

JOURNAL FÜR ERNÄHRUNGSMEDIZIN

Nachrichten der Arbeitsgemeinschaft Klinische Ernährung

Journal für Ernährungsmedizin 2002; 4 (3) (Ausgabe für Österreich)

Homepage:

**[www.kup.at/
ernaehrungsmedizin](http://www.kup.at/ernaehrungsmedizin)**

**Online-Datenbank mit
Autoren- und Stichwortsuche**

Mit Nachrichten der



**INTERDISZIPLINÄRES ORGAN FÜR PRÄVENTION UND
THERAPIE VON KRANKHEITEN DURCH ERNÄHRUNG**

**Erschaffen Sie sich Ihre
ertragreiche grüne Oase in
Ihrem Zuhause oder in Ihrer
Praxis**

Mehr als nur eine Dekoration:

- Sie wollen das Besondere?
- Sie möchten Ihre eigenen Salate,
Kräuter und auch Ihr Gemüse
ernten?
- Frisch, reif, ungespritzt und voller
Geschmack?
- Ohne Vorkenntnisse und ganz
ohne grünen Daumen?

Dann sind Sie hier richtig



NACHRICHTEN DER ARBEITSGEMEINSCHAFT KLINISCHE ERNÄHRUNG

1180 Wien, Staudgasse 43/18, Tel. + Fax 01/969 04 87, E-Mail: AKE@chello.at



ARBEITSGEMEINSCHAFT
KLINISCHE ERNÄHRUNG

AKE-
NACHRICHTEN

WERDEN DIE FOLGEN ZU GERINGER ENERGIEZUFUHR BZW. MALASSIMILATION HÄUFIG ALS TUMORKACHEXIE FEHLINTERPRETIERT?

In Österreich gibt es jährlich rund 34.000 onkologische und hämatologische Neuerkrankungen. Rund 20 % aller Spitalsaufenthalte werden durch onkologische Erkrankungen verursacht. Trotz immer enger werdender Ressourcen genießen diese Patienten eine umfassende, interdisziplinäre, spitzenmedizinische Behandlung. Aber welche Rolle spielt dabei in Österreich die Ernährungstherapie? Warum kann es noch immer passieren, daß Patienten mehr als 20 % ihres Körpergewichts in wenigen Wochen Spitalsaufenthalt verlieren? Ist dies tatsächlich die Folge des primären Tumorstoffwechsels? Wie weit lassen wir Erkenntnisse über die Folgen der Mangelernährung in die tägliche Routinearbeit einfließen?

Essen – Teil der Lebensqualität

Obwohl viele Patienten mit „essen können, Gewicht halten ...“ Lebensqualität verbinden, werden Ernährungsprobleme sehr häufig weitgehend ignoriert. Als Beispiele möchte ich hier Schmerzen, Übelkeit, Erbrechen, Schluckstörungen, Durchfälle, Obstipation und ähnliches anführen. Aber auch Veränderungen der Lebensgewohnheiten sowie große Ängste der Patienten führen zu stark reduzierter Nahrungszufuhr. Idiopathisch müssen noch notwendige Voruntersuchungen und die Therapie als solche genannt werden, welche meist eine adäquate Energieaufnahme verhindern.

Um die Nahrungs- und Flüssigkeitszufuhr sicherzustellen, sind hier die behandelnden Ärzte, die Pflegepersonen, die ernährungsmedizinische

Beratung sowie andere Berufsgruppen gleichermaßen gefordert, damit noch vor einem Gewichtsverlust den Betroffenen entsprechende Lösungen angeboten werden können.

Maldigestion

Als ein häufiges wesentliches Problem möchte ich die Maldigestion anführen. Die Ursachen bei onkologischen Patienten sind vielfältig. Einen wesentlichen Grund stellt der Mangel an Verdauungsenzymen (Amylasen, Lipasen und Peptidasen) dar. Dieser tritt praktisch immer bei Patienten mit Pankreaskarzinom auf. Aber auch bei Diarrhoen aufgrund von Therapienebenwirkungen oder nach Operationen kommt es häufig zu Malassimilationsstörungen. Ein weiteres klassisches Problem stellen Dumpingsymptome nach Magenoperationen dar.

