

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'adrénarche (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,

Questions flash - Préadolescence et adolescence

créé en 1988 sous l'acronyme HEADS. Enrichi en tenant compte de nouvelles problématiques, HEEADSSS explore aujourd'hui : *Home & Environment, Education & Employment, Eating, Activities, Drugs, Sexuality, Suicide/Depression, Safety from injury and violence*. Nous proposons un acrostiche original, en langue française, explorant encore d'autres thématiques, autour du mot **ADOLESCENTS** : Alimentation, Développement physique et pubertaire, Osez explorer la sexualité, Loisirs et Lycée, Entourage familial et amical, Symptômes flous, Compliance, Événements traumatiques, Noir idées noires ou suicidaires, Toxiques, Suivis.

■ Examen clinique

Le médecin demande à l'adolescent de se mettre en sous-vêtement. Une attention particulière est portée à l'hygiène générale du patient. Après la mesure du poids et de la taille – on note les réactions et les commentaires faits par l'adolescent à ce sujet –, le médecin s'intéresse prioritairement aux préoccupations principales de l'adolescent : la peau, organe de relation, et les caractères sexuels, cachés et source de questionnement quant à leur normalité.

■ Courbe poids/taille, courbe de corpulence

Les échanges à l'occasion de la mise à jour de ces courbes démontrent souvent le vif intérêt porté par l'adolescent à ce sujet.

■ Vaccinations

Le pédiatre s'attache à vérifier l'état vaccinal de l'adolescent afin de rattraper les vaccins non faits (ROR, méningite C, hépatite B) et de réaliser les vaccins nécessaires à cette période de la vie (dTPCa vers 12 ans, HPV chez les filles entre 11 et 14 ans, vaccination contre la varicelle si absence de varicelle pendant l'enfance).

■ Prescriptions

Vitamine D et traitement contre l'acné ne doivent pas être oubliés. Une contraception peut également être prescrite à l'issue d'une consultation de "counseling". Il importe de rappeler que la prescription de psychotropes et notamment d'anxiolytiques, d'hypnotiques ou d'antidépresseurs doit être rare à cet âge, jamais au sortir d'une première consultation.

■ Fin de consultation

La fin de la consultation se fait en présence des parents ou de l'adulte référent qui accompagne l'adolescent (penser à proposer au père de venir quelquefois si l'adolescent est toujours avec sa mère) :

– réponse aux questions souvent nombreuses des parents tout en veillant à ce que cette consultation reste celle de l'adolescent. Le médecin peut guider les parents pour comprendre des réactions ou *habitus* parfois paradoxaux de leur enfant ;

– synthèse de la consultation tout en respectant la confidentialité nécessaire à une relation médecin-adolescent de qualité. Respecter la confidentialité ne signifie pas ne rien dire. C'est le rôle subtil du médecin de comprendre jusqu'où va la confidentialité. Parfois, le médecin peut proposer de parler lui-même aux parents d'un sujet difficile pour peu que l'on puisse attendre une aide de ceux-ci. Il peut être ainsi le porte-parole de l'adolescent. Dans d'autres cas, le médecin se donne le temps de quelques consultations pour mieux appréhender le contexte familial.

On veille, quel que soit le motif de la consultation, à encourager les parents à porter un regard optimiste et positif sur leur enfant.

POUR EN SAVOIR PLUS

- DE TOURNEMIRE R. L'adolescent en consultation. EMC (Elsevier Masson

SAS, Paris). *Pédiatrie*, 2010 (2017 à paraître).

- KLEIN DA, GOLDENRING JM, ADELMAN WP. HEEADSSS 3.0 The psychosocial interview for adolescents updated for a new century fueled by media. *Contemp Pediatr*. 2014;1:16-28.

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

Structures d'accueil des adolescents : quel avenir ?

→ R. DE TOURNEMIRE

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

De nombreuses structures d'accueil existent en France pour les adolescents. On distinguera les structures ambulatoires et les lieux d'hospitalisation temps plein avant d'évoquer un autre rôle dévolu à ces structures à savoir la formation des jeunes pédiatres.

■ Les structures ambulatoires

Ces dernières années ont vu naître plus d'une centaine de maisons des adolescents (MDA) réparties sur tout le territoire français. Ces lieux permettent la rencontre entre une équipe pluri-professionnelle et l'adolescent, les familles et les professionnels sur de nombreuses thématiques. La plupart de ces MDA offrent une ligne téléphonique, un site Internet et des consultations. Il s'agit sans nul doute de la structure qui connaît le mieux les ressources existantes sur l'ensemble d'un territoire, d'un département.

À côté des MDA, on trouve (liste non exhaustive) :