

Puberté précoce vraie et sa variante physiologique : A propos de 3 cas au CHU Mohammed VI Oujda

F. Elilie Mawa Ongoth (Dr), S. Farih (Dr), S. Rouf (Dr), Y. Yaden (Dr), H. Latrech (Pr)
Service d'Endocrinologie Diabétologie, CHU Mohammed VI, Faculté de Médecine et de Pharmacie, Université Mohammed Premier, Oujda, Maroc.

Mots clés: Puberté précoce, variante, Oujda.

INTRODUCTION:

La puberté précoce est définie par un démarrage pubertaire avant l'âge de 8 ans chez la fille, et 9 ans chez le garçon. Elle est souvent secondaire à une activation prématurée de l'axe hypothalamo-hypophysio-gonadique. Il peut s'agir d'une puberté précoce vraie ou d'une variante, parfois d'une pseudo-puberté précoce [1, 2]. Le risque majeur est une mise en jeu du pronostic statural final et aussi un retentissement psychologique. Nous rapportons trois observations.

CAS CLINIQUES 1 & 2:

Deux patientes étaient emmenées en consultation pour démarrage pubertaire avant l'âge de 8 ans. L'examen clinique notait un développement mammaire, une avance staturale et pondérale, une absence de saignement génital. L'exploration biologique avait conclu à une activation de l'axe hypothalamo-hypophysio-ovarien et l'échographie pelvienne montrait des organes génitaux internes pubères. Le diagnostic de puberté précoce centrale vraie était retenu. Un traitement par analogue de gonadotropin releasing hormon (GnRH) était proposé chez l'une des patientes, empêchant une soudure précoce du cartilage de conjugaison.

CAS CLINIQUE 3:

Une patiente âgée de 2 ans était admise dans notre service pour développement mammaire prématuré. L'examen clinique notait l'absence de pilosité pubienne, d'avance staturale ni d'autre signe d'activité pubertaire. Le bilan biologique et morphologique était normal. Le diagnostic d'une prémature thélarche était retenu. Une surveillance avait été instituée.

DISCUSSION ET CONCLUSION :

La puberté précoce constitue un motif fréquent de consultation en endocrinologie. Elle requiert une démarche diagnostique rigoureuse incluant une exploration hormonale et morphologique, afin de différencier une puberté précoce vraie de ses variantes [3]. L'évaluation et la prise en charge de cette pathologie restent parfois difficiles pour le praticien. Elles devraient permettre à rassurer les parents et à décider du traitement, qui demeure variable en fonction du type et de l'étiologie du trouble [2]. Les indications du traitement freinateur par analogue de la GnRH, ainsi que les modalités de sa surveillance doivent être connues et discutées avant sa mise en œuvre.

Bibliographie:

- [1] Macedo DB, Silveira LF, Bessa DS et Al. Sexual precocity-Genetic bases of Central Precocious Puberty and Autonomous Gonadal Activation. *Endocr Dev.* 2016; 29:50-71.
- [2] Latronico AC, Brito VN, Carel JC. Causes, diagnosis, and treatment of central precocious puberty. *Lancet Diabete Endocrinol.* 2016 Feb 3. Pii: S2213.
- [3] I. Berkia, H. Bouxid, A. Gaozi. Thélarche variante (à propos de 4 cas). *Ann Endocrinol.* September 2013, Vol. 74(4) :301.

NB: Nous n'avons pas de conflit d'intérêt par rapport à ce travail .