

Zeitschrift: Physioactive

Band: 58 (2022)

Heft: 5

Artikel: Sarkopenie : wie sie sich frühzeitig erkennen lässt = Sarcopénie : comment la détecter tôt et comment la traiter?

Autor: Wearing, Julia

DOI: <https://doi.org/10.5169/seals-1047046>

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Zeitschriften und ist nicht verantwortlich für deren Inhalte. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern beziehungsweise den externen Rechteinhabern. [Siehe Rechtliche Hinweise.](#)

Conditions d'utilisation

L'ETH Library est le fournisseur des revues numérisées. Elle ne détient aucun droit d'auteur sur les revues et n'est pas responsable de leur contenu. En règle générale, les droits sont détenus par les éditeurs ou les détenteurs de droits externes. [Voir Informations légales.](#)

Terms of use

The ETH Library is the provider of the digitised journals. It does not own any copyrights to the journals and is not responsible for their content. The rights usually lie with the publishers or the external rights holders. [See Legal notice.](#)

Download PDF: 10.11.2024

ETH-Bibliothek Zürich, E-Periodica, <https://www.e-periodica.ch>

Sarkopenie: Wie sie sich frühzeitig erkennen lässt

Sarcopénie: comment la détecter tôt et comment la traiter?

PROF. DR. JULIA WEARING

Vielen Menschen fallen im Alter alltägliche Aktivitäten schwerer. Was zwar logisch klingt, könnte jedoch auf Sarkopenie hinweisen. Dann sollte rasch gehandelt werden.

Wird in einer physiotherapeutischen Befunderhebung älterer Patient:innen die Ausführung von Alltagsaktivitäten (ADL) evaluiert, fällt bei einigen folgendes Bewegungsverhalten auf: Beim Aufstehen von einem Stuhl müssen sie die Hand als Abstützhilfe nehmen und/oder sie sind beim Treppengehen auf den Handlauf als Balancehilfe angewiesen. Im Zusammenhang mit akuten Verletzungen oder neurologischen Erkrankungen ist die Ursache dafür häufig offensichtlich. Die Änderungen im Bewegungsverhalten können aber auch auf eine beginnende, generalisierte Skelettmuskel-Erkrankung – Sarkopenie – hinweisen [1], deren erstes klinisches Stadium (Prä-Sarkopenie) durch Kraftverlust charakterisiert ist [2].

Was ist Sarkopenie?

Bei primärer Sarkopenie (ICD-10 Code M 62.5)¹ handelt es sich um Muskelschwund, der ausschliesslich auf altersbedingte Veränderungen zurückzuführen und nicht reversibel ist [2]. Gut trainierte ältere Menschen bemerken im normalen Alltag den Muskelabbau allerdings kaum. Erst ein zusätzliches Auftreten von weiteren chronischen Krankheiten, bewegungsarmes Verhalten, körperliche Inaktivität und Mangelernährung verstärkt die Ausprägung des Muskelschwunds (sekundäre Sarkopenie) [2]. Dies kann zu deutlichen Einschränkungen auf der Funktions-, Aktivitäts- und Partizipationsebene führen. Sarkopenie spielt aber nicht nur für die motorische Funktionsfähigkeit eine wichtige Rolle, sondern hängt auch mit dem Auftreten und Verlauf von systemischen Krankheiten wie Diabetes Typ 2 und Osteoporose zusammen [4, 5]. Auch wenn Sarkopenie unwillkürlich mit der Altersgruppe der über 65-Jährigen in Verbindung gebracht wird und das Auftreten mit zunehmendem Alter steigt, besteht doch auch für die unter 60-Jährigen ein Risiko für die

Avec l'âge, de nombreuses personnes ont plus de mal à effectuer leurs activités quotidiennes. Ce qui semble logique peut toutefois être le signe d'une sarcopénie. Il faut alors agir vite.

