



SVDE ASDD

Schweizerischer Verband
der Ernährungsberater/innen
Association suisse
des diététicien-ne-s
Associazione Svizzera
delle-dei Dietiste-i

SVDE ASDD

Info

4/2020

September | Septembre | Settembre



Gastroenterologie – vielseitige Arbeitsfelder
Les multiples champs d'activite de la gastroenterologie
I molteplici campi d'attivita della gastroenterologia

Mit medizinischer Trinknahrung gegen altersbedingten Muskelabbau

Fast ein Drittel aller über 65-Jährigen stürzt mindestens einmal im Jahr aufgrund eines altersbedingten Abbaus von Muskelmasse, -kraft und -funktion (Sarkopenie). Oft kommt es dabei zu Verletzungen, die die Mobilität und Unabhängigkeit einschränken.¹

Experten empfehlen zur Behandlung von Sarkopenie Kraft- und Ausdauertraining mit einer gezielten proteinreichen Ernährungsintervention, da neben Immobilität auch Mangelernährung einen entscheidenden Faktor für die Entstehung darstellt.²

Für viele ältere Menschen ist es jedoch schwer, ihren Energie- und Proteinbedarf (mindestens 25-30 g pro Mahlzeit) durch normale Mahlzeiten zu decken. So benötigen sie aufgrund der anabolen Resistenz von Natur aus schon bis zu 25 % mehr Protein zur Proteinsynthese als Jüngere. Gleichzeitig schafft es beispielsweise nur etwa jeder 12. der im Schnitt 82-jährigen Patienten mit Hüftfraktur, mehr als die Hälfte seiner Hauptmahlzeiten zu verzehren. Hinzu kommt ein deutlich schnellerer Muskelabbau bei Inaktivität: Bereits nach drei Tagen Bettruhe kann dieser bei älteren Menschen bis zu ein Kilogramm betragen.³

Zum Ausgleich von Kalorien- und Proteinfunden können in solchen Fällen medizinische Trinknahrungen eine einfache und effiziente Lösung sein.

Die FortiFit® Trinknahrungen enthalten den patentierten ActiSyn™-Komplex, eine Kombination aus 100 % Molkenprotein, Leucin und Vitamin D. Molkenprotein ist besonders schnell verdaulich und sorgt für die rasche Bioverfügbarkeit essentieller Aminosäuren in den Muskeln.⁴ Die essentielle Aminosäure Leucin fungiert als leistungsfähiger Aktivator der Muskelproteinsynthese.⁵ Vitamin D verstärkt die anabole Wirkung von Leucin auf den Muskel.⁶ Experten empfehlen die Zufuhr von Leucin, da schon 3 g davon einen positiven Effekt auf die Muskelproteinsynthese bei geriatrischen Patienten zeigen.^{7,8} Der Vitamin D-Gehalt wirkt zielgerichtet auf trenden Defiziten sarkopener Patienten entgegen. So kann FortiFit® dabei unterstützen, die Muskulatur zu erhalten bzw. wieder aufzubauen.

FortiFit® ist in der normokalorischen Variante als FortiFit® Pulver oder in der hochkalorischen Variante als FortiFit® Energy Plus erhältlich. FortiFit® Pulver mit 150 kcal pro Portion eignet sich für Patienten mit starkem Muskelabbau ohne erhöhten Energiebedarf. Liegt zusätzlich eine Mangelernährung vor, kann FortiFit® Energy Plus mit 302 kcal pro 200-ml-Flasche durch den enthaltenen ActiSyn™-Komplex nicht nur dabei unterstützen, die Muskelproteinsynthese zu stimulieren und Muskeln zu erhalten bzw. wieder aufzubauen, sondern auch helfen, die Energielücke zu schließen. Es besteht die Möglichkeit, ein Musterpaket zu bestellen:

www.nutricia-med.de/fortifit-bestellen

Die FortiFit® Produkte sind Lebensmittel für besondere medizinische Zwecke (bilanzierte Diät). Nur unter medizinischer Aufsicht verwenden.

1 Rapp et al., BMC Geriatrics 2014;14:105, <http://www.biomedcentral.com/1471-2318/14/105> 2 Cruz-Jentoft AJ et al., Age Ageing 2010; 39(4):412-423 3 Kortebein et al., JAMA 2007 4 Dangin et al.: J Physiol. 2003;549:635-44; Pennings et al.: J Clin Endocrinol Metab 2011;93:997-1005. 5 Garlick et al.: J Nutr. 2005;135:1553S-1556S; Anthony et al.: J Nutr. 2000;130:2413-19. 6 Salles et al.: Mol Nutr Food Res. 2013;57:2137-46. 7 Katasonos et al., AJP 2006 8 Dijk et al., ClinNutrEspen 2016

Avec une alimentation médicale buvable contre la perte musculaire liée à l'âge

Près d'un tiers des personnes âgées de plus de 65 ans chutent au moins une fois par an en raison d'une diminution liée à l'âge de la masse, de la force et des fonctions musculaires (sarcopénie). Il y a souvent des blessures qui limitent ensuite la mobilité et l'indépendance.¹

S'agissant du traitement de la sarcopénie, les experts recommandent d'intégrer un entraînement de la force et de l'endurance avec une intervention alimentaire ciblée, riche en protéines car, outre l'immobilité, une carence alimentaire est un facteur décisif pour sa survenue.²

Cependant, pour de nombreuses personnes âgées, il est difficile de satisfaire leurs besoins en énergie et en protéines (au moins 25 à 30 g par repas) avec une alimentation normale. Ainsi, en raison de la résistance anabolisante, elles ont naturellement besoin de 25 % de protéines en plus pour la synthèse des protéines par rapport aux plus jeunes. En même temps, par exemple, seul un patient sur 12 âgé, en moyenne, de 82 ans et souffrant d'une fracture de la hanche, réussit à consommer plus de la moitié de ses repas principaux. En cas d'inactivité, une diminution musculaire nettement plus rapide s'ajoute à cela : après trois jours de repos au lit, celle-ci peut atteindre un kilogramme chez les personnes âgées.³

Dans de tels cas, des alimentations médicales buvables peuvent être une solution simple et efficace pour compenser les déficits en calories et en protéines.

Les alimentations FortiFit® contiennent le complexe breveté ActiSyn™, une combinaison de 100 % de protéines du lactosérum, de leucine et de vitamine D. Les protéines du lactosérum sont particulièrement rapides à digérer et elles assurent une biodisponibilité rapide des acides aminés essentiels dans les muscles.⁴ La leucine, un acide aminé essentiel, agit en tant qu'activateur efficace de la synthèse des protéines musculaires.⁵ La vitamine D renforce l'effet anabolisant de la leucine sur les muscles.⁶ Les experts recommandent l'apport de leucine puisque 3 g de celle-ci ont déjà un effet positif sur la synthèse des protéines musculaires chez les patients gériatriques.^{7,8} La teneur en vitamine D s'oppose de manière ciblée à des déficits chez les patients présentant une sarcopénie. FortiFit® peut ainsi aider à maintenir ou à reconstruire les muscles.

FortiFit® est disponible en version normocalorique sous forme de FortiFit® Pulver ou en version hautement calorique sous forme de FortiFit® Energy Plus. Avec 150 kcal par portion, FortiFit® Pulver convient aux patients présentant une importante perte musculaire, sans besoins énergétiques accrus. En présence d'une carence alimentaire, avec 302 kcal par bouteille de 200 ml et grâce au complexe ActiSyn™, FortiFit® Energy Plus peut aider non seulement à stimuler la synthèse des protéines musculaires, maintenir et reconstruire les muscles mais aussi à combler le déficit énergétique. Il est possible de commander un ensemble d'échantillons :

www.nutricia-med.de/fortifit-bestellen

Les produits FortiFit® sont des aliments destinés à des fins médicales particulières (régime alimentaire équilibré). Utiliser uniquement sous surveillance médicale.



Erratum

Numéro 3/2020, page 11, tableau 1

Rubrique professionnelle « L'apport en nutriments dans l'alimentation végane pour adultes » du numéro 3/2020

Dans la ligne du tableau « Protéine », colonne « Particularités », s'est glissée une erreur de traduction. Le texte correct a la teneur suivante : « La lysine, acide aminé considéré comme insuffisant dans l'alimentation végétale, est largement disponible dans les légumineuses (et pas : fruits à coque) et les graines (21) ».

Nous nous excusons pour cette information erronée publiée dans l'article.

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**

Finden Sie Ihr natürliches
Wohlbefinden wieder



OptiFibre®

**Nestlé
HealthScience**

DEUTSCHSCHWEIZ

Editorial	2
Fachteil	4
Wort der Präsidentin	33
Verbandsinfo.....	34
Aktuelles	35
Kursübersicht.....	39

SUISSE ROMANDE

Editorial	2
Rubrique professionnelle.....	7
Le mot de la présidente	33
Info de l'ASDD.....	34
Actualité.....	36
Vue d'ensemble des cours.....	39

SVIZZERA ITALIANA

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

Impressum

**Offizielle 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
Altenbergrasse 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,
Altenbergrasse 29, Postfach 686, 3000 Bern 8,
redaction@svde-asdd.ch

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

SVDE ASDD, Sekretariat, Altenbergrasse 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: 1600

Themen / Sujets / Temi

5/2020 Ernährung bis zuletzt? ET in der Palliative Care
Alimenter jusqu'à bout?
La thérapie nutritionnelle dans les soins palliatifs
Alimentare fino alla fine?
La terapia nutrizionale nelle cure palliative

1/2021 Adipositas

Obésité

Obesità

2/2021 Hunger-Sättigung bei parenteraler Ernährung

Sensation de faim ou de satiété
en cas d'alimentation parentérale

Fame-sazietà nella nutrizione parenterale

3/2021 Social Media

Réseaux sociaux

Media sociali

4/2021 Fasten – Nutzen und Risiken

der verschiedenen Fastenarten

Jeûne – avantages et risques

des différents types de jeûne

Diguento – vantaggi e rischi dei vari tipi di digiuno

mit Beeinträchtigung

Thérapie nutritionnelle pour les personnes

en situation de handicap

Terapia nutrizionale per le persone con limitazioni

**Redaktions- und Inserateschluss / Délais des insertions
et de rédaction / Termine d'inserzione e di redazione:**
5/2020: 14. Oktober, 14 octobre, 14 ottobre 2020

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

Geschäftsstelle / Secrétariat / Secretariato

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

Präsidentin / Présidente / Presidentessa

Gabi Fontana
gabi.fontana@svde-asdd.ch

Vizepräsident/in / Vice-présidentes / Vice presidente

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)



Maja Dorfsmid, BSc

Ernährungsberaterin SVDE
Stadtspital Waid und Triemli Zürich
Leiterin Ernährungsberatung am Standort Triemli
maja.dorfsmid@triemli.zuerich.ch

Liebe Kolleginnen und Kollegen

Die SVDE-Fachgruppe Gastroenterologie setzt sich aus insgesamt 19 Mitgliedern zusammen. Die Mitglieder stammen aus unterschiedlichen Berufsfeldern (Spitäler, Praxen, Lehre). Ein grosses Interesse in Gastroenterologie und Viszeralchirurgie sowie ähnliche Fragestellungen und Herausforderungen eint unsere Fachgruppe. Gemeinsam verfügen wir über einen riesigen Erfahrungsschatz.

Erfreulicherweise ist das Interesse an unserer Gruppe in den letzten Jahren stetig gewachsen. Um interessierten Berufskolleginnen und -kollegen eine Mitarbeit in der SVDE-Fachgruppe zu ermöglichen und weiterhin effizient und auf fachlich hohem Niveau arbeiten zu können, haben wir die Gesamtgruppe versuchsweise in drei kleinere temporäre Arbeitsgruppen aufgeteilt. Während den letzten zwei Jahren widmeten sie sich intensiv den folgenden drei Fragestellungen:

1. Wie sieht ein zeitgemässer und sicherer oraler Nahrungsaufbau nach Ösophagektomie oder Gastrektomie aus? (A. Bucher, M. Dorfsmid, S. Stirnimann, T. Vogt, C. Wider, I. Zimmermann)
2. Welches sind die aktuellen Ernährungsempfehlungen bei chronisch entzündlichen Darmerkrankungen? (P. Jauch, E. Kuratle, M. Kaufmann, B. Schilling, C. Sinik, D. Studerus, B. Zihlmann)
3. Welche ernährungstherapeutischen Massnahmen und Abklärungen sind bei Diarröh indiziert? (V. Aleman, J. Bär, M. Sarbach, K. Schärer, U. Schulz, K. Weiss)

Wir freuen uns, nachfolgend die spannenden Ergebnisse präsentieren zu dürfen, und wünschen eine spannende Lektüre.

Chère collègue, cher collègue

Le groupe spécialisé Gastro-entérologie se compose de 19 membres au total, qui proviennent de différents groupes professionnels (hôpitaux, cabinets, enseignement). Notre groupe professionnel nourrit un grand intérêt pour la gastro-entérologie et la chirurgie viscérale ainsi que pour les problématiques et défis de domaines connexes. Nous disposons ensemble d'une expérience inestimable.

Ces dernières années, l'intérêt porté à notre groupe n'a cessé de grandir, ce qui est réjouissant. Pour permettre à nos collègues manifestant de l'intérêt de coopérer au sein du groupe spécialisé et pour pouvoir continuer d'effectuer un travail efficace et d'un niveau qualitatif élevé, nous avons essayé de scinder temporairement le groupe en trois sous-groupes de travail. Au cours de ces deux dernières années, nous avons étudié intensivement les trois problématiques suivantes:

1. Comment se présente de nos jours une réalimentation orale sûre après une œsophagectomie ou une gastrectomie? (A. Bucher, M. Dorfsmid, S. Stirnimann, T. Vogt, C. Wider, I. Zimmermann)
2. Quelles sont les recommandations alimentaires actuelles en cas de maladies inflammatoires chroniques de l'intestin? (P. Jauch, E. Kuratle, M. Kaufmann, B. Schilling, C. Sinik, D. Studerus, B. Zihlmann)
3. Quelles mesures et évaluations de thérapie nutritionnelle sont indiquées en cas de diarrhée? (V. Aleman, J. Bär, M. Sarbach, K. Schärer, U. Schulz, K. Weiss)

Nous nous réjouissons de présenter ci-après nos résultats intéressants et vous souhaitons une agréable lecture.

Care colleghi e cari colleghi

Il gruppo specializzato Gastroenterologia è composto da 19 membri provenienti da vari ambiti lavorativi (ospedali, studi privati, insegnamento), che hanno in comune un grande interesse per la gastroenterologia e la chirurgia viscerale, così come il desiderio di affrontare interrogativi e sfide simili. Insieme disponiamo di un'enorme capitale di esperienza.

Con piacere abbiamo constatato che negli ultimi anni l'interesse per il nostro gruppo è continuamente aumentato. Per permettere a colleghi e colleghi interessati di collaborare all'interno del gruppo specializzato e per poter continuare a lavorare in modo efficiente e altamente specializzato, abbiamo quindi suddiviso in via sperimentale il gruppo in tre gruppi di lavoro temporanei più piccoli. Nel corso degli ultimi due anni questi sottogruppi hanno lavorato intensamente sulle seguenti tre domande:

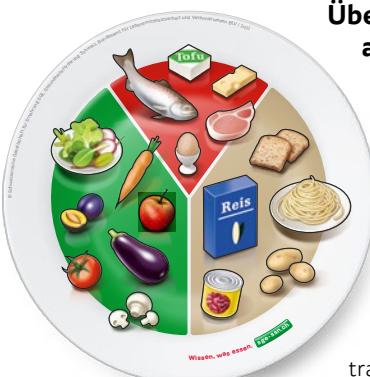
1. Qual è l'approccio sicuro e al passo con i tempi per la graduale ripresa dell'alimentazione orale dopo esofagectomia e gastrectomia? (A. Bucher, M. Dorfsmid, S. Stirnimann, T. Vogt, C. Wider, I. Zimmermann)
2. Quali sono le attuali raccomandazioni nutrizionali in caso di malattie infiammatorie croniche intestinali? (P. Jauch, E. Kuratle, M. Kaufmann, B. Schilling, C. Sinik, D. Studerus, B. Zihlmann)
3. Quali misure di terapia nutrizionale e accertamenti sono indicati in caso di diarrea? (V. Aleman, J. Bär, M. Sarbach, K. Schärer, U. Schulz, K. Weiss)

Siamo lieti di potervi presentare in questo numero gli interessanti risultati ottenuti dai gruppi di lavoro e vi auguriamo buona lettura!

BERATUNGSTOOL: REZEPTE ZUM OPTIMALEN TELLER

In Zusammenarbeit mit der Schweizerischen Gesellschaft für Ernährung SGE hat Proviande ein Beratungstool für Ernährungsberater/-innen geschaffen. Zum optimalen Teller gibt es über 30 einfache, ausgewogene und originelle Menüs.

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



Über 30 einfache und ausgewogene Menüs

Zum optimalen Teller gibt es mittlerweile über 30 einfache, ausgewogene und originelle Menüs, die in der Beratung die praktische Umsetzung der Schweizer Lebensmittelpyramide bildlich erläutern.

Das Angebot ist vielfältig:

So finden sich zum Beispiel traditionelle Gerichte, Menüs aus der Nose-to-Tail-Küche, Rezepte mit Special Cuts und viele mehr.

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



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

Die Menüs erfüllen pro Portion folgende Kriterien:

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



Oraler Nahrungsaufbau nach Ösophagektomie und Gastrektomie

SVDE-Fachgruppe Gastroenterologie – Untergruppe oraler Nahrungsaufbau nach Gastrektomie und Ösophagektomie

In den aktuellen Leitlinien zur klinischen Ernährung nach grösseren chirurgischen Eingriffen im oberen Gastrointestinaltrakt werden keine detaillierten Angaben zum oralen Kostaufbau gemacht. Der postoperative Nahrungsaufbau nach Ösophagektomie (OE) und Gastrektomie (GE) stellt oft eine Herausforderung dar und wird in vielen Schweizer Spitätern unterschiedlich gestaltet.

Ausgangslage

Zunächst haben wir zehn Deutschschweizer Spitäler befragt, wie der Kostaufbau nach diesen chirurgischen Eingriffen erfolgt. Die Ernährungsberatung ist in diesen Spitätern meist Teil eines interdisziplinären Teams. In den befragten Spitätern wird nebst dem Kostaufbau eine Ernährungssedukation durchgeführt und eine ambulante Nachbetreuung sichergestellt. Die enterale Ernährung (EN) wird ziemlich einheitlich innerhalb von 24 Stunden mit einem Standardprodukt gestartet.

Heterogener ist das Bild beim oralen Nahrungsaufbau. Während die postoperative Nüchternheit nach totaler GE meist 5 Tage beträgt, variiert der Beginn des Kostaufbaus bei der subtotalen GE zwischen dem 1. und 4. postoperativen Tag (POD) und nach OE zwischen dem 3. und 6. POD. In allen Spitätern existiert ein internes Stufenschema für den Kostaufbau, wobei in erster Linie die Nahrungskonsistenz modifiziert wird. Gestartet wird meist mit klarer Flüssigkeit, gefolgt von flüssiger, energie- und proteinreicher Nahrung über pürierte und weiche Kost bis hin zu Normalkost nach Verträglichkeit.

Literaturanalyse

Insgesamt ist die Studienzahl zum frühen oralen Nahrungsaufbau nach GE und OE

recht gering. Wir haben 12 Studien gefunden, welche die Auswirkungen einer frühen oralen Nahrungsaufnahme bei diesen Operationen untersuchen. In der Literatur zu Operationen nach ERAS (Enhanced Recovery after Surgery) ist die frühe orale Ernährung fester Bestandteil des Konzeptes. Der Kostaufbau kann dabei nicht isoliert betrachtet werden. Diese Leitlinien empfehlen nach unterschiedlichen chirurgischen Eingriffen ebenfalls einen frühen postoperativen Nahrungsaufbau [1].

Gastrektomie

Eine frühe orale Ernährung hat keinen signifikanten Einfluss auf die Häufigkeit von Ileus oder Anastomoseninsuffizienz. Hur et al. (2015) zeigten in ihrem RCT mit 54 Proband/innen nach totaler (n=11) und subtotaler (n=43) GE keine Unterschiede in der Morbidität. 25% der früh oral ernährten Patienten gegenüber 31% in der Kontrollgruppe erlitten postoperative Komplikationen. Keiner der Patienten aus der Interventionsgruppe (IG) musste reoperiert werden. Der Zeitpunkt des ersten Windabgangs erfolgte bei den früh oral Ernährten nach 1,9 Tagen im Vergleich zur Kontrollgruppe mit 2,9 Tagen [2].

Die retrospektive Datenanalyse von Sierzega et al. (2015) mit 185 Patient/innen in der frühpostoperativen oral ernährten IG (52%) zeigte, dass eine orale Ernährung am ersten POD mit flüssiger Kost kein erhöhtes Risiko für eine Anastomoseninsuffizienz aufwies [3] und es im postoperativen Verlauf bei früher oraler Ernährung zu signifikant weniger allgemeinen Komplikationen kam.

Der RCT von Shimizu et al. (2018) zeigte eine höhere Komplikationsrate nach distaler GE von 21,3% (n=17) in der IG mit früher postoperativer oraler Ernährung (Produkt:

iEAT®) vs. 9 % (n=8) in der Kontrollgruppe. Nach totaler GE betrug die Komplikationsrate in der IG 26,8% (n=11) vs. 18,2% (n=6) in der Kontrollgruppe. Ein Zusammenhang zwischen früher oraler Ernährung und postoperativer Entwicklung einer Anastomoseninsuffizienz konnte nicht bestätigt werden. Eine verzögerte Magenentleerung nach distaler GE wurde bei 5 Probanden der IG vs. 2 Probanden der Kontrollgruppe beobachtet [4].

Zudem ist die Spitalaufenthaltsdauer (LOS) bei den analysierten Studien in der früh oral ernährten Gruppe kürzer. Bei Sierzega et al. (2015) sank die LOS der früh oral ernährten Gruppe von 8 (IQR 6–8) auf 7 Tage (IQR 7–15) [2]. Eine signifikant kürzere LOS zeigte die Arbeit von Joeng et al. (2013) mit 7,4 vs. 8,9 Tagen [4]. Die Arbeit von Shimizu et al. (2018) beschreibt eine kürzere LOS nach totaler GE bei der IG [4].

