

Ein stufenweiser Ansatz

Indikationen für künstliche Ernährung bei Palliativpatienten

Prof. Dr. med. Sophie Pautex^a, Prof. Dr. med. Laurence Genton^b

^a Service de médecine palliative, Hôpitaux universitaires de Genève, Université de Genève; ^b Service d'endocrinologie, diabétologie, hypertension et nutrition, Hôpitaux universitaires de Genève, Université de Genève



Die Frage, ob bei Palliativpatienten mit einer künstlichen Ernährung – auf enteralem oder parenteralem Wege – begonnen werden soll, ist in der medizinischen Praxis stets schwer zu entscheiden. Mithilfe eines klinischen Fallbeispiels stellen wir einen sechsstufigen Ansatz vor, der den Ärztinnen und Ärzten die damit verbundenen Problemstellungen besser verdeutlichen soll.

Das Editorial zu diesem Artikel finden Sie auf S. 794 in dieser Ausgabe.

Einleitung

Die Palliativpflege zielt darauf ab, die Lebensqualität von Menschen mit einer progressiven Krankheit im fortgeschrittenem Stadium und ihren Angehörigen zu verbessern. Das Anorexie-Kachexie-Syndrom betrifft beinahe alle Palliativpatienten, die an einer Krebserkrankung leiden, aber auch jene mit einer nicht onkologischen Krankheit [1, 2]. Die Frage, ob mit einer künstlichen Ernährung begonnen werden soll, ist in der medizinischen Praxis stets eine schwere Entscheidung, die oftmals von starken Emotionen begleitet wird, da Essen als Synonym für Leben gilt. Die wissenschaftlichen Belege für den Nutzen der künstlichen Ernährung (enteral oder parenteral) in derartigen Situationen sind im Übrigen begrenzt [1, 3]. Kachexie ist in der Tat ein multifaktorieller Vorgang, der durch den Verlust von Körpergewicht und Muskelmasse geprägt ist. Sie tritt oftmals bei Krebserkrankungen auf, kann aber auch im Rahmen zahlreicher anderer Krankheiten zu beobachten sein. Kachexie verursacht Fatigue, die Abnahme der körperlichen Funktion und der Lebensqualität sowie den Anstieg der Spitalsaufenthaltsdauer und der Mortalität; im Zusammenhang mit Krebserkrankungen erhöht sie das mit der Chemotherapie verbundene Toxizitätsrisiko. Kachexie wird durch ernährungstherapeutische Massnahmen behandelt, deren Wirksamkeit allerdings begrenzt ist.

Klinisches Fallbeispiel

Frau X leidet an einer Krebserkrankung im fortgeschrittenen Stadium, gegen die sie zahlreiche onkologische Therapien erhalten hat. An jenem Tag ist eine

starke Verschlechterung des Allgemeinzustands mit Anorexie, Kachexie und Asthenie festzustellen. Sie hat grosse Schwierigkeiten, aus dem Bett aufzustehen, es gelingt ihr jedoch, ihre alltäglichen Aufgaben zu erledigen. Begleitet wird sie bei der Konsultation von ihrem Mann, der um die Verschreibung einer künstlichen Ernährung für seine Frau bittet, damit sie wieder zu Kräften kommen kann.

Ein stufenweiser Ansatz kann uns dabei helfen, die Entscheidung zu treffen, die für Frau X, aber auch für ihren Mann am besten ist. Dieser Ansatz umfasst mehrere Stufen, die nachstehend und in Abbildung 1 dargestellt werden.

Diskussion

Krankheitsphase – Prognose

Bei Menschen mit einer progressiven Krankheit im fortgeschrittenen Stadium können drei Phasen unterschieden werden:

- Phase der aktiven Behandlung der Krankheit (etwa Chemotherapie usw.);
- Phase der symptomatischen Behandlung, in der das Hauptaugenmerk darauf liegt, die Symptome unter Kontrolle zu halten und die bestmögliche Lebensqualität zu erreichen;
- terminale Phase.

