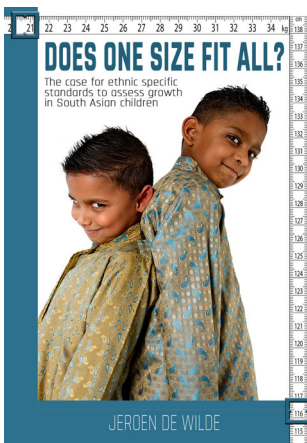


Bespreking proefschrift: Interview met Jeroen de Wilde

J.A. de Wilde 

Published online: 15 July 2016
© Bohn Stafleu van Loghum 2016



Thesis: Universiteit Leiden, Leiden, Nederland

Promotiedatum: 18 februari 2015

*Promotoren: Prof. dr. Barend, J.C. Middelkoop,
prof. dr. S. van Buren*

ISBN: 978-94-6259-524-8

Link (tevens naar de groeicurven):

<http://www.ggdhaaglanden.nl/professionals/gezondgewicht/gezondgewicht/publicaties/does-one-size-fit-all-onderzoek-jeroen-de-wilde.htm>

Wat was het doel en de vraagstelling?

Dit proefschrift richtte zich op Hindoestaanse kinderen en jongeren in Nederland. Dit is een bevolkingsgroep waarvan de voorouders oorspronkelijk afkomstig zijn uit Zuid-Azië: India, Pakistan, Bangladesh en Sri Lanka. Het betreft een bijzondere etnische groep, omdat ze een sterk verhoogde kans hebben op het krijgen van hart- en vaatziekten (2 tot 3 keer verhoogd)

J. de Wilde (✉)

GGD Haaglanden, Den Haag, Nederland
e-mail: jeroen.dewilde@denhaag.nl

en type 2 diabetes mellitus (4 tot 8 keer verhoogd) ten opzichte van andere etnische groepen. In Den Haag woont de grootste populatie van Nederland van ongeveer 40.000 kinderen en volwassenen.

Het verhoogde gezondheidsrisico van Hindoestanen hangt sterk samen met hun typische lichaamsamenstelling of lichaamsbouw. Ze zijn erg tener gebouwd, wat zich uit in een kleinere spiermassa en grotere vetmassa dan andere etnische groepen bij dezelfde body mass index (BMI). Voor Hindoestaanse volwassenen zijn daarom de BMI-afkappunten voor overgewicht en obesitas verlaagd. De lagere waarden corresponderen beter met de verhoogde kans van deze groep op eerder genoemde gezondheidsproblemen. Het is echter onduidelijk of voor Hindoestaanse kinderen ook verlaagde BMI-afkappunten nodig zijn, en of het gebruik van etnisch-specifieke groeicurven is aan te bevelen.

Het eerste doel van de onderzoeken die worden beschreven in dit proefschrift, was om epidemiologisch bewijs te vinden dat de hypothese ondersteunt dat welvarende Hindoestaanse kinderen in een westers land (Nederland) lichter en korter zijn dan kinderen uit andere etnische groepen. Het tweede doel was om lengte-naar-leeftijd- (0 tot 20 jaar) en BMI-naar-leeftijd-curven (0 tot 18 jaar), inclusief BMI-afkappunten, te ontwikkelen specifiek voor Hindoestaanse kinderen.

De belangrijkste vraagstellingen waren:

1. Hoe zien BMI-naar-leeftijd en lengte-naar-leeftijd groeicurven voor Hindoestaanse kinderen eruit, wanneer die gebaseerd zijn op een welvarende westerse populatie Hindoestanen?
2. In hoeverre verschillen de Hindoestaanse curven van 'universele' curven zoals die van de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) en de International Obesity Taskforce (IOTF)?

Hoe vond het onderzoek plaats?

Voor het onderzoek zijn vooral groei- en achtergrondgegevens van kinderen in Den Haag gebruikt, die routinematig door JGZ-professionals waren geregistreerd. Voor de lengte-naar-leeftijdcurven zijn alle benodigde gegevens uit het digitale JGZ-dossier gehaald. Omdat kinderen en adolescenten niet op alle leeftijden door de JGZ-professionals worden gemeten, is daarnaast een aanvullende groeistudie gedaan bij ongeveer 1500 Hindoestaanse kinderen in Den Haag, zodat een volledige groeicurve kon worden gemodelleerd.

Voor de BMI-curven zijn de benodigde gegevens overgenomen uit papieren JGZ-dossiers van Hindoestaanse kinderen die zijn geboren in 1974, 1975 en 1976. Dit is gedaan, omdat het een populatie betreft die geboren was vóórdat de obesitasepidemie in Nederland begon. De universele BMI-curven van de WHO en IOTF zijn ook op dergelijke normatieve gegevens gebaseerd, zodat de Hindoestaanse curven hier min of meer mee vergelijkbaar zijn.