Eine frühe orale Ernährung definiert sich aufgrund der vorliegenden Arbeiten ab dem 1. POD und beinhaltet Wasser bis hin zu weicher Kost. Die Zusammensetzung und Konsistenz der frühen oralen Ernährung war in keiner Studie Teil der Forschungsfrage. In den meisten Arbeiten fehlen ausführliche Angaben zur Art, Häufigkeit und Portionsgrösse der Nahrung. Üblicherweise wurde eine landesübliche Kost basierend auf Reis, Fisch, Poulet, Tofu und Gemüse angeboten [5, 6]. Gao et al. (2019) starteten am 2. POD mit einer flüssigen Kost, gefolgt von einer halbflüssigen, weichen Kost am 3. POD [7].

Ösophagusresektion

Sun et al. (2015) untersuchten nach thorakal laparoskopischer OE eine frühe orale Ernährung bei 68 Patienten mit einer Kontrollgruppe von 65 Patienten, welche 6 Tage oral nüchtern waren. Die IG erhielt am 1. POD eine flüssige Kost und bei guter Verträglichkeit ab dem 2. POD eine weiche

Kost verteilt auf 6 Mahlzeiten. Die beiden Gruppen unterschieden sich nicht hinsichtlich Komplikationen. Windabgang und die ersten Darmbewegungen waren in der IG signifikant früher und die LOS sank von 10,7 auf 9,2 Tage [8]. Die gleiche Forschergruppe untersuchte 2018 mittels RCT 280 Patienten nach minimal invasiver OE mit dem gleichen Ernährungsregime und konnte ihre Ergebnisse bestätigen. Zusätzlich fand eine Untersuchung der Lebensqualität statt. Diese zeigte, dass 2 Wochen postoperativ die allgemeine Lebensqualität der früh oral ernährten Patienten besser war und die Symptome Übelkeit, Erbrechen und Durchfall seltener auftraten [9].

In der retrospektiven Studie von Weijs et al. (2016) litten die Patienten der IG mit einer frühen oralen Nahrungsaufnahme weniger häufig an Anastomoseninsuffizienz und Pneumonie (orale Nüchternheit während 4–7 Tagen postoperativ). Die 50 Patienten der IG erhielten am OP-Tag klare Flüssigkeit, vom 1. bis 6. POD eine flüssige Nahrung und ab dem 7. POD feste Speisen. Dieser postoperative Nahrungsaufbau konnte bei 70% der Patienten in der IG umgesetzt werden. Die orale Energieaufnahme lag dabei am 5. POD im Mittel bei 1205 kcal (956–1405 kcal). Zudem war die LOS kürzer [9].

Empfehlungen für die praktische Umsetzung

Unsere Ernährungsempfehlungen kombinieren die Resultate aktueller Forschung mit der Expertise von erfahrenen Ernährungsberaterinnen und -beratern (ERB) sowie Chirurginnen und Chirurgen. Der Fokus liegt dabei auf dem postoperativen oralen Kostaufbau. Der Ernährungszustand (EZ) hat einen wesentlichen Einfluss auf die Therapie und die Komplikationsrate. Daher geben wir in Tabelle 1 Empfehlungen zur präoperativen Ernährung und gehen in Tabelle 2 auf das postoperative Ernährungsmanagement ein. Die Wirksamkeit der Immunonutrition stellt eine eigenständige komplexe Forschungsfrage dar, weshalb wir in diesem Artikel nicht weiter darauf eingehen. Die ERB sollte im gesamten peri-

operativen Prozess eine wichtige Fachperson für den Patienten sein. Unsere Empfehlungen basieren in den allgemeinen Bereichen auf der ESPEN-Leitlinie Chirurgie (2017) [11]. Empfehlungen zum oralen Kostaufbau beziehen sich auf die erwähnten Originalarbeiten.

- Ernährungszustand (EZ) mittels NRS erfassen
- Bei Malnutrition den EZ verbessern
- Ggf. Immunonutrition
- Carboloading am Vortag der OP und bis 2 h vor OP
- Kurze präoperative Nüchternheit
- Präoperative Ernährungssedukation

Tabelle 1: Präoperative Abklärung und Ernährungstherapie

Postoperativ

Ziel ist eine möglichst rasche Wiederaufnahme der oralen Ernährung sowie eine gute Verträglichkeit der oralen und bei Bedarf enteralen oder parenteralen Ernährung. Dadurch soll der EZ aufrechterhalten und Komplikationen verhindert werden.

Unsere Empfehlung, wie der orale Kostaufbau bei komplikationslosem postoperativem Verlauf ohne Vorhandensein von Risikofaktoren für eine Anastomoseninsuffizienz gestaltet werden kann, ist in Tabelle 3 zusammengefasst. In vielen Spitäler wird aktuell der orale Kostaufbau nach distaler oder totaler GE unterschieden. Da diese Unterscheidung in der Literatur nicht gemacht wird, verzichten wir ebenfalls darauf.

Fazit

Die aktuelle Literatur lässt darauf schließen, dass eine fröhe postoperative Ernährung sicher und praktikabel ist. Eine durch uns durchgeführte Umfrage in verschiedenen Schweizer Spitäler zeigt jedoch, dass der postoperative orale Nahrungsaufbau oft deutlich verzögter erfolgt. Eine gute interdisziplinäre Absprache zwischen Chirurg/innen und ERB erachten wir daher als sehr wichtig, sodass Sicherheit geschaffen werden kann und der Patient von einem möglichst frühen oralen Nahrungsaufbau als Bestandteil eines Gesamt-Therapiekonzeptes profitieren kann.

Energie- und Proteinbedarf	<ul style="list-style-type: none"> • Individuell festlegen und monitorisieren • Energiebedarf: Berechnung gemäss Harris Benedict oder 1.–3. POD: 25–30 kcal/kg KG, ab 4. POD: 30–35 kcal/kg KG (resp. adjustiertes KG mit BMI 20–25) • Proteinbedarf: 1,2–1,5 g/kg KG (resp. adjustiertes KG BMI 20–25) [10]
Immunonutrition	<ul style="list-style-type: none"> • Ggf. perioperativ
Essverhalten	<ul style="list-style-type: none"> • Im Sitzen essen und trinken (möglichst ausserhalb des Bettes) • Nicht zum Essen trinken, sondern zwischen den Mahlzeiten • 5–8 volumenarme, energiedichte Mahlzeiten über den ganzen Tag verteilt
Umsetzung Nahrungsaufbau	<ul style="list-style-type: none"> • Beginn der Nahrungsaufnahme in Absprache zwischen Operateur und ERB (Risikoabwägung) • Stufenaufbau: nur steigern, wenn vorgängige Stufe gut toleriert wurde; d. h. gut schluckbar/keine Bolusobstruktion, kein Erbrechen, keine Regurgitation, kein starkes Völlegefühl • Nahrungsaufnahme monitorisieren • ERB überwacht Kostaufbau und berät Patient/in • Zuckerhaltige Getränke zur Abdeckung des Energiebedarfs empfohlen (Dumping unwahrscheinlich bei schluckweisem Trinken) • Beratung zur langfristigen Ernährung und ambulante Weiterbetreuung durch ERB
Enterale Ernährung	<ul style="list-style-type: none"> • Über FKJ oder nasojejunale Sonde • Stufenweiser Aufbau mit Standardprodukt • Kontinuierliche Applikation mit Ernährungspumpe

Tabelle 2: Praktische Umsetzung der postoperativen Ernährungstherapie

	Ösophagektomie	Distale und totale Gastrektomie
OP-Tag	Post-OP nüchtern	Post-OP nüchtern
1. POD	• Schluckweise energie- und proteinreiche Flüssigkeiten (IDDSI-Stufe 0–2) bis 500 ml	• Schluckweise energie- und proteinreiche Flüssigkeiten (IDDSI-Stufe 0–2) bis 1000 ml
2. POD	• Schluckweise energie- und proteinreiche Flüssigkeiten bis 1000 ml	• Trinken frei*, schluckweise • 1/4 Port. sehr weiche, zerkleinerte und durchfeuchtete Kost (IDDSI 5), 6 Mahlzeiten/Tag
3. POD	• Schluckweise energie- und proteinreiche Flüssigkeiten bis 1000 ml	• Trinken frei*, schluckweise • 1/4 Port. sehr weiche, zerkleinerte und durchfeuchtete Kost (IDDSI 5), 6 Mahlzeiten/Tag
4. POD	• Schluckweise energie- und proteinreiche Flüssigkeiten bis 1500 ml	• Trinken und Kost frei (IDDSI 6–7)(1/4–1/2 Port., energie- und proteinreich, 6 MZ/Tag)
5. POD	• Trinken frei* • 1/4 Port. püriert/breiige Kost (IDDSI Stufe 4), 6 Mahlzeiten/Tag	
6. POD	• Trinken frei* • 1/4 Port. sehr weiche, zerkleinerte und durchfeuchtete Kost (IDDSI 5), 6 Mahlzeiten/Tag	
7. POD und folgende	• Trinken und Kost frei ohne sehr harte krustige oder grobfaserige Speisen (IDDSI 6–7) (1/4–1/2 Port., energie- und proteinreich, 6 MZ/Tag)	

* «Trinken frei» steht für eine freie Wahl der Getränke ohne limitierte Menge

Tabelle 3: Postoperativer Nahrungsaufbau



Für Genuss und Wohlbefinden.

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

Dies unter anderem mit mehr als 500 Produkten, die sich für Menschen mit einer Unverträglichkeit eignen.

Mehr erfahren: coop.ch/freefrom

coop

Für mich und dich.

Die Ernährung sollte mehrdimensional betrachtet werden, denn nebst einer guten Verträglichkeit des oralen Nahrungsbaus gilt es auch, eine Mangelernährung zu verhindern. Dabei erweist sich eine ergänzende EN über eine nasojejuna oder eine Feinnadel-Katheter-Jejunostomie (FKJ) oft als wichtige und gut tolerierte Unterstützung.

Literaturverzeichnis

- 1 ERAS-Society <https://eras-society.org/>
- 2 Hur H, Kim SG, Shim JH, Song KY, Kim W, Park CH, Jeon HM. Effect of early oral feeding after gastric cancer surgery: a result of randomized clinical trial. *Surgery*. 2011 Apr;149(4):561-8. doi: 10.1016/j.surg.2010.10.003. Epub 2010 Dec 13. PMID: 21246844
- 3 Sierzega M, Choruz R, Pietruszka S, Kulig P, Kolodziejczyk P, Kulig J. Feasibility and outcomes of early oral feeding after total gastrectomy for cancer. *J Gastrointest Surg*. 2015 Mar;19(3):473-9. doi: 10.1007/s11605-014-2720-o. Epub 2014 Dec 18.
- 4 Shimizu N, Oki E, Tanizawa Y, Suzuki Y, Aikou S, Kunisaki C, Tsuchiya T, Fukushima R, Dokai Y, Natsume S, Nishida Y, Morita M, Hirabayashi N, Hatao F, Takahashi I, Choda Y, Iwasaki Y, Seto Y. Effect of early oral feeding on length of hospital stay following gastrectomy for gastric cancer: a Japanese multicenter, randomized controlled trial. *Surg Today*. 2018 Sep;48(9):865-874. doi: 10.1007/s00595-018-1665-4. Epub 2018 May 2. PMID: 29721714
- 5 Jeong O, Ryu SY, Jung MR, Choi WW, Park YK. The safety and feasibility of early postoperative oral nutrition on the first postoperative day after gastrectomy for gastric carcinoma. *Gastric Cancer*. 2014 Apr;17(2):324-31. doi: 10.1007/st0120-013-0275-5. Epub 2013 Jun 15.
- 6 Hirao M, Tsujinaka T, Takeno A, Fujitani K, Kurata M. (2005) Patient-controlled Dietary Schedule Improves Clinical Outcome after Gastrectomy for Gastric Cancer, *World J. Surg.* Vol. 29, No. 7, July
- 7 Gao L, Zhao Z, Zhang L, Shao G. Effect of early oral feeding on gastrointestinal function recovery in postoperative gastric cancer patients: a prospective study. *J BUON*. 2019 Jan-Feb;24(1):194-200.
- 8 Sun HB, Liu XB, Zhang RX, Wang ZF, Qin JJ, Yan M, Liu BX, Wei XF, Leng CS, Zhu JW, Yu YK, Li HM, Zhang J, Li Y. (2015) Early oral feeding following thoracolaparoscopic oesophagectomy for oesophageal cancer. *Eur J Cardiothorac Surg*. 2015 Feb;47(2):227-33. doi: 10.1093/ejcts/ezu168. Epub 2014 Apr 17. PMID:24743002
- 9 Sun HB, Li Y, Liu XB, Zhang RX, Wang ZF, Lerut T, Liu CC, Fiorelli A, Chao YK, Molena D, Cerfolio RJ, Ozawa S, Chang AC; written on behalf of the AME Thoracic Surgery Collaborative Group. (2018) Early Oral Feeding Following McKeown Minimally Invasive Esophagectomy: An Open-label, Randomized, Controlled, Noninferiority Trial. *Ann Surg*. 2018 Mar;267(3):435-442. doi: 10.1097/SLA.0000000000002304.
- 10 Teus J, Weijns MD, PhD, Gijss H. K. Berkelmans, MD, Grard A. P. Nieuwenhuijzen, MD, PhD, Annemarie C. P. Dolmans, MANP, Ewout A. Kouwenhoven, MD, PhD, Camiel Rosman, MD, PhD, Jelle P. Ruurda, MD, PhD, Frans van Workum, MD, Marc J. van Det, MD, PhD, Luis C. Silva Corten, MD, Richard van Hillegersberg, MD, PhD, and Misha D. P. Luyer, MD, PhD; Immediate Postoperative Oral Nutrition Following Esophagectomy: A Multicenter Clinical Trial. *Ann Thorac Surg* 2016;102:141-8
- 11 Weimann A, Braga M, Carli F, Higashiguchi T, Hübner M, Klek S, Laviano A, Ljungqvist O, N. Lobo D.N., Martindale R., Waitzberg D.L., Bischoff S.C., Singer P. (2017). ESPEN guideline: Clinical nutrition in surgery; *Clinical Nutrition* 36:623-650

La reprise de l'alimentation orale après une œsophagectomie et une gastrectomie

Groupe spécialisé de l'ASDD Gastro-entérologie, sous-groupe Réalimentation orale après gastrectomie et œsophagectomie

Dans les directives actuelles sur l'alimentation clinique après une intervention chirurgicale assez importante dans le trac-tus gastro-intestinal supérieur, aucune indication détaillée n'est donnée concernant la réalimentation orale. La réalimentation postopératoire après une œsophagectomie (OE) et une gastrectomie (GE) est sou-vent compliquée et gérée de différentes façons dans les hôpitaux de Suisse.

Contexte

Dans un premier temps, nous avons demandé à dix hôpitaux de Suisse aléma-nique comment se faisait chez eux la réali-méntation après ces interventions chirurgi-ciales. Dans ces hôpitaux, le/la diététicien-ne fait le plus souvent partie d'une équipe inter-disciplinaire. Dans les hôpitaux inter-ro-gés, une éducation nutritionnelle est effec-tuée en plus de la réalimentation et un suivi ambulatoire est organisé. L'alimentation entérale (AE) est commencée de façon plu-tôt homogène dans l'intervalle de 24 heures avec un produit standard.

En ce qui concerne la reprise de l'alimen-tation orale, la pratique est plus hété-ro-gène. Tandis que le jeûne postopératoire après une GE totale dure en général 5 jours, le début de la réalimentation en cas de GE partielle intervient entre le 1^{er} et le 4^e jour post-opératoire (JPO) et en cas d'OE entre le 3^e et le 6^e JPO. Chaque hôpital est doté d'un schéma de niveaux interne pour la réali-méntation, sachant que c'est surtout la con-sistance des aliments qui évolue. On com-mence le plus souvent par un liquide clair, puis on passe à des aliments liquides riches en énergie et en protéines pour introduire ensuite des aliments mous et sous forme de purée avant de proposer une alimentation normale en fonction de la tolérance.

Analyse de la littérature

Dans l'ensemble, il n'existe que peu d'études sur la réalimentation orale précoce après une GE et une OE. Nous avons trouvè 12 études qui analysent les effets d'une réalimentation orale précoce pour ces opérations. Dans la littérature sur les

opérations selon ERAS (Enhanced Recovery after Surgery), l'alimentation orale précoce fait toujours partie intégrante du concept et ne peut être considérée de façon isolée. Ces lignes directrices recommandent également une réalimentation postopératoire précoce après différentes interventions chirurgicales [1].

Gastrectomie

Une alimentation orale précoce n'a pas d'effet significatif sur la fréquence de l'iléus ou de l'insuffisance anastomotique. Dans leur ECR sur 54 sujets, Hur et al. (2015) n'ont observé aucune différence dans la morbidité après une GE totale (n=11) et partielle (n=43). 25 % des patient-e-s ayant bénéficié d'une alimentation orale précoce ont subi des complications postopéra-toires contre 31% dans le groupe de contrô-le. Aucun des patient-e-s du groupe d'intervention (G1) n'a dû être réopéré. Chez les patient-e-s avec alimentation ora-ble précoce, les premiers gaz sont survenus après 1,9 jour (comparaison: 2,9 jours pour le groupe de contrôle) [2].

L'analyse des données rétrospective de Sierzega et al. (2015), avec dans le GI 185 patient-e-s avec alimentation orale en phase postopératoire précoce (52 %), a montré que le premier JPO, une alimentation orale liquide n'a pas présenté de risque accru d'insuffisance anastomotique [3] et en ce qui concerne l'évolution postopératoire en cas d'alimentation orale précoce, les complications générales ont été significativement moins importantes.

L'ECR de Shimizu et al. (2018) a révélé un taux de complication plus élevé après GE distale de 21,3 % (n=17) dans le GI avec alimentation orale postopératoire précoce (produit: iEAT®) vs 9 % (n=8) dans le groupe de contrôle. Après une GE totale, le taux de complication dans le GI a été de 26,8 % (n=11) contre 18,2 % (n=6) dans le groupe de contrôle. Il n'a pas été possible de confirmer l'existence d'un lien entre alimentation orale précoce et évolution postopératoire d'une insuffisance anastomotique. Un retard de la vidange gastrique après GE distale a été observé pour 5 sujets du GI contre 2 du groupe de contrôle [4].

De plus, dans les études considérées, la durée du séjour hospitalier (length of hospital stay, LOS) a été plus courte dans le groupe des patient-e-s avec alimentation orale précoce. Chez Sierzega et al. (2015), la LOS du groupe avec alimentation orale précoce a baissé de 8 (EI 6–8) à 7 jours (EI 7–15) [2]. Le travail de Joeng et al. (2013) a révélé une LOS significativement plus courte, avec 7,4 jours contre 8,9 [4]. L'étude de Shimizu et al. (2018) décrit une LOS plus courte après GE totale pour le GI [4].

Une alimentation orale précoce se définit sur la base des études actuelles à partir du 1^{er} JPO et va de l'eau jusqu'aux aliments mous. Aucune des études n'a intégré la composition et la consistance de l'alimentation orale précoce aux questions de recherche. La plupart des travaux manquent d'indications détaillées sur la nature et la fréquence de l'alimentation ainsi que sur la taille des portions. Habituellement, c'est la nourriture usuelle dans le pays qui a été proposée, à base de riz, de viande, de pou-

let, de tofu et de légumes [5, 6]. Gao et al. (2019) ont introduit une alimentation liquide le 2^e JPO, avec une alimentation semi-liquide et molle le 3^e JPO [7].

Résection de l'œsophage

Sun et al. (2015) ont étudié l'alimentation orale précoce après une OE par thoracolaparoscopie sur 68 patient-e-s, avec un groupe de contrôle de 65 patient-e-s avec jeûne oral de 6 jours. Le 1^{er} JPO, le GI a reçu une alimentation liquide, et quand la tolérance était bonne, une alimentation molle répartie sur 6 repas a été introduite à partir du 2^e JPO. Les deux groupes ne se sont pas différenciés en ce qui concerne les complications. Les gaz et les premiers signes de motricité intestinale sont apparus beaucoup plus tôt dans le GI et la LOS a baissé de 10,7 à 9,2 jours [8]. En 2018, dans le cadre d'un ECR, le même groupe de recherche a étudié 280 patient-e-s après une œsophagectomie mini-invasive avec le même régime alimentaire. Il a été en mesure de confirmer ses résultats. La qualité de vie a par ailleurs été étudiée. Il s'est avé-

ré que deux semaines après l'opération, la qualité de vie générale des patient-e-s avec alimentation orale précoce était meilleure et que les symptômes de nausées, de vomissements et de diarrhée survenaient plus rarement [9].

