





Obésité Syndromique
Spécificité de la prise en charge en Activité Physique
Adaptée

Gwenaëlle Diene
Hôpital des enfants
CHU Toulouse
RÉPPOP Midi-Pyrénées
Centre de référence du Syndrome de Prader-Willi



15-16 mai 2017 journées de réflexion du groupe APA de la CNRÉPPOP



Le diagnostic doit être fait le plus précocement possible

- prévention de l'obésité
- prise en charge globale

Rechercher les signes évocateurs:

Obésité associée à au moins un autre signe clinique

≈ 80 syndromes : qq uns comme modèle





- Troubles alimentaires: troubles de la succion/hyperphagie
- Neurologiques
 - Hypotonie axiale et périphérique
 - Retard du dev psychomoteur
 - DI/Troubles des apprentissages
 - Trouble de la communication et des compétences sociales/troubles du comportement
- troubles sensoriels (vision, audition...)
- Autres malformations



- Limitations significatives du fonctionnement adaptatif dans les secteurs d'aptitudes tels que:
 - Communication / Compréhension/Autonomie
- => Evaluation des capacités adaptatives (intelligence pratique)
- Autres particularités



Facteurs cliniques et physiopathologiques



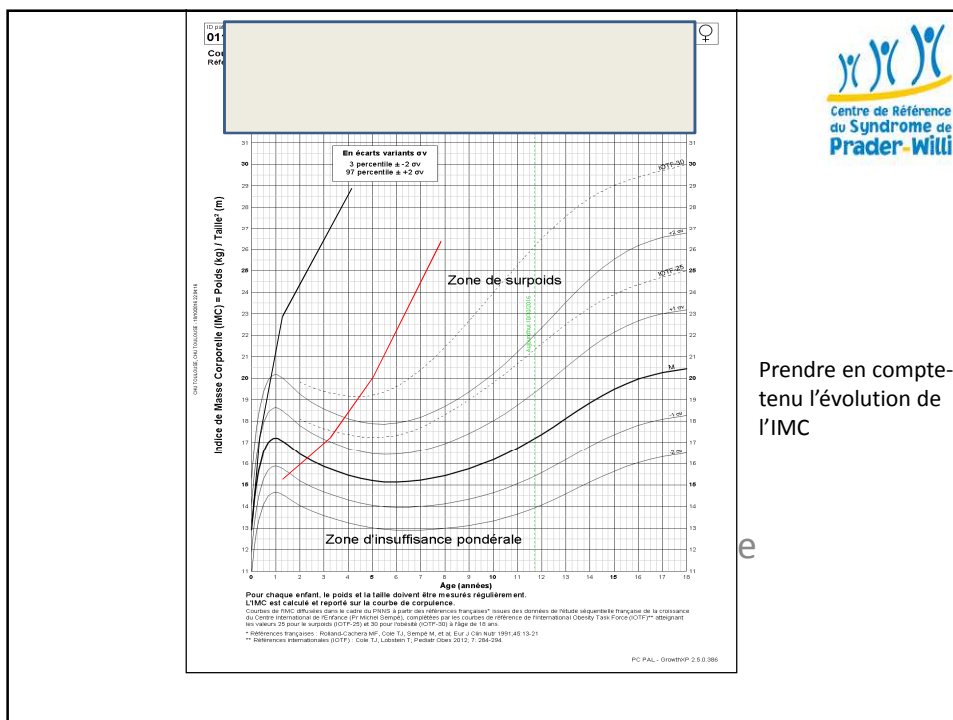
Spécificités liés à certains syndromes:

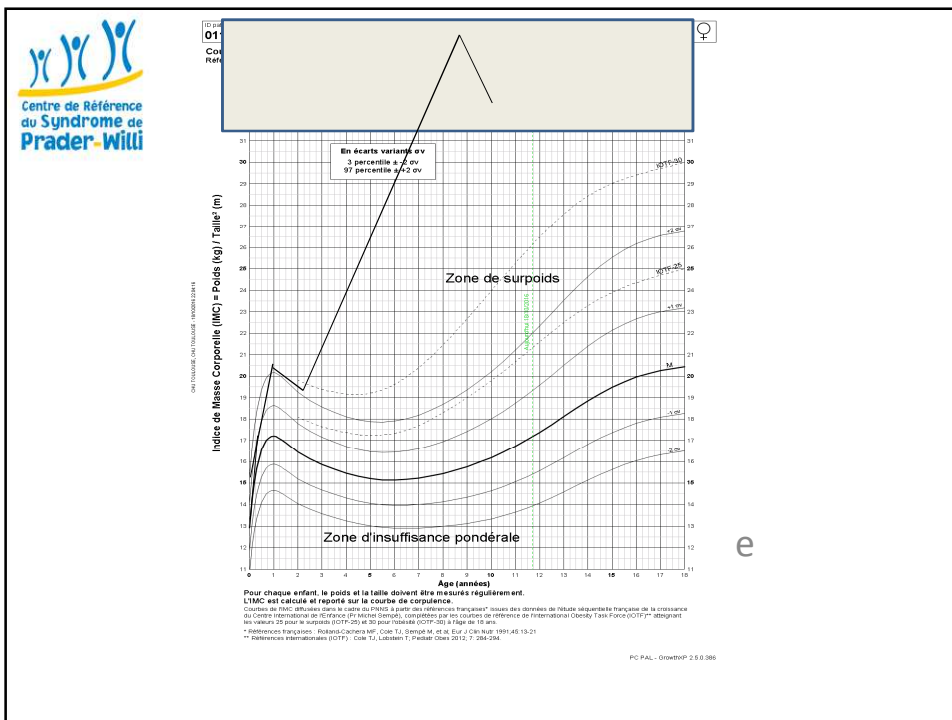
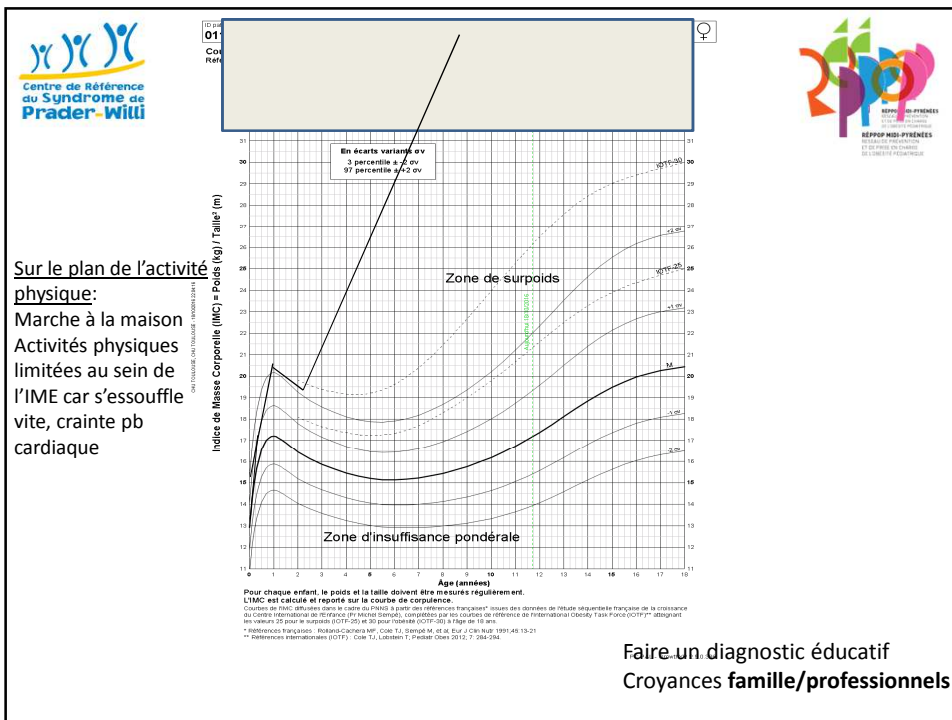
➔ Diagnostic? quelques exemples


