

NEENDOKRINNÍ PŘÍČINY OPOŽDĚNÍ RŮSTU

MUDr. Jiřina Zimová

Dětská endokrinologická ambulance, Litoměřice

U dvou chlapců, které do okresní endokrinologické ambulance poslal jejich praktický dětský lékař se stejným problémem – malou postavou a hlavně opožďováním růstu, jsme ve spolupráci s dalšími odborníky postupně odhalili příčiny, obě v chronických chorobách gastrointestinálního traktu. Další vývoj onemocnění se u obou chlapců liší a oba příběhy mají zatím stále otevřený konec.

Dvanáctiletý Lukáš přišel do okresní endokrinologické ambulance se svou maminkou. Oba byli drobní, štíhlí, upravení, s živými očima a mimikou. Lukáš je aktivní sportovec – v létě hraje kopanou a v zimě hokej. Daří se mu i ve škole. Zdá se, že má jediný problém – přestal růst. Do svých devíti let rostl v pásmu 10. percentilu, takže by pravděpodobně v dospělosti měřil stejně jako jeho otec, tedy asi 170 cm. Rodiče i jeho dětskou lékařku zarazilo, že asi od devíti let se jeho růst postupně zpomaloval až se zastavil úplně.

Z osobní anamnézy vyjímám porodní údaje – porod spontánní, záhlavím, porodní hmotnost 3 900 g, porodní míra 50 cm, nekříšen. Kojen byl 5 měsíců, přechod na kravské mléko byl zpočátku provázen průjmy. Jinak téměř nestonal. V posledních pěti letech mival občasné bolesti břicha. Byl opakovaně vyšetřen ambulantně a jednou na lůžku. Příčinu potíží se nikdy nepodařilo prokázat, potíže vždy spontánně ustoupily.

Rodinná anamnéza: všichni jsou zdraví, otec měří 170 cm, matka 157 cm, starší bratr v 15 letech 170 cm.

Při klinickém vyšetření dobře rostlého chlapce s přiměřeně vyvinutou kostrou a svalstvem byl nález zcela fyziologický, zatím bez rozvoje sekundárních pohlavních znaků. Měřil 134 cm, tj. pod 3. percentilem – viz graf 1. Jeho váha 27,5 kg byla mezi 25.–50. percentilem v poměru k výšce.

Z pomocných vyšetření byly normální hodnoty thyreostimulačního hormonu (TSH), fT4, rtg selly, očního pozadí

včetně perimetru. Z „růstových faktorů“ měl fyziologické hodnoty IGF (insulin like growth factor) BP 3, ale IGF I bylo snižené a kostní věk byl opožděn asi o 1,5 roku.

Vzhledem k osobní anamnéze a laboratorním nálezům pak další vyšetření doplnil gastroenterolog. Sono břicha a krevní obraz byly normální, ale plazmatické železo bylo snižené a naopak antiendomysální protilátky (EMA) pozitivní.

Diagnóza pak byla potvrzena enterobiopsií, kdy lékař našel atrofii střevní sliznice I. stupně

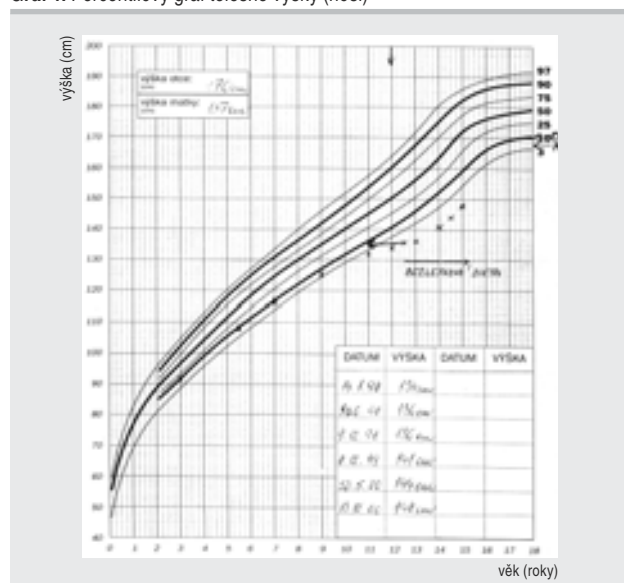
Příčinou zástavy růstu nyní již patnáctiletého chlapce je tedy COELIAKIE !

Kromě občasných nevýrazných bolestí břicha byla jediným klinicky zjištěným projevem onemocnění až zástava růstu.

