



SVDE ASDD

Schweizerischer Verband
der Ernährungsberater/innen

Association suisse
des diététicien-ne-s

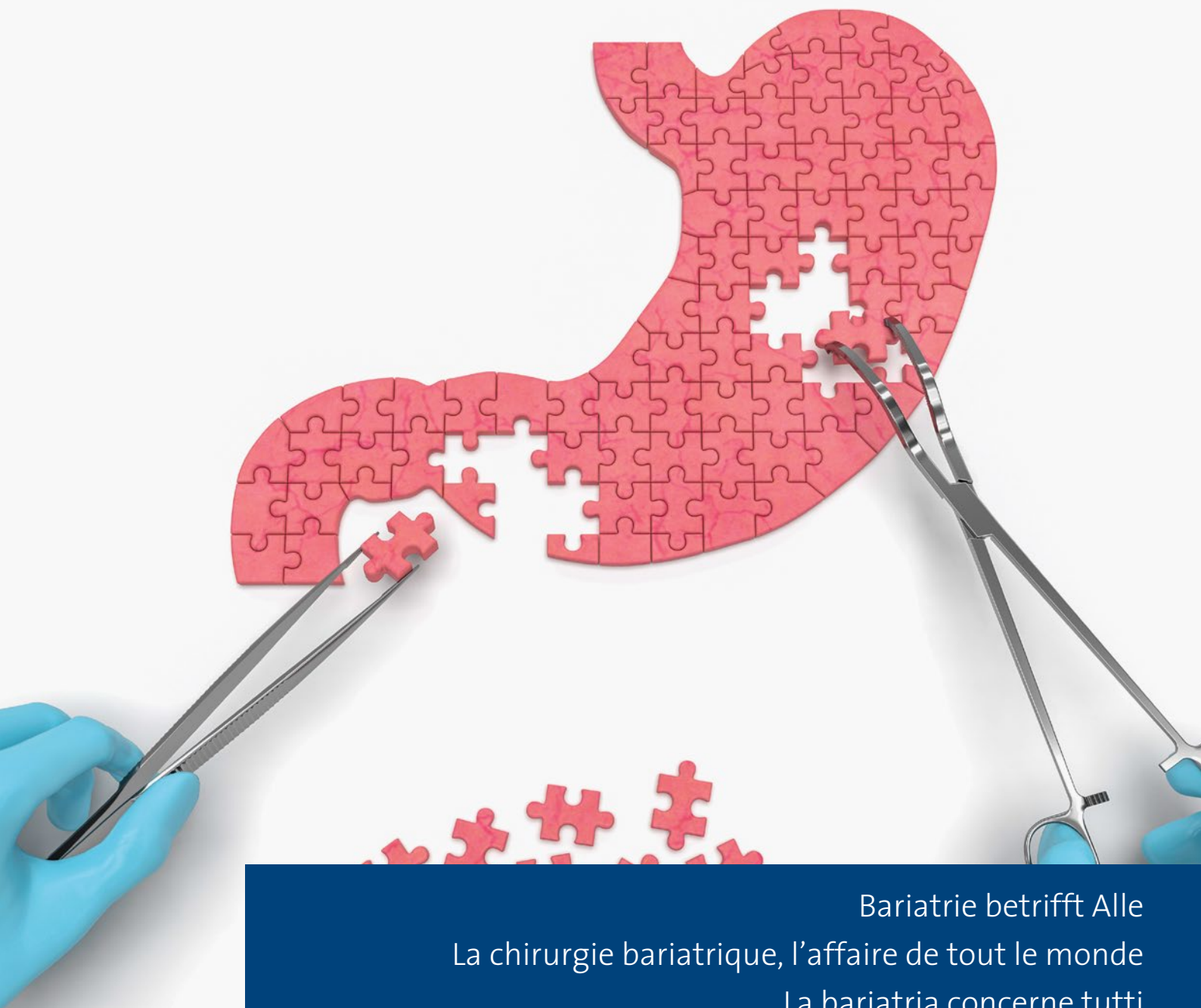
Associazione Svizzera
delle-dei Dietiste-i

SVDE ASDD

Info

5/2019

Oktober | Octobre | Ottobre



Bariatrie betrifft Alle
La chirurgie bariatrique, l'affaire de tout le monde
La bariatria concerne tutti

NUTRICIA
Fortimel



Forteilhaft

Verminderter Gewichtsverlust
für mehr Lebensqualität
bei krankheitsbedingter Mangelernährung.

Von Anfang an
Fortimel® Compact Protein Trinknahrung.

Empfehlen Sie Fortimel® Compact Protein*

- COMPACT – hohe Nährstoff- und Energiedichte bei geringem Volumen
- ABWECHSLUNGSREICH – in sechs leckeren, gut verträglichen Geschmacksrichtungen
- Kostenübernahme – durch Krankenkasse nach KVG gemäss GESKES Richtlinien

* Lebensmittel für besondere medizinische Zwecke (bilanzierte Diät).
Nur unter ärztlicher Aufsicht zu verwenden



NUTRICIA
Fortimel



Formidable

Perte de poids réduite
pour plus de qualité de vie en cas
de carence alimentaire liée à une maladie.

Dès le début,
Fortimel® Compact Protein l'alimentation buvable.

Recommandez Fortimel® Compact Protein*

- COMPACT – teneur élevée en nutriments et en énergie dans un faible volume
- DIVERSIFIÉ – en six arômes délicieux bien tolérés
- REMBOURSABLE – par les caisses-maladies conformément à la LAMal, selon les directives de la SSNC

* Aliment destiné à des fins médicales particulières (diète équilibrée).
À n'utiliser que sous surveillance médicale



**Supplemento all'Info 4/2019
«Zucchero e le sue alternative»:**

Nell'edizione 5/agosto 2018 del periodico dell'associazione consumatrici e consumatori della Svizzera Italiana è stato pubblicato un dossier su vari aspetti legati al consumo di zucchero (pagina 15–21). Lo trovate al seguente link: old.acsi.ch/documenti/BDS_2018/BdS_5.18.pdf

Evelyne Battaglia-Richi
presidente@acsi.ch

DEUTSCHSCHWEIZ

Editorial 2
 Fachteil 4
 Wort der Präsidentin 33
 Verbandsinfo 34
 Aktuelles 36
 Kursübersicht 39

SUISSE ROMANDE

Editorial 2
 Rubrique professionnelle 8
 Le mot de la présidente 33
 Info de l'ASDD 34
 Actualité 36
 Vue d'ensemble des cours 39

SVIZZERA ITALIANA

Editoriale 2
 Rubrica professionale 11
 Parola della presidentessa 33
 Info dell'ASDD 34
 Attualità 37
 Panoramica dei corsi 39

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'emploi + 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

- 5/2019 Ernährungstherapie bei Bariatrie
 Therapie nutritionnelle et chirurgie bariatrique
 Terapia nutrizionale e chirurgia bariatrica
- 6/2019 Lebererkrankungen
 Les maladies hépatiques
 Le malattie del fegato
- 1/2020 Digitale Ernährungsberatung
 Conseils nutritionnels numériques
 Consulenza nutrizionale digitale
- 2/2020 Advanced Practice Dietitian
- 3/2020 Vegane Ernährung im Berufsalltag
 L'alimentation végétane dans le quotidien professionnel
 L'alimentazione vegana nella vita professionale quotidiana
- 4/2020 Gastroenterologie – vielseitige Arbeitsfelder
 Les multiples champs d'activité de la gastroentérologie
 I molteplici campi d'attività della gastroenterologia
- 5/2020 Ernähren bis zuletzt? ET in der Palliative Care
 Alimenter jusqu'au bout ?
 La thérapie nutritionnelle dans les soins palliatifs
 Alimentare fino alla fine?
 La terapia nutrizionale nelle cure palliative

Redaktions- und Inserateschluss / Délais des insertions et de rédaction / Termine d'inserzione et di redazione:
 6/A9: 1. November, 1 novembre, 1 novembre 2019

Tarifikomponenten / Documentazione tariffaria / 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

Vizepräsidentin / 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

Lisa Poretti
 lisa.poretti@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)

Druck / Impression / Stampa

Multicolor Print AG, Baar

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

100% PFLANZLICH
DARMGLEICHGEWICHT

SVDE-Fachgruppe Bariatrie
Groupe de l'ASDD spécialisé Bariatrique
Gruppo ASDD professionale bariatria

Liebe Leserin, lieber Leser

Die Bariatrie ist eine etablierte Therapie im Kontext der Stufentherapie der Adipositas. Bis anhin wird der bariatrische Klient an spezialisierten Zentren durch ein interdisziplinäres Team betreut. Tatsache ist aber: Bariatrie betrifft alle. In der Schweiz werden aktuell zirka 5000 Patienten pro Jahr bariatrisch operiert, Tendenz steigend. Hauptsächlich werden Magenbypass, Magenschlauch sowie Reoperationen von Magenbändern vorgenommen.

Die Indikationen für die Durchführung einer Operation wurden in den letzten Jahren überarbeitet. Bei metabolischen, adipösen Patienten zählt die Magen-Bypass-Operation bereits zum Goldstandard. Laut SMOB-Richtlinien kommen für eine Operation nur Patienten infrage, welche einen BMI von über 35 kg/m² haben und mehr als zwei Jahre erfolglos versuchten abzunehmen.

Wir treffen Menschen mit einer bariatrischen Operation in verschiedenen Lebenssituationen an:

Sie werden Eltern oder älter, sie werden reoperiert oder erleiden Komplikationen und sie sind ebenso von Verkehrsunfällen und Karzinomerkrankungen betroffen wie andere Menschen. Die Bariatrie steht hier nicht im Vordergrund, ist aber als Bestandteil der Anamnese relevant für die Behandlung der Betroffenen.

Unser Anliegen in dieser Ausgabe ist es, das Wissen der Fachgruppe und unsere Erfahrungen mit Ihnen zu teilen. Wir laden Sie ein, in die Betreuung eines präoperativen Klienten einzutauchen und ein konkretes Fallbeispiel im Akutspital zu erleben. Ebenfalls stellen wir Ihnen die Richtlinien von Schwangeren nach Bariatrie vor.

Chère lectrice, cher lecteur

La chirurgie bariatrique est une thérapie bien établie dans le contexte du traitement par étapes de l'obésité. Même si les client-e-s bariatriques sont pris-es en charge par une équipe interdisciplinaire dans des centres spécialisés, la chirurgie bariatrique est l'affaire de tout le monde. En Suisse, environ 5000 patient-e-s par an subissent une opération de chirurgie bariatrique, avec une tendance à la hausse. Il s'agit pour l'essentiel de bypass gastriques, de gastrectomies longitudinales et de réopérations de gastroplasties par anneau gastrique modulable.

Ces dernières années, les indications pour réaliser une opération ont été revues. Pour les patient-e-s obèses avec troubles métaboliques, le bypass gastrique s'est déjà établi comme intervention standard. Selon les directives de la SMOB, seul-e-s des patient-e-s dont l'IMC est supérieur à 35 kg/m² et qui ont essayé de perdre du poids sans succès pendant plus de deux ans entrent en ligne de compte pour une intervention chirurgicale.

Les personnes bariatriques que nous rencontrons se trouvent dans diverses situations de vie : elles deviennent parents ou vieillissent, elles sont réopérées ou souffrent de complications, et elles sont tout aussi concernées que les autres par les accidents de la circulation et les cancers... Ce numéro n'est pas consacré à la chirurgie bariatrique en tant que telle, mais plutôt en tant que partie de l'anamnèse jouant un rôle déterminant pour le traitement des personnes concernées.

Nous avons envie de partager avec vous ici les connaissances du groupe spécialisé et nos expériences. Nous vous invitons à vous plonger dans le suivi d'un client à la veille d'une intervention chirurgicale et de découvrir un exemple de cas concret dans un hôpital pour soins aigus. Nous vous présentons également les directives à l'intention des femmes enceintes ayant subi une opération de chirurgie bariatrique.

Cara lettrice, caro lettore

La chirurgia bariatrica è una terapia consolidata nell'ambito della terapia graduale dell'obesità. Attualmente i pazienti bariatrici vengono seguiti da team interdisciplinari in centri specializzati. Il fatto però è che la bariatria concerne tutti. Attualmente in Svizzera circa 5000 pazienti all'anno vengono sottoposti a chirurgia bariatrica, e la tendenza è all'aumento. Principalmente si tratta di bypass gastrici, gastrectomie verticali parziali (sleeve gastrectomy) e revisioni di bendaggi gastrici.

Negli ultimi anni le indicazioni per l'esecuzione di operazioni bariatriche sono state rielaborate. Nei pazienti metabolici obesi, l'operazione di bypass gastrico è già considerata il gold standard. Secondo le direttive SMOB, per quest'operazione vengono presi in considerazione solo i pazienti con un BMI superiore a 35 kg/m² che hanno tentato invano per più di due anni di perdere peso.

Noi dietiste e dietisti incontriamo queste persone in diverse fasi della loro vita: quando diventano genitori o invecchiano, vengono rioperate o soffrono di complicazioni, oppure quando come chiunque altro subiscono incidenti della circolazione o soffrono di tumori. In questi casi, la bariatria non è il problema principale, ma una componente dell'anamnesi rilevante per la presa a carico del paziente.

Con questo numero della nostra rivista vogliamo condividere con lei le conoscenze del gruppo professionale e le nostre esperienze. La invitiamo a immergersi nella presa a carico preoperatoria di un cliente e in un concreto esempio di caso in ospedale acuto. Le presenteremo anche le direttive per le donne incinte dopo chirurgia bariatrica.

Beratungsmaterial gesucht?

Nutzen Sie unser gratis Angebot!

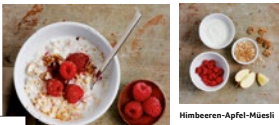
Milcheiweissallergie bei Kleinkindern



Bei einer Allergie reagiert das Immunsystem auf bestimmte Stoffe – meist besteht es aus Proteinen. Die Milcheiweissallergie ist die häufigste Allergie bei Säuglingen und Kleinkindern. Sie ist eine Reaktion auf das Eiweiss des Milchproteins. Die Beschwerden reichen von Hautausschlag bis hin zu Verdauungsproblemen und Atemwegsreaktionen. Die Diagnose erfolgt durch einen Allergologen. Die Behandlung besteht aus der Vermeidung von Milchprodukten. Bei schweren Allergien kann eine Ernährung mit hydrolysiertem Milchprotein notwendig sein.

Was ist zu tun?
Sollte der Arzt eine Allergie diagnostizieren, sind Milchprodukte zu vermeiden. Es gibt jedoch Alternativen wie pflanzliche Milchgetränke (Soja, Hafer, Mandel) oder hydrolysierte Milchprodukte. Wichtig ist, dass diese Alternativen auch keine Spuren von Milch enthalten.

Mahlzeiten mit moderatem Kohlenhydratanteil Frühstück



Himbeeren-Äpfel-Müsli

Für 1 Person
Ca. 20 Minuten

Zutaten


- 50g Haferflocken
- 50g Äpfel, geräufelt
- 100g Himbeeren
- 1 EL Zitronensaft
- 200g Joghurt, natur
- 30g Backmilch, grob gehackt
- Zimt

Zubereitung

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

Nährwerte pro Portion:
Energie 570 kJ / 135 kcal, Fett 12g, Kohlenhydrate 44g

Fragen und Antworten zur Laktoseintoleranz



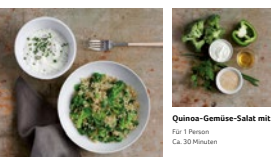
Muss man auf Milchprodukte verzichten?
Nein. Es sollte nicht auf Milchprodukte verzichtet werden. Käse (Extrakt-, Hart-, Halbhart- und Weichkäse) enthält keine Laktose mehr. Butter und Rahm in geringen Mengen; diese Produkte werden deshalb gut vertragen. Sauermilchprodukte wie Joghurt oder Kefir besitzen oft ebenfalls keine Beschwerden, da sie Milchsäurebakterien enthalten, welche die Verdauung erleichtern. Alle anderen Milchprodukte (z.B. Quark, Frischkäse, Milch) müssen geteilt oder durch die laktosefreie Variante ersetzt werden.

Ist Milchzucker Fodmap reich?
Nein. Racioli und Hartkäse sind Fodmap arm und können den Verdauungstrakt nicht belasten. Bei anderen Milchprodukten kann Fodmap enthalten sein, was bei empfindlichen Personen zu Beschwerden führen kann.

Gibt es über Nahrungsmittel Laktose?
Ja, Laktose ist ein natürliches Zuckerverbindungsprodukt in Milch. Sie ist in Milch, Milchprodukten, Getreide, Obst und Gemüse enthalten. Bei Laktoseintoleranz sollte auf diese Lebensmittel verzichtet 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 (laktosefrei) Milch, ein Becher Joghurt und ein Stück Käse.

Mahlzeiten mit niedrigem Kohlenhydratanteil Hauptmahlzeit



Quinoa-Gemüse-Salat mit Kräuterquark

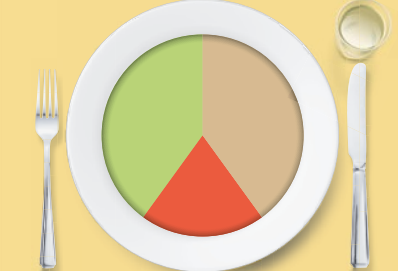
Für 1 Person
Ca. 30 Minuten

Zutaten


- 1 dl Wasser und wenig Gemüsebouillonpaste
- 150g Broccoli, in Röschen
- 20g Quinoa (Körner langweicht)
- 100g grüne Paprikas, in Würfel
- Salz
- 1 EL Essig
- 1 EL Rapsöl
- Salz, Pfeffer, Paprika, Curry
- Kichererbsen
- 250g Weizenmehl
- Petersilie, Schnittlauch
- Salz, Pfeffer

Zubereitung

1. Salat, Wasser und Bouillonpaste aufkochen. Broccoli und Quinoa beifügen, 15–20 Minuten zugedeckt weich kochen. Leicht abkühlen lassen. Paprikas beifügen.



Natürlich gesund essen



Die Ernährungspyramide zeigt die empfohlene Menge an Nahrungsmitteln pro Tag. Die Basis bilden Gemüse und Obst, gefolgt von Getreide, Eiweissnahrungsmitteln und Milchprodukten. Die Spitze bilden Süßigkeiten, fettreiche Nahrungsmittel und Alkohol.

Die Milch ist in der Ernährungs-
forschung wie auch in der Ernäh-
rungsberatung immer ein Thema.

Wir bieten praxisingerechte Beratungs-
materialien an – beispielsweise zum
flexiblen Teller, zur Ernährungspyrami-
de, 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



Stellenwert der Ernährungsberatung in der Abklärung und Vorbereitung vor bariatrischen Operationen

Autorinnen der SVDE-Fachgruppe Bariatrie:

Gabriela Bachmann, Martina Bachofner, Anna Bramböck und Karin Dubi

Eine effektive Therapie bei morbidem Adipositas ist die bariatrische Chirurgie. Sie kommt zum Einsatz, wenn konservative Ansätze nicht das erwünschte Ziel erreichen¹. Die medizinischen Richtlinien der SMOB (Swiss Society for the Study of Morbid Obesity and Metabolic Disorders) zur operativen Behandlung von Adipositas definieren das Patientenmanagement. Die Vorgaben der SMOB² für die Umsetzung in der Ernährungsberatung lassen Spielraum für Interpretationen. Das zeigen sowohl die unterschiedlichen Konzepte einzelner Spitäler als auch ein «Rösti-Graben» zwischen der deutsch- und der französischsprachigen Schweiz. Die Bachelor-Thesis «Röstigraben in der Handhabung der Vorabklärung vor bariatrischen Eingriffen» von Marriott und Wegmann zeigt, dass die Konzepte in der Westschweiz umfassender sind und länger dauern³. Somit kommt die Frage auf, wie Ernährungsberater/innen die präoperative Abklärung und Vorbereitung im Rahmen der Ernährungsberatung anhand der SMOB-Richtlinien sinnvoll gestalten. Nachfolgend zeigen wir ein in der Praxis bewährtes Konzept.

Stellenwert der Ernährungsberatung in der präoperativen Abklärung

Die Ernährung ist ein Grundbedürfnis des Menschen. Sie umfasst sekundäre Bedürfnisse, ist geprägt von Kultur, Sozialisation, Genetik und wahrscheinlich auch vom Mikrobiom eines Menschen. Essen ist Teil der eigenen Identität und bestimmt unseren Alltag. Eine Veränderung der Essgewohnheiten beeinflusst den Menschen multifaktoriell. Um diesen Aspekten gerecht zu werden, bedarf es einer Behandlung mit einem umfassenden Beratungs- und Therapieansatz.

Die Edukation, wie die in der SMOB-Richtlinie formulierte Abgabe einer schriftlichen Dokumentation und Information betreffend Veränderungen der Essgewohnheiten durch die bariatrische Chirurgie, ist ein unerlässlicher Teil (NCP: Edukation).

Ebenso bedeutsam ist nebst allgemeiner Anamnese und Ernährungsanamnese das Erfassen von Coping-Strategien über das Essen. Es ist wichtig, dass die betroffenen Personen informiert sind über die veränderten Essmöglichkeiten nach einer bariatrischen Operation: Stressbewältigung durch Essen wird nicht mehr im gleichen

Rahmen möglich sein, alternative Handlungsstrategien sind gefragt. Durch diese Assessment- und Aufklärungsarbeit zeigt die Ernährungsfachperson der betroffenen Person die Handlungsfelder auf und kann mit ihr individuelle Ressourcen und Coping-Strategien thematisieren. Diese Aspekte sollen in die Entscheidungsfindung der betroffenen Person einfließen und damit die Autonomie und Selbstbestimmung des Einzelnen gewährleisten (NCP: Ernährungsberatung).

Die Vorbereitung der Ernährung für die erste postoperative Phase zuhause basiert auf einer individuellen Planung. Damit sich die Person organisieren kann, empfehlen wir, dieses Thema vor der Operation und Hospitalisation zu besprechen (NCP: Versorgung von LM).

Diese sorgfältige Vorbereitung basiert auf den ethischen Prinzipien von Patientenautonomie, Nicht-Schaden, Wohltun und Gerechtigkeit.

Präoperative Gewichtsreduktion: ein Muss?

