



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

SVDE ASDD

Info

2/2022

März | Mars | Marzo



Zöliakie im Beratungsalltag
La maladie cœliaque dans les activités de conseil
La celiachia nella consulenza nutrizionale

BEI MANGELERNÄHRUNG
UND MUSKELABBAU

POUR LA MALNUTRITION ET LA
FONTE MUSCULAIRE

NACHWEISLICH MEHR KRAFT ...

CLINIQUEMENT
PROUVÉ : PLUS
DE PUISSANCE ...

... MEHR MOBILITÄT
... MEHR LEBEN #0‡4,6-9

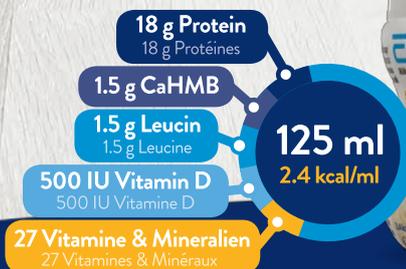
... PLUS DE MOBILITÉ
... PLUS DE VIE #†4,6-9

NEU – ENSURE® COMPACT PROTEIN HMB

*Das einzige Compact-ONS (125 ml) mit einer muskel-fokussierten Formulierung aus **Hoch-Protein, HMB, Leucin** und **Vitamin D**.

NOUVEAU – ENSURE® COMPACT PROTEIN HMB

*Le seul SNO compact (125 ml) avec une formule focalisée sur le muscle, **riche en protéines**, avec **HMB, leucine** et **vitamine D**.



DAS STÄRKSTE*
COMPACT
DER SCHWEIZ
LE COMPACT
LE PLUS MUSCLÉ*
DE SUISSE



VERHELFFEN SIE IHREN PATIENTEN ZU MEHR KRAFT ZUM LEBEN
AIDEZ VOS PATIENTS À RETROUVER DES FORCES VITALES

Rückvergütung: alle Ensure®-Trinknahrungen werden gemäss GESKES-Richtlinien durch die Grundversicherung rückvergütet.

Remboursement: tous les SNO Ensure® sont remboursés par l'assurance de base conformément aux directives de GESKES.

HMB: β-Hydroxy-β-Methylbutyrat; ONS: Oral Nutritional Supplement (Trinknahrung); HMB: β-hydroxy-β-méthylbutyrate, SNO: Supplément Nutritif Oral

*Die Studienformulierung (Ensure Plus Advance mit 20 g Protein, 1,5 g Calcium-HMB und 330 Kalorien pro 220-ml-Portion) unterscheidet sich von Ensure Compact Protein HMB (18 g Protein, 1,5 g Calcium-HMB und 300 Kalorien pro 125-ml-Portion). / La formulation de l'étude (Ensure Plus Advance fournissant 20 g de protéines, 1,5 g de calcium HMB et 330 calories par portion de 200 ml) diffère d'Ensure Compact Protein HMB (18 g de protéines, 1,5 g de calcium HMB et 300 calories par portion de 125 ml).

†In einer klinischen Studie mit älteren Frauen mit Ernährungsrisiko und Hüftfraktur waren in der Gruppe, die zweimal täglich Ensure mit hohem Proteinanteil und HMB erhielt, signifikant mehr Patientinnen sowohl am Tag 15 als auch am Tag 30 mobil und ambulant im Vergleich zu Patientinnen, die eine Standardnahrung erhielten (p<0,001). / Dans une étude clinique menée auprès de femmes âgées à risque nutritionnel ayant subi une fracture de la hanche, un nombre significativement plus élevé de patientes étaient mobiles et ambulatoires au 15e jour et au 30e jour dans le groupe recevant Ensure à haute teneur en protéines et HMB deux fois par jour, comparativement aux patientes recevant une alimentation standard (p=0,001).

‡In einer einarmigen Open-Label-Studie mit älteren mangelernährten Patienten verbesserte sich die Lebensqualität signifikant gegenüber dem Ausgangswert nach der Einnahme von Ensure mit Hoch-Protein und HMB-Gehalt zweimal täglich über 12 Wochen (p<0,05). / Dans une étude ouverte à un seul bras menée auprès de patients âgés souffrant de malnutrition la qualité de vie s'est améliorée de manière significative par rapport aux valeurs de départ après la prise d'Ensure à haute teneur en protéines et de HMB deux fois par jour pendant 12 semaines (p<0,05).

*Wurde in einer randomisierten Kontrollstudie zur Untersuchung der Auswirkungen eines spezialisierten ONS auf mangelernährte, kardio pulmonale Patienten (> 65 Jahre) vs. Placebo gezeigt. Das spezialisierte ONS verringerte die Sterblichkeit 90 Tage nach der Entlassung aus dem Krankenhaus; die Studie beobachtete jedoch keinen signifikanten Effekt für den primären zusammengesetzten Endpunkt der nicht-elektiven Wiederaufnahme oder des Todes. / Selon les résultats d'un essai contrôlé randomisé visant à étudier les effets d'un SNO spécialisé sur des patients malnutris et cardiopulmonaires (> 65 ans) par rapport à un placebo. Le SNO spécialisé a diminué la mortalité à 90 jours après la sortie de l'hôpital; cependant, l'étude n'a pas observé d'effet significatif pour le critère composite primaire de réadmission non élective ou de décès.

†Die Muskelqualität wurde als Beinkraft, ausgedrückt im Verhältnis zur Muskelmasse, berechnet. / La qualité musculaire a été calculée comme la force des jambes exprimée par rapport à la masse musculaire.

1. Cawood et al. (2012) 2. De Luis et al. (2015) 3. Malafarina et al. (2017) 4. Ekinci et al. (2016) 5. De Luis et al. (2018) 6. Deutz et al. (2016) 7. Deutz et al. (2021) 8. Cramer et al. (2016) 9. Berton et al. (2015)

Abbott AG | Hotline 0800 88 80 81 oder Tel. 041 768 43 33 | www.nutrition.abbott/ch

 **Abbott**
life. to the fullest.®

CH-ENSC-2100008



sge Schweizerische Gesellschaft für Ernährung
ssn Société Suisse de Nutrition
ssn Società Svizzera di Nutrizione

SGE-Mitgliederversammlung 2022

Der Vorstand der Schweizerischen Gesellschaft für Ernährung SGE lädt sämtliche Mitglieder der SGE zur Mitgliederversammlung am 8. Juni 2022 um 15 Uhr ein. Nach Möglichkeit wird der Anlass in Bern durchgeführt.

Im Anschluss an die Mitgliederversammlung (um ca. 16 Uhr) wird ein Round-Table-Gespräch zum Thema Nutri-Score durchgeführt. Hierbei werden Vertreterinnen und Vertreter des Bundesamts für Lebensmittelsicherheit und Veterinärwesen, von Konsumentenorganisationen sowie aus der Industrie anwesend sein.

Weitere Informationen und Anmeldung unter: www.sge-ssn.ch/mv

Assemblée générale de la SSN 2022

Le comité de la Société Suisse de Nutrition SSN a le plaisir d'inviter tous ses membres à l'assemblée générale. Cette dernière aura lieu le 8 juin 2022 à 15 heures. Si cela est possible, cet événement se tiendra à Berne.

A l'issue de l'assemblée générale (vers 16 h), la SSN organisera une table ronde sur le thème du Nutri-Score. Elle accueillera à cette occasion des représentants de l'Office fédéral de la sécurité alimentaire et des affaires vétérinaires, d'organisations de consommateurs ainsi que de l'industrie.

Plus d'informations et inscription sous: www.sge-ssn.ch/ag

**Schon reserviert?
Déjà réservé?
Già riservato?**



Der nächste internationale Tag der Ernährungsberater/innen findet am **8. März 2023** statt.

La prochaine journée internationale des diététicien-ne-s aura lieu le **8 mars 2023**.

La prossima giornata internazionale delle-dei Dietiste-i avrà luogo il **8 marzo 2023**.

DEUTSCHSCHWEIZ

Editorial	2
Fachteil	4
Wort des Präsidenten	24
NutriDays	25
Aktuelles	28
Fortbildung	38
Kursübersicht	39

SUISSE ROMANDE

Editorial	2
Rubrique professionnelle	6
Le mot du président	24
NutriDays	25
Actualité	29
Formation continue	38
Vue d'ensemble des cours	39

SVIZZERA ITALIANA

Editoriale	2
Rubrica professionale	7
Parola del presidente	24
NutriDays	25
Attualità	30
Formazione continua	38
Panoramica dei corsi	39

Impressum

Offizielles Organ des SVDE / Organo ufficiale dell'ASDD / Organo ufficiale dell'ASDD

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

Redaktion / Rédaction / Redazione

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

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

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

Abonnement / Abonnement / Abbonamento

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

Auflage / Tirage / Tiratura: 1700

Themen / Sujets / Temi

- 1/2022 Nachhaltige Ernährung
Alimentation durable
Alimentazione sostenibile
- 2/2022 Zöliakie im Beratungsalitag
La maladie coeliaque dans les activités de conseil
La celiachia nella consulenza nutrizionale
- 3/2022 NutriScore
- 4/2022 Essstörung
Troubles alimentaires
Disturbi alimentari
- 5/2022 Nephrologie
Néphrologie
Nefrologia
- 6/2022 Aktuelles aus der IG SpitERB
Actualités du groupe d'intérêt SpitERB
Novità dal gruppo di interesse SpitERB

Druck / Impression / Stampa

Multicolor Print AG, Baar

Redaktions- und Inserateschluss / Délais des insertions et de rédaction / Termine d'inserzione et di redazione:
3/2022: 04.04.2022

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

Geschäftsstelle / Secrétariat / Secretariato

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

Präsident / Président / Presidente

Adrian Rufener
adrian.rufener@svde-asdd.ch

Vizepräsidentin / Vice-présidente / Vice presidentessa

Barbara Richli
barbara.richli@svde-asdd.ch

Vorstand / Comité / Comitato direttivo

Berufspolitik / Politique professionnelle / Política professionale:
Adrian Rufener
adrian.rufener@svde-asdd.ch

Kommunikation / Communication / Comunicazione & Sponsoring:

Barbara Richli
barbara.richli@svde-asdd.ch

Arbeitsstandards: Interprofessionalität / Standards de travail: Interprofessionalité / Standard lavorativi: Interprofessionalità:

Lisa Caravatti
lisa.caravatti@svde-asdd.ch

Professionsmarketing / Marketing professionnelle / Marketing professionale

Dominique Rémy
dominique.remy@svde-asdd.ch

Bildungsstandards / Standards de formation / Standard formativi

Larissa Bürki
larissa.buerki@svde-asdd.ch

Arbeitsstandards: Qualität / Standards de travail: Qualité / Standard lavorativi: Qualità:

Manuela Deiss
manuela.deiss@svde-asdd.ch

Titelbild / Photo de couverture / Illustrazione di copertina

shutterstock

ISSN 2504-1681

Schlüsseltitel: Info
(Schweizerischer Verband der Ernährungsberater/Innen)



Andrea Walser, BSc

Ernährungsberaterin SVDE
Diététicienne ASDD
Dietista ASDD

Lieber Leser und Leserinnen

Laut einer Metaanalyse aus dem Jahr 2020 ist die Inzidenz im 21. Jahrhundert für Zöliakie betroffene Frauen bei 17,4 und für die Männer bei 7,8 pro 100 000 Personen. Nach wie vor haben viele Patienten und Patientinnen einen langen Leidensweg bis zur Diagnose. Die Dunkelziffer ist nach wie vor hoch. Wenn die Diagnose feststeht, bedeutet dies für die Patienten und Patientinnen eine lebenslange strikte glutenfreie Ernährung.

In einer solchen Beratung treten oftmals typische Fragen und Aussagen wie «Muss ich nun für mich separat kochen und eine zweite Küchenausstattung kaufen, damit es keine Verunreinigungen von Gluten gibt?» oder «Ich kaufe nun nur noch Produkte, welche mit ‚glutenfrei‘ angeschrieben sind» auf.

In der Beratung geht es nicht nur darum, die Patienten und Patientinnen zu befähigen, sich glutenfrei zu ernähren, sondern sie bei der Essverhaltensumstellung zu begleiten.

Wie ist der aktuelle Forschungsstand bezüglich Kontaminationen? Wie kann die Einhaltung einer glutenfreien Ernährung in der Beratung überprüft werden? Wie erkenne ich, dass sich eine Person zu stark einschränkt? Versteckt sich gar eine Essstörung?

All diese Fragen versuchen wir von der SVDE-Fachgruppe Zöliakie in diesem Heft zu beantworten. Wir stellen dazu Hilfsmittel vor, welche in der Beratung zu diesen Themen angewendet werden können.

Chères lectrices, chers lecteurs

Selon une méta-analyse réalisée en 2020, l'incidence de la maladie cœliaque au XXI^e siècle est de 17,4 personnes sur 100 000 chez les femmes et de 7,8 personnes sur 100 000 chez les hommes. Encore de nos jours, beaucoup de patient-e-s traversent un long parcours de souffrance avant de se faire diagnostiquer. Et le nombre de personnes qui présentent cette pathologie sans le savoir reste élevé. Une fois le diagnostic posé, les patient-e-s doivent suivre un régime alimentaire strict sans gluten durant toute leur vie.

Lors d'une telle consultation, des questions ou déclarations telles que celles-ci sont à la fois fréquentes et typiques: «Faut-il que je cuisine séparément et que j'achète une deuxième batterie de cuisine pour éviter des contaminations par des aliments contenant du gluten?» ou «Désormais, je ne vais plus acheter que des produits sur lesquels figure la mention «sans gluten»».

Le but de la consultation n'est pas seulement de rendre les patient-e-s capables de s'alimenter sans gluten, mais de les accompagner dans leur changement de comportement alimentaire.

Où en est actuellement la recherche sur la question des contaminations alimentaires? Comment est-il possible de vérifier dans le cadre du conseil diététique si un régime sans gluten est respecté? Comment se rendre compte qu'une personne se fixe trop de restrictions? Y a-t-il peut-être même un trouble alimentaire sous-jacent?

Dans ce numéro, le groupe spécialisée ASDD Maladie cœliaque essaie d'apporter des réponses à toutes ces questions. Nous proposons des outils pouvant être utilisés dans le cadre de la consultation sur ces sujets.

Cara lettrice, caro lettore

Secondo una metanalisi condotta nel 2020, l'incidenza della celiachia è del 17,4 per le donne e del 7,8 per gli uomini su 100 000 persone. Tuttora molti pazienti restano per anni in attesa di una diagnosi e il numero di casi non segnalati è sempre elevato. Dal momento in cui la malattia viene diagnosticata, i pazienti devono seguire un rigoroso regime alimentare senza glutine per il resto della loro vita.

Durante le consulenze con le persone da poco diagnosticate celiache sorgono spesso domande quali: «Ora devo cucinare separatamente e comprare un secondo set di utensili da cucina per evitare contaminazioni da glutine?», oppure ancora «Devo comprare solo prodotti con la dicitura «senza glutine»?».

La consulenza non consiste unicamente nel facilitare alle/ai pazienti il passaggio a una dieta senza glutine, ma anche nell'aiutarli in questa fase di cambiamento delle loro abitudini alimentari.

A che punto è la ricerca sulla contaminazione? Come può essere verificata la validità di un regime alimentare senza glutine durante la consulenza? Da che cosa si riconosce una/un paziente che si sta limitando eccessivamente? Vi è il rischio per i pazienti di sviluppare disturbi alimentari?

In questo opuscolo del gruppo di specialisti di celiachia ASDD cercheremo di rispondere a tutte queste domande, presentando alcuni ausili cui ricorrere nelle consulenze che affrontano tali argomenti.

OMEGA-life®

Liquid Forte 3000

Unterstützt Herz und Gehirn



NEU

Hochkonzentriert
in flüssiger
Form

Nur 1/2 Teelöffel
täglich

- extrastark und hochkonzentriert
- wohlschmeckend, mit natürlichem Zitronenaroma
- optimale Versorgung mit Omega-3 (EPA und DHA)
- nachhaltig produziert (FOS-Zertifizierung)
- erhältlich in Apotheken, Drogerien und Online

omega-life.ch

Diagnosestellung bei Zöliakie

Eine klare Diagnose vereinfacht das Leben mit Zöliakie und hilft, die Erkrankung zu akzeptieren. Die unterschiedlichen Ausprägungen der Symptomatik erschweren die Diagnose und setzen spezifisches Fachwissen des medizinischen Behandlungsteams voraus. Wichtig ist, dass sich die Betroffenen vor den Tests und den Untersuchungen normal, das heisst glutenhaltig, ernähren.



Brigitte Christen-Hess, BSc
Ernährungsberaterin SVDE
Eigene Praxis in Luzern
christen-hess@diets-hin.ch



Simone Bürgler, BSc
Ernährungsberaterin SVDE

Eine wichtige Voraussetzung für die Diagnosestellung einer Zöliakie ist eine regelmässige und ausreichende Zufuhr an Gluten. Wurde vor der Diagnosestellung bereits eine glutenfreie oder -arme Kost begonnen, kann eine sichere Diagnose erst nach Glutenbelastung begonnen werden. Dies bedeutet in der Praxis, dass über vorzugsweise 3 Monate mind. 10 g Gluten täglich konsumiert werden sollen. 10 g Gluten sind zum Beispiel enthalten in ca. 110 g ungekochten Teigwaren oder Weissbrot.

Bei Verdacht auf Zöliakie genügt vorerst die Bestimmung der Gewebstransglutaminase IgA (Anti-Tissue-Transglutaminase, tTG-IgA) sowie das Gesamt-IgA. Bei Kindern und Jugendlichen unter 18 Jahren mit einer tTG-IgA-Konzentration von mehr als dem 10-fachen des Grenzwertes kann nach ESPGHAN eine Zöliakie-Diagnose ohne Biopsie gestellt werden. Zusätzlich soll Endomysium-IgA (EMA) be-

stimmt werden und positiv sein. In allen anderen Fällen soll zur Diagnosesicherung eine Enteroskopie mit Duodenalbiopsie durchgeführt werden.

Die Diagnose einer Zöliakie ist gesichert, wenn entweder die Zöliakie-spezifischen Antikörper positiv sind und die Histopathologie der Duodenalbiopsien Mars-h-2 oder Mars-h-3-Läsionen bestätigt oder wenn alle Kriterien für die Zöliakie-Diagnose ohne Biopsie (wie oben erwähnt) erfüllt sind.

Die Gewebstransglutaminase (tTG-IgA) und EMA zeigen die höchste Spezifität für die serologische Zöliakie-Diagnostik. Deaminierte Gliadinpeptide der Klasse IgA und IgG haben eine sehr geringe Sensitivität und Spezifität und sind für das initiale Screening wegen häufiger falsch-positiver Ergebnisse nicht zielführend.

Die Bestimmung von HLA-Risikogenotypen ist zur Sicherung einer Zöliakie-Diagnose nicht notwendig, denn ein positives Resultat bedeutet noch lange keine Zöliakie. In besonderen Situationen kann ihre Bestimmung wegen ihres hohen negativen Vorhersagewertes zum Ausschluss einer Zöliakie eingesetzt werden, zum Beispiel bei Geschwisterkindern und Kindern von Zöliakie-Betroffenen sowie Kindern mit einem erhöhten genetischen Risiko (z. B. Down Syndrom). Auch bei Patienten/-innen mit Zöliakie-verdächtigen Schleimhautläsionen, die unter glutenhaltiger Ernährung keine erhöhten Zöliakie-Antikörper

aufweisen oder bei Patient/innen, die sich ohne sichere Zöliakie-Diagnose aufgrund von Beschwerden glutenfrei ernähren.

Bei der Erstdiagnose einer Zöliakie soll zu den Zöliakie-Antikörpern auch ein Blutbild inklusive Transaminasen, alkalische Phosphatase, TSH, Eisenstatus, Folsäure, Vitamin B12, Vitamin D und ggf. Calcium und Parathormon bestimmt werden. Eine Osteodensitometrie (DEXA) kann allenfalls in Betracht gezogen werden.

Aktuelle Leitlinien zum Reizdarmsyndrom und zur funktionellen Diarrhoe empfehlen eine serologische Zöliakie-Diagnostik. Zöliakie-Betroffene weisen vor der Diagnosestellung ein signifikant höheres Risiko auf, die Diagnose «Reizdarmsyndrom» zu erhalten. Daher ist ein Screening unter Kosten-Nutzen-Aspekten sinnvoll. Eine saubere und professionelle Zöliakie-Diagnostik kann auch eine weizenassoziierte Unverträglichkeit und eine Nichtzöliakie-Gluten-Sensitivität (NCGS) ausschliessen. Mehr dazu von der SVDE-Fachgruppe «Allergien und Intoleranzen» auf www.nutri-point.net unter der Rubrik Intoleranzen.

Übrigens:

Auch bei einer gesicherten Diagnostik gilt die Autoimmunkrankheit Zöliakie seit dem 1.1.2022 nicht mehr als Geburtsgebrechen und die bisherige Entschädigung durch die Invalidenversicherung entfällt.

Literaturverzeichnis

- 1) Felber J, Schumann M et al.: Aktualisierte Säk-Leitlinie Zöliakie der Deutschen Gesellschaft für Gastroenterologie, Verdauungs- und Stoffwechselkrankheiten (DGVS). 2021. AWMF-Registernummer: 021-021.
- 2) Interessengemeinschaft Zöliakie der Deutschen Schweiz. www.zoeliakie.ch/de/zoeliakie/was-ist-zoeliakie.html. Abgerufen am 25.01.2022.

Einfach sicher kommunizieren mit HIN

Dass Patientendaten aktiv geschützt werden müssen, ist für Sie als ErnährungsberaterIn selbstverständlich. Mit HIN versenden Sie sensible Daten verschlüsselt und arbeiten sicher digital mit Gesundheitsfachpersonen zusammen.