Si l'on évalue l'exécution des activités de la vie quotidienne (AVQ) lors d'un bilan physiothérapeutique de patient.e.s âgé.e.s, on remarque chez certain.e.s le comportement moteur suivant: en se levant d'une chaise, ils se servent de leur main pour s'appuyer. De plus, ils ont parfois besoin de la main courante pour s'équilibrer lorsqu'ils montent les escaliers. Dans le contexte de blessures aiguës ou de maladies neurologiques, la cause est souvent évidente. Mais les modifications du comportement moteur peuvent aussi indiquer un début de maladie généralisée des muscles squelettiques – la sarcopénie – [1], dont le premier stade clinique (présarcopénie) est caractérisé par une perte de force [2].

Qu'est-ce que la sarcopénie?

La sarcopénie primaire (code CIM-10 M 62.5)¹ est une atrophie (fonte musculaire) non réversible, exclusivement due à des changements liés à l'âge [2]. Les personnes âgées bien entraînées ne remarquent toutefois guère la perte musculaire dans la vie quotidienne normale. Seule l'apparition d'autres maladies chroniques, d'un comportement sédentaire, d'une inactivité physique et d'une malnutrition renforce la fonte musculaire (sarcopénie secondaire) [2]. Cela peut entraîner des restrictions significatives au niveau de la fonction, de l'activité et de la participation. La sarcopénie ne joue pas seulement un rôle important dans le fonctionnement moteur, elle est également liée à l'apparition et à l'évolution de maladies systémiques, comme le diabète de type 2 et l'ostéoporose [4, 5]. Bien que la sarcopénie soit associée aux personnes de plus de 65 ans et que son incidence augmente avec l'âge, il existe également un risque de développer la sarcopénie pour les moins de 60 ans. Tous âges confondus, la prévalence de cette maladie est de 10 % [6].

¹ Aufnahme von Sarkopenie in die Internationale statistische Klassifikation und verwandter Gesundheitsprobleme im Jahr 2016 [3].

¹ Inclusion de la sarcopénie dans la Classification internationale des maladies en 2016 [3].

Entwicklung von Sarkopenie. Über alle Altersgruppen hinweg liegt die Prävalenz bei 10 % [6].

Sarkopenie frühzeitig erkennen

Aufgrund der schwerwiegenden Konsequenzen von Sarkopenie sollte die Erkrankung möglichst frühzeitig erkannt werden. Die Europäische Arbeitsgruppe für Sarkopenie bei älteren Menschen (EWGSOP) empfiehlt in ihren Leitlinien von 2019, Patient:innen zu screenen, sobald sie beispielsweise von Stürzen berichten, sich schwach fühlen oder Funktionseinschränkungen deutlich werden [2]. Als Screening-Instrument eignet sich der SARC-F-Fragebogen [7]. Dieser erfasst die Durchführbarkeit von kraft- und/oder balanceassoziierten ADL und die Sturz-Vorgeschichte anhand von fünf Fragen. Die Validierung der deutschen Version des Fragebogens zeigt eine Sensitivität von 75 % und eine Spezifität von 67 % bei der Erkennung von Menschen im ersten klinischen Stadium von Sarkopenie. Der Fragebogen eignet sich daher zu deren Früherkennung [8].

Bei einem Hinweis auf Sarkopenie folgt eine Überprüfung der allgemeinen Kraft. Diese wird repräsentativ z.B. anhand der Handgreifkraft [9] gemessen. Das Assessment kann mit einem Handdynamometer in wenigen Minuten in der physiotherapeutischen Praxis durchgeführt werden. Im Fall von geringer Kraft wird in einer ausführlichen Anamnese hinsichtlich körperlicher Aktivität, Krafteinsatz und Selbstständigkeit im Alltag (und Ernährungszustand) der Einfluss des Lebensstils auf den Kraftzustand evaluiert.

Zur vollständigen Diagnostik von Sarkopenie wird gemäss den EWGSOP-Leitlinien [2] zusätzlich zur Muskelkraft die -masse oder -qualität evaluiert. Da es sich bei den empfohlenen Messinstrumenten um relativ kosten- und/oder zeitaufwendige, bildgebende Verfahren handelt, eignen sie sich nicht beziehungsweise nur bedingt für die physiotherapeutische Praxis. Die Schwere des Muskelabbaus lässt sich wiederum valide mit Funktionstests, z.B. dem «Timed Up and Go», bestimmen (Tabelle 1 und Kasten).