Dans l'étude rétrospective de Weijns et al. (2016), les patient-e-s du GI avec réalimentation orale précoce ont été nettement moins souvent atteint-e-s d'insuffisance anastomotique et de pneumonie (jeûne oral pendant 4 à 7 JPO). Les 50 patient-e-s du GI ont reçu un liquide clair le jour de l'opération, une alimentation liquide du 1^{er}

- Déterminer l'état nutritionnel (EN) au moyen du NRS
- En cas de malnutrition, améliorer l'EN
- Event. immunonutrition
- Carboloading la veille de l'OP et jusqu' 2 h avant OP
- Court jeûne préopératoire
- Education nutritionnelle préopératoire

Tableau 1: Examens préopératoires et thérapie nutritionnelle

Besoin en énergie et en protéines	<ul style="list-style-type: none"> • Définition et contrôle individuels • Besoin énergétique: calcul selon Harris Benedict ou 1^{er}–3^e JPO: 25–30 kcal/kg PC, à partir 4^e JPO: 30–35 kcal/kg PC (ou PC ajusté avec IMC 20–25) • Besoin en protéines: 1,2–1,5 g/kg PC (ou PC ajusté IMC 20–25) [10]
Immunonutrition	<ul style="list-style-type: none"> • Event. périopératoire
Comportement alimentaire	<ul style="list-style-type: none"> • Manger et boire assis (si possible en dehors du lit) • Ne pas boire en mangeant, mais entre les repas • Prendre 5–8 repas énergétiques de faible volume répartis sur toute la journée
Reprise de l'alimentation	<ul style="list-style-type: none"> • Début de la réalimentation d'entente entre le/la chirurgien-ne et le/la diététicien-ne (évaluation du risque) • Reprise progressive: n'augmenter que si le stade préalable a été bien toléré; autrement dit bonne déglutition/pas d'obstruction du bol, pas de vomissements, pas de régurgitation, pas de forte sensation de réplétion • Contrôle de la prise alimentaire • Le/la diététicien-ne surveille la réalimentation et conseille le/la patient-e • Prise de boissons sucrées recommandée pour couvrir les besoins énergétiques (dumping peu probable en buvant par petites gorgées) • Conseil sur l'alimentation à long terme et suivi ambulatoire par un-e diététicien-ne
Alimentation entérale	<ul style="list-style-type: none"> • Par sonde naso-jéjunale ou jéjunostomie à aiguille fine • Réalimentation progressive avec produit standard • Application continue avec pompe de nutrition

Tableau 2: Mise en pratique de la thérapie nutritionnelle postopératoire

	Œsophagectomie	Gastrectomie distale ou totale
Jour de l'OP	Post OP à jeun	Post OP à jeun
1 ^{er} JPO	• Liquides riches en énergie et en protéines (IDDSI niveau 0–2), par gorgée, jusqu'à 500 ml	• Liquides riches en énergie et en protéines (IDDSI niveau 0–2), par gorgée, jusqu'à 1000 ml
2 ^e JPO	• Liquides riches en énergie et en protéines, par gorgée, jusqu'à 1000 ml	• Liquides libres*, par gorgée • 1/4 port. aliments très mous, coupés en petits morceaux et trempés (IDDSI niveau 5), 6 repas/jour
3 ^e JPO	• Liquides riches en énergie et en protéines, par gorgée, jusqu'à 1000 ml	• Liquides libres*, par gorgée • 1/4 port. aliments très mous, coupés en petits morceaux et trempés (IDDSI niveau 5), 6 repas/jour
4 ^e JPO	• Liquides riches en énergie et en protéines, par gorgée, jusqu'à 1500 ml	• Liquides et aliments libres (IDDSI niveau 6–7) (1/4 à 1/2 port., riche en énergie et en protéines, 6 repas/jour)
5 ^e JPO	• Liquides libres* • 1/4 port. aliments en purée/bouillie (IDDSI niveau 4), 6 repas/jour	
6 ^e JPO	• Liquides libres* • 1/4 port. aliments très mous, coupés en petits morceaux et trempés (IDDSI niveau 5), 6 repas/jour	
7 ^e JPO et suivants	• Liquides et aliments libres à l'exception de mets très durs, avec croûte ou à grosses fibres (IDDSI niveau 6–7) (1/4 à 1/2 port., riche en énergie et protéines, 6 repas/jour)	

* «Liquides libres» = libre choix des boissons sans limitation de quantité

Tableau 3: Réalimentation postopératoire

au 6^e JPO et dès le 7^e JPO, des mets solides. Cette réalimentation postopératoire a pu être mise en œuvre pour 70 % des patient-e-s du GI. Le 5^e JPO, l'apport énergétique oral était en moyenne de 1205 kcal (956–1405 kcal). En outre, la LOS était plus courte [9].

Recommandations pour la mise en pratique

Nos recommandations alimentaires combinent les résultats de la recherche actuelle à l'expertise de chirurgien-ne-s et diététicien-ne-s expérimenté-e-s, l'accent étant mis sur la réalimentation orale postopératoire. L'état nutritionnel a une influence considérable sur le traitement et le taux de complication. C'est pourquoi, dans le tableau 1, nous faisons des recommandations sur l'alimentation préopératoire et dans le tableau 2, nous expliquons en détail la gestion postopératoire de l'alimentation. L'efficacité de l'immunonutrition est une question de recherche complexe que nous ne pouvons approfondir dans le cadre de cet article. Pendant tout le processus périopératoire, le/la diététicien-ne ASDD devrait être un-e professionnel-le impor-

tant-e aux côtés des patient-e-s. Dans les domaines généraux, nos recommandations sont basées sur les guidelines ESPEN pour la chirurgie (2017) [11]. Les recommandations relatives à la réalimentation orale se rapportent aux travaux originaux susmentionnés.

Phase postopératoire

L'objectif est une reprise la plus rapide possible de l'alimentation orale de même qu'une bonne tolérance de l'alimentation orale et au besoin entérale ou parentérale. De cette manière, l'état nutritionnel peut être maintenu et les complications empêchées.

Le tableau 3 propose un résumé de notre recommandation relative à la manière dont la réalimentation orale peut être organisée en cas d'évolution postopératoire sans complication et en l'absence de facteurs de risque d'une insuffisance anastomotique. Beaucoup d'hôpitaux établissent actuellement une distinction entre GE distale et totale. Comme cette différenciation est absente de la littérature, nous y avons également renoncé.

Conclusion

La littérature actuelle permet de conclure qu'une alimentation postopératoire précoce est sûre et réalisable. L'enquête que nous avons effectuée dans différents hôpitaux a toutefois montré que souvent, la réalimentation orale postopératoire est nettement retardée. C'est pourquoi nous estimons qu'une bonne concertation interdisciplinaire entre les chirurgien-ne-s et les diététicien-ne-s est très importante pour créer les conditions de sécurité et permettre aux patient-e-s de profiter le plus tôt possible de la réalimentation orale comme composante d'un concept thérapeutique global.

La nutrition devrait être considérée de façon pluridimensionnelle, car en plus de s'assurer d'une bonne tolérance de la réalimentation orale, il convient aussi d'éviter la malnutrition. Une AE complémentaire par sonde naso-jéjunale ou par une jéjunostomie à aiguille fine constitue souvent un soutien important et bien toléré.

Bibliographie voir page 7



Intolérance au lactose Matériel gratuit pour vos consultations

Abordez-vous souvent l'intolérance au lactose lors de vos consultations?
Nos supports d'information sont là pour vous aider dans votre pratique professionnelle.

Commandez-les vite sur swissmilk.ch/nutrition



Information aux professionnels

Série de documents sur le diagnostic, les symptômes caractéristiques, les diagnostics différentiels, l'adaptation du régime alimentaire et le choix des produits laitiers.

Nº d'article 142095F



Information aux patients

Série de documents composée de fiches informatives, de fiches de travail et de recettes à distribuer dans le cadre de vos consultations.

Nº d'article 142096F



Faire les bons choix pour une digestion facile

Brochure présentant l'intolérance au lactose de manière simple, avec des recommandations et des astuces.

Nº d'article 142094F



Informations destinées aux professionnels

Vous souhaitez recevoir des articles spécialisés sur le lait et les produits laitiers? Abonnez-vous à notre newsletter pour les professionnels de la nutrition: swissmilk.ch/nutrition

Ripresa graduale dell'alimentazione orale dopo esofagectomia e gastrectomia

Gruppo specializzato Gastroenterologia dell'ASDD – Sottogruppo Ripresa graduale dell'alimentazione orale dopo gastrectomia ed esofagectomia

Nelle attuali linee guida per la nutrizione clinica dopo importanti interventi chirurgici nella parte alta del tratto gastrointestinale non vengono fornite indicazioni dettagliate riguardo alla graduale ripresa dell'alimentazione orale. La graduale ripresa postoperatoria dell'alimentazione dopo esofagectomia (EE) e gastrectomia (GE) risulta spesso impegnativa e in molti ospedali svizzeri viene impostata diversamente.

Situazione iniziale

Per iniziare abbiamo chiesto a dieci ospedali della Svizzera tedesca come avviene la ripresa graduale dell'alimentazione dopo questi interventi chirurgici. In questi ospedali la consulenza nutrizionale è solitamente integrata in un team interdisciplinare. Negli ospedali consultati, oltre alla ripresa graduale dell'alimentazione, viene anche effettuata un'educazione nutrizionale e garantito un follow up ambulatoriale. Pressoché ovunque la nutrizione entrale (NE) viene iniziata entro 24 ore con un prodotto standard.

Il quadro si fa invece più eterogeno per quanto riguarda la ripresa graduale dell'alimentazione orale. Mentre il digiuno postoperatorio dopo GE totale nella maggior parte dei casi dura 5 giorni, l'inizio della graduale ripresa dell'alimentazione dopo GE subtotale avviene nel periodo compreso tra il 1° il 4° giorno postoperatorio (POD) e dopo EE tra il 3° e il 6° POD. In tutti gli ospedali esiste uno schema interno per la ripresa graduale dell'alimentazione, nel quale però viene in prima linea modificata la consistenza degli alimenti. Per lo più si inizia con liquidi chiari, seguiti da alimenti liquidi ricchi in energia e proteine, poi da alimenti passati e morbidi per arrivare ad alimenti di consistenza normale secondo la tollerabilità.

Analisi della letteratura specifica

Il numero di studi sulla ripresa graduale precoce dell'alimentazione orale dopo GE ed EE è nel complesso abbastanza basso. Abbiamo trovato 12 studi che analizzano l'effetto di una ripresa graduale precoce dell'alimentazione dopo queste operazioni. Nella letteratura sulle operazioni riguardante l'ERAS (Enhanced Recovery after Surgery) la nutrizione orale precoce è parte integrante dell'approccio. In questo caso non è possibile analizzare in modo isolato la ripresa graduale dell'alimentazione. Anche queste linee guida raccomandano dopo differenti interventi chirurgici una precoce graduale ripresa dell'alimentazione nel postoperatorio [1].

Gastrectomia

Una nutrizione orale precoce non ha nessun effetto significativo sulla frequenza di insorgenza di ileo o insufficienza anastomotica. Hur et al. (2015) nel loro RCT con 54 partecipanti non hanno rilevato differenze nella morbidità dopo GE totale (n=11) e subtotale (n=43). Il 25% dei pazienti con nutrizione orale precoce ha sofferto di complicazioni postoperatorie vs. il 31% nel gruppo di controllo. Nessun paziente del gruppo di intervento (GI) ha dovuto essere rioperato. Il primo passaggio di gas nei pazienti con nutrizione orale precoce è avvenuto dopo 1,9 giorni vs. 2,9 giorni nel gruppo di controllo [2].

L'analisi di dati retrospettiva di Sierzega et al. (2015) con 185 pazienti nel gruppo di intervento (GI) (52%) con nutrizione orale precoce nel postoperatorio ha mostrato che la nutrizione orale al primo POD con alimenti liquidi non rappresentava un rischio maggiore di insufficienza anastomotica [3] e che nel decorso postoperatorio con nutrizione orale precoce si è verificato

un numero significativamente inferiore di complicazioni generiche.

L'RCT di Shimizu et al. (2018) ha rilevato un tasso più elevato di complicazioni post GE distale del 21,3% (n=17) nel GI con nutrizione orale precoce nel postoperatorio (prodotto: iEAT®) vs. il 9% (n=8) nel gruppo di controllo. Dopo GE totale il tasso di complicazioni nel GI è stato del 26,8% (n=11) vs. 18,2% (n=6) nel gruppo di controllo. Non è stato possibile confermare un nesso tra la nutrizione orale precoce e lo sviluppo postoperatorio di un'insufficienza anastomotica. Uno svuotamento gastrico ritardato post GE distale è stato osservato in 5 partecipanti nel GI vs. 2 partecipanti nel gruppo di controllo [4].

Negli studi analizzati, inoltre, la durata dell'ospedalizzazione (LOS) nei gruppi con nutrizione orale precoce è più breve. In Sierzega et al. (2015) la LOS del gruppo con nutrizione orale precoce è scesa da 8 (IQR 6–8) a 7 giorni (IQR 7–15) [2]. Lo studio di Joeng et al. (2013) ha evidenziato una LOS significativamente più breve con 7,4 vs. 8,9 giorni [4]. Lo studio di Shimizu et al. (2018) descrive una LOS più breve dopo GE totale nel GI [4].

La nutrizione orale precoce è definita sulla base dei lavori disponibili come un'alimentazione a partire dal 1° POD costituita da acqua fino a alimenti morbidi. In nessuno degli studi la composizione e la consistenza della nutrizione orale precoce erano parte integrante del quesito di ricerca. Nella maggior parte degli lavori mancano indicazioni dettagliate sul tipo di alimenti, la frequenza e le dimensioni delle porzioni. Di solito è stata proposta un'alimentazione tipica per il paese basata su riso, pesce, pollo, tofu e verdure [5, 6]. Gao et al. (2019) iniziavano al 2° POD con alimenti liquidi, seguiti da alimenti semiliquidimorbidi al 3° POD [7].

Resezione esofagea

Sun et al. (2015) hanno studiato nel postoperatorio di un'EE toracolaparoscopica la nutrizione orale precoce in 68 pazienti, con un gruppo di controllo di 65 pazienti a digiuno per 6 giorni. Il GI ha ricevuto il 1° POD alimenti liquidi e, se questi erano ben tollerati, a partire dal 2° POD alimenti morbidi suddivisi su 6 pasti. Dal punto di vista delle complicazioni i due gruppi non hanno presentato differenze. Nel GI il passaggio di gas e i primi movimenti intestinali si sono verificati significativamente prima e la LOS è diminuita da 10,7 a 9,2 giorni [8]. Nel 2018 lo stesso gruppo di ricercatori ha studiato con un RCT 280 pazienti post EE mini-invasiva con lo stesso regime nutrizionale e ha potuto confermare i suoi risultati. Inoltre è stata effettuata un'analisi della qualità di vita che ha mostrato che 2 settimane dopo l'intervento la qualità di vita generale dei pazienti con nutrizione orale precoce era migliore e che i sintomi nausea, vomito e diarrea comparivano meno di frequente in questo gruppo [9].

Nello studio retrospettivo di Weijs et al. (2016) i pazienti del GI con una ripresa graduale precoce dell'alimentazione orale hanno sofferto meno spesso di insufficienza anastomotica e polmonite (digiuno orale durante 4–7 giorni postoperatori). I 50 pazienti del GI avevano ricevuto liquidi chiari il giorno dell'operazione, alimenti liquidi dal 1° al 6° POD e a partire dal 7° POD alimenti solidi. Questa ripresa graduale dell'alimentazione nel postoperatorio ha potuto essere attuata nel 70% dei pazienti del GI. L'assunzione energetica il 5° POD era in media di 1205 kcal (956–1405 kcal). Inoltre la LOS era più breve [9].

Raccomandazioni per l'attuazione pratica

Le nostre raccomandazioni nutrizionali combinano i risultati delle ricerche recenti con la perizia di dietiste, dietisti e chirurghi esperti e si concentrano sulla graduale ripresa dell'alimentazione orale nel postoperatorio. Lo stato nutrizionale (SN) ha un influsso sostanziale sulla terapia e sul tasso di complicazioni. Per questo motivo, nella tabella 1 formuliamo raccomandazio-

ni per l'alimentazione preoperatoria e nella tabella 2 ci occupiamo invece della gestione nutrizionale nel postoperatorio. L'efficacia dell'immunonutrizione costituisce un complesso quesito di ricerca a sé stante, ragion per cui in questo articolo non ci addentreremo oltre nel tema. In tutto il processo perioperatorio le dietiste e i dietisti ASDD dovrebbero essere importanti specialisti di riferimento per i pazienti. Nei settori generici, le nostre raccomandazioni si basano sulle linee guida chirurgiche ESPEN [11]. Le raccomandazioni per la ripresa graduale dell'alimentazione orale fanno riferimento agli studi originali citati.

- Stabilire lo SN con l'NRS
- In caso di malnutrizione migliorare lo SN
- Ev. immunonutrizione
- Carboloading alla vigilia dell'OP e fino a 2 h prima dell'OP
- Breve digiuno preoperatorio
- Educazione nutrizionale preoperatoria

Tabella 1: Accertamenti e terapia nutrizionale preoperatoria

Postoperatorio

L'obiettivo è riprendere la nutrizione orale il più rapidamente possibile, nonché avere una buona tollerabilità della nutrizione orale e, se necessario, di quella enterale o parenterale. In tal modo lo SN dovrebbe essere mantenuto e si dovrebbero evitare complicazioni.

Le nostre raccomandazioni su come è possibile impostare la ripresa dell'alimentazione orale in caso di decorso postoperatorio senza complicazioni e senza la presenza di fattori di rischio per un'insufficiente anastomotica sono riassunte nella tabella 3. In molti ospedali attualmente si fa distinzione tra la ripresa dell'alimentazione dopo GE distale e dopo GE totale. Dato che nella letteratura questa distinzione non viene fatta, anche noi vi rinunciamo.

Conclusioni

La letteratura attuale permette di concludere che una nutrizione postoperatoria pre-

Fabbisogno energetico e proteico	<ul style="list-style-type: none"> • Stabilire individualmente e monitorare • Fabbisogno energetico: calcolo secondo Harris Benedict oppure 1°–3° POD: 25–30 kcal/kg pc, a partire dal 4° POD: 30–35 kcal/kg pc (risp. pc corretto con BMI 20–25) • Fabbisogno proteico: 1,2–1,5 g/kg pc (risp. pc corretto BMI 20–25) [10]
Immunonutrizione	<ul style="list-style-type: none"> • Ev. in perioperatorio
Comportamento alimentare	<ul style="list-style-type: none"> • Bere e mangiare in posizione seduta (possibilmente fuori dal letto) • Non bere mentre si mangia, bensì tra i pasti • 5–8 pasti di piccolo volume e molto energetici distribuiti nell'arco della giornata
Attuazione della ripresa graduale dell'alimentazione	<ul style="list-style-type: none"> • Inizio dell'assunzione di cibo di comune accordo tra chirurgo e dietista (valutazione dei rischi) • Ripresa a tappe: aumentare solo se la tappa precedente è stata ben tollerata, cioè ben inghiottita/nessuna ostruzione da bolo, niente vomito o rigurgiti, nessun senso di pesantezza di stomaco • Monitorare l'assunzione di cibo • La dietista sorveglia la ripresa dell'alimentazione e consiglia il paziente • Sono raccomandate bevande zuccherate per coprire il fabbisogno energetico (il dumping è improbabile se il paziente beve a piccoli sorsi) • Consulenza relativa all'alimentazione sul lungo termine e follow up ambulatoriale da parte della dietista
Nutrizione enterale	<ul style="list-style-type: none"> • Tramite digiunostomia percutanea o sondino naso digiunale • Aumento graduale con prodotto standard • Applicazione continua tramite nutripompa

Tabella 2: Attuazione pratica della terapia nutrizionale postoperatoria

FACHTEIL
RUBRIQUE PROFESSIONNELLE
RUBRICA PROFESSIONALE

	Esofagectomia	Gastrectomia distale e totale
Giorno dell'OP	Digiuno post OP	Digiuno post OP
1° POD	• Liquidi ricchi in energia e proteine a piccoli sorsi (IDDSI 0–2) fino a 500 ml	• Liquidi ricchi in energia e proteine a piccoli sorsi (IDDSI 0–2) fino a 1000 ml
2° POD	• Liquidi ricchi in energia e proteine a piccoli sorsi fino a 1000 ml	• Bere liberamente* a piccoli sorsi • 1/4 di porzione di alimenti molto morbidi, tritati fini e umidi (IDDSI 5), 6 pasti/giorno
3° POD	• Liquidi ricchi in energia e proteine a piccoli sorsi fino a 1000 ml	• Bere liberamente* a piccoli sorsi • 1/4 di porzione di alimenti molto morbidi, tritati fini e umidi (IDDSI 5), 6 pasti/giorno
4° POD	• Liquidi ricchi in energia e proteine a piccoli sorsi fino a 1500 ml	• Bere e mangiare liberamente (IDDSI 6–7) (1/4 à 1/2 porzioni ricche in energia e proteine, 6 pasti/giorno)
5° POD	• Bere liberamente* • 1/4 di porzione di cibo cremoso/passato (IDDSI 4), 6 pasti/giorno	
6° POD	• Bere liberamente* • 1/4 di porzione di alimenti molto morbidi, tritati fini e umidi (IDDSI 5), 6 pasti/giorno	
7° POD e seguenti	• Bere e mangiare liberamente senza cibi molto duri, crostosi o di fibra grossa (IDDSI 6–7) (1/4 à 1/2 porzioni ricche in energia e proteine, 6 pasti/giorno)	

* Con «bere liberamente» si intende la libera scelta delle bevande, senza limitazione di quantità

Tabella 3: Graduale ripresa dell'alimentazione nel postoperatorio

coce è sicura e praticabile. Un nostro sondaggio presso diversi ospedali svizzeri ha però mostrato che la graduale ripresa dell'alimentazione nel postoperatorio avviene spesso con netto ritardo. Riteniamo quindi molto importante una buona concertazione interdisciplinare tra chirurghi e dietiste e dietisti, così da poter creare sicu-

rezza e permettere ai pazienti di beneficiare di una graduale ripresa dell'alimentazione orale il più possibile precoce quale parte integrante dell'intero approccio terapeutico.

La nutrizione dovrebbe essere considerata in un'ottica pluridimensionale, dato che è importante sia garantire una buona tolle-

rabilità della ripresa dell'alimentazione orale sia prevenire una malnutrizione. In questo contesto, spesso l'integrazione con una NE per sondino nasodigianale o digiunostomia percutanea si rivela essere un importante aiuto ben tollerato.

Bibliografia sulla pagina 7

Ernährung bei chronisch-entzündlichen Darmerkrankungen

SVDE-Fachgruppe Gastroenterologie – Untergruppe CED

Chronisch-entzündliche Darmerkrankungen (CED) führen in der ernährungstherapeutischen Sprechstunde zu einer Vielzahl sehr heterogener Fragestellungen, die wir nachfolgend prägnant vorstellen möchten. Ebenso erörtern wir die dazugehörigen Interventionen im Sinne der Evidence Based Practice, um damit einen möglichst umfassenden Überblick zu der zeitgemässen Ernährungstherapie zu geben.

