



SVDE ASDD

Schweizerischer Verband
der Ernährungsberater/innen

Association suisse
des diététicien-ne-s

Associazione Svizzera
delle-dei Dietiste-i

SVDE ASDD

Info

Dezember | Décembre | Dicembre

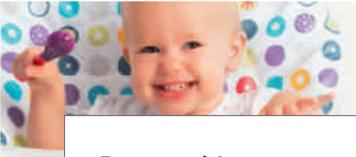
6/2018



Ernährungstherapie bei Stroke
Thérapie nutritionnelle en cas d'AVC
Terapia nutrizionale in seguito a un ictus

Beratungsmaterial gesucht? Nutzen Sie unser Angebot!

Milcheiweissallergie bei Kleinkindern



Bei einer Allergie reagiert das Immunsystem auf bestimmte Stoffe – meist besteht dies hauptsächlich aus Eiweiss und das ist bei der Milchweissallergie bei Säuglingen und Kleinkindern der Fall. Die Milchweissallergie ist eine Allergie, die durch das Eiweiss im Milchprotein verursacht wird. Die Betroffenen reagieren auf das Eiweiss in der Milch, das in der Muttermilch oder in Milchprodukten enthalten ist.

Was ist zu tun?
Stellt der Arzt eine Milchallergie fest, sind Milchprodukte und Milch zu vermeiden. Wichtig ist, dass Sie auf der Packung des Produktes nachlesen, ob es Milch enthält.

Fragen und Antworten zur Laktoseintoleranz



Muss man auf Milchprodukte verzichten?
Nein. Es sollte nicht auf Milchprodukte verzichtet werden. Käse (Extraktart, Hart-, Halbhart- und Weichkäse) enthält keine Laktose mehr. Butter und Rahm nur geringe Mengen, diese Produkte werden ebenfalls gut vertragen. Sauermilchprodukte wie Joghurt oder Kefir bestehen oft ebenfalls aus Milch, sind aber durch die Fermentation so verarbeitet, dass sie keine Laktose enthalten, welche die Verdauung erschweren. Alle anderen Milchprodukte (z. B. Quark, Frischkäse, Milch) müssen getrunken oder durch die laktosefreie Variante ersetzt werden.

Sind Milchprodukte überhaupt nötig?
Ja. Milch und Milchprodukte gehören zu einer ausgewogenen Ernährung und sollten täglich konsumiert werden. Die Empfehlung lautet: drei Portionen am Tag. Das sind zum Beispiel ein Glas (200 ml) Milch, ein Becher Joghurt und ein Stück Käse.

Was ist über Nahrungsmittelallergien zu wissen?
Nicht alle Nahrungsmittelallergien sind lebensbedrohlich. Die meisten Allergien sind durch Kreuzreaktionen mit anderen Nahrungsmitteln bedingt. Bei einer Nahrungsmittelallergie ist es wichtig, die Ursache zu ermitteln und zu vermeiden. Ein Arzt kann bei der Diagnose helfen.

Mahlzeiten mit moderatem Kohlenhydratanteil Frühstück



Himbeeren-Äpfel-Müsli

Für 1 Person
Ca. 20 Minuten

Zutaten

- 50g Haferflocken
- 50g Apfel, geraffelt
- 100g Himbeeren
- 1 Ei, Zitronensaft
- 200g Joghurt natur
- 30g Baumnüsse, grob gehackt
- Zimt

Zubereitung

1. Haferflocken mit ca. 0,5 l kochendem Wasser übergossen, kurz quellen lassen.
2. Apfel, Himbeeren, Zitronensaft und Joghurt dazugeben.
3. Nüsse und Zimt beifügen.

Nährwerte pro Person
Energie: 212 kJ (50 kcal), Fett: 4,1g, Eiweiss: 10,1g, Kohlenhydrate: 44g

Mahlzeiten mit niedrigem Kohlenhydratanteil Hauptmahlzeit



Quinoa-Gemüse-Salat mit Kräuterquark

Für 1 Person
Ca. 30 Minuten

Zutaten

- 1 l Wasser und wenig Gemüsebouillonpaste
- 100g Broccoli, in Würfel
- 100g Quinoa (niedriges Kohlenhydrat)
- 100g grüne Paprika, in Würfel
- 1 Ei, Essig
- 1 EL Rapsöl
- Salz, Pfeffer, Paprika, Curry
- Kräuterquark
- 250g Haferflockenquark
- Petersilie, Schnittlauch
- Salz, Pfeffer

Zubereitung

1. Salat, Wasser und Bouillonpaste aufkochen. Broccoli und Quinoa beifügen. 15-20 Minuten zugedeckt weich kochen. Leicht auskühlen lassen. Paprika hacken.

Natürlich gesund essen



Die Ernährungspyramide zeigt die empfohlene Menge an Nahrungsmitteln pro Tag. Die Basis bilden Getreide, Gemüse und Obst. Die Spitze bilden Fett, Salz und Zucker. Die Pyramide ist in fünf Ebenen unterteilt: 1. Getreide, Gemüse, Obst; 2. Milch und Milchprodukte; 3. Eiweiss; 4. Fett, Salz, Zucker; 5. Alkohol.

Die Milch ist in der Ernährungsforschung wie auch in der Ernährungsberatung immer ein Thema.

Wir bieten praxisgerechte Beratungsmaterialien an – beispielsweise zum flexiblen Teller, zur Ernährungspyramide, zu den Themen Laktoseintoleranz, Knochengesundheit, Ernährung von Mutter und Kind.

Wir informieren regelmässig über Relevantes aus der Wissenschaft und sind Anlaufstelle für Fragen rund um Milch und Milchprodukte.

Wir freuen uns, wenn Sie ... den 6-mal im Jahr erscheinenden Fach-Newsletter abonnieren; ... das jährliche Symposium zu einem aktuellen Thema besuchen; ... unsere ausführliche Online-Fachbibliothek nutzen.

Besuchen Sie uns auf swissmilk.ch/nutrition

Schweizer Milchproduzenten SMP
Swissmilk
Ernährung & Kulinarik
Weststrasse 10
3000 Bern 6



NutriDays

Kongress der Ernährung und Diätetik
Congrès de la nutrition et diététique

Schon reserviert?

NutriDays 2019

29. + 30. März 2019 in Bern

Die SVDE-Generalversammlung findet im
Rahmen der NutriDays am 30. März 2019 statt.

www.nutridays.ch

Déjà réservé?

NutriDays 2019

29 + 30 mars 2019 à Berne

L'assemblée générale de l'ASDD se tiendra
le 30 mars 2019 dans le cadre des NutriDays.

www.nutridays.ch

Mein Wohlfühl- Geheimnis



Bei Blähungen,
Verstopfung
oder Durchfall.

- ⊕ Neutraler Geschmack;
einfach in der Anwendung
- ⊕ Reguliert Ihre Darmflora,
indem es die guten
Bakterien nährt
- ⊕ 100% pflanzliche
Nahrungsfasern

Bestellen Sie ein
Gratismuster unter
optifibre.ch

OptiFibre

Finden Sie Ihr natürliches
Wohlbefinden wieder

DEUTSCHSCHWEIZ

Editorial	2
Fachteil	4
Wort der Präsidentin	23
Aktuelles	27
Kursübersicht	35

SUISSE ROMANDE

Editorial	2
Rubrique professionnelle	9
Le mot de la présidente	23
Actualité	27
Vue d'ensemble des cours	35

SVIZZERA ITALIANA

Editoriale	2
Rubrica professionale	16
Parola della presidentessa	23
Attualità	27
Panoramica dei corsi	35

Impressum

Offizielles Organ des SVDE / Organo ufficiale dell'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
service@svde-asdd.ch, www.svde-asdd.ch

Redaktion / Rédaction / Redazione

SVDE ASDD, Stefanie Trösch,
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: 1400

Themen / Sujets / Temi

- 1/2019 Forschung von und für ERB
La recherche par et pour les diététicien-ne-s
La ricerca da e per dietisti
- 2/2019 Gemeinschaftsverpflegung im Spital
La restauration collective en milieu hospitalier
La ristorazione collettiva negli ospedali
- 3/2019 Interprofessionalität/NutriDays
Interprofessionalité/NutriDays
Interprofessionalità/NutriDays
- 4/2019 Zucker und Alternativen
Le sucre et ses alternatives
Lo zucchero e sue alternative
- 5/2019 Ernährungstherapie bei Bariatrie
Thérapie nutritionnelle et chirurgie bariatrique
Terapia nutrizionale e chirurgia bariatrica
- 6/2019 Lebererkrankungen
Les maladies hépatiques
Le malattie del fegato

Druck / Impression / Stampa

Multicolor Print AG, Baar

Redaktions- und Inserateschluss / Délais des insertions
et de rédaction / Termine d'inserzione et di redazione:
1/19: 8. Januar, 8 janvier, 8 gennaio 2019

Tarifikomponenten / Documentazione tariffaire /
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
service@svde-asdd.ch, www.svde-asdd.ch

Präsidentin / Présidente / Presidentessa

Gabi Fontana
gabi.fontana@svde-asdd.ch

Vizepräsident/in / Vice-présidentes / Vice presidenti

Adrian Rufener
adrian.rufener@svde-asdd.ch
Barbara Richli
barbara.richli@svde-asdd.ch

Vorstand / Comité / Comitato direttivo

Bildungsstandards / Standards de formation /
Standard formativi
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

Fortbildung / Formation continue / Formazione continua

Anne Blancheteau
anne.blancheteau@svde-asdd.ch

Titelbild / Photo de couverture / Illustrazione di copertina

shutterstock

ISSN 2504-1681

Schlüsseltitel: Info
(Schweizerischer Verband der Ernährungsberater/Innen)

**Fachgruppe Dysphagie
Groupe spécialisé Dysphagie
Gruppo professionale sulla disfagia**

Liebe Leserinnen und Leser

Vor etwas mehr als einem Jahr haben wir uns in der Fachgruppe Dysphagie dazu entschieden, einen Artikel zur Gestaltung der Ernährungstherapie bei einem Stroke zu verfassen. Unser Ziel war es, mit diesem Artikel einen Überblick über den aktuellen Forschungsstand zu erarbeiten und dadurch unseren Berufskolleginnen und -kollegen eine Grundlage für die Gestaltung der Ernährungstherapie in diesem Themengebiet zur Verfügung zu stellen. Entsprechend haben wir uns für eine Publikation im SVDE ASDD Info entschieden. Der Anstoß dazu kam von Julia Sprunger, welche im Vorfeld eine umfassende Literaturrecherche durchgeführt hatte. Für ihren massgeblichen Anteil an der Entstehung dieses Artikels gebührt ihr ein besonderer Dank. Aufgrund der Literaturrecherche von Julia haben wir den Artikel anschließend gemeinsam in der Fachgruppe verfasst. Dies war ein intensiver, jederzeit konstruktiv geprägter Auseinandersetzungsprozess und hat uns als Fachgruppe weitergebracht. Uns ist es gelungen, gemeinsam einen Standard zu definieren, welcher bei der Betreuung von Patientinnen und Patienten mit einem Stroke berücksichtigt werden sollte.

Falls wir Sie nun «gluschtig» gemacht haben, ebenfalls als Fachgruppe oder als Einzelmitglied einen Artikel für das SVDE ASDD Info zu verfassen, können Sie mögliche Themenideen gerne der Redaktionskommission mitteilen. Diese prüft die Vorschläge im Rahmen der jährlichen Heftplanung und übernimmt sie gegebenenfalls für die Publikation.

Wir wünschen Ihnen eine anregende Lektüre.

Chères lectrices, chers lecteurs,

Voici un peu plus d'un an, nous avons pris la décision au sein du groupe spécialisé Dysphagie de rédiger un article sur la mise en place de la thérapie nutritionnelle en cas d'AVC. Notre objectif était de rapporter ainsi l'état actuel de la recherche et de fournir à nos collègues les bases nécessaires pour élaborer une thérapie nutritionnelle dans ce domaine. Sur l'initiative de Julia Sprunger, nous avons opté pour une publication dans SVDE ASDD Info. Par ses recherches approfondies, Julia a contribué dans une mesure déterminante à cet article et nous tenons à l'en remercier tout particulièrement. Sur la base des recherches littéraires de Julia, nous avons ensuite rédigé l'article en commun au sein du groupe spécialisé. Cela s'est fait dans le cadre d'un processus de réflexion intense et toujours constructif, qui nous a permis d'avancer en tant que groupe spécialisé. Nous avons réussi à définir ensemble un standard qui devrait être pris en compte pour le suivi de patient-e-s ayant subi un AVC.

Si nous vous avons donné envie d'écrire un article pour le SVDE ASDD Info, que se soit en tant que groupe spécialisé ou en qualité de membre individuel, vous pouvez faire part de vos idées de sujet à la commission de rédaction qui se fera un plaisir d'en prendre note. Celle-ci examine les propositions dans le cadre de sa planification annuelle des numéros et les reprend éventuellement pour la publication.

Nous espérons que la lecture de ce numéro vous inspirera.

Care lettrici, cari lettori,

Poco più di un anno fa, noi del gruppo professionale sulla disfagia abbiamo deciso di scrivere un articolo sulla pianificazione della terapia nutrizionale per pazienti colpiti da ictus. Il nostro obiettivo era di offrire una panoramica della situazione in cui si trova attualmente la ricerca, mettendo così a disposizione dei nostri colleghi e delle nostre colleghe una base per la pianificazione delle terapie nutrizionali in questo ambito tematico. Proprio a tale scopo, abbiamo anche deciso di pubblicare l'articolo nella rivista SVDE ASDD Info. A fornirci lo spunto è stata Julia Sprunger, che ha condotto in precedenza una ricerca bibliografica esaustiva, e alla quale rivolgiamo un ringraziamento speciale per l'importante contributo fornito alla preparazione di questo articolo. È sulla base della sua ricerca bibliografica che siamo infatti riusciti a redigere tutti insieme questo scritto. È stato un processo di discussione intenso e costruttivo, che ci ha aiutati anche a progredire come gruppo. Lavorando insieme, abbiamo potuto definire uno standard che dovrebbe essere preso in considerazione nella cura dei pazienti colpiti da ictus.

Siamo riusciti a risvegliare il vostro interesse? Piacerebbe anche a voi, come gruppo professionale o membri individuali, scrivere un articolo per la nostra rivista SVDE ASDD Info? Comunicate allora le vostre idee al comitato di redazione, che esaminerà le proposte al momento della pianificazione annuale della rivista e, qualora lo ritenesse opportuno, le inserirà nella pubblicazione.

Vi auguriamo una buona e stimolante lettura.

Neurologische Patienten brauchen einen Spezialisten – Schluckstörungen auch

Neurologische Erkrankungen wie Schlaganfall, Morbus Parkinson und Chorea Huntington können zu Schluckstörungen führen und gehen mit einem erhöhten Risiko für Mangelernährung, Atemwegsinfekte und Aspirationspneumonien einher. Gleichzeitig steigt das Mortalitätsrisiko.

Aufgrund der Schluckstörung essen und trinken betroffene Patienten oft zu wenig, was neben einer Mangelernährung auch eine Dehydrierung nach sich ziehen kann. Die aktuelle Leitlinie der DGEM* empfiehlt deshalb bei Risikogruppen ein zeitnahes Screening auf Schluckstörungen mit nachfolgendem Assessment des Schluckaktes. Den Patienten sollte konsistenzadaptierte Nahrung oder angedickte Flüssigkeit in einer „sicheren“ Konsistenz verabreicht werden.¹ Da die Betroffenen jedoch dazu neigen, mengenmässig weniger adaptierte Nahrung und angedickte Flüssigkeiten aufzunehmen, sollten Ernährungsfachkräfte einbezogen und bei Bedarf eine Ernährungstherapie initiiert werden.²

Das Produktsortiment von Nutricia, dem Spezialisten für medizinische Ernährung, hält für jede Phase der Ernährungstherapie die richtige Lösung bereit. Bei schwerer Dysphagie mit hohem Aspirationsrisiko ist meist eine Sondennahrung notwendig, z.B. Nutrison Energy Multi Fibre. Alle Sondennahrungen von Nutrison sind seit Sommer im innovativen, umwelt- und anwenderfreundlichen SmartPack erhältlich. Bei mässiger oder leichter Dysphagie kann eine normale orale Nahrungsaufnahme möglich sein. Das Anpassen der Konsistenz von Nahrung und Getränken an die individuellen Bedürfnisse der Patienten gelingt leicht mit speziellen Dickungsmitteln (z.B. Nutilis Powder) oder durch Verwendung bereits angedickter, nährstoffreicher Trinknahrungen wie z.B. Nutilis Complete. Nutilis-Produkte sind auf Gummibasis hergestellt und deshalb amylaseresistent. Die Konsistenz der angedickten Mahlzeit bleibt auch bei Speichelkontakt unverändert stabil und erhöht die Sicherheit. Nach erfolgreicher Behandlung der Dysphagie oder bei nur minimalem Aspirationsrisiko kann der Betroffene in den meisten Fällen normale Kost zu sich nehmen. Medizinische Trinknahrungen (z.B. Fortimel Compact 2.4) können nun als Ergänzung zur normalen Ernährung helfen, den Körper ausreichend mit Energie, Eiweiss und lebenswichtigen Nährstoffen zu versorgen und Defiziten vorbeugen.

* Leitlinie der Deutschen Gesellschaft für Ernährungsmedizin (DGEM) in Zusammenarbeit mit der GESKES, der AKE, der DGN und der DGG – Klinische Ernährung in der Neurologie

Literatur/Littérature:

1 Wirth R et al. *Aktuel Ernährungsmed* 2013; 38(04): e49-e89

2 Wright L et al. *J Hum Nutr Diet* 2005; 18: 213-219

Les patients neurologiques nécessitent un spécialiste – Les troubles de la déglutition aussi

Des troubles neurologiques tels que les accidents vasculaires cérébraux, la maladie de Parkinson et la chorée de Huntington peuvent entraîner des difficultés de déglutition et évoluer vers un risque accru de malnutrition. Des infections respiratoires et des pneumonies d'aspiration aussi. En même temps le risque de mortalité augmente.

En raison de ces troubles de déglutition, les patients mangent et boivent souvent peu, ce qui, en plus d'une malnutrition, peut entraîner une déshydratation chez les patients concernés. C'est la raison pour laquelle les directives actuelles de la DGEM* recommandent un dépistage en temps opportun des troubles de la déglutition avec une évaluation ultérieure de la déglutition. Une alimentation de consistance adaptée ou des liquides épaissis dans une consistance « sûre » doivent être administrés aux patients.¹ Du fait que les personnes concernées ont toutefois tendance à prendre une alimentation moins adaptée quantitativement et des liquides moins épaissis, les professionnels de la nutrition devraient être impliqués et si nécessaire, une thérapie nutritionnelle devrait être initiée.²

L'assortiment de produits de Nutricia fournit au spécialiste de l'alimentation médicale la solution adéquate pour chaque phase du traitement alimentaire. En cas de dysphagie sévère avec un risque élevé d'aspiration, une alimentation par sonde est généralement nécessaire, par exemple Nutrison Energy Multi Fibre. Depuis cet été, toutes les alimentations par sonde de Nutrison sont disponibles dans le SmartPack innovant, respectueux de l'environnement et convivial pour l'utilisateur. En cas de dysphagie modérée ou légère, une prise orale normale de l'alimentation est possible. L'adaptation de la consistance des aliments et des boissons aux besoins individuels des patients est possible facilement avec des épaississants spéciaux (entre autre, Nutilis Powder, ou par l'administration de l'alimentation buvable déjà épaissie et riche en nutriments telle que, par exemple, Nutilis Complete). Les alimentations Nutilis sont produites à base de gomme et elles sont donc résistantes à l'amylase. La consistance des repas épaissis demeure inchangée et stable au contact de la salive et elle augmente la sécurité. Après le succès du traitement de la dysphagie ou si le risque d'aspiration est minimal, la personne concernée peut manger normalement dans la plupart des cas. Comme complément à une nutrition normale, les alimentations buvables médicales (par exemple, Fortimel Compact 2.4) peuvent maintenant aider à fournir suffisamment d'énergie, de protéines et de nutriments essentiels à l'organisme et à éviter les carences.

