



SVDE ASDD

Schweizerischer Verband
der Ernährungsberater/innen

Association suisse
des diététicien-ne-s

Associazione Svizzera
delle-dei Dietiste-i

SVDE ASDD

Info

Dezember | Décembre | Dicembre

6/2019



Lebererkrankungen
Les maladies hépatiques
Le malattie del fegato

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 LAMa, selon les directives de la SSNC

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



NutriDays

Kongress der Ernährung und Diätetik
Congrès de la nutrition et diététique

Schon reserviert?

NutriDays 2020

27. + 28. März 2020 in Bern

Die SVDE-Generalversammlung findet im

Rahmen der NutriDays am 28. März 2020 statt.

www.nutridays.ch

Déjà réservé?

NutriDays 2020

27 + 28 mars 2020 à Berne

L'assemblée générale de l'ASDD se tiendra

le 28 mars 2020 dans le cadre des NutriDays.

www.nutridays.ch

DEUTSCHSCHWEIZ

Editorial	2
Fachteil	4
Wort der Präsidentin	25
Verbandsinfo	26
Aktuelles	30
Fortbildung	34
Kursübersicht	35

SUISSE ROMANDE

Editorial	2
Rubrique professionnelle	10
Le mot de la présidente	25
Info de l'ASDD	26
Actualité	30
Formation continue	34
Vue d'ensemble des cours	35

SVIZZERA ITALIANA

Editoriale	2
Rubrica professionale	15
Parola della presidentessa	25
Info dell'ASDD	27
Attualità	30
Formazione continua	34
Panoramica dei corsi	35

Impressum

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

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

Redaktion / Rédaction / Redazione

SVDE ASDD, Stefanie Trösch,
Altenbergstrasse 29, Postfach 686, 3000 Bern 8,
redaction@svde-asdd.ch

Stellenanzeiger + Inserate / Service d'emploi + Annonces / Offerte d'impiego + Annunci

SVDE ASDD, Sekretariat, Altenbergstrasse 29, Postfach 686,
3000 Bern 8

Abonnement / Abonnement / Abbonamento

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

Auflage / Tirage / Tiratura: 1400

Themen / Sujets / Temi

- 5/2019 Ernährungstherapie bei Bariatrie
Thérapie nutritionnelle et chirurgie bariatrique
Terapia nutrizionale e chirurgia bariatrica
- 6/2019 Lebererkrankungen
Les maladies hépatiques
Le malattie del fegato
- 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:
1/20: 5. Februar, 5 février, 5 febbraio 2020

Tarifikomponenten / 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.

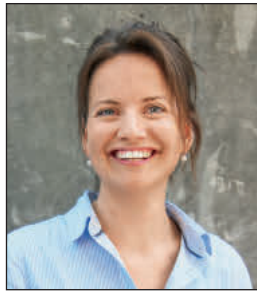
- ⊕ Neutraler Geschmack;
einfach in der Anwendung
- ⊕ Reguliert Ihre Darmflora,
indem es die guten
Bakterien nährt
- ⊕ 100% pflanzliche
Nahrungsfasern

Bestellen Sie ein
Gratismuster unter
optifibre.ch



OptiFibre

Finden Sie Ihr natürliches
Wohlbefinden wieder



Stéphanie Bieler

Mitglied der Redaktionskommission
Membre de la commission de rédaction
Membro della Commissione della redazione

Geschätzte Berufskolleginnen und -kollegen

Die Prävalenz für die nichtalkoholische Fettlebererkrankung (NAFLD) wird auf 15–30 % geschätzt. Sie ist damit die häufigste Lebererkrankung weltweit. Bei einigen Betroffenen entwickelt sich die Krankheit kaskadenartig weiter zu einer Steatohepatitis, einer Fibrose, einer Zirrhose. In manchen Fällen bis zum hepatozellulären Karzinom. Es gibt kein Medikament gegen die NAFLD, sodass der Ernährungstherapie ein grosser Stellenwert zukommt. Erst recht, da die Erkrankung bis auf Stufe Fibrose potenziell umkehrbar ist.

Diana Studerus und Sophie Stirnimann, Mitglieder der SVDE-Fachgruppe Gastroenterologie, beleuchten im Fachteil die NAFLD sowie die entsprechenden ernährungstherapeutischen Interventionen bis hin zur Stufe der Zirrhose, welche sich klinisch im fortgeschrittenen Stadium sehr vielseitig zeigen kann.

Ich bedanke mich im Namen der Redaktionskommission bei der SVDE-Fachgruppe Gastroenterologie und insbesondere bei Frau Studerus und Frau Stirnimann für diesen fundierten Artikel für unsere Verbandszeitschrift.

Allen Leserinnen und Lesern wünsche ich eine schöne Adventszeit und für das neue Jahr nur das Allerbeste.

Chère collègue, cher collègue

La prévalence de la maladie du «foie gras» non alcoolique (NAFLD) est estimée entre 15 % et 30 %. Cela fait d'elle la maladie du foie la plus répandue au monde. Chez certain-e-s patient-e-s, elle évolue vers une stéatohépatite, une fibrose ou une cirrhose, et peut même dégénérer en carcinome hépatocellulaire. Aucun médicament n'existe pour y remédier. La thérapie nutritionnelle peut donc intervenir de façon décisive; surtout à un stade précoce car la maladie est potentiellement irréversible une fois qu'une fibrose se déclare.

Dans la rubrique professionnelle, Diana Studerus et Sophie Stirnimann, membres du groupe spécialisé ASDD Gastroentérologie, mettent en lumière la NAFLD ainsi que les possibles interventions de la thérapie nutritionnelle jusqu'au stade de la cirrhose qui, à un stade clinique avancé, peut se manifester de multiples façons.

Au nom de la commission de rédaction, je tiens ici à remercier le groupe spécialisé Gastroentérologie et en particulier Mesdames Studerus et Stirnimann pour leur article très étayé dans notre revue.

Je vous souhaite, chère lectrice, cher lecteur, une très belle période de l'Avent et vous présente d'ores et déjà mes meilleurs vœux pour la nouvelle année!

Stimate colleghe, stimati colleghi

Con un'incidenza valutata al 15–30 %, la steatosi epatica non alcolica (NAFLD) è annoverata in tutto il mondo tra le patologie del fegato più frequenti. Nel caso di alcuni pazienti la malattia evolve in steatoepatite, fibrosi, cirrosi e talvolta degenera in carcinoma epatocellulare. Non esiste alcun farmaco contro la NAFLD – la terapia nutrizionale riveste quindi un'importanza cruciale, tanto più se consideriamo che la malattia, sino al suo sviluppo in fibrosi epatica, è potenzialmente reversibile.

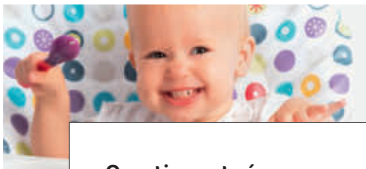
Nella parte specialistica, Diana Studerus e Sophie Stirnimann, membri del gruppo professionale gastroenterologia dell'ASDD, illustrano la NAFLD e i relativi interventi di terapia nutrizionale fino al suo sviluppo in cirrosi epatica – una patologia che in uno stadio avanzato può manifestarsi in molteplici forme dal punto di vista clinico.

Colgo l'occasione per ringraziare a nome della Commissione di redazione il gruppo professionale gastroenterologia dell'ASDD, in particolare la signora Studerus e la signora Stirnimann per avere redatto per la rivista della nostra associazione un articolo così ampiamente documentato.

A tutti i lettori auguro un sereno Avvento e tutto il meglio per il nuovo anno.

Êtes-vous en quête de documentation? Profitez de notre offre gratuite!

Allergie aux protéines du lait chez le jeune enfant



En cas d'allergie, les parents très formés souffrent, comme cas du lait, il s'agit de l'« lactalbumine et... »

L'allergie aux protéines exclusivement les... En effet, les protéines protéines de source nourrisson entre en fait considérer ces p il déclenche un poids allergique. Les sympt et éliminatoire, c encore de la peau, il difficultés respirato

Que Faire?
Si le médecin diagn les produits laitiers. La loi sur les denrées ingrédients potenti clairement mention copie des indicat « peut contenir ».



Alimentation avec une teneur moyenne en glucides Repas léger



Bircher pomme-framboise
Pour 1 personne
Préparation: env. 20 min

Ingédients
• 30g de flocons d'avoine
• 50g de pomme râpée
• 100g de framboises
• 1 cu de jus de citron
• 30g de noix concassées
• cannelle

Préparation
1. Verser env. 0,5 dl d'eau bouillante sur les flocons d'avoine et laisser gonfler quelques instants.
2. Incorporer la pomme, les framboises, le jus de citron et le yaourt.
3. Garnir de noix et de cannelle.

Valeurs nutritionnelles par portion:
énergie 312 kcal, protéines 18g, lipides 28g, glucides 47g

que et pourquoi?
Pour les personnes en bonne santé, ayant un stomac et qui se déplacent peu, ainsi que les personnes en bonne santé, en surpoids, il convient d'opter pour un régime à base de céréales pendant 30 à 45 minutes. C'est donc un bilan énergétique équilibré.

position type
env. 300g de légumes, salade, champignons
50g de fruits pauvres en sucre
250g de produits laitiers ou 70-80g de...



Questions et réponses sur l'intolérance au lactose



Faut-il renoncer aux produits laitiers?
Non, il ne faudrait pas renoncer aux produits laitiers. Le fromage à pâte molle, mi-dur, dur ou extra-dur ne contient plus de lactose, le beurre et la crème seulement en petites quantités; ces produits sont donc bien tolérés. Les produits à base de lait acidulé comme le yogourt et le kéfir ne causent souvent pas de manifestations d'intolérance, car ils contiennent des bactéries lactiques qui facilitent la digestion. Tous les autres produits laitiers (p. ex. le séché, le fromage frais, le lait) doivent être testés ou remplacés par une variante sans lactose.

La raclette est-elle aussi du lactose?
Non. Les fromages de Fromage contiennent plus être res

Existe-t-il de la lactose?
Oui. Les fromages, légumes, pommes de rtes, la viande, pas de lactose allment les trèr ajout

Les produits laitiers sont-ils vraiment nécessaires?
Oui, le lait et les produits laitiers font partie d'une alimentation équilibrée et devraient être consommés au quotidien. La quantité recommandée est de trois portions par jour, qui peuvent être par exemple un verre de l'eau de cr

un verre de l'eau de cr


La raclette est-elle aussi du lactose?

Existe-t-il de la lactose?

Les produits laitiers sont-ils vraiment nécessaires?



Alimentation avec une faible teneur en glucides Repas principal



Salade de quinoa aux légumes et séché aux fines herbes
Pour 1 personne
Préparation: env. 30 min

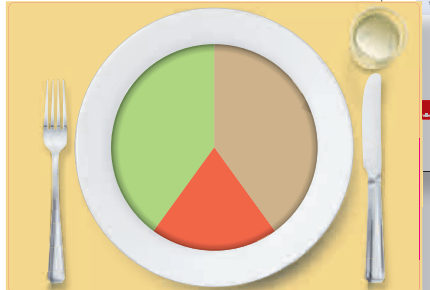

Ingédients
• 1 dl d'eau avec un peu de bouillon de légumes en pâte
• 100g de brocoli sans tige
• 30g de quinoa tricolore (roux)
• 100g de potiron vert coupé en dés
Sel, poivre
• 1 cu de vinaigre
• 1 cu d'huile de colza
• sel, poivre, paprika, curry
Sésame aux fines herbes
• 250g de séché mi-gras
• sel et poivre

Préparation
1. Salade: porter l'eau à ébullition avec la pâte de bouillon de légumes. Ajouter le brocoli et le quinoa et cuire 15-20 min à couvert. Laisser légèrement refroidir et ajouter le potiron.

Pour qui et pourquoi?
• Idéal pour perdre du poids et soulager son métabolisme.
• Objectif: réduire la valeur énergétique de son alimentation.

Composition type
• Environ 200g de légumes, salade, champignons ou 100-125g de fruits pauvres en sucre
• 150-250g de produits laitiers ou 50-70g de fromage ou 150g de viande ou de poisson ou 2 œufs
• 20-30g de flocons d'avoine ou une fine tranche de pain complet ou 150g de pommes de terre ou 30-40g d'accompagnement féculé
• 10-20g de fruits à croquer ou de beurre ou 1,2 cu dehuile



Une alimentation saine et naturelle



La pyramide alimentaire
Recommandations quotidiennes

Produits laitiers, produits de fromagerie, viande
2 portions

Céréales, légumes
3 portions

Fruits
3 portions

Beurre
1 portion

swissmilk

Dans la recherche et le conseil nutritionnel, le lait est un thème récurrent.

Nous vous proposons des supports de consultation axés sur la pratique, relatifs par exemple à l'alimentation sur mesure, à la pyramide alimentaire, aux thèmes de l'intolérance au lactose, de la santé des os, ou encore de l'alimentation de la mère et de l'enfant.

Nous vous informons régulièrement des principales avancées scientifiques et répondons à vos questions sur le lait et les produits laitiers.

Nous vous encourageons ...

- ... à vous abonner à la newsletter spécialisée qui paraît 6 fois par an;
- ... à faire usage de notre centre de ressources, disponible en ligne.

N'hésitez pas à consulter notre site Internet swissmilk.ch/nutrition

Producteurs Suisses de Lait PSL
Swissmilk
Nutrition & Cuisine
Weststrasse 10
3000 Berne 6



Ernährungstherapie bei Lebererkrankungen



Diana Studerus
BSc BFH Ernährungs-
beraterin SVDE,
Mitglied SVDE-Fachgruppe
Gastroenterologie



Sophie Stirnimann,
BSc BFH Ernährungs-
beraterin SVDE,
Mitglied SVDE-Fachgruppe
Gastroenterologie

Die nicht-alkoholische Fettlebererkrankung (NAFLD; non-alcoholic fatty liver disease) ist die häufigste Lebererkrankung weltweit. Aus ihr kann sich bei ca. 10–15 % der Betroffenen eine Steatohepatitis (NASH) entwickeln, die wiederum in eine Fibrose, später Zirrhose (Liver Cirrhosis; LC) und schliesslich in Leberversagen oder ein hepatozelluläres Karzinom (HCC) münden kann (Abb 1).

Da zur Behandlung der NAFLD keine medikamentöse Therapie zur Verfügung steht, kommt der Ernährungsanpassung eine zentrale Bedeutung zu. Zum einem mit dem Ziel, eine Progression hin zum Leberversagen zu verhindern und gleichzeitig auch, um das Risiko für kardiovaskuläre Begleiterkrankungen zu minimieren, für welche die NAFLD als unabhängiger Risikofaktor gilt [1].

In einem zweiten Teil beleuchtet der Artikel auch die Ernährungstherapie im fortgeschrittenen Verlauf von Hepatopathologien exemplarisch am Beispiel der LC.

Grunderkrankung NAFLD

Das Manifestationsspektrum der NAFLD reicht von der einfachen Leberverfettung (Steatosis hepatis) über die NASH bis hin zur LC. Wesentlich für die Abgrenzung gegenüber der alkoholischen Fettlebererkrankung (AFLD) ist, dass bei Ersteren anamnestisch ein Alkoholkonsum von weniger als 20 g bei Frauen oder weniger als 30 g bei Männern vorliegt und die sekundären Ursachen für NAFLD abgegrenzt werden können (Abb 2).

Epidemiologie

Für Europa wird eine Prävalenz von 30 % postuliert [4].

Pathophysiologie

Als multifaktorielle Erkrankung auf Basis einer genetischen Disposition (v. a. PNPLA3 Polymorphismus) entsteht die primäre Fettleber grundlegend aus einem Ungleichgewicht zwischen der Einspeisung von Lipiden (aus der Lypolyse aus Adipozyten, zugeführtem Nahrungsfett und der De-novo-Lipogenese (DNL)) und dem Verbrauch resp. der Abgabe aus der Leber. Die im Übermass vorhandenen Fettsäuren kumulieren sich als ektope Fetteinlagerung in der Leber.

Als Basis für diese metabolischen Veränderungen wird ein dysfunktionales Fettgewebe angenommen. So führen unterschiedliche Mechanismen dazu, dass sich bei maximaler Expansion Adipozyten entzünden, umbauen und schliesslich auf Grund des Funktionsverlusts eine Lypolyse eintritt, die zum sogenannten Überlaufen von Lipiden (Lipid Overflow) führt, welche sich im Bauchraum und verschiedenen Organen – an erster Stelle der Leber – einlagern.

Diese Fetteinlagerung bewirkt eine Inflammation in den Hepatozyten, was weiter eine Insulinresistenz (IR) zur Folge hat, die sich als Leberfunktionsstörung manifestiert: Die Veränderung des Glucose-

und Fettstoffwechsels (DNL und β -Oxidation) führt zur Entstehung toxischer Lipide und oxidativem Stress, welche Hepatozyten schädigen, zur Inflammation und via Apoptose zur Fibrogenese führen. Obwohl die pathophysiologischen Vorgänge gut verstanden sind, scheint die Progression von der NAFLD hin zur NASH und Fibrose von mehreren «Hits» abhängig zu sein, unter anderem auch einer Dysbiose [1].

Welche Rolle spielt die Ernährung in der Pathogenese?

Wichtig scheint an dieser Stelle zu betonen, dass nach der Lypolyse aus Adipozyten der zweitgrösste Lipideintrag in die Leber aus der DNL aus Kohlenhydraten stammt (26 %) und lediglich 15 % aus dem peroral zugeführten Nahrungsfett. Diese, eigentlich physiologische, Reaktion auf Kohlenhydrate (je höher die KH-Zufuhr, desto mehr Insulin, desto mehr DNL) ist bei auch insulinsensitiven Personen zu beobachten, fällt aber bei vorhandener IR um ein Vielfaches höher aus, selbst wenn die Energiezufuhr eukalorisch und in den empfohlenen Makronährstoffrelationen stattfindet. Sofern eine kohlenhydratbetonte und hyperkalorische Ernährung vorliegt, scheint der Fruktosemenge eine besondere Bedeutung in der Stimulation der DNL zuzukommen, wobei dies noch immer kontrovers diskutiert wird.

Unterscheidung zwischen der primären und der sekundären NAFLD

Primäre NAFLD	Sekundäre NAFLD
Übergewicht (BMI > 25 kg/m ²)	Ernährungszustand: Protein-Energie-Mangelernährung, rascher Gewichtsverlust (bspw. nach bariatrischer OP)
Glukoseintoleranz/Insulinresistenz/Diabetes mellitus Typ 2	Medikamente: Glucocortikoide, syn. Östrogene, Aspirin, Amiodaron, Tamoxifen, Tetracykline, Methotrexat, Valproinsäure, Kokain
Hyperlipoproteinämie und/oder Hypertriglyceridämie	Metabolisch: Lypodystrophie, akute Schwangerschaftsfettleber
Alkoholkonsum <20 g/d (f) bzw. <30 g/d (m)	Andere: CED, bakterielle Fehlbesiedelung des Dünndarms, Zöliakie, HIV/AIDS

Abbildung 2: Unterschiede zwischen der primären und der sekundären NAFLD [2, 3]

Unabhängig von der Energiezufuhr wird auch der Fettqualität eine Beteiligung an der Entstehung der NAFLD zugesprochen; eine hohe Aufnahme von Ölsäure und DHA/EPA ist mit einem verminderten Risiko assoziiert, der Einfluss von gesättigten Fettsäuren weiterhin umstritten. Auch eine unzureichende Mikronährstoffzufuhr wird ursächlich mit der Entstehung der Steatose diskutiert, schliesslich muss auch die muskuläre Inaktivität als einer der wichtigsten Risikofaktoren für die Leberverfettung genannt werden. Die NAFLD kann deshalb zu Recht als hepatische Manifestation des metabolischen Syndroms verstanden werden [5].

