De puzzel van het vaststellen van ondervoeding bij personen met overgewicht en obesitas

Wat leren we van **SCOOP**?

Ondervoeding vaststellen bij mensen met overgewicht of obesitas is een complex gebeuren. Gewichtsverlies, een lage spiermassa of een lage BMI zijn signalen, maar deze worden niet altijd herkend en ook niet altijd juist geïnterpreteerd. Patiënten die willen afvallen, herkennen ongewenst gewichtsverlies bijvoorbeeld niet als alarmsignaal, terwijl de meeste screeningsinstrumenten zijn ontwikkeld voor mensen met een gezond gewicht. Daardoor blijft deze vorm van ondervoeding nog te vaak onder de radar.

In Nederland heeft de helft van de volwassen bevolking overgewicht of obesitas.[1] Tegelijkertijd worden mensen steeds ouder en kampen zij steeds vaker met chronische ziekten. In de westerse samenleving gaan ziekte en veroudering vaak gepaard met ondervoeding. Ondervoeding blijft daarom een belangrijk aandachtsgebied binnen de diëtistenpraktijk. Maar hoe zie je nu dat iemand met overgewicht tegelijkertijd (een risico op) ondervoeding heeft? Binnen het SCOOP-project (Screening op Ondervoeding en Obesitas bij Patiënten met COVID en andere ziekten) wordt onderzocht hoe we deze kwetsbare, maar vaak onzichtbare groep beter kunnen identificeren en welke criteria daarbij écht relevant zijn.

WAT IS ONDERVOEDING BIJ OVERGEWICHT?

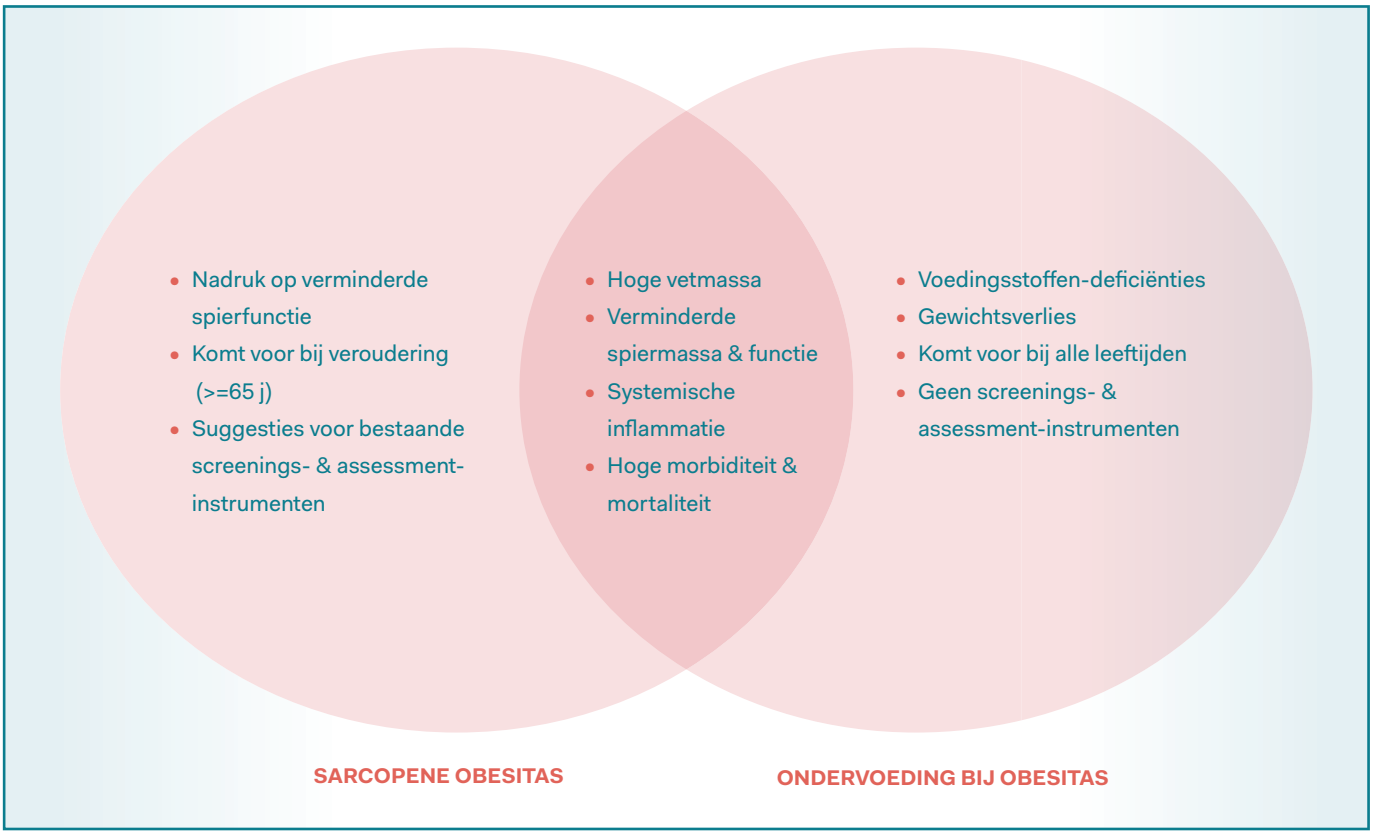
De WHO-definitie van 'malnutrition' is breder dan de Nederlandse term 'ondervoeding', en omvat diverse vormen van 'disbalans in de inname van energie en nutriënten', waaronder ondervoeding, overgewicht en micronutriëntdeficiënties.[2] Wanneer twee van deze vormen tegelijkertijd voorkomen, spreken we ook wel van de 'double burden of malnutrition'. Ondervoeding bij overgewicht is hier een voorbeeld van. Er is vooral een tekort aan eiwitten, en potentieel ook aan micronutriënten, en tegelijkertijd is sprake van een te hoge vetmassa.[3]
Ondervoeding bij overgewicht heeft raakvlakken en overlap met sarcopene obesitas (zie afbeelding 1). Bij de combinatie van ondervoeding en overgewicht ligt de nadruk op gewichtsverlies en tekorten aan voedingsstoffen, terwijl bij sarcopene obesitas de nadruk ligt op verminderde spierkracht en spierfunctie. Overeenkomsten liggen er op lichaamssamenstelling (hoge vetmassa, lage spiermassa), systemische inflammatie en hoge morbiditeit en mortaliteit.

