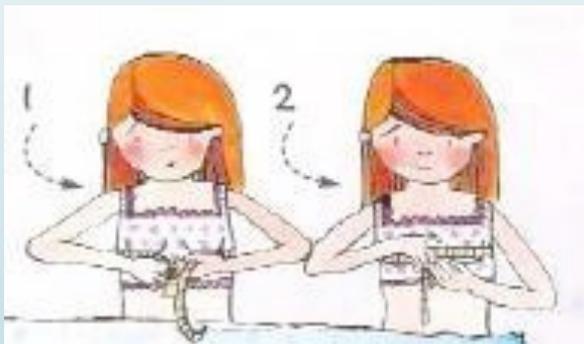


Puberté précoce

"Docteur, ma fille a ses tétés qui poussent, elle a 8 ans." :

- Que rechercher à l'examen clinique ?
- Quel bilan avant d'envoyer vers le spécialiste ?



Gynazur 2021

Dr Marie HOFLACK

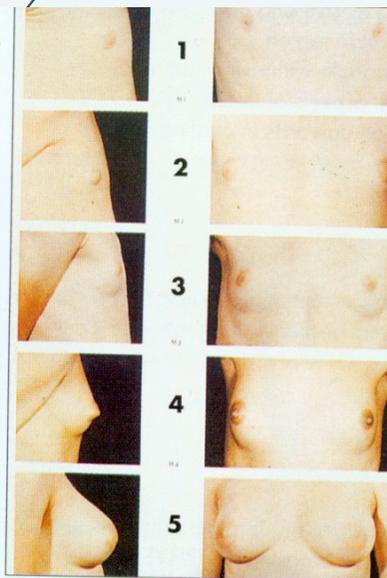
Pédiatre

Endocrinologie Diabétologie

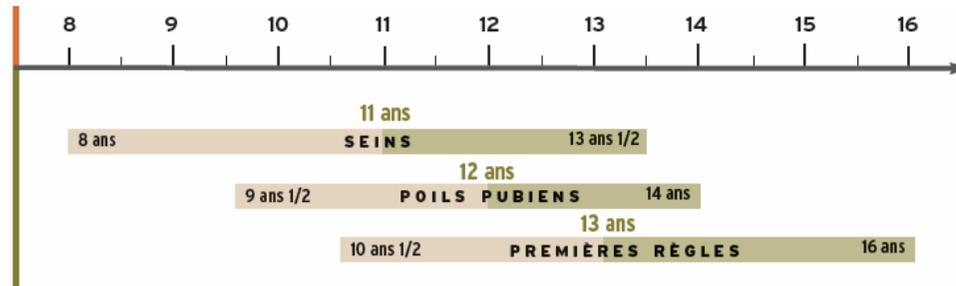
Et Gynécologie de l'enfant

Puberté normale

- ✓ Le développement des seins est le premier signe de la puberté
- ✓ Début des signes 11 ans (8-13 ans)
- Facteurs exogènes influençant l'âge de démarrage pubertaire sont :
 - ✓ Niveau socio-économique
 - ✓ Facteurs migratoires (adoption...)
 - ✓ Perturbateurs endocriniens ??

