

PAEDIATRICA

PRIX ET PRESTATIONS 2026



Vol. 36 | 2-2025

PAEDIATRICA

Journal de formation continue
de la Société Suisse de Pédiatrie



> NUMÉRO À THÈME
OBÉSITÉ

pédiatrie
suisse
L'organisation professionnelle
de la pédiatrie

MALADIES SECOND À L'OBÉSITÉ INFANTILE ÉVALUATION, DIAGNOSTIC

Christoph Sauer, Nathalie J. Farjoun-Lambert, Maria-Christina Antoniou, Inge Lore Ruiz Arana, Marco Jenner

L'article original a été rédigé en allemand.
Traduction : Rudolf Schlaepfer



Christoph Sauer
Nathalie J. Farjoun-Lambert
Maria-Christina Antoniou
Inge Lore Ruiz Arana
Marco Jenner

<https://doi.org/10.3590/paediatria.2025.2.3>

Introduction

L'obésité infantile a des conséquences sur la santé physique et mentale, mais elle est aussi une source de consultations médicales, de physiothérapie et de coûts. Il s'agit principalement de la morbidité et de la mortalité p. l'obésité. La figure 1 illustre les effets systémiques de l'obésité infantile. Certains seront évoqués dans cette revue de la littérature internationale, mais concordent avec les données de l'étude KIDSTEP (voir article 2) et avec celles, pas encore publiées, sur plus de 800 enfants et adolescents de l'étude longitudinale de cohorte Biorepository of Obesity in Children and Adolescents at Bern – BIOABC, en cours depuis 2009 à la Clinique pédiatrique universitaire de Berne.

Effets physiques de l'obésité infantile et juvénile

Effets sur le système cardiovasculaire
Les maladies vasculaires athérosclérotiques (MVAS) sont mondialement la principale cause de mortalité^[1]. Le surpoids et l'obésité sont associés dès l'enfance à un risque accru de maladies cardiovasculaires comme l'hypertension et les troubles lipidiques, le risque augmentant avec l'importance de l'obésité^[2]. Tant l'obésité que les facteurs de risque inhérents ont tendance à persister, ce qui explique la morbidité et mortalité accrue déjà au jeune âge adulte de cette population^[3].

Les MVAS sont le résultat d'un long processus athérosclérotique qui débute, d'après des études d'autopsies, déjà tôt pendant l'enfance^[4]. Outre l'IMC la dyslipidémie y joue un rôle décisif. Jusqu'à 50% des enfants et adolescents obèses ont une forme de dyslipidémie^[5], le cholestérol non-HDL et l'apolipoprotéine

lipoprotéine des enfants obèses^[6]. En raison de son impact athérogène et prothrombotique supplémentaire, la Lp(a) joue un rôle dans la décision d'initier ou non un traitement par statines. Étant donné la prévalence élevée, au moins 15%^[7], de l'hypertension artérielle chez les enfants obèses, une mesure précise de la pression artérielle doit faire partie intégrante de tout examen médical général, idéalement avec une mesure ambulatoire sur 24 heures^[8].

Le degré d'obésité et son évolution, ainsi que l'accumulation de facteurs de risque cardiovasculaires sont associés, déjà chez les enfants et les adolescents, à des altérations vasculaires, comme l'augmentation de l'épaisseur de l'intima-média de l'artère carotéide ou l'accélération de la vitesse de l'onde de pouls^[9,10]. Ces phénotypes précliniques peuvent être mesurés de manière non invasive et adaptée à l'enfant. Ils sont valides, reproductibles et prédictifs du développement ultérieur de maladies cardiovasculaires, comme la maladie coronarienne ou l'insuffisance cardiaque.

Des publications de ces dernières années ont montré qu'en plus d'être associée à des phénotypes précliniques, l'obésité et les facteurs de risque cardiovasculaires sont également liés, de manière cumulative, à des accidents cardiovasculaires à l'âge adulte^[11,12]. L'évidence indique de plus en plus qu'un traitement efficace de l'obésité et des facteurs de risque associés par des mesures de modification du mode de vie, avec ou sans thérapie pharmacologique ou métabolique,

bariatrique, obtient une réduction du risque cardiovasculaire^[13,14]. Cette chaîne de preuves justifie la nécessité, pour les médecins de premier recours, de diagnostiquer d'une part l'obésité lors des examens de routine des enfants et des adolescents, d'autre part de chercher, en cas de surpoids ou de prise de poids importante (croisement des percentiles), les facteurs de risque associés ou les maladies secondaires et/ou d'orienter les patient·e·s vers un centre spécialisé.

Effets sur le système endocrinien et le métabolisme

Puberté
L'obésité infantile est associée, selon de larges études épidémiologiques, à une puberté précoce, en particulier chez les filles^[15]. Entre autres puent un rôle la leptine et son interaction avec le système kisspeptine, régulateur de la puberté, ainsi que des facteurs génétiques, nutritionnels et épigénétiques^[16]. Chez les garçons la relation entre obésité et début de la puberté est plus complexe et moins évidente, bien que certaines données épidémiologiques suggèrent une puberté précoce^[17,18]. Les recommandations générales concernant le suivi de la croissance et de la puberté ne diffèrent pas pour les enfants obèses^[19].

