

R. Belaid^{*a} (Dr), A. Jaidane^a (Dr), S. Mahjoubi^a (Dr), N. Bchir^a (Dr), I. Oueslati^a (Dr), C. Zouaoui^a (Dr), H. Ouertani^a (Pr)
^a Service d'endocrinologie-diabétologie, hôpital militaire de Tunis, Tunis, TUNISIE

- Le déficit en hormone de croissance (GHD) constitue une étiologie rare du retard statural (RS) dont le pronostic dépend de la précocité de l'instauration de l'hormonothérapie substitutive.
- L'objectif de notre travail est d'étudier les caractéristiques clinico-biologiques et évolutives du GHD.

- Etude rétrospective
- Ayant concerné 16 patients suivis pour un RS secondaire à un GHD.
- Ce diagnostic a été retenu devant deux tests de stimulation pathologiques (pic de GH <10 ng/ml).

❖ *Caractéristiques des patients :*

<i>Sex ratio</i> (F/H)	0,6
<i>Age chronologique moyen</i> (ans)	13,02 ±2,8
<i>Age osseux moyen</i> (ans)	9,95 ±2,8
<i>Taille moyenne</i> (cm)	136,38 ±12,76
<i>Taille moyenne</i> (DS)	-2,98±0,77

- Dix patients (62,5 %) avaient un RS sévère (≤ -3 DS)

