

Sklerodermie: Algorithmus für ein ernährungsmedizinisches Vorgehen

Teil 1

Bettina Lanze, Birgit Blumenschein, Ulrich Kampa, Martin Smollich, Rheine

Bei Patienten mit der i. e. S. auf die Haut begrenzten, chronisch-entzündlichen Autoimmunerkrankung systemische Sklerodermie kann es während des Erkrankungsverlaufs zur Beteiligung innerer Organe kommen. Insbesondere durch die Beteiligung des Gastrointestinaltrakts und körperliche Einschränkungen kann sich eine Mangelernährung entwickeln. Das ernährungsmedizinische Vorgehen bei Sklerodermiepatienten ist kaum untersucht und es gibt keine Leitlinien.

Ziel der hier vorgestellten Bachelorarbeit war es, einen Algorithmus für das ernährungsmedizinische Vorgehen bei Sklerodermiepatienten zu entwickeln.

Krankheitsbild

Systemische Sklerodermie ist eine nicht heilbare, chronisch-entzündliche Autoimmunerkrankung [1], die mit einer Fibrose und Akkumulation von Kollagen im Bindegewebe einhergeht. Sie betrifft neben der Haut in unterschiedlichem Ausmaß auch innere Organe wie Blutgefäße, Lungen, Nieren und den Gastrointestinaltrakt [2, 3] (◆ Übersicht 1). Klinisch ist die systemische Sklerodermie durch Entzündungen und Bindegewebsvermehrung gekenn-

zeichnet, die sich als Hautverhärtungen, Fingerkuppenulzera sowie je nach Art des Organbefalls auch als periphere Durchblutungsstörung (Raynaud-Symptomatik), pulmonal arterielle Hypertonie, Gelenkschmerzen oder unterschiedliche gastrointestinale Beschwerden manifestiert [3, 4] (◆ Tabelle 1).

Aufgrund der Vielzahl der betroffenen Organsysteme sind Diagnose und Therapie der Sklerodermie anspruchsvoll. Bei schweren Verläufen liegt die 5-Jahres-Überlebensrate zwischen 60 und 80 %. Obwohl an der Pathoge-

nese der Sklerodermie neben vaskulären auch metabolische und insbesondere autoimmunologische Faktoren beteiligt sind, sind die Ursachen der Erkrankungen bis heute nicht vollständig verstanden. Da keine kausal-kurative Therapie existiert, steht die Symptomkontrolle zur Sicherung der Lebensqualität im Vordergrund [5–7].

Ernährungsspezifische Problematik

Durch die teilweise schweren systemischen Entzündungsprozesse

Art der Erkrankung	<ul style="list-style-type: none"> • chronisch-entzündliche Autoimmunerkrankung • Fibrose und Akkumulation von Kollagen im Bindegewebe
Prävalenz	<ul style="list-style-type: none"> • ca. 300 Patienten pro 1 Mio. Einwohner • vornehmlich Frauen mit einem Verhältnis von 4 : 1
Inzidenzrate pro Jahr	<ul style="list-style-type: none"> • 2–20 Patienten pro 1 Mio. Einwohner
Beginn der Erkrankung	<ul style="list-style-type: none"> • meist 30.–50. Lebensjahr
frühe Krankheitszeichen	<ul style="list-style-type: none"> • Auftreten des Raynaud-Phänomens • Antinukleäre Antikörper (ANA) • pathologische Kapillarmikroskopie
Formen der systemischen Sklerose	<ul style="list-style-type: none"> • limitierte Form • diffuse Form • Überlappungssyndrom
Ursachen	<ul style="list-style-type: none"> • vaskuläre, metabolische, genetische und autoimmunologische Faktoren; im Detail nicht bekannt

Übs. 1: Krankheitsbild der systemischen Sklerodermie [1, 4, 8, 9]

Raynaud-Phänomen	94 %
Gastrointestinaltrakt	74 %
Lunge	48 %
Nieren	14 %
Herz	16 %

Tab. 1: Häufigkeiten der bei Patienten mit systemischer Sklerodermie befallenen Organsysteme (mod. nach [10])

haben Sklerodermiepatienten einen höheren Energiebedarf; bei Beteiligung des Gastrointestinaltrakts reduziert sich zudem die Nährstoffresorption, und die eingeschränkte Öffnung des Mundes (Mikrostomie) und Bewegungseinschränkungen der Hände erschweren oft zusätzlich die Nahrungsaufnahme [11, 12]. Bei etwa 30 % aller Sklerodermiepatienten liegt daher das erhöhte Risiko einer Mangelernährung vor [2]. Mangelernährung wiederum wirkt sich direkt negativ auf das klinische Outcome der Patienten aus und ist mit erhöhter Morbidität und Mortalität assoziiert [13].

Zielführende Ernährungsinterventionen und multidisziplinäres Management verbessern daher direkt den Therapieerfolg und steigern bei Patienten mit systemischer Sklerodermie die Lebensqualität [2]. Dennoch gibt es bislang nur wenige Fallserien, die über Ernährungsinterventionen bei Sklerodermiepatienten berichten. Die meisten der aktuell durchgeführten Interventionen beruhen auf Erfahrungen bei Patienten mit anderen Krankheitsbildern wie Sarkopenie oder Tumorkachexie, die teilweise nicht sinnvoll auf Sklerodermiepatienten übertragen werden können [14–16].

