

قد نهایی در کودکان مبتلا به کوتاهی قد سرشتی

دکتر محمد رضا علائی، دکتر رضا شیاری، دکتر محمد رضائی، دکتر شهرزاد فلاح

بیمارستان کودکان مفید، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، نشانی مکاتبه‌ی نویسنده‌ی مسئول: تهران،
 خیابان شریعتی، بالاتر از حسینیه ارشاد، بیمارستان کودکان مفید، کدپستی: ۱۵۴۶۸۱۵۵۱۴، دکتر محمدرضا
 علائی؛ e-mail: alaaee2003@yahoo.com

چکیده

مقدمه: کوتاهی قد یکی از مشکلات شایع کودکان است. نوع شایعی از کوتاهی قد، کوتاهی قد سرشتی می‌باشد که تشخیص زودهنگام و درمان به موقع آن در بیشتر موارد ارزشمند است. مواد و روش‌ها: در این پژوهش به ارزیابی قد نهایی در کودکانی پرداخته شد که طی سال‌های ۱۳۸۱ تا ۱۳۸۷ با کوتاهی قد سرشتی به درمانگاه غدد کودکان بیمارستان لقمان مراجعه کرده بودند و قد نهایی بیماران پس از رسیدن به سن بلوغ بررسی شد. انحراف معیار قد ابتدایی، قد نهایی بیماران و قد والدین آن‌ها مورد سنجش قرار گرفت. یافته‌ها: ۴۹ بیمار (۳۵ مورد پسر و ۱۴ مورد دختر) مورد بررسی قرار گرفتند. میانگین سن تقویمی بیماران در بدو ورود $۱۳/۴ \pm ۱/۴$ سال، میانگین تاخیر سن استخوانی $۲/۶ \pm ۱/۴$ سال، میانگین قد بدو ورود به مطالعه $۱۴۱/۹ \pm ۷/۵$ سانتی‌متر، میانگین انحراف معیار قد ابتدایی $۲/۶۹ \pm ۰/۶۹$ ، میانگین قد والدین $۱۶۳/۸ \pm ۳/۹$ سانتی‌متر و میانگین انحراف معیار قد والدین $۰/۸۵ \pm ۰/۴۷$ بود. میانگین سن، هنگام بررسی قد نهایی $۱۸/۷ \pm ۰/۵$ سال و انحراف معیار قد نهایی $۱/۲۳ \pm ۰/۸۹$ - مشاهده شد. از میان بیماران مورد بررسی در این پژوهش، تمام بیماران به محدوده‌ی طبیعی قد نهایی مورد انتظار خود رسیدند. در این بررسی قد نهایی ۹ نفر (۱۸/۴٪) بیش از ۲ انحراف معیار از میانگین جامعه پایین‌تر بود. نتیجه‌گیری: اگرچه تمام کودکان مورد بررسی، به محدوده‌ی طبیعی قد نهایی خود رسیدند، اما این میزان در محدوده‌ی پایینی طبیعی قرار داشت و می‌توان نتیجه گرفت در بیمارانی که قد ابتدایی آن‌ها به میزان زیادی از میانگین فاصله دارد، استفاده از مداخلات درمانی می‌تواند کمک کننده باشد.

واژگان کلیدی: کوتاهی قد، کوتاهی قد سرشتی، قد نهایی

دریافت مقاله: ۸۹/۲/۲۰ - دریافت اصلاحیه: ۸۹/۶/۳ - پذیرش مقاله: ۸۹/۶/۱۷

مقدمه

کوتاهی قد یکی از مشکلات شایع در مراجعه به درمانگاه‌های تخصصی اطفال است. شناسایی زودهنگام اختلالات رشدونمو کودکان از مسایل اساسی دامنگیر پزشکان بوده که تشخیص و یافتن علت‌های آن به دو دلیل دارای اهمیت است:

اول این که اگر پیش از بسته شدن اپی‌فیزها تشخیص داده شود، درمان آن موثرتر می‌باشد و دوم حمایت روانی

در مرحله‌ی ابتدایی می‌تواند از اضطراب بی‌مورد خانواده‌ها و کودک پیشگیری کند.^{۱-۳} کوتاهی قد سرشتی نوعی کوتاهی قد فیزیولوژیک است که در آن قد فرد کمتر از مقدار پیش‌بینی شده بر اساس قد والدین است. در این کودکان، سن استخوانی دچار تاخیر می‌باشد. به عبارت ساده‌تر تعریف آن به صورت: (سن قدی = سن استخوانی) > سن تقویمی، بیان می‌شود. همچنین در این بیماران زمان بلوغ نیز تاخیر دارد.

