



## Inleiding

De standaard "Groeï en Pubertaire ontwikkeling" is een feit. Op 2 en 6 december 2005 werd deze standaard aan de medewerkers van de CLB voorgesteld. Meer dan 500 deelnemers hebben bij die gelegenheid kennis gemaakt met de richtlijnen en de wetenschappelijke basis voor de keuzes die werden gemaakt.

De aanwezige artsen en verpleegkundigen kregen een exemplaar van de integrale standaard. Om alle artsen en verpleegkundigen te bereiken, werd een CD-rom naar alle CLB gestuurd waarop de teksten te vinden zijn, aangevuld met de werkfiches voor wegen en meten en de scorekaarten van pubertaire ontwikkeling.

Bovendien is de **standaard integraal te downloaden** van de VVWJ-website. Ten behoeve van de gebruiksvriendelijkheid wordt er geprobeerd om de standaard zo veel mogelijk in 'verteerbare stukken' aan te bieden. Aarzel niet om eens te grasduinen in de rubrieken 'vragen van CLB' of 'implementatie'. Je kan er informatie vinden die onmiddellijk bruikbaar is voor de praktijk. Het materiaal dat je hier kan vinden wordt langzaam maar zeker aangevuld...

## Nieuwsflits

Door het regelmatig uitbrengen van een 'Nieuwsflits Groei & Puberteit', willen we je op de hoogte houden van inhoudelijke aanvullingen, nuttige wetenschappelijke informatie, onderzoeksprojecten en zo veel meer.

## Coördinatoren

Om de 'adoptie' van de richtlijnen door de CLB-medewerkers te ondersteunen, wil de VVWJ, net zoals bij de standaarden 'visus' en 'vaccinaties', samenwerken met coördinatoren. Door een officieel schrijven van de overheid werd elk CLB gevraagd om een 'coördinator groei&puberteit' aan te stellen.

De coördinator is in de eerste plaats de draaischijf om informatie en vragen vanuit het eigen CLB aan de VVWJ door te spelen. Omgekeerd wil de VVWJ updates en belangrijke berichten via de coördinatoren aan alle CLB-medewerkers bezorgen.

### Even de opdrachten van de G&P-coördinator samenvatten:

⇒ CLB-medewerkers kunnen bij jou terecht met vragen, opmerkingen knelpunten die ze ervaren bij het toepassen van de standaard. Je verzamelt de vragen en speelt ze door naar de VVWJ.

⇒ De VVWJ stuurt je zo snel mogelijk een antwoord op het gestelde probleem, dat jij dan weer naar al je collega's terugkoppelt.

⇒ Nieuwe updates, interessante literatuur, vormingsinitiatieven, info over materiaal worden vanuit de VVWJ via jou ter info aan de medewerkers doorgegeven.

⇒ Je hoeft zelf geen training te organiseren

### Hou ons op de hoogte!

De VVWJ is bijzonder geïnteresseerd in **jouw ervaringen** met de toepassing van de standaard(en) in de dagelijkse CLB-praktijk.

⇒ Ervaar je knelpunten in het toepassen van de beslisbomen?

⇒ Twijfel je over al dan niet verwijzen?

⇒ Doet er zich een bijzondere klinische situatie voor?

De VVWJ wil graag jouw vragen en mogelijke oplossingen kennen, jouw ervaringen inventariseren en mogelijke oplossingen via het web voor iedereen beschikbaar stellen.

Je kan je vraag doorgeven aan G&P-coördinator of mailen naar [info@vvwj.be](mailto:info@vvwj.be) of naar [katelijne.vanhoeck@vvwj.be](mailto:katelijne.vanhoeck@vvwj.be)

### Artikels in de kijker

'Lengtemeting bij de pasgeborene' A.C. Engelberts, B. Koerts, J.J. Waelkens, J.M. Wit en B.J. Burger

Tijdschrift voor Jeugdgezondheidszorg December 2005 – Jaargang 37 – p.116

Sinds 1985 is het in Nederland niet meer de gewoonte om de geboortelengte op te meten. Men gaat ervan uit dat het strekken van de beentjes bij lengtemeting kort na de geboorte de ontwikkeling van congenitale heupdysplasie in de hand kan werken. De lengte van de zuigeling wordt voor het eerst gemeten ter gelegenheid van het eerste bezoek aan het consultatiebureau.

In dit artikel worden de argumenten opgesomd om bij elke pasgeborene toch onmiddellijk de lengte te meten. Alhoewel het meten van de geboortelengte in Vlaanderen tot het standaardonderzoek van de pasgeborene hoort, zijn de voorgedragen argumenten inspirerend voor onze praktijk bij de opvolging van de groei, zowel in de 3 eerste levensjaren als gedurende de schoolgaande leeftijd. Enkele punten worden uit het artikel gelicht.