Eine präoperative Gewichtsreduktion verringert das Lebervolumen, erleichtert somit möglicherweise den bariatrischen Ein-

griff und reduziert peri- und postoperative Komplikationen^{4,5,6}. Dabei ist klar, dass in den ersten zwei Wochen der Gewichtsreduktion eine Verringerung des Lebervolumens um 80% erreicht wird. Dies begründet, warum die vorbereitenden Ernährungsinterventionen insgesamt von kurzer Dauer sind⁷. An den schweizerischen Referenzzentren für Adipositas (befragt: 25) wird durchgehend eine präoperative Gewichtsreduktion angestrebt⁷. Die Aufgabe wird dabei unterschiedlich angegangen. Es werden sowohl zwei- bis vierwöchige Formula-Diäten durchgeführt (z. B. Optifast, Modifast) als auch eine konsequente Kalorienrestriktion zwei bis sechs Wochen vor der Operation instruiert, basierend auf gesunder oder kohlenhydratreduzierter Kost. Die Vorgehensweisen werden auch gemischt angewendet⁷. In den Fachkreisen Ernährungsberatung und Chirurgie hat sich aufgrund der unzureichenden Datenlage bisher kein Konsens betreffend eines standardisierten Vorgehens entwickelt⁷. Sichergestellt werden muss auch in der präoperativen Phase eine ausreichende Proteinaufnahme von idealerweise bis zu 1,25 g/kg adjusted body weight zur Minimierung des Verlustes an Muskulatur bei hypokalorischer Ernährung⁸ sowie eine bedarfsdeckende Versorgung mit Mikronährstoffen (Supplementation).

Essverhaltensstörungen

Essverhaltensstörungen in Form von unkontrolliertem Essen, Emotionsregulierung usw. sind ein häufiger Grund für Adipositas und erfüllen die Kontraindikationen der SMOB in der Regel nicht². Was für einen Einfluss kann die bariatrische Operation auf die Essverhaltensstörungen haben? Im Gegensatz zu Daten, welche den Erfolg der Gewichtsreduktion präsentieren, gibt es nur einzelne Studien, die sich mit dem Essverhalten beschäftigen.

Einige Studien beleuchteten das unkontrollierte Essen, welches sich postoperativ

in allen Untersuchungen positiv veränderte, nach zwei Jahren aber wieder leicht anstieg^{9,10,11}. Gleichzeitig kam es zum Anstieg von depressiven Symptomen und Unruhe⁹. Kontrollverlust beim Essen postoperativ führt zu einem Gewichtsanstieg von 20 % des verlorenen Gewichts. Eine deutliche Reduktion von Gelüsten, Naschen und Snacking konnte in der Studie von Devlin et al. nach sieben Jahren postoperativ ausgewiesen werden. Dies wurde mittels EDE (Eating Disorder Examination) gemessen¹².

Das bulimische Essverhalten vor und fünf Jahre nach bariatrischer Operation bleibt in etwa stabil¹¹.

Eine der wenigen Langzeitstudien von Kontinen et al. zeigt, dass das Hungergefühl und enthemmtes Essen zehn Jahre nach der Operation um 50% abnahm. Die Restriktion steigt postoperativ an, sinkt dann allerdings wieder¹⁰.

Der Gewichtsverlust wirkt sich auf das Selbstbewusstsein und die Lebensqualität aus, was wiederum das Essverhalten und die Psyche beeinflusst¹³.

Diese Daten zeigen, dass Essverhaltensstörungen sich einerseits mithilfe der Operation verbessern, andererseits auch nach der Operation weiter bestehen können. Allerdings haben die Studien eine eher kleine Probandenzahl und kurze Beobachtungsdauer. Daraus kann abgeleitet werden, dass eine ernährungspsychologische und psychologische Behandlung für Personen mit Essverhaltensstörung parallel zur bariatrischen Chirurgie sinnvoll ist.

Extra-Loop: Warum kann es Sinn machen, mit der Operation zu warten?

In der Abklärung der Ernährungsberater/in ist das Erfassen und Benennen von Ess-

verhaltensstörungen und emotionalem Essen bedeutsam. Die betroffene Person hat das Recht, aufgeklärt zu werden, wie sich eine bariatrische Operation auf die Essverhaltensstörung auswirken kann. Diese Offenheit wird von den betroffenen Personen gemäss unserer Erfahrung als sorgsame Behandlung erlebt. Beim Vorliegen von Essverhaltensstörungen und emotionalem Essen wird, je nach Schweregrad, von der abklärenden Psychiaterin und Ernährungsberater/in eine gemeinsame Empfehlung für die Vorbereitung der Operation formuliert und im gesamten Behandlungsteam besprochen und von diesem unterstützt. Ziel ist, Patient/innen optimal auf die langfristige Verhaltensänderung im Essverhalten vorzubereiten. Die Empfehlung beinhaltet eine definierte Vorbereitungszeit von ca. 6–12 Monaten mit Psychotherapie und Ernährungsberatung, um eine Basis in den Essgewohnheiten wie beispielsweise



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.

Das Sortiment von Coop Free From umfasst über 500 Produkte und ist somit das umfassendste seiner Art im Schweizer Detailhandel.

Jetzt entdecken: [coop.ch/freefrom](https://www.coop.ch/freefrom)



Für mich und dich.

rhythmisierte Mahlzeiten, ausreichende Proteinversorgung und Strategien zur Emotionsregulierung usw. zu erarbeiten.

Der Vorteil dieser Vorbereitung ist, dass alle Beteiligten das Wohlergehen der betroffenen Person ernst nehmen und eine Patienten-Therapeuten-Beziehung aufbauen. Bei möglichen Komplikationen helfen diese Beziehungen, die betroffene Person effektiv zu begleiten.

Fallbeispiel

Herr X., 47-jährig, BMI 43, mit diagnostizierter Schizophrenie, wurde aufgrund seiner psychischen Erkrankung in den Extra-Loop eingeschleust. Er konnte sich auf das Behandlungskonzept einlassen: er nahm die Termine in der Psychotherapie und der Ernährungsberatung pflichtbewusst wahr, die er in vorherigen konservativen Therapieversuchen zur Gewichtsreduktion oft versäumte. Während der

intensiven Betreuung durch die Ernährungsberatung gelang es Herrn X., die Empfehlungen zur Mahlzeitengestaltung umzusetzen.

Die regelmässige Zusammenarbeit veränderte die Patienten-Therapeuten-Beziehung positiv, sodass ein Vertrauensverhältnis mit gegenseitigem Respekt entstand.

Nach erfolgreicher Gastric Sleeve-Operation traten Komplikationen auf. Herr X. musste während mehrerer Wochen teilweise bis total künstlich ernährt werden. Die lange Hospitalisation und der langwierige Genesungsprozess liessen Herrn X. depressiv verstimmt und terapiemüde werden.

Die im Vorfeld aufgebaute Patienten-Therapeuten-Beziehung und das sich angeeignete Ernährungswissen halfen Herrn X. massgeblich bei der Selbstmo-

tivierung und Umsetzung der Therapieempfehlungen.

Ein Extra-Loop wirkt für Patienten anfänglich oft als Operationsverzögerung und unnötiger Zeitaufwand. Gelingt es, wie im oben beschriebenen Beispiel, die Wichtigkeit des Extra-Loop dem Patienten aufzuzeigen, wirkt die gefestigte Patienten-Therapeuten-Beziehung massgeblich positiv auf den postoperativen Verlauf.

Literaturverzeichnis

1. Deutsche Adipositas Gesellschaft. Interdisziplinäre Leitlinie der Qualität S3 zur «Prävention und Therapie der Adipositas» (2014)
2. Medizinische Richtlinie SMOB, Kapitel 7.2 Patienteninformation/Aufklärung, Kapitel 7.3.1 Präoperative Abklärung, Kapitel 7.4 Hospitalisation, Kapitel 7.5 Nachkontrollen, Kapitel 5 Kontraindikationen
3. Marriott Vanessa, Wegmann Carla, Studiengang Ernährung und Diätetik (BSc), Bachelor Thesis 2017, Röstigraben in der Handhabung der Vorabklärung vor bariatrischen Eingriffen
4. SL Colles, et. al. Preoperative weight loss with a very-low-energy diet (VLED): quantitation of changes in liver and abdominal fat by serial imaging. *Am J Clin Nutr* 2006
5. Worm N. Ernährungstherapie der nichtalkoholischen Leber, *Ernährung & Medizin* 2018; 33: 111–118
6. Jeffrey I. et al. *Clinical Practice Guidelines for the Perioperative Nutritional, Metabolic, and Nonsurgical Support of the Bariatric Surgery Patient – 2013 Update: Cosponsored by American Association of Clinical Endocrinologists, The Obesity Society, and American Society for Metabolic & Bariatric Surgery* www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4142593/pdf/nihms615424.pdf
7. Laura Vaccarino und Cristiana Milone, Referat Preoperative nutrition counselling – More than weight loss, *SMOB Jahrestagung* 2018
8. Edda Cava et al. Preserving Healthy Muscle during Weight Loss. *Review from ASN EB 2016, SYMPOSIUM, Center for Human Nutrition, Washington University School of Medicine, St. Louis, MO*
9. Marney et al. Loss of Control over Eating Predicts Outcomes in Bariatric Surgery: A Prospective 24-Month Follow-up Study (2010)
10. Kontinen et al. Psychological aspects of eating behavior as predictors of 10y weight changes after surgical and conventional treatment of severe obesity: results from the Swedish Obese Subjects intervention study (2015)
11. Morseth et al. Self-Reported Eating Disorder Symptoms Before and After Gastric Bypass and Duodenal Switch for Super Obesity – a 5-Year Follow-Up Study
12. Devlin M.J. et al. Eating pathology and associations with long-term changes in weight and quality of life in the longitudinal assessment of bariatric surgery study (2018)
13. Kruseman et al. Dietary, Weight and Psychical Changes among Patients with Obesity, 8 Years after Gastric Bypass (2010)

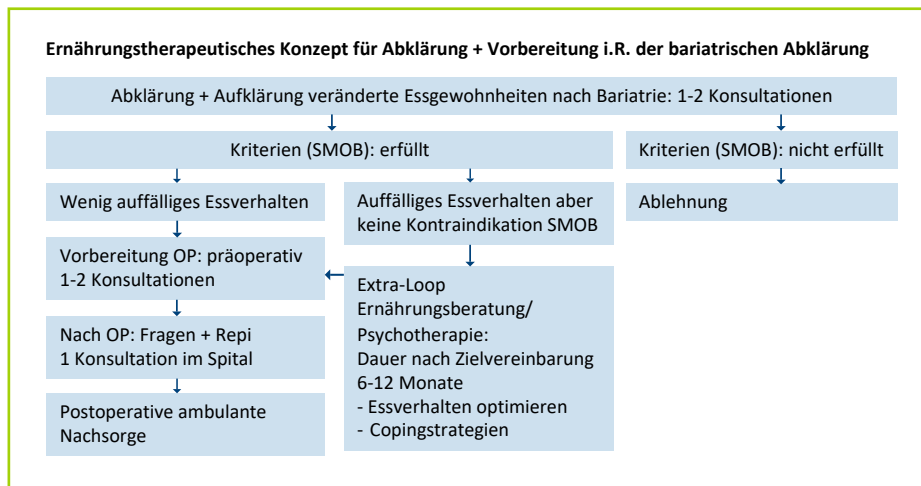
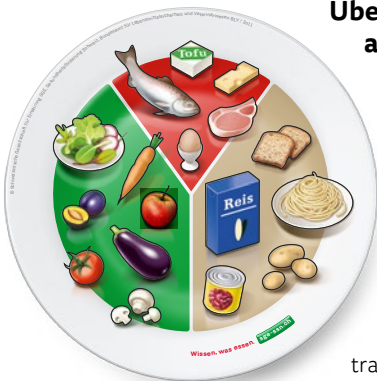


Abbildung: Konzept für die Abklärung und Vorbereitung einer bariatrischen Operation

BERATUNGSTOOL: REZEPTE ZUM OPTIMALEN TELLER

Zusammen mit der Schweizerischen Gesellschaft für Ernährung SGE hat Proviande die beliebten Rezepte zum optimalen Teller – einem Beratungstool für Ernährungsfachleute – um sechs weitere ausgewogene Menüs erweitert.

Das Tellermodell der Schweizerischen Gesellschaft für Ernährung SGE veranschaulicht, wie sich die Empfehlungen der Schweizer Lebensmittelpyramide im Rahmen der Hauptmahlzeiten umsetzen lassen. Neben einem Getränk umfasst eine vollständige Mahlzeit mindestens ein Gemüse oder eine Frucht, ein stärkehaltiges Lebensmittel (z.B. Kartoffeln, Getreideprodukt oder Hülsenfrüchte) und ein eiweissreiches Lebensmittel (Fleisch, Fisch, Eier, Tofu oder Milchprodukt).



Über 30 einfache und ausgewogene Menüs

Zum optimalen Teller gibt es mittlerweile über 30 einfache, ausgewogene und originelle Menüs, die in der Beratung die praktische Umsetzung der Schweizer Lebensmittelpyramide bildlich erläutern. Das Angebot ist vielfältig: So finden sich zum Beispiel traditionelle Gerichte, Menüs aus der Nose-to-Tail-Küche, Rezepte mit Special Cuts und viele mehr.

Die Rezepte sind kostenlos als PDF-Dokumente verfügbar unter schweizerfleisch.ch/optimalerteller oder sge-ssn.ch/teller

Auf der Vorderseite der Merkblätter ist jeweils das Foto des geschöpften Tellers mit den Nährwertangaben pro Portion und auf der Rückseite das dazugehörige Rezept.

Die Menüs erfüllen pro Portion folgende Kriterien:

- 1 Portion Proteinbeilage (z.B. 100–120 g Fleisch/Fisch oder 30 g Hartkäse etc.)
- 1 Portion Stärkebeilage (z.B. 45–75 g Teigwaren, Reis, Flokken etc.)
- 1½ Portionen Gemüse oder Früchte (180 g)
- liefert zwischen 400 und 650 kcal (berechnet mit PRODI 6.7)
- Portionsgrösse richtet sich nach einem durchschnittlichen Kalorienbedarf von 2000 kcal



L'importance des conseils nutritionnels dans l'évaluation et la préparation des interventions de chirurgie bariatrique

Auteurs du groupe de l'ASDD spécialisé suisse-allemand Bariatrie:
Gabriela Bachmann, Martina Bachofner, Anna Bramböck, Karin Dubi

La chirurgie bariatrique constitue un traitement efficace en cas d'obésité morbide. Elle est utilisée dès lors que les approches conservatrices ne permettent pas d'atteindre l'objectif voulu'. Les directives médicales de la SMOB (Swiss Society for the Study of Morbid Obesity) sur le traitement chirurgical de l'obésité définissent la prise en charge des patient-e-s. Les exigences de la SMOB² en matière de mise en œuvre des conseils nutritionnels laissent une marge d'interprétation. C'est ce que montrent à la fois les différents concepts propres à chaque hôpital et une «barrière des röstis» entre la Suisse alémanique et romande. La thèse de bachelor *Röstigraben in der Handhabung der Vorabklärung vor bariatrischen Eingriffen* de Marriott et Wegmann montre que les concepts sont plus complets et plus durables en Suisse romande³. Ainsi, les diététicien-ne-s doivent réfléchir à un examen préopératoire et des travaux préparatoires pertinents dans le cadre d'un conseil diététique reposant sur les directives de la SMOB. Nous présentons ci-dessous un concept éprouvé dans la pratique.

Importance des diététicien-ne-s dans le cadre des examens préopératoires

Manger est un besoin fondamental de tout être humain. L'alimentation comprend des besoins secondaires, elle est imprégnée de la culture, la socialisation, la génétique et probablement du microbiome de chaque individu. Manger fait partie de l'identité de chacun-e et définit notre quotidien. Une modification des habitudes alimentaires affecte l'individu de multiples façons. Un traitement reposant sur une approche thérapeutique et de conseil globale s'impose pour bien tenir compte de ces aspects.

L'éducation nutritionnelle, notamment par le biais de la délivrance d'une documentation et d'informations écrites relatives aux modifications des habitudes alimentaires au travers de la chirurgie bariatrique telles que décrites dans la directive de la SMOB, est un élément crucial (PSN: éducation).

Outre l'anamnèse générale et l'anamnèse nutritionnelle, il est également utile de consigner des stratégies de coping sur la prise d'aliments. Il est important que les personnes concernées soient informées des changements en matière d'alimentation après une intervention de chirurgie bariatrique: la gestion du stress par l'ali-

mentation ne sera plus possible dans la même ampleur et des stratégies d'action alternatives seront donc nécessaires. Par ce travail d'évaluation et d'explication, le/la diététicien-ne présente les champs d'action à la personne concernée et peut les thématiser selon les ressources et les stratégies de coping individuelles. Ces aspects doivent pouvoir être soupesés par la personne concernée lorsqu'elle doit faire son choix, et garantir ainsi son autonomie et son autodétermination (PSN: conseil diététique).

La préparation de l'alimentation pour la première phase postopératoire à domicile repose sur une planification personnalisée. Pour que la personne concernée puisse s'organiser, nous recommandons d'abord cette question avant l'intervention et l'hospitalisation (PSN: approvisionnement en denrées alimentaires).

Cette préparation soigneuse repose sur les principes éthiques de l'autonomie du patient, de la volonté de ne pas porter préjudice, de la bienfaisance et de l'équité.

Perte de poids en préopératoire: une obligation?

Une perte de poids en préopératoire réduit le volume du foie, ce qui peut simplifier l'intervention de chirurgie bariatrique et limi-

ter les complications en péri- et en postopératoire^{4,5,6}. Il est attesté que durant les deux premières semaines de perte de poids, la diminution du volume du foie atteint 80%. Ceci explique pourquoi les interventions nutritionnelles préparatoires sont globalement de plus courte durée⁷. Dans tous les centres de référence suisses en matière d'obésité (25 centres interrogés), la perte de poids en préopératoire est un objectif⁷, mais elle est toutefois abordée de différentes manières. Elle peut s'appuyer sur des régimes Formula de deux à quatre semaines (p.ex. Optifast, Modifast) ou une restriction calorique globale pendant deux à six semaines avant l'intervention de chirurgie, reposant sur une alimentation saine et pauvre en glucides. Ces différentes approches sont également utilisées ensemble⁷. Les spécialistes en diététique et en chirurgie ne sont à ce jour pas parvenu-e-s à une procédure standardisée en raison d'un manque de données⁷. Une consommation suffisante de protéines doit également être assurée durant la phase préopératoire, et doit atteindre dans l'idéal jusqu'à 1,25 g/kg de poids corporel ajusté afin de minimiser la perte musculaire associée à une alimentation hypocalorique⁸, de même qu'un apport en micronutriments couvrant les besoins (supplémentation).

Troubles du comportement alimentaire

Les troubles du comportement alimentaire, sous la forme d'une prise d'aliments incontrôlée, d'une régulation des émotions, etc. constituent une cause fréquente d'obésité et ne remplissent généralement pas les contre-indications de la SMOB². Quel peut être l'impact d'une intervention de chirurgie bariatrique sur les troubles du comportement alimentaire? Contrairement aux nombreuses données présentant les succès en matière de perte de poids, seules quelques études sont consacrées aux comportements alimentaires.

Certaines études ont mis en lumière la prise d'aliments incontrôlée, qui affichait une évolution positive dans toutes les analyses en postopératoire, mais remontait légèrement après deux ans^{9,10,11}. En parallèle, une intensification des symptômes dépressifs et de l'agitation a été observée⁹. Une perte de contrôle dans la prise d'aliments en postopératoire conduit à une prise de poids de l'ordre de 20% du poids perdu. L'étude de Devlin et al. a relevé une réduction nette de la gourmandise, du grignotage et du snacking sept ans après l'intervention, telle que mesurée par l'EDE (Eating Disorder Examination)¹².

Les comportements alimentaires boulimiques avant une intervention de chirurgie bariatrique et cinq ans après restent à peu près stables¹¹.

L'une des rares études à long terme, de Konttinen et al., montre que la faim et une prise d'aliments désinhibée diminuent de 50% dix ans après l'intervention. La restriction augmente en postopératoire, puis diminue à nouveau¹⁰.

La perte de poids se reflète sur l'estime de soi et la qualité de vie, ce qui affecte ensuite le comportement alimentaire et l'état psychique¹³.

Ces données montrent que les troubles du comportement alimentaire peuvent d'une part être améliorés par une intervention de chirurgie, mais d'autre part persister après l'intervention. Les études reposent néanmoins sur un nombre plutôt faible de participant-e-s et une durée d'observation courte. Elles permettent d'en déduire qu'un traitement psychologique et de psychologie nutritionnelle est pertinent et indiqué en parallèle d'une intervention de chirurgie bariatrique chez les patient-e-s souffrant de troubles du comportement alimentaire.

Boucle supplémentaire: pourquoi peut-il être pertinent d'attendre avant l'opération?

Dans l'évaluation du/de la diététicien-ne, il est utile de consigner et nommer les troubles du comportement alimentaire et l'alimentation émotionnelle. La personne

concernée dispose d'un droit d'information concernant les effets d'une intervention de chirurgie bariatrique sur les troubles du comportement alimentaire. Notre expérience montre que les personnes concernées perçoivent cette franchise comme le signe d'un traitement minutieux.

En présence de troubles du comportement alimentaire et d'une alimentation émotionnelle, le/la psychiatre et le/la diététicien-ne en charge de l'évaluation formulent, selon le degré de gravité, une recommandation commune pour la préparation de l'intervention et en discutent avec l'ensemble de l'équipe thérapeutique qui soutient la démarche. L'objectif consiste à bien préparer le/la patient-e à l'évolution à long terme de son comportement alimentaire. La recommandation comporte une durée de préparation définie, de l'ordre de six à douze mois, avec psychothérapie et conseils diététiques, afin de développer les bases des habitudes alimentaires comme par exemple le respect d'un rythme dans la prise des repas, un apport suffisant en protéines, ou encore des stratégies de régulation des émotions.

Grâce à cette préparation, tou-te-s les intervenant-e-s prennent au sérieux le bien-être de la personne concernée et favorisent le développement d'une relation patient-thérapeute. En cas de complications éventuelles, ces relations contribuent à l'accompagnement efficace de la personne concernée.

