



Over-gewicht bij kinderen

dr. Marijke Ysebaert, kinderarts GZA ziekenhuizen –
campus Sint Vincentius en Sint Augustinus

Presentatie inhoud



Overgewicht vaststellen bij kinderen

Prevalentie

Risicofactoren en determinanten

Gevolgen van zwaarlijvigheid bij kinderen

Casuïstiek

Wanneer doorverwijzen naar 2e lijn

Praktische tips

Overgewicht vaststellen



Groeicurves:

- <2 jaar: **G/L curve** (Kind & Gezin)
- >2 jaar: **BMI**
- Vlaamse groeicurves: grijze zone
Overgewicht P90 ~ BMI 25 op 18j
Obesitas P97 ~ BMI 30 op 18j

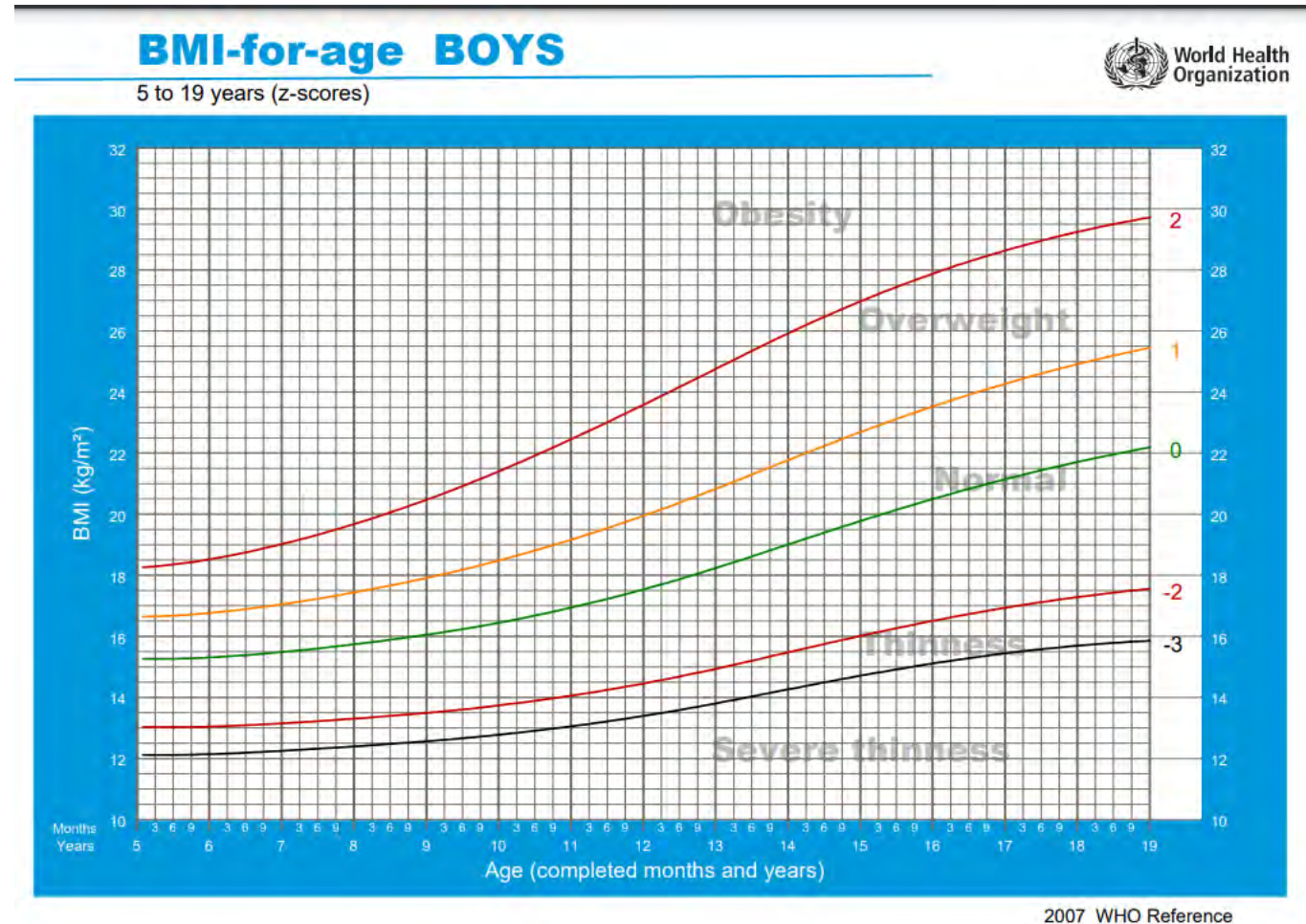


Overgewicht vaststellen



Groeicurves

- <2 jaar: **G/L curve** (Kind & Gezin)
- **Vlaamse groeicurves**: grijze zone
Overgewicht P90 ~ BMI 25 op 18j
Obesitas P97 ~ BMI 30 op 18j
- **WHO**: standaarddeviatie score (SD)
Overgewicht + 1 SD ~ P84,1
Obesitas + 2 SD ~ P97,7



Overgewicht vaststellen



- percentage overgewicht (gewichtindex)

$\% \text{ overgewicht} = (\text{huidige BMI} / \text{p50 BMI}) * 100 \%$

$> 120 \%$ = *overgewicht*

$> 140/160/180 \%$ = *obesitas klassen 1/2/3*

- buikomtrek (waist-to-height ratio)