Mangelernährung

Die Mangelernährung (ME) ist bei CED sehr verbreitet und wird mit grösserer Häufigkeit bei Morbus Crohn (MC) beschrieben. Patienten mit CED sollen bei Diagnosestellung sowie anschliessend in regelmässigen Abständen auf ME gescreent werden. Wird eine ME festgestellt, sollte diese auch angemessen behandelt werden, da sie einen negativen Einfluss auf die Prognose, Komplikationsrate, Mortalität sowie Lebensqualität darstellt. Für Erwachsene gibt es validierte Screeningtools, um das Risiko der ME festzustellen (1). Tools, welche den Schwerpunkt zu stark auf den BMI legen, übersehen das ME-Risiko von CED-Patienten häufig. Deshalb wurde das IBD-NST (Inflammatory bowel disease specific nutritional self-screeing tool) entwickelt, das 2018 vorgestellt wurde und aktuell validiert wird. Es liegt deshalb noch nicht zur Publikation vor. Das IBD-NST legt weniger Gewicht auf den BMI als MUST, NRS 2002 oder SGA und erkennt daher mehr CED-Patienten mit hohem ME-Risiko, die von einer Ernährungstherapie profitieren würden (2).

Nährstoffbedarf

Energiebedarf

Für CED-Patienten gelten dieselben Empfehlungen wie für die Normalbevölkerung (1), resp. angepasste Werte bei ME oder sehr ausgeprägter Inflammation.

Proteinbedarf

Der Proteinbedarf ist bei akuter Entzündung erhöht (1,2–1,5 g/kg/KG/d Erwachsene). Die Proteinempfehlungen in der Remission wurden nicht erhoben und somit gelten die gleichen Empfehlungen wie bei der Normalbevölkerung (0,8–1 g/kg/KG/d Erwachsene) (1).

Mikronährstoffe

Patienten mit CED zeigen häufiger Mikronährstoffdefizite aufgrund von erhöhten enteralen Verlusten, Diarrhoe, unzureichender Nahrungsaufnahme oder den erhöhten Verbrauch durch die Krankheitsaktivität. Bei CED sollten Patient/innen regelmässig auf Mikronährstoffdefizite getestet werden, insbesondere Eisen, Vitamin D und B12, Zink und Folsäure sollten überprüft und bei nachgewiesenen Mangel substituiert werden (1, 3).

Von einer peroralen Eisensubstitution im akuten Schub wird abgeraten und die parenterale Substitution empfohlen. Ziel ist eine Normalisierung der Hämoglobinwerte und des Ferritins (1).

Im aktiven Schub sowie bei Patienten, welche eine Steroidtherapie mit systemischen Steroiden erhalten, sollte das Serum Calcium und 25(OH) Vitamin D kontrolliert und bei nachweisbarem Mangel suplementiert werden (1). Bei lokalwirksamen Steroiden (Budenofalk®, Entocort® u.ä.) ist dies nicht nötig.

Welche Rolle spielt die Ernährung?

Die Fortschritte in der Grundlagenforschung der letzten fünf Jahre haben die Sichtweise auf die Rolle der Ernährung in der Pathogenese und der Therapie von CED deutlich verändert. So kann mittlerweile an dem Ausspruch «Essen Sie, was Sie wollen, die Ernährung hat keinen Einfluss auf die CED» nicht mehr festgehalten werden (4).

Genetik – Mikrobiota – Immunsystem

Davon ausgehend, dass die genetische Disposition nur für einen Teil des Auftretens der CED verantwortlich zu sein scheint (5) und der deutlich steigenden Inzidenz dieser Krankheiten, liegt die Frage nach der Umweltkomponente in der Entwicklung einer CED nahe (4).

Die neuen Erkenntnisse zu Mikrobiota und CED haben gezeigt, dass Darmbakterien eine zentrale Rolle bei der Pathogenese zu spielen scheint und dass die Ernährung wiederum wesentlich die Zusammensetzung sowie Funktionalität des Mikrobiota beeinflussen kann und weiter auch die Darmbarriere und das Immunsystem. So haben die Gesamtenergiezufuhr, die Kohlenhydratmenge sowie die Proteinkonzentration und -qualität einen weitreichenden Einfluss auf die Zusammensetzung der Mikrobiota (4, 6).

Guidelines

Zur Therapie von CED bestehen gut 24 verschiedene Guidelines, welche sich aber häufig vorwiegend mit den medikamentösen Strategien befassen. Nur zwei davon befassen sich mit Ernährung und Diätetik; die ESPEN Guidelines (1) sind für den gesamten Bereich der klinischen Ernährung und ME sehr empfehlenswert, die IOIBD (7) Guidelines gehen näher auf Nährstoffe/Nahrungsmittelinhalt und -zusatzstoffe ein und deren Wirkung in der Pathogenese der CED. In beiden Arbeiten wird aber das wachsende Gebiet der Exklusionsdiäten noch nicht besprochen.

Exklusionsdiäten

In den letzten Jahren gab es zunehmend Hinweise darauf, dass die Ernährung bei der Behandlung bei CED eine wichtige Rolle spielt, einerseits in der Pathogenese der Krankheit, als (primäre) Behandlungsmethode oder als unterstützende Therapie. Es bestehen verschiedene Exklusionsdiäten, welche eine Induktion der Remission, Aufrechterhaltung der Remission und Be-

handlung der funktionellen gastrointestinale Beschwerden zu erzielen versuchen. In den folgenden Abschnitten werden verschiedene Exklusionsdiäten vorgestellt.

Specific Carbohydrate Diet (SCD; spezielle Kohlenhydratdiät)

In den 1980er Jahren hat Elaine Gottschall erfolgreich ihre Tochter, welche an Colitis ulcerosa (CU) erkrankt ist, mittels der SCD behandelt und legte damit den Grundstein für die Exklusionsdiäten bei CED. Die SCD basiert auf der Theorie, dass komplexe Kohlenhydrate wie Di- und Polysaccharide nicht vollständig absorbiert werden können, was zu einer Art bakterieller Fehlbesiedlung führt und eine Veränderung der Schleimhaut auslöst (18). Die durchgeführten randomisierten Studien zur SCD zeigten zwar einen deutlichen Rückgang der Symptome, nicht aber eine vollständige histologische Remission (8). Die wissenschaftliche Datenlage der aufwändigen SCD ist seit Mitte der 1980er Jahre nicht revidiert worden und neue Erkenntnisse (z.B. FODMAP's) werden nicht berücksichtigt.

Exclusive Enteral Nutrition (EEN)

Etwa zeitgleich wie die SCD wurden auch erste Fallberichte zur erfolgreichen Behandlung von MC mittels enteraler Ernährung publiziert (9). Die EEN ist mittlerweile eine etablierte ernährungstherapeutische Intervention bei Erstmanifestation von MC im Kindesalter und wird der Behandlung mit Steoriden vorgezogen (10).

Crohn's Disease Exclusion Diet (CDED)

Die CDED wurde erst kürzlich von einer Gruppe aus Israel entwickelt. Sie schliesst Nahrungsmittel der westlichen Ernährung aus, von denen angenommen wird, dass sie die Mikrobiota (Dysbiose), die Darmbarriere und intestinale Immunität negativ beeinflussen. Zudem wird in der Anfangsphase der Diät eine partielle enterale Ernährung (PEN) mit 50 % des Gesamtenergiebedarfs durchgeführt. Unter dieser Ernährungsform zeigt sich bei 75 % der Probanden mit milder bis moderater Form eine vollständige Remission innerhalb von 6 Wochen (11). Eine andere Studie zeigte eine Remissionsrate von rund 62 % (12). So stellt die CDED nebst der EEN eine wirksame

Strategie zur Induktion der Remission bei Krankheitsbeginn dar, ebenso auch bei Therapieversagen mit Biologika und zur Verringerung der Notwendigkeit einer Operation.

Die CDED umfasst drei Phasen. In der ersten Phase werden 50 % des Gesamtenergiebedarfs durch die Diät mit den erlaubten Lebensmitteln abgedeckt und zu 50 % durch eine vollbilanzierte Trinknahrung (Modulen®, Nestlé). Es gibt 5 vorgeschriebene Lebensmittel, welche täglich konsumiert werden müssen. In der zweiten Phase wird die perorale Zufuhr auf 75 % des Gesamtenergiebedarfs gesteigert und die Liste mit den erlaubten Lebensmitteln erweitert sich leicht. 25 % des Energiebedarfs werden durch Modulen zugeführt. Die dritte Phase ist die Erhaltungsphase. Sie entspricht inhaltlich der Phase 2, wobei sich die Patienten 1 bis 2 Tage pro Woche Ausnahmen erlauben dürfen (11). Nestlé hat zur CDED ein Schulungsprogramm (ModuLife) entwickelt, welches Patienten und Fachkräfte in der Durchführung der Diät unterstützt sowie viele Unterlagen und Rezepte zur Verfügung stellt. Wir empfehlen jedoch, diese Ernährungsform nur mit einer/einem erfahrenen Ernährungsberater/in SVDE und in enger Zusammenarbeit mit dem behandelnden Facharzt für Gastroenterologie durchzuführen.

FODMAP

Patienten mit CED zeigen ein höheres Risiko, an funktionellen Beschwerden zu leiden (13). Reizdarm-ähnliche Symptome treten bei 39 Prozent aller IBD-Patienten auf und sind bei MC etwas häufiger als bei CU (UC: 46 vs. 36 %, OR 1,62; 95 % KI 1,21–

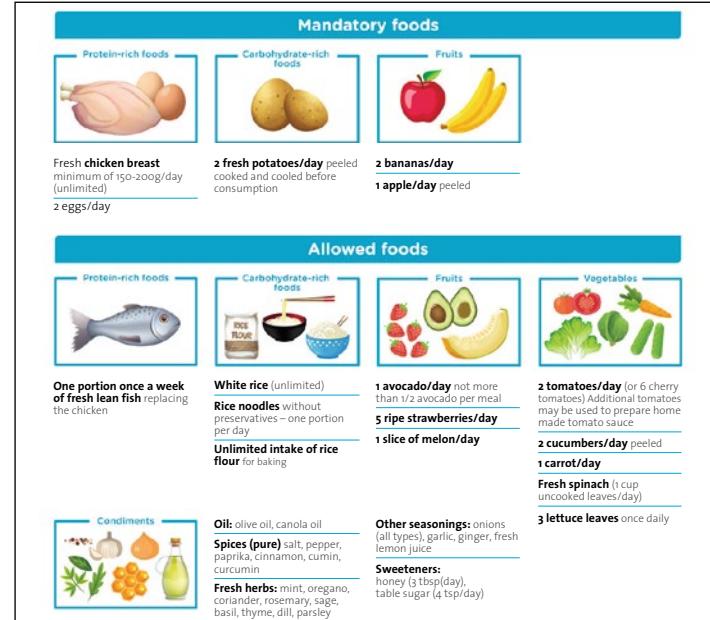


Abbildung 1: Lebensmittel Phase 1 CDED/Printscreen-Unterlagen aus «ModuLife» Schulungsprogramm, Nestlé

2,18) (14). In den letzten Jahren wurden mehrere Studien zur Rolle der FODMAP (Fermentierbare Oligo-, Di-, Monosaccharide und Polyole) bei Patienten mit CED und Reizdarmbeschwerden veröffentlicht. Dabei zeigte sich, dass die FODMAP-arme Ernährung MC und CU nicht behandelt und nicht zu einer Verringerung der Entzündung führt (15). Dennoch zeigen die Resultate, dass sich eine Reduktion der FODMAP-reichen Lebensmittel bei Patienten mit entsprechenden Symptomen lohnt, da sich Verdauungsbeschwerden wie Blähungen, Schmerzen oder häufiger Stuhldrang reduzieren und die Lebensqualität verbessern können (13, 16). Gleichzeitig bestehen gute Daten bei Patienten mit CED und Reizdarm, die zeigen, dass FODMAP Schmerzintensität, Blähungen und den Stuhldrang negativ beeinflussen (17). Dass eine FODMAP-arme Ernährung eine sichere und effektive Strategie für funktionelle Beschwerden bei CED darstellt, ist ausreichend belegt. Die Unterstützung und Begleitung bei der Durchführung einer FODMAP-armen Ernährung durch eine erfahrene Ernährungsfachperson wird sehr empfohlen.

Für alle anderen diskutierten möglichen «Diäten» bei CED besteht aktuell keine ausreichende Evidenz. Ebenso muss fest-

gehalten werden, dass entsprechende Studien bei CU noch fehlen. Eine erste Interventionsstudie zu einer Exklusionsdiät bei CU wurde letztes Jahr durchgeführt, aber noch nicht publiziert.

Supplemente

Die ECCO-(The European Crohn's and Colitis Organisation-)Guidelines zu Komplementärmedizin und Psychotherapie bei CED kommt zu dem Schluss, dass keine ausreichende Evidenz besteht, um den Einsatz von Nahrungsergänzungsmitteln – insbesondere für Kurkuma, Myrrhe, Omega-3-Fettsäuren – zur Induktion oder Aufrechterhaltung der Remission bei CD und UC zu postulieren (18, 19).

Fazit

Es bestehen bewährte und ebenso neue, vielversprechende ernährungstherapeuti-

sche Behandlungskonzepte für CED. Allerdings sollten die Patienten in der Durchführung von einer qualifizierten Ernährungsberatung Bsc/FH HF SVDE mit Erfahrung bei CED begleitet werden. Die Fachgruppe Gastroenterologie des SVDE kann als Ansprechpartner dienen (www.svde-asdd.ch > Verband > SVDE-Gruppen).

Literaturverzeichnis

- 1 Frobes A. ESPEN guideline: Clinical nutrition in inflammatory bowel disease. *Clinical Nutrition* 36(2), 321-347, 2017.
- 2 Wall CL. Development of an inflammatory bowel-disease - specific nutrition screening tool (IBD_NST). *Journal of Crohn's and Colitis*, 13, 415, 2019
- 3 Vavricka SR, Rogler G. Intestinal absorption and vitamin levels: is a new focus needed? *Dig Dis.* 2012;30 Suppl 3:73–80.
- 4 Levine A, Sigall Boneh R, Wine E. Evolving role of diet in the pathogenesis and treatment of inflammatory bowel diseases. *Gut.* 2018 Sep;67(9):1726–1738. doi: 10.1136/gutjnl-2017-315866
- 5 Peters LA, Perrigue J, Mortha A et al.: A functional genomics predictive network model identifies regulators of inflammatory bowel disease. *Nat Genet* 2017; 49:1437–1449.
- 6 Holmes AJ, Chew VV, Colakoglu F et al.: Diet-Microbiome interactions in health are controlled by intestinal nitrogen source constraints. *Cell Metab* 2017;25:140–151.
- 7 Levine A et al. Dietary guidance for patients with inflammatory bowel disease from the international organization for the study of inflammatory bowel disease. *Clin Gastroenterol Hepatol* 2020 Feb 14
- 8 Wahbeh GT et al.: Lack of Mucosal Healing From Modified Specific Carbohydrate Diet in Pediatric Patients With Crohn Disease. *J Pediatr Gastroenterol Nutr.* 2017 Sep;65(3):289–292.
- 9 Sanderson IR, Udeen S, Davies PS, Savage MO, Walker-Smith JA: Remission induced by an elemental diet in small bowel Crohn's disease. *Arch Dis Child* 1987; 62: 123–127.
- 10 Ruemmele FM et al.: Consensus guidelines of ECCO/ESPGHAN on the medical management of pediatric Crohn's disease. *J Crohns Colitis*. 2014 Oct;8(10):1179–1207.
- 11 Levine A et al.: Crohn's Disease Exclusion Diet Plus Partial Enteral Nutrition Induces Sustained Remission in a Randomized Controlled Trial. *Gastroenterology*. 2019 Aug;157(2):440–450
- 12 Sigall Boneh R et al.: Dietary Therapy With the Crohn's Disease Exclusion Diet is a Successful Strategy for Induction of Remission in Children and Adults Failing Biological Therapy. *J Crohns Colitis*. 2017 Oct;11(10):1205–1212.
- 13 Cox SR et al.: Effects of Low FODMAP Diet on Symptoms, Fecal Microbiome, and Markers of Inflammation in Patients With Quiescent Inflammatory Bowel Disease in a Randomized Trial. *Gastroenterology*. 2020 Jan;158(1):176–188.e7.
- 14 Halpin SJ, Ford AC. Prevalence of symptoms meeting criteria for irritable bowel syndrome in inflammatory bowel disease: systematic review and meta-analysis. *Am J Gastroenterol*, 2012;107(10):1474–1482.
- 15 Gibson PR. Use of the low-FODMAP diet in inflammatory bowel disease. *Journal of Gastroenterology and Hepatology* 32 (Suppl. 1): 40-42 (2017).
- 16 Zhan Y. Is a low FODMAP diet beneficial for patients with inflammatory bowel disease? A meta-analysis and systematic review. *Clinical Nutrition* 37, 123-129 (2017).
- 17 Cox SR, Prince AC, Myers CE et al.: Fermentable Carbohydrates (FODMAPs) Exacerbate Functional Gastrointestinal Symptoms in Patients With Inflammatory Bowel Disease: A Randomised, Double-blind, Placebo-controlled, Cross-over, Re-challenge Trial. *J Crohns Colitis*, 2017;11(12):1420–1429.
- 18 Torres J, Ellul P, Langhorst J et al.: European Crohn's and Colitis Organisation Topical Review on Complementary Medicine and Psychotherapy in Inflammatory Bowel Disease. *J Crohns Colitis*. 2019 May 27;13(6):673-685. doi: 10.1093/ecco-jcc/jyz051.
- 19 Schreiner P, Martinho-Gruuber MD, Studerus D et al.: Nutrition in IBD. *Digestion*. 2020 Jan 10:1–16.



Pour allier plaisir et bien-être.

Depuis plus de dix ans, Coop s'engage activement avec Free From pour faciliter la vie des personnes souffrant d'une intolérance alimentaire et leur permettre de se faire plaisir en toute sérénité.

Et ce, grâce à plus de 500 produits qui conviennent aux personnes souffrant d'une intolérance.

Pour en savoir plus: coop.ch/freefrom

coop

Pour moi et pour toi.

Alimentation en cas de maladies inflammatoires chroniques de l'intestin

Groupe spécialisé de l'ASDD Gastro-entérologie, sous-groupe MICI

Lors des consultations de thérapie nutritionnelle, les maladies inflammatoires chroniques de l'intestin (MICI) amènent beaucoup de questions très hétérogènes, que nous aimeraisons présenter ci-après de manière concise. Nous ferons également le point sur les interventions correspondantes dans le sens de la pratique fondée sur les données probantes, afin de donner un aperçu le plus complet possible de la thérapie nutritionnelle moderne.

Malnutrition

La malnutrition est très répandue en cas de MICI et est décrite le plus fréquemment pour la maladie de Crohn (MC). Un dépistage de la malnutrition doit être fait chez les patient-e-s atteint-e-s d'une MICI lors de la pose du diagnostic puis à intervalles réguliers. Si une malnutrition est constatée, il faut la traiter de façon adéquate, car elle a une influence négative sur le pronostic, le taux de complication, la mortalité et la qualité de vie. Chez les adultes, il existe des outils de screening validés pour dépister le risque de malnutrition (1). Les outils qui mettent trop l'accent sur l'IMC passent souvent à côté du risque de malnutrition chez les patient-e-s MICI. C'est pourquoi l'IBD-NST (Inflammatory bowel disease specific nutritional self-screening tool) a été développé, présenté en 2018 et actuellement en cours de validation. Il n'a donc pas encore été publié. Comme l'IBD-NST se concentre moins sur l'IMC que les outils MUST, NRS 2002 ou SGA, il identifie mieux les patient-e-s MICI présentant un risque élevé de malnutrition, pour qui une thérapie nutritionnelle serait profitable (2).

Besoins en nutriments

Besoin énergétique

Pour les patient-e-s MICI, les mêmes recommandations s'appliquent que pour la

population normale (1), avec des valeurs adaptées en cas de malnutrition ou d'inflammation très prononcée.

Besoin en protéines

Le besoin en protéines est accru en cas d'inflammation aiguë (1,2–1,5 g/kg/PC/j pour les adultes). Les recommandations protéiniques dans la phase de rémission n'ont pas été analysées, c'est pourquoi les mêmes recommandations que pour la population normale s'appliquent (0,8–1 g/kg/PC/j pour les adultes) (1).

Micronutriments

Les patient-e-s atteint-e-s d'une MICI pré-

sentent souvent des carences en micronutriments à cause des pertes entérales accrues, de la diarrhée, de l'apport alimentaire insuffisant ou des dépenses accrues du fait de l'activité de la maladie. En cas de MICI, il faut régulièrement faire des analyses pour détecter les carences éventuelles en nutriments. Il convient notamment de surveiller le fer, les vitamines D et B12, le zinc et l'acide folique et de les substituer en cas de carence avérée (1, 3).

La substitution de fer par voie orale lors de crise aiguë est déconseillée et la substitution parentérale est recommandée. L'objectif est de normaliser les valeurs d'hémoglobine et de ferritine (1).

