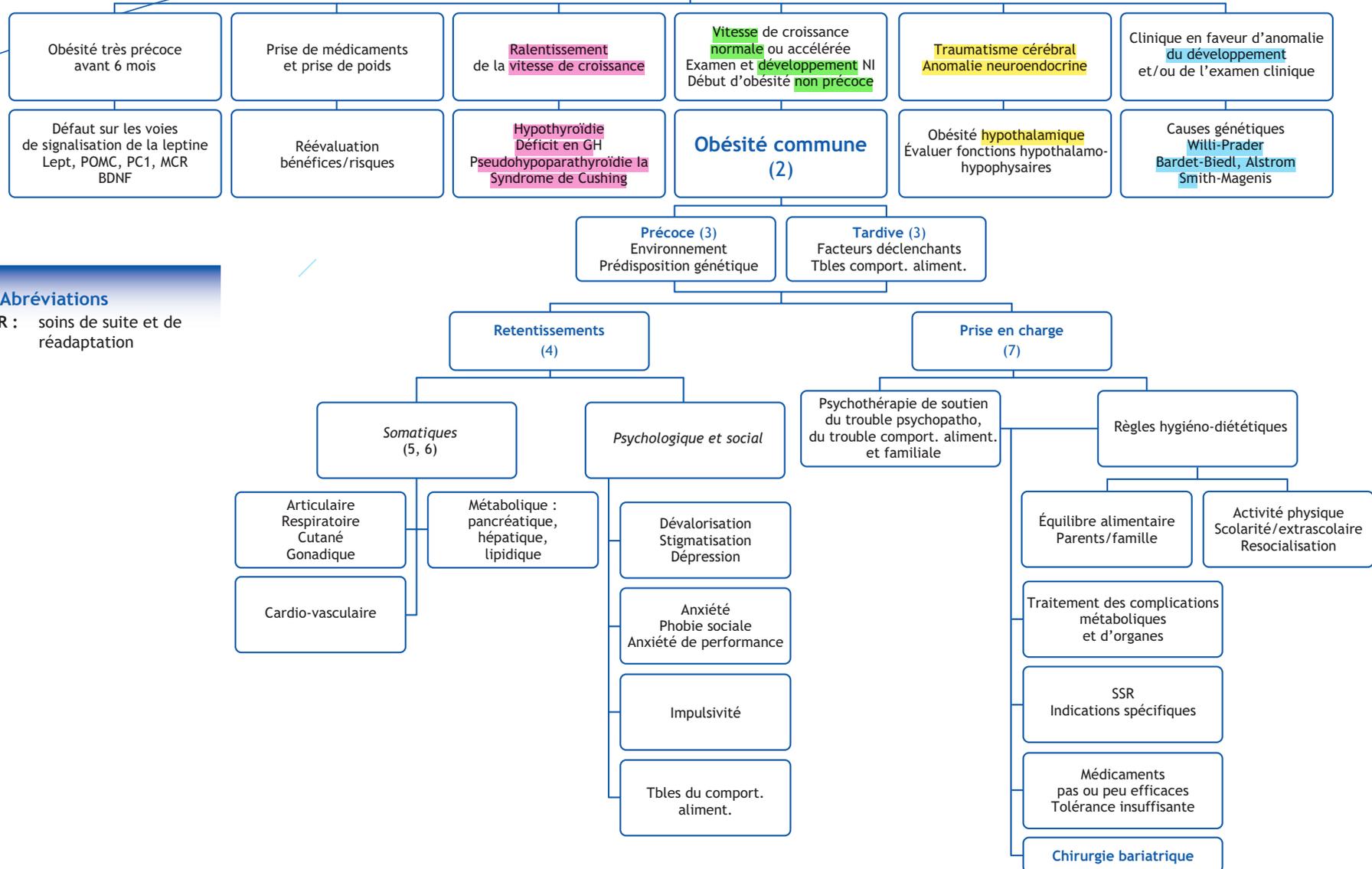


H. Lefèvre

Service de médecine et de psychopathologie de l'adolescent, Maison des Adolescents de Cochin - Maison de Solenn,
97, boulevard Port-Royal, 75014 Paris, France

Obésité de l'adolescent IMC > à 97^e percentile (1)



■ Abréviations

SSR : soins de suite et de réadaptation

■ Arbre diagnostique - Commentaires

L'obésité est une cause fréquente de consultation chez l'adolescent.

(1) Elle se définit en France par un index de masse corporelle supérieur au 97^e percentile, ce qui correspond à 18 ans à un IMC (indice de masse corporelle) de 30 kg/m².

