

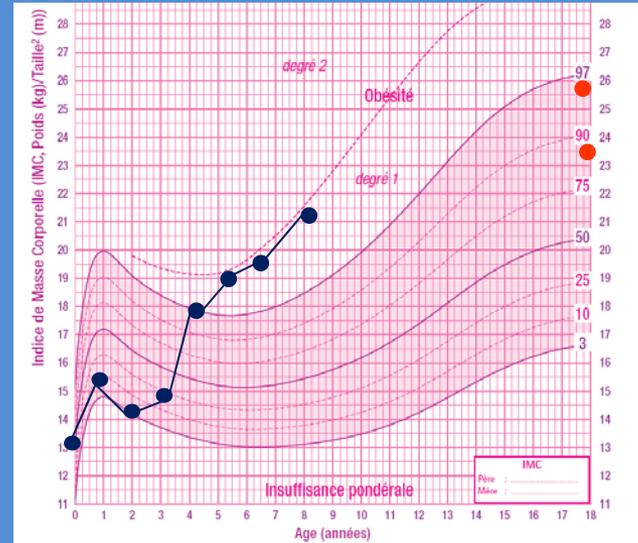
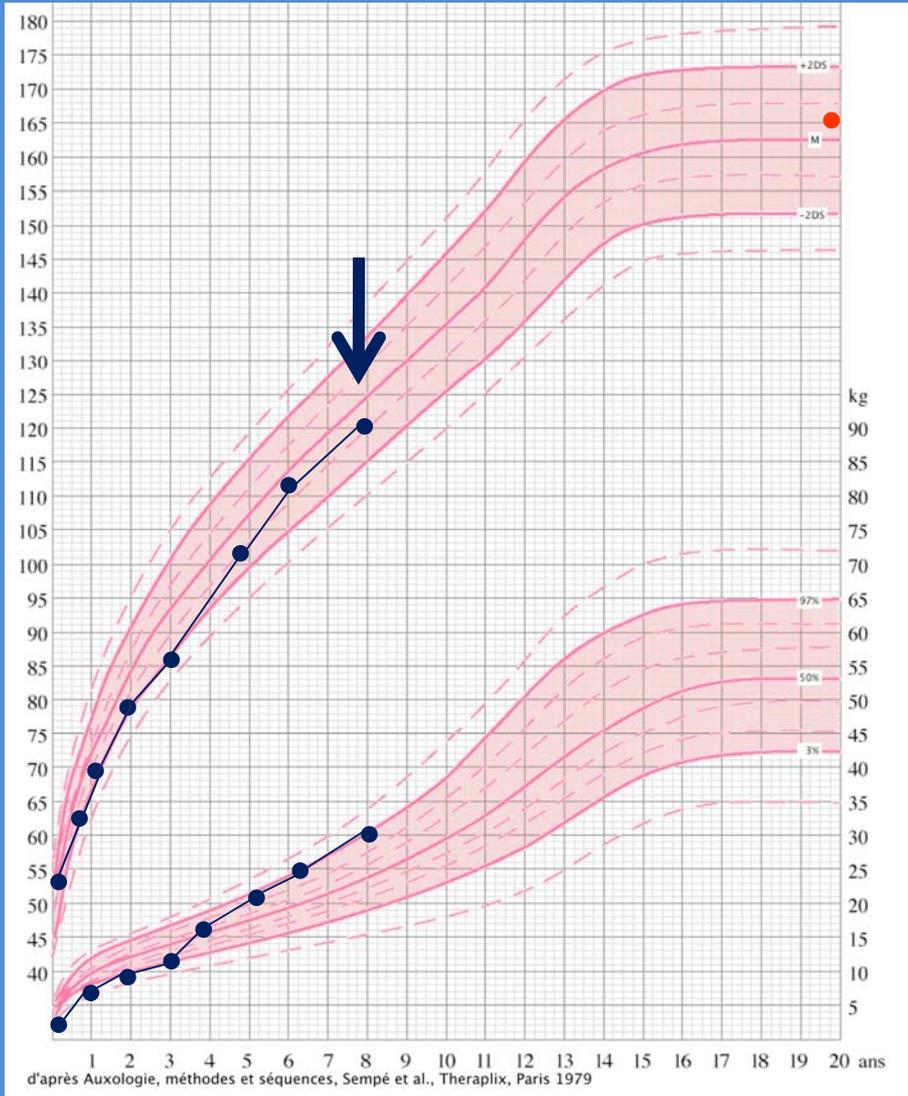
# Obésité de l'enfant et l'adolescent : Dépistage et prise en charge Partie 3

George Gelwane Endocrinologue Pédiatrique  
Hôpital Robert-Debré Paris 7

Hervé Moula DMG Paris-Diderot Paris 7

Philippe Zerr DMG Paris-Diderot Paris 7

# Cas Clinique 3 Laura 8 ans



Que demander ?