Wat zijn de uitkomsten?

Hindoestaanse kinderen bleken inderdaad gemiddeld lichter en korter. Het gemiddelde gewicht van Hindoestaanse kinderen is bij de geboorte al ongeveer 450 gram minder dan van kinderen van Nederlandse afkomst; dit is onveranderd gebleven gedurende 35 jaar. Wanneer universele BMI-afkappunten worden gebruikt, komt bij een normpopulatie van welvarende Hindoestaanse kinderen van 3 tot 15 jaar 'ondergewicht', corresponderend met een BMI van 18,5 kg/m² op 18-jarige leeftijd, disproportioneel veel voor (38%, vergeleken met 14% bij Nederlandse kinderen) en overgewicht (inclusief obesitas) relatief weinig (9%, vergeleken met 12% bij Nederlandse kinderen). De Hindoestaanse kinderen zijn ook minder lang dan de andere etnische groepen waarvan in Nederland lengtegroei-curven beschikbaar zijn. De eindlengte op 20-jarige leeftijd van Hindoestaanse jongens en meisjes was respectievelijk 10 en 11 cm minder vergeleken met Nederlandse jongens en meisjes.

Er zijn daarnaast aanwijzingen dat de puberteitsontwikkeling bij Hindoestaanse kinderen aanzienlijk vroeger ligt dan bij Nederlandse kinderen. De gemiddelde menarcheleeftijd was 11,4 jaar, wat 1,7 jaar eerder is dan bij meisjes van Nederlandse afkomst.

De conclusie is dat toepassing van de Hindoestaanse lengtegroei-curven en BMI-afkappunten naar verwachting leidt tot een betere beoordeling van de lengte en voedingstoestand (ondergewicht, overgewicht) bij Hindoestaanse kinderen. Zo zullen ze minder vaak als 'te licht' worden beoordeeld; daarnaast zal overgewicht vaker en eerder worden geconsta-

teerd, waardoor vroeger (preventieve) interventies kunnen worden ingezet.

Wat is de meerwaarde/nieuws waarde voor de JGZ-praktijk?

Jeugdartsen en jeugdverpleegkundigen geven vaak aan dat de resultaten van deze studie ze ervan bewust heeft gemaakt dat er variatie is in lichaamssamenstelling en daarmee in gezondheidsrisico, niet alleen binnen een populatie, maar ook tussen populaties. Het maakt duidelijk dat de klinische blik essentieel blijft, omdat de BMI weliswaar een richting geeft, maar niet direct de vet- en spiermassa meet. Om een betere inschatting te maken, zijn in het geval van kinderen van Hindoestaanse herkomst dus etnisch-specifieke groeicurven noodzakelijk, omdat die min of meer corrigeren voor die verschillen tussen populaties.

Inmiddels zijn ook gewicht-naar-leeftijd- en gewicht-naar-lengtecurven beschikbaar om de voedingstoestand van Hindoestaanse kinderen tussen 0 en 2 jaar beter te kunnen inschatten. Deze zijn normatief, dat wil zeggen dat ze de variatie in een ideale populatie, zonder onder- en overvoeding, weergeven. Deze zijn ook gebaseerd op de groei binnen het cohort 1974–1976.

De kinderartsen en kinderarts-endocrinologen van het Juliana Kinderziekenhuis gebruiken de curven al een tijdje. Ze geven aan dat ze hiermee een betere inschatting van de voedingstoestand van de Hindoestaanse kinderen krijgen en de ouders eenvoudiger kunnen uitleggen wat een gezond gewicht/gezonde BMI is voor hun kind. Dit laatste geldt natuurlijk ook voor JGZ-professionals. Naar verwachting kan hier een preventieve werking van uitgaan, omdat het de betrokken ouders inzicht geeft in hoe een Hindoestaans kind er idealiter uit zou moeten zien, tener dus. Op jonge leeftijd wordt tegenwoordig bij 20% van de Hindoestaanse kinderen ondergewicht geconstateerd op basis van universele groeicurven (corresponderend met een BMI van 17 kg/m² op 18-jarige leeftijd), terwijl de prevalentie normaliter rond de 2% ligt. Veel mensen vinden Hindoestaanse kinderen mager. Dat woord geeft een waardeoordeel. Als je kijkt naar de onderhuidse vetmassa, dan is die meestal normaal; vandaar dat je beter het woord 'tenger' kunt gebruiken. Voorlichting aan ouders is essentieel om te kunnen voorkomen dat deze kinderen ten onrechte worden overvoed en al op vroege leeftijd een sterk verhoogd risico voor cardiometabole aandoeningen ontwikkelen.

J.A. de Wilde, Arts Maatschappij & Gezondheid, jeugdarts KNMG