Als ErnährungsberaterIn stehen für Sie Ihre Patientinnen und Patienten an erster Stelle. Administrative Aufgaben sollen hingegen möglichst wenig Zeit in Anspruch nehmen. Dennoch müssen sensible Patientendaten von Gesetzes wegen aktiv geschützt werden, auch im digitalen Raum.

Dies muss im Arbeitsalltag keinesfalls mit Mehraufwand verbunden sein: HIN bietet einfache Lösungen für die sichere Kommunikation und Zusammenarbeit im Gesundheitswesen. Damit Datenschutz für Sie so einfach wie möglich wird und Sie sich ganz auf Ihr Kerngeschäft konzentrieren können.



«Ein sorgsamer Umgang mit den sensiblen Daten meiner PatientInnen ist für mich essentiell. Die Wahl einer Datenschutzlösung setzt Vertrauen in die entsprechende Firma voraus. Entscheidend waren für mich die Seriosität von HIN und die Empfehlung des SVDE.»

I. Hürlimann-Grütter,
Inhaberin der ernährungspsychologischen
Praxis «unbeschwert» in Thun



Sichere Kommunikation

Mit einem HIN Anschluss versenden Sie Informationen per E-Mail automatisch verschlüsselt, zum Beispiel Patientenbefunde oder Laborberichte an Ärzte, Spitäler oder Versicherungen. Die gesetzlichen Vorgaben werden jederzeit eingehalten.



Sicherer Zugriff

HIN ist Ihr Schlüssel zu zahlreichen Online-Dienstleistungen wie Zuweiserportalen, EPD-Portalen oder medizinischen und administrativen Dienstleistungen.



Sichere Zusammenarbeit

Durch Ihren HIN Anschluss werden Sie Teil der HIN Community, der neben Gesundheitsfachpersonen wie Arztpraxen, Therapeuten oder Psychologen auch Behörden und Versicherungen angehören. Im Mitgliederbereich arbeiten Sie einfach zusammen.

HIN ist im Schweizer Gesundheits- und Sozialwesen seit 1996 der Standard für datenschutzkonforme Kommunikation. Zusammen mit dem Schweizerischen Verband der Ernährungsberater/innen SVDE hat HIN das HIN Diets Abo entwickelt – exklusiv für Sie als Mitglied.

Jetzt anschliessen!

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

Pose du diagnostic de maladie cœliaque

Un diagnostic clair simplifie la vie avec la maladie cœliaque et aide à l'accepter. Les différentes manifestations des symptômes compliquent le diagnostic et exigent des connaissances spécifiques de l'équipe médicale qui assure la prise en charge médicale. Il est essentiel que les personnes concernées s'alimentent normalement avant les tests et les examens, c'est-à-dire avec du gluten.



Brigitte Christen-Hess, BSc
Diététicienne ASDD
Propre cabinet à Lucerne
christen-hess@diets-hin.ch



Simone Bürgler, BSc
Diététicienne ASDD

Une condition préalable importante pour la pose du diagnostic de la maladie cœliaque est un apport régulier et suffisant de gluten. Si la pose du diagnostic est précédée par une alimentation sans gluten ou pauvre en gluten, un diagnostic sûr ne peut être établi qu'après une charge de gluten. En pratique, cela signifie qu'il faut consommer au moins 10 g de gluten par jour de préférence sur 3 mois. On trouve 10 g de gluten dans environ 110 g de pâtes crues ou de pain blanc, par exemple.

En cas de suspicion de maladie cœliaque, il suffit dans un premier temps de doser les anticorps de type IgA anti-transglutaminase tissulaire (IgA anti-tTG) ainsi que les IgA totales. Chez les enfants et les adolescent-e-s de moins de 18 ans présentant une concentration des IgA anti-tTG supérieure à 10 fois la valeur limite, il est possible, d'après ESPGHAN, de poser le diagnostic d'une maladie cœliaque sans biopsie. En outre, un dosage des anticorps de type IgA anti-endomysium (AEM) posi-

tif est nécessaire. Pour tous les autres cas, le diagnostic doit être confirmé avec une biopsie duodénale par entéroscopie.

Le diagnostic d'une maladie cœliaque est posé si les anticorps spécifiques de la maladie cœliaque sont positifs et si l'histopathologie des biopsies duodénales confirme des lésions Marsh 2 ou Marsh 3, ou si tous les critères pour le diagnostic de la maladie cœliaque sans biopsie sont remplis.

Les anticorps IgA anti-tTG et AEM présentent la spécificité la plus élevée pour le diagnostic sérologique de la maladie cœliaque. La sensibilité et la spécificité des anticorps de type IgA et IgG anti-peptides désaminés de la gliadine sont très faibles. En outre, ils ne sont pas efficaces pour le dépistage initial en raison de fréquents faux positifs.

La détermination de génotypes HLA à risque n'est pas nécessaire pour diagnostiquer une maladie cœliaque, car un résultat positif ne signale pas forcément la présence d'une maladie cœliaque. En raison de sa valeur prédictive négative élevée, ce génotypage peut être utilisé dans des situations particulières pour exclure une maladie cœliaque, comme chez des frères et sœurs, chez les enfants de personnes atteintes de maladie cœliaque ainsi que chez des enfants présentant un risque génétique élevé (p. ex. syndrome de Down). C'est également le cas chez les patient-e-s avec des lésions de la muqueuse suspectées d'être causées par la maladie cœliaque et qui s'alimentent avec gluten

mais ne présentent pas d'élévation des anticorps de la maladie cœliaque ou alors chez des patient-e-s sans un diagnostic posé de maladie cœliaque, mais qui en raison de troubles ont adopté une alimentation sans gluten.

Lors d'un premier diagnostic de maladie cœliaque, le dosage des anticorps de la maladie cœliaque doit être complété par une formule sanguine y compris transaminases, phosphatase alcaline, TSH, fer, acide folique, vitamine B12, vitamine D et, le cas échéant, calcium et parathormone. Une ostéodensitométrie (DEXA) peut aussi être envisagée si nécessaire.

Les directives actuelles sur le syndrome de l'intestin irritable et sur la diarrhée fonctionnelle recommandent un diagnostic sérologique de la maladie cœliaque. Avant la pose du diagnostic, les personnes atteintes de maladie cœliaque présentent un risque accru d'être diagnostiquées avec le syndrome de l'intestin irritable. C'est pourquoi un dépistage est judicieux du point de vue du rapport coûts/bénéfices. Un diagnostic formel et professionnel de la maladie cœliaque peut également écarter une intolérance au blé et une sensibilité non coeliaque au gluten (SGNC). De plus amples informations du groupe spécialisé Allergies et intolérances se trouvent sur www.nutri-point.net sous la rubrique Intolérances.

A noter:

Même dans le cas d'un diagnostic vérifié, la maladie cœliaque, une maladie auto-immune, n'est plus considérée comme une infirmité congénitale depuis le 1^{er} janvier 2022 et l'indemnité versée jusqu'ici par l'assurance-invalidité est supprimée.

Bibliographie voir page 4

Diagnosticare la celiachia

Per chi soffre di celiachia, una diagnosi chiara semplifica la vita e aiuta ad accettare la malattia. Le differenti espressioni della sintomatologia rendono difficile la diagnosi e richiedono conoscenze specifiche da parte del team medico curante. È importante che prima dei test e degli esami le persone si alimentino normalmente, vale a dire con alimenti contenenti glutine.



Brigitte Christen-Hess, BSc
Dietista ASDD
Studio proprio a Lucerna
christen-hess@diets-hin.ch



Simone Bürgler, BSc
Dietista ASDD

Un presupposto fondamentale per poter porre la diagnosi di celiachia è un apporto regolare e sufficiente di glutine. Se prima della formulazione della diagnosi la persona ha già iniziato ad alimentarsi senza o con poco glutine, è possibile iniziare una diagnostica sicura solo dopo uno stress glutinico. Ciò significa che la persona deve consumare almeno 10 g di glutine al giorno (contenuti ad esempio in circa 110 g di pasta cruda o di pane bianco) preferibilmente per 3 mesi.

In caso di sospetto di celiachia, per iniziare basta determinare le IgA anti-transglutaminasi tissutale (Anti-Tissue-Transglutaminase, tTG-IgA) e le IgA totali. Secondo la ESPGHAN, nei bambini e negli adolescenti di meno di 18 anni che presentano una concentrazione di tTG-IgA di oltre 10 volte superiore al valore limite la diagnosi di celiachia può essere posta senza effettuare biopsia. È però necessario testare anche le

IgA anti-endomisio (EMA), che devono risultare positive. In tutti gli altri casi, per confermare la diagnosi si deve effettuare un'enteroscopia con biopsia duodenale.

La diagnosi di celiachia è confermata se gli anticorpi specifici della celiachia sono positivi e l'istopatologia delle biopsie duodenali conferma lesioni di tipo 2 o 3 secondo Marsh, oppure se tutti i criteri per una diagnosi di celiachia senza biopsia (come indicato sopra) sono soddisfatti.

Le IgA anti-transglutaminasi tissutale (tTG-IgA) e le EMA hanno la specificità più alta per la diagnostica sierologica della celiachia. I peptidi gliadinici deamidati della classe IgA e IgG hanno una sensibilità e specificità molto bassa e non sono utili per lo screening iniziale a causa di risultati spesso falsi positivi.

La determinazione di genotipi HLA a rischio non è necessaria per confermare la diagnosi di celiachia, dato che un risultato positivo non significa ancora che il paziente soffre davvero di celiachia. Dato il suo alto valore predittivo negativo, tale determinazione può essere utilizzata per escludere una diagnosi di celiachia in situazioni particolari, ad esempio in fratelli e sorelle di bambini con celiachia e nei figli di persone celiache, in bambini con un alto rischio genetico (ad es. sindrome di Down), in pazienti con lesioni delle mucose sospette di celiachia che con una dieta contenente glutine non presentano anticorpi

specifici elevati, oppure in pazienti che pur non avendo ricevuto una diagnosi chiara di celiachia si alimentano con un regime senza glutine a causa di disturbi.

Al momento della prima diagnosi di celiachia, oltre agli anticorpi specifici vanno determinati anche emocromo, transaminasi, fosfatasi alcalina, TSH, stato del ferro, acido folico, vitamina B12, vitamina D ed eventualmente calcio e paratormone. Eventualmente si può considerare l'esecuzione di una densitometria ossea (DEXA).

Le attuali linee guida per la sindrome dell'intestino irritabile e per la diarrea funzionale raccomandano una diagnostica sierologica per la celiachia. Le persone celiache, prima di essere diagnosticate come tali, hanno un rischio significativamente elevato di ricevere erroneamente la diagnosi «sindrome dell'intestino irritabile». Per questo motivo, dal punto di vista dei costi-benefici uno screening è utile. Una diagnostica della celiachia netta e professionale può escludere anche un'intolleranza al frumento e una sensibilità al glutine senza celiachia (NCGS). Ulteriori informazioni sul tema, redatte dal gruppo specializzato Allergie e intolleranze, sono consultabili in www.nutri-point.net alla rubrica intolleranze.

Attenzione:

Anche in caso di diagnosi confermata, dal 1° gennaio 2022 la malattia autoimmune celiachia non è più considerata un'infermità congenita e decade dunque l'indennità erogata finora dall'assicurazione invalidità.

Bibliografia sulla pagina 4

Zöliakie und Adhärenz

Die Diagnose Zöliakie wirkt sich einschneidend auf die Lebensqualität und die psychische Gesundheit der Betroffenen aus. Die Herausforderungen, mit denen Betroffene im Alltag konfrontiert werden, sind vielfältig. Die Einhaltung einer strikt glutenfreien Diät fordert eine lebenslange Umstellung der bisherigen Lebensweise, was zu Frust, Stress und Angst führen kann.



Brigitte Christen-Hess, BSc
Ernährungsberaterin SVDE
Eigene Praxis in Luzern
christen-hess@diets-hin.ch



Simone Bürgler, BSc
Ernährungsberaterin SVDE

Lebenslange Diät im Spannungsfeld zwischen Wollen, Können und Wissen

Obwohl das Nichteinhalten der strikten glutenfreien Diät langfristig negative gesundheitliche Folgen mit sich bringt, sinkt bei vielen Betroffenen nach einer gewissen Zeit die Adhärenz. Unter Adhärenz versteht man das Einhalten von gemeinsam vom medizinischen Fachpersonal und Patienten/-innen gesetzten Therapiezielen. Dabei gibt es mehrere Einflüsse, die die Adhärenz beeinflussen: patientenbezogene, krankheitsbedingte, gesundheitssystembedingte, therapiebezogene und sozial-ökonomische Faktoren. Auch eine unklare, ärztlich nicht weiterverfolgte und/oder nicht gesicherte Diagnostik sowie diesbezüglich kommunikative Missverständnisse können die Adhärenz schwächen. Auf der anderen Seite können aber auch nicht thematisierte Ängste und Überforderung sowie unangebrachte oder fachlich nicht korrekte Restriktionen die Umsetzungsintention schwächen oder gar blockieren.

Es gibt auch Untersuchungen die zeigen, dass eine durch die glutenfreie Ernährung eingeschränkte Nahrungsmittelver-

meidung bzw. diätetische Restriktionen bei Erkrankungen im Magen-Darmtrakt auch das Risiko für eine Essverhaltensstörung mitbegünstigen kann (1, 2).

Multiple Einflussfaktoren prägen die Adhärenz

Studien belegen, dass sich trotz ausgeprägter Symptome ca. 30 bis 50% der Betroffenen nicht strikt an die glutenfreie Ernährung halten. Im sozialen Kontext sind es sogar ca. 85%, die wissentlich Gluten zu sich nehmen, sei es z.B. im Familien- und Freundeskreis oder bei Jugendlichen in der Schule (3, 4).

Weitere Gründe für das Nichteinhalten der neuen Ernährungsweise sind neben mangelndem Wissen über Zöliakie und glutenfreier Ernährung sowie Schwierigkeiten in der Interpretation von Deklarationen auf Lebensmittelverpackungen auch Einschränkungen wie der Geschmack glutenfreier Lebensmittel, die eingeschränkte Auswahl in Geschäften und Restaurants und die höheren Kosten für die Spezialprodukte.

Auch wenn es mit der Zeit einfacher wird, sich im Alltag mit der glutenfreien Ernährungsweise zurechtzufinden, bleibt vor allem das Auswärtsessen und das Unterwegssein ein Problem. Viele möchten nicht über ihre Krankheit sprechen und/oder sich in sozialen Gruppen mit ihrer Krankheit nicht exponieren. Auch die kognitive Steuerung einer glutenfreien Ernährung und das differenzierte Erkennen von Glutenquellen sowie das Abschätzen von Risiken ist für Betroffene nicht immer einfach und bedarf einer stützenden und alltagsrelevanten Schulung.

Regelmässige Kontrollen erhöhen die Adhärenz der glutenfreien Ernährung

Gemäss der S2k-Leitlinie der DGVS 2021 (5) wird Personen mit Zöliakie – auch unter Einhaltung einer glutenfreien Ernährung – empfohlen, sich regelmässig untersuchen zu lassen. Wie es scheint, können in entsprechenden Überwachungsprogrammen jährliche Kontrollen die Adhärenz zur Diät erhöhen. Diese Untersuchung sollte neben medizinischen Parametern (z.B. Symptombefragung, körperliche Untersuchung, BMI) auch eine Bestimmung der Zöliakiespezifischen Antikörper beinhalten sowie eine Erhebung zur Einhaltung der glutenfreien Diät umfassen. Bei Kindern und Jugendlichen sollen zusätzlich Pubertätsentwicklung und die Perzentile bestimmt werden. Bei klinischen Zeichen oder Symptomen, erhöhten Zöliakiespezifischen Antikörpern oder diätassoziierter Malnutrition sollte die Diagnostik individuell erweitert werden und/oder eine erneute Ernährungsberatung erfolgen. Bevor eine bessere Evidenz vorliegt, scheinen Kontrollen im Jahresabstand sinnvoll. Erneute Biopsien oder eine Knochendichtemessung sind bei beschwerdefreien Betroffenen und normalisierten Laborparametern im Verlauf nicht notwendig. Auch kann eine Teilnahme in einer Selbsthilfegruppe die Adhärenz positiv beeinflussen. Dies ist in der Schweiz zum Beispiel über die IG Zöliakie (www.zoeliakie.ch) in der Regionalgruppe, der ZöliKids oder der Zöliakie Youth möglich.

Erhöhte Antikörper trotz Diät?

Kommen Zöliakie-Betroffene mit erhöhten Antikörpern nach einiger Zeit wieder in die Ernährungsberatung, geht es darum, zu eruieren, was die Hintergründe der Non-Adhärenz sind, sprich herauszufinden, welche der obengenannten Einflussfaktoren die Adhärenz hemmen. Die Aufgabe ist, die Betroffenen darin zu unterstützen, wie sie ihre eigenen Ressourcen nutzen und Strategien entwickeln können, damit sie das

Einhalten der glutenfreien Diät besser schaffen. Dies stärkt die Selbstwirksamkeit in Bezug auf den Umgang mit ihrer Krankheit.

In der Praxis kommen in der Ernährungsberatung verschiedene Hilfsmittel wie Fragebogen bzw. Checklisten zum Einsatz, um die Adhärenz abzuklären. Mitgliedern des SVDE steht im NutriPoint ein professionelles Tool dazu zur Verfügung, der «Celiac Dietary Adherence Test» (www.nutri-point.net > Gastrointestinale Erkrankungen > Zöliakie).

Zudem wird ein Test zum Nachweis von immunogenen Gluten-Peptiden in Stuhl

und Urin erforscht, der auf die Aufnahme von Gluten hinweist. Dieser Test kann in Zukunft Ernährungsfachpersonen als Marker für die Glutenzufuhr und somit der Beurteilung der Adhärenz ihrer Patienten dienen (6).

Abschliessend muss erwähnt werden, dass sich Antikörper für die Verlaufskontrollen nur bedingt eignen, da eine negative Serologie Diätfehler und Schleimhautläsionen nicht immer ausschliesst (7). Es bleibt also eine Herausforderung, Zöliakie-Betroffene auf ihrem Weg zu begleiten, so dass es ihnen möglich wird, sich angstfrei und dennoch korrekt an eine glutenfreie Ernährung halten zu können...und das ein Leben lang.

Literaturverzeichnis

- 1) Megan E et al.: *Understanding Disordered Eating Risks in Patients with Gastrointestinal Conditions*. 2021. *Journal of the Academy of Nutrition and Dietetics*.
- 2) Satherley RM et al.: *Disordered eating patterns in celiac disease: a framework analysis*. 2017. *Journal of Human Nutrition and Dietetics*.
- 3) Hall NJ et al.: *Systematic review: adherence to a gluten-free diet in adult patients with coeliac disease*. 2009. *Alimentary Pharmacology & Therapeutics*.
- 4) Lee AR et al.: *Living with coeliac disease: survey results from the U.S.A.* 2012. *J Hum Nutr Diät*.
- 5) Felber J, Schumann M et al.: *Aktualisierte S2k-Leitlinie Zöliakie der Deutschen Gesellschaft für Gastroenterologie, Verdauungs- und Stoffwechselkrankheiten (DGVS)*. 2021. AWMF-Registernummer: 021-021.
- 6) Stefanolo JP et al.: *Real-World Gluten Exposure in Patients with Celiac Disease on Gluten-Free Diets, Determined Gliadin Immunogenic Peptides in Urine and Fecal Samples*. 2021. *Clinical Gastroenterology and Hepatology*.
- 7) Silvester A et al.: *Test for Serum Transglutaminase and Endomysial Antibodies do not most Patients with Celiac Disease and persistent villous atrophy and Gluten-free Diets: a Meta-analysis*. 2017. *Gastroenterology*.



Für Genuss und Wohlbefinden.

Vertragen Sie selbst oder jemand in Ihrem Umfeld gewisse Lebensmittel nicht? Seit über 15 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.

Maladie cœliaque et adhésion

Le diagnostic de la maladie cœliaque a des répercussions fondamentales sur la qualité de vie et la santé mentale des personnes concernées. Ces personnes sont confrontées à de nombreux défis au quotidien. Suivre un régime strict sans gluten exige un changement à vie de la manière de vivre, ce qui peut entraîner de la frustration, du stress et de l'anxiété.



Brigitte Christen-Hess, BSc
Diététicienne ASDD
Propre cabinet à Lucerne
christen-hess@diets-hin.ch



Simone Bürgler, BSc
Diététicienne ASDD

Un régime à vie: des tensions entre vouloir, pouvoir et savoir

Bien que ne pas suivre un régime strict sans gluten entraîne des conséquences négatives à long terme pour la santé, l'adhésion diminue chez de nombreuses personnes concernées après un certain temps. Par adhésion, on comprend le respect des objectifs thérapeutiques décidés ensemble par le personnel médical et les patient-e-s. Il existe plusieurs facteurs qui influent sur l'adhésion: des facteurs liés aux patient-e-s, à la maladie, au système de santé, au traitement et des facteurs socio-économiques. Un diagnostic ambigu, sans suivi médical ou non vérifié et, à cet égard, des malentendus liés à la communication peuvent fragiliser l'adhésion. Par ailleurs, l'intention de mise en pratique peut aussi être fragilisée voire bloquée par des craintes et par le fait de se sentir dépasser par la situation lorsque cela n'est pas abordé, ainsi que par des restrictions inadéquates ou incorrectes sur le plan spécialisé.

Des études ont en outre montré que la limitation du choix d'aliments liée à une alimentation sans gluten et des restrictions diététiques en cas de maladies gas-

tro-intestinales peuvent aussi favoriser le risque d'un trouble du comportement alimentaire (1, 2).