* Directives de la Société allemande de médecine nutritionnelle (DGEM : Deutsche Gesellschaft für Ernährungsmedizin), en collaboration avec le SSNC (Société suisse de nutrition clinique), l'AKE (Arbeitsgemeinschaft für klinische Ernährung) et le DGN (Deutsches Gesundheitsnetz) - nutrition clinique en neurologie

Weitere Informationen/Informations complémentaires :

Nutricia S.A. • Leutschenbachstrasse 95 • CH-8050 Zürich/Zurich

Telefon/Téléphone 044 543 70 96 • Telefax/Téléfax 044 543 70 97 • info@nutricia.ch • www.nutricia-med.ch



Ernährungstherapie bei Stroke

Autorinnen und Autoren: Fachgruppe Dysphagie des SVDE

Bei einem Stroke handelt es sich um ein akutes, lebensbedrohliches Krankheitsereignis, welches die Lebensqualität und die Lebenserwartung schwerwiegend beeinträchtigen kann. In der Akutphase, wie auch in den ersten Wochen nach dem Ereignis, versterben nach wie vor viele Betroffene, häufig ausgelöst durch eine Aspirationspneumonie. In den letzten Jahren konnte die Sterblichkeitsrate durch eine Verbesserung der Therapie reduziert werden. Massgeblichen Einfluss hierzu hatte die flächendeckende Einführung von sogenannten Stroke-Units (spezialisierte Therapiezentren in Spitälern), in welchen die Betroffenen gezielt betreut werden. Der Ernährungstherapie kommt dabei eine besondere Bedeutung zu. Die Prophylaxe und allfällige Behandlung einer Mangelernährung oder einer Aspirationspneumonie stehen dabei im Vordergrund.

Definition

Ein Stroke ist die Folge einer Stenose oder eines Verschlusses der präzerebralen und zerebralen Arterien. Durch die Sauerstoffunterversorgung können im Gehirn unterschiedlich schwerwiegende Schädigungen entstehen.

Epidemiologie

In der Schweiz werden ca. 16 000 Ereignisse pro Jahr gezählt. Rund 80 % der Patienten/innen, die einen Schlaganfall erleiden, sind über 60 Jahre alt. Ein Stroke ist die häufigste Ursache einer Behinderung im Erwachsenenalter, die zweithäufigste Ursache einer Demenz und die dritthäufigste Todesursache in der Schweiz¹.

Klinik

Die Art und das Ausmass der Symptome ist abhängig von der betroffenen Hirnregion. Je grösser anfängliche Ausfälle sind, desto ausgeprägter ist das bleibende Funktionsdefizit (z.B. motorische Defizite, Bewusstseinsverminderung, Dysphagie usw.)².

Prognose

Bei einem Stroke gilt das Prinzip «Time is brain» – je rascher die Behandlung erfolgt, desto grösser ist die Chance, dass sich die neurologischen Defizite teilweise bis vollständig zurückbilden. Ungefähr 20 % der Betroffenen versterben in den ersten 30

Tagen und ca. 30 % innert 12 Monaten. Von den Überlebenden sind nach sechs Monaten ca. 50 % behindert und 20 % bei alltäglichen Verrichtungen abhängig von anderen Personen³.

In den ersten drei bis sechs Monaten kommt es meist zur wesentlichen Besserung der Funktionsdefizite. Danach sind die Erfolge bei der Rückbildung geringer und nach ca. einem Jahr gibt es meist nur noch geringe Verbesserungen^{4,5}.

Grundlagen der Ernährungstherapie

In der akuten Phase eines Strokes kommt es bei den meisten Patienten/innen zu einer vorübergehend verringerten Nahrungsaufnahme. Gründe dafür können eine eingeschränkte Fähigkeit zu essen, ein reduzierter Appetit oder eine Dysphagie sein. Bei einem vorbestehend guten Ernährungszustand sowie kurz anhaltender Dauer der akuten Phase kann diese meist ohne Folgen überwunden werden. Bei Personen mit geringen Körperreserven und langer Dauer einer ungenügenden Nahrungsaufnahme führt dies zu einer zunehmenden Verschlechterung des Ernährungszustandes, bis hin zu einer manifesten Malnutrition².

Ziele der Ernährungstherapie

Die Sicherstellung einer bedarfsdeckenden Energie- und Nährstoffaufnahme ist

relevant für den weiteren Therapieverlauf und verfolgt drei Ziele^{6,7}:

- Aufrechterhaltung des Ernährungs- und Hydratationszustandes sowie der vitalen Organfunktionen und der Immunfunktion
- Vermeidung von Über-/Unterernährung sowie Hunger-/Durstgefühl
- Reduktion des Muskelabbaus und ernährungsbedingter Komplikationen

Zudem zielt die Ernährungstherapie darauf ab, das Risiko für eine Aspirationspneumonie zu reduzieren. Vor der Entscheidung zur oralen Nahrungs- bzw. Flüssigkeitszufuhr soll entsprechend durch ausgebildete Fachpersonen überprüft werden, bei welcher Konsistenz bzw. Applikationsart aspirationsfreies Schlucken möglich ist⁸. Eine optimale Mundhygiene der Patienten/innen und die konsequente Händedesinfektion der Kontaktpersonen trägt dazu bei, das Risiko für die Entstehung einer Aspirationspneumonie zu reduzieren⁸.

Reaktion des Organismus auf einen Stroke – Postaggressionsstoffwechsel

Durch die Hirngewebsverletzung kommt es nach dem Ereignis zu lokalen Entzündungsvorgängen im zentralen Nervensystem. Je nach Infarktintensität wird eine systemische Entzündungsreaktion des gesamten Körpers (SIRS) ausgelöst. Proinflammatorische Zytokine lösen eine veränderte metabolische Situation aus, wobei der Appetit unterdrückt und eine Insulinresistenz ausgelöst wird. Glukagon, Kortisol und Katecholamine steigen im Blut an und verursachen einen stark beschleunigten Katabolismus sowie eine intensive Glukoneogenese. Zudem schwächt der metabolische Stress das Immunsystem⁹.

Der Proteinabbau ist abhängig von der Schwere der systemischen Entzündungsreaktion, dem Grad der Immobilisation sowie von der Protein- und Energiezufuhr. Im Postaggressionsstoffwechsel kann der Proteinabbau durch die Ernährung nicht

verhindert, jedoch verringert werden. Ein Aufbau der Proteinsubstanz ist erst ab ca. 3 Wochen nach dem akuten Ereignis wieder möglich^{6;10}.

Bei einem gesunden Menschen kommt es bei einer Immobilisation zu einem täglichen Muskelmassenabbau von 0,5 % der totalen Muskelmasse (ca. 150g). Eine hypokalorische Ernährung führt zudem zu einer Reduktion der basalen Muskelproteinsynthese um 20 %. Dadurch verringert sich die Muskelkraft um 0,3 bis 4,2 % pro Tag. Aus diesem Grund kann es geschehen, dass ein Senior oder eine Seniorin mit schlechtem Ernährungszustand nach ca. zwei Wochen Immobilität nicht mehr in der Lage ist, alleine von einem Stuhl aufzustehen. Die Aufrechterhaltung der Muskelkraft ist somit von besonderer Bedeutung, um die Selbstständigkeit der Patienten/innen sicherzustellen und einen Eintritt in eine Pflegeinstitution zu vermeiden. Die Folgen der Immobilisation und dem damit einhergehenden beschleunigten Verlust von Muskelmasse kann zudem zu einem Kalziumverlust aus den Knochen und der Entstehung von Dekubiti führen¹¹.

Ziel der Ernährungstherapie ist somit, eine bedarfsdeckende Ernährung als supportive Massnahme der Bewegungstherapie sicherzustellen, damit der Muskelabbau reduziert wird. Dabei ist zu beachten, dass eine Überernährung den Muskelabbau nicht besser verhindern kann als eine adäquate Ernährung. Vielmehr führt dies zu einer Zunahme des Fettgewebes. Bei einer Unterernährung führt nicht per se die hypokalorische Ernährung zum schnelleren Muskelabbau, sondern insbesondere die verminderte Proteinaufnahme¹¹.

Energie- und Proteinbedarf nach einem Stroke

Für die Einschätzung des Energiebedarfs kann davon ausgegangen werden, dass aufgrund der verminderten körperlichen Aktivität und des reduzierten Muskeltonus der REE nicht erhöht ist (21 bis 22 kcal/kg/d) und die Form und Schwere des Strokes keinen Einfluss auf den REE haben^{9;12;13}. Zusätzlich zum Aktivitätsfaktor kann in der Akutphase (Eintritt bis 7 d) ein Krank-

heitsfaktor von 1,1 bis 1,2 hinzugerechnet werden. Dieser normalisiert sich erst nach ca. 30 Tagen auf 1,0 bis 1,1. Eine bedarfsdeckende Energieaufnahme hilft die Überlebensrate signifikant zu verbessern. Hierzu sollte insbesondere nach einem schweren Stroke in den ersten sieben Tagen nach dem Ereignis die Energieaufnahme in einem Bereich von mind. 8 bis 17 kcal/kg/KG/d sichergestellt werden. Bei einer Energiezufuhr von unter 8 kcal/kg/KG/d ist die Überlebensrate signifikant tiefer¹⁴.

Die Proteinaufnahme darf nicht unter 0,8g/kg/KG/d fallen. Idealerweise liegt sie in einem Bereich zwischen 1 und 1,5g/kg/KG/d⁹. Die Aufnahme von hochwertigen Proteinen sollte über den gesamten Tag verteilt sichergestellt und möglichst zeitnah nach der Mobilisation oder körperlichen Aktivitäten kombiniert mit Kohlenhydraten eingeplant werden.

Ernährungsassessment

Im Fokus des Ernährungsassessments steht die Erfassung eines Energie- oder Nährstoffdefizits sowie einer allenfalls vorliegenden Dysphagie und relevanten Komorbiditäten in Bezug auf die Ernährung.

Für die Beurteilung des Ernährungszustandes braucht es nebst Angaben zu aktuellem Essverhalten und den bisherigen Ernährungsgewohnheiten auch Angaben zum aktuellen Gewicht und dem Gewichtsverlauf in den letzten drei bis sechs Monaten. Bei verminderter Vigilanz müssen diese Informationen, wenn möglich, bei den Angehörigen eingeholt werden. Zudem können, durch die Betrachtung des Körpers, Hinweise auf Ödeme, einen Muskelverlust oder andere Zeichen für einen Nährstoffmangel erfasst werden.

Albumin, Präalbumin und Transferrin sind negative Akutphasenproteine und werden durch den Entzündungsprozess abgebaut. Aus diesem Grund sind sie als Ernährungsparameter zur Beurteilung einer Mangelernährung nicht aussagekräftig⁹.

Für die Beurteilung des Aspirationsrisikos muss die Einschätzung von entsprechend

geschulten Schlucktherapeuten/innen eingeholt werden.

Relevante Komorbiditäten sind wie folgt in der Patientengruppe zu erwarten: 16 bis 33% der Betroffenen leiden zusätzlich an einem Diabetes mellitus, 52 bis 76% haben eine Hypertonie, ca. 35% eine Hyperlipidämie und ca. 30% sind adipös (BMI >30)^{15;16}. Von besonderer Bedeutung sind gut eingestellte Blutzuckerwerte. Bei einem bestehenden Diabetes mellitus sind die Zielwerte für die Blutzuckereinstellung in einem Bereich zwischen 4 und 11 mmol/L definiert. Pathologische Blutzuckerwerte führen zu einem zwei- bis dreifach erhöhten Rezidivrisiko¹⁷.

Mangelernährung bei Stroke

Bereits bei Spitaleintritt besteht bei 15 % der Betroffenen ein Risiko für eine Malnutrition und bei 5 % eine manifeste Malnutrition¹⁸. Aufgrund einer verminderten Nahrungszufuhr und einem Muskelverlust kommt es nach ca. zwei Wochen zu einem durchschnittlichen Gewichtsverlust von vier Kilo¹⁰. Drei Wochen nach dem Ereignis decken lediglich 10 % der Betroffenen ihren Energiebedarf durch die orale Aufnahme und ungefähr ein Drittel der Betroffenen kann weniger als 50 % des Bedarfs abdecken¹⁹.

Eine bestehende Mangelernährung bei Eintritt führt zu einem mehr als doppelt so hohen Mortalitätsrisiko (30 % vs. 12 %) und einem um 25 % erhöhten Risiko eines schlechten Outcomes (80 % vs. 54 %)^{20;21}.

Durch die Funktionsdefizite kann sich der Ernährungszustand zusätzlich verschlechtern. Eine Hemiplegie, eingeschränkte Motorik, eingeschränkte visuelle Wahrnehmung, Depression, kognitive Defizite, Müdigkeit, Inappetenz sowie fehlende Schmackhaftigkeit von konsistenzmodifizierten Speisen können sich negativ auf die orale Nahrungsaufnahme auswirken^{22;23}. Malnutrition tritt signifikant häufiger bei Patienten/innen mit einer Dysphagie auf²³. Rund 13% der Stroke-Patienten/innen haben nach dem Ereignis keine Essprobleme, 64% weisen wenig Essprobleme auf, 15% mässige und 8% schwere Essprobleme⁴.

Der Gewichtsverlauf ist ein Indikator zur Beurteilung der Malnutrition²⁴. Um die Nahrungsaufnahme beurteilen zu können, sollte bei einem Mangelernährungsrisiko sowie einer manifesten Mangelernährung und bei einer Dysphagie ein Ess- und Trinkprotokoll geführt werden²¹. Durch die Einbindung der Ernährungsberatung in die therapeutische Betreuung während den ersten drei Monaten kann bei Personen mit einem Malnutrisionsrisiko oder einer manifesten Malnutrition der Gewichtsverlust deutlich verringert werden (Gewichtsverlust von $\geq 5\%$: mit Ernährungstherapie = 21 %; ohne Ernährungstherapie = 36 %) ²⁵.

Dysphagie

Wie bereits beschrieben stellt die Erfassung und Berücksichtigung einer bestehenden Dysphagie einen zentralen Aspekt der Ernährungstherapie dar. Als Dysphagie wird eine Störung des Transportes von Nahrung, Flüssigkeit und Speichel von der Mundhöhle bis zum Magen bezeichnet²⁶. Ein Ereignis im Gross- oder Kleinhirn oder im Hirnstamm kann den Schluckvorgang beeinträchtigen. Motorische Funktionsstörungen des Gesichts, der Lippen und der Zunge treten vor allem bei kortikalen Strokes auf, die sich in den Gyrus praecentralis manifestieren. Bei Insulten im Hirnstamm kommt es typischerweise zu den schwersten Schluckstörungen mit Beeinträchtigung der Mund-, Zungen- und Wangensensibilität, einer verminderten Auslösung der pharyngealen Schluckphase sowie einer fehlenden Schliessung der

Symptome einer Dysphagie

Dysarthrie, Dysphonie, Aphasie, eine feuchte oder belegte Stimme («wet voice»), ein verlangsamer Schluckakt, Müdigkeit oder eine veränderte Haltung, Drooling (Speichel- bzw. Nahrungsaustritt aus der Mundhöhle bei der Formung des Bolus), Kauprobleme, Husten/Räuspern, Speisereste im Mundraum, Fremdkörpergefühl im Hals, Reflux, Brennen und Schmerzen hinter dem Brustbein, lange Mahlzeitendauer (>30 Min.), Angst vor Essen/Trinken sowie die Verweigerung oder Vermeidung bestimmter Speisen sind mögliche Symptome einer Dysphagie. Es ist aber ebenso möglich, dass es zu stillen Aspirationen kommt, welche am gefährlichsten sind, da diese von aussen nicht erkennbar sind.

Atemwege beim Schlucken²⁷. Es kann davon ausgegangen werden, dass 40 bis 78 % aller Stroke-Patienten/innen unter einer Dysphagie leiden¹⁷. Eine bestehende Dysphagie und/oder Bewusstseinsbeeinträchtigung kann dazu führen, dass die Patienten/innen nach dem Ereignis nicht in der Lage sind, sich oral zu ernähren. Personen, die einen Infarkt im Hirnstamm, multiple Infarkte, Haupthemisphärenläsionen oder Bewusstseinsbeeinträchtigung erleiden, haben zudem ein erhöhtes Aspirationsrisiko⁷.

Ernährungstherapeutische Interventionen

Die Mehrheit der Patienten/innen mit einem Stroke können zwei Wochen nach dem Ereignis wieder feste Kost zu sich nehmen. Bei rund einem Viertel müssen jedoch zu diesem Zeitpunkt konsistenzadaptierte Kostformen zur Unterstützung der Nahrungsaufnahme eingesetzt werden. Nur 2 % sind nicht in der Lage, orale Ernährung aufzunehmen¹⁹. Entsprechend ist der unterstützende Einsatz einer enteralen und/oder parenteralen Ernährungstherapie bei allen Patienten/innen zu prüfen. Eine parenterale Ernährungstherapie sollte jedoch nur eingesetzt werden, wenn eine bedarfsdeckende Energie- und Nährstoffaufnahme oral und/oder enteral nicht erreicht werden kann²⁷.

Orale Ernährungstherapie

Die Gestaltung der oralen Ernährungstherapie orientiert sich an den Möglichkeiten der Betroffenen. Im Vordergrund steht die Behebung von erkannten Nährstoffdefiziten und somit, je nach Situation, der Steigerung der Energie-, Protein- und/oder Mikronährstoffaufnahme. Da eine bedarfsdeckende Energieaufnahme einen signifikanten Einfluss auf die körperliche Erholung nach dem Ereignis hat¹⁹, wird eine orale Nahrungsergänzung (ONS) in folgenden Situationen empfohlen: zu geringe orale Aufnahme, Mangelernährungsrisiko, manifeste Malnutrition, bestehenden Dekubiti²⁷.

Zur Unterstützung der oralen Mahlzeiteinnahme können verschiedenste Massnahmen umgesetzt werden:

- Zahnprothesen korrekt einsetzen
- aufrechte Körperhaltung während dem Essen und bis ca. 30 Minuten danach
- Kopf in Flexion (kurzer Hals, langer Nacken)
- Hilfsperson auf gleicher Höhe
- Abschlucken abwarten, ggf. zum Nachschlucken auffordern
- kein Zeitdruck, Pausen einplanen
- Gespräche und Ablenkung vermeiden
- kleine Portionen resp. mehrere kleinere Mahlzeiten
- Cave: Medikamenteneinnahme (geeignete galenische Form)

Konsistenzmodifizierte Kostformen

Konsistenzmodifizierte Kostformen gelten als Grundstein der Therapie von Patienten/innen mit einer Dysphagie. Durch die Veränderung der Nahrungs- und Flüssigkeitskonsistenz kann die Nahrungszufuhr unterstützt und das Risiko einer Aspiration reduziert werden²⁸. Aktuell ist die Evidenzlage des Nutzens von konsistenzadaptierten, Kostformen in Bezug auf die Verbesserung des Ernährungszustandes, des funktionellen Status und allfälliger Prognose unklar. Eckpunkte, welche in der Literatur besprochen werden, können wie folgt zusammengefasst werden:

- Grundsätzlich sind trockene, faserige oder krümelige Lebensmittel sowie gemischte Konsistenzen ungünstig.
- Pürierte Kostformen werden bei eingeschränkter oraler Transportphase und vermindertem Atemwegsverschluss empfohlen.
- Bei vorhandener Kaufähigkeit sind, angepasst auf die Klinik, gehackte, gewürfelte oder weiche Kostformen geeignet. Dabei sollten harte, knackige und klebrige Lebensmittel weggelassen werden. Es wird empfohlen, unter Anleitung, Speisen mit unterschiedlicher Homogenität auszuprobieren.
- Flüssigkeiten führen häufig zu den grössten Schwierigkeiten.

Die Anzahl der Konsistenzstufen sowie deren Bezeichnung und Charakteristika variieren in der Praxis stark²⁹. Fachpersonen stützen sich demnach beim Eindicken von

Flüssigkeiten und der Anpassung der Nahrungskonsistenz auf unterschiedliche Grundlagen³⁰. Dies kann zu Therapiefehlern führen, wodurch das Risiko für das Auftreten von Komplikationen erhöht wird und die Patientensicherheit nicht mehr gewährleistet werden kann²⁹.

Der Konsum von konsistenzmodifizierten Kostformen hat einen grossen Einfluss auf den Ernährungszustand der Betroffenen. So muss einerseits mit einer um bis zu 40 % verminderten Energie- und Proteinaufnahme gerechnet werden²⁷. Andererseits kommt es durch das längere Kochen der Speisen zu einem Verlust von Mikronährstoffen. Kritische Nährstoffe können die folgenden sein: Energieliefernde Nährstoffe, Proteine, Nahrungsfasern, Vitamin-B-Komplex, Vitamin C, Vitamin D, Kalzium, Magnesium, Eisen und Zink. Aus diesem Grund sollte bei konsistenzadaptierten Kostformen die Nahrungsaufnahme mittels Ernährungsprotokoll überprüft und in

Bezug auf die kritischen Nährstoffe analysiert werden. Zudem wird der supportive Einsatz von oralen Trinknahrungen (ONS) bei diesen Patienten/innen empfohlen. Falls dies nicht erfolgt, ist während einer längerdauernden Phase (> 14 Tage), in welcher eine konsistenzadaptierte Kost konsumiert werden muss, täglich ein Multivitaminpräparat einzunehmen.