ONGEWENST GEWICHTSVERLIES

Een van de criteria van ondervoeding, ongewenst gewichtsverlies, wordt ook nagevraagd bij mensen met overgewicht, maar hoe bruikbaar is deze vraag? Wat zijn de juiste bewoordingen hiervoor bij deze doelgroep? In de literatuur en de klinische praktijk wordt onder andere gesproken over 'ongewenst gewichtsverlies', 'onbedoeld gewichtsverlies', of 'afvallen zonder dat hier moeite voor werd gedaan'. Voor zorgprofessionals lijken deze vragen misschien vergelijkbaar, maar dit is waarschijnlijk anders voor patiënten. Uit onderzoek binnen het Lifelines-cohort (n=250.000) blijkt dat mensen die zichzelf te zwaar vonden of graag wilden afvallen, 60% minder vaak aangaven dat ze ongewenst gewichtsverlies hadden dan mensen die zichzelf niet te zwaar vonden of niet wilden afvallen.[4] Omdat er geen enkele fysiologische reden is dat deze groep minder vaak ongewenst gewichtsverlies had, is het zeer aannemelijk dat deze vraag verkeerd geïnterpreteerd wordt. De manier waarop ongewenst gewichtsverlies wordt nagevraagd bij mensen met overgewicht, is dan ook cruciaal. Daarom is nader onderzoek nodig om uit te zoeken hoe we dit bij patiënten het beste kunnen navragen.