Résistance à l'insuline, prédiabète, diabète
L'obésité pendant enfance et l'adolescence, en particulier l'augmentation de la masse grasse viscérale, proportionnelle à un tour de taille dépassant 50% de

la taille corporelle, est associée à une résistance à l'insuline, qui conduit à un dysfonctionnement des cellules bêta et, à terme, au développement d'un diabète de type 2 (DT2). Dans le registre d'Europe centrale de suivi des patient·e·s obèses, la prévalence du DT2 chez 25 008 jeunes de moins de 18 ans atteints d'obésité était de 0,7% en 2008^[20] et semble être restée relativement stable, atteignant 1,4% en 2018 dans une cohorte comparable^[21]. Le risque de diabète est toutefois plus élevé dans d'autres ethnies. Par exemple, dans une étude californienne menée entre 2010 et 2018, l'incidence du DT2 est passée de 1 à 69 adolescents pour 1000 années-personnes. Dans cette étude l'HbA1c s'est révélée être un marqueur important pour la stratification du risque, un taux supérieur à 6,0% étant associé à un risque nettement accru de développer un DT2^[22]. Un test de tolérance au glucose par voie orale est recommandé chez les enfants obèses dès le début de la puberté ou à partir de six ans, notamment en présence d'indices cliniques (acanthosis nigricans) ou de facteurs de risque tels qu'une anamnèse familiale de DT2 ou diabète gestationnel maternel^[23]. Pour l'interprétation des résultats nous renvoyons aux recommandations relatives. Le prédiabète étant défini par une HbA1c de 5,7 à 6,4%, une glycémie à jeun de 5,6-6,9 mmol/l ou une glycémie à deux heures de 7,8-11 mmol/l au test de tolérance. Le dosage de l'insuline à jeun et les indices associés sont uniquement utiles pour évaluer le métabolisme ou pour la stratification du risque, ils dépendent fortement du stade pubertaire^[24]. Nous re-

Neurologique	• Hypertension intracrânienne
Peau	• Acanthosis nigricans
Cardiovasculaire	• Hypertension • Dyslipidémie • Dysfonction endothéliale • Hypertrophie du ventricule gauche
Rein	• Enurésie • Glomérulose
Appareil locomoteur	• Douleurs • Lésions aigües • Troubles de l'équilibre et de la coordination • Affaiblissement de la force musculaire • Malpositions posturales • Anomalies de la marche • Fractures • Épilepsie de la tête dorsale • Maladie de Blount

pédiatrie
suisse

L'organisation professionnelle
de la pédiatrie

POSITIONNEMENT

Paediatrica est la revue de formation continue officielle de la société pédiatrie suisse.
Tous les membres de pédiatrie suisse reçoivent l'édition imprimée.

Le magazine Paediatrica est la revue appropriée pour toucher tous les pédiatres en Suisse.

INDICATIONS GÉNÉRALES

Tirage total

2 329 exemplaires (certificat REMP)

Parution

4 fois par année en version française et en version allemande (deux revues différentes)

Diffusion et lectorat

Paediatrica est envoyé à tous les membres de pédiatrie suisse

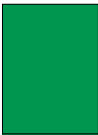
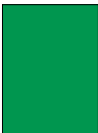
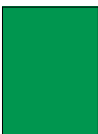
Éditeur et Rédaction

pédiatrie suisse
Rue de l'Hôpital 15
1701 Fribourg
redaction@pediatriesuisse.ch
026/350 33 44

Annonces

Médecine & Hygiène
Michaela Kirschner
Chemin de la Gravière 16
1225 Chêne-Bourg
pub@medhyg.ch
022/702 93 41

PRIX ET FORMATS

Formats		Prix par parution
	1/1 page, face éditoriale (210 x 297 mm) 2 ^e de couverture (210 x 297 mm) 3 ^e de couverture (210 x 297 mm)	CHF 4 100.-
	4 ^e de couverture (210 x 297 mm)	CHF 4 400.-
	1/1 page annonce intérieur (210 x 297 mm)	CHF 3 900.-
	1/2 page (210 x 148 mm)	CHF 2 400.-
	1/3 page (210 x 99mm)	CHF 2 000.-
	1/4 page (210 x 74mm)	CHF 1 800.-

Conditions générales

TVA 8,1% en sus sur tous les prix.

RABAIS

Rabais de répétition

2 x 10%, 4 x 20%

Commission conseil

Les agences de publicité reçoivent une commission conseil de 10%.

CALENDRIER 2026

No	Date de parution	Boucllement des annonces	Délai de remise du matériel
Paediatrica 1 (Hémostase)	31.03.2026	04.02.2026	11.02.2026
Paediatrica 2 (Néonatalogie)	30.06.2026	29.04.2026	06.05.2026
Paediatrica 3 (30th SGPGHE)	30.09.2026	31.07.2026	07.08.2026
Paediatrica 4 (ORL)	18.12.2026	28.10.2026	04.11.2026

DONNÉES TECHNIQUES

Magazine

Format de revue : 210 x 297 mm

Franc-bord : 216 x 303 mm (coupe 3 mm sur 4 côtés inclus avec traits de coupe)

Miroir : 184 x 244 mm

Matériel : pdf certifié (haute définition)

Images : 300 dpi

Finition : Thermocollé

Impression : Offset, Raster 60

Livraison du matériel d'impression

Médecine & Hygiène

Michaela Kirschner

Chemin de la Gravière 16

1225 Chêne-Bourg

pub@medhyg.ch

Imprimerie

Valmedia AG

Pomonastrasse 12

3930 Visp

027/ 948 30 30