

Mangelernährung bei Krebserkrankung

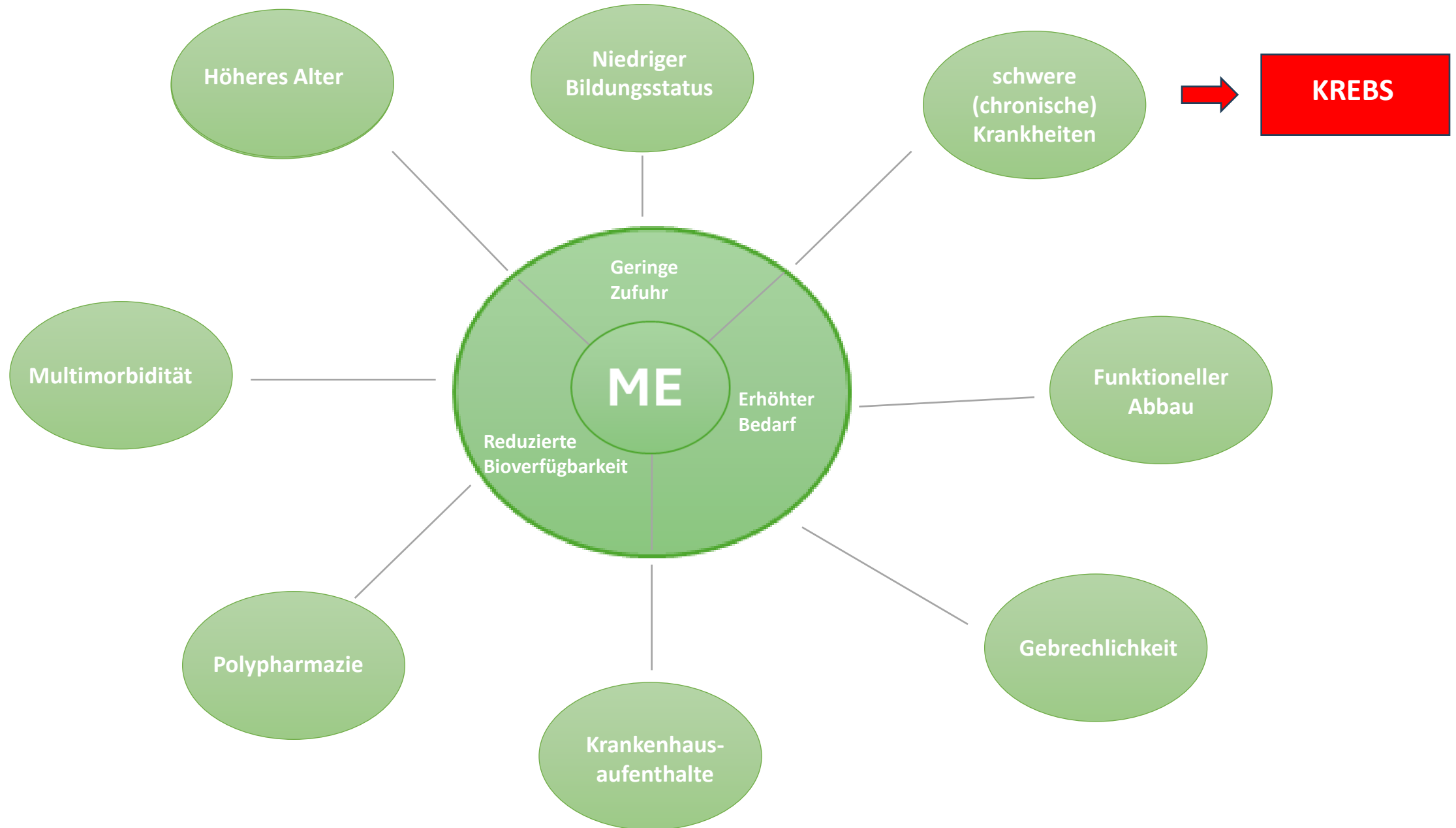
Hannes Kaufmann KFN/KLA Wien

in 10 ~ min

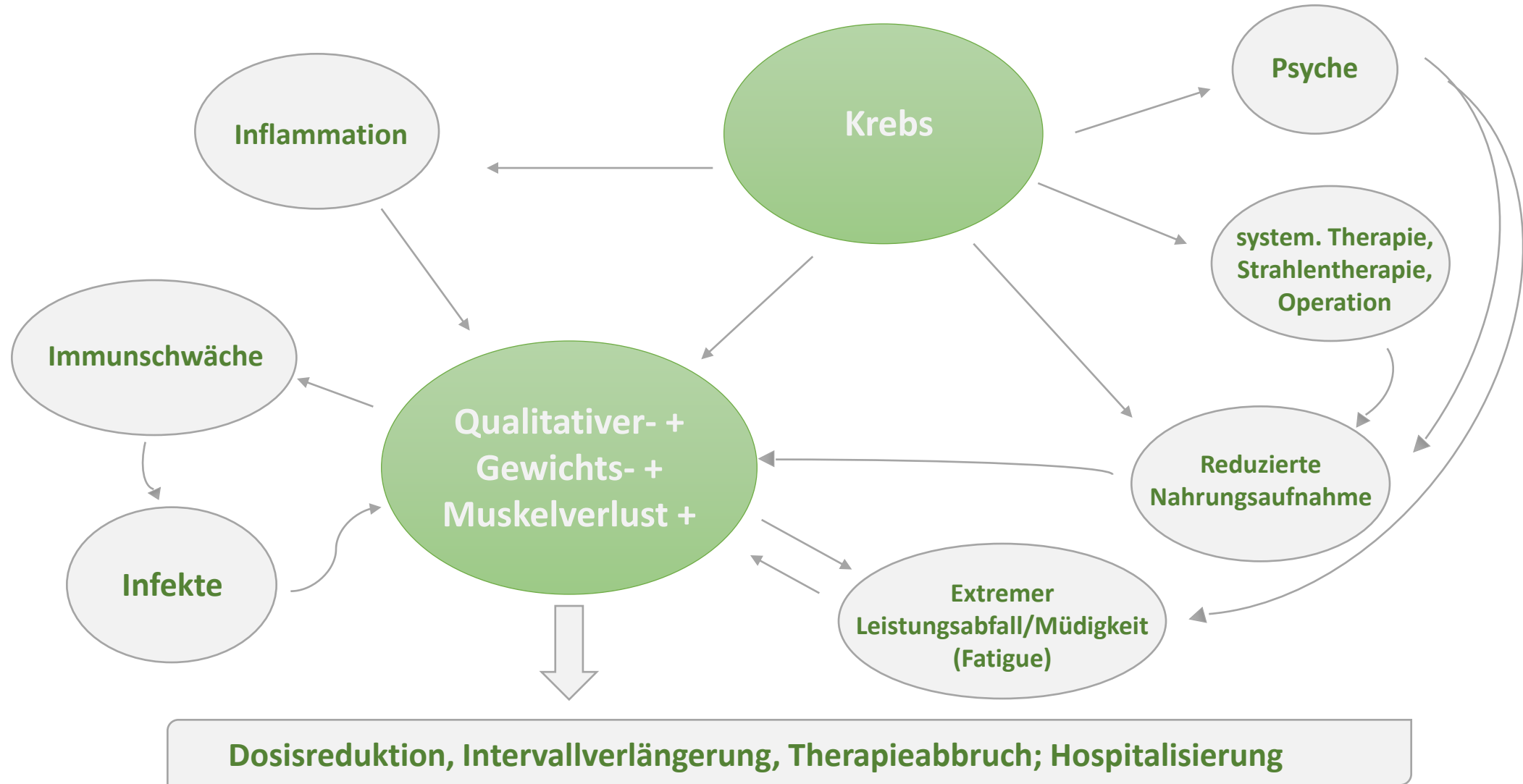
Themen:

- Definition und Ursachen
- Häufigkeit und Relevanz
- Empfohlene Maßnahmen
- Herausforderung der Diagnose (wer und wie)
- Problematik

Mangelernährung (ME) & Risiken



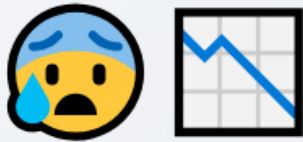
Mangelernährung bei Krebs



Definition und Problematik



Kachexie



Multifaktorielles Syndrom mit Gewichtsverlust, Muskel- und Fettabbau sowie Stoffwechselveränderungen

ASPEN-Kriterien:

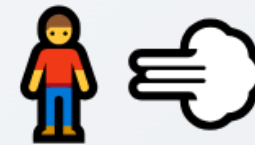
 Gewichtsverlust **>5%** in 6 Monaten
oder **>2%** bei BMI <20 kg/m²

