

קומה נמוכה בילד

מה ניתן לעשות?

טווח גובה הנחשב תקין בילדים בריאים הוא גדול. הגובה מושפע מגורמים גנטיים וגורמים סביבתיים.

קצב הגדילה משתנה במהלך הילדות: עד גיל שנתיים (תקופת הינקות) הקצב מהיר יותר. בתקופת הילדות- מגיל שנתיים ועד התחלת ההתבגרות המינית הגדילה היא בקצב קבוע. בגיל ההתבגרות יש גדילה מואצת שבסיומה קצב הגדילה יורד והגדילה מסתיימת.

ישנם שני מצבים של קומה נמוכה:

א. קומה נמוכה בילד בריא עם קצב גדילה תקין

נמצא בארבעה מצבים עיקריים:

- (1) קומה נמוכה בתורשה- כשיש נמוכי קומה במשפחה. חשוב להדגיש שהילד אינו ממוצע בין ההורים ולעיתים הילד דומה בקומתו לאחד ההורים ולעיתים לסב או סבתא נמוכים.
- (2) ילד שנולד קטן לגיל ההיריון ונותר קטן. במרבית המקרים לאחר הלידה מדביק התינוק את הפער שאירע ברחם ורק מיעוט נותר קטן.
- (3) ילדים נמוכים להם תבנית של איחור בגדילה ובהתבגרות בדומה לאחד מבני משפחתם אשר היה קטן בילדותו, צמח והתבגר בגיל מאוחר והגיע לגובה תקין בגיל הבוגר. אלו קרויים לעיתים "Late bloomers".
- (4) קומה נמוכה מסיבה בלתי ידועה.

ב. קומה נמוכה עקב הפרעה בגדילה

הגורמים להפרעה בגדילה הם רבים וכוללים מחלות כרוניות, חסרים הורמונליים, הפרעות בהתפתחות השלד ותסמונות גנטיות.

- (1) הקומה הנמוכה עשויה להיות הסימן היחיד למחלה כרונית, בילד שלכאורה בריא: לדוגמא מחלת הצליאק. כמובן שבילד הסובל ממחלה כרונית ידועה וקשה כמו מחלה נשימתית, לבבית, כלייתית או מחלה של מערכת העיכול, עלולה להיות פגיעה בגדילה מן המחלה או מן הטיפולים התרופתיים.
- (2) הפרעה בציר הורמון הגדילה או הפרעה בתפקוד בלוטת התריס הם ההפרעות ההורמונליות האחראיות להפרעה בגדילה.
- (3) הפרעות מולדות בעצמות השלד יובילו לקומה נמוכה. חלק מן ההפרעות גורמות לעיוותים הבולטים לעין ואחרות יאובחנו רק בחיפוש מכוון.
- (4) תסמונות שונות מאופיינות גם בקומה נמוכה.

מהן הבדיקות שיש לבצע בילד עם קומה נמוכה?

ההערכה הראשונית

- חשוב לאסוף את כל נתוני הגדילה מן העבר (כולל ממדי לידה, ממדים בינקות מכרטיס טיפת החלב, וכאלה שנמדדו על ידי רופא הילדים ואחות בית הספר) כדי להעריך את קצב הגדילה.
- מידע חשוב להערכה כולל: גובה ההורים, גובה בני משפחה אחרים ומהלך הגדילה וההתבגרות של בני משפחה.
- בדיקות דם כלליות ובדיקת שתן.
- צילום כף יד לגיל העצמות.
- בדיקה גופנית כולל מדידות ובדיקת איברי המין להערכת דרגת ההתבגרות המינית.

נכתב ע"י פרופ' ליאת דה-פריס, אנדוקרינולוגית ילדים בכירה, רשת שר"פ פלוס מרכזים רפואיים

בדיקה של הורמון הגדילה

בהתאם להערכה ראשונית יחליט הרופא על המשך הבירור לרבות הצורך בבדיקה של מלאי הורמון הגדילה.

הפרשתו של הורמון הגדילה אינה אחידה במהלך היממה אלא בפעימות (בפולסים) ועל כן בדיקה אקראית לרוב אינה מלמדת שכן היא עשויה להיות בין הפעימות ואז הערך יהיה אפסי, גם בילד שקומתו תקינה. לפיכך, אם הרופא מחליט שיש צורך לבדוק את מלאי הורמון הגדילה, מבוצע תבחין גירוי באשפוז יום או במרפאת חוץ. במהלך התבחין ניתן חומר המגרה הפרשת הורמון הגדילה ורמת הורמון הגדילה נבדקת לפני ואחרי מתן הגירוי. אם התבחין אינו תקין, דרוש תבחין גירוי נוסף. אם שני תבחינים אינם תקינים יש לבצע MRI ראש.

מי יטופל בהורמון גדילה?

(1) הטיפול בהורמון גדילה ניתן לילדים אצלם אובחן חסר בהורמון. הטיפול מיועד להאיץ את גדילתו של הילד, לשפר את קומתו ולהביאה אל התחום התקין בהתאם לגילו ולקומת הוריו ולהשיג קומה סופית תקינה.

(2) בילדים נמוכי קומה שנולדו קטנים לגיל ההיריון ולא הדביקו את הפער בגובה ניתן לטפל בהורמון גדילה.

(3) מינהל התרופות האמריקני (FDA) אישר לטפל בהורמון גדילה גם בילדים שהסיבה לקומתם הנמוכה אינה ידועה, אשר קומתם מתחת לממוצע לגילם ב-2.5 סטיות תקן לפחות וקומתם הסופית צפויה להיות פחות מ-160 ס"מ בבנים ופחות מ-148 ס"מ בבנות.

התוויות נוספות לטיפול בהורמון גדילה בילדים: קומה נמוכה והפרעת גדילה בילדים עם אי ספיקת כליות כרונית ולפני השתלת כליה; בנות נמוכות הלוקות בתסמונת טרנר; קומה נמוכה בילדים עם תסמונת פרדר-וילי; ילדים עם תסמונת נון.