Buikomtrek / lengte $< 0,5$

- vetmassa, vetverdeling

(niet in 1^e of 2^e lijn)



Prevalentie



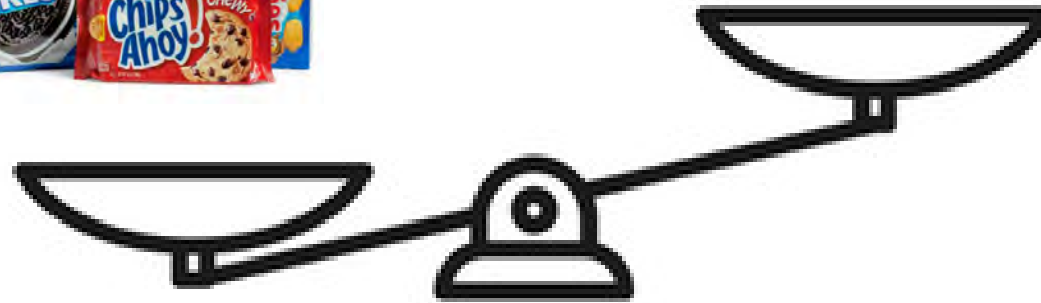
Gezondheidsenquête 2018

- 1 op 5 kinderen in België heeft overgewicht, waarvan 6% obesitas
- Vlaanderen: 16.2 % overgewicht, 4.6 % obesitas
- Opvallende stijging bij tieners, maar ook < 4 jaar sterk toegenomen prevalentie (+ 50% op 10 jaar tijd)

WHO European Regional Obesity report 2022

- 60% volwassenen lijdt aan overgewicht of obesitas
- **1/3 schoolgaande kinderen heeft overgewicht of obesitas**
- Prevalentie neemt af in adolescentie: 1 op 4
- Echter: globaal nog steeds stijgende trend

Verstoorde energiebalans



Risicofactoren



'Het zit in de familie'



1 ouder overgewicht = 23% kans om zwaarlijvig te worden
Beide ouders overgewicht = 52% kans

Genetische en biologische risicofactoren



- ❖ Overgewicht bij ouders
- ❖ Zwangerschapsgewicht
- ❖ Geboortegewicht (zowel macrosomie als SGA)
- ❖ Snelle gewichtstoename in het 1^e levensjaar
- ❖ Vroege 'adiposity rebound'
- ❖ Vroege puberteit



'CONGRATULATIONS! IT'S AN OBESITY TIME BOMB...'

