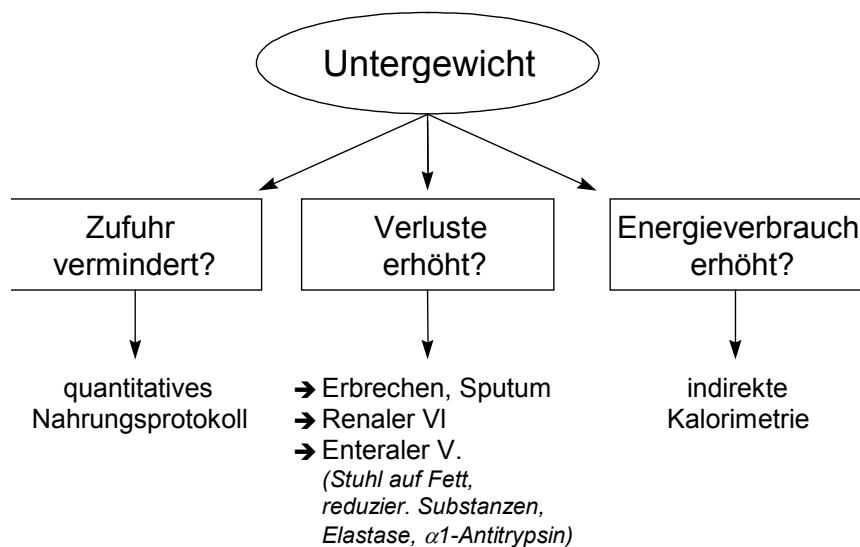


Messen und Wiegen: Wie vorgehen bei Untergewicht

SIBYLLE KOLETZKO

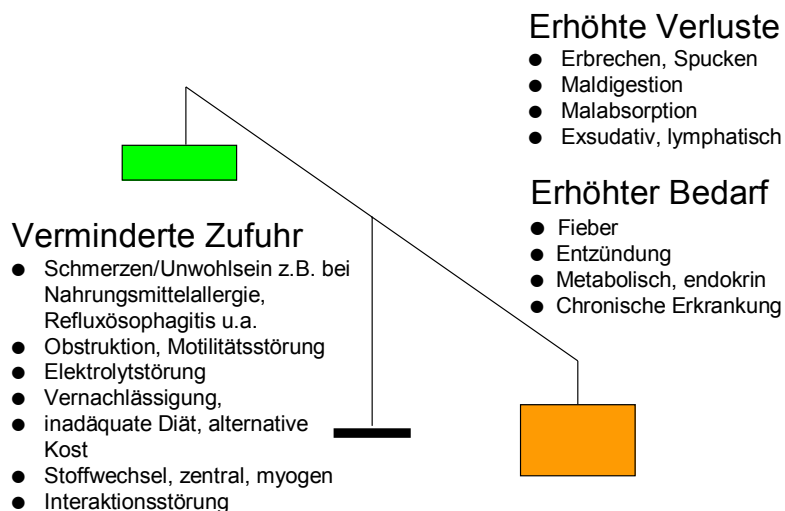
Untergewicht mit unzureichender Versorgung mit einzelnen Substraten beeinträchtigt physiologische Stoffwechselprozesse und hat zahlreiche funktionelle Auswirkungen. Untergewicht beeinträchtigt die **körperliche Entwicklung** (Längenwachstumsgeschwindigkeit und Endgröße, z. T. Kopfumfang, Pubertätsentwicklung), die **mentale Entwicklung** und die langfristige kognitive Leistungsfähigkeit sowie durch einen sekundären Immundefekt die **immunologische Funktion** mit der Folge eines erhöhten Infektionsrisikos.

Eine undifferenzierte Therapie z. B. durch eine allgemeine Diättempfehlung wird der Vielfalt der Ursachen einer kindlichen Gedeihstörung nicht gerecht und kann betroffenen Kindern sowohl durch unnötige Therapiemaßnahmen als auch durch eine Verzögerung der richtigen Diagnose und effektiven Therapie erheblichen Schaden zufügen. Beispielsweise ist die Empfehlung einer hochkalorisch angereicherten Kost unsinnig, wenn eine Malabsorption durch eine Zöliakie oder eine Nahrungsmittelallergie zugrunde liegt und diese Grundkrankheit nicht diagnostiziert und behandelt wird. Entscheidend ist deshalb eine **sorgfältige Differenzialdiagnose**. Grundsätzlich ist bei der Differenzialdiagnose einer Gedeihstörung zu prüfen, ob als mögliche Ursache eine verminderte Nahrungszufuhr, erhöhte Nährstoffverluste oder ein erhöhter Energieverbrauch einzeln oder in Kombination vorliegen.



