Questions flash – La médecine 5 P

Faut-il élargir la vaccination anti-méningococcique ?

→ **R. COHEN**
Pédiatre, CRÉTEIL.

La question à cette réponse est indiscutablement OUI. Les raisons en sont multiples.

La première est que, pendant trop longtemps, sous l'influence de l'ancien président du CTV, nous sommes restés le pays d'Europe ayant la politique de vaccination contre les méningocoques, la plus restrictive.

La deuxième est que, du fait de la dette immunitaire, il y a eu, lors de la levée des mesures d'hygiène imposées par la COVID, une remontée brutale, intense et durable de l'ensemble des infections invasives à méningocoques, incluant les sérotypes W, Y et B. Le seul taux d'incidence n'ayant pas augmenté est celui du sérotype C. Ceci n'est pas étonnant car les implémentations, il y a déjà près d'une dizaine d'années, de la recommandation vaccinale contre ce sérotype, puis en 2018 de l'obligation vaccinale, ont abouti à des couvertures vaccinales tout à fait correctes contre ce sérotype. Cette expérience vient confirmer ce qui a été observé dans de nombreux pays : l'extraordinaire efficacité des vaccins anti-méningococciques conjugués.

La troisième raison justifiant un élargissement de la vaccination contre les méningocoques réside dans les énormes difficultés actuelles des services d'urgence, y compris pédiatriques, qui conduisent à des délais d'attente et probablement un retard de diagnostic qui peut s'avérer extrêmement délétère pour les infections invasives à méningocoques. La meilleure méthode reste donc la prévention. Récemment, la HAS a recommandé de remplacer le vaccin contre le méningo C à 5 mois et à 12 mois

par une vaccination contre les méningocoques ACWY (Nimenrix) et de proposer un rappel en début de puberté, à partir de 11-12 ans. De plus, la HAS a recommandé la vaccination contre le méningocoque B à l'adolescence, et a demandé que ces vaccins soient remboursés, si les parents le souhaitent.

Ainsi, aujourd'hui, le schéma idéal est le suivant :

- 3 mois, 5 mois, 12 mois : Bexsero ;
- 13-15 ans : deux doses de Bexsero ou Trumemba à au moins 2 mois d'intervalle ;
- 6 mois, 12-13 mois : Nimenrix ;
- 11-12 ans : Menquadfi, Menveo, ou Nimenrix.

POUR EN SAVOIR PLUS

- https://www.has-sante.fr/jcms/p_3460601/fr/strategie-de-vaccination-contre-les-infections-invasives-a-meningocoques-revision-de-la-strategie-contre-les-serogroupes-acwy-et-b

L'auteur a déclaré ne pas avoir de liens d'intérêts concernant les données publiées dans cet article.

Quelle place pour la vaccination anti-VRS en complément des immunoglobines ?

→ **R. COHEN**
Pédiatre, CRÉTEIL.

Jusqu'à il y a moins de 2 ans, nous voyions déferler dans nos consultations, aux urgences et dans les services de pédiatrie, des dizaines de milliers de cas de bronchiolites plus ou moins graves, entre début novembre et début janvier. L'immense majorité de ces bronchiolites est due au virus respiratoire syncytial (VRS). Nous ne disposions d'aucune autre méthode de prévention applicable à l'ensemble des enfants,

que des mesures d'hygiène. Certes, le palivizumab existait déjà depuis 20 ans mais, du fait de son coût et du nombre d'injections nécessaires pour obtenir une prévention relativement efficace, il était strictement réservé aux plus fragiles, en particulier aux grands prématurés.

La situation s'est transformée du tout au tout, car ont été mis successivement sur le marché, un anticorps monoclonal anti-VRS à longue demi-vie (nirsévimab) permettant une injection unique dès les premiers jours vie, puis une vaccination maternelle (Abrysvo).

Le nirsévimab a fait la preuve de son efficacité à la fois dans les études précédant l'autorisation de mise sur le marché et dans des études d'efficacité sur témoin et sur le terrain : on peut estimer que le taux de protection induite par ces anticorps monoclonaux avoisine les 80 %.

