



Een familiale gedragsaanpak van obesitas bij kinderen

Referentie

Wilfley DE, Saelens BE, Stein RI, et al. Dose, content, and mediators of family-based treatment for childhood obesity. A multisite randomized clinical trial. *JAMA Pediatrics* 2017;171:1151-9. DOI: 10.1001/jamapediatrics.2017.2960

Duiding

Paul De Cort, Academisch Centrum voor Huisartsgeneeskunde, KU Leuven

In een vorige bijdrage van Minerva (1) gaven we duiding bij een gerandomiseerde placebogecontroleerde studie (2) die het effect van zelfregulatie met kleine of grote aanpassingen in calorie-inname en fysieke activiteit onderzocht bij jongvolwassenen. Vooral een sterke daling in calorie-inname (500-1000 kcal minder per dag) en een forse toename in fysieke activiteit (tot 250 min/week) leidden op korte tijd tot een gewichtsdaling. We stelden echter vragen bij de klinische relevantie en de duurzaamheid van dit resultaat. Bovendien wezen we op het toegenomen risico op het ontstaan van eetstoornissen door een (te) sterke focus op gewichtsdaling (3). Een recente systematische review met meta-analyse van de Cochrane Collaboration (4) kwam tot het besluit dat een behandeling die gelijktijdig focust op dieet, fysieke activiteiten en gedragstherapie bij kinderen tussen 6 en 11 jaar (mediaan 10 jaar) met obesitas leidt tot een gemiddelde daling van de BMI van $-0,53 \text{ kg/m}^2$ (95% BI van $-0,82$ tot $-0,24$, $p < 0,00001$; $N=24$ studies met $n=2785$ kinderen) en een gemiddeld gewichtsverlies van $-1,45 \text{ kg}$ (95% BI van $-1,88$ tot $-1,02$, $p < 0,00001$; $N=17$ studies met $n=1774$ kinderen). De graad van evidentie was laag tot zeer laag door het hoge risico op **performance** en **detection bias** in een belangrijk deel van de studies en door de inconsistentie van de studieresultaten. Bovendien was de follow-up in sommige studies beperkt tot slechts 6 maanden.

Een recente parallele groepen RCT (5) selecteerde 172 ouder-kind-paren. De kinderen waren tussen 7 en 11 jaar oud, hadden een gewicht $\geq 85^{\text{ste}}$ percentiel voor leeftijd en geslacht en hadden minstens één ouder met een BMI ≥ 25 . Na een periode van 4 maanden familie-gebaseerde gedragstherapie (FGT) die bestond uit wekelijkse sessies van 30 minuten met familie en van 45 minuten in afzonderlijke kind- en oudergroepen waarin men praktische vaardigheden aanleerde voor de aanpassing van dieet en bewegingsactiviteiten (bekrachtiging, stimuluscontrole, planning, hervalpreventie...), werd de onderzoekspopulatie gedurende 8 maanden verdeeld in 3 groepen:

- een controlegroep ($n=57$) die aanvullende informatie kreeg over voeding en beweging en deelnam aan workshops over koken, winkelen in een grootwarenhuis en stretching
- een groep met lage therapie-intensiteit ($n=56$) die een tweewekelijkse sessie kreeg (30 minuten met familie en 75 minuten in afzonderlijke kind- en oudergroepen) met focus op het optimaliseren van de sociale en de fysieke omgeving (thuis, school, werk, restaurant, vrienden) om een gezonde leefstijl en gewichtsreductie te bevorderen; zowel ouder als kind werden gewogen tijdens iedere sessie
- een groep met hoge therapie-intensiteit ($n=59$) die dezelfde sessies wekelijks kreeg, waardoor de motivatie en het verwerven van de aangeleerde vaardigheden (zoals omgaan met negatieve reacties van peers, uitbouwen van een familiale omgeving die gezond gedrag ondersteunt) intenser was; ook hier woog men ouder en kind tijdens iedere sessie.