DIAGNOSTIK

Bei den allermeisten Patienten zeigen sich keine Symptome, oftmals wird aber Müdigkeit beschrieben, selten auch ein Oberbauchdruckgefühl rechts. In der Serologie finden sich nebst den erhöhten Lebertransaminasen oft auch erhöhte Ferritinwerte.

Die Leberbiopsie ist nach wie vor der diagnostische Goldstandard für die NAFLD, da sie nebst der Differenzierung von NAFLD/NASH auch eine Aktivitätsbestimmung zulässt [2].

Komplikationen & Prognose

Als wichtigste Komplikation ist die Progression der NAFLD zur LC wie eingangs beschrieben zu nennen [2].

Therapie

Wie eingangs erwähnt steht bislang keine medikamentöse Strategie zur Behandlung der NAFLD zur Verfügung, weshalb der Ernährungstherapie ein besonderer Stellenwert zukommt. Eine gute Übersicht zu sämtlichen ernährungstherapeutischen Interventionen bieten die kürzlich erschienenen ESPEN Guidelines [6]. Dieser Artikel behält sich vor, schwerpunktmässig nur die NAFLD und später folgend die LC zu besprechen.

Ernährungstherapeutische Ziele

Die wichtigsten ernährungstherapeutischen Ziele bei Patienten mit NAFLD lassen sich anhand des pathophysiologischen Geschehens ableiten:

- Senkung der Energiezufuhr, um eine Reduktion der Körperfettmasse zu erreichen, was sich prinzipiell mit jeder Art einer hypokalorischen Diät erreichen lässt [6].
- Steigerung der körperlichen Aktivität, um die IR positiv zu beeinflussen [6].

Ernährungstherapeutische Hintergründe

Gewichtsverlust

Die ESPEN Guidelines beschreiben als Ziel einen Gewichtsverlust von 7–10 % des Ausgangsgewichtes, um eine Verbesserung der Steatose zu bewirken, sowie einen Ge-

wichtsverlust von >10 %, um die Fibrosierung des Lebergewebes positiv zu beeinflussen [6].

Körperliche Aktivität

Bei normalgewichtigen Personen stellt der Gewichtsverlust kein primäres Ziel dar. Hier soll stattdessen der Fokus auf der Optimierung der körperlichen Aktivität zur Verbesserung der IR liegen [6]. Mit der Verbesserung der Insulinsensitivität nimmt die Substratzufuhr zur Leber ab, die intrahepatische Bindung von Lipiden sinkt und ebenso die Bildung von proinflammatorischen Zytokinen. Die Empfehlungen dazu belaufen sich auf 200 Minuten Bewegung pro Woche und gelten gleichermaßen auch für übergewichtige und adipöse Patienten [2]. Dies mit dem Hintergrund, den bei einem Gewichtsverlust unweigerlich eintretenden Verlust der Lean Body Mass zu verhindern.

Makronährstoffrelationen

ESPEN empfiehlt wie bereits erwähnt eine hypokalorische Diät entsprechend aktuellen Guidelines zu Adipositas-therapie, egal mit welchen Makronährstoffrelationen. In den Empfehlungen gehen sie genauer auf Low-Carb-Diäten und die mediterrane Ernährung ein, machen dazu aber keine konkrete Empfehlung. So kann als grobe Richtschnur eine Reduktion von 500 kcal/d angestrebt werden, orientiert an den sich aus der Ernährungsanamnese ergebenden Schwerpunkten.

Wichtig scheint hier aber, dass andere Autoren zu dieser Frage klar Low-Carb-Diäten mit 40–55 Energie-% empfehlen, um die DNL in der Leber möglichst gering zu halten. Die Reduktion der Kohlenhydratmenge soll vor allem durch die Restriktion von Mono- und Disacchariden erreicht werden, sowie durch die Reduktion von raffinierten Stärkeprodukten [5].

Ein Blick in die Literatur zeigt, dass kohlenhydratreduzierte Ernährungsformen in den ersten Monaten einen rascheren Fettabbau der Leber bewirken als kohlenhydratbetonte, fettarme Diäten [7]. Längerfristig ist nach 3 Monaten mittels Low-Carb-Diät eine signifikant bessere hepatische Insulinsensitivität nachzuweisen als unter Low-

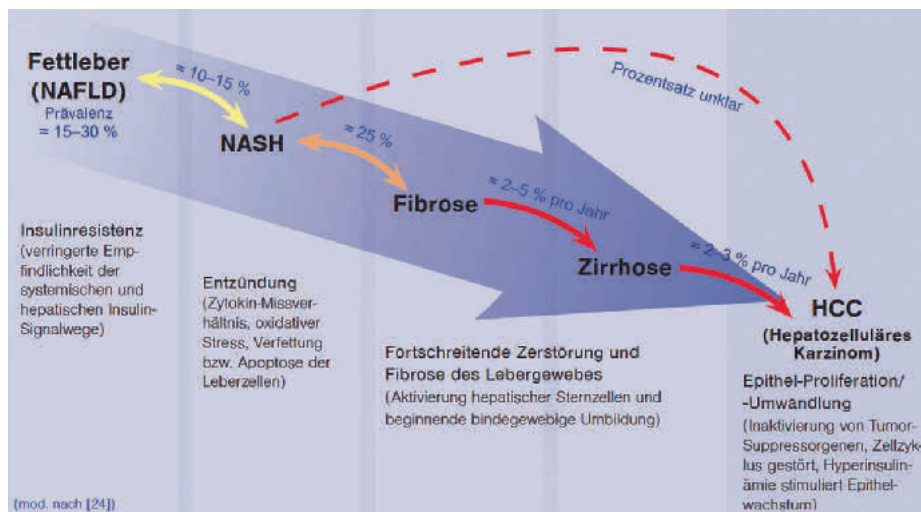


Abbildung 1: Progression der NAFLD [2]

Fat-Diäten [8]. Schliesslich zeigen auch drei kleinere Arbeiten, dass kohlenhydratbegrenzte Diäten, angereichert mit einfach ungesättigten Fettsäuren und ausreichender Proteinzufuhr, den Leberfettgehalt auch ohne Kalorienreduktion zu senken vermögen. Dieser Aspekt kann vor allem auch bei normalgewichtigen Patienten ein sinnvolles Therapieziel darstellen [2, 5].

Da in den ESPEN Guidelines nicht weiter auf die Makronährstoffzufuhr eingegangen wird, soll sich die Protein- und Fettzufuhr entsprechend den DACH-Richtlinien gestalten:

- Protein: 0,8–1 g/kg KG
- Fett: 30 Energie-% mit Betonung auf Ölsäurezufuhr [5]

Andere Nährstoffe

Alkohol

Zum Alkoholkonsum und NAFLD besteht ein systematisches Review, welches zum Schluss kommt, dass sobald eine Lebererkrankung besteht, die Alkoholkarenz empfohlen werden soll, aufgrund eines erhöhten relativen Mortalitätsrisikos. Mit dieser Empfehlung positionieren sich auch die ESPEN Guidelines. Ähnlich wie bei der Kohlenhydratmenge gibt es auch hier eine kontroverse Diskussion, welche auf unterschiedlichen Endpunkten basiert. So zeigten Interventionsstudien einen potenziellen Benefit von moderatem Alkoholkonsum bei NAFLD, der auf die verbesserte Insulinsensitivität zurückgeführt wird. Als praxistaugliche Empfehlung können in der Ernährungstherapie darum auch die Richtlinien für einen risikoarmen Alkoholkonsum besprochen werden. (s. Abb.) Diese postulieren geschlechterübergreifend pro Woche nicht mehr als 100 g Alkohol, was 5 Gläsern Wein entspricht [9].

Alkoholisches Getränk	Glas	Alkohol	Gläser pro Woche
Bier	330 ml	5 %	7,5
Wein	200 ml	12 %	5,0
Gin Tonic (mit 5 cl)	200 ml	38 %	6,5
Wodka Energy (mit 4 cl)	140 ml	38 %	8,0
Sekt	100 ml	11 %	11,0
Shot Tequila	40 ml	38 %	8,0

Abbildung 3: Übersicht über den risikoarmen Alkoholkonsum nach Wood [9]

Koffein/Kaffeensäure

Der Konsum von 3 Tassen Filterkaffee pro Tag (300 mg Koffein) wird als protektiver Faktor für die Progression zu NASH und Fibroseentstehung gesehen und scheint basierend auf Kohortenstudien ebenso das Risiko für die Entstehung von NAFLD zu senken [2, 5].

Vitamin E

Die ESPEN Guidelines empfehlen bei bestätigter NASH 800 IU Tocopherole/d, was als Antioxidanz eine Verbesserung der Leberenzyme, Steatose und Inflammation zeigt, jedoch keinen Effekt auf die Fibrose zu haben scheint. Es soll aber nicht unerwähnt sein, dass innerhalb der Studien zu Vitamin E und NAFLD grosse Heterogenität besteht und vor allem in Metaanalysen ein erhöhtes Mortalitätsrisiko zu sehen ist [6].

Antioxidantien

Ebenso kann gemäss ESPEN keine Empfehlung für die generelle Supplementation von mehrfach ungesättigten Fettsäuren, Antioxidantien wie Vitamin C, Resveratrol, Anthocyanen und ähnlichen Substanzen gemacht werden [6].

Dysbiose

Dass verschiedene v. a. unbehandelte Darm-erkrankungen (s. Abb. 2) mit der NAFLD in Verbindung stehen, ist seit längerem bekannt. Zahlreiche neuere Arbeiten konnten nachweisen, dass das Mikrobiom in einem engen Zusammenhang mit der Progression von Fettlebererkrankungen steht. Veränderungen in der Quantität und Qualität der Darmbakterien, allgemein als Dysbiose bezeichnet, bedingen veränderte Metabolisierung von Nahrungsmitteln, erhöhte Permeabilität der Darmbarriere («leaky gut») und konsekutive Entzündungsprozesse in der Leber. Dies begünstigt sowohl das Fortschreiten von Adipositas und metaboli-

schen Störungen als auch der NAFLD selbst. Hierzu werden verschiedene Therapien (Pro-, Prä- und Synbiotika, sowie die Stuhltransplantation) diskutiert [10], die aber hier nicht weiter besprochen werden können.

Assessment

Das Assessment orientiert sich am NCP und sollte schwerpunktmässig auf Gewicht, Gewichtsverlauf (cave: rascher und/oder ungewollter Gewichtsverlust), Blutzuckerlauf, HbA1c und Bewegungsgewohnheiten fokussieren.

Mit der Ernährungsanamnese kann die Kohlenhydratmenge und -qualität, die Fettqualität wie auch die Alkoholzufuhr eingeschätzt werden. Eine Einschätzung zur bedarfsgerechten Protein- und Mikronährstoffzufuhr ist u.U. sinnvoll (cave: qualitative Mangelernährung).

Monitoring

Das Monitoring orientiert sich an den gewählten ernährungstherapeutischen Interventionen und dem Ziel. Wir empfehlen, Gewicht, Blutzucker, HbA1c sowie die Leberwerte als objektive Verlaufsparemeter zu wählen.

Grunderkrankung der Leberzirrhose

Die Leberzirrhose präsentiert sich als Endstadium chronischer entzündlicher Lebererkrankungen. Als häufigste Ätiologie liegen die nichtalkoholische Fettleber (NASH/NAFLD), alkoholbedingte Fettleber (ASH) oder Hepatitiden (B, C, D und E bei immunsupprimierten Patienten) vor [11, 12, 13, 16]. Die charakteristische Klinik präsentiert sich in der Regel erst bei Fortschreiten der Erkrankung [14].

Der Schweregrad der Zirrhose wird anhand der Child-Pugh-Kriterien bzw. des MELD Score beurteilt [13].

Epidemiologie

In der westlichen Welt erkranken durchschnittlich 250 von 10 000 Personen an einer Leberzirrhose, wobei Männer doppelt so häufig betroffen sind wie Frauen [13].

Klinik/Komplikationen

Die Klinik einer fortgeschrittenen Leberzirrhose präsentiert sich vielseitig. Die folgende Aufzählung gilt nicht als abschliessend, die Symptome können jedoch mehr oder weniger grossen Einfluss auf die Durchführung der Ernährungstherapie haben.

Die portale Hypertension, welche zu Abflussstörungen von Blut und Lymphe und somit der Entstehung von Aszites führt, tritt bei fortschreitender Leberzirrhose auf. Sie kann auch ursächlich für Varizenbildung unter anderem im Bereich des Ösophagus sein. Aszites birgt ein erhöhtes Risiko für die Entstehung spontaner bakterieller Peritonitis. Auch das hepatorenale Syndrom kann eine schwerwiegende Komplikation von Aszites sein, welche bis zum Nierenversagen führen kann. Die Bildung eines Ikterus beispielsweise infolge einer

Gallenabflussstörung kann ebenfalls auftreten. Klinisch erkennbar wird dieser an der Gelbfärbung von Haut und Schleimhäuten. Nebst bereits genannten möglichen Komplikationen ist für die Praxis der Ernährungsberatung ebenfalls die Entwicklung einer hepatischen Enzephalopathie (HE) relevant, welche die Patienten durch ausgeprägte Müdigkeit bis hin zur Somnolenz beeinträchtigen kann [13,15].

Prognose

In den Diagnoselisten findet sich häufig die Angabe der Punktezahl auf dem Model of End Stage Liver Disease (MELD Score) und dem Child-Pugh Score. Beide sind Indikatoren für den Schweregrad der Leberzirrhose.

$MELD\ Score = (9,57 \times \text{Kreatinin}) + (3,78 \times \text{Bilirubin}) + (11,2 \times \text{INR}) + 6,43$ [19]
 $MELD \geq 40$ Punkte =
100 % 3-Monats-Mortalität

$MELD\ 30-39$ Punkte =
83 % 3-Monats-Mortalität
 $MELD\ 20-29$ Punkte =
76 % 3-Monats-Mortalität
 $MELD\ 10-19$ Punkte =
27 % 3-Monats-Mortalität
 $MELD < 10$ Punkte =
4 % 3-Monats-Mortalität

Ziele der Ernährungstherapie

- Aufrechterhaltung bzw. Optimierung des Ernährungszustands durch Sicherstellung einer bedarfsgerechten Zufuhr an Energie, Makro- und Mikronährstoffen
- Vermeiden von zufuhrbedingter Katabolie [17]
- Vorbereitung auf allfällige Lebertransplantation mit dem Ziel, ernährungsbedingte Komplikationen zu vermeiden
- Begleitung von Patienten im Krankheitsprozess



Für Genuss und Wohlbefinden.

Vertragen Sie selbst oder jemand in Ihrem Umfeld gewisse Lebensmittel nicht? Coop erweitert jetzt das Backsortiment mit neuen glutenfreien Mehlsorten, Backmischungen und weiteren Produkten. Seit über zehn Jahren engagiert sich Coop, dass Sie unkompliziert einkaufen und unbesorgt geniessen können.

Das Sortiment von Coop Free From umfasst über 500 Produkte. Jetzt entdecken: [coop.ch/freefrom](https://www.coop.ch/freefrom)

**free
from**

coop

Für mich und dich.

Interventionen

Perorale Ernährung

- Keine unnötigen Einschränkungen in der Lebensmittelauswahl
- Möglichst nährstoffdichte Mahlzeiten und Zwischenmahlzeiten
- Einsatz von hochkalorischen und proteinreichen Trinknahrungen, krankheitsadaptierte Spezialprodukte sind i. d. R. nicht notwendig.
- Kohlenhydrat- und proteinreiche Spätmahlzeit zur Optimierung des Proteinstatus
- Alkoholkarenz
- Einsatz von Mikronährstoffsupplementen z. B. in Form eines Multivitamin- und Spurenelement-Komplex oder gezielte Nährstoffsupplementation bei Mangelerscheinungen oder Risiko für deren Entstehung
- Bei hepatischer Enzephalopathie: Abhängig von der Ausprägung ist allenfalls der Einsatz von verzweigtkettigen Aminosäuren (BCAA) sinnvoll (Evidenz fraglich). Der Serumammoniakwert dient hierzu nicht als aussagekräftiger Parameter [17].

Enterale /parenterale Ernährung

Bei ungenügender Zufuhr soll die perorale Ernährung optimiert werden. Ist dies nicht möglich, soll entsprechend den ESPEN-Guidelines eine zusätzliche oder alleinige enterale Ernährung in die Wege geleitet werden. Wenn auch diese nicht möglich ist, soll eine parenterale Ernährung initiiert werden. Dies geschieht unter Berücksichtigung der Gesamtsituation. Wenn immer möglich sollte die enterale der parenteralen Ernährung vorgezogen werden [6, 18].

Monitoring

- Gewichtsverlauf: Ödeme oder Aszites mitberücksichtigen und Elektrolyte zur Beurteilung des Flüssigkeitshaushaltes beobachten
- Blutzucker bei gestörter Glukoneogenese und Risiko für Hypoglykämien
- Orale Energie- und Proteinzufuhr
- Stuhlgang zur Beurteilung allfälliger Maldigestionen (z. B. bei Cholestase)

Child-Pugh Score* [20]				
Kriterium	1 Pkt.	2 Pkte.	3 Pkte.	Einheit
Bilirubin $\mu\text{mol/l}$ (mg/dl)	< 2,0 < 34,2	2,0–3,0 34,2–51,3	> 3,0 51,3	mg/dl (x 17,104 = $\mu\text{mol/l}$) $\mu\text{mol/l}$
Serum-Albumin	> 3,5	2,8–3,5	< 2,8	g/dl
Quick-Wert oder INR	> 70 < 1,7	40–70 1,71–2,20	< 40 > 2,20	%
Aszites im Ultraschall	Keiner	Leicht	Mittel	
Hepatische Enzephalopathie	Keine	Stadium 1–2	Stadium 3–4	

Auswertung					
Punkte	Stadium	1-Jahres-Überlebensrate	2-Jahres-Überlebensrate	3-Jahres-Überlebensrate	5-Jahres-Überlebensrate
5–6	A	100 %	85 %	70 %	50 %
7–9	B	81 %	57 %	36 %	26 %
10–15	C	45 %	35 %	17 %	

*Die Werte und Einheiten können sich je nach Autor und Publikation etwas unterscheiden

Assesement

Die Durchführung des ernährungstherapeutischen Assesements bei Patienten mit Leberzirrhose und die Erfassung des Nutrition Risk Scores (NRS) können aufgrund Aszites oder Ödemen erschwert sein. Eine genaue Beobachtung des Gewichtsverlaufs ist hilfreich. Allenfalls ist das Trockengewicht bzw. die Entwicklung zwischen allfälligen Aszitespunktionen bekannt. Wie bei allen Patientengruppen mit erhöhtem Risiko für die Entstehung einer Malnutrition soll auch hier die aktuelle orale Zufuhr sowie die der letzten Tage und Monate erfasst werden.

Bedarfsberechnung bei Leberzirrhose:

Die Bedarfsberechnung leitet sich ab von den Empfehlungen basierend auf der aktuellen S2-Leitlinie der Deutschen Gesellschaft für Gastroenterologie und Stoffwechselkrankheiten (DGVS), welche 2019 überarbeitet wurde. Sie empfiehlt folgende Berechnungsformeln:

Energiebedarf: 30–35 kcal/kg/KG

Proteinbedarf: 1,2–1,5 g/kg/KG

Zur Berechnung soll das Trockengewicht oder bei übergewichtigen Patienten das Idealgewicht (bzw. Adjusted Body Weight) gewählt werden [17].

