



## Introduction

La période de transition du secteur pédiatrique au secteur adulte est un moment clé dans le parcours des patients ayant un déficit en GH persistant au terme de leur croissance (DGH). Nous avons évalué le suivi de 30 patients DGH traités jusqu'à leur taille finale en pédiatrie et ayant bénéficié d'une transition structurée au CHU de Besançon entre 1988 et 2014.

## Matériels et méthode

**Population étudiée:** patients présentant un déficit persistant et sévère lors de la réévaluation hypophysaire réalisée en pédiatrie à la fin de la croissance:

20 déficits combinés, et 10 déficits isolés.

**Age moyen au transfert:** 17,4 ±1.9 ans.

**Données recueillies** en pédiatrie puis à 1, 2, 3 et 5 ans de suivi : posologies GH, IGF1, DMO, IMC, glycémie et bilan lipidique.

### Etiologies des déficits en GH (n=30)

Déficits congénitaux: 16/30 dont 12 syndromes d'interruption de tige

Tumeurs cérébrales: 11/30 dont 5 kystes de la poche de Rathke

Déficits post-radiothérapie pour leucémie: 3/30

### Données du suivi

-Médiane de suivi: 3 ans

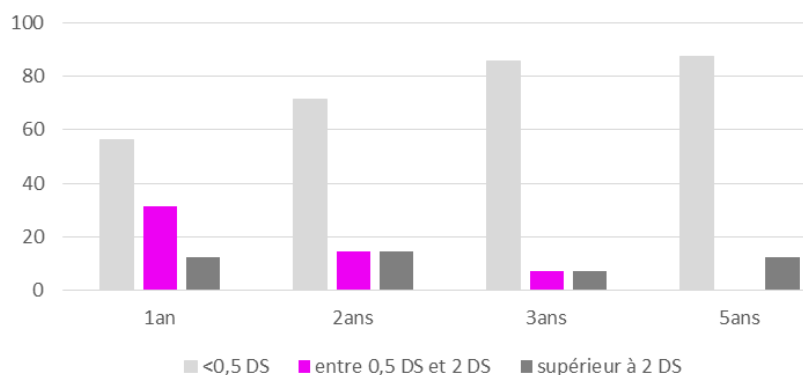
-25/30 (83,3%) étaient suivis à 1 an

19/25 (76%) à 2 ans.

-Il n'y avait pas de perdus de vue après 2 ans.

	1 an	2 ans	3 ans	5 ans
<b>Patients traités</b>	17/25 (68%)	14/19 (73,6%)	14/16 (87,5%)	8/11 (72,7%)
<b>Perdus de vue</b>	5/30 (16,6%)	2/25 (23,3%)	0	0

### Taux d'IGF1 au cours du suivi

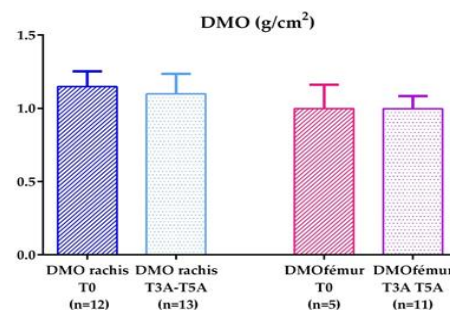


	1 an	2 ans	3 ans
IGF1 dans la cible [0,5 -2 DS]	5/25 (31%)	2/19 (14%)	1/14 (7%)
Doses moyennes de GH (mg/j)	1,2	0,9	0,8

### Données métaboliques

-L'IMC a diminué chez les hommes (24.8 vs 23.6 kg/m<sup>2</sup>) et a augmenté chez les femmes (26 vs 29.2 kg/m<sup>2</sup>).

-Les valeurs de DMO, glycémies et le bilan lipidique étaient stables à 5 ans.



## Conclusion

La plupart (72,7%) des patients ayant un déficit en GH persistant et sévère après réévaluation en fin de parcours pédiatrique ont poursuivi leur traitement GH 5 ans après la transition, témoignant de l'intérêt d'une collaboration active entre équipes pédiatriques et adultes.

Cependant, les taux d'IGF1, insuffisants dès la 1ère année et décroissant ensuite, font discuter une optimisation des posologies et/ou de l'approche éducative motivationnelle.