

# ERNÄHRUNGSKONGRESS NUTRITION 2018

## ERNÄHRUNG VON TUMORPATIENTEN – ESSENZIELL FÜR BESSERE BEHANDLUNGSERGEBNISSE

Ernährung ist für den einzelnen Patienten von hoher Relevanz, in der Praxis oder Klinik hingegen spielt es eine eher untergeordnete Rolle. Gegenüber den 1950er-Jahren wird heute für Nahrungsmittel mehr als ein Drittel weniger ausgegeben. Prof. Dr. Marc Martignoni vom Klinikum rechts der Isar, München, zeigte auf der Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Ernährungsmedizin in Kassel Ergebnisse einer Ernährungsstudie der Techniker Krankenkasse aus dem Jahr 2013. Danach soll Essen für fast die Hälfte der 1000 deutschsprachigen Befragten hauptsächlich „lecker“ sein; dass es „gesund“ sein soll, ist für gut ein Drittel wichtig. Gegen eine gesündere Ernährung sprechen überwiegend mangelnde Zeit und Ruhe. Das Thema Ernährung müsse stärker in den Fokus rücken, forderte Martignoni.



Die Referenten: Prof. Dr. med. Marc Martignoni, Dr. med. Oliver Marschal, Dr. rer. nat. Melanie Ferschke, Dr. Carl Meißner

### GELEERTER TELLER, BESSERE PROGNOSE: GUTE NAHRUNGAUFNAHME REDUZIERT POSTOPERATIVE RISIKEN

Zwischen postoperativer Ernährung und Mortalität besteht ein enger Zusammenhang. Patienten, denen es erlaubt ist alles zu essen, die aber kaum etwas oder nichts zu sich nehmen, haben ein deutlich höheres Risiko während des Krankenhausaufenthaltes zu sterben, als diejenigen mit guter Nahrungsaufnahme(1). Gegenüber Nahrungsverweigerern sinkt das Mortalitätsrisiko bei Patienten, die bereits ein Viertel des angebotenen Essens zu sich nehmen. „Schauen Sie auch auf den Teller, um das Mortalitätsrisiko abzuschätzen“, appellierte Martignoni deshalb an Ärzte und Pflegende. Selbstverständlich stehe das Risiko postoperativer Komplikationen mit der Größe und Art des Eingriffs in Zusammenhang. Aber Nahrungsaufnahme ist ein Faktor, der das Komplikationsrisiko signifikant reduzieren kann.

Die Bedeutung der Ernährung spiegelt sich auch in den ERAS-Programmen (Enhanced Recovery after Surgery) wider. „Beim ERAS-Konzept, also der Fast-Track-Chirurgie, haben 50 Prozent der damit verbundenen Parameter nichts mit der eigentlichen Chirurgie, sondern mit Ernährung zu tun“, betonte Martignoni. Ergänzend verwies der Chirurg auf die Leitlinien Klinische Ernährung in der Chirurgie. (2) Hier wird empfohlen, die orale Nahrungszufuhr bei unkomplizierten Operationen nicht zu unterbrechen. Selbst nach kolorektalen Eingriffen wird empfohlen, innerhalb von Stunden nach der OP mit oraler Nahrungszufuhr einschließlich Flüssigkeiten zu beginnen. Dabei soll sich die orale Nahrungszufuhr nach der individuellen Toleranz und OP-Art richten.

### PATIENTEN SCREENEN, PROGNOSE ABSCHÄTZEN

Anhand etablierter Scores kann das Risiko für Mangelernährung und damit auch die Prognose der Patienten zuverlässig abgeschätzt werden. Dafür eignen sich das „Nutritional Risk Screening“ (NRS) und das „Subjective Global Assessment“ (SGA) auch für onkologische Patienten. In einer Studie mit Krebspatienten ergab das präoperative Screening mit dem SGA für schwer mangelernährte im Vergleich zu gut ernährten Patienten fast doppelt so lange Krankenhausaufenthalte (3). Gleichzeitig stellte sich heraus, dass eine parenterale Ernährung mit deutlich längeren stationären Aufenthalten aufgrund einer Komplikation verbunden war. Zur Frage enterale oder parenterale Ernährung erklärte Martignoni, dass insbesondere bei ausgedehnter Rektumchirurgie bei der parenteralen Form ein höheres Risiko für Anastomoseninsuffizienzen zu beachten sei.

## TUMORPATIENTEN BRAUCHEN BESSERE ERNÄHRUNGSTHERAPIE

Bereits zur Diagnose sind bis zu 50 Prozent der Tumorpatienten ungenügend ernährt und in Deutschland sterben pro Jahr schätzungsweise etwa 50 000 Tumorpatienten an Mangelernährung (4, 5). Mit diesen Zahlen charakterisierte Dr. Oliver Marschal, niedergelassener Onkologe in Braunschweig, die Ernährungssituation. Beim onkologischen Erstkontakt geben 64 Prozent der Patienten an, Gewicht verloren zu haben (6). „Das begegnet uns ebenso in der Praxis“, sagte Marschal und wies darauf hin, dass der Erstkontakt häufig schon Hinweise auf eine Kachexie oder zumindest Prækachexie bietet. Dabei nehmen Ärzte und Patienten die Probleme unterschiedlich wahr: Entsprechend einer aktuellen

und weniger häufig Grad 3 oder 4 erreichen. Nahezu alle von ihnen führen aber sehr häufig ( $> 1/10$ ) oder häufig ( $> 1/100$ ,  $< 1/10$ ) zu ernährungsrelevanten Beschwerden. Das Problem dabei sei, so Marschal, dass die Behandlung mit diesen Präparaten oft zeitlich nicht befristet ist.