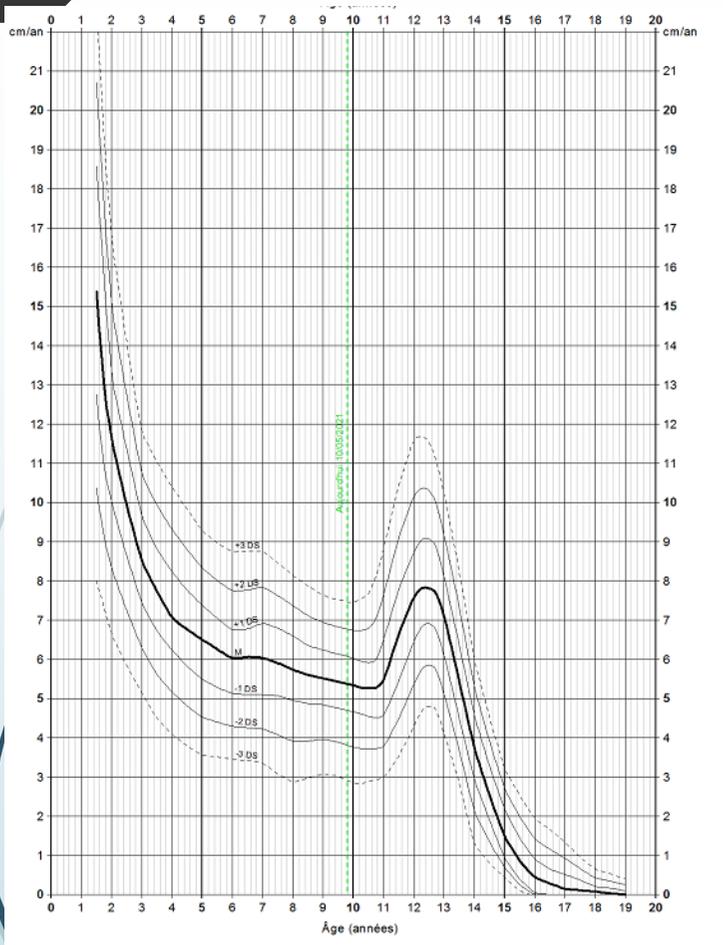


S1	Stade infantile
S2	Bourgeon mammaire, soulèvement et augmentation du diamètre de l'aréole
S3	Saillie du sein et aréole, pigmentation aréole
S4	Saillie aréole et mamelon en avant du sein, sillon sous-mammaire
S5	Saillie mamelon en avant aréole et sein, développement complet



- ✓ Poils pubiens apparaissent plus tardivement
- ✓ Pic de croissance pubertaire en moyenne 12 ans chez la fille
- ✓ Les règles apparaissent 2 à 3 ans après le début de développement des seins, âge moyen des menstruations 12,5 ans – 13 ans.
- ✓ La croissance s'accélère, dès le début de la puberté jusqu'à la survenue des premières règles

Croissance pubertaire chez la fille



Développement des seins en moyenne à 10 ans 6 mois/11 ans (de 8 à 13 ans).

Pic de croissance pubertaire d'environ 8 cm/an avec un gain total moyen de 23 cm. Ce pic est synchrone du démarrage pubertaire.

Lors de l'apparition des premières règles (en moyenne à 12 ans 6 mois), la croissance restante est variable (entre 3 et 10 cm).

Démarrage 140 cm, + 23 cm, taille finale 163 cm en moyenne.