### Waarom is kennis van de geboortelengte zo interessant?

De geboortelengte laat toe de gezondheidstoestand van de pasgeborene te beoordelen. Het is een ijkpunt waarmee de verdere groei van het kind wordt vergeleken. De geboortelengte en het groeipatroon in de eerste 2 à 3 levensjaren zijn van voorspellende waarde voor de volwassen eindgestalte.

⇒ Kinderen met een geboortelengte kleiner dan  $-2sds$  ( $\pm P_2$ ) hebben 7 maal meer kans om op 18 jaar nog een gestalte te hebben die kleiner is dan  $-2sds$  vergeleken met kinderen met een geboortelengte groter dan  $-2sds$ .

⇒ Van de kinderen met een intra-uteriene groeiachterstand zal 87% een inhaalgroei vertonen in het 1<sup>e</sup> levensjaar.

⇒ Van de prepuberale kinderen met een kleine gestalte is 21% reeds klein van bij de geboorte en zal dat op 18-jarige leeftijd nog steeds zijn. Hiertegenover staat dat slechts 14% van de 18-jarigen met een gestalte kleiner dan  $-2sds$  een laag geboortegewicht had.

⇒ Voor kinderen met een intra-uteriene groeivertraging en voor premature kinderen is de geboortelengte een betere voorspeller van een mogelijke inhaalgroei en van de eindlengte dan het geboortegewicht. Voor à term geboren kinderen is het geboortegewicht een betere voorspeller.

⇒ Prematuur geboren kinderen met een intra-uteriene groeivertraging én een geboortelengte kleiner dan  $-3.5sds$  hebben 36% kans om na 2 jaar nog steeds een gestalte kleiner dan  $P_3$  te hebben.

**International small for gestational age advisory board consensus development conference statement: management of short children born small for gestational age, 24 October 2001.**

**P.A. Lee, S.D. Chernausek, A.C.S. Hokken-Koelega, P. Czernichov.**

**Pediatrics 2003;111:1253-1261**  
te downloaden van [www.pediatrics.org](http://www.pediatrics.org)

In dit artikel worden aanbevelingen geformuleerd voor de opvolging door pediaters, endocrinologen, huisartsen en jeugdartsen van kinderen die 'small for gestational age' geboren zijn (=SGA). Het betreft een consensus met betrekking tot de definitie, de diagnose en de begeleiding van deze kinderen.

#### **Definitie.**

Een 'small for gestational age' baby wordt als volgt omschreven: een pasgeborene met een geboortegewicht of een geboortelengte kleiner of gelijk aan -2sds, rekening houdend met de zwangerschapsduur.

Een gestalte kleiner of gelijk aan -2sds blijkt goed te correleren met een gestoorde foetale groei. Men kan bijgevolg 3 entiteiten onderscheiden: SGA<sub>L</sub> (kleine lengte), SGA<sub>W</sub> (laag gewicht) en SGA<sub>WL</sub> (laag gewicht en kleine lengte).

SGA en intra-uteriene groeiachterstand (IUGR) zijn geen synoniemen. SGA verwijst naar de maten van het pasgeboren kind en niet naar de foetale groei. De term IUGR verwijst naar een pathofysiologisch proces dat zich in utero voordoet en de foetale groei remt zoals dit door minstens 2 echografische metingen tijdens de zwangerschap kon worden vastgesteld. Een kind geboren als SGA leed niet noodzakelijk aan een IUGR. Omgekeerd zal een kind dat tijdelijk een IUGR ondervond niet noodzakelijk als SGA worden geboren.

Inhaalgroei is een vroeg postnataal proces. Méér dan 80% van de kinderen vertoont een inhaalgroei in de 6 eerste levensmaanden. Een prematuur geboren kind én SGA zal hier wat langer over doen.

Ongeveer 10% van de SGA kinderen zal als kind, adolescent én volwassene een gestalte behouden kleiner dan -2sds. Het relatief risico<sup>♥</sup> voor een kleine gestalte op 18-jarige leeftijd is 5,2 voor de kinderen met een laag geboortegewicht en 7,1 voor de kinderen

<sup>♥</sup> het relatief risico is het quotiënt van 2 risico's. In dit geval (het risico op een kleine gestalte (<-2sds) op 18 jaar)/(het risico op een gestalte >-2sds op 18 jaar)

met een kleine geboortelengte. De geboortelengte weegt dus sterker door op de prognose van de volwassen eindgestalte dan het geboortegewicht.