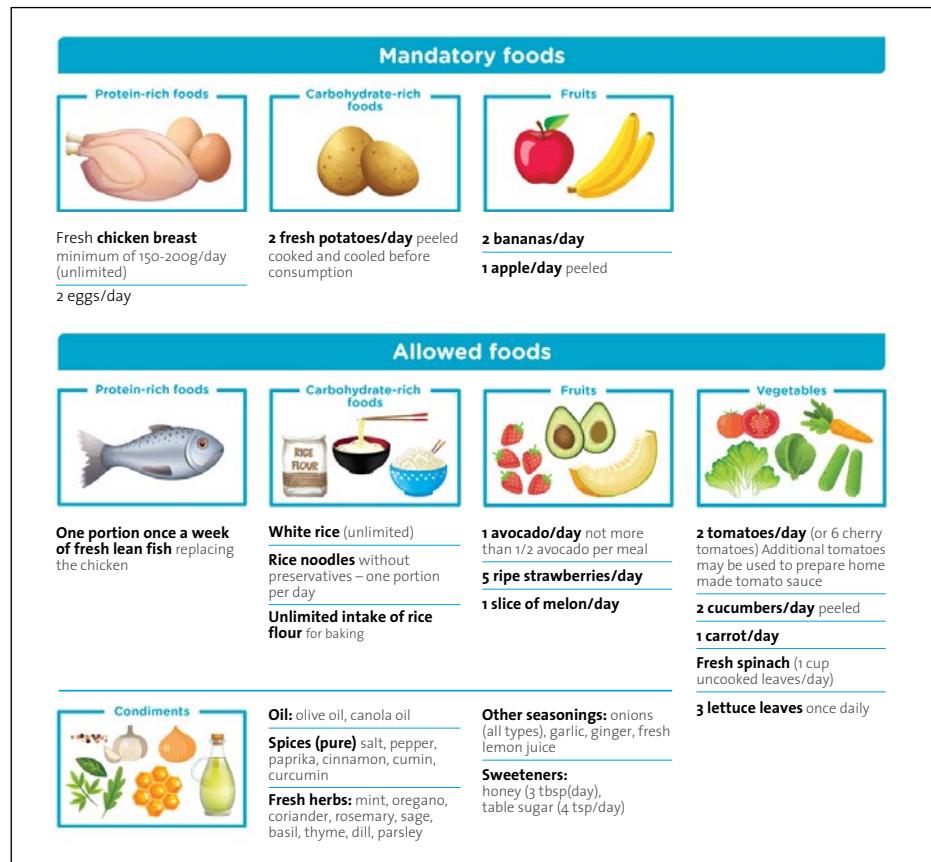


Figure 1: Phase alimentaire 1 CDED/capture d'écran documents du programme de formation «ModuLife» de Nestlé

En cas de crise aiguë, ainsi que pour les patient-e-s qui bénéficient d'une thérapie systémique aux stéroïdes, il faut surveiller le calcium sérique et la vitamine D 25(OH) et les substituer en cas de carence avérée (1). Pour les stéroïdes en cas de thérapie topique (Budenofalk®, Entocort® et similaires), cela n'est pas nécessaire.

Quel est le rôle joué par l'alimentation?

Les progrès réalisés dans la recherche fondamentale au cours de ces cinq dernières années ont nettement changé l'approche quant au rôle de l'alimentation dans la pathogenèse et le traitement des MICI. Ainsi, aujourd'hui, il n'est plus possible de tenir ce discours aux patient-e-s: «Mangez ce que vous voulez, l'alimentation n'a aucune influence sur la MICI» (4).

Génétique, microbiote, système immunitaire

Si l'on part du principe que la prédisposition génétique ne semble être responsable que pour une partie des MICI (5) et en considérant l'incidence en nette hausse de ces maladies, la question de la composante environnementale dans le développement d'une MICI se pose de toute évidence (4).

Les derniers résultats sur le microbiote et les MICI ont montré que les bactéries intestinales semblent jouer un rôle central dans la pathogenèse et que l'alimentation peut à son tour influencer considérablement la composition et la fonctionnalité du microbiote, ainsi que la barrière intestinale et le système immunitaire. Ainsi, l'apport énergétique global, la quantité de glucides ainsi que la quantité de protéines et leur qualité ont une large influence sur la composition du microbiote (4, 6).

Guidelines

Au sujet du traitement des MICI, il existe pas moins de 24 guidelines ou directives différentes, mais qui traitent en général essentiellement des stratégies médicamenteuses. Seulement deux d'entre elles portent sur la nutrition et la diététique: les guidelines ESPEN (1) sont recommandées

pour tout le domaine de la nutrition clinique et de la malnutrition, tandis que les guidelines IOIBD (7) se penchent sur les nutriments, la teneur des aliments et les additifs ainsi que leur action dans la pathogenèse des MICI. Mais aucune de ces deux directives n'aborde le domaine des régimes d'exclusion, qui ne cesse de prendre de l'importance.

Régimes d'exclusion

Les signes montrant que l'alimentation joue un rôle important dans le traitement des MICI se sont multipliés ces dernières années, dans la pathogenèse de la maladie, comme méthode de traitement (primaire) ou comme thérapie de soutien. Il existe plusieurs régimes d'exclusion, dont le but est d'arriver à une induction de la rémission, au maintien de la rémission et au traitement des troubles gastro-intestinaux fonctionnels. Dans les paragraphes qui suivent sont présentés les différents régimes d'exclusion.

Régime en glucides spécifiques (ou Specific Carbohydrate Diet, SCD)

Dans les années 1980, Elaine Gottschall a réussi à soigner sa fille, qui souffrait de colite ulcéreuse (CU), au moyen du SCD, posant ainsi la première pierre des régimes d'exclusion en cas de MICI. Le SCD se fonde sur la théorie que les glucides complexes comme les di- et polysaccharides ne peuvent être absorbés complètement, ce qui déclenche une sorte de prolifération bactérienne et provoque une transformation de la muqueuse (18). Les études randomisées effectuées sur le SCD ont certes montré un recul marqué des symptômes, mais pas une rémission histologique complète (8). Les données scientifiques du SCD, un régime compliqué, n'ont pas été révisées depuis le milieu des années 1980 et les nouvelles connaissances (p.ex. FOD-MAP) ne sont pas prises en considération.

Nutrition entérale exclusive (NEE ou Exclusive Enteral Nutrition)

A peu près au même moment que le SCD, les premières études de cas ont été publiées sur le traitement efficace de la MC au moyen de l'alimentation entérale (9). La NEE est maintenant une intervention

de thérapie nutritionnelle bien établie lors de la première manifestation de la MC à l'enfance et est le traitement de première intention avant les stéroïdes (10).

Crohn's Disease Exclusion Diet (CDED; régime d'exclusion en cas de maladie de Crohn)

Le CDED a été développé récemment par un groupe de recherche en Israël. Il exclut des aliments du régime occidental, dont on admet qu'ils ont une influence négative sur le microbiote (dysbiose), la barrière intestinale et l'immunité intestinale. De plus, dans la phase initiale du régime, l'alimentation se fait partiellement par voie entérale, avec 50 % du besoin énergétique total. Grâce à ce régime alimentaire, 75 % des sujets présentant une forme légère à modérée présentent une rémission totale en l'espace de six semaines (11). Une autre étude révèle un taux de rémission d'environ 62 % (12). Outre la NEE, le CDED constitue une stratégie efficace pour induire la rémission au début de la maladie, même en cas d'échec thérapeutique avec les biothérapies, et pour diminuer la nécessité d'une opération.

Le CDED englobe trois phases. Dans la première phase, la moitié du besoin énergétique total est couverte par le régime avec les aliments autorisés et l'autre par des aliments complets buvables (Modulen® de Nestlé). Cinq aliments définis doivent être consommés tous les jours. Dans la deuxième phase, l'apport per os passe à 75 % du besoin énergétique total et la liste des aliments autorisés s'allonge légèrement. 25 % des besoins énergétiques sont couverts par Modulen. La troisième phase est celle de maintien. Sur le plan de la teneur, elle correspond à la phase 2, sachant que les patient-e-s peuvent s'autoriser des exceptions à raison d'un ou de deux jours par semaine (11). Nestlé a développé un programme de formation pour le CDED (ModuLife), qui aide les patient-e-s et le personnel qualifié à suivre le régime et met à disposition beaucoup de documents et de recettes. Nous recommandons toutefois de ne réaliser cette forme d'alimentation qu'aux côtés d'un-e diététicien-ne expérimenté-e ASDD, en étroite collaboration avec le médecin spécialiste en gastroentérologie traitant.

Cuisiner et pâtisser comme les professionnels - sans gluten!

Les atouts du magazine «Viure sans gluten»:

- ✓ Très nombreuses **recettes exemptes de gluten pour toutes les occasions** et qui réussissent à coup sûr
- ✓ **Recommandations pour des voyages, des produits et des restaurants**
- ✓ **Conseils donnés par des personnes atteintes de la maladie cœliaque**
- ✓ Informations les plus récentes **des milieux scientifiques**
- ✓ **Articles passionnants**
- ✓ Rubriques «**L'abc du pain maison**» et «**Recettes à la demande**»
- ✓ Plus l'accès à toutes les recettes de l'**appli Betty Bossi**

... et pleins d'autres avantages d'un abo

Profitez en tant que diététicienne, diététicien ou médecin spécialisé du prix spécial de CHF 9.90 au lieu de 47.70 pour un abonnement annuel

Pour plus de détails: info@bettybossi.ch



NOUVEAU
et amélioré

Accès à l'appli inclus
pour les abonnés



FODMAP

Les patient-e-s avec une MICI présentent un risque plus élevé de développer des troubles fonctionnels (13). Des symptômes similaires à ceux du côlon irritable surviennent pour 39 % des patient-e-s MICI et sont un peu plus fréquents en cas de MC qu'en cas de CU (CU: 46 vs 36 %, OR 1,62; IC 95 % 1,21–2,18) (14). Ces dernières années, plusieurs études ont été publiées sur le rôle des FODMAP (oligosaccharides, disaccharides, monosaccharides et polyols fermentescibles) pour les patient-e-s présentant une MICI et un syndrome du côlon irritable. Elles ont montré qu'une alimentation pauvre en FODMAP ne soigne ni la MC, ni la CU, et qu'elle n'entraîne pas de réduction de l'inflammation (15). Les résultats révèlent néanmoins qu'une réduction des aliments riches en FODMAP en vaut la peine chez les patient-e-s présentant des symptômes correspondants, car cela peut contribuer à réduire les problèmes de digestion comme les ballonnements, les maux de ventre ou les besoins fréquents d'aller à la selle, ainsi qu'à améliorer la qualité de vie (13, 16). Dans le même temps, de solides données sont disponibles

pour les patient-e-s atteint-e-s de MICI et du syndrome du côlon irritable, qui montrent que les FODMAP influencent négativement l'intensité des maux, les ballonnements et les besoins d'aller à la selle (17). La preuve suffisante est apportée qu'une alimentation pauvre en FODMAP représente une stratégie sûre et efficace pour les douleurs fonctionnelles liées aux MICI. Le soutien et l'accompagnement d'un-e diététicien-ne qualifié-e sont vivement recommandés pour mettre en place une alimentation pauvre en FODMAP.

Les données probantes ne sont actuellement suffisantes pour aucun des autres «régimes» possibles évoqués en cas de MICI. On notera également que les études correspondantes n'ont pas encore été réalisées pour les CU. Une première étude interventionnelle a été menée l'année passée sur un régime d'exclusion en cas de CU, mais elle n'a encore donné lieu à aucune publication.

Suppléments

Les guidelines ECCO (The European

Crohn's and Colitis Organisation) relatives à la médecine complémentaire et à la psychothérapie en cas de MICI aboutissent à la conclusion qu'il n'y a pas de données probantes suffisantes permettant d'admettre que l'utilisation de compléments alimentaires (notamment pour le curcuma, la myrrhe, les acides gras oméga-3) induit ou maintient la rémission en cas de MC et de CU (18, 19).

Conclusion

Pour soigner les MICI, des concepts de thérapie nutritionnelle éprouvés et de nouveaux concepts prometteurs cohabitent. Pour les appliquer, les patient-e-s devraient néanmoins se faire accompagner par un diététicien-ne BSc/HES ES ASDD qualifié-e ayant de l'expérience dans le domaine des MICI. Le groupe spécialisé Gastro-entérologie de l'ASDD est votre interlocuteur (www.svde-asdd.ch > Association > Groupes de l'ASDD).

Bibliographie voir page 16

Nutrizione in caso di malattie infiammatorie croniche intestinali

Gruppo specializzato Gastroenterologia dell'ASDD – Sottogruppo IBD

Durante le visite e i trattamenti di terapia nutrizionale, le malattie infiammatorie croniche intestinali (in inglese *inflammatory bowel diseases*, IBD) sono all'origine di un gran numero di domande molto eterogenee. Qui di seguito vogliamo presentarle in modo conciso e accurato per poi trattare i relativi interventi in linea con la pratica basata sull'evidenza, così da fornire una panoramica per quanto possibile completa dello stato attuale della terapia nutrizionale in questo ambito.

Malnutrizione

La malnutrizione (MN) nelle IBD è molto

diffusa e viene descritta con maggiore frequenza nel morbo di Crohn (MC). I pazienti che soffrono di IBD dovrebbero essere sottoposti a screening per identificare una MN al momento della diagnosi e poi a intervalli regolari. Quando si riscontra una MN è necessario trattarla in modo adeguato, dato che influenza negativamente su prognosi, tasso di insorgenza delle complicazioni, mortalità e qualità di vita. Per gli adulti esistono strumenti di screening validati per stabilire il rischio di MN (1). Gli strumenti che mettono troppo l'accento sul BMI spesso non individuano il rischio di MN nei pazienti che soffrono di IBD. Per questo è stato sviluppato l'IBD-NST (*in-*

flammatory bowel disease specific nutritional self-screening tool), presentato nel 2018, attualmente in fase di validazione e dunque non ancora pronto per essere pubblicato. L'IBD-NST pone meno l'accento sul BMI rispetto a MUST, NRS 2002 o SGA e individua quindi più pazienti che soffrono di IBD con un rischio elevato di MN e che potrebbero beneficiare di una terapia nutrizionale (2).

Fabbisogno di nutrienti

Fabbisogno energetico

Per i pazienti che soffrono di IBD valgono le stesse raccomandazioni valide per la popolazione normale (1), oppure valori adeguati in caso di MN o infiammazione molto estesa.

Fabbisogno proteico

In caso di infiammazione acuta il fabbisogno proteico è aumentato (adulti 1,2–1,5 g/kg pc/d). Le raccomandazioni per le proteine in remissione non sono state rilevate e valgono dunque le stesse raccomandazioni valide per la popolazione normale (adulti 0,8–1 g/kg pc/d) (1).

Micronutrienti

I pazienti che soffrono di IBD tendono a presentare più spesso deficit di micronutrienti a causa di maggiori perdite enterali, diarrea, insufficiente assunzione di cibo o aumentato consumo dovuto all'attività della malattia. Essi dovrebbero quindi essere regolarmente testati per individuare eventuali deficit di micronutrienti; in particolare andrebbero verificati, e in caso di carenza sostituiti, ferro, vitamine D e B12, zinco e acido folico (1, 3).

Nelle fasi acute della malattia è sconsigliata la sostituzione orale del ferro, mentre si

raccomanda la sua sostituzione parenterale con l'obiettivo di normalizzare i valori di emoglobina e ferritina (1).

Nella fase acuta, così come nei pazienti che ricevono una terapia steroidea sistematica, vanno controllati nel siero, e in caso di carenza integrati, il calcio e la vitamina D 25(OH) (1). Non è necessario farlo in caso di terapia con steroidi a effetto locale (Budesonide®, Entocort® e simili).

Qual è il ruolo dell'alimentazione?

I progressi della ricerca fondamentale degli ultimi cinque anni hanno modificato ampiamente il modo di vedere il ruolo dell'alimentazione nella patogenesi e nella terapia delle IBD. Oggi non è dunque più possibile continuare ad appoggiarsi all'affermazione «Mangi pure quel che vuole: l'alimentazione non ha nessun influsso sulle IBD» (4).

Genetica, microbiota, sistema immunitario

Considerando che la disposizione genetica sembra essere responsabile solo in parte della comparsa delle IBD (5) e che l'incidenza di queste malattie è in netta crescita, ovviamente si pone la questione di una possibile componente ambientale nel loro sviluppo (4). Le recenti scoperte su microbiota e IBD hanno mostrato che i batteri intestinali sembrano svolgere un ruolo centrale nella patogenesi delle IBD e che l'alimentazione, dal canto suo, può influenzare in modo sostanziale la composizione e la funzionalità del microbiota così come la barriera intestinale e il sistema immunitario. L'apporto energetico totale, la quantità di carboidrati e la quantità e qualità delle proteine hanno ad esempio un ampio influsso sulla composizione del microbiota (4, 6).

Linee guida

Per la terapia delle IBD esistono almeno 24 diverse linee guida, che spesso trattano però prevalentemente le strategie medicamentose. Solo due di esse trattano nutrizione e dietetica: le linee guida ESPEN (1) sono molto consigliabili per l'intero ambito della nutrizione clinica e della MN; le linee guida IOIBD (7) si occupano più nel dettaglio di nutrienti / costituenti e additivi degli alimenti e del loro effetto sulla patogenesi delle IBD. Entrambi i lavori però non affrontano il settore in crescita delle diete esclusive.

Diete esclusive

Negli ultimi anni sono aumentate sempre più le indicazioni secondo cui l'alimentazione gioca un ruolo importante nel trattamento delle IBD, da un lato nella patogenesi della malattia quale metodo di trattamento (primario), oppure come terapia di sostegno. Esistono diverse diete esclusive che mirano all'induzione o al mantenimento di una remissione e al trattamento di disturbi funzionali gastrointestinali. Qui di seguito presentiamo differenti diete esclusive.

Specific Carbohydrate Diet (SCD)

Negli anni Ottanta Elaine Gottschall ha curato con successo la figlia malata di colite

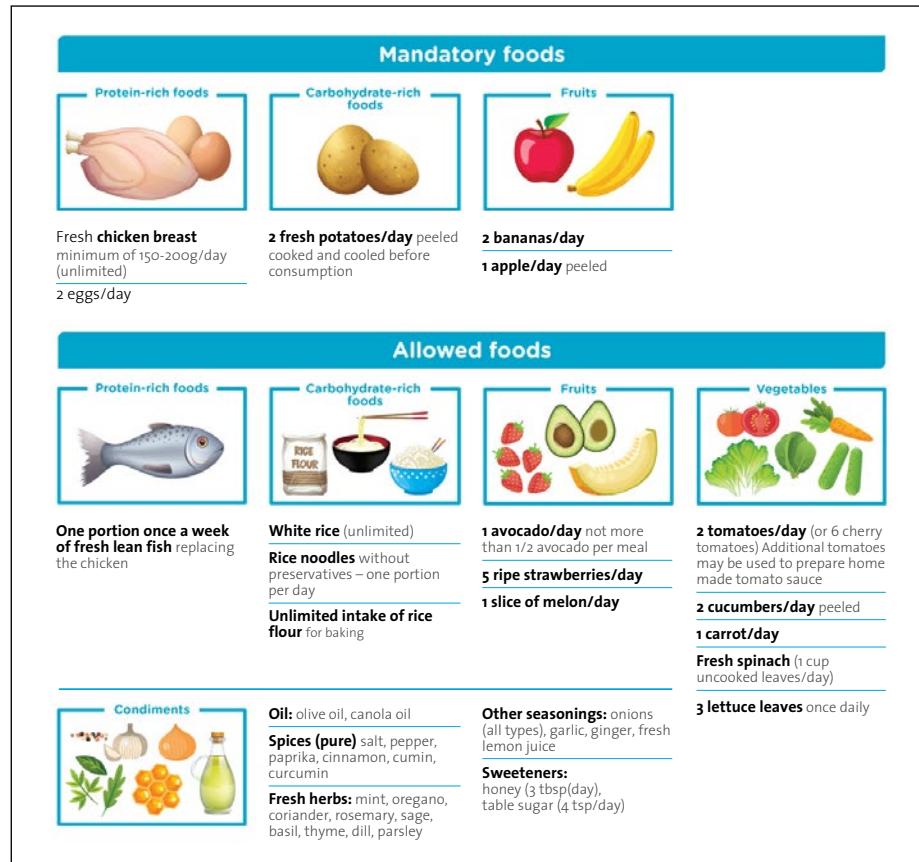


Illustrazione 1: Alimenti della fase 1 della CDED/print screen della documentazione del programma di formazione «ModuLife», Nestlé

ulcerosa (CU) grazie alla SCD, ponendo così le basi per le diete esclusive nel trattamento delle IBD. La SCD si basa sulla teoria secondo cui i carboidrati complessi come i disaccaridi e i polisaccaridi non possono essere completamente assorbiti, portando a una sorta di colonizzazione batterica errata con conseguente alterazione della mucosa (18). Gli studi randomizzati condotti sulla SCD, pur avendo mostrato una netta regressione dei sintomi, non hanno rilevato una remissione istologica completa (8). I dati scientifici relativi all'impegnativa SCD non sono più stati rivisti dalla metà degli anni Ottanta e non tengono conto delle nuove scoperte (ad esempio FODMAP).

Exclusive Enteral Nutrition (EEN)

Più o meno nello stesso periodo sono stati pubblicati anche i primi resoconti di casi in cui il MC è stato trattato con successo tramite nutrizione enterale (9). La EEN rappresenta ormai un consolidato intervento di terapia nutrizionale per la prima manifestazione del MC in età pediatrica e viene preferita al trattamento steroideo (10).

Crohn's Disease Exclusion Diet (CDED)

La CDED è stata sviluppata solo di recente da un gruppo israeliano. Esclude alimenti dell'alimentazione occidentale che si ritiene influenzino in modo negativo il microbiota (disbiosi), la barriera intestinale e l'immunità intestinale. Nella fase iniziale della dieta viene inoltre effettuata una nutrizione parenterale parziale (PEN) per il 50 % del fabbisogno energetico totale. Con questa forma di nutrizione, nel 75 % dei soggetti con una malattia da lieve a moderata si è rilevata una remissione completa entro 6 settimane (11). Un altro studio ha rilevato un tasso di remissione di circa il 62 % (12). La CDED rappresenta quindi assieme alla EEN una strategia efficace per l'induzione della remissione all'inizio della malattia, così come anche in caso di fallimento della terapia con biologici e per ridurre la necessità di un'operazione.

La CDED comprende tre fasi. Nella prima fase il fabbisogno energetico totale viene coperto per il 50 % dalla dieta con gli alimenti ammessi e per l'altro 50 % da alimenti liquidi completamente bilanciati (Modulen®, Nestlé). Ci sono 5 alimenti prescritti che devono essere consumati quotidianamente. Nella seconda fase gli apporti orali vengono aumentati al 75 % del fabbisogno totale e la lista degli alimenti ammessi viene leggermente ampliata. Il 25 % del fabbisogno energetico viene somministrato con moduli. La terza fase è la fase di mantenimento e corrisponde nei contenuti alla fase 2, anche se i pazienti possono concedersi delle eccezioni 1–2 giorni a settimana (11). Nestlé ha sviluppato un programma di formazione (ModuLife) sulla CDED che aiuta i pazienti e gli specialisti nell'esecuzione della dieta e mette a disposizione molti documenti e ricette. Raccomandiamo però di seguire questa forma di nutrizione solo con una dietista ASDD esperta e in stretta collaborazione con il medico gastroenterologo curante.

