



SVDE ASDD

Schweizerischer Verband
der Ernährungsberater/innen

Association suisse
des diététiciens-ne-s

Associazione Svizzera
delle-dei Dietiste-i

SVDE ASDD

Nutri Info

nuovo nome
neuer Name
nouveau nom

Januar | Janvier | Gennaio

1/2023



Wenig beachtete, facettenreiche Ursachen von Verdauungsproblemen
Les troubles digestifs et leurs causes variées mais peu prises en compte
Le cause trascurate, ma ricche di sfaccettature, dei problemi digestivi

PEPTAMEN®

Peptid-basierte Nährlösungen für **beste Toleranz**
Solutions nutritionnelles à base de peptides
pour une **tolérance optimale**

Peptamen® wird seit über 25 Jahren erfolgreich bei GI-Beschwerden eingesetzt – erwiesene Wirksamkeit mit > 60 klinischen Studien.

- Peptamen® ist gut verträglich und verringert die Inzidenz von Diarrhoe, Erbrechen und abdominalen Schmerzen.¹⁻³
- Peptamen® ermöglicht einen sicheren und raschen Nahrungsaufbau, um den Zielbedarf zeitnah zu erreichen.⁴⁻⁷
- Peptamen® führt im Vergleich zu Standard Sondennahrungen zu einer verbesserten Proteinzufuhr, zu Gewichtszunahmen und einem verbesserten Ernährungszustand.^{4,8,9}

Peptamen® est utilisé avec succès depuis plus de 25 ans pour traiter les troubles gastro-intestinaux – une efficacité prouvée avec > 60 études cliniques.

- Peptamen® est bien toléré et réduit l'incidence des diarrhées, vomissements et douleurs abdominales.¹⁻³
- Peptamen® permet une renutrition sûre et rapide pour atteindre l'objectif cible en temps voulu.⁴⁻⁷
- Peptamen® permet un meilleur apport en protéines, une prise de poids supérieure et un meilleur état nutritionnel que les for standard.^{4,8,9}



Referenzen/Références : 1. Fried MD, et al. Decrease in gastric emptying time and episodes of regurgitation in children with spastic quadriplegia fed a whey-based formula. J Pediatr 1992;120:569-572; 2. Shea JC et al. Pancreatology 2003;3:36-40; 3. Borlase BC et al. Surg Gynecol Obstet 1992;174:181-8; 4. Dylewski ML et al. Nutrition Poster 72; ASPEN Clinical Nutrition Week 2006; 5. Heyland DK et al. Crit Care Med 2013;41(12); 6. Heyland DK et al. Crit Care 2010; 14:R78; 7. Hopkins B, Alberda C. DC Conference 2016 (Abstract); 8. Hussey TA et al. J Pediatr Gastroenterol Nutr 2003;37:341; 9. Polk DB et al. JPEN 1992;16:499-504

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

 **Nestlé**
HealthScience®

Schon reserviert?

NutriDays 2023

24. + 25. März 2023 in Lausanne

Die SVDE-Generalversammlung findet im

Rahmen der NutriDays am 25. März 2023 statt.

www.nutridays.ch

Déjà réservé?

NutriDays 2023

24 + 25 mars 2023 à Lausanne

L'assemblée générale de l'ASDD se tiendra

le 25 mars 2023 dans le cadre des NutriDays.

www.nutridays.ch



SVDE ASDD

Die nächste Generalversammlung findet am 25. März 2023 in Lausanne statt.

Mitglieder, welche die Behandlung eines Traktandums wünschen, haben dies gemäss Statuten, Art. 8, bis 50 Tage vor der Generalversammlung schriftlich beim Vorstand einzureichen, d. h. bis am **2. Februar 2023**.

Die Teilnahme an der GV ist nur vor Ort in Lausanne möglich (kein Livestream).

La prochaine assemblée générale aura lieu le 25 mars 2023 à Lausanne.

Les membres qui souhaitent ajouter un point à l'ordre du jour doivent, selon art. 8 des statuts, en faire la demande écrite au comité au moins 50 jours avant la date de l'assemblée générale, soit jusqu'au **2 février 2023**.

