

Les troubles de l'alimentation chez l'enfant et l'adolescent

Pistes pour le traitement de l'obésité

La progression de l'obésité juvénile dans nos sociétés pose des problèmes difficiles à résoudre, car elle dépend non seulement de facteurs héréditaires, mais aussi de l'évolution de l'environnement et des conditions de vie. La sédentarité pendant les loisirs, consacrés le plus souvent à des activités n'impliquant aucun exercice physique telles que l'ordinateur, la télévision, etc., est considéré ici comme l'un des principaux facteurs favorisant l'obésité. Au sédentarisme vient s'ajouter une pléthore d'aliments très énergétiques bon marché favorisant une balance énergétique positive et auxquels les enfants sont confrontés chaque jour. La lutte contre l'obésité passe donc tout d'abord par la prévention, qui implique un changement de style de vie et d'habitudes alimentaires. Cependant, au vu de la prévalence élevée de l'obésité, il est urgent de mettre en place des mesures thérapeutiques efficaces. Dans les lignes qui suivent, nous analyserons les buts et fondements essentiels des recommandations en vigueur dans le domaine du traitement de l'obésité.

Indications d'un traitement de l'obésité

Etant donné qu'un adolescent obèse a de grandes chances d'être obèse une fois qu'il aura atteint l'âge adulte, avec tous les risques que cela comporte à longue échéance, il faudrait au moins conseiller à tous les jeunes obèses dès 12/13 ans de suivre un traitement approprié. Chez les plus jeunes, la décision est plus difficile à prendre, car les récents acquis de la science révèlent qu'une part considérable d'entre eux ne deviendront pas obèses une fois adultes, à condition de se soumettre à des contrôles réguliers (1). Telles sont là les conclusions d'un travail de synthèse publié le 1er juillet 2005 sous le titre "Screening and Interventions for Childhood Overweight: A Summary of Evidence for the US Preventive Services Task Force".

Les valeurs seuils émises par les sociétés spécialisées dans le surpoids et l'obésité divergent. L'Arbeitsgemeinschaft Adipositas im Kindes- und Jugendalter (AGA), en Allemagne, et le groupe de travail suprarégional pluridisciplinaire mandaté par la Société suisse d'endocrinologie et de diabétologie, en Suisse, fixent par exemple dans leurs directives la limite seuil pour la définition du "surpoids" au 90e percentile et pour celle de l'"obésité" au 97e percentile, en



fonction de l'âge et du sexe. On parle d'"excès de poids extrême" à partir du percentile 99.5 (2). Aux Etats-Unis, l'American Heart Association a fixé la limite seuil du "surpoids" juvénile au 95e percentile des valeurs de référence valables dans ce pays (3).

A ce jour, les sociétés spécialisées sont unanimes à reconnaître que chez l'enfant de 2 à 6 ans, une stabilisation du poids peut être suffisante dans les cas où le surpoids ou l'obésité ne sont pas associés à des maladies. L'excès pondéral sera en effet compensé avec le temps par la croissance naturelle en longueur). Par contre, une cure d'amaigrissement est indiquée dans cette tranche d'âge dans les cas d'obésité avec maladies associées (2, 4). Chez les enfants de plus de 6 ans en surcharge pondérale mais sans maladies associées, une stabilisation du poids semble suffire.

Buts du traitement

De manière très générale, les buts à long terme d'un traitement de l'obésité consistent à réduire la masse adipeuse et à stabiliser le poids acquis. Le traitement vise par ailleurs à atténuer, voire à supprimer complètement d'éventuelles maladies associées à l'excès pondéral ainsi qu'à encourager un développement normal des aptitudes et des performances physiques, psychiques et sociales. Une légère perte de poids peut toutefois suffire à améliorer ou à normaliser les valeurs de la pression sanguine chez l'hypertendu, et du métabolisme des graisses chez les personnes souffrant de troubles du métabolisme lipidique, ce qui fait qu'il n'est même pas nécessaire de "normaliser" complètement le poids (2). Rappelons que la démarche dans son ensemble devrait si possible épargner au patient des effets indésirables d'un traitement (voir en bas de page).