این کودکان از ۶ تا ۱۲ ماهگی دچار افت سرعت رشد قدی می‌شوند و این فرایند، تا ۴-۵ سالگی تداوم دارد. ولی

قرار گرفت. سن استخوانی نیز با تهیه‌ی گرافی از مچ دست چپ (با استفاده از الگوی Greulich and Pyle) و توسط یک متخصص رادیولوژی ثابت ارزیابی شد.

تعدادی از بیماران پی‌گیری مناسب سالانه داشتند که سیر رشد قدی و قد نهایی آن‌ها از پرونده استخراج و ثبت گردید. اما در مورد افرادی که تا زمان رسیدن به قد نهایی پی‌گیری و مراجعه به درمانگاه نداشتند، با استفاده از شماره تلفن موجود در پرونده‌ی بیماران، با آن‌ها تماس گرفته، درخواست شد که برای بررسی قد نهایی به درمانگاه غد مراجعه نمایند. در صورت مراجعه‌ی مجدد به درمانگاه، قد نهایی این بیماران نیز اندازه‌گیری و ثبت شد. قد پدر و مادر بیماران نیز از قد ثبت شده در پرونده‌ی بیماران استخراج و ثبت گردید. قد مورد انتظار نهایی هر بیمار با استفاده از فرمول مجموع قد پدر و مادر تقسیم بر دو، بعلاوه‌ی ۶/۵ سانتی‌متر برای پسران و منهای ۶/۵ سانتی‌متر برای دختران (+/-) دو انحراف معیار محاسبه شد. انحراف معیار قد (SDSⁱ) بیماران در بدو ورود به پژوهش و در زمان رسیدن به قد نهایی نیز با استفاده از فرمول زیر محاسبه گردید:

$$۵\% \text{ قد} - ۵۰\% \text{ قد}$$

$$\text{انحراف معیار} = \frac{\quad}{۱/۶۷۵}$$

$$۵\% \text{ قد} - \text{قد والدین}$$

$$\text{نمره‌ی انحراف معیار} = \frac{\quad}{\text{انحراف معیار}}$$

۵۰٪ قد: قد صدک ۵۰٪ متناسب با همان سن و همان جنس

۵۰٪ وزن: قد صدک ۵٪ متناسب با همان سن و همان جنس

SDS قد والدین هم با همین فرمول محاسبه و ثبت شد.

کودکان مبتلا به سوء تغذیه، اختلالات غدی، بیماری‌های زمینه‌ای یا ژنتیکی و کودکان با کوتاهی قد سرشتی که قبل از رسیدن به قد نهایی هرگونه مداخله‌ی درمانی دریافت کرده بودند، از پژوهش خارج شدند.

یافته‌ها

از مجموع ۴۹ بیمار، ۳۵ مورد (۶۹/۴٪) پسر و ۱۴ مورد (۲۰/۶٪) دختر مورد بررسی قرار گرفتند. میانگین سنی

بعد از ۵ سالگی، سرعت رشد قدی افزایش می‌یابد. به‌طور معمول یک سابقه‌ی خانوادگی از کوتاهی قد سرشتی و یا تاخیر بلوغ نیز ممکن است مشهود باشد.^{۲-۵}

پژوهش‌های گوناگونی در ارتباط با قد نهایی در این بیماران انجام گرفته است.^{۶-۹} بیشتر بررسی‌ها حاکی از رسیدن این کودکان به قد نهایی مورد انتظار برای آن‌ها می‌باشد. در بسیاری از پژوهش‌ها نشان داده شده که اگر چه بیشتر این کودکان به قد پیش‌بینی شده‌ی نهایی برای خود، می‌رسند ولی این میزان در محدوده‌ی پایینی طبیعی قرار داشته و بسیاری از این بیماران به پتانسیل کامل ژنتیکی خود نخواهند رسید.^{۱۰-۱۲}

