



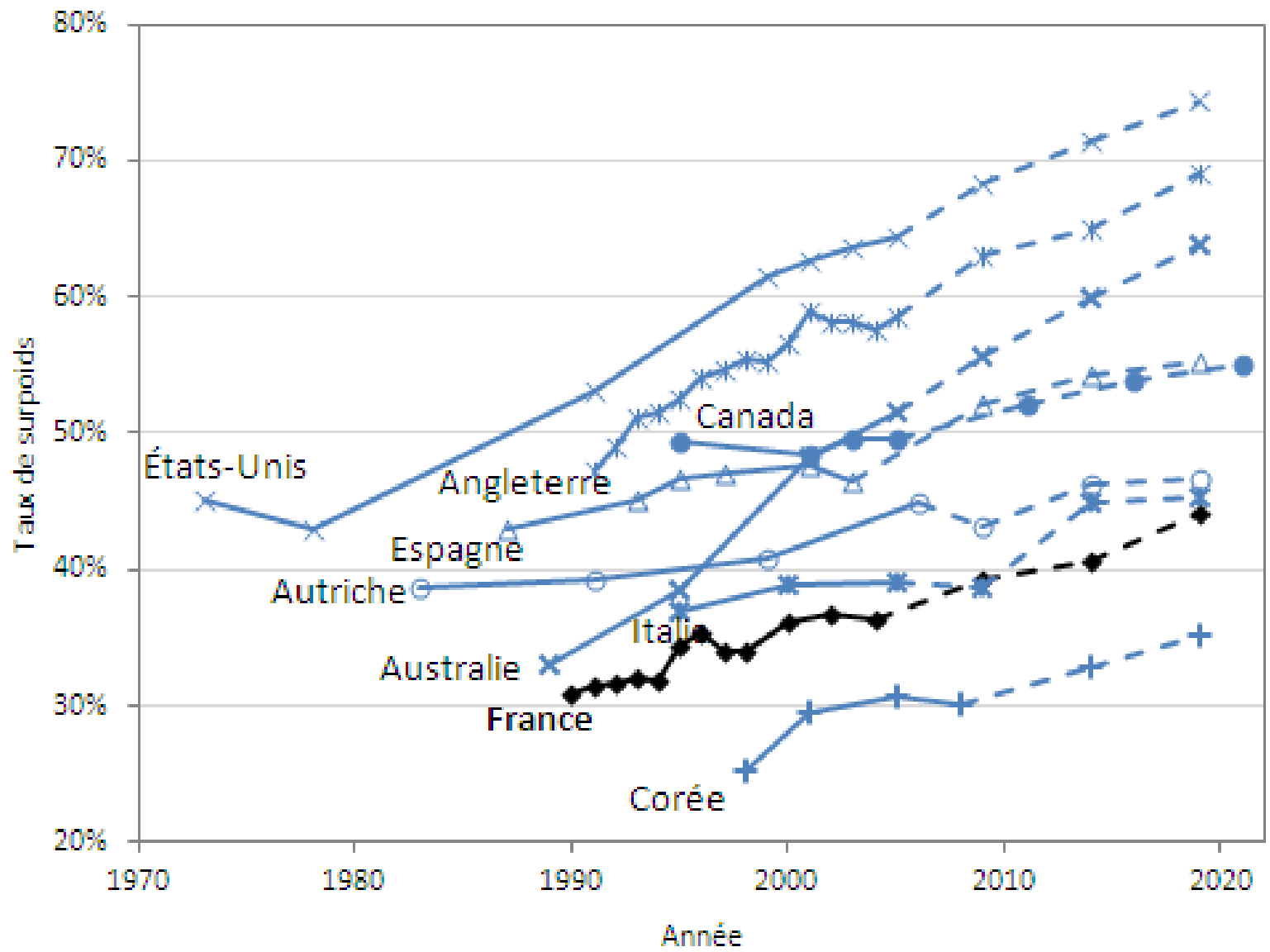
Obésité: l'adolescence

Quelle place pour la chirurgie bariatrique

Frantz Lancelin, pédiatrie CHVA

Obésité : généralités

- Etat actuel: cas de l'obésité commune
- **Épidémie d'obésité** décrite aux USA et dans le monde depuis 20 ans
- Attribuée à des modifications de l'environnement :
- 1: Orientation nutritionnelle tournée vers une surconsommation de glucides (industriels de l'alimentaire)
- 2: sédentarité accrue ...attribuée en partie aux « écrans »
- 3: complexité de la situation ; l'obésité /ses complications étant principalement dues à une origine familiale..(60 à 80% de facteurs génétiques)
- Intervention de multiples facteurs **dont le niveau socio-économique**(absence d'accès aux fruits et légumes)