## MANGELERNÄHRUNG – AUCH EIN WAHRNEHMUNGSMANGEL?

Am Beispiel einer italienischen Studie verdeutlichte Marschal das gering ausgeprägte Bewusstsein für Mangelernährung unter Onkologen. Von den fast 2 400 zum Thema Mangelernährung und Ernährungsmanagement kontaktierten Onkologen waren nur knapp 6 Prozent zur Teilnahme bereit<sup>9</sup>. Obwohl fast alle Teilneh-



Befragung schätzen Ärzte die Häufigkeit von Mangelernährung größer ein als die Betroffenen selbst, die Folgen hingegen geringer (7). Der Patientenanteil mit Mangelernährung ist beim Prostatakarzinom mit 14 Prozent am geringsten und bei Tumoren der Bauchspeicheldrüse am höchsten (67 Prozent) (8).

## NEBENWIRKUNG: EINFLUSS DER KREBSTHERAPIE AUF STOFFWECHSEL UND ERNÄHRUNGSZUSTAND

„Der Ernährungszustand ist die Basis dafür, wie die Therapie toleriert werden kann“, betonte Marschal. Denn der Ernährungszustand wirkt sich einerseits auf die Häufigkeit von Nebenwirkungen aus, andererseits auf die Muskelmasse und motorische Funktionsfähigkeit mit Folgen auf die persönliche Selbstständigkeit und das Wohlbefinden. Doch Mangelernährung ist ein Problem, das nicht nur mit der Erkrankung selbst, sondern auch mit der Chemotherapie zusammenhängt und die Prognose erheblich beeinflusst. Abseits der üblichen Nebenwirkungen (z. B. Übelkeit und Erbrechen, Fatigue, Schleimhautschäden) und der primären Antitumorwirkung müssen bei verschiedenen Krebsmedikamenten weitere Stoffwechseleffekte beachtet werden, wie Marschal erklärte. So komme es durch die mTOR-Blockade z. B. mit Sorafenib zu Muskelabbau, der auch unter der Therapie mit Cisplatin, Oxaliplatin, 5-Fluorouracil (5-FU) und verschiedenen Anthrazyklinen als Folge der Proteolyse auftritt. Relativ viele moderne Krebsmedikamente verursachen Nebenwirkungen, die aber überwiegend leicht oder moderat (Grad 1, 2) ausgeprägt sind

mer den Ernährungszustand als entscheidend für die Krebstherapie betrachteten, waren dessen Beurteilung und entsprechende Maßnahmen nur zu einem geringen Teil Routinebestandteil der Patientenversorgung.

## KOMPLIKATIONEN DER ERNÄHRUNGSTHERAPIE SIND VERMEIDBAR

Mögliche Komplikationen beim parenteralen Ernährungsmanagement sind häufig katheterbedingt. Um sie bei der Anlage peripherer Venenkatheter bzw. von Venenverweilkanülen bei Patienten mit unterschiedlichen Venengrößen zu vermeiden, komme es zunächst auf die korrekte Hautantisepsis vor der Punktion an, erklärte Dr. Carl Meißner, Chirurg am Klinikum Magdeburg. Weitere Präventionsmöglichkeiten bestehen u. a. darin, Gauge und Katheterlänge entsprechend dem Innendurchmesser der Vene, der Lösung und dem zu infundierenden Volumen zu wählen. Zudem sollten periphere Venen nicht mit Lösungen von mehr als 800 mosm/l beansprucht werden. „Möchten Sie mehr Eiweiß infundieren, dann sollten Sie zentrale Zugänge nutzen.“ Meißner wies besonders darauf hin, die Verweildauer des Venenkatheters auf 72 bis 96 Stunden zu begrenzen und die Punktionsstelle mindestens einmal täglich zu überprüfen.

Die Wahl des geeigneten Punktionsortes für zentralvenöse Zugänge hängt von mehreren Faktoren ab: späterer Nutzungszweck, Patientenzustand, Situation (z. B. Notfall), Erfahrung des Arztes und Druckverhältnisse im venösen System. Komplikationen

können durch die falsche Lage oder intravasales Umschlagen des Katheters entstehen. Meißner erklärte dazu: „Bei Unsicherheiten muss eine Röntgenkontrolle in zwei Ebenen und dann auch mit Kontrastmittel erfolgen, um z.B. einen Infusionsthorax auszuschließen.“ Eine konventionelle Röntgenaufnahme des Thorax stellt jedoch den postinterventionellen Standard dar.