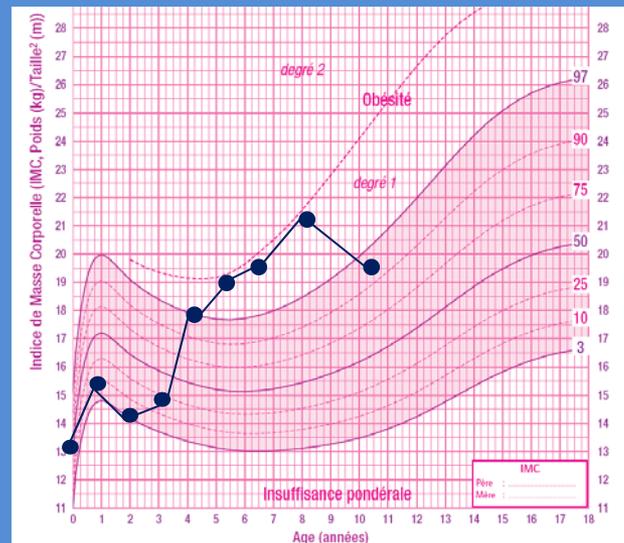
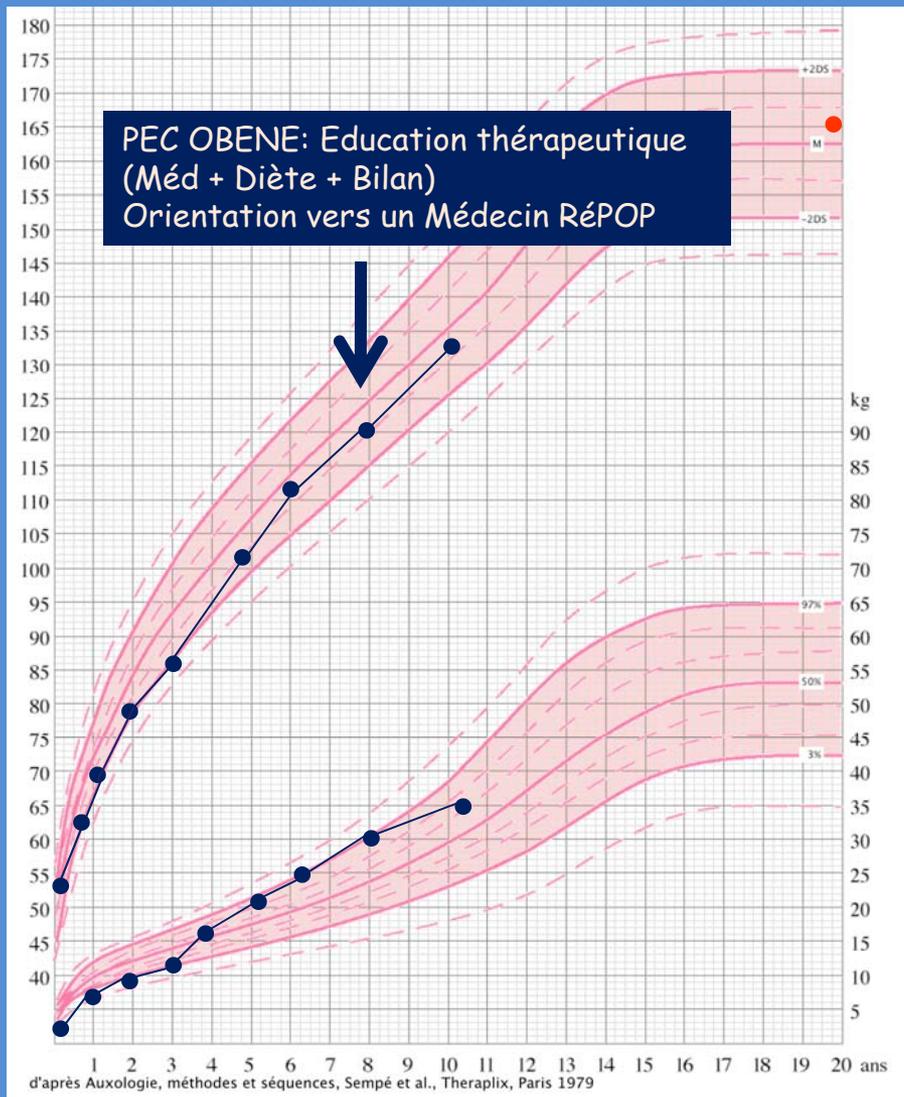
# Cas Clinique 3 Laura

- Parents Enseignants
- Pas de FDR cardiovasculaire
- RCIU
- Examen clinique: normal
- Activité physique ++
- Activités sédentaires limitées
- Diète: Apports énergétiques satisfaisants  
Répartition déséquilibrée des nutriments  
→ excès de protéines et de lipides

Conseils : ?

- MOTIVATION +++ Parents et Lola

# Cas Clinique 3 - Laura



Suivi médical régulier

MOTIVATION ++

Conseils nutritionnels appliqués

Apports énergétiques

satisfaisants

Activité physique ++

# PERSISTANCE de l'Obésité

En France probabilité de persistance de l'obésité à l'âge adulte:

20 - 50% pour les enfants prépubères

50 - 70% pour les adolescents

à 5 - 6 ans

persistance à 14 - 15 ans

Surpoids

55%

Obésité

80 %

Obésité durant l'enfance → Persistance de l'obésité à l'âge adulte (21 - 29 ans)

1 - 5 ans

31 %

6 - 17 ans

69 %

Beaucoup d'obèses adultes ne l'étaient pas dans l'enfance ! (Wright et al, BMJ 2001)

BMI > 30 à 50 ans

BMI < 25e p

→ 13%

BMI entre 25-90e p

→ 71%

# EVALUATION CLINIQUE

## ATCD Familiaux

- T et P (P max) des parents - grand-parents - fratrie
- Régime alimentaire - Traitement - Chirurgie
- DB type 2- HTA - Dyslipidémie
- Consanguinité

# EVALUATION CLINIQUE

## ATCD Personnels

- Histoire diététique: Allaitement - Diversification - Forcing - Restriction
- Pathologies associées: Neuropathies - Arthropathies -
- Prises médicamenteuses: Corticoïdes ...
- Développement psychomoteur (scolarité)
- TCA
  
- Facteurs déclenchant : Divorce - Naissance - Décès - Changement d'école

# EVALUATION CLINIQUE

- **MOTIVATION:** de l'enfant **ET** de ses parents (selon l'âge)
- Moqueries
- Copains à l'école ...
- Difficultés gestes quotidiens (se chauffer ...) - Eviter les vestiaires ...
- Douleurs articulaires (hanche - genou - pied - dos) - Boiterie
- Sommeil + Ronflements nocturnes (sommolence diurne - signes d'hypercapnie)
  
- Activité Physique: scolaire - hors programme scolaire - marche - escalier ...
- Activité Sédentaire: TV - Jeux - Ordinateur ...
- Carnet Alimentaire (diététicienne)

# EVALUATION CLINIQUE

## EXAMEN CLINIQUE

- Acné - Hyperpilosité (Hyperandrogénie)
- Acanthosis Nigricans: cou - aisselles  
(Insulinorésistance)
- Genu Valgum
- Limitation de la rotation interne des hanches  
(Epiphysiolyse)
- Scoliose
- Grosses amygdales

# EVALUATION

## PAS DE BILANS COMPLEMENTAIRES SYSTEMATIQUES

sauf contexte: DB type 2 dans la famille

Signes d'insulinorésistance (50%)

Hyperandrogénie

Ralentissement de la vitesse de croissance

Suspicion d'endocrinopathie associée (puberté -  
org. génit.)

