



Se un bambino non cresce

La bassa statura è frequente in età pediatrica e può dipendere da varie cause sulle quali è possibile intervenire

di **STEFANIA CIFANI**

Se cresce bene vuol dire che è sano»: una pillola di saggezza popolare non priva di fondamento scientifico. «La crescita» afferma Alessandro Sartorio, primario endocrinologo presso l'Istituto Auxologico

Italiano di Milano «è in effetti un indicatore molto affidabile dello stato generale di salute di un bambino o di un adolescente. Quasi tutte le malattie croniche gravi o recidivanti, e talvolta gli effetti collaterali dei trattamenti richiesti, possono influenzare negativamente

anche la crescita: un buono stato di salute è infatti necessario per una crescita ottimale. La crescita normale e lo sviluppo puberale sono regolati finemente attraverso l'interazione complessa di fattori ormonali, genetici, ambientali, psicologici e nutrizionali. Per crescere sani servono dunque una buona alimentazione (sia da un punto di vista qualitativo che quantitativo), attività fisica regolare (che aiuta a produrre più ormone della crescita) e un ambiente sereno e positivo. Su quest'ultimo aspetto, non c'è dubbio infatti che gli stress psicologici o emotivi intensi possono giocare un ruolo negativo. In casi estremi, come il nanismo psicosociale, un rallentamento importante della crescita è dovuto a gravi carenze affettive ed emozionali».

LO SVILUPPO

La bassa statura rappresenta una delle condizioni più comuni in ambito pediatrico, generalmente non riconducibile a una reale situazione di malattia, ma a semplici deviazioni dal normale ritmo di crescita. Lo sviluppo staturale è seguito dai pediatri di famiglia, in occasione dei bilanci periodici di salute, con l'aiuto delle curve dei centili. «Per favorire una corretta valutazione della crescita dei bambini e degli adolescenti di tutte le diverse etnie» precisa Sartorio «abbiamo recentemente pubblicato la raccolta "Crescere nel mondo" che contiene oltre 500 carte di altezza e peso di 83 differenti Paesi, con una copertura di oltre l'80 per cento della popolazione mondiale. Uno strumento utile per il pediatra per valutare correttamente, oltre ai bambini italiani, anche la crescita dei bambini immigrati e adottati da Paesi in via di sviluppo».

Si considera affetto da bassa statura un bambino che abbia un'altezza inferiore al terzo centile in rapporto all'età ed al sesso. La statura di un bambino è strettamente correlata a quella dei suoi genitori: genitori alti avranno con maggiore probabilità figli alti, mentre genitori bassi avranno più probabilmente figli di bassa statura. Ovviamente, preoccupa molto di più la bassa statura di un bambino figlio di genitori alti (con fratelli e sorelle anch'essi

alti), rispetto a un bambino i cui familiari siano di bassa statura.

Per iniziare a capire, a grandi linee, se la crescita di un bambino è in linea con il suo potenziale familiare è possibile calcolare l'altezza bersaglio familiare (nel maschio sommando all'altezza del padre quella della madre +13, il tutto diviso per 2; nella femmina, sommando all'altezza del padre quella della madre -13, il tutto diviso per 2). Se l'altezza "prevista" per il bambino è simile all'altezza bersaglio è altamente probabile che la sua crescita sia nei limiti della normalità. In caso contrario, sarà opportuno un approfondimento diagnostico.

«L'età cronologica/anagrafica non è sempre un indice fedele della reale maturazione biologica del bambino» dice Sartorio.

