SVDE ASDD

Schweizerischer Verband
der Ernährungsberater/innen

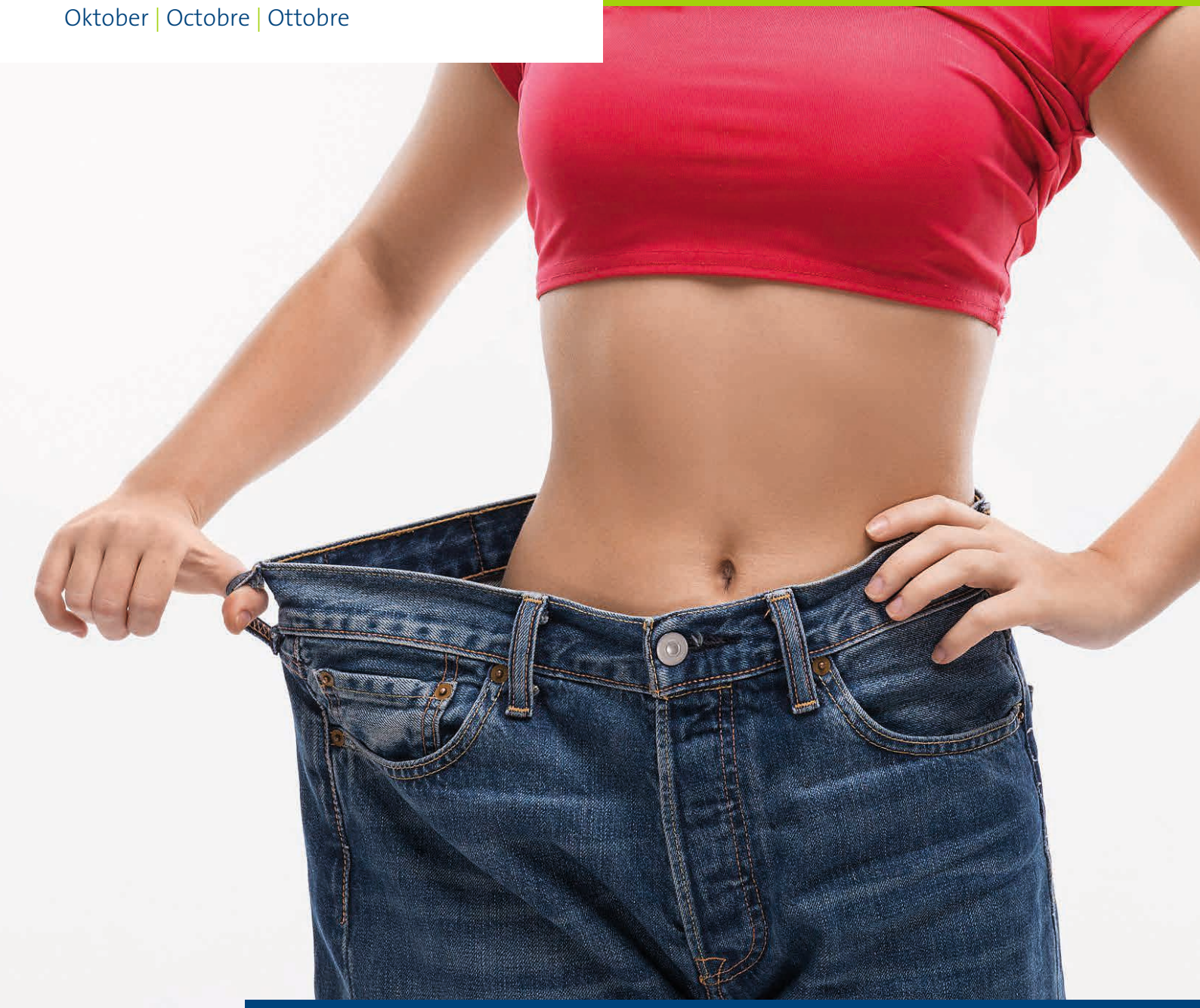
Association suisse
des diététicien-ne-s

Associazione Svizzera
delle-dei Dietiste-i

SVDE ASDD Info

5 / 2015

Oktober | Octobre | Ottobre



Erfahrungen und Entwicklungen in der bariatrischen Chirurgie
Expériences et évolutions en chirurgie bariatrique
Esperienze e sviluppi nella chirurgia bariatrica

Ernährungstherapie
Kurz und bündig für Patienten

Gratis-Download unter
www.swissmilk.ch/nutrition

Auf der Website finden Sie zudem:

- Fachinformationen
- Beratungshilfen
- Online-Tools
- Publikationen

News-Service
gratis abonnieren

Interessiert an News aus der Ernährungswissenschaft? Dann abonnieren Sie jetzt den Newsletter für Ernährungsfachleute:
www.swissmilk.ch/nutrition
> Publikationen.

swiss milk
Schweiz. Natürlich.
SUISSE GARANTIE

swissmilk

INHALT
CONTENU
CONTENUTO

SVDE ASDD

Schon reserviert?

NutriDays 2016

8. + 9. April 2016 in Bern

Die SVDE-Generalversammlung findet im Rahmen der NutriDays am 9. April 2016 statt.

www.nutridays.ch

Déjà réservé?

NutriDays 2016

8 + 9 avril 2016 à Berne

L'assemblée générale de l'ASDD se tiendra le 9 avril 2016 dans le cadre des NutriDays.

www.nutridays.ch

Già riservato?

NutriDays 2016

8 + 9 aprile 2016 a Berna

L'assemblea generale dell'ASDD si svolgerà nell'ambito dei NutriDays, il 9 aprile 2016.

www.nutridays.ch

DEUTSCHSCHWEIZ

Editorial 2
Fachteil 4
Verbandsinfos 21
Aktuelles 24
Buchrezension 28
Fortbildung 29
Kursübersicht 31

SUISSE ROMANDE

Editorial 2
Rubrique professionnelle 10
Info de l'ASDD 21
Actualité 24
Compte Rendue 28
Formation continue 29
Vue d'ensemble des cours 31

SVIZZERA ITALIANA

Editoriale 2
Rubrica professionale 16
Info dell'ASDD 22
Attualità 25
Review 28
Formazione continua 29
Panoramica dei corsi 31

Impressum

Offizielles Organ des SVDE / Organe officiel de l'ASDD / Organo ufficiale dell'ASDD

Herausgeber / Editeurs responsables / Editore responsabile
SVDE ASDD
Schweizerischer Verband der Ernährungsberater/innen
Association suisse des diététicien-ne-s
Associazione Svizzera delle-dei Dietiste-i
Altenbergstrasse 29, Postfach 686, 3000 Bern 8
Tel. +41 (0)31 313 88 70, Fax +41 (0)31 313 88 99
service@svde-asdd.ch, www.svde-asdd.ch

Redaktion / Rédaction / Redazione
SVDE ASDD, Manuela Begert, Altenbergstrasse 29, Postfach 686, 3000 Bern 8, redaction@svde-asdd.ch

Stellenanzeiger + Inserate / Service d'emploi + Annonces / Offerte d'impiego + Annunci
SVDE ASDD, Sekretariat, Altenbergstrasse 29, Postfach 686, 3000 Bern 8

Abonnement / Abonnement / Abbonamento
Fr. 72.– / J., für SVDE-Mitglieder kostenlos, Ausland Fr. 85.– / J.
Fr. 72.–/an, gratuit pour les membres ASDD, Etranger Fr. 85.– / an.
Fr. 72.– / anno, gratis per i soci ASDD, Estero Fr. 85.– / anno

Auflage / Tirage / Tiratura: 1150

Themen / Sujets / Temi

1/2015 Ernährung und Nachhaltigkeit
Alimentation et action durable
Alimentazione e sostenibilità

2/2015 Mangelernährung bei geriatrischen Patienten im ambulanten Bereich
Malnutrition chez les patient-e-s en gériatrie dans le domaine ambulatoire
Malnutrizione nei pazienti geriatrici in ambito ambulatoriale

3/2015 NutriDays 2015

4/2015 Ernährung bei Dysphagie
Alimentation en cas de dysphagie
Alimentazione e disfagia

5/2015 Erfahrungen und Entwicklungen in der bariatrischen Chirurgie
Expériences et évolutions en chirurgie bariatrique
Esperienze e sviluppi nella chirurgia bariatrica

6/2015 Food-Drug-Interaktionen
Interactions alimentation-drogue
Interazioni farmaci-alimenti

Druck / Impression / Stampa
Multicolor Print AG, Baar

Redaktions- und Inserateschluss / délais des insertions et de rédaction / Termine d'inserzione et di redazione:
6/15: 06.11.2015

Tarifdokumentation / Documentation tarifaire / Documentazione delle tariffe
www.svde-asdd.ch

Geschäftsstelle / Secrétariat / Secretariato
SVDE ASDD
Schweizerischer Verband der Ernährungsberater/innen
Association suisse des diététicien-ne-s
Associazione Svizzera delle-dei Dietiste-i
Altenbergstrasse 29, Postfach 686, 3000 Bern 8
Tel. +41 (0)31 313 88 70, Fax +41 (0)31 313 88 99
service@svde-asdd.ch, www.svde-asdd.ch

Präsidentin / Présidente / Presidentessa
Gabi Fontana
gabi.fontana@svde-asdd.ch

Vizepräsident/in / Vice-présidentes / Vice presidenti
Raphaël Reinert
raphael.reinert@svde-asdd.ch
Barbara Richli
barbara.richli@svde-asdd.ch

Vorstand / Comité / Comitato direttivo
Bildungsstandards / Standards de formation / standard formativi
Raphaël Reinert
raphael.reinert@svde-asdd.ch
Adrian Rufener
adrian.rufener@svde-asdd.ch

Kommunikation / communication / comunicazione:
Barbara Richli
barbara.richli@svde-asdd.ch

Tarifverhandlungen & DRG / négociations tarifaires & DRG / negoziazione tariffaria & DRG
Gabi Fontana
gabi.fontana@svde-asdd.ch

Serviceleistungen / Services / Servizio:
Brigitte Christen-Hess
brigitte.christen@svde-asdd.ch

Arbeitsstandards / Standards de travail / standard lavorativi
Florine Riesen
florine.riesen@svde-asdd.ch

Titelbild / photo de couverture / illustrazione di copertina
Bild / image / immagine: fotolia

ClimatePartner° klimaneutral
Druck | ID: 11020-1305-1006

Franziska Koch
Redaktionskommission
Commission de la rédaction
Commissione de la redazione

Liebe Kolleginnen und Kollegen

Die ersten bariatrischen Eingriffe in der Schweiz fanden genau während meiner Ausbildungszeit zur Ernährungsberaterin statt. Wir verstanden noch nicht so viel davon, wunderten uns aber doch, dass wir auf der einen Seite vom Dozenten der Gastroenterologie über die Tragik einer Magenoperation nach schweren Erkrankungen informiert wurden und uns in einem anderen Fach die Vorteile der bariatrischen Chirurgie in der Adipositasbehandlung nahegebracht wurden. Wo lag der Unterschied? Klar, dass darüber viel diskutiert wurde zwischen uns «Jungen», mit den Dozenten und natürlich auch in den Praktika. Die Gespräche waren höchst kontrovers, endeten aber immer mit der Aussage: «Es fehlen eben Langzeit-Ergebnisse.»
Nun sind 20 Jahre vergangen und ich gehöre schon lange nicht mehr zu den «Jungen»..., aber die kontroversen Diskussionen über die bariatrische Chirurgie sind geblieben. Allerdings gibt es unterdessen die viel zitierte Langzeit-Erfahrung. Es freut mich daher sehr, mit dieser Ausgabe neue Impulse – vor allem von der psychologischen Seite her – in unsere Diskussionen einzubringen.
Ich wünsche Ihnen eine spannende Lektüre und hoffe, dass Sie danach Zeit finden für einen Kaffee, um das Ganze wieder einmal mit einer Kollegin/einem Kollegen zu diskutieren.

Chères collègues, chers collègues,

Les premières interventions de chirurgie bariatrique en Suisse remontent exactement à l'époque où je suivais ma formation de diététicienne. Nous n'y comprenions pas grand chose, mais nous nous étonnions que d'un côté, le professeur de gastro-entérologie nous informe de l'aspect tragique d'une opération gastrique après une maladie grave et que de l'autre, dans une autre branche, on nous explique les avantages de la chirurgie bariatrique pour le traitement de l'obésité. En quoi cela était-il différent? Evidemment, cela avait suscité de nombreux débats, parmi nous les «jeunes», mais aussi avec les enseignant-e-s, et bien sûr dans les cabinets. Les échanges étaient très controversés, et se terminaient toujours par cette affirmation: «Il nous manque des résultats sur le long terme.»
Aujourd'hui, vingt années se sont écoulées, et il y a bien longtemps que je ne fais plus partie des «jeunes»... Cependant, le débat controversé sur la chirurgie bariatrique demeure quant à lui, à la différence près que maintenant, nous disposons de l'expérience et des résultats sur le long terme souvent évoqués. C'est pourquoi je suis très heureuse que ce numéro vienne apporter de l'eau au moulin, notamment par rapport à l'aspect psychologique, ce qui alimentera sans aucun doute nos futures discussions.
Je vous souhaite une lecture intéressante et j'espère qu'ensuite, vous trouverez le temps de prendre un café avec un/e collègue pour rediscuter de tout cela.

Cari colleghe e colleghi,

i primi interventi bariatrici in Svizzera sono stati effettuati proprio durante la mia formazione di dietista. Ai tempi non ne capivamo granché, eravamo solo un po' perplessi quando, da un lato, il docente di gastroenterologia ci parlò della tragicità di un'operazione gastrica resasi necessaria da una malattia grave e, dall'altro, nella trattazione di un'altra materia, ci decantavano i vantaggi della chirurgia bariatrica ai fini delle cure anti-obesità. Dove stava dunque la differenza? Ovviamente ne discutevamo molto sia tra noi «giovani» che con i docenti come pure durante gli stage pratici. Le discussioni, molto controverse, terminavano immancabilmente con l'affermazione: «Ciò che manca sono le esperienze sul lungo termine.»
Sebbene siano ormai trascorsi 20 anni e io non appartenga più alla fascia dei «giovani», gli interventi bariatrici continuano a essere un argomento molto dibattuto. Tuttavia, nel frattempo disponiamo della tanto invocata esperienza a lungo termine. Per questo motivo mi rallegra fortemente di poter dare, con la presente edizione, nuovi input alle nostre discussioni, specie dal punto di vista psicologico.
Vi auguro una lettura stimolante e spero che in seguito troverete il tempo per discutere questo argomento con un/a collega, davanti a una fumante tazza di caffè.

Die Proteinspezialisten

OPTIMALES UND EVIDENZBASIERTES PRODUKTSORTIMEN

Les spécialistes de la protéine

ASSORTIMENT DE PRODUITS OPTIMAL, BASÉ SUR L'ÉVIDENCE CLINIQUE

Für den Zugang zu den vollständigen PROT-AGE Empfehlungen scannen Sie bitte den untenstehenden QR Code

Pour accéder aux recommandations complètes PROT-AGE, veuillez scanner le code QR ci-dessus

Nestlé Suisse SA, Nestlé Health Science
Entre-Deux-Villes, 1800 Vevey
Infoline: **0848 000 303**
info@medical-nutrition.ch
www.medical-nutrition.ch

NestléHealthScience
Where Nutrition Becomes Therapy

Erfahrungen und Entwicklungen in der bariatrischen Chirurgie

Dr. med. Susanne Maurer, FMH Innere Medizin / Sportmedizin / Ernährungsmedizin,
Dr. med. Ulrich Egermann, FMH Allgemeine Innere Medizin, Team der Ernährungsberatung (Leitung Stefanie Hanff, Monika Scheumann, Corinne Buffon, Anja Nitzschke, Caroline Liener), Adipositaszentrum am Lindberg, ab 01.02.2016 findet man uns neu an der Lagerstrasse 9, CH-8400 Winterthur

Einleitung

Die bariatrische Chirurgie stellt ein Teilgebiet der Chirurgie dar, in dem mit verschiedenen operativen Eingriffeneine Reduktion des Körpergewichts erzielt wird.
Die WHO bezeichnet Übergewicht als globale Epidemie des 21. Jahrhunderts. Adipositas verursacht zahlreiche Krankheiten und vermindert die Lebensqualität der Betroffenen. In der Schweiz sind schätzungsweise ca. 50 % der Bevölkerung übergewichtig, ca. 12 % davon sind adipös.
Eine Gewichtsreduktion hilft entscheidend, die Lebenserwartung und Lebensqualität zu erhöhen. Bei krankhaftem Übergewicht ist ein operativer Eingriff (bariatrische Chirurgie) oft die einzige Möglichkeit das Gewicht entscheidend zu senken. Studien belegen, dass die Lebenserwartung bei stark übergewichtigen Menschen durch die bariatrische Chirurgie wesentlich verbessert werden kann. Dies wird nicht nur durch eine metabolische und cardiovasculäre Risikominimierung erzielt, sondern auch durch eine deutliche Reduktion des Krebsrisikos, was weniger gut bekannt ist. Die medikamentösen Behandlungen schneiden im Vergleich schlechter ab.

Ziel der Adipositastherapie

Ziel der ambulanten und/oder stationären Adipositastherapie ist in erster Linie die Reduktion der abdominellen Fettverteilung, erst sekundär des Körpergewichtes, durch ein geändertes Ernährungs- und Bewegungsverhalten, in Verbindung mit weiteren förderlichen Lebensgewohnheiten, ergänzt durch gewichtsreduzierende medikamentöse, invasive (Magenballon) und/oder chirurgische Therapiemassnahmen, zur Reduktion adipositasassoziierter Ko-Morbiditäten und Verbesserung der Lebensqualität. *S. Maurer-Wiesner 2010*

Geschichte der bariatrischen Chirurgie

Im Jahre 1954 wurde die erste Magenbypassoperation in den USA durchgeführt. Es war die erste effektive operative Massnahme zur Behandlung der Adipositas. Bei dieser Form der Operation kam es jedoch zu signifikanten Komplikationen durch die Malabsorption. 1994 wurde das Verfahren des laparoskopischen Gastric Banding in Deutschland und in der Schweiz 1996, eingeführt. Parallel dazu setzte sich der proximale Magenbypass als Goldstandard immer mehr durch. Das Verfahren ist heute weltweit am häufigsten etabliert.
In den letzten Jahren hat auch die Schlauchmagen-Operation an Bedeutung gewonnen, nicht zuletzt durch die überzeugenden Studienergebnisse der Gruppe um Dr. Ralph Peterli aus Basel. Wichtig für die Entscheidung einer bestimmten Operation sind: das Ausgangsgewicht des Patienten, die erwünschte/erforderliche Gewichtsabnahme, welche bei orthopädischen/psychiatrischen Begleiterkrankungen höher ausfallen muss, als z. B. bei metabolischen Begleiterkrankungen, die Compliance, das Alter, das Operationsrisiko sowie die Ernährungsgewohnheiten, die Häufigkeit von Adipositas und deren Begleiterkrankung in der Familie, Vor-Operationen oder spezielle Vorerkrankungen des Magendarmtraktes, das soziale Umfeld des Betroffenen und die psychologische Situation.
Seit 2002 werden deutlich weniger Magenbänder implantiert aufgrund von Problemen an der Speiseröhre mit schwersten Refluxerkrankungen oder der Entwicklung eines Barrett-Syndroms.
Zwischen 2001 und 2013 wurden 8117 Operationen in der Schweiz durchgeführt (Lit. SMOB; Swiss Study Group for Morbid Obesity), hiervon allein 4000 im Jahre 2013. Die Zahl der Operationen nimmt rasant zu. In der Schweiz wird 65-mal häufiger bei Adipositas Grad II/III operiert als in Deutschland, obwohl die Prävalenz der Adipositas in Deutschland doppelt so hoch ist wie in der Schweiz.

