescent en surpoids ou obèse



THÉRAPIES COMPORTEMENTALES

Modification des comportements :

- Agir sur tous les comportements induisant sédentarité et prises alimentaires interprandiales.
- Associer la famille au projet thérapeutique afin qu'elle y contribue de façon positive.
- Agir sur l'attitude des parents vis-à-vis de l'enfant : encourager l'enfant, ne pas utiliser la nourriture comme récompense, etc.

Phase comportementale : auto-observation par le jeune patient de son comportement actuel, remplissage d'un carnet alimentaire (avec parents si besoin) : ce qu'il mange, la quantité, le lieu, le contexte interpersonnel et l'état émotionnel il se trouve au moment où il s'alimente.

Travail d'auto-observation repris en séance avec le thérapeute : bilan de ses «découvertes» sur lui-même et des liens faits entre état d'esprit ponctuel et comportement alimentaire ⇒ Compréhension +++ de comment persistent les comportements dysfonctionnels (ex crise de boulimie)

Puis phase plus centrée sur les changements progressifs du comportement alimentaire : assouplir ses comportements dysfonctionnels et essayer progressivement de nouvelles manières de fonctionner (Ex : bannir les régimes, réintroduire des aliments jugés *tabous*, restructurer l'alimentation en introduisant un vrai repas, manger à table, diminuer les quantités absorbées en écoutant sa satiété).

5 idées forces de l'entretien motivationnel

Empathie: appréhender la souffrance du patient	<ul style="list-style-type: none">• La <i>collaboration</i> entre patient et soignant• Respecter l'<i>autonomie</i> du choix du patient• Evocation: susciter la motivation à changer	«Empower»: soutien et encouragement inconditionnels
--	--	---

4 outils de l'entretien motivationnel OUVER

- Poser des questions **OU**vertes
- **V**aloriser
- Pratiquer l'**E**coute réflexive
- **R**ésumer

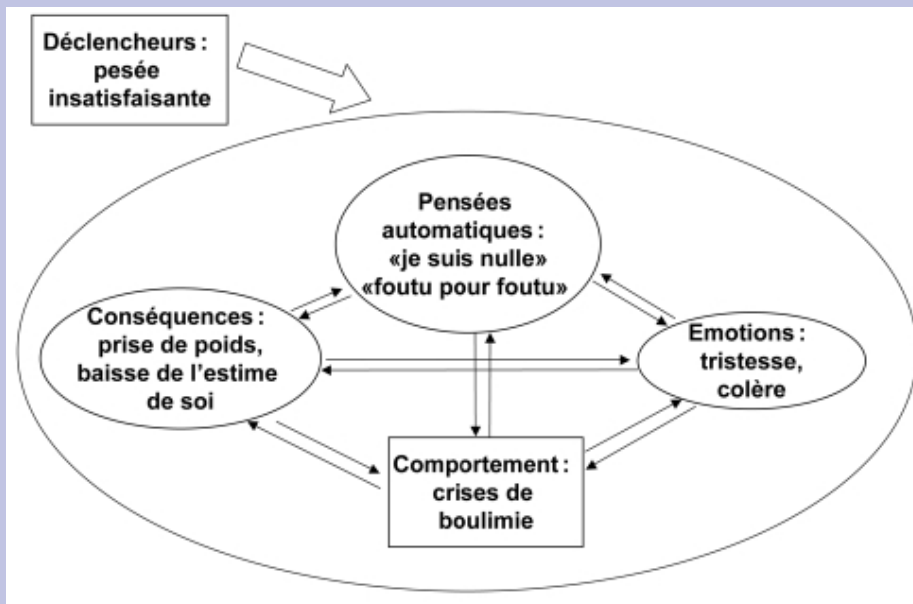
Deuxième temps : résolution de problèmes, affirmation de soi et restructuration cognitive

Techniques mettant en lumière l'impact des émotions sur le comportement et les pensées du patient. Faire ressortir combien la crise alimentaire agit comme un anesthésiant sur les émotions de la personne : « bouffer pour ne pas ressentir ou pour se calmer » en quelque sorte.

Enjeu thérapeutique = aider les patients à tirer eux-mêmes ce type de conclusion plutôt que de leur donner notre analyse trop rapidement.

Ensuite, différentes techniques pour améliorer la gestion de ces émotions : soit le patient se trouve face à un réel problème sur lequel il peut agir (résolution de problème), soit on va l'encourager à essayer de voir les choses autrement avec la *restructuration cognitive*. Chez cette patientèle, le travail d'affirmation de soi peut aussi s'avérer particulièrement utile, d'autant plus que ces patients souffrent très fréquemment d'une mauvaise estime de soi.

