

Journée d'études

L'ADOLESCENT

DMG Lyon 1 et Collège des GE de Lyon

La consultation d'un ado

- Établissement d'une relation de soin particulière
- L'adolescent possède un statut particulier (ni enfant-ni adulte), une attitude singulière
- il n'aime pas forcément se découvrir aussi bien physiquement que moralement et éprouve des difficultés à situer ses plaintes

Le MG dans sa relation avec l'adolescent doit (suite)

- ⊙ Décoder
- ⊙ S'interroger sur sa propre adolescence
- ⊙ Faire preuve de bienveillance et de distance
- ⊙ Proposer des contrats...
- ⊙ et respecter ses engagements
- ⊙ Aider les parents
- ⊙ Respecter l'ambivalence
- ⊙et user d'humour

La consultation d'un ado

- Pour un adolescent : rencontrer un médecin est une chose mais lui parler vraiment de ses problèmes en est une autre.
- Discuter en priorité de ce que l'ado perçoit comme le plus important : l'anamnèse permet de mettre en place un véritable échange.

Les particularités de la relation médecin-adolescent sont

- ◎ **Une avidité relationnelle**

Investissement massif du soignant idéalisé

- ◎ **Une méfiance**

car risque de dépendance, donc tentative de maîtrise de la relation (RV manqué, retards répétés)
car figure d'autorité parentale

- ◎ **La répétition du symptôme+++**

Le MG doit

- ◎ s'impliquer, être actif (timidité de l'adolescent), l'aider à formuler
- ◎ garder la bonne distance (tu ou vous)
- ◎ garder un langage d'adulte
- ◎ Éviter copinage, ou au contraire autoritarisme

Questionnaire amorçe (1)

- Je pratique une activité sportive régulière
- J'attache toujours ma ceinture de sécurité
- Je fume des cigarettes
- Je saute souvent un repas
- Je suis satisfaite de ma taille
- Je suis satisfaite de mon poids
- Il existe une bonne communication entre mes parents et moi
- Je me sens à l'aise avec le jeunes de mon âge
- Je préfère la solitude
- Un enseignement que je reçois m'intéresse

Questionnaire amorce (2)

- ⊙ Il m'arrive de manquer des cours sans raison valable
- ⊙ Je sais quel métier je ferais plus tard
- ⊙ Je connais des personnes qui se droguent
- ⊙ J'ai souvent du mal à m'endormir
- ⊙ Je me sens bien dans ma peau
- ⊙ Je suis triste assez souvent
- ⊙ Il y a des personnes autour de moi avec qui je peux parler sexualité
- ⊙ Je sais ce qu'est la contraception
- ⊙ Mes vaccins sont à jour
- ⊙ J'ai des problèmes dont j'ai du mal à parler

Santé des mineurs : des contradictions

Les parents sont les garants de la santé de leur enfant: article 42 du Code de déontologie

- **Actes de santé peu graves** : autorisation d'un seul parent
- **Actes de santé graves**: double consentement
- **Mise en danger de l'ado.** : le médecin doit tout faire pour obtenir l'accord des parents et en cas de refus, aviser le PR

Mais

- **Le mineur** doit être informé des soins à faire
- **Le mineur** peut consulter un médecin sans l'accord de ses parents

2- Santé des mineurs : des contradictions ...

Opposition entre

- Situation juridique des mineurs :

art. 42 du code de déontologie:

un médecin appelé à donner des soins à un mineur.. doit s'efforcer de prévenir ses parents ou.. et d'obtenir leur consentement.

Mais

- Règle de la confidentialité et du respect du secret médical
art. 4 du code de déontologie

3- Santé des mineurs

- **Juillet 2001** « les mineures peuvent accéder à la prescription d'une contraception sans contrôle parental... »
- **Mars 2002** « dérogation possible au principe de l'autorité parentale en cas d'exigence expresse du mineur à garder le secret sur son état de santé... »

Ne pas oublier que l'ado est souvent en recherche d'un contrôle bienveillant de ses parents. Le médecin est tenu de tout faire pour obtenir le consentement du mineur à prévenir ses parents

Jeu de rôle Thomas,

14 ans, en classe de 3e, est amené par sa mère pour visite d'aptitude au foot-ball. Examen clinique. 160 cm, 62 kgs, pilosité axillaire + acné depuis 3 mois.