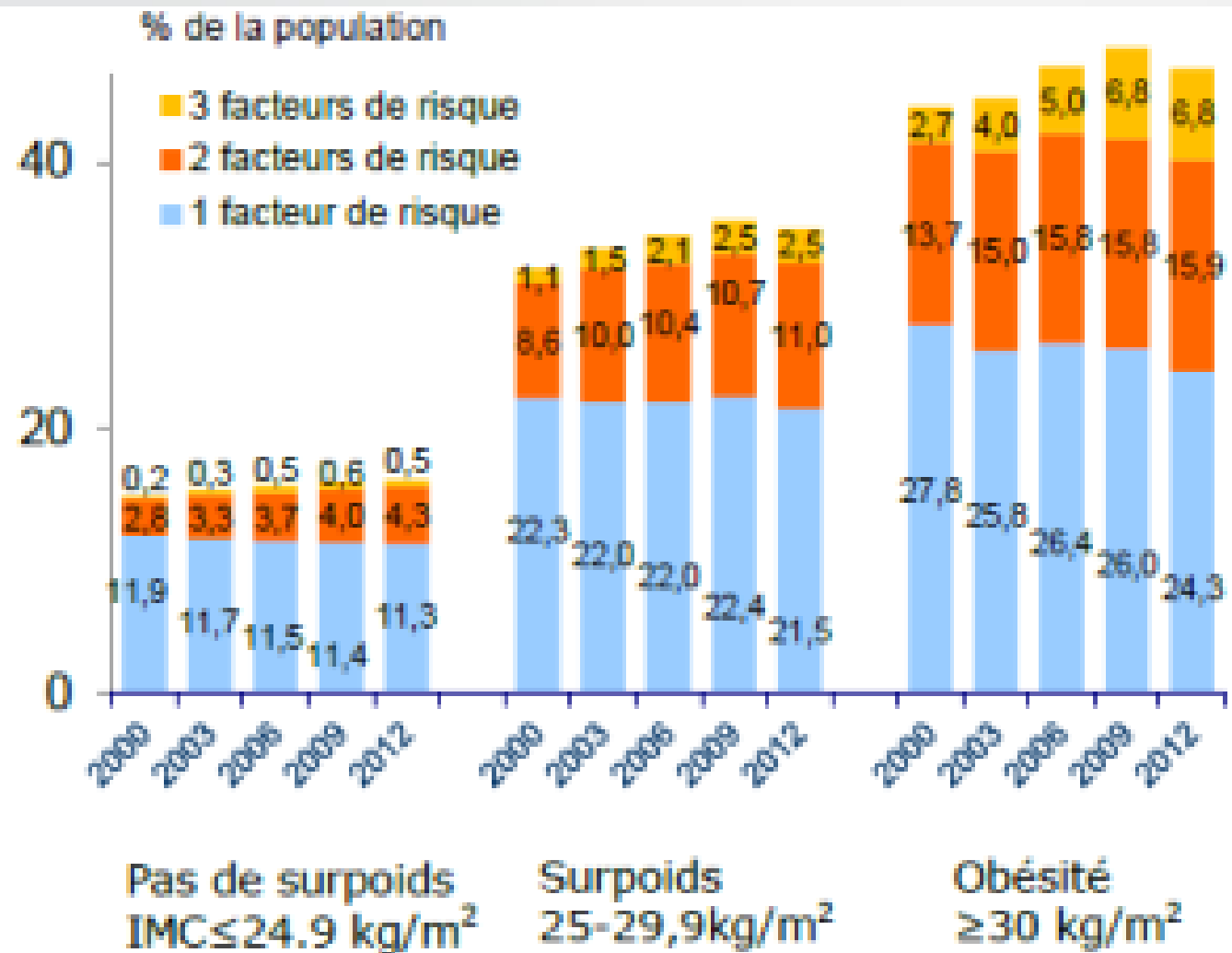


Figure 42 : Prévalence de sujets avec 1, 2 ou 3 facteurs de risque par niveau d'IMC depuis 2000

