

# Retard staturo-pondéral : à propos de 134 cas.

M. Soussou, G. El Mghari, N. El Ansari

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



## INTRODUCTION:

- \*Le retard statural : Motif fréquent de consultation.
- \*Se définit par une taille inférieure ou égale à 2 déviations standards (DS).
- \*Nombreuses pathologies organiques peuvent retentir sur la croissance staturo pondérale.

\*L'objectif est : Analyser les différentes caractéristiques cliniques et para-cliniques des RSP adressés au service d'endocrinologie au CHU de Marrakech.

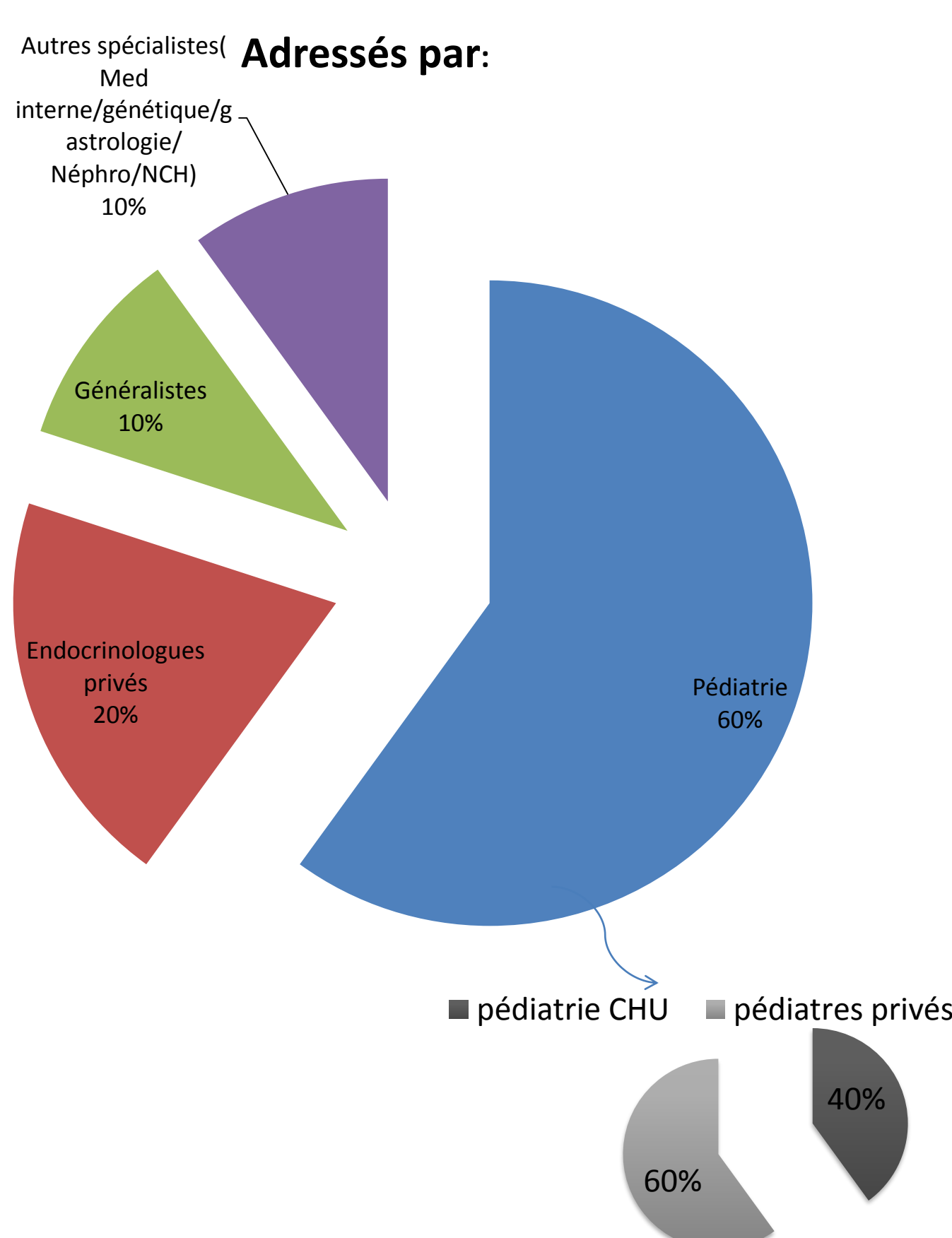
## MATERIEL ET MÉTHODES:

- Etude transversale ayant porté sur les patients adressés pour RSP
- Suivis au service d'endocrinologie-diabétologie du CHU de Marrakech
- Durant 4 ans
- Analyses statistiques: logiciel SPSS version 18.0. Une valeur de  $p \leq 0.05$ : le seuil de signification statistique.