Thomas s'exprime assez peu.

La maman interpelle le médecin sur la gynécomastie de son fils : “ enlève ton T-Shirt, Thomas ! ”

Gynécomastie

- Définition: ½ des garçons, à la mi puberté uni puis bilatérale
- Cause: par augmentation locale de la transformation des androgènes en estrogènes/ effet de l'aromatase
- Éliminer une cause (exceptionnelle):
prise médicamenteuse (Tagamet, Atarax, Neuroleptique, Nizoral, Aldactone)
Klinefelter...
- Evolution : rassurer +++
- Aucun bilan paraclinique dans la plupart des cas

L'acné

- **Classer**
 - **Rétentionnelle:** points blancs et points noirs
 - **Inflammatoire superficielle:** papules et pustules non enchâssées
 - **Inflammatoire profonde:** papules infiltrées
 - **Nodulo kystique:** > 2 nodules de > 1cm

Acné : traiter selon le type

- **Rétentionnelle**: Différine^R ou vitamine A acide (Effederm^R..)
- **Inflammatoire**: peroxyde de benzoyle (Cutacnyl^R) 2 à 6 mois, + ou – doxycycline 3 mois, + ou – Eryfluid^R
- **Inflammatoire profonde** :Tt local et cyclines 2 mois sinon Roaccutane
- **Nodulo kystique** : Roaccutane^R (DMC 120mg/kg) , respect des CI

- **Cosmétologie**: savon Bactopur ou Surgras, crème Hydrafnia ou Aderma etc...

- 1. Estelle, 14 ans, vient nous voir car elle n'est toujours pas réglée. Que lui dites-vous ?**
- 2. Virginie, 15 ans, réglée depuis l'âge de 13 ans, est inquiète car elle a des cycles longs. Ils durent entre 36 et 45 jours voire même « saute » 1 cycle. Que lui répondre ?**

Puberté: repères

Fille:

Vers 10 ans et demi

Dans l'ordre:

- seins,
- poils pubiens (6 mois après),
- poils axillaires (12 à 18 mois après),
- règles à 12 ans et demi

Garçon:

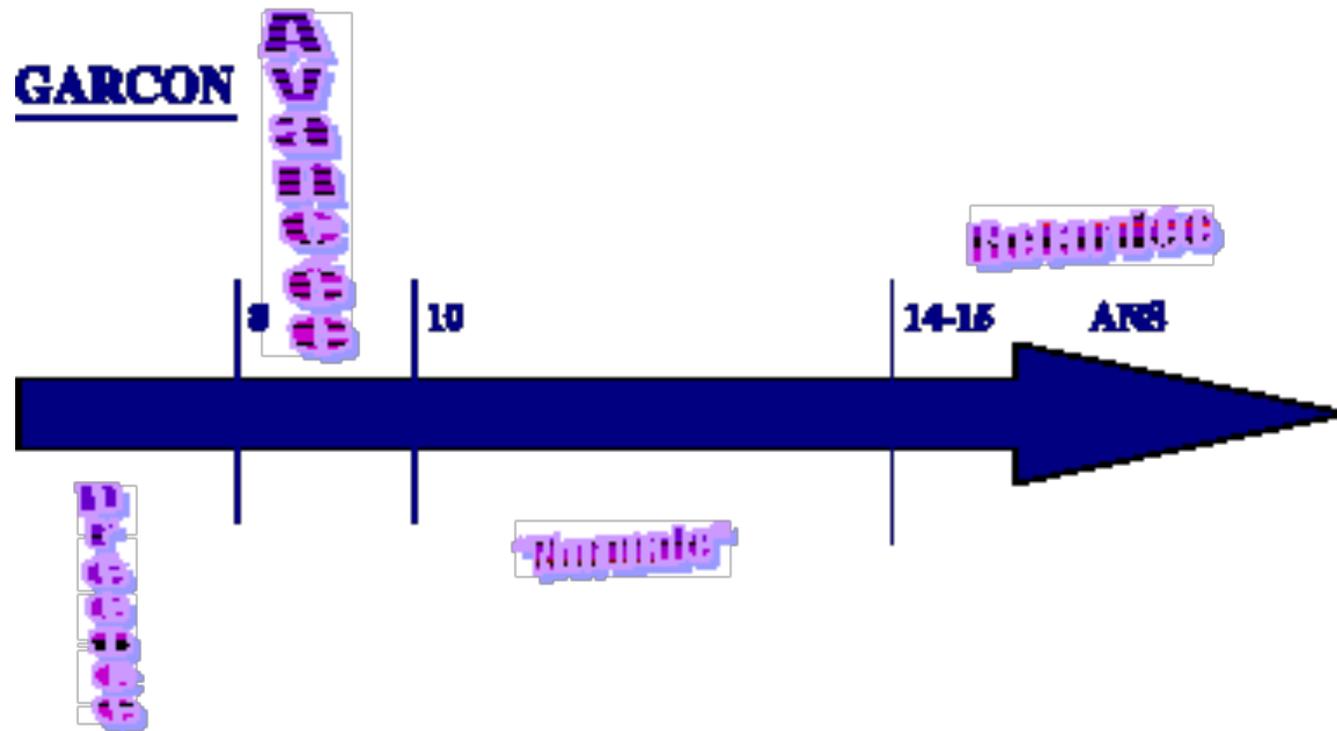
Vers 12 ans

Dans l'ordre:

- volume testiculaire,
- verge et scrotum (1 an après),
- poils pubiens (6 mois après),
- poils corps 1 à 2 ans après,
- 1° éjaculation à 14 ans,
- fécondant 1 à 2 ans après

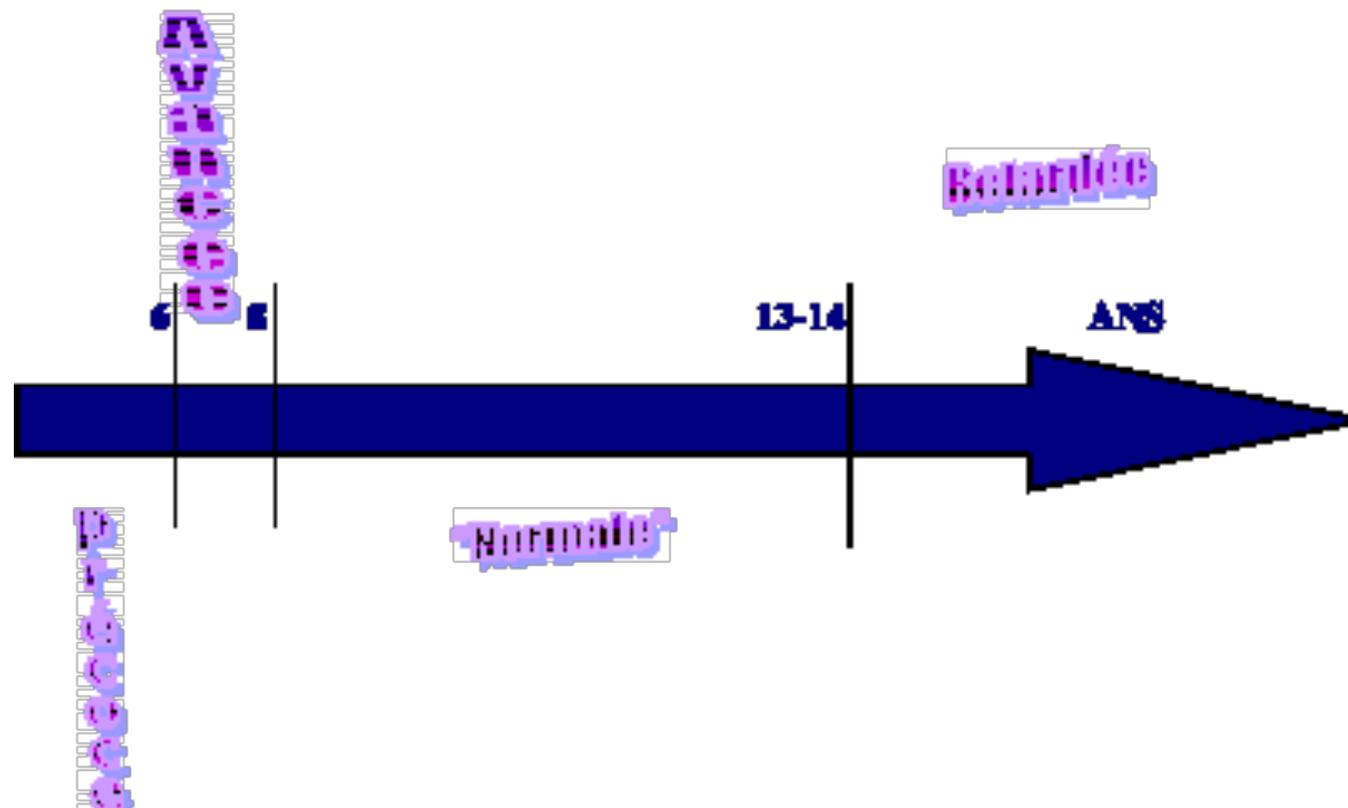
<i>Cotation Tanner</i>	II	III	IV
Poils pubiens	duvet	Poils fournis	Pubis recouvert
seins	Bourgeon mammaire	Aréole augmentée	La glande déborde l'aréole
testicules	2 ml	7 à 12 ml	12 à 17ml
verge	7 à 8 cm	8.5 à 9.5 cm	10 -11 cm