پژوهش‌های بسیاری نیز در مورد انجام درمان‌های گوناگون در این بیماران صورت گرفته است ولی به کارگیری درمان‌های طبی و ارزیابی پاسخ رشدی و روانی نیازمند آگاهی از ماهیت بیماری و اطلاع از عاقبت کودکان مبتلا به کوتاهی قد سرشتی می‌باشد. از این‌رو برای آگاهی از قد نهایی این کودکان و ضرورت انجام، یا عدم انجام درمان و مداخله‌ی درمانی در کودکان مبتلا به کوتاهی قد سرشتی، در این پژوهش به بررسی قد نهایی در کودکان مبتلا به کوتاهی قد سرشتی که در طی سال‌های ۱۳۸۱ تا ۱۳۸۷ به درمانگاه بیماری‌های غد کودکان بیمارستان لقمان حکیم مراجعه نموده‌اند و تا کنون درمانی دریافت نکرده‌اند، پرداختیم.

مواد و روش‌ها

این مطالعه به صورت توصیفی انجام گرفته است. تمام کودکانی که با تشخیص کوتاهی قد سرشتی در طی سال‌های ۱۳۸۱ تا ۱۳۸۷ به درمانگاه غد کودکان بیمارستان لقمان مراجعه کرده بودند، به پژوهش وارد شدند. کودکان مبتلا به سوء تغذیه و کودکانی که قبل از رسیدن به قد نهایی هرگونه مداخله‌ی درمانی دریافت کرده بودند از پژوهش خارج شدند. سپس سن، قد و وزن بیماران، قد والدین، سن استخوانی و شماره‌ی تماس بیماران از پرونده استخراج گردید. قد با استفاده از متر دیواری، در حالت ایستاده، بدون کفش و با کمینگی پوشش، در حالی که پاشنه‌ی پاها به هم چسبیده، سر در حالت عمود بر بدن، نگاه به روبرو و بازوها در کنار بدن قرار داشتند، اندازه‌گیری شد. سن کودکان بر اساس تاریخ تولد در شناسنامه مورد سنجش قرار گرفت. نشانه‌های بلوغ توسط یک فوق تخصص غد کودکان (یک فرد ثابت) بررسی و ثبت گردید. وزن با استفاده از ترازوی سکا مورد سنجش

i - Standard Deviation Score

بیماران در بدو ورود به پژوهش $۱۳/۴ \pm ۱/۴$ سال (با محدوده‌ی ۱۱ تا ۱۴ سال)، میانگین سن استخوانی بیماران $۱۰/۸ \pm ۱/۹$ سال (با محدوده‌ی ۸/۵ تا ۱۳/۵ سال)، اندازه‌گیری شد. میانگین تاخیر سن استخوانی نسبت به سن تقویمی در بیماران در بدو ورود به پژوهش $۲/۶ \pm ۱/۴$ سال (با محدوده‌ی ۱ تا ۴ سال) و میانگین قد بیماران در هنگام ورود به بررسی $۱۴۱/۹ \pm ۷/۵$ سانتی‌متر (با محدوده‌ی ۱۲۱ تا ۱۵۶ سانتی‌متر) بود. همچنین میانگین SDS قد بیماران در هنگام ورود به مطالعه $-۲/۶۹ \pm ۰/۶۹$ (با محدوده‌ی $-۴/۲۵$ تا -۲) محاسبه شد.

جدول ۱- ویژگی‌های رشدی کودکان و والدین در هنگام ورود به پژوهش و زمان رسیدن به قد نهایی

میانگین \pm انحراف معیار	کمینه	بیشینه
سن در بدو ورود به پژوهش (سال)	۱۱	۱۴
سن استخوانی در بدو ورود به پژوهش (سال)	۸/۵	۱۳/۵
تاخیر سن استخوانی در بدو ورود (سال)	۱	۴
قد بیماران در بدو ورود به پژوهش (سانتی‌متر)	۱۲۱	۱۵۶
SDS قد در بدو ورود به پژوهش	-۴/۲۵	-۲
قد والدین (سانتی‌متر)	۱۵۵	۱۷۳/۵
SDS قد والدین	-۱/۷	۰/۶۲
سن بیماران در هنگام رسیدن به قد نهایی (سال)	۱۸	۱۹/۵
قد نهایی بیماران (سانتی‌متر)	۱۵۰	۱۸۱
SDS قد نهایی بیماران	-۳/۲	۰/۷

مورد با یافته‌های بیشتر بررسی‌های انجام شده در این زمینه همخوانی دارد.

