

Vækstkurver for børn

Henrik Thybo Christesen, Dorte Hansen & Jesper Johannesen

STATUSARTIKEL

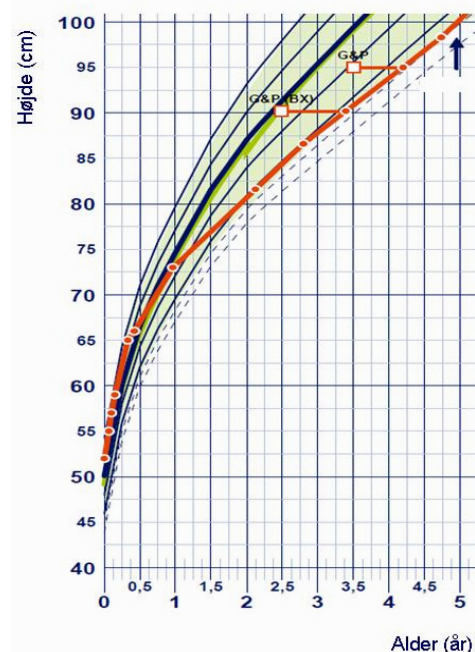
Dansk
Pædiatrisk Selskabs
Endokrinologiudvalg

Børns vækst påvirkes af genetik, ernæring, miljø, kronisk sygdom og hormoner. Monitorering af væksten er et vigtigt redskab til at identificere underliggende sygdom hos barnet. WHO udgav i 2006 en multietnisk vækstkurve for 0-5-årige børn uden kronisk sygdom, med gode socioøkonomiske forhold, ikkerygning under graviditeten og amning i mindst tre måneder [1]. Sundhedsstyrelsen anbefalede i 2011 denne vækstkurve til brug i primærsektoren. Forinden havde danske pædiatere i 2007 anbefalet brugen af en svensk vækstreference fra 2002 [2] frem for den danske med tal fra 1970'erne [3]. Der foreligger nu helt nye danske vækstreferencer med data indsamlet i perioden 1987-2006 [4]. De nye vækstkurver viser, at kaukaside, danske børn vejer mere gennem opvæksten i forhold til i 1970'erne (piger dog kun til 12 år), og de bliver højere (piger +2,9 cm; drenge +1,4 cm). Eksklusion af ikkeammuede og børn af mødre, der røg i graviditeten, har ingen betydning for vægt og længde/højde. Vægt og længde er dog lidt lavere i 0-1-årsalderen i forhold til den tidligere danske reference, måske pga. en højere ammeffrekvens i dag. Sammenlignes med WHO's standardkurver, er de danske børn højere, vejer mere og har især større hovedomfang. Den samme tendens er konstateret i flere andre lande. Ved anvendelse af WHO's kurver i stedet for nye nationale kurver vil korte/lave og mikrocefale børn således kunne blive overset, og flere vil blive klassificeret med gigantisme og makrocefali. Blandt 0-2-årige piger med Turners syndrom blev 50% færre klassificeret med en længde under trepercentilen ved anvendelse af WHO's kurve i stedet for den nyeste finske kurve [5]. Lignende misklassifikation vil forventes at kunne finde sted for en række andre sygdomme. Vi anbefaler brug af veludarbejdede, opdaterede nationale vækstkurver med eksklusion af ikkeammuede og børn, hvis mødre røg i graviditeten. De nye danske vækstreferencer bør føre til en justering af formlen for beregning af børns sluthøjdepotentiale. Til ikkekaukaside børn og til internationale sammenligninger kan WHO's standardkurve med fordel anvendes.

KORRESPONDANCE: Henrik Thybo Christesen, H.C. Andersen Børneafdeling, Odense Universitetshospital, Sdr. Boulevard 29, 5000 Odense C.
E-mail: henrik.christesen@rsyd.dk
INTERESSEKONFLIKTER: Forfatternes ICMJE-formularer er tilgængelige sammen med artiklen på Ugeskriftet.dk

LITTERATUR

1. World Health Organization Multicentre Growth Reference Study Group. WHO Child Growth Standards. Geneva: World Health Organization, 2006
2. Wikland KA, Luo ZC, Niklasson A et al. Swedish population-based longitudinal reference values from birth to 18 years of age for height, weight and head circumference. *Acta Paediatr* 2002;91:739-54.
3. Andersen E, Hutchings B, Jansen J et al. Højde og vægt hos danske børn. *Ugeskr Læger* 1982;144:1760-6.
4. Tinggaard J, Aksglaede L, Sørensen K et al. The 2014 Danish references from birth to 20 years for height, weight and body mass index. *Acta Paediatr* 2013 15. okt (e-pub ahead of print).
5. Saari A, Sankilampi U, Dunkel L. Multiethnic WHO growth charts may not be optimal in the screening of disorders affecting height: Turner syndrome as a model. *JAMA Pediatr* 2013;167:194-5.



Vækstkurve for barn diagnosticeret med væksthormonmangel (pil). På den skandinaviske vækstkurve ligger de sidste tre højdemål < -2 SD, men på WHO's vækstkurve (grøn) i normalområdet.