

# Le profil étiologique du retard statur pondéral

S.ROUF (Dr), K,BOUJTAT (Dr), H.LATRECH (Pr)

Service d'Endocrinologie-Diabétologie et Nutrition CHU Mohammed VI – Oujda

Mots clés : retard statural, profil étiologique, déficit en hormone de croissance

## Introduction :

Le retard statural est un motif de consultation fréquent en endocrinologie. Il est défini par une taille inférieure à - 2 DS ou un ralentissement de la vitesse de croissance. L'analyse du retard de croissance est réalisée à partir de la courbe statur pondérale. Sa prise en charge fait intervenir des éléments anamnestiques et cliniques, et des explorations biologiques et radiologiques ciblées.

## Résultats :

Il s'agissait de 30 patients, d'âge moyen de 12 ans, avec un sex ratio F/H de 0,88 (14 filles, 16 garçons). Admis pour retard statural à - 2 DS, le profil étiologique a montré un déficit somatotrope chez 6 patients, un déficit sans anomalie hypophysaire dans un cas et deux cas pour chacune des étiologies suivantes : interruption incomplète de la tige pituitaire et selle turcique vide.

Les causes secondaires ont été principalement : diabète type 1, colite inflammatoire, maladie caelique, médulloblastome traité par chirurgie suivi d'une radiothérapie. Le reste du bilan étiologique a été illustré sur la figure numéro 1.

Un hypophysio gramme a été demandé montrant une insuffisance corticotrope dans trois cas et une hypothyroïdie chez quatre patients dont un cas d'hypothyroïdie fruste.

Cinq patient ont été mis sous hormone de croissance avec une vitesse de croissance de 9 cm/ an.

## Matériel et méthodes :

Il s'agit d'une étude prospective menée au service d'endocrinologie-diabétologie du CHU Mohammed VI d'Oujda colligeant ainsi 30 patients admis pour retard statur pondéral.

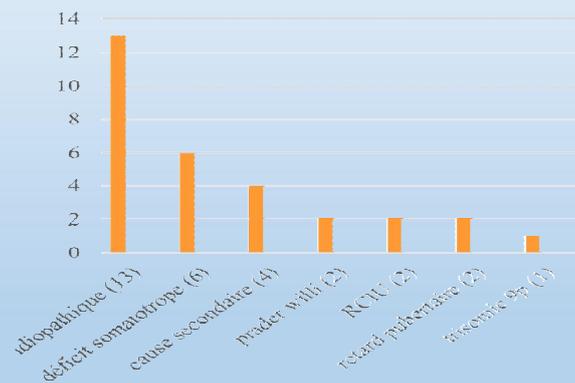


Figure 1: profil étiologique du retard statural

## Discussion et conclusion :

Le bilan étiologique a pour but d'éliminer les retards staturaux primitifs (déficit en hormone de croissance, pathologies hypothalamo-hypophysaires) et secondaires (maladies générales de l'enfance, maladies osseuses constitutionnelles, maladies digestives). Le caryotype doit être systématique chez les filles dont la taille est inférieure à - 2 DS, à la recherche d'un syndrome de Turner [1].

Toute cassure de la vitesse de croissance impose la réalisation d'une imagerie cérébrale. 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 [1,2].

## Bibliographie :

- [1] T. Edouard et al. Retard de croissance. Journal de pédiatrie et de puériculture. Volume 25, Issue 6, December 2012, Pages 331–345
- [2] C. Bouvattier. Retard de croissance statur pondérale : diagnostic et prise en charge. *Traité de médecine AKOS 2006*, Volume 1, Issue 4, Page 1

Aucun conflits d'intérêt pour ce travail