**EWGSOP-Leitlinien
für vollständige
Diagnostik**

**Lignes directrices de
l'EWGSOP pour un
diagnostic complet**



<https://doi.org/10.1093/ageing/afy169>



Abbildung 1: Für die Handgreifkraft gibt es alters- und geschlechts-spezifische Normwerte. | Illustration 1: pour la force de préhension de la main, il existe des valeurs standard spécifiques à l'âge et au sexe.

Dépister la sarcopénie à un stade précoce

En raison des conséquences graves de la sarcopénie, la maladie doit être détectée le plus tôt possible. Dans ses lignes directrices de 2019, le groupe de travail européen sur la sarcopénie des populations âgées (EWGSOP) recommande de dépister les patient·e·s dès qu'ils-elles signalent des chutes, qu'ils-elles se sentent faibles ou que des limitations fonctionnelles apparaissent [2]. Le questionnaire SARC-F est un bon instrument de dépistage [7]. Il évalue la faisabilité des AVQ liées à la force et/ou à l'équilibre, ainsi que les antécédents de chutes, à l'aide de cinq questions. La validation de la version allemande du questionnaire montre une sensibilité de 75 % et une spécificité de 67 % pour la détection des personnes au premier stade clinique de la sarcopénie. Cet instrument permet donc un dépistage précoce [8].

En cas d'indication de sarcopénie, on vérifie l'état musculaire général. Celui-ci est mesuré de manière représentative, en évaluant par exemple la force de préhension de la main [9]. Cette évaluation peut être réalisée en quelques minutes dans un cabinet de physiothérapie, à l'aide d'un dynamomètre manuel pour main. En cas de faiblesse musculaire, une anamnèse détaillée portant sur l'activité physique, l'utilisation de la force, l'autonomie dans la vie quotidienne et l'état nutritionnel permet d'évaluer l'influence du mode de vie sur l'état musculaire.

Referenzwerte für Handgreifkraft

Für eine Einschätzung der Handgreifkraft existieren alters- und geschlechtsspezifische Normwerte für die Altersgruppen von 6 bis 75 Jahren [10]. Diese werden im Handbuch handelsüblicher Handdynamometer mitgeliefert. Spezifisch für die Schweizer Bevölkerung wurden Referenzwerte für die Altersgruppen 75 Jahre und darüber erhoben [11] (Tabelle 2).

Prä-Sarkopenie in der Schweizer Bevölkerung

Eine Sarkopenie im ersten klinischen Stadium (Prä-Sarkopenie) liegt vor, wenn die maximale Handgreifkraft einen bestimmten Schwellenwert unterschreitet. Dieser liegt für Frauen bei 16 kg und bei Männern bei 27 kg [2].

In der Schweizer Bevölkerung liegt die Handgreifkraft bei 26 % der Frauen und 28 % der Männer, die über 75-jährig sind und zu Hause leben, unterhalb des Schwellenwerts. Das geht aus einer Studie zur Prävalenz von Prä-Sarkopenie im Jahr 2020 hervor [12]. Bei Menschen derselben Altersgruppe, die in Alterspflegeheimen leben, sind es sogar 80 % [13].

Pour un diagnostic complet de la sarcopénie, la masse ou la qualité musculaire est évaluée en plus de la force musculaire, conformément aux lignes directrices de l'EWGSOP [2]. Les instruments de mesure recommandés étant des procédés d'imagerie relativement coûteux et/ou nécessitant du temps, ils ne sont pas adaptés aux cabinets de physiothérapie ou de manière limitée seulement. La sévérité de la perte de masse musculaire peut être déterminée à l'aide de tests fonctionnels validés, tels que le «Timed Up and Go» (tableau 1 et encadré).

