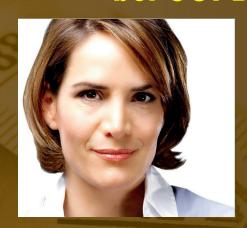
Übergewicht & Untergewicht bei COPD

Barbara Angela Schmid Diätologin, Praxis für Ernährungstherapie ISS-DICH-FREI. Expertin für Diätetik & Lungenerkrankungen

Wien / Österreich



Ernährung und COPD: Die Ernährungstherapie ist bei COPD eine prozessorientierte Therapie mit dem Ziel erkrankte Menschen entsprechend den unterschiedlichen Ausgangssituationen bestmöglich in Richtung Verlangsamung der Grunderkrankung zu begleiten. DiätologInnen / DiätassistentInnen nehmen daher in der interdisziplinären Therapie eine wichtige Rolle ein.

Untergewicht und starkes Ubergewicht verschlechtern die Prognose bei COPD

Der Verlauf der COPD ist charakterisiert durch eine Abwärtsspirale. Sie beginnt mit einer reduzierten körperlichen Belastbarkeit und einer erhöhten Atemnot bei Belastung und endet mit der respiratorischen Kachexie (= Kräfteverfall, Auszehrung).

Gefahr durch Untergewicht

Das klinische Bild der respiratorischen Kachexie ist meist begleitet von Untergewicht, Muskelabbau und von geringer Leistungsfähigkeit und Lebenserwartung. Unter- und Mangelernährung sind bei COPD

keine Seltenheit. Denn die Patienten sind einem Teufelskreis aus erhöhtem Energiebedarf und verminderter Energiezufuhr ausgesetzt. Der erhöhte Metabolismus (Stoffwechsel) bzw. der hohe Energiebedarf bei COPD wird unter anderem verursacht durch:

- erhöhte Atemarbeit
- chronische Entzündungsprozesse
- Veränderungen der belastungsinduzierten Thermogenese: COPD -Patienten benötigen für dasselbe Ausmaß körperlicher Belastung mehr Energie (kcal) als Gesunde.
- häufige Infektionserkrankungen

Mangelnde Nahrungsaufnahme

Ein weiterer Grund für das Untergewicht von COPD-Patienten ist die zu geringe Nahrungsaufnahme. Viele Patienten berichten über eine frühzeitige Sättigung und über Appetitlosigkeit, für die einerseits die verstärkte Mundatmuna und andererseits die Wirkung von Leptin verantwortlich sind. Durch die Aerophagie (Luftschlucken) ist der Bauch mit Luft gefüllt, vermehrte Blähungen und andere gastrointestinale Be-

schwerden sind die Folge. Darüber hinaus erschwert die COPD-bedingte Atemnot die Nahrungsaufnahme. Auch Infekte tragen dazu bei, dass die Patienten weniger essen. Häufig kommen praktische Probleme hinzu, z.B. wenn Patienten sauerstoffabhängig sind und Sauerstoff über eine Maske zu sich nehmen, haben diese beim Essen nur die Wahl zwischen Nahrungsaufnahme oder Sauerstoff. Problematisch ist auch, wenn Patienten allein leben und ihre Lebensmitteleinkäufe nicht mehr nach Hause tragen können.

Mangel- und Unterernährung führen desweiteren zu Strukturveränderungen der Lunge und Atemwege sowie zu einer Verminderung der pulmonalen Abwehrmechanismen.

So existiert ein oft zu wenig beachteter Teufelskreis: COPD führt häufig zu Malnutrition*, in deren Verlauf es zu Unter- und Mangelernährung mit einer Verschlechterung der COPD kommt.

Problem Übergewicht

Gewichtsverlust bei COPD Patienten und die Wichtigkeit der Ernährung für die Atemfunktion sind seit längerem bekannt. Im Mittelpunkt vieler Studien mit COPD Patienten stand früher nur das Gesamtkörpergewicht und nicht der Anteil der Körperzusammensetzung (Körperwasser, Körperfett und Magermasse (= fettfreie Masse)). Doch gerade die Zusammensetzung der Körpermasse ist ausschlaggebend für den Gesundheitszustand.

COPD ist eine Lungenerkrankung mit Systembeteiligung:

- lungenspezifische Beschwerden
- hoher Energiebedarf mit Muskelabbau
- Veränderungen des Stoffwechsels (erhöhter Eiweißumsatz)
- chronische Entzündung
- hoher oxidativer Stress

Dies sind Symptome, die in einander greifen und den Krankheitsverlauf der COPD negativ beeinflussen können.

