

Retard de croissance staturale

Pr Sylvie Rossignol
Service de Pédiatrie 1
Hôpital de Hautepierre
Hôpitaux Universitaires de Strasbourg

Croissance normale

=

reflet de la bonne santé de l'enfant

Petite taille idiopathique = diagnostic d'élimination

Objectifs pédagogiques

Dépister

Définir une orientation diagnostique

Savoir prescrire les examens de première intention

Adresser au spécialiste

Croissance staturo-pondérale

Dépend de **facteurs génétiques**

Dépend de **facteurs hormonaux**

Dépend de **facteurs environnementaux**

Nutritionnels +++++

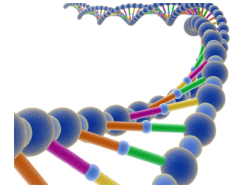
Ralentissement de la VC en cas de malnutrition

Dépend de **l'absence de pathologie intercurrente**

FACTEURS IMPLIQUES DANS LA CROISSANCE

Facteurs génétiques

Implication de nombreux gènes



L'hérédité représente ~90% de la taille finale de l'adulte

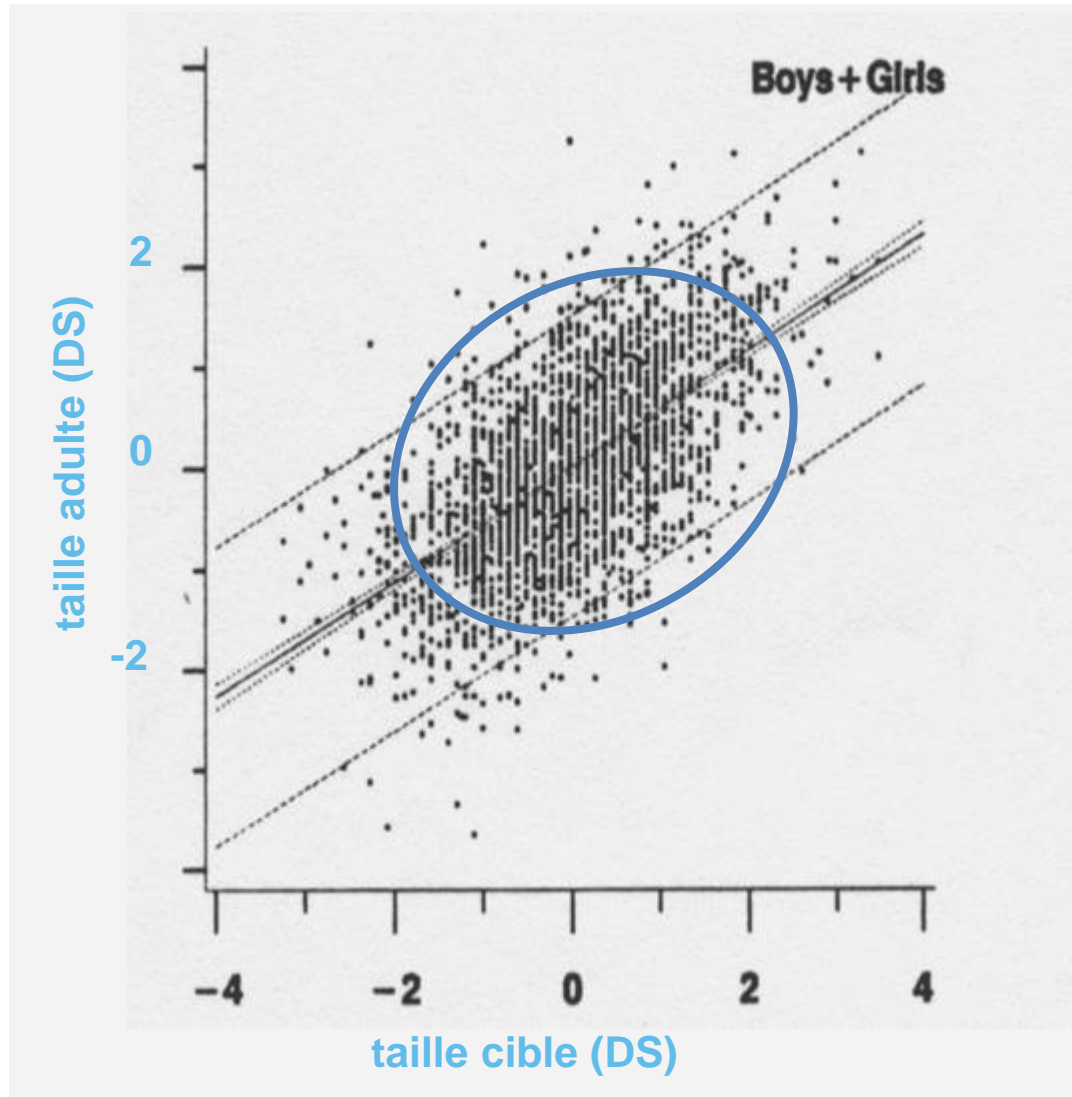
Taille cible génétique

$$\frac{\text{Taille du père} + \text{Taille de la mère} + 13 (\text{♂}) \text{ ou } - 13 (\text{♀})}{2}$$