De multiples facteurs influent sur l'adhésion

Des études démontrent qu'environ 30-50% des personnes concernées ne suivent pas strictement leur régime sans gluten malgré des symptômes prononcés. Dans le contexte social, le pourcentage de personnes qui consomment consciemment du gluten atteint même 85%, que ce soit dans le cercle familial ou amical, ou chez des adolescent-e-s à l'école (3, 4).

Au manque de connaissances sur la maladie cœliaque et l'alimentation sans gluten ainsi qu'aux difficultés d'interprétation des déclarations sur les emballages alimentaires s'ajoutent également d'autres raisons pour ne pas respecter le nouveau mode d'alimentation: des limitations comme le goût des aliments sans gluten, le choix limité dans les commerces et les restaurants, et les coûts des produits spécifiques.

Même si avec le temps s'adapter à l'alimentation sans gluten au quotidien devient plus facile, les repas à l'extérieur et pendant les déplacements restent notamment un problème. De nombreuses personnes concernées ne souhaitent pas parler de leur maladie ou ne souhaitent pas s'exposer dans des groupes sociaux. En outre, la gestion cognitive d'une alimentation sans gluten et une connaissance détaillée des sources de gluten ainsi que l'estimation des risques ne sont pas toujours faciles pour ces personnes et nécessitent donc un apprentissage de soutien pertinent pour le quotidien.

Les contrôles réguliers augmentent l'adhésion à une alimentation sans gluten

Selon la ligne directrice S2k de la DGVS 2021 (5), il est recommandé aux personnes atteintes de maladie cœliaque de faire des contrôles réguliers, même lorsque l'alimentation sans gluten est respectée au pied de la lettre. Il semble que des contrôles annuels dans le cadre des programmes de suivi contribuent à augmenter l'adhésion au régime. En plus des paramètres médicaux (p.ex. questionnaire sur les symptômes, examen physique, IMC), l'examen doit également comprendre un dosage des anticorps spécifiques de la maladie cœliaque ainsi qu'une enquête sur le respect du régime sans gluten. Chez les enfants et les adolescent-e-s, il faut en outre déterminer le développement de la puberté et les percentiles. En cas de signes cliniques ou de symptômes, d'une élévation des anticorps spécifiques de la maladie cœliaque ou d'une malnutrition associée au régime, il faut compléter le diagnostic individuellement ou prévoir un nouveau conseil diététique. Faute de disposer de meilleures données probantes, des contrôles annuels semblent judicieux. De nouvelles biopsies ou une mesure de la densité osseuse ne sont pas nécessaires au cours de la maladie chez les personnes concernées sans symptômes et avec paramètres de laboratoire dans les normes.

La participation à un groupe d'entraide peut également influencer de manière positive l'adhésion. En Suisse, il est par exemple possible de participer à un groupe régional de l'Association Romande de la Cœliakie (www.coeliakie.ch). En Suisse alémanique, il existe aussi des groupes pour enfants et adolescent-e-s.

Des anticorps élevés malgré un régime?

Si les personnes atteintes de maladie cœliaque présentant des anticorps élevés

reviennent au conseil diététique après un certain temps, il s'agira de clarifier les raisons cachées de la non-adhésion, c.-à-d. de parvenir à trouver le ou les facteurs susmentionnés qui empêchent l'adhésion. Le but est de soutenir les personnes concernées dans la manière d'utiliser leurs propres ressources et de développer des stratégies pour qu'elles parviennent à mieux respecter le régime sans gluten. Cela renforce le sentiment d'efficacité personnelle dans la gestion de la maladie.

Différentes aides, comme des questionnaires ou des checklists, sont utilisées pour

évaluer l'adhésion. Dans NutriPoint, les membres de l'ASDD ont à leur disposition un outil professionnel à cet effet: le «Celiac Dietary Adherence Test» (www.nutri-point.net > Pathologies gastro-intestinales > Maladie cœliaque).

Un test qui indique l'ingestion de gluten en détectant des peptides immunogènes du gluten dans les selles et l'urine fait en outre l'objet de recherches. A l'avenir, les professionnel-le-s de la nutrition pourront utiliser ce test comme un marqueur de la consommation de gluten et ainsi évaluer l'adhésion de leurs patient-e-s (6).

Enfin, il faut mentionner que les anticorps ne conviennent que partiellement pour les contrôles de suivi, vu qu'une sérologie négative n'exclut pas toujours des erreurs de régimes ou des lésions de la muqueuse (7). Cela reste donc un défi d'accompagner les personnes atteintes de maladie cœliaque afin de leur permettre de suivre sans peur mais correctement une alimentation sans gluten... et ce, à vie.

Bibliographie voir page 9



Pour allier plaisir et bien-être.

Depuis plus de 15 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.



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](https://www.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.
N° 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.
N° 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.
N° 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](https://www.swissmilk.ch/nutrition)

Celiachia e aderenza

La diagnosi di celiachia influenza profondamente la qualità di vita e la salute psichica delle persone che soffrono di questa malattia. Le difficoltà alle quali sono confrontate nella vita di tutti i giorni sono molteplici. Per seguire una dieta rigorosamente senza glutine devono cambiare per sempre il loro modo di vivere, e ciò può provocare frustrazione, stress e ansia.



Brigitte Christen-Hess, BSc
Dietista ASDD
Studio proprio a Lucerna
christen-hess@diets-hin.ch



Simone Bürgler, BSc
Dietista ASDD

Una dieta a vita fortemente influenzata da volontà, capacità e conoscenze

Non rispettare una dieta rigorosamente senza glutine comporta sul lungo termine conseguenze negative per la salute; ciononostante, dopo un determinato periodo di tempo l'aderenza di molte persone celiache cala. Con aderenza si intende il rispetto degli obiettivi terapeutici stabiliti di comune accordo dal personale medico e dal paziente. Ci sono molti fattori che influenzano l'aderenza e che possono aver a che fare con il paziente, la malattia, il sistema sanitario, la terapia o la situazione socioeconomica. Anche una diagnosi poco chiara, non approfondita e/o non confermata da un medico, oppure malintesi comunicativi possono indebolire l'aderenza. D'altro canto anche la mancata tematizzazione di paure e difficoltà nell'affrontare la situazione nonché restrizioni inopportune o non corrette da un punto di vista nutrizionale possono indebolire o addirittura bloccare l'intenzione di attuare la dieta.

Esistono anche studi che mostrano come il fatto di dover evitare alimenti a causa dell'alimentazione senza glutine e/o le

restrizioni dietetiche in caso di malattie del tratto gastrointestinale possono favorire anche il rischio di disturbi del comportamento alimentare (1, 2).

Molteplici fattori influiscono sull'aderenza

Studi dimostrano che il 30–50% circa delle persone celiache non si attiene rigorosamente all'alimentazione senza glutine pur presentando sintomi importanti. In contesti di socializzazione, ad esempio in famiglia, con gli amici oppure nel caso degli adolescenti a scuola, addirittura l'85% delle persone celiache assume consapevolmente glutine, (3, 4).

Oltre alla mancanza di conoscenze sulla celiachia e sull'alimentazione senza glutine e alle difficoltà di interpretazione delle dichiarazioni sulle confezioni degli alimenti, ulteriori motivi per il mancato rispetto del nuovo regime alimentare sono limitazioni come il sapore degli alimenti senza glutine, la ridotta scelta proposta in negozi e ristoranti nonché i costi più elevati.

Anche se con il tempo nella vita quotidiana diventa più semplice destreggiarsi con il regime alimentare senza glutine, mangiare fuori e viaggiare continuano a essere un problema. Molte persone non vogliono parlare della loro malattia e/o esporsi con la loro malattia nei gruppi sociali. Per le persone celiache anche la gestione cognitiva di un'alimentazione senza glutine, il riconoscimento differenziato delle fonti di glutine e la valutazione dei rischi non sono sempre semplici e richiedono un'istruzione adeguata e incentrata sulla quotidianità.

Controlli regolari incrementano l'aderenza alla dieta senza glutine

Le linee guida «S2k-Leitlinie der DGVS 2021» (5) raccomandano alle persone celiache – anche se rispettano la dieta senza glutine – di sottoporsi regolarmente a visite di controllo. A quanto pare i controlli annui svolti nell'ambito dei programmi di monitoraggio possono aumentare l'aderenza alla dieta. Queste visite di controllo dovrebbero comprendere, oltre a parametri medici (ad es. anamnesi alla ricerca di sintomi, esame fisico, BMI) anche la misurazione degli anticorpi specifici per la celiachia e un questionario sul rispetto della dieta senza glutine. Nei bambini e negli adolescenti vanno inoltre determinati lo sviluppo puberale e i percentili di crescita. In presenza di sintomi o segni clinici, elevati anticorpi specifici per la celiachia o malnutrizione associata alla dieta si deve ampliare individualmente la diagnostica e/o effettuare una nuova consulenza nutrizionale. Prima di disporre di una migliore evidenza, effettuare controlli a intervalli annui appare ragionevole. Nelle persone senza disturbi e con una normalizzazione dei parametri di laboratorio, durante il decorso non sono necessarie nuove biopsie o la misurazione della densità ossea. Anche la partecipazione a un gruppo di autoaiuto può influire positivamente sull'aderenza, come al Gruppo Celiachia della Svizzera Italiana (www.celiachia.ch). In Svizzera tedesca è ad esempio possibile farlo tramite le offerte di IG Zöliakie: gruppi regionali, ZöliKids o Zöliakie Youth.

Anticorpi elevati malgrado la dieta?

Se dopo qualche tempo le persone celiache tornano in consulenza nutrizionale con anticorpi elevati, si devono investigare le ragioni della mancata aderenza, vale a dire capire quali tra i fattori citati sopra limitino l'aderenza. Il nostro compito è di aiutare le persone celiache a sfruttare le risorse di cui dispongono e a sviluppare delle

strategie per riuscire a seguire meglio la dieta senza glutine. Ciò rafforza l'autoefficacia nella gestione della propria malattia.

Nella pratica della consulenza nutrizionale per valutare l'aderenza si possono utilizzare vari strumenti, come ad esempio questionari o liste di controllo. A questo proposito i membri dell'ASDD trovano in NutriPoint uno strumento professionale, il «Celiac Dietary Adherence Test» (Nu-

triPoint – malattie gastrointestinali – celiachia).

Si sta inoltre studiando un test per il rilevamento dei peptidi immunogenici del glutine nelle feci e nelle urine, che indicherebbe l'assunzione di glutine. In futuro questo test potrà servire agli specialisti della nutrizione come marker dell'assunzione di glutine per valutare l'aderenza dei pazienti (6).

Per finire va menzionato che gli anticorpi si prestano solo parzialmente per i controlli dell'andamento, perché non sempre una sierologia negativa esclude errori dietetici o lesioni delle mucose (7). Accompagnare le persone celiache in modo che possano seguire con serenità e in modo corretto la loro dieta senza glutine rimane dunque una sfida...per tutta la vita.

Bibliografia sulla pagina 9



Berner
Fachhochschule



Online-Symposium
«Karrieremöglichkeiten mit einem Master
of Science in Ernährung und Diätetik»
7. April 2022 um 16.00 Uhr

Master of Science in Ernährung und Diätetik

«Um die gesellschaftlichen und gesundheitspolitischen Herausforderungen in den nächsten Jahren aktiv mitzugestalten, braucht es eine fachliche Vertiefung sowie eine Vielzahl an weiteren Kompetenzen: Die Beteiligung an der Forschung erscheint mir genauso wichtig wie ökonomisches Denken und die Sensibilisierung für ethische Fragen. Neue Versorgungsmodelle und Advanced-Practice-Rollen bieten die Chance für die ambulante Ernährungsberatung. Sie stärken die Berufsrolle im interprofessionellen Team und initiieren ein hochstehendes Versorgungsangebot. Das Master-Studium schaffte mir dafür die umfassende Grundlage. Die Lernumgebung fokussiert sich auf den Wissenstransfer in die Praxis und fördert die persönliche Weiterentwicklung.»

Diana Studerus, Master-Studentin Ernährung und Diätetik BFH
Referentin Online-Symposium, Fokus «Ambulante Tätigkeit»

Weitere Informationen und Anmeldung:
bfh.ch/master-ernaehrung



Die komplexe Sache mit den «Spuren von...» und Kontaminationen im Haushalt

Erfahrungsgemäss sind der Umgang mit Nahrungsmitteln, welche Spuren von Gluten enthalten können, sowie Kontaminationen im Haushalt Themen, welche bei der Betreuung von Zöliakie-Betroffenen früher oder später aktuell werden. Im folgenden Artikel sollen die wichtigsten Aspekte und häufigsten Unsicherheiten behandelt werden.



Beatrice Schilling, BSc
Ernährungsberaterin SVDE
Eigene Praxis in Baden/AG
beatrice.schilling@diets-hin.ch



Sabina Raschle, BSc
Ernährungsberaterin SVDE
Ernährungszentrum Zürich
sabina.raschle@ezch.ch

«Spuren von...»: Hat es wirklich was drin?

Anhand der «Spurendeclaration» ist leider nicht klar, ob und welche Menge Gluten im Produkt enthalten sind. Es kann sich um eine obligatorische Deklaration handeln, die ab 200 mg Gluten pro kg gemacht werden muss. Oder es kann sich um eine freiwillige Angabe handeln. Dies wenn weniger als 200 mg pro kg drin sind, der Betrieb oder Vertreiber das aber trotzdem als Risiko einschätzt oder auch intern tiefere Grenzwerte definiert für die Deklaration.

Eine Einschätzung über die Menge der Verunreinigung ist deshalb nicht möglich. Darum gilt es, vorsichtig zu sein und das Risiko durch Meiden der «Spuren von...»-Produkten zu minimieren. Die sicherste Strategie bei Zöliakie ist, diese Produkte konsequent zu meiden. Oft gibt es auch entsprechende Alternativen ohne Kontaminationsrisiko.

Es kommt allerdings auch auf die Gesamtsituation an. Individualisierte Empfehlungen machen nur bei verantwortungsvollen und differenziert denkenden Menschen mit Zöliakie Sinn. Zudem sollten die Betrof-

fenen einen guten Verlauf haben (z. B. mindestens normale Blutwerte).

Folgende Überlegungen zur Risikoabschätzung empfiehlt die SVDE-Fachgruppe Zöliakie bei einem Spurenprodukt:

- Getreideprodukte wie Polenta oder Flocken mit dem Spurenvermerk wurden bei Kontrollmessungen häufig als Glutenquelle identifiziert. Bei dieser Nahrungsmittelgruppe sollten Spurenprodukte darum immer strikt gemieden werden.
- Bei einem Produkt, das regelmässig oder in grösseren Mengen gegessen wird (Müeslimischung fürs Frühstück, Waffeln für den Znüni o. ä.) ist es wichtig, Produkte mit Spurenvermerk konsequent zu meiden.
- Bei einem Produkt mit dem Spurenverweis, das nur in ganz kleinen Mengen verzehrt wird (z. B. Würzmischung, Bouillon) ist das Risiko grundsätzlich geringer und es kann daher hin und wieder verwendet werden.

Die SVDE-Fachgruppe Zöliakie empfiehlt allerdings: Wer häufig auswärts isst und dort schon ein gewisses «Spurenrisiko» eingeht, sollte ansonsten und zu Hause Produkte mit Spurenvermerk konsequent meiden.

Schaden so kleine Mengen?

Schon kleinste Mengen Gluten (50 mg) können bei Menschen mit Zöliakie Veränderungen in der Darmschleimhaut auslösen (1). Es ist heute allerdings unklar, ob alle Personen mit Zöliakie gleich sensibel auf Gluten reagieren. Einzelne Studien zeigen auf, dass die Glutentoleranz sehr individuell sein könnte (2). Wenn die individuelle Toleranz einer Person bestimmt werden könnte, liessen sich die Empfeh-

lungen zum Umgang mit Spuren allenfalls personalisieren. Dies ist heute leider noch nicht möglich.

Herausforderung: Betroffene ohne spürbare Beschwerden

Studien (3) haben gezeigt, dass auch ohne spürbare Beschwerden ungesunde Entzündungen im Darm aufgrund des Glutenkonsums vorhanden sein können (teilweise sogar bei normalen Blutwerten).

Keine Beschwerden zu haben heisst also nicht, dass nicht (Spuren von) Gluten konsumiert wurden. Umgekehrt müssen Beschwerden z. B. nach dem Ausserhausessen nicht unbedingt durch Gluten ausgelöst werden. Auch andere Nahrungsbestandteile oder Stress können Darmbeschwerden hervorrufen.

Eine grosse Herausforderung in der Beratung von Zöliakie-Betroffenen ohne direkt spürbare Auswirkungen nach (un-)absichtlicher Glutenzufuhr ist, sie trotzdem zur konsequenten Einhaltung der glutenfreien Ernährung zu motivieren und von deren Notwendigkeit zu überzeugen. Die Lebensqualität ist beim Einhalten der glutenfreien Ernährung besser, trotz den Einschränkungen beim Essen (4). Dies und die Prävention von Folgekrankheiten wie Eisenmangel oder Osteoporose können eine wichtige Motivation sein.

Viele Betroffene sind verunsichert, dass der Verlauf nur aufwendig und nicht selbstständig im Alltag monitorisiert werden kann. Im Gegensatz beispielsweise zu Menschen mit Diabetes, welche postprandiale Blutzuckerwerte messen können, bleiben bei Zöliakie nur die Antikörperkontrolle und eine erneute Biopsie als Bestätigung der täglichen Bemühungen und Erfolgskontrolle der Therapie. Bezüglich der Aussagekraft von Ersterem zur Verlaufskontrolle bestehen jedoch je länger, je mehr Zweifel. Die Antikörper reduzieren

sich teilweise auch bei guter Compliance langsamer als erwartet. Andererseits sind kleine Diätfehler nicht immer messbar. Es ist also wichtig, die Interpretation sorgfältig zu machen.

Ein paar Fragen aus und Empfehlungen für die Praxis

«Muss das Brot auf einem separaten Brett (auf dem nur glutenfreies Brot geschnitten wird) geschnitten werden?»

Es ist wichtig, Verunreinigungen durch glutenhaltige Nahrungsmittel (z. B. Mehlstaub, Brotkrümel) zu vermeiden. Ein separates (oder sehr gut gesäubertes) Brotbrett im Alltag macht darum Sinn. Gemäss den oben erwähnten Studienresultaten (5, 6) ist das Risiko einer Glutenzufuhr vermutlich nicht so gross, wenn das Brot ausnahmsweise einmal auf dem gleichen Brett oder mit dem gleichen Messer geschnitten worden ist.

«Müssen Produkte aus Reis und Mais, wie z. B. Maisflips oder Reiswaffeln, als glutenfrei gekennzeichnet sein, damit ich sie bedenkenlos essen kann?»

Nein, es braucht nicht unbedingt das Glutenfrei-Label. Wenn in der Zutatenliste keine glutenhaltige Zutat aufgeführt ist und das Produkt keinen Hinweis auf mögliche Spuren von Gluten auf der Verpackung hat, kann es von Zöliakie-Betroffenen gegessen werden. Ausnahme ist der Hafer: Hier muss zwingend der als glutenfrei gekennzeichnete Hafer verwendet werden. Beim aktuell geltenden Lebensmittelgesetz sind Glutenspuren bei Hafer nicht er-

kennbar und bei diesem Nahrungsmittel das Kontaminationsrisiko besonders gross.

«Ich bin bei einer Bekannten eingeladen, die mir zuliebe extra einen glutenfreien Kuchen gebacken hat. Sie hat glutenfreie Zutaten verwendet, wurde aber ohne extra glutenfreien Handmixer und sonstige Küchengeräte zubereitet. Kann ich ein Stück von dem Kuchen essen?»

Ja, das geht. Die Küchengeräte sollten allerdings nach ihrem letzten Einsatz sauber gereinigt und somit auch von möglichen Glutenspuren befreit worden sein. Es ist nicht nötig, für glutenfreie Kuchen o.Ä. separate Mixer, Backformen etc. zu verwenden. Wichtig ist, dass die Utensilien sauber sind. Holzlöffel und Backpinsel aus Holz/Borsten können nicht zuverlässig gereinigt werden, hier macht es Sinn, für glutenfreie Backwaren einen eigenen zu verwenden oder auf Kunststoffmaterialien umzusteigen.

Bei den Verunreinigungen im Haushalt oder beim Kochen gibt es in Zukunft vermutlich etwas Entwarnung. Erste Studien zeigen nämlich, dass die übertragene Glutenmenge meist sehr gering ist (5, 6). Eine gute Küchenhygiene ist wichtig, um Kontaminationen zu vermeiden – separate Küchenutensilien anzuschaffen ist hingegen bis auf kleine Ausnahmen nicht nötig.

Es wäre höchst wünschenswert, wenn weitere Untersuchungen und Studien zeigen könnten, welche Art der Verunreinigung wirklich zu einer relevanten Glutenzufuhr führt.

In den Social Media und in Austauschgruppen werden verschiedene Empfehlungen gegeben. Die Zöliakie-Betroffenen sind darum oft recht verwirrt, wenn sie selber recherchieren.

Das führt dazu, dass gewisse Menschen mit Zöliakie fälschlicherweise denken, jeder Spurenvermerk sei «alles nur juristische Absicherung und nicht relevant für mich». Andererseits gibt es Betroffene, welche nie mehr auswärts essen, da im gleichen Raum ja auch Glutenhaltiges gekocht wurde. Das hingegen ist übervorsichtig und unnötig.

Unsere wichtige Aufgabe als Ernährungsberater/innen ist es, die Menschen mit Zöliakie kompetent zu informieren und gut zu begleiten bei diesen für den Alltag sehr relevanten Fragen.