L'expérience montre cependant que les enfants et les adolescents précisément ont beaucoup de peine à perdre du poids car leur immaturité physique et psychique ainsi que leur grande influençabilité par le groupe de personnes auquel ils s'associent constituent des obstacles supplémentaires par rapport aux adultes (5). Selon les experts, le but du traitement ne peut être atteint qu'à long terme, par un changement d'habitudes alimentaires, associé à de l'activité physique chez les jeunes concernés, ce qui implique la participation de leur famille et de l'ensemble de l'environnement social proche (5, 6). Le traitement et le suivi du patient et de sa famille devraient être coordonnés par le médecin de famille ou un pédiatre, et faire appel aussi à des psychologues, des spécialistes de la nutrition et des thérapeutes du sport (2).

Dans sa philosophie, l'AGA insiste non seulement sur la transmission du savoir, mais aussi sur la nécessité de changements progressifs, réalisables en petites étapes, du comportement alimentaire et de la mobilité. Il s'agit de rendre le patient attentif à son problème, de le motiver à intégrer de nouveaux comportements, de l'entraîner à s'autocontrôler et de mettre au point des stratégies pour prévenir les rechutes. Une fois que suffisamment de changements comportementaux ont pu être stabilisés, le thérapeute peut relâcher le suivi. Pour obtenir des résultats durables, un suivi post-traitement adéquat et systématique est considéré comme très important (2). Un accompagnement régulier durant de nombreuses années paraît par

conséquent nécessaire pour contrôler si les nouveaux comportements sont respectés et afin de pouvoir intervenir à temps s'il y a risque de rechute (2).

En cas d'échec d'un traitement conventionnel et de comorbidité sévère, l'AGA estime qu'il faut envisager également d'autres pistes thérapeutiques jusqu'alors mal étudiées (régimes formulés, traitements médicamenteux)(2). La pertinence de ces démarches devrait être évaluée par un thérapeute expérimenté dans le domaine de l'obésité juvénile. De manière générale, toute mesure thérapeutique devrait aussi s'inscrire dans un plan de traitement pluridisciplinaire de longue durée.

Effets secondaires possibles d'un traitement

Comme d'autres traitements, le traitement de l'obésité peut aussi avoir des effets secondaires indésirables. Il devrait donc être mené sous surveillance médicale (2). Les effets secondaires potentiels peuvent prendre les formes suivantes:

- Développement de troubles de l'alimentation
- Développement ou potentialisation de complications orthopédiques en cas d'insuffisance de mouvement
- Calculs biliaires
- Ralentissement de la croissance (il s'agit plutôt d'une normalisation de la croissance en longueur se déroulant jusque là à un rythme accéléré)
- Instabilité psychique (p.ex. dévalorisation de soi) face au surpoids
- Une perte de poids excessivement rapide peut avoir un effet yoyo

Démarches thérapeutiques actuelles

En Suisse aussi, les centres de thérapie se réfèrent à des directives clairement formulées comme celles de l'AGA. Les enfants et les adolescents se voient ainsi proposer différents plans de traitement reposant sur trois piliers la thérapie nutritionnelle, la thérapie par le sport et la psychothérapie. Les recommandations relatives à l'alimentation et au changement d'alimentation s'inspirent généralement des recommandations de la Société suisse ou de la Société allemande de nutrition, dans le sens d'un "régime varié optimisé" (optimierte Mischkost) (2), axé sur une réduction des apports énergétiques en dessous des besoins énergétiques moyens propres à un certain âge, et en particulier sur la restriction des apports de graisse et de sucre. Ce programme s'articule autour de trois principes fondamentaux:

- Consommation abondante de boissons (si possible à valeur énergétique nulle) et d'aliments d'origine végétale
- Consommation modérée d'aliments de source animale (variantes pauvres en matière grasse)
- Consommation parcimonieuse d'aliments riches en matière grasse et en sucres

On recommande les aliments à forte densité énergétique, couvrant au moins 90 % des besoins énergétiques et la totalité des besoins nutritifs, étant entendu que les 10 % restants des besoins énergétiques peuvent être couverts avec des aliments "tolérés" comme des sucreries.