Mögliche Ernährungsprobleme bei Leberzirrhose:

- Inappetenz und rasch eintretendes Sättigungsgefühl bei Aszites
- Fatigue und Somnolenz insbesondere bei HE
- Beeinträchtiger Geschmacks- und Geruchssinn
- Nicht wissenschaftlich gestützte, diätetische Restriktionen bei fehlender Indikation (z. B. protein- oder salzarme Kost, Flüssigkeitsrestriktionen bei fehlender Indikation)
- Störung des Flüssigkeits- und Elektrolythaushaltes
- Gestörte Verstoffwechslung von Makronährstoffen
- Beeinträchtigte Glukoneogenese und somit erhöhtes Risiko für Hypoglykämie
- Maldigestion bei portaler Hypertonie, cholestatischer Leber und bakterieller Fehlbesiedlung
- Erhöhte Proteolyse und reduzierte Proteinsynthese
- Fettmaldigestion bei Cholestase und infolge deren ein möglicher Mangel an essenziellen Fettsäuren und fettlöslichen Vitaminen
- Mangel an wasserlöslichen Vitaminen (insbesondere Vitamin-B-Komplex) [18]

La santé au naturel avec OMEGA-life® – désormais avec protection contre les désagréables remontées de poisson

Les produits d'OMEGA-life® fournissent au corps les acides oméga 3 essentiels et contribuent au fonctionnement normal du cœur et du cerveau. Désormais, l'assortiment est enrichi du produit OMEGA-life® Protect 500, qui évite en outre les désagréables remontées de poissons.

Chaque jour, le corps humain est confronté à de nouveaux défis. À notre époque surtout, où la pression et les attentes en matière de performance au travail, à l'école et dans le privé ne cessent de croître, il est essentiel d'avoir un corps sain et fonctionnel. Néanmoins, on oublie souvent de prendre des repas équilibrés et riches en nutriments lors de longues journées fatigantes. Ainsi, seuls 20% de tous les individus des pays industrialisés ingèrent, d'après les experts, les quantités nécessaires d'acides gras oméga 3.

Dans ce contexte, les produits d'OMEGA-life® s'avèrent le complément idéal pour concilier quotidien chargé et alimentation saine. Ils fournissent au corps les acides gras oméga 3 essentiels, qui comptent parmi les graisses les plus importantes pour notre santé et dont les bienfaits sont multiples. Ils contribuent non seulement au fonctionnement normal du cœur, mais ont également un impact positif sur la pression artérielle, le taux de cholestérol, le cerveau et la vision. Chez les femmes enceintes et allaitantes, ils contribuent par ailleurs au développement des yeux et du cerveau des fœtus et des nouveau-nés.

DÉSORMAIS AVEC PROTECTION CONTRE LES DÉSAGRÉABLES REMONTÉES DE POISSON

L'assortiment de compléments alimentaires d'OMEGA-life® est désormais enrichi de la variante Protect. OMEGA-life® Protect 500 contient, outre les acides gras oméga 3 essentiels EPA et DHA, qui se compose d'huile de poisson concentrée, durable et de haute qualité, une protection supplémentaire contre les désagréables remontées de poisson. Selon les nutritionnistes, c'est la principale raison pour laquelle les capsules d'huile de poisson ne sont plus prises. Grâce à une nouvelle enduction, les gélules ne se dissolvent pas dans l'estomac mais dans les intestins, évitant ainsi les effets rémanents.



Il est conseillé d'ingérer 1 à 3 gélules par jour, sachant que la prise peut se faire en dehors des repas.

Vous trouverez de plus amples informations sur www.omega-life.ch

AUTRES PRODUITS D'OMEGA-LIFE®

OMEGA-life® Classic 500 contient de l'huile de poisson durable et de qualité, présentant une teneur élevée en acides gras oméga 3 essentiels EPA et DHA ainsi que de la vitamine E.



OMEGA-life® Vegan contient de l'huile d'algue présentant une teneur élevée en acides gras oméga 3 essentiels EPA et DHA. L'enveloppe de la gélule se compose d'amidon de maïs. Il s'agit ainsi du produit idéal pour les végétariens, les véganes et les personnes ayant une aversion ou une allergie au poisson et aux produits à base de poisson.



Le produits sont en vente en pharmacie et en droguerie .

AU SUJET DE DOETSCH GREThER SA

Doetsch Grether SA est une entreprise suisse de tradition comptant quelque 70 collaborateurs. Active depuis 1899, elle compte parmi les 15 entreprises suisses leader en termes de commercialisation et de distribution de produits pharma, OTC et Consumer Care. Le portefeuille de la société comprend des marques propres, comme les célèbres Grether's Pastilles, ainsi que des marques qu'elle distribue, avec le soutien d'équipes de vente dans toute la Suisse.

www.doetschgrether.ch/fr

DG
DOETSCH GREThER

Bei Hinweis auf Fettmaldigestion:
 Fettlösliche Vitamine (A, D, E, K)
 • Wasserlösliche Vitamine (insbesondere Vitamin-B-Komplexe) [18]

Fazit

Die NAFLD ist ein ausserordentlich heterogenes Krankheitsbild mit komplexer Pathophysiologie, für die aktuell keine medikamentöse Therapie existiert. Dass eine

Gewichtsabnahme zu einer signifikanten Besserung führt, ist bestätigt und hinsichtlich der Effizienz von ernährungstherapeutischen Interventionen (low carb, oder doch nicht?) sind noch längst nicht alle Fragen geklärt, was eine gewisse Freiheit in der Ausgestaltung der Ernährungstherapie ermöglicht. Für den fortgeschrittenen Verlauf zeigen sich neue Herausforderungen in der Ernährungstherapie, für die aktuelle Guidelines als Orientierung dienen können.

Wir hoffen, mit unserem Artikel die wesentlichen ernährungstherapeutischen Möglichkeiten beleuchtet zu haben und damit zu ermutigen, sich dem herausfordernden Gebiet der Lebererkrankungen in der täglichen Praxis anzunehmen.

Das Literaturverzeichnis stellen die Autorinnen auf Wunsch zur Verfügung.

Thérapie nutritionnelle en cas de maladies du foie



Diana Studerus,
 BSc BFH,
 Diététicienne ASDD,
 Membre du groupe
 spécialisé ASDD
 Gastroentérologie



Sophie Stirnimann,
 BSc BFH,
 Diététicienne ASDD,
 Membre du groupe
 spécialisé ASDD
 Gastroentérologie

La seconde partie de l'article aborde la thérapie nutritionnelle dans une maladie hépatique à un stade avancé, en prenant l'exemple de la LC.

La NAFLD, maladie originale

Le spectre de manifestations de la NAFLD s'étend d'une simple accumulation de graisses au niveau du foie (stéatose hépatique) jusqu'à la LC en passant par la NASH. On la distingue principalement de la stéatose hépatique alcoolique (AFLD) lorsque les antécédents montrent une consommation quotidienne d'alcool de moins de 20 g chez les femmes et moins de 30 g chez les hommes

et si les causes secondaires de la NAFLD peuvent être mises en évidence (Fig. 2).

Epidémiologie

On estime sa prévalence à 30 % en Europe [4].

Physiopathologie

La stéatose hépatique primaire est une maladie multifactorielle reposant sur une prédisposition génétique (notamment un polymorphisme de PNPLA3), fondamentalement causée par un déséquilibre entre la consommation de lipides (par la lipolyse adipocytaire, la prise d'aliments gras et la lipogénèse de novo) et la consommation

La stéatose hépatique non alcoolique (ou en anglais non-alcoholic fatty liver disease, NAFLD) est la maladie du foie la plus fréquente au monde. Elle peut évoluer dans env. 10–15 % des cas en stéatohépatite (NASH), qui peut à son tour progresser en fibrose, puis en cirrhose (ou liver cirrhosis, LC) et déboucher enfin sur une insuffisance hépatique ou un carcinome hépatocellulaire (CHC, Fig. 1).

Il n'existe aucun traitement médicamenteux de la NAFLD, c'est pourquoi l'ajustement du régime alimentaire joue un rôle crucial, d'une part avec l'objectif d'empêcher une progression jusqu'à une insuffisance hépatique et d'autre part pour minimiser le risque de comorbidités cardiovasculaires, pour lesquelles la NAFLD tient lieu de facteur de risque indépendant [1].

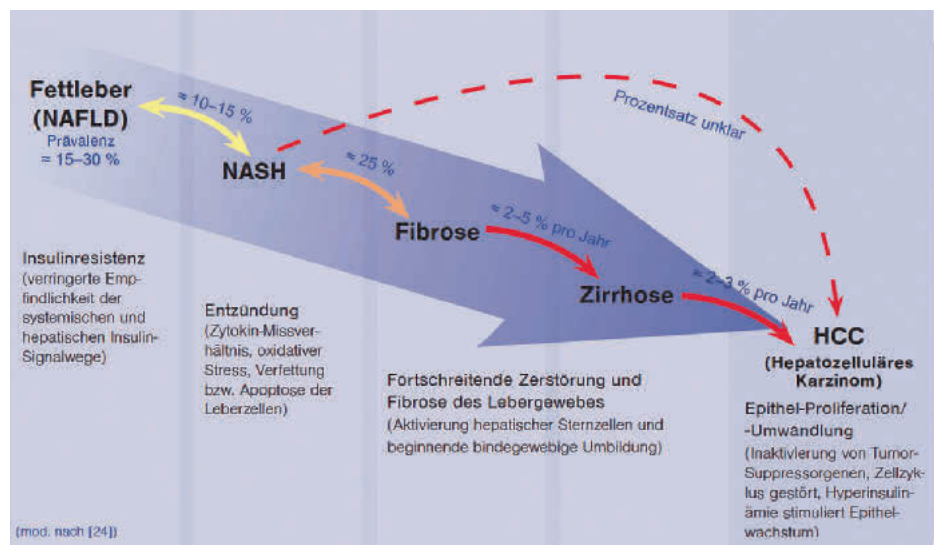


Figure 1: Progression de la NAFLD, uniquement disponible en allemand [2]

Distinction de la NAFLD primaire et secondaire	
NAFLD primaire	NAFLD secondaire
Surpoids (IMC > 25 kg/m ²)	Etat nutritionnel: malnutrition protéino-énergétique, perte de poids rapide (p.ex. après une chirurgie bariatrique)
Intolérance au glucose/résistance à l'insuline/diabète de type 2	Médicaments: glucocorticoïdes, œstrogènes synth., aspirine, amiodarone, tamoxifène, tétracyclines, méthotrexate, acide valproïque, cocaïne
Hyperlipoprotéïnémie ou hypertriglycéridémie	Métabolique: lipodystrophie, stéatose hépatique aiguë gravidique
Consommation d'alcool <20g/j (f) ou <30 g/j (h)	Autre: MICI, prolifération bactérienne de l'intestin grêle, maladie coeliaque, VIH/SIDA

Figure 2: Différence entre la NAFLD primaire et secondaire [2, 3]

ou l'excrétion par le foie. Les acides gras en excès s'accumulent dans le foie sous forme de dépôts de graisse ectopique.

On estime que ces variations métaboliques reposent sur un tissu adipeux dysfonctionnel. Ainsi, différents mécanismes conduisent à une inflammation et à une transformation des adipocytes lorsque l'expansion est maximale, puis au développement d'une lipolyse en raison de la perte fonctionnelle, qui conduit à un excès de lipides (lipid overflow), qui sont stockés au niveau de l'abdomen et dans différents organes, dont en premier lieu le foie.

Ce dépôt de graisse cause une inflammation dans les hépatocytes, ce qui conduit par ailleurs à une résistance à l'insuline (RI), qui se manifeste sous la forme d'un trouble de la fonction hépatique: la variation du métabolisme du glucose et des graisses (lipogénèse de novo et β -oxydation) produit des lipides toxiques et génère un stress oxydatif, qui attaquent les hépatocytes et causent une inflammation et une fibrogenèse par apoptose. Bien que les processus physiopathologiques soient bien compris, la progression de la NAFLD en NASH et fibrose semble dépendre de plusieurs facteurs, et notamment d'une dysbiose [1].

Quel est le rôle joué par l'alimentation dans la pathogenèse?

Il semble important de noter ici qu'après la lipolyse des adipocytes, la lipogénèse de novo (DNL) des glucides constitue la deuxième source de lipides dans le foie (26%),

l'apport de lipides par l'alimentation orale ne représentant que 15 % de l'ensemble. Cette réaction en réalité physiologique aux glucides (plus l'apport en glucides est important, plus l'insuline produite augmente, et avec elle la lipogénèse de novo) est également observée chez les personnes présentant en parallèle une sensibilité à l'insuline, mais elle est décuplée en présence d'une RI, même en cas de régime eucalorique et dans le respect des proportions recommandées de macronutriments. En cas d'alimentation riche en glucides et hypercalorique, la quantité de fructose semble avoir une importance particulière dans la stimulation de la lipogénèse de novo, même si ce postulat reste sujet à controverse.

Quel que soit l'apport en énergie, la qualité des lipides est également un facteur évoqué dans le développement d'une NAFLD; la consommation de grandes quantités d'acide oléique et de DHA/EPA est également associée à un risque moindre, tandis que le rôle des acides gras saturés continue de faire débat. Le rôle d'un apport insuffisant en micronutriments à l'origine de la stéatose est en discussion, et il ne faut pas omettre de citer enfin l'inactivité musculaire parmi les principaux facteurs de risque d'accumulation de graisses au niveau du foie. La NAFLD peut donc être considérée à juste titre comme une manifestation hépatique du syndrome métabolique [5].

Diagnostic

La grande majorité des patients ne présentent aucun symptôme, mais décrivent souvent une fatigue, voire plus rarement

une sensation de pression au niveau de l'abdomen droit. La sérologie fait ressortir à la fois une augmentation des transaminases hépatiques, et bien souvent une augmentation du taux de ferritine.

La biopsie du foie reste l'intervention de diagnostic de choix (gold standard) de la NAFLD, puisqu'elle permet à la fois de distinguer la NAFLD de la NASH et de déterminer l'activité [2].

Complications et pronostic

Comme mentionné en introduction, la progression de la NAFLD en LC constitue la principale complication [2].

Traitement

A ce jour, et comme indiqué également en introduction, il n'existe aucune stratégie médicamenteuse pour le traitement de la NAFLD, c'est pourquoi la thérapie nutritionnelle revêt une importance particulière. Les guidelines ESPEN, parues récemment, donnent un bon aperçu de toutes les interventions dans le cadre de la thérapie nutritionnelle [6]. Cet article se limite à aborder essentiellement la NAFLD, puis ensuite la LC.

Objectifs nutritionnels

Les principaux objectifs nutritionnels chez les patients avec NAFLD découlent de la physiopathologie:

- diminution de l'apport en énergie afin d'obtenir une réduction de la masse grasseuse corporelle, possible avec tout type de régime hypocalorique [6]
- augmentation de l'activité physique pour influencer favorablement sur la RI [6]

Contextes de thérapie nutritionnelle

Perte de poids

Les guidelines ESPEN précisent un objectif de perte de poids de 7–10 % du poids d'origine pour obtenir une amélioration de la stéatose, ainsi qu'une perte de poids supérieure à 10 % pour influencer positivement sur la fibrose du tissu hépatique [6].

Activité physique

La perte de poids ne constitue par un objectif primaire chez les personnes de poids normal. Dans ce cas, il convient en revanche de se concentrer sur l'optimisation de l'activité physique afin d'améliorer la RI [6]. L'amélioration de la sensibilité à l'insuline permet de diminuer l'apport en substrat au foie, la liaison intrahépatique des lipides baisse, au même titre que la formation de cytokines pro-inflammatoires. Les recommandations à ce sujet mentionnent 200 minutes d'activité physique par semaine et valent également pour les patients en surpoids et obèses [2]. Elles ont pour but d'empêcher la perte de masse maigre, inévitable en cas de perte de poids.

Proportions de macronutriments

Comme déjà mentionné, les guidelines ESPEN recommandent un régime hypocalorique conformément aux directives actuelles sur le traitement de l'obésité, quelles que soient les proportions de macronutriments. Les recommandations abordent plus particulièrement les régimes low-carb et le régime méditerranéen, mais ne formulent aucun conseil concret. Ainsi, on vise dans les grandes lignes une réduction de 500 kcal/j, tout en l'adaptant selon les éléments de l'anamnèse alimentaire.

Il semble toutefois important de noter ici que d'autres auteurs de recommandations conseillent des régimes clairement low-carb avec un taux d'énergie de 40–55% pour limiter autant que possible la lipogenèse de novo dans le foie. La réduction du taux de glucides doit en premier lieu être obtenue en limitant les mono- et les disaccharides, et en réduisant les produits raffinés contenant de l'amidon [5].

Une brève revue de littérature montre que les régimes pauvres en glucides permettent une dégradation plus rapide des lipides par le foie durant les premiers mois que les régimes centrés sur les glucides et pauvres en lipides [7]. A long terme, un régime low-carb est associé après 3 mois à une sensibilité hépatique à l'insuline significativement meilleure qu'avec un régime low-fat [8]. Enfin, trois travaux d'étude de moindre envergure montrent également

qu'il est possible d'abaisser le niveau de graisse hépatique sans réduction calorique, au travers d'une alimentation à teneur limitée en glucides, enrichie en acides gras mono-insaturés et avec un apport suffisant en protéines. Cet aspect peut également représenter un objectif de traitement pertinent, en particulier chez les patients de poids normal [2, 5].

Les guidelines ESPEN n'abordent pas plus en détails l'apport de macronutriments, c'est pourquoi il convient de suivre les directives DACH en matière d'apport en protéines et en lipides:

- protéines: 0,8–1 g/kg PC;
- lipides: 30% de l'apport énergétique, avec un accent sur l'apport en acide oléique [5].

Autres nutriments

Alcool

La consommation d'alcool et la NAFLD ont fait l'objet d'une revue systématique, qui en arrive à la conclusion que toute maladie du foie doit donner lieu à une recommandation de carence en alcool, en raison d'une augmentation relative du risque de mortalité. Les guidelines ESPEN se prononcent également en faveur de cette recommandation. Mais elle fait débat au même titre que la consommation de glucides, en s'appuyant sur différents critères d'évaluation. Des études interventionnelles ont ainsi montré qu'une consommation modérée d'alcool pouvait avoir un bénéfice potentiel sur la NAFLD, qui s'explique par une amélioration de la sensibilité à l'insuline. Les directives pour une consommation d'alcool à moindre risque peuvent également être abordées parmi les recommandations de thérapie nutritionnelle adaptées à la pratique (cf. Fig.). Tant pour les hommes que les femmes, elles

postulent de ne pas dépasser 100 g d'alcool par semaine, soit 5 verres de vin [9].

Caféine/acide caféique

La consommation de 3 tasses de café filtre par jour (300 mg de caféine) est considérée comme un facteur de protection contre la progression de la NASH et le développement d'une fibrose et semble également, d'après des études de cohorte, réduire le risque de développer une NAFLD [2, 5].

Vitamine E

En cas de NASH diagnostiquée, les guidelines ESPEN recommandent 800 UI de tocophérol par jour; son rôle antioxydant améliore en effet les enzymes hépatiques, la stéatose et l'inflammation, mais ne semble avoir aucun impact sur la fibrose. Il convient cependant de préciser qu'il existe une importante hétérogénéité entre les études sur la vitamine E et la NAFLD, et qu'on observe, principalement dans les méta-analyses, une augmentation du risque de mortalité [6].

Antioxydants

Les guidelines ESPEN ne permettent de formuler aucune recommandation sur la supplémentation générale en acides gras polyinsaturés, en antioxydants comme la vitamine C, le resvératrol, les anthocyanes ou en substances similaires [6].