Literaturverzeichnis

- 1) Catassi C, Fabiani E, Iacono G, D'Agate C, Francavilla R, Biagi F, Volta U, Accomando S, Picarelli A, De Vitis I, Pianelli G, Gesuita R, Carle F, Mandolesi A, Bearzi I, Fasano A. A prospective, double-blind, placebo-controlled trial to establish a safe gluten threshold for patients with celiac disease. *Am J Clin Nutr.* 2007 Jan; 85(1): 160-6. doi: 10.1093/ajcn/85.1.160. PMID: 17209192.)
- 2) Itzlinger A, Branchi F, Elli L, Schumann M. Gluten-Free Diet in Celiac Disease-Forever and for All? *Nutrients.* 2018 Nov 18; 10(11): 1796. doi: 10.3390/nu10111796. PMID: 30453686; PMCID: PMC6267495.)
- 3) Elli L, et al. Safety of occasional ingestion of gluten in patients with celiac disease: a real-life study. *BMC Med.* 2020 Mar 16; 18(1): 42. doi: 10.1186/s12916-020-1511-6
- 4) Violato, M, Gray, A. The impact of diagnosis on health-related quality of life in people with coeliac disease: a UK population-based longitudinal perspective. *BMC Gastroenterol* 19, 68 (2019). <https://doi.org/10.1186/s12876-019-0980-6>
- 5) Diana Studerus et al: Cross-Contamination with Gluten by Using Kitchen Utensils: Fact or Fiction?. *J Food Prot.* 2018 Oct; 81(10): 1679-1684. doi: 10.4315/0362-028X.JFP-17-383.
- 6) Weisbrod VM, Silvester JA, Raber C, McMahon J, Coburn SS, Kerzner B. Preparation of Gluten-Free Foods Alongside Gluten-Containing Food May Not Always Be as Risky for Celiac Patients as Diet Guides Suggest. *Gastroenterology.* 2020 Jan; 158(1): 273-275. doi: 10.1053/j.gastro.2019.09.007. Epub 2019 Sep 24. PMID: 31560900; PMCID: PMC6917866.

La question complexe des «traces de...» et des contaminations à la maison

L'expérience montre que la gestion des aliments pouvant contenir des traces de gluten et les contaminations à la maison sont des thèmes qui tôt ou tard seront d'actualité dans la prise en charge des personnes atteintes de maladie cœliaque. Cet article aborde les points les plus importants et les incertitudes les plus fréquentes à ce sujet.



Beatrice Schilling, BSc
Diététicienne ASDD
Propre cabinet à Baden/AG
beatrice.schilling@diets-hin.ch



Sabina Raschle, BSc
Diététicienne ASDD
Ernährungszentrum Zürich
sabina.raschle@ezch.ch

«Traces de...»: y en a-t-il vraiment?

Malheureusement, la déclaration des traces ne permet pas de savoir clairement si et quelles quantités de gluten sont contenues dans le produit. Il peut s'agir d'une déclaration obligatoire, qui doit se faire à partir de 200 mg de gluten par kg, ou d'une mention volontaire. Celle-ci se fait si le fabricant ou le distributeur estime qu'il y a tout de même un risque lorsque le produit contient moins de 200 mg de gluten par kg ou si une valeur limite plus basse a été définie en interne pour la déclaration.

Il n'est donc pas possible d'estimer la quantité des traces. C'est pourquoi il convient de faire preuve de prudence et de minimiser le risque en évitant les produits contenant des «traces de...». La stratégie la plus sûre en cas de maladie cœliaque est d'éviter systématiquement ces produits. Il existe souvent des alternatives qui ne présentent pas de risque de contamination.

Toutefois, cela dépend aussi de la situation générale. Des recommandations individualisées se justifient uniquement chez des personnes atteintes de maladie cœliaque

responsables et en mesure de réfléchir au cas par cas. En outre, les personnes concernées doivent présenter une bonne évolution de la maladie (p. ex. au moins des taux sanguins normaux).

Pour évaluer le risque d'un produit contenant des traces, le groupe spécialisé de l'ASDD Maladie cœliaque recommande les réflexions suivantes:

- des produits céréaliers, comme la polenta ou les flocons, avec la mention de présence de traces ont souvent été identifiés comme une source de gluten lors des mesures de contrôle. C'est pourquoi il faut éviter strictement les produits contenant des traces qui appartiennent à ce groupe d'aliments;
- lorsqu'un produit est consommé régulièrement ou en grande quantité (mélange de muesli pour le petit-déjeuner, gaufres pour la collation ou le goûter, etc.), il est important d'éviter strictement les produits avec la mention de présence de traces;
- lorsqu'un produit contenant des traces est seulement consommé en petites quantités (p. ex. mélange d'épices, bouillon), le risque est en principe plus faible et il est possible d'en manger de temps en temps.

Néanmoins, le groupe spécialisé de l'ASDD Maladie cœliaque recommande aux personnes qui mangent souvent à l'extérieur en prenant ainsi un certain risque avec les traces d'éviter systématiquement à la maison et dans d'autres situations les produits avec la mention de présence de traces.

De si petites quantités font-elles du mal?

Même les plus petites quantités de gluten (50 mg) peuvent déclencher des modifica-

tions de la muqueuse intestinale chez les personnes atteintes de maladie cœliaque (1). Néanmoins, il n'est pas clair à l'heure actuelle si toutes les personnes atteintes de maladie cœliaque réagissent avec la même sensibilité au gluten. Certaines études montrent que la tolérance au gluten peut être très différente d'une personne à l'autre (2). S'il était possible de déterminer la tolérance au gluten individuelle, la recommandation sur la gestion des traces pourrait elle aussi être personnalisée. Cela n'est malheureusement pas encore possible aujourd'hui.

La difficulté: les personnes concernées sans symptômes apparents

Des études (3) ont montré que même sans symptômes apparents des inflammations délétères en raison de la consommation de gluten pourraient être présentes dans l'intestin (parfois même avec des taux sanguins normaux).

Ne pas avoir de symptômes ne veut pas dire ne pas avoir consommé du gluten (ou des traces de gluten). A l'inverse, des symptômes, p. ex. après un repas à l'extérieur, ne sont pas forcément déclenchés par le gluten. D'autres nutriments ou alors le stress peuvent aussi provoquer des troubles intestinaux.

Un défi de taille pour la prise en charge des personnes atteintes de maladie cœliaque ne présentant pas d'effets directement perceptibles après avoir consommé du gluten, exprès ou pas, est bien de les convaincre du besoin de s'alimenter strictement sans gluten et de les y motiver à tout de même le faire. La qualité de vie s'améliore avec le respect d'une alimentation sans gluten, malgré les restrictions (4). Ce point ainsi que la prévention des maladies secondaires, comme la carence en fer et l'ostéoporose, peuvent constituer une motivation importante.

Beaucoup de personnes concernées sont inquiètes parce que le suivi de l'évolution est compliqué et ne peut se faire de manière indépendante au quotidien. Contrairement aux personnes souffrant de diabète, qui peuvent mesurer leurs valeurs de glycémie en postprandiale, celles atteintes de maladie cœliaque n'ont que le dosage des anticorps et une nouvelle biopsie pour confirmer les efforts quotidiens et le succès du traitement. Cependant, de plus en plus de doutes planent sur la validité du dosage des anticorps pour contrôler l'évolution. D'une part, parce que même avec une bonne observance, les anticorps diminuent en partie plus lentement que prévu et, d'autre part, parce que les petites erreurs de régime ne sont pas toujours mesurables. Une interprétation approfondie est donc importante.

Questions et recommandations pour la pratique

«Le pain doit-il être coupé sur une planche à découper séparée (réservée uniquement au pain sans gluten)?»

Il est important d'éviter les contaminations par des aliments contenant du gluten (p. ex. poussière de farine, miettes de pain). C'est pourquoi il est judicieux d'utiliser une planche à découper le pain séparée (ou alors une qui a été très bien nettoyée). Selon les résultats des études susmentionnées (5, 6), le risque de consommer du gluten n'est probablement pas très grand si on coupe une fois le pain sur la même planche ou avec le même couteau.

«Des produits à base de riz et de maïs, comme des galettes de riz ou des flaps

au maïs, doivent-ils être identifiés comme étant sans gluten pour que je puisse les consommer sans hésiter?»

Le label sans gluten n'est pas forcément nécessaire. Si la liste des ingrédients n'indique aucun ingrédient contenant du gluten et si l'emballage ne porte aucune mention de possibles traces de gluten, le produit peut être consommé par les personnes atteintes de maladie cœliaque. Ceci à l'exception de l'avoine: dans ce cas, il faut impérativement utiliser l'avoine identifiée comme étant sans gluten. La loi sur les denrées alimentaires actuellement en vigueur ne demande pas de nommer les traces de gluten dans l'avoine et le risque de contamination avec cet aliment est particulièrement élevé.

«Je suis invité-e chez une connaissance qui a préparé un gâteau sans gluten exprès pour moi. Elle a pris des ingrédients sans gluten, mais n'a pas utilisé de mixeur ou d'autres appareils de cuisine sans gluten. Puis-je manger une tranche du gâteau?»

Oui. Cependant, les appareils de cuisine doivent avoir été bien nettoyés après la dernière utilisation pour les débarrasser de toute possible trace de gluten. Pour préparer un gâteau sans gluten ou similaire, il n'est pas nécessaire d'utiliser un mixeur, un moule, etc. séparé. Ce qui compte, c'est que les ustensiles soient propres. Les cuillères en bois et les poils des pinceaux à pâtisserie en bois ne pouvant pas être nettoyés de manière fiable, il est judicieux d'utiliser ses propres ustensiles ou alors des accessoires en matière synthétique pour préparer des pâtisseries sans gluten.

Concernant les contaminations à la maison ou en faisant la cuisine, l'alerte sera

probablement levée à l'avenir. Des premières études montrent qu'en effet les quantités de gluten dispersées sont généralement très faibles (5, 6). Une bonne hygiène dans la cuisine est importante afin d'éviter les contaminations, mais se procurer des ustensiles de cuisine séparés n'est pas nécessaire, à quelques exceptions près.

Il serait très souhaitable que de nouvelles analyses et études montrent quel type de contamination entraîne réellement une consommation de gluten ayant une incidence.

Les recommandations les plus diverses circulent sur les réseaux sociaux et dans les groupes d'échanges. Les personnes atteintes de maladie cœliaque sont donc souvent assez perdues lorsqu'elles font elles-mêmes des recherches.

En conséquence, certaines personnes atteintes de maladie cœliaque pensent à tort que toute mention de la présence de traces «n'est qu'une précaution juridique et n'est pas pertinente dans mon cas». A l'opposé, il y a des personnes concernées qui ne mangent plus à l'extérieur parce que des aliments contenant du gluten ont aussi été préparés dans ces lieux, ce qui est exagéré et inutile.

Notre devoir en tant que diététicien-ne-s est d'informer de manière compétente les personnes atteintes de maladie cœliaque et de bien les accompagner face à ces nombreuses questions très importantes pour le quotidien.

Bibliographie voir page 16

La questione complessa delle «tracce di glutine...» e le contaminazioni nell'alimentazione casalinga

L'esperienza ha dimostrato che la manipolazione di alimenti che possono contenere tracce di glutine e la contaminazione nell'alimentazione casalinga sono argomenti che prima o poi devono essere affrontati con i pazienti celiaci. In questo articolo sono trattati gli aspetti più importanti e i dubbi espressi più frequentemente.



Beatrice Schilling, BSc
Dietista ASDD
Studio medico indipendente
a Baden/AG
beatrice.schilling@diets-hin.ch



Sabina Raschle, BSc
Dietista ASDD
Ernährungszentrum Zürich
sabina.raschle@ezch.ch

«Può contenere tracce di...»: ma ci sono veramente?

In base alle dichiarazioni degli allergeni non è purtroppo possibile stabilire se un prodotto contenga o meno glutine e in quali quantità. Può trattarsi di una dichiarazione obbligatoria a partire da 200 mg di glutine per kg, oppure di dichiarazioni volontarie, fatte nonostante il prodotto contenga meno di 200 mg di glutine per kg. In questi casi le aziende o i distributori considerano che il rischio sia comunque presente oppure preferiscono attenersi a limiti inferiori.

È impossibile quindi stimare con esattezza il livello di contaminazione. Pertanto, occorre prestare molta attenzione e minimizzare il rischio evitando prodotti con l'indicazione «può contenere tracce di». La strategia più sicura da adottare per chi soffre di celiachia è quella di evitare sistematicamente tali prodotti. Spesso esistono anche alternative equivalenti che non comportano alcun rischio di contaminazione.

Dipende tuttavia anche dalla situazione generale. Le raccomandazioni su misura hanno senso solo per persone responsabili e in grado di riflettere su cosa fare caso per

caso. Inoltre, i pazienti celiaci dovrebbero presentare un buon decorso (perlomeno valori del sangue nella norma).

Il gruppo specializzato dell'ASDD Celiachia suggerisce per i prodotti che possono contenere tracce di glutine le seguenti considerazioni sulla valutazione dei rischi:

- Le misurazioni di controllo hanno spesso identificato come fonte di glutine prodotti a base di cereali, come polenta o fiocchi di avena, sul cui involucro figura la menzione «può contenere tracce di glutine». Per questo gruppo di alimenti, bisognerebbe perciò evitare rigorosamente le confezioni su cui appare la suddetta menzione.
- Per quanto riguarda i prodotti consumati regolarmente o in grandi quantità (come le miscele di muesli a colazione, le cialde come spuntino, ecc.), è importante evitare sempre tutto ciò che potrebbe contenere tracce di glutine.
- Un prodotto con la menzione «può contenere tracce di glutine» che viene consumato solo in piccolissime quantità (ad es. miscele di condimenti o dadi per brodo) rappresenta generalmente un rischio inferiore e può quindi essere utilizzato di tanto in tanto.

Il gruppo specializzato dell'ASDD Celiachia raccomanda quanto segue: chi mangia spesso fuori, e dunque corre già un certo rischio di incappare in tracce di glutine, nelle altre occasioni (compreso a casa) dovrebbe evitare rigorosamente alimenti con la suddetta menzione.

Le quantità minuscole sono davvero così nocive?

Anche piccolissime quantità di glutine (50 mg) possono generare dei cambiamenti nella mucosa intestinale di chi sof-

fre di celiachia (1). Non è tuttavia chiaro se tutte le persone celiache reagiscano allo stesso modo al glutine. Da qualche studio emerge che la tolleranza al glutine potrebbe essere molto soggettiva (2). Se fossimo in grado di determinare la tolleranza di ogni singola persona, riusciremmo anche a personalizzare le raccomandazioni relative al consumo di prodotti che contengono tracce di glutine. Ma questo purtroppo non è ancora possibile.

Una sfida: le persone celiache senza sintomi evidenti

Alcuni studi (3) hanno dimostrato che, anche in assenza di sintomi evidenti, nell'intestino può essere in corso un'infiammazione nociva a seguito dell'assunzione di glutine (a volte addirittura con livelli di sangue nella norma).

Non avere disturbi non significa quindi che non siano stati consumati prodotti alimentari con tracce di glutine; viceversa, la comparsa di sintomi (ad esempio dopo aver mangiato fuori casa) non va necessariamente associata all'assunzione di glutine. I disturbi intestinali possono essere dovuti anche ad altri componenti nutrizionali o allo stress.

Quando si seguono persone affette da celiachia che non presentano effetti visibili dopo l'assunzione (in)volontaria di glutine, la difficoltà maggiore sta nel riuscire a motivarle a seguire rigorosamente la dieta senza glutine e nel convincerle della necessità di adottare questa misura. La qualità di vita migliora seguendo una dieta senza glutine, nonostante le restrizioni che essa comporta dal punto di vista alimentare (4). Questo argomento, assieme a quello della prevenzione di malattie connesse come la carenza di ferro o l'osteoporosi, può fungere da incentivo importante.

Molte persone con la celiachia sono preoccupate perché pensano che il monitoraggio

gio del decorso della malattia nella vita di tutti i giorni sia complesso e richieda l'assistenza di personale specializzato. A differenza delle persone diabetiche, ad esempio, che possono misurare da sole i valori della glicemia post-prandiale, le celiache e i celiaci hanno solo due opzioni a disposizione per controllare i risultati della terapia: il monitoraggio degli anticorpi o una nuova biopsia a conferma degli sforzi intrapresi quotidianamente. Vi sono però sempre più dubbi sulla pertinenza della prima opzione: in alcuni casi, gli anticorpi si riducono più lentamente del previsto anche con una buona compliance; d'altra parte, i piccoli errori che si commettono nel regime alimentare non sono sempre misurabili. È quindi importante prestare molta attenzione durante la lettura dei risultati.

Alcune domande da e raccomandazioni per la pratica

«Il pane va tagliato su un tagliere apposito (sul quale si taglia solo pane senza glutine)?»

È importante evitare la contaminazione da alimenti contenenti glutine (ad es. polvere di farina, briciole di pane). È quindi opportuno avere sempre a disposizione un tagliere separato (o pulito molto bene). Secondo i risultati degli studi citati (5, 6), il rischio di assunzione di glutine non è necessariamente così elevato se il pane è stato tagliato una sola volta sullo stesso tagliere o con lo stesso coltello.

«Sulle confezioni di prodotti a base di riso e mais, come i cornflakes o le gallette di riso, deve figurare la menzione senza

glutine per poterli mangiare senza alcun timore?»

No, la menzione senza glutine non deve necessariamente figurare sul prodotto. Se nella lista degli ingredienti non vi sono ingredienti contenenti glutine e sulla confezione non appare alcuna menzione di possibili tracce di glutine, il prodotto può essere consumato dalle persone affette da celiachia. Unica eccezione: l'avena. Chi soffre di celiachia deve assolutamente acquistare e usare avena con la menzione senza glutine. Sulla base dell'attuale legge sulle derrate alimentari, le tracce di glutine nell'avena non sono riconoscibili; ecco perché con questo alimento il rischio di contaminazione è particolarmente elevato.

«Sono invitato a casa di una conoscente, che ha preparato una torta senza glutine appositamente per me. Ha usato ingredienti senza glutine, ma ha preparato il dolce utilizzando il frullatore e altri utensili da cucina che usa solitamente. Posso mangiare una fetta di questa torta?»

Sì, è possibile. Si presume infatti che gli utensili da cucina siano stati accuratamente puliti dopo il loro ultimo impiego, e che quindi ogni traccia di glutine sia stata eliminata. Non è necessario usare mixer, teglie e altri utensili separati per preparare torte senza glutine, ma è importante che gli utensili siano puliti. È invece molto difficile pulire in modo affidabile i cucchiari di legno e i pennelli da cucina in legno; per questo si consiglia di utilizzare i propri oppure di optare per cucchiari e pennelli in materiale plastico.

Per quanto riguarda la contaminazione nell'alimentazione casalinga o durante la

cottura, in futuro probabilmente si potrà abbassare un po' la guardia. Dai risultati dei primi studi condotti su questo tema, si evince infatti che la quantità di glutine trasferita solitamente è molto bassa (5, 6). Una buona igiene in cucina è importante per evitare le contaminazioni; salvo poche eccezioni, non è necessario invece comprare utensili da cucina separati. Sarebbero auspicabili ulteriori indagini e studi che dimostrino quale tipo di contaminazione porta realmente a un'assunzione rilevante di glutine.

Sui social media e nei gruppi di scambio e condivisione viene dispensata una grande varietà di raccomandazioni e spesso chi soffre di celiachia si ritrova con una gran confusione in testa quando svolge delle ricerche per conto proprio.

Ciò può spingere a ritenere a torto che ogni menzione di tracce di glutine sia solo un modo per i produttori di alimenti di tutelarsi legalmente e che non sia rilevante per chi è colpito da questa malattia. E poi ci sono persone affette da celiachia che non si mangiano più fuori casa, perché il cibo senza glutine viene preparato nella stessa cucina di quello contenente glutine – un atteggiamento eccessivamente prudente e anche inutile!

Uno dei compiti importanti di noi dietiste e dietisti è informare in modo competente le persone con la celiachia e assisterle nel migliore dei modi, rispondendo a queste numerose domande così rilevanti per la vita quotidiana.

Bibliografia sulla pagina 16

Arbeitsblatt für Wissenscheck



Regula Klinger-Graf, BSc
Ernährungsberaterin SVDE



Christine Wenger, BSc
Ernährungsberaterin SVDE

Obwohl die European Society for the Study of Coeliac Disease (ESsCD) in ihren *Guideline for coeliac disease and other gluten-related disorders* nicht nur bei, sondern auch 12 Monate nach der Diagnose Ernährungsberatung empfehlen, kommen Betroffene häufig erst wieder zur Beratung, wenn sie Beschwerden haben oder die Resultate von Gastroskopie oder Labor nicht zufriedenstellend sind. Betroffene, die sich aus diesen Gründen eine Ernährungsberatung verordnen lassen, sind meist motiviert und halten sich nach bestem Wissen und Gewissen an die glutenfreie Ernährung.

Das Ziel ist es, diese Betroffenen nicht zu demotivieren, sondern ihre Motivation wertzuschätzen. Besonders weil in den letzten Jahren mehrere Studien publiziert wurden, die festgestellt haben, dass bei der Hälfte der Patienten/-innen ein Jahr nach Diagnose und glutenfreier Ernährung die Darmmucosa noch nicht total erholt ist. Bei den meisten war dies nach zwei Jahren der Fall. Das Gleiche gilt auch für die Laborwerte. So konnte Daniela Migliarese Isaac mit ihren Mitautorinnen im *Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition* bei Kindern zeigen, dass nach 18 Monaten gerade einmal 64% eine normale Anti-Tissue-Transglutaminase (atTG) hatten. Viele unserer Zuweiser erwarten aber schon früher eine Normalisierung von Mucosa und Laborwerten und verordnen ihren Patient/innen bereits eine erneute Ernährungsberatung.