Frau X befindet sich wahrscheinlich in der Phase der symptomatischen Behandlung, in der die Entscheidung, ob eine künstliche Ernährung indiziert ist, sicherlich am schwierigsten ist. Denn in der Phase der aktiven Behandlung kann die künstliche Ernährung vollkommen gerechtfertigt sein, während in der ter-



Sophie Pautex

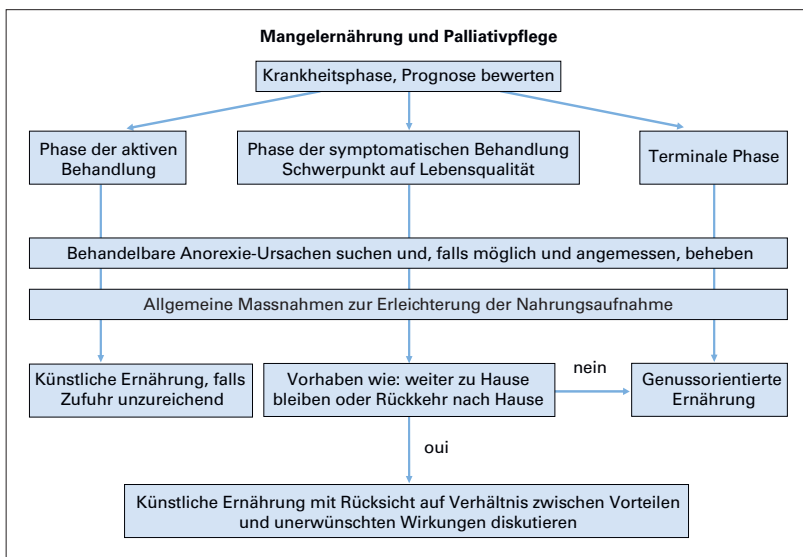


Abbildung 1: Mangelernährung und Palliativpflege: der stufenweise Ansatz.

minimalen Phase, die oftmals mit refraktärer Kachexie einhergeht, die Nichtverschreibung im Allgemeinen gutzuheissen ist.

Ein anderer, pragmatischerer Ansatz besteht in der Einschätzung, ob die Lebenserwartung von Frau X länger als drei Monate beträgt, mit der starken Einschränkung, dass die Prognose unserer Patientinnen und Patienten in vielen Fällen nur schwer zu beurteilen ist.

Vorhaben – Lebensqualität

Je nachdem, ob Frau X der Ansicht ist, am Ende ihres Lebens angelangt zu sein, und die kleinen Freuden des Alltags geniessen will, oder ob sie unbedingt die Geburt ihrer Enkelin in vier Monaten erleben möchte, wird unsere Entscheidung anders ausfallen.

Bewertung der Anorexie

Dazu gehört die Bestimmung des Körpergewichts und des Body-Mass-Index (auf Ödeme achten!) sowie bestimmter Laborwerte, falls man darauf abzielt, den Ernährungszustand zu verbessern. Die Bestimmung der Nährstoffzufuhr kann ebenfalls sehr hilfreich sein.

Unverzichtbar ist die übliche Anamnese nach dem PQRSTUI-Schema: «*pallie, provoque*»: Linderung, Verstärkung, «*qualité, intensité*»: Qualität, Intensität, «*région*»: Lokalisation, «*symptômes associés*»: Begleitsymptome wie Übelkeit und Erbrechen, «*temporalité*»: zeitlicher Verlauf, «*understand*»: Bedeutung, «*impact*»: Auswirkungen auf die Lebensqualität.

Ebenso muss eine klinische Untersuchung mit dem Ziel durchgeführt werden, behandel- oder verbesserbare Ursachen auszumachen:

- Mykose, Mukositis, Zahnprothesenprobleme;
- Störung des Geruchs- oder Geschmackssinns;

- Übelkeit, Erbrechen, Magenstase;
- Verstopfung, Darmverschluss;
- Depression, Angstzustände;
- andere unzureichend behandelte Symptome (Juckreiz, Atemnot, Verwirrtheit...);
- Medikamente.

Bei Frau X ist es besonders wichtig, die Auswirkungen der Anorexie zu bewerten, da die Verringerung der Nahrungsaufnahme die Angehörigen oftmals stärker belastet als die Patientinnen und Patienten, für die das schwächere Hungergefühl ein Teil ihrer Krankheit ist.