Retard psychomoteur

## FAIRE TOMBER LES IDEES RECUES

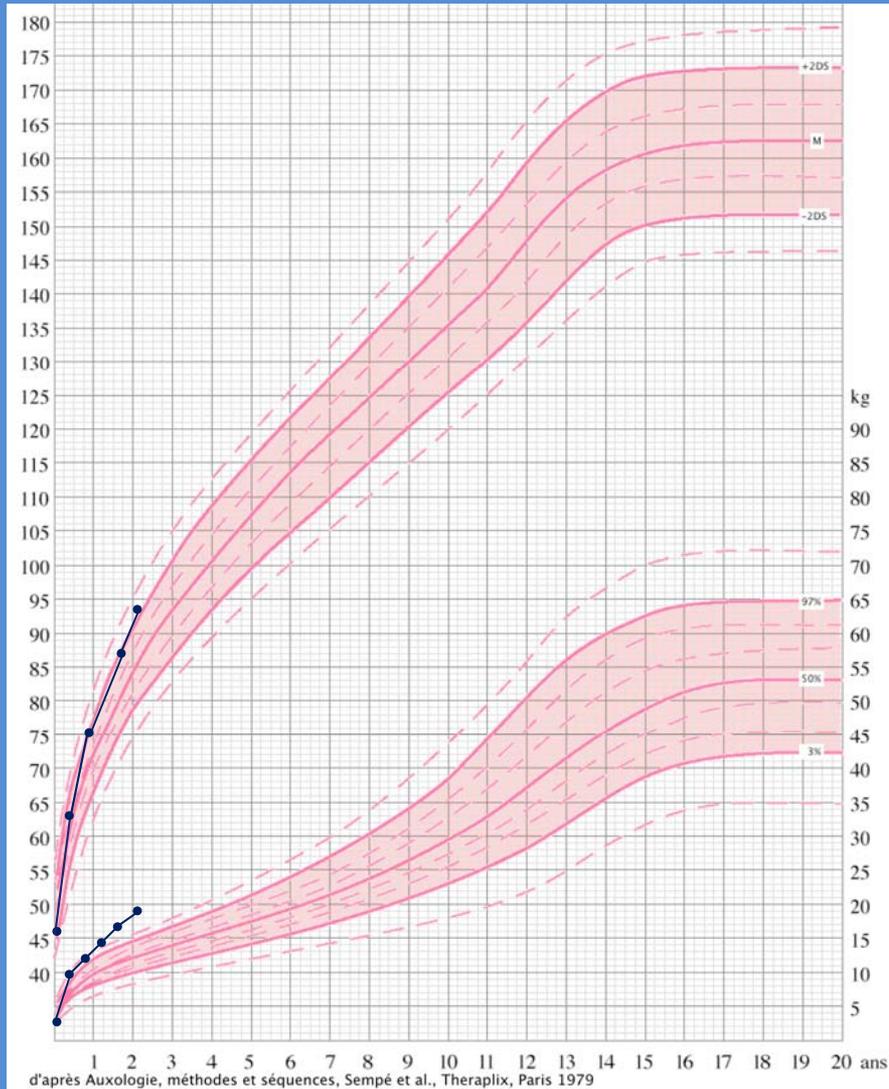
- Faire un bilan ...
  - Perdre des kilos
  - Faire un régime
  - Obtenir des résultats rapides
- 
- **DECULPABILISER**: "Tu n'y es pas pour grand-chose"
  - **MOTIVATION** : implication de TOUTE la famille
  - **SUIVI** prolongé
  - **Thérapeutique** quotidienne

## OBJECTIFS:

- "Je ne mange que pendant les repas" (3 à 4 par jour) =  
moment + assis + table + couverts + ensemble
- "Je ne me ressers pas" (repas structurés: entrée + plat + fruit + yaourt)
- "Marcher 30 minutes par jour" ...

1 objectif principal par consultation

# Cas Clinique 4 - Régine



1ère Constatation...  
Prise en charge...

**OBESITE PRECOCE SEVERE**

- OBESITE PRECOCE SEVERE harmonieuse
- Retard d'acquisition de la marche
- Retard du langage
- Faciès lunaire
- Pas d'anomalie des membres

## Bilan

TSH: 13 mUI/L - T4L: 10.5 pmol/L - T3L: 5.5 pmol/L  
PTH: 344 ng/ml - Ca: 2.26 mmol/L - P: 2 mmol/L - PAL: 234 UI/L  
25 OH D: 15 µg/L

## PSEUDIHYPOPARATHYROIDIE

Mutations gène *GNAS* => ↓ activité Prot GS

- Déficit statural
  - Obésité
  - Faciès lunaire
  - Calcifications sous cutanées
  - Brachydactylie 4e and 5e doigts
  - Retard mental
- 
- Résistance à PTH + autres hormones
  - Clinique d'Hypoparathyroidie: ↓ Ca - ↑ Ph - ↑ PTH

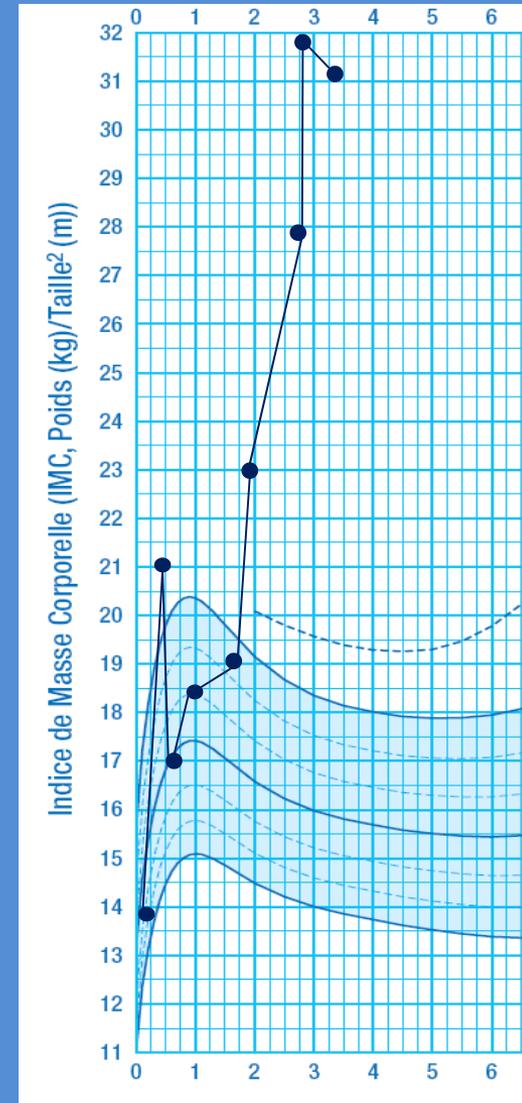
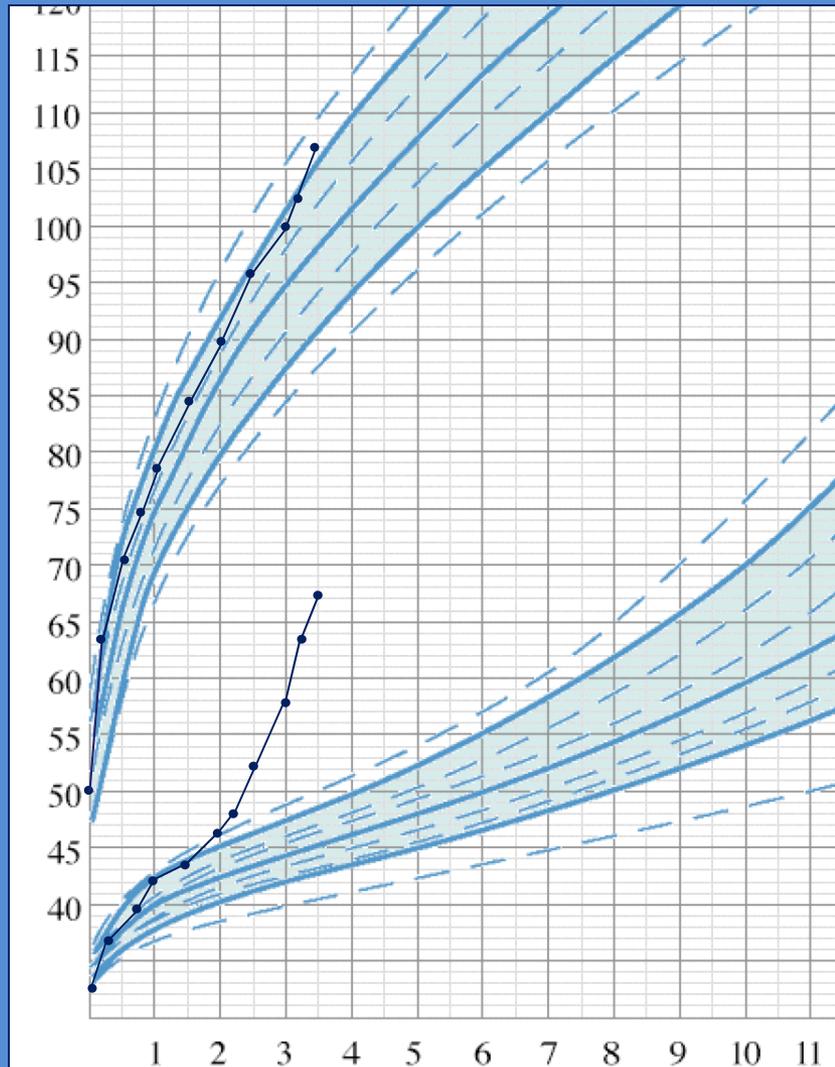