Le vaccin contre le VRS administrable pendant la grossesse (Abrysvo) a également démontré dans les études pré-AMM, une très bonne efficacité clinique dans la prévention des bronchiolites hospitalisées et apporte ainsi une seconde arme préventive.

On ne peut dire aujourd'hui si un produit est plus efficace que l'autre ou si la durée de protection est plus prolongée pour l'un que pour l'autre. La décision d'implémentation de ces deux mesures préventives devrait être prise par la HAS dans les semaines ou mois à venir, mais leurs succès dépendront énormément de l'acceptabilité par les parents des deux stratégies et des différences de coûts éventuels.

POUR EN SAVOIR PLUS

- https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2024-03/recommandation_vaccinale_contre_les_infections_a_vrs_chez_les_femmes_enceintes_-_version_previsoire.pdf

L'auteur a déclaré ne pas avoir de liens d'intérêts concernant les données publiées dans cet article.

Questions flash – La médecine 5 P

TDR des virus respiratoires : lesquels avoir et quand les utiliser au cabinet ?

→ **R. COHEN**
Pédiatre, CRÉTEIL.

Les tests de diagnostic rapide ciblant particulièrement un agent pathogène ont été mis au point depuis maintenant plus de 40 ans pour dépister le streptocoque du groupe A, en particulier dans les angines avec une réponse binaire : un test positif impose une prescription d'antibiotiques, un test négatif, une abstention de prescription d'anti-infectieux. La COVID a modifié la situation car un dépistage de virus n'impliquait pas de mesures thérapeutiques particulières, mais des mesures de prévention de la diffusion de l'infection au sein de la famille, de l'école, du lieu de travail...

Ces tests de diagnostic rapide des virus respiratoires ont cependant vite montré leurs limites :

- le plus souvent, la probabilité pré-test était faible (sauf au moment des grosses vagues épidémiques) si bien qu'un nombre de tests considérable était réalisé avant d'obtenir un test positif ;
- l'infection à SARS-CoV-2 donnait à tout âge, et en particulier chez l'enfant, des tableaux cliniques d'une grande diversité, allant de formes asymptomatiques, aux rhinopharyngites, angines, syndromes grippaux, bronchiolites et laryngites... Bref, des tableaux identiques à ceux induits par tous les autres virus respiratoires, confirmant la pauvreté de la clinique dans ce domaine ;
- enfin la réalisation de ces tests était, au départ, relativement désagréable, inconfortable, ce qui très vite a conduit à une réticence importante chez les patients et surtout chez les enfants.

Nous avons donc contribué à la mise au point et surtout à l'évaluation d'un

triple test le moins désagréable possible (la profondeur du prélèvement étant remplacée par un temps plus long) et ayant de bonnes performances : le AAZ permettant le dépistage du SARS-CoV2, du VRS, et des virus de la grippe A et de la grippe B. Une étude réalisée chez des enfants, comportant plus de 800 prélèvements doublés d'une PCR a montré que la spécificité de ce triple test avoisine les 100 % et que la sensibilité s'échelonne entre 80 et 90 % pour le SARS-CoV-2 et la grippe, et de 70 à 80 % pour le VRS.

Les deux critères les plus importants plaident pour l'utilisation de ces tests sont les suivants :

- plus de 50 % des enfants venant consulter pour syndrome respiratoire ressortent avec un diagnostic viral précis (grippe, VRS ou COVID) ce qui rassure à la fois les médecins et les parents ;
- ces tests permettent un suivi épidémiologique bien plus rigoureux et bien plus précis que ceux qui existent actuellement. En France, au moins une centaine de médecins appartenant au groupe de recherche Pari, les utilisent, ce qui fait que nous avons réalisé plus de tests qu'a pu le faire l'ensemble des systèmes de surveillance mis en place par Santé Publique France.

L'auteur a déclaré ne pas avoir de liens d'intérêts concernant les données publiées dans cet article.

Participation des pédiatres à la permanence des soins. Comment avancer ?

→ **F. KOCHERT**

Association française de Pédiatrie ambulatoire, ANCENIS SAINT-GÉRÉON.

