

Micropénis diagnostiqué après la petite enfance à Fès (Maroc): aspects étiologiques, thérapeutiques et évolutifs.

Y Sagna, I Khaldouni, A Tadmori, M Rchachi, S Doubi, F Aziouaz, L Agerd, H El Ouahabi, F Ajdi.

Service d'endocrinologie, diabétologie, maladies métaboliques et nutrition ; CHU Hassan II, Fès (Maroc).

Contact auteur: my_sagna@yahoo.fr; Tel: +226 71 22 19 37

RESULTATS

INTRODUCTION

Le micropénis, défini par la détection d'un pénis de structure normale avec une longueur < 2,5 DS en dessous de la moyenne pour l'âge, est un motif fréquent de consultation en période néonatale, dans l'enfance, et plus rarement à l'adolescence [1]. Il doit être traité pour assurer des mictions normales, des rapports sexuels normaux et une bonne image de soi. Nous avons voulu décrire les aspects étiologiques, thérapeutiques et évolutifs de patients présentant un micropénis diagnostiqué après la petite enfance.

METHODES

Nous avons rétrospectivement analysé les dossiers des patients admis dans le service d'Endocrinologie, diabétologie et maladies métaboliques entre janvier 2012 et décembre 2013. Tous les patients présentant un micropénis ont été inclus dans l'étude. Les données ont été saisies et analysées à l'aide d'une fiche Excel.

Vingt deux patients d'un âge moyen de 16,3ans [10-22ans] présentaient un micropénis. 14 patients (63,6%) avaient plus de 14ans. Le principal motif de consultation était le micropénis pour 9 patients (40,9%), le retard de croissance pour 12 patients (54,5%), la gynécomastie pour un patient. Le micropénis avait déjà été constaté par le patient et/ou son entourage depuis en moyenne 6 ans. 8 patients avaient déficit total ou partiel en GH et 8 un hypogonadisme hypogonadotrope (dont 5 IRM normales et 1 syndrome de Kallman). 5 patients ont été traités uniquement par hormone de croissance; 12 patients ont bénéficié de cures par enanthate de testostérone (4 cures en moyenne), permettant d'obtenant un pénis de taille pubère chez tous.

Tableau: Caractéristiques des patients.

Caractéristiques	Fréquence (%)
Tranches d'âge	
[10 – 14[3 (13,6)
[14-18[14 (63,7)
[18 – 22]	5 (22,7)
Motif de consultation	
Petite taille du pénis	7 (31,8)
Retard de croissance	12 (54,6)
Impubérisme	2 (9,1)
Gynécomastie	1 (4,5)
Etiologies	
Hypogonadisme hypogonadotrope	6 (27,3)
Hypogonadisme hypergonadotrope*	2 (9,1)
Déficit total en GH	7 (31,8)
Déficit partiel en GH	1 (4,5)
Interruption de tige pituitaire	1 (4,5)
Anomalie récepteur aux androgènes	1 (4,5)
Investigations non poursuivies	4 (18,2)

*1 caryotype 45 XYY, caryotype non fait pour l'autre patient faute de moyens

CONCLUSION

Le retard à la consultation rend tardive la prise en charge du micropénis dans notre contexte. La recherche d'un micropénis devrait être faite devant tout retard de croissance. La correction du déficit en GH et le traitement par enanthate de testostérone (indépendamment de la cause sous-jacente pour ce dernier) s'avèrent efficaces.

REFERENCE

1. Bouvattier C. Arch Pediatr 2014.

