



Newsletter Dezember 2008

Palliativmedizin SGIM

Mitglieder der Arbeitsgruppe

Charles Chappuis

ch.chappuis@solei.ch

Daniel Grob

daniel.grob@waid.stzh.ch

Steffen Eychmüller

steffen.eychmueller@kssg.ch

Rudolf Joss (Vorsitz)

r.a.joss@bluewin.ch

Hans Neuenschwander

cure.palliative@ticino.com

Sophie Pautex

sophie.pautex@hcuge.ch

Ernährung am Lebensende – eine Kontroverse

Dr. Steffen Eychmüller, Palliativzentrum Kantonsspital St.Gallen

Fragestellung

«Ihr könnt sie doch nicht verhungern lassen!» So lautet die Sorge von Angehörigen einer schwerkranken Patientin mit einem weit fortgeschrittenen Kolonkarzinom, die zunehmend die Aufnahme von Nahrung und Flüssigkeit ablehnt, immer schläfriger wird, und selbst bei der Mundpflege die Zähne zusammenbeisst.

Es geht in dieser Zusammenstellung für die Praxis um mehrere Fragen:

1. Ursachen des Körperabbaus: was ist potentiell reversibel?
2. Kalorienzufuhr allgemein in den letzten Lebenstagen oder -wochen: ja oder nein, wenn ja wieviel?
3. Künstliche Ernährung, wenn der orale Weg nicht mehr oder nur ungenügend zur Verfügung steht: welche Ziele, welche Ergebnisse?
4. Ernährung bei Schwerkranken: unterschiedliches Vorgehen bei verschiedenen Diagnosen? Welche Evidenz, welche ärztlichen Aufgaben?

Die zeitliche Dimension ist hier besonders wichtig: in dieser Zusammenstellung geht es nur um die letzten Lebenswochen, maximal die letzten 3 Lebensmonate.

Kalorienbedarf bei schwerer Erkrankung

Ein erhöhter Kalorienbedarf ist bekannt beim sogenannten Post-Aggressions-Stoffwechsel. Zum normalen Bedarf werden in der Regel 30 - 50% des Tagesbedarfs hinzuaddiert, und auf die verschiedenen Nahrungsbestandteile aufgeteilt. Für die Reparaturphase benötigt der Organismus mehr Material, selbst wenn die körperliche Aktivität stark vermindert ist. Auch im Rahmen von fortschreitenden Erkrankungen in der letzten Lebensphase kommt es häufig zu «Post-Aggressions-Zuständen»: ein Schlaganfall bei generalisierter Gefäss-Sklerose, eine Sepsis im Rahmen eines Diabetes mellitus oder einer COPD, ein Ileus bei einem metastasierenden Kolonkarzinom. Gelten hier ähnliche Regeln?

Wir kennen insbesondere in der Onkologie multiple Faktoren, welche die Kaskaden des Abbaus bis hin zur Kachexie fördern (siehe unten). Eine «wilde» Aktivierung eigentlich sinnvoller Mechanismen (bspw. Aktivierung des Komplement-Systems) schiesst weit über das biologisch sinnvolle Mass hinaus, der Tumor wird zum «Energie-Schnetzler». Die zugeführten Kalorien werden über verschiedene Mechanismen (direkte proteolytische oder lipolytische Tumorfaktoren oder über bspw. proinflammatorische Zytokine beim Patienten) umgehend vom Tumor «verhäckselt» und kommen damit dem gesunden Anteil des Körpers nicht zugute: die Kalorien

Redaktion Newsletter

Prof. Dr. Rudolf Joss

Medizinische Onkologie

Departement Medizin

Luzerner Kantonsspital

6000 Luzern 16

r.a.joss@bluewin.ch



landen auf dem Entsorgungsplatz des Tumors. Auch bei anderen Grundkrankheiten finden sich ähnliche Phänomene: die kardiale oder pulmonale Kachexie entsteht über vergleichbare Abbau-Kaskaden. So ist denn auch eine teilweise sehr ausgeprägte Müdigkeit das klinische Leitsymptom als eigentliche Endstrecke dieser Abbauprozesse. Diese Müdigkeit und Schläfrigkeit, teilweise auch bis hin zu Tagträumen und Delir ist wohl normal am Lebensende und durchaus biologisch sinnvoll: der schrittweise Rückzug.