Da die Umstellung auf die glutenfreie Ernährung sehr einschneidend ist und sich unbemerkte Fehler auch nach Jahren einschleichen können, sollte jede Möglichkeit für einen Refresher und die Aufdeckung von versteckten Glutenquellen mit den Betroffenen genutzt werden. Diese Beratungen müssen besonders wertschätzend sein und die Klienten auf ihrem meist hohen Wissensniveau abholen. Für diese herausfordernde Arbeit hat unsere SVDE-Fachgruppe ein Arbeitsblatt entwickelt. Dazu haben wir eine Liste von Produkten zusammengestellt, die häufig Unsicherheiten auslösen. Dieses Arbeitsblatt für den Wissenscheck beinhaltet sowohl Zutaten wie Gewürze, Stärkesirup oder E-Nummern, aber auch Nahrungsmittel wie Cornflakes, Wienerli oder Leinsamen. Auch haben wir Zutatenlisten von Produkten als Hilfsmittel für Diskussionen aufgeführt.

Die vollständige Liste und ihre Lösungen haben wir auf www.nutri-point.net hochgeladen. Schon länger befinden sich dort die Fachinformation zur «Deklarationspflicht und Beurteilung der Zutaten bezüglich Gluten» und die Fachinformationen für Ernährungsberaterinnen zu Hafer. Beide liefern Hintergrundinformationen für die vertiefte Diskussion mit den Betroffenen.

Literaturverzeichnis

- 1) *European Society for the Study of Coeliac Disease (ESsCD) Guideline for coeliac disease and other gluten-related disorders*; 2019.
- 2) Isaac D et al; *Anti-tissue transglutaminase normalization post diagnosis in children with coeliac disease*; *Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition*; 2017.
- 3) Haer P et al; *Long-term mucosal recovery and healing in coeliac disease is the rule – not the exception*; *Scan J of Gastroenterology*; 2016.

Fachgruppe Zöliakie Deutschschweiz



Glutenfrei oder nicht?

Kreuzen Sie bei jedem Lebensmittel an, ob es glutenfrei (☺) oder glutenhaltig (☹) ist oder ob Sie vor dem Kauf die Zutatenliste genauer überprüfen würden.

Nahrungsmittel	☺	☹	Zutatenliste überprüfen	Da bin ich unsicher
Dinkel				
Dextrose				
Bratwurst				
Leinsamen				
Tapiokastärke				
Linsenmehl				
Hafer				
Mayonnaise				
Sojasauce (Weizen)				
Gewürze				
Pinienkerne				
Sauerteigbrot				
Weizenkleie				
Glutamat, Natriumglutamat				
Maltose/Malzzucker				
Hefe, Hefeextrakt				
Vollkornbrot				
Aromat				
Erdnüsse				
Kichererbsen				
Würze (Soja)				
Haferkleie				
Sojalecithin				
Stärkesirup				
Guarkernmehl				

Zu finden auf www.nutripoin.net > Ernährung und Diätetik aktuell > Intoleranzen > Zöliakie

Feuille de travail pour le contrôle des connaissances



Regula Klinger-Graf, BSc
Diététicienne ASDD



Christine Wenger, BSc
Diététicienne ASDD

Même si la European Society for the Study of Coeliac Disease (ESsCD) recommande dans sa *Guideline for coeliac disease and other gluten-related disorders* un conseil diététique non seulement lors du diagnos-

tic mais aussi 12 mois après, les personnes concernées n'y retournent souvent que si elles présentent des symptômes ou si les résultats d'une gastroscopie ou des examens de laboratoire ne sont pas conformes. Les personnes concernées qui se font prescrire un conseil diététique pour ces raisons-là sont généralement motivées et suivent l'alimentation sans gluten de leur mieux.

L'objectif est de ne pas les démotiver, mais de valoriser leur motivation, notamment car plusieurs études publiées ces dernières années ont montré que chez la moitié des patient-e-s la muqueuse intestinale n'est toujours pas totalement rétablie un an après la pose du diagnostic et un régime sans gluten. Chez la plupart des patient-e-s, c'était le cas après deux ans, et cela vaut

aussi pour les valeurs de laboratoire. Dans le *Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition*, Daniela Migliarese Isaac et ses co-auteurs ont ainsi pu montrer chez des enfants que seulement 64% avaient des anticorps anti-transglutaminase tissulaire (anti-tTG) normaux après 18 mois. Nombre de nos médecins référent-e-s s'attendent à une normalisation de la muqueuse et des valeurs de laboratoire bien avant et prescrivent déjà un nouveau conseil diététique à leurs patient-e-s.

Etant donné que le passage à une alimentation sans gluten est très radical et que même après des années des erreurs peuvent se produire sans que l'on s'en aperçoive, il faut profiter de chaque opportunité pour rafraîchir les connaissances des personnes concernées et pour leur révéler des sources de gluten cachées. Ces consultations doivent être particulièrement valorisantes et tenir compte du niveau de connaissances généralement élevé des client-e-s. Notre groupe spécialisé a développé une feuille de travail pour ce travail exigeant avec une liste des produits provoquant souvent des incertitudes. Cette feuille de travail destinée au contrôle des connaissances contient des ingrédients comme les épices, le sirop d'amidon ou les numéros E, mais aussi des aliments comme les cornflakes, les saucisses de Vienne ou les graines de lin. Nous avons aussi recensé des listes des ingrédients de produits comme aide pour engager les discussions.

La liste complète avec les solutions est mise à disposition sur www.nutri-point.net. S'y trouvent également, et depuis longtemps, l'information spécialisée sur l'«Obligation de déclaration nutritionnelle et évaluation des ingrédients par rapport au gluten» et l'information spécialisée destinée aux diététicien-ne-s sur l'avoine, avec des données de base pour approfondir les discussions avec les personnes concernées.

Bibliographie voir page 21

Groupe spécialisé Maladie coéliquie Suisse alémanique 

Sans gluten ou pas?

Pour chaque aliment, veuillez cocher s'il est sans gluten (😊) ou pas (😞), ou si vous lisez en détail la liste des ingrédients pour vérifier avant de l'acheter.

Aliment	😊	😞	Vérification de la liste des ingrédients	Je ne suis pas sûr-e
Epeautre				
Dextrose				
Saucisse à rôtir				
Graines de lin				
Tapioca				
Farine de lentilles				
Avoine				
Mayonnaise				
Sauce soja (blé)				
Epices				
Pignons				
Pain au levain				
Son de blé				
Glutamate, glutamate de sodium				
Maltose / sucre de malt				
Levure, extrait de levure				
Pain complet				
Condiment en poudre Aromat				
Cacahuètes				
Pois chiches				
Assaisonnement (soja)				
Son d'avoine				
Lécithine de soja				
Sirop d'amidon				
Gomme de guar				

A trouver sur www.nutripoin.net > Alimentation et diététique actuelle > Intolérances > Maladie coéliquie

Foglio di lavoro per il controllo delle conoscenze



Regula Klinger-Graf, BSc
Dietista ASDD



Christine Wenger, BSc
Dietista ASDD

Nelle sue *Guideline for coeliac disease and other gluten-related disorders* la European Society for the Study of Coeliac Disease (ESsCD) raccomanda la consulenza nutrizionale non solo al momento della diagnosi ma anche 12 mesi dopo quest'ultima. Ciononostante, le persone affette da questa malattia spesso chiedono nuovamente una consulenza solo in presenza di disturbi oppure quando i risultati della gastroscopia o dei test di laboratorio non sono soddisfacenti. Le persone che chiedono la prescrizione di una consulenza nutrizionale per questi motivi solitamente sono motivate e seguono con diligenza il regime alimentare senza glutine.

L'obiettivo non è demotivarle, bensì valorizzare la loro motivazione. Soprattutto perché negli ultimi anni sono stati pubblicati diversi studi da quali si deduce che un anno dopo la diagnosi e l'adozione di un regime alimentare senza glutine, nella metà dei pazienti la mucosa intestinale non è ancora completamente guarita. Per la maggior parte di loro, la guarigione avviene dopo due anni. Lo stesso discorso vale per i valori di laboratorio. Negli articoli pubblicati nel *Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition*, Daniela Migliarese Isaac e le sue coautrici sono state in grado di dimostrare che 18 mesi dopo solo il 64% dei bambini presentava un normale anti-tessuto transglutaminasi (atTG). Molti dei medici di riferimento si aspettano però che la mucosa e i valori di laboratorio si normalizzino prima e perciò prescrivono

ai loro pazienti una nuova consulenza nutrizionale.

Il passaggio ad un'alimentazione senza glutine è molto drastico e persino dopo anni si possono ancora commettere inavvertitamente degli errori. È buona regola dunque sfruttare ogni occasione per fare un ripasso insieme ai nostri clienti e cercare insieme a loro le fonti nascoste di glutine. Queste consultazioni devono essere particolarmente valorizzanti e corrispondere al livello di conoscenza solitamente elevato delle persone. Si tratta di un compito impegnativo, che ha spinto il nostro gruppo specializzato ad elaborare un foglio di lavoro. Abbiamo stilato una lista di prodotti che spesso suscitano insicurezza. Questo documento per il controllo delle

conoscenze contiene ingredienti come spezie, sciroppo di amido o i numeri E, ma anche alimenti quali cornflakes, wienerli o semi di lino. Come ulteriore input per la discussione, abbiamo inserito anche la lista degli ingredienti di alcuni prodotti.

La lista completa e le soluzioni sono state caricate su www.nutri-point.net, dove da tempo le dietiste e i dietisti possono trovare anche due documenti contenenti informazioni specialistiche sull'obbligo di dichiarazione e valutazione degli ingredienti in merito al glutine e sull'avena. Queste informazioni di base sono utili per affrontare discussioni approfondite con le persone affette da celiachia.

Bibliografia sulla pagina 21

Groupe spécialisé Maladie cœliaque Suisse alémanique



SVDE ASDD

Sans gluten ou pas?

Pour chaque aliment, veuillez cocher s'il est sans gluten (☺) ou pas (☹), ou si vous lisez en détail la liste des ingrédients pour vérifier avant de l'acheter.

Aliment	☺	☹	Vérification de la liste des ingrédients	Je ne suis pas sûr-e
Epeautre				
Dextrose				
Saucisse à rôtir				
Graines de lin				
Tapioca				
Farine de lentilles				
Avoine				
Mayonnaise				
Sauce soja (blé)				
Epices				
Pignons				
Pain au levain				
Son de blé				
Glutamate, glutamate de sodium				
Maltose / sucre de malt				
Levure, extrait de levure				
Pain complet				
Condiment en poudre Aromat				
Cacahuètes				
Pois chiches				
Assaisonnement (soja)				
Son d'avoine				
Lécithine de soja				
Sirop d'amidon				
Gomme de guar				

A trouver sur www.nutripoint.net > Alimentation et diététique actuelle
 > Intolérances > Maladie cœliaque



Adrian Rufener

Präsident
Président
Presidente



Liebe Kolleginnen und Kollegen

Das erste Quartal neigt sich dem Ende entgegen. Innerhalb des SVDE ist im noch jungen 2022 bereits sehr viel gelaufen. Nebst den Verhandlungen des neuen Qualitätsvertrages mit den Krankenversicherern und den Arbeiten im Projekt APD läuft aktuell das Projekt zur Erarbeitung eines deutschsprachigen, literaturbasierten Kostformkatalogs. Zwölf Studierende der Berner Fachhochschule beschäftigen sich intensiv mit den inhaltlichen Arbeiten. Wie bereits angekündigt, ist am 5. April 2022 ein Workshop geplant, an welchem sich interessierte Mitglieder des SVDE in die Diskussionen einbringen können. Gerne möchte ich an dieser Stelle auch auf einen weiteren Fortbildungsanlass hinweisen, welcher im Rahmen des Projektes APD von besonderer Bedeutung ist. Am 2. April 2022 findet an der ZHAW ein AP-Symposium statt, an welchem der SVDE einen monoprofessionellen Teil gestaltet. Es würde mich freuen, an diesen zwei Anlässen möglichst viele von euch persönlich begrüßen zu dürfen.

Das Jahr 2022 ist für den SVDE per se ein bedeutsames Jahr. In diesem Jahr läuft die aktuelle Strategieperiode aus. Wir konnten viele unserer strategischen Ziele erreichen und erarbeiten 2022 die Strategie 2023–2027. Hierzu führen wir zum ersten Mal eine Mitgliederbefragung durch, um die Aktivitäten des SVDE noch besser auf die Bedürfnisse der Mitglieder ausrichten zu können.

Ihr seid herzlich eingeladen, euch aktiv in diese wichtige Phase zur Entwicklung unseres Berufsstandes und des SVDE einzubringen.

Chères collègues, chers collègues

Le premier trimestre touche à sa fin. Au sein de l'ASDD, beaucoup de choses se sont déjà passées au cours de cette année qui a commencé il n'y a pas très longtemps encore. Outre les négociations relatives à la nouvelle convention de qualité avec les assureurs-maladie et les travaux du projet DPA, un projet d'élaboration d'un guide alimentaire en allemand se fondant sur les ouvrages spécialisés en la matière est en cours. Douze étudiant-e-s de la Haute école spécialisée bernoise travaillent actuellement à plein régime sur son contenu. Comme nous vous l'avons déjà annoncé, un atelier est prévu pour le 5 avril 2022, lors duquel les membres de l'ASDD qui le souhaitent pourront venir participer aux débats. Je tiens ici à attirer votre attention sur une autre formation continue qui revêt une importance particulière dans le cadre du projet DPA: le 2 avril 2022, un symposium PA se tiendra à la ZHAW, lors duquel l'ASDD organisera une partie consacrée à notre profession. Je serais très heureux de pouvoir vous saluer en nombre lors de ces deux manifestations.

L'année 2022 est importante pour l'ASDD car elle est la dernière de la période stratégique en cours. Nous avons pu atteindre un grand nombre de nos objectifs stratégiques et durant cette année, nous allons élaborer la stratégie 2023–2027. Dans cette optique, nous réalisons pour la première fois une enquête auprès des membres dans le but de pouvoir encore mieux orienter les activités de l'ASDD en fonction des besoins de ses membres.

Vous êtes donc cordialement invité-e-s à vous impliquer activement dans cette phase importante pour le développement de notre profession et de l'ASDD.

Care colleghe e cari colleghi

Il primo trimestre sta per concludersi. In questa prima parte dell'anno, in seno all'ASDD sono già successe molte cose. Oltre alle trattative per il nuovo contratto di qualità con le assicurazioni malattia e i lavori riguardanti il progetto APD, stiamo realizzando un catalogo di regimi alimentari in lingua tedesca, basato sulla letteratura esistente. Dodici studenti della Scuola universitaria professionale di Berna stanno lavorando a ritmi sostenuti per svilupparne il contenuto. Come già annunciato, il 5 aprile 2022 si terrà un workshop durante il quale i membri interessati dell'ASDD potranno prendere parte alle discussioni. Vorrei anche cogliere l'occasione per parlare di un'altra offerta di formazione particolarmente importante nell'ambito del progetto APD. Il 2 aprile 2022, presso l'Università di scienze applicate di Zurigo (ZHAW), si terrà un simposio AP, nel corso del quale l'ASDD organizzerà una parte monoprofessionale. Sarei lieto di potervi accogliere numerosi in occasione di entrambi questi eventi.

Il 2022 è un anno importante per l'ASDD, poiché giunge al termine l'attuale periodo strategico. Siamo riusciti a raggiungere gran parte dei nostri obiettivi strategici e quest'anno prepariamo la strategia 2023–2027. A tal fine, per la prima volta effettuiamo un sondaggio tra voi membri dell'ASDD per poter orientare ancora meglio le attività dell'associazione ai vostri bisogni.

Siete tutti cordialmente invitati a partecipare attivamente a questa fase importante per lo sviluppo della nostra professione e dell'ASDD.

NutriDays 2022 – Symposien | colloques

25.03.2022, 13.45–14.30 Uhr, Nestlé Health Science:

Bedeutung von Mikronährstoffen und Nahrungsergänzungsmittel für die Darmgesundheit – Evidenz und Erfahrung in der gastroenterologischen Praxis (D)

Importance des micronutriments et des compléments alimentaires pour la santé de l'intestin (all.)

Prof. Dr. med. Stephan Vavricka, Facharzt für Innere Medizin und Gastroenterologie FMH, Zürich
Pr Stephan Vavricka, Médecin spécialiste en médecine interne et gastroentérologie FMH, Zurich

26.03.2022, 13.00–13.45 Uhr, Doetsch Grether AG:

Omega-3: Mythen versus Fakten (D)

Oméga 3: mythes versus faits (all.)

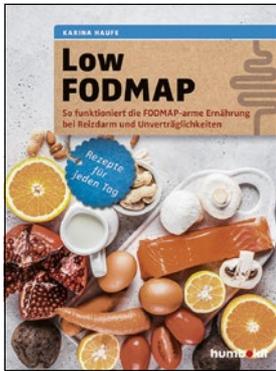
Prof. Dr. Clemens von Schacky, FESC, Geschäftsführer Omegamatrix, Martinsried
Pr Clemens von Schacky, FESC, Directeur Omegamatrix, Martinsried

NutriDays 2022 – unsere Sponsoren | nos sponsors

Wir danken unseren Gold-, Silber- und Bronzesponsoren für ihre Unterstützung!
Nous tenons à remercier nos sponsors d'or, d'argent et de bronze pour leur soutien!



Low FODMAP



Autorin: Karina Haufe
Humboldt Verlag, 2020, 160 Seiten,
ISBN 978-3-8426-2929-5

Das Buch verspricht FODMAP-Rezepte für jeden Tag und erklärt, wie die FODMAP-arme Ernährung bei Reizdarm und Unverträglichkeiten funktioniert. Nach einem Fachtteil als Einleitung (29 Seiten) folgen 30 Seiten über FODMAP. Der grösste Teil (74 Seiten) besteht aus Rezepten.

Karina Haufe hat schon andere Bücher zum Thema FODMAP geschrieben und hat mit ihren von der Fachmeinung abweichenden Ernährungsempfehlungen für Verwirrung gesorgt. In diesem Buch wird nachvollziehbar, warum beispielsweise Blumenkohl und Brombeere für Frau Haufe FODMAP-arm sind und Agar-Agar FODMAP-reich:

Die Autorin rechnet den FODMAP-Gehalt einfach zusammen, macht eigene Grenzwerte und achtet nicht auf Portionsgrößen. Das führt beispielsweise dazu, dass polyolhaltige Lebensmittel, für welche in der klassischen FODMAP-armen Ernährung tiefere Grenzwerte gelten, nicht ins

Gewicht fallen (Blumenkohl). Die von ihr definierten, recht grosszügigen Grenzwerte (z. B. Gemüse und Früchte bis 2 g/100 g) führen teilweise zu liberaleren Empfehlung (z. B. Pfirsich ist FODMAP-arm) und bei einer üblichen Ernährung zu hohen FODMAP-Mengen. Da sich im Buch die Grenzwerte immer auf 100 g beziehen, werden Nahrungsmittel, welche in kleinen Mengen verzehrt werden (wie Algenblätter, Flohsamenschalen oder Agar-Agar) als FODMAP-reich bezeichnet. Diese gelten bei der klassischen FODMAP-armen Ernährung als FODMAP-arm.

In den Tabellen fehlen teilweise Angaben (z. B. Oligosaccharidgehalt von Pistazien), was zu falschen FODMAP-Einteilungen führt. Es wird eine Spalte mit dem Galaktosegehalt geführt, obwohl Galaktose kein FODMAP ist und unklar ist, was damit bezweckt werden soll.

Andererseits wird bei Fruktose auch Fruktose aus Saccharose mitberechnet. Dies im Gegensatz zur klassischen FODMAP-Ernährung und allen Studien, wo nur die freie Fruktose berücksichtigt wird.

Zucker/Saccharose wird in der Lebensmitteltabelle gar nicht aufgeführt und alle Rezepte sind mit alternativen Süssungsmitteln wie Reissirup gesüsst. Saccharose ist allerdings kein FODMAP und die Autorin erwähnt als Disaccharid korrekterweise auch nur Laktose.

Die Rezepte stimmen irritierenderweise nicht immer mit den eigenen NM-Listen überein. Teilweise werden halbfette Milchprodukte und vegane Zutaten (Sojamilch) empfohlen.

Es wird empfohlen, dass bei Verdacht auf Zöliakie die FODMAP-arme Ernährung versuchsweise auch glutenfrei sein sollte. Dies ist entgegen allen medizinischen Regeln und grobfahrlässig.

Die Autorin verwendet oft die männliche Einzahl (der Arzt, der Patient), was für genderbewusste Schweizer/innen seltsam zu lesen ist.

Das Buch zeigt gut, wie komplex die FODMAP-arme Ernährung zu verstehen und umzusetzen ist. Frau Haufe wählt ihren eigenen Weg und deklariert diesen nicht als FODMAP-Eigenkreation, was ich absolut verantwortungslos finde.

Diese selbst kreierten FODMAP-Empfehlungen tragen leider zur Verunsicherung der Betroffenen bei und schaden dem Thema. Die Umsetzung wird aus meiner Sicht unnötigerweise erschwert, da sie zusätzliche Einschränkungen (Zucker, vegan) enthalten.

Es ist mir absolut unverständlich, warum eine ganzheitliche Ernährungstherapeutin und Heilpraktikerin so massive Änderungen an einem wissenschaftlich bewährten Konzept vornimmt. Solange sich die von Frau Haufe entwickelte FODMAP-Variante nicht als mindestens gleich wirksam wie die klassischen FODMAP-Ernährungsempfehlungen herausstellt, ist von diesem Ansatz aus Evidenzgründen abzuraten.

