

Mots clés :

Enfant
Obésité
Prévention
Risque cardio-vasculaire

Obésité de l'enfant : quel risque à l'âge adulte ?

L'obésité de l'enfant croît de manière « épidémique » dans les pays développés. En France, le pourcentage d'enfants en excès pondéral est passé de 3% en 1965 à 5% en 1980, 12% en 1996, 16% en 2000 ; à ce rythme, un enfant sur 4 sera en surpoids dans 25 ans, comme aux États-Unis actuellement ; plus de la moitié des enfants obèses à l'âge de 6 ans et 70 à 80 % de ceux de plus de 10 ans restent obèses à l'âge adulte¹. Il est généralement admis que l'obésité rend les enfants atteints plus « fragiles » et augmente les risques de morbidité et de mortalité de l'adulte à venir. Le lien de causalité est cependant difficile à démontrer en raison des innombrables facteurs confondants possibles. Quelques études récentes²⁻⁵ nous apportent quelques éléments de réflexion à faire partager – autant que possible – à nos jeunes patients et leurs parents.

L'enfant obèse est-il « fragile » ? Cette étude rétrospective américaine² a comparé la consommation de soins et les dépenses de santé de plus de 8000 enfants de 5 à 18 ans suivis en 2003 et 2004 en soins primaires. 17,8% étaient en surpoids, 21,9% obèses, le diagnostic d'obésité ayant été posé moins d'une fois sur 2. La prescription d'examen de laboratoire était 5 fois (4,65-6,48) plus fréquente chez les enfants diagnostiqués obèses, 2 fois (1,97-2,74) chez ceux dont le diagnostic n'était pas fait, par rapport aux enfants de poids normal. Les enfants obèses dépensaient en moyenne pour leur santé 172\$ de plus que les autres (138-206), surtout les filles âgées de plus de 10 ans et de milieux socio-économiques défavorisés. La relation entre obésité et consommation de soins est donc la même chez l'enfant que chez l'adulte.

Surpoids à l'adolescence, surmortalité précoce ? Parmi les 102 400 femmes en bonne santé initiale de la *Nurses' Health Study II* suivies 12 ans à partir de 1989, 710 sont décédées³. En comparant les indices de masse corporelle (IMC) à l'âge de 18 ans, le risque relatif de décès prématuré était de 0,98 (0,78-1,23) pour un IMC < 18,5, 1,18 (0,97-1,43) entre 22 et 24,9, 1,66 (1,31-2,10) entre 25 et 29,9 et 2,79 (2,04-3,81) au dessus de 30. Chez celles qui n'avaient jamais fumé, un IMC entre 22 et 24,9 à 18 ans était aussi associé à un risque de décès prématuré (RR 1,50 ; 1,16-1,94).

Que conclure pour notre pratique ?

Il pourrait s'agir d'une « chronique annoncée », comme l'écrit un pédiatre américain⁶ : la phase 1 a commencé dans les années 70, avec l'augmentation progressive du poids moyen des enfants ; la phase 2 - nous y sommes – voit l'émergence de problèmes de santé immédiats en relation avec le surpoids : diabète de type 2 chez les adolescents, stéatoses hépatiques, problèmes orthopédiques, apnées du sommeil, etc. ; avant peu, nous en arriverons à la phase 3, celle des complications graves chez les adolescents atteints ; et sans intervention efficace, à la phase 4 : celle des complications majeures de l'âge adulte^{3,4}. Bien que les études citées n'aient pas un niveau de preuve suffisant pour conclure, elles vont toutes dans le sens de l'hypothèse « intuitive » d'un lien fort entre obésité de l'enfance et risques de morbi-mortalité précoces.

Reste à utiliser ces données dans le dialogue avec parents et enfants. Il y a là sans doute un point très difficile, comme le sont beaucoup des aspects de prise en charge de ces enfants (*Bibliomed* 349 à 352).

Enfant obèse, risque cardiovasculaire plus élevé à l'âge adulte ? Selon un modèle informatique basé sur les données des études épidémiologiques NHANES, la prévalence de l'obésité aux USA vers 2020 a été estimée à 30-37% chez les hommes et 34-44% chez les femmes. Ce modèle a été utilisé chez les adolescents américains qui auront 35 ans en 2020 pour estimer leur poids et leur risque cardiovasculaire⁴. La probabilité d'augmentation des accidents coronariens est évaluée à 5-16%, soit un excédent de 100 000 cas attribuable au surcroît d'obésité. Il ne s'agit bien sûr que de projections modélisées, incertaines, mais elles sont conformes aux données épidémiologiques actuelles.

Accidents coronariens constatés. Depuis la création du Registre national danois en 1968 ont été enregistrés les IMC de 276 835 enfants âgés de 7 à 13 ans, soit 98,6% de cette population. L'état de santé de cette cohorte a été analysé à partir des données du registre des hôpitaux sur une durée de 46 ans, soit 5 063 622 personnes-années⁵. 10 235 hommes et 4318 femmes ont fait un accident coronarien mortel ou non. Le risque était positivement et linéairement associé à l'IMC, plus marqué chez les garçons, augmentant avec l'âge dans les 2 sexes (de 7 à 13 ans chez les garçons et de 10 à 13 chez les filles). Ces données suggèrent donc que plus les enfants « prennent de poids », plus leur risque coronarien est élevé à l'âge adulte.

Références

- 1- Thibault H et al. Stratégies de prévention de l'obésité chez l'enfant. *Arch Pédiatrie*. 2003; 10: 1100-8.
- 2- Hampl SE et al. Resource Utilization and Expenditures for Overweight and Obese Children. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 2007; 161: 11-4.
- 3 - Van Dam R et al. The Relationship between Overweight in Adolescence and Premature Death in Women. *Ann Intern Med*. 2006; 145: 91-7.
- 4 - Bibbins-Domingo K et al. Adolescent overweight and future adult coronary heart disease. *NEJM*. 2007; 357: 2371-9.
- 5- Baker JL et al. Childhood body-mass index and the risk of coronary heart disease in adulthood. *NEJM*. 2007; 357: 2329-37.
- 6- Ludwig DS. Childhood obesity. The shape of things to come. *NEJM*. 2007; 357: 2325-7.