Age osseux ou radiographie du poignet gauche

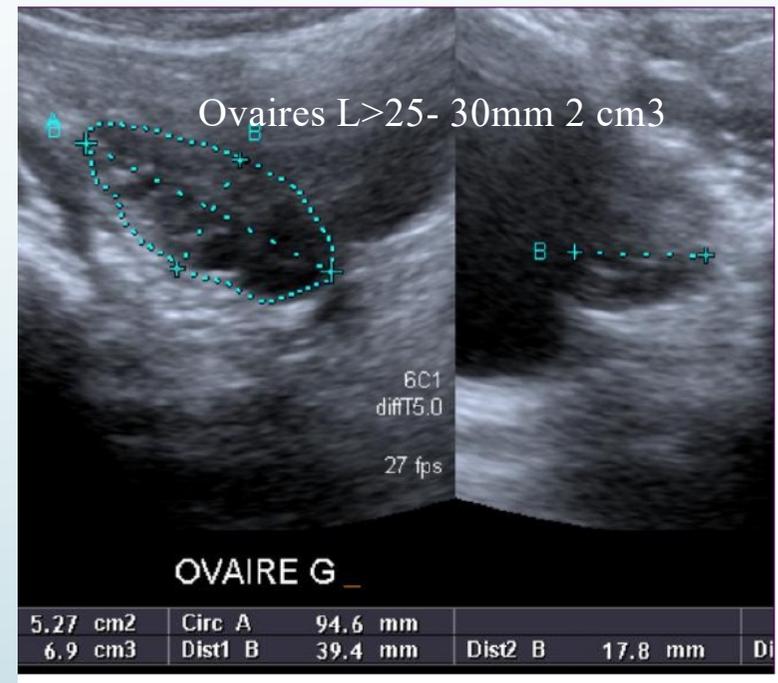
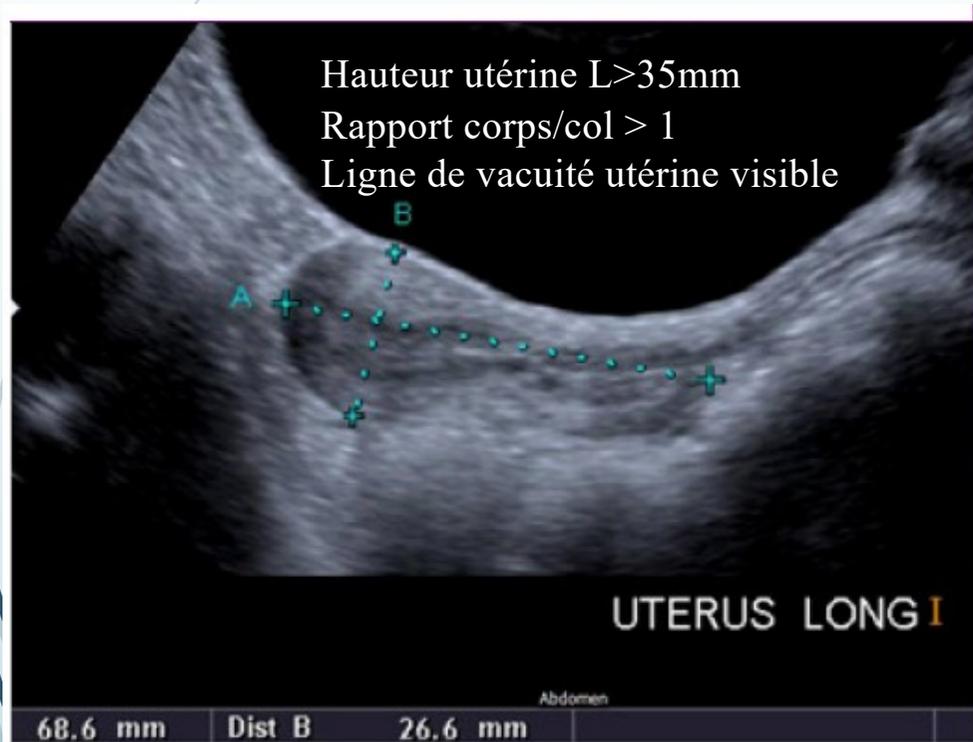
- Evaluation de la maturation osseuse
- Evaluer l'âge osseux par rapport à l'âge chronologique



Sesamoide

Echographie pelvienne

- Evaluer l'imprégnation oestrogénique des organes génitaux internes
- L'utérus s'allonge et s'épaissit.
- Le rapport corps/col s'inverse au profit du corps.





Dosages hormonaux

- ▶ Taux d'oestradiol de base fluctuant et parfois pas assez sensible en début de puberté
- ▶ Test de stimulation par la LHRH étudie l'activation de l'axe gonadotrope
- ▶ Le test est positif que dans la puberté centrale, il différencie le caractère central ou périphérique de la puberté