Als primaire uitkomstmaat kozen de onderzoekers voor het percentage kinderen met overgewicht, gedefinieerd als een BMI boven het gemiddelde voor leeftijd en geslacht volgens een gevalideerde tabel (6), wat voor deze studie bijzonder relevant was omdat 50% van de geïncludeerde patiënten in het

hoogste gewichtspercentiel vertoefde. Als secundaire uitkomstmaat hanteerde men een vermindering van minstens 9% in lichaamsgewicht ten opzichte van de beginsituatie. Een meta-analyse kon aantonen dat deze daling geassocieerd is met een verbetering van het cardiovasculaire risico (7). Ten opzichte van de controlegroep zag men tussen 4 en 12 maanden 6,71% (met 95% BI van -9,57 tot -3,84; $p < 0,001$) minder kinderen met overgewicht in de hoog intensieve therapiegroep en 3,34% (met 95% BI van -6,21 tot -0,47; $p = 0,02$) minder in de laag intensieve therapiegroep. Men zag een klinisch relevante gewichtsreductie van 9% bij 82% van de kinderen in de hoog intensieve therapiegroep versus 64% in de laag intensieve therapiegroep (verschil van 18% met 95% BI van 1 tot 34%; $p = 0,03$; NNT=6) en 48% in de controlegroep (verschil van 34% met 95% BI van 16% tot 51%; $p < 0,001$; NNT=3).

Deze RCT is van goede methodologische kwaliteit, behalve dat er **selectiebias** mogelijk is omdat men alleen vrijwillige, dus gemotiveerde deelnemers, rekruteerde. Over de blinding hebben we geen gegevens en er is een verschil in basiskenmerken tussen de verschillende behandelingsgroepen wat betreft de aanwezigheid van ernstige obesitas (opvallend hoger in de groep met hoge therapie-intensiteit). We kunnen ons ook afvragen of deze gunstige resultaten zullen standhouden op langere termijn, met of zonder continue therapeutische ondersteuning. Deze studie biedt wel belangrijke informatie over een dosisrespons van uitgebreide gedrags- en systeemtherapie op gewichtsreductie. Nieuw is ook dat deze studie niet alleen focust op gewichtsreductie (alhoewel de weegschaal toch nog prominent aanwezig blijft bij elke therapiesessie), maar dat ook veel aandacht wordt geschonken aan contextuele verbeteringen zoals hulp bij gezonde voeding en eetgewoonten binnen het gezin, aandacht voor (niet) stigmatiseren, geestelijk en lichamelijk welgevoelen, lichaamsbeeld, betrekken van school en vrije tijd omgeving enzovoort. Het is jammer dat in deze studie geen gegevens werden verzameld over een eventuele verbetering van het algemeen welbevinden van kind en ouders. Het verschuiven van de behandelingsfocus van een loutere gewichtsreductie naar een verbetering van de algemene gezondheid en het welgevoelen als motor voor de benadering van obesitas, komt immers meer en meer op de voorgrond als nieuw paradigma (8).

Besluit

Deze RCT van goede methodologische kwaliteit toont aan dat een familiale gedragsmatige aanpak leidt tot een statistisch significante gewichtsreductie bij kinderen met obesitas.

Voor de praktijk

Naast het wijzigen van eetgewoonten, het bestrijden van sedentariteit en het aanmoedigen van lichamelijke activiteiten wijst de aanbeveling van Domus Medica over obesitas bij kinderen op het belang van een gedragswijziging van het hele gezin en van de omgeving (9). De huidige studie bevestigt het nut van een familiale, gedragsmatige aanpak. Implementatie van deze aanpak veronderstelt multidisciplinaire samenwerking, deskundigheidsbevordering van de eerstelijnsactoren en beleidsmatige ondersteuning. De draaiboeken van eetexpert.be (voor huisartsen, diëtisten, CLB artsen, psychologen) kunnen hiervoor een goede leidraad voor de praktijk vormen (10).

Referenties zie website