

Tagung

„Schmerz und Schmerzbewältigung bei Menschen mit schweren und schwersten Behinderungen“ am 21. September 2011 in Stuttgart

„Ernährung und Schmerz: gibt es einen Zusammenhang?“

Jutta Pagel-Steidl im Gespräch mit Dr. Thomas Heigele, Facharzt für Pädiatrie am Klinikum Stuttgart – Olgahospital, Zentrum der pädiatrischen Maximalversorgung der Stadt Stuttgart.

Jutta Pagel-Steidl: Herr Doktor Heigele, Sie sind Facharzt für Pädiatrie am Klinikum Stuttgart, im „Olgäle“, und hier als Fachmann bei unserer Tagung "Schmerz". Eine Frage: Ernährung und Schmerz - gibt es denn da einen Zusammenhang?

Dr. Thomas Heigele: Die Frage kann man mit einem eindeutigen "Ja" beantworten. Es gibt gerade im Kindesalter und eben auch bei den Kindern mit schweren Behinderungen eindeutige Zusammenhänge zwischen der Ernährung und dem Schmerz und zwar in beide Richtungen. Dass einerseits die Ernährung Schmerzen bereiten kann und andererseits, dass es durch Schmerzen zu Problemen mit der Ernährung kommt.

Jutta Pagel-Steidl: Was muss ich darunter verstehen, wenn die Ernährung Schmerzen bereitet?

Dr. Thomas Heigele: Bei Kindern mit schweren Mehrfachbehinderungen bestehen ja einerseits häufig Probleme im Bereich des Schluckaktes beim Kauvorgang, so dass Kinder häufig im Bereich des Rachens hypersensibel sind und dadurch Probleme haben gerade mit fester Nahrung, so dass die häufig auch abgelehnt wird. Es ist so, dass Kinder mit schweren Mehrfachbehinderungen auch Probleme beim Schlucken haben, da die Motilität in der Speiseröhre nicht so funktioniert, wie man sie normalerweise hat, was oft dazu führt, dass ein so genannter gastroösophagealer Reflux besteht, das heißt, Speisebrei fließt vom Magen wieder zurück in die Speiseröhre. Durch den Säuregehalt kann es dann zu einer Entzündung im Bereich der Speiseröhre kommen und das kann Schmerzen verursachen, typischerweise Sodbrennen, die man häufig bei Kindern, die sich nicht so äußern können wie das ein komplett gesunder Mensch kann, häufig nicht versteht und nicht wahrnimmt als Schmerzen, so dass diese Kinder unter den Schmerzen eine deutliche Verminderung Ihrer Lebensqualität haben. Andererseits ist es auch so, dass es durch geringe Trinkmenge und durch Bettlägerigkeit dazu kommt, dass der Magendarmtrakt nicht gut transportiert und der Stuhlgang sehr hart ist und eindickt, so dass eine chronische Verstopfung entsteht und bei der Entleerung von hartem Stuhl als Kotballen kann es teilweise zu erheblichen Schmerzen kommen.

Tagung

„Schmerz und Schmerzbewältigung bei Menschen mit schweren und schwersten Behinderungen“ am 21. September 2011 in Stuttgart

Jutta Pagel-Steidl: Und wie lässt sich so etwas vermeiden bzw. wenn nicht vermeiden, wie kann man diese Probleme, die Sie geschildert haben, dann zumindest minimieren? Gibt es da einen Tipp auch für Eltern zu Hause, für die Familien?

Dr. Thomas Heigele: Also man muss wissen, dass es diese Zusammenhänge gibt. Das ist - glaube ich - so der Grundpfeiler, dass man einfach daran denkt: bei Kindern mit schweren Behinderungen ist die Wahrscheinlichkeit, dass ein gastroösophagealer Reflux vorliegt, sehr, sehr hoch. Je ausgeprägter die Behinderung ist, desto ausgeprägter ist meistens auch der gastroösophageale Reflux. Man geht da von Zahlen aus, von bis zu 90% der Kinder haben einen gastroösophagealen Reflux. Andererseits, bei der Verstopfung, spielt es sicherlich eine Rolle, dass die Ernährung optimal ist: Ausreichende Flüssigkeitszufuhr und regelmäßige Entleerung und man muss auch da eben bei Kindern, die dazu neigen, frühzeitig auch unter Umständen eine medikamentöse Therapie einleiten.

Jutta Pagel-Steidl: Wie erkenne ich denn diesen Schmerz? Oder wie lässt sich dieser Schmerz feststellen von außen, wenn z.B. keine Lautsprache da ist; wie merk' ich dann, dass der Schmerz da ist? Wie kann ich dann darauf reagieren? Was sind so typische Anzeichen für diesen Schmerz, der eben durch diese Ernährung oder Folgen von Ernährung ausgelöst werden kann?

