

Wiesbaden, 4.–5.11.2011

18. Wiesbadener Geriatrie-Kolloquium



Rund 250 Mediziner, Therapeuten und Pflegekräfte besuchten in diesem Jahr das 18. Wiesbadener Geriatrie-Kolloquium, welches unter Leitung von Herrn Dr. med. Wolfgang Knauf, Direktor des Zentrums für Internistische und Geriatriische Medizin der Asklepios Paulinen Klinik erneut am 4. und 5. November im Biebricher Schloss veranstaltet wurde. Wie im letzten Jahr wurde auch das diesjährige Kolloquium in Kooperation sowohl mit der Akademie für ärztliche Fort- und Weiterbildung der Landesärztekammer Hessen als auch dem FORUM DEMENZ des Amtes für Soziale Arbeit der Landeshauptstadt durchgeführt.

Inhaltlich ging es um die Malnutrition im Alter, also ein Thema, welches äußerst facettenreich ist. Dementsprechend wurden neben Ursachen und diagnostischen Möglichkeiten aus gastroenterologischer Sicht spezielle Aspekte beim hochbetagten Patienten fokussiert. Namhafte Referenten aus ganz Deutschland fesselten mit ihren Beiträgen das Auditorium. Nachfolgend sind die Abstracts der meisten Referate wiedergegeben.

Ursachen der Malnutrition aus Sicht der Gastroenterologie

K. Tischbirek

Formen der Mangelernährung können auf einen krankheitsassoziierten Gewichtsverlust (mehr als 10% des Ausgangsgewichtes in sechs Monaten), einen Eiweißmangel oder spezielle Defizite an essentiellen Nährstoffen (Vitamine, Mineralstoffe, Spurenelemente) zurückgeführt werden. Während es bei der Malnutrition vornehmlich zur Reduzierung der Fettmasse kommt, steht bei der Sarkopenie die Verringerung der Muskelmasse im Vordergrund. Die Kachexie in Assoziation zu chronischen entzündlichen oder tumorösen Prozessen bedingt gleichermaßen den Abbau von Fett-, Muskelmasse und Gewicht. Folgen der Mangelernährung sind der Abbau von Muskelsubstanz, damit zunehmende Immobilität und erhöhte Pflegebedürftigkeit. Vermehrte Komplikationen ergeben sich aus der schlechteren Therapie- und Medikamentenverträglichkeit, stärkeren Wundheilungsstörungen und erhöhter Infektanfälligkeit durch die Schwächung des Immunsystems.

Zahnverlust, schlecht sitzende Zahnprothesen, mangelnde Spei-

chelbildung oder medikamentös bedingte Mundtrockenheit führen zur eingeschränkten Nahrungsauswahl. Zunehmender Sehverlust kann dazu führen, dass Nahrungsmittel nicht mehr richtig wahrgenommen oder verdorbene Speisen nicht erkannt werden. Durch die Verschiebung der Schwellenwerte für die Geschmacksqualität »süß, sauer, salzig, bitter« schmecken »normal« gewürzte Speisen fade. Nach einem Schlaganfall, in der Spätphase des Morbus Parkinson, der Multiplen Sklerose oder von Multisystematrophien können neurogene Schluckstörungen zur erheblichen Beeinträchtigung der oralen Ernährung führen. Eine Hiatushernie oder Motilitätsstörung des Magens kann eine höhergradige Refluxösophagitis auslösen, die über Schmerzen, Stenose oder Blutung symptomatisch wird. Bei Verzögerung der Magenentleerung mit persistierendem Völlegefühl wird die Mahlzeit frühzeitig abgebrochen. Eine chronisch-atrophische Gastritis ist über den fehlenden Intrinsic-Faktor Ursache für die unzu-

reichende Aufnahme von Vitamin B₁₂. Chronische Durchfallerkrankungen (z. B. chronische Pankreatitis, Sprue) führen über die Malabsorption zur Mangelernährung und müssen zur gezielten Behandlung ätiologisch eingeordnet werden.

Bei tumorerkkrankten Patienten korreliert die Aktivierung der inflammatorisch katabolen Stoffwechseleränderungen mit der Reduzierung des Appetits. Psychische Belastungssituationen, Schmerzsymptomatik und Wasting durch erhöhten Grundumsatz bedingen eine Malnutrition (Anorexie-Kachexie-Syndrom). Einschneidende biographische Ereignisse, Trauer, einsame Wohnsituation führen zur Vernachlässigung, regelmäßig und ausreichend zu essen. Geringes Einkommen und fehlende Hilfsangebote erschweren die Versorgung mit schmackhaften Speisen.

Schon vor Stellung der Diagnose einer Demenz kann als frühes Symptom ein Gewichtsverlust dokumentiert werden. Mit Progression der

Altersdemenz steigt das Risiko für einen Gewichtsverlust. Bei mangelernährten Patienten erfährt die Erkrankung eine raschere Progredienz, der Ernährungsstatus ist Prädiktor der Mortalität. Geriatriische Patienten

bekommen oft multiple Medikamente verordnet, die auch aufgrund unüberschaubarer Wechselwirkungen appetithemmend wirken und damit einem positiven Lebensgefühl entgegenstehen.