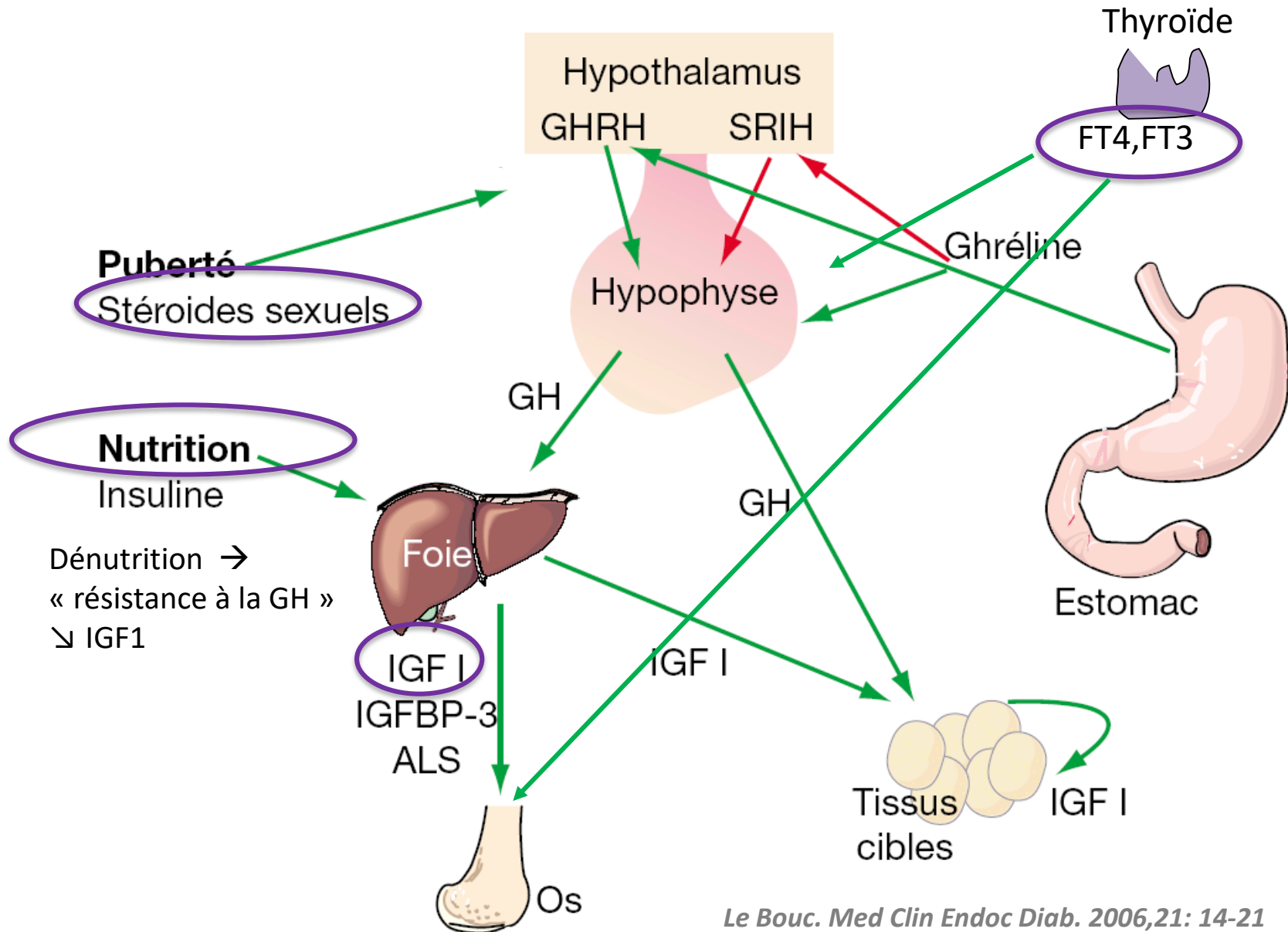


Non valide si grande différence de taille entre les parents

95% des individus TF à ± 1.5 DS de la taille cible ($TC \pm 10$ cm)

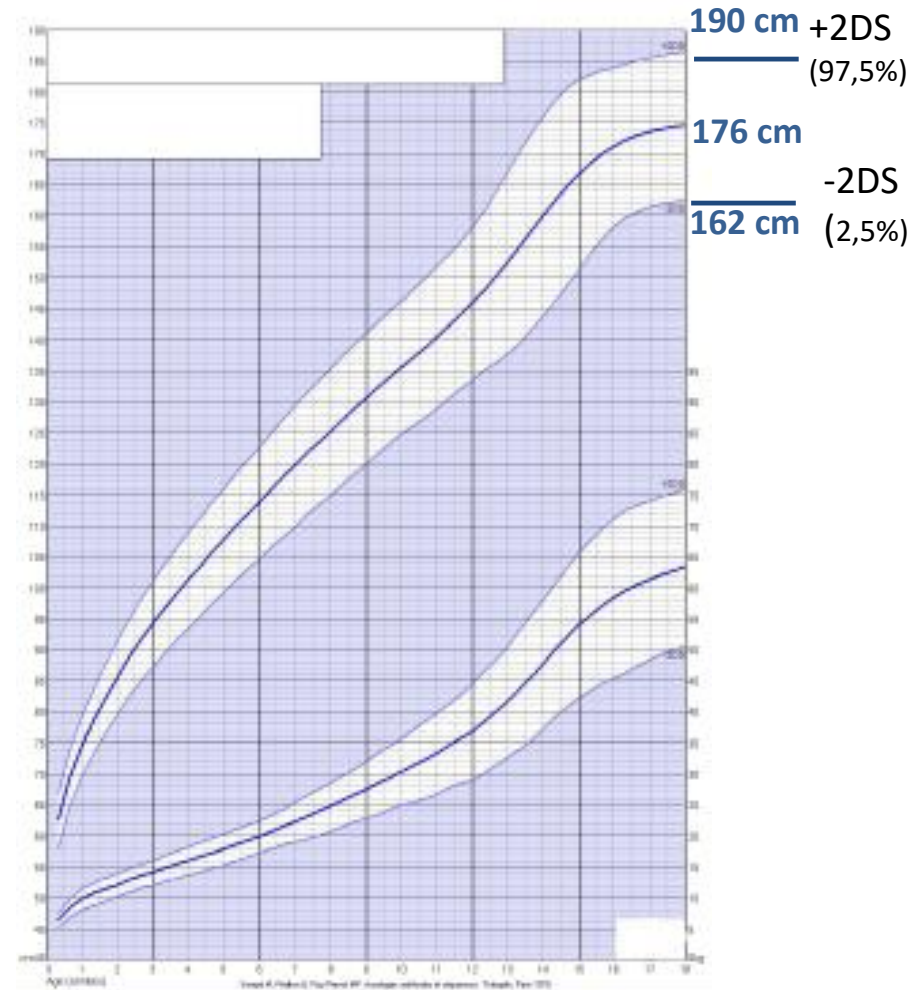
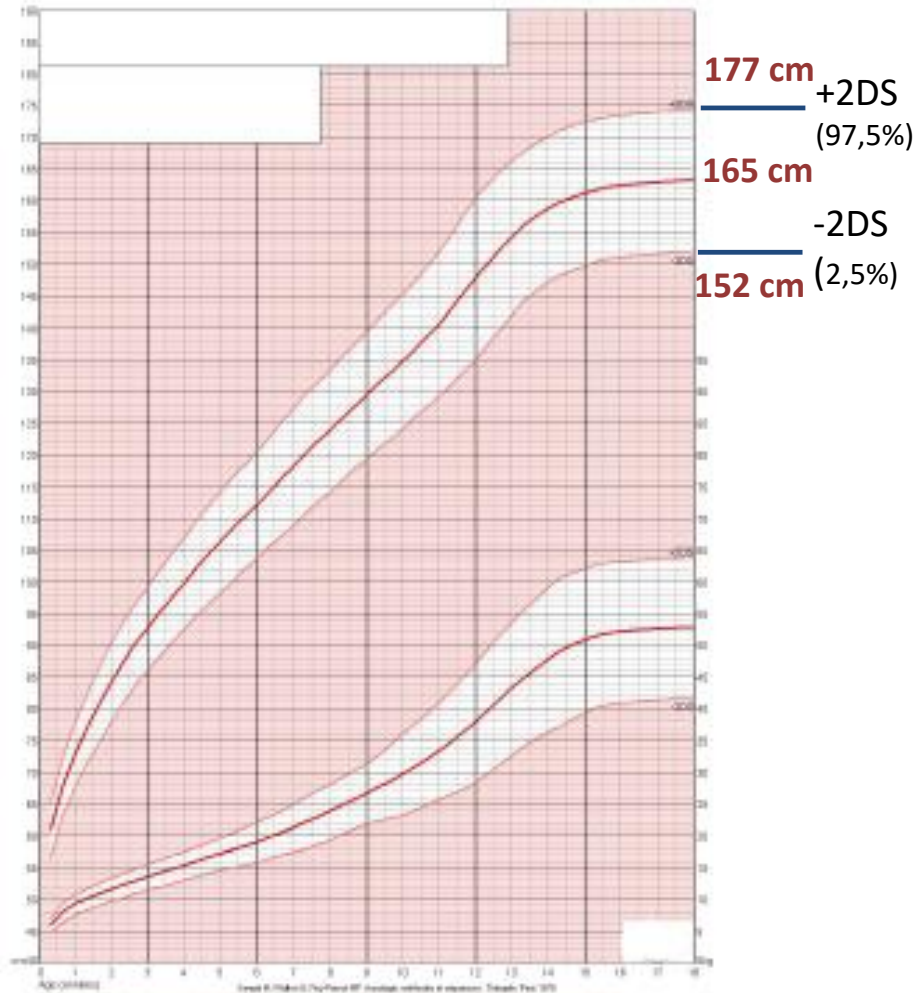