Dr. Thomas Heigele: Das ist ganz schwierig. Und das ist auch genau das diagnostische Dilemma, in dem wir da auch stecken. Die Kinder können uns nicht sagen, was ihnen wehtut und wir müssen quasi die Kinder lesen.

Schmerzen machen sich bei Kindern ja meistens unspezifisch bemerkbar, d.h. Pulsbeschleunigung, Unruhe, manche Kinder überstrecken sich, wenn quasi die Säure in die Speiseröhre zurückfließt, aber das sind lauter Symptome, die nicht eindeutig sind. Eindeutig wird es, wenn man zum Beispiel Zahnschmelzveränderungen sieht, die durch die Säure, die zurückfließt, auch entstehen können. Das sind eindeutige Hinweise. Aber sonst ist es so, dass es meistens nur so unspezifische Symptome sind und man daran denken muss und dann entsprechende Diagnostik veranlassen sollte. Entweder eine probatorische Therapie, das heißt, man versucht die Magensäure zu blocken, oder man muss unter Umständen eine Magenspiegelung oder auch eine Langzeit-pH-Metrie-Impedanz-Messung in der Speiseröhre machen, um zu sehen: Fließt da Speisebrei zurück? Bei der Verstopfung, da ist es so, dass man durch das Befragen der Betreuungsperson da schon eigentlich zur Diagnose kommt, aber auch die körperliche Untersuchung, dass man sich wirklich den Po des Kindes anschaut und

Tagung

„Schmerz und Schmerzbewältigung bei Menschen mit schweren und schwersten Behinderungen“ am 21. September 2011 in Stuttgart

eben auch tastet, ob da harte Kotballen zu tasten sind, dass man da sich der Diagnose nähern kann.

Jutta Pagel-Steidl: Unterscheiden sich da Kinder und erwachsene Menschen mit schweren Behinderungen oder ist es im Prinzip ähnlich oder gleich?

Dr. Thomas Heigele: Da bin ich als Kinderarzt natürlich jetzt nicht der ideale Ansprechpartner, das ist aber so: Die Grundprobleme, die sind sicherlich die gleichen. Und es ist sicherlich so, dass wir bei Jugendlichen und bei jungen Erwachsenen, die wir hier in der Klinik nämlich auch teilweise sehen, dass wir da die Probleme teilweise sogar in ausgeprägterer Form haben, als sie zum Beispiel bei den ganz kleinen Säuglingen noch nicht vorhanden sind. Das liegt z.B. daran, dass sich der Kehlkopf ja erst so mit 2 - 3 Jahren etwas absenkt, so dass dann sich die Schluckprobleme erst entwickeln im Laufe der Zeit und dass das bei den ganz Kleinen häufig noch kein Problem ist.

Jutta Pagel-Steidl: Und wie stellt man dann fest, wo diese Probleme liegen bzw. zu welchem Arzt gehen dann Familien am besten als erste Adresse? Was raten Sie da Eltern?

Dr. Thomas Heigele: Kinder sollten auf jeden Fall beim Kinderarzt betreut sein und der sollte die erste Ansprechperson sein. Es ist so: Kinder mit einer komplexen Erkrankung — meistens haben die Kinder ja doch noch eine Epilepsie oder Ähnliches mit dabei — sind meistens in neurologischer Betreuung. Und wenn sich da Fragen auftun, dann sollte man den Gastroenterologen mit dazu holen. Bei Kindern mit Schluckproblemen und Kauproblemen halte ich persönlich es auch für sinnvoll, logopädische Betreuung in Angriff zu nehmen, weil man dadurch doch häufig eine Verbesserung erreichen kann.

Manche schwören ja auch darauf, ganz schnell eine Sonde zu legen und über Sonde zu ernähren. Was halten Sie von dieser, sag' ich mal, Radikalmethode?