Medische oorzaken van overgewicht en gewichtstoename



Syndromen

Prader Wili, Bardet Biedl (early onset, ontwikkelingsvertraging, etc)

Genetische mutaties

enkelvoudig bv. MC4R, leptine deficientie (hyperfagie)

Hypothalamus stoornis, bv tumor

Hormonale stoornissen

groeihormoontekort, hypothyroidie, Cushing syndroom

Medicatie

antipsychotica, anti-epileptica, antidepressiva, glucocorticoïden, antihistaminica, diabetesmedicatie, bloeddrukmedicatie, maagzuurremmers,...

Levensstijl, culturele en omgevingsfactoren



Aangeboren voorkeur voor 'zoet'

Aangeleerde eetgewoonten

Onevenwichtige voeding en eetpatronen

Culturele en sociale aspecten

Sedentaire levensstijl, gebrek aan fysieke activiteit

Lage sociaal-economische status



Minder voor de hand liggende zaken



Tekort aan slaap

Stress

Toename hormonale verstoorders in het milieu

Verstoord darmmicrobioom

Stigmatisering door de maatschappij

vooroordelen

sociale uitsluiting

discriminatie



Media



Psychologische en emotionele factoren



Opvoedingsfactoren

belonen/troosten met voeding, te weinig/teveel restrictie

Temperament

emo-eten

problemen met zelfregulatie

moeilijkheden met grenzen

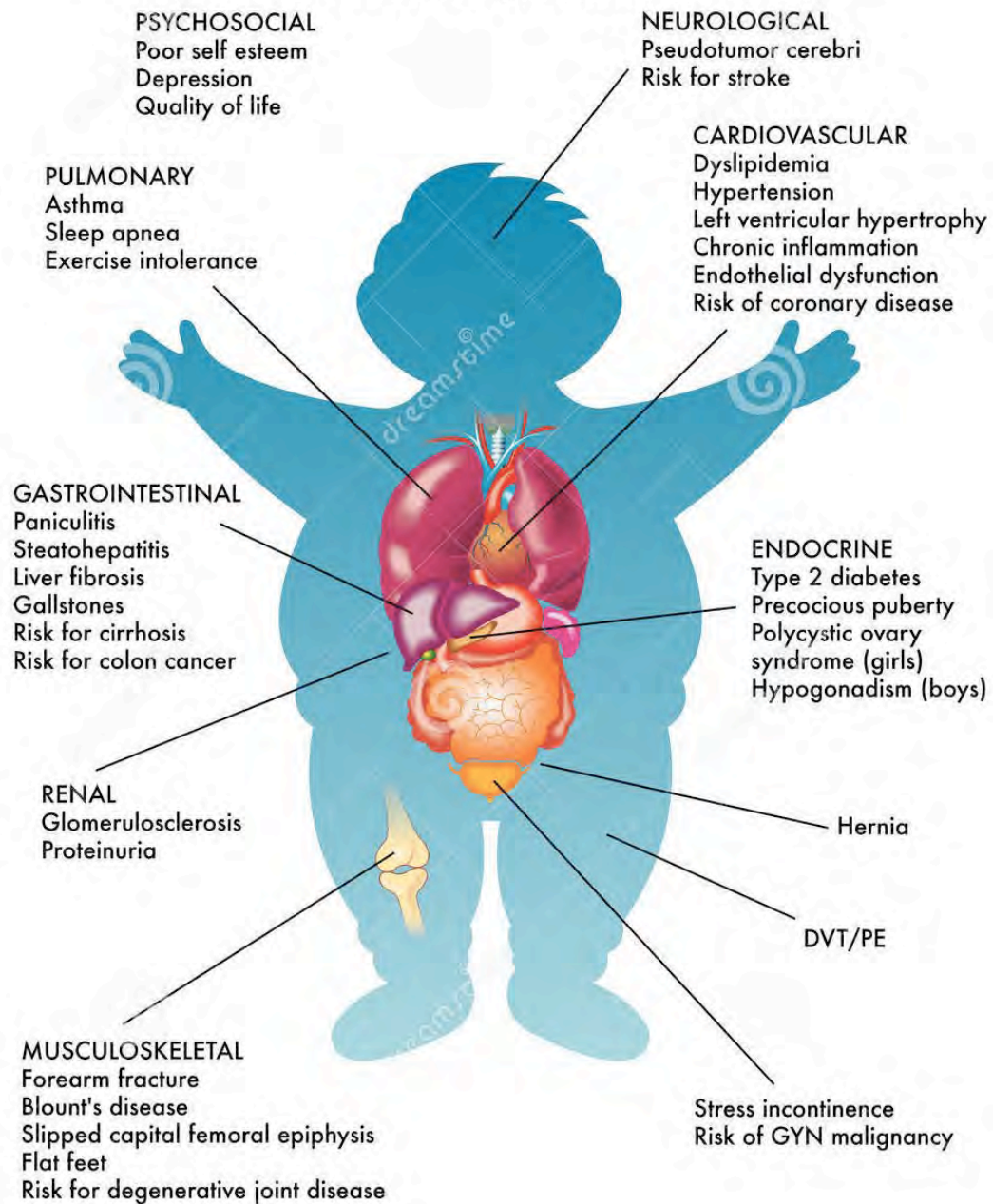
copingstrategieën





Childhood Obesity

medical complications



Verminderde beweeglijkheid en uithouding

Astma, kortademigheid

refluxklachten

Hoge bloeddruk

Chronische ontstekingen

Insulineresistentie en diabetes type 2

Metabool syndroom

Leververvetting

Slaapstoornissen en obstructief slaapapneu

Vroege puberteit en onregelmatige menstruatie bij meisjes

Late puberteit bij jongens



Aanpak overgewicht en obesitas in de praktijk

CASUISTIEK

Casus 1



Context: drukke raadpleging

Stijn, 13 jaar, samen met mama

Hulpvraag: hoest en koorts, toch geen longontsteking?

Uitwerking:

- geruststellend klinisch onderzoek

- symptomatisch beleid

- opvallend: uitgesproken uiterlijk overgewicht

Wat doen?



Casus 1 vervolg



Metten = weten!

- G 64 kg, L 145 cm, BMI **29.4** kg/m² (SD 2.6)

Benoemen

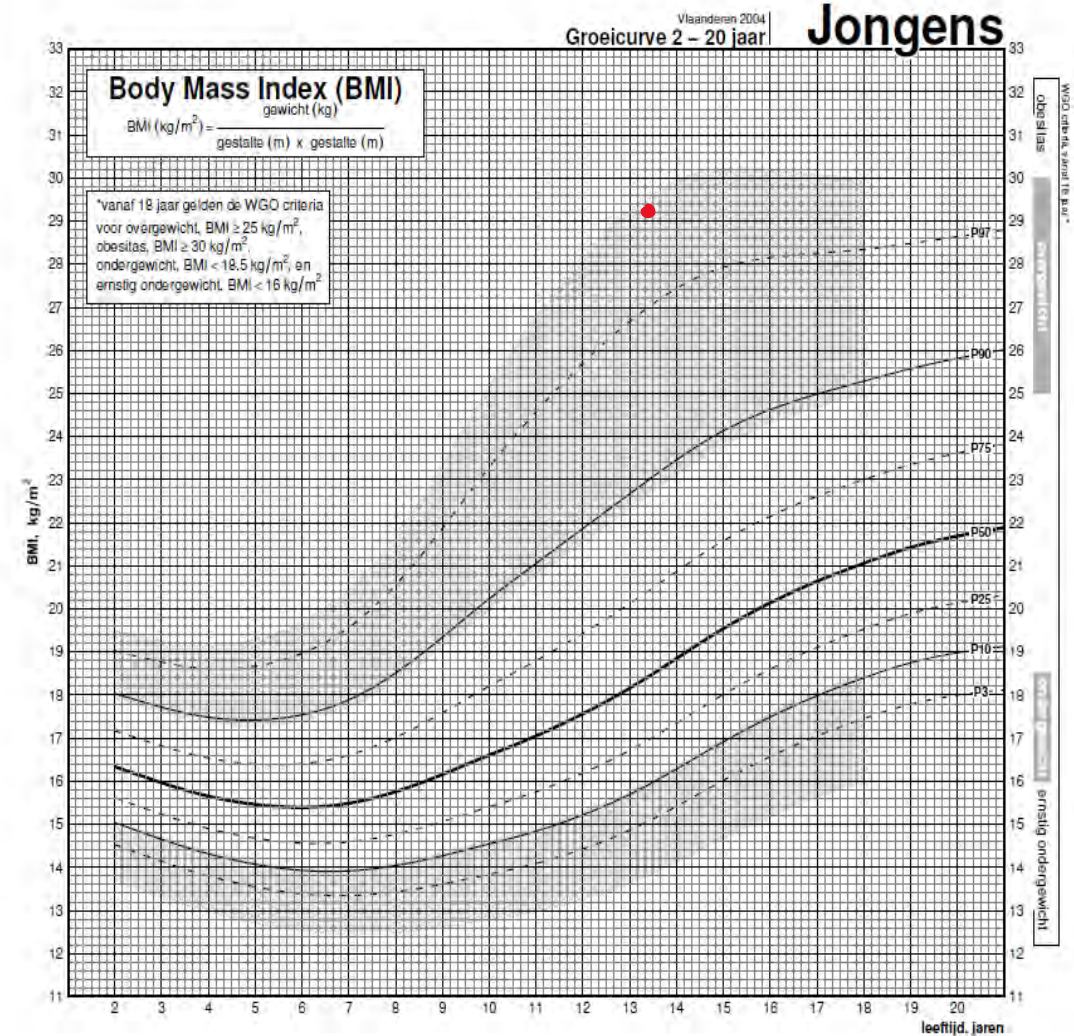
- neutraal taalgebruik, 'gewicht', gezondheid