Dysbiose

On sait depuis longtemps que différentes maladies intestinales sont associées à la NAFLD, principalement en l'absence de traitement (cf. Fig. 2). De nombreux travaux récents ont permis de démontrer que le microbiome était étroitement lié à la progression des stéatoses hépatiques. Une variation dans la quantité et la qualité des bactéries intestinales, communément ap-

Boisson alcoolisée	Verre	Alcool	Verres par semaine
Bière	330 ml	5 %	7,5
Vin	200 ml	12 %	5,0
Gin Tonic (avec 5 cl)	200 ml	38 %	6,5
Vodka Energy Drink (avec 4 cl)	140 ml	38 %	8,0
Champagne	100 ml	11 %	11,0
Shot de tequila	40 ml	38 %	8,0

Figure 3: Vue d'ensemble d'une consommation d'alcool à moindre risque selon Wood [9]

pelée dysbiose, cause une modification de la métabolisation des denrées alimentaires, une plus grande perméabilité de la barrière intestinale («leaky gut») et par conséquent des processus inflammatoires dans le foie. Ceci favorise la progression de l'obésité et des troubles métaboliques, tout comme de la NAFLD. Différents traitements (pro-, pré- et symbiotiques) font l'objet de discussions [10]; ils ne seront toutefois pas abordés plus en détails ici.

Evaluation

L'évaluation se base sur le PSN et devrait se concentrer sur le poids, l'évolution du poids (attention aux pertes de poids rapides ou involontaires), l'évolution de la glycémie, l'HbA1c et les habitudes en matière d'activité physique.

L'anamnèse alimentaire permet d'estimer la quantité et la qualité des glucides

consommés, la qualité des lipides et la consommation d'alcool. Une estimation des besoins en protéines et en micronutriments peut être pertinente dans certaines circonstances (attention à la malnutrition qualitative).

Surveillance

La surveillance repose sur les interventions de thérapie nutritionnelle choisies et sur l'objectif recherché. Nous recommandons d'opter pour des paramètres d'évolution objectifs, à savoir le poids, la glycémie, l'HbA1c et les valeurs hépatiques.

Maladie à l'origine de la cirrhose du foie

La cirrhose du foie constitue le stade ultime des maladies inflammatoires chroniques du foie. Les étiologies les plus fréquentes sont la stéatose hépatique non

alcoolique (NASH/NAFLD), la stéatose hépatique alcoolique (ASH) ou encore les hépatites (B, C, D et E chez les patients immunodéprimés) [11,12,13,16]. Le tableau clinique caractéristique apparaît en règle générale uniquement en cas de progression de la maladie [14].

Le degré de gravité de la cirrhose se mesure selon les critères de Child-Pugh ou le score MELD [13].

Epidémiologie

Dans les pays occidentaux, 250 personnes sur 10 000 en moyenne développent une cirrhose du foie, les hommes étant deux fois plus touchés que les femmes [13].

Clinique / complications

Le tableau clinique d'une cirrhose du foie avancée est variable. La liste suivante n'est



Pour allier plaisir et bien-être.

Est-ce que vous ou un membre de votre entourage souffrez d'une intolérance alimentaire? Alors vous serez ravi d'apprendre que Coop élargit sa gamme Free From. Parmi les nouveautés, vous pourrez entre autres découvrir de nouvelles farines ainsi que des mélanges pour pains et pâtisseries sans gluten. Depuis plus de dix ans, Coop s'engage pour vous faciliter les courses et vous permettre de vous faire plaisir sans craindre de souffrir d'effets secondaires.

L'assortiment Coop Free From comprend quelque 500 produits. Découvrez-en la liste ici: coop.ch/freefrom

**free
from**

coop

Pour moi et pour toi.

pas exhaustive; cependant, les symptômes peuvent avoir un impact plus ou moins important sur la mise en place de la thérapie nutritionnelle.

L'hypertension portale, qui cause des troubles de l'écoulement du sang et de la lymphe et génère ainsi une ascite, se développe en présence d'une cirrhose du foie avancée. Elle peut aussi être à l'origine de la formation de varices, notamment au niveau de l'œsophage. L'ascite dissimule un risque accru de survenue d'une péritonite bactérienne spontanée. Le syndrome hépatorénal peut également constituer une complication grave de l'ascite, qui peut conduire à une insuffisance hépatique. Un ictère peut également se développer, des suites par exemple d'un trouble de l'écoulement biliaire. Il est identifiable sur le plan clinique à la coloration jaune de la peau et des muqueuses. Outre les complications déjà mentionnées, le développement d'une encéphalopathie hépatique (EH) est également pertinent pour le/la diététicien/-ne puisque le patient peut souffrir d'une fatigue marquée, qui peut aller jusqu'à une somnolence [13, 15].

Pronostic

Le diagnostic fait fréquemment état du score MELD (Model of End Stage Liver Disease) et du score de Child-Pugh. Il s'agit là de deux indicateurs de gravité de la cirrhose du foie.
Score MELD = $(9,57 \times \text{créatinine}) + (3,78 \times \text{bilirubine}) + (11,2 \times \text{INR}) + 6,43$ [19]
MELD ≥ 40 points =
100 % de mortalité à 3 mois
MELD 30–39 points =
83 % de mortalité à 3 mois
MELD 20–29 points =
76 % de mortalité à 3 mois
MELD 10–19 points =
27 % de mortalité à 3 mois
MELD < 10 points =
4 % de mortalité à 3 mois

Objectifs de la thérapie nutritionnelle

Préservation ou optimisation de l'état nutritionnel en veillant à un apport en énergie, en macro- et micronutriments, qui couvre les besoins

- Prévention des états cataboliques associés à un apport énergétique [17]
- Préparation à une éventuelle transplantation hépatique, avec pour objectif d'éviter les complications associées à la nutrition
- Accompagnement des patients dans le processus d'évolution de la maladie

Evaluation

L'évaluation de thérapie nutritionnelle chez les patients souffrant d'une cirrhose du foie et le relevé du Nutrition Risk Score (NRS) peuvent être rendus difficiles par la présence d'une ascite ou d'œdèmes. Un suivi précis de l'évolution du poids est utile. Le poids sec et l'évolution entre deux ponctions éventuelles d'une ascite sont peut-être connus. Comme dans tous les groupes de patients présentant un risque accru de malnutrition, il convient de consigner ici l'apport oral actuel en énergie et de noter les derniers jours et les derniers mois.

Calcul des besoins en présence d'une cirrhose du foie:

Le calcul des besoins découle des recommandations selon la directive S2 actuelle de la société allemande de gastroentérologie et des maladies métaboliques (DGVS, Deutschen Gesellschaft für Gastroentero-

logie und Stoffwechselkrankheiten), révisée en 2019. Elle recommande les formules de calcul suivantes:

Besoin énergétique: 30–35 kcal/kg PC
Besoin en protéines: 1,2–1,5 g/kg PC

Pour le calcul, il convient d'utiliser le poids sec ou, chez les patients en surpoids, le poids idéal (ou Adjusted Body Weight) [17].

Problèmes nutritionnels possibles en cas de cirrhose du foie:

- Absence d'appétit et satiété rapide en cas d'ascite
- Fatigue et somnolence, notamment en présence d'une EH
- Troubles du goût et de l'odorat
- Restrictions diététiques non attestées scientifiquement en l'absence d'indications (p.ex. alimentation pauvre en protéines et en sel, restrictions sur la consommation de liquides en l'absence d'indications)
- Trouble de l'équilibre hydrique et électrolytique
- Trouble du métabolisme des macronutriments
- Néoglucogenèse perturbée, associée à un risque accru d'hypoglycémie
- Trouble de la digestion associé à une hypertension portale, foie cholestatique

Score de Child-Pugh* [20]

Critère	1 pt	2 pts	3 pts	Unité
Bilirubine $\mu\text{mol/l}$ (mg/dl)	$< 2,0$ $< 34,2$	2,0–3,0 34,2–51,3	$> 3,0$ 51,3	mg/dl ($\times 17,104 = \mu\text{mol/l}$) $\mu\text{mol/l}$
Albumine sérique	$> 3,5$	2,8–3,5	$< 2,8$	g/dl
Temps de quick ou INR	> 70 $< 1,7$	40–70 1,71–2,20	< 40 $> 2,20$	%
Ascite aux ultrasons	Aucune	Légère	Modérée	
Encéphalopathie hépatique	Aucune	Stade 1–2	Stade 3–4	

Evaluation

Points	Stade	Taux de survie à 1 an	Taux de survie à 2 ans	Taux de survie à 3 ans	Taux de survie à 5 ans
5–6	A	100 %	85 %	70 %	50 %
7–9	B	81 %	57 %	36 %	26 %
10–15	C	45 %	35 %	17 %	

*Les valeurs et unités peuvent varier légèrement selon les auteurs et les publications.

- et prolifération bactérienne
- Protéolyse accrue et réduction de la synthèse protéique
- Trouble de la digestion des lipides en présence d'une cholestase, avec possible carence consécutive en acides gras essentiels et en vitamines liposolubles
- Carence en vitamines hydrosolubles (notamment du complexe de vitamines B) [18].

Interventions

Alimentation par voie orale

- Pas de restrictions inutiles du choix de denrées alimentaires
- Repas et encas aussi riches en nutriments que possible
- Il n'est en règle générale pas nécessaire de faire usage de boissons nutritives riches en calories et en protéines et de produits spéciaux adaptés à la maladie
- Repas tardif riche en glucides et en protéines pour l'optimisation du statut protéique
- Carence en alcool
- Utilisation de suppléments de micronutriments, p. ex. sous la forme d'un complexe de multivitamines et d'oligoéléments, ou supplémentation ciblée en nutriments en présence de symptômes d'une carence ou en cas de risque de survenue
- En cas d'encéphalopathie hépatique:

l'emploi éventuel d'acides aminés à chaîne ramifiée (BCAA) peut être pertinent selon l'étendue de la maladie (preuves discutables). Le taux d'ammoniaque dans le sang ne constitue pas un paramètre pertinent [17].

Alimentation entérale/parentérale

En cas d'apport énergétique insuffisant, l'alimentation orale doit être optimisée. Si une telle optimisation n'est pas possible, il convient d'instaurer une alimentation entérale, complémentaire ou exclusive, conformément aux guidelines ESPEN. A défaut, une alimentation parentérale doit être initiée. Ces mesures sont prises en observant la situation dans son ensemble. Dans la mesure du possible, on favorisera l'alimentation entérale sur l'alimentation parentérale [6, 18].

Surveillance

- Evolution du poids: tenir compte des œdèmes ou d'une ascite, et utiliser les électrolytes pour évaluer l'équilibre hydrique
- Glycémie en cas de trouble de la néoglucogenèse et de risque d'hypoglycémie
- Apport oral en énergie et en protéines
- Selles pour l'évaluation des troubles éventuels de la digestion (p. ex. en cas de

cholestase). En cas de signes de troubles de la digestion des lipides: vitamines liposolubles (A, D, E, K)

- Vitamines hydrosolubles (notamment du complexe de vitamines B) [18].

Conclusion

La NAFLD présente un tableau clinique extrêmement hétérogène de physiopathologie complexe, pour laquelle il n'existe à ce jour aucun traitement médicamenteux. Il est attesté qu'une perte de poids permet une amélioration significative; on est encore loin d'avoir réponse à toutes les questions relatives à l'efficacité des interventions de thérapie nutritionnelle (low-carb, ou finalement non?), ce qui offre une certaine liberté dans l'organisation de la thérapie nutritionnelle. A un stade avancé, la thérapie nutritionnelle fait face à des nouveaux défis pour lesquels les directives actuelles peuvent servir de guide.

Avec cet article, nous espérons avoir clarifié les principales possibilités en thérapie nutritionnelle et encouragé une meilleure acceptation du domaine complexe des maladies du foie dans la pratique quotidienne.

Les auteurs fourniront volontiers la bibliographie sur simple demande.

Terapia nutrizionale nelle malattie del fegato



Diana Studerus,
BSc BFH, dietista ASDD,
membro del gruppo
professionale Gastro-
enterologia dell'ASDD



Sophie Stirnimann,
BSc BFH, dietista ASDD,
membro del gruppo
professionale Gastro-
enterologia dell'ASDD

La steatosi epatica non alcolica (NAFLD: non-alcoholic fatty liver disease) è la

malattia epatica più comune al mondo. Da essa, in circa il 10–15% delle persone colpite può svilupparsi una steatoepatite (NASH), che a sua volta può causare una fibrosi, poi una cirrosi (Liver Cirrhosis; LC) e, infine, un'insufficienza epatica o un carcinoma epatocellulare (HCC) (Fig. 1).

Siccome non è disponibile alcuna terapia farmacologica per il trattamento della NAFLD, l'adattamento nutrizionale è di importanza centrale. Da un lato con l'obiettivo di prevenire la progressione verso l'insufficienza epatica e, allo stesso tempo, anche per ridurre al minimo il rischio di

malattie cardiovascolari concomitanti, per le quali la NAFLD è considerata un fattore di rischio indipendente [1].

In una seconda parte, l'articolo prende in esame anche la terapia nutrizionale delle epatopatie in stadio avanzato, considerando come esempio la LC.

Patologia di base NAFLD

Lo spettro di manifestazione della NAFLD va dal semplice fegato adiposo (steatosi epatica) alla NASH e infine alla LC. A differenza dalla steatosi epatica alcolica (AFLD), nella NAFLD è presente all'anam-

Differenziazione tra NAFLD primaria e secondaria	
NAFLD primaria	NAFLD secondaria
Sovrappeso (BMI >25 kg/m ²)	Condizioni nutrizionali: malnutrizione proteico-energetica, rapida riduzione del peso corporeo (es. dopo chirurgia bariatrica)
Intolleranza al glucosio/Insulino-resistenza/ Diabete mellito di tipo 2	Medicamenti: glucocorticoidi, estrogeni di sintesi, aspirina, amiodarone, tamoxifene, tetracicline, metotrexato, acido valproico, cocaina
Iperlipoproteinemia e/o ipertrigliceridemia	Metaboliche: lipodistrofia, steatosi epatica acuta gravidica
Consumo di alcool < 20 g/d (f) > 30 g/d (m)	Altro: malattie infiammatorie croniche intestinali, colonizzazioni batteriche del tenue, celiachia, HIV/AIDS

Figura 2: Differenze tra NAFLD primaria e secondaria [2, 3]

nesi un consumo di alcool inferiore a 20 g nelle donne e a 30 g negli uomini e le cause secondarie possono essere delimitate (Fig. 2).

Epidemiologia

Per l'Europa, si stima una prevalenza del 30 % [4].

Fisiopatologia

Come malattia multifattoriale basata su una predisposizione genetica (in particolare polimorfismo PNPLA3), la steatosi epatica primaria compare fondamentalmente per uno squilibrio tra immagazzinamento di lipidi (provenienti da lipolisi dagli adipociti, alimentazione e lipogenesi de-novo (DNL)) e consumo e cessione dei lipidi da parte del fegato. Gli acidi grassi in eccesso si accumulano nel fegato sotto forma di depositi ectopici di grasso.

La base di queste alterazioni metaboliche si presume sia una disfunzione del tessuto adiposo. Così, diversi meccanismi causano l'infiammazione degli adipociti in seguito al loro aumento di volume, il loro rimaneggiamento strutturale e, infine, una lipolisi a causa della perdita funzionale, che conduce al cosiddetto overflow (inondazione) di lipidi, che si accumulano nella cavità addominale e in vari organi, fegato in primis.

Questo accumulo di lipidi causa un'infiammazione degli epatociti, che porta a

sua volta all'insulino-resistenza (IR), la quale si manifesta come danno epatico: l'alterato metabolismo del glucosio e dei grassi (DNL e β -ossidazione) porta alla formazione di lipidi tossici e stress ossidativo, che danneggiano gli epatociti, causando infiammazione e, attraverso l'apoptosi, fibrogenesi. Anche se i processi fisiopatologici sono ben compresi, la progressione dalla NAFLD alla NASH e alla fibrosi sembra dipendere da diversi fattori, tra i quali una disbiosi [1].

Qual è il ruolo dell'alimentazione nella patogenesi?

A questo proposito, sembra importante sottolineare che dopo la lipolisi dagli adipociti, il maggiore apporto di lipidi al fe-

gato proviene dalla DNL a partire dai carboidrati (26%) e solo il 15% dai grassi alimentari. Questa reazione ai carboidrati (più assunzione di carboidrati, più insulina, più DNL), in realtà fisiologica, si osserva anche nelle persone sensibili all'insulina ma è molte volte superiore in caso di IR, anche quando l'apporto di energia è eu calorico e avviene nelle percentuali raccomandate per i macronutrienti. In presenza di una dieta prevalentemente a base di carboidrati e ipercalorica, la quantità di fruttosio sembra avere un significato speciale nella stimolazione della DNL, anche se questo è ancora un punto controverso.

Indipendentemente dall'apporto energetico, anche alla qualità dei grassi viene attribuito un ruolo nella comparsa della NAFLD: un elevato apporto di acido oleico e DHA/EPA è associato a un rischio ridotto, l'influenza degli acidi grassi saturi rimane controversa. Anche l'insufficiente apporto di micronutrienti viene discusso come concausa della steatosi; infine, pure l'inattività muscolare va menzionata come uno dei fattori di rischio più importanti del fegato adiposo. La NAFLD può quindi essere giustamente intesa come manifestazione epatica della sindrome metabolica [5].

Diagnostica

Nella stragrande maggioranza dei pazienti non compaiono sintomi, ma spesso

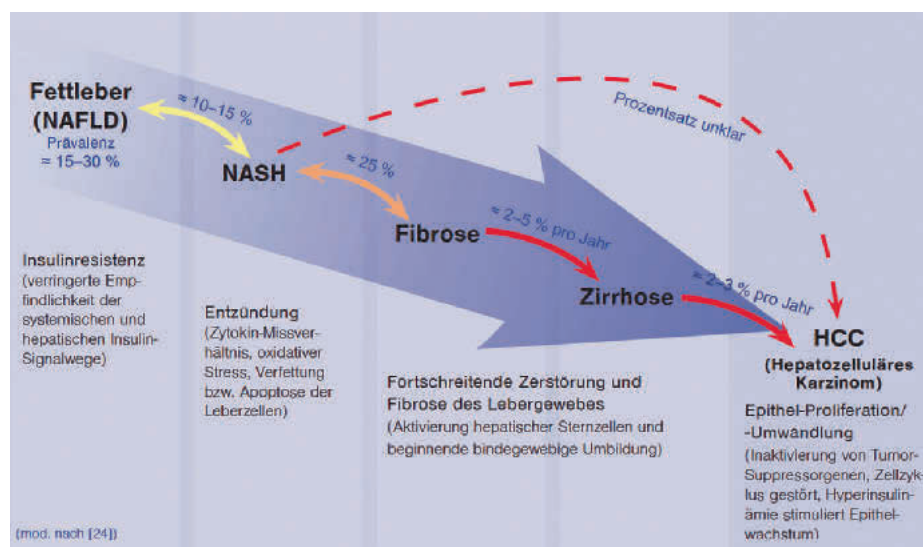


Figura 1: Progressione della NAFLD, disponibile solo in tedesco [2]

viene riportata stanchezza, raramente anche una sensazione di oppressione addominale superiore a destra. Agli esami sierologici, oltre all'aumento delle transaminasi epatiche, spesso si trovano anche livelli elevati di ferritina.

La biopsia del fegato è ancora il gold standard diagnostico della NAFLD, perché oltre alla differenziazione NAFLD/NASH, consente anche una determinazione dell'attività [2].

Complicanze e prognosi

La complicanza più importante è la progressione della NAFLD in LC, come già descritto all'inizio [2].