Konsistenzmodifizierte Flüssigkeiten

Die Eindickung von Flüssigkeiten hat in Bezug auf das Penetrations- und Aspirationsrisiko eine besondere therapeutische Bedeutung. Die Eindickung von Flüssigkeiten führt zu einem reduzierten Penetrations- und Aspirationsrisiko, erhöht jedoch das Risiko, dass vermehrt Reste des eingedickten Flüssigkeitsbolus im Pharynx liegen bleibt³¹. Der Einsatz von eingedickten Flüssigkeiten wird bei mangelhafter Zungenmotorik, beeinträchtigtem Atemwegschutz

oder bei reduziertem kognitivem Bewusstsein empfohlen. Dies hilft die Geschwindigkeit, Richtung und Dauer des Bolus besser zu kontrollieren. Das Aspirationsrisiko ist signifikant erhöht, wenn aus einem Becher anstatt mit einem Löffel oder aus einem Nasenbecher getrunken wird. In der Literatur gibt es keinen Hinweis für eine bestimmte Eindickungsstufe, bei welcher am wenigsten aspiriert wird. Empfohlen wird ein durch Fachpersonen angeleitetes Ausprobieren, bis sicheres Schlucken möglich ist³¹. Es ist zu berücksichtigen, dass meist keine bedarfsdeckende Flüssigkeitsaufnahme von ein bis zwei Liter pro Tag möglich ist²⁶. Ausgelöst durch kognitive Defizite, körperliche Einschränkungen und Abneigung gegenüber eingedickten Flüssigkeiten kann es aufgrund der Dysphagie zu einer reduzierten Flüssigkeitsaufnahme kommen. Häufig haben die Patienten/innen zudem ein vermindertes Durstempfinden, weshalb insgesamt ein erhöhtes Dehydrationsrisiko besteht⁹.



Für Genuss und Wohlbefinden.

Vertragen Sie selbst oder jemand in Ihrem Umfeld gewisse Lebensmittel nicht? Seit über zehn Jahren engagiert sich Coop dafür, dass Sie unkompliziert einkaufen und unbesorgt geniessen können.

Nebst dem grössten Angebot an Spezialprodukten im Schweizer Detailhandel bietet Coop viele weitere Dienstleistungen. Jetzt entdecken: [coop.ch/freefrom](https://www.coop.ch/freefrom)



Für mich und dich.

Enterale Ernährungstherapie

Unmittelbar nach einem Stroke benötigen ungefähr 10 bis 30 % der Betroffenen eine enterale Ernährung²⁷.

In der Akutphase eines Strokes wird eine enterale Ernährung via nasogastrale Sonde empfohlen, wenn voraussichtlich länger als sieben Tage keine bedarfsdeckende orale Ernährung gewährleistet werden kann³². Eine PEG-Sonde sollte ab einem Bedarf einer enteralen Ernährung von mehr als vier Wochen diskutiert werden. Eine Einlage wird in der klinisch stabilen Phase, d.h. 14 bis 28 Tage nach dem Ereignis, empfohlen (Evidenzgrad A)²⁷.

Es gibt keine Untersuchungen zur Frage, ob eine duodenale oder jejunale Sondenlage hilft, das Aspirationsrisiko zu reduzieren. Aufgrund dessen wird eine gastrale Sondeneinlage empfohlen (Evidenzgrad B)²⁷.

Auch bezüglich Verabreichungsmodus gibt es keine abschliessenden Untersuchungen und Beurteilungen. Insbesondere nicht, ob die kontinuierliche Sondenernährung zu einem geringeren Aspirationsrisiko führt²⁷.

Eine kontinuierliche Verabreichung wird bei gastroösophagealem Reflux in der Vorgeschichte oder wenn Anzeichen für einen gastroösophagealen Reflux mit Aspiration oder hohem Aspirationsrisiko bestehen, empfohlen (Evidenzgrad B). Bestehen keine Risikofaktoren für eine Aspiration, kann auch eine Bolusapplikation der Sondenkost erfolgen²⁷.

Die Sondenkost sollte jedoch generell mittels Pumpe verabreicht werden. Eine Verabreichung mittels Schwerkraft kann zu Magenüberfüllung, Regurgitation und Aspiration führen (Evidenzgrad KKP)²⁷.

Schlussfolgerungen

Das Auftreten eines Strokes ist eine komplexe klinische Situation, welche eine reibungslose interdisziplinäre Zusammenarbeit verschiedener Professionen benötigt. Nur durch das optimale Zusammenspiel der unterschiedlichen professionsspezifischen Perspektiven kann es gelingen, den betroffenen Menschen mit all seinen Be-



IDDSI Framework

Im Jahr 2017 wurde von einer international und interprofessionell zusammengesetzten Arbeitsgruppe ein Vorschlag für eine einheitliche Terminologie publiziert (vgl. Abb. 1). In diesem Vorschlag wurden die verschiedenen Konsistenzstufen mit Hilfe von einheitlichen Begriffen sowie entsprechender Farb- und Zahlencodes evidenzbasiert hergeleitet. In einem begleitenden Manual werden die verschiedenen Konsistenzstufen detailliert beschrieben und anhand von einfachen Beurteilungsmethoden weiter geklärt. Weiterführende Informationen dazu können auf der Homepage der IDDSI gefunden werden (www.iddsi.org).

dürfnissen wahrzunehmen und zu behandeln. Entsprechend müssen die Schnittstellen zwischen den verschiedenen Professionen möglichst eindeutig geklärt werden. Dies kann durch einen regelmäßigen interprofessionellen Austausch gefördert werden. Hierzu sind eine gemeinsame Sprache und gemeinsam ausgehandelte Ziele von grosser Bedeutung. Dabei muss die Ernährungsberatung integraler Bestandteil des Behandlungsteams sein.

Je nach Schweregrad des Strokes kann es zu herausfordernden klinischen Situationen kommen. Eine interprofessionell abgestützte ethische Entscheidungsfindung kann in diesen Situationen helfen, die bestmögliche Therapie für die Betroffenen zu gewährleisten.

Alle Betroffenen sollten bei Spitaleintritt mit einem standardisierten Tool auf Mangelernährung gescreent und bei auffälligen Screeningresultaten automatisch der

Ernährungsberatung zugewiesen werden. Entsprechend ist ein definierter Behandlungspfad nötig, welcher klärt, wann die Ernährungsberatung in der Behandlung beigezogen wird.

Ein beträchtlicher Teil der Betroffenen müssen über eine (unter Umständen) längere Zeit konsistenzmodifizierte Kostformen und Flüssigkeiten zu sich nehmen. Eingedickte Flüssigkeiten und veränderte Nahrungskonsistenz bedeuten eine Reduktion der Lebensqualität. Damit diese Menschen die Freude am Essen und Trinken nicht verlieren, ist die Küche vor grosse Herausforderungen gestellt. Kreative Menüs, welche auch in konsistenzmodifizierter Form Freude bereiten, sind gefordert. Die Ernährungsberatung stellt ein wichtiges Bindeglied zur Küche dar, damit diese Bedürfnisse möglichst gut aufgenommen werden können. Da das Auftreten einer Dysphagie und einer Mangelernährung häufige Ernäh-

rungsprobleme darstellen, welche nicht von heute auf morgen verändert werden können, ist eine langfristige Planung der Ernährungstherapie, über den Institutsaufenthalt hinaus, von grosser Bedeu-

tung. Es ist wichtig, das Austrittsmanagement so zu planen, dass die ernährungs-therapeutische Nachbetreuung und somit die Patientensicherheit gewährleistet werden kann.

Kontakt:

Julia Sprunger, juliasprunger@oviva.ch,
Adrian Rufener, adrian.rufener@bfh.ch

Literatur: Die gesamte Literaturliste kann bei den Autoren angefordert werden.

Thérapie nutritionnelle en cas d'AVC

Auteurs et auteurs: Groupe spécialisé Dysphagie de l'ASDD

Un accident vasculaire cérébral est un trouble aigu pouvant être mortel ou nuire gravement à la qualité de vie et à l'espérance de vie. Dans la phase aiguë, mais aussi durant les premières semaines qui suivent l'AVC de nombreuses personnes décèdent, aujourd'hui encore, le plus souvent des suites d'une pneumonie d'aspiration. Au cours de ces dernières années, l'amélioration de la thérapie a permis de réduire le taux de mortalité. L'introduction sur l'ensemble du territoire de Stroke-Units a sans doute joué un rôle prépondérant à ce niveau. Il s'agit de centres spécialisés dans le traitement de l'attaque cérébrale à l'intérieur des hôpitaux, qui prennent en charge les personnes concernées de manière ciblée. Dans ce contexte, la thérapie nutritionnelle revêt une importance toute particulière. La prophylaxie et le traitement éventuel d'une malnutrition ou d'une pneumonie d'aspiration sont alors essentiels.

Définition

Un AVC est la conséquence d'une sténose ou d'une obstruction des artères précérébrales et cérébrales. Comme le cerveau n'est pas suffisamment alimenté en oxygène en raison de l'interruption de la circulation sanguine, il peut subir des lésions graves.

Approche épidémiologie

Environ 16 000 cas d'AVC sont recensés chaque année en Suisse. Environ 80 % des victimes d'un AVC ont plus de 60 ans. L'AVC est la première cause de handicap à l'âge adulte, la 2^e cause de démence et la 3^e cause de décès en Suisse¹.

Approche clinique

La nature et l'étendue des symptômes dépendent de la région du cerveau concernée. Plus les lésions initiales sont importantes, plus le déficit fonctionnel résiduel sera marqué (p.ex. déficits moteurs, diminution du niveau de conscience, dysphagie, etc.)².

Pronostics

En cas d'AVC, la règle qui prévaut est «Chaque seconde compte». Car plus le

traitement est dispensé tôt, plus grandes sont les chances que les dommages du tissu nerveux cessent leur progression, pour un rétablissement total ou partiel. Environ 20 % des victimes d'un AVC décèdent dans les 30 premiers jours et environ 30 % dans les douze mois qui suivent. Parmi les personnes qui survivent, on observe six mois après l'événement qu'environ la moitié présente un handicap et 20 % sont dépendantes pour l'accomplissement des activités de la vie quotidienne³.

Durant les trois à six premiers mois, les progrès sont considérables dans la récupération des fonctions physiques perdues. Passé ce délai, les améliorations des déficits fonctionnels sont faibles et le sont en général encore plus après un an environ^{4,5}.

Bases de la thérapie nutritionnelle

Dans la phase aiguë d'un AVC, la prise alimentaire est provisoirement réduite chez la plupart des patient-e-s. Cela s'explique par une capacité limitée de s'alimenter, une perte d'appétit ou une dysphagie. Si l'état nutritionnel antérieur était bon et que la phase aiguë est de courte durée, la

prise alimentaire insuffisante peut en général être surmontée sans conséquences. Chez les personnes pour qui elle se prolonge ou ayant de faibles réserves corporelles, cela débouche sur une dégradation croissante de l'état nutritionnel, qui peut aller jusqu'à une malnutrition manifeste².

Objectifs de la thérapie nutritionnelle

Au fur et à mesure de la thérapie, il est essentiel de s'assurer que l'énergie et les nutriments absorbés correspondent aux besoins en poursuivant trois objectifs^{6,7}:

- maintenir l'état d'hydratation et nutritionnel ainsi que les fonctions organiques vitales et les défenses immunitaires;
- éviter la dénutrition/surnutrition ainsi que la sensation de soif et de faim;
- limiter la perte de masse musculaire et les complications dues à la nutrition.

La thérapie nutritionnelle vise par ailleurs à réduire le risque de pneumonie d'aspiration. Avant de prendre la décision relative à l'apport oral de liquides ou d'aliments, des professionnel-le-s qualifié-e-s doivent vérifier le degré de consistance et le mode d'application pour lesquels une déglutition sans aspiration est possible⁸. Une hygiène buccale optimale des patient-e-s et la désinfection systématique des mains par les personnes en contact avec elles/eux contribuent à réduire le risque de survenance d'une pneumonie d'aspiration⁸.

Réaction de l'organisme à un AVC: situation métabolique post-agression

La lésion du tissu cérébral provoquée par l'AVC entraîne des inflammations locales



resource[®] aqua⁺ 3in1

NEU
NOUVEAU

3 Vorteile für Ihre Dysphagie-Patienten bénéfices pour vos patients dysphagiques



in
dans **1** eingedickter Flüssigkeit
boisson gélifiée



Sichere Hydratation : Homogene, puddingartige Konsistenz zur Verminderung des Aspirationsrisikos. 117 ml Flüssigkeit pro Portion.

Hydratation sûre : Texture homogène type pudding pour une diminution du risque d'aspiration. 117 ml de liquide par coupelle.



Regulierung : 4 g PHGG (hydrolysierte Guarfasern)* zur Unterstützung der Darmfunktion.

Régulation : 4 g de PHGG (fibres de guar hydrolysées)* en soutien de la fonction intestinale.



Stimulierung : Erfrischende Inhaltsstoffe zur Anregung der Speichelproduktion und Erzeugung einer prickelnden Frische im Mund.

Stimulation : des ingrédients rafraîchissants stimulent la production de salive et créent un effet glacial et picotant en bouche.

Lebensmittel für besondere medizinische Zwecke. In Zitronen- und Pfirsich-Geschmack erhältlich.
Denrée alimentaire destinée à des fins médicales spéciales. Disponible au goût Citron et au goût Pêche.

Dehydratation bei älteren Menschen häufig und gefährlich

Dehydratation ist definiert als Verlust von Salz und Wasser und bedeutet eine massive Störung im Wasser- und Salzhaushalt des Körpers. Im Vergleich zu jüngeren Erwachsenen sind ältere Menschen deutlich mehr gefährdet, eine Dehydratation zu entwickeln. Dies hängt in der Regel an drei kombinierten Faktoren: Die alte Niere ist bei Einnahme oder Verlust von grossen Flüssigkeitsmengen schlechter in der Lage, Salz im Körper zurückzubehalten. Weiter ist die Niere nicht mehr in der Lage, hochkonzentrierten Urin auszuschcheiden und damit Wasser im Körper zurückzubehalten. Schliesslich, und am wichtigsten, ist im Alter das Durstgefühl stark vermindert. Während junge Menschen bei Dehydratation akut durstig werden und trinken, sind ältere Menschen nicht annähernd motiviert, das Gleiche zu tun.



Korrespondenz :

Prof. Dr. med. Reto W. Kressig
 Universitäre Altersmedizin Basel
 Felix Platter Spital, Burgfelderstrasse 101,
 4002 Basel
 RetoW.Kressig@fps.ch

Ursachen von Dehydratation bei älteren Menschen

Neben den oben genannten altersbedingten Gründen für eine Dehydratation kommen insbesondere auch Schluckstörungen und die damit verbundene zu geringe Flüssigkeitsaufnahme in Betracht. Nicht selten schränken Patienten mit Urininkontinenz ihre Flüssigkeitszufuhr ein, um die Toilettengänge zu reduzieren. Bei fehlenden Sozialkontakten oder Pflegedefiziten erfolgt ein Ausgleich des Flüssigkeitsmangels oft verspätet oder überhaupt nicht. Zu den häufigsten Ursachen vermehrter Flüssigkeitsverluste im Alter zählt die Diuretika Therapie, die unter Umständen auch zu Störungen des Salzhaushaltes im Blut führt. Wichtige Ursachen und Risikofaktoren für eine Dehydratation sind in Tabelle 1 aufgeführt.

Folgen von Dehydratation bei älteren Menschen

Eine schwere Dehydratation kann zu multiplen Komplikationen bis hin zu lebensbedrohlichen Risiken führen. Typische mit Dehydratation verbundene klinische Symptome finden sich in Tabelle 2. Die trockene Haut dehydrierter alter Patienten ist verletzlich und das Dekubitusrisiko erhöht. Der Flüssigkeitsmangel begünstigt ausserdem auch die ohnehin häufig beklagte Obstipation. Deutlicherer Volumenmangel kann zu Blutdruck-Dysregulation und Stürzen führen. Vor allem beim Vorliegen einer Hirnleistungsstörung (Demenz), beim gleichzeitigen Einnehmen mehrerer Medikamente und evtl. weiteren Störfaktoren ist Dehydratation ein begünstigender Faktor für die Entwicklung eines Delirs (akute, im Verlauf fluktuierende Verwirrung). Ausgeprägte Dehydratation kann bei älteren Patienten ein akutes Nierenversagen verursachen, eine akute Auflösung von Muskelfasern (Rhabdomyolyse) stellt eine weitere bedrohliche Komplikation dar. Aus der verdickten Blutkonsistenz bei Dehydratation kann ein akuter Herzinfarkt oder ein Hirnschlag entstehen.

Therapie und Prävention der Dehydratation im Alter

Neben der Beseitigung der Ursache ist die zentrale therapeutische Maßnahme bei jeder Exsikkose im Alter ein ausreichender Flüssigkeitsersatz. Je nachdem, wie ausgeprägt das Flüssigkeitsdefizit ist und wie schnell die Austrocknung entstanden ist, kann dies übers Trinken, über subkutane bis zur intravenösen Flüssigkeitsgabe erreicht werden.

Trinken ist die natürlichste Möglichkeit, erfordert aber häufig die kontinuierliche Aufforderung und Überwachung durch die Betreuenden. Die Erstellung - und Kontrolle - von individuellen Trinkplänen stellt bei alten Menschen mit reduziertem Durstgefühl eine wichtige Prävention von gefährlichen Austrocknungszuständen dar. Schwere Flüssigkeitsverluste erfordern meist eine durch eine Fachperson überwachte intravenöse Flüssigkeitssubstitution.

Bei Patienten mit chronischem Flüssigkeitsmangel und gleichzeitig vorliegender nicht anders behebbarer Mangelernährung ist auch die Anlage einer Magen- oder PEG- (perkutaner endoskopischer Gastrostomie) Sonde zu erwägen.

Tabelle 1 : Häufige Ursachen und Risikofaktoren für eine Dehydratation

Schweres Erbrechen
Schluckstörungen
Blutende Verletzungen
Starke Durchfälle
Fieber
Verbrennungen
Gebrauch von Diuretika

Tabelle 2 : Mögliche Klinische Symptome einer Dehydratation

Durst
Muskelschwäche
Trockene Haut und Mundschleimhäute, aufgesprungene Lippen, gefurchte Zunge
Ungewohntes Verhalten, Unruhe, Kopfschmerzen, Verwirrung
Erhöhte Temperatur
Gewichtsverlust
Verminderte Urinmengen
Obstipation (Verstopfung)

du système nerveux central. En fonction de l'intensité de l'infarctus, il se peut qu'une réaction inflammatoire systémique se produise dans tout l'organisme (syndrome de réponse inflammatoire systémique, SRIS). Les cytokines pro-inflammatoires induisent un changement métabolique, la sensation de faim est supprimée et une insulino-résistance déclenchée. Les taux respectifs de glucagon, de cortisol et de catécholamines augmentent dans le sang et occasionnent une forte accélération du catabolisme et une néoglucogenèse intensive. Le stress métabolique affaiblit en outre le système immunitaire⁹.

La dégradation des protéines dépend de la gravité de la réaction inflammatoire systémique, du degré de l'immobilisation ainsi que de l'apport protéinique et énergétique. Dans le métabolisme post-agression, l'alimentation n'empêche pas la dégradation des protéines, mais elle la limite. Une synthèse de la substance protéinique ne redevient possible qu'environ trois semaines après l'événement aigu^{6,10}.

Chez une personne en bonne santé, une immobilisation entraîne une perte journalière de masse musculaire de 0,5 % (env. 150g). Une alimentation hypocalorique entraîne par ailleurs une réduction de la synthèse protéique basale des muscles de 20 %. De ce fait, la force musculaire diminue de 0,3 à 4,2 % par jour. C'est pourquoi il peut arriver qu'après environ deux semaines d'immobilisation, une personne âgée en mauvais état nutritionnel ne soit plus en mesure de se lever de sa chaise sans se faire aider. Le maintien de la force musculaire revêt donc une importance particulière pour assurer l'autonomie des patient-e-s et éviter leur admission dans une institution de soins. Les conséquences de l'immobilisation et de la réduction accélérée de la masse musculaire qui en résulte peuvent se traduire par une perte de calcium osseux et la survenance d'escarres de décubitus¹¹.

Le but de la thérapie nutritionnelle est ainsi d'assurer que l'alimentation couvre tous les besoins en mesure de soutien à la thérapie par le mouvement, de façon à limiter la perte de la masse musculaire. Il faut sa-

voir qu'une surnutrition n'est pas plus efficace qu'une alimentation adéquate en cas de perte de masse musculaire. Elle entraîne bien plus une augmentation des tissus adipeux. En cas de dénutrition, ce n'est pas l'alimentation en elle-même hypocalorique qui accélère la perte de masse musculaire, mais surtout la baisse de l'apport protéinique¹¹.