Peilen naar bewustzijn kind en ouder

Motivatie voor eventuele gedragsverandering?

Nieuwe afspraak?

In 2^e tijd verwijzen?



Casus 2



Fien, 12 jaar oud, met mama

Hulpvraag: bezorgd dat ze teveel weegt voor haar lengte, BMI zelf uitgerekend en is te hoog

Anamnese:

- altijd al bovenaan de curve, zowel G als L
- overgewicht in de familie: mama, maternele grootouders en tantes
- voelt zich algemeen goed, geen klachten
- actieve hobby: 2x/week volleybal training, 1x/week match
- Eet graag, grote porties, 's avonds laat eten na de training, veel kant-en klare maaltijden, weinig tijd, weinig samen eten aan tafel
- Gaat laat slapen, vooral in het weekend
- veel op smartphone scrollen, voelt zich nadien slecht, wil graag de kleren kunnen dragen die 'in' zijn

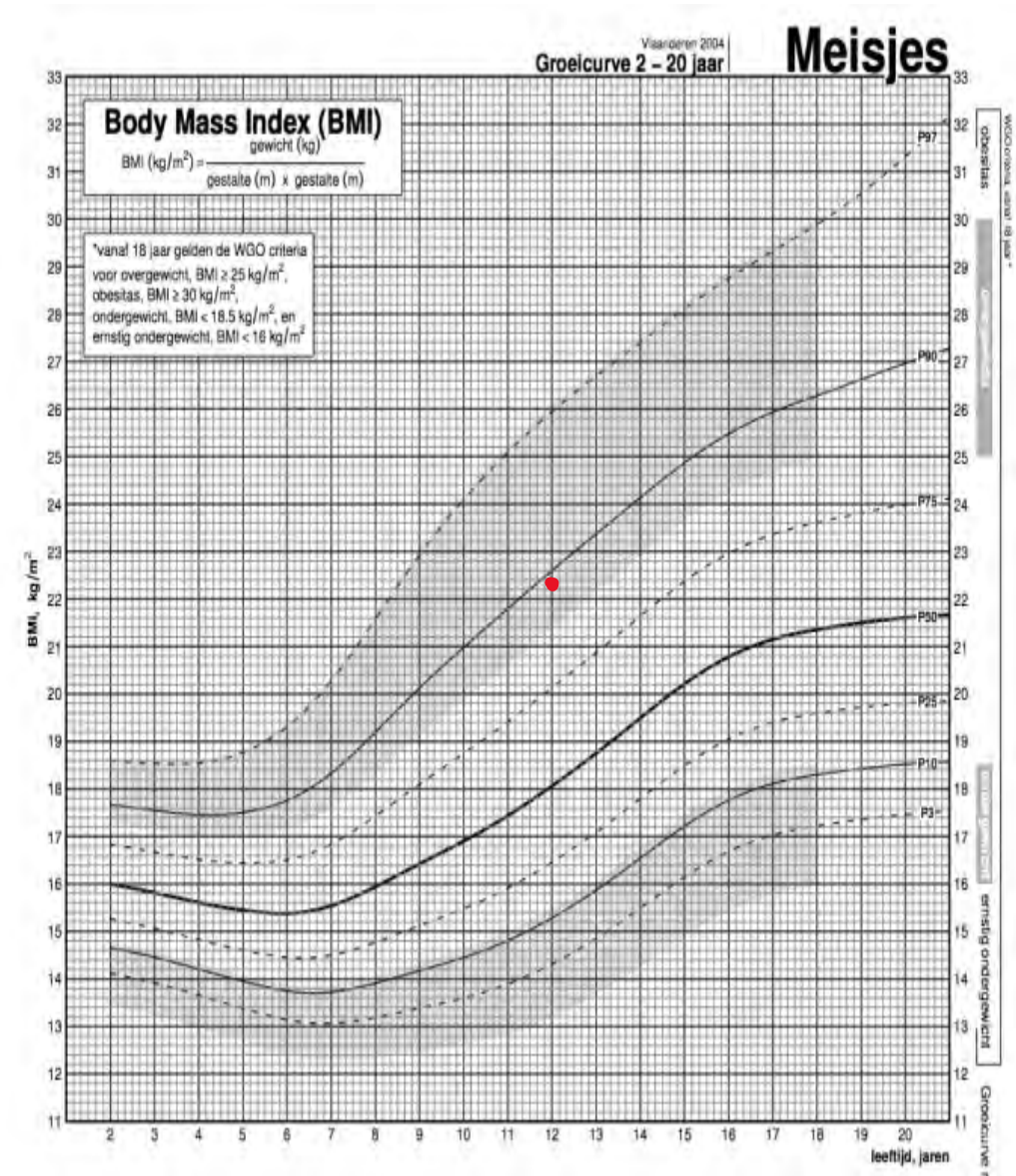
Casus 2 vervolg



Klinisch onderzoek:

- BMI 22.5 kg/m² (+1.6 SD), normotens
- geen stigmata, geen andere bijzonderheden

→ levensstijlaanpak



Algemene pijlers bij aanpak overgewicht



4 algemene pijlers voor een gezond gewicht:

gezonde voeding en eetgedrag

bewegen

voldoende slaap

ontspanning, omgaan met emoties

Doelstelling: groei bevorderen, behoud van gewicht

Focus: gezondheid, niet 'ideaal gewicht' of 'schoonheidsideaal'

'Make it a family issue'

Pijler 1: Gezonde voeding en eetgedrag



