

INTERVENTIONS COMPLÉMENTAIRES : TRAITEMENTS PHARMACOLOGIQUES, CHIRURGICAUX ET EN MILIEU HOSPITALIER EN CAS D'OBÉSITÉ À L'ADOLESCENCE ET MESURES DE SUIVI, DE PROTECTION ET DE PLACEMENT DE L'ENFANT

Tanja Karen, Odile Gaisl, Albane Maggio, Christoph Saner

L'article original a été rédigé en allemand.

Traduction : weiss traductions genossenschaft



Tanja Karen

Odile Gaisl
Albane Maggio
Christoph Saner

<https://doi.org/10.35190/Paediatria.f.2025>

Introduction

Le traitement de l'obésité repose toujours sur une prise en charge conservatrice et multimodale adaptée à chaque individu pour inciter à un changement du mode de vie en matière de nutrition et d'exercice physique et pour favoriser la santé psychique (voir articles 1 et 5). Cette approche n'est toutefois pas toujours couronnée de succès, du fait des déterminants génétiques, pathophysiologiques et sociaux complexes du surpoids. Chez les enfants et adolescent-e-s présentant une forme sévère d'obésité, une thérapie médicamenteuse constitue aujourd'hui l'étape de traitement suivante, qui doit toujours être associée à des interventions multiprofessionnelles pour faire changer le mode de vie (comportement alimentaire et exercice physique). La chirurgie bariatrique constitue alors le dernier recours (voir figure 1).

Traitement pharmacologique

Exemple de cas 1

Sofia, 14 ans, traitement conservateur de l'obésité (TIMS) depuis un an, avec coaching en diététique. Elle explique être parvenue à réduire sa fréquence de prise d'aliments et la taille des portions, ainsi que sa consommation de sucreries. Elle fait beaucoup de sport pendant son temps libre. Elle est très frustrée de ne pas perdre de poids malgré tous ses efforts, et sa faim persistante est problématique. Poids actuel 107 kg, IMC 39,7 kg/m². La patiente et sa mère demandent un traitement médicamenteux complémentaire à base de liraglutide (Saxenda®).

Les médicaments actuellement autorisés et remboursés en Suisse pour le traitement de l'obésité chez les adolescent-e-s sont l'orlistat⁽¹⁾ et l'analogue du

glucagon-like peptide-1 (GLP-1) liraglutide (Saxenda®), autorisé depuis 2021 et depuis le 1^{er} mai 2025 également le sémaglutide (Wegovy®) pour des valeurs limite d'IMC définies^(2,3). Pour la metformine, l'indication réside principalement dans le traitement du diabète de type 2 et dans la prise en charge des diabétiques de type 1 avec insulino-résistance. Chez les adolescent-e-s obèses et en présence d'une insulino-résistance concomitante, la metformine peut améliorer la problématique d'insulino-résistance mais ne permet qu'une faible diminution de l'IMC^(4,5) (voir tableau 1).

L'analogue du GLP-1 liraglutide (Saxenda®) peut uniquement être prescrit par des endocrinologues pédiatriques, des médecins bénéficiant d'une accréditation comme directeurs de programmes TIMS ou par un centre de référence pour le traitement de l'obésité pédiatrique. Les assurances-maladie prennent en charge les coûts jusqu'au 18^e anniversaire uniquement si, outre la thérapie multimodale mentionnée ci-dessus, une baisse de l'IMC supérieure à 4% est atteinte après une phase d'augmentation progressive de la dose de quatre semaines suivie de douze semaines de traitement à pleine dose (1x3,0 mg/jour). Dans une étude publiée récemment et portant sur des enfants de six à onze ans, l'IMC dans le groupe liraglutide (Saxenda®) a diminué de 7,4% par rapport au groupe placebo après un an de traitement⁽⁶⁾. A ce jour, le liraglutide n'est cependant pas autorisé pour cette classe d'âge. Le sémaglutide (Wegovy®) est utilisé depuis 2024 chez les adultes obèses. Wegovy® est également autorisé pour les adolescent-e-s en Suisse depuis début 2025, les coûts seront également remboursés par les caisses maladie à partir du 1^{er} mai 2025. Le tirzépate (Mounjaro®), autorisé récemment et uniquement chez l'adulte, est un double-agoniste des récepteurs du polypeptide insulino-trope dépendant du glucose (GIP) et du GLP-1 et est injecté une fois par semaine. On manque de données sur l'effet à long terme et le cas