Les besoins en énergie et en protéines après un AVC

Pour évaluer les besoins énergétiques, on peut admettre qu'en raison de la diminution de l'activité physique et de la réduction du tonus musculaire, la dépense énergétique au repos (DER)^{9:12:13} n'est pas supérieure (21 à 22 kcal/kg/j), tout comme la forme et la gravité de l'attaque n'ont aucune influence sur la DER^{9:12:13}. En plus du facteur activité, un facteur maladie (de 1,1 à 1,2) peut venir s'ajouter dans la phase aiguë (de la survenance jusqu'à j 7). Après seulement 30 jours environ, celui-ci se normalise entre 1,0 et 1,1. Une absorption énergétique correspondant aux besoins aide à améliorer significativement le taux de survie. Dans les sept premiers jours suivant l'événement, il faudrait pour cela, surtout après une attaque grave, veiller à ce que l'absorption énergétique se situe entre 8 et 17 kcal/kg/PC/j. En cas d'apport énergétique inférieur à 8 kcal/kg/PC/j, le taux de survie est significativement plus bas¹⁴.

L'absorption de protéines ne doit pas être inférieure à 0,8 g/kg/PC/j. Idéalement, elle se situe entre 1 et 1,5 g/kg/PC/j⁹. Il faut s'assurer que l'apport de protéines est réparti sur toute la journée et qu'il intervient peu de temps après la mobilisation ou les activités physiques, en combinaison avec les glucides.

Evaluation nutritionnelle

L'évaluation nutritionnelle consiste avant tout à détecter une carence en énergie ou en nutriments ainsi qu'une éventuelle dysphagie et des comorbidités déterminantes par rapport à l'alimentation.

Pour déterminer l'état nutritionnel, il est nécessaire de disposer, en plus des infor-

mations sur le comportement alimentaire actuel et les anciennes habitudes nutritionnelles, d'indications sur le poids corporel actuel et son évolution au cours des trois à six derniers mois. En cas de troubles de la vigilance, il faut si possible se procurer ces informations auprès des proches. De plus, un examen corporel permet de détecter des traces d'œdèmes, une fonte musculaire ou d'autres signes de carence en nutriments.

L'albumine, la préalbumine et la transferrine sont des protéines négatives dans la phase aiguë. Le processus inflammatoire entraîne leur dégradation. C'est pourquoi elles ne sont pas pertinentes en tant que paramètres nutritionnels pour évaluer une malnutrition⁹.

Pour déterminer le risque d'aspiration, il faut demander l'appréciation d'un-e thérapeute de la déglutition spécialement formé-e.

Les comorbidités déterminantes suivantes peuvent être escomptées dans le groupe de patient-e-s: 16 à 33 % des personnes concernées présentent en outre un diabète sucré, 52 à 76 % ont une hypertension, env. 35 % une hyperlipidémie et près de 30 % sont obèses (IMC > 30)^{15:16}. Un bon contrôle de la glycémie s'avère particulièrement important. En cas de diabète sucré, les valeurs visées lors du contrôle de la glycémie doivent se situer entre 4 et 11 mmol/l. Des valeurs de glycémie pathologiques entraînent un risque de récurrence deux à trois fois plus élevé¹⁷.

Malnutrition en cas d'AVC

Lors de leur admission à l'hôpital, 15 % des personnes concernées présentent déjà un risque de malnutrition et pour 5 % d'entre elles, la malnutrition est manifeste¹⁸. En raison de la diminution de l'apport alimentaire et de la fonte musculaire, la perte de poids moyenne après environ deux semaines est de quatre kilos¹⁹. Trois semaines après l'événement, seulement 10 % des personnes concernées couvrent leurs besoins énergétiques par l'ingestion orale et environ un tiers d'entre elles ne parvient même pas à couvrir la moitié de ses besoins¹⁹.

Une malnutrition existante lors de l'admission entraîne un risque de mortalité deux fois plus élevé (30 % vs 12 %) et un risque d'issue défavorable augmenté de 25 % (80 % vs 54 %) ^{20, 21}.

De plus, en raison des troubles fonctionnels, l'état nutritionnel peut se dégrader. Une hémiplégié, une motricité réduite, une perception visuelle réduite, une dépression, des déficits cognitifs, un état de fatigue, une inappétence et l'insipidité des aliments dont la consistance a été modifiée peuvent avoir un effet négatif sur la prise alimentaire orale ^{22, 2}. La malnutrition est considérablement plus fréquente chez les patient-e-s présentant une dysphagie ²³. Parmi les patient-e-s ayant fait un AVC, environ 13% n'ont aucun problème alimentaire après l'événement, 64% en ont peu, 15% moyennement, et 8% présentent des problèmes alimentaires graves ⁴.

L'évolution du poids est un indicateur d'évaluation de la malnutrition ²⁴. En cas de risque de malnutrition et de malnutrition manifeste, de même que de dysphagie ²¹, il faut tenir un protocole des aliments et boissons absorbés afin de pouvoir évaluer la prise alimentaire. Si les diététicien-ne-s sont impliqué-e-s dans le suivi thérapeutique pendant les trois premiers mois, la perte de poids peut être nettement réduite chez les personnes présentant un risque de malnutrition ou une malnutrition manifeste (perte de poids de ≥ 5 % : avec thérapie nutritionnelle = 21 %; sans thérapie nutritionnelle = 36 %) ²⁵.

Symptômes de la dysphagie

La liste des symptômes possibles de la dysphagie est longue: dysarthrie, dysphonie, aphasie, voix humide ou voilée («wet voice»), déglutition ralentie, fatigue ou changement d'attitude, bavage ou «drooling» (écoulement de salive/nourriture hors de la bouche lors de la formation du bol alimentaire), problèmes de mastication, toux/raclements de gorge, restes alimentaires dans la bouche, sensation de corps étranger dans la gorge, reflux, brûlures et douleurs derrière le sternum, longue durée du repas (> 30 min.), peur de manger/boire et refus ou éviction de certains aliments. Il est également possible que des aspirations silencieuses se produisent. Elles sont les plus dangereuses, car elles ne sont pas reconnaissables de l'extérieur.

Dysphagie

Comme nous l'avons déjà décrit, la détection et la prise en compte d'une dysphagie existante représentent un aspect central de la thérapie nutritionnelle. La dysphagie désigne un trouble du transport des aliments, des liquides et de la salive entre la cavité buccale et l'estomac ²⁶. Un événement dans le cerveau ou le cervelet ou le tronc cérébral peut provoquer des troubles de la déglutition. Des troubles au niveau des fonctions motrices du visage, des lèvres et de la langue se manifestent surtout en cas d'AVC dans le gyrus précentral ou circonvolution frontale ascendante du cortex cérébral. Les attaques dans le tronc cérébral entraînent typiquement les troubles de la déglutition les plus graves avec une atteinte de la sensibilité de la bouche, des joues et de la langue, un déclenchement atténué de la phase de déglutition pharyngée et une absence de fermeture des voies respiratoires lors de la déglutition ²⁷. On peut supposer que 40 à 78 % de tous les patient-e-s ayant fait un AVC souffrent de dysphagie ¹⁷. Une dysphagie et/ou des troubles de la conscience peuvent avoir comme conséquence qu'après l'événement, les patient-e-s ne sont pas en mesure de s'alimenter par la voie orale. Les personnes présentant un infarctus au niveau du tronc cérébral, de multiples infarctus, des lésions dans les deux hémisphères ou des troubles de la conscience sont également sujettes à un risque d'aspiration accru ⁷.

Interventions de thérapie nutritionnelle

La majorité des patient-e-s ayant subi un AVC peuvent reprendre des aliments solides deux semaines après l'événement. Pour environ un quart d'entre eux toutefois, des formes d'aliments de consistance adaptée doivent être utilisées pour soutenir la prise alimentaire. Seuls 2 % ne sont pas en mesure de s'alimenter par la voie orale ¹⁹. En conséquence, le recours à une thérapie nutritionnelle entérale et/ou parentérale doit être examiné pour l'ensemble des patient-e-s. Une thérapie nutritionnelle parentérale ne devrait cependant être utilisée que dans les cas où il n'est pas possible de parvenir par voie orale et/ou

entérale à une prise énergétique et nutritionnelle correspondant aux besoins ²⁷.

Thérapie nutritionnelle orale

La thérapie nutritionnelle orale est mise en place en fonction des possibilités des personnes concernées. La priorité est de remédier aux carences en nutriments détectées et ainsi, en fonction de la situation, d'augmenter l'absorption d'énergie, de protéines et/ou de micronutriments. Etant donné qu'un apport énergétique correspondant aux besoins a une influence considérable sur la récupération physique après l'événement ¹⁹, des suppléments nutritifs oraux (ONS = Oral Nutrition Supplements) sont recommandés dans les situations suivantes: ingestion orale insuffisante, risque de malnutrition, malnutrition manifeste, escarres de décubitus existants ²⁷.

Pour soutenir la prise de repas par voie orale, des mesures très diverses peuvent être mises en œuvre:

- Il faut s'assurer que les prothèses dentaires sont placées correctement.
- Le/la patient-e doit se maintenir bien droit-e pendant le repas, puis env. 30 minutes après.
- La/la patient-e doit incliner légèrement la tête vers le bas (cou court, nuque longue).
- L'auxiliaire doit se placer à la même hauteur que le/la patient-e.
- Il/elle doit attendre que le/la patient-e ait avalé et éventuellement lui demander d'avalé une deuxième fois.
- Il faut prévoir des pauses, et le/la patient-e ne doit pas avoir l'impression que le temps presse.
- Il faut éviter de faire la conversation avec le/la patient-e et de détourner son attention.
- Il faut préférer les petites portions et donc prévoir plusieurs petits repas.
- Il convient de faire tout particulièrement attention en cas de prise de médicaments (forme galénique adéquate).

Formes d'aliments de consistance modifiée

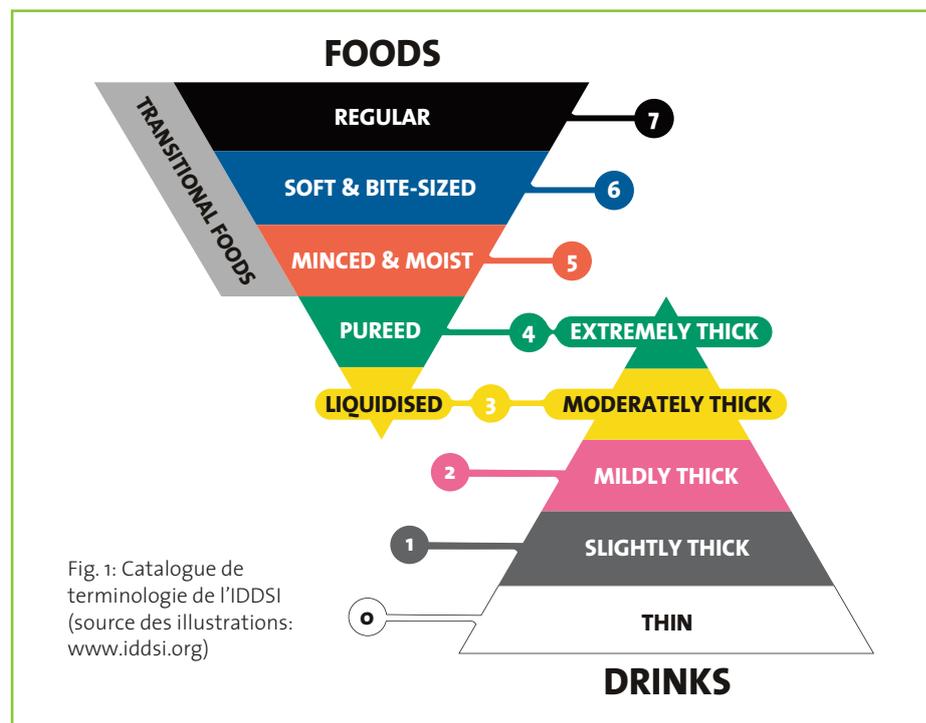
Les formes d'aliments de consistance modifiée sont essentielles dans la thérapie de

patient-e-s présentant une dysphagie. La modification de la consistance des aliments et des liquides permet d'assister l'apport alimentaire et de réduire le risque d'aspiration²⁸. Actuellement, nous ne disposons pas de données probantes claires sur le bénéfice des formes d'aliments de consistance modifiée par rapport à l'amélioration de l'état nutritionnel, au statut fonctionnel et aux pronostics éventuels. La synthèse suivante peut être faite des principaux éléments traités dans les ouvrages spécialisés:

- En principe, les aliments secs, fibreux ou grumeleux ainsi que les consistances mixtes sont défavorables.
- Des formes d'aliments réduites en purée sont recommandées quand la phase de transit oral est limitée et que la fermeture des voies respiratoires ne se fait pas complètement.
- En fonction de l'état clinique, des aliments sous une forme hachée, découpée en dés ou molle sont jugés adéquats. Les aliments durs, croquants et gluants devraient être évités quant à eux. Il est recommandé de tester sous surveillance des mets d'une homogénéité variable.
- Les liquides entraînent en général de très grandes difficultés.

Les degrés de consistance ainsi que leur dénomination et leurs caractéristiques varient fortement dans la pratique²⁹. Les professionnel-le-s s'appuient donc sur l'épaississement de liquides et l'adaptation de la consistance des aliments sur différentes bases³⁰. Ceci peut entraîner des erreurs de traitement, ce qui augmente le risque de survenance de complications et empêche d'assurer la sécurité des patient-e-s²⁹.

La consommation de formes d'aliments de consistance modifiée a une grande influence sur l'état nutritionnel des personnes concernées. Ainsi, il faut d'une part s'attendre à une baisse de l'apport énergétique et protéinique pouvant atteindre 40 %²⁷. D'autre part, la cuisson plus longue des aliments entraîne une perte de micronutriments. Il s'agit des nutriments critiques suivants: nutriments énergétiques, protéines, fibres alimentaires, complexe de vitamines B, vitamine C, vitamine D, calcium, magnésium, fer et zinc. C'est pour-



IDDSI Framework

En 2017, un groupe de travail interprofessionnel et international a publié une proposition de terminologie homogène (cf. fig. 1). Dans celle-ci, les différents degrés de consistance ont été inférés à partir de données probantes au moyen de termes homogènes ainsi que de codes chiffrés et de codes couleur correspondants. Dans un manuel d'accompagnement, les différents degrés de consistance sont décrits en détail et commentés à l'aide de méthodes d'évaluation simples. Pour de plus amples informations, il faut consulter le site Internet de l'IDDSI (www.iddsi.org).

quoi, dans le cas des formes d'aliments de consistance modifiée, la prise alimentaire doit être vérifiée au moyen d'un protocole nutritionnel et analysée par rapport aux nutriments critiques. Pour faciliter la nutrition, le recours à des suppléments nutritifs oraux (SNO) est recommandé pour ces patient-e-s. Si tel n'est pas le cas, il convient, dans une phase prolongée (> 14 jours) où une nourriture de consistance modifiée doit être consommée, de prendre chaque jour une préparation multivitaminée.

Liquides de consistance modifiée

L'épaississement de liquides revêt une importance thérapeutique particulière par rapport au risque de pénétration et d'aspiration. Si l'épaississement de liquides entraîne une réduction du risque de pénétration et d'aspiration, il augmente le risque que davantage de restes du bol liquide épaissi soient bloqués dans le pharynx³¹.

L'utilisation de liquides épaissis est recommandée en cas de mauvaise motricité de la langue, de protection défaillante des voies respiratoires ou de diminution du niveau de conscience cognitive. Cela aide à mieux contrôler la vitesse, la direction et la durée de transit du bol alimentaire. Le risque d'aspiration est substantiellement plus élevé quand le/la patient-e boit dans un gobelet plutôt qu'à la cuillère ou dans un gobelet à découpe nasale. Les ouvrages spécialisés ne comportent aucune indication au sujet d'un degré d'épaississement donné pour lequel l'aspiration est la moins importante. Il est recommandé d'effectuer des tests sous surveillance professionnelle jusqu'à ce qu'une déglutition maîtrisée soit possible³¹. Il convient de tenir compte du fait qu'en général, il n'est pas possible d'arriver à une absorption de liquide correspondant aux besoins journaliers, à savoir un à deux litres²⁶. Les déficits cognitifs, les limitations physiques et le manque

d'envie pour les liquides épaissis peuvent entraîner une baisse de l'absorption de liquides du fait de la dysphagie. De plus, il est fréquent que les patient-e-s ressentent moins la soif, d'où le risque général accru de déshydratation⁹.

Thérapie nutritionnelle entérale

Juste après un AVC, environ 10 à 30 % des personnes concernées ont besoin d'une alimentation entérale²⁷.

Dans la phase aiguë d'une attaque, une alimentation entérale par sonde naso-gastrique est recommandée dès lors qu'il est prévisible qu'aucune alimentation orale correspondant aux besoins ne pourra être garantie pendant une durée excédant sept jours³². L'utilisation d'une sonde PEG devrait être considérée si une alimentation entérale est nécessaire pour un minimum de quatre semaines. Sa pose est recommandée dans la phase cliniquement stable, autre-

ment dit entre 14 et 28 jours après l'événement (niveau de données probantes A)²⁷.

Aucune étude n'a été menée pour déterminer si une sonde duodénale ou jéjunale aide à réduire le risque d'aspiration. C'est pourquoi la pose d'une sonde gastrique est recommandée (niveau de données probantes B)²⁷.

En ce qui concerne le mode d'administration aussi, il n'existe aucune étude ni évaluation exhaustives. Plus particulièrement, on ne sait pas si le risque d'aspiration est plus faible grâce à l'alimentation par sonde continue²⁷.

Une administration continue est recommandée en cas de reflux gastro-œsophagien dans les antécédents médicaux ou en cas de signes d'un reflux gastro-œsophagien avec aspiration ou risque d'aspiration élevé (niveau de données probantes B). En l'absence de facteurs de risque d'aspira-

tion, le bol alimentaire peut être délivré par l'alimentation par sonde²⁷.

De manière générale, les bols devraient toutefois être administrés au moyen d'une pompe de nutrition. Une administration par gravité peut en effet entraîner une surcharge de l'estomac, des régurgitations et une aspiration (niveau de données probantes KKP)²⁷.

Conclusions

La survenance d'un AVC est une situation clinique complexe, qui nécessite une collaboration interdisciplinaire sans failles. Seule l'interaction optimale des différentes perspectives permet de détecter et de soigner efficacement la personne concernée compte tenu de tous ses besoins. En conséquence, il convient de clarifier au mieux les interfaces entre les différentes professions. Des échanges interprofessionnels réguliers peuvent y



Pour allier plaisir et bien-être.

Depuis plus de dix ans, Coop s'engage activement pour faciliter la vie aux personnes souffrant d'une intolérance alimentaire et leur permettre de se faire plaisir sans craindre d'effets secondaires.

En plus d'offrir le plus vaste choix de produits spéciaux du commerce de détail suisse, Coop propose également de multiples services aux personnes souffrant d'une intolérance alimentaire. Pour en savoir plus: coop.ch/freefrom



Pour moi et pour toi.

contribuer. Dans cette optique, il est très important de parler la même langue et de poursuivre des objectifs négociés sur une base commune. Les diététicien-ne-s doivent donc être des membres à part entière de l'équipe en charge du traitement.

En fonction de la gravité de l'AVC, des situations cliniques difficiles peuvent se présenter. Une prise de décision éthique s'appuyant sur une approche interprofessionnelle peut alors être garante de la meilleure thérapie possible pour les personnes concernées.

Lors de leur admission à l'hôpital, toutes les personnes concernées doivent être soumises à un screening au moyen d'un outil standardisé pour détecter une malnutrition éventuelle. Selon les résultats obtenus, elles doivent être orientées d'of-

fice vers le conseil diététique. En conséquence, il est nécessaire de définir un parcours thérapeutique qui établit clairement le moment auquel le conseil diététique intervient dans le traitement.

Une partie considérable des personnes concernées doit prendre des liquides et des formes d'aliments de consistance modifiée pendant une période (parfois) prolongée. Des liquides épaissis et une modification de la consistance des aliments impliquent une réduction de la qualité de vie. Pour que ces personnes ne perdent pas le plaisir de manger et de boire, les cuisiniers/ères doivent relever des défis de taille. Toute la difficulté est de trouver des menus créatifs, qui procurent du plaisir, bien qu'ils se présentent sous la forme d'aliments de consistance modifiée. Pour que ces besoins puissent être intégrés le

mieux possible, les diététicien-ne-s remplissent ainsi la fonction importante de trait d'union avec l'équipe de la cuisine.