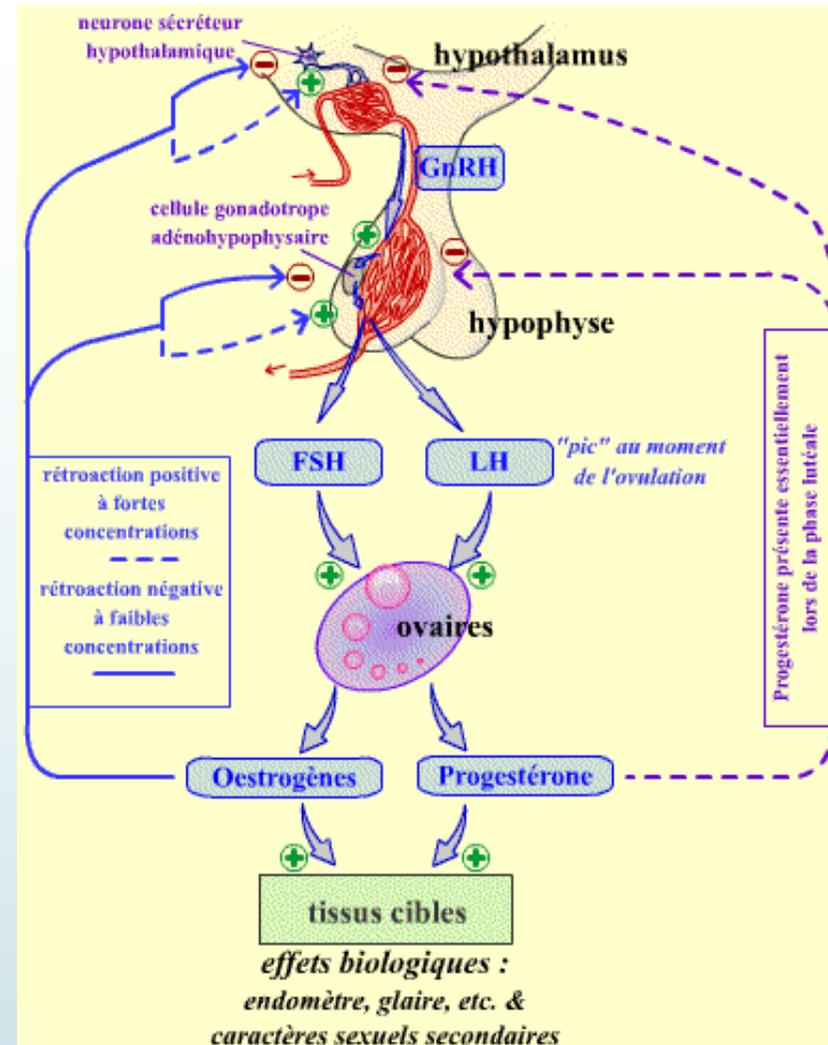
- ▶ Pic de LH > 5 ou rapport LH/FSH > 1 dans le démarrage pubertaire.

✓ Centrales

Activation LH et FSH

✓ Périphériques

E2 ou Testostéronémie élevés
FSH & LH bas





Puberté précoce

- Poussée mammaire avant l'âge de 8 ans
- Associée à une accélération de la vitesse de croissance
- Avance d'âge osseux souvent au moins d'un an
- Signes d'imprégnations hormonales des OGI
- Dosages de base en faveur d'une puberté précoce centrale ou périphérique ou test LHRH + en faveur PPC
- La PP est le plus souvent d'origine centrale sous l'influence de facteurs génétiques et environnementaux : tenir compte Atcd familiaux/ adoption / SGA

Attention à la pilosité pubienne précoce sans développement mammaire qui peut signer un problème surrénalien.