«La misura comunemente adottata per la valutazione della maturità biologica di un bambino è la maturazione scheletrica, espressa come età ossea. Il modo più semplice e migliore per valutare l'età ossea è quello di radiografare il polso e la mano, un esame che dà un'indicazione del potenziale residuo di crescita del bambino e può aiutare a restringere

il campo delle indagini. In condizioni normali, l'età ossea avanza di anno in anno in modo praticamente parallelo all'avanzamento dell'età cronologica. Questo tuttavia non risponde al vero durante la pubertà in quanto, nel periodo di massima crescita staturale, anche l'età ossea tende ad avanzare più rapidamente. Un'età ossea avanzata rispetto all'età cronologica ha un significato prognostico peggiore per quanto riguarda la crescita staturale, visto che le cartilagini di crescita si salderanno più precocemente rispetto all'età normale. Per contro, quando l'età ossea è inferiore (ritardata) rispetto a quella cronologica, come nei ritardi costituzionali di crescita e sviluppo puberale, la bassa statura iniziale del ragazzo-a potrà tendere a normalizzarsi e a portarsi nel range di bersaglio familiare in seguito, avendo il ragazzo-a la possibilità di crescere più a lungo nel tempo».

In pratica, quando un genitore deve sospettare un problema di crescita del proprio figlio e consultare uno specialista?

Il 90 per cento delle forme di bassa statura, convenzionalmente definita tale quando

La misura comunemente adottata per la valutazione della maturità biologica di un bambino è la maturazione scheletrica

l'altezza del bambino è inferiore al terzo centile, è di natura familiare o costituzionale. Un bambino di bassa statura, figlio di genitori bassi, con una crescita lenta ma costante, non richiede generalmente particolari esami. Preoccupa di più l'arresto improvviso e inspiegato della crescita staturale: la flessione della curva di crescita di un bambino da un centile più alto (per esempio il 50°) a uno più basso (per esempio il 10°) richiede più attenzione ed eventuali approfondimenti diagnostici volti a capirne la causa. Lo stesso dicasi per un bambino la cui statura, pur rientrando in un fascia "di normalità" secondo le carte di crescita, sia molto distante da quella dei suoi genitori e/o fratelli. «Anche nei casi di bassa statura familiare» aggiunge Sartorio «si può comunque ▶



FARMACISTI SICURI PER FARMACI SICURI

Aegate è a fianco dei partner farmaceutici per creare una farmacia del futuro. Stiamo lavorando per darvi lotto e data di scadenza alla lettura del codice a barre, per la sicurezza del farmaco in dispensazione!

Contattaci e riceverai maggiori informazioni

Website: www.aegate.com - Numero verde: 800.52.97.43

PUBERTÀ PRECOCE

Tra i disturbi della crescita si annoverano anche i disordini legati allo sviluppo sessuale. Negli ultimi anni l'età della maturazione sessuale tra le bambine si è abbassata notevolmente, e sono aumentati i casi di pubertà precoce.

La pubertà viene definita come precoce quando la comparsa dei caratteri sessuali secondari avviene prima degli 8 anni nelle femmine e dei 9 anni nei maschi. La comparsa dei segni di sviluppo e la loro successione è identica alla pubertà normale, ma essa avviene in anticipo per una attivazione precoce degli ormoni di ipotalamo e ipofisi. «I primi segni che portano a consultare lo specialista» precisa Sartorio «sono di solito, per le femmine, lo sviluppo del seno, la sudorazione acre, la peluria pubica e ascellare, l'acne, l'accelerazione di crescita improvvisa. Per i maschi, i motivi più frequenti sono la peluria pubica, l'aumento di volume del pene, l'aumento delle masse muscolari e della crescita, l'acne, spesso cambiamenti comportamentali con aumento di aggressività e frequenti erezioni». Una volta fatta la diagnosi di pubertà precoce vera con la valutazione clinica, gli esami strumentali (età ossea ed ecografia pelvica nella femmina) ed ormonali (test con GnRh), si deve affrontare il problema di evidenziarne la causa. Nella stragrande maggioranza dei casi si tratta di forme senza causa evidente e il meccanismo di innesco della pubertà può attivarsi da solo: è quello che succede in genere nelle bambine. In queste situazioni, il trattamento della pubertà precoce vera prevede l'uso di farmaci (agonisti del GnRh) che fanno regredire lo sviluppo dei caratteri sessuali secondari.

