

Sarcopenie, een ziekte of niet?

Twee verschillende visies op sarcopenie, Andrea Maier versus Ria Nijhuis

Interview door Shanty Sterke



Sarcopenie, is het nou een ziekte of niet?

‘Ja’ zegt Andrea Maier, hoogleraar gerontologie aan de Vrije Universiteit Amsterdam en de Universiteit van Melbourne.

‘Nee’ vindt Ria Nijhuis, hoogleraar paramedische wetenschappen aan het Radboudumc. Volgens Nijhuis is er sprake van een interactie tussen veroudering, leefstijl en ziekten die hier invloed op hebben. ‘Het is iets waar je mee moet dealen bij het ouder worden.’ Dit zijn twee manieren om naar spiervmassaverlies bij ouderen te kijken.

Zo vindt Nijhuis het van groot belang dat we ouderen stimuleren en ondersteunen om met de uitdagingen die veroudering en de daarmee gepaard gaande multimorbiditeit met zich meebrengen, om te gaan. Sarcopenie is slechts één aspect, maar niet het enige.

Ouderen zijn veel meer gebaat bij een goede degelijke probleemanalyse en advies hoe zij hun conditie zo goed mogelijk op peil houden. Door fragmentarisch te kijken help je de oudere volgens haar niet op weg. ‘Moeten we willen dat we bij veroudering al die verschillende processen die horen bij verouderen ook als ziekte gaan definiëren? Veroudering geeft op alle celniveaus minder goede functies. Veroudering van het spierstelsel zorgt voor afname van kracht, afname van massa en afname van contractiliteit. Maar dat geldt ook voor het hartvaatstelsel, zenuwstelsel, longstelsel, botten, voor de huid en het telt ook nog eens voor je ogen, oren. En voor mij is dan de vraag: moet je er één systeem uithalen? Of moeten we die oudere als één geheel blijven zien?’

‘Daar ben ik het absoluut niet mee eens’, zegt Maier.

... Als we sarcopenie geen ziekte noemen, zijn osteoporose en diabetes type 2 dan ook geen ziektes meer? ...

‘Als je zo redeneert, mag je geen enkele ziekte op oudere leeftijd meer ziekte noemen. Veroudering is de grootste risicofactor voor de meeste ziekten en voor de meeste hebben we effectieve behandelingen. Een mooi voorbeeld is osteoporose. Dat is een ziekte en de grootste risicofactor is chronologische leeftijd. Hetzelfde geldt voor cardiovasculaire aandoeningen en voor kanker op oudere leeftijd. Dus ook sarcopenie is een ziekte. Als we sarcopenie geen ziekte noemen, zijn osteoporose en diabetes type 2 dan ook geen ziektes meer en gaan we stoppen met de orgaanspecifieke behandeling van de botten en de al-

veesklier? Dat lijkt mij niet goed. Alle organen laten een achteruitgang in functie zien vanaf ongeveer 25- tot 30-jarige leeftijd. Echter is de achteruitgang individueel bepaald. Als de achteruitgang consequenties heeft voor omliggende organen of voor het functioneren van het lichaam, noemen wij het een ziekte en gebruiken we afkappunten om 'normaal' van 'ziek' te onderscheiden. Dat hebben we ook voor het hemoglobinegehalte om bijvoorbeeld anemie vast te stellen en daarmee het disfunctioneren van de bloedstamcellen. Voor sarcopenie hebben wij ook afkappunten. Iemand met de ziekte sarcopenie heeft een slechtere uitkomst. Ouderdomsziektes komen vaak sluimerend en vervolgens voldoe je aan de criteria en dan heb je een ziekte.'

Nijhuis ziet sarcopenie eerder als een onderdeel van kwetsbaarheid. We moeten de boodschap blijven uitzenden dat gezond leven al die andere verouderingsfacetten en sarcopenie tegenhouden. De fysiotherapeut moet nagaan of er sprake is van krachtsverlies maar ook of er sprake is van balansverlies. 'Het zal je een worst wezen of het sarcopenie is of wat anders. Je moet trainen wat die patiënt tekort komt. En je moet natuurlijk de risicofactoren weten, zoals geslacht. Vrouwen hebben iets meer risico. Mensen

die maligniteit hebben doorgemaakt, hebben een verhoogd risico. Dat snappen we allemaal, want die hebben gewoon meer celdood door de behandeling met chemotherapie of bestraling. Maar ook door een periode van inactiviteit. Mensen die critical ill zijn en die op de intensive care gelegen hebben, hebben ook een verhoogd risico op spiervlies. Net als mensen met COPD, reuma of immuunziektes die corticostero-

... Het zal je een worst wezen of het sarcopenie is of wat anders. Je moet trainen wat die patiënt tekort komt ...

iden gebruiken. Dus bij alle aandoeningen waarbij je minder beweegt en je celstofwisseling lager is, loop je risico op sarcopenie. Maar datzelfde geldt ook voor osteoporose.'