واس و همکاران در سال ۱۹۹۰ یک مطالعه به روش کوهورت روی ۴۳ پسر مبتلا به کوتاهی قد سرشتی انجام دادند. میانگین سن تقویمی این بیماران در بدو ورود $۱۴/۰ \pm ۱/۹$ سال، تاخیر سن استخوانی $۲/۷ \pm ۱/۰$ سال، SDS قد $-۳/۴ \pm ۰/۶$ و SDS قد پیش‌بینی شده در بزرگسالی برای آن‌ها $-۱/۳ \pm ۰/۷$ بود. میانگین سن هنگام بررسی قد نهایی $۲۱/۲ \pm ۲/۶$ سال و SDS قد $-۱/۶ \pm ۰/۹$ اندازه‌گیری شد.

در این پژوهش اختلاف چشمگیری میان قد نهایی و قد پیش‌بینی شده در بزرگسالی وجود نداشت. با این حال این بررسی از بکارگیری درمان برای افزایش رشد در پسران با کوتاهی قد سرشتی حمایت و بیان کرد که اگر چه این افراد به قد پیش‌بینی شده برای بزرگسالی خود رسیدند، اما این قد برای خانواده‌ی آن‌ها کوتاه محسوب می‌شود.^۸

با استفاده از آزمون من - ویتنی رابطه‌ی میان قد نهایی و SDS بدو ورود بیماران ارزیابی شد که رابطه‌ی معنی‌دار آماری بین آن‌ها وجود داشت. به عبارت دیگر کودکانی که SDS بدو ورود پایین‌تری داشتند در نهایت نیز SDS پایین‌تری را به دست آوردند.

بحث

کوتاهی قد سرشتی شایع‌ترین علت کوتاهی قد در میان کودکان مراجعه‌کننده با شکایت کوتاهی قد به درمانگاه‌های غدد کودکان می‌باشد. با توجه به تاثیر کوتاهی قد بر شخصیت و روابط اجتماعی فرد، بررسی در مورد قد نهایی کودکان مبتلا به کوتاهی قد سرشتی از اهمیت بسزایی برخوردار است.

از میان بیماران مورد بررسی در پژوهش کنونی، تمام بیماران به محدوده‌ی طبیعی قد نهایی خود رسیدند که این

این دو پژوهشگر در بررسی دیگری ۸۷ بیمار مبتلا به کوتاهی قد سرشتی را مورد پژوهش قرار دادند. در این مطالعه‌ی گذشته‌نگر، میانگین سن تقویمی بیماران ۱۴/۳ سال (در محدوده‌ی ۱۲ تا ۱۸ سال) بود و تمام آن‌ها در مرحله‌ی پره پوبرتال (مرحله‌ی اولیه بلوغ) بودند. SDS میانگین قد ابتدایی $۲/۷۱ \pm ۰/۷۴$ -، میانگین سرعت رشد $۴/۸ \pm ۱/۶$ سانتی‌متر در سال و تاخیر سن استخوانی $۲/۴ \pm ۱$ سال بود. در این پژوهش ۱۶ پسر با تستوسترونⁱⁱ، ۶ پسر با اگزاندرونⁱⁱⁱ و یک پسر نیز با هر دو دارو درمان شد.

در زمان رسیدن به قد نهایی، ۵۸٪ پسران نتوانستند به پتانسیل کامل ژنتیکی خود دست یابند. از میان ۴۲٪ باقی‌مانده نیز تنها ۰/۷٪ قدی بالاتر از قد اصلاح شده‌ی میانگین قد والدین خود به دست آوردند.^{۱۴}

از بیماران مورد بررسی در پژوهش کنونی تمام آن‌ها به محدوده‌ی قد طبیعی مورد انتظار خود رسیده بودند، ولی با این حال قد نهایی ۹ نفر (۱۸/۴٪) بیش از ۲ انحراف معیار از میانگین جامعه پایین‌تر بود.

با استفاده از آزمون من - ویتنی رابطه‌ی میان قد نهایی و SDS بدو ورود بیماران مورد ارزیابی قرار گرفت که از نظر آماری معنی‌دار بود، و کودکانی که SDS بدو ورود پایین‌تری داشتند در نهایت نیز SDS پایین‌تری به دست آوردند. در مواردی که SDS قد کودکان بیشتر از ۱/۵ از SDS میانگین قد والدین فاصله داشت، بررسی بیشتر از جمله ارزیابی سطح هورمون‌های تیروئیدی و تست‌های تحریکی هورمون رشد انجام شد.

