

# L'équipe de soins

**Vous accueille et vous informe**

**Endocrinologie, Maladies Osseuses, Génétique et  
Gynécologie Médicale**

**Professeur JEAN-PIERRE SALLES, Responsable d'Equipe Médicale  
Professeur MAÏTÉ TAUBER**

**Hôpital des Enfants**

**Le traitement par hormone  
de croissance**

*Ce livret vous informe du déroulement de la journée de « début de traitement par hormone de croissance »*

*Il a été rédigé par l'équipe d'Endocrinologie, Maladies Osseuses, Génétique et Gynécologie Médicale de l'Hôpital des Enfants de Toulouse. Son objectif est de vous informer et de vous donner un support écrit de référence ; il n'est bien sûr pas complet mais il reprend les transparents qui sont projetés et commentés lors des entretiens.*

## **COMPOSITION DE L'ÉQUIPE**

---

### **Responsable de l'équipe Médicale**

Professeur J.-P. SALLES

– PUPH

Professeur Maïté TAUBER

– Praticiens Hospitaliers

Docteur B. JOURET

Docteur I. OLIVER

Docteur C. PIENKOWSKI

Docteur G. DIENE

Docteur P. MOULIN

– Médecins Attachés

Docteur M. ELEFTERION

Docteur T. EDOUARD

Docteur A. CARTAULT

Docteur E. MIMOUN

– Chef de clinique

Docteur S. CAULA

### **Secrétariat**

*Tél. 05 34 55 85 57*

### **Prise de rendez-vous**

*Tél. 05 34 55 85 46*

### **Infirmières**

*Tél. 05 34 55 84 88*

*Tous les jours de 8H à 18H  
sauf le Week-End et fériés.*

# DÉROULEMENT DE LA JOURNÉE

---

## 1) Accueil

## 2) Pesée - Mesure - Prise de sang

à jeun- Prise de la tension artérielle – Réalisation d'une radiographie du poignet et main gauche (âge osseux).

## 3) Petit déjeuner pour les enfants

## 4) Présentation des formalités

administratives par la secrétaire qui s'occupe du centre de traitement par l'hormone de croissance.

## 5) Présentation médicale par le médecin responsable

Journée.

## 6) Consultation individuelle

par le médecin responsable de la journée.

## 7) Mesure de la densité minérale osseuse et de la composition corporelle

(% de la masse grasse et de la masse maigre) en fonction des indications du traitement.

## 8) Apprentissage technique

des injections par les infirmières.

# PRÉSENTATION MÉDICALE

---

## 1) Qu'est ce que l'hormone de croissance ?

Une hormone naturelle sécrétée par l'hypophyse (l'aspect de l'hypophyse est précisé par IRM).

## 2) Quelle hormone utilise-t-on pour le traitement ?

Une hormone totalement synthétique, identique à l'hormone naturelle : cette hormone n'est ni d'origine humaine, ni d'origine animale.

## 3) Indications

Retard de croissance lorsque l'efficacité du traitement est démontrée.

- Déficit en hormone de croissance prouvé
- En l'absence de déficit : syndrome de Turner, retard de croissance intra-utérin, syndrome de Prader-Willi.

## MISE EN ROUTE DU TRAITEMENT

---

- La dose est calculée en fonction du poids et de l'indication en mg/kg/jour ou mg/semaine.
- Médicament d'exception : ordonnance fournie avec la dose strictement nécessaire en nombre de cartouches/mois (1 mois = 28 jours pour la CPAM).
- Délivrance des doses de l'hormone tous les mois par le pharmacien d'officine. L'ordonnance est valable 6 mois .
- L'ordonnance initiale et les modifications de doses doivent être prescrites par l'un des médecins de l'équipe d'endocrinologie pédiatrique.
- Traitement à domicile par une infirmière (IDE) puis par la famille : 1 injection sous cutanée quotidienne, le soir 7 jours/7.
- Test de génération pour l'étude des facteurs de croissance (IGF-1) sous traitement, par prélèvement sanguin à J0 (dans l'unité) et à J6 en ambulatoire (les tubes vous seront donnés avant le départ).
- La même prise de sang (non à jeun) sera faite à la consultation au 3<sup>ème</sup> mois, 6<sup>ème</sup> mois, 12<sup>ème</sup> mois puis tous les ans.
- Patch EMLA à appliquer 1 à 2 heures avant la prise de sang.