Comme la survenance d'une dysphagie et d'une malnutrition est un problème alimentaire fréquent, qui ne changera pas du jour au lendemain, il est très important de planifier la thérapie nutritionnelle dans le long terme, au-delà du séjour en institution. Il est essentiel de planifier la gestion de la sortie de façon à pouvoir assurer le suivi post-hospitalier de thérapie nutritionnelle et donc la sécurité des patients.

Contact:

Julia Sprunger, juliasprunger@oviva.ch
Adrian Rufener, adrian.rufener@bfh.ch

Bibliographie: La bibliographie complète est disponible auprès des auteurs.

Ictus e terapia nutrizionale

Redazione: Gruppo professionale sulla disfagia dell'ASDD

L'ictus è un evento cerebrovascolare acuto e potenzialmente letale che può compromettere gravemente la qualità e l'aspettativa di vita. Ancor oggi, molti pazienti muoiono nella fase acuta e nelle prime settimane dopo l'evento, spesso a causa di una polmonite da aspirazione. Negli ultimi anni è stato possibile ridurre la mortalità grazie a un miglioramento della terapia. Decisiva in questo senso è stata l'introduzione su tutto il territorio delle cosiddette stroke unit (centri terapeutici specializzati all'interno degli ospedali). In questo contesto è di particolare importanza la terapia nutrizionale, che si concentra sulla profilassi e l'eventuale terapia della malnutrizione o di una polmonite da aspirazione.

Definizione

L'ictus è la conseguenza di una stenosi o dell'occlusione delle arterie precerebrali e cerebrali. A causa dell'insufficiente apporto di ossigeno, nel cervello possono verificarsi danni di varia gravità.

Epidemiologia

In Svizzera si contano circa 16 000 eventi all'anno. L'80 % circa dei pazienti colpiti da ictus ha più di 60 anni. L'ictus in Svizzera è la causa principale di disabilità nell'età adulta, la seconda più frequente di demenza e la terza più frequente di morte¹.

Sintomi clinici

Il tipo e l'entità dei sintomi dipendono dalla regione del cervello colpita. Maggiori sono i deficit iniziali, maggiori saranno i deficit funzionali permanenti (p.es. deficit motori, diminuzione dello stato di coscienza, disfagia, ecc.)².

Prognosi

In caso di ictus vale il principio «time is brain»: più rapida è la terapia, maggiore è la chance che i deficit neurologici regrediscono parzialmente o totalmente. Il 20 % circa dei pazienti colpiti muore nei primi

30 giorni e il 30 % circa entro 12 mesi. Dopo sei mesi, il 50 % circa dei sopravvissuti è disabile e il 20 % dipende da altre persone per svolgere le attività quotidiane³.

Il più delle volte, nei primi tre-sei mesi si assiste a un considerevole miglioramento dei deficit funzionali. Dopo questo lasso di tempo, i sintomi regrediscono meno e dopo circa un anno non si hanno solitamente che minimi miglioramenti^{4,5}.

Concetti fondamentali della terapia nutrizionale

Durante la fase acuta di un ictus, nella maggior parte dei pazienti si verifica una passeggera diminuzione dell'assunzione di cibo. Ciò può essere riconducibile a una limitazione della capacità di mangiare, a una riduzione dell'appetito o a una disfagia. Se lo stato nutrizionale prima dell'evento era buono e la fase acuta è di breve durata, tale diminuzione può essere solitamente superata senza conseguenze. Nelle persone con poche riserve corporee e se l'assunzione insufficiente di alimenti

perdura a lungo, questo fatto comporta invece un progressivo peggioramento dello stato nutrizionale che può sfociare in una malnutrizione manifesta².

Obiettivi della terapia nutrizionale

La garanzia di un'assunzione di energia e sostanze nutritive che copra i fabbisogni è essenziale per l'ulteriore decorso della terapia e persegue tre obiettivi^{6,7}:

- mantenere lo stato nutrizionale e l'idratazione, così come le funzioni organiche vitali e quella immunologica;
- evitare sovra- o sottoalimentazione e sensazione di fame/sete;
- ridurre la perdita di massa muscolare e le complicazioni dovute all'alimentazione.

La terapia nutrizionale mira inoltre a ridurre il rischio di sviluppare una polmonite da aspirazione. Prima di decidere di somministrare alimenti o liquidi per via orale, personale specificamente formato dovrebbe verificare con quale consistenza alimentare, rispettivamente con quale tipo di applicazione, il paziente sia in grado di deglutire senza aspirare⁸. Un'ottima igiene orale del paziente e la disinfezione metodica delle mani da parte di tutte le persone con cui entra in contatto contribuiscono a ridurre il rischio di sviluppare una polmonite da aspirazione⁸.

Reazione dell'organismo a un ictus: metabolismo post aggressione

A causa della lesione del tessuto cerebrale, dopo l'evento si verificano processi infiammatori locali nel sistema nervoso centrale. A dipendenza dell'intensità dell'infarto, si può anche scatenare una reazione infiammatoria sistemica in tutto l'organismo (SIRS). Citochine proinfiammatorie provocano un'alterazione della situazione metabolica, causando inappetenza e insulinoresistenza. Il tasso ematico di glucagone, cortisolo e catecolamine aumenta, accelerando fortemente il catabolismo e inducendo una forte gluconeogenesi. Oltre a ciò, lo stress metabolico indebolisce il sistema immunitario⁹.

La degradazione delle proteine dipende dalla gravità della reazione infiammatoria sistemica, dal grado di immobilizzazione e dall'apporto di proteine ed energia. Nell'ambito del metabolismo post aggressione, con l'alimentazione la degradazione delle proteine non può essere evitata ma può essere frenata. La ricostituzione della massa proteica è nuovamente possibile a partire da circa 3 settimane dopo l'evento acuto^{6,10}.

In una persona sana, in caso di immobilizzazione si assiste a una perdita giornaliera di massa muscolare pari allo 0,5% della massa muscolare totale (ca. 150g). Un'alimentazione ipocalorica porta inoltre a una riduzione del 20% della sintesi basale di proteine muscolari. La diminuzione giornaliera della forza muscolare si attesta così tra lo 0,3 e il 4,2%. Per questo può succedere che, dopo circa due settimane di immobilità, una persona anziana con un cattivo stato nutrizionale non sia più in grado di alzarsi da sola dalla sedia. Il mantenimento della forza muscolare è quindi di particolare importanza per garantire l'autonomia dei pazienti ed evitare il ricovero in istituti di cura. Le conseguenze dell'immobilizzazione e dell'accelerata perdita di massa muscolare ad essa legata possono inoltre portare a una perdita di calcio dalle ossa e allo sviluppo di piaghe da decubito¹¹.

Obiettivo della terapia nutrizionale è quindi garantire un'alimentazione che copra i fabbisogni, funga da misura di supporto della fisioterapia e permetta così di ridurre la perdita di massa muscolare. Va però tenuto conto del fatto che una sovralimentazione non previene la perdita di massa muscolare meglio di un'alimentazione adeguata, ma porta piuttosto ad un aumento del tessuto adiposo. In caso di sottoalimentazione, non è l'alimentazione ipocalorica in sé a portare a una più rapida perdita di massa muscolare, bensì principalmente la ridotta assunzione di proteine¹¹.

Fabbisogno energetico e proteico dopo un ictus

Per la stima del fabbisogno energetico si può presupporre che, a causa della dimi-

nuita attività fisica e del ridotto tono muscolare, la REE non sarà elevata (21 a 22 kcal/kg pc/d) e che la forma e la gravità dell'ictus non influiscono sulla REE^{9, 12, 13}. Oltre al fattore attività, nella fase acuta (dal ricovero fino al giorno 7) si può aggiungere un fattore malattia di 1,1 a 1,2. Questo si normalizza a 1,0–1,1 solo dopo circa 30 giorni. Un apporto energetico che copre il fabbisogno contribuisce a migliorare in modo significativo il tasso di sopravvivenza. Per questo, in particolar modo dopo un grave ictus, nei primi sette giorni dopo l'evento si dovrebbe garantire un'assunzione energetica di almeno 8 a 17 kcal/kg pc/d. In caso di apporto energetico inferiore alle 8 kcal/kg pc/d, il tasso di sopravvivenza è significativamente più basso¹⁴.

L'assunzione di proteine non deve scendere sotto gli 0,8 g/kg pc/d. Idealmente l'assunzione di proteine si situa tra 1 e 1,5 g/kg pc/d⁹. L'assunzione di proteine ad alto valore biologico dovrebbe essere distribuita su tutto il giorno, pianificata per quanto possibile subito dopo i momenti di mobilitazione o attività fisica e combinata con carboidrati.

Valutazione nutrizionale

Al centro della valutazione nutrizionale sta il rilevamento di carenze energetiche o di sostanze nutritive, così come di un'eventuale disfagia e di rilevanti comorbidità relative all'alimentazione.

Per la valutazione dello stato nutrizionale sono necessarie, oltre alle indicazioni relative all'attuale comportamento alimentare e alle abitudini alimentari avute fino a quel momento, anche informazioni sul peso attuale e l'andamento ponderale degli ultimi tre mesi. In caso di vigilanza ridotta, queste informazioni devono essere se possibile ottenute dai membri della famiglia. È inoltre possibile, osservando il corpo del paziente, rilevare segnali di edemi, perdita di massa muscolare o altri sintomi di carenze di sostanze nutritive.

Albumina, prealbumina e transferrina sono proteine di fase acuta negative e vengono degradate dal processo infiammatorio. Per questo motivo non sono

utilizzabili quali parametri nutrizionali per la valutazione di un'eventuale malnutrizione⁹.

Per giudicare il rischio di aspirazione va richiesta la valutazione da parte di terapisti della deglutizione con corrispondente formazione.

In questo gruppo di pazienti ci si possono attendere le seguenti comorbidità rilevanti: il 16–33 % dei pazienti colpiti soffre anche di diabete mellito, il 52–76 % soffre di ipertensione, il 35 % circa di iperlipemia e il 30 % circa è obeso (BMI > 30)^{15;16}. È di particolare importanza una buona regolazione della glicemia. In caso di diabete mellito, i valori glicemici mirati si situano tra i 4 e gli 11 mmol/l. Valori glicemici patologici comportano un rischio di recidiva due, tre volte più elevato¹⁷.

Malnutrizione in caso di ictus

Già al momento del ricovero in ospedale il 15 % dei pazienti colpiti è a rischio di malnutrizione e il 5 % presenta una malnutrizione manifesta¹⁸. A causa della diminuita assunzione di cibo e della perdita di massa muscolare, dopo circa due settimane si registra una perdita ponderale media di quattro chili¹⁹. Tre settimane dopo l'evento, solo il 10 % dei pazienti copre il proprio fabbisogno energetico con l'assunzione orale e circa un terzo delle persone colpite può coprire meno del 50 % del proprio fabbisogno¹⁹.

Una malnutrizione preesistente comporta un rischio di mortalità di oltre due volte superiore (30 % vs. 12 %) e un rischio aumentato del 25 % di esito negativo (80 % vs. 54 %)^{20;21}.

A causa dei deficit funzionali lo stato nutrizionale può peggiorare ulteriormente. Emiplegia, motricità limitata, percezione visiva limitata, depressione, deficit cognitivi, stanchezza, inappetenza e cibi poco appetitosi a causa della consistenza modificata possono ripercuotersi negativamente sull'assunzione orale di cibo^{22;23}. La malnutrizione insorge con significante maggiore frequenza nei pazienti con una disfagia²³. Il 13 % circa dei pazienti colpiti da ictus non ha problemi alimentari dopo l'evento, il 64 % presenta

pochi problemi alimentari, il 15 % problemi moderati e l'8 % problemi gravi⁴.

L'andamento ponderale è un indicatore per valutare la malnutrizione²⁴. In caso di rischio di malnutrizione, malnutrizione manifesta o disfagia, per poter valutare l'assunzione di cibo si dovrebbe tenere un protocollo dell'assunzione di cibo e di liquidi²¹. Coinvolgendo il servizio di consulenza nutrizionale nella presa a carico del paziente durante i primi tre mesi, è possibile ridurre notevolmente la perdita ponderale nelle persone con un rischio di malnutrizione o una malnutrizione manifesta (perdita ponderale di ≥ 5 %: con terapia nutrizionale = 21 %; senza terapia nutrizionale = 36 %)²⁵.

Disfagia

Come già detto, rilevare una disfagia esistente e tenerne conto rappresenta un aspetto centrale della terapia nutrizionale. Con il termine disfagia si intende un disturbo del trasporto di cibo, liquidi e saliva dalla cavità orale fino allo stomaco²⁶. Un evento nel cervello, nel cervelletto o nel tronco cerebrale può compromettere la deglutizione. Disturbi della funzione motoria di viso, labbra e lingua insorgono soprattutto in caso di ictus corticali situati nel giro precentrale. Con gli insulti nel tronco cerebrale si hanno tipicamente i disturbi della deglutizione più gravi, con compromissione della sensibilità di bocca, lingua e guance, diminuito innesco della fase faringea della deglutizione e mancata chiusura delle vie respiratorie²⁷. Si può presupporre che dal 40 al 78 % di tutti i pazienti con ictus soffrono di disfagia¹⁷. La presenza di disfagia e/o offuscamento della coscienza possono far sì che dopo l'evento i pazienti non siano in grado di alimentarsi per via orale. Le persone che subiscono un infarto del tronco cerebrale, infarti multipli, lesioni dell'emisfero principale o offuscamento della coscienza presentano inoltre un rischio più elevato di aspirazione⁷.

Interventi della terapia nutrizionale

Due settimane dopo l'evento, la maggior parte dei pazienti colpiti da ictus può di nuovo assumere alimenti solidi, mentre

per un quarto circa dei pazienti si devono impiegare diete alimentari a consistenza modificata per favorire l'assunzione di cibo. Solo il 2 % non è in grado di assumere cibo oralmente¹⁹. Va quindi valutato in tutti i pazienti l'impiego supportivo di una terapia nutrizionale enterale e/o parenterale. Una terapia nutrizionale parenterale dovrebbe però essere applicata solo se non è possibile coprire il fabbisogno del paziente con un'assunzione di energia e sostanze nutritive per via orale e/o enterale²⁷.

Terapia nutrizionale orale

L'organizzazione della terapia nutrizionale orale si adegua alle possibilità del paziente. In primo piano vi è l'eliminazione di carenze note di sostanze nutritive e quindi, a dipendenza della situazione, l'aumento dell'assunzione di energia, proteine e/o micronutrienti. Dato che un'assunzione di energia tale da coprire il fabbisogno ha un influsso significativo sulla ripresa fisica dopo l'evento¹⁹, nelle seguenti situazioni si raccomanda una supplementazione nutrizionale orale (ONS): assunzione orale troppo bassa, rischio di malnutrizione, malnutrizione manifesta, presenza di piaghe da decubito²⁷.

Per favorire l'assunzione orale dei pasti si possono adottare diverse misure:

- applicare correttamente le protesi dentali;
- postura eretta durante il pasto e per circa 30 minuti dopo il pasto;
- testa in flessione (collo corto, nuca allungata);
- la persona che aiuta sta alla stessa altezza;
- aspettare che il paziente abbia deglutito tutto, se necessario chiedergli di deglutire di nuovo;
- non mettere fretta al paziente, pianificare delle pause;
- evitare conversazione e distrazioni;
- preparare piccole porzioni o diversi piccoli pasti;
- attenzione: assunzione dei medicinali (forma galenica adeguata)!

Diete alimentari a consistenza modificata

Le diete alimentari a consistenza modificata sono considerate fondamentali nella

terapia dei pazienti con disfagia. Variando la consistenza di cibo e liquidi si può facilitare l'assunzione del cibo, riducendo in tal modo il rischio di un'aspirazione²⁸. Attualmente non è chiara l'evidenza riguardo l'utilità delle diete alimentari a consistenza modificata per quel che riguarda il miglioramento dello stato nutrizionale, lo stato funzionale e l'eventuale prognosi. I punti cardine discussi nella letteratura possono essere riassunti come segue:

- gli alimenti secchi, fibrosi o che si sbriciolano e la mescolanza di diverse consistenze sono essenzialmente sfavorevoli;
- in caso di fase di trasporto orale limitata e diminuita chiusura delle vie respiratorie si raccomanda una dieta alimentare frullata;
- se il paziente è in grado di masticare, sono opportune diete alimentari adeguate alla clinica, con cibi tritati, a cubetti o morbidi. Si dovrebbero evitare i cibi duri, croccanti e collosi. Si raccoman-

da di provare, sotto osservazione, cibi dalle consistenze diverse;

- i liquidi comportano spesso le maggiori difficoltà.

Nella pratica, il numero di gradi di consistenza e le loro denominazioni e caratteristiche variano molto²⁹. Gli specialisti si basano dunque su conoscenze e principi differenti per l'ispessimento di liquidi e l'adeguamento della consistenza degli alimenti³⁰. Ciò comporta la possibilità di compiere degli errori terapeutici che, innalzando il rischio di comparsa di complicazioni, non permettono più di garantire la sicurezza del paziente²⁹.

Il consumo di diete alimentari a consistenza modificata ha una forte influenza sullo stato nutrizionale dei pazienti colpiti. Da un lato, si deve prendere in conto un'assunzione di energia e proteine inferiore anche del 40%²⁷; dall'altro, con la cottura prolungata dei cibi vanno persi alcuni micronutrienti. L'apporto delle seguenti sostanze nutritive

Sintomi della disfagia

Possibili sintomi della disfagia sono: disartria, disfonia, afasia, cambiamenti del tono e della qualità della voce («wet voice»), deglutizione rallentata, stanchezza o postura diversa, drooling (uscita di saliva o cibo dalla bocca al momento della formazione del bolo), problemi di masticazione, tosse/schiarimenti della voce, resti di cibo nella cavità orale, sensazione di corpo estraneo in gola, reflusso, bruciore o dolori retrosternali, durata prolungata dei pasti (>30 minuti), paura di mangiare/bere e il rifiutare o evitare determinati cibi. È però possibile che si verifichino anche aspirazioni silenziose, le più pericolose perché esteriormente non riconoscibili.

può essere a rischio: sostanze nutritive fornitrice di energia, proteine, fibre alimentari, complesso di vitamina B, vitamina C, vitamina D, calcio, magnesio, ferro e zinco. Per questo motivo, in caso di dieta alimentare a consistenza modificata l'assunzione di cibo dovrebbe essere verificata con un protocollo nutrizionale ed analizzata nell'ottica di queste sostanze nutritive critiche. In questi pazienti viene inoltre raccomandato





IDDSI Framework

Nel 2017 un gruppo di lavoro internazionale e interprofessionale ha pubblicato una proposta di terminologia unitaria (v. fig. 1). In questa proposta i differenti gradi di consistenza sono stati stabiliti sulla base dell'evidenza e classificati con l'aiuto di termini unitari e relativi codici cromatici e numerici. Un manuale descrive dettagliatamente i diversi gradi di consistenza e li chiarisce ulteriormente con l'aiuto di semplici metodi di valutazione. Ulteriori informazioni su questo tema si trovano sul sito dell'IDDSI (www.iddsi.org).

l'impiego adiuvante di alimenti liquidi orali (ONS). Se ciò non viene fatto e la dieta a consistenza modificata viene consumata per un periodo di tempo prolungato (> 14 giorni), il paziente deve assumere ogni giorno anche un preparato multivitaminico.

Liquidi a consistenza modificata

L'ispessimento dei liquidi ha una particolare importanza terapeutica per quel che riguarda il rischio di penetrazione e aspirazione. L'ispessimento dei liquidi porta a una diminuzione del rischio di penetrazione e aspirazione, ma aumenta il rischio di persistenza di resti del bolo di liquido ispessito nella faringe³¹. L'impiego di liquidi ispessiti viene raccomandato in caso di carente motricità della lingua, compromissione della protezione delle vie aeree o stato di coscienza cognitivo ridotto, in quanto aiuta a controllare meglio velocità, direzio-

ne e durata del bolo. Il rischio di aspirazione aumenta in modo significativo se il paziente beve da un bicchiere invece che con un cucchiaino o da un bicchiere a incavo. La letteratura non fornisce indicazioni su un determinato grado di ispessimento che riduca al minimo il rischio di aspirazione. Si raccomanda di far provare al paziente diversi gradi di ispessimento, sotto la guida di uno specialista, finché non riesce a deglutire in modo sicuro³¹. Va considerato che nella maggior parte dei casi non è possibile un'assunzione di liquidi che copra il fabbisogno di uno-due litri al giorno²⁶. A causa di deficit cognitivi, disabilità fisica e avversione nei confronti dei liquidi ispessiti, è possibile che a conseguenza della disfagia si abbia una ridotta assunzione di liquidi. Spesso inoltre la percezione della sete è ridotta, ragion per cui nel complesso c'è un elevato rischio di disidratazione⁹.