Valeurs de référence pour la force de préhension de la main

Pour évaluer la force de préhension de la main, il existe des valeurs de référence spécifiques à l'âge et au sexe pour les groupes d'âge de 6 à 75 ans [10]. Elles sont fournies dans le manuel des dynamomètres manuels pour main disponibles dans le commerce. Des valeurs de référence spécifiques à la population suisse ont été établies pour les groupes d'âge de 75 ans et plus [11] (tableau 2).

Klinisches Stadium Stade clinique	Kriterium Critère	Assessment Évaluation
Prä-Sarkopenie	(1) geringe Muskelkraft	Handgreifkraft «Chair stand»-Test (5x «sit-to-stand»)
Präsarkopenie	(1) Faiblesse musculaire	Force de préhension de la main Test «Chair stand» (5x «sit-to-stand»)
Sarkopenie	(1) geringe Muskelkraft und (2) geringe Muskelquantität oder -qualität	z.B. Handgreifkraft z.B. Magnetresonanztomographie
Sarcopénie	(1) Faiblesse musculaire et (2) faible masse ou qualité musculaire	p. ex. force de préhension de la main p. ex. imagerie par résonance magnétique
Schwere Sarkopenie	(1) geringe Muskelkraft und (2) geringe Muskelquantität oder -qualität und (3) geringe körperliche Leistungsfähigkeit	z.B. Handgreifkraft z.B. Magnetresonanztomographie Gehgeschwindigkeit «Timed Up and Go»-Test
Sarcopénie sévère	(1) Faiblesse musculaire et (2) faible masse ou qualité musculaire et (3) faible capacité physique	p. ex. force de préhension de la main p. ex. imagerie par résonance magnétique Vitesse de marche Test «Timed Up and Go»

Tabelle 1: Vollständige Diagnostik der klinischen Stadien von Sarkopenie mit Beispielen der jeweiligen klinischen Assessments. Eigene Darstellung nach [2]. | **Tableau 1: diagnostic complet des stades cliniques de la sarcopénie avec des exemples d'instruments d'évaluation clinique. Représentation propre d'après [2].**

	Alter (Jahre) Âge (années) 75–79	80–84	85–89	90–99
Handgreifkraft Männer in kg Force de préhension de la main hommes en kg	37,7 ± 6,5 (1,2)	28,8 ± 7,7 (1,5)	29,3 ± 7,3 (1,3)	
Handgreifkraft Frauen in kg Force de préhension de la main femmes en kg	22,2 ± 4,0 (0,7)	19,7 ± 3,0 (0,4)	19,0 ± 3,8 (0,6)	16,5 ± 4,7 (0,8)

Tabelle 2: Referenzwerte der Handgreifkraft (dominante Hand) für die Schweizer Bevölkerung über 75 Jahre. Die Handgreifkraft wird als höchster Wert aus drei Wiederholungen in Kilogramm (kg) ± einer Standardabweichung und dem Standardfehler des Mittelwerts (in Klammern dargestellt) [11]. | **Tableau 2: valeurs de référence de la force de préhension de la main (main dominante) pour la population suisse âgée de plus de 75 ans. La force de préhension de la main est représentée par la valeur la plus élevée de trois répétitions en kilogrammes (kg) ± un écart-type et l'erreur standard de la moyenne (entre parenthèses) [11].**

WHO-Empfehlungen für körperliche Aktivität
Recommandations de l'OMS pour l'activité physique



<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK566045/>

Evidenz-basierte Trainingsempfehlungen für ältere Menschen
Recommandations d'entraînement fondées sur des données probantes pour les personnes âgées



<https://doi.org/10.1519/jsc.0000000000003230>



<https://doi.org/10.1007/s12603-021-1665-8>

La présarcopénie dans la population suisse

On parle de sarcopénie au premier stade clinique (présarcopénie) lorsque la force maximale de préhension de la main est inférieure à un certain seuil. Celui-ci est de 16 kg pour les femmes et de 27 kg pour les hommes [2].

