



17. Niedersächsisches Ernährungsforum 2013

Krebs und Ernährung

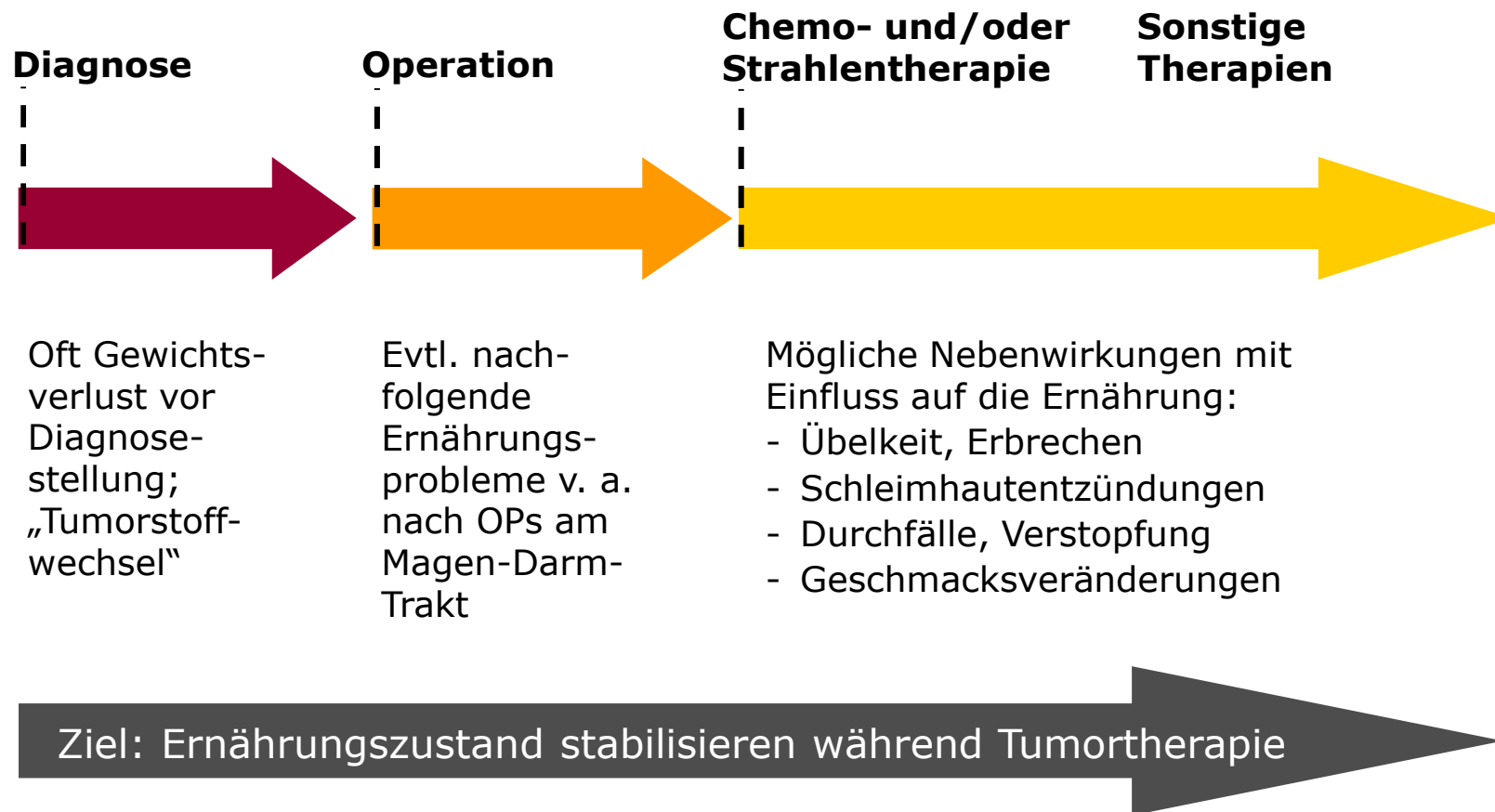
Aktuelle Aspekte der Prävention und Therapie

Diättherapie für Krebspatienten Praktische Aspekte der Ernährungsberatung

Dr. rer. med. Angela Jordan ♦ Diätassistentin ♦ Diplom-Oecotrophologin

www.ernaehrungswissen.net

Wie beeinflusst die Tumorthherapie den Ernährungsstatus?