Lisa

Taille cible parentale 163 cm

Premières règles de la mère 12 ans

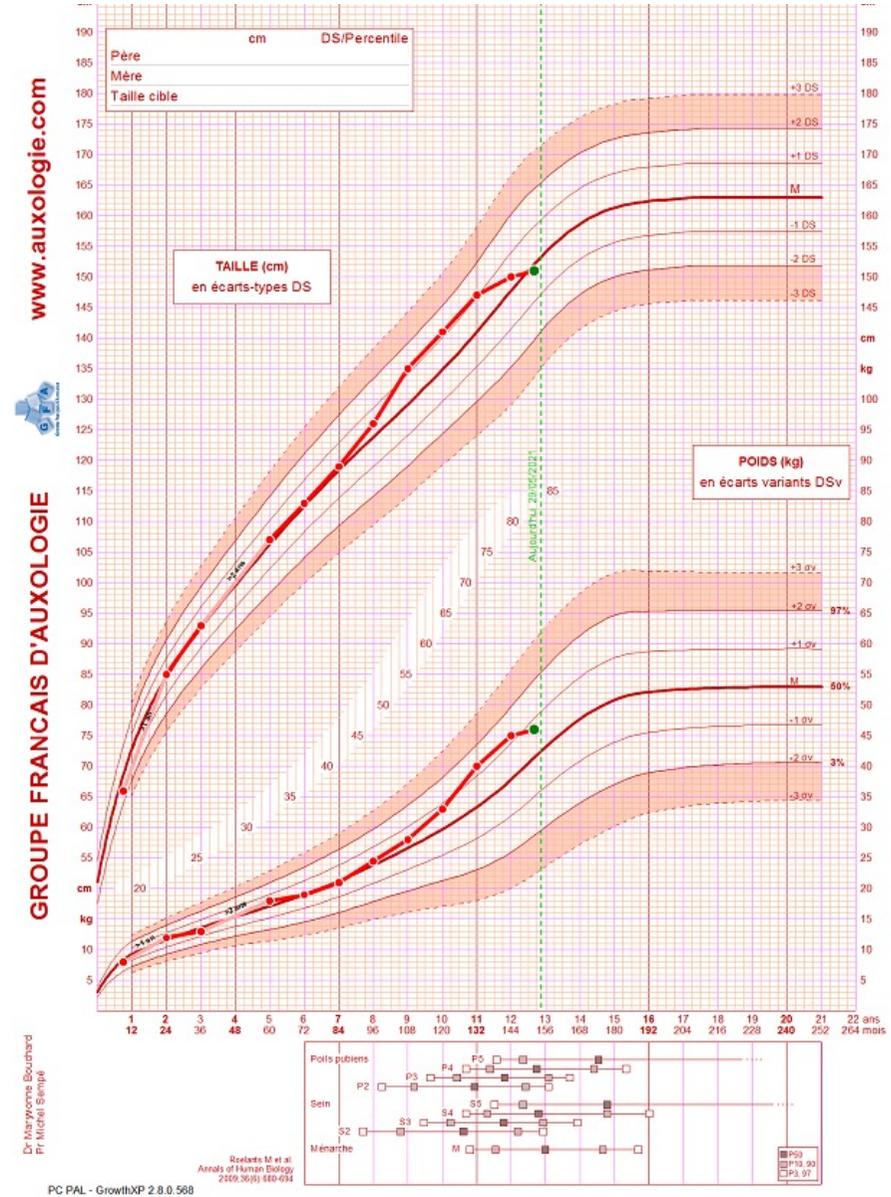
Poussée mammaire à 7 ans ½

Accélération de la vitesse de croissance

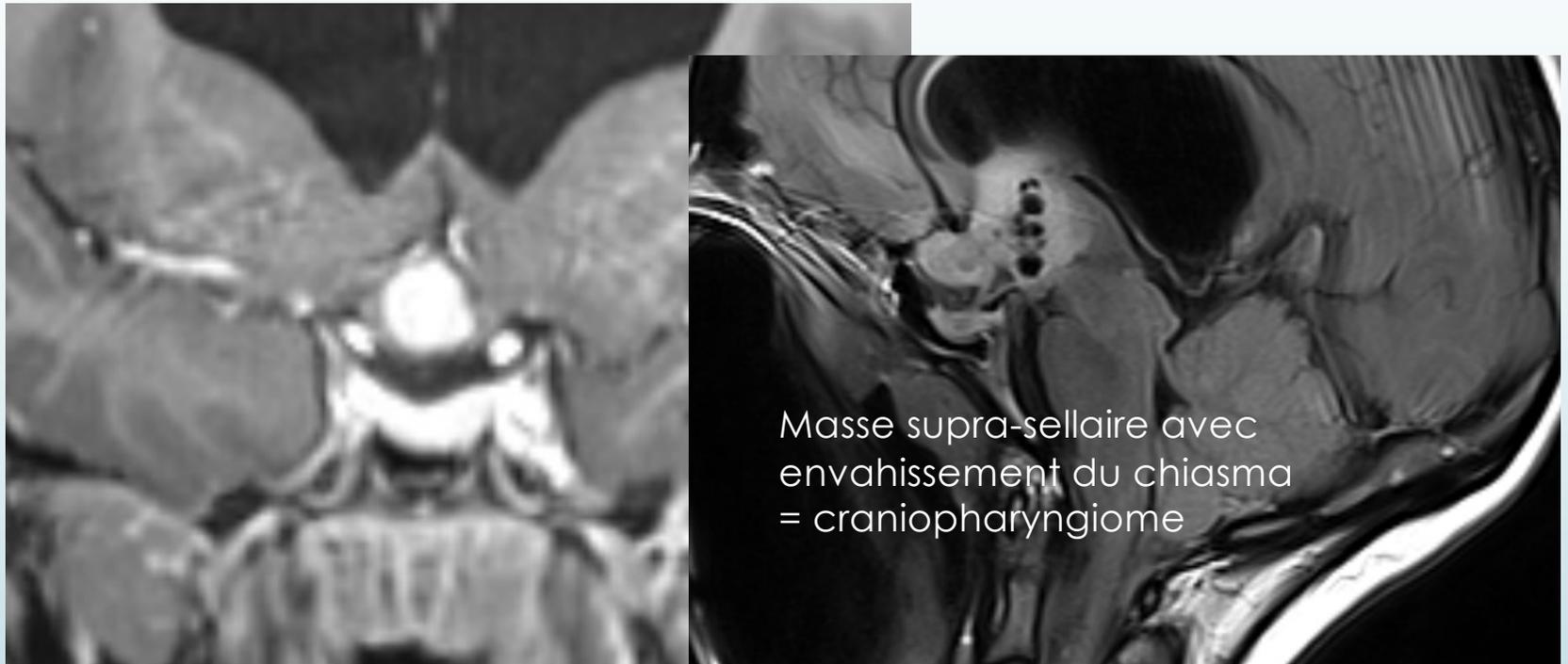
Démarrage à 125 cm

Age osseux 9 ans

Taille finale 151 cm



- ✓ Jeune fille de 15 ans qui se présente pour céphalées et signes d'HTIC
- ✓ Puberté précoce non explorée car les parents ne voulaient pas de traitement



Démarche diagnostique et étiologique

Diagnostic positif

- ✓ Signes cliniques de la puberté précoce
- ✓ confirmation par le dosage des stéroïdes sexuels (élevés)
- ✓ et échographie pelvienne chez la fille
- ✓ Age osseux

Test LHRH

Pic LH > 5
Pic LH/FSH > 1
= PPC

Origine centrale
IRM hypothalamo hypophysaire

Gonadotrophines basses
= PPP

Ovaires ou surrénales
Echo, TDM des gonades
Gonades : B HCG , alpha foetoprotéine
Surrénales : SDHA, delta 4 androstenedione, 17 OHP +/- test au synacthène



Traitement PPC

- ▶ Limiter altération du pronostic de taille en évitant la fusion précoce des cartilages de croissance
- ▶ Limiter complications psychologiques, développementales, relationnelles.
- ▶ Indiquer si clinique, accélération de la vitesse de croissance + activation axe gonadotrope (diagnostic par bio) + avance d'âge osseux + imprégnation estrogénique importante à l'écho pelvienne
- ▶ Agonistes GnRH mensuel ou trimestriel pendant au minimum 2 ans

