

DISCLAIMER



Onafhankelijke informatie is niet gratis. Het NTvG investeert veel geld om het hoge niveau van haar artikelen te waarborgen, door een proces van peer-review en redactievoering. Het NTvG kan alleen bestaan als er voldoende betaalde abonnementen zijn. Het is niet de bedoeling dat onze artikelen worden verspreid zonder betaling. Wij rekenen op uw medewerking.

Zintuiglijke beperkingen en dementie

Corinne P.A. Delsing, Petra E. Spies en B. Jeroen Klevering

Er lijkt een samenhang te zijn tussen zintuiglijke beperkingen en het risico op dementie. Zo zou gehoor- en visusproblematiek het risico verhogen. Kan de aanpak van deze problematiek het risico op dementie verlagen?

In het afgelopen jaar is er veel aandacht geweest voor de invloed van zintuiglijke beperkingen op dementie. Aanleiding vormde het rapport van de Lancet Commission 'Dementia prevention, intervention, and care'. In het rapport werd gehoorverlies (> 25 dB) als een van de 12 beïnvloedbare risicofactoren voor dementie beschreven, met bovendien het grootste effect op dementieprevalentie.¹ Hoewel visus niet in dit rapport genoemd wordt, is er recentelijk een studie verschenen – zoals elders in dit tijdschrift besproken in de rubriek 'In het kort' ([D6610](#)) – waarin gesuggereerd wordt dat cataractextractie het risico op dementie kan verlagen.² Multidomein-interventies gericht op leefstijl en cardiovasculaire risicofactoren daarentegen laten geen overtuigend effect zien op cognitieve achteruitgang.³ Stevig inzetten op de behandeling van vermijdbare gehoor- en visusproblematiek is essentieel voor de verbetering van kwaliteit van leven. Daarnaast lijkt er een tot op heden onvoldoende herkend neveneffect te zijn: bescherming tegen dementie.

De situatie in Nederland

In Nederland leven naar schatting 290.000 mensen met dementie. Door de vergrijzing en de toenemende levensverwachting zal dit aantal in de komende decennia naar verwachting verdubbelen. De ziektekosten voor mensen met dementie zijn hoog. Patiënten met deze aandoening maken 3 keer zoveel gebruik van zorg als een vergelijkbare groep zonder dementie.⁴ Preventie van dementie kan dus zowel lijden als zorgkosten besparen.

Ook zintuiglijke beperkingen, met name van het oor en het oog, komen veel voor. Ruim 1,2 miljoen Nederlanders hebben in het dagelijks leven moeite om andere mensen te verstaan; 1 op de 8 mensen heeft een gehoorverlies van ≥ 35 decibel en komt hiermee in aanmerking voor een hoortoestelvergoeding. Naar verwachting zal het aantal slechthorenden in absolute zin met 48% stijgen in de periode tot 2040. De zorgvraag voor mensen met gehoorverlies zal in de dagelijkse praktijk sterk toenemen.⁵

De belangrijkste oorzaak van slechtziendheid in Nederland is cataract. Gelukkig is dit vrijwel altijd goed te verhelpen. Een cataractextractie is de meest uitgevoerde operatie in Nederland. Per jaar worden ongeveer 180.000 – veelal oudere – mensen aan staar geopereerd. De ingreep verbetert niet alleen het gezichtsvermogen, maar heeft ook een zeer positief effect op andere aspecten van kwaliteit van leven.⁶

Verklaringen voor samenhang

Er zijn meerdere verklaringen voor de samenhang tussen zintuiglijke beperkingen en dementie, zoals de 'cognitive load hypothesis'.⁷ Deze hypothese houdt in dat cognitieve achteruitgang bij iemand met gehoorverlies het resultaat kan zijn van een verhoogde inspanning voor zintuiglijke perceptie. Deze inspanning gaat ten koste van andere cognitieve processen. Een alternatieve hypothese is de 'common cause hypothesis', die stelt dat zowel cognitieve achteruitgang als gehoorverlies een identieke oorzaak hebben, zoals achteruitgang van het brein en leeftijdsgerelateerde cerebrovasculaire schade.⁸ 'Confounding' is echter moeilijk uit te sluiten. De cognitieve testen die nodig zijn om de diagnose 'dementie' te stellen, zijn allemaal afhankelijk van visus of gehoor. Patiënten met zintuiglijke beperkingen scoren slechter op deze testen.⁹

Kan herstel het dementierisico verlagen?

De vraag is of het herstel van visus- of gehoorverlies daadwerkelijk het dementierisico kan verlagen. Een recent longitudinaal cohortonderzoek toonde aan dat het risico op dementie bij mensen boven de 65 jaar lager was bij diegenen die geopereerd waren aan cataract, dan in de groep zonder operatie.² 'Healthy people bias' – een vertekening van de resultaten doordat mensen die dementie aan het ontwikkelen zijn zich niet laten opereren – werd zo goed mogelijk uitgesloten door een vergelijkbaar onderzoek te doen bij mensen met glaucoom. Hierbij had de geopereerde groep 'zonder visusherstel' géén lager risico op dementie. Uit dit observationele onderzoek werd helaas niet duidelijk waarom de groep zonder operatie zich niet liet opereren. Ook valt op te merken

dat de leeftijd bij inclusie gemiddeld 73 jaar was, terwijl de invloed van zintuiglijke beperkingen in theorie met name op middelbare leeftijd een rol zal spelen, afgaand op het Lancet-rapport.¹ Uiteraard staat buiten kijf dat gehoor- en visusproblematiek ook op hogere leeftijd invloed hebben op de kwaliteit van leven.