## TRAITEMENT

Levothyrox

UnAlpha ...

# Cas Clinique 5 - Walter



# Eléments cliniques évoquant une obésité syndromique

ATCD d'hypotonie néonatale

Retard mental

Troubles de l'apprentissage - langage - comportement

Troubles neurosensoriels (visuels - auditifs)

Retard statural

Retard pubertaire ou hypogonadisme

Dysmorphie faciale

Anomalies des extrémités (hexadactylie - brachymétacarpie)

## Bardet Biedl

1/150000 naissance

Obésité précoce tronculaire (risque de DT2)

Rétinite pigmentaire

Anomalies rénales (kystes - PUPD - glomérulonéphrites)

Polydactylie ...

## Prader-Willi

1ere phase: Hypotonie néonatale - Acromimie (petites mains et pieds) -

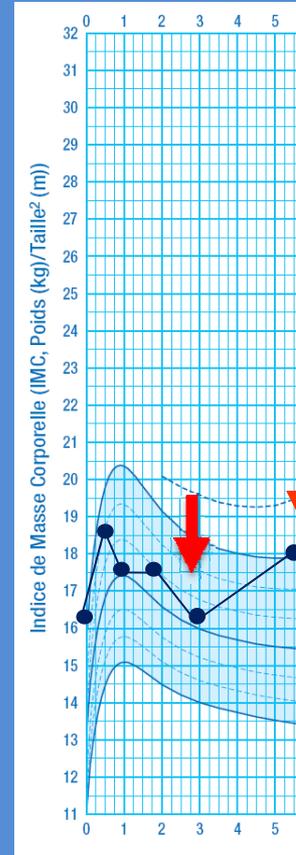
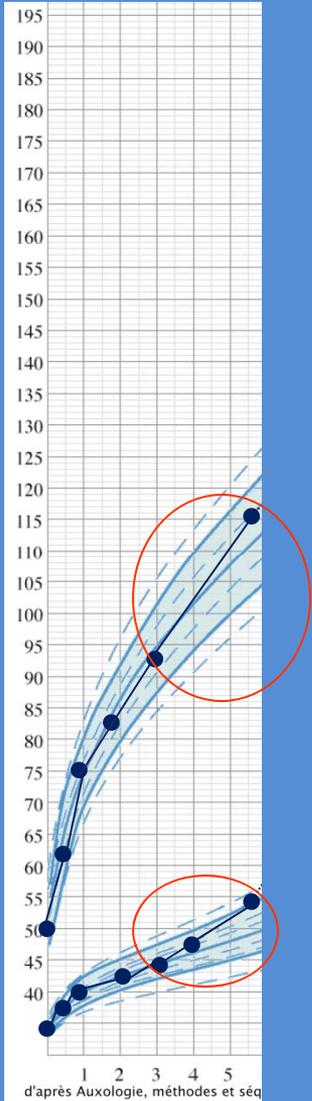
Difficultés alimentaires

2e phase > 1 an : Dysmorphie (bouche en chapeau de gendarme - yeux en

amande - Facies amimique)