Facteurs hormonaux



TAILLE NORMALE

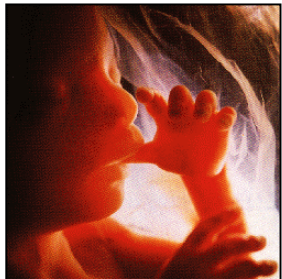
Zone de normalité : ± 2 DS de la moyenne pour l'âge et le sexe



CROISSANCE NORMALE

4 phases de croissance

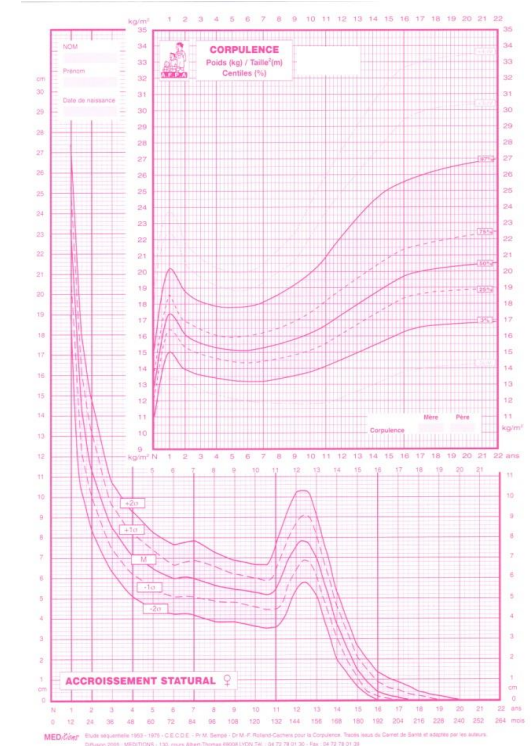
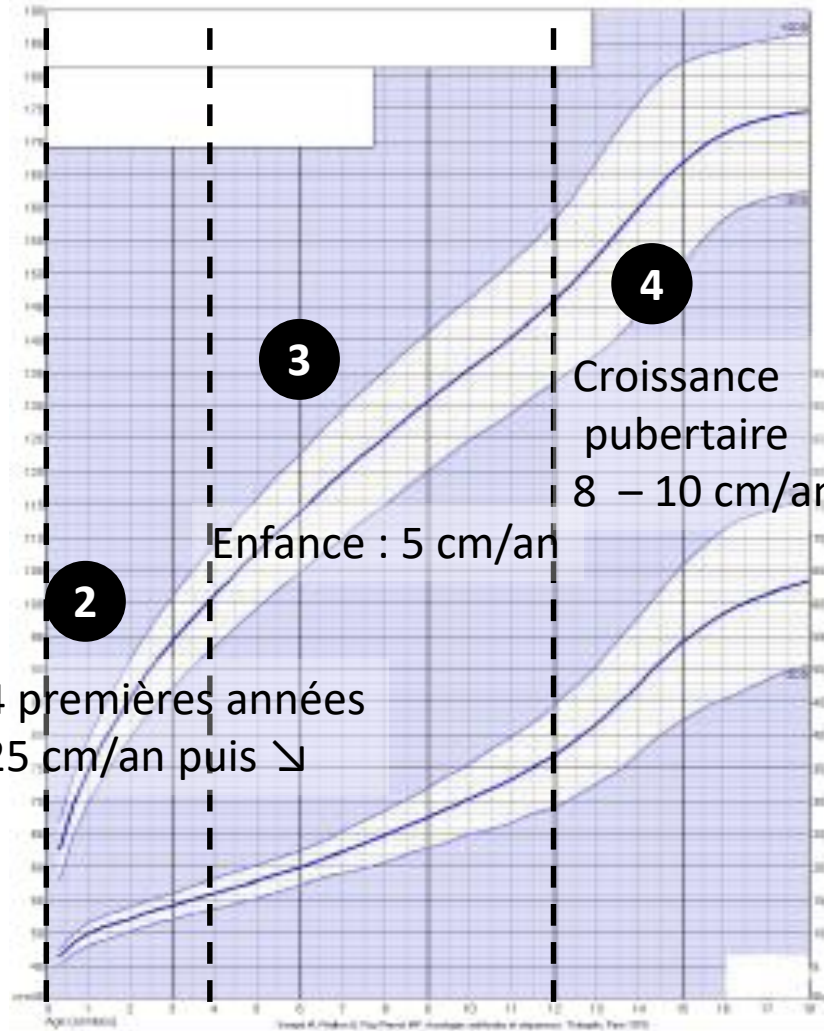
1
Croissance fœtale
50 cm en 9 mois



2
4 premières années
25 cm/an puis ↘

3
Enfance : 5 cm/an

4
Croissance
pubertaire
8 – 10 cm/an



EVALUATION DE LA CROISSANCE

AUXOLOGIE

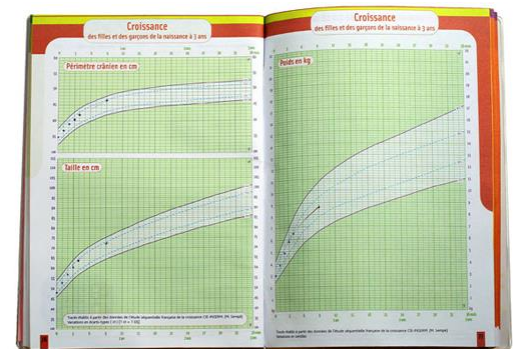


- Mesure systématique de la taille, du poids jusqu'à la fin de la croissance (et du **PC** jusqu'à 3 ans)
 - tous les 3 mois jusqu'à 2 ans (position couchée)
 - tous les 6 mois jusqu'à la fin de la croissance

- Reporter les mesures avec précision sur les courbes de référence (2018):

POIDS, TAILLE

IMC +++, PC



Quels sont les éléments indispensables pour l'analyse de la croissance staturale d'un enfant ?