Es gibt die verschiedensten Techniken:

- Restriktive Techniken (Magenband, Schlauchmagen), Restriktiv malabsorptive Verfahren (Proximaler Magenbypass
- Distaler Magenbypass, wobei die Malabsorption beim proximalen Bypass gar nicht oder nur gering ausgeprägt sein kann)
- malabsorptive Verfahren (Biliopankreatische Diversion nach Scopinaro [BPD]).

Eigentlich ist diese Einteilung nicht ganz korrekt. Man sollte eher noch unterscheiden betreffend hormoneller Wirkung der operativen Verfahren, denn sowohl der Schlauchmagen als auch die Magenbypässe, wie auch der BPD wirken hier über die Hormone des Magendarmtraktes stark bei der Gewichtsabnahme mit.

Realistische Ziele (Gewichtsabnahmen)

- Konservativ 10 %
- Magenband 20 %
- Schlauchmagen 25 %
- Proximaler Magenbypass 25–30 %
- Distaler Magenbypass 30–40 %
- WIEDERZUNAHME beginnt 2–6 Jahre nach Therapie (je nach Tiefstgewicht 5–15 % akzeptabel)

Vorgehen im Zentrum für Adipositas- und Stoffwechselmedizin Winterthur (ZAS GmbH)

Die Patienten werden vorwiegend vom Hausarzt zugewiesen oder melden sich selbstständig in unserem Zentrum an. Zu

diesem Zeitpunkt haben sie schon häufig mehrere erfolglose Gewichtsreduktionsversuche hinter sich. Bevor der Patient bei uns einen ersten Termin beim Spezialisten erhält, erbitten wir einen ausführlichen Patientenfragebogen auszufüllen und ebenso ein 7-tägiges Ernährungstagebuch zu führen. Zudem können wir im Rahmen unseres Informationsabend, welcher 1-mal/Monat stattfindet, ausführlich über Adipositas, Folgen der Adipositas und wissenschaftlich validierte Konzepte zur Gewichtsabnahme mit dem Patienten kommunizieren und Fragen beantworten. Hier werden die Betroffenen und ihre Angehörigen über die verschiedensten Möglichkeiten der Adipositastherapie informiert. Sobald der Patient seine Unterlagen retourniert hat, erhält er den ersten Arzttermin in unserer Sprechstunde. Hier werden die Wünsche und Erwartungen des Patienten und das weitere Vorgehen besprochen. Bevor entschieden wird, ob der Patient die Kriterien der SMOB-Richtlinien für eine bariatrische Operation erfüllt, führen wir verschiedenste Untersuchungen durch, welche uns bei der Objektivierung der Ressourcen und Barrieren für eine Gewichtsabnahme helfen. Zunächst wird der Patient zur Adipositasabklärung mit Messung des Energiestoffwechsels, der Körperzusammensetzung, zur Ernährungsanalyse, Bestimmung des Esstyps und zur Laboruntersuchung eingeladen. Des Weiteren findet ein psychologisches Abklärungsgespräch bei unserem Ernährungs-Psychologen Roland Müller statt. Im Auswertungsgespräch bespricht der betreuende Arzt die Untersuchungsergebnisse mit dem Patienten und unterbreitet einen Therapievorschlag.
Diese umfängliche Abklärung ist auch der erste Schritt für eine erfolgreiche Adipositastherapie mittels bariatrischer Chirurgie. Sollten die Kriterien erfüllt sein, erfolgt die Zuweisung an den Chirurgen und eine erneute Zuweisung an die Ernährungsberatung, zwecks Operationsvorbereitung. In unserem Zentrum arbeiten wir mit verschiedensten Kliniken und Ärzten zusammen (u. a. Privatklinik Lindberg, eSwiss Stephanshorn St. Gallen, Hirslanden Zürich und Bern, Kantonsspital Frauenfeld, Universitätsspital Zürich, Stadtspital Triemli, GZO Spital Wetzikon). Bevor es zu einer Operation kommt, erhält der Patient 4–6 Termine in der Gruppen-Ernährungsberatung. Inhaltlich geht es um Veränderung im Verdauungstrakt, Ernährung nach Spitalaufenthalt, Verhalten in besonderen Situationen, Komplikationen nach erfolgter Operation sowie um eine dauerhafte Ernährungsumstellung. Zudem erfolgen die präoperativen Abklärungen, wie EKG, Lungenfunktionstest, Ultraschall des Abdomens etc.
Hinsichtlich der Voraussetzungen für einen bariatrischen Eingriff gab es im Jahr 2011 Veränderungen. Neu erfüllen bereits Patienten mit einem BMI über 35 kg/m² die Voraussetzungen. Die Altersbeschränkung von 65 Jahren wurde ebenfalls aufgehoben.

Ablauf bariatrische Nachsorge Ernährungsberatung

Nach erfolgter Operation kommt der Patient zu den geplanten Nachsorgeuntersuchungen. In der Ernährungsberatung sehen wir den Patienten postoperativ nach 10 Tagen, 6 Wochen und nach 12 Wochen, je nach Problematik häufiger. Bei den beiden ersten Terminen wird ermittelt, wie es mit dem Kostaufbau steht, ebenso ob die Versorgung von sämtlichen Nährstoffen abgedeckt werden kann. Häufiges Thema ist oftmals die ungenügende Eiweissversorgung, ebenso klagen Patienten auch über unangenehme Fettstühle. Die Ernährungsberatung dient dazu, Mangelernährungszustände in der Phase der raschen Gewichtsabnahme zu verhindern. Des Weiteren finden regelmässige und lebenslange Kontrollen statt, um auch in der Stabilisationsphase eine Mangelernährung zu verhindern, zudem werden diverse mögliche Komplikationen und Nebenerscheinungen erfragt, wie:

Befragung:
- Allgemeines Wohlbefinden?
- Auffallende Veränderungen physisch und psychisch?
- Schmerzen?
- Bauchbeschwerden, Blähungen?
- Probleme mit Essen/Trinken?
- Übelkeit/Erbrechen?
- Durchfälle/Obstipation?
- Stuhlgang, Konsistenz, Häufigkeit?
- Nahrungsunverträglichkeiten?
- Laktose- und Alkoholverträglichkeit?
- Dumpingproblematik?

Der zuständige Arzt erhält anschliessend einen ausführlichen Bericht. Wenn sich herausstellt, dass die Themen mit der Ernährung angegangen werden können, werden noch weitere Termine in der Ernährungsberatung zwischengeschalten, um auf die speziellen Themen einzugehen. Bei der Kontrolle 12 Wochen nach Operation kann es durchaus sinnvoll sein weitere Termine beim Ernährungspsychologen zu vereinbaren. Ab dann werden die Patienten jährlich zur Jahreskontrolle aufgeboten. Laut SMOB-Kriterien sollte der/die Patient/in mindestens 5 Jahre weiter betreut werden.

Empfohlenes Supplementationsschema nach Magenbypassoperation sowie biliopankreatischer Diversion während der Schwangerschaft.	
Eisen	100–200 mg/d p.o. §
Kalzium	1500 mg/d p.o.
Vitamin D3	1200–2000 I.E./d p.o.
Zink	20–30 mg/d p.o.
Vitamin-B-Komplex	2–mal/Woche p.o.
Vitamin B12	1000 mcg alle 3 Monate i.m.
Multivitaminpräparat mit Spurenelementen	1-mal/d p.o.
Folsäure*	600 mcg/d p.o.

Das Supplementationsschema sollte den erhobenen Laborwerten entsprechend angepasst werden.
§ Bei Unverträglichkeit von oralem Eisen empfiehlt sich eine intravenöse Applikation.
* Mit Ausnahme der Folsäuresupplementation entspricht das Schema unserer Supplementation bei allen Patienten, unabhängig vom Vorliegen einer Schwangerschaft.
* Zum Teil ist im Multivitaminpräparat bereits eine ausreichende Menge an Folsäure enthalten.

Guidelines der bariatrischen Fachgruppen vom Jahr 2015 Empfehlung Makronährstoffe nach Magenbypass / Sleeve	
Eiweiss	Postoperativ mind. 30 g Eiweiss/d (< 30 g Eiweiss/d = katabole Stoffwechsellage!). Im Verlauf sind mind. 60 g–90 g Eiweiss/d anzustreben [1, 2, 5, 7], ggf. Nahrungsergänzung
Kohlenhydrate	Die Qualität der Kohlenhydrate ist entscheidend. Süssgetränke vermeiden. Menge kontrollieren von Früchten mit hohem GI. Alle anderen KH-Quellen sind im Praxisalltag eher sekundär [1, 2, 8, 9].
Fett	Generell Fettzufuhr der gesunden Ernährung empfehlen (30–35 % der Energiezufuhr). Ist jedoch auch abhängig von der alimentären Schenkellänge und Stuhlbeschaffenheit (Fettstuhl). SMOB empfiehlt 70 g Fett/d [1, 2, 3, 6, 9].
Nahrungsfasern	Postoperativ sekundär, in Langzeitbetreuung beachten. 14 g / 1000 kcal. [1]
Flüssigkeit	• Mind. 1,5 Liter/d • Energiehaltige Getränke meiden [1, 5, 9]
Alkohol	Schnellere Wirkung von Alkohol, da Reservoirfunktion des Magens fehlt. Gefahr für alkoholindizierte Leberzirrhose deutlich erhöht. Achtung Gewicht [4].

Quellenangaben
[1] L. Moizé, V. Pi-Sunyer, X., Nutritional Pyramid for Postgastric Bypass Patients. Obes. Surg, 1133–1141.
[2] Hellbardt, M (Hrsg.) (2012). Ernährung im Kontext der bariatrischen Chirurgie. Pabst Science Publishers.
[3] Kulick, D., Hark, L., Deen, D. (2010). The bariatric Surgery Patient: Growing Role for Registered Dietitians.
[4] Dieckmann S. (2011). Ernährung und Medizin. Schwerpunkte der Ernährungsberatung mit einem Magenbypass.
[5] I. Mechanick, J., Youdim, A., Jones, B. D., Garvex W. T., Hurley L. Daniel, McMahon, M., M., et al. (2013) Clinical Practice Guidelines for the Perioperative Nutritional, Metabolic, and Nonsurgical Support of the Bariatric Surgery Patient. Obes. Surg.
[6] SMOB-Richtlinien Labortabellen 4 (2013).
[7] Leite Faria, S., Pereira Faria, O., Buffington, C., de Almeida Cardeal, M. & Kiyomi Ito, M. (2011). Dietary Protein Intake and Bariatric Surgery Patients: A Review. Obes. Surg.
[8] Krumwiede, K.-H. (2004). Ernährung nach Magenoperation. Ernährung & Medizin. 136–14.
[9] Snyder-Marlow, G., Taylor, D. & Lenhard, J. (2010). Nutrition Care for Patients Undergoing Laparoscopic Sleeve Gastrectomy for Weight Loss. Journal of the American Dietetic Association. 600–607.

Empfehlung Mikronährstoffe nach Magenbypass / Sleeve

Die Literatursuche ergab, dass der Bedarf diverser Mikronährstoffe gegenüber dem Tagesbedarf für gesunde Erwachsene teilweise hundertfach erhöht sei, z. B. aufgrund fehlender Resorption im Zwölffingerdarm (90 % der V-B12-Resorption; > 50 % der Ca-Resorption).
Darum haben wir uns in der Fachgruppe auf Empfehlungen geeinigt, die wir im Alltag erfolgreich anwenden betreffend der Durchführbarkeit wie auch der kontrollierten Laborwerte. Die Zufuhrempfehlungen variieren zwischen der täglichen Supplementation aller Mikronährstoffe gemäss DACH-Tagesbedarf für Erwachsene und der doppelten Zufuhr gemäss SMOB-Vorgaben. Bei Apothekenprodukten genügt in der Regel die Einnahme der vorgegebenen Dosis. Einzelhandelspräparate sollten aufgrund ihrer fraglichen Bioverfügbarkeit in der doppelten Dosis eingenommen werden. Retardierte Produkte sind aufgrund ihrer verzögerten Resorptionszeit generell nicht zu empfehlen. Laborkontrollen sollten regelmässig gemäss SMOB-Richtlinien durchgeführt werden [10, 12, 13]. Wir empfehlen die Einnahme von 3-mal Calcium 500mg/d zu den Mahlzeiten zur besseren Oxalat-Bindung. Falls die Compliance hierfür fehlt, empfiehlt sich die Einmalgabe von 1000 mg/d als Einzeldosis [2, 3, 4, 5, 6, 8, 10, 11].und 1000–2500 IE / d Vitamin D3/ Cholecalciferol [2, 3, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11] zur Verbesserung der Kalziumresorption. Die Empfehlungen sind allgemein im Kontext der bariatrischen Chirurgie gehalten und können ggf. je nach Operationsverfahren abweichen.

- Multivitaminpräparat täglich
- Protein 60–90 g tgl., ggf. Nahrungsergänzung
- Calcium 1–2 g tgl.
- Vitamin D3 in Kombination
  - bei Malabsorption / sek. HPT z. B. Dekristol, ggf. auch i.m.
- zusätzlich Vitamin-B-Komplex
- Eisen
- Vitamin B12 i.m. mind. 4× / Jahr
- spezielle Supplementation nach BPD: Zink, Selen, Eisen, Vitamin K u. a.

Quellenangaben
Wolf, A. Empfehlungen zur Supplementation, Chirurg, 2006
[1] Schweitzer, D.H., & Posthuma, E.F. (2008). Prevention of Vitamin and Mineral Deficiencies After Bariatric Surgery: Evidence and Algorithms. Obes. Surg. 18, 1485–1488.
[2] Livia Azevedo Bordalo et al., Bariatric Surgery: how and why to supplement, Rev Assoc Med Bras (2011); 57(1): 111–118.
[3] Kaja Ludwig et al., Ernährungsumstellung, Supplementation und Bewegungsprogramm nach Roux-Y-Magenbypass, Obesity Facts (2009); 2(suppl. 1): 49-53.
[4] William S. Richardson et al., Long-Term Management of Patients after Weight Loss Surgery, The Ochsner Journal (2009) 9: 154–159.
[5] O. Ziegler et al., Medical follow uo after bariatric surgery: nutritional and drug issues general recommendations for the prevention and treatment of nutritional deficiencies, Diabetes Metabolism 35 (2009) 544–557, Elsevier Masson.
[6] Daniel Valentine, Krishnan Sriram and Padmini Shankar, Update on micronutrients in bariatric surgery, Curr Opin Clin Nutr Metab Care (2011).
[7] Jeffrey I. Mechanick et al., Clinical Practice Guidelines for the Perioperative Nutritional, Metabolic and Non Surgery Patient. 2013 Update, Obesity (March 2013), Volume 21, Number S1.
[8] Jenni, B., & Suter, P.M. (2011). Nachsorge bei Patienten nach Magen-Bypass-Operation. Praxis, 100 (5), 263–272.
[9] Goldner, WS., Stoner, JA., Lyden, E., Thompson, J., Taylor, K., Larson, L. et al. (2009). Finding the optimal dose of vitamin D following Roux-en-Y gastric bypass: a prospective, randomized pilot clinical trial. Obes. Surg., 19 (2), 173–9.
[10] www.SMOB.ch
[11] Will, L. et al., Surgery for Obesity and Related Diseases 4 (2008), S. 73–S. 108: ASMBS Allied Health Nutritional Guidelines for the Surgical Weight Loss Patient.
[12] D-A-CH-Referenzwerte für die Nährstoffzufuhr, 1. Auflage, 5., korrigierter Nachdruck 2013.
[13] Renward S. Hauser, 2014.

Die Stellung der Psychologie / Psychotherapie in der bariatrischen Behandlung

Roland Müller, Fachpsychologe für Psychotherapie FSP

Konservative Programme zur Umstellung des Lebensstils bei Adipositas beinhalten heutzutage quasi als Standard psychologische Module (Dalle Grave 2013). Insbesondere werden dabei Pathologien im Essverhalten (u. a. Impulsivität, Binge Eating, Emotionsregulation) angesprochen und Motivationstechniken mit den Patienten erlernt. Es stellt sich die Frage, wie es bei Patienten vor – und insbesondere nach – der bariatrischen Operation um die langfristige Umstellung von Verhaltensweisen und die psychische Gesamtbefindlichkeit bestellt ist. Sollten auch psychologische Interventionen in der Gesamtbehandlung der bariatrischen Patienten weiter favorisiert und ausgebaut werden? Diesbezüglich gibt die psychologische Forschung zunehmend aufschlussreiche Antworten.
Zum Prozess der Vorabklärungen gehört in der Schweiz gemäss den SMOB(Swiss Study Group for Morbid Obesity)-Richtlinien zwingend eine psychologische Vorabklärung. Dabei sollen noch einmal die Motivationslage für die kommende Operation und die Therapiecompliance geprüft werden, aber auch allfällige schwere psychische Beeinträchtigungen sondiert und evaluiert werden. Zu den besonders kritischen Störungsgruppen gehören psychotische Erkrankungen und Persönlichkeitsstörungen. In Anlehnung an Herpertz (2008) und andere muss in solchen Fällen individuell aufgrund der Beeinträchtigung, aber auch der psychologischen und psychiatrischen Unterstützung der Patienten, über den Schritt zur Operation entschieden werden. Als weitere Kontraindikationen gelten schwere Essstörungen (sehr ausgeprägtes Binge Eating, Essstörungen in der Vorgeschichte), aber auch akute Lebenskrisen und Suizidalität. Die Patienten sollten sich gerade in der ersten Zeit nach einer bariatrischen Operation in einer stabilen Lebenssituation befinden, um sich optimal auf die geforderten Lebensstilumstellungen konzentrieren zu

können. Vielversprechend bezüglich der Verbesserung von pathologischen Essmustern scheinen präoperative Therapieprogramme mit kognitiver Verhaltenstherapie zu sein (Gade et al. 2014). Allerdings mangelt es noch an Ergebnissen zum langfristigen Therapieeffekt nach erfolgtem bariatrischen Eingriff. Inzwischen gibt es Hinweise, dass pathologische Essverhaltensmuster einige Jahre nach dem bariatrischen Eingriff wieder auftreten können (Niego 2007). Auch kommt es zu einer erneuten Gewichtszunahme von 10 % bis 20 %. Oftmals fällt den Patienten der Umgang mit einem erneuten Gewichtsanstieg schwer. Dennoch profitieren die Patienten durch eine Erhöhung der Lebensqualität, einer Verbesserung des Selbstwertempfindens und einem Rückgang an depressiven Symptomen. Eine Studie von Burgner et al. (2014) legt jedoch nahe, dass Selbstwertempfinden und auch die Einschätzung des mentalen Gesundheitszustandes rund 4 Jahre nach erfolgter Operation wieder auf den Stand vor der Operation zurücksinken. Die grössten Effekte verzeichneten die Forscher ein Jahr nach erfolgtem Eingriff. Danach zeigten sich keine weiteren postoperativen Effekte bezogen auf die oben genannten Parameter. Ebenfalls zeigen sich keine Veränderungen in Bezug auf Ängstlichkeit und Angsterkrankungen (z. B. Panikstörungen, spezifische Phobien u. ä.).

