



Projet institutionnel d'exploration des retards staturo-pondéraux : à propos de 46 cas

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. Entre l'origine digestive ou endocrinienne, une démarche clinico-paraclinique s'impose avec une hiérarchisation des explorations bien codifiées.
- Le déficit en GH (GHD) constitue la principale indication pour le traitement GH.

OBJECTIF DU TRAVAIL:

Evaluer la fréquence des déficit en GH (GHD) parmi les étiologies des RSP consultant en endocrinologie.
Analyser les différents caractéristiques cliniques et para-cliniques des RSP.

MATERIEL ET METHODES:

- ▶ Etude prospective transversale
- ▶ Suivis au service d'endocrinologie-diabétologie du CHU Mohamed VI
 - Durant 2 ans (Mai 2013 jusqu'à Mai 2015)

RÉSULTATS:

Caractéristiques des patients:

-Moyenne d'âge: 13ans (5-20ans)
 -Sexe: 36% de Filles et 64% de garçons.
 -GHD a été confirmé sur la base de tableau clinique et paracliniques incluant un taux de GH inférieur à 7ng/ml aux tests de stimulations. Il a été retenu chez 43% des patients.
 -Taille est inférieure à -4DS chez 61% des GHD.
 -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
 - *Dans les RSP avec GHD Pic moyen de réponse :3,59 ng/ml
 - *Dans les RSP sans GHD, le pic moyen de réponse est : 10,65 ng/ml
Avec une différence significative avec $p=0,0001$
- Pour le test de stimulation Hypoglycémie insulinique
 - *Dans les RSP avec GHD Pic moyen de réponse :3,55 ng/ml
 - *Dans les RSP sans GHD, le pic moyen de réponse est : 6,33 ng/ml
Avec une différence non significative avec $p=0,23$

-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.
 -L'IGF1 a été réalisée chez 55% des patients sans GHD, qui était bas dans 50% des cas.

-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 49% idiopathique mais une grande variété d'étiologies ont été rapportés(syndrome d'interruption de la tige pituitaire, hypoplasie antéhypophysaire..)(figure 1)

- Les étiologie de RSP sans GHD sont prédominés par les retard pubertaires dans 43% des cas. (figure 2)

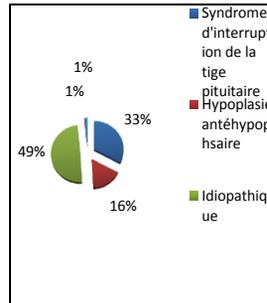


Figure 1: Etiologies des GHD

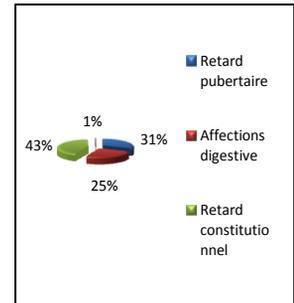


Figure 2: Etiologies des RSP sans GHD

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 14 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%)

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 , avec un même constat que dans la série de Pinto et al [2].

CONCLUSION:

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

-Lorsque le retard de croissance est sévère , l'âge osseux est retardée l'IGF-1 est effondré, les tests de stimulation sont indispensables pour confirmer le diagnostic de GHD , 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 biologiques. Revue Francophone des Laboratoires, 2009, 411, 63-70.
- (2) Pinto et al Idiopathic growth hormone deficiency: presentation, diagnostic and treatment during childhood. Ann Endocrinol 1999 Sep;60(3):224-31.

Conflits d'intérêt : aucun