Definitionen

Nach LOPRINZI versteht man

- unter einer tumorbedingten **Kachexie** eine unfreiwillige Gewichtsabnahme um 2 % des Körpergewichts über 2 Monate oder 5 % über 6 Monate
- und unter **Anorexie** einen Appetitverlust, der subjektiv als problematisch eingestuft wird und/ oder eine Verminderung der Nahrungszufuhr um > 25 % (im Vergleich zur Normalzufuhr) bzw. auf < 20 kcal/kg pro Tag.

Die häufig erwähnte Reduktion des Body-Mass-Index (in kg/m²) führt nur zu einem sinnvollen Ergebnis, wenn dieser über verschiedene Zeitpunkte erfasst wird. So liefert die Gewichtsreduktion häufig eine bessere Datengrundlage. Auswirkungen dieser Faktoren sind eine Veränderung der sogenannten Body-Composition aus vor allem Eiweiss und Fett, dadurch eine abnehmende Körperfunktion/Leistungsfähigkeit, woraus oft eine deutlich eingeschränkte Lebensqualität und eine zunehmende Sorge um die eigene Existenz resultiert.

Soweit die «technische Definition». Aus der Praxis wissen wir aber, dass diese Prozentzahlen und «klaren» Schnitte oft sehr arbiträr sind und prognostisch wenig aussagen. Neue Forschungsarbeiten beschäftigen sich deshalb mit Klassifikationssystemen, die dann auch differenziertere therapeutische Massnahmen zur Folge haben sollen.

Was ist normal ?

Eine wichtige Frage bleibt: was ist denn NORMAL am Lebensende bei fortgeschrittenen Leiden bezüglich Appetit, Nahrungsaufnahme und Gewicht?

Siddhartha's Ende

Viele von uns haben Hesse's Werk in der Jugend und vielleicht auch später gelesen und bewundert. Der Fährmann Basudeva erhob sich am Schluss, Siddhartha verneigte sich tief. «Ich gehe in die Wälder, ich gehe in die Einheit» sprach Basudeva strahlend. Strahlend ging er hinweg. Siddhartha blickte ihm nach. Mit tiefer Freude, mit tiefem Ernst blickte er ihm nach, sah seine Schritte voll Frieden, sah sein Haupt voll Glanz, sah seine Gestalt voll Licht».

NORMAL ist vielleicht auch dieses Lebensende nicht, aber auch nicht das mit vollgestopften Mägen und Venen. Die langsame Reduktion der Bedürfnisse, des Grundumsatzes, der Organfunktionen, des Kreislaufs, all dies ist normal, und diesem Rückzug des Lebens sollte auch bei der Diskussion um Ziele und Vorgehensweise bei der Ernährung am Lebensende Rechnung getragen werden.

Ziele einer Behandlung der Anorexie/ Kachexie bei weit fortgeschrittenen Leiden

Die Kardinalfrage bei diesem Thema lautet: was ist erreichbar mit welchen Massnahmen – was macht «Sinn»? Die Bedeutung von Nahrung hat sehr viele Facetten, und alle sind mit den Themen «Leben» und «Genuss» verbunden. Wer isst, lebt. «Arbeits- und genussfähig sein» empfahl Freud, und auch Nicht-Freudianer mögen diesen Zielen zustimmen. Beim Essen finden sie ihren gemeinsamen Nenner. Der Verlust des Bedürfnisses und/oder der Möglichkeit Nahrung zu sich zu nehmen, kann demnach enormes Leiden auslösen: meist bei den Angehörigen («er oder sie MUSS doch essen»), und bei den Betroffenen selber, die Essen mit Leben gleichsetzen. Klar ist demnach, dass es zwei Zielgruppen für die Bestimmung der Behandlungsziele gibt: die Patienten UND ihre Angehörigen.



Paper of interest

«Improving generalist end of life care: national consultation with practitioners, commissioners, academics, and service user groups».

Shipman C. et al.

BMJ 2008; 337: a1720

Der «Calman-Gap»

Aus der Lebensqualitätsforschung ist dieser Terminus bekannt, und er spielt eine herausragende Rolle bei Behandlungen weit fortgeschrittener Leiden, und ganz besonders bei der Anorexie und Kachexie: ist der Abstand (=gap) zu gross zwischen IST und SOLL, leidet der Mensch und sein Umfeld. Was bedeutet das?

