



Déficit en hormone de croissance et maladie cœliaque : une association à ne pas méconnaître

A Chafik, G El Mghari ,N El Ansari

Service d'Endocrinologie Diabétologie et des Maladies métaboliques, CHU Mohamed VI, Laboratoire PCIM, FMPM, Université Cadi Ayyad. Marrakech. Maroc



INTRODUCTION

•La maladie cœliaque est une entéropathie auto-immune qui peut affecter la croissance et le développement pubertaire.

•Néanmoins il faut rester vigilant vis-à-vis d'un réel déficit somatotrope dans le cadre d'une polyendocrinopathie auto-immune.

• Nous rapportons quatre observations où le déficit en hormone de croissance est révélé par un retard de croissance chez des patients suivis pour maladie cœliaque, qui présentent également d'autres déficits antéhypophysaire, associée constamment à une anomalie morphologique à l'exploration radiologiques hypophysaire, avec dans certains cas d'autres atteintes endocriniennes auto-immunes.

MATERIEL ET METHODES:

•Étude transversale
•Service d'endocrinologie diabétologie CHU Mohammed VI de Marrakech. Maroc

RESULTATS:

•Il s'agit de quatre cas d'association de déficit en GH à la maladie cœliaque.
•Dont la circonstances de découverte est l'absence de gain en taille après l'introduction du régime sans gluten pendant au moins un an, malgré le retour à la séro-négativité des marqueurs sériques de la maladie coeliaque
•Tous les patients étaient de sexe masculin.
• Les éléments cliniques , para-clinique et thérapeutique sont résumés dans le tableau 1.

COMMENTAIRE

•La pathogénie de petite taille dans la maldie coeliaque est encore mal élucidé, elle est souvent attribuée à la malnutrition généralisée ou sélective. Et la restriction du gluten de l'alimentation constitue le meilleur traitement efficace. Il conduit à un rattrapage rapide et maximale de la croissance au cours de la première année de traitement.

•Ainsi, s'il y a absence de gain en taille ou faible vitesse de croissance après avoir commencé un régime sans gluten, il faut évoquer d'autres atteintes associées notamment des anomalies endocriniennes, telles que le déficit en GH, d'autant plus, s'il y a des signes d'orientation vers d'autres anomalie hypophysaire, notamment le retard pubertaire, comme c'est le cas chez les quatre cas rapporter.