Dans la population suisse, la force de préhension de la main est inférieure à ce seuil chez 26 % des femmes et 28 % des hommes de plus de 75 ans vivant à domicile. C'est ce qui ressort

Diese Ergebnisse zeigen, dass ein erstaunlich hoher Anteil der älteren Bevölkerung ein erhöhtes Risiko für Funktionsverlust und weitere chronische Krankheiten durch einen reduzierten Muskelstatus hat. Bereits in der Gruppe der zu Hause lebenden Menschen hängt die geringe Handgreifkraft unabhängig von Faktoren wie Alter und körperlicher Aktivität² mit der Selbstständigkeit in ADL zusammen [12]. Die Wahrscheinlichkeit, nicht mehr selbstständig einkaufen oder sich anziehen zu können, ist bei Menschen mit geringer Kraft fast dreimal höher ist als bei Menschen mit normaler Kraft [12].

Bei der Frage nach der Richtung des kausalen Zusammenhangs zwischen Kraft und ADL zeigt sich ein gegenseitiger Einfluss. Eindeutig bewiesen ist, dass Muskelabbau über die Zeit dazu führt, dass ADL nicht mehr mühelos und selbstständig durchgeführt werden können [1]. Interessant ist dabei, dass schon eine geringe Handgreifkraft in jüngeren Jahren ein wichtiger Hinweis für mangelnde Selbstständigkeit in ADL im Seniorenalter ist [14, 15]. Umgekehrt ist aber auch der Rückzug aus dem aktiven Leben und damit der mangelnde Einsatz der Kraft in Routinetätigkeiten dafür verantwortlich, dass die Kraft abnimmt [16].

Empfehlungen für die Prävention

Die Prävention von übermässigem Muskelabbau bei älteren Menschen ist durch die Einhaltung der Empfehlungen der Weltgesundheitsorganisation (WHO) für körperliche Aktivität und aktiven Lebensstil [17] wahrscheinlich gesichert. Diese Empfehlungen schliessen regelmässiges Ausdauer- und Krafttraining sowie den Gebrauch der Muskulatur bei möglichst vielen Tätigkeiten in Haus, Garten und Freizeit ein [18]. Die Einhaltung spezifischer Trainingsparameter ist für ein effektives Muskelaufbautraining bei älteren Menschen essenziell [19, 20].

d'une étude sur la prévalence de la présarcopénie publiée en 2020 [12]. Pour les personnes du même groupe d'âge vivant en maison de retraite, ce chiffre atteint même 80 % [13]. Ces résultats montrent qu'une proportion étonnamment élevée de la population âgée présente un risque accru de limitation fonctionnelle et d'autres maladies chroniques en raison d'un statut musculaire réduit. Dans le groupe des personnes vivant à domicile, la faible force de préhension de la main est liée à l'autonomie dans les AVQ, indépendamment de facteurs tels que l'âge et l'activité physique² [12]. La probabilité de ne plus pouvoir faire ses courses ou s'habiller seul-e est presque trois fois plus élevée chez les personnes présentant une faiblesse musculaire que chez les personnes ayant une force musculaire normale [12].

Entre la force musculaire et les AVQ, qu'est-ce qui entraîne quoi? Ces deux éléments s'influencent mutuellement. Il est clairement prouvé que la diminution de la masse musculaire au fil du temps entraîne l'impossibilité d'effectuer des AVQ sans effort et de manière autonome [1]. Il est intéressant de noter qu'une force de préhension de la main déjà faible à un âge précoce est un indicateur important annonçant un manque d'autonomie dans les AVQ à l'âge des seniors [14, 15]. Quant au retrait de la vie active, associé à un déficit d'utilisation de la force musculaire dans les activités routinières, il entraîne également une diminution de la force [16].

Recommandations pour la prévention

La prévention de la fonte musculaire excessive chez les personnes âgées est probablement assurée par le respect des recommandations de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) en matière d'activité physique et de mode de vie actif [17]. Ces recommandations incluent un entraînement régulier de l'endurance et de la force musculaire, ainsi qu'un travail musculaire dans le plus grand nombre possible d'activités à

² Einziger signifikanter Zusammenhang in einer Regressionsanalyse, die die kraftassoziierten Faktoren Alter, körperliche Aktivität, Teilnahme an sportlichem Training, regelmässiges Treppensteigen, Stürze in der Vergangenheit, ADL und Kognition einschloss.

