

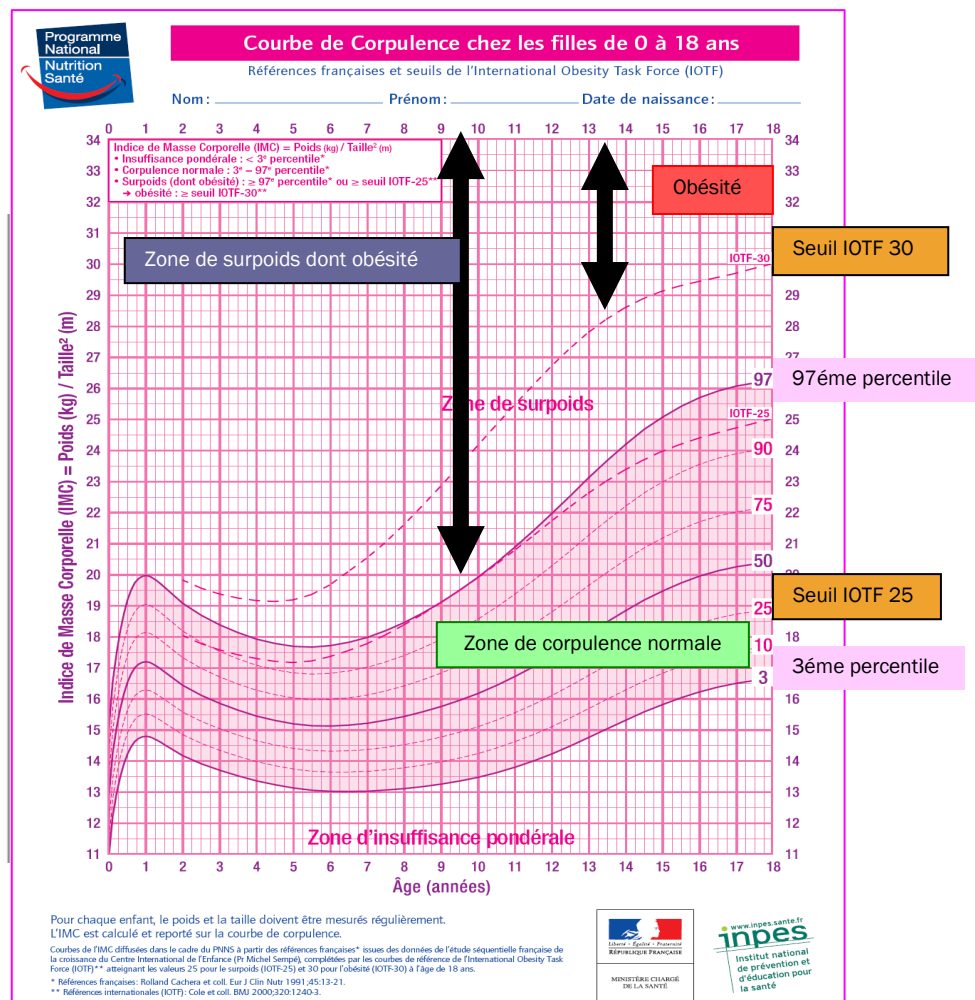
❖ **Conférence statutaire de Marie GUERIN BROS ;**  
**"SURPOIDS ET OBESITE DE L'ENFANT ET DE L'ADOLESCENT"**

**Points de repères**

- ✗ Le surpoids et l'obésité sont définis par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) comme "une accumulation anormale ou excessive de graisse corporelle qui peut nuire à la santé"
- ✗ L'indice de masse corporelle (IMC), reflet de la corpulence, est couramment utilisé pour estimer l'adiposité.  
 $IMC = \text{poids (kg)} / \text{taille}^2 \text{ (m}^2\text{)}$
- ✗ La mesure du périmètre abdominal permet d'estimer le niveau d'adiposité abdominale, qui est un reflet du risque cardio-vasculaire et métabolique
- ✗ Tour de taille / taille : si  $> \text{à } 0.5$  témoigne d'un excès de graisse abdominale



$IMC \geq \text{seuil IOTF-30}^7$	Obésité <sup>8</sup>
$IMC \geq 97^{\text{e}}$ percentile	Surpoids (incluant obésité)
$3^{\text{e}} \leq IMC < 97^{\text{e}}$ percentile	Corpulence normale
$IMC < 3^{\text{e}}$ percentile	Insuffisance pondérale