Le nombre de passages dans les services d'urgence hospitalière ne cesse de progresser. Après une petite dimi-

nution post pandémie en 2020 [1], les chiffres remontent depuis 2022 [2].

30 % des passages aux urgences concernent les enfants.

Les parents se rendent aux urgences parce que le médecin traitant ou le pédiatre de leur enfant n'est pas joignable, mais aussi parce qu'ils sont inquiets et comptent sur le plateau technique hospitalier pour avoir accès à des examens complémentaires non accessibles en ville [3]. Pourtant, beaucoup d'enfants vus aux urgences relèvent d'une prise en charge ambulatoire.

Si les pédiatres libéraux n'ont pas d'obligation de permanence des soins (PDS), ils ont celle d'assurer la continuité des soins à leur cabinet, donc de répondre aux demandes de soins non programmés (SNP) de leur patientèle en semaine de 8 h à 20 h et le samedi matin. En cas absence, ils sont tenus d'orienter leurs patients vers un confrère ou une organisation de SNP de leur territoire.

Ils peuvent participer sur la base du volontariat aux organisations de SNP existantes éventuellement en lien avec les CPTS, ce qui implique une régulation adaptée à la pédiatrie.

Les SNP représentent une part non négligeable de l'activité des pédiatres de ville. Une enquête sur un jour donné auprès des pédiatres de l'Association française de pédiatrie ambulatoire (AFPA) en 2015 (434 réponses) a montré que 44 % des consultations réalisées étaient des SNP [4].

La permanence des soins ambulatoires (PDSA) est une mission de service public inscrite dans le code de la santé publique. Elle permet l'accès à un médecin et d'éviter le passage aux urgences lorsque les cabinets médicaux sont fermés : en semaine de 20 h à 8 h, le samedi après-midi, le dimanche et les jours fériés. La PDSA est assurée par les médecins généralistes libéraux et sala-

■ Questions flash – La médecine 5 P

riés des centres de santé sur la base du volontariat.

Seulement 8 % des départements français ont mis en place une PDSA spécialisée, dont certains, une PDSA pédiatrique [5].

La faible démographie des pédiatres libéraux (sur les 8 500 pédiatres en France, 24 % sont libéraux exclusifs et 22 % ont une activité mixte) ne leur permet pas d'assurer tous les SNP pédiatriques. Quant à la participation des pédiatres à la PDSA notamment le samedi après-midi et le dimanche, envisagée par certaines ARS en période épidémique, elle nécessiterait une régulation pédiatrique et ne pourrait reposer que sur le volontariat.

Une réflexion sur la prise en charge des SNP et éventuellement la PDSA pédiatrique pourra se faire sur les différents territoires avec les futures équipes de soins spécialisées pédiatriques en lien avec les organisations de SNP existantes puis le système d'accès aux soins.

BIBLIOGRAPHIE

1. DREES, Statistiques Annuelles des Établissements de santé (SAE) 1996-2021, traitements DREES
2. Actualités de l'urgence. Société française de médecine d'urgence. APM news, avril 2023. https://www.sfm.u.org/fr/actualites/actualites-de-l-urgences/services-d-urgence-l-activite-en-augmentation-de-7-3-en-2022-donnees-fedoru/-new_id/68999
3. Enquête FHF IPSOS 2019. <https://www.fhf-hdf.fr/2019/03/19/contribution-de-la-fhf-au-grand-debat-national/>
4. KOUICHE C, STAGNARA J, ASSATHIANY R *et al.* Enquête nationale sur les consultations non programmées en pédiatrie de ville. *Archives de Pédiatrie*, 2015;5:480-484.
5. Enquête du CNOM sur l'état des lieux de la permanence de soins ambulatoires en médecins générale. Décembre 2022

L'auteur a déclaré ne pas avoir de liens d'intérêts concernant les données publiées dans cet article.

Quelle place pour la télémedecine en pédiatrie ?

→ F. KOCHERT, R. ASSATHIANY, A. WERNER

Association française de Pédiatrie ambulatoire, ANCENIS SAINT-GÉREON.

La télémedecine (TM) regroupe l'ensemble des activités de soins et de consultations exercées par les professionnels de santé grâce aux technologies numériques [1].

