

# **CED: LEITLINIENKONFORME UND PRAKTIKABLE ERNÄHRUNGSTHERAPIE**



Dipl.oec.troph. **Christiane Schäfer**  
Ernährungsberaterin VDOE

Hamburg



## **Therapieoptionen bei CED**



• Verändert nach GASTRO LIGA 2016,



## CED: Mangelernährung

### Mögliche Verursacher

#### Symptombedingt

- Verminderte Nahrungszufuhr
- Appetitmangel, Geschmacksveränderungen
- Übelkeit, Erbrechen, Abdominalschmerz
- Diarrhoe, Obstipation, Fettstühle
- Malassimilationen
  
- Restriktive Diäten

#### Pathophysiologisch bedingt / Therapiebedingt

- Gesteigerte Mehrbedarf infolge der Krankheitsaktivität
- Blutverlust (ggf latent)
- Chirurgische Resektionen
- Medikamentennebenwirkungen
- Dysbiosen/ bakterielle Überwucherungen
- Exsudative Enteropathie



## Prävalenz laborchemisch erfassbarer NS- & Ernährungsmangelzustände

Labor	MC	CU		Aktiv %	Remission %
Hyalalbuminämie	19	14		31	7
Anämie	25(w), 3(m)	32		42	16
Fe Mangel	40	38		44	36
B12 Mangel	24	7		16	20
Vit D Mangel	70	79		73	73
Beta Carotin Mangel	29	12		33	16
B6 Mangel	46	26		48	32
Zink Mangel	21	5		4	1



**Empfehlung 5**

Ein Screening auf Mikronährstoffmangel soll bei CED initial und im Verlauf durchgeführt werden, wenn klinische Zeichen eines Defizits oder erhöhte Risiken für Mikronährstoffmangel vorliegen.

[KKP; starker Konsens]

**Empfehlung 6**

Unterernährung bzw. Mangelernährung soll bei CED konsequent behandelt werden, denn sie verschlechtert den klinischen Verlauf, die Rate der postoperativen Komplikationen, die Mortalität und die Lebensqualität.

[KKP; starker Konsens]

Laborparameter (Auswahl)	Grund des Mangels
B12, Folat, Zn, TFS, B6, fettlösliche Vitamine	Duodenale Entzündungsaktivität, Entzündung, ggf. Fehlen des terminales Ileums
K, Mg, Ca, P, Zn	Diarrhoe
Fettlösliche Vit (Beta Carotin)	Steatorrhoe
Vit D, Protein, DXA Messung	Resorptionsverluste/ Osteoporose- Osteopenie
Se, Vit C, Folat, B12, B6, Ferritin/ TFS, ITfR,	Entzündungsaktivität

**CED: Therapie mit Supplementen?****Empfehlung 10**

Isolierter Mikronährstoffmangel bei CED kann durch Supplemente therapiert werden.

[C; starker Konsens]

**Empfehlung 11**

Die Verwendung von Fischöl bzw. fischöhlhaltigen Supplementen zum Remissionserhalt bei CED wird nicht empfohlen.

[B; starker Konsens]

**Isolierte Mikronährstoffmangelzustände können diätetisch/ durch geeignete Supplemente korrigiert werden.**

B12, Fe, Folat, Zn, Ca, Vit D, (Cu)

CAVE: Beachte Interaktionen!



## Short CUT: Pathophysiologie entscheidet über Ernährung!

- **Nutritive Einflüsse je nach Befallsmuster!**
  - Es gibt keine CED-typische Ernährungstherapie!
  - Individuelle Ernährungsanamnese setzt Maßstäbe und Ziel!  
(Symptome vs. Pathophysiologie)
  
- **Zu bedenken:**
  - Medikation
  - Krankheitsverlauf/ OP`s  
Hyperoxalurie, dekompensiertes Gallensäureverlustsyndrom,  
Stenosen (ins. Terminales Ileum), Steatorrhoe, Osteopenie
  - Symptomscore
  - Nährstoffbilanz

www.internisten-im-netz.de

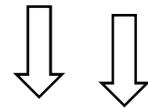
• LL MC 2014, LL CU 2011; Hoffmann, Preiß et. al., MC. S-3 LL 2014;; Schub/ Chirurgie; Referenzwerk Gastro,



## CED: Tools der Ernährungstherapie

- **Stufenschema**
  - An Symptome & Lokalisation & Krankheitsverlauf angepasst
- **Bedenke:**
  - Mehrbedarf durch Medikation
  - Mehrbedarf durch Krankheitsverlauf
  - Globale & spezifische Mangelzustände