Ein grosses Problem stellt auch der Umgang mit überdehnter Haut dar. Gerade im psychischen Bereich entwickeln viele Patienten erneut Depressivität und Körperunzufriedenheit (i. e. Scham bezüglich dem eigenen Körper). Eine interessante Studie von de Zwaan et al. (2014) vergleicht postbariatrische Patienten mit und ohne chirurgischer Hautkorrektur. Während Selbstwertgefühl und die Funktionalität des Körpers gerade in sozialen Bereichen wie Arbeit, aber auch das Wohlgefühl der eigenen Sexualität nach zusätzlicher plastischer Konturierung des Körpers grundsätzlich besser sind, zeigt die chirurgische Hautkorrektur nur bedingt weitere Effekte in anderen psychologischen Bereichen, wie Körperbild oder Angststörung. Grundsätzlich werden aber Depressivität und Selbstwert nach der Gewichtsreduktion durch einen bariatrischen Eingriff bereits signifikant besser.

Insgesamt wirkt sich die bariatrische Operation positiv auf eine Vielzahl von psychischen Lebensbereichen aus. Vor allem Lebensqualität und Depressivität scheinen sich langfristig stabil zu verbessern. Dennoch schützt die Operation nicht zwangsläufig vor teilweise massiven psychologischen Belastungen. Die Patienten erleben ein nach wie vor hohes Anspannungsniveau. Dies wird zusätzlich beeinflusst durch eine erneute Gewichtszunahme, Akzeptanzprobleme und Körperbildbeeinträchtigungen mit überdehnter Haut. Lernen die Patienten nicht, ihren Lebensstil (Essverhaltensmuster, Bewegungsverhalten, Selbstfürsorge) langfristig umzustellen, bleiben pathologische Essverhaltensmuster, aber auch dysfunktionale psychische Verarbeitungsmuster bestehen. Diese sollten psychotherapeutisch mit den Patienten angegangen werden. Ein psychologisches Coaching vor der Operation kann diesbezüglich durchaus sinnvoll sein. Nicht immer zeigt sich das ganze Ausmass der Belastung vor dem erfolgten Eingriff. Im Sinne der psychotherapeutischen Wirkfaktoren wird die massive Gewichtsabnahme mit einhergehenden Lebensveränderungen zu einem problemaktualisierenden Element. Die Patienten spüren erst nach der Operation Stress und Konflikte in einem Mass, das sie die Probleme auch ansprechen lässt. Gerade der Umgang mit überschüssiger Haut oder Narben stellt postoperativ noch einmal ein spezielles Therapiefeld dar.

Für bariatrische Center bedeutet dies, entweder standardmässig in die postoperative Betreuung eine psychologische Reevaluation zu integrieren, oder aber die betreuenden ÄrztInnen und ErnährungsberaterInnen auf ein frühes Erkennen einer erhöhten psychischen Belastung zu schulen und entsprechende psychologische Unterstützung anbieten zu können. Der Vorteil einer ersten, Center-internen psychologisch-psychotherapeutischen Ansprechperson liegt dabei klar auf der Hand: kürzere Wege und eine vertraute Umgebung erleichtern den Patienten den ersten Schritt in eine psychologische Betreuung.

Literatur

- *Burgner R. Legenbauer T. Müller A. de Zwaan M. Fischer C. & Herpertz S. (2014). Psychological Outcome 4 Years after Restrictive Bariatric Surgery, Obes. Surg. 24: 1670–1678.*
- *Dalle Grave R. Centis E. Marzocchi R. el Ghoch M. & Marchesini G. (2013). Major factors for facilitating change in behavioral strategies to reduce obesity, Psychology Research and Behavior Management. 6: 101–110.*
- *de Zwaan M. Georgiadou E. Stroh CE. Teufel M. Köhler H. Tengler M. & Müller A. (2014). Body image and quality of life in patients with and without body contouring surgery following bariatric surgery: a comparison of pre- and post-surgery groups. Front. Psychol. 5: 1310.*
- *Gade H. Hjelmesæth J. Rosenvinge JH & Friborg O. (2014). Effectiveness of a Cognitive Behavioral Therapy for Dysfunctional Eating among Patients Admitted for Bariatric Surgery: A Randomized Controlled Trial, Journal of obesity, 127 936.*
- *Herpertz S. de Zwaan M. & Zipfel S. (2008). Handbuch Essstörungen und Adipositas Heidelberg: Springer.*
- *Niego SH. Kofman MD. Weiss JJ. & Geliebter A. (2007). Binge eating in the bariatric surgery population: A review of the literature. International Journal of Eating Disorders, 40(4): 349–359.*
- *Swiss Study Group for Morbid Obesity SMOB, (2013). Richtlinien zur operativen Behandlung von Übergewicht, www.smob.ch.*

swissmilk

Aktuell: Expertenbericht zur Osteoporose

An Osteoporose leiden häufiger Menschen in Industrienationen als in Entwicklungsländern. Da in industrialisierten Ländern mehr Milch konsumiert wird, wurde in der Vergangenheit geschlussfolgert: Milch fördere Osteoporose und schütze die Knochen nicht. Fakt ist jedoch, dass Osteoporose eine komplexe Erkrankung und von vielerlei Faktoren abhängig ist. Die Expertengruppe OSTAK* hat nun ein Update der wissenschaftlichen Fakten zur Osteoporose publiziert.

Der Knochenabbau beginnt etwa mit 30 bis 35 Jahren und schreitet mit zunehmendem Alter voran. Selbst unter optimalen Bedingungen lässt sich dieser Prozess nicht stoppen. Der Knochen verliert rund 1% im Jahr an seiner Dichte. Je höher die Knochendichte aufgebaut wird, desto länger bleibt die Knochenmasse erhalten. Folglich kommt dem Knochenaufbau im Kindes- und Jugendalter eine besondere Stellung zu. Das höhere Osteoporosevorkommen in den Industriestaaten kann mit einem ungünstigeren Lebensstil, mit Bewegungsmangel, Vitamin-D-Mangel und der längeren Lebenserwartung erklärt werden. Auch die Skelettarchitektur wird diskutiert. Dass Milch das Frakturrisiko erhöhe oder gar Osteoporose verursache, konnte wissenschaftlich nie nachgewiesen werden. Die Expertengruppe OSTAK* hat die vorhandene wissenschaftliche Literatur zur Ernährung als Einflussfaktor auf die Knochengesundheit diskutiert und bewertet.

Ernährung und Knochengesundheit

Vitamin D befindet sich nur in wenigen Lebensmitteln. Die vollständige Bedarfsdeckung über die Ernährung ist nahezu unmöglich. Und die Sonnenbestrahlung von Oktober bis März ist unzureichend, um genügend Vitamin D in der Haut zu synthetisieren. Wird zudem im Sommer nicht genügend Vitamin D in die Speicher eingelagert, kann die Versorgung knapp werden und ist eine Supplementierung empfehlenswert. Kalzium ist unentbehrlich für die Knochen. Über die Ernährung kann der Bedarf gedeckt werden. Die bedeutendsten Kalziumquellen sind Milchprodukte. Auch bestimmte Gemüse wie Kohl und Nüsse liefern einen Beitrag zur Kalziumversorgung. Bei ausgeglichener Ernährung und normaler Magen-Darm-Funktion sind Kalziumsupplemente unnötig. Genügend Protein ist für die Knochengesundheit essenziell. Aktuell liegt die DACH-Empfehlung für Erwachsene bei 0,8 g pro kg Körpergewicht und Tag. Wahrscheinlich ist für die knochenaufbauende Wirkung sogar eine höhere Menge notwendig. Besonders ältere Menschen laufen Gefahr eines Proteinmangels, was die Häufigkeit von Hüftfrakturen erhöht. Phosphor ist ein weiterer Bestandteil des Knochens. Ein Mangel tritt bei einer Unterversorgung mit Protein auf, ist allerdings sehr selten. Kalium als Kaliumsalz organischer Säuren oder Bikarbonat wirkt kalziumsparend. Mit einer Ernährung, die reich an Gemüse und Früchten ist, besteht eine ausreichende Versorgung. Gemüse und Salat liefern Vitamin K, welches in den Knochenstoffwechsel eingreift und zur Stabilisierung der Knochenmatrix führt. Da der Stellenwert für die Minderung des Hüftfrakturrisikos höher liegt als in den aktuellen Empfehlungen, ist eine höhere Vitamin-K-Zufuhr empfehlenswert. Als weitere Risikofaktoren für Osteoporose werden Vitamin-B_{12}- und Folsäure-Mangel betrachtet. Vitamin B_{12} ist in Fleisch, Fisch und Milchprodukten enthalten, Folsäure in Hülsenfrüchten, grünem Blattgemüse und Vollkornprodukten.

Milchprodukte, Früchte und Gemüse

Für gesunde Knochen ist die Zufuhr an Eiweiss und Kalzium besonders wichtig. Ist die Aufnahme von Kalzium hoch bei gleichzeitig gesteigerter Proteinaufnahme, hat dies einen positiven Einfluss auf die Knochendichte. Milchprodukte sind natürliche Quellen für Kalzium und Protein. Das Kalzium-Eiweiss-Verhältnis, mit 1:35 für Kuhmilch, ist zudem sehr günstig. Eine höhere – potenziell knochenaufbauende – Proteinzufuhr bei gleichzeitig zu wenig aufgenommenen Alkaliäquivalenten kann allerdings zu einem Säureüberschuss und damit zu einem Problem für die Knochen werden. Der reichliche Konsum von Gemüse, Obst (5 am Tag) und Kartoffeln ist deshalb für einen ausgeglichenen Säure-Basen-Haushalt wichtig.

Fazit

Die Ernährung ist zwar nur ein Risikofaktor unter vielen anderen, dennoch sollte sie nicht vernachlässigt werden. Milch schützt nicht vor Osteoporose – aber ein gesteigerter Konsum an Milchprodukten erhöht nachweislich die Knochenmasse und die Knochendichte. Eine ausgewogene Ernährung mit täglich drei Milchportionen und reichlich Gemüse und Früchten versorgt den Körper mit knochenaufbauenden Nährstoffen. Lediglich für Vitamin D kann eine Supplementierung sinnvoll werden.

*Die OSTAK ist die Fortbildungsakademie des Dachverbandes Osteologie.

Korrespondenz
Schweizer Milchproduzenten SMP, Swissmilk
Susann Wittenberg, Oecotrophologin BSc
Weststrasse 10, Postfach, 3000 Bern 6
031 359 57 57, factsandnews@swissmilk.ch

Gesunde Knochen und Muskeln
Richtig essen – genügend bewegen
Bestellen Sie unsere Broschüre gratis unter 031 359 57 28 oder webbestellungen@swissmilk.ch
Art.-Nr. 143163D

swiss milk Schweiz. Natürlich. SUISSE GARANTIE

Expériences et évolutions en chirurgie bariatrique

Dr Susanne Maurer, FMH médecine interne / médecine du sport / médecine nutritionnelle,
Dr Ulrich Egermann, Médecine interne générale
L'équipe de diététiciennes (dirigée par Stefanie Hanff et composée de Monika Scheumann, Corinne Buffon, Anja Nitzschke et Caroline Liener), Adipositaszentrum am Lindberg, sera installée dans de nouveaux locaux à partir du 01.02.2016: Lagerstrasse 9, 8400 Winterthour

Introduction

La chirurgie bariatrique est un domaine de la chirurgie qui entraîne une réduction du poids corporel par le biais de différentes interventions chirurgicales.
L'OMS désigne le surpoids comme l'épidémie mondiale du XXIe siècle. L'obésité occasionne de nombreuses maladies et diminue la qualité de vie des personnes concernées. On estime qu'environ la moitié de la population est en surpoids en Suisse, et que 12 % d'entre eux sont obèses.
Une perte de poids contribue de manière décisive à allonger l'espérance de vie. En cas de surpoids morbide, une intervention opératoire au moyen de la chirurgie bariatrique constitue souvent le seul moyen de perdre du poids de manière déterminante. Des études attestent que l'espérance de vie des personnes présentant un surpoids important peut être améliorée de manière considérable grâce à la chirurgie bariatrique, principalement par la réduction marquée du risque de cancer, ce qui est moins bien connu. Cela est valable aussi en comparaison des traitements médicamenteux, pour lesquels les résultats sont moins bons.

Objectif du traitement de l'obésité

L'objectif du traitement ambulatoire ou hospitalier de l'obésité est en priorité de réduire la masse graisseuse répartie sur l'abdomen (et ensuite seulement le poids corporel) en induisant un changement du comportement alimentaire et en matière d'activité physique en association avec de nouvelles habitudes de vie, complété par des traitements médicamenteux, des mesures invasives (ballon gastrique) ou chirurgicales de réduction du poids afin de réduire les comorbidités associées à l'obésité et d'améliorer la qualité de vie. *S. Maurer-Wiesner 2010*

Histoire de la chirurgie bariatrique

Le premier pontage gastrique a été réalisé aux Etats-Unis en 1954. Il s'est agi de la première mesure opératoire effective pour le traitement de l'obésité. Cette forme d'opération a toutefois entraîné des complications significatives dues à la malabsorption. En 1994, la technique de l'anneau gastrique laparoscopique a été introduite en Allemagne, puis en Suisse à partir de 1996, mais en parallèle, le bypass gastrique proximal s'est imposé de plus en plus comme la méthode de référence, qui est actuellement établie comme la plus fréquemment utilisée dans le monde.
Au cours de ces dernières années toutefois, la gastrectomie longitudinale a également gagné en importante, surtout grâce aux résultats convaincants de l'étude réalisée par l'équipe du docteur Ralph Peterli à Bâle. Au moment de se décider pour une certaine opération, il importe de prendre en compte les éléments suivants: le poids de départ du patient, la perte de poids souhaitée/nécessaire, qui doit être plus importante en cas de pathologie orthopédique/psychiatrique associée que p.ex. en cas de trouble du métabolisme, l'observance, l'âge, le risque d'opération et les habitudes alimentaires, la fréquence de l'obésité et des maladies concomitantes dans la famille, les opérations subies précédemment ou les maladies antérieures particulières du tube gastro-intestinal, l'environnement social des personnes concernées et leur état de santé psychique.
Depuis 2002, le nombre d'anneaux gastriques implantés est nettement moins important à cause des problèmes au niveau de l'œsophage avec de très graves maladies de reflux ou le développement du syndrome de Barrett. Entre 2001 et 2013, 8117 opérations ont été réalisées en Suisse (source: SMOB), dont 4000 pour la seule année 2013. Le nombre d'opérations augmente à une vitesse fulgurante. En Suisse, les opérations sont 65 fois plus fréquentes qu'en Allemagne pour le degré d'obésité II/III, bien que la prévalence de l'obésité soit deux fois plus élevée en Allemagne qu'en Suisse.

Les méthodes sont très diverses:

Techniques restrictives (anneau gastrique, gastrectomie longitudinale), méthodes restrictive malabsorptives (bypass gastrique proximal, bypass gastrique distal, où la malabsorption en cas de bypass proximal peut être inexistante ou très limitée), technique malabsorptive (diversion biliopancréatique selon Scopinaro [BPD]).
En fait, cette répartition n'est pas tout à fait correcte. Il faudrait plutôt faire une distinction supplémentaire par rapport à l'effet hormonal des techniques opératoires, car tant la gastrectomie longitudinale que les bypass gastriques et les BPD agissent fortement au niveau de la perte de poids par le biais des hormones du tube gastro-intestinal.

Objectifs réalistes (perte de poids)

- Traitement conservateur 10 %
- Anneau gastrique 20 %
- Gastrectomie longitudinale 25 %
- Bypass gastrique proximal 25–30 %
- Bypass gastrique distal 30–40 %
- La REPRISE DE POIDS commence entre deux et six ans après le traitement (en fonction du poids le plus bas: acceptable entre 5 et 15 %)

Procédure adoptée dans le centre Zentrum für Adipositas- und Stoffwechselmedizin Winterthur (ZAS GmbH)

La plupart des patient-e-s sont adressé-e-s par leur médecin traitant, mais certain-e-s prennent contact d'eux-mêmes avec notre centre. A ce moment-là, ils sont déjà nom-

breux à avoir plusieurs tentatives infructueuses de perte de poids derrière eux. Avant que le patient n'obtienne un premier rendez-vous chez le spécialiste, nous lui demandons de remplir un questionnaire détaillé le concernant, ainsi que de tenir un journal alimentaire pendant sept jours. De plus, dans le cadre de notre soirée d'information qui a lieu une fois par mois, nous communiquons en détail avec les patient-e-s au sujet de l'obésité et de ses conséquences, ainsi que sur des concepts de perte de poids validés scientifiquement, et répondons également aux questions. Les intéressé-e-s et leurs proches reçoivent des informations sur les différentes possibilités de traitement de l'obésité. Dès que le patient nous a renvoyé les documents remplis, il obtient un premier rendez-vous médical dans notre consultation, lors duquel ses souhaits et ses attentes sont clarifiés et la suite de la procédure envisagée. Avant de décider si le patient remplit les critères des directives SMOB relatifs à une opération bariatrique, nous réalisons différents examens qui nous aident à nous faire une idée objective des ressources et des barrières pour une perte de poids. Dans un premier temps, le patient est invité à évaluer son obésité par la mesure de son métabolisme énergétique et de sa composition corporelle, par l'analyse de son alimentation, ainsi que par la détermination de son type de mangeur. Il doit aussi faire des analyses de laboratoire. En outre, notre psychologue, Roland Müller, reçoit le patient pour un entretien d'évaluation psychologique. Lors de l'entretien de débriefing, le médecin en charge du suivi discute des résultats des examens avec le patient et lui soumet une proposition de traitement.

Cette vaste évaluation constitue aussi la première étape d'un traitement efficace de l'obésité au moyen de la chirurgie bariatrique. Si les critères sont remplis, le patient est adressé à un chirurgien et doit se rendre à nouveau chez un-e diététicien-ne afin de préparer l'opération. Dans notre centre, nous collaborons avec un grand nombre de cliniques et médecins (parmi lesquelles la Privatklinik Lindberg, eSwiss Stephanshorn St-Gall, les cliniques Hirslanden de Zurich et Berne, l'Hôpital cantonal de Frauenfeld, l'Hôpital universitaire de Zurich, le Stadtspital Triemli, le GZO Spital de Wetzikon). Avant de subir l'opération, le patient assiste à des séances de diététique en groupe (entre quatre et six fois). Celles-ci portent sur les changements dans le tube digestif, l'alimentation après l'hospitalisation, le comportement à adopter dans des situations particulières, les complications à la suite de l'opération, ainsi que sur la transformation durable des habitudes alimentaires. Les analyses préopératoires sont en outre effectuées, telles qu'un électrocardiogramme, un test de fonction respiratoire, une échographie de l'abdomen, etc.