Als Folge werden die Nährstoffe nicht aufgespalten und resorbiert, sondern gelangen in den Dickdarm und führen für den Betroffenen zu unzähligen Nebenwirkungen wie starken Blähungen, Fettstühlen bis hin zu Durchfällen, Krämpfen, Übelkeit, Völlegefühl und Schmerzen, welche durch die Nahrungsaufnahme verstärkt werden, und vieles mehr. Dies führt dazu, daß die Patienten sich nur mehr sehr einseitig ernähren und sehr rasch an Gewicht verlieren. Viele schränken auch aufgrund dieser Symptome weitgehend alle sozialen Kontakte ein, was nicht nur zu sehr raschem körperlichem Verfall, sondern weitgehend zur Verschlechterung der Lebensqualität beiträgt. Werden diese Patienten ausreichend mit Enzymen substituiert und bekommen sie zusätzlich genaue Anweisungen bezüglich richtiger Einnahme sowie Informationen über leicht verdauliche Speisen, so müssen sie ihre Ernährungsgewohnheiten kaum ändern und können wieder am gesellschaftlichen Leben teilhaben. Außerdem kann das Körpergewicht in der Regel immer gehalten und teilweise sogar leicht gesteigert werden.

Auch bei Patienten mit Magenkarzinomen reichen sehr oft gezielte Ernährungsmaßnahmen aus, damit sie weitgehend symptomfrei sind und ein möglichst guter Ernährungszustand erhalten bleibt. In seltenen Fällen muß ergänzend mit enteralen Produkten gearbeitet werden bzw. kommt eine heimparenterale Ernährung zum Einsatz.

Schluckstörungen

Ein anderes häufiges Problem stellen Schluckstörungen bei Patienten mit HNO-Tumoren dar. Natürlich kann man sich vorstellen, daß bei Speichelmangel, Entzündungen im Mundbereich, Schmerzen, Brennen und Würgegefühlen die Nahrungsaufnahme der Betroffenen keine Freude mehr bereitet. Essen wird dann nur mehr als notwendige Qual empfunden, und die Betroffenen erbringen Höchstleistungen, wenn sie ein Drittel der ursprünglichen Nahrungs- und Flüssigkeitsmenge aufnehmen. Diese Mengen werden dann völlig falsch interpretiert und überbewertet. Daß mit dieser Energiemenge aber automatisch eine Gewichtsreduktion verbunden sein muß, braucht nicht näher erklärt zu werden. Der damit verbundene Muskelabbau führt bei den Betroffenen unweigerlich zu Veränderungen der körperlichen Leistungsfähigkeit sowie ihres Habitus. Wenn diese Patienten aber bereits nach einigen Therapien als teilweise schwer mangelernährt diagnostiziert werden, stellt sich natürlich der sinnvolle Einsatz einer PEG-Sonde zu diesem späten Zeitpunkt in Frage. Da der erfahrene Arzt bereits nach der Diagnosestellung und vor Therapiebeginn die möglichen Auswirkungen der Therapienebenwirkungen abschätzen kann, sollten Möglichkeiten der Ernährungstherapie schon vor Therapiebeginn besprochen und anschließend berücksichtigt werden. So könnte eine PEG-Sonde z. B. schon bei der Tumormarkierung bzw. spätestens während der Operation gelegt werden. Die Erfahrung zeigt, daß bei guter diätetischer Füh-

nung und entsprechender Compliance des Patienten das Normalgewicht gehalten werden kann.

Nahrungsaufnahme zu Hause muß gesichert sein

Da viele Patienten weitgehend ambulant betreut werden, spielt die Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme zu Hause eine wesentliche Rolle. Im Rahmen einer umfassenden Ernährungstherapie muß geklärt werden, wie der Patient zu Hause versorgt ist. Wenn sich der Allgemeinzustand eines Patienten als sehr schlecht erweist und niemand für ihn sorgt, wird er automatisch wenig essen. Nur die Verordnung von Trinknahrungen wird in dieser Situation ebenfalls nicht ausreichen, wenn die Sozialversicherungsträger die Produkte nicht bewilligen bzw. entsprechende Informationen über die Einnahme fehlen. Wenn der Patient eine PEG-Sonde oder gar eine heimparenterale Ernährung benötigt, muß unbedingt rechtzeitig der Kontakt zu der entsprechenden Homecarefirma aufgenommen werden.

Neben „Essen auf Rädern“, Sozialdiensten und vielem mehr gibt es zahlreiche Möglichkeiten, den Patienten zu Hause zu unterstützen. Allerdings muß dies immer organisiert werden und darf nie dem Zufall überlassen werden. Die Einstellung: „Der wird zu Hause schon wieder mit dem Essen beginnen“, funktioniert in der Praxis nur sehr selten. Bis dann der Patient wieder zu einer Kontrolle ins Krankenhaus kommt, sind mindestens zwei Wochen vergangen, in denen eine entsprechende Energiezufuhr fehlte. Im Routinebetrieb werden diese Situationen viel zu wenig hinterfragt, sondern einfach schicksalhaft als Tumorkachexie bezeichnet, gegen die man eben machtlos sei.

