

Retard de croissance et déficit en hormone de croissance: à propos de 65 cas..

S.ASKAOUI, G. EL MGHARI, N. EL ANSARI.

Service d'endocrinologie diabétologie et maladies métaboliques. Université Cadi Ayad. CHU Mohamed VI. Marrakech.

Introduction

Le déficit en hormone de croissance est une étiologie rare du retard staturo-pondéral. Son diagnostic est posé souvent tardivement devant un retard de croissance sévère ; confirmé par la non réponse aux tests de stimulation de la GH (test à l'insuline et au glucagon-propranolol). L'absence du diagnostic et du traitement précoces peuvent engendrer un retard staturo-pondéral manifeste.

Matériels et méthodes:

- une étude prospective
- menée sur une période de 4 ans [janvier 2013-janvier 2017].
- 65 dossiers ont été recensés.
- La symptomatologie clinique a été variée, allant de signes d'hypopituitarisme, du syndrome polymalformatif à l'hypertension intracrânienne.
- L'exploration biologique était orientée par la symptomatologie clinique, basée sur les tests de stimulation et renforcé par l'exploration radiologique (IRM hypothalamo-hypophysaire).

Résultats

- L'âge moyen est de 15,6 ans.
- Le sex-ratio H-F est de 3,7.
- Un retard de croissance sévère : 89,3% des cas.
- L'âge osseux a été au dessous de l'âge chronologique d'une moyenne de 7,6ans [2,4 ans ; 13 ans].
- Le délai moyen entre l'apparition du retard de croissance et la consultation en endocrinologie est de 7,3 ans. 38 cas de déficits congénitaux dont 15 cas est sur malformation de la région hypothalamo-hypophysaire (figure1).
- 13 cas de déficit acquis -tumeurs-(soit 20%)
- 14 cas s'intégrant dans des syndromes polymalformatifs (soit 21,6 % des cas).

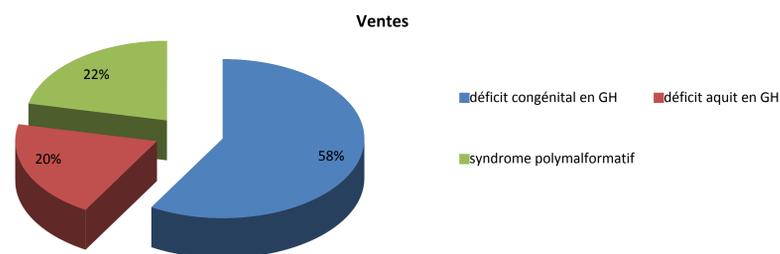
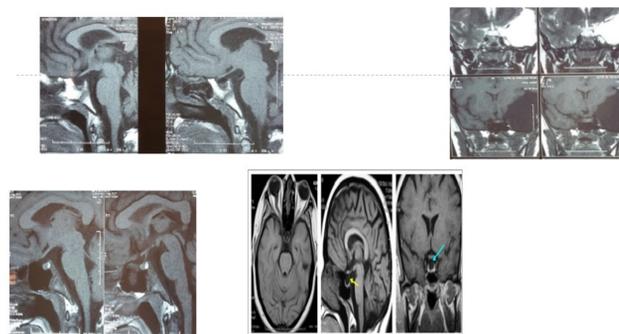


Figure 1: diagramme montrant le pourcentage des diverses étiologies du déficit en hormone de croissance.



Images d'IRM hypothalamo-hypophysaire montrant diverses étiologies responsables d'un déficit en GH.

Discussion

Le dosage d'IGF-1 plasmatique permet dans la majorité des cas de détecter les déficits sévères en hormone de croissance. Confirmés par le couple, tests dynamiques de stimulation et IRM hypothalamo-hypophysaire. Certains se basent actuellement sur les dosages du couple: IGF-1 et IGFBP3 (Insulin-like Growth Factor Binding Protein 3) en association avec l'imagerie de la région hypophysaire, vu la très mauvaises fiabilité et reproductibilité des tests dynamiques. Tout ralentissement net de la vitesse de croissance, ou retard statural sévère associés à des céphalées, exige une IRM cérébrale qui permet la détection des tumeurs et des anomalies structurales de l'hypophyse.

Conclusion

Le retard statural peut être la porte d'entrée dans un grand nombre de maladies graves de l'enfant et que la priorité diagnostique est de ne pas méconnaître une tumeur (craniopharyngiome, gliome...) devant un ralentissement brutal de la vitesse de croissance parfois accompagné d'un syndrome tumoral et/ou d'un diabète insipide.