Exemple de cas

Monsieur X, 47 ans, IMC 43, avec diagnostic de schizophrénie, a été inclus dans la «boucle supplémentaire» en raison de sa maladie psychique. Il a bien accepté le concept de traitement: il s'est montré consciencieux lors des consultations de psychothérapie et de diététique, alors qu'il négligeait les tentatives de traitements conservateurs de perte de poids menées jusqu'alors. Durant la phase de suivi intensif par la diététicienne, M. X est parvenu à mettre en application les recommandations en matière d'organisation des repas.

Cette collaboration régulière a permis une évolution positive de la relation patient-thérapeute, qui a abouti à l'instauration d'un lien de confiance empreint de respect mutuel.

Après la gastrectomie longitudinale, des complications sont survenues. M. X a dû être alimenté partiellement puis totalement par voie artificielle pendant plusieurs semaines. Cette longue hospitalisation et une convalescence fastidieuse ont rendu M. X dépressif et lassé par les traitements.

La relation patient-thérapeute développée en amont et les connaissances en diététique acquises par M. X l'ont fortement aidé à s'automotiver et à mettre en œuvre les recommandations thérapeutiques.

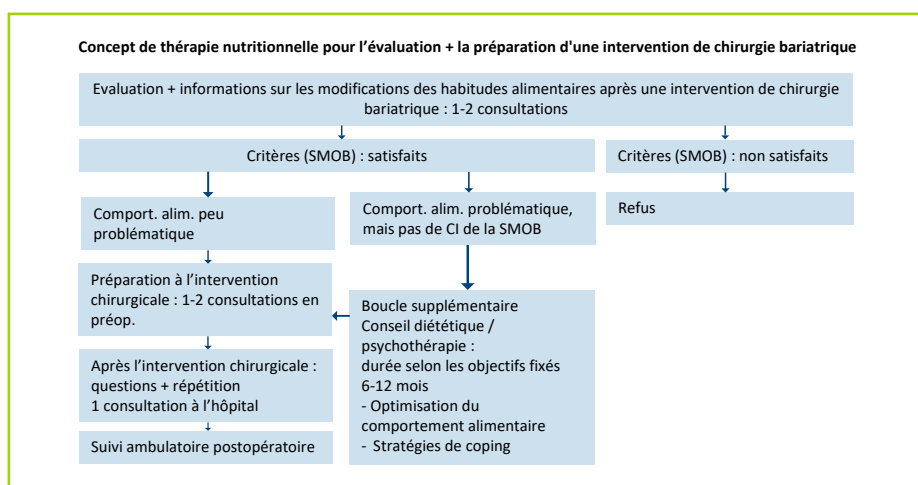


Figure: Concept d'évaluation et de préparation d'une intervention de chirurgie bariatrique

Une communication sécurisée en toute simplicité

En tant que diététicien-ne, vous êtes légalement tenu de protéger activement les données des patients. Ceci s'applique aussi et surtout à l'espace numérique. Avec HIN, vous transmettez les données sensibles cryptées. En toute simplicité – et grâce à l'abonnement Diets HIN, à un tarif préférentiel.

Quiconque envoie un e-mail avec des données d'un patient sans l'avoir crypté peut être punissable par la loi. Une situation fréquente: un médecin vous envoie une patiente. L'attribution n'étant pas claire, vous écrivez cet e-mail. Vous parlez de votre patiente et de son diagnostic – violant ainsi plusieurs lois!

Ceci n'est pas une fatalité. En effet, il existe une solution simple pour une communication sécurisée. Avec un raccordement HIN, les professionnels de la santé transmettent des informations cryptées. La protection des données est garantie et les exigences légales sont respectées.

En outre un raccordement HIN apporte d'autres avantages. Il vous donne accès à plus de 70 applications et pourra même, à l'avenir, être utilisé pour accéder au dossier électronique du patient (DEP).

Un raccordement HIN vous offre les avantages suivants



Une communication sécurisée avec des e-mails conformes aux dispositions de protection des données



Un accès sûr aux applications sécurisées de HIN



Une collaboration sécurisée au sein de l'espace membres, permettant notamment l'archivage protégé de documents

Depuis 1996, HIN est la référence en matière de communication sécurisée entre médecins, infirmiers, thérapeutes et assurances dans le domaine de la santé en Suisse. En collaboration avec l'ASDD, HIN a développé l'abonnement Diets HIN à prix réduit – exclusivement réservé aux membres.

Raccordez-vous maintenant!

Pour plus d'informations et passer commande: www.hin.ch/fr/diets

Interview avec I. Hürlimann-Grütter



«Une manipulation soigneuse des données sensibles de mes patients est essentielle pour moi!»

HIN: Madame Hürlimann, qu'est-ce que la sécurité et la protection des données signifient pour vous?

Pour moi, la protection des données est une responsabilité que je dois respecter en privé et surtout professionnellement, afin que les données personnelles soient en sécurité et ne tombent pas dans des mains non autorisées.

Pourquoi avez-vous choisi l'abonnement Diets HIN?

En tant que nutritionniste indépendante, j'ai l'obligation légale et morale de manipuler les données sensibles avec sécurité. Le choix d'une solution de protection des données nécessite une confiance dans l'entreprise correspondante. Pour moi, le sérieux de HIN et la recommandation de l'ASDD ont été décisifs.

Comment s'est passée la transition pour vous?

La transition vers HIN s'est faite très facilement. Je n'ai pas dû déployer de grands efforts et l'installation a été simple. Mes expériences avec HIN sont vraiment très bonnes – j'ai un interlocuteur en Suisse qui m'aide toujours en cas de questions. J'ai même la solution Endpoint de HIN depuis peu afin que mes systèmes soient également protégés contre les menaces d'Internet.

Ingrid Hürlimann-Grütter est propriétaire du cabinet de psychologie nutritionnelle «unbeschwert» à Thoune

Les patient-e-s considèrent souvent une boucle supplémentaire comme un retard dans l'intervention chirurgicale et une perte de temps inutile. Mais si l'on par-

vient, comme dans l'exemple ci-dessus, à démontrer l'importance d'une telle boucle au patient, notre expérience montre que la relation patient-thérapeute alors éta-

blie a un impact positif important sur l'évolution en postopératoire.

Bibliographie voir page 6

Importanza della consulenza nutrizionale negli accertamenti e nella preparazione per gli interventi bariatrici

Autrici del gruppo ASDD professionale Bariatrica:

Gabriela Bachmann, Martina Bachofner, Anna Bramböck, Karin Dubi

La chirurgia bariatrica costituisce una terapia efficace in caso di obesità patologica. Vi si ricorre quando gli approcci conservativi non consentono di raggiungere gli obiettivi prefissati¹. Le direttive mediche della SMOB (Swiss Society for the Study of Morbid Obesity) per il trattamento chirurgico dell'obesità definiscono la presa a carico del paziente. Le prescrizioni della SMOB² per quanto riguarda la consulenza nutrizionale lasciano margine di interpretazione. Lo dimostrano sia i differenti programmi di alcuni ospedali sia il «Röstigraben» esistente tra Svizzera tedesca e romanda. La tesi di bachelor «Röstigraben nella gestione degli accertamenti pre chirurgia bariatrica» di Marriott e Wegmann mostra che nella Svizzera romanda i programmi sono più completi e durano più a lungo³. Si pone dunque la domanda di come le dietiste e i dietisti organizzino in modo intelligente gli accertamenti e la preparazione preoperatori nell'ambito della consulenza nutrizionale sulla base delle direttive SMOB. In questo articolo illustreremo un programma che nella pratica ha dimostrato di essere valido.

L'importanza della consulenza nutrizionale negli accertamenti preoperatori

L'alimentazione è un bisogno primario dell'essere umano. Comprende bisogni secondari ed è condizionata da cultura, socializzazione, genetica e probabilmente anche dal microbioma della singola persona. Le abitudini alimentari sono parte della nostra identità e determinano la nostra quotidianità. La loro modifica influisce sulla persona in modo multifattoriale. Per tener conto di questo aspetto, è necessario un trattamento con un approccio di consulenza e terapeutico ampio e completo.

Ne è una componente essenziale l'educazione, quale la consegna – formulata nelle direttive SMOB – di documentazione scritta e l'informazione riguardo alle modifiche nelle abitudini alimentari dovute alla chirurgia bariatrica (NCP: educazione).

Altrettanto importante, oltre all'anamnesi generale e alimentare, è il rilevamento di strategie di coping attraverso il cibo. È importante che i pazienti siano informati sui cambiamenti relativi alla possibilità di assumere cibo riconducibili all'operazione bariatrica: non sarà più possibile controllare lo stress con il cibo come prima e saranno quindi necessarie strategie diverse. Con questo lavoro di assessment e informazione, gli esperti della nutrizione mostrano al paziente i campi di azione e possono tematizzare con lui le sue risorse individuali e le strategie di coping. Il paziente dovrebbe tener conto di questi aspetti nel prendere le sue decisioni, in modo che l'autonomia e l'autodeterminazione del singolo siano garantite (NCP: consulenza nutrizionale).

La preparazione dell'alimentazione per la prima fase postoperatoria a casa si basa su una pianificazione individuale. Raccoman-

diamo di discutere di questo tema già prima dell'operazione e del ricovero, affinché la persona possa organizzarsi (NCP: approvvigionamento degli alimenti).

Questa preparazione accurata si basa sui principi etici di autonomia del paziente, non nuocere, fare del bene ed equità.

La riduzione ponderale preoperatoria è assolutamente necessaria?

Una riduzione ponderale preoperatoria diminuisce il volume epatico, facilitando eventualmente l'intervento bariatrico e riducendo le complicazioni peri- e postoperatorie^{4, 5, 6}. È però chiaro che nelle prime due settimane di riduzione ponderale si raggiunge una diminuzione del volume epatico dell'80%. Ciò spiega perché gli interventi nutrizionali di preparazione sono globalmente di breve durata⁷. In tutti i centri di riferimento per l'obesità svizzeri (intervistati: 25) si persegue una riduzione ponderale preoperatoria⁷, utilizzando però approcci differenti. Vengono istruite diete-formula (ad es. Optifast, Modifast) per un periodo che va da due a quattro settimane, oppure si opta per una costante restrizione calorica nelle due-sei settimane precedenti l'operazione basata su cibo sano o a basso contenuto di carboidrati. Gli approcci vengono anche applicati in combinazione⁷. Data l'insufficienza di dati disponibili, tra gli specialisti della consulenza nutrizionale e della chirurgia non si è finora trovato un consenso su un modo di procedere standardizzato⁷. Nella fase preoperatoria deve inoltre essere garantita una sufficiente as-

sunzione di proteine (idealmente fino a 1,25 g/kg adjusted body weight) per minimizzare la perdita di massa muscolare dovuta all'alimentazione ipocalorica⁸, oltre a un approvvigionamento in micronutrienti che copra il fabbisogno (supplementazione).

Disturbi del comportamento alimentare

I disturbi del comportamento alimentare sotto forma di alimentazione incontrollata, regolazione emotiva, ecc. sono una frequente causa dell'obesità e di regola non costituiscono una controindicazione secondo le definizioni dalla SMOB². Che effetto può avere l'operazione bariatrica sul disturbo del comportamento alimentare? Contrariamente ai dati che presentano il successo in termini di riduzione ponderale, ci sono solo pochi studi che si occupano del comportamento alimentare.

Alcuni studi hanno evidenziato che l'alimentazione incontrollata, che in tutti gli studi dopo l'operazione aveva avuto un'evoluzione positiva, dopo due anni aumentava di nuovo leggermente^{9,10,11}. Contemporaneamente vi era un aumento dei sintomi depressivi e dell'irrequietezza⁹. La perdita di controllo dell'alimentazione dopo l'operazione porta ad un aumento ponderale del 20% del peso perso. Nello studio di Devlin et al. è stato possibile dimostrare una netta riduzione delle voglie e del mangiare dolci e snack sette anni dopo l'intervento. Tale riduzione è stata misurata con l'EDE (Eating Disorder Examination)¹².

Il comportamento bulimico prima e 5 anni dopo l'intervento bariatrico resta invece più o meno stabile¹¹.

Lo studio di Konttinen et al., uno dei pochi a lungo termine, ha dimostrato che la sensazione della fame e l'alimentazione incontrollata erano diminuite del 50% 10 anni dopo l'operazione. La restrizione aumentava dopo l'operazione, tornava però poi a diminuire¹⁰.

La perdita ponderale influisce sulla fiducia in se stessi e sulla qualità di vita, ciò che a sua volta ha un effetto positivo sul comportamento alimentare e sulla psiche¹³.

Questi dati ci mostrano che con l'aiuto dell'operazione i disturbi del comportamento alimentare da un lato migliorano, dall'altro possono però persistere anche dopo l'intervento. Va tuttavia segnalato che gli studi presentano un numero piuttosto esiguo di partecipanti e un breve periodo di osservazione. Da ciò si può dedurre che per le persone con disturbi del comportamento alimentare sia ragionevole e indicato un trattamento nutrizionale e psicologico parallelo alla chirurgia bariatrica.

Extra-loop: perché a volte è meglio ritardare l'operazione?

Negli accertamenti del/della dietista, il rilevamento e la tematizzazione dei disturbi del comportamento alimentare e dell'alimentazione emotiva sono importanti. Il paziente ha il diritto di essere informato sull'effetto che un'operazione bariatrica potrebbe avere sul disturbo del comportamento alimentare. Secondo la nostra esperienza, un'informazione chiara e completa a questo proposito viene percepita dal paziente come un trattamento accurato.

In presenza di disturbi del comportamento alimentare e alimentazione emotiva, a dipendenza del grado di gravità, gli specialisti in nutrizione e psichiatria che effettuano gli accertamenti formulano una raccomandazione comune per la preparazione all'operazione, che verrà

discussa e sostenuta da tutto il team curante. L'obiettivo è di preparare in modo ottimale il paziente al cambiamento a lungo termine del comportamento alimentare. La raccomandazione include un periodo di preparazione ben definito di circa 6–12 mesi con psicoterapia e consulenza nutrizionale per elaborare una base nelle abitudini alimentari, come ad esempio pasti a ritmi regolari, sufficiente apporto proteico, strategie per la regolazione emotiva, ecc.

Il vantaggio di questa preparazione sta nel fatto che tutte le persone coinvolte prendono sul serio il benessere del paziente e si impegnano per stabilire una buona relazione terapeuta-paziente. In caso di complicazioni, questa relazione aiuta ad accompagnare il paziente in modo efficace.

Esempio di caso

Il signor X, 47 anni, BMI 43 e una diagnosi di schizofrenia è stato inserito nell'extra-loop a causa della sua malattia psichiatrica. Si è lasciato coinvolgere nel piano di cure: ha rispettato coscientemente gli appuntamenti di psicoterapia e consulenza nutrizionale, che invece saltava spesso nei precedenti tentativi di terapia conservativa per la riduzione ponderale. Durante l'intensa presa a carico nutrizionale il signor X è riuscito ad applicare le raccomandazioni per l'organizzazione dei pasti.

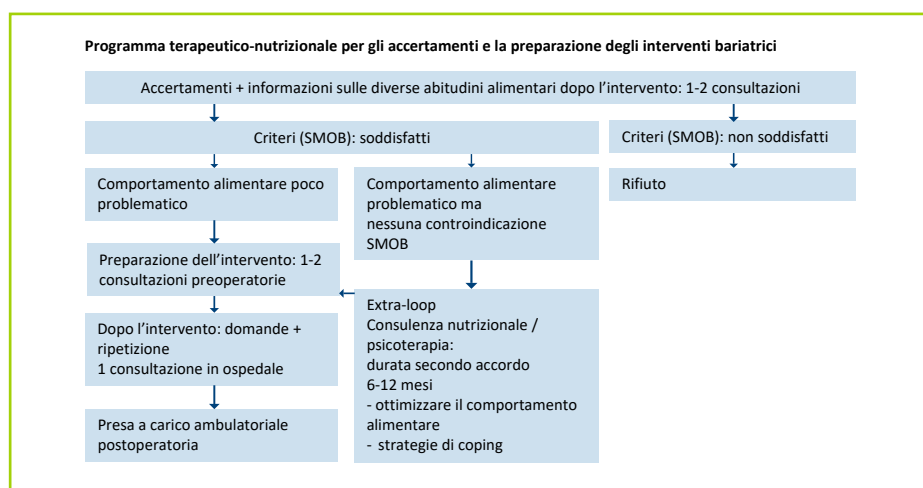


Illustrazione: Programma di accertamenti e preparazione per un'operazione bariatrica

La collaborazione regolare ha modificato positivamente la relazione paziente-terapista, creando un rapporto di fiducia caratterizzato dal rispetto reciproco.

Dopo la riuscita operazione di sleeve gastrectomy sono però insorte delle complicazioni. Per diverse settimane il signor X ha dovuto essere alimentato totalmente o parzialmente in modo artificiale. Il lungo ricovero e la convalescenza prolungata e difficile hanno influito sull'umore del si-

gnor X, che alla fine era depresso e stanco delle terapie.

La relazione paziente-terapista costruita in precedenza e le conoscenze in materia di nutrizione acquisite si sono però rivelate un prezioso aiuto perché lui riuscisse ad automotivarsi e ad applicare le raccomandazioni terapeutiche.

Inizialmente, l'extra-loop viene spesso visto dai pazienti come un ritardo dell'ope-

razione e un'inutile perdita di tempo. La nostra esperienza dimostra invece che, se si riesce a spiegarne al paziente l'importanza (come nell'esempio citato), la rinforzata relazione paziente-terapista che ne deriva avrà un effetto decisamente positivo sul decorso postoperatorio.

Bibliografia sulla pagina 6



Tutto il gusto del benessere.

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

Con i suoi oltre 500 prodotti, l'assortimento Coop Free From è il più ampio nel suo genere in tutto il mercato al dettaglio svizzero

Scopritelo subito: coop.ch/freefrom

**free
from**

coop

Per me e per te.



Fresubin® Protein POWDER



Proteine - wichtiger Hauptnährstoff

Proteine sind für das Wachstum, Verdauungsenzyme, Hormone und die Muskelsynthese unerlässlich. Wenn genügend Protein konsumiert wird, bleibt die aktive Körpermasse (Muskelmasse) erhalten. Nach der bariatrischen Operation sind im weiteren Verlauf eine Proteinzufuhr von mind. 60g pro Tag anzustreben!

Fresubin® Protein POWDER besteht aus hochwertigem Molkenprotein zum Anreichern von warmen und kalten Speisen und Getränken.

Fragen Sie nach unseren Rezeptideen nach der bariatrischen Operation

InfoLine 0800 800 877

InfoMail@fresenius-kabi.com

¹ Wicky D, Zumbrunn-Lossli N, Fachgruppe Bariatrie, Ernährungstherapie bei Magen-Bypass-Operationen-was ist erwiesen?, SVDE ASDD Info 3/2014, s. 26.

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



**FRESENIUS
KABI**

caring for life

Mangelernährung nach Sleevegastrektomie/ Magen-Bypass: Eine Fallvorstellung

Yvonne Meyer, Carole Rohrer und
Laura Vaccarino
BSc BFH, Ernährungsberaterinnen SVDE

Adipositas gilt als chronische Erkrankung und bedarf somit auch nach bariatrischer Chirurgie einer strukturierten, lebenslangen Nachsorge durch eine/n erfahrene/n Arzt/Ärztin und Ernährungsfachkraft¹. Gemäss Swiss Society for the Study of morbid Obesity and metabolics disorders (SMOB) wird empfohlen, eine/n Patienten/in zu einer regelmässigen und lebenslangen Nachsorge im bariatrischen Netzwerk eines anerkannten Zentrums zu verpflichten². Ziele sind die Kontrolle der Gewichtsentwicklung, die Beurteilung des Essverhaltens, das Verhindern von Mangelzuständen, eine Adaption der Therapie (z. B. bei Diabetes mellitus, Hypertonie), die Motivation zur sportlichen Aktivität, das Screening psychischer Erkrankungen, Laborkontrollen und das Erkennen von Komplikationen.¹

Bei einer Sleevegastrektomie sind Nachkontrollen nach 1, 3, 6, 9 und 12 Monaten, bei einem proximalen Magen-Bypass zusätzlich nach 18 und 24 Monaten, anschliessend jährlich oder bei Bedarf empfohlen. Bei einer bilio-pankreatischen Diversion mit/ohne Duodenal Switch und distalem Magen-Bypass sind, wie bei einem proximalen Magen-Bypass, Nachkontrollen bis 24 Monate nach Operation, anschliessend halbjährlich oder bei Bedarf empfohlen. Regelmässige Laborkontrollen (nach 6, 12 Monaten und ab dann jährlich) durch den Hausarzt oder die Hausärztin untenstehender Parameter sollen schwerwiegende Folgen verhindern²:

- Hämatologie (Blutbild)
- Gerinnung (INR)
- Chemie (Elektrolyte, Leberwerte, Nierenfunktion, Albumin, Gluc, HbA1c)
- Fe-Status (Fe, Ferritin)
- Lipidstatus
- Hormone (fT3, PTH)
- Vitaminstatus

Von Bedeutung ist, dass das interdisziplinäre Team des bariatrischen Netzwerks regelmässige Nachkontrollen plant. Der/die Patient/in selbst trägt aber auch eine Eigenverantwortung und soll sich bei Bedarf selbständig melden, auch Jahre nach einer Operation.

Fallvorstellung

Herr G. stellt sich auf dem Notfall in reduziertem Allgemeinzustand mit Harnverhalt und unklarem Entzündungszustand am ehesten bei Dekubitus Grad 2 vor.

Medizinische Anamnese: St. n. Sleevegastrektomie 02/2011 und Magen-Bypass-OP 10/2011.

Stationäre Aufnahme:

- Labor: CRP > 85 mg/L, Elektrolytstörung mit Hypokaliämie und Hypophosphatämie, erhöhte Leber- und Nierenwerte, Mangel an verschiedenen Vitaminen und Spurenelementen (v. a. Zink, Kupfer, Vit. B12, Vit. D)
- Ärztliches Konsil: Der Chirurg schliesst ein gastrointestinales Problem aus. Die Nephrologin begründet die akute Niereninsuffizienz im Rahmen der Dehydratation und Malnutrition und der Endokrinologe interpretiert die verschiedenen Mängel als rein nutritiv bedingt

Medizinische Diagnose: Generalisierte Anasarka im Rahmen einer schweren Mangelernährung als Komplikation einer Sleevegastrektomie 02/2011 und Magen-Bypass-OP 10/2011.