- Syndrome de Prader-Willi
- Syndrome de Bardet Biedl
- Pseudohypoparathyroïdie type I A
- Down Syndrome/trisomie 21



- Hyperphagie.obsession alimentaire
- Troubles de la soif/Diminution de la sensibilité à la douleurs
- Troubles du sommeil/narcolepsie
- Orthopédiques : petits pieds plats, scolioses, hyperlaxités...)
- Endocriniens diminution du métabolisme de base de 30 %
- Hypogonadisme
- Anomalie masse Maigre/masse Grasse
- Anomalie visuelle initiale: difficultés pour analyser les reliefs/trouble de l'équilibre
- Troubles spécifiques du comportement









Facteurs motivationnels



Hôpital des Enfants



Facteurs motivationnels

- très attentifs à l'empathie
- âge de développement/écoute du soignant
- valorisation des compétences acquises
- cohérence du discours

parents/soignants/éducateurs

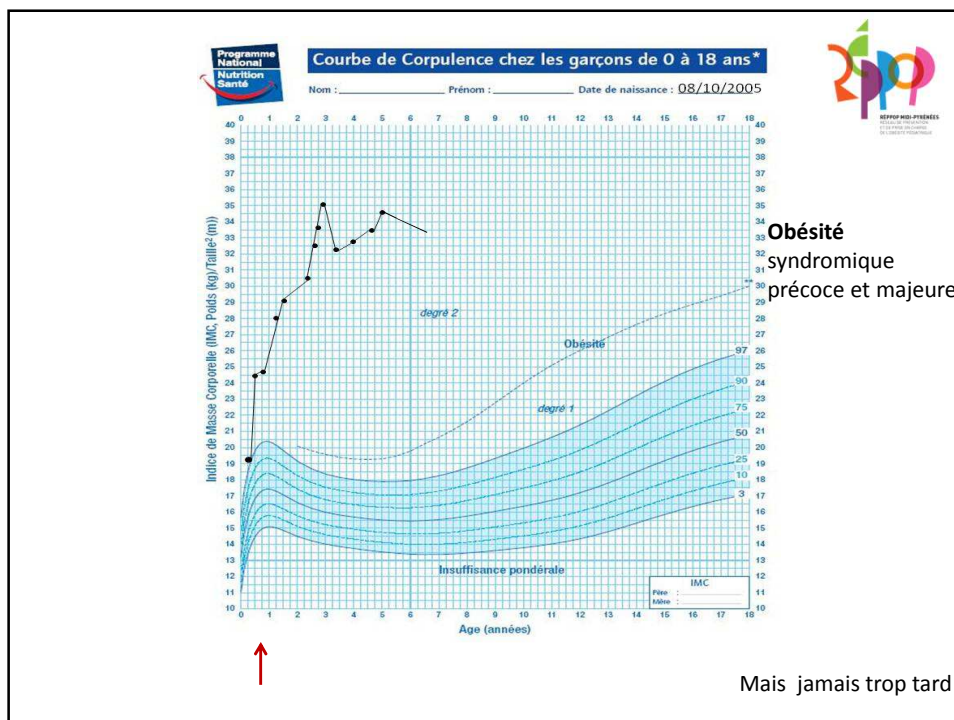
- faire participer à l'élaboration de son projet
- propositions d'activités/outils utilisés/médiation
- activité physique au quotidien sans parler de sport

Hôpital des Enfants

KEPOP HDJ - PRÉVENIR
LES TROUBLES NUTRITIONNELS
ET MÉTABOLIQUES

- Quelles spécificités:
 - diagnostic parfois tardif de l'obésité syndromique
 - Pas toujours de signes précoces (hypotonie, retard âge de la marche....)
 - difficile mise en place d'une prise en charge multidisciplinaire et concertée d'un enfant présentant d'autres pathologies associées troubles visuels/retard des acquisitions
 - famille pas prête à prendre en charge car cause génétique non retrouvée/ double vulnérabilité familiale/social

→ **prise en charge tardive:**






Obésités syndromiques/obésités DI



Hôpital des Enfants

The Prevalence of Overweight and Obesity and Its Determinants in Children with and without Disabilities

Judith E. Neter, MSc, Dieuwke F. Schokker, MSc, Elske de Jong, MSc, Carry M. Renders, PhD,
Jacob C. Seidell, PhD, and Tommy L. S. Visscher, PhD

Objectives To compare the prevalence of overweight and obesity and nutrition and physical activity behavior between primary school children with and without disabilities.

