

Gebruik van groeicurven: groeistandaarden of referentiecuren

Dr. N De Ronne
Medische Beleidscel Kind en Gezin
14/02/2011

Opvolging van de groeiparameters is zeer belangrijk in de opvolging van de gezondheid van jonge kinderen. Op basis van literatuuronderzoek en in overleg met experts werd nagekeken op welke manier deze opvolging het best gebeurt. Belangrijk hierbij is de keuze van de gebruikte curve.

1. Opvolging van groei bij jonge kinderen

Evaluatie van de groei gebeurt

- door correcte meting van gewicht, lengte en hoofdromtrek
- gebruik makend van correct (en gekalibreerd) materiaal
- plotten van de meetresultaten op de groeicurve
- en interpretatie van de evolutie op de groeicurven.

Sinds 2004 wordt gebruik gemaakt van de **Vlaamse Referentiegroeicurven**, ontwikkeld door de onderzoeksgroep van Hauspie *et al* (www.vub.ac.be/groeicurven) gebaseerd op groeigegevens van een representatieve steekproef uit de populatie, zowel op vlak van voedingsgewoonten als op vlak van gezondheid, rookgedrag, en socio-economische status.

Voor de jongste leeftijdsgroep liep het onderzoek via de consultatiebureaus voor jonge kinderen van Kind en Gezin en via kinderdagverblijven.

Tijdens dezelfde periode liep de Multicenter Growth Reference Study (MGRS) als basis voor de opmaak van de **WHO-groeistandaarden**. De studie had als doelstelling aan te tonen dat

1. alle kinderen potentieel een zelfde groeipatroon vertonen wanneer ze de kans krijgen in optimale omstandigheden (zowel op gebied van voeding, hygiëne, infectieziekten, en afwezig rookgedrag in omgeving) op te groeien;
2. etniciteit, geografische spreiding of socio-economische achtergrond geen rol spelen in de groei van kinderen jonger dan 5 jaar.

Gelet op de strikte inclusiecriteria tonen de WHO-groeistandaarden 'hoe kinderen zouden moeten groeien' eerder dan 'hoe kinderen groeien'.

Van de vooraf geselecteerde kinderen werden slechts een klein deel van de meetgegevens gebruikt, en dit om verschillende redenen: niet voldoen aan de criteria gedurende de volledige periode van de studie, meetgegevens die aan de uitersten van de Gausscurve lagen, vastgestelde aandoeningen die aanvankelijk klinisch niet duidelijk waren,....

2. Opvolgen van borstgevoede kinderen

Borstvoeding wordt terecht als gouden standaard voor voeding van de zuigeling beschouwd. Het gemiddelde groeipatroon van het ene borstgevoede kind is verschillend van dat van een kind dat kunstvoeding toegediend krijgt. Bij de interpretatie van de groei moet hiermee rekening gehouden worden.

Daarnaast is de gebruikte curve eveneens van belang in de interpretatie van de groei.

In verschillende regio's (Vlaanderen, maar ook in Noorwegen, het land met de grootste prevalentie aan borstvoeding in West-Europa) heeft men de groei van de referentiepopulatie getoetst aan de WHO-groeistandaard. Dit gaf enkele opmerkelijke resultaten:

- zoals verwacht werd de verschillende groei bij borst/flesvoeding bevestigd;
- geboortegewicht en -lengte liggen gemiddeld hoger in deze referentiepopulaties;
- de WHO-groeistandaarden verschillen tijdens de eerste 6 levensmaanden significant van elke andere referentiecure door een steilere curve;

- tijdens de eerste levensmaanden daalt de gemiddelde standaarddeviatiescore voor lengte, gewicht en BMI, zowel in de totale referentiegroep als bij de borstgevoede kinderen uit de referentiegroep; deze daling is meer uitgesproken en duurt langer bij borstgevoede kinderen;
- de groei (gewicht, BMI en hoofdomtrek) van exclusief borstgevoede kinderen volgt in deze periode beter de lokale referentiecurve dan de WHO-groeistandaard;

Slechts weinig kinderen kunnen tijdens de eerste maanden de groeisnelheid van de WHO-groeistandaard volgen. Onzekerheid, ongerustheid en een onterecht vermoeden van suboptimale groei komen daardoor vaker voor bij het gebruik van deze curve. Het gevaar tot bijvoeden met kunstvoeding of volledig omschakelen naar kunstvoeding is groter dan wanneer de kinderen gevolgd worden met behulp van de referentiecurven.

3. Opvolgen kinderen van andere origine

De vraag is ook of kinderen van andere origine en woonachtig in Vlaanderen dan niet beter met populatiespecifieke curven worden opgevolgd.

Uit de Vlaamse groeicurvenstudie blijkt de groei van bv. Turkse en Marokkaanse kinderen de eerste levensjaren weinig te verschillen van de referentiegroep. Vanaf de leeftijd van 5 jaar neemt de gemiddelde lengte wel systematisch af tot deze rond de volwassen leeftijd ongeveer 1 standaarddeviatie onder het gemiddelde van de (autochtone) Vlaamse kinderen ligt. Voor onze doelgroep (tot 30 maanden) heeft dit echter weinig belang.

Ook in Nederland worden de plaatselijke referentiecurven gebruikt: <http://www.tno.nl/groei>

Besluit

De talrijke voordelen van borstvoeding zijn ontegensprekelijk vastgesteld. Het voedingstype (borstvoeding, flesvoeding) heeft ook een invloed op de groei. In verschillende studies is aangetoond dat de populatieverschillen een grotere invloed hebben dan verschillen in soort voeding.

WHO-groeistandaarden zijn gebaseerd op meetgegevens van kinderen die in geïdealiseerde optimale omstandigheden opgroeien. Daarom worden ze niet referentiecurven doch wel standaarden genoemd.

Voor individuele opvolging zijn de groeistandaarden minder geschikt wegens populatieverschillen (genetisch, omgeving). Recent ontwikkelde populatiespecifieke referentiecurven zijn hiervoor een beter instrument. In populaties waar geen lokale referentiecurven beschikbaar zijn kunnen de WHO-groeistandaarden als alternatief worden gebruikt.

Om die redenen wordt ervoor gekozen om de groei van alle kinderen binnen de dienstverlening van Kind en Gezin (zowel kunstgevoede als borstgevoede kinderen, als kinderen van andere etnische afkomst) op te volgen aan de hand van de Vlaamse referentiecurven.