Terapia nutrizionale enterale

Subito dopo l'ictus, il 10–30 % circa dei pazienti necessita di una nutrizione enterale²⁷.

Nella fase acuta di un ictus si raccomanda la nutrizione enterale via sonda nasogastrica se è prevedibile che per più di sette giorni non sarà possibile garantire un'alimentazione orale che copra i fabbisogni³². L'impiego di una sonda PEG andrebbe preso in considerazione se la necessità di una nutrizione enterale si prolunga oltre le quattro settimane. Si raccomanda di inserirla nella fase clinica stabile, vale a dire 14 a 28 giorni dopo l'evento (grado di evidenza A)²⁷.

Non esistono studi sulla questione se l'inserimento duodenale o digiunale della sonda sia di aiuto per ridurre il rischio di aspirazione. Per questo viene raccomandata l'inserzione gastrica della sonda (grado di evidenza B)²⁷.

Anche riguardo al modo di somministrazione non ci sono studi e valutazioni esaustivi e nemmeno sulla questione se una nutrizione continua per sonda comporti un minor rischio di aspirazione²⁷.

La somministrazione continua viene raccomandata in caso di reflusso gastroesofageo all'anamnesi o se ci sono segnali di un reflusso gastroesofageo con aspirazione o di un forte rischio di aspirazione (grado di evidenza B). Se non ci sono fattori di rischio per un'aspirazione si può somministrare la nutrizione via sonda anche in boli²⁷.

La nutrizione via sonda dovrebbe però in generale essere somministrata utilizzando una pompa. La somministrazione tramite forza di gravità può portare a eccessivo riempimento dello stomaco, a rigurgiti e aspirazione (grado di evidenza GCL)²⁷.

Conclusioni

Un ictus comporta una situazione clinica complessa che richiede una collaborazione interdisciplinare ben rodada tra i vari professionisti. Solo tenendo presente tutte le diverse specifiche prospettive dei vari professionisti è possibile comprendere e curare la persona colpita prendendo in consi-

derazione tutti i suoi bisogni. Per questo è importante chiarire al meglio i punti di contatto tra le diverse professioni. Ciò può essere promosso con regolari scambi interprofessionali, per i quali è molto importante avere un linguaggio comune e obiettivi concordati insieme. L'esperto in consulenza nutrizionale deve quindi far parte integrante del team curante.

A dipendenza del grado di gravità dell'ictus si possono avere situazioni cliniche difficili da gestire. In queste situazioni, un processo decisionale etico basato su competenze interprofessionali può contribuire a garantire la miglior terapia possibile per il paziente.

Al momento del ricovero, tutti i pazienti colpiti dovrebbero essere sottoposti a uno screening della malnutrizione tramite uno strumento standardizzato e, in caso di ri-

sultati sospetti, segnalati automaticamente al servizio di consulenza nutrizionale. È quindi necessario uno schema di cure definito che chiarisca quando è necessario coinvolgere nelle cure il servizio di consulenza nutrizionale.

Per un periodo (eventualmente) prolungato una considerevole percentuale dei pazienti colpiti da ictus deve assumere cibi e liquidi a consistenza modificata. Liquidi ispessiti e cibo a consistenza modificata significano una riduzione della qualità di vita. Affinché i pazienti non perdano il piacere di mangiare e bere, la cucina deve far fronte a una grande sfida: servono menu creativi che siano piacevoli da gustare anche se a consistenza modificata. Il servizio di consulenza nutrizionale è un importante intermediario con la cucina e si assicura

che le esigenze dei pazienti siano tenute in considerazione nel miglior modo possibile.

Poiché disfagia e malnutrizione sono problemi nutrizionali frequenti che non è possibile risolvere dall'oggi al domani, è molto importante pianificare la terapia nutrizionale a lungo termine, anche dopo la fine del ricovero. È importante prevedere la gestione della dimissione in modo tale che la continuazione della terapia nutrizionale e quindi la sicurezza del paziente siano garantite.

Contatto:

Julia Sprunger, juliasprunger@oviva.ch
Adrian Rufener, adrian.rufener@bfh.ch

Riferimenti bibliografici: L'intera bibliografia può essere richiesta agli autori.



Tutto il gusto del benessere.

Ci sono alimenti che voi oppure persone vicine a voi non tollerate? Da oltre dieci anni Coop si impegna per offrirvi prodotti facili da riconoscere, sicuri e allo stesso tempo gustosi.

Oltre a vantare il più vasto assortimento di prodotti del commercio al dettaglio svizzero, offriamo anche tanti servizi per persone affette da intolleranze alimentari. Scopriili subito su: coop.ch/freefrom



Per me e per te.



Rezept für ca.

20
Portionen

Zubereitung

20
Minuten

Basismasse Fenchel Forelle

• Creme •

800 g Emmi Cremige Basismasse
130 g Forelle, fein gewürfelt
Salz, Chili, Limettenschale

Emmi Cremige Basismasse mit der Forelle, Salz, Chili und Limettenschale verrühren. Die Creme in die Gläschen verteilen.

• Fenchel •

500 g Fenchel
Salz, Zucker, Chili, Yuzusaft
und Olivenöl

Fenchel dünn hobeln und mit den restlichen Zutaten gut mischen. Etwas ziehen lassen und anschliessend auf die Creme verteilen.



Emmi Suisse Cremige Basismasse

Produktbezeichnung	Grundmasse auf Milchbasis, pasteurisiert	
Gebindegrösse	1 kg	
Lagerhinweis	max. 6 °C	
Zutaten	Magermilch, Ricotta, Rahm, Stärke.	
Nährwerte pro 100g enthalten	Brennwert	606 kJ (146 kcal)
	Fett	12 g
	- davon gesättigte Fettsäuren	7,3 g
	Kohlehydrate	4,7 g
	- davon Zucker	2,8 g
	Eiweiss	4,8 g
Salz	0,13 g	

EAN Code



7 610900 202119



**FOOD
SERVICE**

Weitere Produktinformationen unter:

Emmi, Food Service, Postfach 2570, 6002 Luzern, www.emmi-food-service.ch,
Tel. +41 58 227 15 65, foodservice@emmi.com

Der Alleskönner





Gabi Fontana
Präsidentin
Présidente
Presidentessa



SVDE ASDD

Liebe Leserin, lieber Leser

Endlich ist es soweit! Wir haben die Nachricht erhalten, dass die Berner Fachhochschule ab Herbst 2019 einen spezifischen konsekutiven Masterstudiengang (MSc) in Ernährung und Diätetik anbietet. An der Fachhochschule Westschweiz wird dieser bereits angeboten. Somit existiert nun im französisch- und im deutschsprachigen Teil der Schweiz ein für Ernährungsberater/innen spezifischer MSc. Dies eröffnet für Ernährungsberater/innen viele weitere Laufbahnmöglichkeiten. Denn bei der Planung der persönlichen Laufbahn stellt sich die Frage nach Ausbildung oder Fort- resp. Weiterbildung. Weiterbildungen dienen zur Vertiefung und Weiterentwicklung der durch die Grundausbildung erworbenen Kompetenzen. Die Angebotspalette reicht von eintägigen Veranstaltungen über Kurse und Zertifikats- oder Diplomstudiengänge (CAS, DAS) bis zu Weiterbildungsmaster (MAS). Der MSc hingegen ist die zweite Ausbildungsstufe, aufbauend auf den Bachelorstudiengang (BSc), welche von Fachhochschulen angeboten wird. Im Masterstudiengang wird zusätzliches, vertieftes Wissen vermittelt sowie berufseigene Forschung betrieben. Mehr zu den spezifischen MSc oder zu Weiterbildungsmöglichkeiten finden Sie auf der Website der jeweiligen Fachhochschule. Vielleicht laden die bevorstehenden Festtage dazu ein, sich Gedanken über die eigene Laufbahn zu machen. Ich wünsche Ihnen besinnliche Weihnachten und einen guten Start ins 2019!

Chère lectrice, cher lecteur,

Enfin c'est fait! Nous avons reçu l'information selon laquelle la Haute école spécialisée bernoise proposera dès l'automne 2019 une filière de master spécifique, également appelée master consécutif, en nutrition et diététique. Ce cursus existe déjà à la Haute école spécialisée de Suisse occidentale. Il est donc désormais possible, en Suisse alémanique comme en Suisse romande, d'effectuer un MSc spécifique pour les diététicien-ne-s et d'accéder ainsi à de nouvelles opportunités professionnelles. Lorsqu'il est question de plan de carrière, il faut bien souvent s'interroger sur la nécessité de suivre une formation ou une formation continue. Les formations continues servent à approfondir et consolider les compétences acquises lors de la formation initiale. L'éventail des offres est large, allant des manifestations d'une journée au master de formation continue (MAS) en passant par les cours et les filières pour l'obtention d'un diplôme ou d'un certificat (CAS, DAS). Le MSc en revanche est le deuxième cycle d'études qui fait suite aux études de bachelor (BSc), et qui est proposé par les hautes écoles spécialisées. La filière de master permet d'acquérir des connaissances approfondies supplémentaires tout en menant à bien des activités de recherche dans son domaine professionnel. Pour obtenir de plus amples informations sur les MSc spécifiques ou les possibilités de formation continue, rendez-vous sur le site Internet de la haute école spécialisée correspondante. Peut-être que les jours de fête qui s'annoncent vous inciteront à réfléchir à votre carrière personnelle. Je vous souhaite un joyeux Noël et une bonne année 2019!

Cara lettrice, caro lettore,

Finalmente ci siamo! Abbiamo saputo che dall'autunno 2019 la Scuola universitaria professionale di Berna proporrà un corso consecutivo di Master (MSc) specifico in nutrizione e dietetica. Questo corso è già proposto dalla Scuola universitaria professionale della Svizzera occidentale. Esistono così ora due corsi di Master specifici per dietiste e dietisti, uno nella parte francofona e uno in quella germanofona della Svizzera. Ciò apre molte nuove possibilità di carriera alle dietiste e ai dietisti. Per pianificare la propria carriera personale si deve infatti valutare se sia necessario assolvere una formazione o un perfezionamento. I perfezionamenti servono ad approfondire e sviluppare le competenze acquisite frequentando la formazione di base. La gamma di proposte di perfezionamento spazia da eventi di un giorno, a corsi, cicli di studio per ottenere certificati o diplomi (CAS, DAS) fino a master di formazione continua (MAS). L'MSc è invece il secondo livello di formazione che segue il ciclo di studi Bachelor (BSc) proposto dalle scuole universitarie professionali. In questo ciclo di studi Master, la materia viene insegnata in modo più ampio e approfondito e gli studenti fanno ricerca nel proprio ambito professionale. Maggiori informazioni sui Master specifici o sulle possibilità di perfezionamento sono disponibili sui siti Internet delle due scuole universitarie professionali. Chissà che le feste ormai alle porte non siano l'occasione per riflettere sulla propria carriera. Vi auguro Buon Natale e un buon inizio del nuovo anno!



quench

NEU
NOUVEAU

Geben Sie Ihren Dysphagie-Patienten das Lächeln zurück*
Redonnez le sourire à vos patients dysphagiques*



Patentierte
Zusammensetzung
Mélange patenté



Ein intensiver Duft
mit der Frische
der Zitrone^{2,3}

Une odeur
fraîche et intense
de citron^{2,3}



Langanhaltender
Kühleffekt von 10 bis
15 Minuten Dauer^{1,2},
nach dem Verzehr

Un effet glacial
de longue durée^{1,2},
de 10 à 15 min.
après consommation



Erfrischend dank
des leicht anregenden
Zitronengeschmacks²

Rafraîchissant grâce
au goût de citron
légèrement stimulant²

* In Kombination mit Resource® ThickenUp Clear / en combinaison avec Resource® ThickenUp Clear

1. Labbe, D. et al. Impact of refreshing perception on mood, cognitive performance and brain oscillations: An exploratory study. Food Quality and Preference. 2011;22(1)92-100.
2. Labbe D, Almiron-Roig E, Hudry J, et al. Sensory basis of refreshing perception: role of psychophysiological factors and food experience. Physiol Behav. 2009 Aug 4;98(1-2):1-9.
3. McBride RL, Johnson RL. Perception of sugar-acid mixtures in lemon juice drink. Int J of Food Sci Technol 1987; 22(4): 399-408.

Nestlé Suisse S.A., Nestlé Health Science,
Entre-Deux-Villes, P.O. Box 352
Infoline: 0848 000 303
info@medical-nutrition.ch
www.nestlehealthscience.ch

Nestlé
HealthScience

La déshydratation fréquente et dangereuse chez les personnes âgées

La déshydratation est définie comme une perte de sel et d'eau et implique un trouble important du bilan hydrique et sodique de l'organisme. Les personnes âgées sont plus exposées au risque de déshydratation que les adultes plus jeunes. Ceci est généralement lié à une association de trois facteurs : le rein âgé est moins à même de conserver le sel dans l'organisme en cas de prise ou de perte importante de liquides ; en outre, les reins ne sont plus en mesure d'éliminer des quantités d'urine très concentrées et ainsi de conserver l'eau dans l'organisme ; enfin, l'élément majeur, la sensation de soif est fortement diminuée avec l'âge. Alors que les personnes jeunes ont très soif en cas de déshydratation, les personnes âgées ne présentent pas la même motivation à boire.



Contact :

Prof. Dr. med. Reto W. Kressig
 Médecine Universitaire de Gériatrie
 Felix Platter Spital, Burgfelderstrasse 101
 4002 Bâle
 RetoW.Kressig@fps.ch

Causes de déshydratation chez les personnes âgées

Outre les causes de déshydratation citées ci-dessus liées à l'âge, les troubles de la déglutition sont particulièrement pointés du doigt car les quantités de liquides absorbés sont réduites. Il n'est pas rare que des patients sujets à l'incontinence urinaire limitent leur apport en liquides pour réduire le nombre de passages aux toilettes. En l'absence de contacts sociaux ou de soins, une compensation de la carence en liquide intervient souvent tard voire même jamais. Parmi les causes fréquentes de perte accrue de liquide à un âge avancé, on compte également les traitements diurétiques pouvant dans certains cas aussi engendrer des troubles du taux de sel dans le sang. Les principales causes et les facteurs de risque de déshydratation sont présentés dans le tableau 1.

Conséquences de la déshydratation chez les personnes âgées

Une déshydratation grave peut engendrer des complications multiples jusqu'à représenter un risque vital. Les symptômes cliniques courants liés à la déshydratation sont présentés dans le tableau 2. La peau sèche d'une personne âgée déshydratée est fragile et le risque d'escarre est accru. La carence en liquides favorise en outre la constipation déjà fréquente sans cela. Des carences plus conséquentes peuvent entraîner des troubles de la pression sanguine et des chutes. La déshydratation est un facteur favorisant le développement d'un délire (confusion aiguë, évolutive) en particulier en cas de trouble existant de la fonction cérébrale (démence), en cas de prise simultanée de plusieurs médicaments et éventuellement d'autres facteurs perturbateurs. Une déshydratation marquée peut causer une défaillance rénale aiguë chez les patients âgés; une dégradation aiguë des fibres musculaires (rhabdomyolyse) constitue une autre complication grave potentielle. La consistance épaissie du sang en cas de déshydratation peut causer un infarctus aigu du myocarde ou un AVC.

Traitement et prévention de la déshydratation à un âge avancé

Outre la lutte contre les causes du problème, un apport suffisant en fluides de substitution est une mesure thérapeutique centrale pour tout cas de déshydratation chez un sujet âgé. Selon l'importance de la carence en liquide et la rapidité de survenue de la déshydratation, l'administration de fluides par injection sous-cutanée ou intraveineuse peut être réalisée en plus de l'absorption par voie orale.

Boire est évidemment la méthode la plus naturelle, elle nécessite cependant un effort continu et une surveillance permanente des soignants. L'élaboration, et le contrôle, des plans individuels d'absorption de liquides constitue un mode de prévention important de la déshydratation dangereuse chez les personnes âgées présentant une sensation de soif diminuée. Les pertes importantes de liquides nécessitent fréquemment un traitement de substitution intraveineux contrôlé par un spécialiste.

Chez les patients présentant une carence chronique en liquide associée à une dénutrition ne pouvant être compensée autrement, l'utilisation d'une sonde gastrique ou d'une sonde de gastrostomie percutanée (PEG) doit être considérée.

Tableau 1 : Causes fréquentes et facteurs de risque de déshydratation
Vomissements importants
Troubles de la déglutition
Plaies saignantes
Diarrhée aiguë
Fièvre
Brûlures
Utilisation de diurétiques

Tableau 2 : Symptômes cliniques possibles d'une déshydratation
Soif
Faiblesse musculaire
Peau et muqueuses sèches, lèvres gercées, langue pâteuse
Comportement inhabituel, agitation, maux de tête, confusion
Température plus élevée
Perte de poids
Quantité d'urine diminuée
Constipation

Die nächste GV findet am

30. März 2019 in Bern statt.

Mitglieder, welche die Behandlung eines Traktandums wünschen, haben dies gemäss Statuten, Art. 8, bis 50 Tage vor der Generalversammlung schriftlich beim Vorstand (service@svde-asdd.ch) zu verlangen, d. h. bis am

7. Februar 2019.

La prochaine AG aura lieu le

30 mars 2019 à Berne.

Les membres qui souhaitent ajouter un point à l'ordre du jour, doivent selon art. 8 des statuts en faire la demande écrite au comité (service@svde-asdd.ch), au moins 50 jours avant la date de l'assemblée générale soit jusqu'au

7 février 2019.



SVDE ASDD

Schon reserviert? | Déjà réservé? | Già riservato?

Der internationaler Tag der Ernährungsberater/innen findet am 13. März 2019 statt.

La journée internationale des diététicien-ne-s aura lieu le 13 mars 2019.

la giornata internazionale delle-dei Dietiste-i avrà luogo il 13 marzo 2019.



SVDE ASDD

Die SVDE-Geschäftsstelle bleibt vom 17. Dezember 2018 bis 4. Januar 2019 geschlossen.

Gerne kümmern wir uns ab dem 7. Januar 2019 wieder um Ihre Anliegen.

Wir wünschen Ihnen eine wundervolle Weihnachtszeit und einen tollen Start ins 2019.

Herzliche Grüsse
Ihre Geschäftsstelle

Le secrétariat ASDD sera fermé du 17 décembre 2018 au 4 janvier 2019.

C'est avec plaisir que nous nous occuperons à nouveau de vos demandes à partir du 7 janvier 2019.

Nous vous souhaitons d'excellentes fêtes de fin d'année et un bon début d'année 2019.

Cordialement
Votre secrétariat

La segreteria ASDD rimarrà chiusa dal 17 dicembre 2018 al 4 gennaio 2019.

E' con piacere che a partire dal 7 gennaio 2019 ci prenderemo di nuovo cura delle vostre richieste.

Vi auguriamo una splendida stagione natalizia e un ottimo inizio nel 2019.

Cordialmente
La vostra segreteria

www.svde-asdd.ch

Abschlussfeier des Bachelorstudiengangs Ernährung und Diätetik, Berner Fachhochschule, Departement Gesundheit

Im Rahmen der Abschlussfeier des Departements Gesundheit der Berner Fachhochschule vom 29. Oktober 2018 im Kursaal Bern feierten 49 Studierende des Jahrganges ERB15, welche im Herbst 2015 das Vollzeitstudium in Angriff nahmen, ihren erfolgreichen Abschluss.

Andrea Mahlstein

Leiterin Bachelorstudiengang
Ernährung und Diätetik
Berner Fachhochschule
Departement Gesundheit
Murtenstrasse 10, 3008 Bern
www.gesundheit.bfh.ch/ernaehrung

Im Rahmen der Abschlussfeier wurden zudem folgende herausragende Leistungen prämiert:

Die beste Gesamtleistung im Bachelorstudiengang Ernährung und Diätetik erbrachte Frau Nina Mosimann. Sie schloss das Studium mit der Bestnote 5.4 ab. Für diese hervorragende Leistung erhielt sie den von der Insel Gruppe gesponserten Preis von

CHF 1000.–, überreicht von der Bereichsleiterin Aus- und Weiterbildung, Frau Monika Schäfer.

Weiter erhielt Frau Joëlle Wickart die Auszeichnung für die beste Bachelor-These. Der Titel ihrer Arbeit lautet: «Vegane Ernährung während der Schwangerschaft und in den ersten Lebensjahren. Eine qualitative Befragung der Eltern». Die These wurde vom Schweizerischen Verband der Ernährungsberater/innen (SVDE) mit einem Preis von CHF 500.– und einer einjährigen Gratismitgliedschaft im SVDE prämiert, den Gabi Fontana, Präsidentin SVDE, der stolzen Preisträgerin übergab. Den Preis für die zweitbeste Bachelor-The-

se erhielt Frau Mara Goetschmann. Der Titel ihrer Arbeit lautet: «Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit des Gruppenprogramms BASEL zur Reduktion des Körpergewichts bei Adipösen». Frau Rita Kückler, Leiterin Aus- und Weiterbildung der Lindenhofgruppe Bern, überreichte ihr den Geld-Preis von CHF 500.–.

