Risikofaktor Malnutrition bei Tumorpatienten

Malnutrition ist bei onkologischen Patienten komplikationsreich und erhöht die Mortalität. In einer Beobachtungsstudie wurde das Risiko für eine Mangelernährung bei längeren Klinikaufenthalten untersucht.

Zahlreiche Komplikationen ergeben sich für onkologische Patienten, wenn die Ernährung nicht mehr stimmt: von Komorbiditäten und längerem Klinikaufenthalt bis zur Abnahme von Überlebensaussichten und Lebensqualität. Die Ursachen für Malnutrition sind vielfältig – von Stoffwechseleränderungen infolge der Neoplasie bis zu ungenügender Nahrungsaufnahme (wegen Mukositis, Diarrhö, Erbrechen, Schluckbeschwerden u. a.). Kachexie betrifft 80 %

der Patienten mit fortgeschrittener Krebserkrankung und ist für knapp ein Drittel aller krebsbedingten Todesfälle mitverantwortlich. In einer multizentrischen Beobachtungsstudie wurde die Prävalenz von Risikofaktoren bei 401 onkologischen Patienten untersucht. Der Ernährungszustand wurde mithilfe des Nutrition Risk Screening®-2002 (NRS®-2002) innerhalb der ersten 48 Stunden nach Aufnahme sowie bei Entlassung ermittelt. Am häufigsten waren

Tumoren des unteren Gastrointestinaltrakts (19,5 %), hämatologische Neoplasien (16 %), Kopf-Hals-Tumoren (8,5 %), Tumoren von Respirationstrakt (8,0 %), oberem Gastrointestinaltrakt (4,2 %) und von Bauchspeicheldrüse, Leber oder Gallengängen (4,2 %).

Etwa ein Drittel der Patienten (33,9 %) hatte bei Einweisung ein Risiko für Mangelernährung (NRS®-2002 ≥ 3), bei Entlassung 36,4 %. Die betroffenen Patienten waren im Durchschnitt älter, Körpergewicht und Body-Mass-Index waren geringer, ebenso Arm- und Wadenumfang. Zudem waren die Serumalbumin-Spiegel niedriger. Die Gesundheitskosten waren bei Patienten mit Ernährungsrisiken höher und die mittlere Dauer des Klinikaufenthalts länger (12,1 Tage) als bei wohlernährten Patienten (8,6 Tage) (Tab. 1).

Tab. 1: Kosten und Dauer der Hospitalisierung je nach Ernährungsstatus

	Ernährungsstatus des Patienten bei			
	Aufnahme		Entlassung	
	NRS < 3	NRS ≥ 3	NRS < 3	NRS ≥ 3
Länge des Krankenhausaufenthaltes	9,3 Tage	11,7 Tage	8,6 Tage	12,1 Tage
Kosten des Krankenhausaufenthaltes	7.033 US-\$	7.855 US-\$	6.652 US-\$	8.596 US-\$

NRS = Nutrition Risk Screening®-2002; modifiziert nach Planas et al.

Fazit: Hospitalisierte, v. a. ältere Krebspatienten haben ein hohes Risiko für Malnutrition, müssen länger in der Klinik bleiben und verursachen höhere Kosten. Außerdem verschlechtert sich ihr Ernährungsstatus während des Klinikaufenthalts. *Kathrin von Kieseritzky*

Planas M et al. Prevalence of hospital malnutrition in cancer patients: a sub-analysis of the PREDyCES® study. Support Care Cancer. 2016; 24(1):429-35.

Transdermale Emesisprophylaxe, eine Option

Eine wichtige Säule der Prophylaxe von Übelkeit und Erbrechen bei emetogener Chemotherapie sind 5-HT₃-Rezeptorantagonisten (5-HT₃-RA), darunter Granisetron. Welchen Vorteil bietet die transdermale Galenik des Wirkstoffs?

In einer multizentrischen, randomisierten Phase-IV-Studie mit Crossover wurde das neue „Granisetron transdermal delivery system“ (GTDS) mit Palonosetron verglichen. Das GTDS gibt den Wirkstoff kontinuierlich über 7 Tage ab.

Insgesamt wurden 196 Patienten, die sich einer moderat emetogenen Chemotherapie (FOLFIRI oder FOLFOX) unterzogen, randomisiert: In der GP-Gruppe erfolgte die Emesisprophylaxe im 1. Zyklus mit dem GTDS-Pflaster, im 2. mit Palonosetron (einmalig 0,25 mg intravenös an Tag 1), in der PG-Gruppe

war das Vorgehen umgekehrt. Primärer Endpunkt war der Anteil an Zyklen mit komplettem Ansprechen auf die Prophylaxe (kein Erbrechen, keine Rescue-Medikation) während der akuten Phase (0–24 Stunden nach Chemotherapie).

In der Analyse wurden 333 Chemotherapie-Zyklen berücksichtigt, davon 165 mit GTDS- und 168 mit Palonosetron-Prophylaxe. Ein komplettes Ansprechen in der akuten Phase wurde in 75,2 % der Zyklen mit GTDS- und 79,8 % derer mit Palonosetron-Prophylaxe erreicht. Auch am Ende des 1. bzw. 2. Zyklus zeigte sich hinsichtlich des kompletten Anspre-

chens während der akuten Phase kein Unterschied zwischen den Gruppen ($p = 0,405$ bzw. $0,074$).

Die Zufriedenheit der Patienten, gemessen anhand des FLI-E (Functional Living Index-Emesis) war in der GP-Gruppe in den Zyklen mit GTDS-Prophylaxe größer (FLI-E-Score median 1.549,5 vs. 1.670,0).

Fazit: Transdermales Granisetron ist in der Prophylaxe von Übelkeit und Erbrechen bei moderat emetogener Chemotherapie eine gute Alternative zu Palonosetron. *Kathrin von Kieseritzky*

Seol YM et al. Transdermal granisetron versus palonosetron for prevention of chemotherapy-induced nausea and vomiting following moderately emetogenic chemotherapy: a multicenter, randomized, open-label, cross-over, active-controlled, and phase IV study. Support Care Cancer. 2016;24(2):945-52.