Terapia

Come accennato all'inizio, non è disponibile alcuna strategia farmacologica per il

trattamento della NAFLD, per cui la terapia nutrizionale assume una particolare importanza. Le linee guida ESPEN, pubblicate di recente, forniscono una buona panoramica di tutti gli interventi di terapia nutrizionale [6]. Questo articolo si propone di discutere principalmente solo la NAFLD e la conseguente LC.

Obiettivi della terapia nutrizionale

I principali obiettivi della terapia nutrizionale nei pazienti con NAFLD si possono dedurre considerando il processo fisiopatologico:

- riduzione dell'apporto energetico, per ottenere una riduzione della massa grassa corporea, che è realizzabile in generale con qualsiasi dieta ipocalorica [6]
- aumento dell'attività fisica, per influenzare positivamente l'IR [6]

Concetti di base della terapia nutrizionale

Riduzione del peso corporeo

Le linee guida ESPEN descrivono come obiettivo una riduzione di peso del 7-10% del peso iniziale per migliorare la steatosi, e una riduzione di peso >10% per influenzare positivamente la fibrosi del tessuto epatico [6].

Attività fisica

Nelle persone normopeso, la riduzione del peso corporeo non rappresenta un obiettivo primario. In questo caso, l'attenzione va rivolta all'ottimizzazione dell'attività fisica, per migliorare l'IR [6]. Con il miglioramento della sensibilità all'insulina, si riduce l'apporto di sostanze al fegato, il legame intraepatico dei lipidi diminuisce, come anche la formazione di citochine proinfiammatorie. Le raccomandazioni a questo proposito corrispondono a 200 minuti di attività fisica a settimana e valgono anche



Tutto il gusto del benessere.

Qualcuno dei vostri amici o familiari è intollerante ad alcuni alimenti? O lo siete voi stessi? Adesso Coop amplia l'assortimento di prodotti da forno con nuovi tipi di farina, miscele pronte e tanti altri prodotti, tutti senza glutine. Da oltre dieci anni Coop si impegna per offrirvi prodotti facili da riconoscere, sicuri e allo stesso tempo gustosi.

L'assortimento Coop Free From comprende più di 500 prodotti. Scopritelo subito: coop.ch/freefrom

free from

coop

Per me e per te.

per i pazienti in sovrappeso e obesi [2]. Questo allo scopo di prevenire la perdita di massa magra che compare inevitabilmente in caso di perdita di peso.

Percentuali per i macronutrienti

Come già ricordato, ESPEN raccomanda una dieta ipocalorica secondo le attuali linee guida sulla terapia dell'obesità, senza specificare le percentuali per i macronutrienti. Nelle raccomandazioni si discutono più in dettaglio le diete a basso contenuto di carboidrati e la dieta mediterranea, ma non si fa alcuna raccomandazione concreta. Così, come linea guida approssimativa, si può ricercare una riduzione di 500 kcal/d, orientata secondo i punti principali risultanti dall'anamnesi alimentare.

Tuttavia, qui sembra importante notare che altri autori raccomandano chiaramente a questo proposito diete a basso contenuto di carboidrati, con il 40–55% dell'energia, per mantenere la DNL nel fegato la più bassa possibile. La riduzione della quantità di carboidrati va ottenuta principalmente con la restrizione dei mono e disaccaridi, così come con la riduzione dei prodotti amidati raffinati [5].

Uno sguardo alla letteratura mostra che le forme di alimentazione a ridotto tenore di carboidrati causano nei primi mesi una più rapida perdita di grassi nel fegato rispetto alle diete prevalentemente a base di carboidrati e a basso contenuto di grassi [7]. A lungo termine, con una dieta a basso contenuto di carboidrati dopo 3 mesi si riscontra una sensibilità epatica all'insulina significativamente migliore rispetto alle diete a basso contenuto di grassi [8]. Infine, anche tre studi più piccoli mostrano che le diete a basso contenuto di carboi-

drati, arricchite con acidi grassi monoinsaturi e sufficiente apporto proteico, possono ridurre la quantità di grassi epatici anche senza riduzione delle calorie. Questo aspetto può rappresentare, soprattutto nei pazienti normopeso, un adeguato obiettivo terapeutico [2, 5].

Siccome nelle linee guida ESPEN non viene ulteriormente trattato l'apporto di macronutrienti, l'apporto di proteine e di grassi va regolato secondo le linee guida DACH:

- Proteine: 0,8–1 g/kg PC
- Grassi: 30% dell'energia con accentuato apporto di acidi oleici [5]

Altri nutrienti

Alcool

Su consumo di alcool e NAFLD è disponibile una rassegna sistematica che conclude che, in presenza di una malattia del fegato, va raccomandata l'astinenza dall'alcool a causa di un aumento del rischio relativo di mortalità. Questa raccomandazione è confermata anche dalle linee guida ESPEN. Come per la quantità di carboidrati, anche qui è in atto una controversa discussione, basata su endpoint diversi. Ad esempio, gli studi interventzionali hanno mostrato un potenziale beneficio del consumo moderato di alcool nella NAFLD, attribuito a una migliore sensibilità all'insulina. Come raccomandazione pratica, nella terapia nutrizionale si possono discutere quindi anche le linee guida per un consumo di alcool a basso rischio. (v. Fig. 3) Queste postulano, indipendentemente dal sesso, non più di 100 g di alcool a settimana, pari a 5 bicchieri di vino [9].

Caffeina/acido caffeico

Il consumo di 3 tazze di caffè filtrato al giorno (300 mg di caffeina) è considerato un

fattore protettivo contro la progressione in NASH e lo sviluppo di fibrosi e, sulla base di studi di coorte, sembra anche ridurre il rischio di insorgenza di NAFLD [2, 5].

Vitamina E

Le linee guida ESPEN raccomandano, in presenza di NASH confermata, 800 UI di tocoferoli/d, che come antiossidanti mostrano un miglioramento degli enzimi epatici, della steatosi e dell'infiammazione, ma non sembrano avere un effetto sulla fibrosi. Tuttavia, non va dimenticato che sussiste una grande eterogeneità negli studi su vitamina E e NAFLD e che, soprattutto nelle meta-analisi, si osserva un aumento del rischio di mortalità [6].

Antiossidanti

Allo stesso modo, secondo ESPEN, non può essere fornita alcuna raccomandazione per la supplementazione generale di acidi grassi polinsaturi, antiossidanti quali la vitamina C, resveratrolo, antocianine e sostanze simili [6].

Disbiosi

Da tempo è noto che varie malattie intestinali, soprattutto non trattate (v. Fig. 2), sono associate alla NAFLD. Numerosi recenti lavori hanno dimostrato che il microbioma è strettamente correlato alla progressione della steatosi epatica. Le alterazioni della quantità e della qualità dei batteri intestinali, comunemente denominate disbiosi, causano alterazioni del metabolismo degli alimenti, aumento della permeabilità della barriera intestinale («leaky gut») e conseguenti processi infiammatori del fegato. Ciò favorisce la progressione sia dell'obesità e dei disturbi metabolici, sia della NAFLD stessa. Su questo punto sono attualmente in discussione diverse terapie (probiotici, prebiotici e simbiotici, come anche il trapianto di feci) [10], che però qui non possono essere ulteriormente affrontate.

Valutazione

La valutazione si basa sul NCP e deve concentrarsi soprattutto su: peso, andamento del peso (cave: perdita di peso rapida e/o non intenzionale), andamento della glicemia, HbA1c e abitudini all'attività fisica.

Bevanda alcolica	Bicchiere	Alcool	Bicchieri a settimana
Birra	330 ml	5 %	7,5
Vino	200 ml	12 %	5,0
Gin Tonic (da 5 cl)	200 ml	38 %	6,5
Wodka Energy (da 4 cl)	140 ml	38 %	8,0
Spumante	100 ml	11 %	11,0
Shot di Tequila	40 ml	38 %	8,0

Figura 3: Panoramica del consumo di alcool a basso rischio secondo Wood [9]

Con l'anamnesi nutrizionale si può stimare la quantità e la qualità dei carboidrati, la qualità dei grassi e anche l'assunzione di alcool. In alcuni casi, può essere opportuna una stima dell'apporto di proteine e micronutrienti secondo il fabbisogno (cave: malnutrizione qualitativa).

Monitoraggio

Il monitoraggio si basa sugli interventi di terapia nutrizionale scelti e sull'obiettivo. Si raccomanda di scegliere, come parametri di andamento oggettivi, il peso, la glicemia, l'HbA1c e i valori del fegato.

Patologia di base della cirrosi epatica

La cirrosi epatica si presenta come lo stadio finale di malattie epatiche infiammatorie croniche. Le patologie di base più comuni sono la steatosi non alcolica (NASH / NAFLD), la steatosi alcolica (ASH) o le epatiti (B, C, D ed E nei pazienti immunosoppressi) [11,12,13,16]. Le manifestazioni cliniche caratteristiche compaiono di regola solo quando la malattia progredisce [14].

La severità della cirrosi viene valutata sulla base dei criteri di Child-Pugh o del MELD Score [13].

Epidemiologia

Nel mondo occidentale, sviluppano una cirrosi epatica in media 250 persone su 10 000; gli uomini sono colpiti con una frequenza doppia rispetto alle donne [13].

Clinica/complicanze

La clinica della cirrosi epatica avanzata si presenta in molti modi. Il seguente elenco non si considera esaustivo, ma i sintomi possono avere un'influenza più o meno importante sulla conduzione della terapia nutrizionale.

Nella cirrosi epatica avanzata compare l'ipertensione portale, che causa disturbi del deflusso del sangue e della linfa e, di conseguenza, la formazione di ascite. Essa può anche causare la formazione di varici,

ad esempio nell'area dell'esofago. L'ascite aumenta il rischio di peritonite batterica spontanea. Anche la sindrome epato-renale può essere una grave complicanza dell'ascite, che può portare anche all'insufficienza renale. Può comparire pure un ittero, ad esempio a causa di un disturbo del deflusso della bile. Questo si manifesta clinicamente con l'ingiallimento della cute e delle mucose. Oltre alle possibili complicanze già menzionate, è rilevante per la pratica della consulenza nutrizionale anche lo sviluppo di un'encefalopatia epatica (HE), che può colpire i pazienti con pronunciato affaticamento, fino alla sonnolenza [13, 15].

Prognosi

Negli elenchi diagnostici si trovano spesso i punteggi del Model of End Stage Liver Disease (MELD Score) e del Child-Pugh Score. Entrambi sono indicatori della severità della cirrosi epatica.

MELD Score = $(9,57 \times \text{creatinina}) + (3,78 \times \text{bilirubina}) + (11,2 \times \text{INR}) + 6,43$ [19]

MELD ≥ 40 punti =

100 % mortalità a 3 mesi

MELD 30–39 punti =

83 % mortalità a 3 mesi

MELD 20–29 punti =

76 % mortalità a 3 mesi

MELD 10–19 punti =

27 % mortalità a 3 mesi

MELD < 10 punti =

4 % mortalità a 3 mesi

Obiettivi della terapia nutrizionale

- Mantenere o ottimizzare lo stato nutrizionale, garantendo un apporto di energia, di macro e micronutrienti in base al fabbisogno
- Prevenire il catabolismo dovuto all'apporto [17].
- Preparare un possibile trapianto di fegato, con l'obiettivo di evitare complicanze nutrizionali
- Accompagnare i pazienti nel processo della malattia

Valutazione

La conduzione della valutazione di terapia nutrizionale nei pazienti con cirrosi

epatica e il rilevamento del punteggio di rischio nutrizionale (NRS) possono essere difficili a causa dell'ascite o degli edemi. È utile una stretta osservazione dell'andamento del peso corporeo. A volte, è noto il peso secco o lo sviluppo ponderale da un'eventuale paracentesi all'altra. Come per tutti i gruppi di pazienti con aumentato rischio di malnutrizione, occorre registrare l'attuale assunzione orale, così come quella degli ultimi giorni e mesi.

Calcolo del fabbisogno nella cirrosi epatica:

Il calcolo del fabbisogno deriva dalle raccomandazioni basate sull'attuale linea guida S2 della Società Tedesca di Gastroenterologia e Malattie Metaboliche (DGVS), che è stata elaborata nel 2019. Essa raccomanda le seguenti formule di calcolo:

Fabbisogno energetico: 30–35 kcal/kg PC

Fabbisogno proteico: 1,2–1,5 g/kg PC

Per il calcolo, bisogna scegliere il peso secco o, nei pazienti in sovrappeso, il peso ideale (o Adjusted Body Weight) [17].

Possibili problemi nutrizionali nella cirrosi epatica:

- Inappetenza e rapida comparsa di sazietà in caso di ascite
- Affaticamento e sonnolenza, soprattutto nella HE
- Compromissione del gusto e dell'odorato
- Restrizioni dietetiche non scientificamente supportate in assenza di indicazione (es. dieta a basso contenuto proteico o di sale, restrizioni dei liquidi in assenza di indicazione)
- Disturbo dell'equilibrio idro-elettrolitico
- Disturbi del metabolismo dei macronutrienti
- Compromissione della gluconeogenesi e quindi aumentato rischio di ipoglicemia
- Maldigestione in presenza di ipertensione portale, fegato colestatico e alterata colonizzazione batterica
- Aumento della proteolisi e riduzione della sintesi proteica
- Maldigestione dei grassi in presenza di colestasi e, di conseguenza, possibile carenza di acidi grassi essenziali e vitamine liposolubili

- Carenza di vitamine idrosolubili (in particolare del complesso vitaminico B) [18]

Interventi

Alimentazione perorale

- Nessuna restrizione non necessaria nella scelta degli alimenti
- Pasti e spuntini il più possibile ricchi di sostanze nutritive
- Impiego di alimenti liquidi a elevato contenuto calorico e proteico; non sono di regola necessari prodotti speciali adattati alla malattia
- Spuntino di sera tardi ricco di carboidrati e proteine, per ottimizzare lo stato proteico
- Astinenza dall'alcool
- Impiego di integratori di micronutrienti, ad esempio sotto forma di complesso multivitaminico e di oligoelementi o integrazione mirata di nutrienti in presenza di manifestazioni carenziali o rischio di loro comparsa
- Nell'encefalopatia epatica: a seconda della severità, è eventualmente utile l'impiego di aminoacidi a catena ramificata (BCAA) (evidenza discutibile). In questo caso i valori di ammoniaca sierica non vengono utilizzati come parametro significativo [17].

Nutrizione enterale/parenterale

In caso di apporto insufficiente, va ottimizzata l'alimentazione perorale. Se ciò non è possibile, va avviata un'alimentazione enterale aggiuntiva o esclusiva, in conformità con le linee guida ESPEN. Se anche questa non è possibile, va avviata un'alimentazione parenterale. Ciò avviene tenendo conto della situazione generale. Quando possibile, la dieta enterale va preferita a quella parenterale [6, 18].

Child-Pugh Score* [20]				
Criterio	1 punto	2 punti	3 punti	Unità
Bilirubina $\mu\text{mol/l}$ (mg/dl)	< 2,0 < 34,2	2,0–3,0 34,2–51,3	> 3,0 51,3	mg/dl (x 17,104 = $\mu\text{mol/l}$) $\mu\text{mol/l}$
Albumina sierica	> 3,5	2,8–3,5	< 2,8	g/dl
Valore Quick o INR	> 70 < 1,7	40–70 1,71–2,20	< 40 > 2,20	%
Ascite all'ecografia	Assente	Lieve	Moderata	
Encefalopatia epatica	Assente	Stadio 1–2	Stadio 3–4	

Valutazione					
Punti	Stadio	Tasso di sopravvivenza a 1 anno	Tasso di sopravvivenza a 2 anni	Tasso di sopravvivenza a 3 anni	Tasso di sopravvivenza a 5 anni
5–6	A	100 %	85 %	70 %	50 %
7–9	B	81 %	57 %	36 %	26 %
10–15	C	45 %	35 %	17 %	

*I valori e le unità possono differire a seconda dell'autore e della pubblicazione

Monitoraggio

- Andamento del peso corporeo: tenere conto degli edemi o dell'ascite e monitorare gli elettroliti per la valutazione dell'equilibrio dei liquidi
- Glicemia nei disturbi della gluconeogenesi e nel rischio di ipoglicemie
- Apporto orale di energia e proteine
- Feci per la valutazione di un'eventuale maldigestione (es. colestasi). In presenza di segni di maldigestione dei grassi: vitamine liposolubili (A, D, E, K)
- Vitamine idrosolubili (in particolare del complesso vitaminico B) [18]

Conclusioni

La NAFLD è un quadro clinico straordinariamente eterogeneo, con una complessa fisiopatologia, per il quale attualmente non esi-

ste una terapia farmacologica. È confermato il fatto che una riduzione del peso corporeo porta a un miglioramento significativo e per quanto riguarda l'efficacia degli interventi di terapia nutrizionale (basso contenuto di carboidrati o no?) non tutte le domande sono ancora state chiarite, il che consente una certa libertà nella progettazione della terapia nutrizionale. Per il decorso avanzato, stanno emergendo nuove sfide nella terapia nutrizionale, per le quali le attuali linee guida possono servire da orientamento.

Con il nostro articolo, ci auguriamo di aver chiarito le principali possibilità di terapia nutrizionale, promuovendo così l'interesse per l'impegnativa presa a carico delle malattie epatiche nella pratica quotidiana.

Su richiesta, le autrici mettono a disposizione l'elenco della letteratura.

Wissenschaftlich fundiert – Interprofessionell ausgerichtet – karrierefördernd

Berner Fachhochschule Gesundheit, Murtenstrasse 10, 3008 Bern, bfh.ch/gesundheit



Eine neue Perspektive für Ernährungsberaterinnen

Sie übernehmen erweiterte Rollen und betreuen komplexe Patientenfälle: Absolventinnen und Absolventen des neuen Master-Studiengangs Ernährung und Diätetik der Berner Fachhochschule sind Pionierinnen und Pioniere in der Gesundheitsversorgung.

Anita Bucher, Master-Studentin Ernährung und Diätetik

Wie effektiv sind unsere Behandlungen? Inwiefern lässt sich durch eine Ernährungsmodifikation eine Krankheit beeinflussen? – «Auf solche Fragen haben wir aktuell noch zu wenig zufriedenstellende Antworten», konstatiert Anita Bucher. Um sich in Zukunft an der berufsrelevanten Wissensgenerierung zu beteiligen, nahm sie das Master-Studium Ernährung und Diätetik an der Berner Fachhochschule BFH in Angriff. Ebenfalls kann sich die 36-Jährige vorstellen, in der klinischen Praxis eine Advanced Practice Rolle zu übernehmen und so spezifische Patientengruppen zu betreuen. Damit wird sie einer neuen Generation von Ernährungsberaterinnen angehören, die sich ihren künftigen Platz im klinischen Alltag zunächst erarbeiten muss. Denn: Solche Rollen sind noch rar. Die Fähigkeit, gewinnend aufzutreten und zu argumentieren, sieht Anita Bucher neben den ernährungstherapeutischen Kompetenzen folglich als zentral an. «Es wird darum gehen, Nischen zu finden und Skeptiker vom Mehrwert der Advanced Practice Dietitians zu überzeugen», sagt sie. Das Master-Studium bietet das geeignete Umfeld dafür. Es ist interprofessionell ausgerichtet, sprich die Studierenden aller vier Studienrichtungen der BFH Gesundheit – Ernährung und Diätetik, Pflege, Physiotherapie sowie Hebamme – absolvieren bestimmte Module gemeinsam und im ständigen Austausch stehend.

«Die Ernährungsberatung braucht professionseigene Forschung.»