LAGE SPIERMASSA

Een spiermassa beneden de veelgebruikte afkappunten (bijvoorbeeld in GLIM) komt weinig voor bij mensen met



Afbeelding 1. **Raakvlakken en overlap tussen sarcopene obesitas en ondervoeding.**

overgewicht, waarschijnlijk omdat mensen met overgewicht een relatief hoge spiermassa hebben om hun extra gewicht te dragen.[5] Echter, de spiermassa ten opzichte van het totale gewicht (relatieve spiermassa) kan dan toch weer laag zijn. Dit leidt dan ook direct tot de vraag: moet je spiermassa bij mensen met overgewicht uitdrukken als absolute maat (bijvoorbeeld: skeletspiermassa in kg) of als relatieve maat (gecorrigeerd voor lengte, gewicht of BMI)? Om antwoord te geven op deze vraag is gebruikgemaakt van de ziekenhuis-data van het SCOOP-onderzoek. In dit onderzoek is bij ruim zeshonderd mensen met een BMI >25 kg/m^2 een bio-impedantie analyse (BIA) uitgevoerd. Hierbij is gekeken wat de invloed is van het gebruik van verschillende BIA-formules, afkapwaarden en maten van spiermassa (relatieve en absolute spiermassa). De verschillen die gevonden werden, waren groot: wanneer gebruik wordt gemaakt van absolute spiermassa (in kg of kg/lengte^2), heeft bijna niemand een lage spiermassa. Indien in de SCOOP-populatie gebruik wordt gemaakt van relatieve spiermassa (skeletspiermassa gecorrigeerd voor gewicht of BMI), ligt de prevalentie van lage spiermassa tussen de 8 en 23%, afhankelijk van de gebruikte formule (Kyle, Sergi of Scafoglieri). Maar omdat er geen gouden standaard is voor lage spiermassa bij mensen met overgewicht, kunnen wij niet met zekerheid zeggen wat nu de beste manier is om te bepalen of een persoon met overgewicht een te lage spiermassa heeft.

Op dit moment denken wij dat het best gebruik kan worden gemaakt van afkappunten met een correctie voor gewicht of BMI. Dit is in lijn met de adviezen voor sarcopene obesitas van de SOGLI-groep, waarin de correctie voor gewicht aanbevolen wordt.[6] Intussen wachten wij op de aanbevelingen van de gezamenlijke adviezen van GLIM, GLIS en SOGLI (ondervoeding, sarcopenie en sarcopene obesitas), die zich ook richten op deze vraagstelling.

SCREENING OP ONDERVOEDING BIJ OVERGEWICHT

De eerste stap om mensen met (risico op) ondervoeding te identificeren is een screeningsinstrument. De bekende en veelgebruikte screeningsinstrumenten zijn bijna allemaal ontwikkeld in een populatie met een gezonde BMI. Neem bijvoorbeeld het instrument MUST, dat bestaat uit drie vragen (lage BMI, ongewenst gewichtsverlies en verminderde voedingsinname). Lage BMI is niet bruikbaar bij personen met overgewicht/obesitas, en de vraag over ongewenst gewichtsverlies is onbetrouwbaar. Het is dan ook zeer twijfelachtig of deze tool gebruikt kan worden voor het screenen op ondervoeding bij personen met overgewicht.
In een recente 'scoping review' hebben wij gekeken hoe nu wordt gescreend op ondervoeding bij overgewicht.
Uit 41 studies blijkt dat vrijwel altijd dezelfde screeningsinstrumenten werden gebruikt als bij 'gezonde BMI- >>

populaties'. Bijna geen enkele studie plaatste kanttekeningen over de bruikbaarheid van deze instrumenten bij personen met overgewicht.[7]

DIAGNOSE VAN ONDERVOEDING MET DE GLIM-CRITERIA

Ook het vaststellen van ondervoeding bij overgewicht met behulp van de GLIM-criteria is een uitdaging. Het BMI-criterium voor ondergewicht is irrelevant. Lage spiermassa met de afkappunten zoals geadviseerd in GLIM komt, zoals hiervóór beschreven, nauwelijks voor. Het gewichtsverliescriterium is misschien wel het belangrijkste criterium om ondervoeding bij overgewicht vast te stellen. Maar kunnen we dezelfde waarde hechten aan 5% of 10% gewichtsverlies bij iemand met overgewicht of obesitas als bij iemand met een gezond gewicht? Eerdere studies laten zien dat de gevolgen (bijvoorbeeld het overlijdensrisico) bij vergelijkbare percentages (5 en 10%) gewichtsverlies minder ernstig zijn bij personen met overgewicht of obesitas.[8] Daarnaast is ongewenst gewichtsverlies van 5% niet geassocieerd met overlijden, en werd pas bij hogere percentages van ongewenst gewichtsverlies een associatie met overlijden gevonden, bijvoorbeeld bij >15%.[9,10]

Verder kunnen er onduidelijkheden zijn omtrent vragen over ongewenst gewichtsverlies, want hoe ongewenst is gewichtsverlies als je altijd al hebt willen afvallen? Ook het etiologische criterium 'inflammatie' heeft minder waarde; een permanente status van laaggradige inflammatie komt vaak voor bij obesitas. Ten slotte het criterium voedingsinname: is 50% minder dan normaal nog steeds een relevant afkappunt? Als iemand normaal 3500 kcal eet en nu 1750, vormt dat dan een risico voor ondervoeding?