Age de la puberté: garçons



Age de la puberté: filles

FILLE



Retard pubertaire simple

Définition, prévalence

Fille -> absence de règles à 15 ans,

garçon -> de 15 à 18 ans

++ fréquent chez le garçon

Rechercher

- Des antécédents familiaux
- Un retard osseux et statural associés
- La présence de signes de début pubertaire

Troubles des règles: cycles longs

◎ Cycles >35 js, physiologique les 2 1^o années

◎ Rechercher un trouble alimentaire, sport ++

◎ Bilan minimal et/ou cs spécialisée:

-> après au moins 2 ans d'évolution

-> ou si hyperandrogénie clinique (*acné, alopecie, hirsutisme, séborrhée*)

Sexualité: comment ouvrir le dialogue ?

- S'impliquer davantage, anticiper, ouvrir le dialogue
 - « as-tu un petit ami? »
- Evaluer la contraception
 - « est-ce que vous sortez ensemble ? »
 - « est-ce que vous envisagez une grossesse? »
- Relations non consenties ?
 - « as-tu déjà eu peur d'être enceinte? »

- 1. Sylvain, 13 ans et demi, que vous voyez pour une visite du sport, nous dit qu'il est le plus petit de la classe même par rapport aux filles ! Que lui répondre ?**
- 2. Florent, 11 ans et demi, est le plus grand de sa classe. Pas de chance, il déteste le basket**
...

Petite taille

Rassurer

- Plus souvent physiologique chez le garçon
- Décalage de 12 à 18 mois entre le début de la puberté et la croissance
- Variations individuelles physiologiques de 3 à 4 DS au même âge

Calcul de la taille cible

- Taille père et mère/2 + ou - 6.5 cm

Calcul âge osseux

- Apparition du sésamoïde du pouce (et rx poignet): 11 ans fille, 13 ans garçon, qui signe le début de puberté

Penser à:

- Retard pubertaire simple
- Petite taille familiale
- RCIU
- Hypothyroïdie (exceptionnelle)

1. **Mélanie, 159 cm, 60 kgs, se trouve trop grosse et vient consulter pour ça.**

L'alimentation

Prise de poids et besoins durant la puberté

- **filles**: 7.5 kg graisse, 15 kgs masse maigre
- **gars**: 3 kgs "''''", 31 kgs "''''"

besoins en calcium, protéine, vit D, et en fer normalement apportés / une alimentation suffisante (*voir diapo suivante*)

Causes des carences

- grignotage, régimes,
- absence de petit-déjeuner
- resto rapide
- troubles du comportement alimentaire