Correspondance :
tanja.karen@luks.ch

Formation continue

échec de l'ajustement nécessaire de la dose d'analogues du GLP-1, ainsi que sur quand et comment il est possible de mettre fin à un traitement médicamenteux. Les données disponibles montrent par exemple que le liraglutide (Saxenda®) présente une réponse thérapeutique satisfaisante dans seulement 43% des cas et que l'arrêt des analogues du GLP-1 conduit à une nouvelle prise de poids^(3,7). D'autres études devraient s'intéresser à l'impact des médicaments contre l'obésité sur d'autres compartiments corporels comme par exemple la masse musculaire⁽⁸⁾.

Indications de la chirurgie bariatrique chez les adolescent·e·s de moins de 18 ans

Exemple de cas 2

Thomas, un adolescent de 15½ ans, est suivi depuis cinq ans par le centre de l'obésité. Participation à un programme de groupe multidisciplinaire (PGM) depuis quatre ans, parallèlement à la poursuite du traitement conservateur personnalisé de l'obésité (TIMS). Face à une prise de poids persistante, administration de Saxenda® sur une période de six mois. Arrêt du traitement suite à une baisse de l'efficacité. Depuis,

IMC de 46,1 kg/m², poids 146 kg, rapport tour de taille-hauteur de 0,84 et représentant à ce titre un facteur de risque cardiométabolique (devrait être <0,5), ainsi que stéatose hépatique. Ne trouve pas de place d'apprentissage, est refusé en raison de son poids. Lui et sa famille souhaitent une intervention de chirurgie bariatrique comme prochaine étape.

Une telle intervention bariatrique peut être envisagée chez les adolescent·e·s avec obésité extrême, en cas de traitement conservateur achevé sans succès sur une période d'au moins deux ans. Pour les indications en Suisse, les critères médicaux définis avec soin et publiés dans les directives de la SMOB (association suisse de recherche sur l'obésité et les troubles métaboliques) doivent être remplis (voir tableau 2)⁽⁹⁾.

La croissance et la maturité corporelle doivent être quasiment achevées, et le patient doit être en mesure de comprendre les conséquences à long terme de l'intervention. L'évaluation pré-opératoire comprend un soigneux examen pluridisciplinaire, portant à la fois sur des aspects médicaux, de physiologie nutritionnelle, sociaux et en particulier psychologiques. Les familles constituent un soutien clé. L'opération peut seulement intervenir dans des centres spécialisés, en collaboration avec un centre pour l'obésité pédiatrique certifié SSP/akj⁽¹⁰⁾.