La participation à l'AG est uniquement possible sur place à Lausanne (pas de livestream).

DEUTSCHSCHWEIZ

Editorial	2
Fachteil	4
Wort des Präsidenten	30
Aktuelles	31
Buchrezension	42
Kursübersicht	43

SUISSE ROMANDE

Editorial	2
Rubrique professionnelle	8
Le mot du président	30
Actualité	34
Vue d'ensemble des cours	43

SVIZZERA ITALIANA

Editoriale	2
Rubrica professionale	10
Parola del presidente	30
Attualità	35
Panoramica dei corsi	43

Impressum

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

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

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

Stellenanzeiger + Inserate / Service d'emploi + Annonces / Offerte d'impiego + Annunci
SVDE ASDD, Sekretariat, Altenbergstrasse 29, Postfach 686, 3000 Bern 8

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

Auflage / Tirage / Tiratura: 1700

Themen / Sujets / Temi
1/2023 Gastroenterologie
Gastroenterologie
Gastroenterologia
2/2023 Intuitives Essen
Alimentation intuitive
Alimentazione intuitiva
3/2023 Management in der Interprofessionalität
Management en interprofessionnalité
Gestione interprofessionale
4/2023 Süsstoffe in Schwangerschaft / Jodversorgung etc.
Les édulcorants pendant la grossesse,
l'apport en iode, etc.
Dolcificanti in gravidanza, approvvigionamento
di iodio e altro
5/2023 Sporternährung
Nutrition du sport
Alimentazione sportiva
6/2023 Kostformenkatalog
Catalogue des régimes
Catalogo delle diete alimentari

Druck / Impression / Stampa
Multicolor Print AG, Baar

Redaktions- und Inserateschluss / Délais des insertions et de rédaction / Termine d'inserzione et di redazione:
2/2023: 01.02.2023

Tariffdokumentation / Documentazione tariffaire / Documentazione delle tariffe
www.svde-asdd.ch

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

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 / Politica 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: vakant

Professionsmarketing / Marketing professionnelle / Marketing professionale:
Dominique Rémy
dominique.remy@svde-asdd.ch

Bildungsstandards / Standards de formation / Standard formativo:
Larissa Bürki-Flückiger
larissa.flueckiger@svde-asdd.ch

Arbeitsstandards: Qualität / Standards de travail: Qualité / Standard lavorativi: Qualità:
Manuela Deiss
manuela.deiss@svde-asdd.ch

Digitalisierung / Numérisation / Digitalizzazione:
Angélique Meier
angelique.meier@svde-asdd.ch

Titelbild / Photo de couverture / Illustrazione di copertina
shutterstock

ISSN 2504-1681
Schlüsselwort: Info
(Schweizerischer Verband der Ernährungsberater/innen)



Maja Dorfschmid, BSc

Ernährungsberaterin SVDE,
Leiterin Ernährungsberatung Stadtpital Zürich
Responsable du service de diététique
à l'hôpital Stadtpital Zürich
Direttrice del servizio di consulenza nutrizionale
dell'Ospedale cittadino di Zurigo

Liebe Leserin, lieber Leser

Liebe geht durch den Magen – Gesundheit auch! Respektive durch den Gastrointestinaltrakt. Einmal mehr beeindruckt mich die Vielseitigkeit der Arbeit, die Ernährungsberater/innen leisten, wenn sie sich mit gastroenterologischen Themen beschäftigen. Bereits zum zweiten Mal haben sich die Mitglieder der SVDE-Fachgruppe Gastroenterologie temporär in vier Untergruppen aufgeteilt, um sich einer spezifischen Thematik innerhalb des Fachgebiets zu widmen. Regelmässig haben wir den Stand der Recherchen in der ganzen Gruppe ausgetauscht, Rückfragen und Erfahrungen der Kolleg/innen waren dabei besonders wertvoll. Wir freuen uns, euch in dieser Ausgabe einen Einblick in unsere Arbeit geben zu dürfen.