In een internationale Delphi-studie hebben we onderzocht hoe we moeten omgaan met deze onzekerheden rondom de GLIM-criteria. Experts geven aan dat het wenselijk is de GLIM-criteria te handhaven, maar dat het noodzakelijk is andere afkappunten te definiëren. Internationale groepen, zoals GLIM, GLIS en SOGLI, zijn daarmee bezig, maar er is nog geen overeenstemming over.

Dit onderzoek werd uitgevoerd binnen het SCOOP-consortium, bestaande uit: Hogeschool van Arnhem en Nijmegen, Wageningen University & Research, Kenniscentrum Ondervoeding, Amsterdam UMC, Alliantie Voeding in de Zorg, Erasmus MC en RIVM. De financiering werd verstrekt door ZonMw, projectnummer 10430122210002. Wij danken de deelnemende ziekenhuizen: Erasmus MC, Ziekenhuis Gelderse Vallei, Onze Lieve Vrouwe Gasthuis (OLVG), BovenIJ, Amsterdam UMC en Rijnstate voor hun medewerking. Daarnaast willen we onze waardering uitspreken voor de inzet van grote aantallen studenten bij de uitvoering van de inclusie en metingen.

HOE VAAK KOMT ONDERVOEDING BIJ OVERGEWICHT VOOR?

Tot op heden zijn er niet veel data bekend over de prevalentie van ondervoeding bij mensen met overgewicht. De onderzoeken die hiernaar zijn gedaan, maken vaak gebruik van (veelal ongeschikte) screeningsinstrumenten en niet van diagnostische assessments. Binnen het SCOOP-project hebben wij recentelijk ruim achthonderd patiënten met overgewicht/obesitas in zeven Nederlandse ziekenhuizen gescreend op ondervoeding. Met behulp van de data uit het SCOOP-onderzoek blijkt dat ondervoeding ook bij mensen met overgewicht/obesitas relatief vaak voorkomt. Afhankelijk van de gebruikte afkappunten, formules en het geslacht lijkt de prevalentie ondervoeding rond de 20% te liggen, vergelijkbaar met eerdere studies bij patiënten met een gezond gewicht.[11]

CONCLUSIE

Steeds meer Nederlanders hebben overgewicht, maar de huidige screeningsinstrumenten voor ondervoeding zijn niet geschikt voor deze populatie. Onze onderzoeksgroep is momenteel druk bezig met de ontwikkeling van een screeningsinstrument voor ondervoeding bij overgewicht, waarbij machine learning zal worden gebruikt om tot een compacte set vragen te komen die (para)medici/zorgprofessionals in staat stellen om snel en eenvoudig een risico-inschatting te maken. Meer nieuws hierover volgt in de loop van 2026.

AUTEURS

BARBARA VAN DER MEIJ[1,2], JOS BORKENT[1,2], JEANNE IN 'T HULST[1], CARLIENE VAN DRONKELAAR[3], NATASHA MWALA[1,2], MARIAN DE VAN DER SCHUEREN[1,2]

[1] HAN UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES, LECTORAAT VOEDING, DIËTETIEK EN LEEFSTIJL

[2] WAGENINGEN UNIVERSITY & RESEARCH, AFDELING HUMANE VOEDING EN GEZONDHEID

[3] AMSTERDAM UMC, UNIVERSITEIT VAN AMSTERDAM, ENDOCRINOLOGIE & METABOLISME, INTERNE GENEESKUNDE, AMSTERDAM PUBLIC HEALTH

CONTACT

DR. BARBARA VAN DER MEIJ, SENIOR ONDERZOEKER, BARBARA.VANDERMEIJ@HAN.NL

De literatuurreferenties zijn te vinden op www.nvdietist.nl/artikelen.