Wieder so essen können wie früher, wieder bei Kräften sein wie vor einigen Monaten sind verständliche Ziele, aber die Chance, dass sie nie (mehr) erreicht werden, ist leider sehr gross. Bescheidene Erwartungen an therapeutische Massnahmen können auch noch so kleine Interventionen erfolgreich machen – und Erfolg ist Lebenselixier, auch bei schweren Erkrankungen. Also: statt Kaloriendrinks einen Schluck Wein im Mund zu spüren (falls «Wein» mit Lebensqualität zu tun hat) wäre schon mal ein (erfolgreicher) Schritt, und es muss nicht gleich eine ganze Flasche sei.

Die Erfahrung zeigt, dass am Lebensende ein Zuwachs an Kraft aufgrund der Vielzahl beteiligter Abbauprozesse kaum mehr möglich ist, sondern dass eine Verlangsamung des Kräfteschwunds allenfalls realistisch ist. Das ist häufig ein wichtiger Punkt für die praktische Planung: kann der Betroffene nochmals in seine Wohnung, wo Treppen gestiegen und Steigungen oder andere Hürden täglich gemeistert werden müssen. Der aktuelle Kräfte-Status von heute bestimmt also die Planung, und nicht ein Hoffen auf eine wundersame Zunahme der Kräfte.

Ein anderes häufiges Ziel ist die Verbesserung des Protein-/Albumingehalts bei teilweise massiven nicht-kardial bedingten Ödemen. Auch hier zeigt die Erfahrung, dass eine klinisch relevante Erhöhung des Albuminlevels, d.h. eine Reduktion der Ödeme durch Kaloriengabe nicht mehr möglich ist am Lebensende. Zu stark sind die proteolytischen Faktoren. Relevanter Anabolismus, d.h. ein Aufbau mit spürbaren positiven Folgen für die Funktionen im Alltag, ist am Lebensende wohl kaum möglich.

Welche Gründe für die verminderte Nahrungszufuhr und Gewichtsabnahme sind potentiell reversibel, welche nicht ?

Sekundäre Anorexie / Kachexie

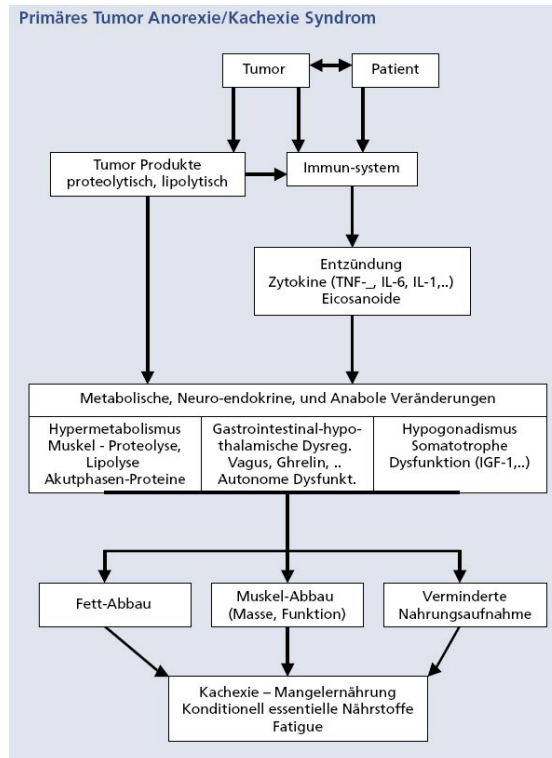
Alle Faktoren, die den Schluckakt einschränken (bspw. eine Ösophagitis), den weiteren Transport im Gastrointestinaltrakt beeinträchtigen, sich aus einer Fehlernährung oder einem anderen Symptom wie bspw. Schmerz oder Delir ergeben, sind potentiell reversibel. Die wichtigsten Faktoren sind:

- verminderte orale Nahrungsaufnahme, bspw. bei Stomatitis/Oesophagitis, Xerostomie, chronische Nausea, gastrointestinale Obstruktion (bspw. auch bei schwerer Obstipation)
- verminderte gastrointestinale Absorption, bspw. bei schwerem Durchfall, exokriner Pankreasinsuffizienz
- signifikanter Proteinverlust: häufige Punktion von Körperflüssigkeiten
- andere katabole Zustände wie schlecht eingestellter Diabetes mellitus, chronische Insuffizienz der Niere, Leber, Lunge, oder chronische Entzündungen
- Muskelabbau infolge langer Immobilisierung

Ob sich dadurch auch therapeutische Interventionen ergeben, muss im Einzelfall und abhängig von den Zielen entschieden werden. Insgesamt kann man sagen: ein zeitlich limitierter Therapieversuch bietet sich hier auch bei weit fortgeschrittenen Erkrankungen oft an, die erreichbaren Ziele (insbesondere verbesserte Kraft) müssen aber im Rahmen der Gesamtschwächung des Körpers sehr realistisch definiert werden.

Primäre Anorexie / Kachexie

Trotz intensiver Forschung ist es bis heute nicht gelungen, wesentliche Bremsen für die Abbaukaskaden zu entdecken. Auch bleibt unklar, warum manche Menschen «wohlgelährt» sterben trotz einer schweren Erkrankung, und andere massiv kachektisch. Die Abbildung zeigt einige der heute bekannten Mechanismen.



nach Strasser, F. et al.

Was tun ?

Allgemein gilt, dass eine «Entspannung» aller Beteiligten wichtig ist: beim Betroffenen, was die Ängste und Erwartungen, bei den Angehörigen, was die «Ernährungsversuche» betrifft, und beim betreuenden Team, was den therapeutischen Aktivismus betrifft. Körperabbauprozesse müssen und sollen nicht um jeden Preis «bekämpft» werden. Das Leiden, welches sie auslösen, soll besprochen werden, und immer wieder ist es auch hilfreich im Gespräch, gerade bei hochgesetzten Erwartungen in die Machbarkeit der Medizin den Begriff «Schicksal» an dieser Stelle einzuführen. Nicht als Einstieg in den therapeutischen Nihilismus, sondern als Hinweis, dass Abbau am Lebensende normal ist, und dass das Sich-Auflehnen mit sehr viel Enttäuschung und Stress (für alle) enden kann.

Medikamentöse symptomatische Massnahmen

Als kurzfristiges «Doping» bspw. beim Ziel, ein wichtiges Familienergebnis noch durchstehen zu können, haben sich die nachfolgenden medikamentösen Massnahmen als Hilfe bewährt und sind durch Studien belegt, wenn auch nicht immer für die letzten Lebenswochen. Wichtig ist, dass diese Substanzen auch parenteral verabreicht werden können, i.d.R. subcutan:

- Kortikosteroide: 20-40mg Prednisolon pro Tag, bspw. Dexamethason 4-4-0 mg. Auf die abendliche Gabe sollte wegen der möglichen Schlafstörung verzichtet werden.
- Prokinetika wie Metoclopramid (Paspertin®) oder Domperidon (Motilium®) jeweils 3-4x 10 mg insbesondere bei chronischer Nausea und Völlegefühl (Cave: Ileus)
- Amphetamine (bspw. Ritalin®) 5- 10 mg morgens und mittags: nur enteral applizierbar, Erfolgsbeurteilung nach 1- 2 Tagen möglich; wenn erfolglos abruptes Absetzen möglich. Cave Betäubungsmittel rezept erforderlich.
- Gestagene (bspw. Megestat®) finden sich immer in den Empfehlungen, in unserer Praxis finden sie keinen Einsatz in den letzten Lebenswochen (nur oral, kein Effekt auf Müdigkeit, «Energie»).

Andere Substanzen wie Cannabinoide, Omega-3-Fettsäuren, Thalidomid, Testosteron, aber auch Supplemente wie Zink und Glutamin sind wahrscheinlich der Behandlung der Kachexie in früheren Krankheitsstadien vorbehalten und ihr klinischer Stellenwert ist noch wenig gefestigt.