Obésité infantile : les chiffres

Enquete INVS 2006 /20017: publication BEH 2015

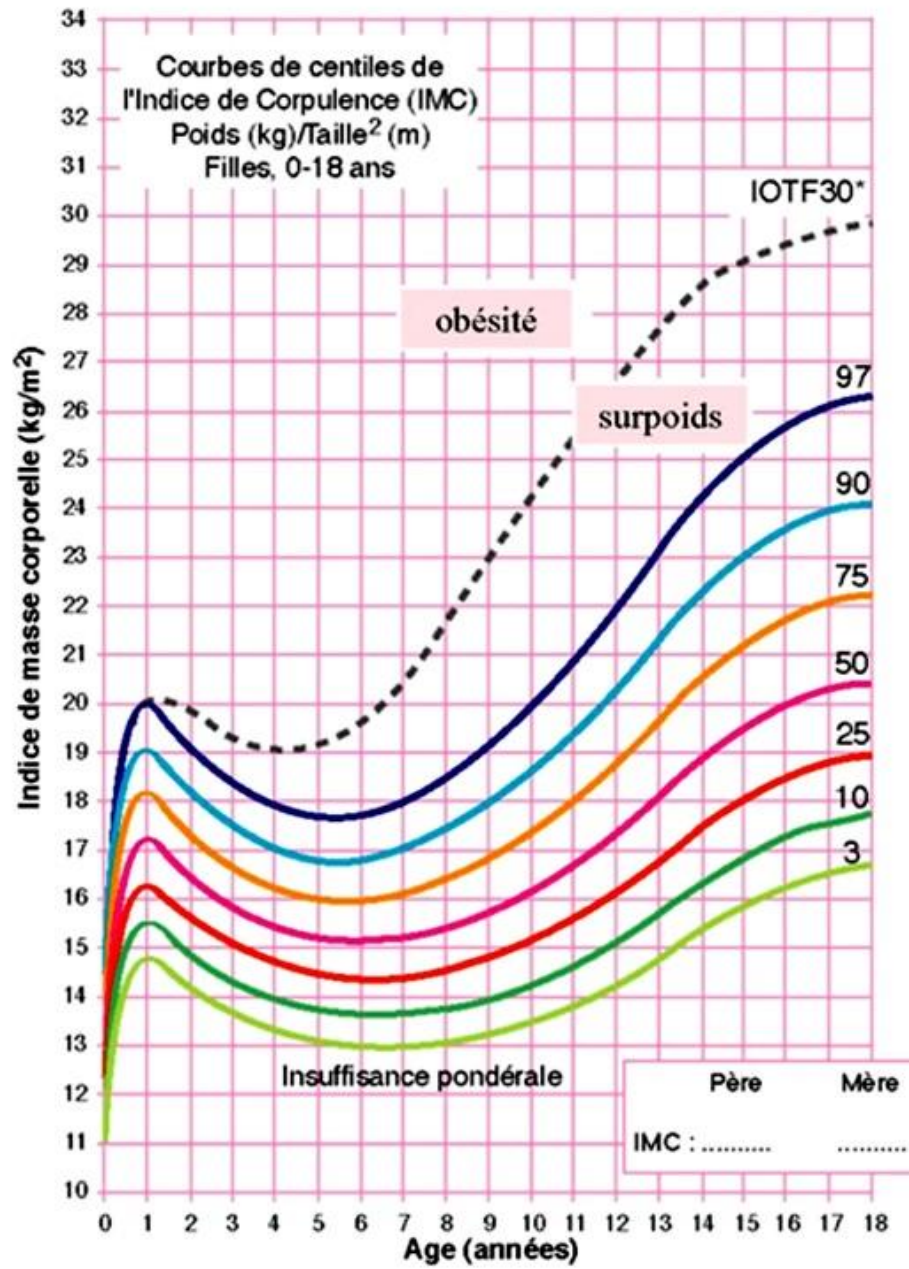
- **Adulte** Prévalence surpoids (imc 25 à 30) :49% imc moyen :25,8(18 - 74 ans)
- Obésité modérée imc<35: adulte 17%(fréq x2 de 55 à 74 ans)

