

Questions flash - Préadolescence et adolescence

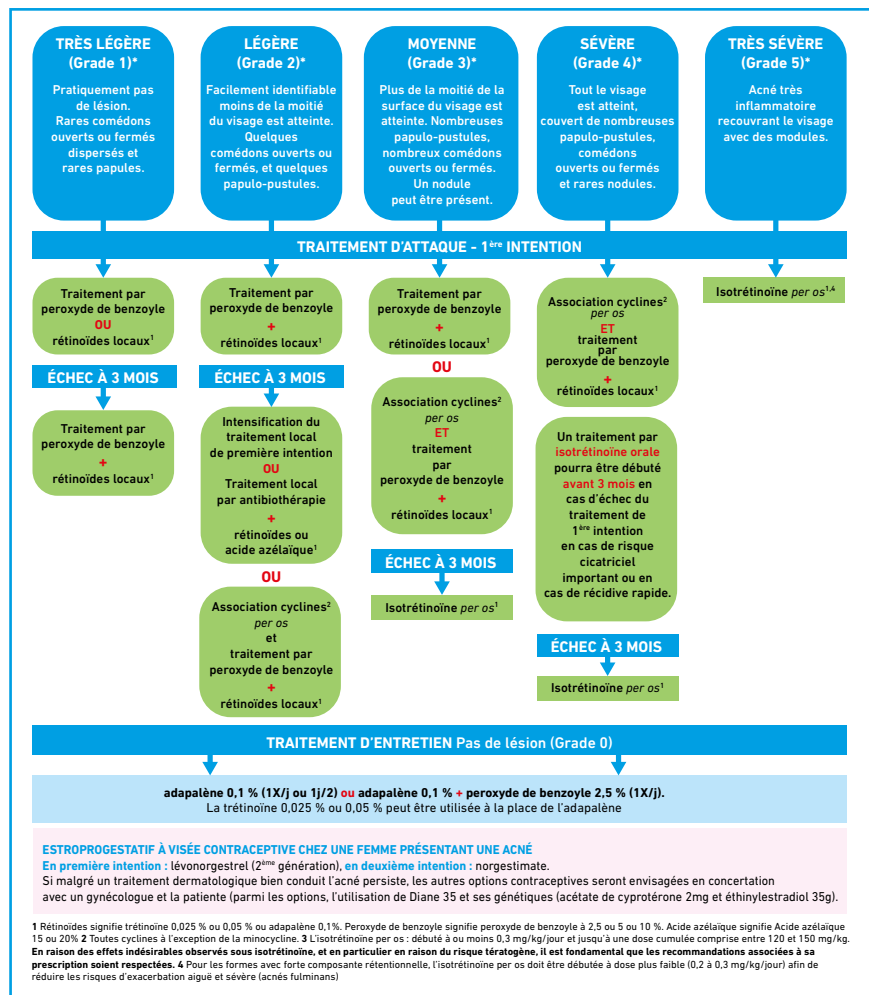


Fig. 1 : Les différents traitements de l'acné.

de l'activité antibactérienne. Elles sont utilisées sur des périodes de 3 mois afin de minimiser le risque de résistance bactérienne. Leur efficacité est perceptible au bout de 6 à 8 semaines. Leur principal effet secondaire est la phototoxicité. En cas d'acné sévère comportant des risques cicatriciels ou d'acné résistante à un traitement classique bien conduit d'au moins 3 mois, se pose l'indication de l'isotrétinoïne. Cette prescription nécessite une contraception chez la jeune fille et les mesures de prévention de la grossesse. La prescription initiale est réservée aux dermatologues. Enfin, chez la jeune fille en demande d'une contraception, un œstroprogestatif de 2^e génération peut être proposé.

Le pédiatre pourra instaurer le traitement de 1^{re} ligne par rétinoïde ou PB. Il pourra le compléter par une cycline en cas d'échec. Et passer la main quand il le souhaite lors des échecs ou des rechutes qui émaillent les années d'évolution de l'acné (fig. 1).

POUR EN SAVOIR PLUS

Recommandations de bonnes pratiques. Prise en charge de l'acné. Traitement de l'acné par voie locale et générale. Texte des recommandations. Société Française de Dermatologie.

Téléchargeable sur reco.sfdermato.org

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

Troubles de la puberté à la préadolescence : quand agir ?

→ C. BOUVATTIER

Service d'Endocrinologie pédiatrique, CHU de Bicêtre, LE KREMLIN-BICÊTRE.

Le développement des seins doit être considéré comme pathologique et évalué s'il survient avant 8 ans

La puberté est précoce si le développement des seins survient avant l'âge de 8 ans. Cette limite d'âge est discutée actuellement en raison de l'avance séculaire de l'âge pubertaire. On distingue deux grands groupes de pubertés précoces : les pubertés précoces centrales, d'origine hypothalamo-hypophysaire, les plus fréquentes et les pubertés précoces périphériques, dues à une sécrétion de stéroïdes sexuels par une gonade autonome, indépendante des gonadotrophines. La puberté précoce centrale est liée au déclenchement prématuré, lésionnel ou non, de l'axe hypothalamo-hypophysaire. Elle est environ 8 fois plus fréquentes chez les filles que chez les garçons, et idiopathiques (sans cause retrouvée) dans 90 % des cas. Le tableau clinique retrouve un développement mammaire et une accélération de la vitesse de croissance accompagnée d'une avance de la maturation osseuse. En dehors de la recherche d'une cause, les conséquences d'une puberté précoce sont la fusion précoce des cartilages de croissance, la petite taille adulte, la survenue de règles précoces. Les conséquences psychologiques variables en fonction des enfants sont assez mal connues.