En ce qui concerne les conditions à remplir pour une intervention de chirurgie bariatrique, des changements sont survenus en 2011. Désormais, les patients dont l'IMC est supérieur à 35 kg/m² remplissent déjà les conditions. De même, la limite d'âge de 65 ans a également été supprimée.

Déroulement de la prise en charge diététique consécutive à une intervention de chirurgie bariatrique

Après l'opération, le patient est pris en charge dans le cadre du suivi postopératoire. En consultation de diététique, nous recevons le patient dix jours après son opération, puis six et douze semaines plus tard (ou plus souvent si le besoin se fait ressentir). Lors des deux premiers rendez-vous, nous déterminons comment se passe le retour à l'alimentation et examinons la mesure dans laquelle l'apport en nutriments essentiels peut être couvert. L'apport insuffisant en protéines est un thème fréquent, et les patient-e-s se plaignent souvent de stéatorrhées désagréables. De plus, les conseils diététiques permettent de prévenir la malnutrition dans la phase de perte rapide de poids. Du reste, des contrôles réguliers ont lieu toute la vie durant, pour éviter une malnutrition, aussi dans la phase de stabilisation, et les divers effets secondaires et complications possibles sont surveillés par le biais d'un questionnaire.

Questions posées:

- Bien-être général?
- Changements frappants sur plan physique et psychique?
- Douleurs?
- Maux de ventre, flatulences?
- Problèmes pour manger ou boire?
- Nausées/vomissements?
- Diarrhées/constipation?
- Selles, consistance, fréquence?
- Intolérances alimentaires?
- Tolérance au lactose et à l'alcool?
- Problématique du dumping?

Le médecin traitant reçoit ensuite un rapport détaillé. S'il s'avère que les thèmes peuvent être abordés du point de vue de la nutrition, d'autres séances de diététique sont planifiées entre les rendez-vous de suivi, pour permettre l'approfondissement de certains thèmes spécifiques. Lors du contrôle qui intervient douze semaines après l'opération, il se peut qu'il apparaisse judicieux de convenir d'autres rendez-vous chez un-e psychologue nutritionniste. A partir de là, les patient-e-s sont convoqué-e-s chaque année pour un contrôle annuel. Selon les critères SMOB, le/la patient-e devrait continuer à être suivi-e pendant au moins cinq ans.

Schéma de supplémentation après une opération de bypass gastrique et après une diversion bilio-pancréatique pendant la grossesse.	
Fer	100–200 mg/d p.o. §
Calcium	1500 mg/d p.o.
Vitamine D3	1200–2000 I.E./d p.o.
Zinc	20–30 mg/d p.o.
Complexe de vitamine B	2x/semaine p.o.
Vitamine B12	1000 mcg tous les 3 mois i.m.
Préparation multivitaminée aux oligo-éléments	1x/d p.o.
Acide folique*	600 mcg/d p.o.

Le schéma de supplémentation devrait être adapté en fonction des valeurs des analyses médicales.
§ En cas d'intolérance au fer oral, une administration par voie intraveineuse est recommandée.
* A l'exception de la supplémentation en acide folique, le schéma correspond à notre supplémentation, indépendamment de la présente d'une grossesse.
* Une quantité suffisante d'acide folique est parfois déjà contenue dans la préparation multivitaminée.

Guidelines du groupe spécialisé Chirurgie bariatrique (2015) Macronutriments recommandés après un bypass gastrique / une gastrectomie longitudinale (sleeve)	
Protéines	Postopératoire au moins 30 g protéines/d (< 30 g protéines / d = métabolisme catabolique!). Au fil du temps, il faut viser au moins 60–90 g protéines/d [1, 2, 5, 7], le cas échéant complément alimentaire.
Glucides	La qualité des glucides est déterminante. Il faut éviter les boissons sucrées. Contrôler la quantité de fruits présentant un IG élevé. Toutes les autres sources de glucides sont plutôt secondaires dans le quotidien en cabinet de consultation [1, 2, 8, 9].
Lipides	De manière générale, il faut recommander un apport lipidique issu d'une alimentation saine (30–35 % de l'apport énergétique). Cela dépend toutefois de la longueur de l'anse alimentaire et de la qualité des selles (stéatorrhée). Le SMOB recommande 70 g lipides/d [1, 2, 3, 6, 9].
Fibres alimentaires	Secondaire en postopératoire, à surveiller sur le long terme. 14 g / 1000 kcal. [1]
Liquides	• Au moins 1,5 litre/d • Eviter les boissons énergisantes [1, 5, 9]
Alcool	L'alcool produit son effet plus rapidement, étant donné que l'estomac ne remplit plus sa fonction de réservoir. Risque de cirrhose du foie induite par l'alcool nettement accru. Attention au poids [4].

Source de référence voir page 6

Micronutriments recommandés après un bypass gastrique / une gastrectomie longitudinale (sleeve)

Les recherches bibliographiques ont montré que le besoin relatif à certains micronutriments était parfois cent fois supérieur par rapport au besoin journalier d'adultes en bonne santé, p. ex. en raison de l'absence d'absorption dans le duodénum (90 % de l'absorption de VB12; > 50 % de l'absorption de Ca).
C'est pourquoi nous nous sommes mises d'accord, au sein du groupe spécialisé, sur les recommandations que nous appliquons avec succès au quotidien, tant en ce qui concerne la faisabilité que les valeurs des analyses médicales contrôlées. Les recommandations relatives aux apports en micronutriments varient entre la supplémentation quotidienne de tous les micronutriments selon les besoins journaliers DACH pour les adultes et le double apport selon les directives SMOB. Pour les produits achetés en pharmacie, la prise de la dose indiquée suffit généralement. La dose des préparations disponibles dans le commerce de détail devrait être doublée en raison de leur biodisponibilité douteuse. De manière générale, les produits retard ne doivent pas être recommandés à cause de leur délai d'absorption. Les analyses de laboratoire devraient être effectuées régulièrement selon les directives SMOB [10, 12, 13]. Nous recommandons de prendre un comprimé de calcium 500 mg/d trois fois par jour aux heures de repas, pour une meilleure fixation de l'oxalate (si l'observance laisse à désirer l'administration de 1000 mg/d sous forme de dose uniquotidienne est conseillée [2, 3, 4, 5, 6, 8, 10, 11]), ainsi que 1000 à 2500 IE/d vitamine D3/cholécalciférol [2, 3, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11] pour améliorer la résorption du calcium. Les recommandations sont données de manière générale dans le contexte de la chirurgie bariatrique et il se peut qu'elles varient selon la méthode opératoire utilisée.

- Préparation multivitaminée tous les jours
- Protéines 60–90 g par jour, le cas échéant complément alimentaire
- Calcium 1–2 g par jour
- Vitamine D3 en combinaison
  - En cas de malabsorption / sec. HPT p. ex.: Dekristol, le cas échéant i.m.
- En plus complexe de vitamine B
- Fer
- Vitamine B12 i.m. au moins 4×/année
- Supplémentation spéciale après une BPD: zinc, sélénium, fer, vitamine K, entre autres

Source de référence voir page 7

La position de la psychologie / psychothérapie dans le traitement bariatrique

Roland Müller, psychologue spécialiste en psychothérapie FSP

De nos jours, les programmes conservateurs visant à induire un changement du mode de vie en cas d'obésité contiennent de manière quasiment standard des modules de psychologie (Dalle Grave 2013). Ils s'adressent notamment aux comportements alimentaires pathologiques (entre autres l'impulsivité, le syndrome d'hyperphagie incontrôlée, la régulation des émotions) et enseignent aux patient-e-s des techniques de motivation. Comment les patient-e-s, avant et surtout après une opération bariatrique, gèrent-ils/elles durablement leur changement de comportement? Dans quel état psychique se trouvent-ils/elles? Les interventions d'une psychologique dans le traitement global des patient-e-s bariatriques doivent-elles continuer à être favorisées et développées? Les chercheurs/euses en psychologie nous apportent des réponses de plus en plus intéressantes à ce sujet.
Selon les directives SMOB (Swiss Study Group for Morbid Obesity), une évaluation psychologique rentre impérativement dans la procédure préliminaire en Suisse. Dans ce contexte, il convient d'examiner la motivation par rapport à l'opération envisagée et l'observance thérapeutique, ainsi que d'évaluer les troubles psychiques grave le cas échéant. Les maladies psychotiques et les troubles de la personnalité font partie des groupes particulièrement critiques. A l'instar de Herpertz (2008) et al., il convient dans de tels cas de décider de franchir le pas vers l'opération de manière individuelle sur la base du trouble, mais aussi du soutien psychologique et psychiatrique apporté aux patient-e-s. Les troubles alimentaires graves (syndrome d'hyperphagie incontrôlée sévère, troubles alimentaires en tant qu'antécédents), mais aussi les crises existentielles aiguës, ainsi que les idées et comportements suicidaires, constituent d'autres contre-indications. En particulier pendant la période qui suit l'opération bariatrique, les patient-e-s doivent se trouver dans une situation de vie stable afin de pouvoir se concentrer de manière optimale sur les changements requis de leur mode de vie. Les programmes thérapeutiques préopératoires avec thérapie cognitivo-comportementale semblent particulièrement prometteurs pour l'amélioration des comportements alimentaires pathologiques (Gade et al. 2014). Néan-

moins, nous ne disposons pas de suffisamment d'études concernant l'effet durable de la thérapie après une intervention de chirurgie bariatrique. Entre-temps, une étude relève que certains comportements alimentaires pathologiques peuvent réapparaître quelques années après une intervention bariatrique (Niego 2007). De même, une nouvelle prise de poids de 10% à 20% est notée. Souvent, les patient-e-s ont des difficultés à gérer cette nouvelle augmentation de leur poids corporel. Ils / elles bénéficient néanmoins d'une amélioration de leur qualité de vie, de l'estime qu'ils ont d'eux-mêmes et d'une diminution des symptômes dépressifs. Toutefois, une étude réalisée par Burgner et al. (2014) suggère que l'estime de soi et l'appréciation de l'état de santé mental chutent environ quatre ans après l'opération au niveau auquel elles se trouvaient avant l'opération. Les effets les plus importants sont enregistrés un an après l'intervention. Passé ce délai, aucun autre effet postopératoire n'est plus observé par rapport aux paramètres susmentionnés. Aucun changement n'est par ailleurs noté par rapport à l'angoisse et l'anxiété (p. ex.: trouble panique, phobies spécifiques, etc.).

L'attitude par rapport à la peau distendue constitue un problème important. Sur le plan psychique, de nombreux patient-e-s développent à nouveau un état dépressif et une insatisfaction par rapport à leur propre corps (entre autres un sentiment de honte). Une étude intéressante réalisée par de Zwaan et al. (2014) compare les patient-e-s post-bariatriques selon qu'ils aient ou non subi une chirurgie réparatrice de la peau. Tandis que l'estime de soi et la fonctionnalité du corps dans la vie sociale, p. ex. au travail, mais aussi le sentiment de bien-être par rapport à sa propre sexualité, se trouvent généralement améliorés après une intervention de chirurgie plastique de remodelage du corps, la chirurgie réparatrice de la peau ne montre que des effets limités dans d'autres domaines psychologiques tels que l'image du corps ou les troubles anxieux. Toutefois, l'état dépressif et la confiance en soi sont généralement déjà améliorés de manière significative après la perte de poids consécutive à une intervention bariatrique.

Dans l'ensemble, l'opération bariatrique a un effet positif sur un grand nombre de domaines de la vie psychique. La qualité de vie et l'état dépressif semblent s'améliorer de manière stable dans le long terme. Cependant, l'opération ne met pas forcément à l'abri de charges psychiques parfois lourdes. Les patient-e-s continuent à subir un niveau de tension élevé, que viennent aggraver une nouvelle prise de poids, des problèmes d'acceptation de soi et une image détériorée de son propre corps du fait de la peau distendue. Si les patient-e-s n'apprennent pas à transformer durablement leur mode de vie (comportement alimentaire et en matière d'activité physique, prise en charge de soi-même), les comportements alimentaires pathologiques demeurent, tout comme d'ailleurs le dysfonctionnement de l'assimilation psychique. Ces problèmes devraient être pris en charge dans le cadre d'une psychothérapie. Un coaching psychologique avant l'opération peut être judicieux à cet égard. Avant l'intervention, les problèmes n'apparaissent pas toujours dans toute leur ampleur. Dans le sens des facteurs d'efficacité pour la psychothérapie, la perte de poids massive accompagnée de changements dans la vie devient un élément d'actualisation du problème. Après l'opération seulement, les patient-e-s ressentent le stress et les conflits dans une mesure qui les amène à traiter les problèmes. La gestion de l'excès de peau ou des cicatrices représente un champ thérapeutique spécifique dans la phase post-opératoire.

Pour les centres de chirurgie bariatrique, cela implique soit d'intégrer de manière standard une ré-évaluation psychologique dans le suivi post-opératoire, soit de former les médecins et les diététicien-ne-s qui sont en charge du suivi de telle sorte qu'ils/elles soient capables d'identifier à un stade précoce une charge psychique accrue et de proposer le soutien psychologique correspondant. L'avantage d'un premier interlocuteur à l'intérieur du centre sur les questions de psychologie et de psychothérapie est évident: un accès facilité et un environnement familier aident les patient-e-s à faire le premier pas vers une prise en charge psychologique.

Source de référence voir page 8

swissmilk

Rapport sur l'ostéoporose

On constate davantage de cas d'ostéoporose dans les pays industrialisés, où la consommation de lait est plus élevée, que dans les pays en développement. On en a donc conclu par le passé que le lait favorisait cette affection et ne protégeait pas les os. Mais il s'avère que l'ostéoporose est une maladie complexe dépendant de nombreux facteurs. Un groupe d'experts de l'OSTAK* a réuni les derniers constats scientifiques sur l'ostéoporose.

La perte osseuse commence vers 30-35 ans et se poursuit avec l'âge. Elle est inexorable, même pour les personnes en pleine santé. La densité osseuse diminue d'environ 1 % par année. Plus elle est élevée, plus la masse osseuse se maintient longtemps. D'où l'importance de l'édification du squelette pendant la jeunesse. Un mode de vie malsain, le manque d'exercice et de vitamine D, et l'allongement de l'espérance de vie peuvent expliquer l'incidence plus élevée de l'ostéoporose dans les pays industrialisés. L'architecture du squelette est aussi soupçonnée de jouer un rôle. Il n'a jamais été prouvé scientifiquement que le lait accroisse le risque de fracture ou provoque l'ostéoporose. Le groupe d'experts de l'OSTAK* a étudié et évalué la littérature spécialisée traitant de l'influence de l'alimentation sur la santé des os.

Alimentation et santé osseuse

Il est presque impossible de couvrir les besoins en **vitamine D** par l'alimentation, cette vitamine n'étant présente que dans de rares aliments. D'octobre à mars, l'exposition au soleil est insuffisante pour synthétiser assez de vitamine D. Si les réserves ne sont pas reconstituées durant l'été, une supplémentation peut être recommandée. L'alimentation permet de couvrir les besoins en **calcium**, élément indispensable aux os qu'on trouve principalement dans les produits laitiers, mais aussi dans certains légumes tels que le chou, et les fruits à coque. Une alimentation équilibrée et une digestion normale rendent une supplémentation en calcium superflue. La santé des os dépend d'apports suffisants en **protéines**. La recommandation DACH pour adultes est de 0,8 g par kilo de poids corporel et par jour. Pour stimuler la formation osseuse, une dose plus élevée serait probablement nécessaire. Ce sont surtout les personnes âgées qui manquent de protéines et qui sont donc plus sujettes aux fractures de hanche. Le **phosphore** est aussi une composante des os. Une carence peut survenir en cas de manque de protéines, mais elle est rare. Le **potassium** sous forme de sels de potassium d'acides organiques ou le bicarbonate permettent d'économiser du calcium. Les besoins sont couverts par une alimentation riche en fruits et en légumes. Les légumes et la salade fournissent de la **vitamine K**, qui intervient dans le métabolisme osseux et stabilise la matrice de l'os. Elle est jugée plus importante pour la réduction du risque de fracture de la hanche que ce qu'indiquent les recommandations actuelles. Il est donc conseillé d'en augmenter les apports. Un manque de **vitamine B_{12}** ou d'**acide folique** est également considéré comme un facteur de risque pour l'ostéoporose. On trouve la vitamine B_{12} dans la viande, le poisson et les produits laitiers et l'acide folique, dans les légumineuses, les légumes verts à feuilles et les produits aux céréales complètes.

Produits laitiers, fruits et légumes

Un apport en protéines et en calcium, composants naturels des produits laitiers, est crucial pour la santé des os. Ingérer en même temps une quantité accrue de calcium et de protéines est bénéfique pour la densité osseuse. En outre, le rapport calcium-protéines (1:35 pour le lait de vache) est optimal. Par contre, s'il n'est pas accompagné d'une ingestion suffisante d'équivalents alcalins, un apport élevé de protéines, censé favoriser la formation osseuse, peut entraîner un excédent d'acide et être problématique pour le tissu osseux. Une grande consommation de fruits, de légumes (5 par jour) et de pommes de terre est donc importante pour un bon équilibre acido-basique.

Synthèse

Certes, l'alimentation n'est qu'un facteur de risque parmi d'autres, mais il ne doit pas être sous-estimé. Le lait ne protège pas de l'ostéoporose, mais il est prouvé qu'une consommation accrue de produits laitiers augmente la masse et la densité osseuses. Un régime équilibré, comprenant trois portions de lait par jour et beaucoup de fruits et de légumes, permet de fournir à l'organisme des nutriments nécessaires à la formation des os. Une supplémentation peut s'avérer judicieuse pour la vitamine D uniquement.

*L'OSTAK est l'académie de perfectionnement de l'organisation faîtière d'ostéologie.

Coordonnées
Producteurs Suisses de Lait PSL, Swissmilk
Susann Wittenberg, BSc en écotrophologie
Weststrasse 10, case postale, 3000 Berne 6
031 359 57 57, factsandnews@swissmilk.ch

Santé des os et des muscles
Les bons réflexes
Commandez notre brochure gratuite au 031 359 57 28 ou par courriel: commande@swissmilk.ch
N° d'article 143163F

swissmilk Suisse. Naturellement. SUISSE GARANTIE

www.swissmilk.ch

Esperienze e sviluppi nella chirurgia bariatrica

Dott. ssa. Susanne Maurer, Medicina interna FMH / Medicina della sport / Medicina dell' alimentazione, Dott. ssa. Ulrich Egermann, Medicina interna generale
Team di consulenza nutrizionale (direzione Stefanie Hanff, Monika Scheumann, Corinne Buffon, Anja Nitzschke, Caroline Liener), Adipositaszentrum am Lindberg, dal 1° febbraio 2016 nella nuova sede in Lagerstrasse 9, 8400 Winterthur

Introduzione

La chirurgia bariatrica è una branca della chirurgia che si avvale di differenti interventi chirurgici, volti a ridurre il peso corporeo.
L'OMS definisce l'obesità un'epidemia globale del 21° secolo. L'obesità è causa di numerose patologie e riduce la qualità di vita dei soggetti interessati. In Svizzera circa il 50 % della popolazione è in sovrappeso, di cui il 12 % con problemi di obesità.
Il calo ponderale è una misura importante per aumentare l'aspettativa di vita. In caso di sovrappeso patologico, un intervento di chirurgia bariatrica è spesso l'unico modo per ridurre il peso in maniera determinante. Gli studi evidenziano che la chirurgia bariatrica consente di migliorare nettamente la speranza di vita delle persone in sovrappeso; si tratta comunque in primo luogo – fatto meno noto – di una considerevole riduzione del rischio di cancro. E ciò anche nel confronto con terapie farmacologiche che non raggiungono gli stessi risultati.