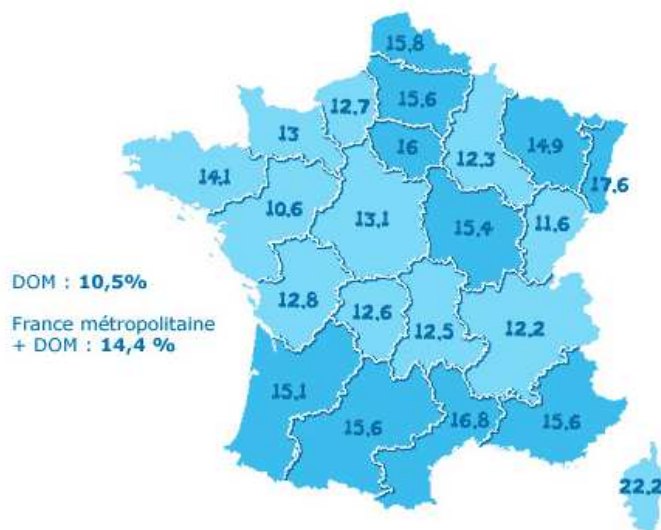
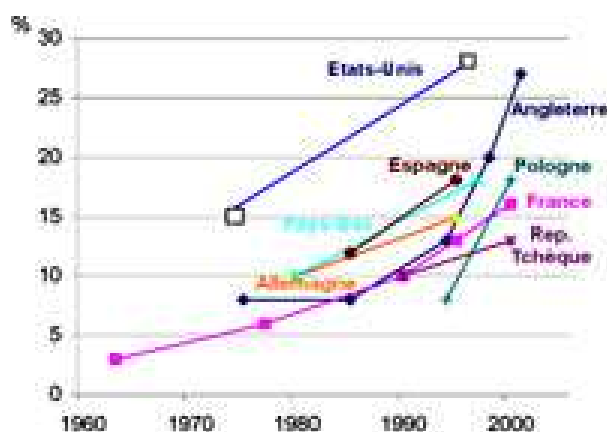
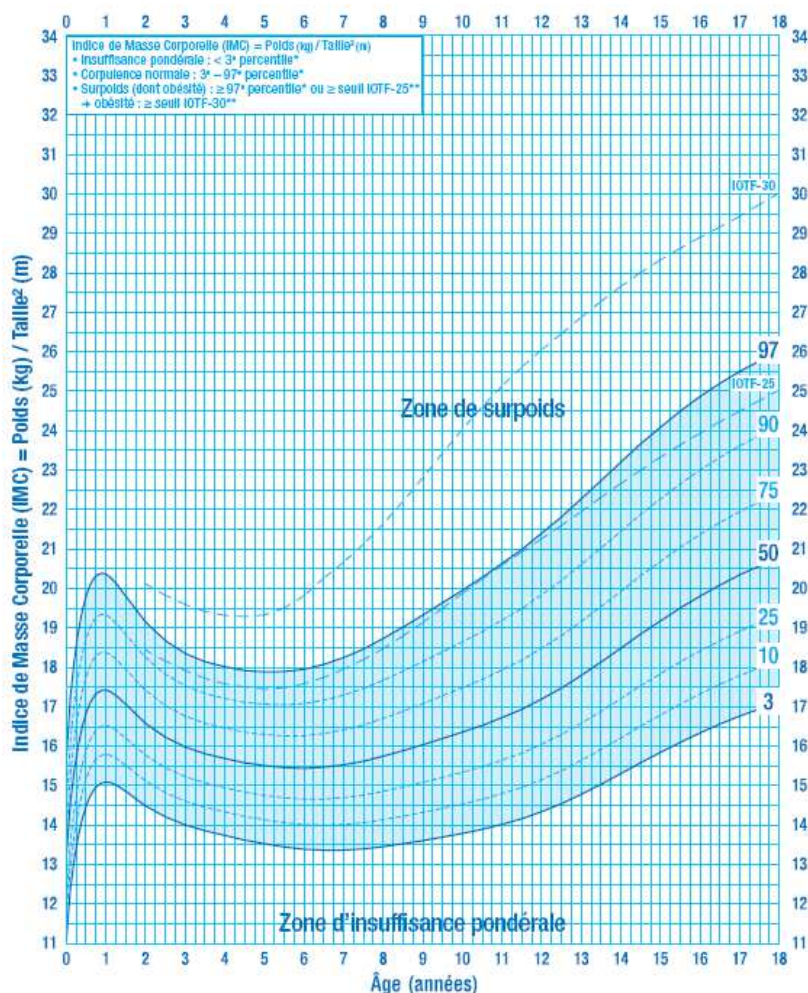
## Courbe d'IMC garçons

