

Richtlinie Anorexie/Kachexie in der Palliative Care

Inhaltsverzeichnis

| | | |
|-----|--|---|
| 1. | Zielsetzung..... | 2 |
| 2. | Zielgruppe | 2 |
| 3. | Definitionen | 2 |
| 4. | Pathophysiologie | 2 |
| 5. | Ursachen für Anorexie/Kachexie in der Palliative Care | 3 |
| 6. | Symptome | 3 |
| 7. | Mögliche Folgen der Anorexie/Kachexie..... | 4 |
| 8. | Assessment..... | 4 |
| 9. | Ethische Entscheidungsfindung..... | 4 |
| 10. | Interventionsvorschläge bei Anorexie/Kachexie in der Palliative Care | 5 |
| 11. | Anorexie/Kachexie in der terminalen Phase | 7 |
| 12. | Dokumentation | 7 |
| 13. | Querverweise | 7 |
| 14. | Literaturverzeichnis | 7 |
| 15. | Autoren..... | 8 |
| 16. | Dokumenteigner | 8 |

Richtlinie Anorexie/Kachexie in der Palliative Care

1. Zielsetzung

- Die Lebensqualität des Patienten wird verbessert
- Die Pflegefachpersonen können Patienten und seine Angehörigen bei Ernährungsproblemen betreuen und beraten
- Der Patient und seine Angehörigen sind in die Entscheidungsfindung mit einbezogen und der Patient erhält die für ihn individuelle Behandlung

2. Zielgruppe

Patienten, welche palliative Betreuung in Anspruch nehmen und unter Anorexie/Kachexie leiden

3. Definitionen

Von Appetitverlust (Anorexie) und Auszehrung (Kachexie: schwere Form der Abmagerung) sowie deren Auswirkungen sind bis zu 80% der Patienten mit fortgeschrittenen Tumorerkrankungen betroffen. Anorexie und Kachexie sind häufig miteinander verbunden, somit wird nachfolgend vom Anorexie/Kachexie Syndrom (ACS) gesprochen.

Das ACS kann auch bei palliativen Patienten, die nicht an Tumorerkrankungen leiden, wie beispielsweise Patienten mit schweren Lungenerkrankungen, chronischer Herz- oder Niereninsuffizienz oder AIDS, auftreten.

4. Pathophysiologie

Patienten können in unterschiedlichem Ausmass von einzelnen Ursachen betroffen sein. Es wird unterschieden zwischen:

Primärem ACS

Primäres ACS wird verursacht durch den Tumor selber, durch komplexe neuro-, humoral-inflammatorische Interaktionen des Tumors mit dem Körper.

Sekundärem ACS

ACS verursacht durch Tumorfolgen (beispielsweise durch Ileus, Mukositis, Dysgeusie, Schmerzen), durch Tumorthherapie oder durch andere Medikamente. Es beruht auf einer reduzierten oralen Nahrungszufuhr, einer verminderten gastrointestinalen Absorption oder dem Verlust von Nährstoffen.

Richtlinie Anorexie/Kachexie in der Palliative Care

5. Ursachen für Anorexie/Kachexie in der Palliative Care

Primäre Ursachen für Anorexie/Kachexie

- Dysregulation des Zusammenspiels von unterschiedlichen neuronalen und humoralen Faktoren, die zum Teil im Hirnstamm wirken und die das Gefühl von Appetit und Sättigung steuern. Die Hintergründe der Dysregulation werden zurzeit noch erforscht
- Katabole Faktoren: chronisch entzündlicher Zustand und neuroendokrine Veränderung führen zu kataboler Stoffwechsellage und somit zu einem gesteigerten Abbau von Muskel- und Fettgewebe, zur zentralen Appetithemmung und Hemmung der Magen-Darm Peristaltik
- Proteolytische Faktoren
- Proinflammatorische Faktoren: Entzündungsreaktionen, verursacht durch die zugrundeliegende Krankheit selber
- Hypermetabolismus

Sekundäre Ursachen für Anorexie/Kachexie

Die meisten sekundären Ursachen sind potenziell korrigierbar und verdienen deshalb erhöhte Aufmerksamkeit, um erkannt und bei Vorhandensein gezielt behandelt zu werden.