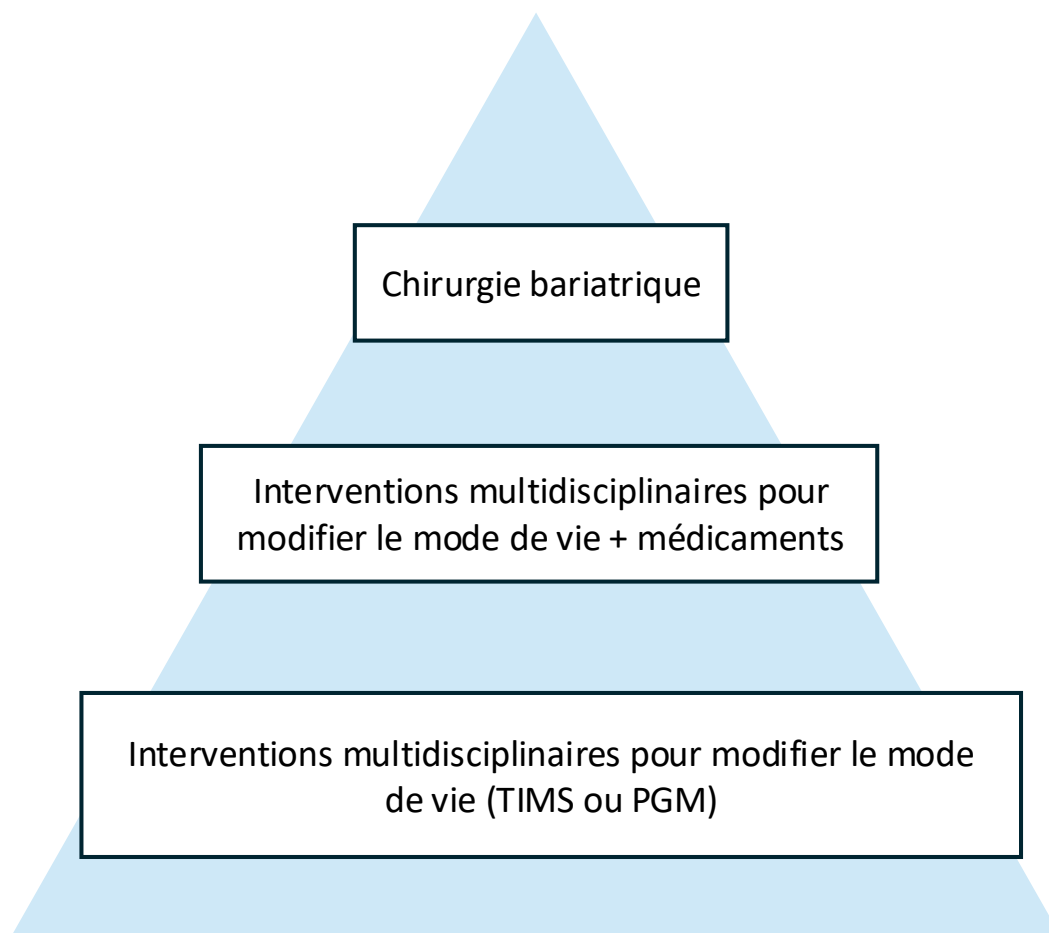


Figure 1. Etapes de traitement contre l'obésité chez les enfants et les adolescent·e·s (adapté d'après⁽²⁰⁾)

Efficacité et bénéfices

Des études prospectives multicentriques (voir *tableau 3*) portant sur les interventions de chirurgie les plus fréquemment utilisées (gastrectomie longitudinale et bypass gastrique) ont permis de montrer une perte de poids significative et des améliorations cardiométaboliques, démontrant que ces deux approches sont significativement supérieures aux autres formes thérapeutiques⁽¹¹⁻¹⁵⁾.

On a par ailleurs observé une amélioration de la qualité de vie liée au poids, ainsi que de la situation psychosociale et des comorbidités psychiatriques⁽¹¹⁻¹⁸⁾.

Risques et limites

L'effet indésirable le plus fréquent est une malnutrition, en particulier des déficits en fer, vitamine B12, calcium et vitamine D qui nécessitent la prise de compléments alimentaires tout au long de la vie⁽¹⁰⁾. Ces déficits peuvent être particulièrement inquiétants chez les adolescent-e-s qui présentent un risque d'ostéoporose⁽¹⁵⁾. Une grande étude de cohorte suédoise (2007–2017) chez des adolescent-e-s de moins

de 21 ans au moment de leur chirurgie bariatrique a montré que les problèmes psychologiques chez les adolescent-e-s avant une chirurgie bariatrique augmentent dans 36,5 % des cas après une amélioration initiale, par rapport à un groupe de comparaison basé sur la population, indépendamment de l'évolution du poids postopératoire sur une période de dix ans⁽¹⁹⁾. D'après cette étude, les troubles psychiques sont insuffisamment traités après l'opération et peuvent conduire, bien que rarement, à une augmentation de la fréquence des suicides à l'âge adulte en comparaison avec la population générale⁽¹⁶⁾. Des études sur l'issue à long terme après une intervention de chirurgie bariatrique s'imposent, en particulier sur le maintien à long terme de la perte de poids et l'amélioration des comorbidités, ainsi que l'impact des facteurs sociaux et comportementaux^(20,21).

L'obésité est une maladie chronique qui ne peut être guérie au travers d'une intervention de chirurgie bariatrique. Les adolescent-e-s ayant subi une chirurgie bariatrique constituent ainsi un groupe particulièrement à risque. Un suivi pluridisciplinaire prolongé est indispensable pour assurer la réussite globale de la prise en charge.