### Le rebond d'adiposité

- ✗ La diminution de l'IMC entre 1 an et 6 ans correspond à une diminution physiologique de l'adiposité
- ✗ Un rebond d'adiposité précoce est associé à un IMC plus élevé dans l'adolescence et chez le jeune adulte et à un risque supérieur de devenir obèse à l'âge adulte

### La prévalence

- ✗ Dans le monde: la prévalence du surpoids (obésité incluse) de l'enfant est passée de **4,2 % en 1990**, à **6,7% en 2010**. Cette tendance devrait atteindre **9,1 % en 2020**. **Le taux d'obésité est x2 dans les pays développés.**
- ✗ En France: elle est de **6% dans les années 70**, de **10% dans les années 90** et **13% en 1996** avec une prévalence plus forte pour l'obésité que pour le surpoids, de **12% à 18% dont 3% d'obésité en 2007**(suivant les études), elle se stabilise.



### Pourquoi s'alarmer de l'obésité pédiatrique

- ✗ L'obésité chez les enfants présente un risque important de persistance à l'âge adulte : de 20% à 50% avant la puberté, à 50% à 70% après la puberté.
- ✗ On constate une augmentation de la mortalité chez l'adulte: l'excès de mortalité est estimé entre 50% et 80% selon les études et lié essentiellement aux maladies cardiovasculaires.

### Les causes : obésité hormonales, génétiques

- ✗ Hormonale: thyroïde, H de croissance, cortisol
- ✗ Génétique: action de gènes sur la prise alimentaire (leptine), le métabolisme énergétique, du tissu adipeux (adiponectine), des lipides, par mutation MC4r et MC3R)
- ✗ Syndromique: rares (ex:Prader Willy)
- ✗

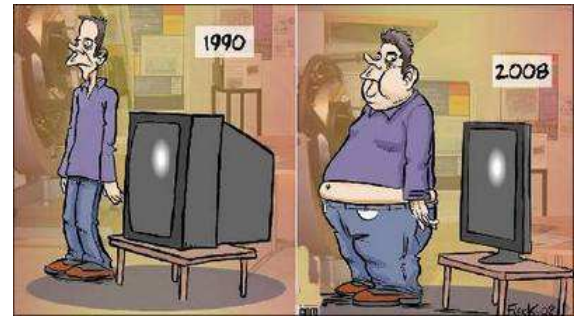
## Hypothèses ?

- × Maladie du tissu adipeux
- × Rôle de l'hypothalamus en particulier sur la satiété
- × Microbiote et microbiome, place de l'intestin

## Contexte et antécédents

- × Obésité parentale: facteur de risque le plus important
- × Obésité maternelle pendant la grossesse: le risque est x2
- × Diabète gestationnel: augmentation de la masse grasse à la naissance
- × Allaitement maternel: probable effet protecteur si > 6 mois mais faible importance

## Les déterminants de l'obésité



## Facteurs environnementaux

- × Déséquilibre entre les apports et les dépenses
- × Consommation excessive d'aliments à haute teneur énergétique
- × **Mais l'origine est complexe et multifactorielle**
- × Statut socio économique des parents: le risque d'obésité diminue avec les CSP plus "favorables" des 2 parents
- × Attitude éducative des parents concernant l'auto ajustement sur les prises alimentaires: trop laxistes ou trop restrictifs, prise de repas en commun ou pas, alimentation plus saine...
- × Sédentarité et environnement géographique
- × Durée du sommeil : pour chaque heure de sommeil supplémentaire le risque d'obésité pourrait être diminuer de 9%
- × Temps écran trop important

## Facteurs psychologiques

- × Recherche systématique de fond dépressif
- × Recherche de troubles du comportement alimentaire à type d'hyperphagie boulimique souvent associé à des troubles psychopathologiques