éléments indispensables à l'évaluation de la croissance

- 1) les tailles des parents (potentiel génétique) / **taille cible**
- 2) **mensurations de naissance** en fonction du terme, calculées en DS ou en percentile par rapport aux courbes de référence
- 3) la **cinétique** de la courbe de taille, de poids et d'**IMC** régulière, infléchissement, cassure
- 4) la maturation osseuse : **âge osseux**
- 5) le stade pubertaire selon la classification de tanner
- 6) les ATCD : maladie chronique, traitements, habitudes alimentaires
- 7) l'examen clinique ++

EVALUATION CLINIQUE

- Examen général
- Etat nutritionnel
- Proportions corporelles : envergure, taille assise, déformation osseuses
- Dysmorphie

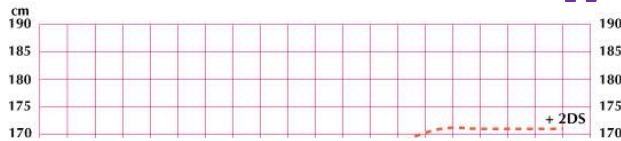


CROISSANCE PATHOLOGIQUE

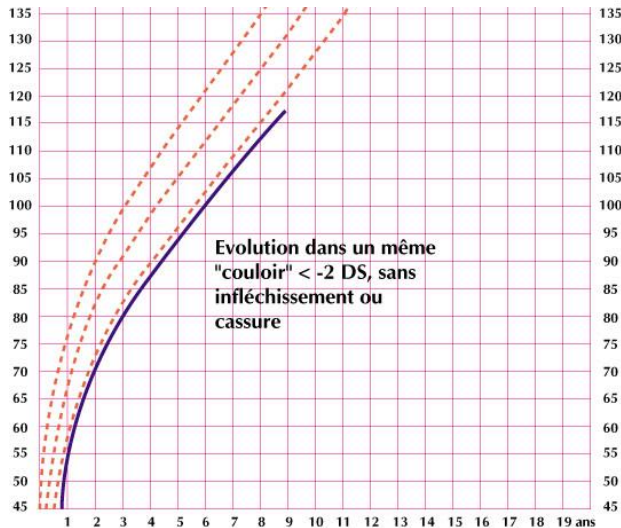
QUAND FAUT-IL S'INQUIETER ?

CROISSANCE PATHOLOGIQUE

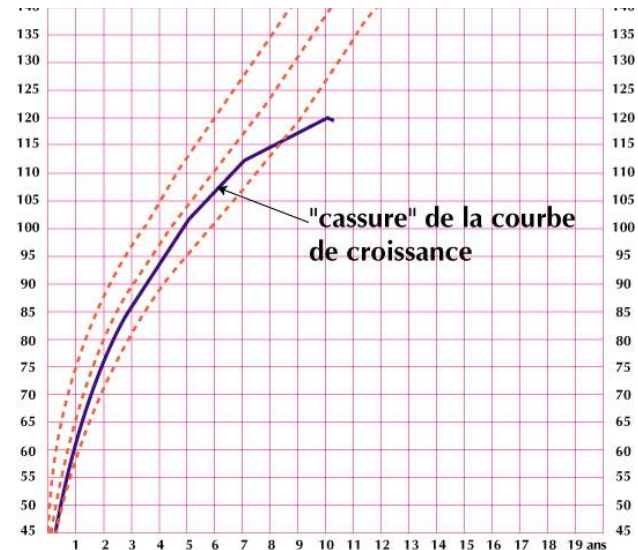
TAILLE < - 2 DS



à vitesse de croissance normale



secondaire à un ralentissement de la vitesse de croissance



**Sd de TURNER +++
Pathologie osseuse**

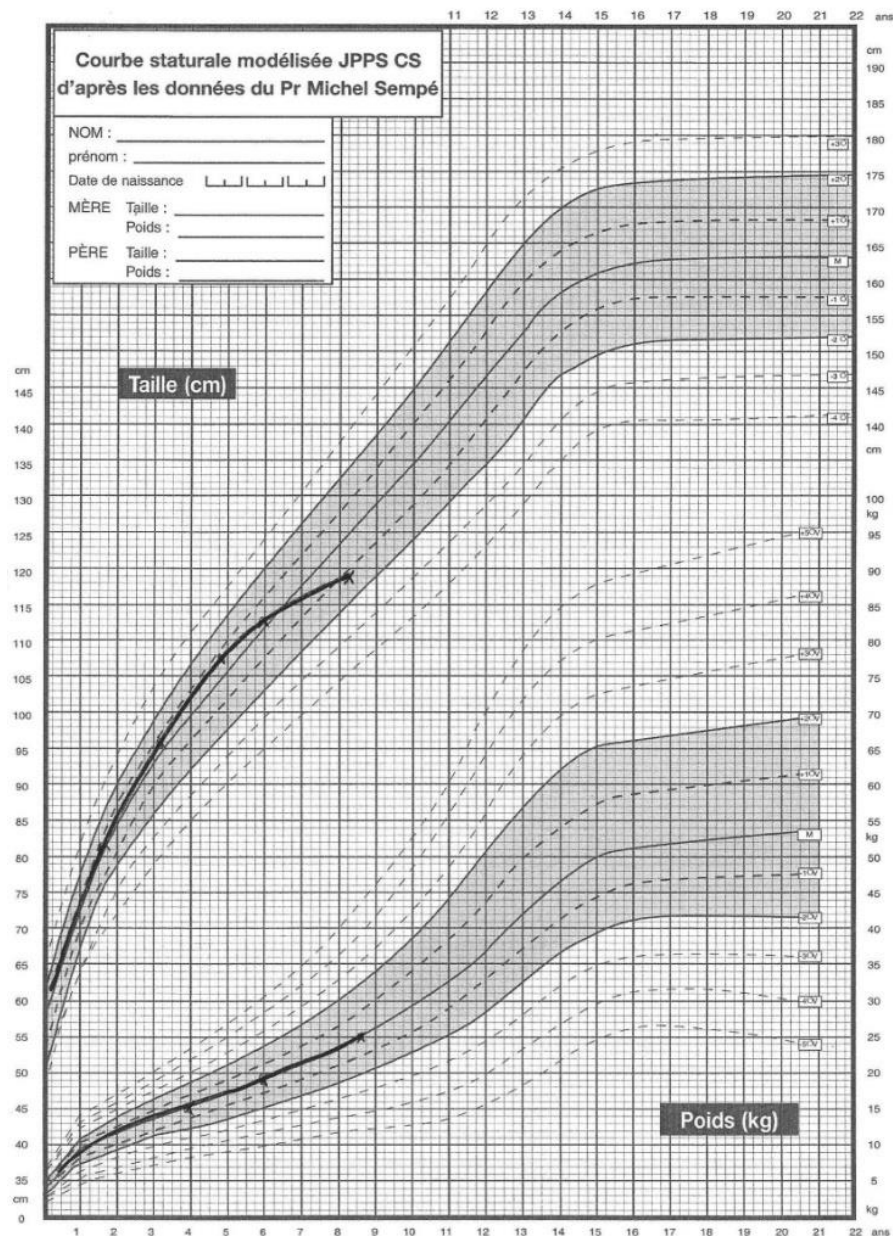
**RCIU n'ayant pas rattrapé
Petite taille familiale
Petite taille idiopathique**