## RÉSULTATS:

- Moyenne d'Age: 12,49 ans (1,75 - 23)
- Sexe ratio F/G: 0,47 avec 68% garçons et 32% de filles.
- Les patients ont été adressés par la pédiatrie dans 60% des cas: (figure 1).
- Les étiologies retrouvées étaient: GHD, Affections digestives, Retard pubertaire, affections chromosomiques... (Figures 2-3 et 4).
- Les principales caractéristiques cliniques et para cliniques recueillis sont représentés sur les tableaux 1-2 et 3).

figure 1



- Figure 1: spécialistes adressant les patients pour retard à l'endocrinologie.

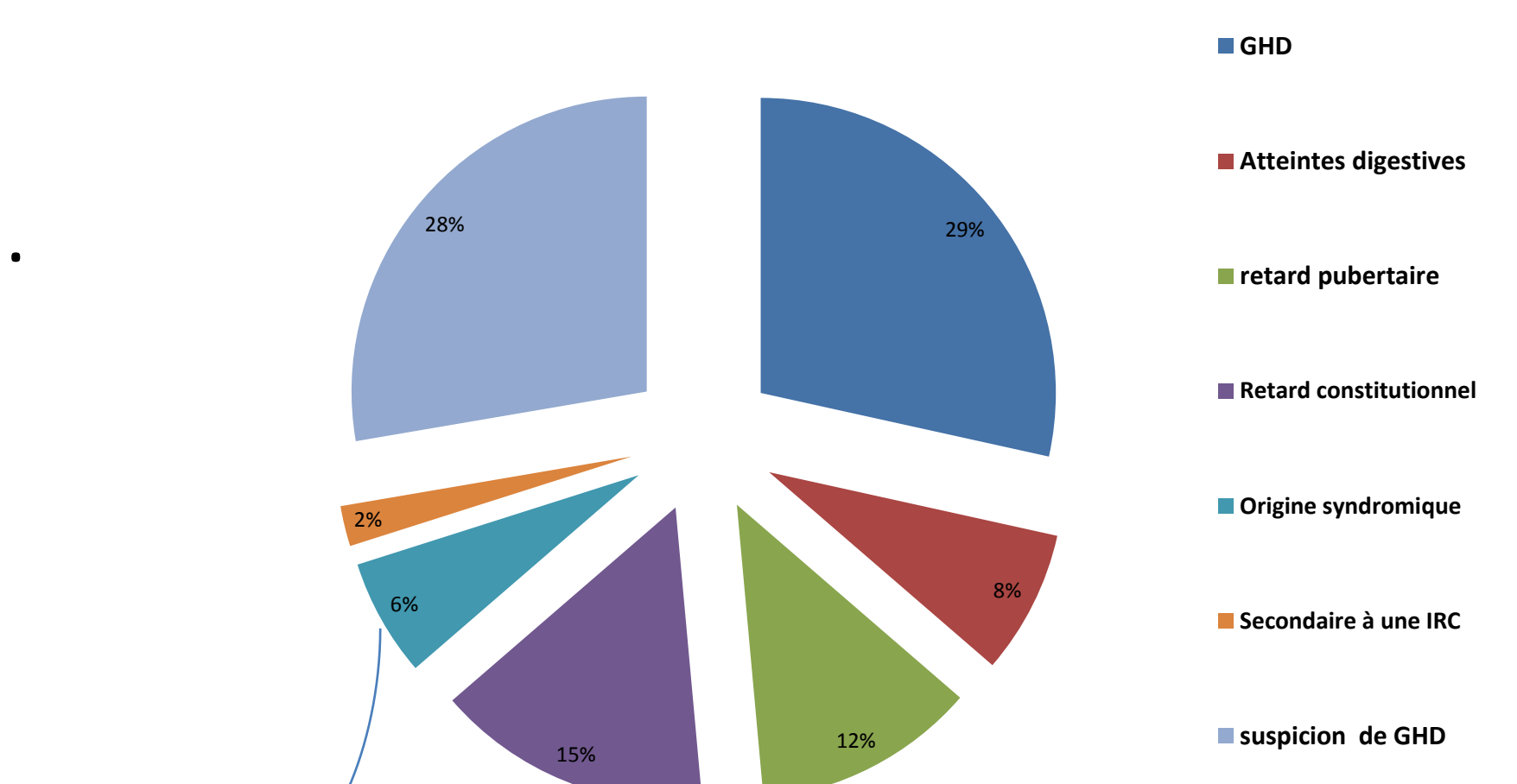


Figure 2: Etiologies du RSP



Figure 3: syndromes retrouvés

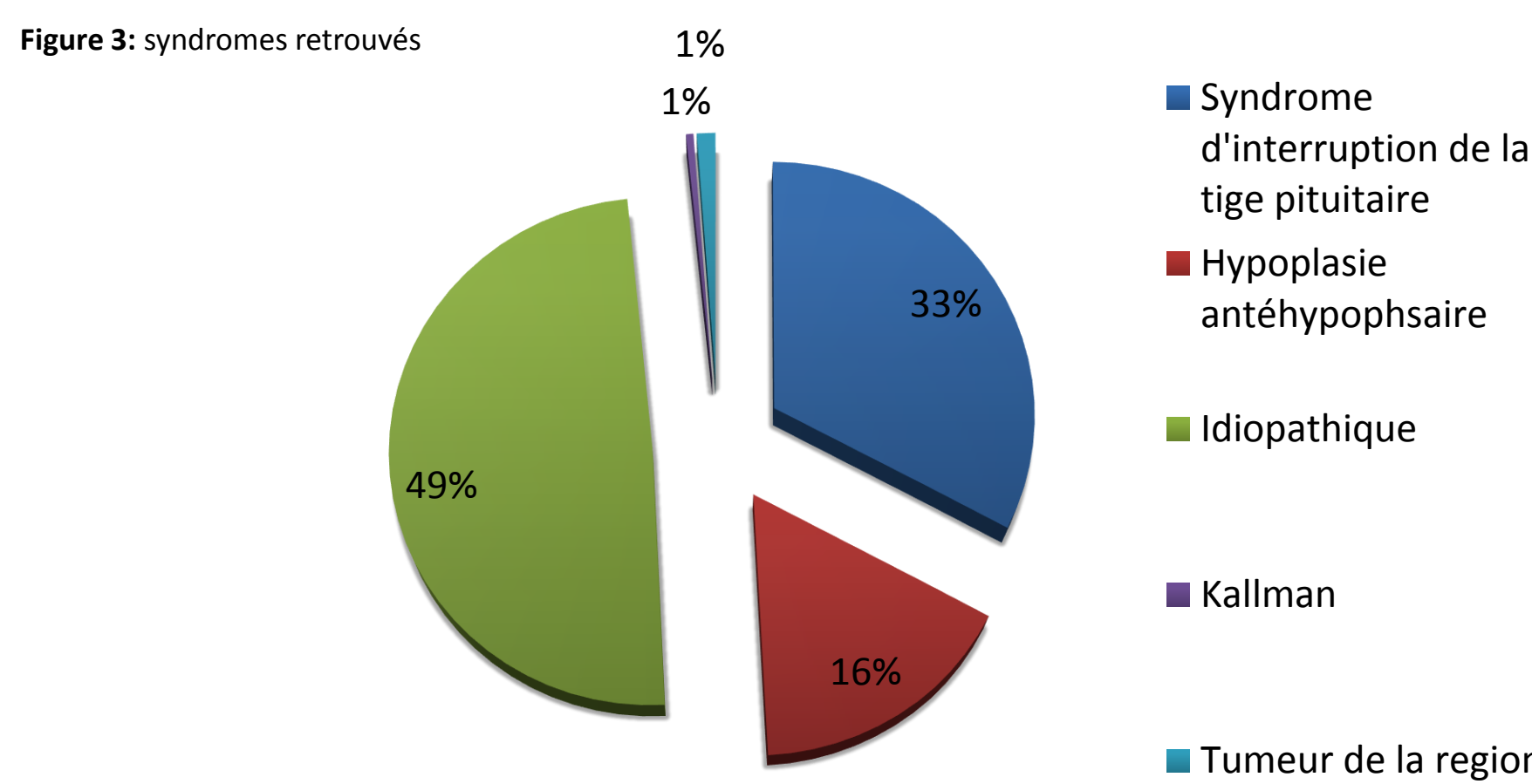


Figure 4: Etiologies du retards secondaire au Déficit de GH

Tableau 1:

Délai pour consultation en endocrinologie	Pourcentage Pré-maturité	Poids moyen à la naissance (kg)	Taille -4DS	Retard de l'âge osseux par rapport à l'âge chronologique
4,5 ans (6mois et 17 ans)	13,7%	Déterminé chez 64% avec une moyenne de Poids de 2655 (Min1500-5500)	38%	3,5 années

Tableau 2:

Glycémie à jeun (g/l)	Dosage d' IGF1	IGF1 bas
0,88	53%	52%

Tableau 3

Caractéristiques	GHD	Pas de GHD	P