■ Cadre légal et règlementaire

La TM a été reconnue en France en 2009 par la loi Hôpital Patients Santé Territoires (HPST). L'arrêté du 13 septembre 2018 a permis d'inscrire les actes de TM dans le droit commun [2]. Enfin, l'arrêté du 22 septembre 2021 portant approbation de l'avenant 9 à la convention médicale de 2016 a assoupli les conditions de remboursement des actes de téléconsultation (TC) et de téléexpertise (TE) [3]. L'activité totale de TM (TC et TE) ne doit pas dépasser 20 % de l'activité médicale annuelle conventionnée du médecin.

C'est à la faveur de la crise du COVID-19 que les activités de TC ont progressé. Le nombre annuel d'actes de TM est passé de 88 000 en 2019 à 13,5 millions en 2020. En 2022, 1 million d'actes de TC par mois ont été facturés à l'Assurance maladie, surtout par les médecins généralistes et dans les grandes métropoles [4].

■ Télémedecine en pédiatrie

Nous avons envoyé par mail un questionnaire aux pédiatres de l'association française de pédiatrie ambulatoire (AFPA) : deux envois espacés de 10 jours en février 2024.

Nous avons obtenu 301 réponses. Sur ces 301 pédiatres, 194 (64 %) proposent la TC, en semaine, en dehors des horaires de permanence des soins. La majorité d'entre eux (63 %) a débuté cette activité pendant le confinement. 96 % réservent cette activité à leur patientèle. C'est une activité qui reste modérée, la majorité des pédiatres effectuant moins de cinq TC/semaine.

Les motifs de ces TC sont en premier lieu des conseils aux parents, certains pédiatres proposent aussi des suivis, des renouvellements d'ordonnance et des avis dermatologiques. Environ 1/3 proposent des TC pour des demandes de soins non programmés.

Nous n'avons eu que 189 réponses à la question sur la TE ; seulement 42 pédiatres la pratiquent pour répondre rapidement à une demande, donner un avis au sujet d'un patient non suivi à leur cabinet. Leurs motivations sont l'amélioration du parcours de soins des enfants et une meilleure visibilité de la pédiatrie libérale grâce à une meilleure collaboration avec les autres professionnels.

■ Qu'en pensent les parents ?

Nous avons réalisé une enquête en février 2024 auprès des parents inscrits sur *mpédia* [5], site de conseils aux parents de l'AFPA. Nous avons obtenu 750 réponses. 25 % des répondants ont eu recours à une TC pour leur enfant, dans 52 % des cas avec le médecin qui suit leur enfant (médecin généraliste ou pédiatre). Dans près de 50 % des cas, cette TC est motivée par une maladie aiguë, 25 % des demandes concernent la dermatologie. Ces TC ont lieu majoritairement en semaine et en journée entre 8 h et 20 h. Seulement 34 % des répondants ont fait appel à une plateforme de TC, notamment le soir ou le weekend.

■ Conclusion

L'activité de TM des pédiatres libéraux reste encore marginale. La TC peut

I Questions flash – La médecine 5 P

être utile pour rassurer et conseiller les parents. La TE mériterait d'être développée. Elle permet de répondre aux demandes de professionnels de première ligne, d'améliorer le parcours de soins des enfants, de diminuer le recours hospitalier et assure une meilleure visibilité de la pédiatrie libérale.

BIBLIOGRAPHIE

1. <https://sante.gouv.fr/soins-et-maladies/prises-en-charge-specialisees/telesante-pour-l-acces-de-tous-a-des-soins-a-distance/article/la-telesante>
2. <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000037399738>
3. <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000044097701>
4. DREES : Études et résultats, n° 1249, décembre 2022
5. <https://www.mpedia.fr/>

Les auteurs ont déclaré ne pas avoir de liens d'intérêts concernant les données publiées dans cet article.

Prévention de l'obésité : efficace ou délétère ?

→ P. TOUNIAN

Service de Nutrition et Gastroentérologie pédiatrique, hôpital Trousseau, Sorbonne Université, PARIS.