## Les complications

- × Puberté : peut être avancée chez les filles et retardée chez les garçons
- × syndrome des ovaires polykystiques avec risque de stérilité
- × Orthopédique: genoux et hanches et chevilles surtout
- × Respiratoire: dyspnée d'effort, trouble restrictif, apnée du sommeil
- × Métabolique: insulino-résistance, dyslipidémie, stéatose hépatique, diabète de type 2
- × Cardiovasculaire : HTA, athérosclérose
- × Esthétique et morphologique: vergeture, pseudo gynécomastie, verge enfouie
- × Psychologique et sociale: stigmatisation, estime du corps et de soi

## La perte de poids n'est pas un objectif prioritaire chez l'enfant et l'adolescent en surpoids ou obèse (recommandation de la haute autorité de santé 2011)

Cependant, une réduction de l'IMC est recommandée dans les situations suivantes :

- × Surpoids ou obésité avec comorbidités sévères:
  - Intolérance au glucose ou diabète de type 2
  - Troubles respiratoires et apnées du sommeil
  - Complications orthopédiques sévères
  - Complications hépatiques sévères
- × Handicap induit par l'obésité (gêne dans la vie quotidienne, incapacité à se déplacer, à assumer des gestes courants de la vie quotidienne, etc.)
- × En pratique les enfants et les adolescents qui consultent demandent cette perte de poids

## Première étape : l'examen clinique

L'examen clinique et l'entretien avec la famille permettent de construire le projet avec la connaissance des leviers sur lesquels il est possible d'agir.

A partir du bilan partagé qui aura été effectué, on élabore :

- ✗ **des solutions en évitant d'imposer son propre point de vue**
- ✗ **un nombre limité d'objectifs précis impliquant un changement de comportement de la famille et de l'enfant/adolescent, négociés avec eux.**

## Moyens thérapeutiques

C'est une combinaison d'approches diététiques, d'activité physique, d'accompagnement médical, éducatif et psychologique qui varie et s'adapte en fonction de la problématique de l'enfant ou de l'adolescent.

## L'accompagnement diététique

Son but:

- ✗ Obtenir un changement durable dans les habitudes alimentaires de l'enfant/adolescent et de son entourage.

Ses moyens:

- ✗ Les repères nutritionnels du PNNS (programme national nutrition santé) pour l'enfant et l'adolescent.
- ✗ Les régimes à visée amaigrissante, quelle qu'en soit la nature (hypocalorique ou hyperprotidique, etc.) ne sont pas recommandés car nocifs et inefficaces à long terme.
- ✗ Pas d'interdiction d'aliment. Risque d'induire ou de renforcer un phénomène de restriction cognitive chez l'enfant ou l'adolescent.
- ✗ Les objectifs sont retenus en accord avec le patient et sa famille en tenant compte de leurs goûts et des représentations familiales de l'alimentation, liées au contexte social ou culturel.

## Un nouvel équilibre alimentaire

- ✗ **Pendre le temps de manger**
  - Couper les aliments en petits morceaux
  - Manger lentement
  - Mâcher
  - La durée de la digestion est de 4 heures
- ✗ **Associer les différentes classes d'aliments**
  - ✓ Les protéines
  - ✓ Les glucides
  - ✓ Les lipides
  - ✓ Éviter les boissons sucrées, préférer l'eau
- ✗ **Organiser le rythme des repas**
- ✗ **Mettre en place les quantités nécessaires et suffisantes**
- ✗ **Reconnaître la faim et la satiété**

## L'activité physique et sportive

- ✗ L'activité physique est à intégrer dans la vie courante.
- ✗ Elle n'a pas ou très peu d'effet sur la corpulence. Par contre, elle entraîne des modifications de la composition corporelle en contribuant à diminuer la masse grasse et en stabilisant voire en augmentant la masse musculaire.
- ✗ **Un minimum de 60 minutes par jour d'activités physiques d'intensité modérée ou plus élevée est recommandée: jeu de ballon, roller, promener le chien, faire son lit, monter les escaliers, aller à l'école à pied ...**
- ✗ Trouver du plaisir dans ses activités
- ✗ Penser à adapter la pratique du sport