**Pathologie chronique
Déficit hormonal (GH,
hormones thyroïdiennes)**

Cassure ou infléchissement de plus d'1 DS

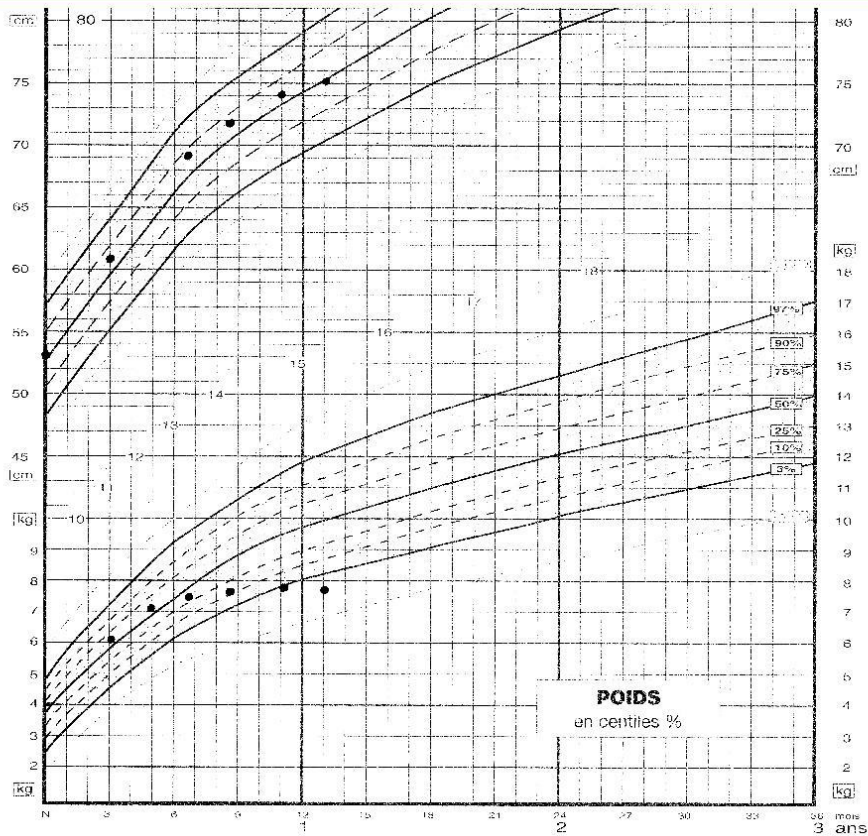
(après 2-3 ans)

Après 4 ans, $VC < 4 \text{ cm/an} = \text{pathologique}$

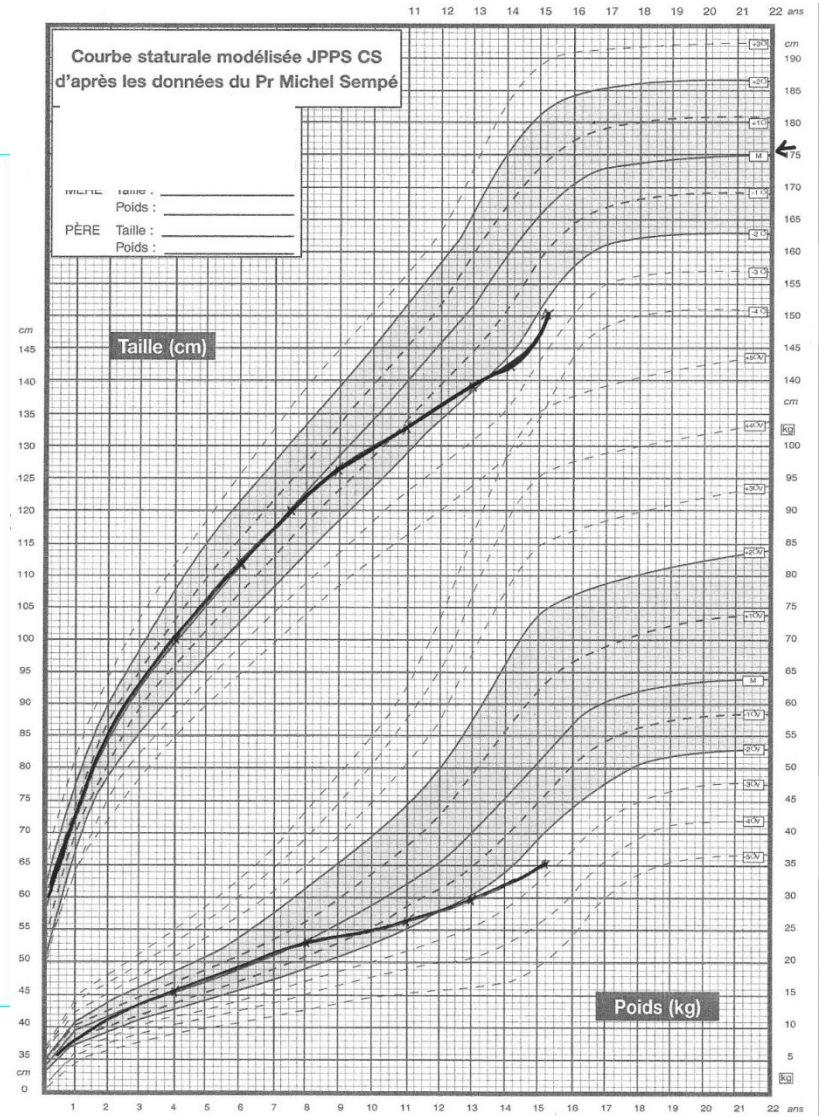


Modification de la dynamique de croissance

- Ralentissement de la croissance staturale et amaigrissement : **cause non endocrinienne probable**
 - Appareil digestif par malabsorption(**maladie coeliaque, APLV**)
 - Autre maladie chronique, situations d' hypercatabolisme :
Respiratoire (**mucoviscidose**), **Rénale**, Cancer, **Maladies inflammatoires**