Pour la plupart des enfants et des adolescents, le changement d'alimentation médicalement recommandé pour la prévention de l'obésité doit respecter la répartition des apports énergétiques suivante: 15 % d'origine protéique, 30 % d'origine lipidique et 55% d'origine glucidique (5 % de sucres ajoutés). On insiste sur l'utilisation d'huiles comestibles riches en acides gras mono-insaturés et poly-insaturés. Aucun aliment n'est interdit; et une privation totale de douceurs est psychologiquement déconseillée. Pour réduire les apports énergétiques, l'emploi occasionnel de succédanés du sucre (édulcorants artificiels) est autorisé.

Recommandations sans fondements

Les directives claires des sociétés spécialisées comme celles de l'AGA contredisent les résultats des traitements déjà expérimentés en milieu familial, scolaire ou clinique. Dans l'ensemble, ces essais ont été très décevants quant à leurs effets à long terme (5). L'échec est encore confirmé par deux récents travaux de synthèse systématiques:

1. En 2003, la Cochrane Institution pour la médecine factuelle a publié une évaluation de toutes les déarches thérapeutiques analysées entre 1985 et 2003 concernant des enfants et des adolescents obèses. Les auteurs de ce travail de synthèse systématique arrivent à la conclusion que la plupart des études souffrent de vices méthodologiques, qu'elles se réfèrent par exemple à des échantillons trop petits, qu'elles affichent un taux élevé d'abandon et que dans beaucoup de cas, une analyse "d'intention de traiter" n'a pas été effectuée, si bien qu'il est impossible de se prononcer sur l'issue du traitement (7). A cela s'ajoute le fait que quelques études "ayant livré de meilleurs résultats" ont été menées sur des patients soigneusement sélectionnés et que leurs résultats ne peuvent donc pas être généralisés.
2. Le 1er juillet 2005, les résultats du plus grand travail de synthèse systématique jamais réalisé, intitulé "Screening and Interventions for Childhood Overweight: A Summary of Evidence for the US Preventive Services Task Force", a paru dans la revue spécialisée Pediatrics (1). Ce travail fait le point sur les acquis scientifiques les plus récents s'agissant de l'impact des traitements de l'obésité appliqués jusqu'à une date récente dans les institutions cliniques et pouvant être administrés en mode ambulatoire. Ces traitements font intervenir des régimes, la thérapie comportementale et des programmes de mobilisation (1). Les résultats de cette synthèse sont décevants eux aussi: sur les 22 études analysées, seules 3 ont été bien notées au point de vue méthodologique, les autres ayant été jugées discutables ou parfaitement inacceptables par les experts. Par ailleurs, dans toutes ces études, à l'exception d'une qui portait sur un modérateur de l'appétit, la perte de poids et



Suisse. Naturellement.



www.swissmilk.ch

la réduction de l'IMC étaient faibles au point d'être statistiquement insignifiantes ou de faire douter de leur pertinence clinique (1).

Face à la relative inefficacité de ces traitements, les pédiatres de la clinique pédiatrique de l'Université de Harvard font remarquer que l'on avait peut-être jusqu'alors opté pour des approches thérapeutiques erronées (5), et ajoutent qu'il vaudrait peut-être mieux réduire l'ampleur de l'"inactivité" par des offres pertinentes au lieu d'augmenter l'activité avec des programmes de sport. Ces spécialistes critiquent en outre les traitements nutritionnels dont la plupart préconisent jusqu'ici une réduction des matières grasses, alors que l'on sait depuis longtemps que la fraction grasse de l'alimentation ne s'avère pas être un facteur de risque d'obésité. Les régimes hypocaloriques riches en protéines et pauvres en glucides, par contre, présentent un intérêt certain en ce sens qu'ils maximisent la perte de tissu adipeux et qu'ils minimisent la fonte de la masse corporelle non grasse (8). Leur effet sera d'autant plus marqué s'ils sont associés à un programme de mobilisation physique (9). Entre-temps, le régime low-carb s'est révélé, chez les jeunes aussi, supérieur aux régimes pauvres en graisse et riches en glucides quant à l'effet amaigrissant et aux valeurs du métabolisme. Rappelons enfin que les régimes réduits et modifiés en glucides (pour abaisser la charge glycémique) ont également donné de bons résultats dans la prévention de l'obésité juvénile (11,12).

