

ENQUÊTE ÉTIOLOGIQUE DEVANT UN DÉFICIT EN GH CHEZ L'ENFANT

G. Saad^{*a} (Dr), I. Barka^a (Dr), A. Ben Abdelkrim^a (Dr), S. Ouerdeni^a (Dr), M. Kacem^a (Pr), A. Maaroufi^a (Pr), M. Chadli^a (Pr),
M. Zaouali^b (Pr), K. Ach^a (Pr)

^a service d'endocrinologie et de diabétologie, CHU Farhat Hached, Sousse, TUNISIE ;

^b service de physiologie et d'explorations fonctionnelles, CHU Farhat Hached, Sousse, TUNISIE

INTRODUCTION:

Le déficit en hormone de croissance (GHD) est rare. Il peut être isolé ou entrant dans le cadre d'un déficit hypophysaire combiné. Il s'agit d'un diagnostic retenu après avoir éliminé toute autre cause de retard de croissance. L'objectif de notre travail est de décrire le tableau clinique dans lequel entre le déficit en GH chez les enfants.

PATIENTS ET MÉTHODES:

Nous avons mené une étude rétrospective descriptive regroupant 33 enfants (21 garçons et 12 filles) explorés dans notre service pour retard de croissance dont le diagnostic final retenu est un déficit en GH confirmé.

RESULTATS:

L'étude regroupe donc 33 patients: **21 garçons et 12 filles**

L'âge moyen des patients au moment du diagnostic est de **11,87 ± 4,11ans,**

la taille moyenne exprimé en déviations standards était de **- 2,5 DS ± 1,14.**

Un **retard statural sévère (< -3DS)** était noté chez **45,5%** des patients.

Le déficit en GH était **partiel** dans **36,4%** et **complet** dans **63,3%** des cas.

La recherche d'autres atteintes hypophysaires a révélé: Figure 1. L'étiologie retrouvée pour le DGH est : **Figure 2**

DISCUSSION:

Le déficit en GH chez les patients est le plus souvent isolé, il se manifeste par un retard de croissance staturo-pondéral qui peut être dans certains cas sévère.

Dans les formes combinées d'hypopituitarisme l'axe gonadotrope est le plus fréquemment et le plus précocement touché.

Dans notre série les garçons paraissent plus touchés que les filles mais ceci n'est pas toujours vrai dans les séries publiées.

Il existe plusieurs étiologies possibles au déficit d'hormone de croissance: la pathologie tumorale hypophysaire, iatrogène notamment la radiothérapie, la pathologie malformative mais aussi la pathologie congénitale où l'imagerie hypophysaire paraît normale; dans ces derniers cas la recherche de mutations a toute sa place.

CONCLUSIONS:

Un déficit en GH doit faire explorer les autres axes hypophysaires. L'origine congénitale est nettement moins fréquente que les formes secondaires.

La recherche génétique des anomalies de la transcription doit être réalisée au moindre doute.

RÉFÉRENCES:

F. Castinettia,c,e, R. Reynaudb,c,e, A. Saveanuc,d,e, M.-H. Quentien,c,e, F. Albarela,c,e, A. Barlierc,d,e, A. Enjalbertc,d,e, T. Brue Déficit hypophysaire combiné multiple : aspects cliniques et génétiques. Encyclopédie Orphanet. Mars 2008

Collège des enseignants d'endocrinologie, diabète et maladies métaboliques. Mise à jour 2016 : retard de croissance staturo-pondéral

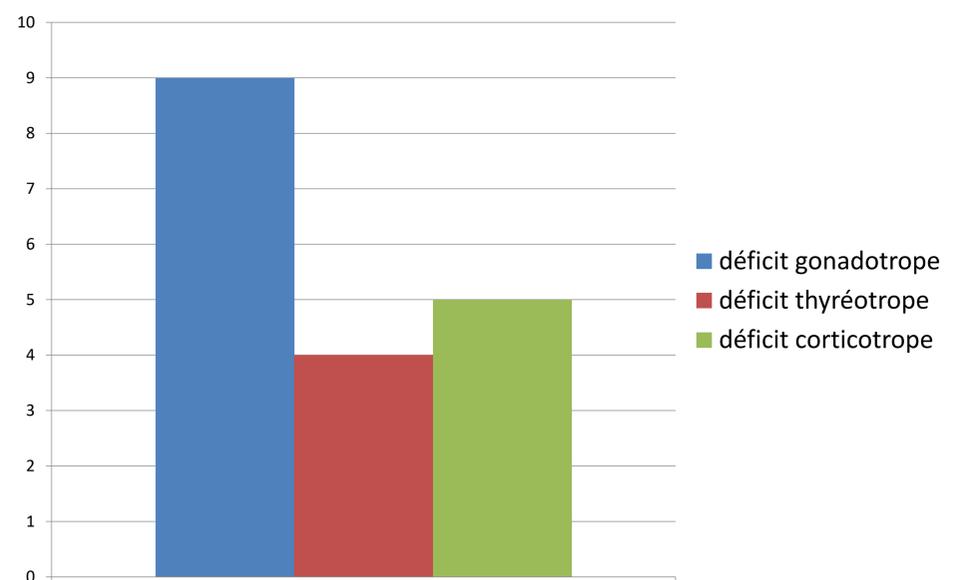


Figure 1: les déficits hypophysaires associés au déficit en GH

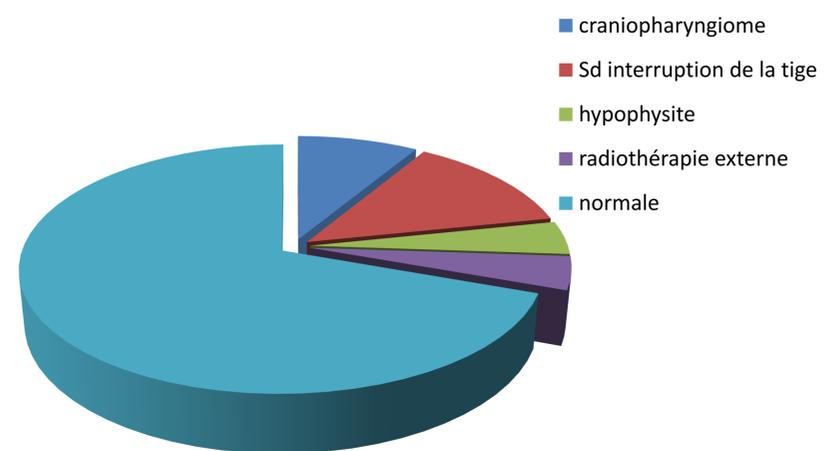


Figure 2: étiologies des déficits en GH chez les patients étudiés