Andere Aspekte, die diskutiert oder eingeführt werden können

Die Verbesserung oder die Behebung aller Ursachen müssen Priorität haben, etwa: häufige Mundpflege (Eiswürfel, künstlicher Speichel), Behandlung einer Mykose der Mundschleimhaut oder Beginn einer Therapie mit antiemetischen oder abführenden Wirkstoffen.

Allgemeine Betreuung

Frau X sollte dazu motiviert werden, zu essen und zu trinken, ohne sie jedoch gegen ihren Willen dazu zu bringen und ohne Druck auszuüben.

Denn die Nahrungsaufnahme gilt als Symbol für das Leben, und die Aufklärung der Angehörigen über den Gesundheitszustand von Frau X und über die Tatsache, dass sie nicht an Hunger, sondern an der Krankheit sterben wird, ist für die Betreuung der Patientin von zentraler Bedeutung. Frau X hat auch das Recht, die künstliche Ernährung zu verweigern [4].

Die Ernährung muss an den Geruchs- und Geschmackssinn der Patientin angepasst sein, da sich diese in vielen Fällen verändern. Kleinere, appetitlich angerichtete, mehrmals täglich servierte Portionen können oftmals dazu beitragen, dass sich die Patientinnen und Patienten besser ernähren können. Mithilfe einer Ernährungsberatung kann eine Ernährungsbilanz erstellt werden, auf deren Grundlage auf eine energie- und proteinreiche Ernährung umgestellt werden kann. Der Nutzen einer oralen Nahrungssupplementation, die von einigen Patientinnen und Patienten geschätzt wird, wurde in dieser Population bisher wenig untersucht. Die Entscheidung darüber sollte den Patientinnen und Patienten überlassen werden.

Zahlreiche Behandlungen gegen Anorexie werden derzeit in Studien untersucht, bisher sind allerdings lediglich Kortikoide als Therapie anerkannt (zum Beispiel Prednisolon 10 mg einmal täglich). Da die Anregung des Appetits nicht länger als vier Wochen anhält, muss der Nutzen der weiteren Behandlung regelmässig bewertet werden. Zudem führt eine Langzeitbehandlung

Korrespondenz:
 Prof. Dr. med. Sophie Pautex
 Service de médecine
 palliative
 Département réadaptation et
 gériatrie
 Hôpitaux Universitaires
 de Genève
 11, chemin de la Savonnière
 CH-1245 Collonge-Bellerive
 sophie.pautex[at]hug.ch

mit Kortikoiden zum Verlust von Muskelmasse und dadurch möglicherweise zur Einschränkung der körperlichen Kapazitäten [5]. Im Falle von Unwirksam- oder Unverträglichkeit müssen die Kortikoide abgesetzt werden [6].

Vorteile und unerwünschte Wirkungen der künstlichen Ernährung

Die Entscheidung, ob eine künstliche Ernährung begonnen werden soll, muss stets in einem angemessenen Verhältnis zu den klinischen Zielen und zu den unerwünschten Wirkungen stehen. Die Anwendung eines Modells nach dem Vorbild der «Evidenz-basierten klinischen Entscheidungsfindung» ist nicht ohne Komplikationen, da das Evidenzniveau niedrig ist, wie der jüngste *Cochrane-Review* zu diesem Thema unterstreicht [3, 7, 8].

Ein gewisser Konsens herrscht im Hinblick auf die Indikation (Verbesserung der Lebensqualität) einer enteralen künstlichen Ernährung bei Patienten mit Schluckproblemen aufgrund einer lokal fortgeschrittenen Krebserkrankung im HNO-Bereich oder an der Speiseröhre, bei Patienten mit einer neuromuskulären Krankheit vom Typ amyotrophe Lateralsklerose und mit funktionellem Magen-Darm-Trakt sowie bei Schlaganfallpatienten. Stets ist auf allfällige Komplikationen und Nebenwirkungen zu achten (insbesondere auf die Wirkung auf die Verdauung, Regurgitationen und Aspirationspneumonie). Für Patienten mit schwerer Demenz wird die Indikation nicht anerkannt [9].