Ziel war es daher, einen spezifischen ernährungsmedizinischen Algorithmus für Sklerodermiepatienten zu entwickeln, mit dessen Anwendung die medizinische Prognose verbessert und die Lebensqualität auf möglichst hohem Niveau erhalten werden kann. Bei entsprechender Notwendigkeit (Risiko für Mangelernährung!) sollen Sklerodermie-

patienten während der gesamten Therapie durch qualifizierte Ernährungsfachkräfte (Diätassistentinnen, Diplom-Ökotrophologen, B. Sc. Clinical Nutrition u. a.) ernährungsmedizinisch betreut und begleitet werden.

Methode

Eine Literaturrecherche in Deutsch und Englisch schloss alle Publikationen aus den Jahren 2008 bis 2014 ein. Insgesamt 25 Artikel, Studienergebnisse und Expertenmeinungen, sowie aktuelle Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Ernährungsmedizin (DGEM) wurden für die Entwicklung des Algorithmus herangezogen.

Als Grundlage für den hier vorgeschlagenen ernährungsmedizinischen Algorithmus für Sklerodermiepatienten wurden das Screening-Werkzeug MUST, ein Selbst-Screening mit MUST, die Bioelektrische Impedanzanalyse, der Fragebogen der Kanadischen Sklerodermie Forschungsgruppe (CSRG = *Canadian Scleroderma Research Group*), eine Ernährungsanamnese, Elemente des *Nutrition Care Process* (NCP) und das Stufenschema von Prof. Dr. LÖSER identifiziert.

Algorithmus für das ernährungsmedizinische Vorgehen bei Sklerodermie-Patienten

◆Abbildung 1 und 2* stellen die vorgeschlagenen Algorithmen für das ernährungsmedizinische Screening (◆Abbildung 1) bzw. die ggf. erforderliche ernährungsmedizinische Intervention bei Sklerodermiepatienten dar (◆Abbildung 2). Jedes Rechteck (Maßnahmen und Feststellungen) und jede grau hinterlegte Raute (Entscheidungsprozesse) sind mit einer Ziffer versehen. Diese dienen dazu, im folgenden Textabschnitt eindeutige Bezüge herzustellen.

Der Algorithmus beginnt mit der stationären (1) oder ambulanten (2)

Diagnose der Sklerodermie (3). Die Patienten werden ab diesem Zeitpunkt mit dem MUST-Bogen (4) auf das Risiko einer Mangelernährung gescreent. Das Ergebnis der Punktebewertung (5) ist ausschlaggebend für das weitere Vorgehen.

MUST-Score = 0

Ergibt der MUST-Score den Wert Null, ist das Risiko einer Mangelernährung gering (6). In Abhängigkeit vom Behandlungsort (7) wird das Screening dann nach einer Woche (Klinik, 8) oder nach einem Monat (Pflegeeinrichtung, 9) wiederholt (4) [17]. Sollte ein Patient im ambulanten Bereich noch nicht mit dem Selbstscreening vertraut sein (10), wird dieser durch eine Schulung (11) dazu befähigt, einmal im Monat ein Selbstscreening durchzuführen (12) [18].

MUST-Score = 1

Bei einer MUST-Score Bewertung (5) mit einem Punktwert von 1 besteht ein mittleres Risiko für eine Mangelernährung (13). Je nach Behandlungsort (14) wird bei ambulanter Behandlung analog zum Vorgehen bei geringem Risiko (7) (s. o.) verfahren. In der Klinik bzw. Pflegeeinrichtung soll die Nahrungsaufnahme durch ein Ernährungs- und Flüssigkeitsprotokoll dokumentiert werden (15). Solange die Energieaufnahme ausreichend ist (16), wird auch hier analog zum Vorgehen bei geringem Risiko (7) fortgefahren [15]. Bei nicht ausreichender Nahrungsaufnahme beginnt nun, entsprechend des NCP das *Nutrition Assessment* (21).

MUST-Score > 1

Bei einem MUST-Score > 1 (5) besteht ein hohes Risiko für eine Mangelernährung (17) [15]. Ist der Behandlungsort (18) eine Klinik oder Pflegeeinrichtung, beginnt direkt das *Nutrition Assessment* (21), bestenfalls durch haus-eigene Er-