Stufe	Ernährungsoptionen
Hochakuter Schub	<b>Enterale Ernährung (nur noch ggf parenteral)</b>
Akuter Schub	<b>Wunschkost, aber</b> - Ballaststoffarm - Fettarm, - <b>modifiziert</b> - Laktosearm, - <b>reduziert</b> - Fructosearm, - <b>modifiziert</b>
Ausklingender akuter Schub	- Ballaststoffmodifiziert - Antientzündliche Fettsäuren - Laktosemodifiziert
Remission	Nährstoffreiche, pflanzenbetonte Mischkost - Moderater Ballaststoffanteil - Bedarfssicherung bei Medikation

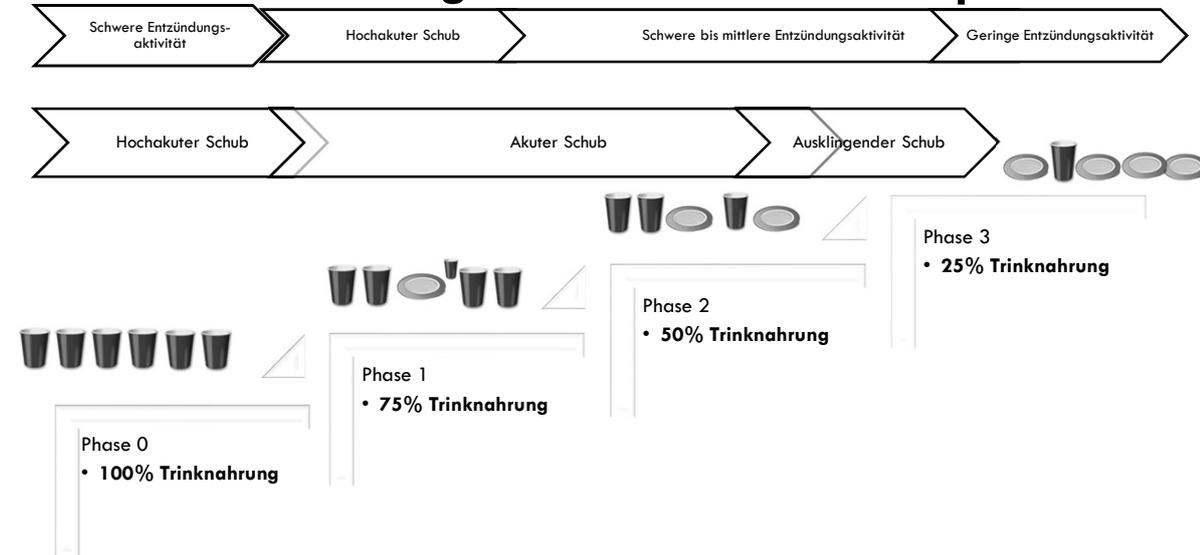


• S3 Leitlinie Klinische Ernährung in der Gastroenterologie (T14) CED. E-med. 2014;39: e72-e98





## Enterale Ernährung – Problem Ausschleichphase



• Dabritz 2017; Rummele ECCO CD 2014 DOI: dx.doi.org/10.1016/j.crohns.2014.04.005 1179-1207; S3 Leitlinie Klinische Ernährung in der Gastroenterologie (T14) CED E-med 2014;39: e72-e98; CED Netzwerk –HH - 2016

## Zankapfel Komponenten & Verlauf Aufbaukost

- **Zeitverlauf?**
- **Wie viel Flüssigkeit zur EEN?**
- **Ballaststoff**
  - Prävention Dysbiose
  - Qualität? – Menge?
  - Weizen-Dinkel-gfK?,
- **Milch? Sauermilchprodukte?**
  - Qualität der Sauermilchprodukte?, Osteoporoseprävention, Lactosegehalt
- **NS-Supplementierung?**

• Experten CED EEN Meeting 12-2017

## Ziel der ETH bei CED

- **Symptomlinderung durch diätetischen Interventionen**
- **Verbesserung & Erhalt des Ernährungszustandes**
  - Vermeidung von globalen und selektiven Mangelzuständen
- **Positive Beeinflussung der therapeutischen Begleitung der sekundären Begleiterkrankungen**
  - Vermeidung progressiver Verläufe  
z.B. infolge der notwendigen Dauermedikation
- **Orientierung & Aufklärung des Patienten über Möglichkeiten der Krankheitsbeeinflussung durch Ernährung**
- **Wiederherstellung des individuellen *nutrives Empowerments***
  - EEN im ambulanten Alltag erleichtert das Therapieregime

### 3 Prävalenz und Screening von Malnutrition bei CED

#### Empfehlung 4

Ein Screening auf Unterernährung bzw. Mangelernährung soll bei CED initial und im Verlauf mindestens alle 6 Monate durchgeführt werden.

[KKP; starker Konsens]