► Puberté avancée

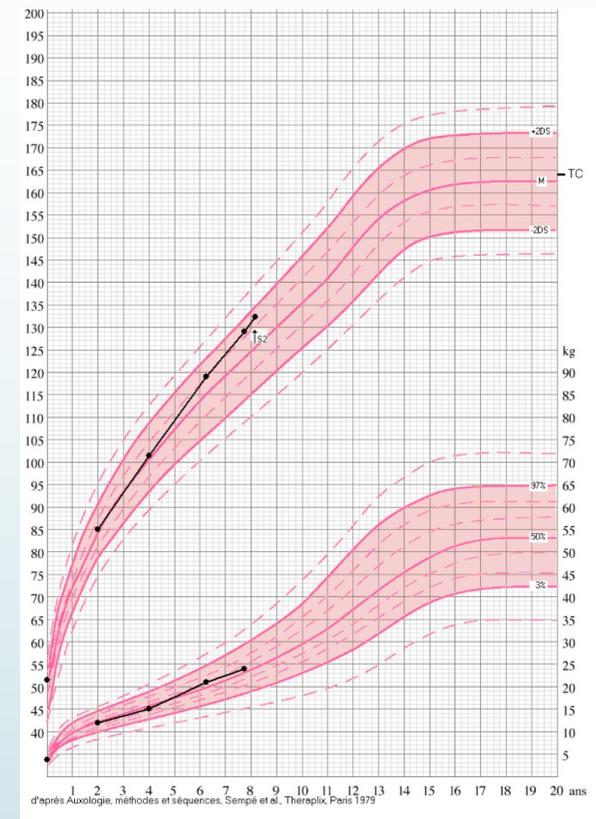
Marianne adressée à l'âge de 8 ans 11 mois pour suspicion de puberté précoce.
Taille cible familiale 163 cm, Mère, PR 12 ans, sœur réglée à 13 ans.

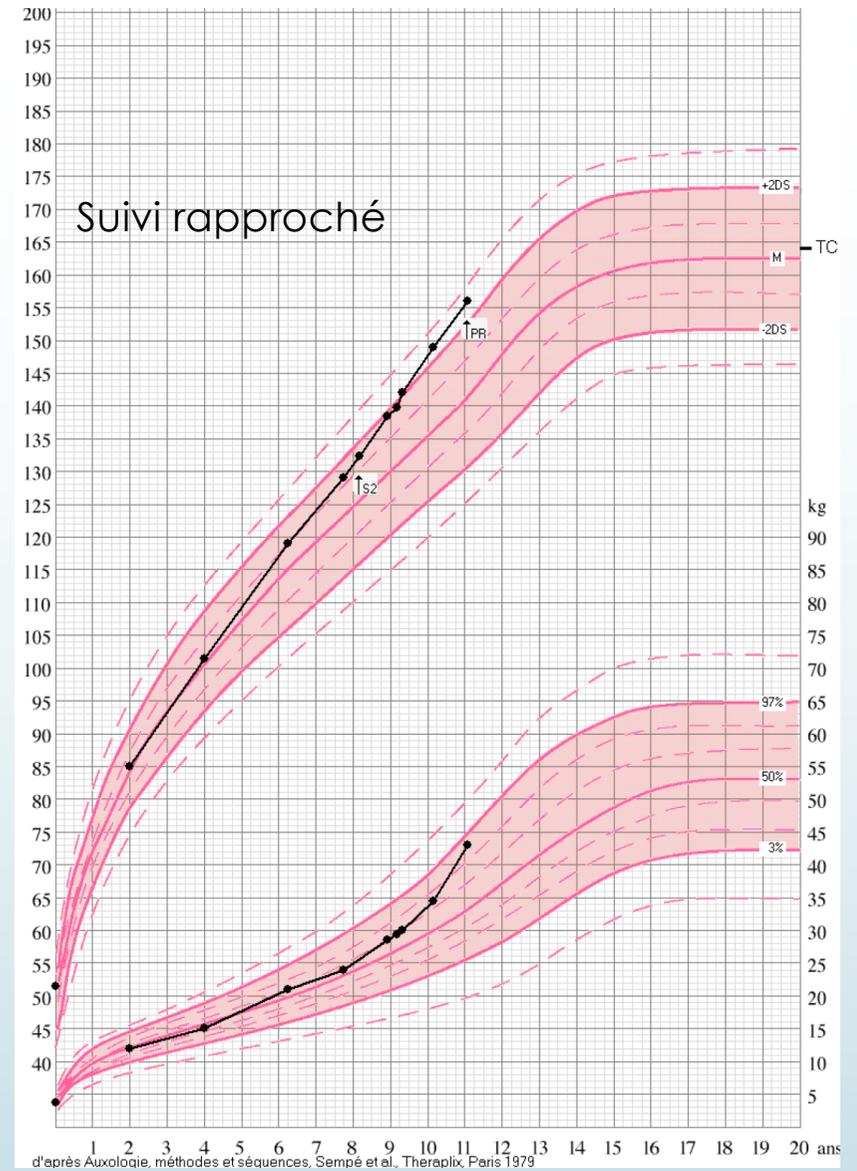
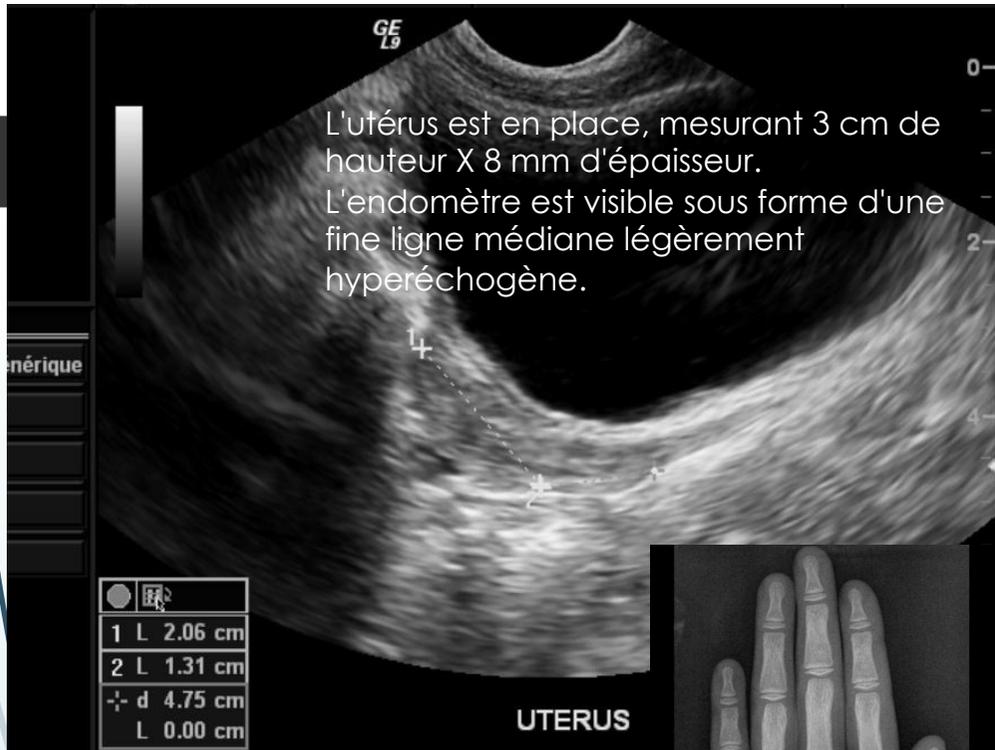
Née à terme eutrophe