MALADIE COELIAQUE

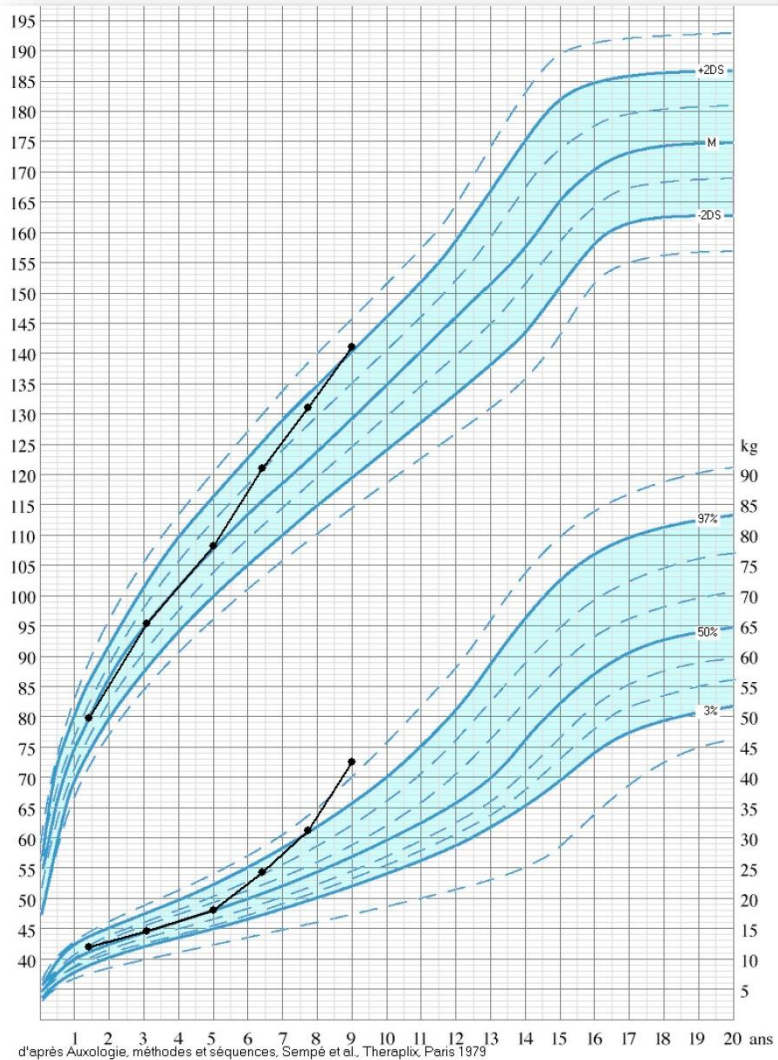


MALADIE DE CROHN

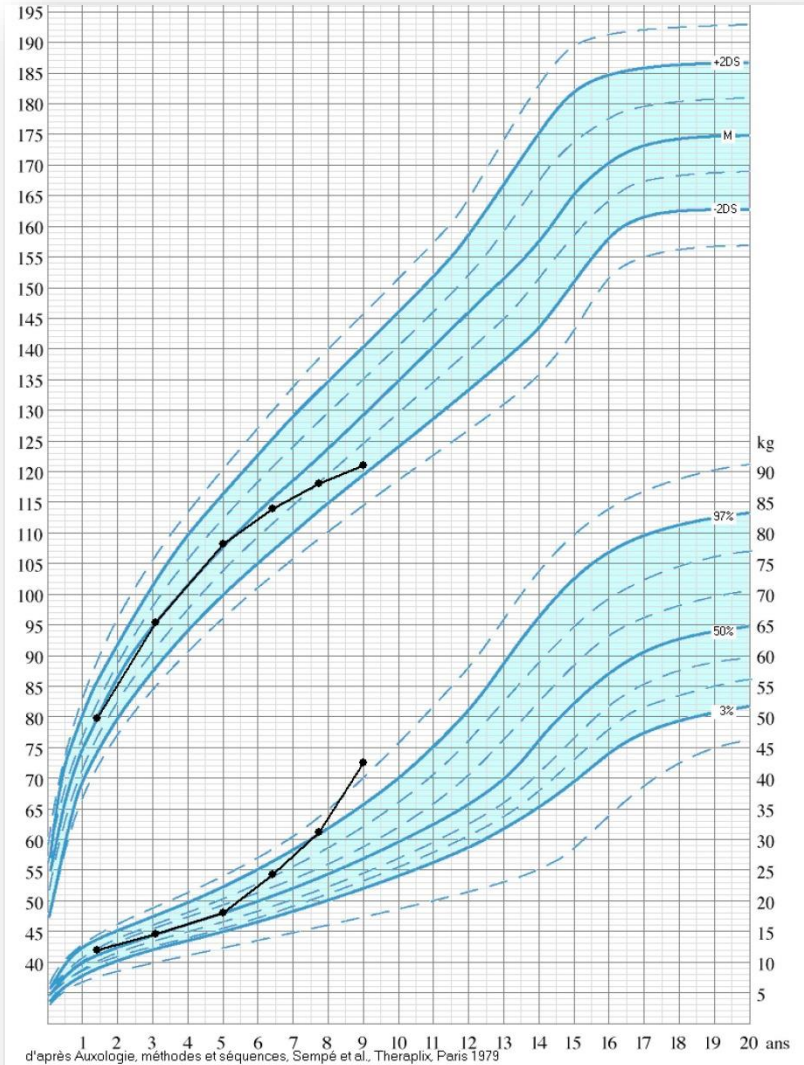
Modification de la dynamique de croissance

- Ralentissement de la croissance staturale et amaigrissement : **cause non endocrinienne probable**
 - Appareil digestif par malabsorption (**maladie coeliaque, APLV**)
 - Autre maladie chronique, situations d'hypercatabolisme :
Respiratoire (**mucoviscidose**), Rénale, Cancer, **Maladies inflammatoires**
- Ralentissement de la croissance staturale et prise de poids → **rechercher une cause endocrinienne**
 - déficit en GH (idiopathique, tumeur région HH)
 - hypothyroïdie
 - hypercorticisme (Cushing, iatrogène)

NORMAL !!!