Die designierten Ernährungsberaterinnen BSc und Ernährungsberater BSc absolvieren derzeit ihr 10-monatiges Zusatzmodul B in unterschiedlichen Berufsfeldern. Nach dessen Abschluss erhalten sie ihr Diplom von der Berner Fachhochschule und damit die Berufsbefähigung, um als Ernährungsberaterin/-berater BSc zu arbeiten.

Wir gratulieren allen Absolventinnen und Absolventen herzlich zum erfolgreichen Abschluss des Studiums und wünschen ihnen einen guten Start ins Berufsleben!



Süsstoffe haben keinen Einfluss auf den Blutzuckerspiegel

Die aktuell vorliegende Arbeit „Glycemic impact of non-nutritive sweeteners: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials“ ist eine systematische Überprüfung randomisierter kontrollierter Studien, um vorhandene wissenschaftliche Erkenntnisse zur glykämischen Wirkung, d. h. zum Anstieg des Blutzuckerwertes nach dem Verzehr von Süsstoffen (NNS = Nichtnutritive Süsstoffe) quantitativ zu ermitteln, d. h., es wurden definierte Indikatoren statistisch ausgewertet.

Die Wissenschaftler durchsuchten zunächst PubMed- und die Web of Science-Datenbanken. Dabei wurden 29 randomisierte kontrollierte Studien mit insgesamt 741 Teilnehmern in die Studie eingeschlossen und ihre Qualität bewertet. Zu den untersuchten Süsstoffen gehörten Aspartam, Saccharin, Stevioside und Sucralose. Die Überprüfung folgte den PRISMA-Richtlinien (Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analysis). Die Meta-Analyse wurde durchgeführt, um den Kurvenverlauf der Blutglukosekonzentrationen über die Zeit nach Süsstoff-Konsum zu schätzen, zu verfolgen und die unterschiedlichen Effekte nach Süsstoff-Typ und Alter, Gewicht und Krankheitsstatus der Teilnehmer zu vergleichen.

Die Ergebnisse zeigten, dass Süsstoff-Konsum den Blutglukosespiegel weder erhöhte noch sonst wie beeinflusste. Der glykämische Einfluss des Süsstoff-Konsums unterschied sich nicht nach Art des Süsstoffes (Aspartam, Saccharin, Stevioside und Sucralose), sondern war in gewissem Ausmass von Alter, Körpergewicht und diabetischem Status der Teilnehmer abhängig.

Eine weitere aktuelle Studie, „Consumption of a Carbonated Beverage with High-Inten-

sity Sweeteners Has No Effect on Insulin Sensitivity and Secretion in Nondiabetic Adults“, geht auf die Auswirkungen der regelmässigen Einnahme von süsstoffgesüsstem Getränken auf die Insulinsensitivität – d. h. die Empfindlichkeit der Körperzellen bzw. der Insulinrezeptoren gegenüber Insulin – bei Gesunden ein. Untersucht wurden dabei Aspartam und Acesulfam K bzw. ungesüsstes kohlenstoffhaltiges Getränk.

Die Studie wurde als randomisierte, doppelblinde Crossover-Studie durchgeführt. Nichtdiabetische Erwachsene mit einem Durchschnittsalter von 31 Jahren (44% Männer, Body-Mass-Index [BMI; kg/m²] 19 bis 29), die keine Süsstoffe konsumierten, wurden in Gruppen eingeteilt. Die Teilnehmer mussten je nach Gruppenzugehörigkeit entweder vom gesüsstem oder ungesüsstem Getränk über 12 Wochen täglich 2 Dosen zu je 330 ml konsumieren. Nach einer 4-wöchigen Auswaschphase wurden die Teilnehmer für 12 Wochen auf das entgegengesetzte Getränk umgestellt. Von den 60 eingeschlossenen Personen schlossen 50 die Studie ab (28 nicht übergewichtige und 22 übergewichtige Teilnehmer). Die Untersuchungsergebnisse zeigten, dass der tägliche Verzehr von 2 Dosen (jeweils

330 ml) eines kohlenstoffhaltigen süsstoffgesüsstem Getränks über 12 Wochen die Insulinsensitivität oder Insulinsekretion bei gesunden, normal- und übergewichtigen Menschen ohne Diabetes nicht beeinflusst. Der Verzehr von süsstoffgesüsstem Getränken hatte zudem keinen Einfluss auf das Körpergewicht, den selbstberichteten Verzehr von Nahrungsmitteln oder die selbstberichtete körperliche Aktivität der Teilnehmer.



Insgesamt liefern diese neuen Studien weitere Belege für frühere Befunde, die zeigen, dass der Verzehr von Süsstoffen in Getränken die Insulinsensitivität und -sekretion oder die allgemeine Glukosekontrolle im Vergleich zu Wasser oder einem ungesüsstem Kontrollgetränk nicht negativ beeinflusst. Im Vergleich zu Zucker, der einen Blutzuckeranstieg verursacht, haben Süsstoffe den Vorteil, den Blutzucker- und Insulinspiegel nach dem Verzehr nicht zu beeinflussen oder zu erhöhen.

Nichol AD, Holle MJ, and An R, Glycemic impact of non-nutritive sweeteners: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. Eur J Clin Nutr. 2018 May 15. doi: 10.1038/s41430-018-0170-6. [Epub ahead of print], 2018
Bonnet F, Tavenard A, Esvan M, Laviolle B, Viltard M, Lepicard EM and Lainé F., Consumption of a Carbonated Beverage with High-Intensity Sweeteners Has No Effect on Insulin Sensitivity and Secretion in Nondiabetic Adults, Journal of Nutrition 2018; 148: 1–7. 2018

Wer wir sind

Bereits seit 1966 hat es sich der Süsstoffverband e.V. zur Aufgabe gemacht, rund um die Thematik Süsstoffe zu informieren. Die Mitglieder sind Unternehmen mit Sitz in Deutschland, der Schweiz und Österreich, die Süsstoffe, Süsstoffzubereitungen und/oder Tafelsüssen herstellen oder vertreiben, und Firmen, die Süsstoffe in Getränken und Lebensmitteln einsetzen.

Was wir tun

- Beteiligung an der wissenschaftlichen Diskussion über Süsstoffe, Gesundheitsprophylaxe und Diätetik
- Kontaktpflege zu Ernährungsfachkräften und sonstigen Vertretern gesundheitsorientierter Berufe, zu Wissenschaft, Forschung, Politik und Wirtschaft
- Bereitstellung von Informationsmaterialien für Multiplikatoren und Verbraucher



Wir **DANKEN** unseren Sponsoren und Förderern für die Unterstützung im 2018!

Nous **REMERCIONS** nos sponsors et donateurs pour leur soutien en 2018!

GRAZIE ai nostri sponsor e donatori per il sostegno nel 2018!

Abbott AG
Coop Genossenschaft
Doetsch Grether
Emmi Schweiz AG
Fresenius Kabi (Schweiz) AG
Hermes Süsstoff (Assugrin)
Hug AG
Nestlé Health Science
Nestlé Suisse SA
Nutricia SA
Proviande Genossenschaft
Schweizer Milchproduzenten (SMP)

GRÜEZI!

WIR FREUEN UNS,
ALS INFORMATIONSTELLE
NUN AUCH IN DER SCHWEIZ
FÜR SIE DA ZU SEIN.



**JETZT
FACTSHEETS
BESTELLEN!**



Cérémonie de remise des diplômes du 22 novembre 2018 – Haute école de santé – Genève

La filière Nutrition et Diététique de la Haute école de santé de Genève est très fière d'avoir remis 32 diplômes cette année.

Nos nouvelles et nouveaux collègues sont: Ait-Abbas Amel, Beuret Julie, Boesch Florence, Brancato Luana, Capone Melissa, Cochand Elsa, Cotterli Léa, Emanuel Gensiga, Equey Julie, Ferreira Monteiro Patricia, Franscini Laura, Haye Lucie, Hebrard Saskia, Jeannet Camille, Küpler Marine, Leu Marie Yolande, Mettraux Laurane, Miéville Marine, Monney Vincent, Moreau Vicky, Neuenschwander Dehlia, Palma Sarah, Pellegrino Fabien, Pfeiffle Shawna, Rey Mathilde, Rey Salomé, Scheidegger Damir, Schenk Aline, Stoppini Anaëlle, Vasey Camille, Voisard Nathalie, Yacoub Maroun Marc.

Toutes nos félicitations pour la qualité du travail accompli au cours des trois années de formation et l'excellent niveau de leurs travaux de Bachelor.

Plusieurs prix ont été remis à l'occasion de cette cérémonie: Prix ASDD, Prix AVASAD et le Prix Communication HUG.

Les lauréat-e-s du Prix ASDD 2018 sont Shawna Pfeiffle et Fabien Pellegrino pour leur travail intitulé *Prise en charge de la sur-*

charge pondérale chez l'enfant et l'adolescent: analyse systématique des guidelines et développement d'un outil pour les diététicien-ne-s, supervisé par Sophie Bucher Della Torre. La thématique de ce travail d'un excellent niveau est extrêmement pertinente dans notre contexte professionnel. Le prix a été remis par Anne Blancheteau, membre du comité de l'ASDD.

Les lauréates du Prix de l'Association Vaudoise d'Aide et de Soins à Domicile (l'AVASAD), remis pour la première fois cette année sont Dehlia Neuenschwander et Salomé Rey pour leur travail de Bachelor intitulé *La stigmatisation de l'excès pondéral par les diététiciennes: est-ce que des actions de sensibilisation permettent de diminuer les comportements potentiellement stigmatisant? Lesquelles ont le plus d'impact?*, supervisé par Eliseo Montanini. La stigmatisation de l'obésité prévaut dans tous les milieux de la société, y compris certainement auprès des professionnels de santé dans l'aide et les soins à domicile. Ce travail donne d'excellentes pistes de réflexion pour explorer sa propre stigmatisation face aux personnes souffrant d'obésité et formule des recommandations de pratiques utilisables par tous les professionnels, y compris par les 20 diététiciennes de l'AVASAD. Le prix a été remis par Sophie Progin Batalla, Consul-

tante diététicienne, Service du Développement des Pratiques Professionnelles, AVASAD.

Enfin, Shawna Pfeiffle et Mathilde Rey ont reçu le Prix Communication «valeurs HEdS» des Hôpitaux universitaires de Genève (HUG). Ce Prix récompense le projet intitulé "Know'eat!", projet porteur des valeurs HEdS qui sont l'engagement, l'audace et l'intégrité. Leur projet s'intègre au sein d'un programme de promotion de la santé au Cameroun, en partenariat avec le ministère de la Santé Publique et plusieurs associations camerounaises et l'Institut de santé globale de l'Université de Genève. Ce projet contribue à l'amélioration de la qualité de vie et de la santé par le biais de l'alimentation, des mères adolescentes camerounaises et de leurs enfants. Le prix a été remis par Marie-José Roulin, directrice adjointe de la direction des soins des Hôpitaux universitaires de Genève.

Nous invitons nos nouvelles et nouveaux collègues à faire connaître leurs travaux de Bachelor au travers du concours Poster du congrès de l'ASDD.

Nous félicitons avec fierté les nouveaux diplômés pour leur réussite et leur souhaitons la bienvenue dans le monde du travail.



Fragen an: Nadia Schwestermann

Ernährungsberaterin SVDE, BSc BFH (2001–2004)

Ausbilderin mit eidgenössischem Fachausweis (2011–2012), SCAE Barista Intermediate (2015). Seit 2006 selbstständig mit der eigenen Firma nutriteam gmbh in Bern mit dem Schwerpunkt betriebliches Gesundheitsmanagement, vor allem bei Nacht- und Schichtarbeit. Bei den ambulanten Beratungen vor allem auf Essstörungen spezialisiert.



Was war entscheidend für die Berufswahl zur Ernährungsberaterin?

Die langjährige Arbeit in der Reisebürobranche hat mir die Möglichkeit geboten, ganz unterschiedliche Länder und Kulturen kennenzulernen und mit verschiedenen Menschen sowie Esskulturen in Kontakt zu kommen. So haben mir beispielsweise die Besuche auf Hawaii oder in Neuseeland aufgezeigt, welchen wichtigen Einfluss das Essverhalten auf die Gesundheit hat. Mit dem Annehmen von Fast-Food-Gewohnheiten traten auch vermehrt Krankheiten auf. Eine ganze Reihe solcher Feststellungen haben mich dazu bewogen, den Job im Reisebüro an den Nagel zu hängen und eine Ausbildung als Ernährungsberaterin anzustreben.

Wie sah deine Berufstätigkeit in den ersten Jahren nach der Ausbildung aus?

Nach meiner Ausbildung hatte ich die Möglichkeit, jeweils 40% im Spitalzentrum Biel sowie auf der Kantonalen Ernährungsberatung Bern (KEB) zu arbeiten. Dies gab mir die Möglichkeit, meine ersten Er-

fahrungen sowohl im klinischen als auch im ambulanten Bereich zu sammeln. Meine Leidenschaft und Begeisterung galt seit Ausbildungsbeginn der Prävention und Gesundheitsförderung. Als das Angebot kam, ganz in den ambulanten Bereich zu wechseln, musste ich nicht lange überlegen.

Auf der KEB hatte ich daraufhin die Möglichkeit, meine beraterischen Fähigkeiten zu vertiefen und Erfahrungen im Unterrichtswesen sowie in der Projektarbeit zu sammeln. Ende 2006 wurde die KEB leider nach über 20 Jahren geschlossen, wodurch ich meine Stelle verlor. Da mich die Selbstständigkeit bereits als «Dreikäsehoch» begeisterte, war für mich sehr schnell klar, dass ich den Sprung in die berufliche Unabhängigkeit wagen wollte. Nun bin ich erfreulicherweise bereits über 10 Jahre mit meinem Betrieb, der nutriteam gmbh, unterwegs.

Wie sieht heute ein normaler Arbeitstag von dir aus?

Das Schöne an der Selbstständigkeit ist für mich die Vielseitigkeit und Abwechslung. Kein Tag ist identisch mit dem nächsten. Im Schnitt verbringe ich rund 50% meiner Arbeitszeit extern. Konkret bedeutet dies, dass ich aufgrund von Unterrichtstätigkeiten und Kursen im betrieblichen Gesundheitsmanagement unterwegs bin. Die restliche Zeit ist für Beratungen, Buchhaltung oder auch kreative Sessions reserviert.

Was war deine Motivation, eine andere, nicht ausschliesslich ernährungsspezifische Weiterbildung zu wählen?

Die Thematik Kaffee hat mich schon immer sehr interessiert und begeistert. So bin ich in den Ferien oder bei externen Einsätzen jeweils auf der Suche nach einem

guten Espresso oder einem «echten» Cappuccino. Kaffee wird in unserem Berufsfeld ohnehin immer wieder diskutiert und ist gleichzeitig eines der meistkonsumierten Getränke weltweit. Aus diesen Gründen entschloss ich mich vor drei Jahren, die Barista-Ausbildung zu absolvieren.

Man kann unglaublich viele Geschmäcker aus einem Espresso herausholen. Mag man lieber Kaffeegetränke mit Milch, stellt sich dann weiter die Frage nach der optimalen Milch und dem perfekten Milchschaum.

Insofern hat mich die Ausbildung vor allem sensorisch und in Bezug auf die Qualität von Produkten sensibilisiert.

Was gefällt dir am besten in deiner aktuellen Tätigkeit?

Die Selbstbestimmung im Berufsleben ist ein Faktor, welcher mir sehr wichtig ist. Es sind die Vielseitigkeit unter der Woche und die verschiedenen Projekte, die mir sehr entsprechen. Jedes Projekt sieht in sich wieder etwas anders aus und stellt andere Ansprüche. Das kann eine Ernährungskampagne für eine Firma sein oder ein Workshop für ein Unternehmen und natürlich auch ambulante Einzelberatungen. Was ich an einem Ort lerne, kann ich in irgendeiner Form in einer anderen Situation wieder anwenden. Meinen Beruf erachte ich als grosses Lernfeld, in welchem ich mich stetig weiterentwickeln kann.

Um die teils etwas kopflastige Arbeit zu durchbrechen, habe ich mich vor zwei Jahren entschlossen, das Kaffee-Business weiterzuentwickeln. Nun bin ich sporadisch mit unserem Kaffeebus «Charlotte» (www.kaffeebus.ch), einem VW-«Bulli»

als mobile Kaffeebar, unterwegs. Auch hier komme ich mit ganz unterschiedlichen Menschen in unterschiedlichen Bereichen in Kontakt, was ich als sehr bereichernd empfinde.

Wie sieht unsere Berufstätigkeit in 10 Jahren aus? Gibt es Tätigkeitsbereiche, die noch erschlossen werden sollen?

Ich bin überzeugt, dass sich unsere beratende Tätigkeit in Zukunft vermehrt der digitalen Welt anpassen wird. Seitens Kunden werden Angebote und Dienstleistungen gefragt sein, welche ortsunabhängig in Anspruch genommen werden können. So kann ich mir gut vorstellen, dass gewisse Beratungen online, mittels elektronischer Dokumente, Video-Sequenzen

und Life-Chats stattfinden werden. Zudem glaube ich, dass die Qualität und die Herkunft des Essens vermehrt eine zentrale Rolle spielen wird.

La rubrique «Membres en bref» offre aux diététicien-ne-s ASDD une plate-forme pour présenter leur parcours professionnel et leur quotidien professionnel. Elle permet également d'échanger entre collègues des points de vue personnels et des considérations sur notre profession.

Questions à: Nadia Schwesternmann

Diététicienne ASDD

BSc BFH (2001–2004), formatrice titulaire d'un brevet fédéral (2011–20012), SCAE Barista Intermediare (2015). Indépendante depuis 2006 au sein de la société qu'elle a créée à Berne, nutriteam gmbh, qui est spécialisée dans la gestion de la santé en entreprise, notamment en cas de travail de nuit et posté ou en équipes. En ambulatoire, les troubles alimentaires sont un motif fréquent de consultation.



Qu'est-ce qui a été déterminant pour toi dans le choix du métier de diététicienne?
Comme j'ai longtemps travaillé dans le secteur du tourisme, dans une agence de voyages plus précisément, j'ai pu apprendre à connaître des cultures et des pays très divers et entrer en contact avec des personnes ayant des habitudes alimentaires différentes des nôtres. Lors de

mes voyages à Hawaï ou en Nouvelle-Zélande par exemple, je me suis rendue compte de l'influence importante du comportement alimentaire sur la santé. Au fur et à mesure que la restauration rapide s'est imposée dans la société, les maladies ont augmenté. Ce constat, et de nombreux autres, m'ont donné envie d'arrêter de travailler à l'agence de voyages pour suivre une formation de diététicienne.

A quoi ressemblait ton activité professionnelle dans les premières années après la formation?

Après ma formation, j'ai trouvé un poste à 40% au Centre hospitalier de Bienne et je travaillais en parallèle au service cantonal bernois de diététique. Cela m'a à la fois permis d'accumuler de l'expérience dans le domaine clinique et ambulatoire. Dès les débuts de ma formation, j'ai toujours été passionnée par la prévention et la promotion de la santé, qui suscitait en moi un grand enthousiasme. Quand la proposition m'a été faite de me consacrer entièrement au domaine ambulatoire, je n'ai pas eu besoin de réfléchir longtemps.

Au sein du service cantonal bernois de diététique, j'ai eu la possibilité d'approfondir mes aptitudes dans le domaine du conseil et d'accumuler de l'expérience dans l'enseignement et l'élaboration de projets. Fin 2006, le service cantonal a malheureusement fermé ses portes, après plus de 20 ans d'activité, et j'ai donc perdu mon emploi. Devenir indépendante me tentait beaucoup et j'ai donc vite réalisé que j'étais prête à franchir le pas et à me mettre à mon compte. Cela fait déjà 10 ans aujourd'hui que je dirige mon entreprise, nutriteam gmbh.

Comme se présente aujourd'hui ta journée de travail type?

Ce qu'il y a de bien quand on est indépendant, c'est qu'il faut être polyvalent et que les tâches sont diverses et variées. Aucune journée ne ressemble en effet à une autre. Je passe en moyenne la moitié de mon temps de travail à l'extérieur. Cela veut dire concrètement que je me déplace pour aller enseigner. Je dispense entre autres des cours de gestion de la santé en entreprise. Le reste du temps, je le consacre bien

sûr aux consultations, mais aussi à des tâches de comptabilité ou encore à la conception de sessions créatives.