Conclusion

Vu qu'il est clairement établi que l'apparition du surpoids et son traitement dépendent du style de vie, toute intervention à ce niveau semble prometteuse. Dans la pratique, toutefois, la prévalence et la gravité croissantes de l'obésité juvénile sont confrontées non seulement à un manque de places adéquates de traitement, mais aussi à un manque de méthodes thérapeutiques concrètes, avérées et efficaces sur le long terme. Il n'existe pas à ce jour de plan de traitement évalué sur une longue durée et reconnu comme efficace dans la lutte contre l'obésité juvénile. D'un point de vue purement scientifique, cette lacune interdit la diffusion de recommandations thérapeutiques concrètes. Un énorme travail de recherche devra encore être entrepris pour la mise au point d'un traitement efficace de l'obésité et son évaluation selon des critères rigoureux. Cela implique aussi que l'on devra à l'avenir s'intéresser davantage aux régimes alimentaires "alternatifs" préconisant des proportions de nutriments jusqu'ici décriées comme "néfastes".

Bibliographie

1. Whitlock EP, Williams SB, Gold R, Smith PR, Shipman SA. Screening and interventions for childhood overweight: a summary of evidence for the US Preventive Services Task Force. *Pediatrics* 2005;116:e125-44.
2. AGA. Leitlinien für Diagnostik, Therapie und Prävention der Adipositas im Kindes- und Jugendalter; ed.: Deutsche Adipositas-Gesellschaft, 2004.

3. Daniels SR, Arnett DK, Eckel RH, et al. Overweight in children and adolescents: pathophysiology, consequences, prevention, and treatment. *Circulation* 2005;111:1999-2012.
4. Barlow SE, Dietz WH. Obesity evaluation and treatment: Expert Committee recommendations. The Maternal and Child Health Bureau, Health Resources and Services Administration and the Department of Health and Human Services. *Pediatrics* 1998;102:E29.
5. Ebbeling C, Pawlak D, Ludwig D. Childhood obesity: public-health crisis, common sense cure. *Lancet* 2002;360:473.
6. Speiser PW, Rudolf MC, Anhalt H, et al. Childhood obesity. *J Clin Endocrinol Metab* 2005;90:1871-87.
7. Summerbell CD, Ashton V, Campbell KJ, Edmunds L, Kelly S, Waters E. Interventions for treating obesity in children. *Cochrane Database Syst Rev* 2003:CD001872.
8. Layman DK. Protein quantity and quality at levels above the RDA improves adult weight loss. *J Am Coll Nutr* 2004;23:631S-636S.
9. Layman DK, Evans E, Baum JI, Seyler J, Erickson DJ, Boileau RA. Dietary Protein and Exercise Have Additive Effects on Body Composition during Weight Loss in Adult Women. *J Nutr* 2005;135:1903-10.
10. Sondike SB, Copperman N, Jacobson MS. Effects of a low-carbohydrate diet on weight loss and cardiovascular risk factor in overweight adolescents. *J Pediatr* 2003;142:253-8.
11. Ebbeling CB, Ludwig DS. Treating obesity in youth: should dietary glycemic load be a consideration? *Adv Pediatr* 2001;48:179-212.
12. Ebbeling CB, Leidig MM, Sinclair KB, Hangen JP, Ludwig DS. A reduced-glycemic load diet in the treatment of adolescent obesity. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2003;157:773-9.

Pour de plus amples informations

Fédération des Producteurs Suisses de Lait PSL
Swissmilk
Relations publiques /Centre de compétences « lait »
Regula Thut Borner
Diététicienne diplômée ES
Weststrasse 10
3000 Berne 6

Téléphone 031 359 57 58
factsandnews@swissmilk.ch
www.swissmilk.ch

Mailaiter octobre 2005

