



Le déficit en hormone de croissance : aspects clinicobiologiques et évolutifs

Chafik A, El Mghari G, El Ansari N

Service d'Endocrinologie Diabétologie et Maladies Métaboliques. CHU Mohamed VI- Marrakech, Laboratoire PCIM, FMPM, Université Cadi Ayad. Marrakech. MAROC



INTRODUCTION:

- Le retard statural est un motif fréquent de consultation dont l'étiologie conditionne le pronostic statural chez l'enfant.
- Le diagnostic de déficit en hormone de croissance (GH) doit être posé dans un contexte clinique de retard statural et confirmé par des épreuves dynamiques
- Il constitue la principale indication pour le traitement GH dans l'enfance, qui exige des injections sous-cutanées quotidiennes pour le patient et des coûts importants.

OBJECTIF DU TRAVAIL:

Définir les caractéristiques cliniques, biologiques et évolutives du déficit en GH chez l'enfant et l'adolescent.

MATERIEL ET MÉTHODES:

- ▶ Etude prospective transversale
- ▶ Des patients suivis pour déficit en GH au service d'endocrinologie-diabétologie du CHU Mohamed VI pendant 3 ans (Février 2013 jusqu'à Février 2016)

RÉSULTATS:

- Le diagnostic de déficit en GH a été retenu chez 25 patients.
- Il a été confirmé sur la base de tableau clinique et paracliniques incluant taux de GH inférieur à 7ng/ml aux tests de stimulations.
- Moyenne d'âge: 15 ans (5-20ans)
- Sexe: 40% de filles et 60% de garçons.
- La taille moyenne exprimée en déviations standard (DS) était de -3,5DS.
- Le retard statural était sévère dans 91% des cas.
- Le déficit en GH était partiel dans 27% des cas et complet dans 83% des cas.
- Retard de l'âge osseux par rapport à l'âge chronologique dans GHD : 5,68 (2-11ans)

-Au test de stimulation :

Pour le test de stimulation betaxolol glucagon
*Pic moyen de réponse :1,34ng/ml (0,14 à 5,3ng/ml)

Pour le test de stimulation Hypoglycémie insulinique
*Pic moyen de réponse :3,55 ng/ml (2.6 à 4,5ng/ml)

-L'IGF1 n'a pas pu être réalisée que chez 38% des patients ayant GHD, vu le problème de moyens, qui était bas chez tous ces patients.

-Déficit hypophysaire associés en cas de GHD :

- *Insuffisance antéhypophysaire: 28%
- *Insuffisance gonadotrope: 28%
- *Insuffisance corticotrope : 9%
- *pas de déficit: 35%

-Les étiologies des GHD sont dans 42 % idiopathique mais une grande variété d'étiologies ont été rapportés(syndrome d'interruption de la tige pituitaire, hypoplasie antéhypophysaire., selle turcique vide et .).(figure 1)

-Le prescription de GH a été conditionnée par la présence d'assurance maladie obligatoire (AMO) , dont le type et disponibilité est décrit dans la figure 2.

- Ainsi la prise en charge thérapeutique a été assurée pour 76% des patients , ceux ayant l'AMO , de même que ceux ayant le RAMED , vu un projets de prise en charge des RSP au CHU Mohamed VI de Marrakech , qui a permis l'acquisition d'hormone de croissance pour les patients ayant le RAMED.

- L'évolution a été marquée par un gain statural moyen de 15cm , soit un gain de 1,16 DS chez les patients traités , après une durée moyenne de traitement de 1,86ans.

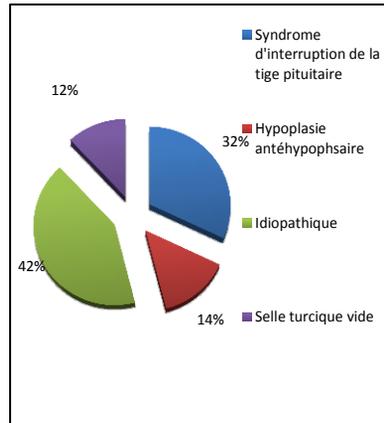


Figure 1: Etiologies des GHD

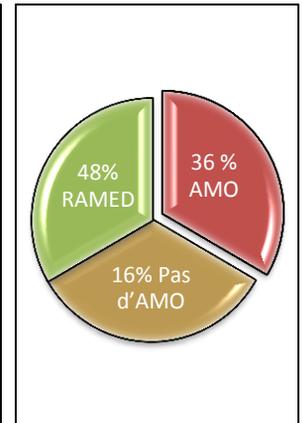


Figure 2: Disponibilité et types d'AMO chez les patients

DISCUSSION :

-L'analyse des données anthropométriques révèle que le retard statural est sévère témoignant d'une part de la profondeur du déficit en GH mais aussi du retard au diagnostic

- L'âge moyen au moment du diagnostic de patients GHD est tardif qui est de 15 ans alors qu'il est de 8ans dans une autre série [1].

-Il existe un retard important de l'âge osseux chez tous les patients GHD, avec une moyenne à 5,68 (2-11ans) témoignant du retard de consultation.

-Le déficit en GH est associé à d'autres déficits hypophysaires dans les 2/3 des cas (65%), justifiant la recherche systématique d'autres insuffisances hypophysaires associées par une exploration hormonal spécialisée, guidant la démarche étiologique pour une prise en charge globale.

-Le pic de GH moyen est bas aussi bien pour le test au glucagon betaxolol que pour le test à l'insuline .

-La présence de déficit hypophysaire associées réquance

-Ainsi , le diagnostic de déficit en hormone de croissance est basée sur les caractéristiques clinique et biologique , et confirmé par des tests de stimulation.

CONCLUSION:

-Quand le retard de croissance est sévère , l'âge osseux est retardée l'IGF-1 est effondré, les tests de stimulation sont indispensable pour confirmer le diagnostic de déficit en GH , mais aussi obligatoires pour que le traitement soit autorisé , permettant un traitement par GH avec un pronostic statural meilleur.

RÉFÉRENCES:

- (1)Fedala et al. Le déficit en hormone de croissance chez l'enfant : formes cliniques et bioiques. Revue Francophone des Laboratoires, 2009, 411, 63-70.