Gründe für reduzierte Nahrungsaufnahme sind:

| Zentral | Magen-Darmtrakt | Medikamentös induziert |
|--|--|---|
| <ul style="list-style-type: none">• Akuter oder chronischer Entzündungszustand• Schmerzen• Angst• Depression• Nausea/Emesis• Geruchs-/Geschmacksstörung | <ul style="list-style-type: none">• Mukositis (Stomatitis, Oesophagitis)• Ulzerationen• Stenosen• Motilitätsstörung (medikamentös induziert, durch Organomegalie) | <ul style="list-style-type: none">• Opiode• Erbrechen• Gastroparese• Obstipation• NSAR• 5-HT3-Antagonisten |

Andere sekundäre Gründe

- Eine zu gesunde Ernährung (Diätfehler: "zu gesund" essen oder mit zu wenig Fett und Eiweiss)
- Soziale Gründe (niemand kocht, alleinstehend)
- Finanzielle Umstände
- Alternative Krebsdiäten (Hungerkuren)
- Bettlägrigkeit

6. Symptome

Bei Patienten treten häufig Symptome wie Fatigue, Schwäche, Dyspnoe (durch den Abbau der Atemhilfsmuskulatur) oder „early-satiety“ (frühes Sättigungsgefühl) auf.

Richtlinie Anorexie/Kachexie in der Palliative Care

7. Mögliche Folgen der Anorexie/Kachexie

- Gewichtsverlust, Muskelschwund, Defizit von Mikronährstoffen, Vitaminen
- Weitere Inappetenz
- Chronische Uebelkeit
- Asthenie, Fatigue
- Einschränkung der Lebensqualität
- Verminderte körperliche Leistungsfähigkeit und Funktionen
- Psychosoziale Belastung von Patient und Angehörigen
- Schlechtere Prognose
- Erhöhte Komplikationsrate (Chirurgie, medikamentöse Tumorbehandlung)

8. Assessment

Um das ACS frühzeitig erfassen zu können, sollte ein regelmässiges, einfaches Screening bei palliativen Patienten durchgeführt werden.

Typische Screening-Parameter

- Energiezufuhr
- Körpergewicht
- Gewichtsverlust
- Ausmass der Inflammationsreaktion (Bestimmen von CRP, Albumin)

9. Ethische Entscheidungsfindung

Bedeutung für Patienten und Angehörige

Ernährungsprobleme stellen oftmals extreme Belastungen für die Patienten und ihre Angehörigen dar.

Es ist für die Angehörigen oftmals sehr schwer, Liebe und Fürsorge nicht mehr durch die Zubereitung von Essen ausdrücken zu können. Sich diesem Wunsch zu widersetzen ist für den Betroffenen schwierig. Die Patienten können mit ihrem Erscheinungsbild nicht zufrieden sein und sich sozial zurückziehen. Für den Patient kann Anorexie/Kachexie existentiellen Stress bedeuten (Gewichtsverlust als Zeichen des unkontrollierten Tumorwachstums, Gewichtsverlust führt zum Tod).

Unterstützungsmöglichkeiten für Angehörige

- Hinweisen, dass das Wohlbefinden des Patienten immer im Vordergrund steht
- Erläutern, dass Druck die Appetitlosigkeit verstärkt und es normal ist, bei einer schweren Krankheit weniger Nahrung aufzunehmen
- Erklären, dass eine erhöhte Nahrungszufuhr zusätzliche Probleme wie Nausea und Emesis auslösen kann
- Andere Zuwendungsformen vorschlagen: Mundpflege, Körperpflege, Spaziergänge, Gespräche, Vorlesen, aufmerksame Berührung
- Ermutigen, Gefühle, Ängste, Konflikte und ambivalente Gefühle zuzulassen und auszusprechen