Korrespondenzadresse
Dr. med. Klaus Tischbirek
Medizinische Klinik I
Asklepios Paulinen Klinik
Geisenheimer Straße 10
65197 Wiesbaden
E-Mail: k.tischbirek@asklepios.com

Malnutrition – moderne Diagnostik: Was ist möglich – was ist nötig?

C. Hebbecker

Der Ernährungszustand hat eine entscheidende Bedeutung für den Krankheitsverlauf und die Mortalität, eine Abschätzung des Ernährungszustandes sollte daher integraler Bestandteil der ärztlichen Untersuchung sein. Die Anamnese sollte gezielte Fragen zu Appetit, Essgewohnheiten und Geschmacksempfinden beinhalten, darüber hinaus ist die individuelle Gewichtsentwicklung zu erfragen, da ein Gewichtsverlust von mehr als 10 % in sechs Monaten als signifikant gilt.

Neben der Anamnese stützt sich die Diagnose der Malnutrition auf Assessment-Instrumente, in denen sich wie beispielsweise im Mini Nutritional Assessment auch gezielte Fragen zur Ursachenklärung finden. Bei der körperlichen Untersuchung ist auf einfache Merkmale wie vermindertes Unterhautfettgewebe und Muskelatrophie zu achten. Spezifische Nährstoffdefizite können sich an verschiedenen Organsystemen manifestieren, besonders betroffen sind Haut und Hautanhangsgebilde.

Die Anthropometrie ermöglicht durch die Messung von Hautfaldendicken und Körperumfängen an definierten Lokalisationen eine indirekte Bestimmung der Fett- und Muskelmasse. Als Bedside-Methode ist die Untersuchung schnell und einfach durchführbar, von Nachteil ist die hohe Interobserver-Variabilität, sodass die Bedeutung der Methode für die Malnutriationsdiagnostik noch nicht ausreichend gesichert scheint.

Eine Vielzahl von Laborparametern, am bekanntesten Albumin, sind prognoserelevant bezüglich Mortalität und Krankenhausverweildauer, ein spezifischer Parameter im Hinblick auf die Diagnose »Mangelernährung« findet sich allerdings nicht.

Die Diagnostik eines Mikronährstoffmangels sollte gezielt nur bei begründetem Verdacht erfolgen, zusammenfassend ist der diagnostische Nutzen von Laborbestimmungen für die Diagnosestellung als gering einzustufen.

Mit Hilfe der bioelektrischen Impedanzanalyse wird über eine Änderung der Körperzusammensetzung eine Änderung des Ernährungszustandes erfasst. Eine wichtige Indikation ist die Bestimmung des Ernährungszustandes bei Patienten mit Ödembildung. Die einfach durchführbare Methode erfordert standardisierte Untersuchungsbedingungen und ist für ältere Patienten nicht validiert, sodass der Stellenwert für die Malnutriationsdiagnostik noch nicht ausreichend gesichert ist.

Die Sonographie gibt oftmals bereits Hinweise auf zugrundeliegende Erkrankungen wie z. B. Malignome, eine chronische Pankreatitis oder eine Sprue.

Zur Detektion von stenosierenden Prozessen, endoluminalen Tumoren und entzündlichen Prozessen im oberen Gastrointestinaltrakt kommen hochauflösende Videoendoskope zum Einsatz. Bei der virtuellen Chromoendoskopie wird die Eindringtiefe des Lichts begrenzt, sodass man

durch eine verringerte Lichtstreuung eine bessere Abbildung der Schleimhautoberfläche erzielt. Die Kapselendoskopie sollte zur Primärdiagnostik einer Sprue außerhalb von Studien nicht eingesetzt werden, da die Methode nur eine mäßige Sensitivität aufweist und zudem mit hohen Kosten verbunden ist.

Motilitätsstörungen von Ösophagus und Magen sind eine häufige Ursache für Symptome des oberen Gastrointestinaltraktes. Die aussagekräftigste Untersuchung zur Beurteilung der Ösophagusmotilität ist die hochauflösende Ösophagusmanometrie.

Atemtests werden zur Diagnostik einer Kohlenhydratmalabsorption eingesetzt. Eine weitere Indikation ist die Bestimmung der Magenentleerungszeit als Alternative zur teuren und aufwendigen Y-Szintigraphie.

Ein idealer Test zur Bestimmung der exokrinen Pankreasfunktion existiert derzeit nicht. Der Sekretintest als invasives Referenzverfahren sollte selektierten Fragestellungen vorbehalten bleiben, die Bestimmung der Pankreaselastase im Stuhl weist ebenso wie der ¹³C-Atemtest eine hohe Sensitivität lediglich bei schwerer exokriner Pankreasinsuffizienz auf.

Korrespondenzadresse
Dr. med. Christian Hebbecker
Medizinische Klinik I
Zentrum für Internistische und Geriatriische Medizin (ZIGM)
Asklepios Paulinen Klinik
Geisenheimer Straße 10
65197 Wiesbaden