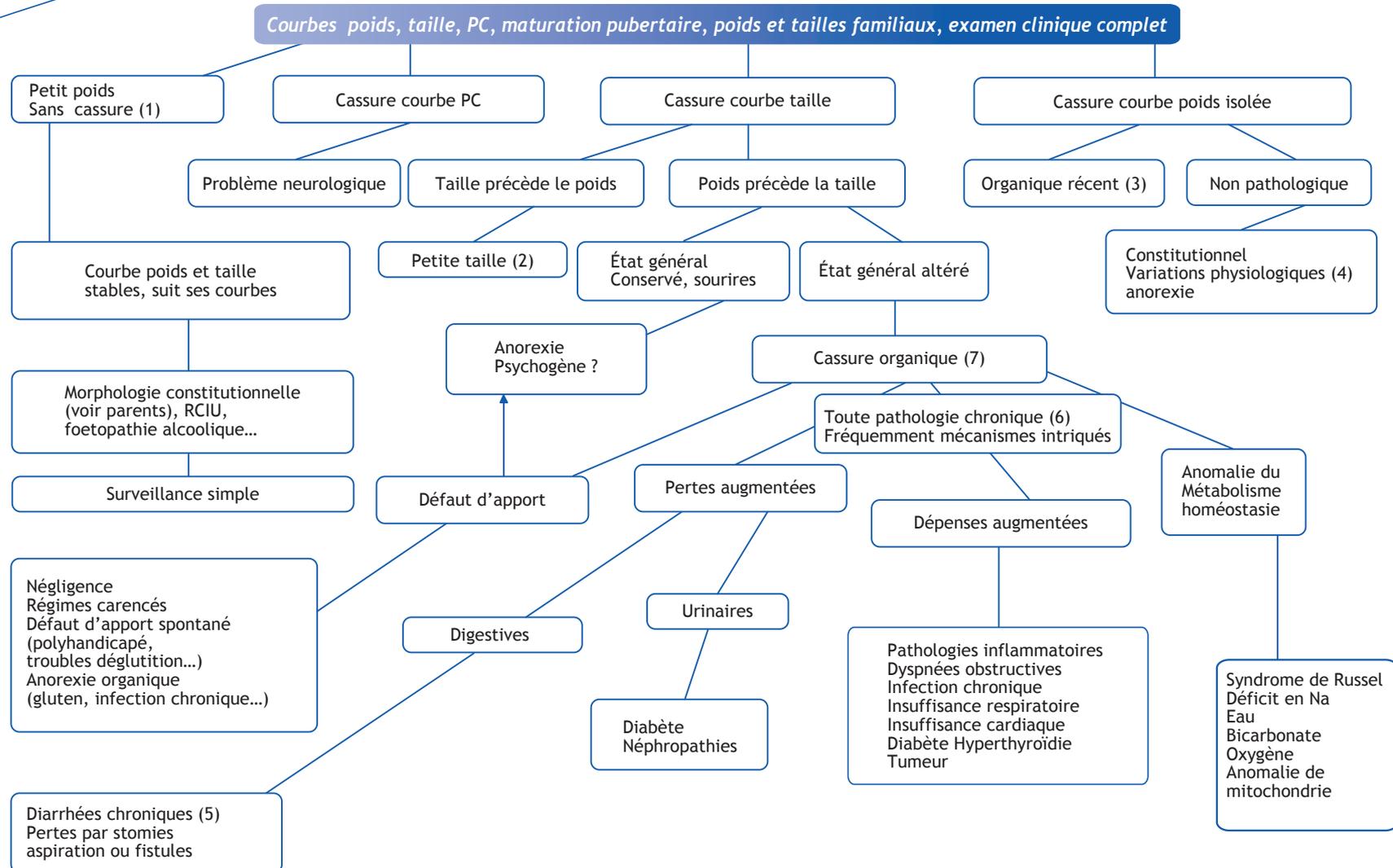


C. Maurage^{1,*}, O. Mouterde²

1 Service de pédiatrie R, Hôpital Clocheville, CHRU de Tours, 37044 Tours cedex 9

2 Département de Pédiatrie, CHU de Rouen, 76031 Rouen cedex



■ Arbre décisionnel-Commentaires

Les insuffisances pondérales sont un motif fréquent de consultation pédiatrique. La distinction classique entre hypotrophie, marasme et kwashiorkor est peu utile en pays développé. C'est le plus souvent pour un poids voisin de - 2 DS ou une cassure de courbe de poids, parfois des signes de dénutrition que l'on est amené à prendre en charge ce problème.