### INFEKTIONSRSIKEN REDUZIEREN

Mit Gefäßkathetern assoziierte Infektionen können fatale Folgen haben. Grundsätzlich gelangen potenziell pathogene Keime auf vier Wegen in den Patienten: bei der Katheteranlage, von der Haut über die Einstichstelle, durch Manipulationen an Verbindungsstücken oder von andernorts verursachten Bakteriämien, von denen aus Erreger in oder an den Katheter gelangen. Auch hier wies Meißner zur Risikovermeidung auf tägliche Kontrollen der Eintrittsstelle und Verbandwechsel hin. Dabei muss auf Entzündungszeichen sowie auf Erytheme, Probleme bei der Aspiration oder Extravasate geachtet werden.

Welche Risiken gehen in diesem Zusammenhang von Portsystemen aus? Bei geübten Implantateuren treten in weniger als zwei Prozent operationsbedingte Komplikationen auf, wie der Magdeburger Chirurg berichtete. Infektionen sind hier immer noch die häufigste Komplikation und Ursache für Portexplantationen. Die Infektionsraten liegen zwischen 0,8 und 7,5 Prozent (10). Der Port als geschlossenes System unter der Haut ist mit geringeren Infektionsraten verbunden. Dagegen ist der zentralvenöse Katheter (ZVK) hinsichtlich Infektionen höher belastet. Meißner rät deshalb mit Verweis auf die Leitlinien parenterale Ernährung und Blutentnahmen über den ZVK zu vermeiden (11).

Das von der B. Braun Melsungen AG unterstützte Symposium „Onkologie & Ernährung – aus der Praxis für die Praxis“ fand am Freitag, den 22. Juni auf der Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Ernährungsmedizin „Nutrition 2018“ statt.

## ERNÄHRUNG UND SPORT GEHÖREN ZUSAMMEN: 437 KILOMETER FÜR EINEN GUTEN ZWECK

Dass Sport und Ernährung voneinander profitieren, darauf machte B. Braun mit seinem Benefizlauf aufmerksam: Rund 70 Teilnehmer trafen sich am 22. Juni bei trübem Wetter aber mit bester Laune zum B. Braun-Nutrition-Run in Kassel. Insgesamt 585 Runden und 437 Kilometer liefen die Frühaufsteher in dem 30-minütigen Rennen. Anlass war der Ernährungskongress Nutrition 2018 und die Idee von B. Braun, sportlich interessierte Läufer zu einem Benefizlauf einzuladen und damit Gutes zu tun: Für jede gelaufene Runde spendete B. Braun einen Betrag an die Kleinen Riesen Nordhessen e. V. Der 2014 gegründete Verein ist Träger des Kinderpalliativteams Nordhessen. Insgesamt wurden 4.500 Euro gespendet.



- (1) Hiesmayr M, Schindler K, Pernicka E et al. Decreased food intake is a risk factor for mortality in hospitalised patients: the NutritionDay survey 2006. *Clin Nutr* 2009; 28: 484–91.
- (2) Weimann A, Breitenstein S, Breuer JP et al. Klinische Ernährung in der Chirurgie. *Aktuel Ernährungsmed* 2013; 38: e155–97.
- (3) Vashi PG, Gupta D, Lammersfeld CA et al. The relationship between baseline nutritional status with subsequent parenteral nutrition and clinical outcomes in cancer patients undergoing hyperthermic intraperitoneal chemotherapy. *Nutr J* 2013; 12: 118.
- (4) Bachmann J, Heiligensetzer M, Krakowski-Roosen H et al. Cachexia worsens prognosis in patients with resectable pancreatic cancer. *J Gastrointest Surg* 2008; 12: 1193–201.
- (5) Müller MC, Uedelhofen KW, Wiedemann UCH. Mangelernährung in Deutschland. CEPTON 2007.
- (6) Muscaritoli M, Lucia S, Farcomeni A et al. Prevalence of malnutrition in patients at first medical oncology visit: the PreMiO study. *Oncotarget* 2017; 8: 79884–96.
- (7) Gyan E, Raynard B, Durand JP et al. Malnutrition in Patients With Cancer: Comparison of Perceptions by Patients, Relatives, and Physicians – Results of the NutriCancer2012 Study. *JPEN J Parenter Enteral Nutr* 2018; 42: 255–60.
- (8) Hébuterne X, Lemarié E, Michallet M et al. Prevalence of Malnutrition and Current Use of Nutrition Support in Patients With Cancer. *JPEN J Parenter Enteral Nutr* 2014; 38: 196–204.
- (9) Caccialanza R, Cereda E, Pinto C et al. Awareness and consideration of malnutrition among oncologists: Insights from an exploratory survey. *Nutrition* 2016; 32: 1028–32.
- (10) Teichgräber UK, Pfitzmann R, Hofmann HA. Central venous port systems as an integral part of chemotherapy. *Dtsch Arztebl Int* 2011; 108: 147–54.
- (11) Jauch KW, Schregel W, Stanga Z et al. Technik und Probleme der Zugänge in der parenteralen Ernährung. *Aktuel Ernähr Med* 2007; 32 (Suppl. 1): S41–S53.