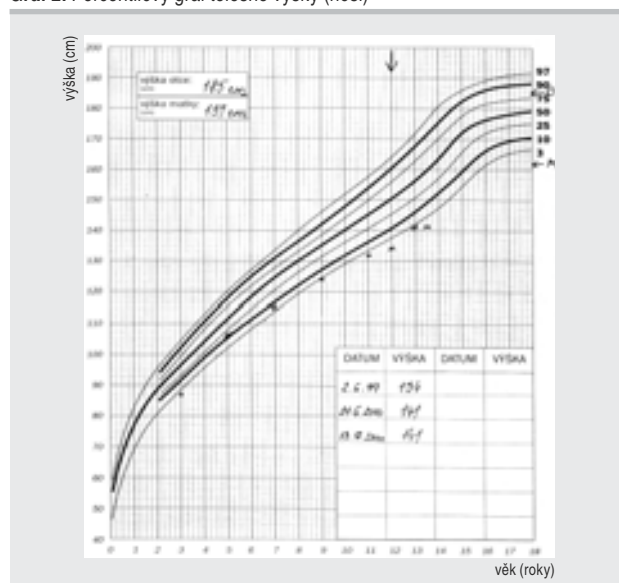
Už dva roky drží Lukáš bezlepkovou dietu a ví, že je to jeho celoživotní úděl. Začal znovu růst stejnou růstovou rychlostí jako dřív, ale po předchozí zástavě růstu je stále pod 3. percentilem vzhledem ke svým vrstevníkům. Má ovšem naději, že svoje spolužáky doroste. Jeho kostní věk je opožděn o 1,5 roku a puberta u něho nastoupila až v 15 letech. Může tedy doufat, že poroste déle než ostatní.

Druhý chlapec, Jirka, se do péče endokrinologa dostal shodou okolností také v téměř 12 letech a příčina byla stejná – malý vzrůst a hlavně zpomalující se růstové tempo až pod 3. percentil – viz graf 2.

Graf 1. Percentilový graf tělesné výšky (hoši)



Graf 2. Percentilový graf tělesné výšky (hoši)



Říkají o něm, že je odmalička pomalý, jakoby unavený. Školu zvládá průměrně, nemá žádné koníčky.

Osobní anamnéza: porod v termínu, záhlavím, PH 2 750 g, PM 48 cm, nekříšen. Kojen byl 8 měsíců. Kromě dvou operací očí pro oční vadu vážněji nestonal. Míval zácpu. Při první návštěvě už měl stolice pravidelné, možná i proto, že na skladbu stravy matka dbá.

Rodinná anamnéza: otec 185 cm, matka 151 cm!, dva sourozenci středních postav, všichni zdraví.

Při klinickém vyšetření byl tehdy Jirka vysoký 131 cm – tedy malý, drobný, astenický, trochu bázlivý a pasivní. Somatický nález byl bez odchylek, bez rozvoje sekundárních pohlavních znaků.

Z laboratorních vyšetření byly normální hodnoty jaterních testů, iontogram, moč se sedimentem, kultivace moči, normální bylo i fT4 a protilátky proti štítné žláze, ale opakovaně zvýšené hodnoty TSH a cholesterolu. Zvýšená byla několikrát i sedimentace erytrocytů. Naopak v krevním obraze byla hypochromní anémie, nízký ferritin a plazmatické železo. Nápadně nízké bylo i IGF I při norm. IGF BP 3.

Kostní věk byl tehdy odečten jako normální!?

Pacient byl od té doby léčen pro latentní hypotyreózu, ale pro potíže v interpretaci některých výsledků byl v listopadu 1999 hospitalizován na dětském oddělení blízké kliniky.

Z mnoha vyšetření vyjímám – normální rtg selly, EMA negativní, a tři zátěžové testy na growth hormon (GH) po klonidinu a mestinonu byly normální (max. hodnota 23,7 µg/l). Až opakovaná hospitalizace pro nevolnosti a přetrvávající zvýšenou sedimentaci vedla k vyšetření gastrointestinálního traktu a ke stanovení diagnózy – **morbus CROHN**, s *vedlejšími diagnózami – lehká hypotyreóza (nyní kompenzovaná) a nanismus*.

V léčbě základního onemocnění byly pro časté relapsy ordinovány kromě jiného vysoké dávky Prednisonu.

Při poslední návštěvě v ordinaci měl pacient výrazný cushingoidní habitus ... a růst se zastavil úplně!

V tomto komplikovaném a nepříznivém období Jirkův příběh ovšem nekončí. Koncem roku 2000 byl předán do péče špičkového klinického pracoviště. Z hospitalizace při léčbě Crohnovy choroby v lednu 2001 vyjímám: FW už nízká, krevní obraz, JT, imunologické vyšetření normální, osteocalcin je snížený. Z nového endokrinologického vyšetření je zajímavé zjištění, že kostní věk odpovídá 10 letům v kalendářním věku 13,5 roku. Dalším zajímavým údajem jsou i hladiny GH po zátěži hypoglykemií, které jsou velmi nízké – max. 2,83 µg/l. Nízké jsou i hodnoty IGF I a IGF BP 3.

Příčinou nízkých hodnot GH při opakovaném zátěžovém testu může být i léčba kortikoidy.

Kromě základního závažného onemocnění – Crohnovy choroby se sekundární osteoporózou a obezitou – má snadno léčitelnou hypotyreózu a nanismus.

Další Jirkův vývoj a léčebný postup má stále otevřený konec. Malý vzrůst byl přitom jediným příznakem, který ho přivedl do péče endokrinologa.

Závěr

Stále častěji se ukazuje příčinou malého vzrůstu dětí tzv. neendokrinní důvod a jen asi jeden z deseti případů je způsoben nedostatečnou produkcí růstového hormonu. Vnímejme proto svoje pacienty jako celou bytost bez vytrhávání jednotlivých příznaků z celku, protože „vše může souviset se vším“.