Study design Body weight and height were measured in 4072 children from regular primary schools in the city of Zwolle, the Netherlands, and in 85 children from a school for children with disabilities. Furthermore, parents completed a questionnaire on the child's nutrition and physical activity behavior. A χ^2 analysis was used to test categorical variables between groups, and analysis of variance was used for continuous variables.

Results The prevalence of overweight and obesity among disabled children was 30.6% and 10.6%, respectively, which is three and six times higher than in nondisabled children ($P < .001$). Furthermore, our study shows statistically significant differences in nutrition and physical activity behavior between disabled and nondisabled children.

Conclusions There is a need to promote a healthy lifestyle and to reduce the prevalence of overweight and obesity in disabled children. (*J Pediatr* 2011;158:735-9).

(*J Pediatr* 2011;158:735-9)

Table 1
Univariate and multivariate logistic regression models predicting overweight and obesity.

Variables	Total	Overweight (%)	Obesity (%)
Age	1120	-	-
Age categories			
Children (5–10 years)	69	15(21.7)	7(10.1)
Adolescents (11–18 years)	796	151(19.0)	57(7.2)
Adults (19–28 years)	255	56(22.0)	32(12.5)
Gender	435	100(22.9)	43(9.9)
Girls	685	122(17.8)	53(7.8)
Boys			
Geographic location			
North	593	110(18.5)	46(7.8)
South	527	112(21.3)	50(9.5)
ID level			
Mild	430	82(19.1)	27(6.3)
Moderate	448	102(22.8)	45(10.0)
Severe	170	32(18.8)	13(7.6)
Genetic syndrome			
Without	809	159(19.7)	54(6.7)
Down syndrome	87	21(24.1)	22(25.9)
Other genetic syndrome	100	21(21.0)	9(9.0)
Autism syndrome	100	19(19.0)	7(7.0)
Psychotropic medication			
Without	754	141(18.7)	61(8.1)
With	365	81(22.2)	35(9.6)

Peu d'influence des psychotropes

J. Bégarie et al./Research in Developmental Disabilities 34 (2013) 1417–1425

Matern Child Health J

Table 2 Prevalence and unadjusted and adjusted prevalence ratios for adolescents 12–17 years of age with developmental disabilities, by BMI-status, NHIS 2008–2010

	Children without developmental disabilities	Children with any learning and behavioral disability	Children with autism	Children with intellectual disability (ID) without autism	Children with ADHD without autism/ID	Children with LD/other DD without ADHD/autism/ID
Underweight (<5th percentile)						
Prevalence (SE)	3.5 (0.3)	5.6 (1) ^b	4.5 (1.0)	14.8 (0.9) ^b	5.0 (1.3)	6.0 (1.8)
Unadjusted PR (95 % CI)	Ref	1.6 (1.07–2.33)	1.2 (0.41–3.55)	4.3 (1.21–15.15)	1.3 (0.77–2.27)	1.6 (0.72–3.43)
aPR (95 % CI)	Ref	1.5 (1.01–2.27)	1.1 (0.31–4.05)	1.5 (0.35–6.61)	1.2 (0.71–2.18)	1.4 (0.63–2.93)
Overweight (85th to <95th percentile)						
Prevalence (SE)	18.2 (0.6)	17.5 (1.2)	20.9 (1.4)	15.7 (3.8)	18.0 (1.6)	20.7 (2.1)
Unadjusted PR (95 % CI)	Ref	1.0 (0.83–1.15)	1.2 (0.65–2.06)	1.0 (0.42–2.52)	1.0 (0.81–1.23)	1.2 (0.89–1.53)
aPR (95 % CI)	Ref	1.0 (0.82–1.15)	1.2 (0.62–2.12)	1.1 (0.49–2.58)	1.0 (0.80–1.23)	1.2 (0.88–1.51)
Obese (95th percentile or above)						
Prevalence (SE)	13.1 (0.5)	20.4 (1.3) ^a	31.8 (1.5) ^a	19.8 (5.0)	17.6 (1.4) ^b	20.3(1.9) ^a
Unadjusted PR (95 % CI)	Ref	1.6 (1.34–1.82)	2.2 (1.50–3.24)	1.5 (0.71–2.98)	1.3 (1.04–1.53)	1.5 (1.14–1.83)
aPR (95 % CI)	Ref	1.5 (1.25–1.75)	2.1 (1.44–3.16)	1.4 (0.69–2.98)	1.2 (0.98–1.51)	1.3 (0.99–1.70)