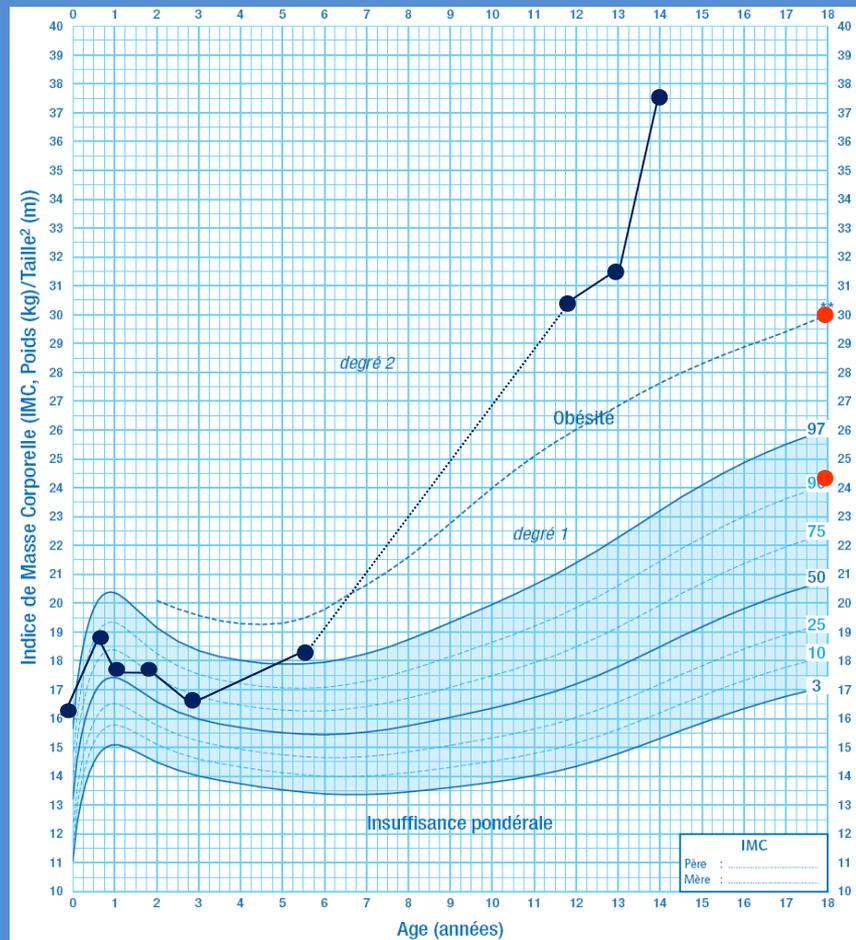
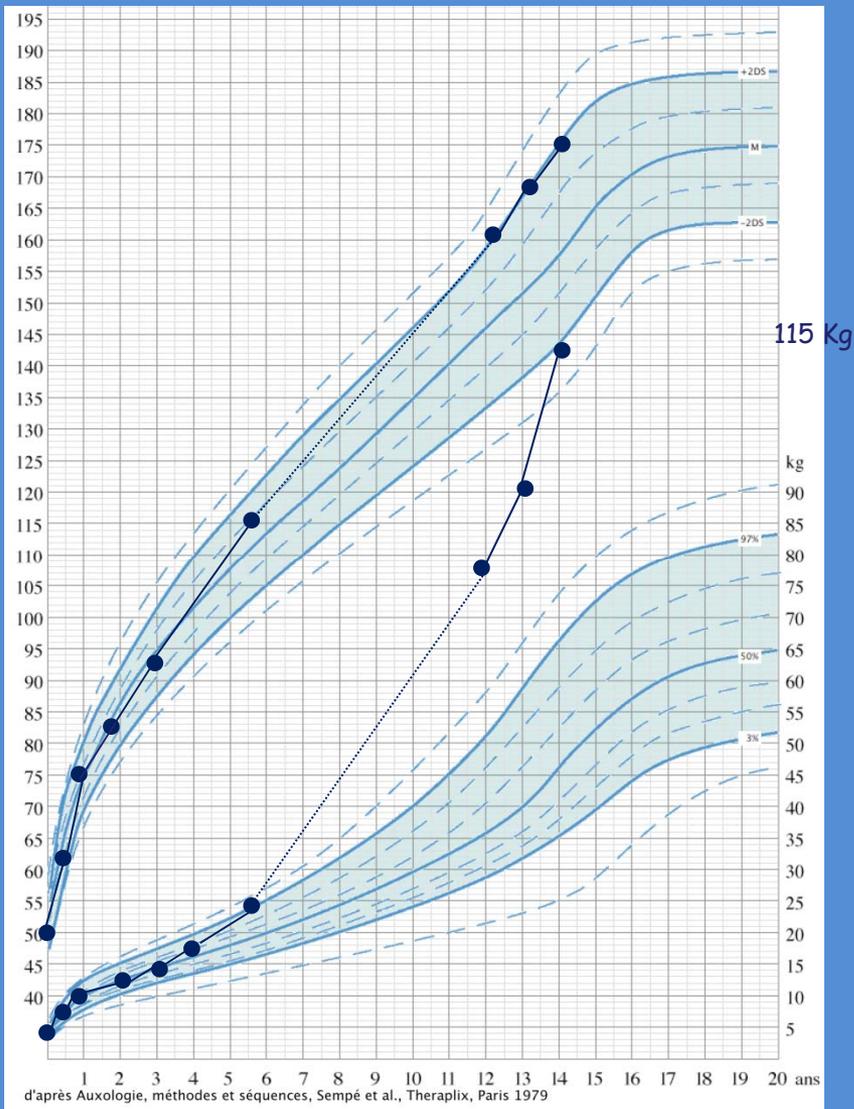
Obésité sévère d'évolution rapide - Retard statural - Micropénis -  
Cryptorchidie - Retard pubertaire (pathologie HH centrale) - Troubles du  
comportement (frustrations colères)

# Cas Clinique 6 - Jonathan 14 ans



1ère Constatation...

# Cas Clinique 6 - Jonathan 14 ans



Constataction...

Prise en charge...

# Cas Clinique 6 - Jonathan

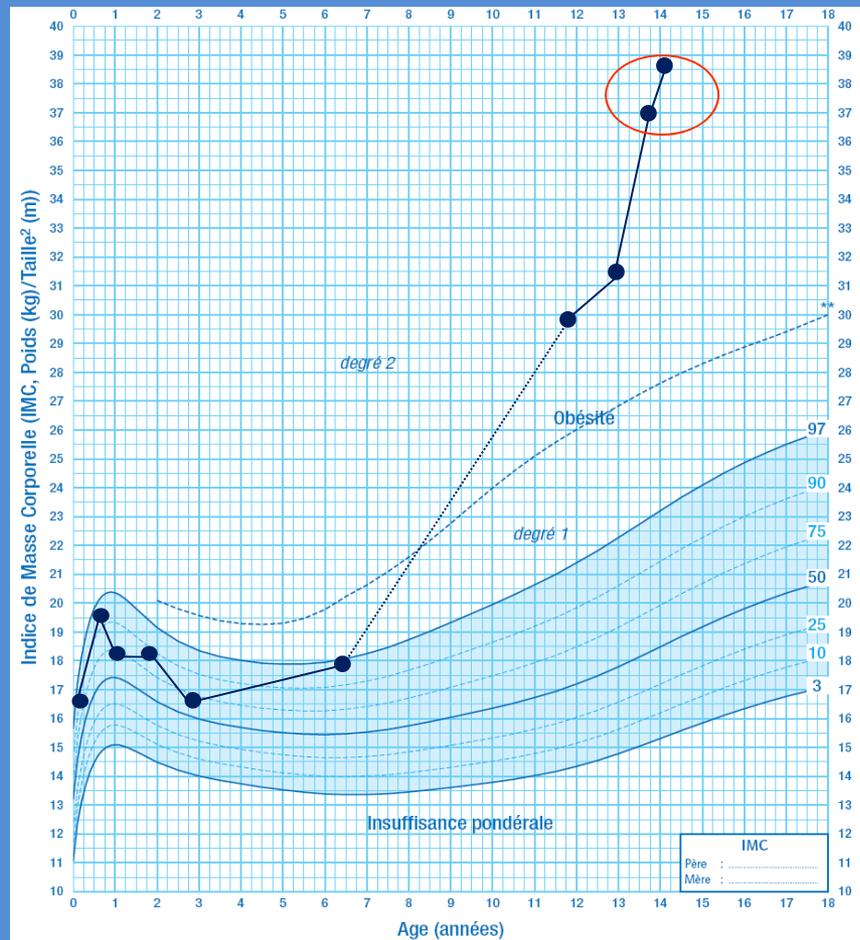
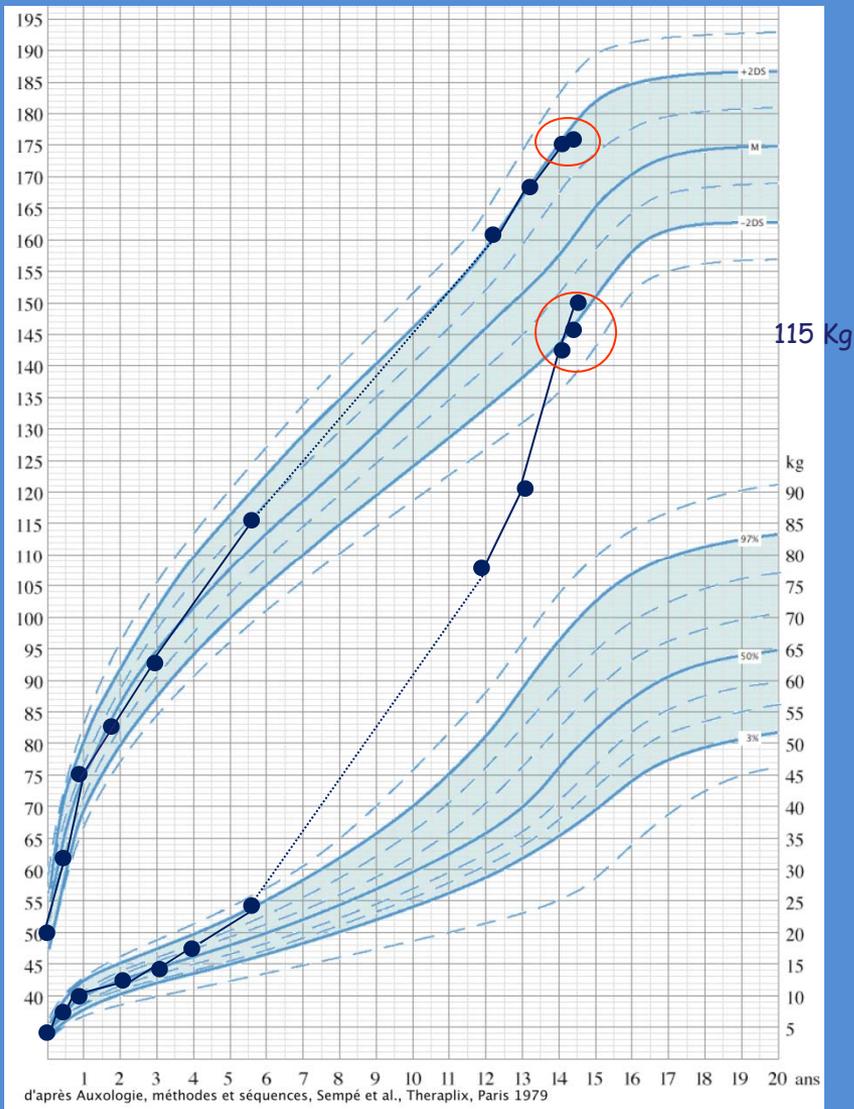
- Parents français non consanguins
- BMI parents: 30 et 24; soeur obèse
- Pas de FDR cardiovasculaire
  
