

Uit: Signaleringsprotocol overgewicht in de Jeugdgezondheidszorg.

A.M.W. Bulk-Bunschoten  
C.M. Renders  
F.J.M. van Leerdam  
R.A. HiraSing

VUmc, Amsterdam, mei 2004

EMGO

#### 5.1.4.1 *Klinische blik*

Literatuuronderzoek liet zien dat de diagnose obesitas in de Jeugdgezondheidszorg het beste gesteld kan worden door gebruik te maken van de internationale BMI-criteria. Voor het vaststellen van overgewicht (terwijl nog geen sprake is van obesitas) zijn de BMI waarden veel minder goed (Mast 2002). De **klinische blik** van de onderzoeker in de JGZ, gebaseerd op kunde en ervaring, moet in deze gevallen de doorslag geven. Klinische blik is evenwel niet te standaardiseren. Het is wel mogelijk de klinische blik van artsen, verpleegkundigen en doktersassistenten JGZ te verscherpen door de volgende kenmerken bij de beoordeling van de BMI te betrekken.

##### - Lichaamsbouw

Korte benen, gespierd zijn of breed gebouwd zijn kunnen leiden tot een hoge BMI waarde zonder dat sprake is van overgewicht. Het omgekeerde komt evenzo voor. Een kind met een nog normale BMI, dat zeer smal gebouwd is en/ of zeer lange benen heeft, kan toch overgewicht hebben.

13

##### - Puberteitsstadium

Vlak voor het begin van de puberteit treedt een fysiologische groeidip op, waardoor kinderen een hogere BMI hebben dan bij onderzoek gedacht werd. In een later stadium van de puberteit treedt juist een groeiversnelling op waardoor weer het omgekeerde kan worden waargenomen. Inzicht in het puberteitsstadium kan bij meisjes verkregen worden door navraag te doen naar de menarchedatum, zo die al bereikt is. Bij jongens is het alleen mogelijk door lichamelijk onderzoek aan de hand van de puberteitsstadia volgens Tanner (Tanner 1969).

##### - Etniciteit

-

Andere lichaamsbouw dan de Nederlandse bouw kan vertekening van de BMI geven. Internationaal wordt nagedacht om de afkapwaarden van obesitas bij kinderen van Aziatische afkomst lager te leggen. Anderzijds worden kinderen van Midden- en Zuid-Amerikaanse afkomst op grond van hun lichaamsbouw sneller als te dik aangemerkt. Ook bij mediterrane kinderen en kinderen uit centraal Afrika kunnen kinderen zonder de klinische blik onjuist

gecategoriseerd worden.

- Verdeling van vet over het lichaam

-

Het type vetafzetting, vooral rond de buik met relatief smalle benen en armen, geeft grotere kans op gezondheidsschade later.

Bij de klinische blik behoort het nagaan van de groeicurven tot het huidige meetmoment. Een continue licht verhoogde BMI lijkt in de praktijk minder alarmerend dan een snel stijgende BMI.

Beter dan gebruik van de klinische blik zou het meten van de middelomtrek zijn. Deze maat is in ieder geval bij volwassenen beter gecorreleerd met visceraal vet dan de BMI. Momenteel zijn de afkapwaarden van de middelomtrekmetingen voor overgewicht bij kinderen nog niet zo goed onderbouwd dat zij algemeen toepasbaar zijn. Tot die tijd moet gebruik gemaakt worden van de subjectieve klinische blik als best practice om het definitieve onderscheid normaal gewicht – overgewicht te maken.