Vitamine D

- Le capital osseux de l'adulte et de la personne âgée se constitue à l'adolescence
- Apport conseillé chaque hiver en période pubertaire (*absence de niveau de preuve*)
 - Uvedose 100 000 1 ampoule/hiver
 - ZymaD2 80 000 1 ampoule/hiver

Fer et calcium

- **Fer**

Nécessité d'une supplémentation pendant la puberté en cas de régime végétarien ou végétalien

Penser à l'anémie fréquente chez la jeune fille

- **Calcium**

Recommander 3 prises de produits laitiers par jour, idéalement 4 prises pendant la puberté

L'anorexie

- Trouble de la perception de l'image du corps
- Pathologie grave mettant en jeu le pronostic vital
- 9 filles pour 1 garçon
- Fréquence maxima : 15-16 ans
- Bons résultats scolaires

Anorexie :clinique

- Fréquence
1 ado/ 100, boulimie 4 à 12/100
- Début : insidieux:
 - Régime pour un léger embonpoint
 - Après une séparation
 - Sélectivité alimentaire (suppression des viandes et graisses)
 - Troubles du cycle : spanioménorrhée > 40js
 - Activité sportive intense

L'anorexie: clinique

- ◎ Amaigrissement, Aménorrhée (1° signe), arrêt croissance, impubérisme...
- ◎ hyperactivité/ omnipotence (cuisine pour famille et ne mange pas, impose ses volontés, pensée obsédante pour nourriture...)
- ◎ Déni du corps féminin (tenue vestimentaire, désintérêt de la sexualité...)

L'anorexie ou nier son corps (Rufo)

- ◎ Être ado , c'est se résoudre à quitter l'enfance, à apprivoiser une image de soi différente, un corps sexué
- ◎ L'anorexie est toujours une volonté de ne pas avoir de corps, en relation avec un monde qu'elle provoque sans cesse
- ◎ L'anorexie est un trouble de l'identité sexuée

L'anorexie : prise en charge

◎ Ambulatoire

- pour la majorité des patientes
- multidisciplinaire : somaticien, psychothérapeute et/ou psychiatre

◎ Hospitalisation

- en urgence si critères de gravité (BMI \leq 13, mauvaise tolérance clinique épisode dépressif sévère)
- dans le cadre d'un projet de soins

1. Alain, 13 ans et demi, présente un surpoids manifeste : 67 k pour 1m60.

Élaborer avec lui une prise en charge diététique

2. Arthur, 15 ans, joueur de rugby, consulte pour un mal de gorge avec fièvre à 40° depuis 2 jours. À l'examen, poids à 82 kgs pour une taille de 169cms, (prise de 10 kgs en 1 an), angine érythémato-pultacée, le reste de l'examen est normal.

Que prescrivez vous ?

Obésité et ado

- ◎ Prévalence

14% des pré ado de 7 à 9 ans

- ◎ 2 facteurs de risque

génétique et environnemental

- ◎ Constitution de cette obésité

Inactivité : prévalence de l'obésité augmentée de 2% /heure de TV hebdomadaire supplémentaire

Alimentation :

Excès de gras salé, Excès de gras sucré,
Excès de boissons sucrées,
absence de petit-déjeuner

Obésité et ado. Notions clés

- La puberté ne peut résoudre ce problème
- L'obésité de l'ado succède à celle de l'enfance
- L'absence d'activité physique est déterminante

- *Le tt doit être préventif*
- *La prise en charge multidisciplinaire*

- Hyperphagie et grignotage sont spécifiques
- Les difficultés scolaires sont fréquentes

- *La prise en charge diététique est longue, non tatillonne, avec adhésion de la famille, et un carnet de poids*

Obésité et physiopathologie

- *Troubles de l'estime de soi, de l'image du corps, et de l'humeur*
- Fixation à l'oralité
- *Difficulté pour l'ado. à discerner ses besoins corporels*
- Inhibition, retrait social, difficultés scolaires
- *Traits dépressifs au 1° plan*

Traitement

- thérapie de soutien
- thérapie familiale
- thérapie comportementale