Identifier les déclencheurs d'une crise de boulimie, les pensées sous-jacentes et les émotions qui les accompagnent



Rechercher les stratégies qui pourraient être envisagées pour déjouer la crise de boulimie.

IMPORTANT DE LA
MOTIVATION DU JEUNE
PATIENT ET DE SA FAMILLE !!

ACCOMPAGNEMENT SPÉCIFIQUE DE LA PUBERTÉ

Psychothérapie à envisager chez l'enfant ou l'adolescent si dysfonctionnement familial délétère ou ↑ de résistances ou de tensions au cours de la prise en charge : pédopsychiatre ou psychologue

Repérer souffrance psychologique ou trouble psychopathologique associé (recherche active !)

Rôle++++ du pédiatre ou du médecin généraliste pour identifier une cause fréquente d'échec au TRT : symptômes (pas de % avec surcharge pondérale !) pouvant être cause, conséquence ou simple association

Souffrance psychologique secondaire :

- Faible estime de soi, et image du corps dévalorisée, avec parfois honte ou culpabilité associées
- Origine physique : difficultés vestimentaires, crainte de se mettre en maillot de bain...
- Stigmatisation (moqueries, rejet par les pairs) venant souvent majorer cette souffrance

Parfois, véritable cercle vicieux : stigmatisation et souffrance psychologique ⇒ isolement social avec évitement des pairs et des activités ⇒ solitude, ennui et ↗ de la mauvaise estime de soi et de son corps ⇒ souffrance accrue et isolement social ⇒ grignotage et sédentarité ⇒ ↗ la croissance pondérale

Principaux troubles psychopathologiques : thymiques (+++ : dépression majeure/dysthymie), anxieux (++++ anxiété de séparation et phobie sociale), du sommeil (hypersomnolence diurne = évoquer syndrome d'apnées du sommeil), du comportement, des apprentissages scolaires et manifestations psychosomatiques. Liens possibles entre troubles thymiques-anxieux et troubles des conduites alimentaires (notamment crises boulimiques) ou déséquilibre nutritionnel (préférence pour sucres et chocolat)

⇒ Retentissement sur le fonctionnement individuel, familial, scolaire et social de l'enfant ou de l'adolescent.

Enfants ou adolescents obèses à risque de troubles psychopathologiques : ceux en phase de croissance pondérale, ceux dont l'obésité est sévère, enfants ou adolescents obèses demandeurs de soins, ceux qui ont été confrontés à des facteurs de stress multiples, ceux qui ont des ATCD psychiatriques familiaux ou un environnement familial pathogène.

Adolescents : subissent la situation depuis plus longtemps avec donc risque de baisser les bras . Moment important de besoin de séduire, de se prouver des choses, alors qu'ils sont souvent plus lents et moins habiles. Comportements particuliers (recherche d'indépendance) et mobilité accrue se traduisant par la fréquentation des fast foods, des repas sautés et du grignotage souvent dû à l'anxiété (que le sucre apaise).

TRAITEMENT MÉDICAMENTEUX

SIBUTRAMINE : Suspendu depuis janvier 2010 (risque de complications cardiovasculaires + efficacité modeste) mais n'était pas étudié et ni recommandé chez l'enfant et chez les personnes de plus de 65 ans.

ORLISTAT : surveillance renforcée par Agence Européenne du Médicament (EMA) et l'AFSSAPS depuis septembre 2011 (Plusieurs cas graves d'atteintes hépatiques jusqu'à transplantation hépatique ou décès) : information du patient ++++ et surveillance ++++++

Xénical 120mg, AMM et commercialisation depuis 1998. Il bloque une partie de l'absorption des graisses ingérées dans les aliments (30 %) et permet d'éliminer 30 g de graisses par jour soit l'équivalent de 300 calories. Pas d'effets secondaires sur le système nerveux, cardiaque ou pulmonaire. Action isolée sur l'intestin. **Non indiqué chez l'enfant, mais homologué au niveau européen (juin 2005) pour une utilisation chez l'adolescent obèse à partir de 12 ans (innocuité et efficacité).**

Alli 60 mg, indiqué en association à un régime modérément hypocalorique et pauvre en graisses, dans le TRT du surpoids chez l'adulte. En l'absence de perte de poids après 12 semaines de TRT, il est recommandé de consulter un professionnel de santé afin de discuter de l'intérêt de la poursuite du traitement. Durée maximale de TRT limitée à 6 mois. Non soumis à prescription médicale et délivrable par les pharmaciens d'officine sur demande du patient. Contre-indiqué entre autres chez les moins de 18 ans.

Médicaments coupe-faim, anorexigènes : retirés du marché européen en avril 2000, pour graves effets secondaires.