Pic moyen de réponse au Test de stimulation betaxolol glucagon (ng/ml)	3,59	10,65	0,0001
Pic moyen de réponse au Test de stimulation Hypoglycémie insulémique (ng/ml)	3,55	6,48	0,230
Déficit hypophysaire associés			
-Insuffisance antéhypophysaire			
-Insuffisance gonadotrope	28%	0%	
-Insuffisance corticotrope	28%	11%	
-pas de déficit	9%	16%	
	35%	73%	

- Tableaux 1-2 et 3: caractéristiques cliniques et para-cliniques des patients suivis pour RSP.

## DISCUSSION :

\*La comparaison avec d'autres études similaires des éléments cliniques et paracliniques retrouvés objective quelques similarités (tableaux 4-et5)

- Tableau 4

ETUDE	Age moyen (en années)	Sexe ratio F/G	Délai de consultation en endocrinologie	prématurité	Détermination du Poids de naissance	Taille -4DS
Pédiatrie Fès 2012(120)	9	1,22	-	3%	39%	21%
Fedala et al	8	0,62	4 années	5,6%	-	-
<b>Notre étude</b>	<b>12,49</b>	<b>0,47</b>	<b>4,5 années</b>	<b>12,7%</b>	<b>64%</b>	<b>38%</b>

- Tableau 5

ETUDE	Igf1 Réalisé	% D'IGF1 bas	AC/AO
Pédiatrie Fès 2012(120)	55%	77%	2 ans et 4 mois
<b>Notre étude</b>	<b>53%</b>	<b>52%</b>	<b>3 ans et 6 mois</b>