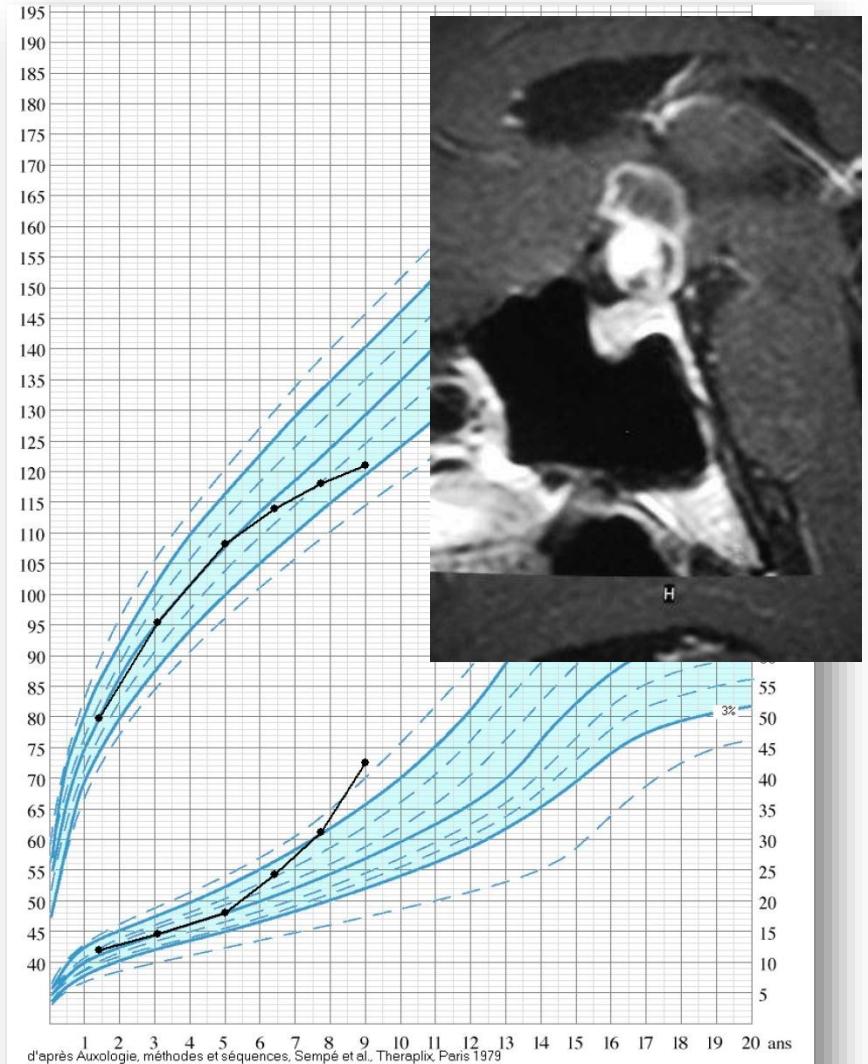
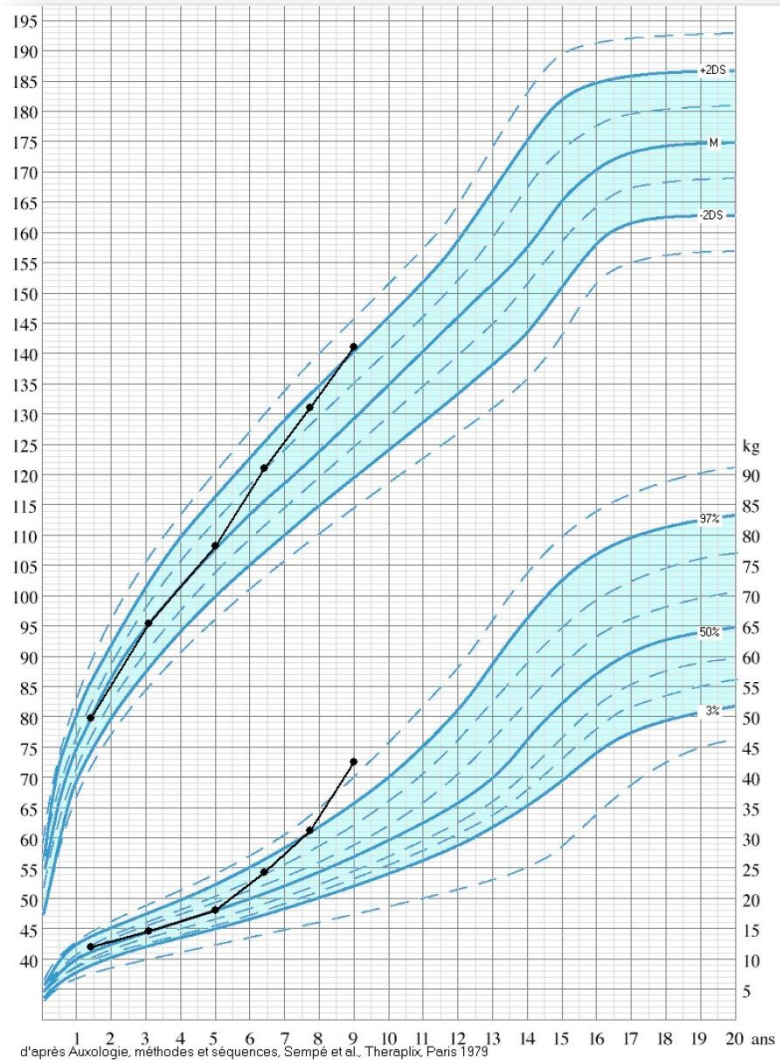


PATHOLOGIQUE !!!

