

Retard staturo-pondéral : L'origine psychosociale, Réalité ou Mythe ?

M Soussou, G.EL Mghari, N.El Ansari

Service d'Endocrinologie Diabétologie , Maladies Métaboliques et Nutrition .

CHU Mohammed VI Marrakech. Laboratoire de Pneumologie Cardio-immunologie et Métabolisme (PCIM)

Faculté de Médecine et de Pharmacie de Marrakech-Université Cadi Ayyad.CHU Mohammed VI Marrakech.



INTRODUCTION

- Le retard de croissance est un motif fréquent de consultation. La prévalence du retard de croissance dans les pays en développement est de 32%(Unicef).
- Le retard diagnostique est fréquent et il est surtout dû à la méconnaissance de cette entité pathologique.
- Chez une population vulnérable qui est celle d'enfants abandonnés nous voulions à travers un examen clinique simple, évaluer l'ampleur de ce problème de santé.
- La question qui reste à poser: le nanisme psychosocial, existe-t-il vraiment?

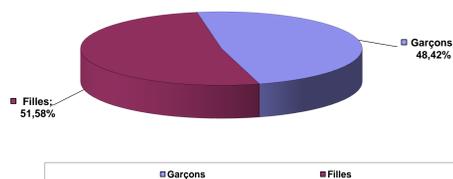
PATIENTS ET METHODES

- L'étude a porté sur tous les enfants d'un établissement de protection de l'enfance aux environs de Marrakech qui abritait 95 enfants.
- Un examen systématique a été effectué par un seul examinateur .
- L'évaluation s'est basée sur surtout sur les paramètres cliniques : âge, sexe, poids, taille, IMC, tours de taille, périmètre crânien, stade pubertaire, avec un examen clinique complet
- Matériel utilisés: une pesée personne et une toise.
- L'objectif étant de déterminer la prévalence de retard de croissance chez ses enfants.

RESULTATS

95 enfants ont été examinés dont 49 filles (51%), et 46 garçons (48,42%), sex-ratio F/H : 1,06 .(Graphique 1)

GRAPHIQUE 1



La moyenne d'âge était de 9,93 ans, avec les extrêmes d'âges (3,5ans, 16,5 ans).tableau 1 et 2.

tableau 1

| Taille de l'échantillon | Moyenne d'âge | Âge Max | Âge Min |
|-------------------------|---------------|---------|---------|
| 95 | 9,93 | 16,5 | 3,5 |

tableau 2

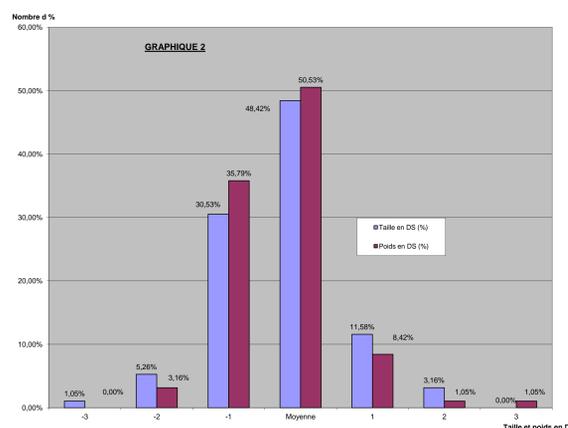
| Population étudiée | Moyenne d'âge | Âge Max | Âge Min |
|--------------------|---------------|---------|---------|
| Garçons | 10,04 | 16,50 | 3,50 |
| Filles | 9,83 | 14,50 | 4,00 |
| Total | 9,93 | 16,5 | 3,5 |

Le retard statural et pondéral a été objectivé chez 7 enfants . Graphique 2 et tableau 4

| Pet T en DS | nombre d'enf. | % en taille | Poids en DS | % en poids |
|-------------|---------------|-------------|-------------|------------|
| -3 | 1 | 1,05% | 0 | 0,00% |
| -2 | 5 | 5,26% | 3 | 3,16% |
| -1 | 29 | 30,53% | 34 | 35,79% |
| Moyenne | 46 | 48,42% | 48 | 50,53% |
| 1 | 11 | 11,58% | 8 | 8,42% |
| 2 | 3 | 3,16% | 1 | 1,05% |
| 3 | 0 | 0,00% | 1 | 1,05% |
| Total | 95 | 1 | 95 | 1 |

Tableau 4

- 3enfants avaient une taille à -2DS, et un poids à -1DS leurs âges étaient de 12,4 et 16 ans, sans retard pubertaire décelé.
- 3 autres enfants dont 1 fille âgée de 11et demi chez qui la taille était inférieure à 3 DS et le poids à -2 DS et 2 filles âgées de 4 et 13 ans avaient un poids et une taille à -2 DS .



Retard de croissance (-2DS) avec une Exagération de la cyphose dorsale, gibbosité droite et scoliose.



Discussion

- Beaucoup d'études ont conclu que le mode de vie des enfants placés au niveau des institutions retentit sur leur croissance.
- Des auteurs ont confirmé qu'il existe une conséquence bien établie du « traumatisme » précoce sur la régulation hormonale : cas du nanisme psychosocial, ou l'on retrouve un déficit fonctionnel de la sécrétion en hormone de croissance.
- L'absence de la taille cible constitue une limite dans ce raisonnement clinique puisque la question va resté posée sur l'origine constitutionnelle du retard.
- L'examen d'une population plus importante pourrait permettre d'émêtré des suppositions sur l'impacte très probable de l'institutionnalisation sur la croissance staturo-pondérale de l'enfant. Vu que nos données concernent un seul établissement, et donc la réelle prévalence de ce trouble serait mal estimée. Conclure à l'origine psychosociale probable serait plus plausible si une prévalence élevée était retrouvée, chez une population plus importante.
- En effet, une étude extensive à d'autres établissements est prévue.

CONCLUSION

Etant donné que le délai moyen entre la constatation du retard statural et la première consultation est estimée à 4,17 ans (+/- 3,29 ans), chez les enfants en situation difficile ce délai risque d'être plus allongé, d'où l'intérêt de l'étude qui vise à évaluer l'ampleur de ce problème de santé chez cette population vulnérable, pour prévoir une prise en charge dans les plus brefs délais .

Déclaration d'intérêts :

Les auteurs déclarent ne pas avoir de conflits d'intérêts en relation avec ce Poster.

BIBLIOGRAPHIE

X. Benarous ; Abus, maltraitance et négligence :épidémiologie et retentissements psychique, somatique,et sociaux Neuropsychiatrie de l'enfance et l'adolescence 2014 62,299-312

Natasha A. Physical growth delays and stress dysregulation in stunted and non-stunted Ukrainian institution-reared children, infant behavior and development 31(2008),539-553