 **Muskelmasse-Verlust**
(Sarkopenie)

 **Fettmasse-Verlust**



Sarkopenie



Progressiver Verlust von Muskelmasse und Muskelkraft ohne obligaten Fettverlust

Hauptmerkmal:

 **NUR Muskelmasse-Verlust**
(Skelettmuskulatur ↓)

 Verminderte Muskelkraft
(Handkraft-Messung)

 Reduzierte körperliche Leistung

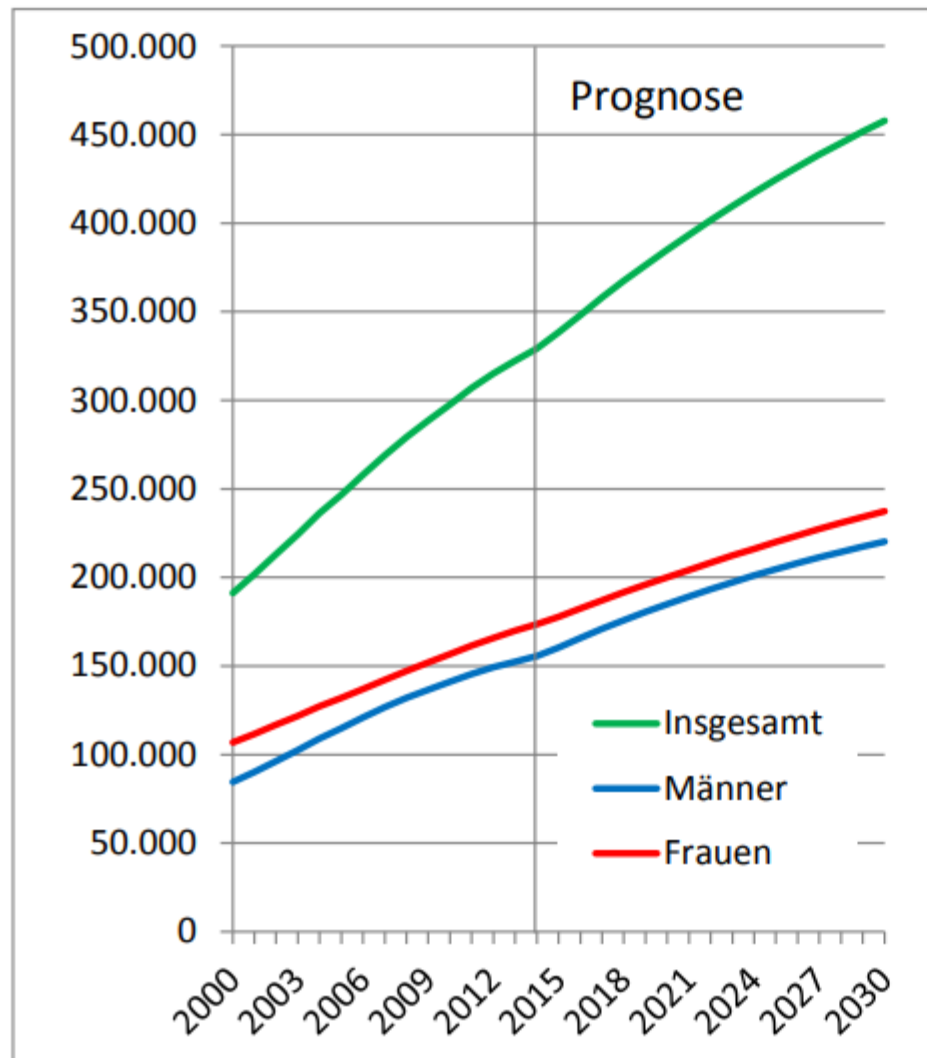
Prävalenz nach Stadium und Tumorlokalisation in Westeuropa

In Screening Studien bei Erstdiagnose über alle malignen Erkrankungen, ist die Prävalenz einer Hochrisikosituation für Mangelernährung bei  **25 -50 %**

