

# Retard de croissance par déficit congénital en GH: à propos de 30 observations

HE. Mrabet<sup>\*a</sup> (Dr), W. Alaya<sup>a</sup> (Pr), MK. Msalbi<sup>b</sup> (Dr), S. Wanes<sup>b</sup> (Pr), F. Boubaker<sup>a</sup> (Pr), B. Zantour<sup>a</sup> (Pr), B. Mahjoub<sup>b</sup> (Pr), MH. Sfar<sup>a</sup> (Pr)

<sup>a</sup> Service d'endocrinologie, CHU Tahar Sfar, Mahdia, TUNISIE ; <sup>b</sup> Service de pédiatrie, CHU Tahar Sfar, Mahdia, TUNISIE

**Introduction:** Le retard de croissance statural par déficit de sécrétion de GH est une pathologie non fréquente. Les objectifs de cette étude sont de décrire les particularités clinico-biologiques et radiologiques du déficit congénital en GH et d'évaluer le bénéfice du traitement sur la croissance

**Patients et méthodes** Etude longitudinale sur 10 ans (1995-2015) menée au service de pédiatrie du CHU Tahar Sfar de Mahdia sur tous les enfants diagnostiqués avec un déficit congénital en GH.

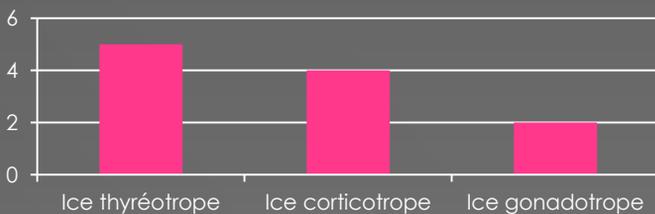
## Résultats:

### 1- Données épidémiologiques (n=30)

- Sex ratio 22G/8F
- Âge moyen de découverte: 7 ans 9 mois [2 ans-15 ans]
- Motif de consultation :
  - Retard staturo-pondéral: 29 cas
  - Micropénis : 1 cas
- Taille moyenne au moment de la consultation: -2.9 DS [-4 - -1.5DS]

### 2- Explorations biologiques

Fig1: insuffisance hypophysaires associées



- Caryotype (n=7 filles): Normal n=6  
46 Xi (Xq) n=1

## Discussion :

La prévalence du déficit en GH est estimée entre 1/4000 et 1/10000.

Le diagnostic est posé par les épreuves dynamique de GH. Dans notre série, deux tests étaient pratiqués pour retenir le diagnostic

Il est le plus souvent isolé. En cas de déficit combiné, le déficit gonadotrope est le plus fréquent. Dans notre série, seulement 2 patients présentent une insuffisance gonadotrope associée.

L'imagerie par IRM est recommandée. Elle peut mettre en preuve une anomalie hypophysaire ou de la tige pituitaire ou être normale. Certaines études ont montré que le déficit en GH est plus sévère avec un moindre gain statural sous traitement en cas d'anomalies à l'IRM.

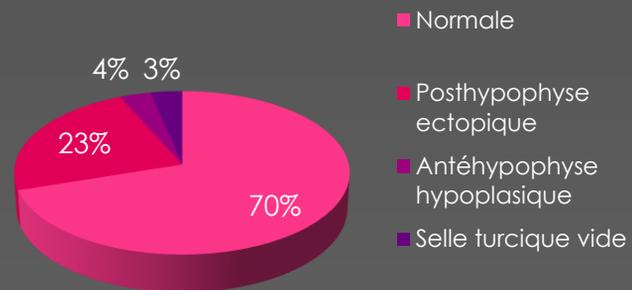
Le traitement se base par les analogues à GH. La dose initiale étant estimée à 0.2-0.4UI/kg . La dose moyenne utilisée dans notre série était e 0.65 ui/kg/semaine.

La surveillance est d'ordre clinique (gain statural+++ ) et biologique par le taux d'IGF-I. Dans notre série, la surveillance n'a porté que sur le gain statural. Le diagnostic était posé à un délai relativement tardif, ce qui a compromis le gain statural.

Cette étude met l'accent sur la nécessité d'un diagnostic précoce et 'une prise en charge adéquate afin de permettre une croissance la plus proche de la normale.

### 3- Données de l'IRM

Fig 2: Données de l'IRM (n=30)



### 4- Traitement et évolution

Tous les patients étaient traités par Somatotropine

Dose moyenne 0,65±0,22UI/kg/semaine

Durée moyenne: 3.8 ans

Gain statural:

- Garçons 27,6±12,37cm

- Filles: 19±11,93cm