

Tillväxtstörning och kortvuxenhet, handlingsförslag,

Använd alltid ett individualiserat synsätt, tag fram alla möjliga uppgifter om tidigare tillväxt, föräldrars längd och tillväxtmönster (slakten)

Frågeställning:

A: låg tillväxthastighet (jämför med egen 'kanal')

Observera det patologiska med ev. utebliven spurt under pågående pubertet

B: relativ kortväxthet (jämför med föräldralängder; MPH SDS)

C: absolut kortväxthet (jämför med populationen)

Etiologier generellt (sjukdom eller tillstånd?)

A: 1. sekundär till medfödd eller förvärvad sjukdom

2: primär (t.ex. skelettsjukdomar)

B: Hereditär (FSS/ISS)

Terapiförutsättning: Förväntat resultat? Beror av

A: Etiologi

B Ålder och biologisk mognad

C: Grad av avvikelse

Ålderstypiska förutsättningar att beakta vid bedömning:

0-1 år:

Vikten/nutritionen styr längdtillväxten

SGA: avvakta till 4 års ålder men beakta andra diagnoser

Stigmata tex. Turner, många syndrom är/blir korta

GH-brist ofta metabola symtom; "välnärt barn som växer sakta".

2-6 år

MPH = avvikelse mer än 1,5 SD

SGA och stigmata

Snabb avvikelse i tillväxthastighet = sjukdom!!

Skolbarn

FSS vanligast. Avvikelse från MPH >1,5 SD är ett observandum och >2 SD är klart avvikande

Tillväxtkanal som "sjunker" mer än 1 SD på 2 år är mer sannolikt orsakat av sjukdom

Pubertet

Pubertetsförsening? Jämför med tillväxthastighet.

Observera ev. "Pubertas arrest" misstänk sjukdom!

Stigmata?

Utredning

Tillväxtkurva, anamnes och fullständigt status vägs samman.
Riktade prover beroende av frågeställning.

Handläggningsnivå:

Primärvård/skola/BVC: Följ tillväxten och remittera vid avvikelse

Pediatrik öppenvård Välmående barn med avvikelser i längd och/eller tillväxthastighet:
Status med kroppsproportioner och pubertetsbedömning,
blodstatus, thyroidea, lever och njurvärden, EMA-ak,
IGF-1 (x 2 om lågt), Kromosomer för flicka. Ev. skelettålder

Pediatrik specialistnivå: Barn med utredningsfynd och klinik som motiverar
ställningstagande till utredning för GH-brist, generell
hormonbrist/sjukdom och stigmatisering.
Prov enligt ovan om inte gjort. Vid misstanke om GH-brist mäts
spontaninsöndringen med nattkurva, eller/och AITT om
vårdrutinerna är sådana. Inte AITT för barn mindre än 2år (annat än
undantagsfall). Andra frågeställningar kräver anpassad utredning.