Depuis plus de 50 ans, les articles se succèdent en énumérant toutes les mesures qu'il serait indispensable de mettre en place pour enfin stopper l'épidémie d'obésité infantile : une alimentation saine pendant la grossesse, la promotion de l'allaitement, l'acquisition précoce de bonnes habitudes alimentaires, l'éducation nutritionnelle à l'école, des actions permettant d'accroître l'activité physique dès le plus jeune âge et, plus récemment, la lutte contre la publicité promouvant la "malbouffe" et destinée aux enfants, pour les plus fréquemment suggérées.

Bien évidemment, de multiples travaux contrôlés et randomisés ont été réalisés pour tenter de démontrer l'efficacité de ces mesures. La dernière méta-analyse *Cochrane* publiée en 2019 suggérait indûment une fenêtre d'opportunité entre 6 et 12 ans [1]. Si elle avouait l'inefficacité de la prévention entre 0 et 5 ans d'une part, et 13 et 18 ans d'autre part, elle rapportait une différence statistiquement significative du z-score de l'IMC entre les enfants ayant bénéficié de mesures préventives et les témoins entre 6 et 12 ans sur un total de 24 043 enfants. Cependant, si cette différence était peut-être statistiquement significative, elle restait cliniquement insignifiante. En effet, le groupe ayant bénéficié de la prévention pesait seulement 120 g de moins que les témoins en moyenne ! Heureusement, la toute dernière méta-analyse capitule enfin en démontrant que ni les actions de prévention à l'école, ni celles réalisées au niveau du grand public, ni enfin celles visant la famille ne sont efficaces [2].

Donc très clairement, la prévention de l'obésité est inefficace, quels que soient les moyens utilisés. Sont inclus l'allaitement, la modification du microbiote intestinal, la réduction des apports protéiques, les écoutes des sensations de faim et de satiété du nourrisson et la limitation de la publicité destinée aux enfants [3, 4].

En plus d'être inefficaces, ces actions préventives sont aussi probablement délétères. En effet, les injonctions laissant croire que l'obésité est due à une mauvaise hygiène de vie, un laxisme diététique de la part des parents, une paresse exagérée de l'enfant ou une propension à succomber aux publicités télévisuelles, aggravent la souffrance des enfants obèses et majorent la culpabilité de leurs parents [5]. On notera aussi la gabegie d'argent public que génèrent les innombrables actions de prévention de l'obésité, notamment en France [6].

En conclusion, il faut se rendre à l'évidence, on ne sait pas prévenir l'obésité

de l'enfant. La raison en est simple, l'obésité n'est pas due à une mauvaise hygiène de vie qu'il suffirait de corriger pour prévenir la survenue d'une surcharge pondérale. Elle est liée à une programmation génétique des centres de régulation du poids à une valeur plus élevée qui conduit les enfants à manger davantage pour atteindre le poids pour lequel ils sont génétiquement programmés [3, 7]. Il s'agit donc d'une injustice de la nature contre laquelle il faut lutter toute sa vie. On comprend donc mieux pourquoi toutes les mesures mentionnées précédemment sont inefficaces car elles ne ciblent pas la cause réelle de l'obésité. Et en médecine, quand on ne peut pas faire de bien, on essaie au moins de ne pas faire de mal. Le célèbre adage "*Primum non nocere*" s'applique donc parfaitement à la prévention de l'obésité.

BIBLIOGRAPHIE

1. BROWN T, MOORE TH, HOOPER L *et al.* Interventions for preventing obesity in children. *Cochrane Database Syst Rev*, 2019;7:CD001871.
2. HODDER RK, O'BRIEN KM, LORIEN S *et al.* Interventions to prevent obesity in school-aged children 6-18 years: An update of a Cochrane systematic review and meta-analysis including studies from 2015-2021. *eClinical Medicine*, 2022;54:101635.
3. CASAZZA K, FONTAINE KR, ASTRUP A *et al.* Myths, presumptions, and facts about obesity. *NEngl J Med*, 2013;368:446-454.
4. PUTET G, LABAUNE JM, MACE K *et al.* Effect of dietary protein on plasma insulin-like growth factor-1, growth, and body composition in healthy term infants: a randomised, double-blind, controlled trial (Early Protein and Obesity in Childhood (EPOCH) study). *Br J Nutr*, 2016;115:271-284.
5. RICHMOND TK, THURSTON IB, SONNEVILLE KR. Weight-focused public health interventions-no benefit, some harm. *JAMA Pediatr*, 2021;175:238-239.
6. OMOROU AY, MANNEVILLE F, ACHIT H *et al.* Economic evaluation of a school-based strategy to prevent overweight and obesity in French adolescents: insights from the PRALIMAP randomised trial. *Public Health*, 2023;215:75-82.