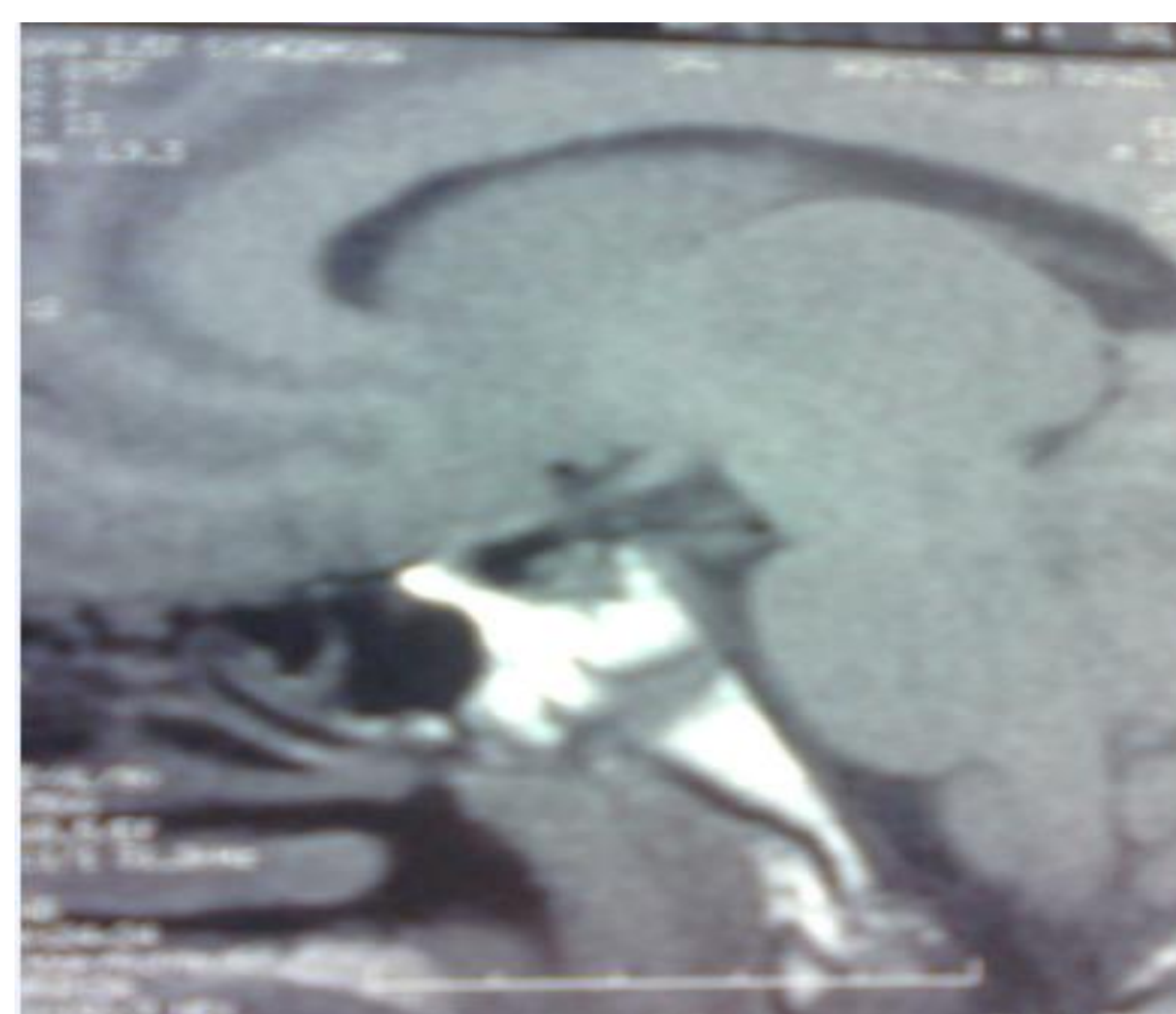


Figure 1: IRM hypophysaire en séquence T1 aspect atrophique de la glande hypophysaire.

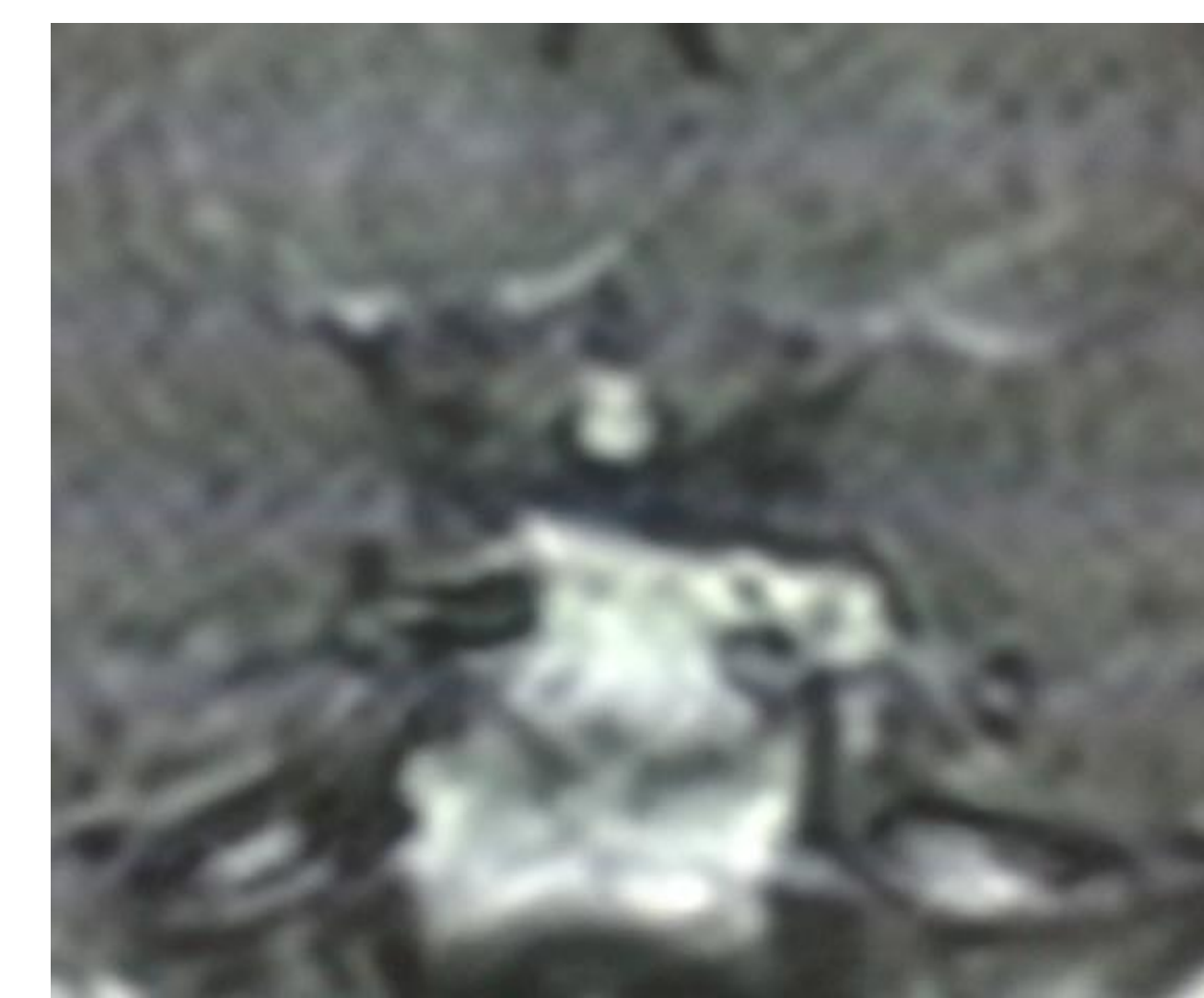


Figure 2: IRM hypophysaire séquence T1 en coupe coronale avec syndrome d'interruption de la tige pituitaire.