FODMAP

I pazienti che soffrono di IBD hanno un rischio maggiore di soffrire anche di disturbi funzionali (13). Sintomi di tipo intestino irritabile compaiono nel 39 % di tutti i pazienti che soffrono di IBD, e sono un po' più frequenti nei pazienti con MC rispetto ai pazienti con CU (UC; 46 vs. 36 %, OR 1,62; IC 95 % 1,21–2,18) (14). Negli ultimi anni sono stati pubblicati diversi studi sul ruolo dei FODMAP (fermentabili oligo-, di- e monosaccaridi e polioli) nei pazienti che soffrono di IBD e disturbi da intestino irritabile. Tali studi hanno mostrato come un'alimentazione povera di FODMAP non curi il MC e la CU e non porti a una diminuzione dell'infiammazione (15). Ciò non di meno, i risultati indicano che vale la pena ridurre gli alimenti ricchi in FODMAP nei pazienti con questi sintomi, dato che ciò può portare a una diminuzione dei disturbi intestinali quali flatulenza, dolori o defecazione frequente e a un miglioramento della qua-

lità di vita (13, 16). Nel contempo esistono buoni dati rilevati in pazienti con IBD e intestino irritabile che mostrano che i FODMAP influenzano negativamente l'intensità dei dolori, la flatulenza e lo stimolo all'evacuazione (17). È sufficientemente provato che un'alimentazione povera di FODMAP costituisce una strategia sicura ed efficace contro il trattamento dei disturbi funzionali in caso di IBD. È fortemente raccomandato che i pazienti che seguono un'alimentazione povera di FODMAP siano sostenuti e accompagnati da un esperto in nutrizione.

Per tutte le altre possibili «diете» in caso di IBD di cui si discute non c'è al momento sufficiente evidenza. Va inoltre ricordato che mancano ancora studi sulla CU. Un primo studio interventionale su una dieta esclusiva nella CU è stato effettuato l'anno scorso ma non è ancora stato pubblicato.

Integratori

Le linee guida dell'ECCO (*The European Crohn's and Colitis Organisation*) sulla medicina complementare e la psicoterapia nelle IBD giungono alla conclusione che non c'è sufficiente evidenza per postulare l'impiego di integratori alimentari – in particolare curcuma, mirra, acidi grassi omega-3 – per indurre o mantenere la remissione nel MC e nella CU (18, 19).

Conclusione

Esistono approcci terapeutico-nutrizionali alle IBD consolidati, ma ce ne sono anche di nuovi e promettenti. I pazienti dovranno però essere accompagnati nella loro attuazione da dietisti BSc/SSS/SUP/ASDD qualificati e con esperienza nel campo delle IBD. Per informazioni è possibile rivolgersi al gruppo specializzato Gastroenterologia dell'ASDD (www.svde-asdd.ch > per nostri membri > gruppi).

Bibliografia sulla pagina 16

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

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

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

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

NEU MIT SCHUTZ VOR UNANGENEHMEM AUFSTOSSEN

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



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

Die Produkte sind in Apotheken und Drogerien erhältlich.

WEITERE PRODUKTE VON OMEGA-LIFE®

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



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



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

ÜBER DIE DOETSCH GRETHER AG

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

www.doetschgrether.ch/de

Einblick in das Dossier «Diarrhö – Manual zur Unterstützung im Assessment und Lösungsfindung für Ernährungsfachpersonen»

SVDE-Fachgruppe Gastroenterologie – Untergruppe Diarrhö

Defäkationsprobleme gehören zu den häufigsten gastrointestinalen Problemen, mit denen Ernährungsberater/innen konfrontiert werden, ohne hierauf spezialisiert zu sein. So ist Diarrhö oftmals eines der Symptome vieler ambulanter und stationärer Patienten.

Wie können Symptome adressiert werden, zu denen es eine Vielzahl möglicher Ätiologien gibt und wie findet man heraus, welche Interventionsansätze die richtigen sind?

Leider gibt es auf diese Fragen keine pauschale Antwort. Die Literatur bietet eine Fülle an Informationen, die eine Recherche enorm aufwendig gestaltet und oftmals ausserhalb der verfügbaren zeitlichen und/oder personellen Ressourcen liegt. Die Komplexität dieser Problematik war der Auslöser, ein Dossier zu erstellen, das Ernährungsberatern und -beraterinnen eine Hilfestellung zu fallbezogenen Interventionsmöglichkeiten bieten soll.

Mit dem Dossier «Diarrhö – Manual zur Unterstützung im Assessment und Lösungsfindung für Ernährungsfachpersonen» hat die SVDE-Fachgruppe Gastroenterologie Deutschschweiz im März 2020 eine inhaltlich umfangreiche, aber komprimierte Zusammenfassung zum Thema erstellt, mit dem Ziel, ein Nachschlagewerk zur täglichen Anwendung auf NutriPoint zur Verfügung zu stellen.

Erfahrungsgemäss gestaltet sich die Suche nach der Ätiologie einer Diarrhö als sehr schwierig, da sich diese von Nahrungsmittelunverträglichkeiten über Psychosomatik bis hin zu akuten Darmerkrankungen erstrecken kann. Auch steht das Auftreten von Diarrhö nicht immer in direktem Zusammenhang mit der für eine Hospitalisierung ursächlichen Erkrankung. Aus diesem Grund empfiehlt es sich in diesem Fall, die Methodik der Differenzialdiagnostik anzuwenden, um mittels Ausschlussverfahren die tatsächliche Ursache der Diarrhö zu identifizieren und diese optimal zu behandeln bzw. dieser optimal entgegenwirken zu können.

Das Manual ist in einen theoretischen und einen praktischen Teil gegliedert. Der theoretische Teil besteht aus 3 Hauptkapiteln, beginnend mit **Ursachen/Charakteristika und Diagnostik**. Dieses Kapitel führt in die verschiedenen Arten der Diarrhö ein und gibt einen Überblick über diagnostische Hinweise, die möglichen Ursachen und Testmöglichkeiten zu den einzelnen Typen. Es bildet somit eine Hilfestellung für eine schnelle Ermittlung der Vorgehensweise in der Differenzialdiagnostik. Hierbei sind für einzelne Arten von Diarrhö mögliche Nachweisverfahren aufgeführt, wie am folgenden Beispiel ersichtlich.

So könnte beispielsweise bei einem Patienten mit Stuhlproblematik und unauffäll-

liger Bilddiagnostik und Blutbild, ein H₂-Atemtest zur positiven Diagnose einer Kohlehydratintoleranz führen.

Zur Durchführung von Tests im Rahmen der Diagnose sind mögliche Untersuchungsmöglichkeiten als Überblick zusammengestellt. Eine umfangreiche Auflistung von Erregern und diarrhöverursachender Medikamente, welche ebenso in die Untersuchungen einbezogen werden können, ermöglicht unter Umständen auch in manchen Fällen eine schnelle Identifikation möglicher Ursachen.

Das zweite Kapitel **Ernährungstherapeutisches Assessment** verweist formal auf den praktischen Teil und fasst dessen Umfang zusammen.

Das letzte theoretische Kapitel **Ernährungstherapeutische Interventionen** dient der kompakten Übersicht der Physiologie hinter den verschiedenen Interventionsmöglichkeiten und ist damit gut geeignet zur schnellen Auffrischung des theoretischen Hintergrundwissens. Der Überblick umfasst vor allem die Themen Rehydrierung, Probiotika und Lebensmittelwirkstoffe, die zu positiven Veränderungen in Bezug auf Diarrhö führen können.

Der **Praktische Teil** beginnt mit einer Stichwortsammlung zu abklärungsrelevanten Themen der Kategorien Allgemeine Daten, Begleitsymptome, essbezogene Angaben, Nahrungsmittelabhängigkeiten, Diagno-

Abbildung 1: Auszug aus Kapitel 2.1 (aus Vavricka und Wilhelmi 2017, S. 98–108)

Art der Diarrhö	Diagnostische Hinweise	Mögliche Ursachen	Testmöglichkeiten
Osmotisch	<ul style="list-style-type: none"> • Gesenkter Stuhl-pH • Erhöhte osmotische Lücke (Differenz zwischen errechneter und gemessener Stuhlosmolalität) • Senkung des Stuhlvolumens durch Fasten, keine nächtliche Diarrhö 	<ul style="list-style-type: none"> • KH-Malabsorption • Laxantienabusus • Nährstoffbedingt (Magnesium, Phosphat, Sulfate) 	<ul style="list-style-type: none"> • H₂-Atemtests • Ösophagus-Gastro-Duodenoskopie mit tiefen Dünndarmbiopsien • Stuhl auf Magnesium untersuchen; dieses ist Bestandteil vieler Laxantien • Sigmoidoskopie bei Vd. a. Pseudomelanosis coli

sen und Stuhlanamnese. Diese Auflistung kann zur fallbezogenen oder allgemeinen Erstellung von Fragenkatalogen für Konsultationen oder auch Analysen zurate gezogen werden und hilft dabei, die notwendige Datengrundlage für eine erfolgreiche Diagnostik und Therapie zu schaffen. Für Begleitsymptome von Diarrhö beispielsweise erhält der/die Leser/in den Hinweis, dass sich diese von üblichen Symptomen wie Blähungen und Flatulenz über Fieber bis zu Inkontinenz und Erbrechen erstrecken können.

Anschliessend werden zwei Hilfsmittel zur Stuhlanamnese zur Verfügung gestellt, mittels deren sich die Kommunikation mit den Patienten/Klienten vereinfachen lässt. Im ersten ermöglicht eine bildliche Darstellung die genaue Beschreibung und Klassifizierung der Stuhlkonsistenz. Im zweiten kann mittels einer Farbtabelle die Farbe des Stuhls beschrieben werden. Eine Auflistung möglicher Ätiologie für einzelne Farben hilft bei der Eingrenzung möglicher Ursachen einer Stuhlanormalität.

Neben den Hilfsmitteln zur Stuhlanamnese ist eine Übersicht über Produkte zur Anwendung von Trinklösungen enthalten. Damit eine falsche Anwendung vermieden werden kann, sind allfällige Kontraindikationen direkt aufgeführt.

Um in Zusammenarbeit mit dem behandelnden Arzt/der behandelnden Ärztin eine medikamentöse Therapie erarbeiten und OTC-Produkte empfehlen zu können (je nach Situation, im Zweifelsfall aber immer unter Einbeziehung von Ärzten),

Abbildung 2: Auszug aus Kapitel 5.3, Hilfsmittel zur Interpretation der Stuhlfarbe

Farbskala		Die Farbe des Stuhlgangs
		
Farbe Grün		Lebensmittel (z. B. Spinat); Infektion wie Salmonellen (Bakterien); Viren; Parasiten, Gallensäureverlustsyndrom
Farbe Schwarz		Medikamente (Eisen, Kohle); Alt-Blut aus dem oberen Verdauungstrakt; von Lebensmittel (z. B. Blaubeeren, Brombeeren)
Farbe Rot		Lebensmittel (Rande); Frisch-Blut vom Dickdarm; Hämorrhoiden, Fissuren
Farbe Gelborange		Antibiotika; Lebensmittel (z. B. Karotten, Kürbis...); schleimig, schmierig, glänzend und stinkend = Fettstuhl
Farbe Weiss lehmartig		Bilirubinabbau gestört (Gallensaft)

Abbildung 3: Auszug aus Kapitel 5.5 OTC – Medikamente bei Diarröhö

Medikament	Wirkstoff	Wirkungsweise	Indikation	Kontraindikationen
Unterstützung der Darmflora				
Bioflorin	Lebende Enterokokken des Stammes SF 68	Hemmende Wirkung gegenüber verschiedenen darmpathogenen Mikroorganismen und Viren durch eine Ansäuerung der Umgebung, eine kompetitive Hemmung sowie die Produktion biologisch wirksamer Substanzen	Enteritis und Enterocolitis bei Erwachsenen Dyspepsie infolge Ernährungs- umstellung bei Säuglingen Dysbakterien des Darmtraktes verschieden Ursprungs, wie z. B. nach Therapie mit Antibiotika und bei Störungen der Ernährungsbalance Reisedurchfälle	Keine bekannt

folgt eine Tabelle mit Medikamenten, die wie in der Abbildung 3 gegliedert ist.

Dies ermöglicht einen schnellen Vergleich einzelner Möglichkeiten und erspart den Aufwand einer langwierigen Studie von Arzneimittelbeschreibungen. Für die finale Empfehlung eines Medikamentes sollte dennoch grundsätzlich die entsprechende Arzneimittelbeschreibung noch einmal geprüft werden. Das Kapitel schliesst mit diversen Anwendungsmöglichkeiten von

Lebensmittelwirkstoffen, wie beispielsweise einem Rezept für Bananenschnee zur Therapie mittels Pektin.

Erste Anwendungen des Manuals haben – beispielsweise auch im Rahmen der praktischen Ausbildung als Hilfsmittel für Studierende – gezeigt, dass der Ansatz zur Verfassung von Manuals weiterverfolgt und auf andere Bereiche ausgeweitet werden sollte.

Quellen:

- Vavricka, S. & Wilhelmi, M. (2017). *Swiss Essentials in Gastroenterology* (5th edition).
- SVDE-Fachgruppe Gastroenterologie Deutschschweiz (2020). Diarröh «Manual zur Unterstützung im Assessment und Lösungsfindung für Ernährungsfachpersonen».

Aperçu du dossier sur la diarrhée pour les diététicien-ne-s

Groupe spécialisé Gastro-entérologie, sous-groupe Diarrhée

Les problèmes de défécation font partie des problèmes gastro-intestinaux auxquels sont confronté-e-s les diététicien-ne-s sans pour autant être spécialisé-e-s dans ce domaine. Ainsi, la diarrhée est souvent l'un des symptômes de patient-e-s en milieu ambulatoire et hospitalier.

Comment prendre en charge les symptômes, pour lesquels il existe un grand nombre d'étiologies possibles, et comment déterminer les bonnes approches d'intervention?

Aucune réponse générale ne peut être apportée à ces questions. La littérature propose une foule d'informations qui rendent les recherches très longues et souvent difficiles à gérer compte tenu des ressources en temps ou en personnel disponibles. La

complexité de cette problématique a été l'élément déclencheur pour constituer un dossier devant proposer aux diététicien-ne-s une aide relative aux possibilités d'intervention dans des cas concrets.

Avec son dossier «Diarröh – Manual zur Unterstützung im Assessment und Lösungsfindung für Ernährungsfachpersonen», le groupe spécialisé Gastro-entérologie de Suisse alémanique a élaboré en mars 2020 une synthèse thématique complète quant au fond, mais sous une forme condensée, dans le but de mettre à disposition un ouvrage de référence à utiliser au quotidien dans *NutriPoint*.

D'expérience, la recherche de l'étiologie d'une diarrhée est très difficile, car elle peut aller des tolérances alimentaires aux

maladies intestinales aiguës en passant par la psychosomatique. De plus, il n'y a pas toujours de relation directe entre la survenue de la diarrhée et la maladie ayant causé l'hospitalisation. C'est pourquoi il est recommandé dans ce cas d'appliquer la méthodologie du diagnostic différentiel pour identifier la cause effective de la diarrhée au moyen de la procédure d'exclusion, de façon à la traiter de façon optimale.

Le manuel s'articule en deux parties, l'une théorique et l'autre pratique. La partie théorique comprend trois grands chapitres et le premier d'entre eux traite des **causes ou caractéristiques et du diagnostic**. Ce chapitre propose une introduction sur les différents types de diarrhée et donne un aperçu des conseils diagnostiques, des causes possibles et des possibilités de test pour les différents types.

Figure 1: Extrait du chapitre 2.1 (tiré de Vavricka et Wilhelmi 2017, p. 98–108)

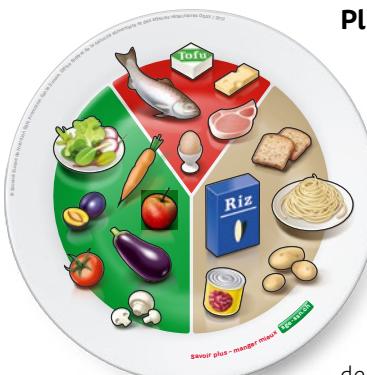
Type de diarrhée	Indices pour le diagnostic	Causes possibles	Possibilités de test
Osmotique	<ul style="list-style-type: none"> • Baisse du pH des selles • Trou osmolaire augmenté (différence entre osmolalité fécale calculée et mesurée) • Réduction du volume fécal lors d'un jeûne, pas de diarrhée durant la nuit 	<ul style="list-style-type: none"> • Malabsorption des glucides • Abus de laxatifs • Déficit à des nutriments (magnésium, phosphate, sulfate) 	<ul style="list-style-type: none"> • Test respiratoire à l'hydrogène • Endoscopie avec biopsies de l'intestin grêle inférieur • Analyse des selles (présence de magnésium; on en trouve dans beaucoup de laxatifs) • Sigmoidoscopie en cas de suspicion de mélanoïose colique

OUTIL DE CONSEIL: LES RECETTES DE L'ASSIETTE OPTIMALE



En collaboration avec la Société Suisse de Nutrition SSN, Proviande a créé un outil de conseil à l'intention des diététicien-ne-s. L'assiette optimale se décline en plus de trente menus simples, équilibrés et originaux.

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



Plus de trente menus simples et équilibrés

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

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

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

Les menus répondent aux critères suivants, pour une portion:

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



Kochen und backen wie die Profis - glutenfrei!



NEU
und
verbessert

Inkl. App-Zugriff
für Abonnenten



Das alles bietet Ihnen das Magazin «Glutenfrei leben»:

- ✓ Vielzahl an gelingsicheren, überraschenden, feinen **Glutenfrei-Rezepten für jeden Anlass**
- ✓ Reise-, Produkte- und Restauranttipps
- ✓ Tipps von Zöliakie-Betroffenen
- ✓ Hilfreiche Updates aus der Forschung
- ✓ Anregende Kolumnen
- ✓ Rubrik «Brotbackschule» und «Wunschrezepte»
- ✓ Plus Zugang zu allen Rezepten in der **Betty Bossi App**

... und viele weitere Abo-Vorteile



Profitieren Sie als Ernährungsberater/in oder Fachärztin/Facharzt vom Spezial-Preis von CHF 9.90 statt CHF 47.70



Für mehr Infos: info@bettybossi.ch



Il aide ainsi à déterminer rapidement la manière de procéder lors du diagnostic différentiel. Pour différents types de diarrhée, des procédures de détection possibles sont mentionnées, comme le montre l'exemple suivant.

Ainsi, chez un patient ayant un problème de transit intestinal, dont le diagnostic par imagerie médicale et la formule sanguine ne présentent pas d'anomalie, un test respiratoire à l'hydrogène pourrait déboucher sur le diagnostic positif d'une intolérance aux glucides.

Pour réaliser des tests afin de poser un diagnostic, les différentes possibilités d'examen sont récapitulées sous forme de vue d'ensemble.

Une liste complète d'agents pathogènes et de médicaments provoquant des diarrhées, qui peut également être utilisée lors des examens, permettra dans certains cas d'identifier rapidement les causes possibles.

Le chapitre **évaluation de thérapie nutritionnelle** renvoie formellement à la partie

pratique et résume les contenus de cette dernière en quelques mots.

Le dernier chapitre théorique sur l'**intervention de thérapie nutritionnelle** donne un aperçu condensé de la physiologie à l'origine des possibilités d'intervention et est ainsi idéal pour un rafraîchissement rapide des connaissances de base théoriques. La vue d'ensemble englobe surtout les thèmes de la réhydratation, des probiotiques et des principes actifs alimentaires pouvant entraîner des changements positifs par rapport à la diarrhée.

Figure 2: Extrait du chapitre 5.3 sur les instruments d'interprétation de la couleur des selles

Echelle de couleurs	Les couleurs des selles
	
Couleur verte	Aliments (p. ex. épinards); infection comme salmonelles (bactéries); virus; parasites, syndrome de malabsorption des acides biliaires
Couleur noire	Médicaments (fer, charbon); vieux sang dans le tractus gastro-intestinal supérieur; aliments (p. ex. mûres, myrtilles)
Couleur rouge	Aliments (p. ex. betteraves); sang frais provenant du gros intestin; hémorroïdes, fissures anales
Couleur jaune orange	Antibiotiques; aliments (p. ex. carottes, courges, etc.); gluantes, graisseuses, brillantes et odorantes = selles grasses (stéatorrhée)
Couleur argileuse	Trouble de la dégradation de la bilirubine (bile)

Figure 3: Extrait du chapitre 5.5 OTC – Médicaments en cas de diarrhée

Médicament	Principe actif	Mode d'action	Indication	Contre-indications
Soutien de la flore intestinale				
Bioflorin	Entérocoques vivants de la souche SF 68	Effet inhibiteur par rapport à différents microorganismes et virus pathogènes dans l'intestin par une acidification du milieu, une inhibition compétitive et la production de substances actives biologiquement	Entérite et entérocolite chez les adultes Dyspepsie pour cause de changement d'alimentation chez les nourrissons Dysbactériose du tractus intestinal d'origines diverses, p. ex. après un traitement antibiotique et en cas de troubles de l'équilibre alimentaire Diarrhée du voyageur	Aucune connue

La **partie pratique** commence par un répertoire de mots-clés sur des thèmes déterminants pour l'évaluation des catégories suivantes: données générales, symptômes concomitants, informations nutritionnelles, dépendances alimentaires, diagnostics et anamnèse des selles. Il est possible de se servir de cette liste pour établir, d'une manière générale ou pour des cas spécifiques, des catalogues de questions pour des consultations ou des analyses et aider à créer la base de données nécessaire pour un diagnostic et un traitement efficaces. En ce qui concerne les symptômes concomitants de la diarrhée par exemple, on y lit que ceux-ci peuvent aller des symptômes usuels comme les ballonnements et les flatulences à l'incontinence et aux vomissements en passant par la fièvre.