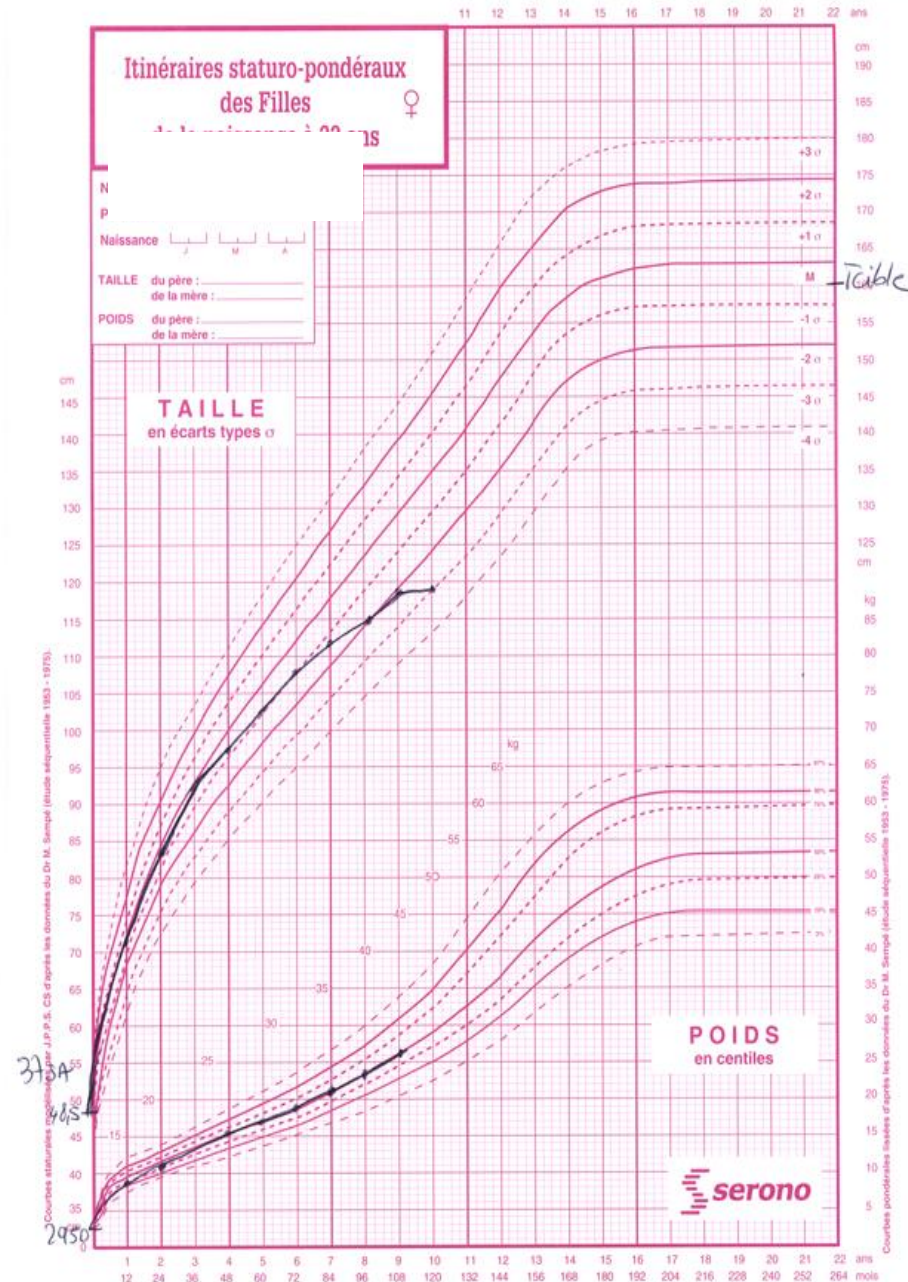


NORMAL !!!

PATHOLOGIQUE !!!



- Aucun antécédent
- Asymptomatique
- S1 P1 (pas de puberté)
- Age osseux: 6 ans
- **T4I = 2 pmol/l**
- **TSH = 245 UI/l**
- antiTPO=1/2400
- Hypothyroïdie par thyroidite → levothyrox

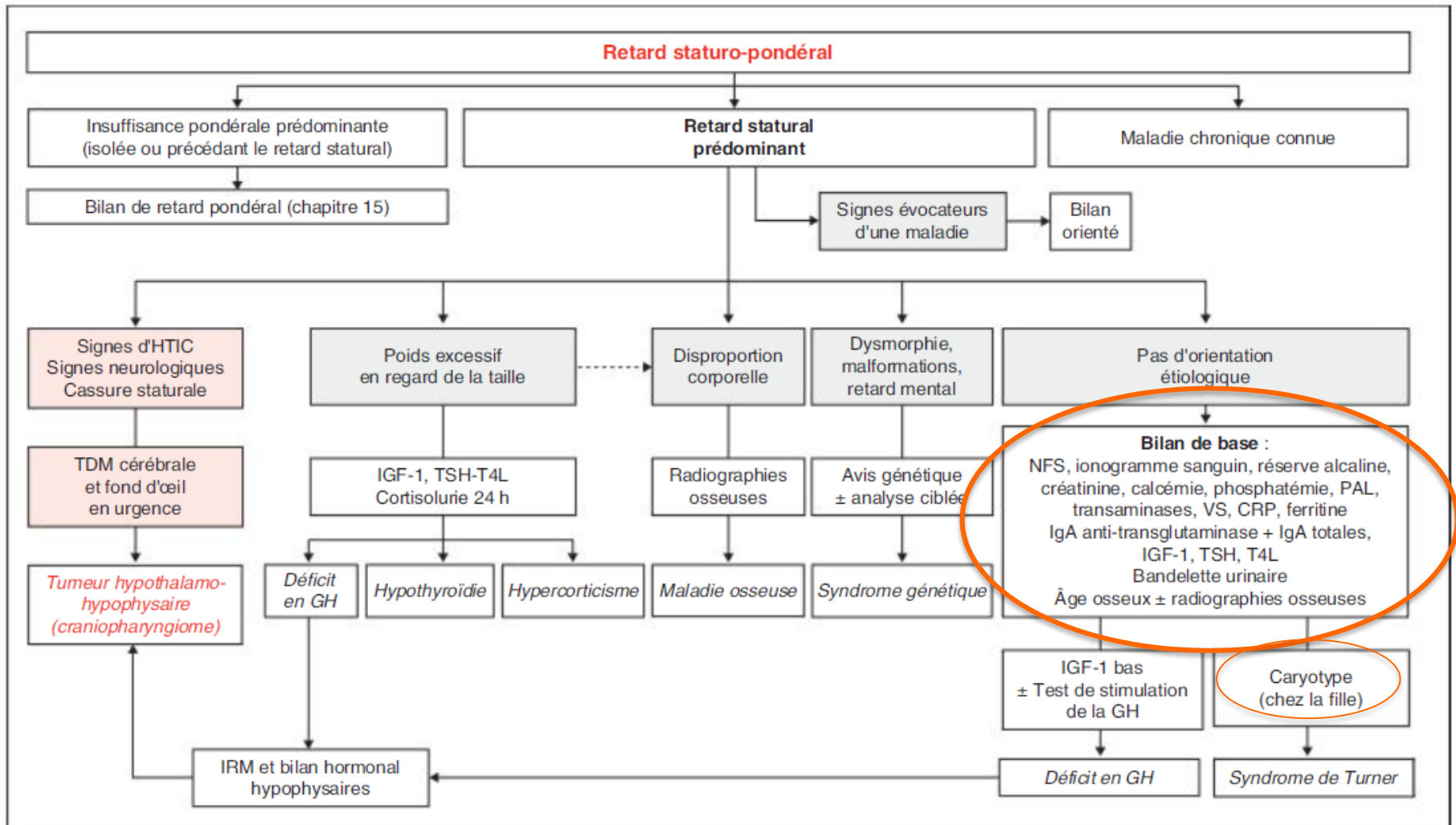


CROISSANCE PATHOLOGIQUE

QUAND FAUT-IL S'INQUIETER ?

- Petites tailles : taille en dessous de la norme pour l'âge et pour le sexe ($< - 2DS/\text{âge}$)
- Tailles dérogeant au profil familial ($\neq > 1,5 DS$)
- Modification de la **dynamique** de croissance :
« cassure, perte de couloir, VC anormale pour l'âge »

Examens de débrouillage orientés par la clinique



**MERCI POUR
VOTRE
ATTENTION**