COMMENTAIRE

•Des études publiés ont suggéré que la sécrétion de GH devrait être évalué chez les patients atteints de maladie cœliaque qui présente un faible gain en taille après un régime sans gluten pendant au moins 1 an , malgré la séro-négativité des marqueurs sériques , particulièrement les anticorps anti endomysium [1]. Une étude italienne multicentrique menée chez 7066 enfants, a confirmé l'association du déficit en GH à la maladie cœliaque chez 16 enfants (0,23%) [2].

•Par ailleurs, chez ces patients atteints de maladie cœliaque et déficit en GH, on note des déficits hypophysaire souvent associés , avec des anomalies morphologiques de la région hypothalamo hypophysaire toujours présent à type d'hypoplasie antéhypophysaire dans 2 cas, un cas de selle turcique vide et un cas syndrome d'interruption de la tige pituitaire.

CONCLUSION

•Une cause auto-immune de retard statural peut en cacher d'autres, rendant compte de la nécessité d'un suivi régulier pour mener une démarche diagnostique complémentaire, à la recherche d'autres pathologies associée.

•Notamment, en cas de faible vitesse de croissance chez les patients suivis pour maladie cœliaque , malgré une bonne observance du régime sans gluten, qui est vérifiée par la séro-négativité des marqueurs sériques, justifiant une exploration endocrinienne complète à la recherche de déficit antéhypophysaire associée, dont la prise en charge thérapeutique complémentaire permettra un meilleur pronostic statural.

BIBLIOGRAPHIE

1. Bozzola M, Giovanale D, Bozzola E, et al. Growth hormone deficiency and coeliac disease: an unusual association? Clin Endocrinol 2005;62:372-5.
2. Giovanale D, Meazza C, Cardinale GM, et al. The prevalence of growth hormone deficiency and celiac disease in short children. Clin Med Res 2006;4:180-3.

	Patient 1	Patient 2	Patient 3	Patient 4
Âge	18 ans	17ans	19 ans	17 ans
Antécédents	-Maladie coeliaque sous régime sans gluten depuis 2 ans.	-Maladie coeliaque sous régime sans gluten depuis 1 an.	-Maladie Coeliaque depuis 6mois	•Maladie coeliaque depuis 1an sous régime sans gluten.
Circonstance de découverte	•Persistance du retard de croissance sévère . •Absence de développement des caractères sexuels secondaires. •Asthénie physique et psychique.	•Persistance du retard de croissance sévère . •Absence de développement des caractères sexuels secondaires. •Asthénie physique et psychique.	-Retard pubertaire	Persistance du retard de croissance sévère Régression de la symptomatologie digestive, révélatrice de la maladie coeliaque après mise sous régime sans gluten
Tableau clinique	-Taille à -4DS, Poids à -3DS -Micro-pénis -Cryptorchidie bilatérale	-Taille à -4DS, Poids à -3DS -Micro-pénis -Cryptorchidie bilatérale	-Taille à -4DS, Poids à -3DS -Stade de Tanner P2G2	-Taille à -4DS, Poids à -3DS -Stade de Tanner P1G1
Para-clinique	-Déficit hypophysaire partiel respectant la lignée thyroïdienne -IRM hypophysaire: atrophie hypophysaire, la tige pituitaire est non individualisable(Figure 1) -Age osseux: 10 ans et demi -Anticorps anti TPO positifs	-Hypophysogramme: une insuffisance gonadotrope, corticotrope, avec une insuffisance somatotrope au test de stimulation. -L'IRM hypophysaire: selle turcique partiellement vide. -Âge osseux :9 ans. - Bilan de polyendocrinopathie auto-immune négatif.	-Hypophysogramme: hypogonadisme hypogonadotrophique -A l'IRM hypophysaire: aspect d'hypoplasie antéhypophysaire , sans anomalies de la tige pituitaire. -Âge osseux : 9 ans	-Hypophysogramme: hypogonadisme hypogonadotrophique - Insuffisance somatotrope au test de stimulation. -A l'IRM hypophysaire: syndrome d'interruption de la tige pituitaire(Figure 2) -Âge osseux : 11 ans
Prise en charge	-Mise sous traitement par hormo,ne de croissance . -Gain statural de 5cm en 8mois.	-Mise sous traitement par hormo,ne de croissance . -Gain statural de 4cm en 10mois.	-Suivi trimestriel du gain en taille et en poids. -Recherche de séro-négativité des marqueurs sériques, pour discuter l'indication du test de stimulation pour dosage de GH.	- Mis récemment sous hormone de croissance

Tableau 1: aspects cliniques , para-cliniques et thérapeutiques des patient suivi pour maladie cœliaque avec déficit en GH