Übergewichtig und doch schwach

Die neueren Erkenntnisse beruhen auf der Tatsache, dass der Anteil des, Activity metabolizing tissue", das indirekt durch die fettfreie Masse (= Muskelmasse) gemessen werden kann, ein besserer ernährungsrelevanterer Parameter ist, als das reine Körpergewicht. Selbst bei normalengewichtigen oder übergewichtigen COPD Patienten konnte bereits in einem frühen Krankheitsstadium ein Abbau der Atemhilfsmuskulatur und der Skelettmuskulatur festgestellt werden. Der Verlust an Muskelmasse hat einen direkten Einfluss auf die Belastbarkeit von COPD-Patienten.

Bemerkenswert ist, dass nach Eisner (Eisner MD. Resp Res. 2007: 8: 7.) 53% der COPD Patienten einen Bodymassindex (BMI)* > 30,0 zeigen, somit stark übergewichtig sind, allerdings nur 24% normalgewichtig sind (BMI 18,5 - 24,9). 3% der Patienten sind mit einem BMI < 18,5 deutlich untergewichtig. Diese Tatsache stellt den Therapeuten vor ein multifaktorielles Problem, zu dessen Lösung fachübergreifende Konsultationen (Gastroenterologen, Diabetologen und Ernährungsspezialisten) erforderlich sind.

Untersuchungsergebnis Eisners bezüglich der Häufigkeit von stark übergewichtigen COPD Patienten (BMI>30) erscheint im Bezug auf die oft zitierte respiratorische Kachexie auf ersten Blick widersprüchlich.

ledoch ist dieser Arbeit zufolge der Zusammenhang zwischen Körperzusammensetzung und der funktionellen Einschränkung von hoher Wichtigkeit. Es erscheint, dass auch das Ansteigen der Fettmasse und nicht ausschließlich der Verlust der fettfreien Masse der limitierende Faktor in Bezug auf Belastbarkeit und Krankheitsentwicklung der COPD ist.

Problematik im Zusammenhang starkes Übergewicht - COPD:

- Muskelabbau bei COPD bereits in frühen Krankheitsstadium.
- Muskelabbau kann durch Übergewicht kaschiert werden.
- Verlust an Muskelmasse wirkt sich ungünstig auf die Mortalität und Morbidität von COPD-Patienten aus.
- BMI als gewichtsspezifischer diagnostischer Parameter ist unausreichend.
- Ansteigen der Fettmasse ist ein weiterer limitierende Faktor in Bezug auf Belastbarkeit und Krankheitsentwicklung der COPD.
- Übergewichtige COPD-Patienten leiden oft an Magen- und Verdauungsbe-
- Hohes Risiko für die Entstehung von Begleiterkrankung wie metabolisches Syndrom, arterielle Hypertonie (Bluthochdruck), Diabetes mellitus, Koronare

^{*}Der BMI berechnet sich aus dem Körpergewicht [kg] dividiert durch das Quadrat der Körpergröße [m2]. Die Formel lautet:BMI = Körpergewicht : (Körpergröße in m)2. Die Einheit des BMI ist demnach kg/m2.

COPD und Begleiterkrankungen

Es besteht Einklang darüber, dass die COPD mit signifikanten systemischen Veränderungen einhergeht. Im Vordergrund stehen Gewichtsverlust bis hin zur Kachexie, Muskelschwäche, Osteoporose, chronische Entzündungen, häufige Infektionserkrankungen, koronare Herzkrankheit, Beschwerden des Magen- Darmtraktes und Depression.

Diätetische Maßnahmen zur Linderung von Beschwerden im Magen – Darmtrakt (z.B. Sodbrennen)

Vermeiden Sie:

- Starkes Erhitzten von Fetten (z.B. . Paniertes)
- gratinierte Käsegerichte
- grob geschrotetes Vollkornbrot
- frische warme Backwaren
- Mehlspeisen, Gemüsestrudel aus Blätterteig
- kohlensäurehaltige Getränke
- schwerverdauliche Lebensmittel (wie Zwiebelgewächse, scharfe Gewürze)

Empfehlungen zur Linderung von Beschwerden im Magen – Darmtrakt

- Erhöhung des Kopfendes beim Schlaf
- Linksseitenlage beim Schlaf
- keine engsitzende Kleidung
- Verdauungsspaziergang nach dem Essen
- nicht zu den Mahlzeiten trinken
- nicht im Liegen trinken und essen
- Vermeiden von Nüchternphasen

Kurkuma hilft bei COPD

Kurkuma (curcuma longa) enthält als wirksamen Bestandteil Kurkumin und ist einer der bedeutendsten Heilpflanzen.