PARCOURS DE SOINS COORDONNÉS

OBJECTIFS DE LA PRISE EN CHARGE :

- stabiliser l'IMC lorsque l'obésité est de degré 1, le diminuer lorsque l'obésité est de degré 2 ;
- modifier de façon durable les comportements de l'enfant et de sa famille vis-à-vis du mode de vie et de l'alimentation, notamment lutter contre la sédentarité ;
- pratiquer régulièrement une activité physique.

Le médecin aidera à la compréhension et à l'acceptation des objectifs qui vont être définis avec l'enfant et sa famille tout en préservant l'équilibre psychologique de l'enfant.

Anaes / Service des recommandations professionnelles / Septembre 2003 Prise en charge de l'obésité de l'enfant et de l'adolescent

Avis spécialisé recommandé après échec d'une prise en charge de 6 mois en cas d'obésité commune de degré 2 et/ou en cas de survenue de complications

Approche pluridisciplinaire associant pédiatre, nutritionniste, diététicienne, pédopsychiatre, psychologue... en fonction des évaluations.

TRT précoce individualisé, adapté à l'âge, à la croissance, à l'activité physique, au degré de surpoids de l'enfant et en prenant en considération les facteurs culturels, socio-économiques et religieux, ainsi que les traditions culinaires familiales (régionales, ethniques) et les particularités de l'enfant (profil de néophobie, préférence pour tel sport).

MESSAGES PRINCIPAUX

- Rebond physiologique d'adiposité vers 6 ans : rebond d'adiposité précoce, facteur prédictif d'obésité future (études de niveau 2)
- Toujours calculer l'IMC et faire la courbe taille-poids qui parle d'elle-même
- Facteurs prédictifs d'obésité : poids de naissance >4 kg (études de niveaux 3-4) ; ATCD familiaux (risque d'obésité multiplié par 4 si 1 parent obèse, par 8 si 2 parents obèses) ; absence d'implication affective et éducative parentale dans l'enfance (études de niveaux 2-3-4)
- Obésité à l'adolescence associée à 1 morbidité « sociale » : adultes, taux de mariage, nombre d'années d'étude et revenu des sujets obèses à l'adolescence inférieurs à ceux des non obèses
- IMC à l'âge de 6 ans prédictif de l'IMC à 20 ans
- Rechercher dès le bilan initial d'éventuelles complications et comorbidités
- Abstention d'examens complémentaires en cas d'obésité commune
- Suivi assuré par le médecin traitant tous les mois pendant les 6 premiers mois de la prise en charge, puis selon l'évolution, pendant au moins 2 ans
- Avis spécialisé si diagnostic d'obésité commune incertain ou obésité commune compliquée
- Avis spécialisé après échec d'une prise en charge de 6 mois en cas d'obésité commune de degré 2 et/ou en cas de survenue de complications
- Une prise en charge visant à obtenir une modification des comportements de l'enfant et de la famille associée à une prise en charge diététique, une incitation à l'activité physique et une réduction de l'inactivité est recommandée
- La prise en charge est adaptée selon l'âge : centrée sur les parents pour les nourrissons et les enfants de moins de 6 ans, puis sur l'enfant et ses parents chez les enfants de 6 à 12 ans et ultérieurement sur l'adolescent
- Éducation des enfants et des parents à chaque consultation (obésité, complications, traitement, notamment éducation diététique, rôle et modalités de l'activité physique)
- Fixer à chaque consultation avec l'enfant et sa famille les objectifs à atteindre, évaluer régulièrement les acquis et analyser avec eux les difficultés rencontrées

MODALITÉS DE LA PRISE EN CHARGE

Pas d'ALD pour l'obésité

Prise en charge en partie des opérations comme la sleeve gastrectomie

Chirurgie esthétique dès 12 ans, prises en charge par la Sécurité sociale, avec le seul ticket modérateur à la charge des parents : adipo-gynecomastie et/ou abdomino-plastie

ALD n° 8 pour diabète de type 1 et 2 chez l'enfant et l'adolescent

Séjours en service de SSR pédiatrique possibles (et règlementés*) pour rassembler autour de l'enfant ou de l'adolescent présentant une **obésité sévère**, médecins, diététiciens, psychologues, éducateurs médico-sportifs en un même lieu et de manière prolongée et coordonnée.

Prise en charge en hospitalisation complète réservée aux obésités morbides, aux obésités évolutives non contrôlées ou associées à des comorbidités, sur indication médicale stricte**

Beaucoup de demandes mais peu de places

* Décrets n°2008-377 du 17 avril 2008 et circulaire DHOS/01/2008/305 du 3 octobre 2008 réglementant l'activité de soins de suite et de réadaptation.

**Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins. Recommandations du groupe de travail sur les soins de suite et de réadaptation. Décembre 2006