\*Les principales étiologies retrouvées dans notre études sont aussi rapportés dans d'autres avec différence de pourcentage de survenue (Tableau 6):

ETUDE	GHD	Atteinte digestive (maladie coeliaque)	Retard pubertaire	Sd de Turner	Constitutionnel/R CIU	Sd de silver Russel
Pédiatrie Fès 2012(120)	27%	30%	9%	5%	4%	1%
Fedala et al	13,27%	14,28%	3,17%	2%	28%	-
<b>Notre étude</b>	<b>28%</b>	<b>8%</b>	<b>12%</b>	<b>4,4%</b>	<b>15%</b>	<b>1%</b>

\*Le déficit en GH est associé à d'autres déficits hypophysaires dans les 2/3 des cas (65%) VS 53% des cas dans l'étude de Fedala et Al.

\*Le pic de GH moyen des patients GHD est bas aussi bien pour le test au glucagon betaxolol que pour le test à l'insuline

\*Une différence hautement significative entre les pics moyens des GHD pour le Test glucagon betaxolol (pareil dans la série de Pinto et al).

## Conclusion

Certes la prise en charge précoce des retards de croissance permet d'améliorer le pronostic statural de l'enfant

→ les tests et explorations ainsi que certains traitements restent toujours coûteux et peu accessibles, d'où la difficulté de prise en charge.

Les auteurs déclarent l'absence de conflits d'intérêts.