

## Annexe 3. Signes évocateurs d'une obésité secondaire et examens à visée étiologique

Tableau 1. Signes évocateurs d'une obésité « secondaire » et examens à visée étiologique		
Pathologie suspectée	Signe(s) évocateur(s) associé(s)	Examens complémentaires réalisables en première intention
<b>Obésité d'origine endocrinienne</b>		
<b>Hypercorticisme</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ralentissement de la croissance staturale</li> <li>• Vergetures pourpres verticales</li> <li>• HTA</li> <li>• Érythrose faciale</li> </ul>	<b>Avis spécialisé<sup>1</sup> endocrinopédiatrique</b>
<b>Déficit en GH</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ralentissement de la croissance staturale</li> <li>• Antécédents néonataux (hypoglycémie, ictère, micropénis et cryptorchidie)</li> <li>• Visage enfantin, ensellure nasale marquée, hypoplasie du massif facial, front bombé</li> <li>• Céphalées</li> </ul>	<b>Avis spécialisé endocrinopédiatrique</b>  <b>IRM du SNC et hypothalamohypophysaire</b>  <b>NB : en cas de troubles visuels avec céphalées, penser à une tumeur du système nerveux central (craniopharyngiome )</b>
<b>Hypothyroïdie</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ralentissement de la croissance staturale</li> <li>• Frilosité, constipation, sécheresse de la peau, chute de cheveux, goitre</li> </ul>	<b>Avis spécialisé endocrinopédiatrique</b>  <b>NB : dans les obésités sévères il est fréquent que la TSH soit modérément élevée sans pathologie thyroïdienne associée</b>
<b>Obésités monogéniques (obésité très sévère et très précoce)</b>		
<b>Anomalie du MC4R</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Obésité et hyperphagie</li> <li>• Augmentation de la masse musculaire</li> </ul>	<b>Avis spécialisé endocrinopédiatrique</b> Étude moléculaire
<b>Mutation sur le gène de la leptine</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Obésité majeure précoce avec troubles du comportement alimentaire</li> <li>• Retard statural</li> </ul>	<b>Avis spécialisé endocrinopédiatrique</b> Dosage de la leptine
<b>Mutation du gène récepteur de la leptine</b> <b>Déficit en POMC</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Obésité majeure</li> <li>• Retard statural</li> <li>• Hypogonadisme</li> </ul>	<b>Avis spécialisé endocrinopédiatrique</b> Dosage de la leptine

<sup>1</sup> Avis spécialisé : avis d'un spécialiste par téléphone, ou courrier, ou consultation

<b>Tableau 4. Signes évocateurs d'une obésité « secondaire » et examens à visée étiologique</b>		
<b>Pathologie suspectée</b>	<b>Signe(s) évocateur(s) associé(s)</b>	<b>Examens complémentaires réalisables en première intention</b>
<b>Obésités syndromiques</b>		
<b>Maladies rares génétiques</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Obésité précoce souvent hypotonie néonatale</b></li> <li>• <b>Retard statural</b></li> <li>• <b>Hypogonadisme</b></li> <li>• <b>Dysmorphie faciale</b></li> <li>• <b>Anomalies des membres/extrémités ou autres malformations</b></li> <li>• <b>Anomalies sensorielles</b></li> <li>• <b>Retard de développement</b></li> <li>• <b>Troubles des apprentissages</b></li> <li>• <b>Troubles du comportement</b></li> </ul>	<p>Avis spécialisé endocrinopédiatrique Diagnostic génétique</p> <p>Remarque : le syndrome de Prader-Willi représente la cause la plus fréquente</p> <p>Avis auprès du centre de compétence ou de référence</p>
<b>Obésités iatrogéniques (liste non exhaustive)</b>		
<p><b>Antipsychotiques atypiques et neuroleptiques (ex. : rispéridone, olanzapine)</b></p> <p><b>Antiépileptiques et thymorégulateurs (ex. : dépakine, tégréto)</b></p> <p><b>Certains antidépresseurs</b></p> <p><b>Corticothérapie</b></p> <p><b>Chimiothérapie anticancéreuse ou antileucémies</b></p>		<p>Évaluer les facteurs de risque Mettre en place des mesures de prévention</p>
<b>Obésités hypothalamiques</b>		
<b>Syndrome hypothalamique</b>	<p>Obésité d'apparition précoce associée à des troubles du système nerveux autonome (dysrégulations thermiques, fréquence cardiaque, troubles respiratoires d'origine centrale)</p>	<p>Avis spécialisé endocrinopédiatrique Diagnostic génétique</p>