Ernährungsdiagnose: Malnutrition aufgrund Inappetenz, Kauproblemen bei nicht mehr passender Zahnprothese, fehlender Ernährungskennntnisse, begrenzter Einhaltung von ernährungsbezogener Empfehlungen, veränderter gastrointestinaler Funktion bei St. n. Sleevegastrektomie und Magen-Bypass 2011 angezeigt durch Schwäche, Muskelabbau, orale Bedarfsabdeckung von max. 10–20 % und veränderte Laborwerte (Hypokaliämie,

Hypomagnesiämie und diverse Vitamin- und Spurenelementmangel).

Die SVDE-Fachgruppe Bariatrie³ und die SMOB empfehlen ein Leben lang folgende tägliche Aufnahmemengen:

- Mind. 60 g Protein oder 1 g/kg Körpergewicht. Eine Proteinzufuhr bis 1,5 g/kg/d Idealgewicht wird als adäquat bezeichnet. Eine höhere Zufuhr bis über 2,1 g/kg/d Idealgewicht sollte individuell evaluiert werden⁴.
- 70 g Fett
- Kohlenhydrate sind sekundär, Qualität ist entscheidend
- Mindestens 1,5 l kalorienfreie Flüssigkeit
- Vitamin D 1200–1600 IU
- Calcium 1–2 g
- Doppelte Tagesdosis eines Multivitaminpräparates

Ernährungsinterventionen

Energiebedarf: Harris & Benedict-Formel mit angepasstem Gewicht, Krankheitsfaktor 1.3 (Malabsorption) und Bewegungsfaktor 1.0 (bettlägerig und immobil)

Proteinbedarf: 1,5 g/kg des angepassten Gewichts/d

Ernährungstherapie

Täglich sechs kleine energie- und proteinreiche Mahlzeiten mit Einsatz von Standard-Trinknahrungen in MedPass-Modus (4x je 50 ml) und einem Multivitamin- und Mineralstoffpräparat (2x täglich Supradyn).

Monitoring

1. Problem:

- Gastrointestinale (GI) Beschwerden: Diarrhö vor allem nach der Einnahme von Trinknahrungen.

Vorgehen:

- Umstellung auf hydrolysierte Trinknahrungen, daraufhin haben sich die GI-Beschwerden deutlich verbessert.

2. Problem:

- Der Patient konnte nach 5 Tagen maximal 50 % seines Energie- und Proteinbedarfs abdecken.

Vorgehen:

- Interdisziplinäres Standortgespräch über den Start einer supportiven künstlichen Ernährung.

Bei Patienten/innen mit einem NRS ≥ 3 ist eine Ernährungstherapie inkl. eines vollständigen Ernährungsassessments notwendig. Bei ungenügender oraler und/oder enteraler Ernährung (<60 % der benötigten Menge) muss eine künstliche Ernährung (enteral und/oder parenteral) evaluiert werden^{4,5}. Folgende Punkte sind zu berücksichtigen:

- Ist eine Sondenernährung möglich? Wie ist die intestinale Lage bzw. ist eine Reoperation geplant, wo die intestinale Situation verändert wird? Falls eine Sondenernährung möglich ist, wo liegt die Sonde? Im Magenpouch, im Restmagen, im Darm (wo genau)? Wie lange ist die Sonde nötig? Im Falle einer Relaparotomie kann eine nasojejunale Sonde evaluiert werden – Evidenzgrad 0 – consensus (87 % agreement)⁶. Gemäss Chirurgen/innen ist die favorisierte Lage für eine kurzfristige Sondenernährung eine Nasensonde mit Spitze im alimentären Schenkel. Für eine längerfristige Sondenernährung wäre eine Einlage in Restmagen oder Magenpouch zu evaluieren.

- Welche Sondenernährung wählen: Standardprodukt, teilhydrolysiertes Produkt, hydrolysiertes Produkt? Ein proteinreiches Produkt kann empfohlen werden⁶. Es soll vor allem abhängig von der Absorption, (Re)Operation, Begleiterkrankungen sowie Energie- und Nährstoffbedarf sein.

- Eine parenterale Ernährung soll erst zum Zug kommen, wenn eine orale bzw. enterale Ernährung nicht oder ungenügend möglich ist (z. B. bei Problemen mit der Verträglichkeit). Bei Patienten/innen ohne Komplikationen (in unkomplizierten Fällen) ist eine parenterale Ernährung nicht empfohlen – Evidenzgrad 0 –

strong consensus (100 % agreement). Auch bei Patienten/innen mit grösseren Komplikationen nach bariatrischer Chirurgie hat die enterale Ernährung bzgl. Mortalität und Kosteneffektivität Vorteile [2+]. Für eine enterale Ernährung muss genau evaluiert werden, welche Sondenlage möglich ist⁶.

- Ist die zusätzliche Gabe von Creon nötig? Dies könnte bei Sondenlage in den Pouch eine Möglichkeit sein, Kapsel müsste dann geöffnet werden, damit es richtig wirkt.
- In welcher Phase ist der Patient? Was ist das Ziel? Gewichtsabnahme, -stabilisierung oder -zunahme?
- Ist die nötige Menge an Protein und Energie erreicht?

Monitoring: enteral vs. parenteral

Ärztliches Team schlägt aufgrund veränderter GI-Funktion eine parenterale Ernährung via PICC vor.

Ernährungsberaterin schlägt bei funktionsfähigem GI-Trakt eine enterale Ernährung vor.

Enteral: Einlage – durch Gastroenterologe/ in – einer dünnen (CH8) naso-gastralen Sonde mit Platzierung im alimentären Schenkel und Start eines langsamen enteralen Ernährungsaufbaus über Nacht (Oberkörper war immer > 30° hochgelagert) mit einem enteralen Standardprodukt.

Probleme:

- GI-Beschwerden: Diarrhö vor allem in der Nacht und frühmorgens, keine Emesis und kein oesophagealer Reflux

Vorgehen:

- Lage der Sonde bei guter oberer GI-Verträglichkeit nicht verändert
- Enterales Ernährungsprodukt auf ein hydrolysiertes Produkt umgestellt

Monitoring:

- Regelmässige Evaluation der oralen Nahrungsaufnahme mit entsprechender Anpassung der oralen und enteralen Ernährungstherapie

- 2x pro Woche Gewichts- und Hand-Grip-Messung
- 1x pro Woche Laborkontrolle (CRP, Elektrolyte, Leber- und Nierenwerte)

Entlassung aus Akutspital

Herr G. konnte durch die kombinierte orale und nächtliche enterale Ernährung seinen Energie- und Proteinbedarf zu 100 % abdecken. Die Laborwerte haben sich im Verlauf normalisiert und mit der Unterstützung einer intensiven Physiotherapie konnte der Patient seinen Kraftzustand deutlich verbessern (wieder am Tisch sitzen und wenige Schritte gehen).

Nach über 6 Wochen Spitalaufenthalt konnte er in verbessertem Allgemein- und Ernährungszustand – mit oraler und enteraler Ernährungstherapie – in eine Rehabilitation für eine 2-wöchige Rehabilitation verlegt werden.

Eine langfristige Nachbetreuung in einem ambulanten bariatrischen Zentrum wurde für die Zeit nach dem Rehabilitationsaufenthalt bereits in die Wege geleitet.

Verlauf post Rehabilitation:

Herr G. konnte die Rehabilitation in gutem Allgemein- und Ernährungszustand ohne enterale Ernährung verlassen. Die Termine für die interdisziplinäre ambulante bariatrische Nachbetreuung standen fest, der Patient hat diese aber nicht wahrgenommen...

Never ending story? To be continued ...

Literaturverzeichnis

1. S3-Leitlinie: Chirurgie der Adipositas und metabolischer Erkrankungen. Deutsche Gesellschaft für Allgemein- und Viszeralchirurgie. AWMF online, Version 2.3 (Februar 2018).
2. Richtlinien zur operativen Behandlung von Übergewicht (Medizinische Richtlinien). Swiss Society for the Study of morbid obesity and metabolic disorders (SMOB). www.smob.ch
3. Makronährstoffe Empfehlung Fachgruppe Bariatrie Zürich 2013. Swiss Society for the Study of morbid obesity and metabolic disorders (SMOB). www.smob.ch
4. Mechanick JJ, Youdim A, Jones DB, et al. Clinical practice guidelines for the perioperative nutritional, metabolic, and nonsurgical support of the bariatric surgery patient—2013 update: Cosponsored by American Association of Clinical Endocrinologists, The Obesity Society, and American Society for Metabolic & Bariatric Surgery. *Obesity (Silver Spring)*. 2013;21(suppl 1):S1–S27.
5. Mundi MS, Vallumsetla N, Davidson JB, McMahon MT, Bonnes SL, Hurt RT. Use of Home Parenteral Nutrition in Post-Bariatric Surgery-Related Malnutrition. *JPEN J Parenter Enteral Nutr*. 2017 Sep;41(7):1119–1124. doi: 10.1177/0148607116649222. Epub 2016 May 13.
6. Weimann A, et al (2017). ESPEN guideline: clinical nutrition in surgery. *Clinical Nutrition*. 36, 623–650

OMEGA-life®:

Unterstützt Herz und Gehirn.

Natürliche Vitalität aus dem Meer.

OMEGA-life® enthält die lebenswichtigen Omega-3-Fettsäuren EPA und DHA, welche die Blutfettregulation beeinflussen und zum Erhalt einer normalen Herz- und Gehirnfunktion beitragen. Erhältlich in Apotheken und Drogerien.

NEU:
+ Schutz vor
unangenehmem
Aufstossen



OMEGA-life® - täglich fürs Leben
omega-life.ch

DG
DOETSCH GRETHER

Malnutrition après une gastrectomie longitudinale/ un bypass gastrique: présentation d'un cas

Yvonne Meyer, Carole Rohrer et
Laura Vaccarino
BSc BFH, diététiciennes ASDD

L'obésité est une maladie chronique et nécessite donc un suivi structuré tout au long de la vie par un-e médecin expérimenté-e et une personne qualifiée dans le domaine de la nutrition, aussi après une intervention de chirurgie bariatrique. La Swiss Society for the Study of morbid Obesity and metabolic disorders (SMOB) recommande d'imposer aux patient-e-s un suivi régulier tout au long de la vie dans le réseau bariatrique d'un centre reconnu². Les objectifs sont alors un contrôle de l'évolution du poids, l'évaluation du comportement alimentaire, la prévention des carences, une adaptation du traitement (p. ex. en cas de diabète, d'hypertension), l'encouragement à pratiquer des activités physiques, le dépistage des maladies psychiques, la réalisation des examens de laboratoire et l'identification des complications¹.

On recommande des contrôles de suivi à 1, 3, 6, 9 et 12 mois en cas de gastrectomie longitudinale, auxquels s'ajoutent des contrôles à 18 et 24 mois pour un bypass gastrique proximal, puis un contrôle annuel ou en cas de besoin. Pour une dérivation biliopancréatique avec ou sans switch duodénal et bypass gastrique distal, des contrôles de suivi sont recommandés jusqu'à 24 mois après l'opération comme dans le cas d'un bypass gastrique proximal, puis des contrôles semestriels ou en cas de besoin. Des examens de laboratoire réguliers (après 6 et 12 mois, puis annuels) par le/la médecin de famille, portant sur les paramètres ci-dessous, permettent d'éviter les complications graves²:

- hématologie (formule sanguine),
- coagulation (INR),
- chimie (électrolytes, valeurs hépatiques, fonction rénale, albumine, glycémie, HbA1c),
- statut ferrique (Fe, ferritine),

- statut lipidique,
- hormones (FT₃, PTH),
- statut vitaminique.

Il est important que l'équipe interdisciplinaire du réseau bariatrique planifie des contrôles de suivi réguliers. Le/la patient-e assume néanmoins une part de responsabilité et doit au besoin s'annoncer spontanément, même plusieurs années après une opération.

Présentation d'un cas

Monsieur G. se présente aux urgences dans un état de santé général affaibli, avec rétention urinaire et état inflammatoire d'origine ambiguë, probablement une escarre de stade 2. Antécédents médicaux: gastrectomie longitudinale 02/2011 et bypass gastrique 10/2011.

Hospitalisation:

- examens de laboratoire: CRP > 85 mg/l, trouble électrolytique avec hypokaliémie et hypophosphatémie, valeurs hépatiques et rénales trop élevées, carence en différents oligo-éléments et vitamines (principalement le zinc, le cuivre, la vit. B12 et la vit. D);
- consilium médical: le/la chirurgien-ne exclut tout problème gastro-intestinal. Le/la néphrologue atteste de l'insuffisance rénale aiguë dans le cadre d'une déshydratation et d'une malnutrition, tandis que l'endocrinologue interprète les différentes carences comme purement nutritionnelles.

Diagnostic médical: anasarque dans le cadre d'une malnutrition sévère, en complication d'une gastrectomie longitudinale 02/2011 et d'un bypass gastrique 10/2011.

Diagnostic nutritionnel: malnutrition causée par une inappétence, problèmes de mastication en raison d'une prothèse dentaire désormais inadaptée, manque de connaissances en matière de nutrition, respect limité des recommandations nu-

tritionnelles, modification de la fonction gastro-intestinale suite à une gastrectomie longitudinale et un bypass gastrique remontant à 2011, marquée par une faiblesse, une perte de masse musculaire, une couverture des besoins par voie orale limitée à 10–20% maximum et des valeurs de laboratoire modifiées (hypokaliémie, hypomagnésémie et diverses carences en vitamines et oligo-éléments).

Le groupe de l'ASDD spécialisé Bariatrie³ et la SMOB recommandent les quantités quotidiennes suivantes, à respecter tout au long de la vie:

- au moins 60 g de protéines ou 1 g/kg de poids corporel. Un apport en protéines pouvant atteindre jusqu'à 1,5 g/kg de poids idéal/j est considéré comme adéquat. Un apport supérieur, susceptible de dépasser 2,1 g/kg de poids idéal/j, devrait être évalué au cas par cas⁴;
- 70 g de lipides;
- les glucides sont secondaires, mais leur qualité est décisive;
- au moins 1,5 l de liquide non calorique;
- 1200–1600 UI de vitamine D;
- 1–2 g de calcium;
- dose quotidienne doublée d'une préparation multivitaminée.

Interventions nutritionnelles

Besoin énergétique: formule de Harris et Benedict avec poids ajusté, facteur de correction pour la maladie 1,3 (malabsorption) et facteur de correction pour l'activité physique 1,0 (alité et immobile).

Besoin en protéines: 1,5 g/kg de poids ajusté/j.

Thérapie nutritionnelle

Six petites collations quotidiennes riches en énergie et en protéines, avec administration d'une alimentation buvable standard en mode MedPass (4 x 50 ml) et d'une préparation de multivitamines et de minéraux (Supradyn 2 x par jour).

Surveillance

1^{er} problème:

- troubles gastro-intestinaux (GI): diarrhées, principalement après la consommation d'aliments buvables.

Procédure:

- passage à une alimentation buvable hydrolysée, suite à quoi les troubles GI se sont nettement améliorés.

2^e problème:

- après 5 jours, le patient parvenait à couvrir 50% maximum de son besoin en énergie et en protéines.

Procédure:

- entretien interdisciplinaire envisageant la mise en place d'une alimentation de soutien par voie artificielle.

Chez les patient-e-s avec un NRS ≥ 3 , une thérapie nutritionnelle avec évaluation nutritionnelle complète est nécessaire. En cas d'alimentation orale et/ou entérale insuffisante (< 60% de la quantité requise), une alimentation par voie artificielle (entérale et/ou parentérale) doit être envisagée^{4,5}. Les points suivants doivent être pris en compte:

- une alimentation entérale est-elle possible? Quelle est la situation sur le plan intestinal ou une nouvelle opération est-elle prévue pour faire évoluer la situation sur le plan intestinal? Si une alimentation entérale est possible, où se trouve la sonde? Dans l'estomac, dans le moignon gastrique, dans l'intestin (où exactement)? Combien de temps la sonde est-elle nécessaire? En cas de nouvelle laparotomie, la pose d'une sonde naso-jéjunale peut être envisagée. – degré de preuve o – consensus (accord à 87%)⁶. D'après les

chirurgien-ne-s, une sonde nasale s'achevant dans l'anse alimentaire constitue la solution de choix pour alimentation entérale de courte durée. Pour une alimentation entérale prolongée, une pose dans le moignon gastrique ou dans l'intestin devrait être envisagée;

- quel aliment par sonde choisir: produit standard, partiellement hydrolysé, hydrolysé? Un produit riche en protéines peut être recommandé⁶. Il doit dépendre principalement de la capacité d'absorption, d'une (nouvelle) opération, de maladies concomitantes, ainsi que du besoin en énergie et en nutriments;
- une alimentation parentérale doit uniquement prendre le relais si une alimentation orale ou entérale est impossible ou insuffisante (p. ex. en cas



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.

Avec plus de 500 références, la gamme Coop Free From offre le plus vaste choix de produits sans allergènes du commerce de détail suisse.

Découvrez-en la liste ici: coop.ch/freefrom

free from

coop

Pour moi et pour toi.

de problèmes de tolérance). Une alimentation parentérale est déconseillée chez les patient-e-s sans complication (dans les cas non compliqués).

– degré de preuve 0 – consensus fort (accord à 100%). De même, chez les patient-e-s présentant de fortes complications suite à une intervention de chirurgie bariatrique, l'alimentation entérale présente des avantages, tant en matière de mortalité que de rentabilité [2+]. Dans le cadre d'une alimentation entérale, il convient d'évaluer précisément les positions possibles pour la sonde⁶;

- l'administration complémentaire de Créon s'impose-t-elle? Envisageable si la sonde est placée dans l'estomac, la capsule devrait alors être ouverte pour être efficace;
- dans quelle phase se trouve le/la patient-e? Quel est l'objectif? Perte de poids, stabilisation ou prise de poids?
- la quantité nécessaire de protéines et d'énergie est-elle atteinte?

Surveillance: alimentation entérale vs parentérale

L'équipe médicale propose une alimentation parentérale par PICC suite à une évolution de la fonction GI.

La diététicienne propose une alimentation entérale en présence d'un tractus GI fonctionnel.

Alimentation entérale: insertion, par une gastroentérologue, d'une sonde naso-gastrique étroite (CH 8) avec positionnement dans l'anse alimentaire et lancement d'une renutrition entérale lente durant la nuit à l'aide d'un produit entéral standard (avec surélévation constante du haut du corps > 30°).

Problèmes:

- troubles gastro-intestinaux: diarrhées, principalement la nuit et tôt le matin, pas de vomissements ni de reflux œsophagiens.

Procédure:

- pas de modification de la position de la sonde en cas de bonne tolérance du tractus GI supérieur;
- passage à un produit d'alimentation entérale hydrolysé.

Surveillance:

- évaluation régulière de l'alimentation orale, avec ajustement correspondant de la thérapie nutritionnelle orale et entérale;
- relevé du poids et de la force de préhension deux fois par semaine;
- examens de laboratoire (CRP, électrolytes, valeurs hépatiques et rénales) une fois par semaine.

Sortie d'hôpital

La combinaison d'une alimentation orale et d'une alimentation entérale nocturne a permis à M. G. de couvrir 100% de ses besoins en énergie et en protéines. Les valeurs de laboratoire se sont progressivement normalisées et le recours à une physiothérapie intensive a permis au patient d'améliorer nettement sa force (capacité à s'asseoir à nouveau à table et à marcher quelques pas).

Après plus de six semaines d'hospitalisation, l'amélioration de son état de santé général et nutritionnel à l'aide d'une thérapie nutritionnelle orale et entérale a permis son transfert pour deux semaines dans un établissement de réadaptation.

Un suivi prolongé dans un centre de chirurgie bariatrique ambulatoire est déjà prévu à la suite de son séjour en réadaptation.

Evolution post-réadaptation:

M. G. a pu quitter l'établissement de réadaptation dans un bon état de santé général et nutritionnel, sans alimentation entérale. Les rendez-vous de suivi bariatrique interdisciplinaires en ambulatoire avaient été fixés, le patient ne s'y est toutefois pas présenté...

Une histoire sans fin ? A suivre ...

Bibliographie voir page 16



EMMI ENERGY MILK HIGH PROTEIN

Die Extraportion Protein für zwischendurch
Un max de protéines pour les petits creux

EMMI ENERGY MILK HIGH PROTEIN PRODUKTE – VIELSEITIG EINSETZBAR

Bei vielen Diagnosen steht eine ausreichende Proteinzufuhr im Fokus der Ernährungstherapie. Gefragt sind hochwertige und proteinreiche Produkte, die gut schmecken und dadurch eine langfristige Einnahme garantieren. Wir haben die Lösung. Genussfertig stehen die neuen Emmi Energy Milk High Protein Produkte im Kühlregal. Ihre Klienten profitieren von dieser Extraportion Protein ohne dabei ihre Kohlenhydratzufuhr unnötig zu strapazieren – unkompliziert und mit viel Genuss.

PROTEIN-MANGELERNÄHRUNG VERMEIDEN UND VOM GUTEN GESCHMACK PROFITIEREN

Alle Emmi Energy Milk High Protein Produkte liefern hochwertiges Milchprotein, kombiniert mit einer kohlenhydratangepassten Rezeptur. Die Einsatzgebiete sind vielfältig; beispielsweise in der Geriatrie oder während der Rekonvaleszenz. Auch nach bariatrischen Operationen unterstützten proteinangereicherte Produkte die diätetische Nachbetreuung zur Sicherung einer adäquaten Proteinzufuhr. Emmi Energy Milk High Protein Produkte schmecken nicht nur gut, sondern finden ihr Einsatzgebiet also auch in der Ernährungsmedizin.

HOCHWERTIGE MILCHPROTEINE – VOLLER GESCHMACK – KEIN ZUGESETZTER ZUCKER

Optimale Voraussetzungen für die einfache und genussvolle Zufuhr einer Extraportion Protein. Alle Emmi Energy Milk High Protein Produkte haben keinen zugesetzten Zucker und mit Ausnahme der Emmi Energy Milk High Protein Pops, ist die ganze Range zudem laktosefrei. Mit dem neuen Energy Milk High Protein Yogurt to go wird es übrigens noch einfacher, hochwertige Proteine auch unterwegs zu genießen. Das Produkt ist 6 Stunden ohne Kühlung haltbar – ideale Proteinpower für unterwegs.