■ Questions flash – La médecine 5 P

7. TOUNIAN P. Programming towards childhood obesity. *Ann Nutr Metab*, 2011;58:30-41.

L'auteur a déclaré ne pas avoir de liens d'intérêts concernant les données publiées dans cet article.

Traitements médicamenteux ciblés de l'obésité : pour qui ?

→ P. TOUNIAN

Service de Nutrition et Gastroentérologie pédiatrique, hôpital Trousseau, Sorbonne Université, PARIS.

Le traitement actuel de l'obésité repose sur un régime restrictif [1]. Il consiste en une restriction cognitive permanente visant à manger en deçà de sa faim à chaque repas. Il est très efficace à condition de ne jamais lâcher les efforts consentis. Mais en pratique, il est très difficile de refréner constamment l'envie de manger que provoque cette restriction, expliquant les nombreux échecs de cette thérapeutique. La chirurgie bariatrique, et notamment le bypass gastrique, est une solution efficace à moyen terme, mais elle est réservée aux formes sévères, est susceptible d'entraîner des complications graves et une reprise pondérale peut survenir à plus ou moins long terme [2]. L'avenir thérapeutique repose sur les traitements médicamenteux.

■ Agonistes de GLP-1

Les seuls traitements médicamenteux commercialisés en France sont les agonistes de *Glucagon Like Peptide-1* (GLP-1). Cette entérohormone est produite par les cellules endocrines intestinales après un repas. Elle stimule la sécrétion d'insuline et a une action anorexigène centrale. Les premiers agonistes de GLP-1 ont été développés comme traitement du diabète de type 2, leurs pro-

priétés anorexigènes ont été exploitées secondairement.

Le liraglutide a été le premier agoniste de GLP-1 indiqué pour le traitement de l'obésité, et c'est actuellement le seul ayant une AMM en pédiatrie. Il est indiqué pour les adolescents obèses d'au moins 12 ans ayant un poids supérieur à 60 kg. Il requiert une injection sous-cutanée quotidienne et entraîne de très fréquents effets indésirables (nausées, vomissements, diarrhée). La perte de poids est en moyenne de 5 % et l'arrêt du traitement conduit à une reprise pondérale [3]. Le traitement n'est pas remboursé par l'Assurance maladie (coût d'environ 200 € par mois).

Le sémaglutide se distingue du liraglutide par une fréquence d'injection hebdomadaire et une efficacité supérieure, la perte pondérale étant de 10-15 % en moyenne chez l'adolescent [4]. Il entraîne les mêmes effets indésirables. Il n'est toujours pas commercialisé en France. Le sémaglutide dont l'indication est officiellement limitée au diabète de type 2, a longtemps été utilisé comme anorexigène. On notera cependant que les doses recommandées de sémaglutide sont de 1 mg/j pour le traitement du diabète et de 2,4 mg/j pour l'obésité. Une forme orale de sémaglutide, l'orforglipron, a été récemment développée [5]. Son efficacité est identique à la forme parentérale avec une prise orale quotidienne chez l'adulte [5].

Les pancréatites sont les principaux effets collatéraux sévères décrits avec les analogues de GLP-1 chez l'adulte, mais le recul est encore limité [6].

■ Médicaments du futur

Le développement de nouveaux médicaments va se poursuivre, en associant notamment les agonistes de GLP-1 avec d'autres agonistes. Le tirzépate, un double agoniste de GLP-1 et du *Glucose-dependent Insulinotropic Polypeptide*

(GIP), entraîne une perte pondérale de 20 à 25 % en moyenne chez l'adulte [7], comme le rétatrutide, un triple agoniste de GLP-1, GIP et du glucagon [8]. Ces médicaments ne sont pas encore commercialisés.