*Abbildung 2 im 2. Teil des Beitrags, Ernährungs Umschau 01/2015

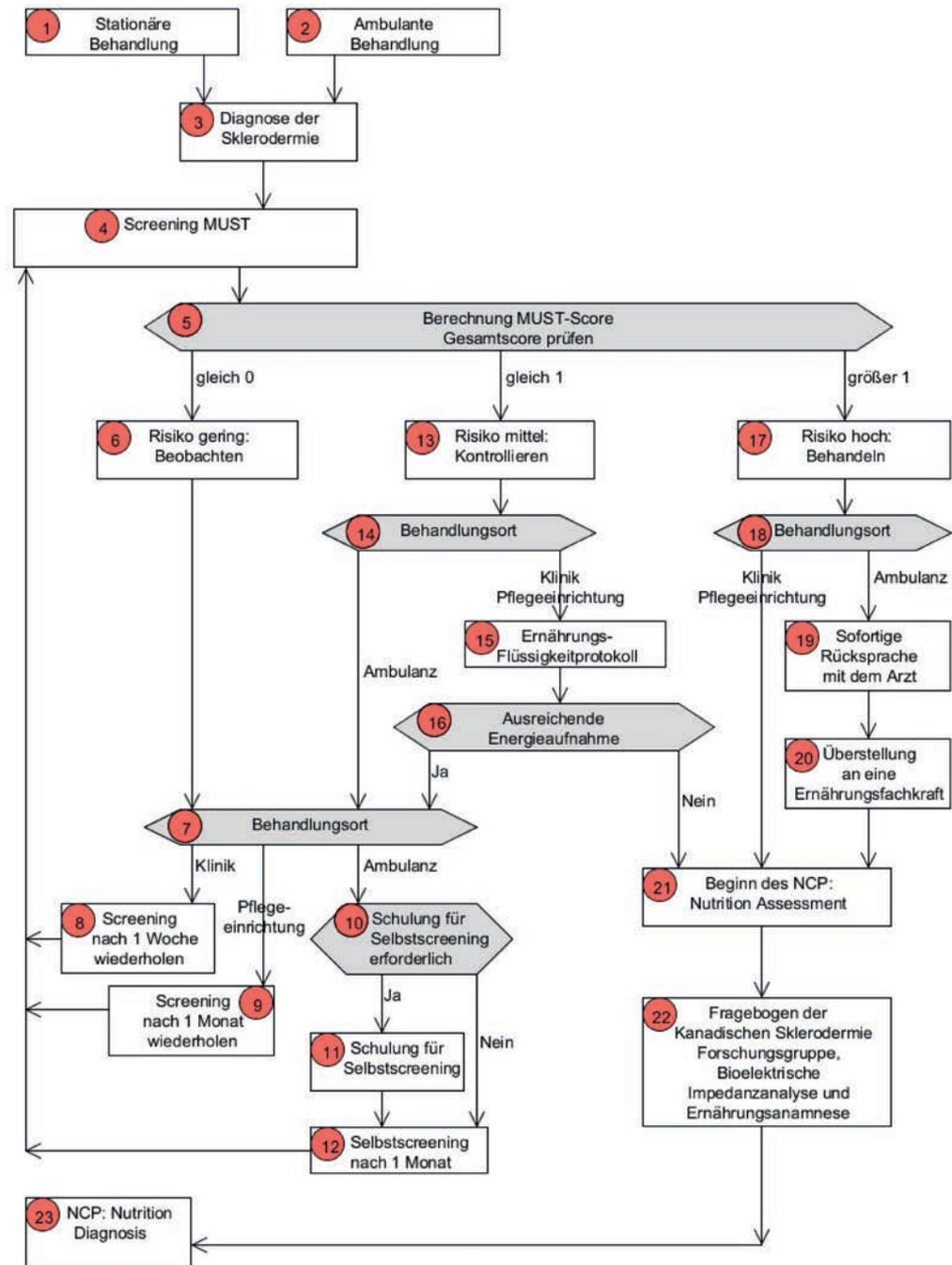


Abb. 1: Algorithmus „Ernährungsmedizinisches Screening bei Sklerodermiepatienten“

Rechtecke = Maßnahmen und Feststellungen

Grau hinterlegte Rauten = Entscheidungsprozesse

Pfeile = verknüpfen Komponenten des Algorithmus, schrittweises Vorgehen. Nur aus Entscheidungsprozessen können mehrere Pfeile entspringen.

Ziffern = Textbezüge

nahrungsfachkräfte. Befindet sich der Patient in ambulanter Behandlung, erfolgt sofortige Rücksprache mit dem Arzt (19). Dieser überstellt den Patienten an eine Ernährungsfachkraft (20), die anschließend das Nutrition Assessment beginnt.

Das Nutrition Assessment (21) sollte eine Ernährungsanamnese, den Fragebogen der Kanadischen Sklerodermie

Forschungsgruppe und optimal eine Bioelektrische Impedanzanalyse beinhalten (22). Die verschiedenen Möglichkeiten zur Erhebung einer Ernährungsanamnese sollten je nach zeitlichen Vorgaben, personellem Aufwand und den Möglichkeiten des Patienten von der Ernährungsfachkraft ausgewählt werden. Das Screening, das Nutrition Assessment sowie weitere di-

agnostische Daten, die innerhalb dieses Zeitraums gesammelt wurden, ergeben eine von der Ernährungsfachkraft gestellte Nutrition Diagnosis (23).

Die Fortsetzung des Beitrags mit dem „Algorithmus zur Ernährungsmedizinischen Intervention bei Sklerodermiepatienten“ und Literaturangaben lesen Sie in Heft 01/2015.