Eine sorgfältige **Anamnese** wird durch gezielte Befragung zu Essverhalten und Ernährungsgewohnheiten sowie eine (semi)quantitative Erfassung der Nahrungszufuhr ergänzt. Eine sorgfältige **Beobachtung** des kindlichen Essverhaltens und der Interaktion zwischen Kind und Betreuungspersonen kann sehr hilfreich sein. Die Beurteilung der **Nährstoffzufuhr** erlaubt ein prospektiv über 3 geführtes **Ernährungsprotokoll**, dass durch eine Ernährungsfachkraft (z.B. in der nächsten Kinderklinik) berechnet werden kann. Aus den Protokolldaten wird die mittlere Nährstoffzufuhr pro kg Istgewicht sowie pro kg Sollgewicht (entsprechend der 50. Gewichtsperzentile für die Körperlänge) mit Hilfe geeigneter Computerprogramme ermittelt. Wenn sich eine auf das Sollgewicht bezogene niedrige Zufuhr herausstellt, sollte nach anatomischen, anderen organischen oder psychosozialen Ursachen für eine geringe Nahrungsaufnahme gefahndet werden. **Laboruntersuchungen** werden gezielt nach klinischer Einschätzung der Situation des Patienten durchgeführt

Energie Defizienz bei Gedeihstörung



Stufentherapie: Ein an den Bedarf des individuellen Patienten angepasstes stufenweises Vorgehen ist sinnvoll. Grundsätzlich besteht auch bei Kindern mit Malnutrisionsrisiko der Grundsatz: **häusliche Normalkost vor Diät!** Die Kost sollte gut schmecken und attraktiv angerichtet sein. Bei bestehendem Risiko für Untergewicht ist ein **hoher Fettanteil** in der Nahrung von etwa 40 % der zugeführten Energie erwünscht. **Unnötige diätetische Einschränkungen sind zu vermeiden, denn jede Form von Diät erhöht das Risiko für eine psychogene Essstörung!** Die Mahlzeiten sollten gemeinsam im Kreis der Familie in positiver gestimmter Atmosphäre eingenommen werden. Eine Sonderbehandlung des kranken Kindes gegenüber seinen Geschwistern sowie ständiges Ermahnen zum Essen sind kontraproduktiv.

Kalorische Anreicherung: Wenn mit einer energiereichen Normalkost keine normale Gewichtsentwicklung zu erzielen ist, wird die häusliche Ernährung gezielt kalorisch angereichert (z. B. Zugabe von Öl, Maltodextrin oder Stärke zur Säuglingsnahrung oder den Mahlzeiten zur Erhöhung der Energiedichte, ab dem Kleinkindesalter auch Sahne, Streichfette wie Margarine oder Butter, selbst hergestellte Milchshakes, Eis mit Sahne, Schoko- und Müsliriegel, Mandel- oder Nussmus, Kartoffelchips und andere energiereiche Happen). Zusätzlich können **kommerzielle Trinknahrungen** zur erhöhten Kalorienzufuhr eingesetzt werden.

Sondenernährung und perkutane endoskopische Gastrostomie (PEG): Wenn die orale Ernährung allein nicht ausreichend oder ganz unmöglich ist, wird eine Sondenernährung erforderlich. Bei Notwendigkeit zur langfristigen Sondenernährung kann eine perkutane endoskopisch gelegte Gastrostomie (PEG) indiziert sein. Mit einer liegenden PEG können die Patienten duschen, baden und schwimmen. Ernsthaftige Komplikationen bei und nach der Anlage der PEG im Kindesalter treten bei etwa 10-20 % auf, wie z. B. von der Eintrittsstelle ausgehende Infektionen, Bildung von Granulationsgewebe, Blutungen, Sondenleck-, -dislokation oder -obstruktion.

Anschrift der Verfasserin: PD Dr. med. Sibylle Koletzko, Leiterin d. Abt. f. Kindergastroenterologie, Dr. v. Haunersches Kinderspital, Lindwurmstr. 4, 80337 München.