Obiettivo della terapia anti-obesità

La terapia anti-obesità ambulatoriale e/o stazionaria mira innanzitutto a ridurre la distribuzione dell'adipe addominale e soltanto in secondo luogo a diminuire il peso corporeo mediante nuove abitudini alimentari e di attività fisica, abbinate ad altri cambiamenti dello stile di vita che favoriscono la salute; il tutto integrato da misure terapeutiche farmacologiche, invasive (palloncino intragastrico) e/o chirurgiche, che riducono il peso per diminuire la comorbilità associata all'obesità e per migliorare la qualità della vita. *S. Maurer-Wiesner 2010*

Storia della chirurgia bariatrica

Nel 1954 venne eseguito il primo intervento di bypass gastrico negli USA. Fu la prima misura invasiva per il trattamento dell'obesità. A causa del malassorbimento ne conseguirono però complicanze significative. Nel 1994 in Germania (1996 in Svizzera) venne introdotto il bendaggio gastrico laparoscopico; allo stesso tempo il bypass gastrico prossimale si impose sempre più come gold standard ed è oggi la tecnica che maggiormente affermata a livello mondiale.
Negli ultimi anni ha però guadagnato terreno anche l'intervento di sleeve gastrectomy, non ultimo grazie ai risultati convincenti del gruppo guidato dal dottore Ralph Peterli, di Basilea. Importanti ai fini del processo decisionale per un determinato intervento sono: il peso iniziale del paziente, la riduzione ponderale desiderata/richiesta – che in caso di concomitanti malattie ortopediche/psichiatriche dovrà essere superiore rispetto, ad esempio, al caso di malattie metaboliche concomitanti –, la compliance, l'età, il rischio operativo nonché le abitudini alimentari, la frequenza dell'obesità e le relative patologie associate in famiglia, operazioni precedenti o particolari malattie pregresse a carico del tratto gastrointestinale, il contesto sociale del soggetto e il suo stato psichico.
In seguito a problemi all'esofago con gravissime patologie da reflusso o all'insorgenza di un Barrett, dal 2002 si assiste a una netta regressione degli impianti di bendaggi gastrici.
Negli anni 2001–2013 in Svizzera sono stati eseguiti 8117 interventi (Lit. SMOB), di cui 4000 nel solo 2013. Il numero degli interventi chirurgici sta crescendo a ritmo vertiginoso. In Svizzera l'operazione per obesità di II/III grado viene eseguita con una frequenza 65 volte maggiore rispetto alla Germania, dove la prevalenza dell'obesità risulta però essere doppia rispetto alla Svizzera.

Esistono le più svariate tecniche:

Tecniche restrittive (fascia gastrica, sleeve gastrectomy), metodi restrittivi di malassorbimento (bypass gastrico prossimale – bypass gastrico distale, in cui il malassorbimento può essere assente o poco pronunciato nel bypass prossimale), metodi di malassorbimento (diversione biliopancreatica secondo Scopinaro [BPD]).
In effetti questa suddivisione non è del tutto corretta. Piuttosto andrebbe fatta una distinzione anche in base all'effetto ormonale degli interventi chirurgici: attraverso gli ormoni del tratto gastrointestinale, infatti, sia la sleeve gastrectomy e i bypass gastrici sia la BPD hanno un effetto importante sulla riduzione ponderale.

Obiettivi realistici (riduzione ponderale)

- metodo conservativo 10 %
- bendaggio gastrico 20 %
- gastrectomia verticale parziale (sleeve gastrectomy) 25 %
- bypass gastrico prossimale 25–30 %
- bypass gastrico distale 30–40 %
- l'AUMENTO DI PESO ricomincia 2–6 anni dopo la terapia (5–15 % accettabile a seconda del peso più basso)

Procedura presso il Zentrum für Adipositas- und Stoffwechselmedizin Winterthur (ZAS GmbH)

Prevalentemente i pazienti vengono inviati dal medico di famiglia oppure si presentano spontaneamente presso il nostro centro. Normalmente hanno già alle spalle diversi tentativi inutili di perdita di peso. Prima di fissare un primo consulto presso lo specialista, preghiamo il paziente di compilare un questionario dettagliato e di tenere per 7 giorni un diario alimentare. Inoltre, nell'ambito della nostra serata informativa che si svolge una volta al mese, possiamo informare il paziente in modo

esaustivo sull'obesità, le relative conseguenze e i concetti scientificamente validati in relazione alla riduzione ponderale, rispondendo anche alle sue domande. Le persone interessate e i loro familiari vengono ragguagliati sulle numerose terapie anti-obesità. Quando il paziente ci consegna il questionario e il diario alimentare fissiamo il primo consulto medico presso il nostro ambulatorio. In tale sede si discutono con il paziente i suoi desideri e le sue aspettative nonché l'ulteriore procedere. Prima di appurare se siano presenti i criteri per un'operazione bariatrica ai sensi delle direttive della SMOB, eseguiamo numerosi esami che ci consentono di oggettivare le risorse per una riduzione ponderale e i possibili ostacoli. Dapprima il paziente viene convocato per l'accertamento dell'obesità, che prevede: misurazione del metabolismo energetico e della composizione corporea, analisi alimentare, determinazione del tipo di mangiatore e analisi di laboratorio. Inoltre, il paziente svolge un colloquio di accertamento con il nostro psicologico Roland Müller. Nel corso del colloquio di analisi, il medico curante discute i risultati degli esami con il paziente e gli sottopone una proposta di terapia.

Questo accertamento approfondito è anche il primo passo verso un'efficace terapia anti-obesità mediante la chirurgia bariatrica. Se i criteri sono soddisfatti, avviene l'invio al chirurgo e la riconvocazione per una consulenza nutrizionale quale preparazione dell'intervento. Il nostro centro opera in collaborazione con un gran numero di cliniche e medici (fra cui clinica privata Lindberg, eSwiss Stephanshorn San Gallo, Hirslanden Zurigo e Berna, Ospedale cantonale di Frauenfeld, Ospedale universitario di Zurigo, Stadtspital Triemli, GZO Spital Wetzikon). Prima di procedere all'operazione, il paziente partecipa a 4–6 sedute di consulenza nutrizionale di gruppo. Vengono trattati temi come futuri cambiamenti nel tratto digestivo, nutrizione dopo il ricovero in ospedale, comportamento in situazioni particolari, complicanze post-operatorie nonché cambiamenti permanenti dell'alimentazione. Si procede altresì agli accertamenti preoperatori quali ECG, test di funzionalità polmonare, ecografia dell'addome ecc.

Nel 2011 sono subentrati alcuni cambiamenti in relazione ai requisiti da soddisfare per un intervento bariatrico. Ora possono essere operati anche i pazienti con un BMI di oltre 35 kg/m^2. Inoltre è stato abolito il limite di età di 65 anni.

Svolgimento della consulenza nutrizionale post-operatoria

Dopo l'intervento il paziente si sottopone ai previsti controlli post-operatori. Nel contesto della consulenza nutrizionale vediamo il paziente dopo 10 giorni, dopo 6 settimane e dopo 12 settimane dall'operazione, all'occorrenza più spesso a seconda della problematica. Nel corso dei primi due appuntamenti accertiamo lo status della reintroduzione degli alimenti e l'approvvigionamento di tutte le sostanze nutritive. Un problema di frequente riscontro è l'apporto insufficiente di proteine. Inoltre, i pazienti lamentano anche fastidiose feci grasse. La consulenza nutrizionale ha lo scopo di impedire stati di malnutrizione nella fase del rapido calo ponderale. I controlli periodici (e vita natural durante) vengono effettuati anche nella fase di stabilizzazione per evitare una malnutrizione. Ci si informa anche su possibili complicanze ed effetti collaterali:

Domande:

- Benessere generale?
- Cambiamenti fisici e psichici di rilievo?
- Dolori?
- Disturbi addominali, flatulenza?
- Problemi con i cibi/le bevande?
- Nausea/vomito?
- Diarrea/costipazione?
- Defecazione, consistenza, frequenza?
- Intolleranze alimentari?
- Intolleranza al lattosio e all'alcol?
- Problematica di dumping?

In seguito viene inviato un rapporto esaustivo al medico competente. Se si accerta che gli eventuali disturbi possono essere affrontati con l'alimentazione, verranno pianificate ulteriori consulenze nutrizionali per trattare i temi specifici. È altresì possibile che in occasione del controllo a 12 settimane dall'operazione venga riscontrata l'opportunità di ulteriori appuntamenti con lo psicologo alimentare. Nel prosieguo i pazienti saranno poi invitati a fare un controllo annuale. Stando ai criteri SMOB, il paziente andrà seguito per almeno 5 anni.

Schema di supplementazione consigliato dopo operazione di bypass gastrico e dopo diversione bilio-pancreatica durante la gravidanza.	
Ferro	100–200 mg/die p.o. §
Calcio	1500 mg/die p.o.
Vitamina D3	1200–2000 I.E./die p.o.
Zinco	20–30 mg/die p.o.
Complesso di vitamina B	2 volte la settimana p.o.
Vitamina B12	1000 mcg ogni 3 mesi i.m.
Preparato multivitaminico con oligoelementi	1 volta/die p.o.
Acido folico*	600 mcg/die p.o.

Lo schema di supplementazione andrebbe adeguato in funzione dei valori di laboratorio riscontrati.
§ In caso di intolleranza al ferro orale si consiglia la somministrazione intravenosa.
* A eccezione delle supplementazione con acido folico, lo schema della nostra supplementazione corrisponde a prescindere dalla presenza di una gravidanza.
* In parte il preparato multivitaminico contiene già una quantità sufficiente di acido folico.

Guidelines del gruppo bariatrico specialistico dell'anno 2015 Raccomandazione macro-sostanze nutritive dopo bypass gastrico / sleeve	
Proteine	Nel post-operatorio almeno 30 g proteine/d (<30 g proteine/d = metabolismo catabolico!). Nel decorso si dovrebbe raggiungere almeno 60 g–90 g proteine/d [1, 2, 5, 7], ev. integrazione alimentare.
Carboidrati	La qualità dei carboidrati è di importanza fondamentale. Evitare le bevande zuccherate. Controllare la quantità di frutta con elevato IG. Nella prassi quotidiana tutte le altre fonti di CI sono piuttosto di secondaria importanza [1, 2, 8, 9].
Grassi	Consigliare in genere l'apporto di lipidi nell'alimentazione sana (30–35 % dell'apporto energetico). Dipende però anche dalla lunghezza dell'ansa alimentare e dalla consistenza delle feci (steatorrea). SMOB consiglia 70 g grassi/d [1, 2, 3, 6, 9].
Fibre alimentari	Nel post-operatorio di importanza secondaria, da tenere d'occhio nell'assistenza nel lungo termine. 14 g / 1000 kcal. [1]
Liquidi	• Min. 1,5 litri/d • Evitare le bevande energetiche [1, 5, 9]
Alcol	Mancando la funzione di serbatoio dello stomaco, l'effetto dell'alcol risulta essere più rapido. Netto aumento del rischio di cirrosi epatica indotta da alcol. Attenzione al peso [4].

Fonti bibliografiche sulla pagina 6

Micronutrienti raccomandati dopo bypass gastrico / sleeve

Dalle ricerche nella letteratura risulta che il fabbisogno di diversi micronutrienti viene centuplicato rispetto al fabbisogno giornaliero degli adulti sani, ad es. a causa del mancante assorbimento nel duodeno (90 % dell'assorbimento di VB12; > 50 % dell'assorbimento di Ca).
Per tale motivo in seno al gruppo di lavoro abbiamo deciso di rilasciare raccomandazioni che siano efficaci nella pratica per quanto concerne sia la messa in atto sia i valori di laboratorio. Le raccomandazioni di apporto riguardo ai micronutrienti variano tra la supplementazione giornaliera di tutti i micronutrienti secondo il fabbisogno giornaliero DACH per adulti e l'apporto doppio secondo le direttive SMOB. Nei prodotti da farmacia di norma è sufficiente attenersi al dosaggio indicato. A causa della dubbia biodisponibilità, il dosaggio degli integratori del commercio al dettaglio dovrebbe essere raddoppiato. Generalmente, i prodotti retard sono sconsigliati a causa del rallentato tempo di assorbimento. I controlli di laboratorio andrebbero eseguiti periodicamente secondo le direttive SMOB [10, 12, 13]. Raccomandiamo l'assunzione di 500 mg di calcio 3 volte/d ai pasti per meglio legare gli ossalati (in caso di non-compliance si raccomanda un'unica somministrazione di 1000 mg/d in dose singola [2, 3, 4, 5, 6, 8, 10, 11]) e di 1000–2500 I.U./d di vitamina D3/colecalciferolo [2, 3, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11] per migliorare l'assorbimento del calcio. Queste raccomandazioni vengono rilasciate genericamente nel contesto della chirurgia bariatrica e possono essere soggette a variazioni a seconda del metodo chirurgico.

- Preparato multivitaminico giornalmente
- Proteine 60–90 g die, ev. integrazione alimentare
- Calcio 1–2 g die
- Vitamina D3 in combinazione
  - In caso di malassorbimento / sec. HPT ad es. Dekristol, se del caso per via i.m.
- In aggiunta complesso di vitamina B
- Ferro
- Vitamina B12 i.m. min. 4×/anno
- Supplementazione speciale dopo BPD: fra cui zinco, selenio, ferro, vitamina K e altro.

Fonti bibliografiche sulla pagina 7

Importanza della psicologia / psicoterapia nel trattamento bariatrico

Roland Müller, Psicologo specialista in psicoterapia FSP

Oggi è quasi la norma che i programmi conservativi volti a un cambiamento dello stile di vita in caso di obesità contengano moduli psicologici (Dalle Grave 2013). Al riguardo vengono in primo luogo affrontate patologie del comportamento alimentare (ad es. impulsività, binge eating, regolazione delle emozioni) e insegnate al paziente le tecniche motivazionali. Sorge spontaneo chiedersi come si pongano i pazienti, prima e soprattutto dopo l'operazione bariatrica, verso un cambiamento dei comportamenti nel lungo termine e quale sia il loro stato psichico globale. Gli interventi psicologici nell'ambito del trattamento globale dei pazienti bariatrici vanno incentivati anche in futuro e potenziati? Le ricerche nel campo della psicologia stanno dando in proposito risposte sempre più rivelatrici.
In sede di accertamenti preliminari le direttive SMOB (Swiss Study Group for Morbid Obesity) prevedono obbligatoriamente anche un accertamento psicologico preliminare. Si mira così a riesaminare i motivi che spingono il paziente a optare per l'operazione e l'atteggiamento verso la compliance con la terapia, ma vanno anche approfonditi e valutati eventuali problemi psichici gravi. Rientrano nei disturbi di particolare criticità le patologie psicotiche e i disturbi della personalità. Secondo le conclusioni di Herpertz (2008) e di altri, in tali casi la decisione relativa all'operazione va presa individualmente in base al disturbo, tenendo però pure conto del supporto psicologico e psichiatrico ai pazienti. Ulteriori controindicazioni sono gravi disturbi alimentari (spiccato binge eating, disturbi alimentari pregressi) ma anche crisi esistenziali acute e suicidalità. In particolare nel periodo dopo l'operazione bariatrica, i pazienti dovrebbero godere di una situazione di vita stabile per potersi concentrare appieno sui necessari cambiamenti dello stile di vita. In vista di un miglioramento degli stili alimentari paiono essere promettenti i programmi terapeutici preoperatori con terapia comportamentale cognitiva (Gade et al. 2014). Mancano comunque tuttora i risultati degli effetti nel lungo termine della terapia dopo intervento bariatrico. Inoltre vi sono indizi che i modelli alimentari patologici possano ripresentarsi a distanza di qualche anno dall'intervento bariatrico (Niego 2007). Si registra altresì un nuovo aumento ponderale dal 10 % al 20 %. Spesso ai pazienti risulta difficile accettare un nuovo aumento di peso. I pazienti godono ciononostante di una migliore qualità di vita, hanno maggiore stima di sé e i loro sintomi depressivi regrediscono. Uno studio di Burgner et al. (2014) suggerisce comunque che, a 4 anni dall'operazione, sia la percezione del proprio valore che anche l'apprezzamento del proprio stato di salute mentale regrediscono al livello di prima dell'intervento. I ricercatori hanno constatato i maggiori effetti a distanza di un anno dall'intervento. In seguito non sono stati registrati ulte-

riori effetti post-operatori in riferimento ai summenzionati parametri. Non si accertano nemmeno cambiamenti in relazione ai timori e ai disturbi d'ansia (ad es. disturbi da panico, fobie specifiche e simili).
Un altro problema importante è la gestione della eccessiva dilatazione della pelle. Segnatamente in ambito psichico molti pazienti sviluppano nuovamente uno stato depressivo e sono scontenti del proprio corpo (si vergognano del proprio corpo). Un interessante studio di de Zwaan et al. (2014) confronta pazienti post-bariatrici con e senza correzione chirurgica della pelle. Mentre generalmente un intervento plastico aggiuntivo migliora sia la percezione del proprio valore e la funzionalità del proprio corpo soprattutto in ambito sociale, ad es. nella sfera lavorativa, sia il benessere della propria sessualità, la correzione plastica della pelle ha pochi effetti su altri ambiti psicologici, quali l'immagine del proprio corpo e i disturbi d'ansia. Normalmente, comunque, il solo calo ponderale in seguito all'intervento bariatrico porta a un significativo miglioramento dello stato depressivo e dell'autostima. Nel complesso l'operazione bariatrica produce un effetto positivo su numerosi ambiti della vita psichica. Nel lungo termine sembrano migliorarsi stabilmente soprattutto la qualità di vita e lo stato depressivo. Va però sottolineato che l'operazione non protegge automaticamente da carichi psicologici che possono essere importanti. I pazienti continuano a percepire un elevato stato di tensione. Detto stato viene ulteriormente aggravato da un riaumento del peso, problemi di accettazione e pregiudizi dell'immagine corporea a causa della pelle dilatata. Se i pazienti non imparano ad adottare permanentemente un nuovo stile di vita (modelli alimentari, abitudini di attività fisica, cura di se stessi), persisteranno sia i modelli alimentari patologici sia i modelli di elaborazione psichica disfunzionale. Detti modelli andrebbero affrontati con i pazienti nel contesto di una psicoterapia. A tale scopo può essere utile anche un coaching psicologico prima dell'operazione. Non sempre, infatti, l'entità globale del carico si palesa prima dell'intervento. Ai sensi dei fattori di potenza psicoterapici, la massiccia riduzione ponderale e i concomitanti cambiamenti dello stile di vita si traducono in un elemento attualizzante i problemi. Soltanto dopo l'operazione i pazienti percepiscono lo stress e i conflitti in una misura che consente loro di esternarli. La gestione della pelle in esubero o delle cicatrici costituiscono un campo terapeutico a sé in sede post-operatoria.
Per i centri bariatrici ciò significa integrare come standard nell'assistenza post-operatoria una rivalutazione psicologica oppure sensibilizzare i medici curanti e le dietiste affinché riconoscano per tempo un aumento del carico psichico e possano quindi offrire un opportuno sostegno psicologico. In tale contesto risulta evidente il vantaggio di avere un primo interlocutore psicologico/psicoterapico all'interno del centro: vie più brevi e un ambiente già noto facilitano al paziente il primo passo verso l'assistenza psicologica.