Qu'est-ce qui t'a motivée à choisir une autre formation continue, qui ne se rapporte pas exclusivement à la diététique?

J'ai toujours nourri un grand intérêt pour le café. Ainsi, pendant mes vacances ou lors de mes missions à l'extérieur, je suis toujours à la recherche d'un bon espresso ou d'un «véritable» cappuccino. Dans notre domaine professionnel, le café est régulièrement au cœur du débat et dans le même temps, il s'agit de l'une des boissons les plus consommées dans le monde. C'est pourquoi j'ai décidé il y a trois ans de suivre la formation de barista.

C'est incroyable le nombre d'arômes que l'on peut trouver dans un espresso. Pour ceux qui préfèrent les boissons au café contenant du lait, il est alors intéressant de s'interroger sur la manière optimale de préparer le lait et la mousse de lait parfaite. Cette formation m'a surtout sensibilisée

sur le plan sensoriel et par rapport à la qualité des produits.

Qu'est-ce qui te plaît le plus dans ton activité actuelle?

Le fait d'avoir le contrôle de ma vie professionnelle est un facteur qui compte beaucoup pour moi. La diversité des activités tout au long de la semaine ainsi que la variété des projets traités correspondent vraiment à ce que j'aime. Chaque projet se présente en lui-même de manière un peu différente et fait appel à de nouvelles exigences. Il peut s'agir de concevoir une campagne sur l'alimentation pour le compte d'une entreprise ou d'organiser un workshop pour une autre, sans compter bien sûr les consultations individuelles ambulatoires. Ce que j'observe sur un site, je peux le réutiliser d'une manière ou d'une autre dans une situation différente. J'estime que ma profession est un grand champ d'investigations dans lequel je peux apprendre et me développer en permanence.

Afin de faire une coupure avec mon activité parfois un peu prenante intellectuelle-

ment, j'ai décidé il y a deux ans de poursuivre le business du café. Je me déplace de façon occasionnelle à bord de «Charlotte», notre bus VW-café, qui est en fait un bar à café itinérant (www.kaffeebus.ch). Cela me permet une fois encore d'entrer en contact avec des gens d'univers très différents, et je trouve cela très enrichissant.

A quoi ressemblera notre activité professionnelle dans 10 ans? Reste-t-il des domaines d'activité à exploiter?

Je suis convaincue que notre activité de conseil devra à l'avenir s'adapter de plus en plus à l'univers numérique. La demande de la clientèle pour des offres et des prestations de services pouvant être sollicitées de n'importe quel lieu augmentera. Ainsi, je peux tout à fait m'imaginer que certaines consultations se feront en ligne, au moyen de documents électroniques, de séquences vidéo et de tchats en direct. De plus, je suis d'avis que la qualité et la provenance des aliments joueront un rôle central.

La rubrica «Membri in primo piano» offre alle dietiste e ai dietisti ASDD una piattaforma per dare un'idea del loro percorso professionale e dell'attività quotidiana che svolgono, nonché per condividere con colleghe e colleghi opinioni e valutazioni sulla nostra professione.

Domande a: Nadia Schwestermann

Dietista ASDD, BSc BFH (2001–2004), formatrice con attestato federale (2011–2012), SCAE Barista Intermediata (2015). Dal 2006 lavora come dietista indipendente nella sua azienda nutriteam gmbh a Berna, che si occupa principalmente di gestione della salute sul lavoro, in particolare per quanto riguarda il lavoro notturno e a turni. A livello di consulenze ambulatoriali è specializzata nei disturbi alimentari.

Che cosa ti ha spinto a scegliere la professione di dietista?

Durante i numerosi anni di lavoro nel settore delle agenzie viaggi ho potuto conoscere svariati paesi e culture, ma anche persone con culture gastronomiche diverse. I miei viaggi alle Hawaii o in Nuova Zelanda, ad esempio, mi hanno mostrato quanto sia rilevante il comportamento alimentare per la salute. L'adozione di cattive

abitudini alimentari, come la frequentazione dei fast food, ha portato ad un aumento del numero di malattie in circolazione. Tutte queste considerazioni e altre riflessioni analoghe mi hanno spinto a lasciare il lavoro nell'agenzia di viaggi e a intraprendere la formazione di dietista.

In cosa consisteva la tua attività professionale nei primi anni dopo la formazione?

Al termine della formazione mi fu offerta l'opportunità di lavorare per un 40 % presso il Centro ospedaliero di Bienne e per un altro 40 % presso il Centro di consulenza nutrizionale cantonale di Berna (Kantonale Ernährungsberatung Bern, KEB). Ho così potuto fare le prime esperienze sia in ambito clinico che ambulatoriale. Sin dall'inizio della formazione, la mia passione e il mio impegno si sono orientati verso la



prevenzione e la promozione della salute, tanto che quando mi fu proposto di lavorare unicamente in ambito ambulatoriale accettai subito.

Alla Kantonale Ernährungsberatung Bern ebbi anche l'opportunità di approfondire le mie capacità nel campo della consultazione e acquisire esperienza nell'insegnamento e nella partecipazione ai progetti. Purtroppo, a fine 2006 la KEB chiuse i battenti dopo oltre 20 anni di attività e io persi il mio lavoro. Ma visto e considerato che esercitare un'attività indipendente era un'idea che mi entusiasmava sin da ragazzina, decisi che era giunto il momento di mettermi in proprio e fondai la nutriteam gmbh, che esiste ormai da più di dieci anni.

Come descriveresti una tua normale giornata di lavoro?

Ciò che apprezzo dell'attività da indipendente sono la varietà e la diversità. Non esistono giorni uguali. In media, trascorro circa il 50 % del mio tempo lavorativo all'esterno; sono spesso fuori sede per impartire lezioni o corsi sulla gestione della salute sul lavoro. Il resto del tempo è riservato alle consultazioni, alla contabilità o a sedute creative.

Che cosa ti ha spinto a seguire un'altra formazione, non direttamente legata alla professione di dietista?

Ho sempre nutrito molto interesse per il caffè. Quando sono in vacanza o fuori sede per lavoro, vado sempre alla ricerca di un buon espresso o di un «vero» cappuccino. Il caffè fa sempre molto discutere nella nostra professione ed è, allo stesso tempo, una delle bevande più consumate al mondo. Per queste ragioni, tre anni fa decisi di assolvere la formazione di barista.

Da un espresso si può ottenere un'incredibile varietà di gusti e aromi. Se invece si preferisce il caffè con il latte, la domanda è quale sia il latte ideale e come si fa per realizzare una schiuma perfetta.

La formazione mi ha quindi sensibilizzata soprattutto a livello sensoriale e in relazione alla qualità dei prodotti.

Che cosa ti piace di più del tuo attuale lavoro?

Per me, lavorare in maniera indipendente è un fattore molto importante. Le settimane così diverse le une dalle altre e gli svariati progetti di cui mi occupo si addicono

pienamente alla mia personalità. Ogni progetto ha aspetti ed esigenze diverse, come ad esempio una campagna nutrizionale per una ditta, un workshop per un'azienda o, naturalmente, una consulenza ambulatoriale individuale. Ciò che imparo in un posto, posso utilizzarlo in un modo diverso in un'altra situazione. Considero la mia professione un grande campo di apprendimento nel quale posso continuare a evolvere.

Per staccare un po' dal lavoro «cerebrale», due anni fa ho deciso di lanciarmi nel business del caffè. Così, di tanto in tanto sono in giro con «Charlotte», il nostro furgoncino Bulli VW che funge da bar mobile (www.kaffeebus.ch), e anche durante questi spostamenti mi capita di incontrare persone molto diverse fra di loro in contesti molto differenti. È un'esperienza veramente gratificante.

Come sarà il nostro lavoro fra 10 anni? Esistono settori di attività che potremmo ancora sfruttare?

Sono convinta che la nostra attività di consulenza in futuro si adeguerà sempre di più al mondo digitale. I clienti richiederanno offerte e servizi indipendenti dal luogo in cui si trovano. Posso quindi immaginare che determinate consultazioni saranno svolte online, utilizzando documenti elettronici, sequenze video e chat in diretta. Penso inoltre che la qualità e la provenienza del cibo assumeranno sempre più un ruolo centrale.

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 est régulièrement actualisée et complétée 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
08.01.19	St. Gallen	7. Ostschweizer Food Forum Kompetenznetzwerk Ernährungswirtschaft, Agro Marketing Thurgau AG, Standortmarketing Thurgau	2
09.01.19	Zürich	Individualisierte Ernährungstherapie: Säure-Basen-Haushalt nach Pischinger NHK Institut	2
14.01.19–15.01.19	Zürich	Gesundheitssystem Schweiz Universitäten Basel, Bern und Zürich	4
16.01.19	Zürich	Individualisierte Ernährungstherapie: vom Kind bis zum alten Menschen (Anti-Aging) NHK Institut für integrative Naturheilkunde	4
17.01.19	Zürich	Systemische Aufstellungen im Einzelsetting IKP Zürich	2
24.01.19	Lavigny	Les troubles de la déglutition	2
25.01.19	Zürich	Mitochondriopathie und Autoimmunkrankheiten NHK Institut für integrative Naturheilkunde	4
06.02.19	Zürich	Individualisierte Ernährungstherapie: Ernährungstherapie bei Stoffwechselkrankheiten NHK Institut	2
07.02.19	Zürich	Neue Konzepte zur Behandlung von Binge-Eating-Disorder IKP Zürich	2
07.02.19	Lugano	Trattare il dolore e curare il malato? Organizzazione: Fondazione di ricerca in Psicooncologia e Associazione Triangolo	1
08.02.19	Zürich	Neurologische Erkrankungen und Ernährung NHK Institut für integrative Naturheilkunde	2
14.02.19	Aarau	MSIT-Schulung Fachverband AKJ	2
15.02.19–16.02.19	Bern	Nahrungsmittelallergien – eine spannende Herausforderung im Beratungsalltag aha! Allergiezentrum Schweiz	4
20.02.19–22.02.19	Bern	Soziokulturelle Kontexte, Migration und gesundheitliche Chancengleichheit Universitäten Basel, Bern und Zürich	6
21.02.19	Bramois (Sion)	Alimentation et mouvement de la personne âgée, une problématique indissociable Camille Schmelzbach, camille.schmelzbach@asi-sbk-vs.ch	2
22.02.19	Zürich	Die narzisstische Persönlichkeitsstruktur in Beziehungen IKP Zürich	2
27.02.19–01.03.19	Zürich	Ethik und Public Health Universitäten Basel, Bern und Zürich	6
01.03.19–02.03.19	Zürich	Ernährungspsychologische Behandlungsstrategien von Essstörungen IKP Zürich	4
04.03.19–06.03.19	Zürich	Gesundheitsrecht Universitäten Basel, Bern und Zürich	6
04.03.19–26.06.19	Aarau	Vom Pflegekonzept zur neuen Küche Careum Weiterbildung	6
06.03.19	Zürich	Individualisierte Ernährungstherapie: bei Störungen und Krankheiten vom Bewegungsapparat NHK Institut für integrative Naturheilkunde	2
07.03.19	Zürich	Herausforderung Patchwork-Familie IKP Zürich	2
12.03.19–13.03.19	Neuchâtel	Les glucides HEdS	4
13.03.19	Zürich	Individualisierte Ernährungstherapie bei Haut-, Haar-, Nagelstörungen und Nierenerkrankungen NHK Institut für integrative Naturheilkunde	2
15.03.19–16.03.19	Luzern	Humor & Provokation José Amrein	4
21.03.19	Zürich	«Heisse Zeiten» – Last und Lust der Wechseljahre IKP Zürich	2
21.03.19	Bern	Burnout als Verletzung des narzisstischen Selbst IKP Zürich	2
22.03.19–23.03.19	Luzern	Lösungsorientierte Gesprächsführung José Amrein	4
27.03.19	Zürich	Individualisierte Ernährungstherapie: für Psyche und Endokrinum NHK Institut für integrative Naturheilkunde	2
02.04.19–03.04.19	Lausanne	Allergies alimentaires: un (nouveau) défi pour les diététiciens-ne-s HEdS	4
04.04.19	St. Gallen	GESKES-Zertifikatskurs «Veränderte Anatomie im GIT – Auswirkung auf Ernährung und Pharmakotherapie Dr. med. Claudia Krieger, Dr. med. Sarah Sigrist, Kantonsspital St. Gallen	1
05.04.19–06.04.19	Bern	Resilienz und andere Ressourcen aktivieren IKP Zürich	6
10.04.19–12.04.19	Zürich	Gesundheitspolitik Universitäten Basel, Bern und Zürich	6
11.04.19	Zürich	SVDE-Fortbildung zum Thema Onkologie SVDE ASDD	–
12.04.19	Luzern	Übungstag Lösungsorientierte Gesprächsführung José Amrein	2
12.04.19–13.04.19	Zürich	Grundzüge der Biochemie und Energiestoffwechsel IKP Zürich	4

KURSÜBERSICHT VUE D'ENSEMBLE DES COURS PANORAMICA DEI CORSI

Datum Date Data	Ort Lieu Luogo	Veranstaltung Manifestation Manifestazione	SVDE-Punkte Points ASDD Punti ASDD
13.04.19–29.05.19	Zürich	Ernährung in der Kinderheilkunde NHK Institut für integrative Naturheilkunde	6
06.05.19–08.05.19	Zürich	Gesundheitsökonomie Universitäten Basel, Bern und Zürich	6
06.05.19	Aarau	Service und Service-Kultur im Heimbereich Careum Weiterbildung	2
09.05.19	Bern	Die Macht der Intuition – die Intelligenz des Unbewussten IKP Zürich	2
14.05.19	Zürich	Hormonstoffwechsel und Ernährung NHK Institut für integrative Naturheilkunde	2
16.05.19	Zürich	Darmgesundheit – mehr als nur eine gute Verdauung IKP Zürich	2
23.05.19	Zürich	Ernährung in der Schwangerschaft und Stillzeit – was gilt? Verein PEBS	–
26.05.19	Luzern	Übungstag Humor und Provokation José Amrein	2
30.05.19	Lausanne	Alimentation 4.0 HEdS	2
11.06.19	Lausanne	La fragilité des personnes âgées, un enjeu en Santé publique HEdS	2
20.06.19	Zürich	Achtsame Wahrnehmung und Spannungsregulation IKP Zürich	2
21.06.19	Zürich	Frausein und Sexualität IKP Zürich	2
27.08.19	Zürich	Individualisierte Ernährungstherapie – ganzer Lehrgang NHK Institut für integrative Naturheilkunde	–
29.08.19	Zürich	Intuitive Imagination IKP Zürich	2
09.09.19–11.09.19	Zürich	Einführung in Public Health Universitäten Basel, Bern und Zürich	6
10.09.19–11.09.19	Olten	ZRM: Wie Klienten lernen, ungeliebte Ziele mit Willenskraft und Motivation zu verfolgen SVDE ASDD	4
11.09.19–18.12.19	Luzern	Übungsabende Humor und Provokation José Amrein	–
13.09.19–14.09.19	Zürich	Psychosomatische Störungen – wenn sich die Seele über Körpersymptome zeigt IKP Zürich	4
18.09.19–11.12.19	Luzern	Übungsabende Lösungsorientierte Gesprächsführung	–
19.09.19	Zürich	Möglichkeiten und Einschränkungen in der virtuellen Therapie IKP Zürich	2
20.09.19	Bern	Nahrungsmittelunverträglichkeiten: häufig und häufig übersehen aha! Allergiezentrum Schweiz	2
21.09.19–26.10.19	Luzern	Humor und Schlagfertigkeit in Beruf und Alltag José Amrein	4
25.09.19–27.09.19	Bern	Grundlagen der Gesundheitswissenschaft und Sozialepidemiologie Universitäten Basel, Bern und Zürich	6
26.09.19	Zürich	Ernährung bei Nacht- und Schichtarbeit IKP Zürich	2
02.10.19	Zürich	Haut und Ernährung NHK Institut für integrative Naturheilkunde	2
04.10.19–05.10.19	Zürich	Wenn der Darm leidet – Behandlungsansätze aus ernährungspsychologischer Sicht IKP Zürich	4
18.10.19–19.10.19	Luzern	Neue Ideen für die Gesprächsführung José Amrein	4
21.10.19	Zürich	Sexualberatung und -therapie IKP Zürich	2
23.10.19	Olten	3. Ernährungsfachkongress Mikronährstoffe «Aktuelles aus Wissenschaft und Praxis» Burgerstein Foundation	2
28.10.19–14.11.19	Basel	Umwelt und Gesundheit Universitäten Basel, Bern und Zürich	6
31.10.19	Zürich	Der Kühlschrank – mein bester Freund! IKP Zürich	2
01.11.19–02.11.19	Zürich	Provozieren – aber richtig! IKP Zürich	6
06.11.19	Zürich	Laborwerte in der naturheilkundlichen Praxis NHK Institut für integrative Naturheilkunde	4
08.11.19	Bern	Vertiefungskurs Fallbesprechungen bei Nahrungsmittelallergien und Nahrungsmittelintoleranzen aha! Allergiezentrum Schweiz	2
14.11.19	Zürich	Gewaltfreie Kommunikation und ihre Anwendung in Beratung IKP Zürich	2
15.11.19–16.11.19	Zürich	Ernährungspsychologie meets Bariatrie IKP Zürich	4
28.11.19	Zürich	Die eigene und die fremde Grenze im beruflichen Alltag IKP Zürich	2
29.11.19–30.11.19	Luzern	Humor und Provokation in Therapie und Beratung José Amrein	4
05.12.19	Zürich	Frühe und unbewusste Bindungsverletzungen aufspüren IKP Zürich	2



Abound®



Erneuert. Stärkt. Aktiviert.

Wundheilung neu definiert – Für Personen mit akuten und chronischen Wunden

Régénère. Fortifie. Active.

La cicatrisation redéfinie – Pour les personnes souffrant de plaies aiguës ou chroniques

Von ESPEN[#] und den S3 Leitlinien^{##} empfohlen

Recommandé par l'ESPEN[#] et les S3 directives^{##}

Mit HMB*, Glutamin und Arginin

- Verhindert den Abbau körpereigener Proteine
→ *notwendig für die Wundheilung*
- Unterstützt die Kollagensynthese
→ *essentiell für eine intakte Haut*
- Wirken als Aktivatoren für Immunzellen
→ *Reduktion von Infektionen*

À base d'HMB*, de glutamine et d'arginine

- Prévient la dégradation des protéines endogènes
→ *nécessaires pour la cicatrisation*
- Renforce la synthèse du collagène
→ *essentiel pour une peau intacte*
- Agit comme des activateurs pour les cellules immunitaires
→ *Réduction des infections*

* β -Hydroxy- β -Methylbutyrat / β -hydroxy- β -méthylbutyrate

[#] Gomes F, Schuetz P, Bounoure L, et al. ESPEN guidelines on nutritional support for polymorbid internal medicine patients. Clinical Nutrition 2018; Vol. 37, Issue 1, p:336-353

^{##} Arends J, Bertz H, Bischoff S C, et al. Klinische Ernährung in der Onkologie. Aktuelle Ernährungsmedizin 2015; 40: e1-e74

Wussten Sie schon?

Abound ist rückvergütet durch die Grundversicherung*

*Stand 2018: Rückerstattet durch Helsana, CSS, Sanitas, Assura, KPT, vorausgesetzt die Indikationsstellung ist gemäss der GESKES-Richtlinien. Rückvergütung durch die Zusatzversicherung bei anderen Versicherern möglich – fragen Sie die Krankenkasse.

Le saviez-vous?

Abound est remboursé par l'assurance de base*

*A partir de 2018: Remboursé par Helsana, CSS, Sanitas, Assura, KPT, à condition que la prescription soit conforme aux directives de la SSNC. Remboursement par l'assurance complémentaire possible avec d'autres assureurs – demandez à l'assurance maladie.



NEU/NOUVEAU
Abound® Neutral/Neutre



AMT20180823D/F © Abbott AG 2018

ERFREULICHE SONDERMELDUNG:

DES NOUVELLES PARTICULIÈREMENT RÉJOUISSANTES:

**BESONDERS
EINFACH**

Particulièrement
simple

**DIE NR. 1
UNTER
ANWENDERN***

Le No 1 auprès
des utilisateurs*



**BESONDERS
SICHER**

Particulièrement sûr

**BESONDERS
UMWELTFREUNDLICH**

Particulièrement
respectueux de
l'environnement

*Marktforschung Psyma 2017

*Recherche de marché Psyma 2017

Der neue SmartPack von Nutrison vereinfacht
Ihren Sondennahrungsalltag.

Le nouveau SmartPack de Nutrison facilite votre
quotidien dans la nutrition par sonde.

**NUTRICIA
Nutrison**