En quelques années, ces nouveaux médicaments ont supplanté l'anneau gastrique et la *sleeve* gastrectomie. En effet, le sémaglutide est aussi efficace que l'anneau gastrique chez l'adolescent, alors que le tirzépate et le rétatrutide sont aussi efficaces que la *sleeve* gastrectomie. On peut espérer que les futurs médicaments qui seront développés seront au moins aussi efficaces que le bypass, sonnait ainsi le glas pour la chirurgie bariatrique.

Des thérapeutiques ciblées selon la cause génétique de l'obésité vont aussi se développer. Le traitement par leptine a montré depuis longtemps son efficacité chez les enfants porteurs d'une mutation du gène de la leptine [9]. La setmélanotide, un agoniste du récepteur de type 4 aux mélanocortines, est plus efficace que le bypass chez les patients porteurs d'une mutation sur le gène de la pro-opiomélanocortine, et à un moindre degré, chez ceux ayant une mutation sur le gène du récepteur de la leptine [10, 11].

■ Conclusion

Comme d'autres pathologies pour lesquelles le traitement a longtemps été limité à la diététique (HTA, hypercholestérolémie, certaines maladies métaboliques, etc.), le développement de nouvelles thérapeutiques médicamenteuses efficaces et bien tolérées va révolutionner la prise en charge de l'obésité. Espérons que cette évolution permettra aussi enfin de montrer que l'obésité n'est pas une maladie de la "malbouffe".

BIBLIOGRAPHIE

1. TOUNIAN P. Prise en charge pratique de l'obésité. *Réalités Pédiatriques*, 2022;254:38-45.

2. LACROSNIERE SM, DUBERN B, PELTA S *et al.* Bariatric procedures including Roux-en-Y gastric bypass in French adolescents. *Arch Pediatr*, 2023;30:408-414.
3. KELLY AS, AUERBACH P, BARRIENTOS-PÉREZ M *et al.* A randomized, controlled trial of liraglutide for adolescents with obesity. *N Engl J Med*, 2020;382:2117-2128.
4. WEHUBER D, BARRETT T, BARRIENTOS-PÉREZ M *et al.* Once-weekly semaglutide in adolescents with obesity. *N Engl J Med*, 2022;387:2245-2257.
5. WHARTON S, BLEVINS T, CONNERY L *et al.* Daily oral GLP-1 receptor agonist orforglipron for adults with obesity. *N Engl J Med*, 2023; 389:877-888.
6. SODHI M, REZAEIANZADEH R, KEZOUH A *et al.* Risk of gastrointestinal adverse events associated with glucagon-like peptide-1 receptor agonists for weight loss. *JAMA*, 2023; 330:1795-1797.
7. JASTREBOFF AM, ARONNE LJ, AHMAD NN *et al.* Tirzepatide once weekly for the treatment of obesity. *N Engl J Med*, 2022;387:205-216.
8. JASTREBOFF AM, KAPLAN LM, FRÍAS JP *et al.* Triple-hormone-receptor agonist retatrutide for obesity - A phase 2 trial. *N Engl J Med*, 2023;389:514-526.
9. FAROOQI IS, MATARESE G, LORD GM *et al.* Beneficial effects of leptin on obesity, T cell hyporesponsiveness, and neuroendocrine/metabolic dysfunction of human congenital leptin deficiency. *J Clin Invest*, 2002;110:1093-1103.
10. CLÉMENT K, VAN DEN AKKER E, ARGENTE J *et al.* Efficacy and safety of setmelanotide, an MC4R agonist, in individuals with severe obesity due to LEPR or POMC deficiency: single-arm, open-label, multicentre, phase 3 trials. *Lancet Diabetes Endocrinol*, 2020;8: 960-970.
11. KÜHNEN P, CLÉMENT K. Long-term MC4R agonist treatment in POMC-deficient patients. *N Engl J Med*, 2022;387: 852-854.

L'auteur a déclaré ne pas avoir de liens d'intérêts concernant les données publiées dans cet article.