Höchste Risikopopulationen: Fortgeschrittene Tumorstadien

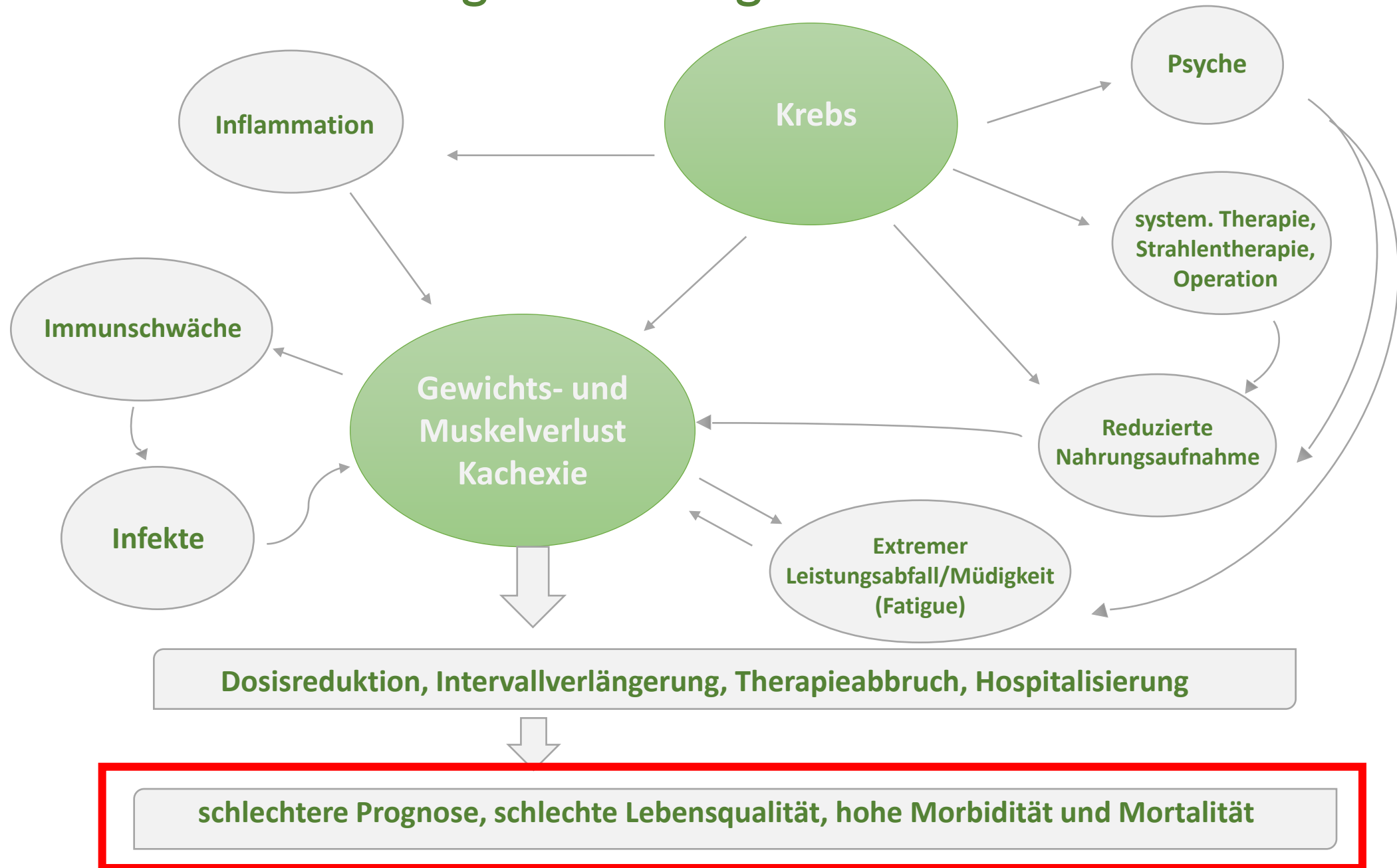
Tumortyp	Prävalenz	Besonderheiten
Gastrointestinale Tumoren	60-80%	Höchste Raten bei Pankreas, Ösophagus, Magen
Kopf-Hals-Tumoren	50-70%	Mechanische Obstruktion + Mukositis
Hämatologische Neoplasien	40-60%	Besonders nach Stammzelltransplantation
Lungenkarzinom	30-60%	NSCLC im fortgeschrittenen Stadium
Brust-/Prostatakarzinom	20-40%	Geringste, aber relevante Raten

Krebsprävalenz Österreich insgesamt nach dem Geschlecht 2000 bis 2030



Quelle: Sozialministerium.at/Statistik Austria

Mangelernährung bei Krebs



Lebensqualität, Therapieerfolg und Mortalität ist signifikant verschlechtert bei Mangelernährung, Kachexie und Sarkopenie

Therapieabbrüche und Outcome-Verschlechterung:

Risiko für **Nebenwirkungen unter Chemo- und Radiotherapie** ist bei Sarkopenie um etwa 44 % erhöht (RR 1,44; 95 % CI: 1,21–1,71)

Risiko für Komplikationen unter Chemotherapie steigt bei Mangelernährung um etwa 49 % (OR 1,49; 95 % CI: 1,11–2,00).

