



Disponible en ligne sur

ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France

EM|consulte
www.em-consulte.com



ARTICLE EMC

Conduite pratique devant une anomalie de la croissance[☆]



N. Bouhours-Nouet^{a,b}, A. Donzeau^a, R. Coutant^{a,*}

^a Service d'endocrinologie et de diabétologie pédiatriques, pôle Femme–Mère–Enfant, CHU d'Angers, 4, rue Larrey, 49933 Angers cedex 9, France

^b Centre de référence des pathologies rares de la réceptivité hormonale, CHU d'Angers, 4, rue Larrey, 49933 Angers cedex 9, France

MOTS-CLÉS

Croissance ;
Retard de croissance ;
Hormone de croissance ;
Déficit en hormone de croissance ;
Syndrome de Turner ;
Puberté ;
Retard pubertaire ;
Grande taille

Résumé Les courbes de croissance statur pondérale et de corpulence sont les éléments essentiels pour statuer sur une éventuelle anomalie de la croissance. La croissance d'un enfant à un âge donné est dite « anormale » si elle se situe au-delà de +2 déviations standard (DS) ou en deçà de –2DS. Elle mérite également exploration en cas d'accélération ou de ralentissement excessif de la vitesse de croissance conduisant à un changement de couloir. Enfin, la notion de couloir génétique de croissance est essentielle. La petite taille est le plus souvent (> 70 % des cas) de type constitutionnel (d'hérédité polygénique). La pathologie endocrinienne représente moins de 10 % des étiologies. Le déficit en hormone de croissance peut être secondaire à une lésion (tumeur) ou à une irradiation de la région hypothalamohypophysaire, être d'origine génétique (anomalie monogénique ou syndrome), malformative (interruption de tige pituitaire avec posthypophyse ectopique, rarement de cause monogénique) ou être idiopathique (imagerie par résonance magnétique [IRM] hypothalamohypophysaire normale). Pour ce dernier, le diagnostic est difficile et souvent fait par excès. Il faut systématiquement évoquer le syndrome de Turner chez la fille et réaliser un caryotype, même en l'absence d'élément dysmorphique évocateur. Le retard de croissance intra-utérin est la cause de 10 % des petites tailles, mais il nécessite une démarche diagnostique étiologique, à la recherche d'une maladie ayant perturbé la croissance dès la période anténatale. Dans un contexte familial, la réalisation systématique de radiographies de squelette permet d'identifier des anomalies osseuses constitutionnelles caractéristiques de dyschondrostéose ou d'hypochondroplasie. La fréquence des anomalies osseuses dans les retards staturaux est mal précisée, mais on peut l'estimer

[☆] Grâce au partenariat mis en place en 2010 entre le Journal de Pédiatrie et de Puériculture et l'EMC, les articles de cette rubrique sont issus des traités EMC. Celui-ci porte la mention suivante : N. Bouhours-Nouet, A. Donzeau, R. Coutant. Conduite pratique devant une anomalie de la croissance – EMC – Pédiatrie – Croissance et anomalies osseuses 2015 [Article 4-005-A-10]. Nous remercions l'auteur qui a accepté que son texte, publié initialement dans les traités EMC, puisse être repris ici.

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : recoutant@chu-angers.fr (R. Coutant).

à près de 5 % des cas. Le retard pubertaire est responsable d'un retard à l'accélération de la vitesse de croissance staturale. Cela explique que le motif de consultation soit souvent la petite taille. Chez le garçon, il s'agit d'un retard pubertaire simple dans plus de 80 %. Chez la fille, il est plus souvent d'origine organique. La grande taille, constitutionnelle dans plus de 90 % des cas, est un motif beaucoup plus rare de consultation.

© 2017 Publié par Elsevier Masson SAS.

Introduction

Le suivi de l'état de santé d'un enfant comporte obligatoirement la surveillance régulière de la croissance de sa taille, de son poids, de sa corpulence et de son périmètre crânien, qui sont le reflet de son état de santé, de ses conditions de vie et de son potentiel génétique. Le plus souvent, le médecin peut rassurer les parents ou l'enfant sur la normalité de la croissance. À l'inverse, son rôle est d'être interpellé par les extrêmes de la croissance et/ou du développement pubertaire, pour savoir effectuer les investigations complémentaires si nécessaire, afin de ne pas méconnaître une authentique pathologie qui en serait responsable et dont le traitement étiologique permettrait de normaliser au plus vite la croissance et/ou le développement pubertaire.

Croissance et puberté normales

Croissance normale

La croissance en taille normale permet à l'enfant d'atteindre une taille adulte considérée comme normale. La taille moyenne à 20 ans est actuellement en France de 177 cm pour les hommes, et de 164,6 cm pour les femmes [1].

Physiologie de la croissance

La croissance staturale normale, liée à l'allongement des os longs et à la croissance vertébrale, se déroule en quatre phases en fonction de la vitesse de croissance et de l'influence prépondérante d'un facteur de croissance donné (Tableau 1) (Fig. 1) [2]. De façon générale, les facteurs influençant la croissance sont génétiques, nutritionnels, endocriniens, squelettiques et environnementaux.

Croissance fœtale intra-utérine

Elle est rapide (50 cm en neuf mois). Elle est peu influencée par les facteurs génétiques (tailles parentales) mais surtout par les apports nutritionnels du placenta, l'insuline et l'*insulin-like growth factor 2* (IGF-2). La croissance intra-utérine peut être appréciée en échographie grâce à l'étude du diamètre bipariétal (entre 15 et 26 semaines) et de la taille du fémur (jusqu'à la trentième semaine surtout). À la naissance, et en fonction du terme, des tables permettent d'apprécier la normalité de la taille, du poids et du périmètre crânien, et éventuellement d'identifier

Tableau 1 Phases de la croissance anté- et postnatale.

Phase fœtale	Vitesse de croissance très rapide (50 cm en 9 mois)
De la naissance à 4 ans	Vitesse de croissance très rapide Première année : 24 cm Deuxième année : 12 cm Troisième année : 8 cm Quatrième année : 6 cm Diminution de l'influence des facteurs intra-utérins au profit des facteurs génétiques : changement possible de couloir de croissance
Phase prépubère	Vitesse de croissance stable 5–6 cm/an avec souvent un ralentissement prépubertaire
Phase pubertaire	Développement des caractères sexuels secondaires Accélération de la vitesse de croissance staturale qui passe de 5 à 8–10 cm/an Synchrone des premiers signes pubertaires, vers 10,5 ans chez la fille/retardée d'un an par rapport aux premiers signes pubertaires, vers 13 ans chez le garçon Pic à 12 ans fille/14 ans garçon Gain total moyen : 20–25 cm fille/25–30 cm garçon La taille passe en moyenne de 140 à 164 cm chez la fille à 16 ans/de 150 à 177 cm chez le garçon à 18 ans
Indicateurs de fin de croissance	Gain statural < 2 cm/an Âge osseux > 15 ans fille/ > 16 ans garçon

les enfants présentant un retard de croissance intra-utérin (RCIU) [3].

Croissance postnatale de 0 à 4 ans

Elle est également rapide, mais décroît rapidement : 24 cm la première année, 12 cm la deuxième année, 8 cm la troisième année et 6 cm la quatrième année. Cette phase de croissance est marquée par la diminution de l'influence des facteurs intra-utérins au profit des facteurs génétiques, de la nutrition et des facteurs hormonaux (hormones

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/5719817>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/5719817>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)