Bedeutung für Pflegefachpersonen

Erstellt von: Susanne Colombo

am: 02/02/2016

4/8

www.hospitalvs.ch

Genehmigt von: Ernst Bortler (02/02/2016)

am: 02/02/2016

www.spitalvs.ch

Nicht verwaltetes Papierdokument – Gedruckt am: : 2016-06-17

Richtlinie Anorexie/Kachexie in der Palliative Care

Pflegende stehen oft im Spannungsfeld zwischen Respektieren der Wünsche des Patienten, der nicht essen kann oder mag und den Erwartungen der Angehörigen, welche zum Essen drängen. Der Entscheidungsfindungsprozess gewinnt eine grosse Bedeutung. Die Grundlage der Entscheidungsfindung ist die Anamnese. Durch das Aufstellen einer Prioritätenliste können gemeinsame Ziele möglicher Therapien sowie möglicher Nebenwirkungen derselben besprochen werden. Patienten und ihre Angehörigen werden in den Entscheidungsfindungsprozess eingebunden, ohne ihnen die gesamte Verantwortung über die getroffenen Entscheidungen aufzubürden. Das Fokussieren auf erreichbare Ziele kann Schuldgefühle lindern, die Autonomie fördern und schliesslich zur verbesserten Lebensqualität beitragen.

10. Interventionsvorschläge bei Anorexie/Kachexie in der Palliative Care

Allgemeine Interventionen

- Wichtige Frage: Liegt eine sekundäre Kachexieform vor oder sind sekundäre Formen Teil der Ursache? - sekundäre Ursachen erkennen und behandeln
- Gemäss ethischer Entscheidungsfindung Therapieziele mit Patient und Angehörigen vereinbaren
- Geschätzte Nahrungsaufnahme erfassen und dokumentieren
- Nutritional Risk Screening durchführen und analysieren
- Ernährungsberatung einbeziehen
- Erhaltung eines gewissen individuellen Essrituals des Patienten, Atmosphäre schaffen
- Portionengrösse anpassen
- gemeinsames Essen auf Wunsch ermöglichen
- Aperitif als Appetitanreger eine halbe Stunde vor dem Essen anbieten (z. B.: Sanbitter orange, Crodino, Schweppes Ginger, Aperol Orange/Tonic, Martini bianco, Pastis)
- Gegebenenfalls enterale oder parenterale Ernährung in Erwägung ziehen
- Verbesserung der körperlichen Aktivität
- Psychosoziale Beratung von Patient und Angehörigen
- Behandlung assoziierter Symptome (Depression, Dyspnoe...)

Interdisziplinäre Zusammenarbeit

Bei Anorexie/Kachexie spielt die interdisziplinäre Zusammenarbeit eine wichtige Rolle. Die nachfolgenden interdisziplinären Dienste können nach Absprache mit dem Patienten involviert werden:

- Ernährungsberatung
- Psychoonkologin/Psychoonkologe
- Physiotherapie
- Seelsorge

Richtlinie Anorexie/Kachexie in der Palliative Care

Verschiedene Interventionen

Steigerung der Kalorienaufnahme

Individuelle Ernährungsberatung

- Individuelle Beratung zur Steigerung der Energie- und Nährstoffaufnahme
- Energieanreicherung der Ernährung durch z. B. Rahm, Fett oder Maltodextrin
- Nahrungsupplemente wie Trinknahrung. Für besseres Empowerment den Patienten verschiedene Produkte und Geschmacksrichtungen anbieten, oder Dosierung anpassen (anstatt 200ml Trinknahrung dem Patienten 4 x 50ml anbieten)

Enterale Ernährung

- Vor allem indiziert, wenn sekundäre Kachexieformen mit Störung im Magen-Darm-Trakt (oral bis anal) vorliegen z.B.: HNO-Tumore, Stenosen, schwere Oesophagitis

Parenterale Ernährung

- Patienten mit kataboler Stoffwechsellage, z.B. als Folge der Tumoraktivität.

