

L. ABAINOU¹, S. ELHADRI¹, Z. CHAHBI², H. BAIZRI¹
 1: Service d'Endocrinologie, Diabétologie et Maladies Métaboliques
 2: Service de médecine interne
 Hôpital militaire Avicenne - Marrakech - Maroc

INTRODUCTION

Le retard statural est un motif de consultation fréquent. Il est défini par une taille inférieure à - 2 DS ou un ralentissement de la vitesse de croissance.

MATERIEL ET METHODES :

Nous rapportons notre expérience en matière de retard de croissance à travers une série de 7 patients suivis au service d'Endocrinologie de l'Hopital Militaire Avicenne.

RESULTATS :

- 3 filles et 4 garçons avec un âge chronologique variant entre 8 et 15 ans.
- Interrogatoire:
 - ✓ Consanguinité des parents chez une seule fille
 - ✓ diarrhée chez un garçon
- Bilan: Standard: normal chez tous les patients
- Age osseux : inférieur à l'âge chronologique (tableau1)
- Hypophysiogramme: hypogonadisme hypogonadotrope chez 4 patients dont 3 garçons et une fille.

	Age chronologique	Age osseux
Patient 1	14 ans 10 mois	10 ans
Patient 2	15 ans 5 mois	14 ans
Patient 3	11ans 6 mois	7 ans
Patient 4	15 ans 9 mois	12 ans
Patient 5	15 ans	10 ans
Patient 6	9 ans 7 mois	7 ans 9 mois
Patient 7	8 ans	5 ans

Tableau 1: âges osseux et chronologique des patients

	IGF1 en ng/ml	Valeurs normales
Patient 1	186,8	102-520
Patient 2	96,7	102-520
Patient 3	140,2	37-459
Patient 4	126	188,4-509,9
Patient 5	38,8	188,4-509,9
Patient 6	99,2	79,8-244
Patient 7	141,2	39-342

Tableau 2: valeurs d'IGF1 des patients par rapport aux valeurs normales

- Caryotype: normal chez toutes les filles
- IGF1: bas chez tous les patients (tableau2)
- Test de stimulation de GH: déficit en GH chez le reste
- IRM hypophysaire: Atrophie hypophysaire avec rupture de la tige pituitaire chez une fille

DISCUSSION

Dans les retards de croissance, le bilan étiologique a pour but d'éliminer les retards staturaux primitifs et secondaires. Tous nos patients avaient un déficit en GH. Le caryotype doit être systématique chez les filles dont la taille est inférieure à - 2 DS, à la recherche d'un syndrome de Turner. Dans notre série il y'avait pas d'anomalie génétique chez le sexe féminin. la réalisation d'une imagerie cérébrale est indispensable. La prise en charge thérapeutique fait appel au traitement de la maladie causale, quand il est possible, et à l'hormone de croissance synthétique, dans le cadre de ses indications

CONCLUSION

Toute cassure de la vitesse de croissance impose une exploration étiologique. La petite taille idiopathique est le diagnostic le plus fréquemment retrouvé, mais reste un diagnostic d'élimination.