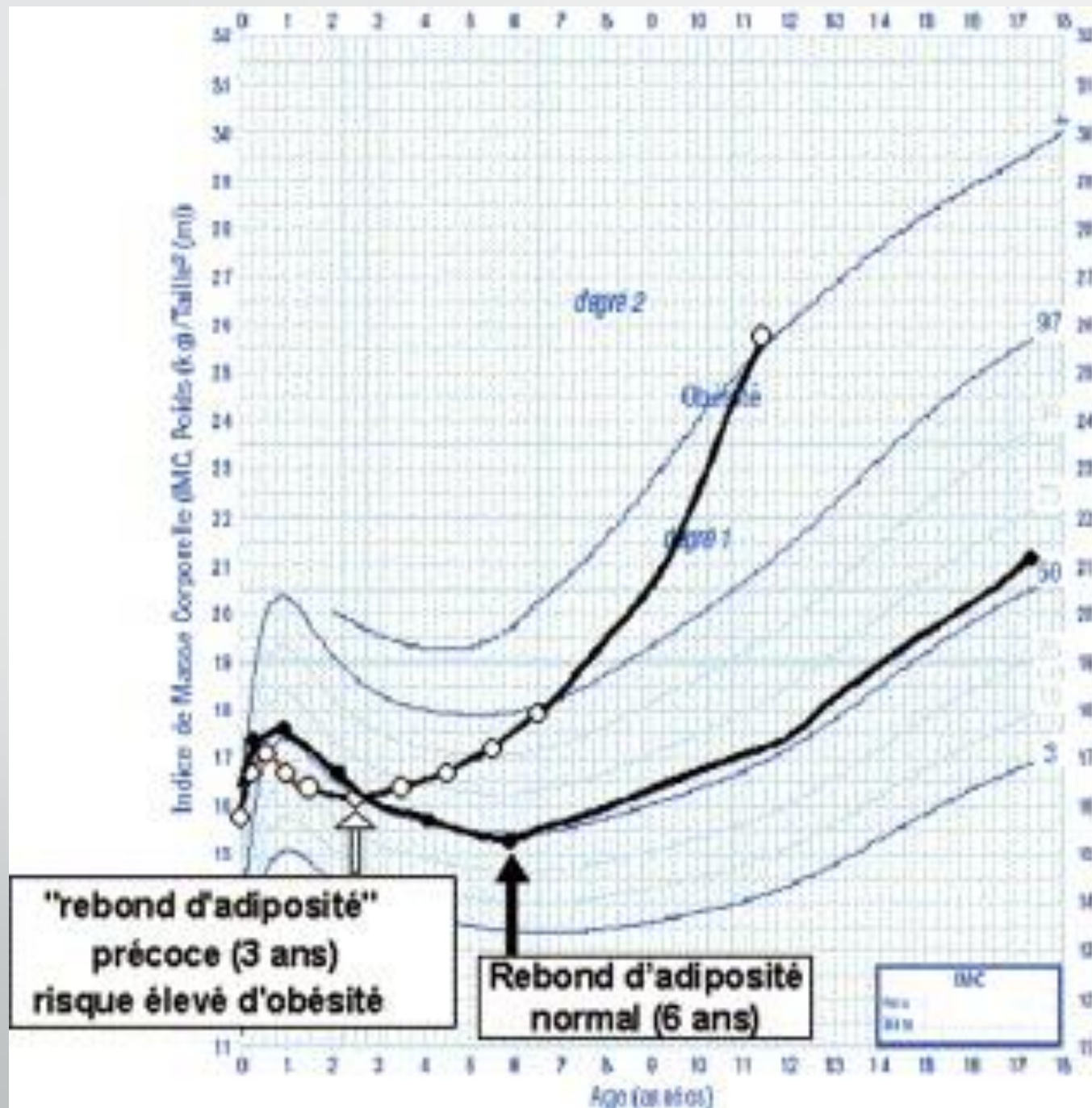
- **Enfant** :surpoids –**stable** (6-17 ans) de 2006 à 2015 :
- Fille :17,6%/16,9% obésité :3,3%/3,9%
- Surpoids garçons : 11,5%/8,6%
- augmentation de la maigreur chez les filles (11-14 ans) :20% (<18,5 imc)

Priorité de santé publique HAS sept 2011

Programme National Nutrition Santé

- définir obésité : sur courbes corpulence IMC ; limite à 97% seuil surpoids
- Seuil IOTF-30 valeur 30 à 18 ans: obésité adulte
- Précocité du rebond d'adiposité physiologique de 6 ans..obésité
- prévalence surpoids de 6% (1970) à 13%(1996)
- Actuel 18% ...3,5% obésité(3 à 17 ans)
- Prévalence > si population défavorisée+++++
- Risque rester obèse:20 à 50% avant puberté et 50 à 70% après





**"rebond d'adiposité"
précoce (3 ans)
risque élevé d'obésité**

**Rebond d'adiposité
normal (6 ans)**

IMC
Moyenne
Ecart-type

Démarche médicale 1:

interrogatoire/examen /prise en charge/niveau intervention

- **Eliminer obésités :**
- **monogéniques** : rares , précoces , sévères (leptine ou mélanocortine)
- **Syndromiques**: associé à retard mental , dysmorphie faciale , malformations congénitales majeures) hypotonie néonatale ++
- (prader willi , Bardet Biedl, microdeletion 22q11)
- **Eliminer obésités endocriniennes** : ralentissement de la croissance ou absence d'accélération + prise de poids , accentuation très rapide de la corpulence (cushing , tumeurs cérébrales)