#### **Wanneer spreekt men van voldoende inhaalgroei?**

Sommigen vinden een inhaalbeweging tot  $\geq P_3$  noodzakelijk, anderen nemen genoegen met een bereikte gestalte groter of gelijk aan -2sds. In ieder geval doet de inhaalbeweging zich voor in de eerste 2 à 3 levensjaren. Kinderen die in deze periode geen inhaalgroei hebben vertoond, zullen dit op eigen kracht niet meer doen. Deze kinderen moeten worden verwezen naar een pediatr met expertise in de endocrinologie.

#### **De gevolgen van SGA.**

⇒ Deze kinderen lijden emotioneel onder de kleine gestalte.

⇒ Blijkt dat ze in hun thuismilieu minder (niet in verhouding tot de leeftijd) cognitief worden gestimuleerd.

⇒ Ze hebben minder eetlust door een gebrek aan leptine en daardoor minder lichaamsvet.

⇒ Hun neurologische ontwikkeling is verstoord/vertraagd.

⇒ Hun schoolprestaties zijn gemiddeld lager en de socialisatie is verstoord.

⇒ Het risico op het ontwikkelen van een metabool syndroom is verhoogd bij de kinderen die op jonge leeftijd een sterke gewichtstoename kennen.

#### **Behandeling.**

Behandeling is geïndiceerd voor kinderen die na hun 2<sup>e</sup> à 3<sup>e</sup> levensjaar nog steeds een kleine gestalte (kleiner dan -2,5 SDS) hebben als gevolg van het ontbreken van voldoende inhaalgroei. De spontane inhaalgroei moet dus eerst worden afgewacht.

De behandeling wordt pas gestart nadat andere oorzaken van een kleine gestalte zijn opgespoord/uitgesloten.

Het doel van de behandeling is te komen tot een normale gestalte gevolgd door een verderzetting van een normaal groeiproces.

De beste resultaten worden bereikt wanneer de behandeling zo vroeg mogelijk wordt gestart (vanaf 3 à 4 jaar). Niettemin loont het de moeite om nog te behandelen op 9 à 10 jarige leeftijd.

#### **Enkele leerpunten uit beide artikels**

⇒ Bevraag en noteer geboortegewicht én de geboortelengte.

⇒ De geboortelengte is een betere voorspeller van de volwassen gestalte dan het geboortegewicht bij kinderen geboren SGA.

⇒ Kennis van een al dan niet gerealiseerde inhaalgroei is een belangrijk prognostisch gegeven bij kleuters en lagere schoolkinderen met een kleine gestalte die geboren zijn SGA.

⇒ Als een 2<sup>e</sup> kleuter, geboren SGA, nog geen inhaalgroei heeft vertoond, dan is dit een indicatie voor verwijzing en eventueel groeihormoonbehandeling. Het is een opdracht voor de CLB om deze kinderen op te sporen.

⇒ Een goede zwangerschapsanamnese is essentieel bij de start van de schoolloopbaan.

#### **Terugbetalingsvoorwaarden voor de behandeling met groeihormoon in categorie A**

⇒ Kleine gestalte als gevolg van een **tekort aan groeihormoon**, gestaafd door een verslag van een specialist verbonden aan een universitaire dienst.

⇒ Groeiretardatie in biologisch aangetoonde gevallen van **gonadale dysgenese** (syndroom van Turner).

⇒ Groeiretardatie bij **prepuberale kinderen met chronische nierinsufficiëntie** (nierfunctie lager dan 50 % van het normale) sinds meer dan een jaar. De diagnose moet worden gestaafd door een gedetailleerd schriftelijk verslag dat is opgesteld door een arts die verbonden is aan een universitaire dienst voor kindernefrologie.

⇒ Groeiretardatie en/of stoornissen ter hoogte van de lichaamssamenstelling in genetisch aangetoonde gevallen van het **Prader-Willi Syndroom**.

⇒ Dwerggroei (huidige lengte SDS < -2,5 en met een voor ouderlengte gecorrigeerde lengte SDS < -1) bij kinderen met een kleine gestalte die **SGA** (small for gestational age) zijn met een geboortegewicht en/of -lengte <-2 SD, die op een leeftijd van 4 jaar of ouder nog geen inhaalgroei hebben vertoond (groeisnelheid SDS < 0 gedurende het laatste jaar). Deze toestand dient gestaafd te worden door een gedetailleerd schriftelijk verslag dat is opgesteld door een specialist in groeistoornissen die verbonden is aan een universitaire dienst.

#### **Praktische berichten**

Hebt u de **VWVJ-website** reeds bezocht?

Het is warm aan te bevelen om [www.vwvj.be](http://www.vwvj.be) als startpagina in te stellen. Onze site wordt permanent beheerd. Dat betekent dat er zeer regelmatig nieuwe informatie in de 'vitrine' ligt!