Fachliche Fehler und unsorgfältige Recherche sind weitere Gründe, warum ich dieses Buch keinesfalls empfehlen kann.

Rezensiert von: Beatrice Schilling,
BSc, Ernährungsberaterin SVDE



Das Basica® Gefühl

**Weniger Säure –
fühlbar mehr Energie***

Falsche Ernährung, Stress und Bewegungsmangel übersäuern Ihren Körper und bringen ihn aus der Balance.

- Basica® unterstützt regulierend Ihren Säure-Basen-Haushalt und damit Ihre Vitalität und Leistungsfähigkeit
- *Basica® enthält wichtige basische Mineralstoffe und Spurenelemente, insbesondere das für den Energiestoffwechsel wertvolle Magnesium und Zink

Infoline: 0800 80 40 42 (gebührenfrei)
info@basica.ch, www.basica.ch



Der Säure-Basen-Spezialist

Basica®

Malnutrition bei Querschnittlähmung

Querschnittlähmung – eine Diagnose mit grosser Vulnerabilität in Bezug auf Malnutrition



Irene Flury, MSc
Ernährungsberaterin SVDE
Schweizer Paraplegiker-
Zentrum Nottwil
irene.flury@paraplegie.ch

Die Prävalenz für Malnutrition bei Eintritt in eine rehabilitative Institution bei Patienten/-innen mit Querschnittlähmung (QSL) liegt bei rund 50% – je nach Kriterien, die zur Definition von Malnutrition verwendet werden (3, 4). Daten in Bezug zum klinischen Outcome sind wenige vorhanden. In einer britischen Studie, welche den Ernährungszustand von 150 Patienten/-innen mit QSL untersuchte, zeigte die malnutrierte Gruppe einen um 52% längeren Rehabilitationsaufenthalt und eine 9,2% höhere Einjahres-Mortalität (2). Eine weitere Studie mit 130 koreanischen QSL-Patienten/-innen zeigt eine signifikante Differenz bezüglich des funktionellen Status am Ende der Rehabilitation zwischen den Gruppen mit und ohne Malnutrition (3). Eine erhöhte Infektanfälligkeit und schlechtere Wundheilung wird in einem Review beschrieben. Bei Personen mit QSL soll ein besonderes Augenmerk auf den Ernährungsstatus gelegt werden, um den medizinischen und neurologischen Nutzen zu optimieren (1).

Eine adäquate Deckung des Nährstoffbedarfes kann stationär durch viele Faktoren limitiert sein. Komplikationen oder Komorbiditäten können die Nährstoffbedürfnisse oder die Nahrungszufuhr verändern. Dazu gehören z.B. eine Dysphagie, neurologische Darmfunktionsstörungen, Infektionen, die Notwendigkeit künstlicher Beatmung oder Dekubitus (1). Auch andere Faktoren können eine Rolle spielen, wie die Unfähigkeit, selbstständig zu essen, Inappetenz aufgrund einer mehrwöchigen Liegephase oder der psychischen Belastung aufgrund der Diagnose.

Im Laufe der letzten Jahre veränderte sich die Population der Betroffenen mit QSL. Patienten/-innen sind heute bei Eintritt der Lähmung deutlich älter, und der Lähmungsgrund liegt im Vergleich zu früher nun häufiger bei einer nichttraumatischen Ursache. Tumore, Infektionen und andere Erkrankungen haben stärkere Auswirkungen auf den Metabolismus und sind oft mit Multimorbidität verbunden. Mit diesen Faktoren ist auch die Anfälligkeit für eine Malnutrition in dieser Population gestiegen. Eine sehr vulnerable Gruppe stellen die Menschen dar, welche sich im Setting einer stationären Erstrehabilitation nach frisch erlittener QSL befinden (1, 4). Eine QSL kann im Rahmen eines schweren traumatischen Ereignisses oder in Zusammenhang mit einer schwerwiegenden Erkrankung entstehen, beides mit möglicher kataboler Stoffwechsellage im Verlauf. Aus der ersten Rehabilitationsphase resultiert meist ein deutlicher, ungewollter Gewichtsverlust (1, 5). Dieser verschlimmert sich in den ersten Wochen nach QSL durch die Immobilität und die fehlende Innervation. Felleiter et al. konnte zeigen, dass in dieser Zeit ein durchschnittlicher Verlust von 10% Körpermasse mit grossem Anteil von fettfreier Masse nichts Aussergewöhnliches ist (5). Diese Faktoren begünstigen eine Malnutrition oder die Patienten/-innen befinden sich deshalb mindestens in einer schlechteren Ausgangslage. Die Erstrehabilitation birgt zudem eine besondere Gefahr, aufgrund einer langen stationären Aufenthaltsdauer von meist mehreren Monaten. Nährstoffbedürfnisse ändern sich in dieser Zeit (1, 5). So können sich Ernährungsdefizite auch erst im Verlaufe des stationären Aufenthaltes manifestieren oder gar verschlimmern. Eine Hürde stellt die Diagnose der Malnutrition, respektive die Erkennung von Risikopatienten/-innen dar. Bei einer QSL wird es schon bei der Erhebung der anthropometrischen Daten schwierig und der BMI ist aufgrund der veränderten Körperzusammensetzung

kaum geeignet. Das Spinal Nutrition Screening Tool (SNST) – ein diagnosespezifisches, validiertes Screening-Tool (6) – bietet die Möglichkeit, den Ernährungszustand von Patient/-innen mit einer QSL effizienter und besser einzuschätzen und Risikopersonen für eine Malnutrition zu erkennen.

Dieses Tool wurde im Rahmen einer Substudie von SwiSCI verwendet. Die SwiSCI-Studie ist die bisher grösste Kohortenstudie für Personen mit Rückenmarksverletzungen in der Schweiz unter der Leitung der Schweizer Paraplegiker-Forschung (7). Dank dem SwiSCI-Datensatz konnte für die vor kurzem abgeschlossene Substudie, welche dieses Jahr publiziert werden soll, für den Bereich der QSL eine grosse Teilnehmerzahl erreicht werden. Das Ziel dieser retrospektiven, longitudinalen Kohorten-Studie war, das Risiko einer Malnutrition von Patienten/-innen mit QSL drei Monate nach Lähmungseintritt sowie bei Austritt nach der Erstrehabilitation zu beurteilen und Faktoren zu identifizieren, die ein hohes Risiko für Malnutrition begünstigen. Eingeschlossen wurden Männer und Frauen, 18 Jahre oder älter, die aufgrund einer QSL zwischen September 2011 und August 2020 ihre stationäre Erstrehabilitation im Schweizer Paraplegiker-Zentrum Nottwil verbracht haben. Von den 252 eingeschlossenen Teilnehmer/-innen hatten drei Monate nach Lähmungseintritt 62% ein Risiko für eine Malnutrition, zum Zeitpunkt des Austritts waren es noch 40%. Mittleres bis hohes Risiko wurde in allen Alters- und BMI-Stufen gefunden. Ein besonders hohes Risiko wurde bei beatmeten Patienten/-innen, solchen mit Dekubitus, Pneumonie und unselbstständiger Essenseinnahme festgestellt.

Die Pathophysiologie der QSL und ihre Folgen kann den Ernährungszustand stark beeinflussen. Der medizinische Zustand, die Nährstoffbedürfnisse und spezifische Einflussfaktoren verändern sich im Verlauf einer Rehabilitation. Ein erhöhtes Malnutrisionsrisiko ist während der Rehabilitation,

aber auch beim Austritt nach Hause oder in eine Folgeinstitution weit verbreitet. Besondere Aufmerksamkeit sollte den Personen mit künstlicher Beatmung, Dekubitus, Pneumonie oder mit Bedarf an Unterstützung bei der Essenseinnahme gelten. Mit diesen Erkenntnissen und den negativen Auswirkungen von Malnutrition auf den klinischen Outcome sollte das Bewusstsein in der QSL-Population diesbezüglich erhöht werden. Ein regelmässiges und standardisiertes Screening wird dringend empfohlen.

**Aktuelle Fortbildung zum Thema:
«Individualisierte Ernährungstherapie bei Querschnittlähmung»
vom 21. März 2022**

Veranstalter: Schweizer
Paraplegiker-Zentrum Nottwil

www.paraplegie.ch/spz/
> Aus- und Weiterbildung
> Paracademy

Literaturverzeichnis

- 1) Dionysiou Y. Malnutrition in spinal cord injury: more than nutritional deficiency. *Journal of Clinical Medicine Research*. 2012; 4(4): 227–36.
- 2) Wong et al. Is undernutrition risk associated with an adverse clinical outcome in spinal cord-injured patients admitted to a spinal centre? *European Journal of Clinical Nutrition*. 2014; 68(1): 125–30.
- 3) Shin et al. The nutritional status and the clinical outcomes of patients with a spinal cord injury using nutritional screening tools. *Annals of Rehabilitation Medicine*. 2018; 42(4): 591–600.
- 4) Wong et al. The prevalence of malnutrition in spinal cord injuries patients: a UK multicentre study. *The British Journal of Nutrition*. 2012; 108(5): 918–23.
- 5) Felleiter et al. Post-traumatic changes in energy expenditure and body composition in patients with acute spinal cord injury. *Journal of Rehabilitation Medicine*. 2017; 49(7): 579–84.
- 6) Wong S, Derry F, Jamous A, Hirani SP, Grimble G, Forbes A. Validation of the spinal nutrition screening tool (SNST) in patients with spinal cord injuries (SCI): result from a multicentre study. *European journal of clinical nutrition*. 2012; 66(3): 382–7.
- 7) Brinkhof MW, Fekete C, Chamberlain JD, Post MW, Gemperli A. Swiss national community survey of functioning after spinal cord injury: protocol, characteristics of participants and determinants of non-response. *Journal of Rehabilitation Medicine*. 2016; 48(2): 120–30.

Malnutrition en cas de paraplégie

La paraplégie, un diagnostic entraînant une grande vulnérabilité en matière de malnutrition



Irene Flury, MSc
Diététicienne ASDD
Centre suisse des paraplégiques (CSP) à Nottwil
irene.flury@paraplegie.ch

La prévalence de la malnutrition lors de l'admission dans une institution de réadaptation pour les patient-e-s paraplégiques est d'environ 50 % selon les critères utilisés pour définir la malnutrition (3, 4). Peu de données sont disponibles en ce qui concerne le résultat clinique. Dans une étude britannique qui a porté sur l'état nutritionnel de 150 patient-e-s paraplégiques, il a été montré qu'un séjour de réadaptation 52 % plus long et un taux de mortalité sur un an de 9,2 % supérieur ont été enregistrés pour le groupe présentant une malnutrition (2). Une autre étude réalisée auprès de 130 patient-e-s paraplégiques coréen-ne-s a révélé une différence importante entre les groupes avec et sans malnutrition en ce qui concerne le status

fonctionnel à la fin de la réadaptation (3). Une revue fait état d'une prédisposition accrue aux infections et d'une moins bonne cicatrisation. Chez les patient-e-s paraplégiques, il convient d'accorder une importance particulière à l'état nutritionnel dans le but d'optimiser le bénéfice médical et neurologique (1).

En milieu hospitalier, de nombreux facteurs peuvent limiter une couverture adéquate des besoins en nutriments. Les besoins nutritionnels ou l'apport alimentaire peuvent être modifiés par des complications ou des comorbidités telles qu'une dysphagie, des troubles neurologiques de la fonction intestinale, des infections, la nécessité d'une ventilation artificielle ou une escarre (1). D'autres facteurs peuvent également jouer un rôle, comme l'incapacité à manger seul, l'inappétence causée par plusieurs semaines d'alitement ou la charge psychique en raison du diagnostic.

La population de patient-e-s paraplégiques a évolué ces dernières années. De nos

jours, ils/elles sont nettement plus âgé-e-s quand survient la paralysie et par rapport à avant, une cause non traumatique est plus souvent à l'origine de la paralysie. Les tumeurs, les infections et d'autres maladies ont des conséquences plus graves sur le métabolisme et ont souvent un lien avec une polymorbidité. Avec ces facteurs, la prédisposition à la malnutrition a également augmenté parmi cette population. Les patient-e-s paraplégiques effectuant leur premier séjour de réadaptation représentent un groupe très vulnérable (1, 4). Une paraplégie peut survenir dans le cadre d'un événement traumatique sérieux ou d'une maladie grave. Dans un cas comme dans l'autre, avec éventuellement un métabolisme catabolique au cours de l'évolution. La première phase de réadaptation débouche généralement sur une perte de poids importante et non souhaitée (1, 5). Durant les premières semaines suivant la paraplégie, elle s'aggrave souvent en raison de l'immobilité et de l'absence d'innervation. Felleiter et al. ont montré que durant cette période, une perte moyenne de 10 % de la masse corporelle avec une part importante de masse maigre n'a rien d'ex-

traordinaire (5). Ces facteurs sont propices à la malnutrition ou les patient-e-s se trouvent donc au minimum dans une situation de départ moins favorable. La première réadaptation comporte en outre un risque particulier en raison d'une longue durée d'hospitalisation, de plusieurs mois en général. Durant cette période, les besoins nutritionnels changent (1, 5). Ainsi, des carences alimentaires peuvent également se manifester, voire s'aggraver, pendant le séjour en institution. Le diagnostic de malnutrition ou l'identification des patient-e-s à risque représente un obstacle. En cas de paraplégie, la situation se complique dès la collecte des données anthropométriques et l'IMC n'est pas vraiment utile en raison du changement de la composition corporelle. Le Spinal Nutrition Screening Tool (SNST), un outil de dépistage validé, développé spécifiquement pour cette population de patient-e-s (6), permet d'évaluer plus efficacement l'état nutritionnel des patient-e-s paraplégiques et de détecter les personnes présentant un risque de malnutrition.

Cet outil a été utilisé dans le cadre d'une sous-étude de SwiSCI. A ce jour, cette dernière est la principale étude de cohorte sur les patient-e-s blessé-e-s médullaires en Suisse. Elle a été réalisée sous la houlette de la Recherche suisse pour paraplégiques (7). Grâce au fichier SwiSCI, il a été possible

d'obtenir un nombre important de participant-e-s pour le domaine de la paraplégie pour cette sous-étude, qui vient d'être terminée et dont les résultats seront publiés cette année. L'objectif de cette étude de cohorte rétrospective longitudinale était d'évaluer le risque de malnutrition de patient-e-s paraplégiques trois mois après la survenance de la paralysie et lors de la sortie de la première réadaptation ainsi que d'identifier les facteurs qui favorisent un risque accru de malnutrition. L'échantillon était composé d'hommes et de femmes âgé-e-s d'au moins 18 ans et ayant passé leur premier séjour de réadaptation à la suite d'une paraplégie au Centre suisse des paraplégiques (CSP) à Nottwil entre septembre 2011 et août 2020. Parmi les 252 participant-e-s à l'étude, 62% présentaient un risque de malnutrition trois mois après la survenance de la paraplégie, contre 40% au moment de la sortie. Un risque moyen à élevé a été détecté dans toutes les tranches d'âge et d'IMC. Un risque particulièrement élevé a été constaté chez les patient-e-s avec ventilation artificielle, avec escarre, avec pneumonie ou avec absence d'autonomie dans la prise alimentaire.

La pathophysiologie de la paraplégie et ses conséquences peuvent avoir un fort impact sur l'état nutritionnel. L'état médical, les besoins nutritionnels et certains facteurs d'influence spécifiques évoluent

au fil de la réadaptation. Le risque de malnutrition est largement répandu pendant la réadaptation, mais aussi au moment du retour à la maison ou du transfert dans une autre institution. Il convient de porter une attention toute particulière sur les personnes sous ventilation artificielle ou présentant une escarre, une pneumonie ou ayant besoin d'être assistées pour la prise alimentaire. Sur la base de ces observations et compte tenu des conséquences négatives de la malnutrition sur le résultat clinique, la prise de conscience de la population de patient-e-s paraplégiques devrait être accrue. Un dépistage régulier et standardisé est instamment recommandé.

Formation continue dispensée prochainement (en allemand) au sujet «Individualisierte Ernährungstherapie bei Querschnittlähmung» le 21 mars 2022

Organisateur: Centre suisse des paraplégiques (CSP) à Nottwil

www.paraplegie.ch/spz/fr
> Formation et perfectionnement
> Paracademy

Bibliographie voir page 28

La malnutrizione nei pazienti mielolesi

Mielolesione – una diagnosi che presenta un'elevata vulnerabilità alla malnutrizione



Irene Flury, MSc
Dietista ASDD
Centro svizzero per paraplegici a Nottwil
irene.flury@paraplegie.ch

All'ammissione in un istituto di riabilitazione per pazienti con lesioni del midollo

spinale (mielolesione) la prevalenza di malnutrizione è di circa il 50%, a seconda dei criteri utilizzati per definire la malnutrizione (3, 4). I dati relativi ai risultati clinici sono scarsi. Da uno studio britannico, in cui è stato analizzato lo stato nutrizionale di 150 pazienti mielolesi, emerge che il soggiorno di riabilitazione del gruppo di persone malnutrite è stato più lungo del 52% e che questi pazienti presentavano un tas-

so di mortalità a un anno più elevato del 9,2% (2). Un altro studio condotto su 130 pazienti coreani mieloesi ha invece dimostrato una differenza significativa alla fine del periodo di riabilitazione tra i gruppi con e senza malnutrizione dal punto di vista dello stato funzionale (3). In una valutazione viene descritta una maggiore propensione alle infezioni e una cattiva cicatrizzazione delle ferite. Per ottimizzare i risultati da un punto di vista medico e neurologico bisognerebbe prestare un'atten-

zione particolare allo stato nutrizionale delle persone mielose (1).

Un'adeguata copertura dei bisogni nutrizionali in ambito stazionario può essere limitata da molti fattori. Le complicazioni o la comorbidità – disfagia, disfunzione intestinale neurogena, infezioni, necessità di respirazione artificiale o ulcere da pressione (1) – possono modificare il fabbisogno o l'apporto nutrizionale, al pari di altri fattori quali l'incapacità di nutrirsi in modo autonomo, l'inappetenza dovuta all'immobilità prolungata o lo stress psicologico causato dalla diagnosi.

Negli ultimi anni la popolazione di persone affette da lesioni del midollo spinale è cambiata. Oggi, al momento della comparsa della mielolesione i pazienti sono molto più anziani e le origini di questa condizione spesso non sono traumatiche, come invece succedeva in passato. Tumori, infezioni e altre malattie hanno un impatto maggiore sul metabolismo e sono spesso associate alla multimorbidità. Tali fattori hanno aumentato anche la predisposizione alla malnutrizione in questa popolazione. Un gruppo particolarmente vulnerabile sono le persone che si trovano in setting di riabilitazione iniziale in ospedale a seguito di una mielolesione (1,4) provocata da un grave evento traumatico o da una grave malattia, in entrambi i casi con possibile stato metabolico catabolico durante il decorso. La fase di riabilitazione iniziale consiste solitamente in una significativa e indesiderata perdita di peso (1, 5), condizione che va peggiorando nelle prime settimane dopo l'apparizione della mielolesione a causa dell'immobilità e dell'innervazione insufficiente. Felleiter et al. sono riusciti a dimostrare che una perdita media del 10% della massa corporea, con una notevole proporzione di massa senza grasso, non è un evento insolito durante questo periodo (5). Tali fattori favoriscono la malnutrizione oppure la situazione iniziale in cui si trovano i pazienti è come minimo più grave. La

prima riabilitazione comporta anche un rischio particolare a causa del lungo periodo di immobilità, che solitamente dura diversi mesi. I bisogni nutrizionali cambiano durante tale periodo (1, 5), cosicché durante la degenza possono manifestarsi delle carenze nutrizionali o addirittura peggiorare.

La diagnosi della malnutrizione e l'identificazione dei pazienti a rischio rappresentano un ostacolo. In caso di lesione del midollo spinale le prime difficoltà s'incontrano già nella raccolta dei dati antropometrici e – a causa della modificata composizione corporea – i valori IMC difficilmente risultano ottimali. Lo Spinal Nutrition Screening Tool (SNST), uno strumento di screening convalidato sviluppato appositamente per questa categoria di pazienti (6), offre la possibilità di analizzare meglio e in modo più efficace lo stato nutrizionale dei pazienti mielolesi e di identificare le persone a rischio di malnutrizione.

Questo strumento è stato utilizzato nell'ambito di un sotto-studio di SwiSCI, vale a dire il più grande studio di coorte per persone che soffrono di lesioni del midollo spinale in Svizzera, condotto sotto l'egida del settore Ricerca svizzera per paraplegici (7). Grazie alla banca dati SwiSCI è stato possibile acquisire un numero cospicuo di partecipanti per l'ambito mielolesione del sottostudio recentemente concluso. I risultati saranno pubblicati quest'anno. Lo scopo di questo studio di coorte retrospettivo e longitudinale era di analizzare il rischio di malnutrizione nei pazienti mielolesi tre mesi dopo l'apparizione della condizione patologica e al momento della dimissione dalla struttura in cui avevano seguito la prima riabilitazione, nonché di identificare i fattori che favoriscono un elevato rischio di malnutrizione. All'indagine hanno partecipato uomini e donne dai 18 anni in su che a seguito di una mielolesione hanno trascorso la loro prima riabilitazione stazionaria presso il Centro svizzero per paraplegici a Nottwil (tra il mese di set-

tembre 2011 e il mese di agosto 2020). Dei 252 partecipanti, il 62% era a rischio di malnutrizione tre mesi dopo la comparsa della mielolesione, rispetto al 40% al momento della dimissione. Un rischio da moderato a elevato è stato rilevato in tutti i gruppi di età e i livelli di IMC. Un rischio particolarmente alto è invece stato individuato nelle seguenti tipologie di pazienti: persone ventilate meccanicamente, con piaghe da decubito, affette da polmonite, incapaci di nutrirsi in modo autonomo.