Fonti bibliografiche sulla pagina 8

Gabi Fontana
Präsidentin
Présidente
Presidentessa

Geschätztes SVDE-Mitglied

Der SVDE ist eine sogenannte Non-Profit-Organisation (NPO). Im Gegensatz zu einer Profit-Organisation verfolgt eine NPO keine wirtschaftlichen Gewinnziele, sondern dient – je nachdem – den gemeinnützigen, sozialen, religiösen, kulturellen, sportlichen, fachlichen oder wissenschaftlichen Zielen und Interessen seiner Mitglieder und/oder gesellschaftlichen Gruppen wie z.B. einer Branche oder einem ganzen Berufsstand. In allen NPO unterstützen Ehrenamtliche und freiwillige Helfer die Arbeiten. Für diese Tätigkeiten wird in vielen NPO gar nichts, in anderen eine kleine Aufwandsentschädigung, vergütet; je nachdem, was sich die Organisation leisten kann.
Alle Kommissionen und Arbeitsgruppen sowie der Vorstand des SVDE setzen sich ausschliesslich aus SVDE-Mitgliedern zusammen. Es arbeiten somit ca. 80 Mitglieder im SVDE ehrenamtlich mit. Sie tun dies nebst ihrer praktischen Tätigkeit als Ernährungsberater/in – sozusagen in ihrer freien Zeit. Sie erhalten dafür eine kleine Aufwandsentschädigung und können ihre realen Auslagen und Spesen rückfordern, sodass sie nicht noch «draufzahlen». Ohne diese ehrenamtlich und freiwillig tätigen Mitglieder gäbe es kein Fortbildungsangebot, keine SVDE-Punkte-Zertifizierung, keine NutriDays, kein SVDE ASDD-Info-Heft, keinen Nutripoint, keinen EFQM, keine Berufsordnung, keinen Ethik-Kodex, keine berufspolitischen Stellungnahmen, keine Absprachen und Verhandlungen mit den Krankenversicherern etc. etc. Sie sehen: All diese Mitglieder helfen aktiv und fast unentgeltlich mit, die Ziele von uns allen zu erreichen.
Deshalb sprechen wir an dieser Stelle ein herzliches Dankeschön aus, an alle ehemalig und aktuell ehrenamtlich tätigen Mitglieder! Ohne Sie wäre der Berufsstand heute nicht da, wo er jetzt ist! DANKE!
Zum Schluss ist es mir noch ein Anliegen, um Verständnis zu bitten: Sie wissen jetzt, dass alle Arbeitsgruppen-, Kommissions- und Vorstandsmitglieder in erster Linie als Ernährungsberater/in tätig sind. Das bedeutet, dass sie nicht immer und überall zur Verfügung stehen können, um Anfragen umgehend zu beantworten oder alle neuen Ideen aufzunehmen und sofort umzusetzen. Wir bitten um Ihre Geduld und danken für Ihr Verständnis, wenn Sie nicht umgehend eine Antwort aus einer Kommission oder Arbeitsgruppe oder dem Vorstand erhalten!

Chère membre de l'ASDD, cher membre de l'ASDD

L'ASDD est une association à but non lucratif. Contrairement à une organisation à but lucratif, une organisation à but non lucratif (NPO en anglais) ne poursuit aucun objectif de profit et de rentabilité économique, mais sert à réaliser des objectifs d'intérêt commun, sociaux, religieux, culturels, sportifs, professionnels ou scientifiques de ses membres ou de groupes sociaux tels qu'un secteur d'activité ou toute une profession. Elle cherche aussi à défendre leurs intérêts. Dans toutes les NPO, une bonne partie des activités s'effectue grâce à l'aide des bénévoles et sur une base de volontariat. Dans de nombreuses NPO, les membres bénévoles ne perçoivent absolument rien pour leurs activités. Dans d'autres, ils/elles perçoivent une petite indemnisation. Tout dépend de ce que l'organisation peut se permettre.
L'ensemble des commissions et groupes de travail de l'ASDD, ainsi que son comité, se composent exclusivement de membres de l'ASDD. Ainsi, près de 80 membres travaillent en tant que bénévoles au sein de l'ASDD. Ils/elles le font à côté de leur activité professionnelle de diététicien-ne-s, pour ainsi dire pendant leur temps libre. Ils/elles reçoivent en contrepartie une petite indemnisation et peuvent demander le remboursement de leurs dépenses et frais réels, pour éviter que cela ne leur occasionne des dépenses supplémentaires. Sans ces membres bénévoles, il n'y aurait ni offre de formation continue, ni système de certification par les points ASDD, ni NutriDays, ni brochure d'information SVDE ASDD-Info, ni Nutripoint, ni EFQM, ni code de déontologie, ni code d'éthique professionnelle, ni prise de position sur les questions de politique professionnelle, ni négociations et accords avec les assureurs-maladie. Vous le voyez: tou-te-s ces membres contribuent activement, et presque gratuitement, à la réalisation de nos objectifs à tou-te-s.
C'est pourquoi nous en profitons pour adresser nos sincères remerciements à tou-

te-s les membres bénévoles, ancien-ne-s ou actuel-le-s! Sans eux/elles, la profession ne serait pas arrivée là où elle est aujourd'hui! MERCI!
Pour finir, je souhaiterais vous demander d'être compréhensif/ve: vous savez maintenant que tou-te-s les membres des groupes de travail, des commissions et du comité exercent en priorité leur profession de diététicien-ne. Cela signifie qu'ils/elles ne peuvent pas être disponibles à tout moment et partout pour répondre immédiatement aux demandes ou noter et concrétiser sans tarder toutes les nouvelles idées. Nous vous prions de faire preuve de patience et vous remercions de votre compréhension lorsque vous n'obtenez pas tout de suite une réponse d'une commission ou d'un groupe de travail ou du comité!

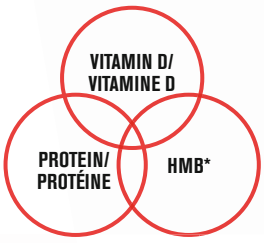
Cari membri dell'ASDD,

l'ASDD è una cosiddetta organizzazione non profit (NPO). A differenza di un'organizzazione a scopo di lucro, una NPO non mira a rendimenti economici bensì persegue – a seconda delle circostanze – obiettivi di pubblica utilità, sociali, religiosi, culturali, sportivi, settoriali o scientifici e cura gli interessi dei suoi membri e/o di gruppi sociali, ad es. un ramo o un'intera categoria professionale. In tutte le NPO i lavori vengono svolti con l'aiuto di membri onorari e altri volontari non retribuiti. A seconda delle risorse, molte NPO non concedono alcun indennizzo, altre danno un piccolo contributo per le spese.
Tutti i comitati e gruppi di lavoro dell'ASDD sono composti esclusivamente da membri ASDD. Sono dunque circa 80 i membri dell'ASDD che prestano la propria opera a titolo onorario. Lo fanno accanto alla loro attività pratica di dietisti, in sostanza nel tempo libero. Ricevono un indennizzo modesto per il lavoro svolto e possono chiedere il rimborso delle loro spese effettive affinché non abbiano a sopportare anche dei costi. Senza il contributo volontario di questi membri non esisterebbero né offerta di formazione continua né certificazione dei punti ASDD e neppure il Nutriday, il magazine SVDE ASDD-Info, il Nutripoint, l'EFQM, il codice deontologico, il codice etico, prese di posizione a difesa dei nostri interessi politico-professionali e nemmeno accordi e trattative con gli assicuratori malattia ecc. Prestando la loro opera praticamente a titolo gratuito, tutti questi membri ci aiutano a raggiungere i nostri obiettivi.
Cogliamo perciò l›occasione per ringraziare vivamente tutti i membri che si sono impegnati in passato o che si prodigano attualmente per noi a titolo onorario! Senza di loro, la nostra categoria professionale non sarebbe là dove si trova ora! GRAZIE!
Infine vorrei anche chiedere la vostra comprensione: sapete ormai che i membri dei gruppi di lavoro, dei vari comitati e del comitato direttivo sono in primo luogo dietisti. Ciò significa che non possono essere a disposizione in ogni momento per rispondere seduta stante alle richieste o per accogliere e concretizzare nuove idee. Vi chiediamo pertanto di portare un po' di pazienza quando un comitato, un gruppo di lavoro o il Comitato direttivo non reagisce subito a una vostra richiesta!

Lassen Sie sich von Ensure® Plus Advance bewegen

Laissez-vous emporter par Ensure® Plus Advance

schneller, mobiler
mobile, plus rapide



Die Kraft die Muskelmasse macht

Ein Maximum an Protein – Zusätzlicher Vorteil durch den funktionellen Metaboliten HMB* und einen erhöhten Gehalt an Vitamin D.
Erhält nachweislich die Muskelmasse und Muskelkraft.

La force qui augmente la masse musculaire

Un maximum de protéines – Des avantages supplémentaires grâce au métabolite actif HMB et une teneur accrue en vitamine D.*
A démontré son efficacité pour entretenir la masse et la force musculaire.

*ß-Hydroxy-ß-Methylbutyrat / ß-hydroxy-ß-méthylbutyrate

ANI20150203D/F © Abbott AG 2015

Abbott AG, Neuhofstrasse 23, CH-6341 Baar, Tel: 041 768 43 33, Fax: 041 768 43 50
Abbott Hotline: 0800 88 80 81, E-Mail: marketing.nutritional.ch@abbott.com, www.abbottnutrition.ch

Abbott Nutrition

Gespräch mit der neuen Präsidentin der SV Stiftung (1)

Beatrice Conrad Frey, uns als ehemalige Präsidentin des SVDE bekannt, wird ab Anfang November 2015 das Amt der Präsidentin der SV Stiftung innehaben.

Liebe Beatrice, herzliche Gratulation zu diesem Amt. Du bist bereits seit 2008 Mitglied des Stiftungsrats der SV Stiftung und seither leitest du den Projektausschuss. Was sind die genauen Aufgaben der SV Stiftung?
Als Mehrheitsaktionärin und Trägerstiftung der SV Group (2) hat sie eine starke Stimme zur Verankerung der sozialen Verantwortung der SV Group. «Gesunde Ernährung für alle» – dieser Grundgedanke der Gründerin Else Züblin-Spiller soll nicht in Vergessenheit geraten.
Mit den Dividenden der SV Group unterstützt die SV Stiftung als Vergabestiftung Projekte, die sich für eine gesunde Ernährung für alle einsetzen und damit versuchen, diese Grundidee umzusetzen. «Caritas-Markt – gesund!» (3) ist ein solches Projekt. Die SV Stiftung unterstützt unter anderem die Caritas-Märkte finanziell, damit Armutsbetroffene Obst und Gemüse günstiger einkaufen können.

Du bist die erste Ernährungsberaterin, die im Stiftungsrat der SV Stiftung tätig ist. Wie konntest du dein Wissen als Ernährungsberaterin in diesem Amt einbringen?
Meine Erfahrungen und das grosse Beziehungsnetz im Gesundheits- und Ernährungsbereich helfen mir nicht nur bei der Beurteilung und Identifizierung von unterstützungswürdigen Projekten, sondern auch bei der Verknüpfung verschiedener Projekte.
Mich freut es ausserdem, dass mit meiner Nachfolgerin im Projektausschuss, Rita Fricker, erneut eine Ernährungsberaterin für den Stiftungsrat gewonnen werden konnte.

Wie sehen deine Vorstellungen aus, welche Ziele verknüpfst du mit der Präsidentschaft in den kommenden Jahren?
Das Amt der Präsidentin ist für mich eine grosse Herausforderung, da ich das Erbe einer bekannten Persönlichkeit übernehme; Susy Brüschweiler war nicht nur seit 1. Juli 2010 Stiftungsratspräsidentin, sondern hatte davor auch das Amt der CEO der SV Group inne. Die Kontakte im Gesundheits- und Ernährungswesen und meine Führungserfahrungen helfen mir aber bei dieser Aufgabe und ich nehme das Amt deshalb gerne an.
Die SV Stiftung fasziniert mich und es ist mir ein grosses Anliegen, das Engagement von Else Züblin-Spiller weiterzuführen.
Da die finanziellen Ressourcen beschränkt sind, kann die SV Stiftung nicht alle Projekte unterstützen. Deshalb sind wir darauf bedacht, Projekte zu vernetzen und so Synergien zu schaffen.
In der SV Group habe ich vermehrt Einblick in die Philosophie der Gemeinschaftsgastronomie gewonnen und ich bin stolz, Teil davon zu sein. Die Gemeinschaftsgastronomie übernimmt eine wichtige Aufgabe in der Prävention und unterstützt damit Anliegen unserer Berufsgruppe. Die SV Group hat bereits früh den Puls der Zeit gefühlt: Themen wie «Gesundheit und Nachhaltigkeit» gewinnen im Unternehmen immer mehr an Stellenwert. Ich freue mich, wenn mehr Berufskolleginnen und -kollegen ihre Rolle in der Gemeinschaftsgastronomie finden – und diese Entwicklungen mitgestalten.

Weitere Informationen
1) www.sv-stiftung.ch
2) www.sv-group.ch
3) http://www.caritas-markt.ch/gesundheit

Entretien avec la nouvelle présidente de SV Fondation (1)

Beatrice Conrad Frey, que nous connaissons en tant qu'ancienne présidente de l'ASDD, occupera à partir de début novembre 2015 la fonction de présidente de SV Fondation.

Nous te présentons nos sincères félicitations pour ce mandat, chère Beatrice. Tu fais déjà partie du conseil de fondation de SV Fondation depuis 2008 et depuis lors, tu diriges le comité de projets. Quelles sont exactement les responsabilités de SV Fondation?
En tant qu'actionnaire majoritaire et fondation responsable de SV Group (2), elle a son mot à dire sur l'ancrage de la responsabilité sociale de SV Group. «Une alimentation saine pour tous»: cette idée de base de la fondatrice, Else Züblin-Spiller, ne doit pas être mise aux oubliettes.
Avec les dividendes de SV Group, SV Fondation en tant que fondation donatrice soutient des projets qui se mobilisent en faveur d'une alimentation saine pour tou-te-s et essaient ainsi de concrétiser cette idée de base. «Epiceries Caritas – espace santé !» (3) constitue l'un de ces projets. SV Fondation apporte entre autres son soutien financier aux épiceries Caritas, pour que les personnes démunies puissent acheter des fruits et des légumes plus avantageux.

Tu es la première diététicienne à siéger au conseil de fondation de SV Fondation. En quoi as-tu pu mettre à profit tes connaissances de diététicienne dans cette fonction?
Mes expériences et mon réseau important de relations dans le domaine de la santé et de la nutrition m'aident non seulement à évaluer et identifier des projets qui méritent

d'être soutenus, mais aussi à faire le lien entre différents projets. D'ailleurs, je me réjouis du fait qu'avec Rita Fricker, qui me succédera au sein du comité de projets, une nouvelle diététicienne a pu être trouvée pour le conseil de fondation.

Quelle est ta vision, et quels objectifs associes-tu à ton mandat de présidente pour les années à venir?
Le mandat de présidente représente un grand défi pour moi, car je prends la relève d'une personnalité connue: Susy Brüschweiler a non seulement assumé la présidence du conseil de fondation depuis le 1er juillet 2010, mais auparavant, elle avait occupé le poste de CEO de SV Group. Toutefois, mes relations dans le domaine de la santé et de la nutrition ainsi que mon expérience des responsabilités dirigeantes m'aideront à accomplir cette tâche, que je suis donc très contente d'assumer.
SV Fondation me fascine, et il me tient à cœur de poursuivre l'engagement d'Else Züblin-Spiller.
Comme les ressources financières sont limitées, SV Fondation ne peut pas soutenir tous les projets. C'est pourquoi nous veillons à relier les projets dans le cadre de réseaux, de façon à créer des synergies.
Au sein de SV Group, j'ai pu me faire une meilleure idée de la philosophie de la restauration collective et je suis fière d'en faire partie. La restauration collective assume une responsabilité importante en matière de prévention et soutient ainsi des préoccupations de notre groupe professionnel. SV Group a pris tôt le pouls de la situation: des sujets tels que la «santé» et le «développement durable» deviennent de plus en plus importants au sein de l'entreprise. Je me réjouis qu'un nombre croissant de collègues de la profession trouve son rôle dans la restauration collective et contribue à faire évoluer cette dernière dans la bonne direction.

Pour de plus amples informations
1) www.sv-stiftung.ch/fr/sv-fondation.html
2) www.sv-group.ch/fr.html
3) http://www.caritas-markt.ch/fr/f103 000 459.html

A colloquio con la nuova presidente della Fondazione SV (1)

Beatrice Conrad Frey, che ben conosciamo come ex presidente dell'ASDD, ricoprirà la carica di presidente della Fondazione SV a partire da novembre 2015.

Cara Beatrice, vivissime felicitazioni per questa nomina. Dal 2008 sei membro del Consiglio di fondazione della Fondazione SV e da allora dirigi il Comitato di progetto. Quali sono dunque i compiti della Fondazione SV?
Come azionista di maggioranza e fondazione patrocinante dell'SV Group (2) ha una forte voce in capitolo per la radicalizzazione della responsabilità sociale dell'SV Group. «Alimentazione sana per tutti»: questo principio ispiratore della fondatrice Else Züblin-Spiller non deve cadere nel dimenticatoio.
In qualità di fondazione donatrice, con i dividendi dell'SV Group la Fondazione SV sostiene progetti volti a incentivare l'alimentazione sana per tutti, concretizzando così l'idea di base. Uno di questi progetti è «Negozi Caritas – salute!» (3) che la Fondazione SV sostiene con mezzi finanziari, permettendo così a persone indigenti di acquistare frutta e verdura a prezzi più abbordabili.