LES PRODUITS EMMI ENERGY MILK HIGH PROTEIN – DES PRODUITS POLYVALENTS

De nombreux diagnostics se concentrent sur un apport suffisant en protéines dans le cadre d'une thérapie nutritionnelle. Les produits de haute qualité et riches en protéines qui ont bon goût et garantissent ainsi une consommation durable sont demandés. Nous avons la solution. Les nouveaux produits Emmi Energy Milk High Protein sont prêts à être consommés au rayon frais. Vos clients profitent ainsi de cette portion supplémentaire de protéines sans pour autant épuiser inutilement leur apport en glucides: facilité et plaisir garantis.

ÉVITEZ LA MALNUTRITION PROTÉIQUE EN VOUS RÉGALANT

Tous les produits Emmi Energy Milk High Protein fournissent des protéines de lait de haute qualité combinées à une formule ajustée en fonction des glucides. Ces produits trouvent de multiples applications, par exemple en gériatrie ou en convalescence. Même après une opération bariatrique, les produits enrichis en protéines favorisent les soins diététiques de suivi pour assurer un apport adéquat en protéines. Les produits Emmi Energy Milk High Protein ne se contentent pas d'être bons, ils peuvent également être utilisés en médecine nutritionnelle.

DES PROTÉINES DE LAIT DE HAUTE QUALITÉ – GOÛT INTENSE – PAS DE SUCRE AJOUTÉ

Des conditions optimales pour un apport simple et agréable d'une portion supplémentaire de protéines. Tous les produits Emmi Energy Milk High Protein sont sans sucres ajoutés et, mis à part les Emmi Energy Milk High Protein Pops, ne contiennent pas non plus de lactose. Avec le nouvel Energy Milk High Protein Yogurt to go, profiter de protéines de haute qualité en déplacement sera encore plus facile. Le produit a une durée de conservation de six heures sans refroidissement – le booster protéique idéal pour les déplacements.

1	XXL Drink	500 ml / 40 g Protein	Vanilla, Choco	kein zugesetzter Zucker, laktosefrei pas de sucre ajouté, sans lactose
2	Drink	330 ml / 26 g Protein	Vanilla, Choco, Caramel, Strawberry, Coffee	kein zugesetzter Zucker, laktosefrei pas de sucre ajouté, sans lactose
3	Pouch	155 g / 15 g Protein	Choco, Strawberry	kein zugesetzter Zucker, laktosefrei pas de sucre ajouté, sans lactose
4	Pops	200 g / 20 g Protein	Choco, Strawberry	kein zugesetzter Zucker pas de sucre ajouté
5	Pudding	200 g / 20 g Protein	Choco, Toffee Nut	kein zugesetzter Zucker, laktosefrei pas de sucre ajouté, sans lactose



YUMMY POWER

Malnutrizione dopo sleeve gastrectomy/bypass gastrico: presentazione di un caso

Yvonne Meyer, Carole Rohrer e
Laura Vaccarino,
BSc BFH, dietiste ASDD

L'obesità è considerata una malattia cronica e necessita dunque per tutta la vita – anche dopo la chirurgia bariatrica – di un follow up strutturato da parte di un medico esperto in materia e da specialisti in nutrizione¹. La Swiss Society for the Study of morbid Obesity and metabolic disorders (SMOB) raccomanda di obbligare i pazienti a visite di controllo regolari e per tutta la vita presso la rete bariatrica di un centro riconosciuto² per controllare lo sviluppo ponderale, valutare il comportamento alimentare, evitare stati di carenza, adeguare la terapie (ad es. in caso di diabete mellito o ipertonia), motivare a fare attività fisica, individuare malattie psichiche, effettuare esami di laboratorio e riconoscere eventuali complicazioni¹.

In caso di sleeve gastrectomy sono raccomandate visite di controllo dopo 1, 3, 6, 9 e 12 mesi, in caso di bypass gastrico prossimale anche dopo 18 e 24 mesi. Seguiranno poi visite fissate a cadenza annuale o al bisogno. In caso di diversione biliopancreatica con o senza duodenal switch e di bypass gastrico distale si raccomandano, come in caso di bypass gastrico prossimale, controlli fino a 24 mesi dopo l'operazione e in seguito però ogni sei mesi o al bisogno. Per evitare l'insorgere di gravi conseguenze, il medico di famiglia dovrebbe effettuare degli esami di laboratorio regolari (dopo 6 e 12 mesi e poi a scadenza annuale) per controllare i seguenti parametri²:

- ematologia (ematogramma);
- coagulazione (INR);
- chimica (elettroliti, valori epatici, funzionalità renale, albumina, glicemia, HbA1c);
- stato del ferro (Fe, ferritina);
- stato lipidico;
- ormoni (fT₃, PTH);
- stato vitaminico.

È importante che il team interdisciplinare

della rete bariatrica pianifichi regolari visite di controllo. Anche il paziente però è responsabile per la sua salute e se necessario deve contattare autonomamente il team, anche anni dopo l'intervento.

Presentazione di un caso

Il signor G. si presenta al pronto soccorso in stato generale ridotto con una ritenzione urinaria e uno stato infiammatorio di origine non chiara, probabilmente nell'ambito di un decubito di grado 2.

Anamnesi medica: esiti di sleeve gastrectomy 02/2011 e bypass gastrico 10/2011

Ospedalizzazione:

- Laboratorio: CRP > 85 mg/l, disturbo elettrolitico con ipokaliemia e ipofosfate-mia, valori epatici e renali elevati, carenza di diverse vitamine e oligoelementi (soprattutto zinco, rame, vit. B12, vit. D).
- Consulti medici: il chirurgo esclude un problema gastrointestinale. Il nefrologo inquadra l'insufficienza renale acuta nel contesto della disidratazione e della malnutrizione e l'endocrinologo interpreta le varie carenze come di origine puramente nutritiva.

Diagnosi medica: anasarca generalizzato nell'ambito di una grave malnutrizione quale complicazione di sleeve gastrectomy 02/2011 e bypass gastrico 10/2011.

Diagnosi nutrizionale: malnutrizione dovuta a inappetenza; problemi di masticazione a causa di una protesi dentale non più adeguata; mancanza di conoscenze in materia di nutrizione; rispetto limitato delle raccomandazioni riguardanti l'alimentazione; funzionalità gastrointestinale alterata post sleeve gastrectomy e bypass gastrico nel 2011, caratterizzata da debolezza, perdita di massa muscolare, copertura orale dei fabbisogni di al massimo il 10–20% e alterazione dei valori di laboratorio (ipokaliemia, ipomagnesiemia

e varie carenze di vitamine ed oligoelementi).

Il gruppo ASDD professionale Bariatrica³ e la SMOB raccomandano di assumere a vita le seguenti quantità giornaliere:

- almeno 60 g di proteine o 1 g/kg di peso corporeo. Un apporto proteico di fino a 1,5 g/kg di peso ideale al giorno viene indicato come adeguato. Un apporto maggiore, di più di 2,1 g/kg di peso ideale al giorno, dovrebbe essere valutato individualmente⁴;
- 70 g di grassi;
- i carboidrati sono secondari, la qualità è decisiva;
- almeno 1,5 l di liquidi privi di calorie;
- vitamina D 1200–1600 UI;
- calcio 1–2 g;
- doppia dose di un preparato multivitaminico.

Interventi nutrizionali

Fabbisogno energetico: equazione di Harris & Benedict con peso adeguato, fattore malattia 1,3 (malassorbimento) e fattore movimento 1,0 (allettato e immobile).

Fabbisogno proteico: 1,5 g/kg di peso adeguato/giorno

Terapia nutrizionale

Sei piccoli pasti ricchi in energia e proteine al giorno con l'impiego di alimenti liquidi standardizzati in modalità MedPass (4 volte 50 ml) e un preparato multivitaminico e minerale (Supradyn, 2 volte al giorno).

Monitoraggio

1° problema:

- Disturbi gastrointestinali (GI): diarrea principalmente dopo l'assunzione di alimenti liquidi.

Intervento:

- Passaggio ad alimenti liquidi idrolizzati, in seguito netto miglioramento dei disturbi GI.

2° problema:

- Dopo 5 giorni il paziente riusciva a coprire al massimo il 50% del suo fabbisogno energetico e proteico.

Intervento:

- Colloquio interdisciplinare per fare il punto della situazione e discutere se iniziare un'alimentazione artificiale di supporto.

Nei pazienti con un NRS ≥ 3 è necessaria una terapia nutrizionale comprensiva di un assessment nutrizionale completo. In caso di alimentazione orale e/o enterale insufficiente (< 60% della quantità necessaria) si deve valutare il ricorso all'alimentazione artificiale (enterale e/o parenterale)^{4,5}. Vanno considerati i seguenti punti:

- è possibile una nutrizione per sonda? Com'è la situazione intestinale, rispettivamente è prevista una rioperazione che cambierà la situazione intestinale? Se la nutrizione per sonda è possibile, dove è posizionata la sonda – nella tasca gastrica, nello stomaco residuo, nell'intestino (dove esattamente)? Per quanto tempo è necessaria la sonda? In caso di una rilaaparotomia si può valutare una sonda naso-digiunale – grado di evidenza o – consenso (87% agreement)⁶. Secondo i chirurghi la sede favorita per una nutrizione per sonda di breve durata è la sonda nasale che termina nell'ansa alimentare. Per una nutrizione per sonda a più lungo termine andrebbe valutato l'inserimento nello stomaco residuo o nella tasca gastrica;
- quale nutrizione per sonda scegliere: prodotto standard, prodotto parzialmente idrolizzato, prodotto idrolizzato? Si può raccomandare un prodotto ricco in proteine⁶. Dipende principalmente da assorbimento, (ri)operazione, malattie concomitanti e fabbisogno nutritivo ed energetico;
- si dovrebbe ricorrere a una nutrizione parenterale solo quando la nutrizione orale ed enterale non è possibile o è possibile solo in maniera insufficiente (ad es. in caso di problemi con la tollerabilità). Nei pazienti senza complicazioni (in casi semplici) la nutri-

zione parenterale non è raccomandata – grado di evidenza o – forte consenso (100% agreement). Anche nei pazienti con importanti complicazioni dopo la chirurgia bariatrica la nutrizione enterale presenta benefici in termini di mortalità ed efficienza in termini di costi [2+]. Per la nutrizione enterale è necessario valutare attentamente dove è possibile posizionare la sonda⁶.

- è necessaria la somministrazione aggiuntiva di Creon? Sarebbe una possibilità in caso di sonda nella tasca gastrica, in questo caso la capsula dovrebbe essere aperta affinché agisca correttamente;
- in che fase si trova il paziente? Qual è l'obiettivo? Riduzione, stabilizzazione o aumento ponderale?;
- la quantità necessaria di proteine ed energia viene raggiunta?

Monitoraggio enterale vs. parenterale

A causa dell'alterazione della funzionalità GI il team medico propone una nutrizione parenterale via PICC.

La dietista, in presenza di un tratto GI funzionante propone una nutrizione enterale.

Enterale: inserimento da parte del gastroenterologo di una sottile (CH8) sonda nasogastrica con posizionamento nell'ansa alimentare e avvio di un lento aumento dell'alimentazione enterale durante la notte (con il busto sempre rialzato di > 30°) con un prodotto enterale standardizzato.

Problemi:

- Disturbi GI: diarrea soprattutto durante la notte e il mattino presto, nessun vomito o reflusso esofageo.

Intervento:

- Data la buona tollerabilità del tratto GI superiore la sonda non viene spostata.
- Sostituzione del prodotto per la nutrizione enterale con un prodotto idrolizzato.

Monitoraggio:

- Valutazione regolare dell'assunzione

orale di cibo e conseguente adeguamento della terapia nutrizionale orale ed enterale.

- Misurazione 2 volte/settimana di peso e forza di presa della mano
- Controllo di laboratorio 1 volta/settimana (CRP, elettroliti, valori epatici e renali)

Dimissione dall'ospedale acuto

Grazie alla combinazione di nutrizione orale e nutrizione enterale notturna, il signor G. è riuscito a coprire il 100% del suo fabbisogno proteico. Durante l'ospedalizzazione i valori di laboratorio si sono normalizzati e, con l'aiuto di una fisioterapia intensiva, il paziente è riuscito a migliorare considerevolmente le sue forze (riuscendo di nuovo a sedere al tavolo e a fare alcuni passi).

Dopo 6 settimane di degenza il paziente, in miglior stato generale e nutrizionale – con una terapia nutrizionale orale ed enterale – ha potuto essere trasferito in una clinica riabilitativa per una riabilitazione di 2 settimane.

Era già stata organizzata un'assistenza post-cura a lungo termine in un centro bariatrico ambulatoriale per quando il paziente sarebbe stato dimesso dalla riabilitazione.

Decorso post riabilitazione:

Il signor G. ha potuto lasciare la riabilitazione in buono stato generale e nutrizionale e senza nutrizione enterale. Gli appuntamenti per le visite di controllo ambulatoriali di assistenza post-cura bariatrica interdisciplinare erano stati fissati, il paziente non si è però presentato...

Never ending story? To be continued ...

Bibliografia sulla pagina 16

Richtlinien Schwangerschaft nach bariatrischer Operation

C. Milone, MSc BSc [GSU] Ernährungsberaterin SVDE, N. Greub, U. Hirsiger, C. Jordi, U. Schulz, M. Wessner, N. Killer, J. Schärli, N. Imbach, N. Seiler, F. Staub, BSc BFH Ernährungsberaterinnen und Ernährungsberater SVDE

Eine Schwangerschaft nach einer bariatrischen Operation erfordert besondere Aufmerksamkeit, da ein Defizit an Protein und bestimmten Vitaminen und Mineralstoffen schwerwiegende negative Auswirkungen auf die Entwicklung des Fötus und der werdenden Mutter haben kann.

In der Vergangenheit gab es in der Schweiz keine offiziellen Empfehlungen für Schwangere nach bariatrischer Operation. Im 2018 hat die SVDE-Fachgruppe Bariatrie sich mit der Thematik auseinandergesetzt und in Zusammenarbeit mit Gynäkologen, bariatrischen Chirurgen, Endokrinologen und weiteren für bariatrische Betreuung spezialisierten Ärzten Empfehlungen entwickelt.

- Adipositas ist häufig mit Fertilitätsstörungen sowie erhöhten Schwangerschaftsrisiken verbunden (schwangerschaftsinduzierte Hypertonie, Präeklampsie, Gestationsdiabetes, Frühgeburten, Aborte, Makrosomie, erhöhte Sectioraten). Durch die Gewichtsabnahme wird die Fertilität gesteigert und die Rate an Schwangerschaftskomplikationen verringert.^{1, 2, 3, 4}
- Patientinnen sollten innerhalb der ersten 12–18 Monate nach der Operation nicht schwanger werden, da dies aufgrund der katabolen postoperativen Phase ein Risiko für das ungeborene Kind darstellen kann.^{1, 4}
- Orale Antikontrazeptiva stellen nach einer bariatrischen Operation keine sichere Verhütungsmethode mehr dar, da durch die Verringerung der Resorptionsfläche infolge anatomischer Veränderung des Dünndarms die

	BMI vor Schwangerschaft	Empfohlene Gewichtszunahme gesamt in kg	Empfohlene Gewichtszunahme pro Woche in kg
Untergewicht	< 18,5	12,5–18	0,5 ab 12. SSW
Normalgewicht	18,5–24,9	11,5–16	0,4 ab 12. SSW
Übergewicht	25–29,9	7–11,5	0,3 ab 12. SSW
Adipositas	≥ 30	5–9	0,2 ab 12. SSW
Zwillingsschwangerschaft			
Untergewicht	k. A.		
Normalgewicht	18,5–24,9	16,8–24,5	
Übergewicht	25–29,9	14,1–22,7	
Adipositas	≥ 30	11,4–19,1	

Empfohlene Gewichtszunahme nach IOM in der Schwangerschaft entsprechend dem Body-Mass Index (BMI; kg/m²)

Aufnahme der Pille nicht mehr gewährleistet ist. Als Verhütungsmethode werden die Spirale oder mechanische Verhütungsmethoden empfohlen.^{3, 4, 5}

- Aufgrund der bariatrischen Operation wird empfohlen, die aktuelle Schwangerschaft wie eine Risikoschwangerschaft zu behandeln. Dies beinhaltet neben den regelmässigen Schwangerschaftskontrollen auch die Involvierung einer Ernährungsberaterin SVDE mit Erfahrung in der Betreuung bariatrischer Patientinnen, zum Monitoring des Essverhaltens bzw. der Energiezufuhranalyse mit Gewichtskontrolle. Ausserdem sollte auf eine bedarfsdeckende Protein- und Mikronährstoffzufuhr geachtet werden.¹
- Bei bariatrischen Operationen ist der klassische oGTT zur Diagnostik einer pathologischen Glukosetoleranz kontraindiziert. Erfahrungsgemäss steigt in diesem Test die Glukose sehr rasch an und es besteht die Gefahr eines Früh- aber auch Spätdumpings mit symptomatischer Hypoglykämie bereits ab 90 Minuten. Vorzugsweise sollte eine Diabetesfachperson die kapilläre Blutzucker-Selbstmessung instruieren. Zur Erfassung eines präkonzeptionell bestehenden Diabetes mellitus sollte mög-

lichst früh ein HbA_{1c} bestimmt werden. Der HbA_{1c}-Wert eignet sich aber nicht zur Diagnose eines Gestationsdiabetes.⁶

Die obere Tabelle zur Gewichtszunahme in der Schwangerschaft enthält allgemeine Empfehlungen des Institute of

Blutbild
AST, ALT, g-GT
Bei Hyperemesis B ₁ , Chlorid, Kalium
B ₆ , B ₁₂ , Holotranscobalamin
Folat in den Erythrozyten
Ferritin
(wenn möglich vor SS > 50 ng/ml halten. Substitution ist erst ab 2. Trimenon möglich)
Vitamin A, D (25-OH), K
(Vitamin K: INR-Wert günstigere Messung. Ist nur bei distalem Magen-Bypass oder biliopankreatischer Diversion wichtig)
Zink, Kupfer, Selen
Albumin, ggf. Präalbumin
Kalzium korrigiert
PTH
Kapilläre Nüchternplasmaglukose (spezifisch für Gestationsdiabetes)

Diese Laboruntersuchungen sind ohne vorbestehende Mängel in jedem Schwangerschaftstrimenon bei allen bariatrischen Patientinnen empfohlen.⁸

	Richtlinien für Schwangerschaft postbariatrisch (ohne vorbestehende Mängel) SVDE-Fachgruppe Bariatrie	Bemerkungen/Upper Limits (UL)
Multivitaminpräparat	Pränatalvitamin oder Multivitaminpräparat mit 200 % des täglichen Bedarfs	
Vitamin A	1,1 mg Äquivalent/d 1,2 mg im Multivitaminpräparat	UL 3000 µg/d UL 10 000 IE/d
Kalzium	1500–2000 mg/d	Kalzium Citrat besser resorbierbar. Nicht mehr als 500 mg auf einmal. Nicht zusammen mit Eisen (2 h warten). UL 2500 mg/d
Vitamin B12	300–500 µg/d sublingual, Spray, Injektion, Tablette oder 1000 µg i.m./s.c. alle 3 Monate	
Vitamin B6	Im Multivitaminpräparat	UL 100 mg/d
B1	(Achtung bei häufigem Erbrechen)	
Eisen	Mind. 60 mg/d p.o evtl. zusätzlich supplementieren	UL 45 mg/d
Folat	600 µg/d vom Multivitaminpräparat (+ 400 µg/d zusätzlich zur Multivitaminpräparat aber max. 1000 µg/d- schon bei Kinderwunsch	UL 1000 µg/d
Jod	200 µg/d	
Zink	20–30 mg/d	UL 40 mg/d
Vitamin D3	2000–4000 IE/d	
Protein	70 g/d oder 1,1-1,5 g/kg KG (Normalgewicht)	
DHA Fettsäuren	200 mg/d	

Anschliessend zeigt sich die Übersicht zur empfohlenen Vitamin- und Mineralstoffsupplementation.^{9, 5, 10, 11, 12, 13, 14, 15} Ein besonderes Augenmerk sollte auf die hervorgehobenen Inhalte gelegt werden, da diese für die Entwicklung des Kindes besonders wichtig sind.

Medicine (IOM). Studien zu spezifischen Empfehlungen nach bariatrischer Operation liegen nicht vor. Bei Schwangerschaften nach einem bariatrischen Eingriff können die Empfehlungen zur Gewichtszunahme variieren, weshalb eine individuelle Beurteilung der nach-

betreuenden Ärzte berücksichtigt werden muss.^{3,7}

Danksagung:

Dr. med. M. Hodel (Präsident der Akademie für fetomaternal Medizin, AFMM),

Dr. med. B. Isenschmid (Chefärztin Kompetenzzentrums für Essverhalten, Adipositas und Psyche, KEA), Dr. med. S. Fischli (Co-Chefarzt Endokrinologie/Diabetologie LUKS), Dr. med. R.S. Hauser, Dr. med. M. Sykora (Chefarzt Adipositaszentrum Zentralschweiz, LUKS), Dr. med. W. Decking, Dr. med. A. Siegfried, Dr. med. U. Bärtsch, Dr. med. M. Potoczna.