- Bon dvpt PM - Déscolarisé 4e
- Embêté par son P: activité physique
- Ronflements (++)
- Douleur articulaire (-)
- **Activité sédentaires: Ordinateur + TV toute la journée**
- Activité physique (-)

# Cas Clinique 6 - Jonathan

## EXAMEN CLINIQUE

- P = 119 kg - T = 175.5 cm (+2DS)
- IMC = 38.6 kg/m<sup>2</sup>
- TA = 142/70 - FC = 83/min
- Adipo-gynécomastie ++
- Acanthosis nigricans (-)
- Vergetures pourpres dos - abdomen - cuisses
- TT/TH = 121/126
- Stade pubertaire: A1P3G3-4 (40x25mm)
- Verge 70x25 mm

# Cas Clinique 6 - Jonathan



# Cas Clinique 6 - Jonathan

- DIETE:

- Peu de fruits et légumes
- Fromage +++ Féculents +++
- Crèmes desserts
- Plats industriels
- Grignotage (gâteaux + sirop)
- Sirop: 12verres x 150 ml / jour
- Sauces (ketchup - mayo) à tous les repas
- Frites - Fritures et viennoiseries ++

= 3400 Kcal/j pour des ANC = 2100 Kcal/j

PEU MOTIVE

# Cas Clinique 6 - Jonathan

## BILANS

Bilan hormonal nl

HGPO: HYPERINSULINISME + INTOLERANCE AU GLUCOSE

Saturation nocturne: Nombreuses désaturations

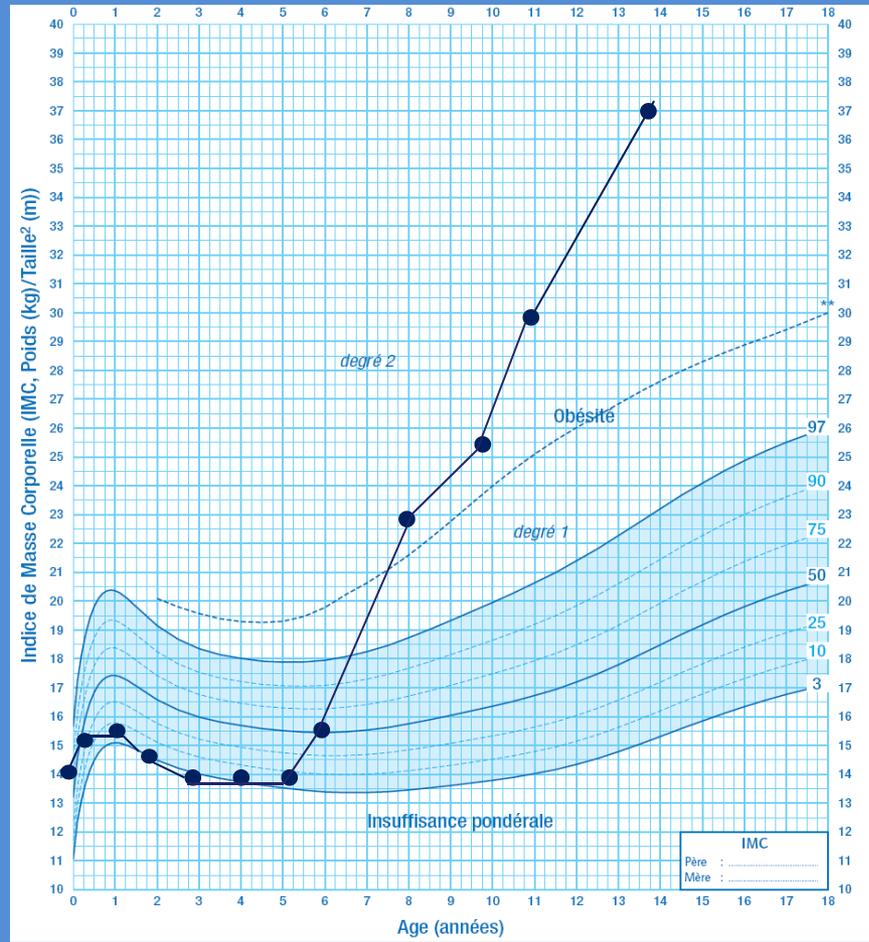
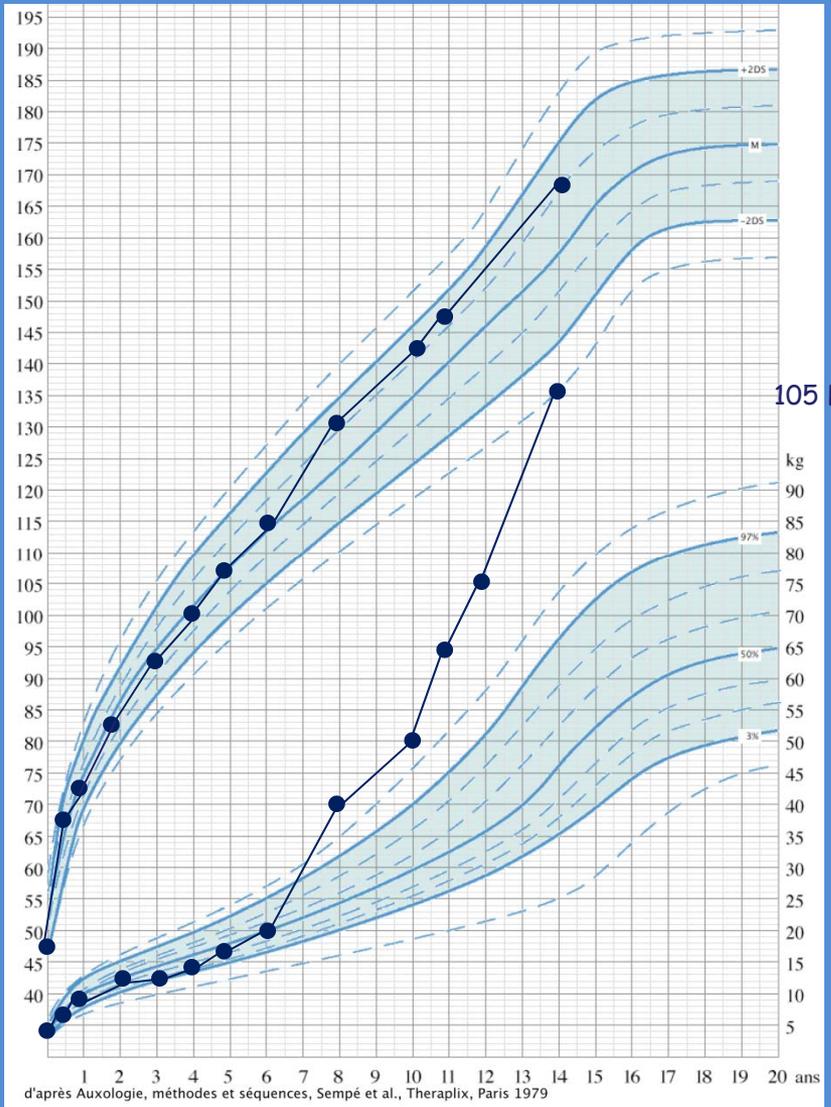
Polysomnographie prévue (VNI)