- Water = standaard, vermijd vruchtensappen en frisdrank.
- Maak water aantrekkelijk door een leuke drinkbus, voeg een natuurlijk smaakje toe
- Vaste eetmomenten, vaste tijdstippen
- Samen eten/koken, maak het gezellig
- Maak gezonde voeding makkelijk toegankelijk
- Geen schermen tijdens de maaltijd



- Goed kauwen, rustig eten
- De 'ideale' portie
- Het bord hoeft niet leeg – aanvoelen verzadigingsgevoel
- Vermijd hoog bewerkte voeding (< 5 ingrediënten)
- Variatie, blij smaken aanbieden
- Geef inspraak, maar beperk de keuze
- Zondigen mag

Pijler 2: Beweging en actieve levensstijl



- **Doel:** plezier beleven in bewegen en sport, opbouwen actieve levensstijl, energieverbruik verhogen
- Nadruk op de hoeveelheid fysieke activiteit (duur en frequentie), niet op de intensiteit
- Bewegingseducatie: hoe actiever zijn in het dagelijks leven
- Algemene aanbeveling: **dagelijks 1 tot 1,5 uur bewegen, liefst buiten**
- Fiets/te voet naar school
- +/- 13.000 stappen per dag
- Hobby of sport zoeken
- Eventueel 'start to move' via kinesist: Aërobe activiteiten, in combinatie met krachttraining, succeservaringen opdoen in bewegen

Pijler 3: slaap bevorderen



Doel = betere regulatie van honger- en verzadigingshormonen, beter uitgerust om actief te zijn overdag



Hoeveel slaap is nodig?