Literaturverzeichnis

1. Mechanick JI, Kushner RF, Sugerman HJ, et al. AACE/TOS/ASMBS Guidelines. American Association of Clinical Endocrinologists, The Obesity Society, and American Society for Metabolic & Bariatric Surgery Medical Guidelines for Clinical Practice for the Perioperative Nutritional, Metabolic, and Nonsurgical Support of the Bariatric Surgery Patient. *Endocrine Practice*. 2008;14 (1).
2. Kjaer MM, Lauenborg J, Breum BM, Nilas L. The risk of adverse pregnancy outcome after bariatric surgery: a nationwide register-based matched cohort study. *Am J Obstetrics & Gynecology*. 2013; 208 (6):464.e1–464.e5.
3. Ouyang D. Fertility and pregnancy after bariatric surgery. *UpToDate*, 2016.
4. Schultes B, Ernst B, Thurnheer M. Bariatrische Chirurgie und Schwangerschaft. *Schweiz Med Forum*. 2010;10(17):304–307.
5. Kominarek MA. preparing for and managing a pregnancy After bariatric surgery. *Semin. Perinatol*. 2011;35(6):356–361.
6. Adam S, Ammori B, Soran H, Syed AA. Pregnancy after bariatric surgery: screening for gestational diabetes. *BMJ*. 2017; 356:j533.
7. Institute of Medicine. National Academy of Sciences. *Weight gain during pregnancy: re-examining the guidelines*. National Academies Press, Washington, DC; 2009.
8. McFadden DT. RDN Quick Guide to: Breastfeeding after Weight Loss Surgery. *Weight Management. Academy of Nutrition and Dietetics*. 2017.
9. Harris AA, Barger MK. *Specialized Care for Women Pregnant after Bariatric Surgery*. *JMWH*. 2010;55:529–539.
10. SVDE, ASDD. *Info. Erfahrungen und Entwicklungen in der bariatrischen Chirurgie*. Oktober. 5/2015.
11. Aills L, Blankenship J, Buffington C, Furtado M, Parrott J. *ASMBS Allied Health Nutritional Guidelines for the Surgical Weight Loss Patient*. 2008.
12. Institute of Medicine, Food and Nutrition Board. *National Academy of Sciences. Dietary Reference Intakes: The Essential Guide to Nutrient Requirements*. National Academies Press, Washington, DC; 2006.
13. D-A-CH Referenzwerte für die Nährstoffzufuhr. *SGE, SSN*. 2016.
14. Hollis BW, Johnson D, Hulse T, Ebeling M, Wagner CL. *Vitamin D Supplementation during Pregnancy: Double Blind, Randomized Clinical Trial, of Safety and Effectiveness*. *J Bone Miner Res*. 2011;26(10):2341–2357.
15. Mithal A, Kalra S. *Vitamin D Supplementation in Pregnancy*. *Indian J Endocrinol Metab*. 2014; 18(5):593–596.

ERNÄHRUNGSWECHSEL UND OSTEOPOROSE

Immer häufiger ist zu beobachten, dass Eiweiss tierischen Ursprungs nur noch reduziert oder überhaupt nicht mehr konsumiert wird; braucht es diese Änderung der Ernährungsgewohnheiten vielleicht in Zukunft sogar aus Umweltgründen? Damit sind jedoch ernsthafte Folgen für den gesamten Organismus verbunden. Besonders bei der Umstellung auf eine nicht vollwertige vegane Ernährung beobachtet man das Erscheinungsbild einer Osteopenie oder sogar Osteoporose. Tatsächlich spielt die Proteinzufuhr eine manchmal unterschätzte Schlüsselrolle für den Erhalt der Knochenmasse; ein Mangel führt zu Osteoporose. Die Verringerung der täglichen Eiweisszufuhr um 40 % geht einher mit Knochenverlust, veränderter Knochenqualität und schliesslich einem erheblichen Frakturrisiko.

« Proteinzufuhr » sollte aber nicht mit « Zufuhr von essenziellen Aminosäuren » verwechselt werden. Essenzielle Aminosäuren (die nicht von unserem Organismus hergestellt werden können) müssen täglich eingenommen werden. Ein auch nur teilweiser Mangel an essenziellen Aminosäuren ist ein limitierender Faktor für die gesamte Proteinsynthese und somit für den Stoffwechsel insgesamt. Im Gegensatz zu den meisten Pflanzenproteinen enthält tierisches Eiweiss essenzielle Aminosäuren in optimalen Mengen und Anteilen. Der Mangel an

essenziellen Aminosäuren und Eiweiss ist eine mögliche Erklärung für den Knochenverlust, direkt oder indirekt über hormonelle Veränderungen am somatotropen und gonatotropen System. Bei der Empfehlung einer Proteinsubstitution im Rahmen einer solchen Ernährungsweise ist es deshalb wichtig, die Aminosäuren insgesamt und dabei besonders die essenziellen Aminosäuren zu berücksichtigen. Ähnliche Beobachtungen werden übrigens auch nach chirurgischen Eingriffen zur Gewichtsreduktion gemacht: Eine unausgewogene Ernährung, Mängel und Malabsorption haben vergleichbare Folgen.

Diese Beobachtungen müssen nicht zur Ablehnung einer veganen Ernährungsweise führen, aber bei solchen Umstellungen sind die Kenntnis der Stoffwechselveränderungen und des Ausgleichs von Mängeln zentral, um Nachteile für den Organismus zu verhindern. Im Handel ist ein Nahrungsergänzungsmittel erhältlich (Nutrinamin ComboVegan), das aus einer Kombination der wichtigsten Stoffe besteht, die bei einer Ernährung ohne tierisches Eiweiss fehlen. Die täglichen Bedürfnisse des Organismus lassen sich damit auf einfache Weise abdecken. ■

Mehr Informationen auf www.nutrinamin.ch

CHANGEMENT DE RÉGIME ALIMENTAIRE ET OSTÉOPOROSE

La réduction d'apport en protéines d'origine animale, voire son exclusion totale, est de plus en plus fréquemment observée; ces changements d'habitudes alimentaires seront-ils même nécessaires à terme pour des raisons environnementales? Ils ont cependant des conséquences sérieuses sur l'ensemble de l'organisme. En particulier, lors d'adoption d'un régime végétalien (Vegan) incomplet, on observe un phénotype d'ostéopénie voire d'ostéoporose. En effet, l'apport en protéines joue un rôle clef parfois méconnu dans le maintien de la masse osseuse; une carence induit une ostéoporose. Un apport quotidien en protéines réduit de 40% est associé à une perte osseuse, à une modification de la qualité de l'os et à un risque important de fracture à terme.

Il s'agit de ne surtout pas confondre « apport en protéines » et « apport en acides aminés essentiels ». Les acides aminés essentiels (ceux ne pouvant pas être synthétisés par notre organisme) doivent être consommés quotidiennement. Un manque, même partiel, d'acides aminés essentiels est un facteur limitant pour l'ensemble de la synthèse protéique et donc pour l'ensemble du métabolisme de l'organisme. Contrairement à la plupart des protéines végétales, les protéines d'origine animale contiennent une quantité et une

proportion d'acides aminés essentiels optimales. Cette carence en acides aminés essentiels et en protéines peut expliquer la perte osseuse par un effet direct ou indirect via les changements endocriniens par atteinte des axes somatotropes et gonatotropes. Il est donc important de considérer l'ensemble des acides aminés, et plus particulièrement des acides aminés essentiels dans une recommandation de substitution d'apport protéique lors de ce type de régime. A noter que des observations assez similaires sont faites en chirurgie bariatrique; régime déséquilibré, carences et malabsorption amènent à des phénomènes comparables.

Ces observations ne sont pas une condamnation du principe végétalien, cependant face à de telles modifications alimentaires, une connaissance des changements de métabolisme et des compensations des carences sont cruciales afin de prévenir la détérioration de l'organisme. Il existe sur le commerce un supplément alimentaire (Nutrinamin ComboVegan) combinant les principaux nutriments manquants lors de régime excluant les protéines d'origine animale et permettant de restaurer simplement les besoins quotidiens de l'organisme. ■

Plus d'informations sur www.nutrinamin.ch

Directives en cas de grossesse après une chirurgie bariatrique

C. Milone, MSc BSc [GSU] diététicienne ASDD, N. Greub, U. Hirsiger, C. Jordi, U. Schulz, M. Wessner, N. Killer, J. Schärli, N. Imbach, N. Seiler, F. Staub, BSc BFH diététicien-ne-s ASDD

Une grossesse après une chirurgie bariatrique impose une attention particulière, car un déficit en protéines et en certains minéraux et vitamines peut avoir des conséquences négatives graves sur le développement du fœtus et de la future mère.

Par le passé, il n'existait en Suisse aucune recommandation officielle pour les femmes enceintes après une chirurgie bariatrique. En 2018, le groupe spécialisé Bariatrie de l'ASDD s'est penché sur le sujet et a rédigé des recommandations en collaboration avec des gynécologues, des chirurgien-ne-s bariatriques, des endocrinologues et d'autres médecins spécialisé-e-s dans la prise en charge de la chirurgie bariatrique.

- L'obésité est souvent associée à des troubles de la fertilité et à une augmentation des risques liés à la grossesse (hypertension gravidique, prééclampsie, diabète gestationnel, naissance prématurée, fausse couche, macrosomie, césariennes plus fréquentes). La perte de poids augmente la fertilité et diminue les complications liées à la grossesse.^{1,2,3,4}
- Une grossesse est déconseillée aux patientes durant les 12 à 18 mois suivant l'intervention de chirurgie, car il existe un risque pour le fœtus durant toute la phase postopératoire catabolique.^{1,4}
- Après une chirurgie bariatrique, les contraceptifs oraux ne constituent plus une méthode contraceptive sûre, car la diminution de la surface d'absorption consécutive à l'évolution anatomique de l'intestin ne garantit plus l'assimilation de la pilule. Il est recommandé d'opter pour un stérilet ou des méthodes de contraception mécaniques.^{3,4,5}

	IMC avant la grossesse	Prise de poids totale recommandée, en kg	Prise de poids hebdomadaire recommandée, en kg
Poids insuffisant	< 18,5	12,5–18	0,5 à partir de la 12 ^e SG
Poids normal	18,5–24,9	11,5–16	0,4 à partir de la 12 ^e SG
Surpoids	25–29,9	7–11,5	0,3 à partir de la 12 ^e SG
Obésité	≥ 30	5–9	0,2 à partir de la 12 ^e SG
Grossesse gémellaire			
Poids insuffisant	n/a		
Poids normal	18,5–24,9	16,8–24,5	
Surpoids	25–29,9	14,1–22,7	
Obésité	≥ 30	11,4–19,1	

Prise de poids recommandée par l'IOM pendant la grossesse, en fonction de l'indice de masse corporelle (IMC; kg/m²)

- En cas de chirurgie bariatrique, il est recommandé de traiter une grossesse éventuelle au titre d'une grossesse à risque. Elle fera alors l'objet de contrôles réguliers, avec l'implication d'un-e diététicien-ne ASDD bénéficiant d'une expérience dans la prise en charge des patientes bariatriques, afin d'assurer une surveillance du comportement alimentaire et une analyse de l'apport énergétique dans le cadre du contrôle du poids. Par ailleurs, il est recommandé de s'assurer que l'apport en protéines et en micronutriments couvre les besoins.¹
- En cas de chirurgie bariatrique, la HGPO utilisée traditionnellement pour le diagnostic d'une tolérance pathologique au glucose est contre-indiquée. Par expérience, ce test provoque une augmentation rapide de la glycémie et présente un risque de dumping précoce ou tardif associé à une hypoglycémie symptomatique dès 90 minutes d'utilisation. Il est préférable de demander à un-e spécialiste du diabète de former la patiente à mesurer sa propre glycémie capillaire. L'HbA1c devrait être mesurée aussi tôt que possible afin d'établir la présence d'un diabète préconceptionnel. La mesure de l'HbA1c ne convient cependant pas au diagnostic d'un diabète gestationnel.⁶

Le tableau ci-dessus sur la prise de poids pendant la grossesse présente des recommandations générales de l'Institute of Medicine (IOM). Il n'existe aucune étude sur

Formule sanguine
AST, ALT, gamma-GT
En cas d'hyperémèse gravidique: vitamine B1, chlorure, potassium
Vitamines B6, B12, holotranscobalamine
Folates érythrocytaires
Ferritine
(si possible, maintenir à un taux > 50 ng/ml avant la grossesse; substitution possible uniquement à partir du 2 ^e trimestre)
Vitamines A, D (25-OH), K
(Vitamine K: l'INR est une mesure plus avantageuse, elle est uniquement importante en cas de bypass gastrique distal ou de dérivation biliopancréatique)
Zinc, cuivre, sélénium
Albumine, le cas échéant préalbumine
Calcium corrigé
PTH
Glycémie capillaire à jeun dans le plasma (spécifique au diabète gestationnel)

Il est recommandé d'effectuer les analyses de laboratoire présentées ci-dessus à chaque trimestre de grossesse chez toutes les patientes en chirurgie bariatrique, même en l'absence de carences préexistantes.⁸

	Directives pour les grossesses après une chirurgie bariatrique (sans carence préexistante) Groupe spécialisé Bariatrie ASDD	Remarques/limites supérieures (LS)
Préparation multivitaminée	Vitamine prénatale ou préparation multivitaminée avec 200% du besoin quotidien	
Vitamine A	1,1 mg équivalent/j 1,2 mg dans la préparation multivitaminée	LS 3000 µg/j LS 10 000 UI/j
Calcium	1500–2000 mg/j	Meilleure absorption du citrate de calcium. Pas plus de 500 mg en une fois. Ne pas prendre en même temps que du fer (attendre 2 h). LS 2500 mg/j
Vitamine B12	300–500 µg/j en sublingual, spray, injection, comprimé ou 1000 µg i.m. / s.c. tous les 3 mois	
Vitamine B6	En préparation multivitaminée	LS 100 mg/j
B1	(Attention en cas de vomissements fréquents)	
Fer	Au moins 60 mg/j p.o., supplémentation complémentaire éventuelle	LS 45 mg/j
Folates	600 µg/j de préparation multivitaminée (+ 400 µg/j en complément à la préparation multivitaminée, mais max. 1000 µg/j, dès le désir d'enfant)	LS 1000 µg/j
Iode	200 µg/j	
Zinc	20–30 mg/j	LS 40 mg/j
Vitamine D3	2000–4000 UI/j	
Protéines	70 g/j ou 1,1–1,5 g/kg PC (poids normal)	
Acides gras DHA	200 mg/j	

Une vue d'ensemble des supplémentations recommandées en vitamines et en minéraux est également indiquée^{9, 5, 10, 11, 12, 13, 14, 15} Il convient de s'intéresser aux éléments mis en avant, car ils sont importants pour le développement de l'enfant.

les recommandations spécifiques après une chirurgie bariatrique. Les recommandations sur la prise de poids en cas de grossesse après une chirurgie bariatrique peuvent varier, c'est pourquoi une évaluation personnelle par le médecin chargé du suivi doit être prise en compte.^{3,7}

Remerciements:

Dr M. Hodel (président de l'Académie de médecine fœto-maternelle, AFMM), Dr B. Isenschmid (médecin-chef de Kompetenzzentrum für Essverhalten, Adipositas und Psyche, KEA), Dr S. Fischli (co-médecin-chef en endocrinologie / diabétologie LUKS), Dr R.S. Hauser, Dr M. Sykora (médecin-chef Adipositaszentrum Zentralschweiz, LUKS), Dr W. Decking, Dr A. Siegfried, Dr U. Bärtsch, Dr M. Potoczna.

Bibliographie voir page 25

VOM WELTRAUM INS KRANKENZIMMER: ASTRONAUTENKOST ALS GROSSER SCHRITT FÜR DIE MENSCHHEIT

Vor 50 Jahren betritt der erste Mensch den Mond. Den Weg ins Weltall fand die sogenannte „Astronautenkost“ zwar nicht, sie war aber ein Meilenstein in der Entwicklung der medizinischen Ernährung. Heute ist die medizinische Ernährungstherapie mit Trink- und Sondennahrung in der Wissenschaft fest verankert und ein unverzichtbarer Bestandteil bei der Behandlung krankheitsbedingter Mangelernährung, insbesondere in der Onkologie.

Als Pionier in der medizinischen Ernährung engagiert sich Nutricia darin, Menschen zu helfen, die wegen einer Krankheit nicht mehr ausreichend normal essen und trinken können und deshalb auf eine spezielle Ernährung angewiesen sind. Dieses Jahr feiert das Unternehmen sein 100-jähriges Bestehen.

Im Jahr 1919 als Pharmazeutische Werke Jacques Pfrimmer & Co gegründet, war das Traditionsunternehmen Vorreiter in der medizinischen Ernährung in Deutschland und hat seine Erfolgsgeschichte als Teil der niederländischen Nutricia fortgesetzt. Heute ist Nutricia die

medizinische Sparte von Danone und europäischer Marktführer in medizinischer Ernährung.

Mitte der 60er Jahre entwickelte das Unternehmen Pfrimmer zusammen mit der NASA eine spezielle Trinknahrung, die Allreisende auf langen Flügen und unter Extrembedingungen mit allen nötigen Nährstoffen versorgen und möglichst vollständig verstoffwechselt werden sollte.

Obwohl die Nahrung auf Basis freier Aminosäuren höchste ernährungsphysiologische Ansprüche erfüllte, wurde sie von den Raumfahrern wegen des unangenehmen Geschmacks abgelehnt. Und so verließ die damals entworfene Astronautenkost zwar nie die Erdatmosphäre, schuf aber die Grundlage für die moderne medizinische Trink- und Sondennahrung: 1969 wurde die bilanzierte Diät Vivasorb als erstes Präparat zur Verwendung in der enteralen Ernährung beispielsweise bei chronisch entzündlichen Darmerkrankungen eingesetzt.

Forschung als treibende Kraft für den Erfolg

In den Folgejahren entwickelte das Unternehmen Pfrimmer seine Produkte kontinuierlich weiter

und ging 1991 in die heutige Nutricia über. Bei allen Bemühungen und Entwicklungen von Nutricia steht das Wohl der Patienten im Mittelpunkt. So ist das Ziel intensiver Forschungsarbeit, die Produkte für die enterale Ernährung kontinuierlich weiterzuentwickeln und bestehende zu verbessern – für mehr Gesundheit und Lebensqualität der Patienten.

Im hochmodernen konzerneigenen internationalen Forschungszentrum im niederländischen Utrecht arbeiten mehr als 400 Mitarbeiter an der Entwicklung von innovativen Produkten für die enterale Ernährungstherapie. Die Forschungs- und Entwicklungsarbeit konzentriert sich dabei neben der Kinderheilkunde vor allem auf die Therapiefelder krankheitsbedingte Mangelernährung, Frailty/Gebrechlichkeit, Schlaganfall, Intensivmedizin, Alzheimer-Erkrankung im Frühstadium und Onkologie. Speziell für Patienten mit krankheitsbedingter Mangelernährung und die Supportivtherapie von Krebspatienten bietet Nutricia mit der medizinischen Trinknahrung Fortimel® ein hoch entwickeltes und besonders vielfältiges Produktprogramm.

Literatur: 1 IMS Europe. 2 Medizin und Ernährung (Jg. 11/1970), S. 5

DE L'ESPACE JUSQU'À LA CHAMBRE D'HÔPITAL : LA NOURRITURE POUR ASTRONAUTES EN TANT QUE GRAND PAS POUR L'HUMANITÉ

Il y a 50 ans, le premier homme a marché sur la lune. La dénommée « nourriture pour astronaute » n'a pas trouvé son chemin dans l'espace mais elle a été une étape importante dans le développement de l'alimentation médicale. Aujourd'hui, la nutrition médicale avec les alimentations buvables et administrées par sonde est solidement ancrée dans la science et elle constitue un élément indispensable dans le traitement d'une carence alimentaire liée à la maladie, en particulier en oncologie. En tant que pionnière de la nutrition médicale, Nutricia s'engage à aider les personnes qui, en raison d'une maladie, ne sont plus en mesure de manger et de boire normalement et qui ont donc besoin d'une alimentation spéciale. Cette année, l'entreprise célèbre son 100e anniversaire.

Fondée en 1919 sous le nom de Pharmaceutical Works Jacques Pfrimmer and Co, l'entreprise traditionnelle a été une pionnière de la nutrition médicale en Allemagne et elle a poursuivi son histoire à succès dans le cadre de la société néerlandaise Nutricia. Aujourd'hui, Nutricia est la division médicale de Danone et le leader européen de la nutrition médicale.

Au milieu des années 60, l'entreprise Pfrimmer, en collaboration avec la NASA, a développé une alimentation buvable spéciale qui devait fournir tous les nutriments nécessaires à tous les voyageurs de l'espace sur des longs vols et dans des conditions extrêmes et qui devait être métabolisée aussi complètement que possible.

Bien que l'alimentation à base d'acides aminés libres répondait aux exigences nutritionnelles les plus élevées, elle a été rejetée par les astronautes en raison de son goût désagréable. Ainsi, alors que la nourriture des astronautes conçue à l'époque n'a jamais quitté l'atmosphère terrestre, elle a établi les bases de l'alimentation médicale moderne buvable et administrée par sonde: en 1969, la diète équilibrée Vivasorb est devenue la première préparation pour une utilisation dans le contexte d'une alimentation entérale, par exemple, en cas de maladies inflammatoires chroniques de l'intestin.

La recherche comme force motrice du succès

Durant les années qui ont suivi, Pfrimmer a développé en permanence ses produits et, en 1991, elle est devenue la société Nutricia

d'aujourd'hui. Tous les efforts et les développements de Nutricia se concentrent sur le bien-être des patients. L'objectif de la recherche intensive est de développer continuellement des produits pour la nutrition entérale et d'optimiser ceux existants afin d'améliorer la santé et la qualité de vie des patients.

Au centre de recherche international ultra-moderne d'Utrecht aux Pays-Bas, plus de 400 employés et employés travaillent au développement de produits innovants pour le traitement alimentaire entéral. En plus de la pédiatrie, les travaux de recherche et de développement se concentrent principalement sur les domaines thérapeutiques que sont les carences alimentaires liées à la maladie, la fragilité/frailty, les accidents vasculaires cérébraux, les soins intensifs, la maladie d'Alzheimer à un stade précoce et l'oncologie. Avec l'alimentation médicale Fortimel®, Nutricia offre un programme de produits hautement développés et particulièrement diversifiés, en particulier pour les patients souffrant d'une carence alimentaire liée à la maladie et comme traitement de soutien pour ceux atteints d'un cancer.

Littérature: 1 IMS Europe. 2 Médecine et alimentation (Jg. 11/1970), P. 5

Direttive per le gravidanze post chirurgia bariatrica

C. Milone, MSc BSc [GSU] dietista ASDD, N. Greub, U. Hirsiger, C. Jordi, U. Schulz, M. Wessner, N. Killer, J. Schärli, N. Imbach, N. Seiler, F. Staub, BSc BFH dietiste e dietisti ASDD

Una gravidanza dopo un intervento bariatrico richiede particolare attenzione, perché un deficit di proteine e di determinate vitamine e minerali può avere gravi conseguenze negative sullo sviluppo del feto e sulla salute della futura madre.

In passato in Svizzera non c'erano raccomandazioni ufficiali per le donne incinte dopo un'operazione bariatrica. Nel 2018 il gruppo professionale Bariatria dell'ASDD si è occupato di questo tema e ha elaborato delle raccomandazioni in materia in collaborazione con ginecologi, chirurghi bariatrici, endocrinologi e altri medici specializzati nella cura dei pazienti bariatrici.