La fisiopatologia della mielolesione e le sue conseguenze possono influire pesantemente sullo stato nutrizionale. La situazione dal profilo medico, i bisogni nutrizionali e i fattori determinanti specifici cambiano durante la fase di riabilitazione. Il rischio di malnutrizione è molto diffuso in questa fase, come pure al momento del ritorno a casa oppure del trasferimento in un'altra struttura. Un'attenzione particolare va rivolta ai pazienti con ventilazione meccanica, con piaghe da decubito, affetti da polmoniti o incapaci di nutrirsi in modo autonomo. Questi risultati, aggiunti all'impatto negativo della malnutrizione sugli esiti clinici, dovrebbero aver consentito una maggiore sensibilizzazione della popolazione mielolesa. Si raccomanda caldamente di procedere periodicamente a screening standardizzati.

**Formazione continua attuale
sul tema «Terapia nutrizionale
individualizzata nei pazienti
mielolesi» del 21 marzo 2022**

Organizzatore: Centro svizzero
di paraplegia a Nottwil

www.paraplegie.ch/spz/
> Formazione e formazione continua
> Paracademy

Bibliografia sulla pagina 28

Influencer, Dr. Google und andere: Wie wir die Öffentlichkeit mit qualitativ hochwertigen Informationen erreichen können

Die Informationen im Internet werden von uns allen am meisten verfolgt, können sich jedoch zugleich auch als die gefährlichsten Informationen herausstellen, denn sie beeinflussen und leiten unser Leben mit Verhaltens-, Konsum- und Gesundheitsentscheidungen. Wie kann unseren Patienten/-innen einfach und unmittelbar Zugang zu Informationen gewährt werden, ohne ihnen komplizierte oder verwirrende Internetrecherchen zuzumuten?

Cecilia Soldati

Ernährungsberaterin SVDE
soldati.cecilia@gmail.com

Einleitung

Ich arbeite seit mehreren Jahren als selbstständige Ernährungsberaterin im StudioGastro, einer gastroenterologischen Gemeinschaftspraxis, mit Gastroenterologin Dr. med. Cristiana Quattropiani und Gastroenterologe Dr. med. Simone Vannini zusammen.

Im Laufe der letzten Jahre wurde uns klar, dass wir zu viel Zeit damit verbringen, Fehlinformationen zu korrigieren, die unsere Patienten/-innen erhalten und sie gar zu Selbstdiagnosen verleiten, was in unserem Fachbereich häufig zu ungerechtfertigt extremen Ernährungsweisen, wie Ausschlussdiäten, führt.

Wie entstand das Projekt?

Die Idee stammt von Simone Cicalissi. Der Informatiker schlug, nachdem er mich bei der Arbeit beobachtet hatte, im Februar 2021 vor, das StudioGastro-Rezeptbuch zu nutzen «Giallo Zafferano for IBD» (wie «Betty Bossi für IBD», Anm. d. Übers.) und alles «online zu stellen» (Website). Rezepte, Fotos und Videos zur «Gastronomie» in der Gastroenterologie.

Ich nutzte die Gelegenheit, um über die Beratungsmodalitäten nachzudenken, und die ursprüngliche Idee, um Ernährungs- und Diätetik-Infokarten zu ergänzen.

Bund und Kantone: Gesundheitsförderung und Sekundärprävention

Der SVDE wies im Frühling 2021 in einer E-Mail auf die Möglichkeit hin, dass Ernährungsberater/-innen im Gesundheitswesen finanzielle Unterstützung erhalten können, wenn beim Bundesamt für Gesundheit ein Projektvorschlag eingereicht werde, der auf Interesse stosse.

Der Kanton Tessin finanziert ausschliesslich Projekte, die der Primärprävention dienen, daher wurde das vorgeschlagene Projekt für die kantonale Strategie nicht berücksichtigt.

Zielgruppe

Die online gestellten Unterlagen richten sich an:

- Personen, die sich an die Praxis *StudioGastro* wenden (Patienten/-innen).
- Personen, die für ihre Gesundheit oder eine unterstützende Behandlung Informationen benötigen.

Projektziele

- Förderung und Verbreitung valider Kenntnisse (wissenschaftlicher Erkenntnisse) über Ernährung im Bereich der Prävention und der Behandlung gastrointestinaler Erkrankungen, unter Einsatz neuer Technologien.
- Erstellung von Online-Dokumenten, die den Patienten/-innen, ihren Angehörigen sowie dem internen und externen Gesundheitsfachpersonal von *GastroStudio* zur Verfügung gestellt werden.



- Die **kostenlose** zur Verfügungsstellung der Online-Materialien und Reduktion der Gesundheitskosten.
- Web-Technologien nutzen: zunächst auf **nutri.studiogastro.ch** und, in einer zweiten Projektphase, auf der Website der Praxis StudioGastro.
- Format: Karten zur Online-Konsultation über Computer oder Mobilgerät, Fotosequenz der Rezepte, Videos.
- Der Umwelt zuliebe wird der Papier- und Druckfarbenverbrauch vermindert («Eine Ernährungsberaterin für die Umwelt», Projekt für den Tag der Ernährungsberatung SVDE im März 2017).
- Das **Ressourcennetz*** nutzen
- Verlinkung mit Berufsverbänden, mit Patientenorganisationen, mit Ernährungsberatern/-innen und Gesundheitsfachpersonen fördern.

Spezifische persönliche Ziele als Gesundheitsfachperson und Ernährungsberaterin

- Förderung der Ernährungsberater/-innen als Berufsgruppe innerhalb der Netzwerke der Gesundheitsfachpersonen und Voranbringen einer multidisziplinären und zugleich personalisierten Behandlungsweise der Patienten/-innen.
- Eine verbesserte Integration des Aspekts **Ernährung** in die Behandlungsprozesse der Praxis *StudioGastro* in Zusammenarbeit mit den Fachärzten/-innen und dem Praxisteam erreichen.



• Optimierung der individuellen Beratungstätigkeit durch ein **neues gemischtes Modell** der Ernährungsberatung: der/die Patient/-in informiert sich einerseits, indem er/sie die **Online-Karten** nutzt, andererseits kann er/sie diese durch praktische Informationen, die dem individuellen spezifischen Krankheitsbild und aktuellen Gesundheitszustand entsprechen, ergänzen, und zwar mittels einer fachärztlich verschriebenen und auf ihn/sie zugeschnittenen **individuellen Ernährungsberatung** («tailored diet»).

Materialien

- Online-Karten, Grafik und Layout in Übereinstimmung mit der Praxis-Website von *GastroStudio*. Verwendung von Piktogrammen.
- Fotos und Rezeptkarten, Rezeptvideos.
- Notizblöcke für die Praxisärzte mit einem Link und der Möglichkeit, die Rezeptkarten zu notieren.
- Programme: WordPress (Website); Google Analytics (Seitenaufrufe).

*Ressourcen

- Familienmitglieder, die in der Wissenschaft und Forschung tätig sind und sich zur Verfügung gestellt haben, um das Projekt Korrektur zu lesen, es online zu stellen und die Rezepte zu fotografieren.
- Meine Freundin Natasha, «hochtechnologisierte» Ernährungsberaterin, die die Videos der Rezepte angeboten hat; Silvia von der Zöliakiegesellschaft Italienische Schweiz, Stefano und seine Angehörigen, die wissenschaftlichen Mitarbeitenden Dario und Tiziana.
- Die Ärzte/-innen und Pflegefachpersonen des *StudioGastro*, der Informatiker Simone.
- Teilweise bereits erstelltes Material, das während der letzten zwei Jahre der Tätigkeit in der Gastroenterologie getestet wurde.

• 30 Jahre Berufserfahrung als Ernährungsberaterin: Beratungen in Arztpraxen (Allergologie, Immunologie, Gastroenterologie), Vorstandsarbeit in Patientenverbänden (Zöliakiegesellschaft der Italienischen Schweiz), Berufsverbandstätigkeiten SVDE (Fachgruppe Romandie Fodmaps), Tätigkeit in der Gruppe selbstständiger Ernährungsberaterinnen Tessin.

Beurteilung

Seitenaufrufe (Log) über Google Analytics (2022).

Zeitplan

Erste Phase:

- Erstellen und Aufschalten der Ernährungskarten (Ernährungsberaterin, Ressourcen, Informatiker).
- Ausarbeitung der Karten online (Ernährungsberaterin).
- Durchsicht der Karten durch eine Patientin/einen Patienten und deren/dessen am Projekt interessierte Angehörigen.
- Supervision der Unterlagen durch die Praxisärzte.
- Ausarbeitung Rezepte/Foto/Video (Fotografin, Informatiker, Ernährungsberater/-innen, Profi- oder Hobbykoch/-köchin, Ressourcen).
- Aufschalten: nutri.studiogastro.ch (Informatiker).

Bis Ende Dezember 2021.

Zweite Phase:

- Vernetzung neuer Rezepte, Videos und Merkblätter unter Berücksichtigung der eingegangenen Vorschläge und Anfragen der Ärzte/-innen (Informatiker, Ernährungsberaterin, Ressourcen).
- Anpassungen und fortlaufende Korrekturen (Ernährungsberaterin).
- Zwischenbericht 2022 (Ernährungsberaterin, Ressourcen).

- Beurteilung: mit Google Analytics (Informatiker).
- Bis Ende Juni 2022.

Dritte Phase 2022–2023: Erweiterung der Vernetzung und Beurteilung

- Integration der Karten und der Rezepte ins Layout der Website von *StudioGastro*: «Ernährung», Aufschaltung und mögliche Ausarbeitung des Online-Fragebogens (Informatiker und Webdesigner/ Grafiker) für weiteres Feedback.
- Informationen (Karten, Rezepte, Videos) aktualisieren, neue aktuelle erstellen.
- Wirkungsbericht: Überprüfung der ursprünglichen Ziele. Analyse und abschliessende Beurteilung.

Kommentar

Der erleichterte Zugang zu Wissen ist von entscheidender Bedeutung für die Kommunikation im Gesundheitswesen. Mit dem Einsatz von Technologie können gesunde Gewohnheiten im Bereich der Prävention gefördert und dabei auch der ökologische Wandel hin zu einer ausgewogenen und nachhaltigen Ernährung berücksichtigt werden.

Zum Zeitpunkt der Erstellung dieses Beitrags wurde gerade die erste Phase des Projekts abgeschlossen. Uns sind keine besonderen Probleme begegnet; so weit sind wir im Zeitplan und konnten die Fristen einhalten. Das Projekt könnte als Modell für andere Gastroenterologiepraxen oder -kliniken dienen.

Meine grösste Motivation, sowohl im Rahmen des Projekts als auch in meinem Arbeitsumfeld, ist der Austausch mit Kolleginnen und Kollegen und anderen Personen, die Teil des Projektnetzwerks *Nutrizione online in StudioGastro* sind.

Literaturverzeichnis

- 1) *La communication en milieu médical, un labyrinthe*, Pascal Ingy e Gilles Merminod, edizione Savoir Suisse, Presse Polytechniques et universitaires romandes, 2021
- 2) *Simply Put, a guide for creating easy-to-understand materials*, U.S. Department of Health and Human Services, Center for Disease Control and Prevention, aprile 2009.
- 3) *The health literacy, environment of hospitals and health centers*, Rima E. Rudd, Jennie E. Aderson, 2010.
- 4) EFAD: *Nutrients Profile Models*, 2018.
- 5) www.navigazionefacile.ch

Influenceurs, Dr Google & Co: comment toucher le public par des informations de qualité

L'information en ligne est à double tranchant: c'est le média le plus suivi quotidiennement, mais il peut se révéler aussi le plus dangereux, parce qu'il influence et oriente notre vie par des choix de comportement, de consommation et de santé. Comment guider les patient-e-s et leur permettre d'être informé-e-s de manière simple, directe et sans recherches compliquées ni sources de confusion sur Internet?

Cecilia Soldati
Diététicienne ASDD
soldati.cecilia@gmail.com

Introduction

Je travaille depuis quelques années en tant que diététicienne indépendante au sein du StudioGastro, un cabinet de gastroentérologie dirigé par deux médecins gastroentérologues, Cristiana Quattropiani et Simone Vannini.

Ces dernières années, nous nous sommes rendu-e-s compte que nous passions trop de temps à «remédier» à la désinformation que subissent les patient-e-s, qui les amène à établir un auto-diagnostic et, dans notre domaine, les conduit souvent à des régimes d'exclusion extrêmes et injustifiés.

Comment est né le projet?

L'ingénieur en informatique Simone Cicalissi a eu l'idée de ce projet après m'avoir observée au travail au cabinet. En février 2021, il a proposé d'utiliser le livre de recettes du StudioGastro «Giallo Zafferano for IBD» (Jaune safran pour MICI) et de «transférer» le tout en ligne, sur notre site Internet: recettes, photographies, sans oublier d'ajouter des vidéos de «gastronomie» en gastroentérologie.

J'ai profité de l'occasion pour réfléchir aux instruments de conseil et pour étoffer l'idée initiale en ajoutant des fiches d'information sur la nutrition et la diététique.

Confédération et cantons: promotion de la santé et prévention secondaire

Au printemps 2021, l'ASDD a informé par e-mail les diététicien-ne-s qu'il était possible d'obtenir un soutien financier si nous soumettions un projet à l'Office fédéral de la santé publique, à condition que celui-ci soit jugé digne d'intérêt.

Le canton du Tessin ne finance que des projets de prévention primaire. Par conséquent, notre proposition n'a pas été retenue dans la stratégie cantonale.

Cible

La documentation mise en ligne est destinée:

- aux personnes qui viennent en consultation au StudioGastro (patient-e-s);
- aux personnes qui ont besoin d'informations pour leur santé ou pour le suivi thérapeutique.

Les objectifs du projet

- Promouvoir à l'aide de nouvelles technologies la diffusion de connaissances valides (données scientifiques probantes) en nutrition et en diététique pour gérer, prévenir et traiter les maladies gastro-intestinales.
- Créer des documents et les mettre à disposition des patient-e-s, de leurs proches ainsi que du personnel de santé travaillant au sein du StudioGastro ou à l'extérieur.
- Mettre **gratuitement** à disposition le matériel en ligne et contribuer ainsi à la réduction des coûts de santé.
- Utiliser les technologies de l'Internet: dans un premier temps sur



nutri.studiogastro.ch et dans la seconde phase de réalisation du projet, sur le site du StudioGastro.

- Format: fiches à consulter en ligne avec ordinateur et appareils mobiles, séquence photo de recettes, vidéos.
- Réduire l'utilisation de papier et d'encre pour préserver l'environnement (projet personnel sur le sujet pour la Journée nationale des diététicien-ne-s ASDD, mars 2017).
- Utiliser le **réseau de ressources***.
- Favoriser les liens avec des organisations professionnelles, des associations de patient-e-s, des diététicien-ne-s et des professionnel-le-s de la santé.

Objectifs personnels spécifiques en tant que professionnelle de la santé et diététicienne

- Promouvoir la figure professionnelle de la/du diététicien-ne dans le réseau de santé et favoriser une prise en charge à la fois multidisciplinaire et personnalisée de la/du patient-e.
- Obtenir une meilleure intégration du facteur **nutrition** dans le processus thérapeutique du StudioGastro coordonné avec les médecins et l'équipe.
- Optimiser le travail de conseil individuel grâce à un **nouveau modèle mixte** de consultation diététique: d'une part, la/le patient-e s'informe en lisant les **fiches en ligne** et d'autre part, elle/il peut compléter les informations pratiques et personnelles spécifiques à sa pathologie et à son état de santé actuel par le biais



de la **consultation diététique personnalisée**, prescrite par le médecin («tailored diet»).

Outils

- Fiches en ligne, charte graphique en harmonie avec le site Internet du StudioGastro. Utilisation de pictogrammes.
- Photographies et fiches de recettes, vidéos de recettes.
- Bloc-notes destiné à l'usage des médecins du cabinet avec le lien et la possibilité d'écrire l'intitulé de la fiche.
- Gestion de contenu et d'audience: WordPress (site), Google Analytics (visualisations).

* Ressources

- Mes proches du monde universitaire et de la recherche qui se sont portées volontaires pour la correction du projet, la mise en ligne et les séances photo des recettes.
- Mon amie Natasha, diététicienne «très pointue en technologie», qui a offert les vidéos des recettes, Silvia de l'association Gruppo Celiachia della Svizzera Italiana, Stefano et ses proches, Dario et Tiziana, collaborateurs-trices scientifiques.
- Les médecins et les infirmières du StudioGastro; Simone, l'informaticien.
- Outils en partie déjà créés et expérimentés durant les deux dernières années d'activité en gastroentérologie.
- Mon expérience professionnelle de plus de 30 ans en tant que diététicienne: consultations dans des cabinets médicaux (allergologie et immunologie, gastroentérologie), membre actif du comité d'une

association de patient-e-s (Gruppo Celiachia della Svizzera Italiana), membre active dans un groupe spécialisé ASDD (groupe spécialisé romand FODMAPs), membre active du groupe d'intérêt des diététicien-ne-s indépendant-e-s du Tessin.

Evaluation

Visualisations (log) avec Google Analytics (2022).

Calendrier

Phase 1

- Rédaction des fiches nutritionnelles et mise en ligne (diététicienne, ressources, informaticien).
- Elaboration des contenus des fiches en ligne (diététicienne).
- Lecture des fiches par un patient et ses proches intéressé-e-s par le projet.
- Contrôle des documents par les médecins du cabinet.
- Elaboration des recettes, photos et vidéos (photographe, informaticien, diététiciennes, cuisinier ou passionné-e de cuisine, ressources).
- Mise en ligne: nutri.studiogastro.ch (informaticien).

Phase close fin décembre 2021.

Phase 2

- Mise en ligne de nouvelles recettes, de vidéos et de fiches, en tenant compte des suggestions reçues et des demandes de la part des médecins (informaticien, diététicienne, ressources).
- Adaptation et correction régulières (diététicienne).
- Rapport intermédiaire en 2022 (diététicienne, ressources).

- Evaluation: au moyen de Google Analytics (informaticien). D'ici fin juin 2022.

Troisième phase 2022–2023: développement de la mise en ligne et évaluation

- Intégration des fiches et des recettes au site du StudioGastro, rubrique «Nutrition», mise en ligne et éventuelle élaboration du questionnaire en ligne (informaticien et concepteur du site/graphiste) pour recueillir plus tard les commentaires.
- Actualiser les informations (fiches, recettes, vidéos) par des mises à jour, créer de nouvelles fiches d'actualité.
- Etude d'impact: vérification des objectifs de départ. Analyse et évaluation finale.

Commentaire

Faciliter l'accès au savoir est fondamental pour la communication dans le domaine des soins de santé. L'utilisation de la technologie permet de promouvoir des habitudes saines dans le cadre de la prévention, tout en tenant compte de la transition écologique vers des régimes alimentaires équilibrés et durables.

Au moment où nous rédigeons cet article, nous venons d'achever la première phrase du projet. Nous n'avons pas rencontré de problèmes particuliers si bien que les délais sont pour l'instant respectés. Ce projet pourrait devenir un modèle et être adopté par d'autres cabinets de gastroentérologie ou par des cliniques dotées d'un service ambulatoire de gastroentérologie.

Que ce soit pour la conception de projets ou la sphère professionnelle, je puise ma motivation principale dans le partage avec des collègues ou avec d'autres personnes, aides fort précieuses pour le projet Nutrition en ligne au StudioGastro.

Bibliographie voir page 33

Influencer, Dr. Google, e altri: come raggiungere il pubblico con informazioni di qualità

L'informazione in rete è oggi giorno la più seguita da noi tutti, ma può rivelarsi anche la più pericolosa perché influenza e guida la nostra vita attraverso scelte di comportamento, di consumi e di salute. Come orientare i pazienti e far in modo che siano informati in modo semplice, diretto e senza ricerche complicate o confondenti in internet?

Cecilia Soldati
Dietista ASDD
soldati.cecilia@gmail.com

Introduzione

Lavoro da diversi anni come dietista indipendente presso lo StudioGastro, uno studio di gastroenterologia con due medici gastroenterologi, la Drssa Cristiana Quatropiani e il Dr Simone Vannini.

Nel corso degli ultimi anni ci siamo resi conto che trascorriamo troppo tempo a «rimediare» alla disinformazione che i pazienti ricevono e che li porta addirittura all'autodiagnosi, e nel nostro campo, li conduce spesso a diete d'esclusione estreme, ingiustificate.

Come è nato il progetto?

L'idea è nata dall'ingegnere informatico Simone Cicalissi che, dopo avermi osservata al lavoro in sede, a febbraio 2021 ha proposto di utilizzare il Ricettario dello StudioGastro «Giallo Zafferano for IBD» e di «trasferire» il tutto in rete (sito web). Ricette, fotografie e filmati di «gastronomia» in gastroenterologia.

Ho colto l'occasione per riflettere sulle modalità di consulenza e di aggiungere all'idea iniziale delle schede informative di nutrizione e di dietetica.

Confederazione e Cantoni: promozione della salute e prevenzione secondaria

L'ASDD, tramite una comunicazione e-mail rilasciata a primavera 2021, ha segnalato la possibilità per noi dietisti operatori sanitari

di accedere a un sostegno finanziario in caso sottoponessimo un progetto – e se quest'ultimo fosse ritenuto d'interesse – presso l'Ufficio federale della sanità pubblica.

Il Cantone Ticino finanzia unicamente progetti di prevenzione primaria, per cui il progetto proposto non è stato considerato nella strategia cantonale.

Target

La documentazione messa in rete è destinata a:

- Persone che consultano lo StudioGastro (pazienti).
- Persone che necessitano di informazioni per la loro salute o per l'accompagnamento terapeutico.