- kleuters (3-5j): 10-13 uur
- kinderen (6-13j): 9-11 uur
- jongeren (14-17j): 8-10 uur
- volwassenen: 7-9 uur

Pijler 4: psychosociaal, emoties



- Niet teveel nadruk op het gewicht, focus op gezondheid
- Aandacht voor wat een kind uniek maakt, waar het trots op is
- Stimuleer hobby's en interesses
- Zet haalbare doelstellingen om teleurstelling en gevoel van falen te vermijden
- Beloon inzet en niet resultaat
- Media weerbaarheid: succesvolle rolmodellen kiezen

Casus 3



Hannah, 2 jaar 3 maanden

Hulpvraag: gedrag, mama ten einde raad

- Ex-prematuur en SGA, snelle inhaalgroei de eerste 6 maanden
- Huidig G/L >P97, komt snel bij, + 5 kg op 6 maanden
- Eigen willetje, driftbuien, ruzie over eten, continu vragen naar eten
- Snel uitgeput bij stappen, wil in de buggy zitten
- Bezorgdheid vanuit de school naar gedrag

→ Doorverwijzen (genetica)

Casus 4



David, 11 jaar, met vader

Hulpvraag: zwaarlijvig, heel moe, introvert

- Sinds covid + scheiding ouders 3 jaar geleden exponentiële gewichtstoename
- Voelt zich slecht in zijn vel, wordt gepest op school, schoolverzuim hierdoor
- Vaak alleen thuis, dan kasten plunderen
- Nausea-klachten, hoofdpijn
- Pijn in voeten, lage rugpijn
- Voelt zich heel moe, 's ochtends niet uitgerust, snurken, stokkende ademhaling

Casus 4 vervolg



Klinisch onderzoek:

- BMI + 3,6 SD
- BD 135/86 mmHg
- Acanthosis nigricans hals- en okselplooien, donkere striae op buik en dijen
- Lumbale hyperlordose, pedes plani
- Hypertrofe tonsillen
- Benauwd bij neerliggen

Bloedname

- Dyslipidemie (totaal cholesterol 196 mg/dL, HDL-cholesterol 37 mg/dL, triglyceriden 154 mg/dL)
- Glycemie 95 mg/dL, Insuline 16,8 μ U/ml (=117 pmol/L)

Casus 4: metabool syndroom



Age (years)	Obesity (WC)	Triglycerides	HDL-C	Blood pressure	Glucose
6-<10	≥ 90th percentile	Metabolic syndrome cannot be diagnosed, but further measurements should be made if there is a family history of metabolic syndrome, T2DM, dyslipidemia, cardiovascular disease, hypertension and/or obesity			
10-<16	≥ 90th percentile or adult cut-off if lower	≥1.7 mmol/L (≥150 mg/dL)	<1.03 mmol/L (<40 mg/dL)	Systolic ≥130/ diastolic ≥85 mm Hg	≥5.6 mmol/L (100 mg/dL) (If ≥5.6 mmol/L [or known T2DM] recommend an OGTT)
≥ 16 (adult criteria)	Central obesity (defined as waist circumference ≥ 94cm for Europid men and ≥ 80cm for Europid women)	≥1.7 mmol/L (≥150 mg/dL)	<1.03 mmol/L (<40 mg/dL) in males and <1.29 mmol/L (<50 mg/dL) in females, or specific treatment for these lipid measurements	Systolic ≥130/ diastolic ≥85 mm Hg, or treatment of previously diagnosed hypertension	Fasting plasma glucose ≥5.6 mmol/L (100 mg/dL), or previously diagnosed type 2 diabetes

Wanneer doorverwijzen?