Anita Bucher

Petra Martel, Master-Studentin Ernährung und Diätetik

«Ernährungsberaterinnen und -berater müssen hart um ihre Anerkennung kämpfen», stellt Petra Martel fest. Das äussere sich etwa in der Zusammenarbeit mit ärztlichen Fachpersonen – aber auch im Lohn. «Es ist Zeit für eine Veränderung», fordert sie.

Um aktiv an einem solchen Wandel mitzuwirken, liebäugelte Petra Martels schon länger mit einem Master-Studiengang im Bereich Ernährung. Die ausserhalb unserer Landesgrenzen angebotenen Studiengänge kommen für die Mutter von drei Kindern allerdings nicht in Frage. «Ich habe mich deshalb sehr gefreut, als ich vom neuen Master-Studiengang Ernährung und Diätetik an der BFH erfahren habe», sagt sie. Und so begab sie sich, voller Tatendrang, auf das Abenteuer: Im September dieses Jahres startete sie das Studium. Daneben arbeitet sie zu 60 Prozent als selbstständige Ernährungsberaterin. «Diesen Spagat zu leisten, ist enorm fordernd», stellt sie fest. Motiviert von der Aussicht, mit dem Master of Science in

Ernährung und Diätetik künftig selbstbewusster zu argumentieren und noch professioneller mit anderen Fachpersonen zusammenzuarbeiten, nimmt sie die Herausforderung an.

«Es ist Zeit für eine Veränderung.»

Petra Martel

Lisa Gerber, Master-Studentin Ernährung und Diätetik

Lisa Gerber will sich weiterentwickeln – sowohl fachlich als auch persönlich. Der Master-Studiengang Ernährung und Diätetik bietet ihr genau diese Möglichkeit: Die 26-Jährige eignet sich dort vertiefte ernährungstherapeutische Kompetenzen an. Dazu gehört auch – und darauf legt sie besonderen Wert – mit effizienter Recherche den Forschungsstand zu einem bestimmten Thema zu erfassen. Welche Therapie hat sich als besonders wirksam bei Patientinnen und Patienten mit Leberzirrhose erwiesen? Sie will den Stand des Wissens regelmässig evaluieren, neuste Erkenntnisse gezielt in die Ernährungstherapie integrieren und Strukturen schaffen, die eine Beratung der Patientinnen und Patienten auf hohem Level ermöglichen.

Lisa Gerber, die neben dem Studium sowohl klinisch als auch ambulant als Ernährungsberaterin arbeitet, sieht das Master-Studium nicht nur für die eigene Karriere, sondern auch in einem grösseren Kontext als Gewinn: «Die Spitäler haben erkannt, dass neue Rollen in der Ernährungsberatung für eine qualitativ hochwertige Gesundheitsversorgung wichtig sind.» Sie freut sich darauf, in naher Zukunft ebensolche Rollen zu entwickeln, zu prägen und damit die Berufsgruppe zu stärken und deren Professionalisierung voranzutreiben.

Master-Studium Ernährung und Diätetik

Studienstart: jeweils im September

Dauer: Teilzeit: 6 Semester (ab Herbstsemester 2019),

Vollzeit: 3 Semester (ab Herbstsemester 2020)

Umfang: 90 ECTS-Credits

Abschluss: Master of Science BFH in Ernährung und Diätetik

Infoveranstaltungen:

28. Januar 2020 (Bern), 12. März 2020 (Zürich)

➔ Weitere Informationen und Anmeldung:

bfh.ch/gesundheit/master

Vorabklärung bei bariatrischen Operationen

Autoren: V. Michel, C. Wegmann, D. Fäh

Zunahme von Adipositas und bariatrischen Eingriffen

Die Prävalenz von Übergewicht und Adipositas ist in der Schweiz steigend. Gemäss dem Bundesamt für Gesundheit ist rund 41 % der erwachsenen Schweizer Bevölkerung übergewichtig oder adipös (BAG, 2019). Parallel dazu hat sich zwischen 2011 und 2017 die Zahl durchgeführter bariatrischer Eingriffe in der Schweiz mehr als verdoppelt (Bauknecht, 2017).

Der Operationserfolg hängt stark davon ab, wie gut die Personen informiert sind, deshalb ist eine umfassende Vorabklärung zwingend nötig. Sie ist nötig, um Vor- und Nachteile des Eingriffs aufzuzeigen, mögliche Operationsrisiken zu erkennen, Erwartungen zu klären und die Konsequenzen der Operation auf das zukünftige Essverhalten zu erläutern (Giusti et al., 2004). Mit einer präoperativen Essverhaltensschulung können Hunger und Sättigung sowie Kontrollverluste postbariatrisch besser reguliert werden (Lanza et al., 2012). Allgemein kann gesagt werden, dass präoperative Ernährungsberatung einen positiven Effekt auf das Outcome hat und sich vorteilhaft auf den Gewichtsverlust auswirken kann (Magno et al., 2014).

Längere Vorabklärungen scheinen dazuzuführen, dass mehr Kandidatinnen und Kandidaten sich gegen eine Operation entscheiden, da sie genügend Zeit hatten, eine reflektierte Entscheidung zu treffen.

In der Praxis fällt auf, dass die konkrete Durchführung und die Tiefe der Themen bei der Vorabklärung unterschiedlich gehandhabt werden. Deshalb wurde mit ei-

ner Bachelor Thesis der Berner Fachhochschule (Studiengang Ernährung & Diätetik) die Vorabklärung in der Schweiz mittels Experteninterviews aus allen Sprachregionen der Schweiz untersucht und Empfehlungen für die Praxis abgeleitet.

Wichtigste Ergebnisse

Folgende Punkte stachen bei den Interviews heraus:

1. Die Dauer der Vorabklärung variiert zwischen drei Monaten und zwei Jahren. Es konnte ein deutlicher Unterschied zwischen der Deutsch- und der Westschweiz festgestellt werden: Die Vorabklärung dauert in der Westschweiz deutlich länger.
2. Die Relevanz und die Tiefe der zu besprechenden Themen in der Ernährungsberatung werden unterschiedlich gewichtet: In gewissen Zentren wird stark an Verhaltensänderungen gearbeitet. Nicht überall wird deutlich gemacht, wie wichtig die Mitarbeit der Patientin oder des Patienten für eine langfristige Gewichtsreduktion ist.
3. Psychologische Aspekte werden in unterschiedlicher Tiefe und Quantität diskutiert. Eine psychologische Sitzung gilt als obligatorisch, jedoch werden vor allem in der Westschweiz psychologische Themen zusätzlich im Gruppensetting angegangen.

Verbesserungsvorschläge auf den Punkt gebracht

- Als klarer Konsens werden klar definierte Richtlinien mit einem standardisierten und einheitlichen Vorgehen in der Schweiz gewünscht.
- Für eine vollumfängliche Vorabklärung sollte die Dauer auf mindestens neun Monate verlängert werden. Einerseits braucht eine vertiefte Informationsver-

mittlung Zeit, andererseits ist es schwierig, eine reflektierte Entscheidung bereits in drei Monaten zu treffen.

- Grundlegende Informationsveranstaltungen zur bariatrischen Operation sollten regelmässig und für alle möglichst einfach zugänglich sein.
- Die postoperativ notwendigen Verhaltensänderungen sollten bereits präoperativ eingeübt werden.
- Gruppenkurse sollten in jedem Bariatriezentrum angeboten werden und Patientinnen und Patienten sollten selber entscheiden, ob sie lieber im Einzel- oder Gruppensetting die ernährungsspezifischen präoperativ notwendigen Kurse besuchen möchten.

Schlussfolgerung

Eine bariatrische Operation ist kein Wundermittel, das alle Probleme löst. Kompulsives Verhalten bleibt, wenn nicht behandelt, auch nach der Operation bestehen.

Durch ein schweizweit einheitliches und klar definiertes Vorgehen soll das Bewusstsein der Vor- und Nachteile bei den Betroffenen geschärft werden. Die Vorbereitung auf diesen nicht zu unterschätzenden Eingriff braucht Zeit und muss gut durchdacht sein.

Die Forschungslage ist jedoch im Gebiet der Vorabklärung bei Weitem nicht ausgeschöpft: Es braucht weitere Studien, die aufzeigen, welchen Nutzen eine ausführliche Vorabklärung auf das körperliche wie mentale Outcome hat.

Das Literaturverzeichnis kann auf www.nutri-point.net > Studien/Wissenschaft > «Wissenschaftliche Arbeiten von Mitgliedern» abgerufen werden.

Investigations préalables à une intervention de chirurgie bariatrique

Auteurs: V. Michel, C. Wegmann, D. Föh

Augmentation de l'obésité et des interventions de chirurgie bariatrique

En Suisse, la prévalence du surpoids et de l'obésité augmente. Selon l'Office fédéral de la santé publique, environ 41 % de la population adulte de Suisse présentent un excès pondéral ou une obésité (OFSP, 2019). En parallèle, le nombre d'interventions de chirurgie bariatrique pratiquées en Suisse entre 2011 et 2017 a plus que doublé (Bauknecht, 2017).

Comme l'information éclairée des personnes concernées conditionne fortement le succès de l'intervention, il est absolument nécessaire de mener des investigations préalables exhaustives. Les investigations préalables servent à montrer les avantages et les inconvénients de l'opération, à identifier les risques possibles liés à cette dernière, à clarifier les attentes et à expliquer les conséquences de l'opération sur le futur comportement alimentaire (Giusti et al., 2004). Une formation sur le comportement alimentaire suivie avant de subir l'opération permet de mieux réguler la faim et la satiété ainsi que les pertes de contrôle après l'intervention de chirurgie bariatrique (Lanza et al., 2012). De manière générale, on peut donc affirmer que les conseils diététiques au stade préopératoire ont un effet positif sur le résultat et qu'ils peuvent influencer avantageusement sur la perte de poids (Magno et al., 2014).

Après des investigations préalables plus longues, il semblerait que les candidat-e-s soient plus nombreux à choisir de renoncer à l'opération parce qu'ils/elles ont eu assez de temps pour prendre une décision réfléchie.

En pratique, il apparaît que la manière dont les investigations préalables sont

concrètement menées varie, tout comme le niveau d'approfondissement des différents thèmes. Dans le cadre d'un travail de bachelor de la Haute école spécialisée bernoise (filiale Nutrition et diététique), les investigations préalables en Suisse ont ainsi été analysées au moyen d'interviews d'expert-e-s de toutes les régions linguistiques de Suisse, et des recommandations pour la pratique en ont été inférées.

Principales conclusions

Ces interviews ont fait ressortir les points suivants:

1. La durée des investigations préalables varie entre trois mois et deux ans. Une nette différence a pu être constatée entre la Suisse alémanique et la Suisse romande: les investigations préalables sont nettement plus longues en Suisse romande.
2. Une importance variable est en revanche accordée à la pertinence et à la profondeur des thèmes à aborder lors de la consultation diététique: certains centres travaillent beaucoup sur les changements de comportement. Ils n'attirent pas tous l'attention sur l'importance de la coopération du/de la patient-e pour une perte de poids durable.
3. La prise en charge psychologique est variable, tant du point de vue de la profondeur des échanges que du volume de séances. Une séance de psychologie est obligatoire, mais les thèmes psychologiques sont en outre abordés en groupe, notamment en Suisse romande.

Principales propositions d'amélioration

- Des directives clairement définies prévoyant une procédure standardisée et homogène sur le plan national sont souhaitables en tant que consensus clair.
- Pour que les investigations préalables soient complètes, leur durée devrait être prolongée à au moins neuf mois.

Premièrement, transmettre des informations approfondies prend du temps. Deuxièmement, il est difficile de prendre une décision réfléchie dans un délai de trois mois seulement.

- Des séances lors desquelles des informations de base sont dispensées sur les interventions de chirurgie bariatrique devraient être organisées régulièrement et chacun devrait pouvoir y assister le plus facilement possible.
- Il faudrait s'exercer avant même l'opération à mettre en place les changements de comportement qui s'imposeront après l'opération.
- Des cours collectifs devraient être proposés dans chaque centre spécialisé et les patient-e-s devraient pouvoir choisir eux-mêmes de suivre seul-e-s ou en groupe les cours sur la nutrition précédant l'intervention.

Conclusion

Une intervention de chirurgie bariatrique n'est pas une solution miracle qui résout tous les problèmes. Si le comportement compulsif n'est pas soigné, il se manifestera à nouveau après l'opération.

Une procédure clairement définie et homogène à l'échelle de toute la Suisse doit permettre aux personnes concernées de mieux prendre conscience des avantages et des inconvénients. La préparation à cette intervention à ne pas sous-estimer prend du temps et doit être mûrement réfléchie.

Toutefois, dans la recherche sur les investigations préalables, on est loin d'avoir épuisé toutes les pistes: de nouvelles études doivent être réalisées pour montrer en quoi des investigations préalables approfondies peuvent améliorer le résultat physique et mental.

La bibliographie peut être consultée sur www.nutri-point.net > Etudes/Science > Travaux scientifiques des membres.

Valutazione preliminare nella chirurgia bariatrica

Autori: V. Michel, C. Wegmann, D. Föh

Aumento dell'obesità e degli interventi bariatrici

In Svizzera si registra un aumento dei casi di prevalenza del sovrappeso e dell'obesità. Secondo l'Ufficio federale della sanità pubblica, circa il 41% della popolazione adulta svizzera è in sovrappeso o è obesa (UFSP, 2019). Al contempo il numero di interventi di chirurgia bariatrica è più che raddoppiato nel periodo tra il 2011 e 2017 (Bauknecht, 2017).

Il successo chirurgico dipende molto dalle informazioni fornite alle persone interessate e quindi è assolutamente necessaria una valutazione preliminare accurata. Una valutazione preliminare permette di illustrare i vantaggi e gli svantaggi dell'intervento, riconoscere i possibili rischi dell'operazione, chiarire le aspettative e le conseguenze dell'operazione sulle future abitudini alimentari (Giusti et al., 2004). Con una formazione preoperatoria sul comportamento alimentare è più facile per i pazienti post-bariatrici gestire il senso di fame e sazietà nonché le perdite di controllo alimentare (Lanza et al., 2012). In generale, si può affermare che la consulenza nutrizionale preoperatoria influisce positivamente sul risultato dell'intervento e sulla riduzione di peso (Magno et al., 2014).

Le valutazioni preliminari che durano più a lungo pare inducano le candidate e i candidati a rinunciare più spesso all'intervento grazie al fatto di aver avuto più tempo per riflettere.

Nella pratica si riscontra che lo svolgimento e l'approfondimento degli argomenti della valutazione preliminare cambiano da caso a caso. Per questo, la valutazione preli-

minare è stata oggetto di analisi in una tesi di bachelor della Scuola universitaria professionale di Berna (corso di studi Nutrizione e dietetica), per mezzo di interviste con esperti provenienti da tutte le regioni linguistiche della Svizzera. Sulla base dei risultati sono state poi definite delle raccomandazioni per la pratica.

I risultati principali

Le interviste hanno messo in evidenza tre punti:

1. La durata della valutazione preliminare varia da tre mesi a due anni. È stata rilevata una sostanziale differenza tra la Svizzera tedesca e francese: la valutazione preliminare dura molto più a lungo nella Svizzera francese.
2. Agli argomenti da discutere nella consulenza nutrizionale è attribuita una rilevanza diversa, come pure al loro approfondimento: in determinati centri si lavora molto sul cambiamento delle abitudini. Non dappertutto viene spiegato chiaramente quanto sia importante la collaborazione attiva della paziente o del paziente per ridurre a lungo termine il peso corporeo.
3. Gli aspetti psicologici sono discussi in maniera ed entità diverse. Una seduta psicologica è obbligatoria, tuttavia è soprattutto nella Svizzera francese che i temi psicologici sono ulteriormente affrontati in contesti di gruppo.

Proposte di miglioramento

- Andrebbero individuate delle direttive chiaramente definite e una procedura uniforme e standardizzata per la Svizzera che raccolgano un ampio consenso.
- Per una valutazione preliminare accurata dovrebbe essere prevista una durata di almeno nove mesi, da un lato perché un'informazione approfondita richiede tempo e dall'altro perché è alquanto improbabile arrivare a una

decisione ponderata dopo soltanto tre mesi.

- Eventi informativi basilari sulla chirurgia bariatrica dovrebbero essere organizzati regolarmente e le persone interessate dovrebbero potersi accedere senza problemi.
- I cambiamenti di comportamento alimentare che si renderanno necessari a seguito dell'intervento andrebbero introdotti ed esercitati già nella fase preoperatoria.
- Tutti i centri bariatrici dovrebbero offrire corsi di gruppo e le/i pazienti dovrebbero poter scegliere se frequentare i necessari corsi preoperatori dedicati alla nutrizione in un setting individuale o di gruppo.

Conclusione

Gli interventi bariatrici non vanno considerati la panacea di tutti i mali. Problemi come il comportamento compulsivo, se non sono opportunamente trattati, permangono anche dopo l'intervento.

L'adozione in Svizzera di una procedura chiaramente definita e uniforme punta ad accrescere la consapevolezza sui vantaggi e gli svantaggi degli interventi bariatrici. Gli interventi bariatrici non vanno sottovalutati e per prepararsi correttamente ad affrontarli servono tempo e riflessione.

La ricerca nel campo della valutazione preliminare è ancora ben lontana dal potersi considerare conclusa: sono necessari altri studi che dimostrino quanto una valutazione preliminare approfondita influisca positivamente sui risultati a livello sia fisico che mentale.

I riferimenti bibliografici possono essere consultati in tedesco e francese su www.nutri-point.net > Studien/Wissenschaft > «Wissenschaftliche Arbeiten von Mitgliedern».



Gabi Fontana
Präsidentin
Présidente
Presidentessa



Liebe Leserin, lieber Leser

Seit 2008 ist bei den Ernährungsberater/innen weltweit der zweite Mittwoch im März rot markiert, denn dann ist der «Internationale Tag der Ernährungsberater/innen». Die Gelegenheit, um auf die Wichtigkeit und den Mehrwert einer fundierten, qualitativ hochstehenden Ernährungsberatung hinzuweisen! Der «Tag der Ernährungsberater/innen» ist eine gute Möglichkeit, um in der Öffentlichkeit, bei Partnern und Gesetzgebern auf uns aufmerksam zu machen. Es steht allen frei, ob und mit welchen Angeboten und Aktivitäten das Interesse der Adressaten geweckt werden soll. Wie wäre es aber z. B. mit einem «Tag der offenen Tür» in der Beratungspraxis? Oder speziellen Aktionen am Arbeitsplatz, welche nicht nur der breiten Öffentlichkeit, sondern auch anderen Berufsgruppen z. B. in der Klinik oder der Hochschule oder der Firma zur Verfügung stehen? Auf der Webseite des SVDE finden sich diverse Hilfsmittel und Vorlagen, welche bei der Vorbereitung und Durchführung von Aktivitäten genutzt werden können. Auch Angebote von Partnern und Sponsoren des SVDE, welche für diesen Tag zur Verfügung gestellt werden, finden sich dort. 2020 findet der «Tag der Ernährungsberater/innen» am 11. März statt. Nutzen Sie diese Gelegenheit, um auf sich und den Beruf aufmerksam zu machen! Die Festtage nahen und damit eine ruhigere und besinnliche Zeit, vielleicht kommt da die eine oder andere Idee auch zum «Tag der Ernährungsberater/innen». Ich wünsche Ihnen frohe und erholsame Festtage und einen guten Start ins 2020!

