

Moderate-intensity exercise training or high-intensity interval training to improve aerobic fitness during exercise prehabilitation in patients planned for major abdominal surgery?

Ruud Franssen, Maryska Janssen-Heijnen, Anaël Barberan Garcia, Jeroen Vogelaar, Nico van Meeteren, Bart Bongers

Klinische vraag

Is matig-intensieve (duur)training (MIT) of hoog-intensieve interval training (HIIT) het meest effectief voor het verbeteren van de aerobe fitheid van patiënten in de korte periode (<6 weken) voorafgaand aan abdominale oncologische chirurgie?

Conclusie van de auteurs

HIIT kan de aerobe fitheid van patiënten voorafgaand aan abdominale oncologische chirurgie verbeteren in de korte periode die beschikbaar is voor prevalidatie. Er zijn geen aanwijzingen gevonden voor de effectiviteit van kortdurende MIT op de preoperatieve aerobe fitheid.

Onderzoeksopzet

Narratieve review.

Onderzoekslocatie

VieCuri Medisch Centrum, Venlo.

SAMENVATTING

Prevalidatie heeft als doel de preoperatieve aerobe fitheid te verbeteren, postoperatieve complicaties te voorkomen en het herstel te bevorderen. Omdat de tijd tussen diagnose en operatie bij abdominale oncologische chirurgie vaak kort is, is een trainingsprogramma dat in korte tijd de aerobe fitheid kan verbeteren belangrijk. In onze narratieve review zijn acht studies die het effect van kortdurende (< 6 weken) MIT of HIIT op objectief gemeten aerobe fitheid evalueerden samengevat. De interventies zijn kritisch beoordeeld op frequentie, intensiteit, tijd, type, volume en progressie (FITT-VP) principes. Drie van de vier HIIT-studies toonden een statistisch significante en klinisch relevante verbetering van de gemiddelde maximale zuurstofopnamecapaciteit aan ($VO_{2\text{piek}}$) na preoperatieve training. Geen van de pre-

validatiestudies die MIT toepasten ($n = 2$) lieten een statistisch significant verschil in aerobe fitheid zien na training. De analyse van vooruitgang op groepsniveau maskeert echter interindividuele verschillen in trainingsrespons. Hoewel HIIT het meest effectief lijkt, blijft het belangrijk om adequate risicobeoordeling toe te passen, omdat de meeste winst te behalen is bij patiënten met een hoog risico op complicaties. Verdere aandachtspunten voor een multimodaal prevalidatieprogramma zijn het personaliseren van trainingsprogramma's, het bijhouden van therapietrouw en het monitoren van trainingsprogressie en herstel.



Ruud Franssen, fysiotherapeut en inspanningsfysioloog



rfranssen@viecuri.nl

Samengevat uit: Eur J Surg Oncol. 2022;48(1):3-13. doi: 10.1016/j.ejso.2021.08.026. Epub 2021 Sept.

Decision-making on referral to primary care physiotherapy after inpatient stroke rehabilitation.

Marieke Geerars, Roderick Wondergem, Martijn Pisters

Klinische vraag

Hoe besluiten zorgprofessionals in een ziekenhuis of een (geriatrisch) revalidatiecentrum of vervolg van fysiotherapie in de eerste lijn geïndiceerd is bij personen na een beroerte die met ontslag naar huis gaan?

Conclusie van de auteurs

Verwijzing naar een eerstelijnsfysiotherapeut is afhankelijk van de persoonlijke én omgevingsfactoren van de persoon met een beroerte. De verwijzingsfrequentie en het verwijzingsbeleid variëren tussen fysiotherapeuten en zorginstellingen. Beweeggedrag wordt belangrijk gevonden. Er is echter geen consensus of secundaire preventie een taak van de fysiotherapeut is.

Onderzoeksopzet

Kwalitatieve interviewstudie.

Onderzoekslocaties

Ziekenhuizen en (geriatrische) revalidatiecentra.

SAMENVATTING

Als personen na revalidatie van een beroerte in de tweede lijn met ontslag naar huis gaan worden sommigen doorverwezen naar eerstelijnsfysiotherapie. In deze studie is onderzocht wat de overwegingen zijn om te verwijzen. Meer inzicht in de besluitvorming helpt om te zorgen dat de juiste personen bij de eerstelijnsfysiotherapeut terecht komen. Uit de studie blijkt dat tijdens de klinische opname in het ziekenhuis of het (geriatrisch) revalidatiecentrum door de zorgprofessionals veel informatie wordt verzameld over de persoon met een beroerte, zoals fysiek functioneren, coping, cognitie, woonsituatie, mantelzorg en pre-existent functioneren. Bij ontslag naar huis worden veel elementen meegewogen in het besluit om wel of niet door te verwijzen naar de eerstelijnsfysiotherapeut, zoals persoonlijke factoren van de persoon met beroerte (doelen, coping, beweeggedrag), diens omgevingsfactoren (draagkracht en coping partner, woonomgeving) en de verwachtingen van de zorgprofessionals ten aanzien van veilig beweeggedrag, herstel of achteruitgang. Ook spelen afspraken binnen de organisatie een rol. Het beïnvloeden van sedentair gedrag is niet voor alle fysiotherapeuten een verwijzreden. Het is aan te raden om de risicofactoren voor lichamelijke achteruitgang mee te wegen in het verwijzingsbesluit. Hogere leeftijd, meer cognitieve stoornissen, depressie, vermoeidheid en/of inactiviteit zijn belangrijke risicofactoren voor achteruitgang. Het stimuleren van fysieke activiteit en het voorkomen van sedentair gedrag zijn belangrijke redenen om te verwijzen naar de eerstelijnsfysiotherapie, in het kader van secundaire preventie en om achteruitgang in dagelijkse activiteiten te voorkomen.



Marieke Geerars, fysiotherapeut en onderzoeker, Axioncontinuu, Revalidatiecentrum de Parkgraaf, Utrecht



Mgeerars@axioncontinuu.nl

Samengevat uit: J Stroke Cerebrovasc Dis. 2021;30(5):105667. doi.org/10.1016/j.jstrokecerebrovasdis.2021.105667