Wir beschäftigten uns mit weit verbreiteten und kontrovers diskutierten Krankheitsbildern, aber auch mit noch wenig bekannten und weniger beachteten Problemen des Gastrointestinaltrakts. So gibt es zur häufigen Divertikelkrankheit viele Empfehlungen und Ernährungsmythen. Sind diese tatsächlich evidenzbasiert? Postoperative funktionelle Verdauungsprobleme stellen für die Betroffenen oft eine erhebliche Beeinträchtigung der Lebensqualität dar. Werden diese adäquat beachtet und therapiert? Inwieweit hat die Ernährung einen Einfluss auf die Beschwerden im Gastrointestinaltrakt bei Endometriosepatientinnen? Wie gehen Fachpersonen mit dem Spannungsfeld Essstörung und Verdauungsprobleme um?

Aktuelles Wissen, Erfahrungswerte und weitere Fragestellungen zu diesen Themen findest du in der vorliegenden Ausgabe des NutrilInfo – von der Praxis für die Praxis.

Chères lectrices, chers lecteurs

Si l'amour passe par l'estomac, la santé aussi! Et plus précisément par le transit intestinal. Je suis une fois de plus impressionnée par la diversité du travail fourni par les diététicien-ne-s quand ils/elles se penchent sur les thèmes de gastro-entérologie. C'est la deuxième fois que les membres du groupe spécialisé Gastro-entérologie se répartissent temporairement entre quatre sous-groupes pour se consacrer à un thème spécifique au sein de leur domaine spécialisé. Nous avons échangé régulièrement au sujet de l'état d'avancement des recherches au sein du groupe réuni au grand complet, et les demandes de précisions ainsi que les expériences des collègues ont alors été particulièrement précieuses. Nous nous réjouissons de vous donner un aperçu de notre travail dans ce numéro.

Nous prenons en charge des tableaux cliniques très répandus et controversés, mais aussi des problèmes de transit intestinal peu connus et moins pris en compte. Ainsi, il existe beaucoup de recommandations et de mythes alimentaires sur la maladie diverticulaire, qui est fréquente. Sont-ils effectivement basés sur des données probantes? Les problèmes digestifs fonctionnels postopératoires nuisent souvent considérablement à la qualité de vie des personnes concernées. Sont-ils pris en compte et traités de façon adéquate? En quoi l'alimentation a-t-elle une influence sur les problèmes gastro-intestinaux des patientes souffrant d'endométriose? Comment les professionnel-le-s de la santé gèrent-ils/elles les interactions entre troubles du comportement alimentaire et problèmes digestifs?

Ce numéro de NutrilInfo te propose des connaissances actuelles, des valeurs empiriques et soulève d'autres problématiques sur ces thèmes. Par des professionnel-le-s pour des professionnel-le-s.

Cara lettrice, caro lettore

L'amore passa dallo stomaco. La salute, invece, dal tratto gastrointestinale. Ancora una volta rimango impressionata dalla varietà del lavoro che le dietiste e i dietisti svolgono quando si occupano di temi legati alla gastroenterologia.

Per la seconda volta, i membri del gruppo specializzato Gastroenterologia dell'ASDD si sono suddivisi temporaneamente in quattro sottogruppi per dedicarsi a un particolare tema nell'ambito di questo settore specifico. Ci siamo riuniti regolarmente per vedere a che punto erano le ricerche all'interno di tutto il gruppo: i feedback e le esperienze delle/dei colleghe/i si sono rivelati particolarmente preziosi. In questo numero abbiamo il piacere di presentarvi il lavoro svolto.

Ci siamo occupati di quadri clinici molto diffusi e oggetto di controverse discussioni, ma anche di problemi del tratto gastrointestinale poco conosciuti e ancora meno considerati. Come la malattia diverticolare ad esempio, un problema frequente per il quale esistono molte raccomandazioni e altrettanti miti legati all'alimentazione. Si basano davvero su evidenze scientifiche? Spesso i disturbi funzionali post-operatori del tratto digestivo compromettono notevolmente la qualità di vita delle/dei pazienti. Vengono considerati e trattati in modo adeguato? In che misura l'alimentazione influisce sui disturbi del tratto gastrointestinale nelle donne con endometriosi? In che modo le specialiste e gli specialisti gestiscono le correlazioni tra disturbi alimentari e problemi digestivi?