→ Rechercher signe d'Hypercapnie

# Cas Clinique 6 - Jonathan

- OBESIE MORBIDE
- Croissance achevée
- Complications métaboliques
- Complications respiratoires
- PAS DE MOTIVATION

# Cas Clinique 7 - Palle



Constatation...

Prise en charge

# Cas Clinique 7 - Palle

- Parents indiens non consanguins
- BMI parents: 31 et 36; soeur: 33.5
- DT2 + HTA mère et père
  
- Bon dvpt PM - 3e
- Embêté par son P: activité physique
- Ronflements (-)
- Douleur articulaire (-)
- Activité sédentaires: WE toute la journée
- Activité physique scolaire: 2h /semaine

# Cas Clinique 7 - Palle

- DIETE:

- Peu de fruits et légumes
- Fromage + Féculents +++
- Plats industriels
- Grignotage (gâteaux + viennoiserie)
- Sodas entre les repas
- Sauces (ketchup - mayo) à tous les repas
- Frites - Fritures et viennoiseries ++

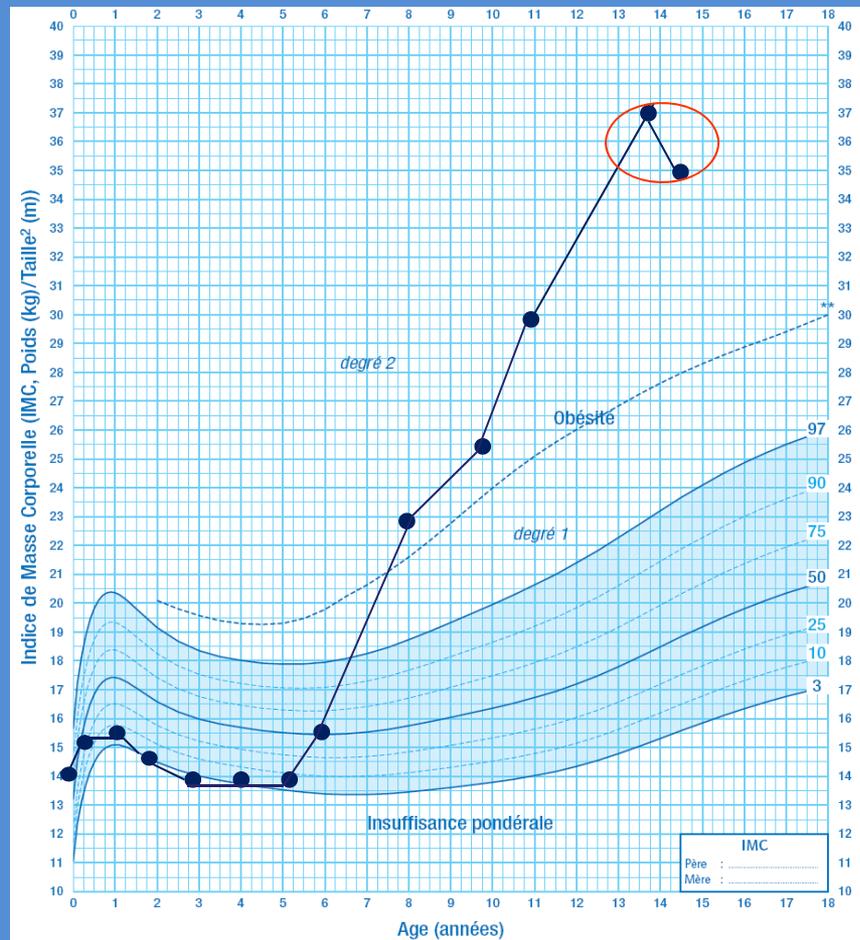
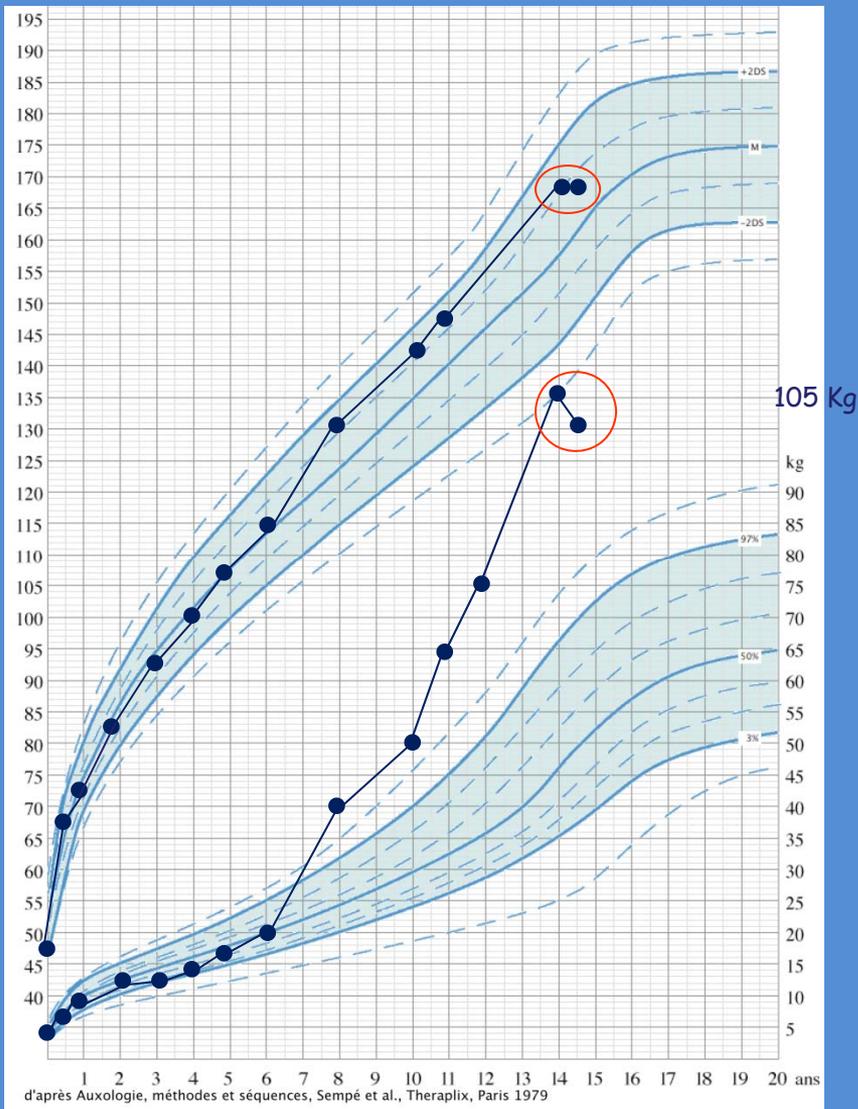
= 3400 Kcal/j pour des ANC = 2100 Kcal/j