'Een oudere die een ziekte heeft of heeft gehad, loopt het risico inactiever te worden en in het dagelijks functioneren af te glijden. Je moet dan een goede multidimensionale analyse maken. De geriater

moet zorgen dat aanwezige ziekten, bijvoorbeeld diabetes of een mogelijk aanwezige depressie, behandeld wordt, de fysiotherapeut zorgt dat de persoon meer gaat bewegen. Als het voedingspatroon niet klopt dan pak je dat aan. Je moet dus bij de kop pakken wat op dat moment de belemmerende factor is. Dat kan spierkracht zijn, maar het kan ook wat anders zijn.' Als het de spierkracht is dan moet je volgens Nijhuis natuurlijk wel de best evidence over sarcopenie gebruiken voor wat je bij spierkrachtverlies moet doen. Dus een goed eiwitrijk dieet en spierkracht trainen.

Het staat als een paal boven water dat hoe meer je beweegt, hoe minder risico je loopt om over het randje te vallen: voorkomen is beter dan genezen. Dus de boodschap aan de goegemeente moet volgens Nijhuis zijn: mensen moeten blijven bewegen, belast je lijf en laten we op de risicoprofielen letten en de zorg toegankelijk maken voor de mensen die dat nodig hebben. 'Met nodig hebben bedoel ik niet of de sarcopeniescore onder de vijf of tien 10 is. Maar als iemand merkt dat hij de trap niet meer op kan omdat die geen spierkracht heeft dan moet die persoon trainen. We moeten alle voorzieningen die we voor ouderen bedacht hebben om ze juist niet te laten trainen allemaal afschaffen. De sta-op stoel, die heb je vaak even nodig, dat kan, maar dan leg je toch een kussen in de stoel en stimuleer je die oudere om zo snel mogelijk het kussen weer weg te doen. Als je in een te lage bank gaat zitten dan moet je moeite doen om op te staan. Zo gauw je dat merkt moet je dus aan de bak. Kan iemand niet de trap op of over de drempel heen? Dan moet ik het trainen en dan moet ik ook nog uitzoeken waarom hij dat niet kan. Komt hij kracht tekort of heeft hij kracht genoeg? Maar is het probleem dat hij niet even op één been kan staan? Durft hij het niet of is hij een beetje aan het dementeren en weet hij niet meer hoe het moet? Dan moet ik wel andere dingen doen.'

'Ik denk dat het grote verschil tussen Andrea Maier en mij is het perspectief van waaruit we kijken. Ik ontken niet dat er sprake kan zijn van sarcopenie bij welk afkappunt we het dan ook zo noemen. Ik heb er alleen bezwaar tegen dat we de zorg op dit soort onderdelen gaan inrichten. Gaan we straks alle mensen naar de sarcopeniepoli sturen?'

Maier is het met Nijhuis eens dat we de zorg anders moeten organiseren. 'Kijk, dat iedereen naar tien verschillende specialisten gaat dat is absoluut overbodig.

Maar', betoogt ze, 'ik vind dat je niet alleen maar naar symptomen moet kijken. Je moet ook de pathofysiologie begrijpen. Bij osteoporose laten we mensen bewegen. En we geven niet alleen calcium en vitamine D. We hebben ook medicijnen waarmee we het bot sterker maken, zodat als iemand valt, er geen fracturen ontstaan.' Ook op het gebied van sarcopenie is er onderzoek gericht op het ontwikkelen van nieuwe medicijnen. 'Ik vind het echt bijzonder dat collega's zeggen: laten we een multiprobleemanalyse doen als iemand niet meer kan winkelen. Wat mij betreft gaan we voorkomen dat iemand niet meer kan winkelen. Inmiddels kunnen we inschatten welk risico iemand loopt en dat risico gaan bestrijden en niet tot het functieverlies door de hevige ziekte wachten.' Op de sarcopeniepoli in Melbourne ziet Maier ouderen met mobiliteitsstoornissen. Ze worden grotendeels door de huisarts verwezen. Maar er komen ook ouderen die zelf over sarcopenie hebben gelezen en bijvoorbeeld merken dat hun kracht achteruitgegaan is en dat ze moeite hebben uit de stoel op te staan. 'Na een analyse van de oorzaak en de gevolgen hebben wij adequate therapieën voor ze.' Ook op de poli in het VU medisch centrum zijn ze vier jaar geleden begonnen om spiermassa, spierkracht en functionaliteit

... Als zij kunnen voorkomen dat zij niet meer naar de winkel kunnen gaan, dan hebben ze daar wel iets voor over ...

te meten en daarmee sarcopenie vast te stellen. 'Dat is één onderdeel van het geriatrisch assessment. Zoals je ook kijkt naar het geheugen, cardiovasculaire functionaliteit en naar de sociale structuur.'

