



## Kommentar

Debattinlägg på inntil 800 ord sendes inn via [www.manusnett.no](http://www.manusnett.no)

# Prioritera nutritionsinsatser ved amyotrofisk lateral skleros

Vi inom slutenvården, måste bli bedre på å motverka oppkomst av malnutrition som en følge av sjukdom og behandling. Resultat frå klinisk forskning om amyotrofisk lateral skleros (ALS) har vist på fordelar med nutritionsinsatser framfor allt gjennom perkutan endoskopisk gastrostomi.

Vårdteamet skall ha, som overgripande mål å informera og utbilda patient, anførige og personal. Det er dietisten, tillsammans med de øvrige i vårdteamet, som bedømer, utifrån kostanamnesen og med kunnskap om det medisinske tilstanden, enskilda patienters behov av forebyggende kostråd, berikning/kosttillskott etc. Utifrån patientens ønskemål kan man deretter ta stillning till en individuell nutritionsplan. Ett koordinert ALS-team, som arbeider med stort innslag av empati og lyhørhet behøvs og det er nødvendig med nær samarbeide mellom neurolog, logoped og dietist. Dette er forutsetning for å nutritionsinsatserna, under ulike stadier av sjukdomsforløpet blir etisk forsvarbare.

Amyotrofisk lateral skleros beskrevet av Charcot på 1870-tallet og etilogen er ånnu ikke klarlagt. Symtomen kenne-tecknes av pareser, fascikulationer og muskelatrofi (1). Bedømmingen av nutritionsstatus og optimering av nutritionsforholdene tidligst efter diagnos bidrar till økt livskvalitet og dermed till økt overlevnad (2). De skillnader som finnes, i progress og tidpunkt for diagnossattning mellom patienter som drabbas av amyotrofisk lateral skleros gjør det svårere men ånnu viktigere å ta stillning till vilka nutritionsinsatser som behøvs (3). Malnutrition forekommer hos 16–50 % av patienter med amyotrofisk lateral skleros (3–5).

Malnutrition ved amyotrofisk lateral skleros er en like sterk og oberoende riskfaktor for overlevnad som vad nedsatt andningsfunksjon er (2). En kostanamnes, bedømming av antropometri og blodstatus blir avgjørende for å tidligst kunne oppdekk-

nutritionsproblem og forbedre omhåndertagandet av de patienter som er i risksonen å tidligst utvikle dysfagi og tappa i vekt (6). Kontinuerlig oppfølging av nutritionsforholdene i samband med återbesøk fra kostintag og kroppsvikt (bokført i en nutritionsjournal), ger snabbt besked om hur kostintaget ändrats.

De anførige bør få informasjon om betydelsen av å oppretthålla måltider og matmengden (mycket energi) (2). Patienter behøvs hjelp av logoped for å bli å lære sig ulike tekniker å svelje. Dietist og logoped bør derfor ha nær samarbeide og i god tid informera patienten og anførige om möjligheten till försörjning via perkutan endoskopisk gastrostomi (PEG). Informasjonen skall vara tydelig og enkel og ikke baseras på svårigheter å leve med perkutan endoskopisk gastrostomi.

Felaktig eller utebliven informasjon leder till minskt matintag og økt lidende pga viktredgang og onødig snabb förlust av muskelmasse. Det krævs kunnskap om å maten/energin i tillrøkelig mengde, gjennom å motverka malnutrition kan bromsa viktredgang og sjukdomens progression. Kropps masse index (body mass index, BMI) er otillrøkelig indikator på nutritionsstatus og förändring av kroppssammansattning. Dock er oppgitt om kroppsvikt, spesielt ändring, nødvendig for planering av nutritionsinsatser. Dels kan ändrad kroppssammansattning t ex förlust av muskelmasse og økt andel fettvævd ge signaler om malnutrition og dels er immunforsvar og kognitiv funksjon, viktige delar i bedømming av nutritionsstatus.

En primær eller sekundær proteinbrist (pga energibrist) innan vekten går ner og/eller dysfagi oppstår, er mycket viktig å motverka.

Andningsmuskulaturen og sveljningsmuskulaturen påverkas negativt ved protein energi malnutrition (PEM). Genom å forde patienter som gått ned i vekt, med en perkutan endoskopisk gastrostomi økar man möjligheten å bevare vekt men også bibehålla andnings- og sveljfunksjonen. Forcerad vital kapasitet (FVC; % av normal kapasitet) ger bra underlag for bedømming av nær nutritionsinsatser med perkutan endoskopisk gastrostomi bør sattes in (4). Bästa

resultat av enteral nutrition med perkutan endoskopisk gastrostomi oppnås om inoperasjonen görs innan kroppsvikten er for låg, lägst BMI 18,5–20 og med en andningsfunksjon motsvarande FVC  $\geq$  70 %.

Perkutan endoskopisk gastrostomi er ett stöd – komplement till intag per os – og ikke enbart en livsavgjørende insats. Attityden og diskussionen till varfor og nær man väljer å operera in perkutan endoskopisk gastrostomi bør ha hög prioritet for ALS-teamet.

Ofrivillig viktredgang som drabbar svært sjuka i allmänhet og ALS-patienter i synnerhet kan bero på flere faktorer. Bedømming av nutritionsstatus, råd om berikning av maten, konsistensanpassning, mengde mat/måltider skall lyftas fram tidligst og føljas opp fortløpende ved rehabilitering eftersom dessa insatser har gynnsam effekt på forløpet ved ALS. Med insatt perkutan endoskopisk gastrostomi økar kroppsvikten og kanskje ånnu overlevnaden (7), vilket till viss del förklaras av förbättrad andningsfunksjon.

### Lena Häglin

[lena.haglin@vll.se](mailto:lena.haglin@vll.se)

Familje- og Socialmedisinske kliniken  
Norrlands Universitetssjukhus  
Umeå  
Sverige

### Litteratur

1. Gredal O, Karlsborg M, Werdelin L. Amyotrofisk lateral sklerose. København: Akademisk Forlag, 2002.
2. Desport JC, Preux PM, Truong TC et al. Nutritional status is a prognostic factor for survival in ALS patients. *Neurology* 1999; 53: 1059–63.
3. Cameron A, Rosenfeld J. Nutritional issues and supplements in amyotrophic lateral sclerosis and other neurodegenerative disorders. *Curr Opin Clin Nutr Metab Care* 2002; 5: 631–43.
4. Kasarskis EJ, Berryman S, Vanderleest JG et al. Nutritional status of patients with amyotrophic lateral sclerosis: relation to the proximity of death. *Am J Clin Nutr* 1996; 63: 130–7.
5. Warwood AM, Leigh PN. Indicators and prevalence of malnutrition in motor neuron disease. *Eur Neurol* 1998; 40: 159–63.
6. Slowie LA, Paige MS, Antel JP. Nutritional considerations in the management of patients with amyotrophic lateral sclerosis (ALS). *J Am Diet Assoc* 1983; 83: 44–7.
7. Chio A, Finocchiaro E, The ALS Percutaneous Endoscopic Gastrostomy Study Group. Safety and factors related to survival after percutaneous endoscopic gastrostomy in ALS. *Neurology* 1999; 53: 1123–5.