Bei Patienten mit nicht funktionellem oder dysfunktionellem Verdauungssystem ist die parenterale Ernährung zu bevorzugen, etwa im Falle eines Ileus oder einer Peritonealkarzinose bei Menschen mit lokal fortgeschrittenem Kolon- oder Ovarialkarzinom.

In jedem Falle muss die Entscheidungsfindung im interprofessionellen Team erfolgen (Ärzte/-innen, Pflegefachpersonen, Ernährungsberater/-innen, Physiotherapeuten/-innen...), unter Einbeziehung der Patientin bzw. des Patienten und der Angehörigen als Partner. Laut einer Studie setzen Ärztinnen und Ärzte,

die keine Ausbildung in Palliativmedizin haben oder keine Besprechung mit der Patientin bzw. dem Patienten und den Angehörigen organisieren können, eher auf die künstliche Ernährung [10].

Ebenso müssen im Team messbare Ziele fixiert werden (Verbesserung des Körpergewichts und der Kraft zum Aufstehen aus dem Bett...), die zu einem festgelegten Zeitpunkt neuerlich bewertet werden [4].

Die unerwünschten Wirkungen müssen ebenfalls sorgfältig überwacht und analysiert werden (zum Beispiel Verdauungsverträglichkeit bei enteraler Ernährung, infektiöse, thrombotische und metabolische Komplikationen bei parenteraler Ernährung).

In der Palliativmedizin muss zudem das Verhältnis zwischen Vorteilen und Belastung regelmässig beurteilt werden, vor allem sobald Symptome erkennen lassen, dass die künstliche Ernährung eine Belastung bedeutet, denn «nur ein positives Verhältnis rechtfertigt die Fortsetzung der künstlichen Ernährung». In der Praxis ist es stets einfacher, die künstliche Ernährung gar nicht zu beginnen, als sie abzusetzen, und jedenfalls muss Frau X daran erinnert werden, dass sie jederzeit ihre Meinung ändern kann. Sie könnte vorhaben, definitiv oder für einen kurzen Aufenthalt nach Hause zurückzukehren, was uns für einen bestimmten Zeitraum zur Änderung unserer Ziele veranlassen würde, um den Zielen von Frau X zu entsprechen.

Schlussfolgerung

Sie haben ein Treffen mit den diversen Gesundheitsfachpersonen, die sich um Frau X kümmern, mit Frau X selbst sowie mit ihrem Mann und ihrer Tochter organisiert. Bei diesem Treffen wurde deutlich, dass die Anorexie für Frau X kein Problem ist, und dem Paar wurde bewusst, dass die künstliche Ernährung angesichts der fortgeschrittenen Krebserkrankung die Lebensqualität von Frau X wohl nicht verbessern würde. Sie konsultierte eine Ernährungsberaterin und passte ihre Ernährung mit dem Ziel an, das Essen möglichst zu genießen. Sie starb fünf Monate später an einer Superinfektion der Lunge im Zusammenhang mit einer Exazerbation ihrer Krankheit.

Mitwirkung

Dieser Artikel ist Teil der Serie «Palliative Info». Gasteditorin dieser Serie ist Prof. Dr. med. Sophie Pautex, Hôpitaux universitaires de Genève (HUG).

Disclosure Statement

Die Autorinnen haben keine finanziellen oder persönlichen Verbindungen im Zusammenhang mit diesem Beitrag deklariert.

Literatur

Die vollständige Literaturliste finden Sie in der Online-Version des Artikels unter <https://doi.org/10.4414/smfm.2019.08409>.

Das Wichtigste für die Praxis

- Mangelernährung kommt bei Palliativpatienten sehr häufig vor.
- Die Frage, ob mit einer künstlichen Ernährung begonnen werden soll, ist in der medizinischen Praxis stets eine schwere Entscheidung, die oftmals von starken Emotionen begleitet wird. Sie muss stets in einem angemessenen Verhältnis zu den klinischen Zielen und zu den unerwünschten Wirkungen stehen.
- Die wissenschaftlichen Belege für den Nutzen der künstlichen Ernährung (enteral oder parenteral) in derartigen Situationen sind begrenzt.