Tu sei la prima dietista a essere attiva nel Consiglio di fondazione della Fondazione SV. In questo incarico, quale contributo hai potuto dare con il tuo know-how di dietista?
Il mio bagaglio di conoscenze e la mia vasta rete di contatti nel settore sanitario e alimentare mi tornano utili, non solo nella valutazione e nell'identificazione di progetti degni di essere sostenuti ma anche nel collegare diversi progetti tra loro.
Del resto mi rallegra che con Rita Fricker, che mi subentra in seno al Comitato di progetto, il Consiglio di fondazione annoveri nuovamente una dietista tra i suoi ranghi.

Quali idee intendi concretizzare e quali sono gli obiettivi vorrai perseguire negli anni della tua presidenza?
Per me, la carica di presidente rappresenta una grande sfida poiché subentro a una personalità di spicco: Susy Brüschweiler non è stata solo presidente del Consiglio di fondazione dal 1° luglio 2010, in precedenza ricopriva anche la carica di CEO dell'SV Group. I miei contatti nell'ambito sanitario e alimentare e le mie esperienze a livello dirigenziale mi sono comunque utili nella mia attività e per questo accetto l'incarico con piacere.
La Fondazione SV mi affascina davvero e ritengo dunque prioritario dare seguito all'impegno di Else Züblin-Spiller.
Essendo limitate le risorse finanziarie, la Fondazione SV non può ovviamente sostenere tutti i progetti. Per tale motivo ci impegniamo per unire alcuni progetti creando così delle sinergie.
Lavorando per l'SV Group ho imparato a comprendere più a fondo la filosofia della ristorazione collettiva e sono fiera di farne parte. La ristorazione collettiva svolge un ruolo importante nella prevenzione e sostiene perciò gli obiettivi della nostra categoria professionale. Già in anticipo l'SV Group ha assunto un impegno d'attualità: nella nostra impresa, infatti, temi quali «salute e sostenibilità» stanno assumendo sempre maggiore importanza. È per me un piacere vedere che più colleghe e colleghi assumono incarichi nella ristorazione collettiva, contribuendo a plasmare questa evoluzione.

Ulteriori informazioni
1) www.sv-stiftung.ch
2) www.sv-group.ch
3) http://www.caritas-markt.ch/gesundheit

Rapsöl – von der Blume zum Öl

Raps bietet Mehrwert für alle. Während sich die blühenden Rapsfelder wie ein gelber Teppich über die Schweizer Landschaft ziehen, profitieren die Bienen als Erste von der Pflanze. Später wird aus den Samen das wertvolle Speiseöl gewonnen. Der eiweissreiche Rapspresskuchen wird als hochwertiges, heimisches Eiweissfuttermittel verwendet. Der Boden des Rapsackers ist nach der Ernte optimal für Getreide vorbereitet.

Der Rapsanbau – ein Gewinn für die Landwirtschaft

Blühende Rapsfelder sind Schmuckstücke der Landwirtschaft, die mit ihrem leuchtenden Gelb die Menschen erfreuen. Der Rapsanbau wirkt sich auch positiv auf die Vielfalt von Insekten aus und fördert somit die Biodiversität. Insbesondere die Bienen ernähren sich gerne von den Rapsblüten. Aufgrund des grossflächigen Anbaus kann der fein und schmalzähnlich kandierende Rapshonig als sortenreiner Honig geerntet werden.

Sobald die Blüten befruchtet sind, bilden sie Schoten, in welchen unzählige kleine Körner heranwachsen. Ab Mitte Juli sind die Pflanzen trocken und beige, die Körner dagegen schwarz. Nun werden sie mit dem Mähdrescher geerntet und in Sammelstellen abgeliefert, wo sie gereinigt und getrocknet werden. Rund 80 000 Tonnen Rapssamen werden jährlich den Ölwerken zugeführt. Das gehäckselte Rapsstroh wird nach der Ernte in den Acker eingearbeitet und dient der Humusrückführung. Da die Rapspflanze den Boden lockert, Krankheitszyklen des Getreides unterbricht und Unkraut verdrängt, trägt sie im Fruchtwechsel mit Getreide zu einem höheren Körnerertrag bei.

Das Rapsöl – ein Gewinn für die Küche

Rapssamen enthalten 40–45 % Öl. Um dieses auszupressen, werden die Samen gequetscht und gemahlen. Ob Kalt- oder Heisspressung, die Rapsölgewinnung in der Schweiz kommt ohne Lösungsmittel aus. Der Rapspresskuchen wird als hochwertiges, heimisches Eiweissfuttermittel eingesetzt.

Kalt gepresstes Rapsöl wird nicht raffiniert. Es enthält deshalb mehr Aroma- und Farbstoffe, schmeckt intensiver und eignet sich besonders für die kalte Küche. Andererseits ist kalt gepresstes Rapsöl weniger lange haltbar.

Das heiss gepresste Rapsöl durchläuft verschiedene Schritte des Raffinierens, um unerwünschte Inhaltsstoffe zu entfernen und das Öl zu stabilisieren: Die Erhitzung deaktiviert verschiedene Enzyme und stoppt Abbauprozesse.

Bei der Entschleimung werden bitter schmeckende Stoffe entfernt, die das Öl mikrobiologisch instabil machen. Freie Fettsäuren, die den Abbau des Öls beschleunigen und durch einen ranzigen Geschmack erkennbar sind, werden neutralisiert. Das Filtern und Bleichen reduziert metallische Prooxidanzien, Sterole und unerwünschte Farbstoffe. Im letzten Schritt wird das Öl desodorisiert. Dazu wird Wasserdampf durch das Öl geblasen, welcher geruchs- und geschmacksintensive Stoffe und Pestizide mitreisst. Herkömmliches Schweizer Rapsöl für die kalte und warme Küche und HOLL-Rapsöl für die heisse Küche werden getrennt verarbeitet, durchlaufen aber dieselben Prozesse.

Einfluss der Raffination auf den gesundheitlichen Wert des Öls

In den Schweizer Ölen bleiben dank den optimierten Produktionsverfahren maximale Mengen des Vitamins E und der mehrfach ungesättigten Fettsäuren Linol- und Alpha-Linolensäure erhalten, und es werden kaum Transfettsäuren gebildet. Raffiniertes Rapsöl enthält nur 20 % weniger Vitamin E als kalt gepresstes Rapsöl. Mit den empfohlenen Mengen Rapsöl und einer ausgewogenen Ernährung wird der Bedarf an Vitamin E problemlos gedeckt. Das Fettsäuremuster wird durch die Raffination praktisch nicht verändert. Der Grenzwert von 2 g/100 g Transfettsäuren wird mit 0,5–1,5 % deutlich unterschritten.

Weitere Einsatzgebiete von Rapsöl

Rapsöl wird auch für die Herstellung von kosmetischen und chemischen Produkten wie Salben, Seifen, Waschmitteln, Farben, Lacke, Schmiermitteln und Plastik eingesetzt. Entsprechend der zukünftigen Verwendung werden dazu spezielle Rapssorten angebaut. Die Biodieselproduktion aus Rapsöl wurde in der Schweiz nicht umgesetzt. Die Gesamtökobilanz von Biodiesel führt in vielen Studien zu einem negativen Ergebnis, sofern nicht Abfallrohstoffe verwendet werden. Zudem wird das Potenzial von Biodiesel in der Schweiz als gering eingestuft.

Vom Feld in die Flasche wird in der Schweiz darauf geachtet, dass Raps umweltschonend angebaut und nährwertschonend verarbeitet wird, kurz: Das Öl trägt deshalb die Auszeichnung «Suisse Garantie». Es profitieren alle Akteure entlang der Wertschöpfungskette, vom Bauern bis zum Konsumenten, von Schweizer Rapsöl.

Eine Information des Vereins Schweizer Rapsöl. www.raps.ch

Raps Colza

SUISSE GARANTIE

Schweiz. Natürlich.

L'huile de colza – de la fleur à l'huile

Le colza apporte un PLUS pour tous. Alors que les champs de colza fleurissent et parent de jaune la campagne suisse, les abeilles sont les premières à en profiter. Le moment venu, une précieuse huile sera extraite des graines. Les tourteaux issus du pressurage fourniront au bétail une nourriture indigène riche en protéines. Enfin, la terre des champs, une fois le colza récolté, offre les conditions optimales pour une future culture.

Les champs de colza – atouts agricoles

Au cœur de la biodiversité, la culture du colza présente plusieurs avantages agronomiques : rotation des cultures améliorée, rendement du blé qui suit naturellement stimulé, cycle des maladies des céréales interrompu, désherbage facilité. La plante de colza permet une culture plus économique et respectueuse de l'environnement. Les abeilles en particulier butinent volontiers les fleurs de ces vastes champs, nous offrant ainsi un miel pur, 100 % colza au goût typique, sucré et frais.

Une fois les fleurs fécondées se forment des gousses contenant de nombreuses petites graines noires. La plante murit, sèche et brunit. A partir de la mi-juillet, le colza est récolté à l'aide d'une moissonneuse-batteuse et livré dans des centres collecteurs, où il est nettoyé et séché si besoin. Annuellement, environ 80 000 tonnes de colza sont acheminées vers les huileries.

Les huiles de colza – atouts en cuisine

Les graines de colza contiennent 40 à 45 % d'huile. Avant d'être pressées, les graines sont broyées et moulues. Pression à chaud ou à froid, aucun solvant n'est utilisé en Suisse pour extraire l'huile. Le rendement est moindre mais l'huile est ménagée et nécessite moins de traitements ultérieurs. Les tourteaux issus du pressage constituent un aliment indigène riche en protéines pour le bétail.

L'huile pressée à froid ne subit pas de raffinage. Elle se distingue par son goût et odeur intenses, mais contient des substances qui la rendent fragile et limitent sa durée de conservation. Elle sera idéale pour les préparations culinaires froides.

Les huiles pressées à chaud passent par les différentes étapes du raffinage afin d'éliminer les substances indésirables et d'obtenir une bonne stabilité. La démucilagination enlève les substances mucilagineuses qui donnent un goût amer et accélèrent la décomposition microbiologique ; les acides gras libres (AGL) responsables de l'altération du goût et de la dégradation de l'huile sont neutralisés (désacidification) ; le blanchiment et filtrage éliminent les oligo-éléments métalliques pro-oxydants, stérols et colorants indésirables. L'huile ainsi semi-raffinée subit une dernière étape d'étuvage sous vide à haute température (désodorisation/vaporisation) ôtant les ultimes résidus, notamment les pesticides.

Que ce soit de l'huile issue du colza classique pour la cuisine froide ou chaude ou du colza HOLL réservé à la cuisson, le traitement appliqué est identique et bien évidemment effectué séparément.

Impact nutritionnel du raffinage

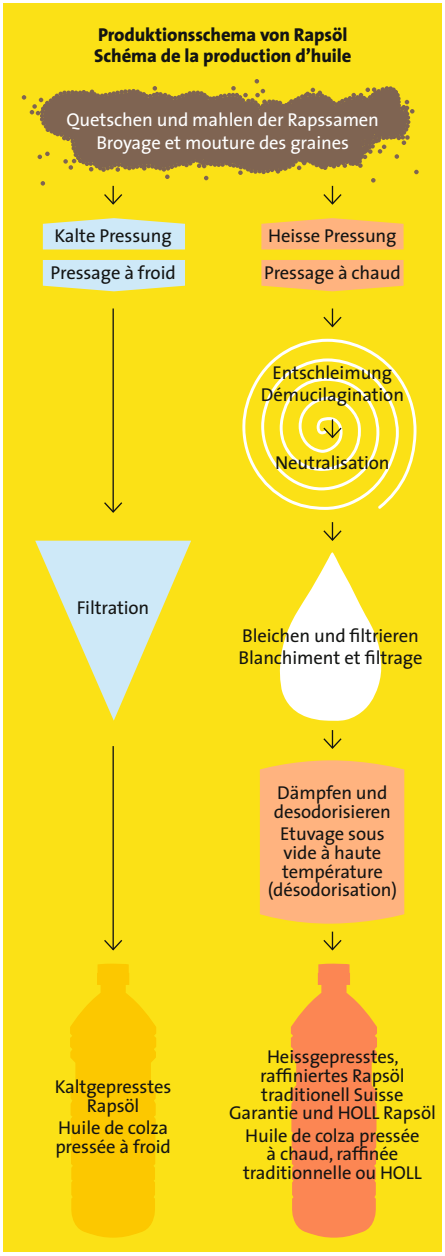
L'optimisation du raffinage appliqué dans les huiles suisses permet de préserver au maximum les antioxydants naturels (vitamine E) et acides gras (AG) polyinsaturés tout en limitant la formation d'AG trans.

L'huile raffinée contient seulement 20 % de moins de vitamine E et stérols végétaux que l'huile pressée à froid. En respectant les quantités conseillées d'huile de colza par jour et une alimentation équilibrée, les besoins en vitamine E seront couverts sans problème. Le profil des acides gras n'est pratiquement pas modifié. Après la désodorisation génératrice potentielle d'AG trans, la valeur limite de 2 g / 100 g est respectée, leur teneur dans l'huile n'excédant pas 0,5 à 1,5 %.

Usages alternatifs du colza

L'huile de colza est aussi utilisée comme bioproduit dans l'industrie cosmétique et chimique pour la fabrication de crème, savon, lessive, peinture, vernis, encre, textile, lubrifiant, plastique. La variété de colza cultivée est fonction de l'utilisation industrielle prévue. La production de biodiesel à partir de colza n'a pas été poursuivie. Plusieurs études ont présenté un écobilan négatif de ce carburant dans la mesure où il n'est pas produit à partir des déchets des plantes. Le potentiel du biodiesel de colza en Suisse a été considéré comme faible.

Du champ à la bouteille, une grande attention est portée en Suisse pour que le colza soit cultivé de manière respectueuse de l'environnement et transformé en ménageant ses qualités nutritionnelles. Ainsi chacun, du producteur au consommateur, tire le meilleur profit de l'huile de colza portant la marque Suisse Garantie.



Une information de l'Association Huile de colza suisse.
www.colza.ch

Krebs und Ernährung. Risiken und Prävention – wissenschaftliche Grundlagen für Ernährungsempfehlungen.

Hrsg. S. Knasmüller; M. Misik, W. Parzefall, K. Wagner. Thieme Verlag, Stuttgart. 2014. ISBN 978-3-13-154 211-3 (auch als E-Book erhältlich). 420 Seiten, 159 Abbildungen

Die Autoren kommen aus den Disziplinen Biologie, Chemie, Toxikologie und Ernährungswissenschaften und sind an der Universitätsklinik in Wien für das Institut für Krebsforschung sowie an der Universität Wien im Department für Ernährungswissenschaften tätig. Entsprechend wissenschaftlich fundiert wird das Thema Krebs und Ernährung dargestellt. Im ersten Teil werden allgemeine Grundlagen zur Entstehung von Tumoren sowie die Methoden und Modelle der Krebsforschung zur Untersuchung von Nahrungsinhaltsstoffen vermittelt. In kurzen Abschnitten werden beispielsweise komplizierte Begriffe wie Apoptose, Phase-II-Enzyme oder Histonacetylierung in kompakter und verständlicher Weise erklärt.

Die Risikofaktoren für die Krebsentstehung wie Fleisch, Alkohol, Lebensmittelzusatzstoffe sowie Nitrosamine, Acrylamid, Polychlorierte Biphenyle etc. werden charakterisiert und bewertet. Ihr Vorkommen, die Verstoffwechselung, tierexperimentelle Befunde und Ergebnisse von Humanstudien bieten Grundlagen zur Risikoabschätzung. Ähnlich strukturiert werden stabilisierende oder schützende Faktoren wie Mikronährstoffe und andere Inhaltsstoffe zur Chemoprävention detailliert vorgestellt. Eingefügt sind «Exkurse», welche häufige Fragen beantworten, die in den Medien erscheinen, oder Studien werden kritisch kommentiert, wie zum Beispiel:

- Krebsschutz durch regelmässigen Kaffeekonsum?
- Wie viele Tomaten muss man konsumieren, um einen Schutz vor Prostatakrebs zu erreichen?
- Hautkrebs oder Vitaminmangel – die Qual der Wahl?
- Fortifikation und Supplementierung von Lebensmitteln mit Folsäure: keine zielführende Strategie zur Verbesserung des Gesundheitszustandes.

In jedem Kapitel dienen zahlreiche Abbildungen der Veranschaulichung von Textinhalten und abgeschlossen wird jedes Kapitel mit kurzen Zusammenfassungen und einem ausführlichen und aktuellen Literaturverzeichnis.

Die Autoren stellen fest, dass heutzutage sehr viele Menschen ihre Informationen bezüglich Ernährung und Erkrankungen durch Berichte in Medien mit wissenschaftlich nicht fundierten Halbwahrheiten beziehen. Auch für Ernährungsfachpersonen ist es nicht einfach, bei dem ständig wachsenden Wissen, sich aktuell zu halten, um evidenzbasierte Empfehlungen zu geben.

Deshalb gehört dieses Buch in die Literaturliste der Fachhochschulen für Ernährung und Diätetik und ist ein Nachschlagewerk für jede Ernährungsberaterin, welche Personen bezüglich Primär- oder Sekundärprävention von Krebserkrankungen berät.

Dr. clin. nutr. Caroline Kiss, Ernährungsberaterin SVDE, Universitätsspital Basel

Endokrinologie & Stoffwechsel – Update

2 Punkte | points | punti SVDE ASDD

An der Tagung erfahren Sie wie gewohnt Aktuelles aus den Bereichen Pathophysiologie, Labor und Therapieansätze (medizinisch, chirurgisch, Lifestyle). Es werden aber auch Eigenheiten und Bedürfnisse dieser Patientengruppe genauer betrachtet.

Das Update stärkt Sie mit Fakten für den Berufsalltag und ist auf den Erwerb von Fachkompetenz ausgerichtet. Für eine vertiefte praktische Auseinandersetzung wird das Endokrinologie & Stoffwechsel – Update PLUS vom 14. Januar 2016 vorgeschlagen.

Datum: 12. November 2015
Ort: Winterthur

Souverän handeln unter Druck

4 Punkte | points | punti SVDE ASDD

Kennen Sie das? Eigentlich beraten und begleiten Sie Menschen mit gesundheitlichen Herausforderungen kompetent und mit Freude. Dennoch gibt es Situationen, in denen sie gestresster reagieren, als Ihnen lieb ist, und Sie nicht so handeln können, wie Sie es sich vorgenommen haben.

In diesem Seminar lernen Sie hilfreiche Instrumente kennen, die Ihnen helfen, in beruflichen und privaten Stresssituationen souverän zu handeln. Dadurch gewinnen Sie innere Zufriedenheit und Ruhe.