- L'obesità è spesso accompagnata da disturbi della fertilità e maggiori rischi legati alla gravidanza (ipertensione indotta dalla gravidanza, preeclampsia, diabete gestazionale, parti prematuri, aborti, macrosomia, elevato tasso di tagli cesarei). Con la perdita di peso, la fertilità aumenta e il tasso di complicazioni della gravidanza diminuisce.^{1,2,3,4}
- Nei primi 12–18 mesi dopo l'operazione le pazienti non dovrebbero restare incinte, dato che a causa della fase postoperatoria catabolica potrebbero esservi dei rischi per il nascituro.^{1,4}
- Dopo un'operazione bariatrica i contraccettivi orali non rappresentano più un metodo anticoncezionale sicuro: l'assimilazione della pillola non è più garantita a causa della diminuzione della superficie di riassorbimento a seguito dell'alterazione anatomica dell'intestino tenue. Vengono invece raccomandati la spirale o metodi contraccettivi meccanici.^{3,4,5}

	BMI prima della gravidanza	Aumento ponderale complessivo raccomandato in kg	Aumento ponderale settimanale raccomandato in kg
Sottopeso	< 18,5	12,5–18	0,5 dalla 12 ^a sett.
Normopeso	18,5–24,9	11,5–16	0,4 dalla 12 ^a sett.
Sovrappeso	25–29,9	7–11,5	0,3 dalla 12 ^a sett.
Obesità	≥ 30	5–9	0,2 dalla 12 ^a sett.
Gravidanza gemellare			
Sottopeso	nessun dato		
Normopeso	18,5–24,9	16,8–24,5	
Sovrappeso	25–29,9	14,1–22,7	
Obesità	≥ 30	11,4–19,1	

Aumento ponderale raccomandato in gravidanza secondo l'IOM, sulla base dell'indice di massa corporea (BMI; kg/m²)

- A causa dell'operazione bariatrica si raccomanda di trattare la gravidanza come una gravidanza a rischio. Ciò implica, oltre ai regolari controlli, anche il coinvolgimento di una dietista ASDD con esperienza nella presa a carico di pazienti bariatriche per monitorare il comportamento alimentare, rispettivamente analizzare l'assunzione di energia e controllare il peso. Inoltre si dovrebbe prestare attenzione ad un approvvigionamento in proteine e micronutrienti che copra i fabbisogni.¹
- Dopo un'operazione bariatrica il classico OGTT, effettuato per diagnosticare una tolleranza al glucosio patologica, è controindicato. Secondo l'esperienza, con questo test la glicemia sale molto rapidamente e c'è il rischio di un dumping precoce ma anche tardivo con ipoglicemia sintomatica già dopo 90 minuti. Di preferenza la paziente dovrebbe essere istruita da uno specialista in diabetologia ad effettuare automisurazioni capillari della glicemia. Per rilevare un eventuale diabete mellito già presente prima del concepimento, si dovrebbe determinare il prima possibile il tasso di HbA_{1c}. L'HbA_{1c} non è però adatta a diagnosticare un diabete gestazionale.⁶

La seguente tabella sull'aumento ponderale in gravidanza contiene raccomandazioni generali dell'Institute of Medicine (IOM). Non esistono studi su raccomandazioni specifiche post operazioni bariatriche. In caso di gravidanza dopo un intervento bariatrico le raccomandazioni relative all'au-

Ematogramma
AST, ALT, g-GT
In caso di iperemesi vit. B ₁ , cloruro, potassio
Vitamine B ₆ , B ₁₂ , olotranscobalamina
Folato negli eritrociti
Ferritina
(se possibile prima della gravidanza mantenerla > 50 ng/ml. La sostituzione è possibile solo a partire dal 2° trimestre)
Vitamine A, D (25-OH), K
Vitamina K: la misurazione del valore INR è il test più economico. È importante solo in caso di bypass gastrico distale o diversione biliopancreatica)
Zinco, rame, selenio
Albumina, ev. prealbumina
Calcio corretto
PTH
Glucosio plasmatico capillare a digiuno (specifico per il diabete gestazionale)

In assenza di carenze preesistenti, i seguenti esami di laboratorio sono raccomandati ogni trimestre per tutte le pazienti bariatriche.⁸

	Direttive per la gravidanza postbariatrica (senza carenze preesistenti) Gruppo professionale Bariatrica dell'ASDD	Osservazioni/Upper Limits (UL)
Preparato multivitaminico	Vitamine prenatali o preparato multivitaminico con il 200% del fabbisogno giornaliero	
Vitamina A	1,1 mg equivalenti/d 1,2 mg nel preparato multivitaminico	UL 3000 µg/d UL 10 000 UI/d
Calcio	1500–2000 mg/d	Il citrato di calcio viene riassorbito meglio. Non più di 500 mg per volta. Non contemporaneamente al ferro (aspettare 2 ore). UL 2500 mg/d
Vitamina B12	300–500 µg/d se sublinguale, spray, iniezione, compressa oppure 1000 µg i.m/s.c. ogni 3 mesi	
Vitamina B6	Nel preparato multivitaminico	UL 100 mg/d
B1	(Attenzione in caso di vomito frequente)	
Ferro	Almeno 60 mg/d p.o. ev. supplementare di più	UL 45 mg/d
Folato	600 µg/d dal preparato multivitaminico (+ 400 µg/d aggiuntivi, ma al massimo 1000 µg/d – già a partire dal momento in cui la paziente pianifica una gravidanza)	UL 1000 µg/d
Iodio	200 µg/d	
Zinco	20–30 mg/d	UL 40 mg/j
Vitamina D3	2000–4000 UI/d	
Proteine	70 g/d o 1,1–1,5 g/kg pc (normopeso)	
Acidi grassi DHA	200 mg/d	

Qui di seguito è illustrata una panoramica delle vitamine e dei minerali per cui è raccomandata una supplementazione.^{9, 5, 10, 11, 12, 13, 14, 15} Va prestata particolare attenzione ai contenuti evidenziati, poiché essi sono particolarmente importanti per lo sviluppo del bambino.

mento ponderale possono variare, ragion per cui va tenuto conto della valutazione individuale dei medici che seguono la paziente dopo l'intervento.^{3,7}

Ringraziamenti:

Dr. med. M. Hodel (presidente dell'accademia di medicina feto-materna, AFMM), Dr. med. B. Isenschmid (primario del centro di competenza per i disturbi alimentari, l'obesità e la psiche KEA dell'Ospedale di Zofingen), Dr. med. S. Fischli (co-primario di endocrinologia/diabetologia al LUKS), Dr. med. R.S. Hauser, Dr. med. M. Sykora (primario del centro per l'obesità della Svizzera centrale del LUKS), Dr. med. W. Decking, Dr. med. A. Siegfried, Dr. med. U. Bärtsch, Dr. med. M. Potoczna.

Bibliografia sulla pagina 25

Natürlich gesund dank OMEGA-life® – neu mit Schutz vor unangenehmem Aufstossen

Die Produkte von OMEGA-life® versorgen den Körper mit lebenswichtigen Omega-3-Fettsäuren und tragen zum Erhalt einer normalen Herz- und Gehirnfunktion bei. Neu findet sich im Sortiment das Produkt OMEGA-life® Protect 500, das zusätzlich vor unangenehmem Aufstossen schützt.

Der menschliche Körper wird jeden Tag aufs Neue gefordert. Gerade in der heutigen Zeit, wo der Druck und die Leistungserwartung im beruflichen, schulischen und privaten Alltag stetig steigen, ist ein gesunder und leistungsfähiger Körper unabdingbar. Doch während eines langen und anstrengenden Tags bleibt eine ausgewogene und nährstoffreiche Ernährung oftmals auf der Strecke. So erreichen laut Experten nur 20 % aller Menschen in den Industrienationen die erforderliche Menge an Omega-3-Fettsäuren.

Für die Vereinbarkeit von Alltag und gesunder Ernährung sind die Produkte von OMEGA-life® eine optimale Ergänzung. Sie versorgen den Körper mit den lebenswichtigen Omega-3-Fettsäuren, die zu den wichtigsten Fetten für unsere Gesundheit zählen und deren Wirkung vielfältig ist. So tragen sie nicht nur zu einer normalen Herzfunktion bei, sondern wirken sich auch positiv auf den Blutdruck, den Cholesterinspiegel, das Gehirn und die Sehkraft aus. Zudem tragen sie während der Schwangerschaft und Stillzeit zur Entwicklung der Augen und des Gehirns von Föten und Säuglingen bei.

NEU MIT SCHUTZ VOR UNANGENEHEM AUFSTOSSEN

Das Nahrungsergänzungsmittelsortiment von OMEGA-life® wird neu mit einer Protect-Variante erweitert. OMEGA-life® Protect 500 bietet neben den lebenswichtigen Omega-3-Fettsäuren EPA und DHA aus konzentriertem Fischöl, das nachhaltig und qualitativ hochwertig ist, einen zusätzlichen Schutz vor unangenehmem Aufstossen. Dies ist gemäss Ernährungsberater/innen die Hauptursache, dass Fischöl-Kapseln nicht weiter eingenommen werden. Dank eines neuen Coatings wird nun bewirkt, dass sich die Kapsel nicht im Magen, sondern erst im Darm auflöst und so ein unangenehmes Aufstossen verhindert.



Es wird empfohlen, täglich 1-3 Kapseln zu konsumieren. Die Einnahme kann unabhängig von den Mahlzeiten erfolgen.

Die Produkte sind in Apotheken und Drogerien erhältlich.

WEITERE PRODUKTE VON OMEGA-LIFE®

OMEGA-life® Classic 500 enthält nachhaltiges und qualitativ hochwertiges, konzentriertes Fischöl mit einem hohen Anteil an den essenziellen Omega-3-Fettsäuren EPA und DHA sowie Vitamin E.



OMEGA-life® Vegan enthält Algenöl mit einem hohen Anteil an den essenziellen Omega-3-Fettsäuren EPA und DHA. Die Kapselhülle besteht aus Maisstärke. Damit ist es das optimale Produkt für alle Vegetarier, Veganer und Personen, die eine Abneigung oder Allergie gegen Fisch und Erzeugnisse aus Fisch haben.



Mehr Informationen finden Sie unter www.omega-life.ch

ÜBER DIE DOETSCH GREETHER AG

Doetsch Grether AG ist ein traditionsreiches Schweizer Unternehmen mit rund 70 Mitarbeitenden. Es ist seit 1899 aktiv und zählt zu den 15 Schweizer Top-Unternehmen im Bereich Vermarktung und Vertrieb von Pharma-, OTC- und Consumer-Care-Produkten. Das Portfolio des Unternehmens besteht aus eigenen Marken, wie z. B. den bekannten Grether's Pastilles, sowie Distributionsmarken, die mit Unterstützung von Verkaufsteams in der ganzen Schweiz vermarktet werden.



Liebe Leserin, lieber Leser

Die NCD-Strategie ist eine der fünf Prioritäten der bundesrätlichen Strategie Gesundheit 2020. Sie stellt das Wohl und die Gesundheit des Menschen ins Zentrum ihres Wirkens. Um ihre Ziele zu erreichen, strebt die Strategie eine Wirkung in sieben Handlungsfeldern (HF) an. Eine verstärkte Prävention in der Gesundheitsversorgung und ein besseres Management chronischer Krankheiten sind Gegenstand des HF 2 «Prävention in der Gesundheitsversorgung» (PGV). Gesundheitsförderung Schweiz hat zusammen mit dem Bundesamt für Gesundheit (BAG) ein Grundlagentextdokument zur PGV sowie zum Konzept der Projektförderung erarbeitet. Dieses Jahr ist bereits die zweite Projektförderrunde von Gesundheitsförderung Schweiz lanciert worden, die nächste Förderrunde ist für 2020 geplant. Im PGV-Projekt «Stopp Sturz» – Sturzprävention in der Gesundheitsversorgung – ist auch der SVDE involviert. Ziel des Projekts ist es, medizinische und nicht-medizinische Fachpersonen zu befähigen, ältere Personen mit erhöhtem Sturzrisiko zu erkennen und sie einer qualitativ hochstehenden Abklärung und Behandlung bzw. angemessenen präventiven Massnahmen zuzuführen sowie die interprofessionelle Zusammenarbeit zu verbessern. Stürze und deren Folgen bei älteren Menschen sollen dadurch reduziert werden. Das Projekt wird in den vier Kantonen St.Gallen, Bern, Graubünden und Jura umgesetzt und ist breit abgestützt. Informationen zum Projekt finden Sie unter www.stoppsturz.ch. An den NutriDays 2020 ist ein Beitrag zur PGV und insbesondere zur Sturzprävention geplant.

Chère lectrice, cher lecteur

La stratégie MNT est l'une des cinq priorités de la stratégie Santé 2020 du Conseil fédéral. Elle place le bien-être et la santé au centre de son action. Pour atteindre les objectifs fixés, la stratégie compte obtenir un effet dans sept champs d'action. Une prévention renforcée dans le domaine des soins et une meilleure gestion des maladies chroniques sont au cœur du champ d'action n° 2, «Prévention dans le domaine des soins» (PDS). En collaboration avec l'OFSP, Promotion Santé Suisse a élaboré un document de base sur la prévention dans le domaine des soins ainsi qu'un concept de promotion de projets. Cette année, Promotion Santé Suisse a déjà lancé le deuxième cycle de soutien, et le cycle suivant est prévu pour 2020. L'ASDD est impliquée dans le projet «Parachute Prévention des chutes dans le domaine des soins». Ce projet vise à rendre capables les différent-e-s professionnel-le-s de la santé d'identifier les personnes âgées présentant un risque de chute accru ainsi que de les accompagner vers une évaluation de qualité et vers un traitement ou des mesures préventives adéquates. Son but est aussi d'améliorer la collaboration interprofessionnelle. De cette manière, les chutes des personnes âgées et leurs conséquences pourront être réduites. Le projet est mis en œuvre dans quatre cantons, St-Gall, Berne, les Grisons et le Jura, et bénéficie d'un large soutien. Vous trouverez des informations sur le projet ici: www.stoppsturz.ch. Lors des NutriDays 2020, il est prévu de proposer une intervention sur la PDS et plus particulièrement sur la prévention des chutes.

Cara lettrice, caro lettore

La Strategia MNT è una delle cinque priorità della strategia Sanità 2020 del Consiglio federale e pone il benessere e la salute delle persone al centro del suo operato. Per raggiungere gli obiettivi prefissati, la strategia agisce in sette aree di intervento (AI). Una maggiore prevenzione nell'ambito dell'assistenza sanitaria e una miglior presa a carico delle malattie croniche sono l'oggetto dell'AI 2 «Prevenzione nell'ambito delle cure» (PADC). Promozione Salute Svizzera ha elaborato in collaborazione con l'UFSP un documento che illustra i principi di base inerenti la PADC e il piano per la promozione di progetti PADC. Quest'anno Promozione Salute Svizzera ha già lanciato un secondo ciclo di sostegno a tali progetti; il prossimo ciclo è previsto per il 2020. Nel progetto PADC «StopCaduta» – Prevenzione delle cadute nell'ambito delle cure è coinvolta anche l'ASDD. Obiettivo del progetto è mettere gli specialisti in ambito sanitario e non nella condizione di riconoscere le persone anziane a rischio di caduta, affinché facciano i dovuti accertamenti, li trattino in maniera appropriata o adottino misure preventive adeguate, nonché migliorare la collaborazione interprofessionale. In tal modo si intendono ridurre i casi di caduta tra le persone anziane, e le relative conseguenze. Il progetto viene attuato nei Cantoni San Gallo, Berna, Grigioni e Giura e gode di ampio sostegno. Informazioni sul progetto sono disponibili al sito www.stoppsturz.ch. Nell'ambito dei NutriDays 2020 è previsto un intervento sul tema PADC e in particolare sulla prevenzione delle cadute.

Karin Scherrer hat sich Ende August vom SVDE verabschiedet, um sich einem nächsten Kapitel in ihrem Leben zu widmen. Mit grossem Engagement und einer stets freundlichen Art kümmerte sie sich knapp 10 Jahre darum, dass die Geschäftsstelle des SVDE rund lief. Wir danken Karin für ihren grossen Einsatz und wünschen ihr auf dem weiteren Weg viel Erfolg.

Anfang Oktober ist Andrea Biemann zu Stefanie Trösch und Karin Stuhlmann dazugestossen und komplettiert damit das Team der SVDE-Geschäftsstelle. Wir heissen Andrea herzlich willkommen und wünschen ihr einen tollen Start.

Im Januar 2020 werden es 10 volle Jahre sein, in denen der SVDE seine Geschäfte der Beratergruppe für Verbandsmanagement B'VM anvertraut. Wir danken für das Vertrauen und die gute Zusammenarbeit.

Début août, Karin Scherrer a pris congé de l'ASDD pour se consacrer à une nouvelle étape de sa vie. Avec beaucoup d'engagement et une bonne humeur constante, elle a veillé pendant près de 10 ans à ce que tout roule au sein du secrétariat de l'ASDD. Nous remercions Karin pour son énorme travail et lui souhaitons plein succès pour la suite de son parcours.

Début octobre, Andrea Biemann a rejoint Stefanie Trösch et Karin Stuhlmann, venant ainsi compléter l'équipe du secrétariat de l'ASDD. Nous souhaitons une cordiale bienvenue et un très bon début à Andrea.

En janvier 2020, cela fera exactement 10 ans que l'ASDD confie ses affaires à l'entreprise spécialisée dans le conseil et la gestion d'associations B'VM. Nous la remercions pour sa confiance et sa collaboration efficace.

A fine agosto Karin Scherrer si è congedata dall'ASDD per iniziare un nuovo capitolo della sua vita. Con grande impegno e modi sempre cordiali ha fatto sì, per quasi 10 anni, che al Segretariato generale dell'ASDD tutto funzionasse a dovere. Ringraziamo Karin per il suo grande lavoro e le auguriamo un futuro ricco di soddisfazioni.

A inizio ottobre Andrea Biemann ha raggiunto Stefanie Trösch e Karin Stuhlmann, completando così il team del Segretariato generale dell'ASDD. Diamo un cordiale benvenuto ad Andrea e le auguriamo un buon inizio.

A gennaio 2020 saranno 10 anni che l'ASDD affida il proprio segretariato all'azienda di consulenza Beratergruppe für Verbandsmanagement B'VM. Ringraziamo l'azienda per la fiducia e la buona collaborazione.

Die nächste GV findet am
28. März 2020 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

5. Februar 2020.

La prochaine AG aura lieu le
28 mars 2020 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

5 février 2020.



SVDE ASDD



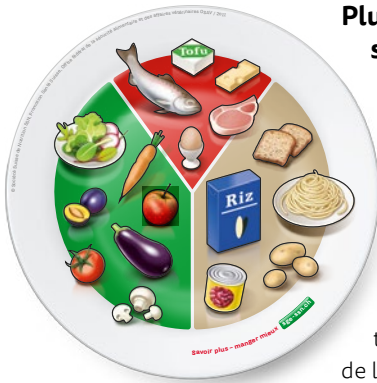
OUTIL DE CONSEIL: LES RECETTES DE L'ASSIETTE OPTIMALE

En collaboration avec la Société Suisse de Nutrition SSN, Proviande a enrichi les recettes très appréciées de l'assiette optimale – un outil de conseil pour les nutritionnistes – de six nouveaux menus équilibrés.

Le modèle d'assiette de la Société Suisse de Nutrition SSN montre comment concrétiser les recommandations de la pyramide alimentaire suisse lors des repas principaux. En plus d'une boisson, un repas complet comprend au moins un légume ou un fruit, un aliment farineux (p. ex. pommes de terre, produit céréalier ou légumineuses) et un aliment riche en protéines (viande, poisson, œufs, tofu ou produit laitier).

Plus de trente menus simples et équilibrés

Plus de trente menus simples, équilibrés et originaux, illustrant en images la mise en pratique de la pyramide alimentaire suisse, peuvent désormais être consultés. La palette est étendue et comporte à la fois des plats traditionnels, des menus issus de la cuisine «Nose to Tail», des recettes de special cuts et bien plus encore.



Les recettes sont disponibles gratuitement au format PDF sur viandesuisse.ch/assietteoptimale ou sge-ssn.ch/assiette

Les feuilles d'info comportent chacune la photo du menu avec la mention des valeurs nutritives par portion au recto et la recette correspondante au verso.

Les menus répondent aux critères suivants, pour une portion:

- 1 portion d'aliment protéique (p. ex. 100 à 120 g de viande/poisson ou 30 g de fromage à pâte dure, etc.)
- 1 portion d'aliment farineux (p. ex. 45 à 75 g de pâtes, riz, flocons, etc.)
- 1½ portion de légumes ou de fruits (180 g)
- Fournit entre 400 et 650 kcal (selon calcul avec PRODI 6.7)
- La taille des portions se fonde sur un besoin calorique moyen de 2000 kcal



Abschiedsfest für 40 Jahre Geschichte in der Ernährungsberatung

Manuela Deiss, BSc
Ernährungsberaterin SVDE
Leitung Ernährungsberatung,
Kantonsspital Aarau

Das Kantonsspital Aarau hat Grosses vor, um sich für die Zukunft zu rüsten: geplant ist im bestehenden Areal ein Neubau. Läuft alles nach Plan, kann dieser im Jahr 2024 in Betrieb genommen werden. Unter den ersten alten Gebäuden, die für das Baufeld geräumt werden müssen, befindet sich auch das Haus Nr. 16 – seit über 40 Jahren der Sitz der Ernährungsberatung. Bereits 1978 wurden hier ambulante Gruppen- und Einzelberatungen durchgeführt. Die Ernährungsberater/innen erlebten manche Hochs und Tiefs in diesem Gemäuer. Auf ihren Gängen zu den Stationen waren sie auch Wind und Wetter ausgesetzt! Dies wegen fehlender unterirdischer Verbindung, denn das Haus war ursprünglich das sogenannte Seuchenhaus und daher getrennt von den übrigen Spitalgebäuden.

Mit einem unvergesslichen Fest wurde das Haus Ende Juni 2019 verabschiedet – zusammen mit vielen ehemaligen Ernährungs- und Diabetesberaterinnen, die in den vergangenen 40 Jahren in diesen Wänden tätig waren.

Bis zum Einzug in den Neubau hat die Ernährungsberatung des Kantonsspitals Aarau nun die Räumlichkeiten im Haus Nr. 46, wo sich mittlerweile alle gut eingelebt haben.