Poussée mammaire vers âge de 8 ans ou 8 ans 3 mois

Clinique

- ✓ 133 cm; 28,6 kg
- ✓ A1P1S3
- ✓ Accélération de la vitesse de croissance
- ✓ Ras par ailleurs





- 
- ❑ Ne pas explorer par excès
 - ✓ des démarrages pubertaires physiologiques (avance séculaire du démarrage)
 - ✓ des poussées mammaires isolées précoces (Premature thelarche)
 - ✓ des adipomasties chez la petite fille en surpoids....

 - ❑ Attention à la pilosité pubienne précoce
 - Sans poussée mammaire
 - Test au synacthène pour rechercher un problème surrénalien

 - ❑ A l'inverse, la puberté avancée avec évolution rapide ou pronostic de taille péjoratif doivent être pris en compte dans la démarche diagnostique.

- ▶ PP définie par apparition des seins avant l'âge de 8 ans
- ▶ Clinique avant les examens complémentaires
- ▶ Age osseux/echo pelvienne/ Oestradiol, LH, FSH de base,
- ▶ Test LHRH
- ▶ PP sont le svt centrales et plus fréquentes chez les filles, le plus souvent idiopathiques 80%-90%
- ▶ **IRM Hypothalamo-hypophysaire dans puberté précoce centrale ++**

Merci de votre attention