## Dépense calorique et activité physique et sportive

Activité physique	Nombre de calories dépensées/h
Sommeil	60
Position assise	90
Position debout	120
Marche, jardinage	170
Activité professionnelle	170
sport	>300
Course à pied 10km/h, 1h	750
Natation 1,5km/h	450
tennis	400

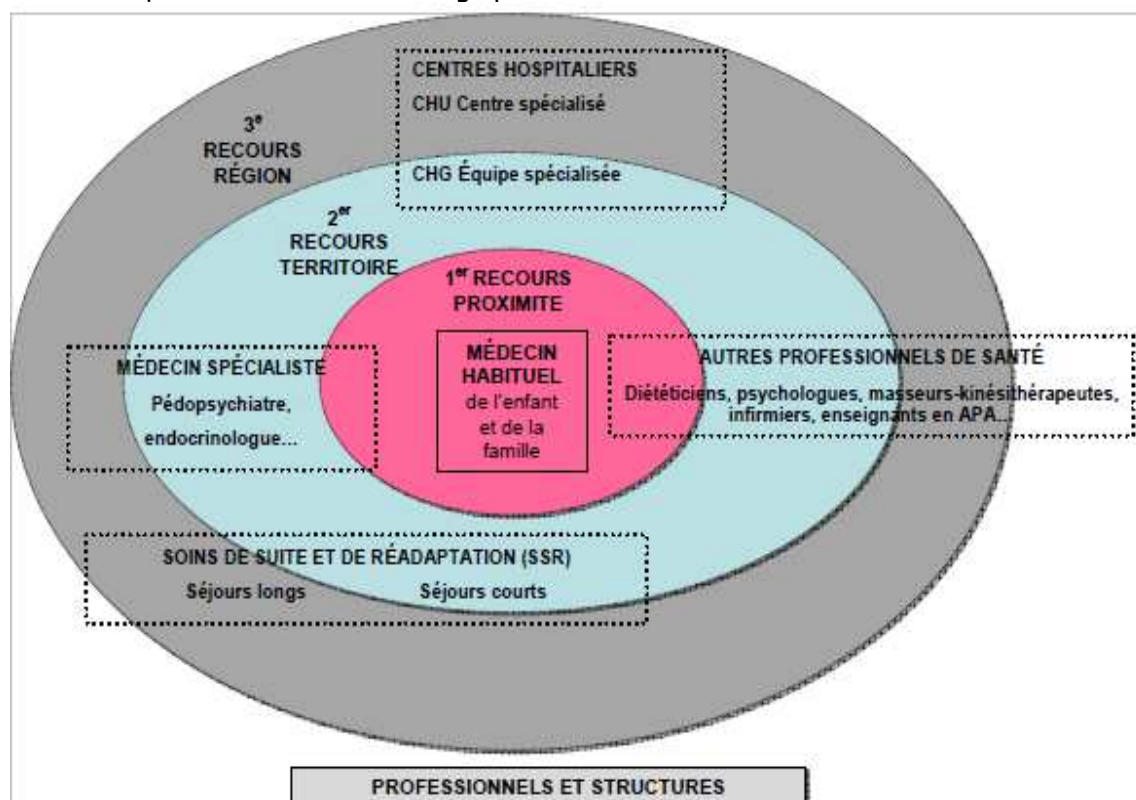
### L'accompagnement psychologique

✗ L'obésité se complique souvent de souffrance psychique et relationnelle voire de psychopathologie.

✗ **Mécanismes:**

Les rejets, les moqueries sont très fréquents allant parfois jusqu'à l'isolement social. Une souffrance psychique secondaire peut apparaître avec une baisse de l'estime de soi et d'une mauvaise image du corps

La dévalorisation de soi et l'isolement social peuvent entraîner les compensations alimentaires et la sédentarité qui accroissent la surcharge pondérale



### Prises en charge en établissement 3<sup>ème</sup> recours

✗ Ces structures sanitaires permettent d'offrir aux enfants et adolescents une prise en charge multiprofessionnelle associée à une scolarité dans le cas des séjours prolongés en dehors des vacances scolaires.

✗ L'objectif d'un séjour est de permettre une modification comportementale durable qui aura pour conséquence une diminution de la corpulence et qui permettra de limiter l'incidence des comorbidités, de traiter les complications existantes, d'améliorer la qualité de vie du patient tout en favorisant le soutien et l'accompagnement des parents tout au long de l'hospitalisation