

# Déficit en GH : Quelles étiologies ?

Y. Hasni<sup>\*a</sup> (Dr), E. Dendana<sup>a</sup> (Dr), H. El Fekih<sup>a</sup> (Dr), S. Gharnatei<sup>a</sup> (Dr), M. Kacem<sup>a</sup> (Pr), M. Chadli<sup>a</sup> (Pr),  
A. Maaroufi<sup>a</sup> (Pr), K. Ach<sup>a</sup> (Pr)

<sup>a</sup> Service Endocrinologie CHU Farhat Hached, Sousse, TUNISIE

## Introduction

Le retard statural est un motif fréquent de consultation en pédiatrie [1]. Bien que la pathologie endocrinienne ne soit en cause que dans un peu moins de 10 % des cas [2], sa reconnaissance est primordiale car elle conduit à un traitement spécifique qui améliore le pronostic statural. Le déficit en hormone de croissance est en rapport avec des situations multiples dont la présentation clinique peut être très variable [3]. Le but de cette étude était la description des différentes étiologies de ce déficit chez les patients consultant au service d'Endocrinologie du CHU Farhat Hached de Sousse.

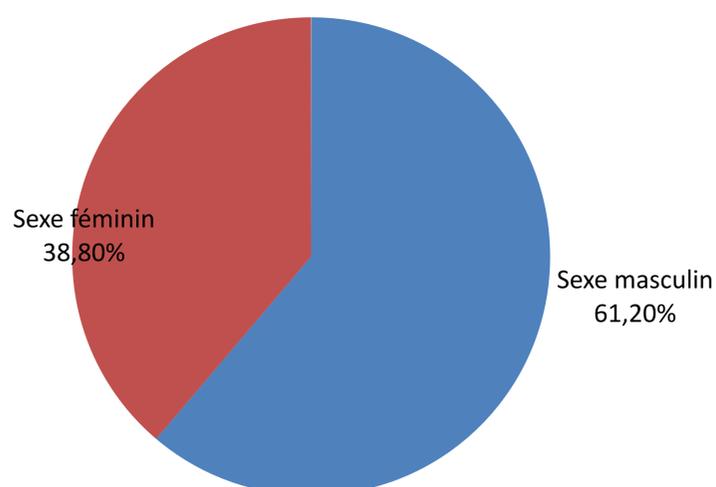
## Patients et méthodes

Il s'agit d'une étude rétrospective de type descriptif, portant sur les dossiers des patients consultant pour retard de croissance en rapport avec un déficit en GH et suivis depuis janvier 2000 jusqu'à décembre 2015. Le déficit en GH était confirmé par deux tests dynamiques dont un test de dosage sous hypoglycémie insulinique. Les autres étiologies de retard de croissances ont été éliminées.

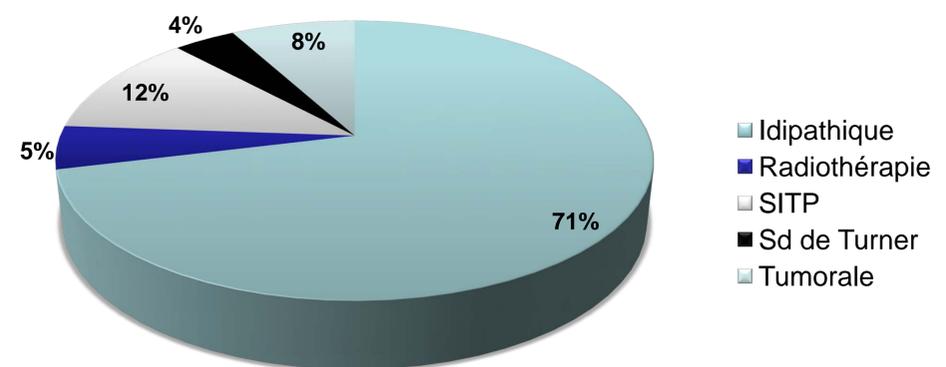
## Résultats

Notre échantillon comportait 103 patients dont 38,8% étaient des filles et 61,2% des garçons. L'âge moyen au moment du diagnostic était de 12,27 ( $\pm 4,09$ ). La taille moyenne était de 128 cm ( $\pm 15,8$ ) ce qui correspondait en déviation standard à une moyenne de -3,09 DS ( $\pm 1,01$ ). L'étiologie la plus fréquente était le déficit en GH idiopathique avec une fréquence de 69,8%. Les autres étiologies étaient représentées par : le syndrome d'interruption de la tige pituitaire (n= 12), les causes tumorales (n=8), la radiothérapie (n=5) et le syndrome de Turner (n=4). L'origine idiopathique était plus fréquente chez les patients de sexe masculin (p=0,01). La taille moyenne au moment du diagnostic était plus importante au cours du déficit idiopathique par rapport à toute les autres étiologies toutes causes confondues (p= 0,01).

Répartition de l'échantillon selon le sexe



Répartition de l'échantillon selon l'étiologie



## Discussion

Le déficit en hormone de croissance est l'une des causes les plus rares des retards staturaux [4]. Sa prévalence est de 1/4000 à 1/30 000 selon les pays [5]. Dans cette étude, l'analyse des données cliniques des patients montre qu'il existe une prédominance masculine, classiquement rapportée par d'autres auteurs [6]. Les formes idiopathiques et secondaires sont les plus fréquentes. Les formes génétiques sont rares et peuvent être sporadiques [5]. Les formes acquises sont suspectées dès l'apparition d'un infléchissement au niveau de la courbe de croissance. Cette situation doit conduire à une exploration de l'axe de somatotrope car elle peut être révélatrice d'une étiologie tumorale tel que le cas de cette étude. Le contexte de survenue doit faire prévoir l'éventualité d'un déficit hypophysaire associé, qui doit être recherché systématiquement en présence d'une cause tumorale [7].

## Conclusion

Le déficit en hormone de croissance peut être d'origine génétique ou secondaire. Une fois le diagnostic posé, il est important de rechercher une étiologie tumorale qui peut engager le pronostic vital de l'enfant.

## Références

- [1] Underwood LE, Vanwyk JJ. Normal and aberrant growth. In: Wilson JD, Foster DW Eds, Williams textbook of endocrinology 1992;1079-1138.
- [2] Vimpani GV, Vimpani AF, Lidgard GP, Cameron EHD, Farquhar JW. Prevalence of severe growth hormone deficiency. BMJ 1977;2(60-84):427-30.
- [3] Lacey KA, Parkin JM. Causes of short stature. A community study of children in New Castle upon tyne. The Lancet 1974;1(7846)42-5.
- [4] Nora Soumeiya Fedala Et al. Revue francophone des laboratoires - avril 2009 - n°411
- [5] Thomas M. Prevalence and demographic features of childhood growth hormone deficiency in Belgium during the period 1986-2001. Eur J Endocrinol 2004;151:67-72.
- [6] Carel JC, Huet F, Chaussain JL. Treatment of growth hormone deficiency in very young children. Horm Res 2003;60(suppl 1):10-7.
- [7] BOST, M. (2000). Classification et étiologie des déficits en hormone de croissance: L'hormone de croissance (1ère partie). *Revue internationale de pédiatrie*, (301), 18-22.