

Houwen-van Opstal SLS, Rodwell L, Bot D. BMI z-scores of boys with Duchenne muscular dystrophy already begin to increase before losing ambulation: a longitudinal exploration of BMI, corticosteroids and caloric intake. *Neuromuscul Disord* 2022; 32(3): 236-244.

Obesitas, een te hoog gewicht, komt vaak voor bij jongens en mannen met Duchenne spierdystrofie. De ontwikkeling van obesitas is ongewenst. Het beperkt bewegingen, versterkt skeletafwijkingen, vermindert mogelijk de effecten van een orthopedische operatie, versnelt afname van de ademhalingsfunctie en kan verzorgingsproblemen vergroten. Obesitas is ook gerelateerd aan risico's op diabetes type 2 en hart- en vaatziekten.

In de praktijk wordt gewichtstoename bij Duchenne spierdystrofie vaak gezien tijdens de overgang van de ambulante naar de niet-ambulante fase. Dit wijst op afname van fysieke activiteiten waarbij de lichaamssamenstelling verandert (minder spiermassa, meer vet). Andere mogelijke oorzaken zijn behandeling met corticosteroiden en te hoge energie-inname. In Nederland echter is op-en-af gebruik van corticosteroiden gebruikelijk, waarbij uit eerder onderzoek geen verschil in gewicht te zien was met jongens die niet werden behandeld met corticosteroiden. De invloed van de energie-inname is onduidelijk.

Gegevens uit 790 consulten van 159 Nederlandse jongens en mannen met Duchenne spierdystrofie werden verzameld. Er waren gemiddeld 5 jaarlijkse consulten per persoon. Er waren bij het eerste consult 95 ambulante en 64 niet-ambulante personen. De leeftijd varieerde van 3 tot 48 jaar. Bij het eerste consult gebruikte 54% van hen corticosteroiden. In de ambulante groep was bij 44% sprake van overgewicht en bij 51% in de niet-ambulante groep. Er was bij 6% in de ambulante groep sprake van ondergewicht en bij 9% in de niet-ambulante groep. Het verschil tussen gerapporteerde energie-inname en aanbevolen energie-inname van de totale groep was gemiddeld + 156 kcal/dag, en varieerde tussen -500 kcal/dag en +701 kcal/dag. De energie-inname van de laatste 48 uur werd door de diëtist nagevraagd en berekend. De aanbevolen energie-inname werd door de diëtist berekend met de Schofield formule, op leeftijd en met activiteitenfactor. De aanbevolen berekende energie-inname was lager dan die wordt aanbevolen in nationale richtlijnen voor gezonde jongens. In het algemeen was de gerapporteerde en aanbevolen energie-inname van niet-ambulante personen lager dan die van ambulante personen. In de niet-ambulante groep was er een hogere energie-inname met hogere BMI z-scores¹. De personen met corticosteroiden hadden een hogere BMI z-score dan de personen zonder corticosteroiden. Er was geen verschil zichtbaar tussen de energie-inname bij wel of niet gebruiken van corticosteroiden. Voor de totale groep werd geen relatie gevonden tussen een hoge energie-inname en obesitas.

In de loop van de tijd werd een grote variatie gezien in BMI z-scores, niet alleen tussen personen maar ook binnen de persoon. In het algemeen start de BMI z-score rond standaarddeviatie (SD) +1, met een toenemende trend ongeveer een jaar voor het verlies van loopfunctie tot $\pm$ SD+2, tot 2 jaar daarna. Na de leeftijd van 17 jaar is er een dalende trend in BMI z-scores.

Deze studie benadrukt het belang van een diëtist in het multidisciplinaire team en monitoring van de energie-inname bij elk consult. Vroege maatregelen kunnen mogelijk obesitas voorkomen.

¹ BMI is Body Mass Index en geeft in een getal weer of er sprake is van een gezond, te hoog of te laag gewicht. De z-score is een maat voor hoeveel iets afwijkt van het gemiddelde.