به نظر می‌رسد که شاید بتوان در بیمارانی که قد ابتدایی آن‌ها به میزان زیادی از میانگین فاصله دارد از مداخلات درمانی کمک گرفت. برای این منظور پیشنهاد می‌شود که مطالعه‌ای با حجم نمونه بیشتر و شرایط کنترل شده‌تری برای تعیین یک Cut off point به منظور انجام مداخله‌ی درمانی صورت گیرد.

براسوئینگ و همکاران نیز در پژوهشی به بررسی قد نهایی در کودکان با کوتاهی قد سرشتی که درمانی دریافت نکرده‌اند، پرداختند تا دقت ۵ روش مختلف پیش‌بینی قد نهایی را مورد ارزیابی قرار دهند. این گروه همچنین یادآور شدند که در بررسی آن‌ها کودکان مبتلا به کوتاهی قد، به قد نهایی رسیدند، اما در محدوده‌ی پایین طبیعی قرار داشتند.^{۱۳}

اسپرلیش و همکاران در پژوهشی به بررسی قد نهایی و قد پیش‌بینی شده در ۴۹ پسر مبتلا به کوتاهی قد سرشتی درمان نشده، پرداختند. میانگین سن تقویمی بیماران ۱۳/۳ سال (محدوده‌ی ۷/۳ تا ۱۶/۴ سال) و سن استخوانی ۱۱/۱ سال (محدوده‌ی ۶ تا ۱۳/۵ سال) بود. تمام کودکان دارای قد کمتر از صدک ۵٪ برای سن خود بودند. سابقه‌ی مثبت خانوادگی در ۷۵٪ کودکان وجود داشت. تمام ۴۹ بیمار دوباره در میانگین سنی ۲۲/۹ سال (محدوده‌ی ۲۰/۴ تا ۳۱/۲ سال) مورد معاینه قرار گرفتند. قد نهایی اندازه‌گیری شده ۱۷۱/۳ سانتی‌متر (محدوده‌ی ۱۶۱/۲ تا ۱۸۱/۷ سانتی‌متر) بود که این میزان اگر چه به طور خفیف اما واضح از قد میانگین هدف^۱ (۱۷۳ سانتی‌متر) پایین‌تر بود.^{۱۴}

آلبانس و استنهورپ نیز در پژوهشی به بررسی رشد ۹۸ پسر و ۳۴ دختر با کوتاهی قد سرشتی پرداختند و آن‌ها را تا رسیدن به قد نهایی پیگیری نمودند. میانگین سن تقویمی در بدو ورود به پژوهش در پسران $۱۴/۱ \pm ۱/۳$ سال و در دختران $۱۳/۰ \pm ۱/۳$ سال بود. میانگین SDS قدی در پسران $۲/۷ \pm ۰/۷$ بود که در زمان قد نهایی به $۱/۹ \pm ۰/۹$ رسید. این میزان به طور قابل ملاحظه‌ای از SDS قد نهایی پیش‌بینی شده برای آنان ($۱/۴ \pm ۰/۸$) و SDS میانگین قد والدین ($۰/۵ \pm ۰/۷$) کمتر بود. یافته‌های مشابهی نیز برای دختران به دست آمد. میانگین SDS قد دختران در بدو ورود به پژوهش $۳/۲ \pm ۰/۸$ بود که در زمان رسیدن به قد نهایی به $۲/۳ \pm ۰/۷$ رسید که این میزان نیز به طور قابل توجهی از SDS قد نهایی پیش‌بینی شده ($۱/۷ \pm ۰/۶$) و میانگین قد والدین ($۰/۸ \pm ۰/۸$) پایین‌تر بود. این گروه بیان داشتند که قادر به توضیح دلیل نرسیدن به پتانسیل قد نهایی در افراد مورد بررسی نیستند. اما یافته‌های به دست آمده از این بررسی مطرح کرد که زمان دیر هنگام شروع بلوغ می‌تواند برای رشد ستون فقرات و در نتیجه قد نهایی زیان‌آور باشد.^{۱۵}