Démarche médicale 2 :

- **Interrogatoire** :environnement familial ,obésité jusqu'aux grands parents ,comorbidités familiale: HTA ,dyslipidémies .;accès à une alimentation saine etc...
- Alimentation ,habitudes de vie ,retentissement physique et psychologique: recherche trouble des conduites alimentaires
- retentissement physique :essoufflement ,douleurs hanches ,genoux, rachis,
- **Examen clinique** : type obésité ,IMC, tour de taille(TT/T >0,5 excès graisse abdo), HTA, puis.....
- Peau: acanthosis nigricans, hyperandrogénie(pilosité),vergetures(aspect) ,
- Puberté en avance ?

A l'adolescence:

- **Vécu +difficile des différences**
- Identification de l'adolescent à sa **tribu**
- Adhésion à des **modèles** sociaux idéalisés
- Difficulté à se construire une **identité**/personnalité
- **Sensibilité** « à fleur de peau » aux railleries...
- Gravité de la **discrimination** / conséquences graves
- Existence de cas de **harcèlements**(..via réseaux sociaux)

D'où:

- Nécessité d'une prise en charge
- Globale :
- Nutritionnelle (environnement), activités physiques, psycho-sociale,
- Intégrant la part psychologique obligatoire ...mais de loin parfois!
- appartenance à un nouveau groupe
- issu des groupes d'éducation nutritionnelle
- Priorité de santé publique+++ définissant différents niveaux (du medecin trt au CHU)

Savoir réévaluer / remettre en question la prise en charge

- Objectifs réalistes: stabilisation imc ou retour à imc à 97%
- Selon l'observance et définir d'autres perspectives +- lointaines:
- Ce d'autant qu'il s'agit d'une problématique familiale ,et que d'autres possibilités (chirurgie) ont été utilisées en intrafamilial
- Dans un monde de surinformation expliquer les possibilités évolutives vraisemblables /age/puberté

Survenue de la puberté :

- Facteurs aggravants : évolution naturelle de l'imc à l'adolescence
- Facteurs favorables : motivations complexesmeilleure adhésion aux conseils diététiques(idéal valorisant la maigreur) ?
- Parfois; aggravation de l'isolementet échappement à la prise en charge (de par son caractère discriminatoire)
- **La PEC de l'obésité doit rester positive et ouverte**

Et la chirurgie bariatriqueà l'adolescence

- Nombreuses équipes spécialisées en France au sein des CHU
- Augmentation constante du nombre d'interventions en France(adulte)
- 2014:50084 2015:54241 2016:58130
- Efficacité radicale et immédiate faisant passer le patient d'un statut « anormal » à un statut « normal » sans effort ?
- **en fait :**
- Évaluation préalable multidisciplinaire ,risques nutritionnels certains...
- Modèle parental parfois , ...souffrance réelle des adolescents d'où:
- **Positionnement de HAS sur la situation pédiatrique(2011-2016)**

Chirurgie bariatrique enfant /HAS 2016

- **Avant toute chirurgie:** PEC pluridisciplinaire (diet , médical , psychosociale, sport) après **1 an de préparation** si échec malgré une bonne observance, discussion...en **CSO**
- **CI :** préado <13 ans , troubles psychologiques décompensés, obésité syndromique avec retard mental , grossesse
- De 2009 à 2013 : seuls 12 centres l'ont pratiqué chez adolescent (mais 495 mineurs opérés)
- 32% imc >30 à 39 61% >40 32% >50
- **Indications éventuelles :** ... en dernier recours (chir seule ne suffit pas à stabiliser imc)
- Age >15 ans ou AO >13 ans (fille) 15 ans (garçons) , imc >35 + comorbidité (diabète, hic, apnée du sommeil, stéatose sévère) , imc >40 seul et diminution QOL
- Maturité psychologique suffisante (compréhension /engagement à un suivi)

Conclusions :

- Adolescence :
- Moment de **crystallisation** de la souffrance générée par l'obésité
- Reprendre les enjeux « **en tete à tete** »
- Comprendre la lourdeur le caractère **discriminatoire** de la prise en charge
- Accompagner en sachant espacer le suivi ,rester **disponible....**
- Proposer des prises en charge de groupe (SSR)
- Savoir que l'adolescent à la fin est **seul à décider**