Médicament	Fonction	Permis	Application	Effet	Effet secondaire
Orlistat	Inhibiteur de lipase Prendre avec des repas gras	≥ 12 ans	per os	↓2–3 % IMC	Diarrhée Selles liquides Flatulence Substitution des vitamines liposolubles
Metformin	Utilisation principale dans le diabète de type 2 Inhibition de la gluconéogenèse hépatique et amélioration de la sensibilité à l'insuline, augmentation de l'absorption du glucose dans les tissus périphériques.	≥ 10 ans	per os	↓1–2,7 % IMC	Nausées, flatulences, diarrhée, carence en vitamine B 12 Cave : rarement une acidose lactique ! Faire une pause en cas de maladie, d'hypoxie tissulaire et de produits de contraste radiographiques.
Liraglutide (Saxenda®)	Analogue du Glucagon-like-Peptide-1 (GLP-1) Vidange gastrique↓ Sentiment de satiété↑ Faim↓ (effet central)	≥ 12 ans*	s.c. 1x/jour	↓5 % IMC	Nausées, vomissements Rarement lithiase biliaire, cholécystite, pancréatite. Risque accru de carcinome médullaire de la thyroïde chez les patients ayant des antécédents familiaux de néoplasmes endocriniens multiples
Semaglutide (Wegovy®)	Analogue du Glucagon-like-Peptide-1 (GLP-1)	≥ 12 ans* Prise en charge par les caisses d'assurance maladie en Suisse depuis le 01.05.2025	s.c. 1x/semaine	↓16 % IMC	s.o.

Tableau 1. Vue d'ensemble de tous les médicaments contre l'obésité disponibles pour les enfants et les adolescent-e-s

Traitement multidisciplinaire en milieu hospitalier de l'obésité sévère chez l'enfant et l'adolescent-e

Comme toute maladie chronique, l'obésité doit être principalement traitée en ambulatoire. Sur la base des recommandations thérapeutiques de la Commission obésité de la Société Suisse de Pédiatrie (SGP/SSP) et de l'Association obésité de l'enfant et de l'adolescent (akj), le traitement multidisciplinaire de l'obésité en milieu hospitalier peut être envisagé dans les cas suivants, dans le cadre des possibilités thérapeutiques :

- impossibilité de participer à un programme en ambulatoire en raison d'un degré invalidant de maladie ou de comorbidités
- urgence (p. ex. indication pour une perte de poids pré-opératoire avant une opération urgente).

L'avantage d'un traitement en milieu hospitalier, dans des établissements dédiés, réside dans le contrôle exogène continu de l'alimentation et de l'offre d'activité physique, et ainsi du comportement alimentaire et de la pratique physique⁽²²⁾.

En Suisse, les caisses maladie ne prennent pas en charge les coûts du traitement en milieu hospitalier

de l'obésité et il n'existe pas non plus de rééducation de l'obésité prise en charge par les caisses maladie. Les thérapies courtes et aiguës jusqu'à quatre semaines ne peuvent être décomptées avec les organismes payeurs que sous un autre diagnostic ou en raison d'une complication (OSAS, trouble alimentaire) ou en cas de mise en danger du bien-être de l'enfant. Les séjours hospitaliers plus longs ne sont possibles que sous un autre diagnostic, par exemple trouble alimentaire ou autre maladie psychosomatique dans un service psychosomatique.

Mesures de protection et de placement de l'enfant

Le traitement de l'obésité est exigeant. Le soutien des parents joue un rôle clé. Une grande partie des enfants en Suisse sont confrontés à des modes de vie favorisant l'obésité pendant leur croissance et présentent à ce titre un risque d'obésité et de comorbidités associées. Parmi les facteurs psychosociaux et familiaux défavorables qui contribuent à la manifestation d'une obésité et entravent la réussite du traitement⁽²³⁾, on peut citer un niveau socio-économique inférieur, un contexte migratoire, une déprivation familiale, de mauvaises habitudes d'achats, de cuisine et d'alimentation, l'absence de rôle d'exemple des parents en matière de comportement alimentaire et d'activité

Critères médicaux :