ii - Testosterone
iii - Oxandrolone

i - Mid Target Height

References

1. Krugman SD, Dubowitz H. Failure to thrive. *Am Fam Physician* 2003; 68: 879-84.
2. Parkin JM. Short stature. *Br Med J* 1976; 1: 1139-41.
3. Taback SP, Dean HJ, Elliott E. Management of short stature. *West J Med* 2002; 176: 169-72.
4. Voss LD. Short but normal. *Arch Dis Child* 1999; 81: 370-1.
5. Zimet GD, Owens R, Dahms W, Cutler M, Litvene M, Cuttler L. Psychosocial outcome of children evaluated for short stature. *Arch Pediatr Adolesc Med* 1997; 151: 1017-23.
6. Horner JM, Thorsson AV, Hintz RL. Growth deceleration patterns in children with constitutional short stature: an aid to diagnosis. *Pediatrics* 1978; 62: 529-34.
7. Mahoney CP. Evaluating the child with short stature. *Pediatr Clin North Am* 1987; 34: 825-49.
8. Voss LD, Mulligan J. Normal growth in the short normal prepubertal child: the Wessex Growth Study. *J Med Screen* 1998; 5: 127-30.
9. Rimoin DL, Borochowitz Z, Horton WA. Short Stature-physiology and pathology. *West J Med* 1986; 144: 710-21.
10. Randeve H S, Bouloux P M G. Evaluation of short stature. *Student BMJ* 2000; 8: 131-74.
11. Strufaldi MW, Silva EM, Puccini RF. Follow-up of children and adolescents with short stature: the importance of the growth rate. *Sao Paulo Med J* 2005; 123: 128-33.
12. Lanes R, Lee P, Plotnick L, Avinoam Kowarski A, Migeon C. Are Constitutional Delay of Growth and Familial Short Stature Different Conditions? *Clinical pediatrics* 1980; 19: 31-3.
13. Bramswig JH, Fasse M, Holthoff ML, von Lengerke HJ, von Petrykowski W, Schellong G. Adult height in boys and girls with untreated short stature and constitutional delay of growth and puberty: accuracy of five different methods of height prediction. *J pediatr* 1990; 117: 886-91.
14. Sperlich M, Butenandt O, Schwarz HP. Final height and predicted height in boys with untreated constitutional growth delay. *Eur J Pediatr* 1995; 154: 627-32.
15. Albanese A, Stanhope R. Does constitutional delayed puberty cause segmental disproportion and short stature? *Eur J Pediatr* 1993; 152: 293-6.
16. Albanese A, Stanhope R. Predictive factors in the determination of final height in boys with constitutional delay of growth and puberty. *J Pediatr* 1995; 126: 545-50.

Original Article

Study of the Final Height in Children with Constitutional Short Stature

Alaei M, Shiari R, Rezaei M, Fallah Sh

Mofid Childrens' Hospital, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, I.R. Iran

e-mail: alae2003@yahoo.com

Received: 10/05/2010 Accepted: 08/09/2010

Abstract

Introduction: Short stature is one of the common problems in children. One of the common forms of short stature is Constitutional. Usually early diagnosis and treatment is worthwhile. **Materials and Methods:** We studied children with Constitutional short stature who came to the out-patient clinic of Pediatric Endocrinology in Loghman hospital between 2002 and 2008. Their final height has evaluated after puberty. SDS for the first and final height of the patients and their parents' height was calculated. **Results:** Forty-nine patients (35 boys and 14 girls) were studied. Mean chronological age at the time of referral was 13.4 ± 1.4 years, mean delay of the bone age 2.6 ± 1.4 years, mean height 141.9 ± 7.5 cm, mean SDS of the first height -2.69 ± 0.69 , mean parental height 163.8 ± 3.9 cm and SDS for parental height was -0.85 ± 0.47 . Mean age at the time of evaluating final height was 18.7 ± 0.5 years and mean SDS for the final height was -1.23 ± 0.89 cm. All patients in our study reached their expected final height. In this study final height of 9 patients (18.4%) was over 2 standard deviation lower than the mean of the community. **Conclusion:** Although, all of the patients reached to the normal range of final height, it was in the lower limit of the range. It seems medical interventions could be implemented for patients, whose first height was much lower than the mean.

Keywords: Short Stature, Constitutional short stature, Final height