Deux instruments qui simplifient la communication avec les patient-e-s/client-e-s sont ensuite mis à disposition pour l'anamnèse des selles. Des photos permettent premièrement de décrire la consistance

des selles et de la classifier. Deuxièmement, un tableau des couleurs permet de décrire la couleur des selles. Un récapitulatif de l'étiologie possible pour les différentes couleurs aide à délimiter les causes possibles d'une anomalie des selles.

En plus des instruments proposés pour l'anamnèse des selles, un aperçu des produits pour l'utilisation de solutions buvables est proposé. Pour éviter toute mauvaise utilisation, les contre-indications éventuelles sont directement mentionnées.

Pour pouvoir élaborer un traitement médicamenteux en collaboration avec le médecin traitant et recommander des produits OTC (selon la situation, mais en cas de doute en concertation avec un médecin), un tableau des médicaments est dressé selon la structure ci-dessous.

Cela permet de comparer rapidement les différentes possibilités et d'éviter de faire

une étude fastidieuse de toutes les descriptions des différents produits thérapeutiques. Avant de recommander définitivement un médicament, sa description devrait néanmoins être examinée encore une fois.

Pour finir, le chapitre passe en revue les diverses possibilités d'utilisation de principes actifs alimentaires, comme une recette à base de bananes écrasées pour un traitement avec de la pectine.

Les premières applications du manuel, par exemple en tant qu'outil pour la formation pratique des étudiant-e-s, ont montré que l'approche de la rédaction de manuels devrait être poursuivie et élargie à d'autres domaines.

Sources:

- Vavricka, S. & Wilhelmi, M. (2017). Swiss Essentials in Gastroenterology (5th edition).
- Gastroenterologie Fachgruppe Deutschschweiz (2020).
- Diarrhö «Manual zur Unterstützung im Assessment und Lösungsfund für Ernährungsfachpersonen».

Presentazione del manuale sulla diarrea riguardante gli accertamenti e la ricerca di soluzioni destinato agli esperti della nutrizione

Gruppo specializzato Gastroenterologia – Sottogruppo Diarrea

I problemi legati alla defecazione sono tra i più frequenti problemi gastrointestinali ai quali dietiste e dietisti sono confrontati

senza essere specializzati sul tema. La diarrea, ad esempio, è spesso uno dei sintomi di molti pazienti ambulatoriali e stazionari.

Come è possibile associare i sintomi alla miriade di possibili eziologie e come si può decidere quali interventi siano appropriati?

Purtroppo non è possibile rispondere in

Illustrazione 1: Estratto del capitolo 2.1 (ripreso da Vavricka e Wilhelmi 2017, pp. 98–108)

Tipo di diarrea	Indizi diagnostici	Possibili cause	Possibilità di accertamento
Osmotica	<ul style="list-style-type: none"> • pH fecale basso • Gap osmotico aumentato (differenza tra l'osmolalità fecale calcolata e quella misurata) • Diminuzione del volume fecale a seguito di digiuno, nessuna diarrea ritardata 	<ul style="list-style-type: none"> • Malassorbimento di carboidrati • Abuso di lassativi • Dovuta a sostanze nutritive (magnesio, fosfato, solfati) 	<ul style="list-style-type: none"> • Test respiratorio H₂ • Esofago-gastro-duodenoscopia con biopsie profonde dell'intestino tenue • Analizzare il magnesio nelle feci; si tratta di un componente di molti lassativi • Sigmoideoscopia in caso di sospetta pseudomelanosi del colon

blocco a queste domande. La letteratura scientifica fornisce informazioni in abbondanza, al punto tale da rendere la ricerca bibliografica molto impegnativa e spesso incompatibile con le risorse temporali e/o personali disponibili. La complessità di questa problematica è stata l'input che ci ha portato a creare un dossier per aiutare le dietiste e i dietisti a identificare le possibilità di intervento nei vari casi specifici.

Nel marzo 2020, con il manuale sulla diarrea riguardante gli accertamenti e la ricerca di soluzioni destinato agli esperti della

nutrizione, il gruppo specializzato Gastroenterologia della Svizzera tedesca ha redatto un riassunto completo ma compatto sul tema, con l'obiettivo di rendere disponibile in *NutriPoint* un'opera di consultazione per l'uso quotidiano.

Sappiamo per esperienza che la ricerca dell'eziologia della diarrea può essere molto difficile, dato che può spaziare dall'intolleranza alimentare, alla psicosomatica fino alle malattie intestinali acute. Inoltre, non sempre l'insorgenza della diarrea è in relazione diretta con la malattia che sta

alla base dell'ospitalizzazione. Per questo motivo, è raccomandato l'impiego della metodologia della diagnosi differenziale per identificare la reale causa della diarrea tramite un procedimento di esclusione, così da poterla curare o contrastare in modo ottimale.

Il manuale è suddiviso in una parte teorica e una pratica. La parte teorica è composta da 3 capitoli principali, il primo dei quali si intitola **Cause/caratteristiche e diagnostica**. Questo capitolo introduce i diversi tipi di diarrea e fornisce una panoramica degli

Illustrazione 2: Estratto del capitolo 5.3, Strumento per l'interpretazione del colore delle feci

Scala cromatica	Il colore delle feci
Colore verde	Alimenti (ad es. spinaci); infezioni come salmonelle (batteri), virus, parassiti; sindrome da perdita di acidi biliari
Colore nero	Medicamenti (ferro, carbone); sangue vecchio proveniente del tratto digerente superiore; alimenti (ad es. mirtilli, more)
Colore rosso	Alimenti (barbabietole); sangue fresco dall'intestino; emorroidi, ragadi
Colore giallo-arancione	Antibiotici; alimenti (ad es. carote, zucca...); feci mucose, untuose, lucide e maleodoranti = steatorrea
Colore bianco-argilloso	Disturbo della degradazione della bilirubina (succo biliare)

Illustrazione: Estratto del capitolo 5.5 OTC – medicamenti in caso di diarrea

Medicamento	Principio attivo	Meccanismo d'azione	Indicazione	Controindicazioni
Sostegno della flora intestinale				
Bioflorin	Enterococchi vivi del ceppo SF68	Effetto inibente su diversi micro-organismi e virus patogeni intestinali grazie all'inacidimento dell'ambiente, all'inibizione competitiva e alla produzione di sostanze biologicamente attive.	Enterite e enterocolite negli adulti Dispepsia dovuta al cambiamento di alimentazione nei lattanti Disbatteriosi del tratto intestinale di varia origine, ad es. dopo terapie antibiotiche e in caso di disturbi dell'equilibrio nutrizionale Diarrea del viaggiatore	Nessuna nota

indizi diagnostici, delle possibili cause e dei possibili test per i vari tipi di diarrea. È quindi d'aiuto per determinare rapidamente il modo di procedere nella diagnosi differenziale: per i vari tipi di diarrea vengono elencate le possibili procedure di accertamento, come illustra il seguente esempio.

In un paziente che presenta un problema di diarrea e con diagnostica per immagini ed ematogramma senza particolarità, un test respiratorio H₂ può portare ad esempio alla diagnosi di un'intolleranza ai carboidrati.

Le possibilità di accertamento sono state raggruppate in modo da avere una panoramica che faciliti l'esecuzione dei test per stabilire una diagnosi.

Un elenco completo di agenti patogeni e medicamenti che provocano la diarrea, dei quali si dovrebbe anche tener conto negli accertamenti, permette in alcuni casi e a certe condizioni la rapida identificazione delle possibili cause.

Il capitolo **Accertamenti terapeutico-nutrizionali** è un'introduzione formale alla parte pratica e ne riassume in breve gli ampi contenuti.

L'ultimo capitolo teorico, **Intervento di terapia nutrizionale**, presenta un riassunto compatto della fisiologia che sta dietro le diverse possibilità di intervento e quindi ben si presta a rinfrescare velocemente le conoscenze teoriche di base. Il riassunto tratta principalmente i temi reidratazione,

probiotici e principi attivi degli alimenti che possono influenzare positivamente la diarrea.

La **parte pratica** inizia con un elenco analitico dei temi rilevanti nell'ottica degli accertamenti, suddivisi nelle seguenti categorie: dati generali, sintomi accompagnatori, informazioni relative all'alimentazione, dipendenza dagli alimenti, diagnosi e anamnesi relativa alle feci. Questo elenco può essere consultato per creare cataloghi di domande per la consultazione riferiti a un caso preciso o generici, oppure anche per l'analisi, ed è d'aiuto per creare la base dati necessaria per una diagnostica e terapia di successo. Il lettore viene ad esempio informato del fatto che i sintomi accompagnatori della diarrea possono andare dai sintomi usuali quali gonfiore e flatulenza, alla febbre, per arrivare a incontinenza e vomito.

In seguito vengono messi a disposizione due strumenti per l'anamnesi relativa alle feci, che permettono di semplificare la comunicazione con i pazienti/clienti. Nel primo un'illustrazione permette la descrizione e la classificazione esatte della consistenza delle feci. Nel secondo, grazie a una tabella cromatica è possibile descrivere il colore delle feci. Un elenco delle possibili eziologie legate ai vari colori aiuta a circoscrivere le possibili cause dell'anomalia delle feci.

Oltre agli strumenti per agevolare l'anamnesi relativa alle feci, la parte pratica contiene poi anche una panoramica di prodotti utilizzabili come soluzioni orali. Per

evitare un impiego sbagliato, le eventuali controindicazioni sono elencate direttamente.

Per poter elaborare una terapia medamentosa in collaborazione con il medico curante e consigliare prodotti OTC (a seconda della situazione, in caso di dubbio è però sempre bene coinvolgere i medici), segue una tabella con medicamenti, suddivisa come illustrato dal seguente esempio.

Ciò permette un rapido confronto delle varie possibilità, evitando l'impegnativo studio delle descrizioni dei farmaci. Per la raccomandazione finale di un medicamento andrebbe però ugualmente verificata ancora una volta con cura la relativa descrizione del farmaco.

Il capitolo si conclude illustrando diverse possibilità di impiego di principi attivi alimentari, come ad esempio una ricetta per la spuma di banana indicata nella terapia a base di pectina.

Le prime esperienze di utilizzo del manuale, ad esempio anche nell'ambito della formazione pratica come mezzo ausiliario per gli studenti, hanno mostrato che la redazione di tali manuali rappresenta un buon approccio che andrebbe ulteriormente seguito ed esteso ad altri settori.

Fonti:

Vavricka, S. & Wilhelmi, M. (2017). *Swiss Essentials in Gastroenterology* (5th edition).

Gruppo specializzato Gastroenterologia della Svizzera tedesca (2020). «*Diarröh – Manual zur Unterstützung im Assessment und Lösungsfindung für Ernährungsfachpersonen*».

**WORT DER PRÄSIDENTIN
LE MOT DE LA PRÉSIDENTE
PAROLA DELLA PRESIDENTESSA**



Gabi Fontana

Präsidentin

Présidente

Presidentessa



Liebe Leserin, lieber Leser

In letzter Zeit häufen sich Anfragen von freischaffenden Ernährungsberater/innen SVDE auf der Geschäftsstelle, weil Krankenversicherer Verordnungen zur Ernährungsberatung direkt ablehnen, obwohl die Kosten übernommen werden müssten oder sie verlangen nach Eingang der Verordnung zusätzliche Berichte. Der Austausch mit Partnerorganisationen hat ergeben, dass dies nicht nur Ernährungsberater/innen betrifft, sondern alle anderen Berufsgruppen auch. Fakt ist, die Krankenversicherer versuchen, wo immer möglich die Kostenübernahme zu verweigern. Dabei gibt es klare gesetzliche (KLV, Art. 9b) und vertragliche (Tarifvertrag zwischen santésuisse und SVDE) Grundlagen, in welchen festgelegt ist, welche Leistungen von den Krankenversicherten übernommen werden müssen. Es ist empfehlenswert, dass sich freischaffende Ernährungsberater/innen mit den erwähnten Grundlagen intensiv auseinandersetzen, um entsprechend vorgehen zu können. Auf der Webseite des SVDE gibt es dazu nützliche Hinweise, denn sollte es trotz allem zu einem Streitfall kommen, muss der oder die Leistungserbringer/in persönlich intervenieren. Dies gilt insbesondere auch dann, wenn es zu einem Antrag an die Paritätische Vertrauenskommision (PVK) kommt. Diese Kommission setzt sich zusammen aus zwei Vertreter/innen des SVDE und zwei Vertreter/innen von santésuisse. Mir ist bewusst, dass dies den Arbeitsalltag in den ambulanten Praxen erschwert. Dennoch ist es wichtig, dass wir als Praxisinhaber/innen uns wehren.

Chère lectrice, cher lecteur

Ces derniers temps, les demandes provenant de diététicien-ne-s indépendant-e-s ASDD se sont multipliées au secrétariat pour cause de refus direct de prescriptions de conseil diététique par des assureurs-maladie, alors même que les coûts devraient être pris en charge, ou de demande de rapports supplémentaires après réception de l'ordonnance. Nos échanges avec des organisations partenaires nous ont indiqué que cette situation ne concerne pas uniquement les diététicien-ne-s, mais aussi d'autres groupes professionnels. Le fait est que les assureurs-maladie essaient de refuser la prise en charge des coûts chaque fois qu'ils le peuvent. Il existe à ce sujet des bases légales (art. 9b OPAS) et contractuelles (convention tarifaire entre santésuisse et ASDD) claires, dans lesquelles sont spécifiées les prestations à prendre en charge par les assureurs-maladie. Les diététicien-ne-s indépendant-e-s seraient bien avisé-e-s de se pencher intensivement sur les fondements mentionnés afin de pouvoir engager les procédures adéquates le cas échéant. Le site de l'ASDD propose des conseils supplémentaires, car si, malgré tous les efforts de conciliation, la situation dégénère en litige, le fournisseur de prestations doit intervenir personnellement. Cela vaut notamment dans les cas où une demande doit être adressée à la commission partielle de confiance (CP). Cette commission se compose de deux représentant-e-s de l'ASDD et de deux représentant-e-s de santésuisse. Je suis consciente que cela complique le quotidien professionnel des cabinets ambulatoires. Il est néanmoins important que nous nous défendions en tant que propriétaires de cabinets.

Cara lettrice, caro lettore

Negli ultimi tempi il segretariato viene sempre più spesso contattato da dietiste e dietisti ASDD indipendenti perché alcuni assicuratori malattia respingono direttamente le prescrizioni per la consulenza nutrizionale, anche se dovrebbero assumerne i costi, oppure richiedono ulteriori rapporti dopo aver ricevuto la prescrizione. Parlano con altre organizzazioni nostre partner, abbiamo scoperto che questa prassi non concerne solo le dietiste e i dietisti bensì tutte le altre categorie professionali. Il fatto è che gli assicuratori malattia cercano, dove possibile, di rifiutare l'assunzione dei costi. Eppure vi sono chiare basi legali (OPre, art. 9b) e contrattuali (contratto tariffale tra santésuisse e ASDD) nelle quali è stabilito per quali prestazioni gli assicuratori malattia debbano assumere i costi. È consigliabile che le dietiste e i dietisti indipendenti studino accuratamente le basi citate, così da poter agire di conseguenza. Sul sito dell'ASDD si trovano indicazioni utili al riguardo. Infatti, se si dovesse malgrado tutto arrivare a un contenzioso, sta al fornitore di prestazioni intervenire personalmente. Ciò vale in particolare anche se si arriva a presentare un'istanza alla commissione paritetica di fiducia (CPF), composta da due rappresentanti dell'ASDD e due rappresentanti di santésuisse. Sono consapevole del fatto che ciò appesantisce il lavoro quotidiano negli studi ambulatoriali; ciò non di meno ritengo importante che ci facciamo valere in quanto titolari di uno studio.

Generalversammlung 2020

*Die diesjährige Generalversammlung findet am 16. Oktober 2020 in Bern statt.
Die SVDE-Mitglieder haben die Einladung per Post erhalten. Sie finden die relevanten Dokumente im geschützten Mitgliederbereich der Website unter Verband > Generalversammlung > Dokumente GV.*



Assemblée générale 2020

*L'Assemblée générale de cette année aura lieu le 16 octobre 2020 à Berne.
Les membres de l'ASDD ont reçu l'invitation par courrier. Vous trouverez les documents appropriés dans l'espace membre protégé de notre site internet sous Association > Assemblée générale > Documents de l'AG.*

Schon reserviert? Déjà réservé? Già riservato?

Der internationale Tag der Ernährungsberater/innen findet am 10. März 2021 statt.

La journée internationale des diététicien-ne-s aura lieu le 10 mars 2021.

La giornata internazionale delle-dei Dietiste-i avrà luogo il 10 marzo 2021.



Schon reserviert?

*Generalversammlung mit Rahmenprogramm 2021
16. April 2021 in Freiburg*



Déjà réservé?

*Assemblée générale, y compris le programme-cadre 2021
16 avril 2021 à Fribourg*

Was sich Mütter von Fachpersonen wünschen

Für den Fachbeirat Stillförderung Schweiz:



Christine Brenn,
Geschäftsleiterin
Stillförderung Schweiz



Silvia Honigmann,
Prof. h.c., BSc Ernährungsberaterin SVDE, Still- und Laktationsberaterin IBCLC, MAS Gesundheitsförderung und Prävention, Berner Fachhochschule Gesundheit; Mitglied Fachbeirat Stillförderung Schweiz

Fachpersonen aus verschiedenen Bereichen beraten und begleiten Mütter und ihre Säuglinge nach der Geburt. Rückmeldungen an Stillförderung Schweiz zeigen, dass die individuellen Bedürfnisse der Mütter sehr unterschiedlich sind – entsprechend wichtig für den Beratungsprozess ist, dass Fachpersonen erfahren, was sich Mütter in Bezug auf das Stillen und die Ernährung ihres Säuglings wünschen, und ihr Handeln darauf abstimmen.

Unterschiedliche Wünsche und Konsequenzen für die Beratung

- Die Mutter, die entschlossen ist, zu stillen und ganz viel dafür zu tun, und die auch eher schwierigen Situationen nicht aus dem Weg geht: Diese Frau braucht Fachpersonen, die ihre Bedürfnisse erkennen und sie in ihrem Wunsch unterstützen. Fachpersonen, die sie bestärken und ihr helfen, Probleme zu überwinden, und sie bei Bedarf an Stillspezialistinnen weiterverweisen.
- Die Mutter, die stillen möchte, sich aber durch das Umfeld verunsichern lässt und in ihrem Wunsch nicht unterstützt wird: Hier gilt es herauszufinden, was die Mutter (nicht das Umfeld) wirklich möchte,

und sie dann in ihrem Wunsch zu unterstützen und zu bestärken. Diese Mutter braucht unter Umständen Tools, um sich gegen ihr negativ eingestelltes Umfeld durchsetzen zu können.

- Die Mutter, die nicht stillen möchte, aber aus dem Umfeld Signale erhält, dass eine nicht stillende Mutter keine gute Mutter sei: Auch hier gilt es herauszufinden, was die Mutter (nicht das Umfeld) wirklich will, um sie dann in ihrem Entscheid zu unterstützen und zu bestärken. Diese Mutter braucht die Bestätigung der Fachperson, dass ein Kind auch mit Säuglingsmilch gesund gedeihen kann.
- Die Mutter, die sich entschieden hat, nicht zu stillen oder mit dem Stillen aufzuhören: Diese Mutter braucht möglicherweise Informationen, wie sie schonend abstillen und ihren Säugling adäquat ernähren kann.

Wie umgehen mit speziellen Situationen?

- Krankheit oder Hospitalisierung der Mutter: Die Mutter braucht Fachpersonen, die bei einer medizinischen Behandlung Verständnis für die besondere Situation der stillenden Mutter zeigen, um das Stillen weiter zu ermöglichen. Falls eine Medikation nötig ist, soll ein mit dem Stillen verträgliches Medikament ausgewählt werden¹.
- Krankheit oder Hospitalisierung des gestillten Säuglings: Die Mutter braucht Fachpersonen, die den Wert des Stillens in dieser besonderen Situation erkennen und die Mutter unterstützen, das Stillen so weit wie möglich fortzusetzen. Gerade der kranke Säugling profitiert von der Fortführung der Muttermilchernährung und von der Nähe zur Mutter beim Stillen. Muttermilch und Stillen können zur Genesung beitragen.
- Erschöpfung der Mutter: Eine physisch oder eine psychisch erschöpfte Mutter

braucht in vieler Hinsicht Unterstützung und Entlastung. Häufig wird das Abstillen als eine der ersten Entlastungsmassnahmen empfohlen, ungeachtet ob die Mutter das Stillen als Belastung empfindet oder nicht. Die betroffene Mutter braucht Fachpersonen, die versuchen, ihren Wunsch in Bezug auf das Stillen oder Abstillen zu berücksichtigen, und ihr helfen, eine individuelle Lösung zu finden. Beispielsweise kann auch ein «Teilstillen» mit längeren Pausen in der Nacht eine Entlastung darstellen.

- Wiederaufnahme der Arbeit: In diesem Fall ist es wichtig, dass Fachpersonen über die Rechte der stillenden Mutter am Arbeitsplatz Bescheid wissen und die Informationen weitergeben. Die Mutter braucht Fachpersonen, die ihren Entscheid unterstützen und entsprechende Hilfeleistungen anbieten².
- Langzeitstillen: Es gibt gute Gründe, über das erste Lebensjahr hinaus weiter zu stillen. Einige gesundheitliche Benefits des Stillens für das Kind und die Mutter sind von der Dauer der Stillzeit abhängig. Die Muttermilch verliert auch nach dem ersten Jahr nicht an Wert und ist weiterhin ein wichtiger Lieferant für hochwertige Kalorien, Eiweiße, Vitamine und Mineralstoffe. Mütter wünschen sich Fachpersonen, die ihren Entscheid, länger zu stillen, bestärken und respektieren.

Die berechtigten Ansprüche von Müttern an die sie betreuenden Fachpersonen sollen als Denkanstoß dienen. Fachpersonen sollen nicht nur fachlich korrekt handeln, sondern auch Verständnis für die individuellen Situationen aufbringen und ihre Empfehlungen möglichst danach ausrichten. Dies führt zur Förderung des Wohlbefindens und der Gesundheit von Mutter und Kind.