Besserung der gastrointestinalen Toleranz

Prokinetika

- **Metoclopramid (Primperan®)**
 - 4x10mg/d
- **Domperidon (Motilium®)**
 - 4x10mg/d

Appetitsteigerung

Gestage

Wirkung kommt erst nach mehreren Wochen, Wirkung ist dosisabhängig Cave NW

- **Medroxyprogesteron acetat (Farlutal®)**
 - 500-1000mg/d
- **Megestrolacetat (Megestat®)**
 - 150-1600mg/d

Kortikosteroide

- **Prednisonum (Prednison®)**
 - 20-50mg/d, nur kurzfristige Wirkung (ca. 4 Wochen) – Cave NW

Antiinflammatorisch

Tumorthherapie (falls Tumor noch anspricht)

Richtlinie Anorexie/Kachexie in der Palliative Care

Kortikosteroide

- **Prednisonum (Prednison®)**
 - 20-50mg/d, nur kurzfristige Wirkung (ca. 4 Wochen) – Cave NW

Nichtsteroidale Antirheumatika

- **Diclofenacum natricum (Flector®)**
 - 100mg/d, Cave: gastrointestinale Ulzera

11. Anorexie/Kachexie in der terminalen Phase

Das primäre Ziel ist die Linderung von Beschwerden. Eine, ohne Anpassung an die veränderten Bedürfnisse, fortgeführte Nahrungs- und Flüssigkeitszufuhr kann den Sterbenden und seine Angehörigen unzumutbar belasten. Eine künstliche Ernährung ist in dieser Phase nicht erforderlich.

12. Dokumentation

- Dokumentation der Interventionen in der Pflegeplanung

13. Querverweise

- Mangelernährung, Pflegediagnose NANDA

14. Literaturverzeichnis

- Arends, J. (2005). *Tumorinduzierte Stoffwechselveränderungen und Tumorkachexie*. Hallbergmoos: TravaCare.
- Del Fabbro, E., Dalal, S. & Bruera, E. (2006). Symptom control in palliative care – Part II: Cachexia/anorexia and fatigue. *Journal of Palliative Medicine*, 9 (2). 409-421.
- Doenges, M., Moorhouse, M.F. & Geissler-Murr, A.C. (2002). *Pflegediagnosen und Massnahmen*. (3. überarb. Aufl.). Bern: Hans Huber Verlag.
- Hürlimann, B. (2015). *Empowerment bei Tumorkranken – ein Lösungsansatz bei Mangelernährung?* Beitrag zum 18. Internationalen Seminar zu Onkologische Pflege-Fortgeschrittene Praxis. Universität St. Gallen
- Karthaus, M. & Frieler, F. (2004). Essen und Trinken am Ende des Lebens. Ernährung bei Krebspatienten in der palliativen Onkologie und Palliativmedizin. *Wiener Medizinische Wochenschrift*, 154 (9-10), 192-198.
- Neuenschwander, H. (2006). *Palliativmedizin*. Bern: Krebsliga Schweiz.
- Omlin, A. & Strasser, F. (2008). Ernährung bei Anorexie-Kachexie-Syndrom. *Onkologie*, 1, 31-35.
- Strasser, F. (2004). Die Symptomkontrolle bei Anorexie und Kachexie. *Onkologie*, 1, 5-8.
- Omlin, A. & Strasser, F. (2007). Tumorkachexie. *Der Onkologe*, 7, 577-583.
- Strasser, F. (2006). Anorexie und Kachexie. In C. Knipping (Hrsg.), *Lehrbuch Palliative Care* (S. 265-271). Bern: Hans Huber Verlag.

Richtlinie Anorexie/Kachexie in der Palliative Care

- Strasser, F. & Bruera, E. (2002). Update on Anorexia/Cachexia. *Journal of Hematology Oncology Clin North Am*, 16 (3), 589-617.
- Strasser, F., Stanga, Z., Rousset, C., Papalini, M. & Zürcher, T. (2004). Palliation von Appetitverlust und Mangelernährung. *Palliative-ch*, 1, 6-15.
- Student, J.C. & Napiwotzky, A. (2007). *Palliative Care: wahrnehmen-verstehen-schützen*. Stuttgart: Thieme Verlag.
- Bruera Power Point

15. Autoren

- Liliane Bayard, Ursula Biderbost-Schnyder, Katja Leiggenger und Andrea Perrollaz in Zusammenarbeit mit Doris Bittel-Passeraub/MAS P.C., Dr. Catherine Mengis Bay und Palliative Care Oberwallis

16. Dokumenteigner

- Susanne Colombo, Fachverantwortliche Onkologie/Palliativpflege