Conclusie

De studie naar zintuiglijke beperkingen en dementie betreft uitdagend wetenschappelijk onderzoek. Cognitieve achteruitgang is een langdurig proces, waardoor langdurige follow-up noodzakelijk is om gedegen conclusies te kunnen trekken. De ACHIEVE-studie (ACHIEVE staat voor 'Aging and Cognitive Health Evaluation in Elders') van het John Hopkins-instituut is de eerste trial op dit gebied.¹⁰ Het is een gerandomiseerd onderzoek met 850 patiënten waarin gehoorrevalidatie wordt vergeleken met geheugentraining. De huidige data steunen de hypothese dat gehoor- of visusrevalidatie een positieve invloed heeft op cognitie, maar we moeten de resultaten van de ACHIEVE-studie afwachten.

Wij onderschrijven de belangrijke boodschap van het Lancet-rapport: wees ambitieus op het gebied van preventie. Het is goed om te beseffen dat onnodig gehoorverlies en slechtziendheid bij ouderen frequent voorkomt. Gehoor- en visusrevalidatie zijn zeer toegankelijke en relatief eenvoudige interventies. Dit kan gezondheidswinst geven en de kwaliteit van leven verhogen. Wellicht zullen dan de ziektekosten die aan dementie te wijten zijn, ook afnemen.

- Online artikel en reageren op ntvg.nl/D6702
- Radboudumc, Nijmegen. Afd. KNO-Heelkunde: dr. C.P.A. Delsing, aios KNO-Heelkunde; afd. Oogheelkunde: prof. dr. B.J. Klevering, oogarts. Gelre Ziekenhuizen, Expertisecentrum Ouderengeneeskunde, afd. Klinische Geriatrie, Apeldoorn/Zutphen: dr. P.E. Spies, klinisch geriater en klinisch farmacoloog.
- Contact: C.P.A. Delsing (corinne.delsing@radboudumc.nl)
- Belangenconflict en financiële ondersteuning: er zijn mogelijke belangen gemeld bij dit artikel. ICMJE-formulieren met de belangenverklaring van de auteurs zijn online beschikbaar bij dit artikel.
- Aanvaard op 16 maart 2022
- Citeer als: Ned Tijdschr Geneeskd. 2022;166:D6702

Literatuur

1. Livingston G, Huntley J, Sommerlad A, et al. Dementia prevention, intervention, and care: 2020 report of the Lancet Commission. *Lancet*. 2020;396:413-46. [doi:10.1016/S0140-6736\(20\)30367-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30367-6). [Medline](#)
2. Lee CS, et al. Association between cataract extraction and development of dementia. *JAMA Intern Med*. 2021;182:134-41. [doi:10.1001/jamainternmed.2021.6990](https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2021.6990). [Medline](#)
3. Hafdi M, Hoevenaar-Blom MP, Richard E. Multi-domain interventions for the prevention of dementia and cognitive decline. *Cochrane Database Syst Rev*. 2021;11:CD013572. [doi:10.1002/14651858.CD013572.pub2](https://doi.org/10.1002/14651858.CD013572.pub2). [Medline](#)
4. Alzheimer Nederland. Factsheet cijfers en feiten over dementie. <https://alzheimer-nederland.nl/factsheet-cijfers-en-feiten-over-dementie>, geraadpleegd op 13 april 2022.
5. Ikram MA, Brusselle G, Ghanbari M, et al. Objectives, design and main findings until 2020 from the Rotterdam Study. *Eur J Epidemiol*. 2020;35:483-517. [doi:10.1007/s10654-020-00640-5](https://doi.org/10.1007/s10654-020-00640-5). [Medline](#)
6. Morris D, Fraser SG, Gray C. Cataract surgery and quality of life implications. *Clin Interv Aging*. 2007;2:105-8. [doi:10.2147/cia.2007.2.1.105](https://doi.org/10.2147/cia.2007.2.1.105). [Medline](#)
7. Martini A, Castiglione A, Bovo R, Vallesi A, Gabelli C. Aging, cognitive load, dementia and hearing loss. *Audiol Neurotol*. 2014;19(Suppl. 1):2-5. [doi:10.1159/000371593](https://doi.org/10.1159/000371593). [Medline](#)
8. Lindenberger U, Baltes PB. Sensory functioning and intelligence in old age: a strong connection. *Psychol Aging*. 1994;9:339-55. [doi:10.1037/0882-7974.9.3.339](https://doi.org/10.1037/0882-7974.9.3.339). [Medline](#)
9. Gussekloo J, de Craen AJ, Oduber C, van Boxtel MP, Westendorp RG. Sensory impairment and cognitive functioning in oldest-old subjects: the Leiden 85+ study. *Am J Geriatr Psychiatry*. 2005;13:781-6. [doi:10.1097/00019442-200509000-00006](https://doi.org/10.1097/00019442-200509000-00006). [Medline](#)
10. Deal JA, Albert MS, Arnold M, et al. A randomized feasibility pilot trial of hearing treatment for reducing cognitive decline: Results from the aging and cognitive health evaluation in elders pilot study. *Alzheimers Dement (N Y)*. 2017;3:410-5. [doi:10.1016/j.trci.2017.06.003](https://doi.org/10.1016/j.trci.2017.06.003). [Medline](#)