Mortalität bei Kachexie und Sarkopenie im kurativen und palliativen Setting bei Mangelernährung:

Kurativ: Bei resektablem Ösophagogastralkarzinomen, führt das Vorliegen einer Kachexie zu einer um etwa 46 % erhöhten Sterblichkeit (Hazard Ratio [HR] 1,46; 95 % CI: 1,31–1,60).

Palliativ: Mortalität noch ausgeprägter: Bei fortgeschrittener Kachexie steigt das Sterberisiko auf das 4,8- bis 11-fache (HR 4,77–11,00, je nach Stadium).

Guidelines zu Prävention (+Therapie)

American Society for Parenteral and Enteral Nutrition (ASPEN) empfiehlt, dass alle Krebspatienten direkt nach Diagnosestellung und anschließend in regelmäßigen Abständen während der Behandlung (alle 4–8 Wochen) mit einem validierten Screening-Tool auf Mangelernährung untersucht werden.

Bei positivem Screening soll eine umfassende ernährungsmedizinische Beurteilung durch eine qualifizierte Fachkraft erfolgen. Empfohlene Screening-Tools sind MST, MUST, NRS-2002, NUTRISCORE, MNA und PG-SGA SF.

European Society for Clinical Nutrition and Metabolism (ESPEN) empfiehlt ein Screening aller Krebspatienten bei jedem Kontakt mit dem Gesundheitssystem, mindestens bei Diagnosestellung und regelmäßig während der Therapie.

Bei erhöhtem Risiko ist eine weiterführende ernährungsmedizinische Diagnostik und Intervention erforderlich. Auch hier werden MST, MUST, NRS-2002, MNA und PG-SGA als validierte Instrumente genannt.

Global Leadership Initiative on Malnutrition (GLIM) empfiehlt einen zweistufigen Ansatz: Erst Screening auf Mangelernährungsrisiko (z. B. mit NRS-2002, MUST, MST), dann Diagnose und Schweregradeinstufung anhand phänotypischer und ätiologischer Kriterien. Screening sollte bei Diagnosestellung und regelmäßig während der Behandlung erfolgen. Bei Risiko ist eine umfassende ernährungsmedizinische Diagnostik und Intervention indiziert.

Diagnostik mit Screening nach ASPEN und ESPEN

1. **MST (Malnutrition Screening Tool)** - Parameter: Gewichtsverlust + Appetit/Nahrungsaufnahme
2. **MUST (Malnutrition Universal Screening Tool)** - Parameter: BMI + Gewichtsverlust (ungeplant) + Akute Krankheit (>5 Tage keine Nahrung)
3. **NRS-2002 (Nutritional Risk Screening 2002)** - Parameter: BMI + Gewichtsverlust + Nahrungsaufnahme + Krankheitsschwere + Alter (≥ 70 Jahre: +1 Punkt)
4. **MNA-SF (Mini Nutritional Assessment - Short Form)** - Parameter: BMI + Gewichtsverlust Mobilität + Psychischer Stress/akute Erkrankung + Neuropsychologische Probleme + Nahrungsaufnahme
5. **PG-SGA (Patient-Generated Subjective Global Assessment) – Goldstandard** - Parameter: Gewichts-verlust (% , Zeitraum) +Nahrungsaufnahme + Symptome (Übelkeit, Erbrechen, Durchfall, etc.) + Funktionsfähigkeit/Aktivität +Körperliche Untersuchung (Muskelmasse, Fettreserven, Ödeme) + Stoffwechselstress (Fieber, Kortikosteroide) + Tumorlokalisation/-stadium

Basis-Screening: Digital

Ernährungsmedizinische Diagnostik : Analog +/- Digital

Maßnahmen:

Prävention das Mangelernährung passiert:

Wo passiert das:

Wo ist die Diätologie:

Screening und Begleitung:

Vor

ambulant

Während

ambulant ev. Stationär

Nach der Therapie

ambulant

~~Ambulant~~

~~Ambulant ev. stationär~~

~~Ambulant~~