¹⁾ sappinfo.ch/

²⁾ stillfoerderung.ch/logicio/pmws/stillen_arbeit_de.html

Ce que les mères attendent des professionnel-le-s

Pour la commission scientifique de Promotion allaitement maternel Suisse:



Christine Brennan,
Directrice de Promotion
allaitemt maternel Suisse



Silvia Honigmann,
Prof. h.c., BSc Diététicienne
ASDD, consultante en
lactation et allaitemt
maternel IBCLC, MAS
Promotion de la santé et
prévention, Haute école
spécialisée bernoise, dé-
partement Santé; membre
de la commission scientifique
de Promotion allaitemt
maternel Suisse

Des professionnel-le-s de différents domaines conseillent et accompagnent les mères et leurs bébés après la naissance. Le retour d'information à Promotion allaitemt maternel Suisse indique que les besoins individuels des mères varient fortement. Il est donc important pour le processus de conseil que les professionnel-le-s connaissent les souhaits de la mère en ce qui concerne l'allaitement maternel et la nutrition de son enfant et qu'ils/elles adaptent leurs actions en conséquence.

Les différents souhaits et leurs conséquences pour la consultation

- La mère qui est déterminée à allaiter, qui veut donner son mieux pour réussir et qui n'évite pas les situations plutôt difficiles: cette femme a besoin de professionnel-le-s qui reconnaissent ses besoins et la soutiennent, qui l'encouragent et l'aident à surmonter les problèmes et qui, le cas échéant, l'orientent vers des spécialistes de l'allaitement.
- La mère qui aimerait allaiter mais qui n'est pas soutenue mais plutôt déstabilisée par son entourage: à ce moment-là il est important de découvrir ce que la

mère (et non pas son entourage) veut vraiment, afin de la soutenir et de l'encourager à agir selon ses propres souhaits. Cette mère peut avoir besoin de certains outils pour pouvoir s'affirmer face à l'attitude négative de son entourage.

- La mère qui ne voudrait pas allaiter mais dont l'entourage semble penser qu'une mère qui n'allait pas n'est pas une bonne mère: là aussi, il est important de découvrir ce que la mère (et non pas son entourage) veut vraiment, afin de la soutenir et de la conforter dans son choix. Cette mère a besoin qu'un-e spécialiste lui confirme qu'un enfant peut aussi se développer en santé s'il reçoit des préparations pour nourrissons.
- La mère qui a décidé de ne pas allaiter ou de cesser d'allaiter: cette mère peut avoir besoin d'informations sur la manière de sevrer son bébé en douceur et sur l'alimentation adaptée.

Comment faire face aux situations particulières?

- Maladie ou hospitalisation de la mère: pour commencer et continuer à allaiter, la mère a besoin de professionnel-le-s qui font preuve de compréhension pour la situation particulière d'une mère qui allait pendant le traitement médical. S'il est nécessaire de prescrire un médicament, celui-ci doit être compatible avec l'allaitement¹.
- Maladie ou hospitalisation du nourrisson allaité: la mère a besoin de professionnel-le-s qui reconnaissent la valeur de l'allaitement maternel dans cette situation spéciale et qui l'aident à le poursuivre dans la mesure du possible. Les nourrissons malades bénéficient particulièrement du lait maternel et de la proximité de la mère pendant l'allaitement. Le lait maternel et l'allaitement peuvent contribuer à la guérison.
- Épuisement de la mère: une mère éprouvée physiquement ou mentalement a besoin de soutien et de soulagement à

bien des égards. Le sevrage est souvent recommandé comme l'une des premières mesures de soulagement, indépendamment du fait que l'allaitement soit considéré ou non comme une charge par la mère. La mère a alors besoin de professionnel-le-s qui essaient de prendre en compte son souhait d'allaiter, voire de sevrer, et qui l'aident à trouver une solution individuelle qui lui convient. Un «allaitement partiel» avec des pauses plus longues pendant la nuit peut par exemple apporter un soulagement.

- Reprise du travail: il est important que les professionnel-le-s connaissent les droits des mères allaitantes au lieu de travail et transmettent ces informations. La mère a besoin de professionnel-le-s qui la confortent dans son choix et lui offrent une assistance appropriée².
- Durée prolongée de l'allaitement: il y a de bonnes raisons de continuer à allaiter au-delà de la première année de vie. Certains avantages de l'allaitement maternel pour la santé du bébé et de la mère dépendent de la durée de la période d'allaitement. Le lait maternel ne perd pas sa valeur après la première année et continue à être une source importante de calories, de protéines, de vitamines et de sels minéraux de haute qualité. La mère souhaite alors d'être encouragée par des professionnel-le-s qui respectent sa décision d'allaiter plus longtemps.

Les exigences légitimes que les mères ont envers les professionnel-le-s qui s'occupent d'elles devraient servir de base de réflexion. Les professionnel-le-s doivent non seulement agir de manière techniquement correcte, mais aussi faire preuve de compréhension pour la situation individuelle de chaque mère et la prendre en compte, en proposant des recommandations. Le bien-être et la santé de la mère et de l'enfant peuvent ainsi être promus.

¹⁾ sappinfo.ch/fr/

²⁾ allaiter.ch/stillen_arbeit_fr.html

Cosa vorrebbero le madri dagli specialisti

Per la commissione scientifica di Promozione allattamento al seno Svizzera:



Christine Brennan,
Direttrice di Promozione
allattamento al seno Svizzera



Silvia Honigmann,
Prof. h.c., BSc Dietista ASDD,
consulente in allattamento
e lattazione IBCLC, MAS
Promozione della salute
e prevenzione, Berner Fach-
hochschule Gesundheit;
membro del commissione
scientifica di Promozione
allattamento al seno Svizzera

Specialisti di diversi settori consigliano e accompagnano le madri e i loro bambini dopo la nascita. Le segnalazioni ricevute da Promozione allattamento al seno Svizzera mostrano che le esigenze delle madri variano molto da una persona all'altra. È quindi importante per il processo di consulenza che gli specialisti scoprono cosa vogliono le madri riguardo all'allattamento e all'alimentazione del loro bambino adattando il loro agire di conseguenza.

Desideri diversi ed effetti sulla consulenza

- La madre che è decisa ad allattare al seno ed è disposta a dedicarvisi con grande impegno e anche in situazioni difficili non demorde: questa donna ha bisogno di specialisti che riconoscono le sue esigenze e la sostengono nelle sue intenzioni. Specialisti che la appoggiano e la aiutano a superare i problemi e, se occorre, la indirizzano verso specialisti dell'allattamento.
- La madre che vorrebbe allattare, ma che viene resa insicura dal suo ambiente e non è sostenuta nella sua volontà: in questo caso si tratta di capire cosa vuole davvero la madre (non il suo ambiente)

per poi sostenerla e incoraggiarla nel suo desiderio. Date le circostanze questa madre ha bisogno degli strumenti per potersi affermare nel suo ambiente negativo.

- La madre che non vuole allattare al seno, ma riceve segnali dal suo ambiente che una madre che non allatta al seno non è una buona madre: anche in questo caso si tratta di capire cosa vuole davvero la madre (non il suo ambiente) per poi sostenerla e incoraggiarla nella sua decisione. Questa madre ha bisogno della conferma da parte dello specialista che un bambino può crescere sano anche con il latte per lattanti.
- La madre che ha deciso di non allattare o di interrompere l'allattamento al seno: questa madre potrebbe aver bisogno di informazioni su come svezzare dolcemente il suo bambino e nutrirlo adeguatamente.

Come affrontare le situazioni particolari?

- Malattia o ricovero in ospedale della madre: la madre ha bisogno di specialisti che durante il trattamento medico dimostrano comprensione per la particolare situazione della madre che allatta, per permetterle di cominciare e di continuare ad allattare. Se è necessario un trattamento farmacologico, deve essere scelto un medicamento compatibile con l'allattamento¹.
- Malattia o ricovero in ospedale del bambino allattato al seno: la madre ha bisogno di specialisti che riconoscono il valore dell'allattamento al seno in questa particolare situazione e che l'aiutano a continuare ad allattare per quanto possibile. Il bambino malato beneficia in particolar modo della continuazione dell'allattamento al seno e della vicinanza alla madre durante l'allattamento. Il latte materno e l'allattamento possono favorire la guarigione.
- Esaurimento della madre: una madre fisicamente o mentalmente esausta ha bi-

sogno di sostegno e di sollievo sotto molti aspetti. Spesso smettere di allattare è una delle prime misure di alleggerimento consigliate, a prescindere dal fatto che essa consideri l'allattamento al seno un peso o meno. Le madri interessate hanno bisogno di specialisti che cercano di considerare il suo desiderio riguardo a continuare o interrompere l'allattamento e che l'aiutano a trovare soluzioni individuali. Ad es. anche un «allattamento parziale al seno», con pause più lunghe durante la notte, può costituire un alleggerimento.

- Riprendere il lavoro: quando si riprende il lavoro, è importante che gli specialisti conoscano e informino sui diritti delle madri allattanti sul posto di lavoro. La madre ha bisogno di specialisti che sostengono la sua decisione e offrono un'assistenza adeguata².
- Allattamento al seno a lungo termine: ci sono buone ragioni per continuare l'allattamento al seno oltre il primo anno. Alcuni dei benefici per la salute del bambino e della madre derivanti dall'allattamento al seno dipendono dalla durata del periodo di allattamento. Anche dopo il primo anno, il latte materno non perde il suo valore e continua ad essere un'importante fonte di calorie, proteine, vitamine e minerali di alta qualità. Le madri vorrebbero specialisti che incoraggiano e rispettano la loro decisione di allattare più a lungo.

Le legittime richieste delle madri agli specialisti che si prendono cura di loro dovrebbero servire come spunto di riflessione. Gli specialisti dovrebbero non solo agire in modo tecnicamente corretto, ma anche mostrare comprensione per le singole situazioni e, se possibile, basare le loro raccomandazioni su di esse. Ciò favorisce la promozione del benessere e della salute di madre e figlio.

1) sappinfo.ch/it/

2) stillfoerderung.ch/logicio/pmw/stillen_arbeit_it.html

Modifast Protein Shake

Hauptbestandteile der leckeren **Modifast Protein Shakes** sind hochwertige Milchproteine und Milchpulver, angereichert mit Ballaststoffen. Bestens geeignet für eine kohlenhydratreduzierte und eiweissreiche Ernährung sowie zur Deckung eines zusätzlichen Eiweissbedarfs.

Die **Modifast Protein Shakes** sind für alle Personen, die auf eine gesunde und ausgewogene Ernährung achten sowie bei erhöhtem Proteinbedarf z.B. nach bariatrischem Eingriff, geeignet.

Reich an Protein mit
mind. 52% Eiweiss



Reich an Vitaminen
und Mineralstoffen



High
Protein

Wiederver-
schließbare
Dose mit
Dosierlöffel



Reduziert in Kohlenhydraten,
Fett und Kalorien im Vergleich
zu einem Standart-Milchshake



Zwei beliebte Geschmacksvariationen
Schokolade & Vanille

	Modifast Protein Shake	Modifast Weight Loss Programm Mahlzeit
vollwertige Mahlzeit	-	✓
kalorienreduziert	✓	✓
kohlenhydratreduziert	✓	-
eiweissreich	✓	✓
Vitamine	8	13
Mineralstoffe	4	10

KURSÜBERSICHT
VUE D'ENSEMBLE DES COURS
PANORAMICA DEI CORSI

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

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.

Datum Date Data	Ort Lieu Luogo	Veranstaltung Manifestation Manifestazione	SVDE-Punkte Points ASDD Punti ASDD
24.09.2020	Zürich	Gewaltfreie Kommunikation und Anwendung in Beratung und Therapie (KFB7)	8
24.09.2020	Lausanne	Journée Lausannoise: Formation continue et pratiques de base en nutrition clinique	4
26.09.2020	Bussigny-près-Lausanne	Fonction cerveau	7
30.09.2020–02.12.2020	London	Dietary Management and the Low FodMap Diet in IBS – advanced course (2020)	18
01.10.2020	Lugano	La parte degli angeli. Spiritualità e cura.	4
01.10.2020	Lausanne	Cours de nutrition «Pratiques avancées en nutrition clinique» Module II	4
02.10.2020–03.10.2020	Zurich	Psychosomatische Störungen (B9)	14
02.10.2020–03.10.2020	Zürich	«Ich wüsste schon was, aber nicht wie» – ein Einstieg in die professionelle Prozessbegleitung in der Ernährungsberatung und Ernährungstherapie	12
06.12.2020–08.12.2020	Genève	MBCT-L: la Thérapie cognitive basée sur la Pleine conscience pour la vie (Mindfulness) – 2020	18
08.10.2020	Lausanne	Symposium d'obésité pédiatrique	3
08.10.2020–10.10.2020	Leipzig	36. Jahrestagung der Deutschen Adipositas-Gesellschaft (Präsenz & Livestream)	18
10.10.2020	Bussigny-près-Lausanne	Communication cellulaire	7
13.10.2020	Bern	Berner Symposium & GESKES-Zertifikatskurs: Update Reizdarmsyndrom	4
15.10.2020	Zürich	Gestalttherapie und Psychopathologie (KFB8)	8
16.10.2020	Bern	Generalversammlung SVDE mit Rahmenprogramm	6
16.10.2020	Bern	Assemblée générale ASDD avec programme-cadre	6
22.10.2020	Zürich	Wenn die Seele durch den Körper spricht (EFB6)	8
22.10.2020–24.10.2020	Bern	Einführung in Motivational Interviewing (MI) in der Ernährungsberatung	18
22.10.2020–17.06.2021	Aarau	Ausbildung zum Adipositas-Therapeuten	18
23.10.2020–24.10.2020	München	Seminar: Säure-Basen-Haushalt aus ernährungsmedizinischer Sicht	12
23.10.2020–24.10.2020	Zürich	Provozieren – aber richtig! (KFB9)	18
23.10.2020–24.10.2020	Luzern	Neue Ideen für die Gesprächsführung	12
23.10.2020–24.10.2020	Überlingen	D-A-CH-Symposium Gesunder Darm – gesund leben	10
24.10.2020	online	Microbiota intestinale e asse intestino-cervello nei disturbi gastrointestinali funzionali: stipsi, dispesia e sindrome dell'intestinoSTIPSI, irritabile	3
26.10.2020	Bern	Darmgesundheit 2.0	6
26.10.2020–13.11.2020	Zürich	Umwelt und Gesundheit	18
27.10.2020	Gümligen	Zusatzstoffe und Allergene	3
27.10.2020	Hellbühl	5. Pädiatrisches Ernährungssymposium	6
28.10.2020	Mendrisio	Simposio Ticinese di Nutrizione Clinica: Disturbi del comportamento alimentare	4
28.10.2020	Mendrisio	Corso certificato SSNC/GESKES Disturbi del comportamento alimentare	4
28.10.2020–31.10.2020	Stels	Grundkurs Lösungsorientiertes Beraten	18
29.10.2020	Zürich	Sexualberatung und -therapie (KFB10)	8
29.10.2020	Gümligen	Aktuelle Kostform im Heim und Spital – Fingerfood und Mangelernährung	5
29.10.2020	Lausanne	Journée Lausannoise: Défis nutritionnels dans la gestion des pathologies digestives	4
29.10.–31.10.2020	Baar	Diabetes Update Refresher	18
29.10.2020–11.11.2020	Montagny-près-Yverdon	Sensibilisation à l'éducation thérapeutique	12
30.10.2020–31.10.2020	Bern	Grundkurs Zöliakie – Kompetent und sicher beraten!	12
02.11.2020	Zürich	Spital-ERB/Reha-Tag	6

KURSÜBERSICHT
VUE D'ENSEMBLE DES COURS
PANORAMICA DEI CORSI

Datum Date Data	Ort Lieu Luogo	Veranstaltung Manifestation Manifestazione	SVDE-Punkte Points ASDD Punti ASDD
05.11.2020	Zürich	Selbsthypnose zur Selbsthilfe in der ernährungs-psychologischen Beratung (EFB7)	8
05.11.2020	Bussigny-près-Lausanne	Stage en phytothérapie médicale les troubles anxiо-dépressifs: Jour 1 – Du stress à la dépression légère à modérée	7
06.11.2020–07.11.2020	Zürich	Verdauungserkrankungen/Nahrungsmittelunverträglichkeiten: physiologische und psychologische Aspekte (B10)	14
07.11.2020	Bussigny-près-Lausanne	Mettre en pratique les fondamentaux en micronutrition	4
12.11.2020	Bussigny-près-Lausanne	Stage en phytothérapie médicale les troubles anxiо-dépressifs: chez la femme et l'enfant	7
12.11.2020–10.12.2020	Lausanne	Sensibilisation à l'éducation thérapeutique	12
13.11.2020–15.11.2020	Burghausen	European Keto Live Conference 2020	18
16.11.2020	Neuchâtel	Workshop SSNS	3
17.11.2020	Zürich	«Pharmakologische Ansätze in der modernen Adipositas-Therapie»	7
19.11.2020	Bussigny-près-Lausanne	La vie 5 ans après le diagnostic de cancer	6
19.11.2020–21.11.2020	Bern	Mit Motivational Interviewing (MI) den Ambivalenzen begegnen	18
25.11.2020–27.11.2020	Zürich	Chronische Krankheiten und Multimorbidität	18
26.11.2020	Zürich	Frühe und unbewusste Bindungsverletzungen aufspüren (KFB11)	8
27.11.2020–28.11.2020	Luzern	Humor und Provokation in Therapie und Beratung	12
29.11.2020–04.12.2020	Niederwangen, Bern	Mindful Eating – Conscious Living/Achtsam essen – bewusst leben Fachfortbildung/Grundlagen 1	18
03.12.2020	Lausanne	Journée de formation pour la thérapie individuelle multidisciplinaire de l'obésité de l'enfant	6
03.12.2020	Bussigny-près-Lausanne	Micronutrition et douleur: Quand il n'y a rien ...	6
13.01.2021–15.01.2021	Bern	Sociocultural Transformations and Health	18
14.01.2021	Bern	Der dauer gestresste Mensch? Burnout-Konzept kritisch reflektiert	8
21.01.2021	Zürich	Orthorexie – Wenn «Richtig Essen» zur Krankheit wird	8
22.01.2021–23.01.2021	Zürich	Ernährungspsychologie meets Bariatrie (B11)	14
26.01.2021	Olten	4. Ernährungsfachkongress Mikronährstoffe «Sinnvolle Supplamente im Alter»	6
28.01.2021	Zürich	Gewaltfreie Kommunikation und Anwendung in Beratung und Therapie	8
05.02.2021	Bern	Ernährungstherapie bei sekundären Nahrungsmittelallergien	6
06.02.2021	Bussigny-près-Lausanne	Interface digestive	8
16.02.2021	Bern	Achtsame Körperwahrnehmung und Emotionsregulation	8
18.02.2021–20.02.2021	Bern	Einführung in Motivational Interviewing. Hintergründe und Grundwerkzeuge	18
25.02.2021	Zürich	Ernährungspsychologie meets Bariatrie	8
05.03.2021–06.03.2021	Luzern	Humor und Provokation in Therapie und Beratung	6
06.03.2021	Bern	Mindful Parenting	8
12.03.2021–13.03.2021	Luzern	Lösungsorientierte Gesprächsführung	6
13.03.2021	Bussigny-près-Lausanne	Protection cellulaire	8
25.03.2021	Zürich	Die Depression hat 1000 Gesichter	8
27.03.2021	Bussigny-près-Lausanne	Mettre en pratique les fondamentaux en micronutrition	4
27.03.2021	Bussigny-près-Lausanne	Mettre en pratique les fondamentaux en micronutrition	4
15.04.2021	Zürich	Systemische Aufstellungen im Einzelsetting	8
15.04.2021	Zürich	Gestalttherapeutisches Vorgehen bei Widerständen in der EPB	8
22.04.2021–24.04.2021	Bern	Mit Motivational Interviewing den Ambivalenzen der Klientinnen und Klienten begegnen	18
23.04.2021	Luzern	Supervisionstag Lösungsorientierte Gesprächsführung	6
30.04.2021–01.05.2021	Bern	Resilienz und andere Ressourcen aktivieren	18
01.05.2021	Luzern	Übungstag Humor und Provokation	6
20.05.2021	Zürich	Gestalttherapeutischer Zugang in der Behandlung depressiven Erlebens	8
27.05.2021	Zürich	Die Anwendung der Positiven Psychologie in der EPB	8



Abbott



Aromen

Vanille
Waldfrucht
Kaffee

Arômes

Vanille
Fruits des bois
Café

VITAL® PEPTIDO – TOLERANCE IS VITAL

Eine Spezialnahrung für Patienten mit gastrointestinaler Intoleranz.

Vital® Peptido ist eine energiereiche Nahrung auf Peptid-Basis, mit einem hohen Anteil des Fettgehalts an MCT* (70%) zur Unterstützung der Verdauung. Zudem mögen die Patienten Vital® Peptido: 8 von 10 Personen bevorzugen das neue Vital® Peptido gegenüber anderen Anbietern mit ähnlichen Produkten.¹

Vital® Peptido ist laktosefrei und deshalb besonders geeignet bei Laktoseintoleranz.

Une alimentation spécifique pour les patients souffrant d'intolérance gastro-intestinale.

Vital® Peptido est une alimentation hypercalorique à base de peptides, avec une teneur en matières grasses essentiellement composée de TCM[#] (70%), pour le soutien de la digestion. En outre, Vital® Peptido est très apprécié par les patients: 8 personnes sur 10 préfèrent le nouveau Vital® Peptido par rapport aux produits similaires d'autres fournisseurs.¹

Vital® Peptido est sans lactose. Cela rend Vital® Peptido particulièrement adapté en cas d'intolérance au lactose.

1. Data on File, Abbott Nutrition. Market Research 2011 (Taste Test Study).

* medium chain triglycerides (= mittelkettige Triglyceride) [#] triglycérides à chaînes moyennes



NEU
Haselnuss
Noisette



resource® ULTRA BECAUSE WE CARE.

Die hochkonzentrierte Trinknahrung
für maximale Akzeptanz und ein optimales
Ernährungsmanagement.

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