Kontakt

Dr. Steffen Eychmüller

Leitender Arzt Palliativmedizin

Medizinische Klinik C

Kantonsspital

9007 St. Gallen

steffen.eychmueller@kssg.ch

Allgemeines Vorgehen

Klare Evidenz über das klinische Handeln gibt es nicht, aber folgende Hinweise bezüglich sinnvoller Therapieentscheide bezüglich der Ernährung am Lebensende gibt es aus der Literatur und der klinischen Erfahrung. Als «Lebensende» sind hier die letzten 3 Monate definiert:

- Am Lebensende ist ein deutlicher Rückgang des Hungers und der Kalorienzufuhr normal; dies betrifft auch die Müdigkeit und den schrittweisen Rückzug.
- Deshalb muss insbesondere das Umfeld über diese «Normalität» informiert werden. In verschiedenen Kulturen gelingt diese Beratung oft nur unbefriedigend (da «Nahrung = Liebe = Leben»).
- Generelle Empfehlungen für oder gegen die künstliche Ernährung am Lebensende gibt es nicht; klar ist, dass mindestens in den letzten 4-6 Lebenswochen eine volle parenterale Ernährung keine positiven Resultate in Bezug auf die körperliche Funktion, insbesondere auf die Kraft bringt. Eher ist mit einer Überforderung der Leberfunktion zu rechnen.
- Wenn immer möglich, soll die enterale Ernährung ermöglicht werden (reversible Ursache?); vor dem Entscheid für eine künstliche Ernährung (PEG, IV) muss beurteilt werden, ob diese Anorexie und Kachexie nicht «sinnvoll» im prognostischen Sinn ist.
- Bei Diagnosen mit längerer Überlebensprognose (bspw. langsam progredientes Ovarial- karzinom mit Ileus) kann eine parenterale Ernährung unter regelmässiger Evaluation der Nebenwirkungen auch am Lebensende sinnvoll sein. Dies gilt wohl generell für maligne Erkrankungen, bei denen die Tumoraktivität relativ gering ist, die Auswirkungen im Sinn der sekundären Anorexie und Kachexie aber bedeutsam.
- Die Abbaukaskaden der primären Kachexie bei sehr aktiven Tumorerkrankungen, aber auch bei anderen chronischen Krankheiten sind eigentliche Energiefresser, und zugeführte Kalorien kommen dem «gesunden Anteil» des Körpers kaum zugute. Dies gilt insbesondere für die Hoffnung, durch Nahrungssupplemente den Proteinstatus zu verbessern.
- Die verbleibende Lebensqualität hängt stark von der Erwartung ab: in der Regel ist die Kraft in dieser Phase nicht verbesserbar, wohl aber das Wohlbefinden bspw. durch viele kleine Mahlzeiten und Vermeidung von Kalorien«bomben». Das Gewähren kleiner «Sünden» (das Bier, der Wein) und anderer oftmals versteckter Wünsche kann sehr hilfreich sein, solange sie nicht mit starken Nebenwirkungen bezahlt werden müssen.
- Generell werden süsse Speisen in dieser Phase schlechter toleriert, als salzige und saure. Auch eignen sich ganz besonders in den letzten Lebenstagen kalte Getränke besser als warme/heisse.
- Eine entspannte (und geruchsarme) Umgebung (Coaching der Angehörigen!) ist die Grundlage jeder effizienten Ernährung. Hierzu beizutragen ist wahrscheinlich eine der wichtigsten ärztlichen Aufgaben in dieser Frage.

Zusammenfassend ist die Kunst bei der Behandlung der Anorexie und Kachexie am Lebensende: kleine, potentiell erfolgreiche, und ggf. sogar genussreiche Schritte tun, die nicht teuer bezahlt werden müssen (bspw. mit Übelkeit oder mit grosser Enttäuschung). Das wichtigste Ziel in der palliativen Praxis der Ernährung ist: kein MUSS. Jeder Zusatzstress verschlechtert den Allgemeinzustand, und eine effiziente Verdauung auch kleiner Kalorienmengen gelingt nur bei guter Entspannung.

Referenzen

- Strasser F, Stanga Z, Rousset C, Papalini M, Züricher T : Palliation von Appetitverlust und Mangelernährung. Palliative-ch Nr. 1/2004: 6-15, via www.palliative.ch
- Torelli GF, Campos AC, Meguid MM: Use of TPN in terminally ill cancer patients. Nutrition 1999; 15: 665-7
- Jatoi A, Kumar S, Sloan JA, Nguyen PL: On appetite and its loss. J Clin Oncol 2000; 18: 2930-2