² Seul lien significatif dans une analyse de régression incluant les facteurs associés à la force musculaire que sont l'âge, l'activité physique, la participation à un entraînement sportif, la montée régulière d'escaliers, les chutes dans le passé, les AVQ et la cognition.

Therapie individuell anpassen

Eine Therapie bei bereits bestehender Muskelschwäche orientiert sich ebenfalls an der Standardausführung für Kraft- und Ausdauertraining. Ein Training der Muskulatur wird bereits im ersten klinischen Stadium empfohlen, auch wenn (noch) keine vollständige Sarkopenie vorliegt. Die Therapie wird entsprechend den begleitenden chronischen Krankheiten und weiteren Einflussfaktoren wie Mangelernährung individuell angepasst und beispielsweise durch proteinreiche Lebensmittel ergänzt [19, 21]. Ein zusätzlich durchgeführtes, kognitiv-motorisches Training mit Einsatz von Doppelaufgaben («dual task»), virtueller Realität oder Exergames könnte durch eine Verbesserung der neuronalen Muskelsteuerung von Bewegungsabläufen einen additiven Effekt haben [22, 23] – zumindest bei Menschen mit kognitiven Auffälligkeiten oder Gebrechlichkeit [24]. Bei Vorliegen einer schwerwiegenden Sarkopenie mit multiplen Einflussfaktoren ist eine interprofessionelle Behandlung erforderlich. |

Literatur | Bibliographie

Die vollständige Literaturliste ist auf www.physioswiss.ch > Mitgliederbereich > Zentralverband > Kommunikationsmittel > Physioactive publiziert. La bibliographie complète est publiée dans la section de téléchargement sur www.physioswiss.ch > Pour les membres > Fédération centrale > Moyens de communication > Physioactive.

- Clark, B. C., & Manini, T. M. (2010). Functional consequences of sarcopenia and dynapenia in the elderly. *Current Opinion in Clinical Nutrition and Metabolic Care*, 13(3), 271–276. <https://doi.org/10.1097/MCO.0b013e328337819e>.
- Cruz-Jentoft, A. J., Bahat, G., Bauer, J., Boirie, Y., Bruyère, O., Cederholm, T., Cooper, C., Landi, F [Francesco], Rolland, Y [Yves], Sayer, A. A., Schneider, S. M., Sieber, C. C., Topinkova, E., Vandewoude, M., Visser, M., & Zamboni, M. (2019). Sarcopenia: Revised European consensus on definition and diagnosis. *Age and Ageing*, 48(1), 16–31. <https://doi.org/10.1093/ageing/afy169>.
- BfArM. ICD-10-GM Version 2022 Systematisches Verzeichnis – Referenzfassung.
- Clynes, M. A., Gregson, C. L., Bruyère, O., Cooper, C., & Dennison, E. M. (2021). Osteosarcopenia: Where osteoporosis and sarcopenia collide. *Rheumatology (Oxford, England)*, 60(2), 529–537. <https://doi.org/10.1093/rheumatology/keaa755>.
- McLeod, M., Breen, L., Hamilton, D. L., & Philp, A. (2016). Live strong and prosper: The importance of skeletal muscle strength for healthy ageing. *Biogerontology*, 17(3), 497–510. <https://doi.org/10.1007/s10522-015-9631-7>.
- Petermann-Rocha, F., Balntzi, V., Gray, S. R., Lara, J., Ho, F. K., Pell, J. P., & Celis-Morales, C. (2022). Global prevalence of sarcopenia and severe sarcopenia: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Cachexia, Sarcopenia and Muscle*, 13(1), 86–99. <https://doi.org/10.1002/jcsm.12783>.
- Malmstrom, T. K., Miller, D. K., Simonsick, E. M., Ferrucci, L [Luigi], & Morley, J. E [John E.] (2016). Sarc-F: A symptom score to predict persons with sarcopenia at risk for poor functional outcomes. *Journal of Cachexia, Sarcopenia and Muscle*, 7(1), 28–36. <https://doi.org/10.1002/jcsm.12048>.
- Drey, M., Ferrari, U., Schraml, M., Kemmler, W., Schoene, D., Franke, A., Freiberger, E., Kob, R., & Sieber, C. (2020). German Version of SARC-F: Translation, Adaption, and Validation. *Journal of the American*

Medical Directors Association, 21(6), 747-751.e1. <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2019.12.011>.

