

# Ernährung in der Palliativmedizin

Andreas Lanzendörfer, Oberarzt Innere Medizin KH Witzenhausen  
Facharzt für Innere Medizin, Rettungsmedizin, Palliativmedizin

# Kachexie als Leitsymptom der fortgeschrittenen Tumorerkrankung

- **Ursachen:**
  - Tumorbedingt: erschwerte/unmögliche Nahrungsaufnahme, z.B. durch Tumore im HNO-Bereich, Speiseröhre oder Magen-Darmtrakt
  - Neurologisch oder psychogen: Schmerzen, Geschmacks-, Schluckstörungen, Ängste, Depressionen
  - Therapiebedingt: durch Chemotherapie und Radiatio verursachte Anorexie, Übelkeit, Erbrechen und Schleimhautveränderungen (Mukositis, Ulzera), medikamenteninduzierte Übelkeit (z. B. Opiate)
  - Endogene Mediatoren: Zytokine wie TNF (tumor necrosis factor) und Interleukine (IL-1 und -6)

# Ernährungstherapie in der letzten Lebensphase

- Prinzipiell: orale Nahrungsaufnahme bevorzugen!  
Wichtig weil:

Appetit und die Fähigkeit zur oralen Nahrungsaufnahme sind neben einer effizienten Schmerzlinderung wesentliche Faktoren, die die subjektive Befindlichkeit von Karzinomkranken unmittelbar beeinflussen.

Studie: Orale Nahrungsaufnahme in 92% der Fälle auf eigenen Wunsch bis zuletzt erreichbar

# Ernährungstherapie in der letzten Lebensphase

## Voraussetzungen:

- individuelle, patientenorientierte Betreuung mit evtl. hohem Personalaufwand
- Abwechslungsreiche, wohlschmeckende Wunschkost
- Berücksichtigung der individuellen Essgewohnheiten
- Häufig kleine Mahlzeiten anbieten
- Individuelles Würzen und Aromatisieren der Speisen
- Ansprechendes Servieren und Essen in angenehmer Atmosphäre
- Behandlung von Kau- und Schluckstörungen
- Therapie von Anorexie, Übelkeit und Erbrechen
- Schulung der Angehörigen

# Probleme

- Mukositis: Mundspülungen mit Kamille, Salbei, evtl. Lokalanästhetika oder Analgetika vor der Nahrungsaufnahme
- Übelkeit: Metoclopramid (Paspertin), Haloperidol, 5HT-Antagonisten
- Inappetenz: Kortikosteroide, Cannabinoide

# Individualität !!!!!!!!

- „Aber du musst doch essen, du wirst doch immer weniger!“
- Angehörige von Anfang an in die o.g. Prinzipien der Ernährungstherapie einbinden und darüber aufklären, dass der Patient letztlich individuell entscheiden muss, was, wann und wie viel er isst.

# Indikation zur künstlichen Ernährung in der Palliativmedizin

## Prognostische Einteilung der Kachexie

	Extrinsische Kachexie	Intrinsische Kachexie
Klinik	Oralwärts liegende Obstruktion/Fistel  Erbrechen, Hunger, Durst	Keine oder weit aboral liegende Obstruktion  Inappetenz
Tumormasse	klein	groß
CRP	< 2 mg/dl	> 2mg/dl
Prognose unter künstlicher Ernährungstherapie	gut	schlecht

# Indikation zur künstlichen Ernährung in der Palliativmedizin

- Bei (drohender) extrinsischer Kachexie kann nach Ausschluss endoskopischer/operativer Möglichkeiten die Anlage einer PEG-Sonde zur künstlichen Ernährung sinnvoll sein (z.B. bei Speiseröhrenkrebs)
- Bei vorwiegend intrinsischer Kachexie ist auch durch künstliche Ernährung über eine PEG-Sonde der Ernährungszustand nicht positiv zu beeinflussen, manche Autoren sprechen sogar davon, dass nicht der Patient sondern der Tumor ernährt wird. In diesem Fall ist künstliche Ernährung über eine PEG-Sonde nicht indiziert.



# Enteral oder parenteral?

- Die parenterale intravenöse Ernährung (über ZVK/PORT) ist in der Palliativmedizin eher eine Ausnahme in Akutsituationen und in enger Absprache mit dem Patienten, da erhebliche Komplikationsgefahren bestehen (Infektionen, bakterielle Fehlbesiedelung des Darms etc.)
- Seltene weitere Indikation für die PEG-Sonde: als Ablaufsonde bei obstruierenden abdominalen Tumoren, die einen Ileus verursachen. (Nur in Kombination mit Ernährung über Port)

# Flüssigkeitssubstitution in der Terminalphase

- Untersuchungen zufolge empfinden Patienten in der Terminalphase zwar häufig Mundtrockenheit, ein frühzeitiges Sättigungsgefühl, Übelkeit und Geschmacksstörungen, aber selten Hunger und Durst.

# Flüssigkeitssubstitution in der Terminalphase

- Am Anfang der Therapie von Mundtrockenheit und Durst stehen daher pflegerische Maßnahmen wie Lippenpflege (Reinigen und Feuchthalten der Lippen) und Mundpflege mit Mundspülung, häufigem Angebot von Flüssigkeit und der Gabe von Eis-Chips oder Eiswürfeln.

# Flüssigkeitssubstitution in der Terminalphase

- Klagt ein Patient trotz optimaler Pflege weiterhin über Durst, kann eine Hydrierung versucht werden. Weitere Gründe wären ein plötzlicher, unerklärbarer Verwirrtheitszustand, unerklärte Unruhe etc.
- Um eine Überhydrierung zu vermeiden, sollte mit geringen Flüssigkeitsmengen, z. B. 1000 ml/24 h, begonnen werden. Dies kann über einen peripheren Zugang erfolgen.

# Flüssigkeitssubstitution in der Terminalphase

- Zum Problem kann dabei eine unüberlegte und zu hohe Flüssigkeitszufuhr werden, wenn sie zu Ödemen (Lungenödem!), Atemnot, Übelkeit und Erbrechen und überhöhter Urinproduktion führt, die entsprechende pflegerische und medizinische Probleme nach sich ziehen.

# Vorschlag für die Praxis

- Wenn alle intensiven pflegerischen Maßnahmen keine ausreichende Linderung des Symptoms Durst oder anderer Komplikationen der Dehydratation erbringen, ist ggf. ein Therapieversuch z.B. über 2 Tage gerechtfertigt (Wege: i.v., s.c., PEG; 20/40/80/120ml/h)
- Ist dieser Versuch in dieser Zeit ohne positiven Effekt → Einstellung der Flüssigkeitstherapie