(1) Ces enfants n'ont, en principe, pas leur place dans le chapitre « l'enfant qui ne grossit pas », mais sont très souvent adressés en consultation pour cela. Deux raisons l'expliquent : ces enfants qui sont sur la courbe des moins deux déviations standard, on un développement pondéral plus lent et un moindre appétit, ce qui inquiète inéluctablement parents et professionnels. Par ailleurs le moindre fléchissement non organique, d'une demi-déviations standard qui serait négligée à la moyenne, fait passer l'enfant dans le « pathologique » car en dessous de moins 2 DS. L'important est ici la croissance staturo-pondérale régulière sur un même niveau sur le long terme. Dans le cas d'un RCIU (retard de croissance intra-utérin), l'absence de rattrapage (10 % des cas) peut faire discuter un traitement par hormone de croissance. Cela sort du sujet de ce document.

(2) Voir le « pas à pas » du congrès de la Société Française de Pédiatrie 2007 : « L'enfant trop petit » (Coutant, Despert).

(3) Il existe un décalage entre la cassure organique du poids et le retentissement sur la taille, qui va de quelques semaines à quelques mois selon l'âge. La cassure de courbe de poids ne peut être considérée comme non organique sur ce critère qu'avec un recul suffisant, justifiant un suivi en consultation (Bourrillon, Maurage in Chantepie). La tumeur diencéphalique ou S de Russel est la seule pathologie entraînant dénutrition majeure mais taille préservée avec éveil excellent, y penser alors pour faire une imagerie cérébrale.

(4) De façon physiologique, des fluctuations de croissance peuvent se voir selon l'âge, expliquées par exemple par la diversification alimentaire, par l'acquisition de la marche, par l'adaptation progressive de l'enfant au morphotype familial. On voit d'autant plus ces enfants en consultation qu'ils ont de petits signes associés : colite bénigne ou petit appétit voir néophobie, régurgitations ou plaintes somatiques comme fatigue ou douleurs abdominales. Une écoute de la demande et une réassurance, sur la normalité de l'examen et de la courbe de taille, éventuellement une réévaluation à distance permettent de régler le problème et lever la pression de l'entourage (Maurage)

(5) Voir dans ce volume : pas à pas de la Société Française de Pédiatrie 2008 : « la diarrhée de plus de 15 jours ».

(6) Toute pathologie chronique ou presque s'accompagne d'un retentissement pondéral... En l'absence d'orientation, le problème est donc vaste mais un examen clinique attentif et un bilan de débrouillage minimal permettent souvent de s'orienter de façon décisive.

Les mécanismes décrits dans l'arbre décisionnel sont souvent intriqués : anorexie et pertes digestives dans la maladie cœliaque, inflammation, exsudation et malabsorption dans la maladie de Crohn, infection chronique et mal-digestion dans la mucoviscidose...baisse d'appétit et pertes excessives dans l'atteinte rénale associées à des efforts physiques dans les obstructions hautes ou cardiopathies.

(7) Des signes de dénutrition et de carences spécifiques sont le plus souvent présents à des degrés variables (tristesse, fonte du pannicule adipeux, anomalies des phanères, pâleur, signes biologiques de carences). Une étude plus fine de la composition corporelle peut être menée (plis cutanés, impédancemétrie, absorptiométrie...).

* Auteur correspondant.
Adresse e-mail : maurage@med.univ-tours.fr (Ch. Maurage).

■ Références

- Bourrillon A. Troubles nutritionnels : retard de croissance pondérale et malnutrition. Pédiatrie pour le praticien, Masson, Paris 2008 : 540-2.
- Coutant R. L'enfant trop petit. Arch Pediatr 2007;14:10-11.
- Despert F. L'enfant qui ne grandit pas. Doin, Paris, 2000.
- Maurage C. Diarrhées, constipations et douleurs abdominales de l'enfant. Doin, Paris, 1999.
- Chantepie A, Maurage C, Marchand S, Ployet JL. Croissance. Pédiatrie en poche, Doin, Paris, 2003:219.
- Mouterde O. Abécédaire de Pédiatrie. Laboratoire Axcan France, Houdan 2007.
- Mouterde O. Vous êtes ici : diarrhée chronique. Médecine et Enfance 2007;27:340-1.