(2) Le diagnostic d'obésité commune constitue la très grande majorité des cas (95 %). Il est fait après élimination clinique des autres rares causes d'obésité secondaires à cet âge, parmi lesquelles les obésités syndromiques, celles symptomatiques d'une maladie endocrinienne ou secondaire à un traitement médicamenteux. Si celles-ci sont souvent évoquées avant l'âge de l'adolescence, certaines manifestations telles qu'un retard statural, une dysmorphie, une déficience sensorielle (ouïe, vision), des troubles cognitifs, des anomalies rénales, osseuses ou gonadiques, peuvent orienter vers un diagnostic d'une forme fruste ou passée inaperçue de ces étiologies, et imposer un bilan étiologique complémentaire. Une fois posé le diagnostic d'obésité commune, il s'agit d'en déterminer l'intensité et la date d'apparition. Nous centrons l'objet de cette présentation sur l'analyse des obésités sévères qui posent les principales difficultés de prise en charge. Du point de vue évolutif, si un enfant prépubère obèse a entre 20 et 50 % de risque de le rester, après la puberté, ce risque s'élève à 50 %, voire 80 %.

(3) Les adolescents qui consultent pour obésité présenteront soit une forme précoce d'obésité, soit une forme plus tardive d'apparition pré ou péripubertaire. La forme précoce se caractérise par un rebond d'adiposité précoce (avant 6 ans), souvent dans un contexte d'obésité familiale ou de façon constitutionnelle : le développement de l'obésité est la réponse au biotope

obésogène (excès de nourriture et sédentarité). Il est alors souvent très difficile d'évaluer, au cours d'une demande de prise en charge, le comportement alimentaire, entre les tentatives d'équilibration mises au premier plan, un comportement global dominé par l'éternel « grignotage » et la survenue parfois d'hyperphagie réactionnelle très culpabilisée. Cette dernière est mieux caractérisée dans les formes d'obésité plus tardives, plus réactionnelles, et souvent associées à l'apparition d'un trouble du comportement alimentaire déclenché par une situation vécue de façon anxieuse, ou dépressive compensée de façon alimentaire dans un contexte personnel et familial favorisant.

(4) Le retentissement de l'obésité est somatique et fonctionnel (squelette, poumon, peau) et/ou psychosocial : l'obésité est souvent responsable de discrimination, de repli et de souffrance anxiodépressive. Les complications métaboliques sont rares à cet âge en l'absence de facteurs de risque familiaux, même si l'obésité sévère fait le lit des futures complications.

(5) Face à leur caractère silencieux, deux attitudes sont observées, soit de faire systématiquement une glycémie à jeun, un lipidogramme, des transaminases de dépistage, ce qui est discutable, soit de se laisser guider par la clinique qui décidera de leur réalisation (ethnie, ATCD familial de diabète de type 2, acanthosis nigricans, spanioménorrhée, etc.)

(6) De la même façon, on peut dans certains cas réaliser selon la clinique des examens complémentaires (polygraphie de sommeil, radiographie de bassin, etc.).

(7) Les méta-analyses, évaluant l'effet des prises en charge thérapeutiques associant la réduction des ingesta et l'augmenta-

tion de l'activité physique, montrent des résultats modérés sur des périodes d'évaluation souvent trop courtes. Les traitements médicamenteux sont inconfortables et d'action transitoire (orlistat), voire inutiles pour la perte de poids (metformine), ou à risque de complications pour l'adolescent. La psychothérapie de soutien ou thérapeutique d'authentiques troubles anxieux, dépressifs ou impulsifs, de l'adolescent et parfois d'autres membres de la famille est un préalable nécessaire, mais reste souvent insuffisante à la mise en place des bonnes conditions d'équilibre. Cependant, l'absence d'effet positif et rapide de la prise en charge sur le poids est souvent mal supportée et responsable de découragement et d'interruption de suivi. La proposition d'un séjour en soins de suite et réadaptation n'a pour objet que celui d'une éducation thérapeutique dans un contexte nécessaire de séparation familiale de durée transitoire, à condition qu'elle ne soit pas une mise à distance du problème qui resurgira dès le retour de l'adolescent dans son milieu familial. Face à ce constat, il n'est pas surprenant que la discussion thérapeutique soit de plus en plus chirurgicale (bariatrique). Cette option fait preuve d'efficacité sur la prise en charge de l'obésité chez l'adulte. Elle reste actuellement indiquée dans certaines conditions d'âge, d'IMC, et de comorbidités chez l'adolescent, mais il est fort probable qu'elle puisse être bientôt discutée comme préventive de l'aggravation de l'obésité et de ses complications.

Conflit d'intérêt

Aucun.

Correspondance.

e-mail : herve.lefevre@cch.aphp.fr

■ Références

Tounian P. Résultats des traitements curatifs et préventifs actuels de l'obésité. Arch Pediatr 2010;17:656-7.

McGovern L, Johnson JN, Paulo R, et al. Treatment of pediatric obesity: A systematic review and meta-analysis of randomized trials. J Clin Endocrinol Metab 2008;93:4600-5.

Crocker MK, Yanovski JA. Pediatric obesity: etiology and treatment. Endocrinol Metab Clin North Am 2009;38:525-48.