- BMI > P97 of > 2 SD (obesitas)
- Early onset obesity (< 3 jaar)
- Vermoeden syndromale of genetische aandoening: ontwikkelingsvertraging, dysmorfie, gehoor- of visusproblemen, hyperfagie,...
- Vermoeden hormonaal lijden: goiter, buffalo hump, moon face,...
- Klinische stigmata ernstig overgewicht: acanthosis nigricans, striae
- Complicaties/Labo-afwijkingen/aanwijzingen metabool syndroom:
 - Hypertensie (6-10j >125/85 mmHg / 11j-18j > 140/90 mmHg)
 - Hypercholesterolemie > 190 mg/dL, triglyceriden > 150 mg/dL
 - Nuchtere glycemie 95-110 mg/dl
 - Nuchter insuline > 15.7 μ U/ml of 109 pmol/l (lage sensitiviteit, hoge specificiteit)
- Geen verbetering na 6 maanden levensstijlaanpassing
- Vermoeden eetstoornis, ernstig verstoorde emotieregulatie, automutilatie,...

2^e/3^e lijn oppuntstelling



- Uitgebreide anamnese en klinisch onderzoek
- Nuchtere bloedafname, genetisch onderzoek
- Bij vermoeden/klinische tekens insulineresistentie of reeds hoog nuchter insuline: OGTT
- Echo abdomen (leversteatose)
- Longfunctie (evaluatie longvolume, onderliggend astma)
- Echo cardio (ventrikeldysfunctie)
- 3^e lijn: polysomnografie
- 3^e lijn: onderzoeksgericht: vetmassa, calorimetrie, endotheelfunctie

2^e/3^e lijn multidisciplinaire aanpak



Kinderarts

- evaluatie ernst en comorbiditeiten
- eventueel medicamenteuze ondersteuning
- bepalen doel: gewichtsverlies dan wel stabilisatie

Kinderdiëtist

Psycholoog

Kinesist

Doelstelling: individuele aanpak, doelen stellen, vertrouwensband opbouwen, langdurige opvolging, aandacht voor hervalpreventie

Aanpak in 1^e lijn



Doelen stellen

Positieve bekrachtiging

Opvolgen welzijn kind

Begeleiding gezin

Nauwe opvolging: (twee)maandelijks contacten

Behandeldoelstellingen:

- Gewichtsstabilisatie
- Terugdringen complicaties (medisch, psychosociaal)



Mutualiteit- terugbetaling

- **Diëtist:** sinds 1/4/2020 terugbetaling van consulten voor overgewicht, vanaf 6 jaar, op voorschrift, 10 sessies over 2 jaar (5€ bijdrage per sessie van 30 min)
- **Psycholoog:** afhankelijk van verzekeraar 10-15 sessies, 10-15€ per zitting vergoed
- **Kinesist (geconventioneerd):** per sessie 6€ remgeld



Multidisciplinair team via ziekenhuis 2e/3e lijn:

- ❖ GZA ziekenhuizen: dr. Katleen Poschet (SV), dr. Florence Slap (SA), dr. Marijke Ysebaert (SV+SA)
- ❖ ZNA ziekenhuizen: dr. Daniel Klink en dr. Sofie Ryckx (Paola), dr. Liesbet De Pourcq (Jan Palfijn)
 - 'ZAS' samenvloeien 1 dienst met gelijkaardige aanpak en omkadering
- ❖ UZA (3^e lijn): obesitasteam o.l.v. dr. Karolien Van De Maele (aanmelding wachtlijst)



'No single intervention—pharmacological, surgical, public, or governmental policies—can halt the growth of the obesity epidemic alone. It is important to have a holistic multisectoral approach that targets the obesity epidemic. Without such an approach, obesity is likely to overtake smoking as the main risk factor for preventable cancer in the coming decades.'

- The Lancet, juni 2022

Bedankt voor jullie aandacht!



Vragen?

Marijke.ysebaert@gza.be

Sint Vincentius ziekenhuis 03/285 28 35

Sint Augustinus ziekenhuis 03/443 38 96