IMC $\geq 35 \text{ kg/m}^2$ plus au moins une comorbidité sévère :

par exemple, diabète de type 2, syndrome d'apnée obstructive du sommeil modéré à sévère (OSAS), maladies cardiovasculaires, morbidité psychosociale sévère, Pseudotumor cerebri

IMC $\geq 40 \text{ kg/m}^2$ plus au moins une autre comorbidité :

par exemple, hypertension artérielle, résistance à l'insuline, augmentation de la glycémie à jeun ou tolérance pathologique au glucose, dyslipidémie, stéatose hépatique non alcoolique

Tableau 2. Indication et critères médicaux de la chirurgie bariatrique chez l'adolescent-e < 18 ans, www.smob.ch/wp-content/uploads/2024/02/SMOB-Richtlinien-2023-07-01-Fr.pdf

Étude	Patient-e-s	Méthode chirurgicale	Suivi	Résultats	Nebenwirkungen
AMOS (2001–2007; Suède)	n=81 16.5 ans IMC 45 kg/m ²	Roux-en-y Gastric Bypass (RYGP)	5 ans	↓ IMC 13,1 kg/m ² ↓ comorbidités	Problèmes gastro-intestinaux, ré opérations, carence en vita-mines et nutriments, réduction de la densité osseuse, anémie
AMOS 2 (2014–2017; Suède)	n=25 15.8 ans IMC 42,6/kg m ²	RYGP (n=23) Sleeve Gastrectomy (n=2)	2 ans	↓ IMC 12,6 kg/m ² ↓ comorbidités	
Teen-LABS (2007–2011; USA)	n=228 12–21 ans IMC 53 kg/m ²	RYGP (n=161) Sleeve Gastrectomy (n=67)	3, 5 et 10 ans	↓ IMC 13 kg/m ² ↓ comorbidités	
FABS 5+ (2001–2007; USA)	n=58 17±2 ans IMC 56 kg/m ²	RYGP	8 ± 2 ans (5–12 ans)	↓ IMC 16,2 kg/m ² ↓ comorbidités	

Tableau 3. Résumé des résultats de la chirurgie bariatrique chez les adolescent-e-s

physique ou une éducation défavorable due à un manque de connaissances ou de compétences, une inconséquence et un surmenage, ainsi qu'une maladie psychiatrique des parents ou de l'enfant. Si l'équipe thérapeutique constate un risque pour la santé durant le traitement, elle est tenue d'envisager des mesures complémentaires comme une hospitalisation en service de psychiatrie pédiatrique ou un signalement de mise en danger auprès de l'autorité de protection de l'enfant et de l'adulte (APEA), voire un placement auprès de tiers. Dans de tels cas, une équipe multidisciplinaire doit être impliquée sous l'égide d'un centre de référence pour l'obésité pédiatrique.

Conclusion

On ne dispose d'aucune donnée en Suisse sur l'action et les effets indésirables à long terme des interventions supplémentaires présentées ici. L'Association obésité de l'enfant et de l'adolescent (akj) s'efforce, en collaboration avec les centres de référence⁽¹⁰⁾ et autant que possible avec les spécialistes de l'obésité et les endocrinologues pédiatriques, à consigner les adolescent-e-s concerné-e-s dans une base de données nationale, comme c'est déjà le cas pour les participant-e-s aux programmes de groupe. Cette démarche vise à recenser la disponibilité des personnes concernées et la qualité des interventions et du suivi, pour permettre des améliorations.

Pour la bibliographie, veuillez consulter notre version en ligne de l'article.

Auteur-e-s

PD Dr. med. Tanja Karen, Kinderspital und Adipositaszentrum Zentralschweiz, Luzerner Kantonsspital
Dr. med. Odile Gaisl, Abteilung Endokrinologie/Diabetologie, Universitäts-Kinderspital Zürich,
Eleonorenstiftung, Zürich

Dr. med. Albane Maggio, Kinderärztin, Adipositastherapeutin, Hôpital Universitaire de Genève

PD Dr. med. Christoph Saner, Medizinische Universitätskinderklinik, Abteilung für pädiatrische Endokrinologie, Diabetologie und Stoffwechsel, Inselspital, Bern

Les auteur-e-s n'ont déclaré aucun lien financier ou personnel en rapport avec cet article.