CROISSANCE CHEZ LES PETITS PODS DE NAISSANCES

*Cauderay 12.09.2017*

* Mesure enfants couchés ad 3 ans (imprécision de 1-2 cm)
* 80% du PC adulte atteint à 1 an contre 10 ans pour la taille.
* Taille cible parentale (taille père+ taille mère \*/-13 cm)/2:
	+ Ajouter 1 cm sur taille parents si >45 ans
	+ Ajouter 3 cm dès 50 ans.

**La taille cible parentale** est utile et fiable pour estimer la taille que l'enfant devrait avoir **entre 2-9 ans**.

* Z score = valeur mesurée - valeur moyenne/ DS (en valeur absolue) = nombre de déviation standards par rapport à la norme 🡪L’avantage du z-score est de permettre une comparaison entre des populations différentes (par exemple d'âges différents).
* La DS permet de comparer des individus entre eux dans une même population de référence.
* La vitesse de croissance est identique pour un RCIU, un retard pubertaire et un déficit en GH entre 0-2 ans 🡪 on ne voit pas dans cette tranche d’âge de différence. Dès 3 ans le « moteurs de croissance » se met en marche et la différence devient visible.

Avant 2 ans, la vitesse de croissance est peu utile.

La date d'introduction de l'alimentation diversifiée ne change pas le poids à 2 ans.

* Les VLBW sont moins gros à 5 ans. Par contre, les prématurés de >34 SA rattrapent et grandissent normalement
* Le pic de BMI est attendu vers 8-9 mois (plus tôt en cas d’allaitement prolongé)
* Le BMI à 8-9 mois est corrélé à la quantité de masse maigre à l'âge adulte mais PAS la masse graisseuse ni risque cardiovasculaire !
* Le Sd métabolique existe chez tous les anciens prématurés, même si le BMI est bas 🡪Pas seulement chez les gros!

Les enfants auront la même différence de taille avec leurs parents (en percentile) à 18 ans qu'à 2 ans !

* Les VLBW seront plus petits car font leur puberté 1 année plus tôt et arrêtent aussi de grandir plus vite pour une 2ème raison inconnue 🡪 **Rien ne sert de vouloir retarder la puberté** (avec les décapeptyl) car dès l'arrêt la croissance se bloquera de façon identique sans aucun gain de taille à la fin.