La somministrazione di ormone somatotropo, in dose stabilita in base al peso del paziente, avviene per via sottocutanea per almeno sei giorni alla settimana

cercare di stimolare la crescita correggendo l'alimentazione (se carente e di cattiva qualità) e aumentando l'attività fisica. Un supporto con aminoacidi, per esempio, può essere di aiuto per far guadagnare al bambino alcuni centimetri rispetto al suo potenziale familiare».

DEFICIT DI GH

La carenza di ormone della crescita (*Growth Hormone, Gh*) è una situazione molto rara, responsabile di bassa statura.

Il sospetto di deficit di Gh viene posto in un bambino con normali proporzioni corporee, in presenza di statura inferiore al 3° centile e/o velocità di crescita staturale annua inferiore al 25° centile, dopo aver escluso tutte le cause di bassa statura non dipendenti da alterazioni ormonali. «L'età ossea è tipicamente molto ritardata rispetto all'età cronologica. La diagnosi viene posta eseguendo due test di stimolo per valutare la riserva ipofisaria di Gh, eseguiti in due giornate differenti. Vista la complessità degli esami e il disagio per il bambino, questi approfondimenti diagnostici devono essere riservati esclusivamente ai casi necessari. Pertanto non è indicato sottoporre a test di stimolo del Gh bambini di bassa statura con una velocità di crescita normale, senza ritardo dell'età ossea e normali livelli plasmatici di Igf-1, una sostanza prodotta dal Gh che dà un'idea indiretta della sua secrezione» conclude Sartorio.

LA TERAPIA

Nei bambini con un diagnosi certa di deficit di Gh la terapia sostitutiva consente di recuperare il difetto staturale. Da circa 30 anni l'ormone somatotropo, inizialmente estratto dall'ipofisi di individui deceduti, è ottenuto con la tecnica del dna ricombinante. La somministrazione, in dose stabilita in base al peso del paziente, avviene per via sottocutanea per almeno sei giorni

alla settimana, preferibilmente nelle ore serali. Nuovi dispositivi, pronti all'uso e di facile utilizzo anche da parte di bambini, sono stati recentemente immessi sul mercato per la somministrazione del farmaco biosimilare. «L'efficacia del trattamento è tanto maggiore quanto più viene iniziato precocemente e seguito scrupolosamente» afferma Sartorio, che aggiunge: «quando il bambino e la famiglia sono ben informati, l'aderenza alla terapia è ottima. Un bambino ben motivato di solito accetta bene la terapia ed è in grado di seguirla correttamente. Per questo all'inizio è molto importante dare regole ben precise, attraverso contatti/incontri periodici con la famiglia. Il rapporto medico-paziente è fondamentale: lo specialista auxologo del centro crescita, il pediatra, la famiglia devono lavorare in stretta sinergia per garantire il migliore risultato della cura».

La durata della terapia dipende dalla valutazione del singolo caso: deve essere sospesa quando le cartilagini sono saldate, quando la velocità di crescita tende a rallentare oppure quando il ragazzo ha raggiunto il proprio target familiare. Nei casi conclamati di deficit di Gh, il trattamento deve essere invece protratto anche in età adulta (solo dopo aver confermato la persistenza del deficit con opportuni esami). Infatti, l'ormone della crescita svolge importanti effetti metabolici sistemici, che vanno ben al di là del solo effetto stimolatorio sulla crescita staturale. Il trattamento con Gh è regolamentato dalla nota Aifa 39 che ne dettaglia molto precisamente le indicazioni, anche per le situazioni che non si accompagnano a deficit: sindrome di Turner, sindrome di Prader Willi, insufficienza renale cronica. Una recente nuova indicazione riguarda i bambini nati piccoli per età gestazionale, cioè con bassa statura e basso peso alla nascita. <http://www.cresceresani.it/> ●