Waar komt al die aandacht voor sarcopenie ineens vandaan? 'Onderzoek en effectieve therapieën', zegt Maier. 'In 1800 werd al beschreven dat spieren achteruitgaan, dat die een beetje vettig worden en zo in kwaliteit afnemen. Vijftien jaar geleden zat ik in een consortium en toen zijn wij echt gaan kijken of we kunnen begrijpen waarom de spieren zo zwak worden. Toen stonden wij aan de wieg van de eerste middelen die spierversterkend werken. Zo'n zeven jaar geleden is de eerste trial gestart om echt ook met medicatie spieren aan te sterken en dan krijg je een



Het staat als een paal boven water dat hoe meer je beweegt, hoe minder risico je loopt om over het randje te vallen

hele boost van kennis. Sindsdien is er heel veel onderzoek gestart en dan zie je nu dat het een populair onderwerp is.'

'Nee marketing', zegt Nijhuis. 'Als je naar osteoporose kijkt, in 1820 wisten we al dat botten brozer worden als je oud wordt. In de jaren veertig van de vorige eeuw werd de wetenschap wat actiever en kwam er een definitie. Dan zie je dat de farmaceutische industrie interesse krijgt. En dan krijgen we een booming. Zo'n tien, twintig jaar geleden kwam er een roep dat alle vrouwen in de overgang op osteoporose getest moesten worden. Dat is helemaal weer over gegaan. Omdat gewoon blijkt dat het bij gewone veroudering hoort. Vanaf 2010 is er een risicostratificatie. Als iemand valt en iets breekt en ouder is dan vijftig, maak dan even een röntgenfoto om te kijken of er sprake is van osteoporose. Net als de eerdere aandacht voor osteoporose is ook al die aandacht voor sarcopenie een soort marketingprincipe. Je brengt iets onder de aandacht dan krijg je een booming. Wij moeten iets minder hard meerennen met klinici en wetenschappers die daar belang bij hebben.'

Maier ziet het juist als iets heel positiefs dat fysiotherapeuten nu ook echt een ziekte kunnen diagnosticeren en behandelen. En om aandacht daarvoor te vragen organiseert zij met haar onderzoeksgroep Sarcopenia Road Shows door Nederland, Australië en Nieuw Zeeland. Daar vragen ze aan artsen, fysiotherapeuten en diëtisten wat ze weten over sarcopenie en wat ze doen met een oudere patiënt met spiermassaverlies. Vervolgens geven ze presentaties over de laatste ontwikkelingen en de toepasbaarheid daarvan in de klinische praktijk. Daarnaast hebben ze ook bijeenkomsten voor geïnteresseerden georganiseerd, de Sarcopenia Awareness Shows. 'Geen enkele

deelnemer wist wat sarcopenie was. We hebben uitgelegd wat het is en toen hebben we gevraagd: denkt u dat u sarcopenie bent? Wat zou u ervoor over hebben om ervan af te komen. Vervolgens hebben wij ook de spiermassa en kracht gemeten om te zien of de deelnemers sarcopenie zijn. Dat geeft dan echt mooi inzicht. Als zij kunnen voorkomen dat zij niet meer naar de winkel kunnen gaan of niet meer uit de stoel op kunnen staan, dan hebben ze daar wel iets voor over. Het wordt heel erg positief ontvangen, ook de term, dus de nieuwe ziekte.'

Maakt het eigenlijk uit voor een praktiserend fysiotherapeut of we sarcopenie een ziekte noemen of niet? Marjan Doves, geriatriefysiotherapeut, docent aan de Hogeschool Utrecht en betrokken bij de Sarcopenia Road Shows, denkt van niet. 'Op het moment dat je een patiënt hebt met problemen en een hulpvraag, dan ga je analyseren en behandelen. Maar op organisatieniveau en als je naar het grotere geheel kijkt, maakt het wel uit. Hoe je er ook naar kijkt, er moet samengewerkt worden door artsen, fysiotherapeuten en diëtisten. En er moet ook op tijd gehandeld worden. We niet moeten wachten tot mensen bepaalde dingen niet meer kunnen. Dat is zo jammer, want het is echt heel hard werken als je sarcopenie bent', benadrukt Doves. 'Stel je voor dat je oud bent en je kan niet meer opstaan en je krijgt problemen met lopen en er komt een fysiotherapeut die zegt: ja mevrouw we kunnen er wat aan doen. Het gaat een jaar duren, u gaat drie keer in de week hard trainen en veel eiwitten eten en dan gaat het vast wel beter. Dat is de praktijk. Het gaat echt niet vanzelf. Hoe eerder we erbij zijn, hoe fijner en hoe minder belastend het is voor de patiënt.'