Toxizitätsgrade nach WHO/CTC

	1	2	3	4
Appetitlosigkeit	Verlust von Appetit ohne Nahrungsgewohnheiten zu verändern	Orale Aufnahme sinkt, ohne Gewichtsverlust	Assoziiert mit signifikantem Gewichtsverlust oder Mangelernährung	---
Übelkeit	Gering, normale Nahrungsaufnahme	Nahrungsaufnahme vermindert, ohne Gewichtsverlust	Nur geringfügige Nahrungsaufnahme mit Gewichtsverlust oder Mangelernährung	---
Erbrechen	Gering (1x/d)	Mäßig (2-5x/d)	Stark (6-10x/d)	>10x/d od. PE
Diarrhoe	2-3 Stühle/d oder mehr als vor der Therapie	4-6 Stühle oder nächtl. Stuhlgang	7-9 Stühle/d oder Inkontinenz, schwere Krämpfe	> 10 Stühle/d od. massive blutige Stühle
Obstipation	Gering	Mäßig	Stark (Subileus)	Ileus > 96 h
Mukositis	Erosionen, geringes Wundsein	Schmerzhaft, aber modifizierte Nahrungsaufnahme möglich	Stark schmerzhaft, Essen nicht möglich	Nekrotisierendes Gewebe, Spontane Blutungen

CTC = Common Toxicity Criteria der EORTC (European Organisation for Research and Treatment of Cancer); www.eortc.be

Ziele der Ernährungstherapie

- ▶ Das Allgemeinbefinden zu verbessern.
- ▶ Die körpereigenen Abwehrkräfte aufrechtzuerhalten oder sie zu verbessern.
- ▶ Ungewollte Gewichtsverluste zu vermeiden und einer Fehl- bzw. Mangelernährung vorzubeugen.
- ▶ Die Ernährung an Veränderungen im Organismus anzupassen, die durch die Therapie hervorgerufen werden.
- ▶ Therapiebedingte Nebenwirkungen zu lindern.
- ▶ Freude und Genuss am Essen zu erhalten.

Wann sollte mit einer Ernährungstherapie begonnen werden?

Parameter zur Erfassung der Ernährungs- und Stoffwechselsituation

Grenzwerte:

Essmenge	<60–80% des Üblichen/Bedarfs
BMI	<18,5 kg/m ²
Gewichtsverlauf	>5% Verlust des Ausgangsgewichts
Inflammation	CRP oberhalb des Normbereichs

Weitergehende Untersuchungen/Methoden:

- ▶ Scoresysteme: z. B. SGA, MUST, NRS 2002
- ▶ Bioelektrische Impedanzanalyse (BIA)
- ▶ Laborparameter (z. B. Albumin, Präalbumin, CRP)

Welche Bedarfswahlen dienen als Orientierung?

Energie	20 - 30 kcal / kg KG
Aminosäuren	Minimum: 1,0 g / kg KG Ziel: 1,2 - 2 g / kg KG
Fett	bis zu 50 % der Nichteiweißkalorien bzw. > 35 Energie% <i>Fischöl (ω-3-Fettsäuren)</i>
Mineralstoffe, Vitamine, Spurenelemente	bedarfsdeckend

Wie kann die Nährstofflücke geschlossen werden?

Patienten-
individuelle
Vorgehens-
weise

Stufe	Form der Ernährungstherapie
I	Normalkost / Sonderkostform Speisenanreicherung (Makro-, Mikronährstoffe) Diätberatung
II	I + orale bilanzierte Diäten (OBD)
III	(I, II) + suppl. enterale / parenterale Ernährung
IV	Totale enterale Ernährung
V	Enterale Ernährung + parenterale Ernährung
VI	Parenterale Ernährung + minimale enterale Ernährung
VII	Totale parenterale Ernährung

Ziel:
Rück-
führung zur
Normalkost

- ▶ Ausschöpfung der oralen Restkapazität zur Nahrungsaufnahme
- ▶ Wahl des möglichst natürlichen Ernährungszuganges

Das Wichtigste in Kürze

Eine antitumorale Therapie bedarf immer auch eines begleitenden Ernährungsmanagements mit den folgenden Schritten:

1. Krankheits-/ Ernährungsanamnese
2. Erfassung des Ernährungszustandes
3. Erfassung der Verzehrsmenge
4. Ernährungsberatung/Erstellung eines Kostplanes;
ggf. enterale/parenterale Ernährung
5. Monitoring; ggf. Anpassung der Ernährungsempfehlungen/
-therapie gemäß des Verlaufs

Das Wichtigste in Kürze

- ▶ Die Optimierung der oralen Zufuhr ist zunächst das vorrangige Ziel der Ernährungstherapie.
- ▶ Die Ernährungstherapeutischen Maßnahmen sollten der individuellen Situation des Patienten angepasst werden.
- ▶ Eine ausreichende orale Ernährung ist nicht bei allen Patienten möglich.
- ▶ Wichtig ist, die Grenzen der Möglichkeiten mit normaler Kost zu erkennen und frühzeitig weitere Stufen der Therapiekaskade einzuleiten.