Ziele
- Nachhaltige Erweiterung der Handlungsspielräume in emotionalen und zeitlichen Drucksituationen (Umgang mit Frustration, Mehrfachbelastung, Zeitdruck)
- Stressimpfungstraining
- Gewinn an Selbstsicherheit, Lebensfreude, Stressresistenz, Leistungsfähigkeit

Inhalt Grundkurs
- Reflexion eigener Verhaltens- und Reaktionsweisen in beruflichen Situationen
- Entwicklung neuer Handlungsmuster, die auch unter Druck optimal abgerufen und angewendet werden können
- Automatismen stoppen und situativ kompetent handeln
- Vorbereitung für die Umsetzung im Berufsalltag

Daten: 19. + 20. November 2015
Ort: Zürich

Endokrinologie & Stoffwechsel – Update PLUS

2 Punkte | points | punti SVDE ASDD

Als Fortsetzung zum Endokrinologie & Stoffwechsel Update vom vergangenen November ermöglicht Ihnen das Endokrinologie & Stoffwechsel Update PLUS den Blick in die Tiefe. Sie haben die Möglichkeit, sich interaktiv mit den angesprochenen Themen auseinanderzusetzen, Fragestellungen aus Ihrem Berufsalltag zu diskutieren und Erfahrungen mit Berufskolleginnen und -kollegen, aber auch mit ReferentInnen auszutauschen. Die Tagung hat zum Ziel, die Handlungs- und Beratungskompetenz in diesem Themenbereich zu erweitern.

Das Programm baut auf dem Endokrinologie & Stoffwechsel Update auf und wird auf die Bedürfnisse der TeilnehmerInnen abgestimmt. Die Teilnahme am Basis Update ist deshalb eine zwingende Voraussetzung für die Anmeldung zum Endokrinologie & Stoffwechsel Update PLUS.

Datum: 14. Januar 2016
Ort: Winterthur

Weitere Informationen sowie das Anmeldeformular finden Sie unter: www.svde-asdd.ch | Bildung | Fort- und Weiterbildung | SVDE-Kurse

Conduite de projets (GDPM – Goal Directed Project Management)

6 Punkte | points | punti SVDE ASDD

Contenu
Par des exposés, des exemples concrets, des études de cas, des discussions et échanges entre participants, Denis Hertz (WAKAN) cherchera à stimuler l'action concrète des personnes présentes.
Vous entraînerez la planification en jalons, la définition des rôles et des responsabilités explicites des acteurs des projets, donc sur les relations des personnes avec le système.
Vous recevrez des documents utiles pour une communication homogène aux différentes parties prenantes tout au long du projet.
Par des jeux de rôles, vous explorerez également la subtilité de la conduite d'une équipe, en tenant compte des différents styles, compétences et expériences de chacun.

Objectifs
Permettre aux participant-e-s de se familiariser avec les concepts et les techniques de base, s'initier à la démarche et aux outils classiques, et stimuler les discussions et échanges relativement à leurs expériences dans le domaine de la conduite de projet.

Cette formation permettra aux participant-e-s d'exercer:
- les objectifs du projet, sa place et son rôle au sein de l'organisation,
- l'équipe de projet, facteur critique du succès (composition, relation entre ses membres, interactions dans l'organisation),
- la planification du projet (chemin critique, étapes essentielles),
- le déroulement du projet (contrôle et suivi des activités, gestion des ressources et des coûts),
- la gestion du temps,
- le rôle du management de l'organisation,
- une approche sommaire des outils informatiques d'aide à la gestion de projets.

Dates: 18 et 19 janvier 2016 + 8 mars 2016
Lieu: Genève

Maladie cœliaque, sensibilité non cœliaque au gluten et FODMAPs

4 Punkte | points | punti SVDE ASDD

Contenu
Nous vous proposons au cours de la première journée de:
- faire le point sur l'évolution de la maladie cœliaque ainsi que sur les perspectives de traitements,
- différencier maladie cœliaque et sensibilité non cœliaque au gluten et connaître les approches nutritionnelles spécifiques à chacune d'elles,
- travailler sur les ingrédients susceptibles de contenir du gluten, connaître les aspects législatifs dans le domaine, les méthodes de dosage du gluten dans les aliments et les modifications des glutens dans le blé.

Au cours de la seconde journée, nous vous proposons:
- une mise au point concernant le microbiote: ses rôles dans le maintien de la santé et du bien-être, les mécanismes susceptibles de le perturber ou de le moduler,
- une présentation du concept FODMAPs: tests de dépistage de l'intolérance, alimentation pauvre en FODMAPs, prise en charge et suivi.

Objectifs
La vogue du sans gluten et du sans lactose gagne du terrain, phénomène qui va de pair avec l'augmentation des troubles fonctionnels digestifs (TDF). Ce phénomène du «sans» exprime des préoccupations alimentaires et diététiques sur lesquelles, comme professionnels de la nutrition, nous devons nous pencher. Ces TDF, chroniques, ont un impact direct et indirect sur la vie socio-professionnelle et la santé et péjorent la qualité de vie. Ils engendrent de nombreuses prises en charge médicales et alternatives. Ainsi, des connaissances actualisées sur la maladie cœliaque, la sensibilité non cœliaque au gluten et le concept FODMAPs sont essentielles pour guider nos patients.
Si hier, la maladie cœliaque était surtout diagnostiquée chez l'enfant, aujourd'hui on la dépiste de plus en plus chez l'adulte, et son seul traitement actuel est l'alimentation excluant le gluten de façon stricte.
Les FODMAPs ou hydrates de carbone à chaîne courte rapidement fermentescibles, constituent une approche émergeante qui viserait une amélioration de la symptomatologie digestive lors de syndrome du côlon irritable.

Dates: 9 + 10 mars 2016
Lieu: Lausanne

Mindfulness et mindful eating

2 Punkte | points | punti SVDE ASDD

Contenu
Sera précisé ultérieurement.

Objectifs
Jon Kabat Zinn définit la pleine conscience comme étant l'état de conscience qui résulte du fait de porter son attention, intentionnellement, au moment présent, sans juger, sur l'expérience qui se déploie moment après moment.
A ce jour, plusieurs types d'interventions basées sur la pleine conscience sont validés par la recherche scientifique et le domaine est en plein essor. Par exemple, plusieurs études ont démontré que la méditation en pleine conscience diminue les crises alimentaires et les compulsions.
La pleine conscience est une pratique qui se développe dans les interventions des professionnels de la nutrition, en combinaison à d'autres outils.
La formation proposée ici est une introduction à la pleine conscience, développant trois axes:
1. une présentation des modèles théoriques
2. des applications concrètes en lien avec les problématiques alimentaires
3. des expériences personnelles et des exercices pratiques

Date: 20 mai 2016
Lieu: Lausanne

Hormones et régulation pondérale 3ème volet: Hormones sexuelles

2 Punkte | points | punti SVDE ASDD

Contenu
- Hormones féminines: effets sur la composition corporelle et le comportement alimentaire.
- Lecture critique d'un article de référence.
- Syndrome prémenstruel, ménopause, syndrome des ovaires polykystiques: symptômes, étiologies, traitements, prises en charge nutritionnelles.
- Traitements hormonaux substitutifs: indications en 2016.
- Hormones masculines: effets sur la composition corporelle et le comportement alimentaire.
- Andropause et nutrition.

Objectifs
De nombreux facteurs influencent le comportement alimentaire et la régulation pondérale. Cette année, la session proposée a pour but de clarifier l'impact des hormones sexuelles sur la composition corporelle, dans différentes phases de la vie.

Objectifs de la formation
- Développer des connaissances sur la physiologie des hormones sexuelles et leurs implications sur la régulation pondérale.
- Evaluer de façon critique un article académique concernant les répercussions sur la composition corporelle d'un traitement hormonal substitutif.
- Acquérir des connaissances spécifiques sur le syndrome prémenstruel, la ménopause, le syndrome des ovaires polykystiques.
- Acquérir des connaissances sur les thérapies nutritionnelles en cas de troubles hormonaux.
- Développer des connaissances sur l'andropause.

Date: 9 juin 2016
Lieu: Lausanne

**Veuillez vous inscrire sur:
www.hesge.ch/heds
Formation continue I Sessions courtes I Nutrition et diététique**

KURSÜBERSICHT
VUE D'ENSEMBLE DES COURS
PANORAMICA DEI CORSI

Weitere Informationen der folgenden Veranstaltungen finden Sie auf www.svde-asdd.ch (Bildung > Fort- und Weiterbildung > Kursübersicht). Die Kursübersicht wird ständig aktualisiert und mit weiteren Veranstaltungen ergänzt.

Pour plus d'informations concernant les manifestations suivantes, consultez www.svde-asdd.ch (Formation > Formation continue et post-grade > vue d'ensemble des cours). La vue d'ensemble des cours régulièrement actualisé et complété avec les nouvelles manifestations.

Per maggiori informazioni sui prossimi eventi consultate www.svde-asdd.ch. La panoramica dei corsi è costantemente aggiornata e completata con altri importanti avvenimenti.

Datum Date Data	Ort Lieu Luogo	Veranstaltung Manifestation Manifestazione	SVDE-Punkte Points ASDD Punti ASDD
29.10.15	Luzern	**Onkologie und Ernährung** Hotel Continental, Luzern	**2**
29.10.15	Genève	**JOURNÉE MONDIALE DE L'AVC** Hôpital Universitaire Genève, Genève	**–**
29.10.15	Zürich	**Ernährungspanorama – Gestalttherapeutisches Vorgehen** IKP, Zürich	**2**
29.10.15	Bern	**Bariatrie und Metabolik: Multiprofessionelles Management** Inselspital Bern, Kinderklinik, Kursraum 1, Bern	**1**
29.10.15	Bern	**GESKES-Zertifikatskurs und Berner Adipositas Symposium** Inselspital Bern, Bern	**–**
30.10.15	Basel	**Nutrition Care Process und Terminologie (NCPT) – Aufbaukurs: Interventionen** SVDE ASDD	**2**
30.10.15	Rheinfelden	**Psychosomatik und Gastroenterologie** Klinik Schützen, Rheinfelden	**2**
05.11.15	Gümligen	**Aktuelle Kostform im Heim und Spital – Fingerfood und Mangelernährung** Forum Culinaire, HACO AG, Gümligen	**1**
05.11.15	Bonn	**Seminar Fütterstörungen bei Säuglingen und Kleinkindern** Deutsche Gesellschaft für Ernährung e. V., Bonn	**2**
05.11.15	Lausanne	**Journée de nutrition et métabolisme en SI** CHUV Lausanne, Lausanne	**–**
06.11.15–07.11.15	Bern	**Seminar Nahrungsmittelallergien** aha! Allergiezentrum Schweiz, Bern	**4**
06.11.15–08.11.15	Essen	**JA-PED 2015 | Gemeinsame Jahrestagung der AGPD und der DGKED** Haus der Technik, Essen	**–**
07.11.15	Zürich	**16. Tagung der IG Zöliakie der Deutschen Schweiz** Kongresshaus Zürich, Zürich	**–**
09.11.15–11.11.15	Bonn	**Seminar Eltern als Klienten – Der Familien-Systemische Ansatz in der Ernährungsberatung** Deutsche Gesellschaft für Ernährung e. V., Bonn	**5**
12.11.15	Winterthur	**Endokrinologie und Stoffwechsel – Update** SVDE ASDD	**2**
13.11.15	Zürich	**Recall-Change – Veränderungsarbeit in der Körperzentrierten Psychologischen Beratung** IKP Zürich, Zürich	**2**
17.11.15	Gümligen	**Wenn der Mensch vergisst, was er is(s)t** Forum Culinaire, HACO AG, Gümligen	**1**
19.11.15–20.11.15	Zürich	**Souverän Handeln unter Druck** SVDE ASDD	**4**
19.11.15–21.11.15	Würzburg	**18. Deutsche Mukoviszidose-Tagung** Congresszentrum Würzburg, Würzburg	**4**
24.11.15	Genève	**Les traitements du diabète et les implications alimentaires** HEdS Genève et SVDE ASDD	**2**
24.11.15	St. Gallen	**Ernährung in der Geriatrie** Hotel Einstein, St. Gallen	**1**
26.11.15	Yverdon-les-Bains	**Gériatrie et nutrition: actions précoces = fonctions préservées** Hotel La Prairie, Yverdon-les-Bains	**2**
03.12.15–05.12.15	Zürich	**Diabetes Update Refresher** Technopark Zürich, Zürich	**6**
04.12.15–05.12.15	Zürich	**Provozieren – aber richtig!** IKP Zürich, 8004 Zürich	**4**
10.12.15	Olten	**MSIT-Schulung 2015 zur Anerkennung als Adipositasspezialist/in für Kinder und Jugendliche** Konferenzhotel Arte, Olten	**2**

KURSÜBERSICHT
VUE D'ENSEMBLE DES COURS
PANORAMICA DEI CORSI

Datum Date Data	Ort Lieu Luogo	Veranstaltung Manifestation Manifestazione	SVDE-Punkte Points ASDD Punti ASDD
14.01.16	Winterthur	**Endokrinologie & Stoffwechsel Update PLUS** SVDE ASDD	**2**
14.01.16	Basel	**Basiskurs Klinische Ernährung** Universitätsspital Basel, Basel	**2**
14.01.16–15.01.16	Zürich	**kPNI Sport und Psyche** NHK Campus, Zürich	**–**
15.01.16	Zürich	**Säure-Basen-Haushalt nach Pischinger** NHK Campus, Zürich	**–**
18.01.16–08.03.16	Genève	**Conduite de projets (GDPM – Goal Directed Project Management)** HEdS Genève et SVDE ASDD	**6**
27.01.16	Olten	**SwissDRG – Neuerungen per 2016 – Workshop zu kniffligen Fällen** Coachingzentrum Olten GmbH, Olten	**2**
05.02.16–06.02.16	Genève	**Traitement physique des œdèmes** HEdS Genève et SVDE ASDD	**–**
19.02.16–26.11.16	Bern	**Achtsame Körperwahrnehmung und Emotionsregulation. Weiterbildung in der Therapie von Menschen mit psychosomatischen Erkrankungen, insbesondere Essverhaltensstörungen und Adipositas** Bern, Gartenraum, Bern	**6**
05.03.16	Zürich	**17. öffentliches IKP-Symposium: Depression, Schlaf und Körper – Interaktionen und Therapien** Volkshaus Zürich, Zürich	**2**
09.03.16–10.03.16	Genève	**Maladie cœliaque, sensibilité non cœliaque au gluten et FODMAPs** HEdS Genève et SVDE ASDD	**4**
14.03.16	Zürich	**Ernährung und Bewegungsapparat** NHK Campus, Zürich	**–**
04.04.16	Zürich	**Ernährung und Lymphsystem** NHK Campus, Zürich	**–**
08.04.16 –09.04.16	Bern	**NutriDays**	**4**
18.04.16	Genève	**Mindfulness et mindful eating** HEdS Genève et SVDE ASDD	**2**
02.06.16–03.06.16	Olten	**Motivierende Gesprächsführung – Grundkurs** Restaurant Aarhof, Olten	**2**
06.06.16	Zürich	**Ernährung bei Frauenkrankheiten** NHK Campus, Zürich	**2**
09.06.16	Genève	**Hormones et régulation pondérale** HEdS Genève et SVDE ASDD	**2**
11.07.16	Zürich	**Diabetes Typ 3 und Ernährung** NHK Campus, Zürich	**–**
23.09.16	Olten	**Motivierende Gesprächsführung – Aufbaukurs** Restaurant Aarhof, Olten	**2**
03.11.16–04.11.16	Olten	**Motivierende Gesprächsführung – Grundkurs** Restaurant Aarhof, Olten	**2**
11.11.16	Zürich	**Ernährung und Hämopyrrollaktamurie (HPU)** NHK Campus, Zürich	**–**

Emmi Benecol® – gut verträglich und sicher

Emmi Benecol® – bien toléré et sûr

Benecol® von Emmi enthält Pflanzenstanole in Form von Pflanzenstanolester. Die cholesterinsenkende Wirkung von Pflanzenstanolester sowie deren Sicherheit und Verträglichkeit konnte in spezifischen toxikologischen Untersuchungen, in über 70 publizierten klinischen Studien und in Sicherheitsbeurteilungen durch Lebensmittelbehörden verschiedener Länder gezeigt werden. Ein täglicher Konsum von 2g Pflanzenstanolen senkt den Cholesterinspiegel in 2–3 Wochen um bis zu 10% und hält ihn tief, solange Pflanzenstanole regelmässig eingenommen werden.

Sehr geringe Absorptionsrate

Pflanzenstanole hemmen nachweislich die Aufnahme von Cholesterin aus dem Verdauungstrakt. Die Absorptionsrate freier Pflanzenstanole in Blut ist jedoch sehr gering (0,04–0,2%) - auch dann, wenn diese über längere Zeit eingenommen werden und die Tagesdosis die derzeit empfohlenen 2g Pflanzenstanole übersteigt (bis zu 9g pro Tag). Emmi Benecol® ist für Personen bestimmt, die ihren Cholesterinspiegel kontrollieren möchten. Für schwangere, stillende Frauen und Kinder < 5 Jahren sind stanolhaltige Produkte nicht geeignet.

Plasmakonzentration von Vitamin A, D, E und K wird nicht beeinflusst

Die Plasmakonzentration der Vitamine A, D, E und K wird durch die Einnahme von Pflanzenstanolester nicht beeinflusst. Die Konzentration von Beta-Carotin kann sinken, bleibt jedoch innerhalb der empfohlenen Grenzwerte. Dieser Rückgang lässt sich mit dem Fokus auf eine gesunde Ernährung und die empfohlenen 5 Portionen Gemüse und Obst am Tag problemlos ausgleichen.

Benecol® d'Emmi contient des stanols végétaux sous la forme d'esters de stanols végétaux. L'effet anti-cholestérol des esters de stanols végétaux, tout comme leur sécurité et leur tolérance, ont pu être démontrés dans diverses études toxicologiques spécifiques, dans plus de 70 études cliniques publiées ainsi que dans les évaluations de sécurité des autorités alimentaires de plusieurs pays. La consommation quotidienne de 2g de stanols végétaux fait baisser le taux de cholestérol jusqu'à 10% en deux ou trois semaines, lequel est maintenu à un niveau bas avec une consommation régulière.

Un taux d'absorption très faible

Il est prouvé que les stanols végétaux freinent l'absorption du cholestérol dans le tube digestif. Le taux d'absorption des stanols végétaux libres dans le sang est cependant très faible (0,004–0,2%), même si l'on en consomme sur une longue période et si la dose journalière actuellement recommandée de 2 g de stanols végétaux est dépassée (jusqu'à 9 g par jour). Emmi Benecol® est destiné aux personnes qui souhaitent contrôler leur taux de cholestérol. Les produits contenant des stanols ne sont pas adaptés aux femmes enceintes, aux femmes qui allaitent et aux enfants de moins de 5 ans.

Aucune influence sur la concentration plasmatique des vitamines A, D, E et K

L'absorption d'esters de stanols végétaux n'a aucune influence sur la concentration plasmatique des vitamines A, D, E et K. La concentration de bêta-carotène peut baisser, mais elle reste dans les valeurs-limites recommandées. Cette baisse peut être facilement compensée si l'on privilégie une alimentation saine et que l'on consomme les cinq portions de fruits et de légumes recommandées.

ENTERALE ERNÄHRUNG

Fresubin® Protein POWDER

Molkenprotein in Pulverform
– hoher Leucingehalt

Des protéines de lactosérum en poudre
– riche en leucine

Fresenius Kabi (Schweiz) AG
Aawasserstrasse 2
6370 Oberdorf
Telefon 041 619 50 50
Telefax 041 619 50 80
www.fresenius.ch

InfoLine 0800 800 877
InfoMail@fresenius-kabi.com

FRESENIUS KABI
caring for life