## EFFETS ATTENDUS DU TRAITEMENT

---

- Accélération de la croissance avec une phase de rattrapage dans les 3 premiers mois.
- Modification de la composition corporelle (la masse grasse diminue et la masse maigre, c'est-à-dire le muscle, augmente).
- Meilleure résistance physique.
- Le bénéfice attendu du traitement est supérieur au risque encouru lorsque les indications sont bien définies et la surveillance correcte.
- Il n'est pas nécessaire d'interrompre le traitement par hormone de croissance lors des maladies ou interventions chirurgicales intercurrentes.

## EFFETS SECONDAIRES POSSIBLES

---

- Effets secondaires rares et bénins :
  - maux de tête : s'ils persistent plusieurs jours, consulter le médecin traitant et nous contacter.
  - douleurs articulaires liées à la croissance.
  - oedèmes des extrémités : jambes et mains surtout en début de traitement.
- Révélation d'une hypothyroïdie sous-jacente masquée.
- L'apparition de tout signe inhabituel doit de toute façon faire consulter d'abord le médecin traitant qui peut prendre contact avec un des médecins de notre équipe.
- A l'heure actuelle, il existe un consensus international pour dire qu'en l'absence de facteurs de risques associés majeurs il n'y a pas d'augmentation du risque de cancer, de maladie de la tête fémorale ou de diabète, même dans les traitements prolongés.

## SUIVI DU TRAITEMENT

---

### La 1<sup>ère</sup> Année

Suivi régulier en consultation spécialisée dans l'unité tous les 3 mois :

- Examen clinique : taille, poids, vitesse de croissance, signes pubertaires.
- Age osseux tous les 6 mois.
- Prise de sang à 3 mois, 6 mois et 12 mois pour mesurer les hormones thyroïdiennes, les facteurs de croissance (l'IGF-1), la glycémie, le cholestérol et les triglycérides.
- D'autres examens pourront être préconisés en fonction

de l'indication du traitement ou de problèmes associés.

- Etude de la composition corporelle et de la densité minérale osseuse à 6 mois (selon indication).

### Les années suivantes

- Dès la 2<sup>ème</sup> année, consultation semestrielle.

***NB : Apporter le carnet de santé pour marquer les mensurations. Prévenir le médecin pour les interruptions exceptionnelles (classes vertes - stage).***

## DURÉE DU TRAITEMENT

---

- La durée et l'arrêt du traitement sont fonction de la pathologie initiale et de la réponse thérapeutique.
- Le traitement peut être temporairement interrompu sous surveillance clinique pour réaliser une fenêtre thérapeutique si son efficacité diminue.
- Le traitement est habituellement définitivement arrêté à la fin de la croissance :
  - âge osseux de 13 ans (*fille*) et de 15 ans (*garçon*)
  - ou gain de croissance inférieur à 2cm la dernière année du traitement.

## LE DÉFICIT EN FIN DE CROISSANCE

---

- Une fois la taille finale atteinte, une réévaluation de la sécrétion hypophysaire est pratiquée systématiquement en hospitalisation.
- Le déficit en hormone de croissance peut persister à l'âge adulte (*anomalie hypophysaire, déficit complet*).
- Quelques adolescents présentant un déficit complet persistant, poursuivront le traitement compte tenu du bénéfice de celui-ci sur leur état de santé, et seront suivis par les endocrinologues adultes, après une consultation commune qui a lieu dans notre unité : consultation dite de « transition ».
- Les adolescents qui arrêteront leur traitement en fin de croissance seront suivis pendant au moins 2 ans dans l'unité, s'ils conservent un déficit partiel et si le bilan s'est normalisé. Ce suivi est susceptible de modifications ultérieures en fonction de l'évolution des connaissances scientifiques.

## **Hôpital des Enfants**

330, avenue de Grande-Bretagne  
TSA 70034  
31059 Toulouse Cedex 9

## **Conception**

Service d'Endocrinologie,  
Maladies Osseuses,  
Génétique,  
et Gynécologie Médicale

**Conception graphique/réalisation (avril 2003) - Mise à jour février 2009**

Délégation à la Communication/Édition des Hôpitaux de Toulouse

© 2002, CHU Toulouse - 2, rue Viguerie - TSA 80035 - 31059 Toulouse Cedex 9