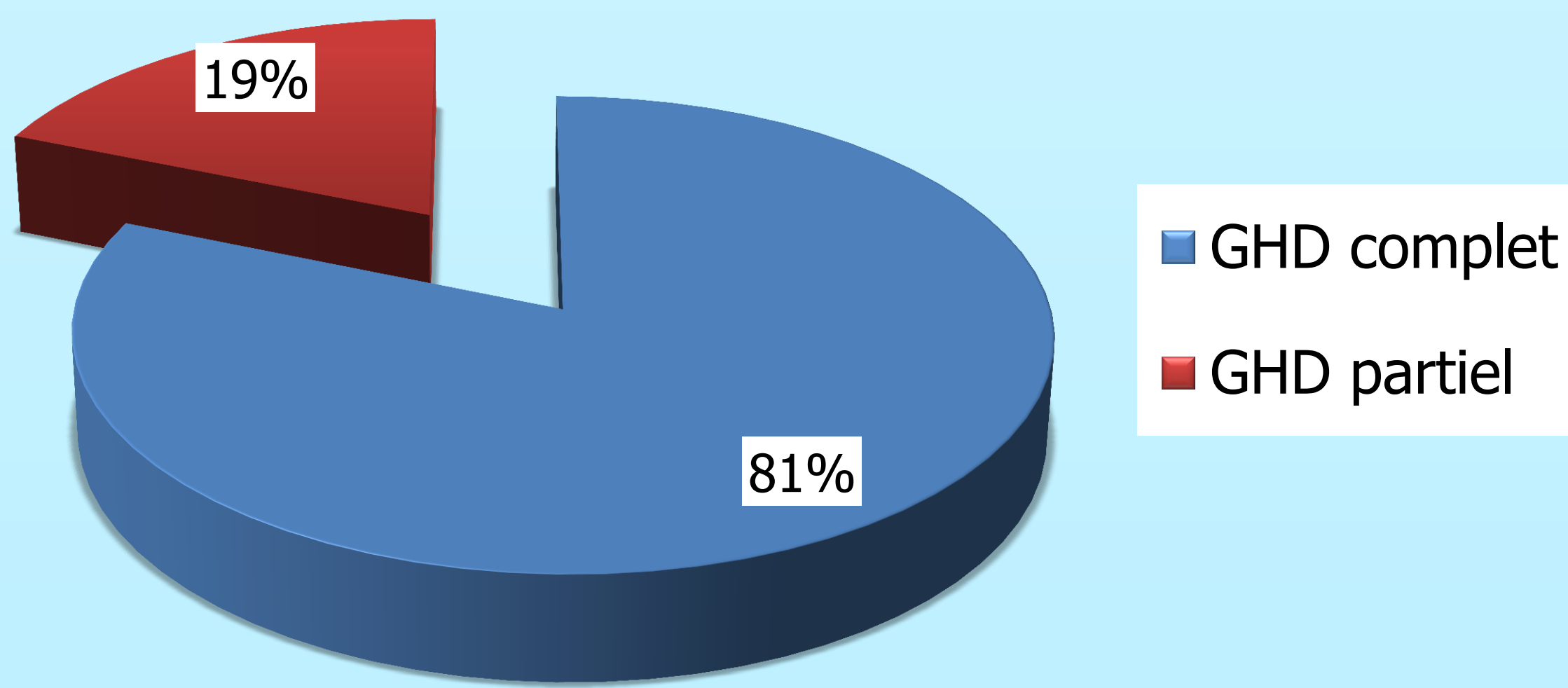
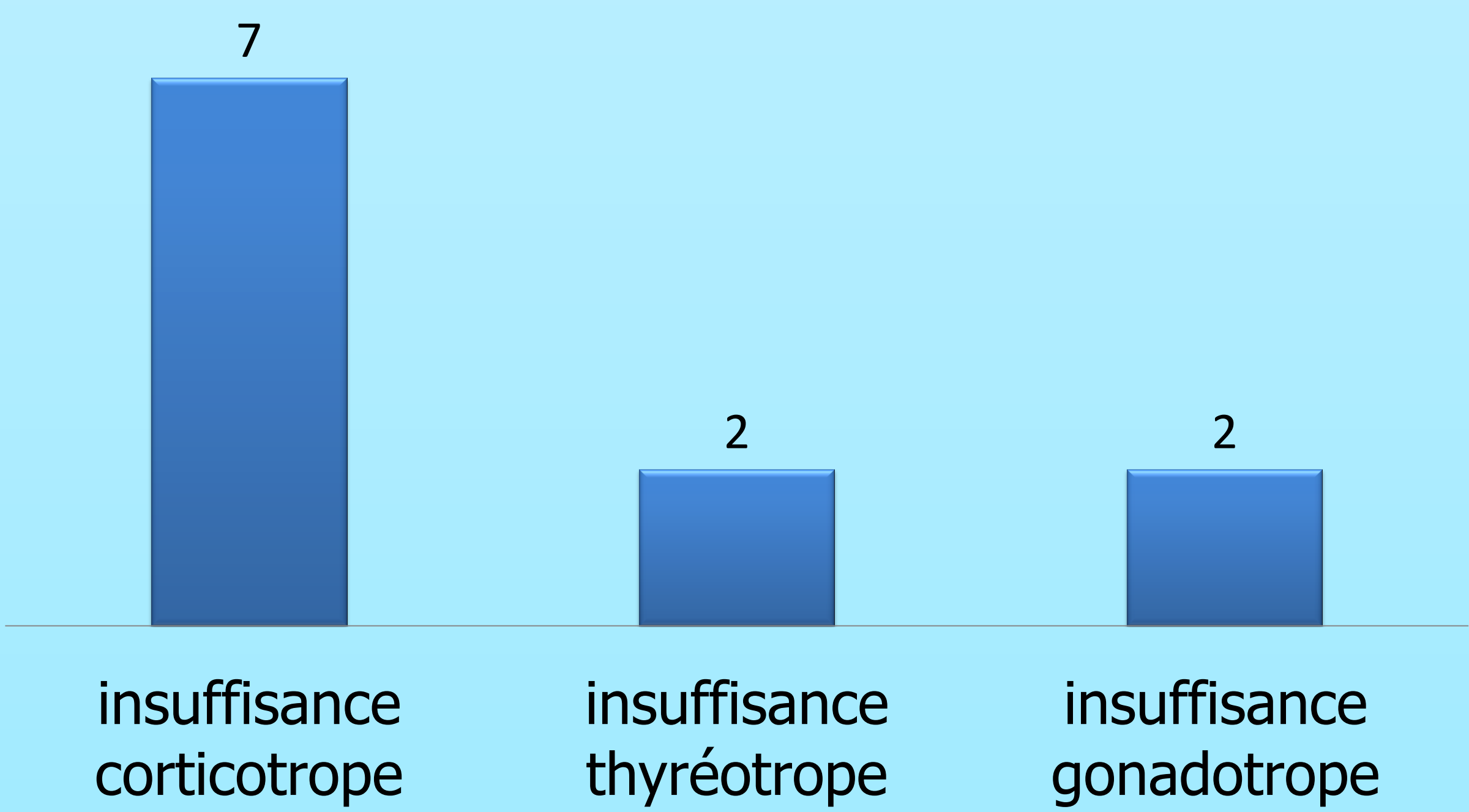