Verschiedene Studien lassen den Schluss zu, dass Kurkumin eine Schutzfunktion bei chronisch obstruktiver Lungenerkrankung (COPD), akutem Atemnotsyndrom (ARDS), akut-inflammatorischer Lungenerkrankung (ALI) und allergischem Asthma ausübt. Der therapeutische Einsatz liegt in der Prävention bzw. Modulation von Entzündung und oxidativem Stress.



Kurkuma ist hellgelb und gibt dem Curry seine charakteristische Farbe. Traditionell ist es als indischer Safran bekannt. Kurkuma ist aber auch einzeln als Gewürz erhältlich, geschmacklich nicht sehr intensiv, gibt jedoch jeder Speise seine charakteristische gelbe Farbe.

Würzen Sie Ihre Speisen so viel wie möglich mit Kurkuma.



lungenexpress Seite 4 02-2011

Ernährungsmedizinische Therapieziele bei COPD

- Sicherstellung des ermittelten Bedarfes an Nährstoffen und En-
- Aufrechterhaltung eines adäquaten Gewichts
- Aufrechterhaltung einer adäquaten Muskelmasse
- Verbesserung der anitoxidativen Kapazität
- Verbesserung des Vitamin und Mineralstatus
- Stärkung der Immunabwehr
- Verminderung von gastrointestinalen Beschwerden
- Vorbeugung und Linderung möglicher Begleiterkrankungen
- Kontinuierliche Ernährungsanpassung an den Krankheitsverlauf

Informieren Sie sich auch unter:

www.iss-dich-frei.at www.diaetologen.at www.vdd.de

Chronische Erkrankungen benötigen kontinuierliche Betreuung

Neben der oben beschriebenen COPD-spezifischen Charakteristika wird ein einheitliches ernährungsmedizinisches Therapieschema durch das Auftreten von Begleiterkrankungen weiter erschwert. Ernährungsmedizinische Therapiemaßnahmen müssen sich auf eine ausgesprochen unterschiedliche Patientengruppe einstellen.

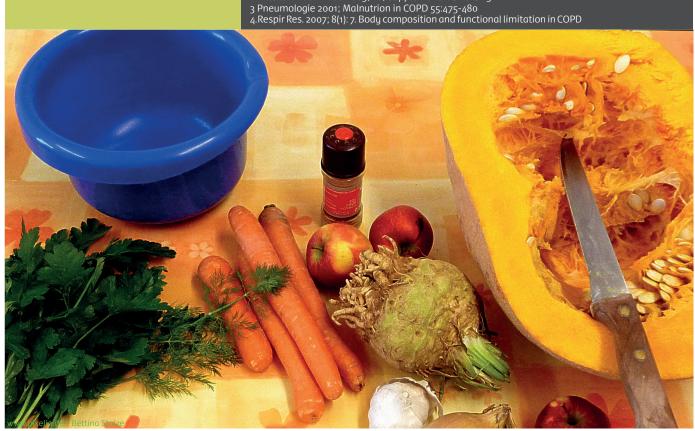
Schweregrad der Grunderkrankung, Grad des Über- und Untergewichts, als auch die Körperzusammensetzung, die COPD Symptomatik, latente und manifeste Begleiterkrankungen sind individuell ernährungstherapeutisch zu erfassen.

Die ernährungsmedizinische Effizienz ist, wie bei vielen chronisch fortschreitenden Erkrankungen, in Abhängigkeit des Therapiebeginns zu sehen. Experten kritisieren, die oft viel zu spät begonnene ernährungsmedizinische Intervention; meist erst dann, wenn PatientInnen bereits kachektisch sind.

Was bremst die Abwärtsspirale?

DiätologInnen / DiätassistentInnen nehmen in der interdisziplinären Therapie mit Pulmologen, Internisten, Gastroenterologen und Physiotherapeuten eine wichtige Rolle ein, indem sie gefragt sind, nach diätologischen Kennzahlen Therapieprogramme für COPD-PatientInnen auszuarbeiten und diese laufend den individuellen Bedürfnissen anzupassen. Diese Programme können helfen, die ständige Verschlechterung des körperlichen Zustands der COPD-Patienten aufzuhalten.

- 1 Steinkamp G. copd, die Systemerkrankung: Ernährung: zu wenig beachtet aufzuhalten. ... Pneumologie 2003; 57: 681-689
- 2 Aktuel Ernaehr Med 2003; 28, Supplement 1: S110-S113



Seite 5 lungenexpress 02-2011