Tumorbekämpfung durch Aus- hungern oder Krebsdiäten

Leider begegnet man in der Praxis noch immer der Meinung, daß eine

gute Nährstoffversorgung das Tumorstoffwachstum sowie die Metastasenbildung fördern könne. Danach würden entsprechende Ernährungsmaßnahmen die Überlebenszeit negativ beeinflussen. Nicht nur zahlreiche Studien haben diese Irrmeinung deutlich widerlegt, sondern auch ich sehe bei meiner täglichen Arbeit, daß ein guter Ernährungszustand eine Voraussetzung für eine effektive Tumorthherapie darstellt. Aber nachdem die Medizin für Tumoren im fortgeschrittenen Stadium noch immer nicht den Stein der Weisen gefunden hat, klammern sich Betroffene weiter an diesen falschen Hoffnungsschimmer. Wenn aber selbst Klinikpersonal leider teilweise noch immer diese Meinung vertritt, stellt sich für mich persönlich schon die Frage, ob dies nicht eine Entschuldigung für mangelndes Interesse an Ernährungstherapie und Betreuung der Patienten darstellt.

Viele Patienten werden mit Worten wie „Sie können alles essen, was Sie vertragen“ verunsichert und sind auf kompetente Ernährungstherapie angewiesen. Da diese aber im Krankenhaus häufig fehlt, versuchen die Betroffenen, gewünschte Informationen über andere Quellen zu bekommen. Für einseitige Ernährungsmaßnahmen oder vielversprechende Krebsdiäten sind meist nicht selbsternannte Wunderheiler verantwortlich, sondern fehlende entsprechende Aufklärung durch den betreuenden Arzt bzw. die Ernährungsfachkraft.

Auch die Frage einer generellen Gabe von Antioxidantien in pharmakologischen Dosen ist nicht geklärt. Mir begegnen immer wieder Patienten, die von „Alternativmedizinern“ Vitamine und Selen in relativ großen Mengen bekommen. Hier stellt sich für mich die Frage, ob das Motto „hilft es nicht, schadet es nicht“ so einfach bedenkenlos angewendet werden kann.

Rolle des Tumorstoffwechsels

In der täglichen Routine kann für mich der Einfluß des Tumorstoffwechsels

nicht so einfach beantwortet werden. Ich bekomme immer wieder nichtterminale Tumorpatienten zugewiesen, welche in den letzten Wochen mehr als 5 % ihres Körpergewichts verloren haben. Spontan verbinden damit viele Ärzte die Folgen des Tumorstoffwechsels und meinen, daß dies bei einer konsumierenden Erkrankung eben so sei.

Wenn ich dann eine genaue Ernährungsanamnese durchführe, stelle ich fest, daß die Betroffenen durchschnittlich weniger als 1000 kcal pro Tag aufgenommen haben. Die Gründe sind meist nicht der Tumorstoffwechsel per se, sondern Probleme wie eine nicht adäquate Schmerztherapie, unzureichende Antiemetikagabe, nicht behandelte Durchfälle und ähnliches. Nach Verbesserung der Supportivtherapie sowie gezielten Ernährungsmaßnahmen nehmen diese Patienten wieder Gewicht zu. Dafür reicht häufig schon eine Energiemenge von rund 30 kcal und 1 bis 1,5 g Aminosäuren pro kg Körpergewicht pro Tag aus.

Zusammenfassung

In der Praxis sieht man, daß die Tumorkachexie in der Regel mit einer negativen Energiebilanz beginnt. Dies bedeutet, daß die Patienten wesentlich weniger als früher essen bzw. große Verluste erleiden. Onkologische Patienten schätzen auch ihre Energiezufuhr wesentlich höher ein, als sie tatsächlich ist. Voraussetzung für eine effiziente Ernährungstherapie ist deshalb die Zuweisung der Patienten zur ernährungsmedizinischen Beratung möglichst bei Diagnosestellung bzw. sobald erste Ernährungsprobleme oder ungewollter Gewichtsverlust auftreten, denn eine Prävention des Gewichtsverlustes ist sinnvoller als eine Therapie.

Korrespondenzadresse:

Elisabeth Hütterer, Dipl. DA & EMB
AKH Wien
Onkologische Ambulanz (6 I)
A-1090 Wien, Währinger Gürtel 18–20
E-Mail: elisabeth.huetterer@aon.at