Adjusted for child's age, sex, race/ethnicity, mother's education, poverty-to-income ratio, and birthweight

Ref: The referent group for this analysis is all children not in the BMI group of interest. Supplemental analysis (data not shown) in which the referent group is normal weight children showed similar results

SE Standard error, CI confidence interval, aPR Adjusted prevalence ratio

^a $P < .001$; ^b $P < .05$

Prevalence and impact unhealthy weight in a national sample of US Adolescents with autism and Other Learning and Behavioral Distabilities
Philips et al 2014



Améliorations potentielles/axes de réflexion



Hôpital des Enfants

Invited review

Overweight and obesity in youth with developmental disabilities: a call to action

S. N. Grondhuis & M. G. Aman

The Nisonger Center, The Ohio State University, Columbus, OH, USA

Journal of Intellectual Disability Research 2013

Plan Obésité Axe 3

Prendre en compte les situations de vulnérabilité et lutter contre les discriminations

Mesure 3-2

Organiser l'offre de soins pour les personnes atteintes d'obésité associée aux maladies rares et pour les personnes atteintes de handicap mental, et aider les familles

Recommandations nutritionnelles et d'activité physique et sportive pour les personnes en institution (action 26 /) publiées en 2013



Obésité (2013) :196-200
DOI 10.1007/s11690-013-0385-6

RECOMMANDATIONS / RECOMMENDATIONS

Recommandations Handicap

Point d'avancement de l'action 26 Plan obésité

Groupe de travail proposé par A Basdevant et JP Giordanella

M Tauber Pédiatre CHU Toulouse , CR SPW	Société Française de pédiatrie et SFEDP
G Diene Pédiatre CHU Toulouse	CR SPW
D Thuilleaux Psychiatre SSR Hôpital marin d'Hendaye	CR SPW
D Rivière Professeur CHU Toulouse	Société Française de médecine et de l'exercice et du sport
C Ricour Pédiatre Hôpital Necker La Gabrielle	Etablissement médicosocial
F Besnier association Prader-Willi	France


Vincent Alberti Plan Obésité

Relecteurs Société Française de Nutrition Dr C Poitou et B Dubern



- Activités physiques adaptées en IME

Mais

- Ceux scolarisés en milieu ordinaire/classe ULISS
- En périscolaire
- Adultes
- En famille
-  Quelles propositions concrètes ?



Objectifs

Prise en charge multidisciplinaire coordonnée et acceptée par la personne et sa famille

- expliquer que les troubles du comportement sont dans le même cadre que les troubles du comportement alimentaire, et donc à prendre en charge de manière **intégrée**.
- Organiser un suivi plus précoce avec à la fois un travail
 - d'accompagnement familial vis-à-vis du handicap de leur enfant,
 - de mise en place d'objectifs en lien avec les lieux de prise en charge du patient
- Mettre en œuvre les examens génétiques afin d'avoir un diagnostic le plus précoce possible **tout en prenant en charge l'enfant et sa famille**