Tagung

„Schmerz und Schmerzbewältigung bei Menschen mit schweren und schwersten Behinderungen“ am 21. September 2011 in Stuttgart

Dr. Thomas Heigele: Ich halte es für keine Radikalmethode, ich halte es für eine sinnvolle Maßnahme, wenn man versucht hat, die Ernährung über den Mund zu optimieren, also wenn mit der normalen Ernährung kein ausreichendes Gedeihen möglich ist oder wenn es durch das Schlucken immer wieder zu Aspirationen kommt, dass also Speisebrei in die Lunge gelangt und es dadurch zur gehäufteten Lungenentzündung kommt, dann ist durchaus auch zu überlegen, ob man auch eine Sondenernährung in Angriff nimmt. Ich würde aber immer erst versuchen, ob ich es nicht durch Therapiemaßnahmen wie Nahrungsanreicherung, Nahrungsumstellungen, Optimierung der Häufigkeit der Nahrungsgabe oder auch durch Hilfsmittel wie geeignete Tassen, geeigneter Becher, geeignetes Besteck oder auch durch logopädische Maßnahmen, dass man den Kindern die normale Nahrungszufuhr verbessert, und wenn das nicht funktioniert - und da gibt es keine harten Kriterien, sondern da muss man sich daran orientieren, „Wie hoch ist der Leidensdruck in der Familie? Wie gedeiht das Kind? Wie viel Zeit wird z.B. auch für die Nahrungszufuhr verwendet?“, und anhand dessen dann entscheiden, ob nicht eine Ernährung über eine Sonde eine gute Lösung wäre. Da gibt es inzwischen ja Verfahren, wie man durch relativ geringen Aufwand einen Zugang direkt zum Magen schaffen kann, der auch vom kosmetischen Aspekt her gut tolerabel ist. Und dann ist es eine sehr gute Lösung, um eine ausreichende Ernährung eines Kindes zu gewährleisten. Und eine ausreichende Ernährung ist für diese Kinder immens wichtig.

Jutta Pagel-Steidl: Ernährung und Schmerz - da gibt es einen Zusammenhang, ganz klar. Gibt es eigentlich eine Statistik darüber, wie viel Prozent oder Promille der Kinder davon betroffen sind? Ist es eher ein Zusammenhang, den man oftmals übersieht, weil man es nicht weiß, kommt es öfters vor, als man denkt? Gibt es dafür vielleicht noch Zahlen dazu oder gibt es irgendwie Erfahrungen oder Kennnswerte?

Dr. Thomas Heigele: Ja, da gibt es Zahlen dazu und die Zahlen sagen, dass wir viel zu selten daran denken. Im Hinblick auf die Speiseröhrenbeteiligung ist es so, dass je nach Schwere der körperlichen Behinderung bis zu 90% der Kinder daran leiden. Bei der Verstopfung ist es so, dass Kinder, die bettlägerig sind und vielleicht eine schwere Spastik mit dabei haben, dass da auch bis zu 75% der Kinder chronisch verstopft sind. Und das ist sicherlich etwas, wo man zu selten daran denkt oder eine zu zaghafte Therapie dann auch einleitet. Und das ist eben so, dass die Kinder dann in einen Teufelskreis auch reinkommen können.

Verstopfung führt dazu, dass man wieder keinen Appetit hat, weil man jedes Mal, wenn man quasi Mahlzeit zu sich genommen hat, hinterher Bauchschmerzen bekommt, was wiederum dazu führt, dass man nicht gerne isst, und dann kommt man darüber, über das schlechte Ernährungsverhalten, in eine Fehl- und

Tagung

„Schmerz und Schmerzbewältigung bei Menschen mit schweren und schwersten Behinderungen“ am 21. September 2011 in Stuttgart

Mangelernährung hinein. Es ist also quasi ein Teufelskreis und der ist häufig nicht erkannt.

Jutta Pagel-Steidl: Das heißt, frühzeitiges Erkennen ist die beste Prophylaxe, die man machen kann?

Dr. Thomas Heigle: Ich denke, das ist der Schlüssel dazu und wenn man den Verdacht hat, dann sollte man das auch im Team quasi ansprechen, dass man, wenn man jetzt beim Kinderarzt ist, es anspricht oder bei der Spezialsprechstunde beim Neuropädiater und gegebenenfalls einen Gastroenterologen mit dazu holt und man muss bei diesen Kindern eine anständige Diagnostik auch machen. Man kann sicherlich bei der Häufigkeit auch erst einmal eine probatorische Therapie machen, also man kann erst einmal die Magensäure nur blockieren und schauen, was passiert. Man kann erst einmal nur ein Medikament geben, um den Stuhlgang dünner zu machen. Das kann man alles machen. Man sollte aber auch hier nach wissenschaftlichen Standards vorgehen und keine Quatschtherapie machen. Immer wieder sehe ich bei uns in den Sprechstunden Kinder, die eine Diagnostik erhalten haben, die ganz sicherlich nicht haltbar ist und keinem wissenschaftlichen Standard entspricht. Sondern man sollte das so machen, wie es in den Leitlinien vorgesehen ist.

Jutta Pagel-Steidl: Vielen Dank für das Gespräch.