Chère lectrice, cher lecteur

Depuis 2008, le deuxième mercredi du mois de mars est à marquer d'une pierre blanche pour les diététicien-ne-s. C'est en effet la «Journée internationale des diététicien-ne-s», une occasion idéale pour souligner l'importance et la valeur ajoutée d'un conseil diététique solide et d'un niveau qualitatif élevé! La «Journée des diététicien-ne-s» est pour nous un bon moyen d'attirer l'attention du grand public, des partenaires et des législateurs. Nous sommes tou-te-s libres d'organiser des offres et activités susceptibles d'éveiller l'intérêt général. Pourquoi pas par exemple organiser à cette occasion une «Journée portes ouvertes» dans votre cabinet? Ou prévoir des actions spéciales sur votre lieu de travail, s'adressant non seulement à un large public, mais aussi à d'autres groupes professionnels, par exemple de votre clinique, de votre haute école ou de votre entreprise? Sur le site Internet de l'ASDD, vous trouverez différents outils et modèles pouvant être utilisés pour préparer et organiser vos activités. Vous pourrez également y consulter les offres de partenaires et de sponsors de l'ASDD qui sont mises à disposition pour cette journée. En 2020, la «Journée internationale des diététicien-ne-s» se tiendra le 11 mars. Profitez de cette occasion pour attirer l'attention sur vous-même et sur la profession! Les fêtes de fin d'année approchent, qui sont propices au calme et au recueillement. Peut-être que dans cette ambiance, une idée ou l'autre vous viendra à l'esprit pour la «Journée des diététicien-ne-s». Je vous souhaite des fêtes de fin d'année joyeuses et reposantes ainsi qu'une bonne année 2020!

Cara lettrice, caro lettore

Dal 2008 le dietiste e i dietisti di tutto il mondo evidenziano in rosso nella loro agenda il secondo mercoledì del mese di marzo, dedicato alla «Giornata internazionale delle dietiste e dei dietisti». Questo evento offre l'opportunità di sensibilizzare sull'importanza e il valore aggiunto di una consulenza nutrizionale accurata e d'eccellenza! La «Giornata delle dietiste e dei dietisti» è una buona occasione per richiamare l'attenzione dell'opinione pubblica, dei partner e dei legislatori sulla nostra attività. Ognuno di noi è libero di decidere se e con quali attività e proposte desidera risvegliare l'interesse dei destinatari. Perché, ad esempio, non organizzare una giornata porte aperte nel proprio studio di consulenza? oppure delle manifestazioni speciali direttamente sul luogo di lavoro, ad es. in una clinica o una scuola superiore o un'azienda, rendendole così accessibili anche ad altre categorie professionali oltre che al grande pubblico? Sul sito dell'ASDD ci sono numerosi strumenti e documenti utilizzabili per preparare e svolgere diverse attività promozionali. Sempre sul nostro sito i partner e gli sponsor dell'ASDD mettono a disposizione le loro offerte per questa giornata. Nel 2020 la «Giornata delle dietiste e dei dietisti» avrà luogo l'11 marzo. Non perdetevi questa opportunità per farvi conoscere di persona e richiamare l'attenzione sulla nostra professione! Le festività si avvicinano e con esse un periodo di maggiore tranquillità e raccoglimento. E chissà, forse allora nasceranno anche altre idee per la «Giornata delle dietiste e dei dietisti». Auguro a tutte e a tutti di trascorrere le festività in un clima gioioso e riposante e di iniziare il 2020 nel migliore dei modi!

Projekt Verbandsöffnung

Basierend auf der an der ordentlichen Generalversammlung 2019 genehmigten Strategie 2019–2022, hat der Vorstand mit der Umsetzung der strategischen Massnahme A3.2: «Prüfung und Entscheid einer Verbandsöffnung» begonnen. Dazu hat er zwei externe Beratungsunternehmen um einen Projektvorschlag gebeten. Den Zuschlag erhielt «socialdesign», welche durch ihr partizipatives Vorgehen überzeugte.

Frau lic. rer. pol. Ursula Fringer Schai fungiert als Projektleiterin; begleitet wird sie von Dr. Francesca Rickli. socialdesign gewährleistet einen entscheidoffenen, strukturierten und moderierten Prozess, der die möglichen Ziele einer Verbandsöffnung sowie deren Vor- und Nachteile unter Berücksichtigung wichtiger Themen wie

Mitgliederbasis, Vertretung aller Ernährungsfachpersonen, Wahrnehmung in der Öffentlichkeit, politische und tarifliche Aspekte sowie die Einbindung in nationalen und internationalen Gremien klärt und so eine Entscheidungsgrundlage schafft. Der Letztentscheid liegt bei der Generalversammlung.

Der Zeitrahmen ist wie folgt geplant:

- Start und Projektdesign: Oktober 2019–Dezember 2019
- Durchführung des Grundlagenstudiums, Informationserhebung und Auswertung: Januar 2020–Oktober 2020 (nächstes Gruppenleitermeeting)
- Erstellung Schlussbericht und Aufbereitung Entscheidgrundlagen: Januar/Februar 2021

- Entscheid über Verbandsöffnung: Generalversammlung März 2021

Dem Vorstand ist es ein wichtiges Anliegen, die Erwartungen und Bedürfnisse der verschiedenen Stakeholder aufzunehmen. So werden im ersten Halbjahr 2020 Einzel- und Fokusgruppen-Interviews durchgeführt. Zu den Interviews geladen werden Vertreter/innen verschiedener Interessengruppen des SVDE, aller Landesteile, verschiedener Mitgliedskategorien sowie der Fachhochschulen. Im Herbst 2020 anlässlich des Gruppenleitertreffens ist die Ergebnispräsentation vorgesehen.

Vorstand des SVDE

Projet «Ouverture de l'association»

Sur la base de la stratégie 2019–2022 approuvée lors de l'assemblée générale ordinaire 2019, le comité a commencé de mettre en œuvre la mesure stratégique A3.2: «Examen d'une ouverture de l'association et prise de décision». Dans cette optique, il a demandé à deux entreprises de conseil externes de soumettre leur proposition de projet. Le mandat a été attribué à socialdesign, qui a su convaincre par son approche participative.

La responsable de ce projet sera Mme Ursula Fringer Schai, lic. ès sc. pol., accompagnée de Mme Francesca Rickli, Dre en ethnologie. socialdesign garantit un processus structuré, guidé et ouvert, qui clarifie les objectifs possibles d'une ouverture de l'association, ainsi que ses avantages et ses inconvénients, en tenant compte de thè-

mes importants tels que l'effectif de membres, la représentation de tou-te-s les professionnel-le-s de la diététique, la perception dans l'opinion publique, les aspects politiques et tarifaires ainsi que l'implication dans des instances nationales et internationales, de façon à poser les bases permettant de prendre une décision. La décision finale reviendra à l'assemblée générale.

Le calendrier suivant a été établi:

- début et conception du projet: octobre 2019 à décembre 2019;
- réalisation de l'étude de base, collecte des informations et analyse: janvier 2020 à octobre 2020 (prochaine rencontre des responsables de groupe);
- établissement du rapport final et préparation des bases décisionnelles: janvier/février 2021;

- décision relative à l'ouverture de l'association: assemblée générale de mars 2021.

Pour le comité, il est important de connaître les attentes et les besoins des différentes parties prenantes. Ainsi, les interviews seront réalisées de façon individuelle et au sein de groupes de discussion dans le courant du premier semestre 2020. Les représentantes des différents groupes d'intérêt de l'ASDD, de toutes les catégories de membres et de toutes les régions du pays, ainsi que des hautes écoles spécialisées, seront invité-e-s à participer aux interviews. Il est prévu de présenter les résultats en automne 2020 à l'occasion de la rencontre des responsables de groupe.

Comité de l'ASDD

Progetto di apertura dell'associazione

Sulla base della strategia 2019–2022 approvata dall'Assemblea generale ordinaria del 2019, il Comitato direttivo ha avviato l'attuazione della misura strategica A3.2: «Valutazione e decisione di un'apertura dell'associazione». Il Comitato direttivo ha chiesto a due società di consulenza esterne di presentare una proposta di progetto. La scelta è ricaduta su «social-design», che è risultata convincente per il suo approccio partecipativo.

Ursula Fringer Schai, lic. rer. pol., è la responsabile del progetto ed è affiancata dalla Dr. Francesca Rickli. socialdesign assicura un processo aperto, strutturato e moderato che chiarisce i possibili obiettivi di un'apertura dell'associazione, come pure i relativi vantaggi e svantaggi, tenendo con-

to di questioni importanti – come la base dei membri, la rappresentanza di tutti gli esperti nutrizionisti, la percezione pubblica, gli aspetti politici e tariffari e il coinvolgimento in organismi nazionali e internazionali – e creando così una base per il processo decisionale. La decisione definitiva spetta all'Assemblea generale.

Ecco la scaletta e i tempi di lavoro previsti:

- inizio e progettazione: ottobre 2019–dicembre 2019;
- svolgimento dello studio di base, raccolta delle informazioni e valutazione: gennaio 2020–ottobre 2020 (prossima riunione con i capigruppo);
- allestimento del rapporto finale e preparazione delle basi decisionali: gennaio/febbraio 2021;

- decisione relativa all'apertura dell'associazione: Assemblea generale a marzo 2021.

Per il Comitato direttivo è fondamentale tenere conto delle aspettative ed esigenze dei vari stakeholder. Pertanto nel corso del primo semestre 2020 saranno condotte interviste individuali e a gruppi focus. Saranno invitati a partecipare alle interviste le/i rappresentanti di vari gruppi di interesse dell'ASDD, di tutte le aree regionali, di varie categorie di membri come pure di scuole universitarie professionali. Nell'autunno 2020, in occasione dell'incontro con i capigruppo è prevista la presentazione dei risultati.

Comitato direttivo ASDD

Wir gratulieren unserer Präsidentin Gabi Fontana zum erfolgreichen Abschluss als dipl. Verbandsmanagerin VMI!

In den vergangenen 12 Monaten hat Gabi Fontana ihre langjährige Führungserfahrung bei verschiedenen Verbänden und Stiftungen mit einem Nachdiplomstudium wissenschaftlich untermauert. In ihrer Diplomarbeit entwickelte sie in einem partizipativen Prozess ein wichtiges Führungsinstrument für den SVDE: ein Funktionendiagramm. Dieses Instrument klärt und regelt die wichtigsten Aufgaben, Kompetenzen und Verantwortlichkeiten für Vorstand, Präsidium und Geschäftsstelle. Das Funktionendiagramm erwies sich dabei als sehr nützlich, sodass es in den nächsten 1–2 Jahren auf Kommissionen, Arbeitsgruppen und auch die SVDE-Gruppen ausgeweitet werden soll.



Gabi Fontana (links), Dr. Philipp Erpf, Vizedirektor des Verbandsmanagement-Instituts VMI der Universität Fribourg (rechts)

Félicitation à notre présidente, Gabi Fontana, qui a obtenu avec succès le diplôme de gestionnaire d'associations VMI!

Au cours des 12 mois écoulés, Gabi Fontana a poursuivi des études post-grade pour consolider scientifiquement sa longue expérience du management au sein de différentes associations et fondations. Dans le cadre de son travail de diplôme, elle a développé, au moyen d'un processus participatif, un instrument de gestion important pour l'ASDD: un diagramme fonctionnel. Cet instrument clarifie et régleme les principales tâches, compétences et responsabilités du comité, de la présidence et du secrétariat. Ce diagramme s'est avéré tellement utile qu'il est prévu d'étendre son utilisation aux commissions, aux groupes de travail et aux groupements de l'ASDD d'ici un ou deux ans.



Gabi Fontana (à gauche), Philipp Erpf, vice-directeur du Verbandsmanagement Institut VMI de l'Université de Fribourg (à droite)

Ci congratuliamo con la nostra Presidentessa Gabi Fontana per avere conseguito con successo il diploma di Manager nella gestione di associazioni VMI.

Negli ultimi dodici mesi, Gabi Fontana ha voluto dare una solida base scientifica alla sua pluriennale esperienza dirigenziale in diverse associazioni e fondazioni con uno studio post-diploma. Nel suo lavoro finale ha elaborato, nell'ambito di un processo partecipativo, un importante strumento di gestione per l'ASDD: un diagramma delle funzioni. Tale strumento precisa e regola le fondamentali mansioni, competenze e responsabilità attribuite al Comitato direttivo, al Presidente e al Segretariato generale. Rivelatosi di grande efficacia, il diagramma delle funzioni sarà esteso nei prossimi 1-2 anni alle commissioni, ai gruppi di lavoro e anche ai gruppi ASDD.



Gabi Fontana (a sinistra) e il Dr. Philipp Erpf, Vicedirettore dell'Istituto per la gestione delle associazioni VMI dell'Università di Friburgo (a destra).

Neue Fortbildungspflicht

An unserer ordentlichen Generalversammlung 2019 wurde das Fortbildungsreglement genehmigt, welches ab 1. Januar 2020 in Kraft treten wird. Dies war ein Auftrag aus der Strategie 2015–2018; strategischer Schwerpunkt «Kompetenzerhalt». Sie finden das Fortbildungsreglement sowie die neuen Zertifizierungsrichtlinien ab sofort auf www.svde-asdd.ch > Bildung > Fort- und Weiterbildung > Fortbildungspflicht.

Nouvelle obligation de formation continue

Lors de notre assemblée générale ordinaire 2019, nous avons approuvé le règlement de formation continue, qui entrera en vigueur le 1^{er} janvier 2020. Ce mandat découlait de la stratégie 2015–2018, et plus précisément de la priorité stratégique «Maintien des compétences». Vous trouverez dès maintenant le règlement de formation continue ainsi que les nouvelles lignes directrices en matière de certification sur www.svde-asdd.ch > Formation > Formation continue et post-grade > Obligation de formation continue.

Nuovo obbligo di formazione continua

Nel corso dell'Assemblea generale 2019 è stato approvato il regolamento sulla formazione continua che entrerà in vigore il 1° gennaio 2020. Si trattava di un compito previsto dalla strategia 2015–2018; punto strategico: «Mantenimento delle competenze». Il regolamento sulla formazione continua e le nuove linee guida per la certificazione in tedesco e francese sono già consultabili sul nostro sito: www.svde-asdd.ch > Bildung > Fort- und Weiterbildung > Fortbildungspflicht.

Die SVDE-Geschäftsstelle bleibt vom 16. Dezember 2019 bis 3. Januar 2020 geschlossen. Gerne kümmern wir uns ab dem 6. Januar 2020 wieder um Ihre Anliegen.

Wir wünschen Ihnen eine wundervolle Weihnachtszeit und einen tollen Start ins 2020.

Herzliche Grüsse
Ihre Geschäftsstelle

Le secrétariat ASDD sera fermé du 16 décembre 2019 au 3 janvier 2020. C'est avec plaisir que nous nous occuperons à nouveau de vos demandes à partir du 6 janvier 2020.

Nous vous souhaitons d'excellentes fêtes de fin d'année et un bon début d'année 2020.

Cordialement
Votre secrétariat

La segreteria ASDD rimarrà chiusa dal 16 dicembre 2019 al 3 gennaio 2020. E' con piacere che a partire dal 6 gennaio 2020 ci prenderemo di nuovo cura delle vostre richieste.

Vi auguriamo una splendida stagione natalizia e un ottimo inizio nel 2020.

Cordialmente
La vostra segreteria

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 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, au moins 50 jours avant la date de l'assemblée générale soit jusqu'au **5 février 2020.**



3. Ernährungsfachkongress Mikronährstoffe 2019 der Burgerstein Foundation

Aktuelles aus Wissenschaft und Praxis

Tanja Häusermann, BSc Ernährungsberaterin SVDE

Bereits zum dritten Mal fand der Ernährungsfachkongress Mikronährstoffe der Burgerstein Foundation unter dem Patronat der Schweizerischen Gesellschaft für Ernährung SGE in Olten statt. Am 23. Oktober 2019 präsentierten FachexpertInnen den aktuellen Stand der Wissenschaft bezüglich Mikronährstoffen. Der Schwerpunkt lag dabei nicht nur auf der Theorie, sondern v. a. auch auf praxisorientierten Empfehlungen.

Das Programm des Kongresses wartete mit einer abwechslungsreichen Themenvielfalt auf – was ich ideal fand in Anbetracht dessen, wie unterschiedlich die Tätigkeitsfelder von ErnährungsberaterInnen, der Hauptzielgruppe, sind.

Besonders eindrücklich für mich persönlich war die Präsentation von Dr. med. P. Holzhauer, welcher über den Einsatz von Mikronährstoffen bei der Diagnose Brustkrebs referierte. Inwiefern beispielsweise Selen und L-Carnitin bedeutenden Einfluss auf das Behandlungsergebnis und die Behandlung des Fatigue-Syndroms haben können, war Neuland für mich.

Unmissverständlich war auch die Erklärung von PD Dr. med. G. Berger, dass wir ErnährungsberaterInnen auch eine wichtige Verantwortung in der Früherkennung innehaben. Dies, indem wir depressive Kinder und Jugendliche – bzw. deren Eltern – kon-

sequent darauf aufmerksam machen, wie essenziell es ist, eine psychiatrisch ausgebildete Fachperson zu konsultieren, wenn Hinweise auf psychische Probleme da sind. Der Referent präsentierte zudem die Faktenlage zum Einsatz von Omega-3-Fettsäuren, Johanniskraut, Safran und Lavendelöl bei milden bis moderaten Depressionen.

Charakteristisch für den Kongress sind die Team-Referate, die ein spezifisches Thema sowohl aus wissenschaftlicher Sicht darlegen als auch die Umsetzung in der Praxis thematisieren.

Das Team-Referat von Prof. Dr. med. U. Lang und der Ernährungsberaterin S. Nussbaum behandelte das Thema Depression im Erwachsenenalter. Sehr hilfreich war u.a. zu erfahren, welche ernährungstherapeutischen Massnahmen in den Universitären Psychiatrischen Kliniken Basel bei depressiven PatientInnen getroffen werden.

Für eine Leitlinie mit allgemeinen Empfehlungen zur Supplementierung ist die Datenlage unzureichend.

Das zweite Team-Referat des Tages von H. Schurgast und dem Ernährungsberater D. Jordi zur Diagnose Osteoporose veranschaulichte, dass Mikronährstoffe wie Vitamin K2, Magnesium, Mangan und Kupfer Teil des Knochenstoffwechsels sind und daher unabdingbar für eine erfolgreiche Therapie.

Die Mikronährstoffsupplementierung in besonderen Lebenssituationen wie Schwangerschaft und Stillzeit sowie bei sportlicher Aktivität thematisierten die Ernährungs- und Stillberaterin B. Pfister-Lüthi und der Sportarzt Dr. med. P. Noack in ihren Referaten.

Wer den Kongress verpasst hat, kann alle Referate unter www.burgerstein-foundation.ch (Weiterbildungen/Ernährungsfachkongress) kostenlos herunterladen.

Save the date: Der 4. Ernährungsfachkongress wird am 26. Januar 2021 stattfinden.



Mit 180 TeilnehmerInnen war der Fortbildungssaal bis auf den letzten Platz gefüllt



PD Dr. med. Gregor Berger

BACHELOR OF SCIENCE ERNÄHRUNG UND DIÄTETIK

Am 21. September 2019 durften die ersten sechzehn Absolvierenden des Bachelor-Studiengangs Ernährung und Diätetik ihre Abschlusszeugnisse entgegen nehmen. Nun absolvieren sie als designierte Ernährungsberaterinnen und -berater das Zusatzmodul.



Ein glücklicher Moment: Rektor Michael Zurwerra und Direktorin Lehre Désirée Guntern Kreuzer gratulieren in Anwesenheit der Studiengangsleiterin Stephanie Baumgartner den Absolvierenden zum erfolgreichen Abschluss des Studiums (v.l.n.r.): Jürg Stockar, Mercia Spörri, Petra Sprecher, Sandra Sennhauser, Manuela Rossi, Karin Schütz, Sandra Meier, Roger Stieger, Daniela Keller, Maja Hodel, Heinke German, Lynn Hügli, Jasmin Frei, Anette Guillebeau, Vanessa Amann und Simone Frei (abwesend).