La prise en charge thérapeutique des formes centrales repose sur la prescription d'analogues du GnRH. Leur prescription n'est discutée que devant une puberté précoce évolutive risquant d'entraîner une petite taille. L'évolutivité d'une puberté précoce s'apprécie sur des manifesta-

tions pubertaires d'évolution rapide, une avance de la maturation osseuse de plus de 2 ans, et un pronostic de taille inférieure à 150 cm chez la fille. Le traitement est poursuivi jusqu'à l'âge normal de la puberté. Bien sûr, le traitement d'une éventuelle cause cérébrale sera réalisé en priorité.

L'augmentation du volume testiculaire doit être considérée comme pathologique et explorée lorsqu'elle survient avant 9 ans

La puberté est précoce s'il existe une augmentation du volume testiculaire > 4 mL ou 25 mm de longueur avant l'âge de 9 ans. On distingue deux grands groupes de pubertés précoces : les pubertés précoces centrales, d'origine hypothalamo-hypophysaire, les plus fréquentes et les pubertés précoces périphériques, dues à une sécrétion de stéroïdes sexuels par une gonade autonome, indépendante des gonadotrophines. La puberté précoce est beaucoup plus rare chez les garçons et lésionnelle dans 50-80 % des cas. L'IRM cérébrale est donc un examen indispensable de l'exploration d'une puberté précoce centrale.

Le tableau clinique retrouve un développement testiculaire et une accélération de la vitesse de croissance accompagnée d'une avance de la maturation osseuse. En dehors de la recherche d'une cause, les conséquences d'une puberté précoce sont la fusion précoce des cartilages de croissance et la petite taille adulte et des conséquences psychologiques variables mais moins notables que chez les filles.

Le développement d'une pilosité pubienne isolée avant 8 ans chez les filles et 9 ans chez les garçons doit être évalué.

Isolée, c'est-à-dire sans signe de démarrage pubertaire (pas de développement des seins ou d'augmentation de volume

des testicules), elle témoigne d'une production excessive d'androgènes, le plus souvent surrénaliens. La vitesse de croissance et la maturation osseuse sont parfois accélérées. Cette situation est parfois pathologique et est l'occasion du diagnostic de déficit enzymatique d'origine surrénalienne (déficit en 21-hydroxylase), ou plus rarement d'une tumeur maligne surrénalienne : cortico-surrénalome. Un dosage des androgènes : SDHA (sulfate de déhydroépiandrostérone), delta-4 androstènedione et testostérone confirmera la production excessive d'androgènes. Le dosage de la 17-hydroxyprogestérone permet le diagnostic de déficit en 21-hydroxylase. Le scanner surrénalien est le meilleur examen morphologique pour explorer la surrénale. L'adrénarchie (maturation physiologique de la surrénale) est un diagnostic d'élimination.

POUR EN SAVOIR PLUS

- OBERFIELD SE. Approach to the girl with early onset of pubic hair. *J Clin Endocrinol Metab*, 2011;96:1610.
- LATRONICO AC *et al.* Causes, diagnosis and treatment of central precocious puberty. *Lancet Diabetes Endocrinol*, 2016;4:265.
- BRAUNER R. Paediatric endocrinology: Treatment of girls with central precocious puberty. *Nat Rev Endocrinol*, 2015;11:386.
- CAREL JC *et al.* Consensus statement on the use of gonadotropin-releasing hormone analogs in children. *Pediatrics*, 2009;123:752.

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

Comment le pédiatre doit-il conduire une consultation d'adolescent ?

→ R. DE TOURNEMIRE

Unité de médecine pour adolescents, Pédiatrie, CHI, POISSY SAINT-GERMAIN-EN-LAYE.

La consultation auprès d'un adolescent requiert de la part du pédiatre une connaissance précise de l'adolescence mais également un savoir-faire. L'adolescence, période mouvementée, tant sur le plan du développement physique – croissance et acquisition des caractères sexuels secondaires – que sur le plan social et psycho-comportemental, transforme en quelques années l'enfant en sujet adulte. Le médecin doit adopter une attitude ouverte, respectueuse et empathique. Il doit montrer son intérêt pour l'adolescent sans être intrusif. L'adolescent doit être au centre de la consultation mais l'on doit veiller à donner une juste place aux parents. Un temps important de la consultation se fait en tête-à-tête, permettant un examen clinique et un entretien où prévention, dépistage et guidance – en termes de santé au sens large – sont abordés. Il s'agit d'une consultation souvent longue qui au mieux sera programmée.

Le pédiatre peut utiliser un auto-questionnaire de préconsultation, tel le questionnaire de Bicêtre, explorant tout à la fois le champ organique, psycho-comportemental et relationnel. Ces questionnaires, outils de médiation, permettent de repérer rapidement des problématiques à aborder.

■ Entretien

Des modèles d'entretien en médecine de l'adolescent existent, en particulier en langue anglaise. Le modèle le plus connu est celui de Goldenring,