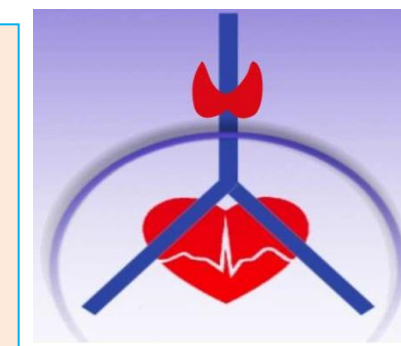




Prise en charge du retard staturo-pondéral chez l'insuffisant rénal chronique : A la lumière des dernières recommandations.

M. Soussou , G. El Mghari , N. El Ansari
Service d'Endocrinologie Diabétologie , Maladies Métaboliques et Nutrition.
CHU Mohammed VI Marrakech. Laboratoire de Pneumologie Cardio-immunologie et Métabolisme (PCIM).
Faculté de Médecine et de Pharmacie de Marrakech. Université Cadi Ayyad



Introduction:

- ❖ L'insuffisance rénale chronique (IRC) est généralement définie chez les enfants de plus de 2 ans par un débit de filtration glomérulaire (DFG) $< 75 \text{ mL/min/1,73 m}^2$.
- ❖ Plus d'1/3 des 6 000 enfants en insuffisance rénale chronique ont un retard de croissance, défini par une taille $< -1,88 \text{ SDS}$. (*North American Pediatric Renal Transplant Cooperation Study 2005 report*).
- ❖ L'objectif est de discuter les principes de prise en charge du retard staturo-pondéral chez l'enfant en insuffisance rénale chronique à la lumière des dernières recommandations.

Observation:

Identité:

H.A , âgé de 13 ans, issu d'un mariage consanguin 2ème degré,

Antécédents:

- Insuffisance rénale chronique terminale au stade d'hémodialyse sur néphropathie indéterminée diagnostiquée depuis 1 an (reins atrophiques).

MDC:

- Adressé en endocrinologie pour retard staturo-pondéral

- Histoire de la maladie:

- A l'âge de 3 ans : constatation d'une stagnation de la croissance staturo-pondérale.
→ Consultations chez plusieurs médecins généralistes sans suivi régulier.
- Le diagnostic d'insuffisance rénale au stade terminale a été retenu il y a un an (à l'âge de 12 ans) révélé par un tableau d'œdème aigue pulmonaire.
- L'origine de l'insuffisance rénale est restée indéterminée.
- Par ailleurs il n'est pas rapporté de trouble du transit ni de syndrome tumoral (pas de céphalée ni de trouble visuel), ni d'asthénie, ou de malaise hypoglycémique, ni de trouble alimentaire associé.

Examen clinique:

- Une taille inférieure à -4DS, Un poids inférieur à -2DS.
- Une Pâleur cutanée muqueuse diffuse.
- Déformation des MI en genu valgum.
- Stade tanner G1P1 .

Bilan paraclinique:

- TSH : 2,51 .Cortisolémie de 8h : 149 $\mu\text{g/l}$,
- FSH : 0,9 ui/l , LH : 1,2 ui/l, Testostéronémie : 0,025 ng/ml,
- Prolactinémie : 23 ng /ml.
- Age osseux : 8 ans et demi.
- NFS : Hb : 9g/dl.
- Créatinémie : 85 mg/l, urée : 3,66 g/l.

Prise en charge:

- ❖ Traitement par hormone de croissance a été instauré à la dose de 0,05 mg/kg/jour.

Discussion:

❖ Chez l'enfant en insuffisance rénale chronique, la cassure de la courbe de croissance est notée alors que les taux de GH circulante sont normaux voire élevés, reflétant une résistance à la GH.

❖ Cette résistance à la GH est liée à un défaut du système GH/IGF1, encore aggravée par une malnutrition, des pertes sodées, des complications inflammatoires, l'acidose liée à l'insuffisance rénale ainsi que l'hyperparathyroïdie et l'ostéodystrophie rénale.

→ Les auteurs s'interrogent sur le fait de savoir si une prise en charge de tous ces facteurs peut améliorer la croissance .

❖ Pour les enfants atteints d'IRC présentant une petite taille, une évaluation approfondie de la glande pituitaire doit être entreprise avant de retenir l'étiologie rénale .

❖ La prise en charge commence par d'abord éliminer les facteurs susceptibles d'aggraver l'insuffisance rénale : malnutrition, perte de sel, hypothyroïdie, etc.) , ces derniers doivent être repérés et pris en charge de manière à optimiser ensuite le traitement par GH.

❖ Le traitement doit être initié à la posologie de 0,05 mg/kg/jour. Une surveillance doit être effectuée tous les 3 à 4 mois.

❖ Le traitement doit être provisoirement interrompu en cas de
→ tumeur active
→ nécrose de la tête fémorale,
d'hypertension intra crânienne (HTIC) bénigne
ou d'hyperparathyroïdie sévère.

❖ L'arrêt du traitement se fait :

- Si apparition des soudures épiphysaires.
- ou lorsque l'objectif de taille est atteint (taille parentale ou atteinte du 50ème percentile pour l'âge)
- ou au moment de la transplantation rénale.

Conclusion:

❖ Des rapports récents soulignent un lien entre retard de croissance chez l'enfant insuffisant rénal dialysé et morbidité/mortalité augmentée.

→ La diminution de 1 SDS de taille serait associée à une augmentation de mortalité de 14 %. D'où l'intérêt de la prise en charge.

Les auteurs déclarent ne pas avoir de conflit d'intérêt.

Bibliographie:

• Haffner D, Schaefer F, Girard J, Ritz E, Mehls O. Metabolic clearance of recombinant human growth hormone in health and chronic renal failure. *J Clin Invest* 1994;93(3):1163-71.

• Wong CS, Gipson DS, Gillen DL, Emerson S, Koepsell T, Sherrard DJ, *et al.* Anthropometric measures and risk of death in children with end-stage renal disease. *Am J Kidney Dis* 2000;36(4):811-9.

• Furth SL, Stablein D, Fine RN, Powe NR, Fivush BA. Adverse clinical outcomes associated with short stature at dialysis initiation: a report of the North American Pediatric Renal Transplant Cooperative Study. *Pediatrics* 2002;109(5):909-13.

• Mahan JD, Warady BA. Assessment and treatment of short stature in pediatric patients with chronic kidney disease: a consensus statement. *Pediatr Nephrol* 2006;21(7):917-30.