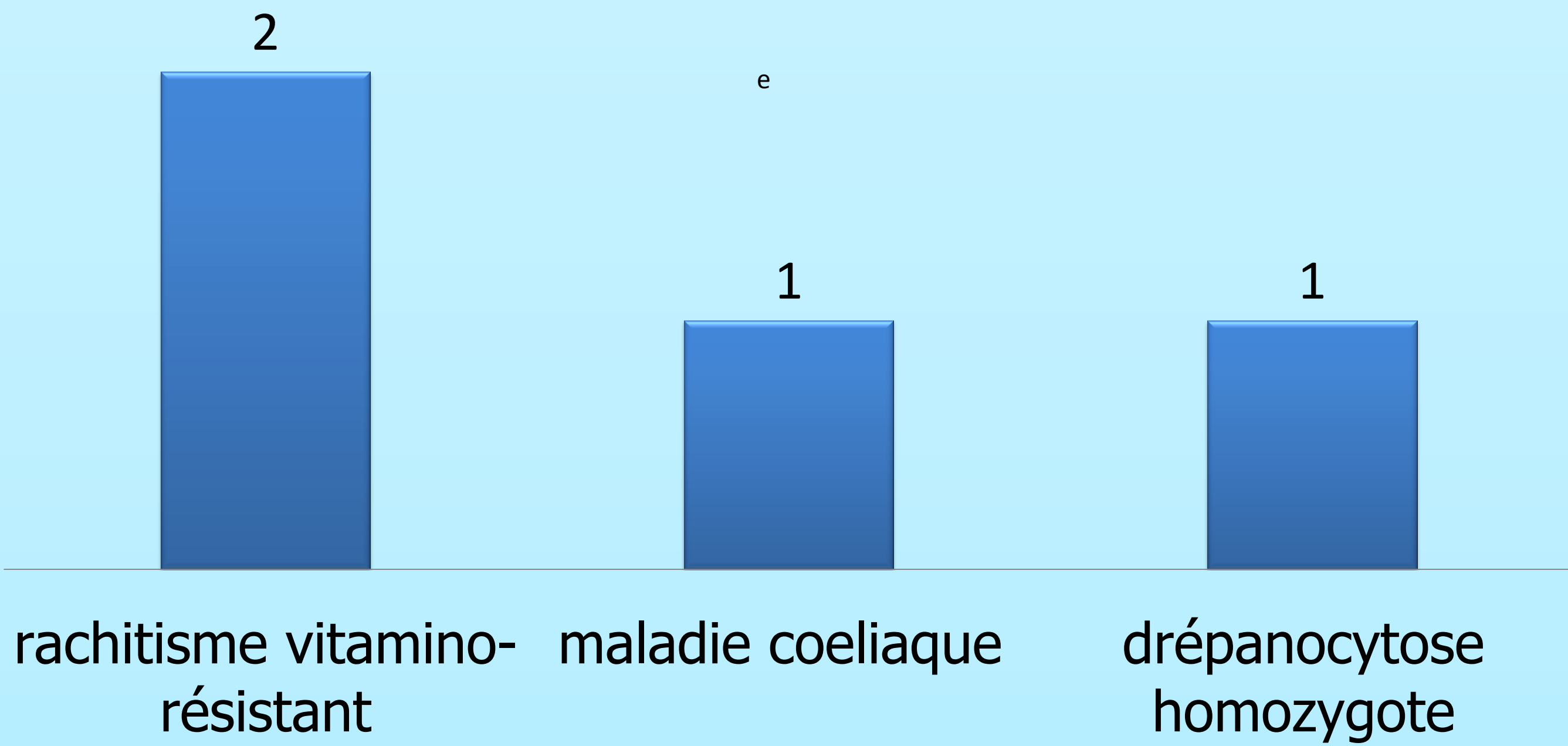
Figure 1: type du GHD



Figures 2 : déficits hormonaux associés

Cause	Pourcentage
GHD idiopathique	81%
craniopharyngiome	13%
selle turcique vide	6%

❖ **Maladies associées:**



❖ *Traitement et évolution :*

<i>Patients traités par GH (%)</i>	43,8
<i>Gain statural moyen (cm)</i>	20±11
<i>Durée moyenne de traitement (ans)</i>	3,14

- Les résultats concernant la taille finale ne sont pas satisfaisants. Ceci serait expliqué par le nombre faible de patients ayant bénéficié de traitement dans notre série ainsi que par le retard diagnostique.