NEU AN DER FFHS: TÜRÖFFNER FÜR DIE BERUFLICHE WEITERBILDUNG



Im Angebot der FFHS ist auch der Nachträgliche Titelerwerb NTE für Ernährungsberaterinnen und –berater HF. Die erforderlichen 10 ECTS können an der FFHS im bewährten Blended Learning-Modell erarbeitet werden: 80% Selbststudium und 20% Präsenzunterricht.



Als Ernährungsberater/-in HF erwerben Sie dafür das **CAS Gesundheitsförderung und Prävention** mit so spannenden Themen wie **Salutogenese, Ethik der Gesundheitsförderung** und **Epidemiologie**. Dies können Sie für den NTE beim SBFI einreichen. Für Wissensdurstige ist auch ein Ausbau zum **MAS Gesundheitsförderung** möglich.

Interessiert? Kontaktieren Sie uns gerne via gesundheit@ffhs.ch

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

Andrea Mahlstein, Ernährungsberaterin SVDE,
Leiterin Bachelorstudiengang Ernährung und Diätetik

Im Rahmen der Abschlussfeier des Departements Gesundheit der Berner Fachhochschule vom 25. Oktober 2019 im Casino Bern feierten 46 Studierende ihren erfolgreichen Abschluss des dreijährigen Bachelorstudiums.

Im Rahmen der Abschlussfeier wurden zudem folgende herausragende Leistungen prämiert:

Die **beste Gesamtleistung** im Bachelorstudiengang Ernährung und Diätetik erbrachte Frau Barbara Meyer. Sie schloss das Studium mit der Bestnote 5,3 ab. Für diese hervorragende Leistung erhielt sie den von der Insel Gruppe gesponserten Preis von CHF 1000.–, überreicht von der Bereichsleiterin Aus- und Weiterbildung Frau Monika Schäfer.

Weiter erhielten Frau Joëlle Bosshard und Herr Dino Häring die Auszeichnung für die **beste Bachelor-These**. Der Titel ihrer Arbeit lautet: «Supplemente im Fitnesport – ein Überblick über den Konsum und die genutzten Informationsquellen. Eine quan-

titative Forschungsarbeit». Die These wurde vom Schweizerischen Verband der Ernährungsberater/innen (SVDE) mit einem Preis von CHF 500.– und einer einjährigen Gratismitgliedschaft im SVDE prämiert, den die Studiengangsleiterin Andrea Mahlstein im Namen der Präsidentin des SVDE, Gabi Fontana, den stolzen Preisträgern übergab.

Den Preis für die **zweitbeste Bachelor-These** erhielt Frau Giulia Tedde und Herr Michael Jäggi. Der Titel ihrer Arbeit lautet: «goFOOD™-App versus 24h-Recall: ein Vergleich zweier Ernährungserhebungsmethoden im Falle von Mahlzeiten». Frau Rita Kuchler, Leiterin Aus- und Weiterbildung der Lindenhofgruppe Bern, überreichte ihnen das Preisgeld von CHF 500.–. Die designierten Ernährungsberaterinnen

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

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

Berner Fachhochschule
Departement Gesundheit
Bachelorstudiengang Ernährung und Diätetik
Murtenstrasse 10, 3008 Bern

www.gesundheit.bfh.ch/ernaehrung

Absolventinnen und Absolventen:

Bauer Mirjam, Bez Natalie Sara, Bigler Sandra, Binggeli Madelaine, Blöchliger Nicole, Bosshard Joëlle Vera, Galli Livia, Gaspore Marzia Rosanna, Gilgen Isabelle, Good Dennis, Häring Dino, Häscher Larissa, Holenstein Lena, Ivanov Aljoscha Vladimir, Jäggi Manuela Audrey, Jäggi Michael Patrick, Jud Rahel, Kammerecker Christine, Käser Alexandra, Kopp Olivia Maria, Künzi Nicole, Meier Andrea, Meyer Barbara Angela, Meyer Michelle Sabrina, Moser Linda, Pardi Sarah Adinda, Pazmiño Fries-ecke Andrea, Pfammatter Joëlle Marcelline, Pliessnig Gabriele Johanna, Reichlin Corinne, Ries Brigitte, Schnyder Lorena Sonja, Schoch Miriam Lena, Schoch Simon, Schütz-Tron Gerda Renata, Siegfried Kaja Jana Sophie, Signer Erika, Steiner Nina, Thommen Ursina, Ulmann Jasmin, Waibel Julia Caroline, Walther Kerstin, Wolf Nathalie, Wyss Nadja, Zantedeschi Sina, Zulliger Samira.



Remise des diplômes 2019 – Mardi 19 novembre 2019

La filière Nutrition et diététique de la Haute école de santé de Genève a eu le plaisir de remettre, cette année, 30 diplômés.

Nos nouvelles et nouveaux collègues sont: AESCHLIMANN Fanny, BAPST Elodie, BÉGUELIN Fiona, BIGLER Fiona, BRAUD Raphaël, BRIGUET Mélanie, BRUSSARD Aude, DE BORTOLI Lara, DESCLOUX Camille, DESCOMBES Lisa, DI CAPUA Tiffanie, DUCREST Christelle, EWALD Ava, GAILLARD Pierre, GHEZAI Luwam, GREMAUD Nina, GRIMM Djamila, JOLIAT Lorena, MABILLARD Céline, MANURI-GERMANIER Fanny, MOERI Amandine, MONNEY Carmen, OSMAN Intisar, PAREL Nicolas, PRETI Carline, ROY Pauline, SANTOSCHI Lorraine, SCHLAEPPEY Leila, SOGNO Laurine, TABURET Arthur.

L'équipe de la filière Nutrition et diététique est très fière d'accueillir 30 nouveaux et nouvelles collègues et les félicite pour leur engagement au cours de leurs trois années de formation et l'excellent niveau de leurs travaux de Bachelor. Nous les félicitons vivement et leur souhaitons plein succès pour leur avenir professionnel.

Deux prix ont été remis à l'occasion de cette cérémonie: Prix de l'Association suisse des diététiciens (ASDD), et Prix de l'Association Vaudoise d'Aide et de Soins à Domicile (AVASAD).

Les lauréat-e-s du Prix ASDD 2019 sont **Amandine MOERI et Raphaël BRAUD** pour leur travail intitulé «*Quel encadrement nutritionnel des sportifs d'élite à catégories de poids permettrait de prévenir le risque de développer un trouble du comportement alimentaire?*» supervisé par **Eliseo Montanini**. Une revue de littérature très aboutie

a permis de poser un cadre théorique solide, complété par la réalisation d'un guide pratique destiné aux professionnels de la diététique non spécialiste, mais aussi aux coachs. Ce travail contribue très clairement à renforcer la place des diététicien-ne-s dans l'encadrement des sportifs d'élite, d'une façon très concrète mais néanmoins théoriquement solide, à travers un thème encore peu abordé. Le prix a été remis par **Anne Blancheteau**, membre du comité de l'ASDD.

Les lauréat-e-s du Prix l'AVASAD 2019 sont **Lara de Bortoli, Arlette Risco Zavala et Arthur Taburet** pour leur travail intitulé «*Quels sont les facteurs qui influencent*

l'acte de cuisiner chez les européens âgés entre 18 et 65 ans?» supervisé par **Corinne Kehl**. Bien que ce travail soit axé sur la population de 18 à 65 ans, il apporte un autre regard sur la promotion de la santé via l'acte de cuisiner et peut être transposable à la pratique dans l'Aide et les Soins à domicile et la population âgée. Il formule des recommandations de pratiques utilisables par tous les professionnels, y compris par les 20 diététiciennes de l'AVASAD. Le prix a été remis par **Sophie Progin Batalla**, diététicienne consultante, Service du Développement des Pratiques Professionnelles, AVASAD.

Nous invitons tous nos nouvelles et nouveaux collègues à faire connaître leurs travaux de Bachelor au travers du concours des posters lors des prochains NutriDays.



**ZRM-Supervisionstag –
Gesundheitsziele mit
Willenskraft versehen**



Dieses Angebot richtet sich an Ernährungsberater/innen, welche bereits einen ZRM-Kurs besucht und somit Grundkenntnisse des Zürcher Ressourcen Modells haben.

Ziel

Sie können Ihr Wissen auffrischen und vertiefen sowie Fälle aus Ihrer Beratungspraxis supervidieren lassen, sodass Sie in der Anwendung der verschiedenen Werkzeuge an Sicherheit gewinnen.

Inhalte

- Erfahrungen, Erfolge und offene Fragen
- Fälle aus der Praxis
- Wie man das Rubikonmodell als Diagnoseinstrument einsetzen kann

Referentin

Andrea Szekeres-Haldimann, lic. phil.

Anmeldeschluss: 8. April 2020

Kursdatum: 15. Mai 2020

Kursort: Olten

**Positionierung und
Nutzenkommunikation – ein starkes Duo!**



Wie werde ich zum «Leuchtturm» meiner Branche und wie spreche ich meine potenziellen Kunden an?

Inhalte

A) Positionierung:

- Was bringt mir eine scharfe Positionierung? (Theorie)
- Was ist meine heutige Positionierung? (Übung)
- Wer sind meine Klienten und Wunschklienten? Was ist ihr grösstes Leiden? (Übung)
- Wo bin ich der beste Problemlöser? Was sind meine stärksten Kompetenzfelder? (Übung)
- Was sind meine Ziele und Visionen? (Übung)

B) Nutzenkommunikation:

- Wie funktioniert Nutzenkommunikation? Was ist der Vorteil einer starken Nutzenkommunikation? (Theorie)
- Erstellung einfacher Nutzenkommunikationssätze für Slogan,

Elevator-Pitch, Flyer, Inserate und Google-Keywords (Übung)

- Wie erreiche ich meine Zielgruppe (Einsatz Social Media, AdWords-Kampagnen, Flyer)?

Referent

Gerhard Zellner, zertifizierter Positionierungsexperte und Limbic® Partner

Anmeldeschluss: 18. Mai 2020

Kursdatum: 25. Juni 2020

Kursort: Winterthur

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

Wir DANKEN unseren Sponsoren und Förderern für die Unterstützung im 2019!

Nous REMERCIONS nos sponsors et donateurs pour leur soutien en 2019!

GRAZIE ai nostri sponsor e donatori per il sostegno nel 2019!

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

KURSÜBERSICHT VUE D'ENSEMBLE DES COURS PANORAMICA DEI CORSI

Am 1. Januar 2020 treten das Fortbildungsreglement (FBR-SVDE) sowie die Zertifizierungsrichtlinien in Kraft. Anlässe und Fortbildungen ab 1. Januar 2020 unterstehen daher dem neuen Punktesystem.

Das Wichtigste in Kürze

Alt: 3 Fortbildungsstunden = 1 SVDE-Punkt

Neu: 1 Fortbildungsstunde = 1 SVDE-Punkt (somit 3 Stunden = 3 Punkte)

Le 1^{er} janvier 2020 entreront en vigueur le règlement de formation continue (RFC-ASDD) ainsi que les lignes directrices en matière de certification. Toutes les manifestations et formations continues sont soumises au nouveau système de points à partir du 1^{er} janvier 2020.

L'essentiel en bref:

Anciennement: 3 heures de formation continue = 1 point ASDD

Nouveau: 1 heure de formation continue = 1 point ASDD (autrement dit 3 heures = 3 points)

Datum Date Data	Ort Lieu Luogo	Veranstaltung Manifestation Manifestazione	SVDE-Punkte Points ASDD Punti ASDD
14.01.2020	Zürich	Individualisierte Ernährungstherapie: Säure-Basen-Haushalt nach Pischinger	6
16.01.2020–30.01.2020	Zürich	Gewaltfreie Kommunikation	18
21.01.2020	Zürich	Individualisierte Ernährungstherapie: vom Kind bis zum alten Menschen (Anti-Aging)	12
22.01.2020	Lugano Paradiso	UPDATE SUL MICROBIOMA INTESTINALE: Focus su nutrizione, celiachia e gluten sensitivity; stato della ricerca e consigli pratici	3
22.01.2020	Zürich	SVG-Input 2020: Erste Hilfe im Bereich «Verhalten»	2
23.01.2020	Lausanne	Voyage Créatif I: Méthode autour du comportement alimentaire	6
25.01.2020	Bern	Nutritional Assessment praktisch angewendet	6
30.01.2020	Zürich	Ernährung – Nahrung – Genuss oder Sucht? (EFB1)	8
06.02.2020	Genève	Feeding the microbiota	3
07.02.2020–08.02.2020	München	Osteoporose in der betrieblichen Gesundheitsförderung	6
08.02.2020	Zürich	Der dauergestresste Mensch? Burnout-Konzept kritisch reflektiert (KFB1)	8
13.02.2020	Lausanne	Voyage Créatif II: L'accompagnement psychologique de l'obésité infantile «aspects théoriques et pratiques»	6
27.02.2020	Zürich	Neue Konzepte zur Behandlung von Binge-Eating-Disorder (EFB2)	8
06.03.2020	Bern	Symposium für Gesundheitsberufe	3
06.03.2020–07.03.2020	Luzern	Humor & Provokation in Therapie und Beratung	12
07.03.2020	Zürich	SSAAMP Jahreskongress	6
07.03.2020–04.04.2020	Basel	FODMAP – Ernährungstherapie bei Reizdarmsyndrom	12
10.03.2020	Zürich	Individualisierte Ernährungstherapie bei Störungen und Krankheiten vom Bewegungsapparat	6
10.03.2020	Zürich	Individualisierte Ernährungstherapie bei Stoffwechselkrankheiten	6
10.03.2020–11.03.2020	Lausanne	Micronutriments I: Vitamines et sels minéraux 1 «alimentation normale»	12
12.03.2020	Zürich	«Zwischen Praxis und Paragraphen»: Wie die Hygieneverordnung zuverlässig umgesetzt wird	3
13.03.2020–14.03.2020	Luzern	Lösungsorientierte Gesprächsführung	12
20.03.2020	Zürich	Die narzisstische Persönlichkeitsstruktur in Beziehungen (KFB2)	8
20.03.2020–21.03.2020	Münster	Osteoporose in der betrieblichen Gesundheitsförderung	6
24.03.2020	Zürich	Individualisierte Ernährungstherapie bei Haut-, Haar-, Nagelstörungen und Nierenerkrankungen	6
25.03.2020–28.03.2020	Rostock	35. GPGE-Jahrestagung	18
27.03.2020–28.03.2020	Zürich	Resilienz und andere Ressourcen aktivieren (KFB3)	18
27.03.2020–28.03.2020	Bern	NutriDays 2020	14
31.03.2020	Aarau	Service und Service-Kultur in der Care-Gastronomie	6
31.03.2020	Zürich	Individualisierte Ernährungstherapie: für Psyche und Endokrinum	6
03.04.2020	Luzern	Übungstag Lösungsorientierte Gesprächsführung	6
03.04.2020–04.04.2020	München	Seminar: Säure-Basen-Haushalt aus ernährungsmedizinischer Sicht	12
07.04.2020	Zürich	Individualisierte Ernährungstherapie: bei Tumoren und Krebs	6
09.04.2020–12.11.2020	Zürich	4 Fortbildungen 2020	3
23.04.2020	Zürich	Orthorexie – Wenn «Richtig-Essen» zur Krankheit wird (EFB3)	8

KURSÜBERSICHT VUE D'ENSEMBLE DES COURS PANORAMICA DEI CORSI

Datum Date Data	Ort Lieu Luogo	Veranstaltung Manifestation Manifestazione	SVDE-Punkte Points ASDD Punti ASDD
24.04.2020–25.04.2020	Zürich	Vertiefung Essstörungen, Anorexie, Bulimie, Binge-Eating-Disorder (B5)	14
05.05.2020	Lausanne	MeadEat: Pleine conscience et Mindful Eating	6
07.05.2020	Zürich	Die Anwendung der Positiven Psychologie in der Ernährungs-Psychologischen Beratung (EFB4)	8
13.05.2020	Zürich	«Fleischlos – nicht ideenlos»: Praxisseminar in der Hiltl Akademie	3
15.05.2020	Olten	ZRM-Supervisionstag – Gesundheitsziele mit Willenskraft versehen	6
16.05.2020	Luzern	Übungstag Humor	6
28.05.2020	Zürich	Autismus-Spektrum-Störungen (KFB4)	8
08.06.2020–12.06.2020	Bergün	Ketogenic Metabolic Therapies-Future Prevention & Treatment of NCD	18
09.06.2020	Lausanne	Les troubles cognitifs chez la personne âgée: impacts et liens avec la nutrition	6
12.06.2020–13.06.2020	Zürich	Grundzüge der Biochemie und Energiestoffwechsel (B6)	16
19.06.2020	Zürich	Zwischen den Welten – Migrant(inn)en in Beratung und Therapie (KFB5)	8
25.06.2020–27.06.2020	Bremen	Ernährung 2020	18
25.06.2020	Winterthur	Positionierung und Nutzenkommunikation – ein starkes Duo!	6
03.07.2020–04.07.2020	Zürich	Metabolisches Syndrom, Teil 1 (B7)	14
27.08.2020	Zürich	Gestalttherapeutischer Zugang in der Behandlung depressiven Erlebens (KFB6)	8
28.08.2020–29.08.2020	Zürich	Metabolisches Syndrom, Teil 2 (B8)	14
10.09.2020	Zürich	Ernährung bei chronisch-entzündlichen Erkrankungen (EFB5)	8
15.09.2020–18.09.2020	Cape Town	ICDA 2020	18
17.09.2020	Zürich	«Hilfe, ein Gast mit Allergie!» Sicherer Umgang mit Allergien und Intoleranzen	6
24.09.2020	Zürich	Gewaltfreie Kommunikation und Anwendung in Beratung und Therapie (KFB7)	8
02.10.2020–03.10.2020	Zürich	Psychosomatische Störungen (B9)	14
15.10.2020	Zürich	Gestalttherapie und Psychopathologie (KFB8)	8
22.10.2020	Zürich	Wenn die Seele durch den Körper spricht (EFB6)	8
23.10.2020–24.10.2020	Zürich	Provozieren – aber richtig! (KFB9)	18
28.10.2020–31.10.2020	Stels	Grundkurs Lösungsorientiertes Beraten	18
29.10.2020	Zürich	Sexualberatung und -therapie (KFB10)	8
05.11.2020	Zürich	Selbsthypnose zur Selbsthilfe in der Ernährungs-Psychologischen Beratung (EFB7)	8
06.11.2020–07.11.2020	Zürich	Verdauungserkrankungen/Nahrungsmittelunverträglichkeiten: physiologische und psychologische Aspekte (B10)	14
26.11.2020	Zürich	Frühe und unbewusste Bindungsverletzungen aufspüren (KFB11)	8
22.01.2021–23.01.2021	Zürich	Ernährungspsychologie meets Bariatric (B11)	14

Schon reserviert? | Déjà réservé? | Già riservato?

Der internationale Tag der Ernährungsberater/innen findet am 11. März 2020 statt.

La journée international des diététicien-ne-s aura lieu le 11 mars 2020.

La giornata internazionale delle-dei Dietiste-i avrà luogo il 11 marzo 2020.



SVDE ASDD

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 Trink- als 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 PRESERVER 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, 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;17:1044-1055. 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



NEU
NOUVEAU

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.

OPTIFAST®

Die effektive und nachhaltige
Adipositas therapie

NEU
in der
Schweiz

20g
Eiweiss pro
Portion

Konzept aus der
**KLINIK-
EXPERTISE**
entwickelt



www.optifast.ch

 **Nestlé**
HealthScience