Fête de départ après 40 ans de conseil diététique

Manuela Deiss, BSc
diététicienne ASDD
Directrice du conseil diététique,
Hôpital cantonal d'Aarau

L'Hôpital cantonal d'Aarau a de grands projets: afin d'être paré pour l'avenir, il prévoit d'ériger une nouvelle construction sur le site existant. Si tout se déroule comme prévu, le nouveau bâtiment sera mis en service en 2024. Le bâtiment 16, qui abrite le conseil diététique depuis plus de 40 ans, fait partie des locaux qui

devront être évacués les premiers dans la perspective des travaux. En 1978 déjà, des consultations ambulatoires de groupe et individuelles y étaient effectuées. Dans ces murs, les diététicien-ne-s ont vécu bien des hauts et des bas, et pour accéder aux différents services, ils et elles étaient exposé-e-s au vent et à la tempête! En effet, il n'y avait pas de liaison souterraine entre ce bâtiment et le reste de l'hôpital parce qu'au départ, c'est là qu'on mettait les patient-e-s en quarantaine. Ce bâtiment était donc clairement séparé des autres.

Fin juin 2019, une fête inoubliable a été organisée pour marquer le départ du bâtiment, à laquelle avaient été convié-e-s de nombreux/euses diététicien-ne-s ayant travaillé dans ces murs au cours des 40 dernières années.

En attendant de prendre possession de ses nouveaux locaux dans la construction future, le conseil diététique de l'Hôpital cantonal d'Aarau s'est installé dans le bâtiment 46, où il s'est déjà bien acclimaté.

Festa d'addio per 40 anni di storia del servizio di consulenza nutrizionale

Manuela Deiss, BSc
Dietista ASDD
Responsabile del servizio di consulenza nutrizionale, Ospedale Cantonale di Aarau

L'Ospedale Cantonale di Aarau ha grandi progetti per prepararsi al futuro: sull'attuale superficie è prevista la costruzione di un nuovo edificio che, se tutto va come previsto, entrerà in attività nel 2024. Tra i primi vecchi stabili che devono essere sgomberati per far spazio al nuovo cantiere vi è anche l'edificio 16, da più di quarant'anni sede del servizio di consulenza nutrizionale. Già nel 1978 vi venivano effettuate consulenze ambulatoriali di gruppo e individuali. Tra queste mura le dietiste e i dietisti hanno vissuto molti alti e bassi. Per recarsi in reparto dovevano poi affrontare anche le intemperie, dato che non c'era nessun collegamento sotterraneo. Infatti l'edificio originariamente era il cosiddetto lazzaretto e quindi era separato dal resto dell'ospedale.

A fine giugno 2019 abbiamo detto addio all'edificio 16 con un'indimenticabile festa, alla quale hanno partecipato molte ex-colleghe, dietiste e consulenti in diabetica, che negli ultimi 40 anni vi avevano lavorato.

In attesa di insediarsi definitivamente nel nuovo edificio, il servizio di consulenza nutrizionale dell'Ospedale Cantonale di Aarau ha trovato una nuova casa nei locali dell'edificio 46.



Sicher Kommunizieren einfach gemacht

Als ErnährungsberaterIn sind Sie gesetzlich verpflichtet, Patientendaten aktiv zu schützen. Dies gilt besonders im digitalen Raum. Mit HIN übermitteln Sie sensible Daten verschlüsselt. Ganz einfach – und dank dem HIN Diets Abo zum Vorzugspreis.

Wer eine E-Mail mit Daten eines Patienten unverschlüsselt versendet, kann sich strafbar machen. Schnell ist es passiert: Ein Arzt weist Ihnen eine Patientin zu. Da Rückfragen notwendig sind, schreiben Sie ihm eine E-Mail. Dabei referenzieren Sie auf Ihre Patientin und ihre Diagnose – und verstossen damit gegen mehrere Gesetze!

So weit muss es nicht kommen. Denn es gibt eine einfache Lösung für sichere Kommunikation. Mit einem HIN Anschluss versenden Gesundheitsfachpersonen Informationen verschlüsselt. Der Datenschutz ist gewährleistet, die gesetzlichen Vorgaben werden erfüllt.

Der HIN Anschluss kann noch mehr. Er ermöglicht Ihnen Zugang zu über 70 Anwendungen und kann künftig sogar für den Zugriff auf das elektronische Patientendossier (EPD) verwendet werden.

Diese Vorteile bietet Ihnen ein HIN Anschluss



Sichere Kommunikation mit datenschutzkonformen E-Mails



Sicherer Zugriff auf HIN geschützte Anwendungen



Sichere Zusammenarbeit im Mitgliederbereich, z.B. Dokumente geschützt ablegen

HIN ist im Schweizer Gesundheitswesen seit 1996 der Standard für sichere Kommunikation zwischen Ärzten, Pflegenden, Therapeuten und Versicherungen. Zusammen mit dem SVDE hat HIN das vergünstigte HIN Diets Abo entwickelt – exklusiv für Sie als Mitglied.

Jetzt anschliessen!

Weitere Informationen und Bestellung: www.hin.ch/diets

Interview mit I. Hürlimann-Grütter



«Ein sorgsamer Umgang mit den sensiblen Daten meiner PatientInnen ist für mich essentiell!»

HIN: Frau Hürlimann-Grütter, was bedeutet für Sie Sicherheit und Datenschutz?

Datenschutz ist für mich eine Verantwortung, die ich privat und vor allem beruflich einzuhalten habe, damit persönliche Daten sicher sind und nicht in unbefugte Hände geraten.

Weshalb haben Sie sich für das HIN Diets Abo entschieden?

Als freiberufliche Ernährungsberaterin habe ich einerseits eine rechtliche, und auch eine moralische Verpflichtung zum sicheren Umgang mit sensiblen Daten. Die Wahl einer Datenschutzlösung setzt Vertrauen in die entsprechende Firma voraus. Entscheidend war für mich die Seriosität von HIN und die Empfehlung des SVDE.

Was bedeutete für Sie die Umstellung?

Die Umstellung auf HIN war ganz einfach. Der Aufwand war klein, die Installation simpel. Meine Erfahrungen mit HIN sind wirklich sehr gut – ich habe einen Ansprechpartner in der Schweiz, der mir bei Fragen immer zur Seite steht. Neu habe ich sogar die Endpoint Lösung von HIN, damit auch meine Systeme von den Bedrohungen aus dem Internet geschützt sind.

Ingrid Hürlimann-Grütter ist Inhaberin der ernährungspsychologischen Praxis «unbeschwert» in Thun

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
28.10.19	Aarau	Kulinarische Innovationen – Essen am Ende des Lebens Careum Weiterbildung Aarau	2
28.10.19–14.11.19	Basel	Umwelt und Gesundheit Universitäten Basel, Bern und Zürich	6
29.10.19	Gümligen	Aktuelle Kostform im Heim und Spital – Fingerfood und Mangelernährung Forum Culinaire, HACO AG	2
29.10.19	Lausanne	Journée Lausannoise en Nutrition Clinique – Module III «Nutrition par stomie» Dre Anne Kouadio, Mme Muriel Lafaille – Nutrition clinique, EDM CHUV Lausanne	1
30.10.19–31.10.19	Zürich	Einführung in die angewandte Psychoneuroimmunologie – aPNI (2-tägig) NHK Institut für integrative Naturheilkunde	4
30.10.19–02.11.19	Stels	Grundkurs Lösungsorientiertes Beraten Max Schlorff	6
31.10.19	Zürich	Der Kühlschrank – mein bester Freund! IKP Zürich	2
31.10.19	Bern	Berner Symposium & GESKES-Zertifikatskurs – Onkologie: Ernährung im multimodalen Therapiekonzept – Nebensache oder doch mehr? Prof. Dr. med. Zeno Stanga, Frau Anna-Barbara Sterchi, UDEM – Inselspital Bern	4
31.10.19	Gümligen	Zusatzstoffe und Allergene – was Sie darüber wissen sollten Forum Culinaire, HACO AG	1
31.10.19	Bern	2nd Swiss Orthogeriatrics Day orthogeriatric research center bern	1
31.10.19	Genève	Formation parkinson – Importance d'un suivi interdisciplinaire dans le parcours patient HUG	2
01.11.19–02.11.19	Zürich	Provozieren – aber richtig! IKP Zürich	6
04.11.19	Basel	GESKES-Zertifikatskurs Modul III – Altersmedizin – Erkennung und Behandlung der Sarkopenie Dr. clin. nutr. Caroline Kiss, Basel	2
05.11.19	Luzern	4. Pädiatrisches Ernährungssymposium EFG Pädiatrie SVDE	2
06.11.19	Zürich	Laborwerte in der naturheilkundlichen Praxis NHK Institut für integrative Naturheilkunde	4
07.11.19	Gümligen	Proteine – wertvoller denn je! Forum Culinaire, HACO AG	2
08.11.19	Bern	Vertiefungskurs Fallbesprechungen bei Nahrungsmittelallergien und Nahrungsmittelintoleranzen aha! Allergiezentrum Schweiz	2
08.11.19	Zürich	Entwicklung des Essverhaltens: Food Choices – oder wie es dazu kommt, was du isst! (B3a) IKP Institut für Körperzentrierte Psychotherapie, Zürich	2
08.11.19–09.11.19	Zofingen	Systeme anstossen – systemisch lösungsorientierte Prozessbegleitung in der Ernährungsberatung/-therapie Spital Zofingen AG und exzellent GmbH Zürich	4
09.11.19	Zürich	Essverhalten im Alter (B3b) IKP Institut für Körperzentrierte Psychotherapie, Zürich	2
11.11.19	Neuchâtel	Workshop SSNS SSNS Chédel Séverine et Reber Simone	1
13.11.19	Gümligen	Workshop «Glutenfreier Genuss» Forum Culinaire, HACO AG	1
14.11.19	Yverdon-les-Bains	L'oncologie en 2019 – la nutrition dans le contexte interprofessionnel Fresenius Kabi (Schweiz) AG	2
14.11.19	Zürich	Gewaltfreie Kommunikation und ihre Anwendung in Beratung IKP Zürich	2
14.11.19	Bellinzona	14° Simposio Ticinese di Nutrizione Clinica «Nutrizione in oncologia» Dr. med. Massimo Quarenghi	1
14.11.19	Lausanne	18° Journée lausannoise de Nutrition Métabolisme en soins intensifs Prof. Mette M. Berger	1
14.11.19	Cully	Journée Mondiale du Diabète	1
14.11.19–15.11.19	Aarau	Diabetes mellitus – Auffrischung und Vertiefung des pflegerischen und medizinischen Fachwissens Careum Weiterbildung	4
14.11.19–16.11.19	Saarbrücken	JA-PED Gemeinsame Jahrestagung der AGPD e.V. und der DGKED e.V event lab. GmbH	6
15.11.19–16.11.19	Zürich	Ernährungspsychologie meets Bariatrie IKP Zürich	4
16.11.19	Zürich	8. Internationales Symposium Ess- und Gewichtsstörungen Gabriella Milos	2
19.11.19	Zürich	Individualisierte Ernährungstherapie: GenoTyping (Genetik und Nutrigenetik) NHK Institut für integrative Naturheilkunde	4
19.11.19	Bern	Interprofessionalität in der Primären Gesundheitsversorgung Plattform Interprofessionnalité	1
19.11.19	Lausanne	Edulcorants: entre intérêt et incertitudes, comment se positionner? Heds	2
20.11.19	Zürich	Gastrointestinale Symptome in der Onkologie Onkologiepflege Schweiz	2

KURSÜBERSICHT VUE D'ENSEMBLE DES COURS PANORAMICA DEI CORSI

Datum Date Data	Ort Lieu Luogo	Veranstaltung Manifestation Manifestazione	SVDE-Punkte Points ASDD Punti ASDD
20.11.19	Reigoldswil BL	Vakuum-Garen – Sous Vide – in der Care-Gastronomie: Praxiskurs Careum Weiterbildung	2
21.11.19	Lugano Paradiso	UPDATE SUL MICROBIOMA FEMMINILE Dalla gravidanza alle infezioni urogenitali, stato della ricerca e consigli pratici	1
23.11.19	München	Projektmanagement – ein Thema für mich als Ernährungsfachkraft? Neue Aufgaben mit guter Struktur angehen und meistern Ernährungsberatung Barbara Haidenberger	2
23.11.19	Bussigny-près-Lausanne	Module 4: Fonction du Cerveau Société Suisse de Micronutrition	2
26.11.19	Gümligen	Wenn der Mensch vergisst, was er is(s)t Forum Culinaire, HACO AG	2
26.11.19	Zürich	GESKES-Zertifikatskurs Modul III – «Klinische Ernährung bei kritisch Kranken: nicht nur Proteine, aber auch» Prof. Dr. med. Reto Stocker, Zürich	1
26.11.19	Sorengo	Microbiota Event_2019 (2.a edizione) Tanea Sagl – Lugano	1
28.11.19	Zürich	Die eigene und die fremde Grenze im beruflichen Alltag IKP Zürich	2
28.11.19	Zürich	Herausforderungen und Challenge in Institutionen für Menschen mit Beeinträchtigungen – Lebensqualität und Menschenrechte Fachgruppe Menschen mit Beeinträchtigung SVDE	1
28.11.19	Lausanne	Multimorbidité: qualité des soins et qualité de vie diabètevaud en collaboration avec les Réseaux santé Vaud et QualiCCare	1
28.11.19	Bussigny-près-Lausanne	LA VIE 5 ANS APRÈS LE DIAGNOSTIC DU CANCER: Un modèle d'accompagnement lors de la phase de rémission Phytolis	2
28.11.19–29.11.19	Mainz	26. Adventstreffen 2019 Nutricia GmbH	3
28.11.19–30.11.19	Zürich	Diabetes Update Refresher Forum für medizinische Fortbildung – FomF GmbH	6
29.11.19–30.11.19	Luzern	Humor und Provokation in Therapie und Beratung José Amrein	4
29.11.19–30.11.19	München	Osteoporose für Ernährungsfachkräfte Ernährungsberatung Barbara Haidenberger	4
05.12.19	Zürich	Frühe und unbewusste Bindungsverletzungen aufspüren IKP Zürich	2
05.12.19	Bussigny-près-Lausanne	PRENDRE EN CHARGE LES INFECTIONS FROIDES AVEC LA MICRONUTRITION Phytolis	2
10.12.19	Zürich	Individualisierte Ernährungstherapie: Mitochondriopathie und Autoimmunkrankheiten	2
13.12.19–14.12.19	Zürich	Hintergrund Nährstoffempfehlungen/Orthomolekulare Medizin (B4) IKP Institut für Körperzentrierte Psychotherapie, Zürich	4
14.12.19	Bussigny-près-Lausanne	Journée Thématique «consultation de la micronutrition et ses outils» Société Suisse de Micronutrition	2
16.12.19	Zürich	Ernährung in der Kinderheilkunde NHK Institut für integrative Naturheilkunde	6
17.12.19	Zürich	Individualisierte Ernährungstherapie: Erkrankungen durch Umweltbelastungen. Unsere Umwelt und damit auch unser Körper werden immer mehr mit Giftstoffen belastet. Die gesundheitlichen Folgen sind nicht abschätzbar und lassen sich kaum schlüssig beweisen. Einiges über Abklärungen und Ausleitungsmassnahmen wissen wir, das soll vermittelt werden. NHK Institut für integrative Naturheilkunde	2
14.01.20	Zürich	Individualisierte Ernährungstherapie: Säure-Basen-Haushalt nach Pischinger NHK Institut für integrative Naturheilkunde	2
21.01.20	Zürich	Individualisierte Ernährungstherapie: vom Kind bis zum alten Menschen (Anti-Aging) NHK Institut für integrative Naturheilkunde	4
22.01.20	Lugano Paradiso	UPDATE SUL MICROBIOMA INTESTINALE: Focus su nutrizione, celiachia e gluten sensitivity; stato della ricerca e consigli pratici	1
23.01.20	Lausanne	Voyage Créatif I: Méthode autour du comportement alimentaire Heds	2
30.01.20	Zürich	Ernährung – Nahrung – Genuss oder Sucht? (EFB1) IKP Institut für Körperzentrierte Psychotherapie, Zürich	2
06.02.20	Genève	Feeding the microbiota	1
08.02.20	Zürich	Der dauergestresste Mensch? Burnout-Konzept kritisch reflektiert (KFB1) IKP Institut für Körperzentrierte Psychotherapie, Zürich	2
13.02.20	Lausanne	Voyage Créatif II: L'accompagnement psychologique de l'obésité infantile «aspects théoriques et pratiques» Heds	2
27.02.20	Zürich	Neue Konzepte zur Behandlung von Binge-Eating-Disorder (EFB2) IKP Institut für Körperzentrierte Psychotherapie, Zürich	2
06.03.20–07.03.20	Luzern	Humor und Provokation in Therapie und Beratung José Amrein	4
07.03.20	Zürich	SSAAMP Jahreskongress SSAAMP	2
10.03.20	Zürich	Individualisierte Ernährungstherapie bei Stoffwechselkrankheiten NHK Institut für integrative Naturheilkunde	2
10.03.20	Zürich	Individualisierte Ernährungstherapie bei Störungen und Krankheiten vom Bewegungsapparat NHK Institut für integrative Naturheilkunde	2

DIE KRAFT, WIEDER AUF DIE BEINE ZU KOMMEN.

DE LA FORCE POUR SE REMETTRE SUR PIED.

REICH AN
PROTEIN
RICHE EN
PROTÉINES

CaHMB[#]

VITAMIN D
VITAMINE D

EINZIGARTIGE KOMBINATION VON INHALTSSTOFFEN
ASSOCIATION UNIQUE D'INGRÉDIENTS



DIE RICHTIGE ERNÄHRUNG FÜR DEN ERHALT DER MUSKELMASSE – VON BEGINN AN.

Der frühzeitige Einsatz von Ensure[®] Plus Advance hilft, die Muskelmasse¹ und -kraft zu erhalten.^{1,2} Sowohl die Trinkals auch die neue Sondennahrung bieten eine einzigartige Kombination von Inhaltsstoffen, die den Muskel schützen¹⁻⁴ und die Regeneration fördern.¹⁻⁴ Es ist klinisch erwiesen, dass Ensure[®] Plus Advance Trinknahrung die Mortalität um 50% reduziert.^{5†} **Ensure[®] Plus Advance. Kraft von innen.**

UNE BONNE ALIMENTATION PEUT PRÉSERVER LA MASSE MUSCULAIRE – DES LE PREMIER JOUR.

Administrer Ensure[®] Plus Advance de manière précoce permet de préserver les muscles¹ et leur force.^{1,2} L'alimentation par voie orale et par sonde offrent tout deux une association unique d'ingrédients qui préservent le muscle¹⁻⁴ et soutiennent la convalescence.¹⁻⁴ Il a été prouvé cliniquement que l'alimentation par voie orale Ensure[®] Plus Advance permet de réduire la mortalité de 50%.^{5†} **Ensure[®] Plus Advance. La force intérieure.**

[†] Die NOURISH-Studie untersuchte die Auswirkungen einer Trinknahrung mit hohem Proteingehalt und HMB (HP-HMB) vs. Placebo auf Rehospitalisierungen und die Mortalität bei mangelernährten, kardiopulmonalen Patienten ab 65 Jahren über bis zu 90 Tage nach Entlassung aus dem Spital. Zwar konnte in der Studie keine signifikante Wirkung auf den primären kombinierten Endpunkt, bestehend aus nicht-elektiver Rehospitalisierung oder Tod nach 90 Tagen, festgestellt werden, doch verminderte HP-HMB während des gesamten Beobachtungszeitraums nachweislich das Mortalitätsrisiko. Die klinischen Ergebnisse der NOURISH-Studie wurden mit einer HP-HMB Trinknahrung, welche zweimal täglich zusätzlich zur Standardversorgung verabreicht wurde, erzielt. Die Studienformulierung (20 g Protein, 1,5 g CaHMB und 350 kcal pro Portion zu 237 ml) unterscheidet sich von der Formulierung der Ensure Plus Advance Sondennahrung (40 g Protein, 1,5 g CaHMB, 750 kcal pro Portion zu 500 ml).

[†] L'étude NOURISH a analysé l'impact d'un supplément nutritionnel oral HP-HMB contre placebo sur le taux de réadmissions et de mortalité chez des patients cardiopulmonaires mal nourris âgés de 65 ans ou plus pendant 90 jours après la sortie de l'hôpital. Aucun effet significatif n'a été observé au cours de l'étude relatif au critère d'évaluation composite primaire d'une réadmission non élective ou d'un décès après 90 jours, mais le supplément HP-HMB a montré qu'il réduisait le risque de mortalité pendant toute la période d'observation. Les résultats cliniques démontrés dans l'étude NOURISH étaient basés sur l'administration deux fois par jour du supplément nutritionnel oral HP-HMB en plus des soins standards. La formule utilisée pendant l'étude (20 g protéines, 1,5 g CaHMB, et 350 kcal par portion de 237 ml) diffère de celle d'Ensure Plus Advance RTH (40 g protéines, 1,5 g CaHMB, et 750 kcal par portion de 500 ml).

[#] Calcium-β-Hydroxy-β-Methylbutyrat / calcium-β-hydroxy-β-méthylbutyrate

1. De Luis DA et al. *Nutr Hosp* 2015;32(1):202–207. 2. Ekinci O et al. *Nutr Clin Pract* 2016; DOI:10.1177/0884533616629628. 3. Cramer JT et al. *JAMDA* 2016;37:1044–1055. 4. Oliveira G et al. *Clin Nutr* 2016;35(5):1015–1022. 5. Deutz NEP et al. *Clin Nutr* 2016;35(1):18–26.

Abbott AG - Neuhofstrasse 23 - 6341 Baar
Tel: 041 768 43 33, Fax: 041 768 43 50
marketing.nutritional.ch@abbott.com - www.nutrition.abbott/ch



ENSURE[®] PLUS ADVANCE NEU SONDENNAHRUNG

Eine einzigartige Lösung als Trink- und Sondennahrung. Unterstützung zum Erhalt der Muskelmasse – von Beginn an.

NOUVEAU ALIMENTATION PAR SONDE

Une seule solution, pour alimentation orale et entérale. Une administration qui permet de préserver le muscle – dès le premier jour.



NEU
NOUVEAU

BECAUSE WE CARE. RESOURCE® ULTRA.

Die hochkonzentrierte Trinknahrung für maximale Akzeptanz und ein optimales Ernährungsmanagement.

Supplément nutritif oral hautement concentré, pour une observance maximale et une thérapie nutritionnelle optimale.