Obiettivi del progetto

- Promuovere la diffusione di conoscenze valide (evidenze scientifiche) in nutrizione e in dietetica, nella gestione, nella prevenzione e nella cura delle malattie gastrointestinali, utilizzando nuove tecnologie.
- Creare documenti online a disposizione dei pazienti, delle persone a loro vicine e del personale sanitario interno ed esterno allo StudioGastro.
- Mettere a disposizione il materiale online **gratuitamente** e contribuire alla riduzione dei costi sanitari.
- Utilizzare tecnologie web: in un primo momento su **nutri.studiogastro.ch** e, in una seconda fase della realizzazione del progetto, sul sito dello StudioGastro.
- Formato: schede da consultare online con il computer e con i dispositivi mobili, sequenza fotografica di ricette, filmati.



- Diminuire l'uso della carta e l'uso dell'inchiostro per salvaguardare l'ambiente («Una dietista per l'ambiente», progetto personale per la Giornata nazionale del dietista ASDD marzo 2017).
- Utilizzare la **rete di risorse***.
- Promuovere i link: con associazioni professionali, con organizzazioni di pazienti, con dietiste ed operatori sanitari.

Obiettivi specifici personali, come operatore sanitario e dietista

- Promuovere la figura professionale della dietista nella rete di collaboratori sanitari e favorire la presa a carico del paziente in modo multidisciplinare e allo stesso tempo personalizzato.
- Ottenere una migliore integrazione dell'aspetto **nutrizione** nel processo terapeutico dello StudioGastro coordinato con i medici ed il team.
- Ottimizzare il lavoro di consulenza individuale tramite un **nuovo modello misto** di consulenza dietetica: da una parte, il paziente s'informa consultando le **schede online**, dall'altra, il paziente può completare le informazioni pratiche ed individuali, specifiche alla sua patologia ed al suo stato di salute del momento, tramite la **consulenza dietetica individuale** prescritta dal medico («tailored diet»).

Materiale

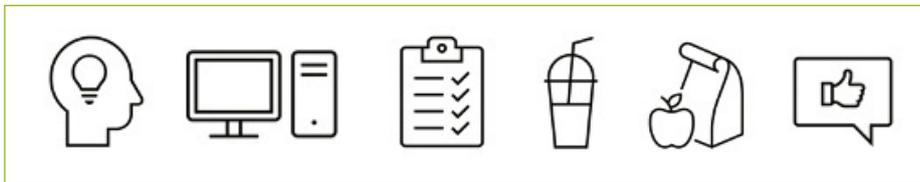
- Schede online, layout grafico in sintonia con il sito web dello StudioGastro. Utilizzo dei pittogrammi.
- Fotografie e schede di ricette, filmati di ricette.
- Bloc-notes destinate all'uso dei medici dello studio con il link e la possibilità di scrivere il nome della scheda.
- Programmi: Word press (sito); Google Analytics (visualizzazioni).

*Risorse

- I miei famigliari del mondo accademico e della ricerca che si sono messi a disposizione per la correzione del progetto, la messa online ed i servizi fotografici delle ricette.
- L'amica Natasha, dietista «supertecnologica» che ha offerto i filmati di ricette, Silvia del Gruppo Celiachia della Svizzera Italiana, Stefano e i suoi famigliari, Dario e Tiziana, collaboratori scientifici.
- I medici e le infermiere dello StudioGastro, l'informatico Simone.
- Materiale in parte già creato, sperimentato negli ultimi due anni di attività in gastroenterologia.
- Esperienza professionale di oltre 30 anni come dietista: consulenza presso studi medici (allergologia ed immunologia, gastroenterologia), attività di comitato in associazione di pazienti (Gruppo Celiachia della Svizzera Italiana), attività in gruppo specialistico ASDD (Groupe Spécialisé Romandie FODMAPs), attività nel Gruppo Dietiste Indipendenti Ticino.

Valutazione

Visualizzazioni (log) tramite Google Analytics (2022).



Tempi

Prima fase:

- Redazione schede nutrizionali e messa in rete (dietista, risorse, informatico).
 - Elaborazione contenuti schede online (dietista).
 - Lettura schede da parte di un paziente ed i suoi famigliari interessati al progetto.
 - Supervisione documenti da parte dei medici dello studio.
 - Elaborazione ricette/foto/filmato (fotografa, informatico, dietiste, cuoco o persona appassionata di cucina, risorse).
 - Messa in rete: nutri.studiogastro.ch (informatico).
- Entro fine dicembre 2021.

Seconda fase:

- Messa in rete di nuove ricette, di filmati e di schede, tenendo conto dei suggerimenti ricevuti e delle richieste da parte dei medici (informatico, dietista, risorse).
 - Adattamento e correzione costante (dietista).
 - Rapporto intermedio anno 2022 (dietista, risorse).
 - Valutazione: tramite Google Analytics (informatico).
- Entro fine giugno 2022.

Terza fase 2022–2023: estensione della messa in rete e valutazione

- Integrazione delle schede e delle ricette al layout del sito dello StudioGastro, pagina: «Nutrizione», messa in rete e

possibile elaborazione del questionario online (informatico e webdesigner/grafico) per ulteriore feedback.

- Mantenere le informazioni (schede, ricette, filmati) attuali con aggiornamenti, creare nuove schede d'attualità.
- Rapporto d'impatto: verifica degli obiettivi iniziali. Analisi e valutazione finale.

Commento

L'accesso facilitato alla conoscenza è fondamentale per la comunicazione in ambito sanitario. L'uso della tecnologia è un modo per promuovere abitudini sane nell'ambito della prevenzione tenendo conto anche della transazione ecologica verso diete bilanciate e sostenibili.

Il progetto, in data della stesura dell'articolo, ha appena concluso la prima fase. Non abbiamo riscontrato problemi particolari ed al momento, riusciamo a rispettare i tempi. Il progetto potrebbe essere un modello riproducibile in altri studi di gastroenterologia o cliniche con ambulatori di gastroenterologia.

Ciò che maggiormente crea in me la motivazione sia nella progettualità che nell'ambito professionale è la condivisione con colleghe e con altre persone che sono le preziose risorse del progetto Nutrizione online in StudioGastro.

Bibliografia sulla pagina 33

**Nutrition Care
Process und Nutrition-
Care-Process-Terminologie –
Fallbesprechungen**



Ziele:

- Anhand eines sich verändernden Fallbeispiels zutreffende Ernährungsdiagnosen stellen können
- Verständnis für den Zusammenhang zwischen P-E-S festigen
- Kritische Fragen anwenden können, die bei der Formulierung der Ernährungsdiagnose unterstützen
- Aktuelle Bedrohungen für Daten und Systeme

Inhalt:

- Strukturierung eines Fallbeispiels anhand des NCP
- Nutzung der NCPT bei der Formulierung von Ernährungsdiagnosen
- Praxisbezogene Diskussionen zur Anwendung des NCP und der NCPT

Zielpublikum:

Ernährungsberater/innen, welche Grundkenntnisse zu NCP/T mitbringen und in der Praxis anwenden.

Minimum: 20 Personen

Maximum: 50 Personen

Dauer:

Je 90 Minuten. Jeder Kurs kann einzeln ausgewählt/gebucht werden.

Kurskosten:

SVDE-Mitglieder CHF 50.– pro Kurs
Nichtmitglieder CHF 90.– pro Kurs

Referenten/-innen:

Steuergruppe NCP/T

Anmeldeschluss: 2. März 2022

Kursdatum: 9. März 2022, 11.00–12.30 Uhr

Kursort: Online (Zoom)

Anmeldeschluss: 18. April 2022

Kursdatum: 25. April 2022, 08.30–10.00 Uhr

Kursort: Online (Zoom)

Anmeldeschluss: 3. Mai 2022

Kursdatum: 10. Mai 2022, 16.30–18.00 Uhr

Kursort: Online (Zoom)

- Aktuelle Bedrohungen für Daten und Systeme

Details zur Onlinedurchführung:

- Eine Anleitung wird rechtzeitig zur Verfügung gestellt
- Zu verwendende Webbrowser: Google Chrome (ideal), Microsoft Edge (möglich)
- Falls Sie vom Arbeitsplatz aus teilnehmen, stellen Sie bitte sicher, dass Ihre IT den Zugriff auf HIN Talk Video erlaubt.

Referent:

Herr Dominik Grolimund, Health Info Net AG

Kurskosten:

SVDE-Mitglieder CHF 90.–
Nichtmitglieder CHF 120.–

Anzahl Teilnehmende:

Mind. 10 und max. 20 Teilnehmende

Anmeldeschluss: 7. September 2022

**Kursdatum: 28. September 2022,
16.30–18.45 Uhr**

Kursort: Online (HIN Talk Video)

**HIN Security-
Awareness-Schulung
(Online): Spezifische
Schulung für die IT-Security
im Gesundheitswesen**



Themenschwerpunkte:

- Datenschutz und Informationssicherheit
- Herausforderungen und Risiken
- Schutzbedürftige Daten und Systeme im Gesundheitswesen
- Sicherheitsmassnahmen und Werkzeuge
- Umgang mit Klienten-/Patientendaten
- Ausblick auf das elektronische Patientendossier

Weiterbildung in Ernährungsberatung an der BFH

CAS Angewandte Ernährungspsychologie

Angewandte Ernährungspsychologie hilft uns die Komplexität unseres Essverhaltens zu verstehen und personenzentriert zu beraten.

Start im August 2022

CAS Nutritional Assessment

Systematisches Erheben und gekonntes Interpretieren von Assessmentdaten sind wichtige Erfolgsfaktoren einer evidenzbasierten Ernährungstherapie.

Start im August 2023

Weitere Informationen und Anmeldung:

bfh.ch/weiterbildung/ernaehrung

DAS Sporternährung | CAS Sporternährung

Alles über die Ernährung im Leistungs- und im Spitzensport auf Basis der physiologischen Grundlagen und Anforderungen verschiedener Sportarten.

DAS: Start im Januar 2023 | CAS: Start im August 2023

Fachkurs Digitalisierung und Transformation im Gesundheitswesen

Lernen Sie, die digitale Transformation aktiv mitzugestalten und umzusetzen.

Nächster Start 2023

KURSÜBERSICHT VUE D'ENSEMBLE DES COURS PANORAMICA DEI CORSI

Datum Date Data	Ort Lieu Luogo	Veranstaltung Manifestation Manifestazione	SVDE-Punkte Points ASDD Punti ASDD
15.03.2022	Bern	Achtsame Körperwahrnehmung und Emotionsregulation	8
15.03.2022–12.04.2022	Online	L'alimentation durable	5
15.03.2022–21.06.2022	Online	MB-EAT	18
17.03.2022	Online	Individualisierte Ernährungstherapie bei Störungen und Krankheiten vom Bewegungsapparat	6
17.03.2022	Zürich	12. Zürcher Adipositas Symposium	3
17.03.2022	Online	Sindrome metabolica	2
18.03.2022	Bern	Symposium für Gesundheitsberufe	4
18.03.2022	Online	Corso base ncp/t e discussione di casi pratici	3
18.03.2022–19.03.2022	Luzern	Lösungsorientierte Gesprächsführung	12
21.03.2022	Nottwil	Individualisierte Ernährungstherapie bei Querschnittlähmung	5
21.03.2022	Zürich	Die Welt des intestinalen Mikrobioms – von der Stuhlanalyse bis zum ganzheitlichen Therapiekonzept	6
21.03.2022–23.03.2022	Zürich	Public Mental Health (Nr. 3370.22)	18
22.03.2022	Online	Food Waste durch die Endverbraucher*innen – Verschiedene Perspektiven	2
24.03.2022	Zürich	Die gewaltfreie Kommunikation und ihre Anwendung in Beratung und Therapie	8
24.03.2022	Bussigny-près-Lausanne	Les 1000 premiers jours qui comptent	5
25.03.2022–26.03.2022	Bern	NutriDays 2022	16
29.03.2022	Zürich	Emotions- und Spannungsregulation durch Essen	7
29.03.2022	Online	Webinaire: «Profil des acides gras érythrocytaires: indication et prise en charge nutritionnelle»	2
29.03.2022–05.04.2022	Online	Onlineseminar: Säure-Basen-Haushalt aus ernährungs-medizinischer Sicht	8
30.03.2022	Zürich	Achtsame Wahrnehmung und Spannungsregulation (VAKOG in der Ernährungs-Psychologischen Beratung IKP)	8
30.03.2022	Online	Naturheilkundlich ernährungstherapeutische Massnahmen bei Autoimmunerkrankungen	6
30.03.2022	Lancy	Expertise des algues santé	7
31.03.2022	Online	Individualisierte Ernährungstherapie bei Haut-, Haar-, Nagelstörungen und Nierenerkrankungen	6
31.03.2022	Manno	Cancro al colon: quale prevenzione, quale cura	3
05.04.2022	Online	Webconférence: Importance des 1000 premiers jours pour bien démarrer dans la vie: Rôle du microbiote intestinal	2
06.04.2022	Online	GESKES-Zertifikatskurs «Ernährungs-Potpourri»	3
06.04.2022	Online	Was können wir unseren Reizdarmpatienten/-innen bieten?	2
07.04.2022	Online	Individualisierte Ernährungstherapie für Psyche und Endokrinum	6
07.04.2022	Online	Les algues santé et le sport	2
07.04.2022–08.04.2022	Online	Nutrition et supplémentation des troubles du cycle menstruel	14
08.04.2022	Luzern	Übungstag Lösungsorientierte Gesprächsführung	6
08.04.2022–10.04.2022	Online	Verstehen, was da unbewusst is(s)t. Tiefenpsychologische Beraterweiterbildung 2022–2025	18
11.04.2022–13.04.2022	Zürich	Gesundheitspolitik (Nr. B302.30.22)	18
12.04.2022	Online	Webinaire: «Épuisement: la micronutrition au service de vos patients	2
12.04.2022–18.06.2022	Online	Formation Mind-Eat	18
21.04.2022	Zürich	SSAAMP Fortbildung: Waldmedizin und TCM	3
22.04.2022	Bern	Weil es nicht nur den biologischen Hunger gibt. Die 7 Arten von Hunger – wenn für eine Gewichtsreduktion Disziplin und Motivation nicht (mehr) genügen.	7
22.04.2022–23.04.2022	Bern	Resilienz und andere Ressourcen aktivieren	18
25.04.2022	Online	Nutrition Care Process und Nutrition-Care-Process-Terminologie – Fallbesprechungen	2
25.04.2022–27.04.2022	Allschwil	One Health (Nr. 1130.22)	18
26.04.2022	Zollikofen	Food Loss und Food Waste – Wie weiter?	3
28.04.2022	Zürich	Neue Konzepte zur Behandlung von Binge-Eating-Disorder	8
28.04.2022–29.04.2022	Online	Nutrimi XVI forum di nutrizione pratica	15
06.05.2022	Sierre	L'expertise des algues santé	7
07.05.2022	Zürich	Mindful Parenting – Achtsamkeit, Stressbewältigung und Selbstfürsorge für Eltern	8
09.05.2022	Online	Nutrition et supplémentation des troubles de la thyroïde	7
10.05.2022	Online	Nutrition Care Process und Nutrition-Care-Process-Terminologie – Fallbesprechungen	2

KURSÜBERSICHT VUE D'ENSEMBLE DES COURS PANORAMICA DEI CORSI

Datum Date Data	Ort Lieu Luogo	Veranstaltung Manifestation Manifestazione	SVDE-Punkte Points ASDD Punti ASDD
10.05.2022	Lausanne	Nutrition et fonction rénale: de la physiologie aux situations pathologiques	6
10.05.2022	Online	Webinaire: «MICI: un accompagnement par la micronutrition	2
11.05.2022–14.05.2022	Online	37. Jahrestagung der Gesellschaft für Pädiatrische Gastroenterologie und Ernährung (GPGE) e. V.	18
14.05.2022	Luzern	Übungstag Humor und Provokation	6
17.05.2022	Lausanne	Communication accessible à tont-e-s	6
19.05.2022	Zofingen	Fortbildung Essverhaltensstörungen	4
20.05.2022	Bussigny-près-Lausanne	Comment le microbiote gouverne notre cerveau?	7
21.05.2022	Bern	Hochsensibilität: Herausforderungen und Potenziale in der Beratung von neurosensitiven Menschen	8
31.05.2022	Online	Sevrage de l'alimentation par sonde à domicile	2
02.06.2022	St. Gallen	Stoffwechsel, Cholesterin und Co.	6
02.06.2022	Online	L'intestin, le miroir de nos émotions	3
09.06.2022	Zürich	SSAAMP Fortbildung: Personalisiertes Management	3
11.06.2022	Zürich	19. SSAAMP Jahreskongress 2022 – Better Aging	9
13.06.2022–17.06.2022	Bergün	Ketogenic Metabolic Therapies-Future Prevention & Treatment of NCD	18
14.06.2022	Online	Webinaire: «La micronutrition pour lutter contre les dyslipidémies»	2
15.06.2022	Zürich	Wenn die Seele durch den Körper spricht/Umgang mit psychosomatischen Störungen in der Ernährungs-Psychologischen Beratung	8
16.06.2022	Lancy	Les algues et la santé de la femme	4
23.06.2022	Zürich	Sexualberatung und -therapie	8
23.06.2022	Crissier	Les algues santé et le sport	2
23.06.2022	Online	Comment choisir le bon produit de nutrition artificielle (SNO, NE) pour mon patient	2
23.06.2022–25.06.2022	Bremen	Ernährung 2022 – Medizin fürs Leben	18
24.06.2022–25.06.2022	Zürich	Provozieren – aber richtig!	18
01.07.2022	Bern	Beraterische Interventionen ausserhalb der Informationsvermittlung, in der Arbeit mit Menschen, die Gewicht reduzieren möchten	7
06.07.2022–09.07.2022	Schiers	Lösungsorientiertes Beraten in der Ernährungs- und Diabetesberatung	18
27.08.2022	Olten	Metabolisches Syndrom – Welche Möglichkeiten bietet die orthomolekulare Medizin?	6
01.09.2022	Zürich	Ernährung bei chronisch-entzündlichen Erkrankungen	8
01.09.2022–01.12.2022	Zürich	Ganzheitliche Weiterbildung in Körperzentrierter Sexologischer Beratung IKP (Zertifikat)	18
01.09.2022–02.12.2022	Zürich	Weiterbildung Kompetenzerweiterung Paarberatung (Einzelpersonen und Paare)	18
01.09.2022–24.11.2022	Olten	Mikronährstoff-Zyklus	18

Mikrobiom Fortbildung mit myBioma



Erhalten Sie einen Einblick in den aktuellsten wissenschaftlichen Stand des Darm-Mikrobioms:

- ✔ 11 Online-Webinare & wissenschaftlicher Ernährungsleitfaden
- ✔ Eine praxisorientierte Anleitung zum Thema Mikrobiom
- ✔ Einen tiefen Einblick in die aktuelle wissenschaftlichen Studienlage
- ✔ Fachwissen über Krankheitszustände, Bakterien, Taxonomie und Parameter
- ✔ Praxisnahe Ernährungstipps für eine optimale Kundenbetreuung

Die Fortbildung richtet sich insbesondere an: ErnährungswissenschaftlerInnen, ÄrztInnen, DiätologInnen, ErnährungsberaterInnen, HeilpraktikerInnen, PhysiotherapeutInnen und allen ExpertInnen, die sich für das Mikrobiom interessieren.

Mehr erfahren

www.mybioma.com/de/fuer-partner
www.elopage.com/s/mybioma/kurs-leitfaden

La première nutrition par sonde semi-élémentaire
avec **2,0 kcal / ml** sur le marché suisse.

PEPTAMEN[®] 2.0

Die erste semi-elementale
Sondennahrung mit **2,0 kcal / ml**
auf dem Schweizer Markt.

Nouveau
Neu

Kcal

2,0 kcal / ml

18 %kcal
de protéines



18 %kcal
von Protein

peptides de
lactosérum

100 %

Molkenpeptide

lipides
sous forme de TCM

70 %

MCT
im Fettanteil

Omega
3

1600 mg / L



Nestlé Suisse S.A., Nestlé Health Science
Entre-Deux-Villes, 1800 Vevey
Infoline: 0848 000 303
www.nestlehealthscience.ch

 **Nestlé**
HealthScience[®]

NutriniDrink Compact Multi Fibre

MINI im Volumen, GROSS im Inhalt

MINI en volume, GRAND en contenu



Originalgrösse
Taille originale

Für Kinder mit krankheitsbedingter Mangelernährung und Gedeihstörung.

Pour les enfants avec une carence alimentaire et un trouble de la croissance staturo-pondérale.

- Alles drin zur ausschliesslichen oder ergänzenden Ernährung für Kinder ab 1 Jahr – in nur 125 ml
- In 3 beliebten Geschmackssorten: Erdbeere, Schoko-Karamell und Neutral
- Tout est dedans pour une alimentation exclusive ou complémentaire des enfants dès 1 an – dans seulement 125 ml
- En 3 arômes appréciés : fraise, chocolat-caramel et neutre

Lebensmittel für besondere medizinische Zwecke (bilanzierte Diät). Zum Diätmanagement bei krankheitsbedingter Mangelernährung und Gedeihstörung. Nur unter ärztlicher Aufsicht verwenden.

Alimentation à visée médicale spéciale (régime alimentaire à apport énergétique contrôlé). Pour la gestion du régime alimentaire en cas de carence alimentaire liée à une maladie et de troubles de la croissance. N'utiliser que sous surveillance médicale.

Nutricia Milupa S.A.

Hardturmstrasse 135 – 8005 Zürich

T: 044 306 90 00 – F: 044 306 89 89

NUTRICIA
Nutrini