Adapter la thérapie à chaque individu

En cas de faiblesse musculaire déjà existante, la thérapie se fonde également sur un canevas d'entraînement standardisé de force et d'endurance. Un entraînement musculaire est recommandé dès le premier stade clinique, même s'il n'y a pas (encore) de sarcopénie complète. Le traitement est adapté individuellement en fonction des maladies chroniques concomitantes. Il est associé à la prise en compte d'autres facteurs, comme la malnutrition, avec par exemple l'introduction d'aliments riches en protéines [19, 21]. Chez les personnes présentant des anomalies cognitives ou une fragilité [24], l'ajout d'un entraînement cognitivo-moteur par la double tâche («dual task»), la réalité virtuelle ou l'exergaming pourrait accroître les effets du traitement, en améliorant le contrôle moteur des séquences de mouvements [22, 23]. En présence d'une sarcopénie sévère avec de multiples facteurs de risque, une prise en charge interprofessionnelle est nécessaire. |



Prof. Dr. Julia Wearing, Professorin Interprofessionelle Gesundheitsversorgung, Duale Hochschule Baden-Württemberg Lörrach.

Prof. Dr. Julia Wearing, professeure de soins services de santé interprofessionnels, Duale Hochschule Baden-Württemberg Lörrach.

- Medical Directors Association, 21(6), 747-751.e1. <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2019.12.011>.
- Roberts, H. C., Denison, H. J., Martin, H. J., Patel, H. P., Syddall, H., Cooper, C., & Sayer, A. A. (2011). A review of the measurement of grip strength in clinical and epidemiological studies: Towards a standardised approach. *Age and Ageing*, 40(4), 423–429. <https://doi.org/10.1093/ageing/afr051>.
- Mathiowetz, V., Kashman, N., Volland, G., Weber, K., Dowe, M., & Rogers, S. (1985). Grip and pinch strength: Normative data for adults. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 66(2), 69–74.
- Wearing, J., Konings, P., Stokes, M., & Bruin, E. D. de (2018). Handgrip strength in old and oldest old Swiss adults – a cross-sectional study. *BMC Geriatrics*, 18(1), 266. <https://doi.org/10.1186/s12877-018-0959-0>
- Wearing, J., Konings, P., Bie, R. A. de, Stokes, M., & Bruin, E. D. de (2020). Prevalence of probable sarcopenia in community-dwelling older Swiss people – a cross-sectional study. *BMC Geriatrics*, 20(1), 307. <https://doi.org/10.1186/s12877-020-01718-1>.

Cabine à louer

1500.- chf/mois



reactiv'
physio

Reactiv' Physio sous-loue

Nous ouvrons un cabinet de physiothérapie au 01.10.2022 et sommes 2 employées physiothérapeutes.

Nos domaines de prise en charge sont le musculo-squelettique, orthopédie/traumatologie, rhumatologie, pelvi-périnéologie. De plus nous proposons un service d'entraînement spécialisé par EMS.

Possibilité de louer une cabine ~ 12m² ou un local de 36m² avec entrée indépendante.

Notre souhait est de développer une prise en charge multi-disciplinaire pour nos patients et les rediriger selon leurs besoins grâce à des thérapeutes compétents et complémentaires.

- 10 à 30 m² selon votre souhait
- Moderne et neuf
- Cabine non-équipée
- Charges comprises
- Interdisciplinarité

Quand : 01.10.2022

Où : Place du Bourg 1 - Martigny

Disponibilité 60 à 100 %

Autre : Nous étudierons toutes propositions.

Contact : 0041 77 411 15 18
eremira.kukalaj@hotmail.ch