# Cas Clinique 7 - Palle

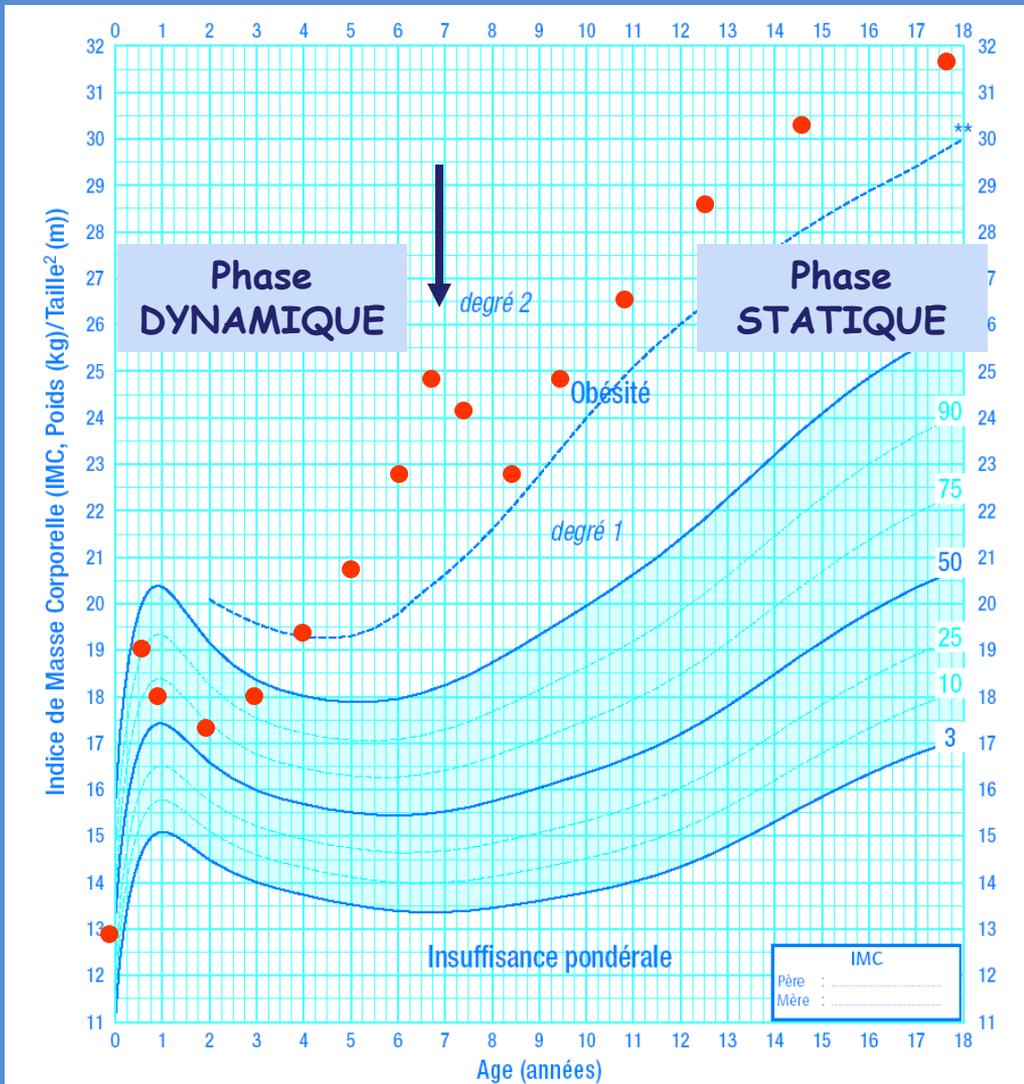
## EXAMEN CLINIQUE

- TA = 120/75 - FC = 83/min
- Adipo-gynécomastie ++
- Acanthosis nigricans axillaire + cervical
- Vergetures claires
- TT/TH = 121/126
- Stade pubertaire: A3P3G3
- Verge 60x15 mm

# Cas Clinique 7 - Palle



Repas structurés - ↓ qté  
 Fruits + Légumes



# En conclusion : chez l'enfant

- Dépister le risque d'obésité ou l'obésité
  - Mesurer, peser et tracer la courbe d'IMC
  - Apprécier le rebond d'adiposité
- S'intéresser à l'enfant
  - Alimentation
  - Activités
  - ATCD et développement physique et psychomoteur
  - Contexte familial

# En conclusion : chez l'enfant

- Apprécier la gravité de l'obésité
  - Grade 2
- Donner les conseils nutritionnels
  - Bonnes règles de vie
  - Alimentation équilibrée
- Rechercher les complications
- Organiser une prise en charge au long cours

# Obésité de l'enfant et l'adolescent : Dépistage et prise en charge

George Gelwane Endocrinologue Pédiatrique  
Hôpital Robert-Debré Paris 7

Hervé Moula DMG Paris-Diderot Paris 7

Philippe Zerr DMG Paris-Diderot Paris 7