In questo numero di NutrilInfo trovate informazioni aggiornate, valori empirici e altre questioni riguardanti queste tematiche. Dalla pratica per la pratica.



NEU

Fresubin® PRO DRINK für Muskel- und Knochengesundheit



**Jetzt in
6 Aromen!**

**480
kcal**
2,4 kcal/ml

**28,8g
Protein**

pro 200 ml Drink

Auf die besonderen Ernährungsbedürfnisse der mangelernährten Patientengruppe abgestimmt

- Deckt den erhöhten Nährstoffbedarf bei Sarkopenie, Gebrechlichkeit oder altersbedingten muskuloskelettalen Defiziten
- 480 kcal Energie liefern die empfohlene und effektive Dosis an Energie in einer Flasche^{1,2}
- 28.8 g Milchprotein davon 2.8 g Leucin
2.5-3 g Leucin werden pro Mahlzeit empfohlen, um die Muskelproteinsynthese bei mangelernährten, älteren Personen maximal zu stimulieren³

Weitere Informationen und Rezeptideen auf:
www.fresubin.com/ch/fresubin-pro-drink



**FRESENIUS
KABI**

caring for life

Ernährungstherapie bei Divertikelkrankheiten

 Fachgruppe Deutschschweiz
SVDE ASDD Gastroenterologie

Maja Dorfschmid, BSc

Ernährungsberaterin SVDE,
Leiterin Ernährungsberatung
Stadtspital Zürich

Elsbeth Kuratle, BSc

Ernährungsberaterin SVDE

Corinne Reichlin, BSc

Ernährungsberaterin SVDE

Diana Studerus, MSc

Ernährungsberaterin SVDE,
Fachexpertin Advanced Practice
Dietitian Gastroenterologie

Divertikelerkrankungen (engl. diverticular diseases; DD) sind ein relativ neues Phänomen, finden sich doch vor 1900 kaum Beschreibungen in den Lehrbüchern dazu (1). Gut 120 Jahre später liegt die geschätzte Prävalenz bei ca. 13 % für Personen unter 50 Jahren, die Prävalenz nimmt mit dem Alter zu und liegt bei den über 85-Jährigen bei ca. 66 %. Bemerkenswert dabei ist, dass das Durchschnittsalter der Betroffenen in den letzten Jahren deutlich gesunken ist und

die komplizierten Verläufe gleichzeitig zunahmen (4). Seit einer wegweisenden Studie zu DD im Zusammenhang mit dem Nahrungsfasergehalt der Ernährung, konnten zahlreiche neue Erkenntnisse zur Pathogenese gewonnen werden, die Ätiologie scheint dabei komplexer als ursprünglich postuliert (2). Welche Rolle die Nahrungsfasern dabei spielen, ist ein viel diskutiertes Thema und die Faser-Hypothese hält sich hartnäckig (3). Heute kennen wir jedoch diverse ernährungstherapeutische Interventionen zur Prophylaxe der DD. Auf den Wunsch vieler Patient/innen, aktiv etwas für ihre Gesundheit zu tun, kann mit der Empfehlung einer darmgesunden Ernährung eingegangen werden.

Pathogenese

Die Faser-Hypothese geht davon aus, dass harter Stuhl infolge einer nahrungsfaserarmen Ernährung dazu führt, dass bei der Passage des Stuhls durch das Kolon mehr Druck aufgewendet werden muss und dieser die Ausstülpungen in der Wand des Dickdarms verursacht (2). Die Herniation der Mukosa/Submukosa im Kolon erfolgt durch präformierte Schwachstellen entlang intramuraler Blutgefässe und findet prädo-

minant im Sigma statt, wo hohe Druckverhältnisse vorliegen. Gleichzeitig zeigen Personen mit Divertikeln auch myopathische Veränderungen wie eine Verdickung der Tunica muscularis, die mit dem Divertikelbefall korreliert. Weiter werden Bindegewebsveränderungen beschrieben und Personen mit systematischen Bindegewebsfasererkrankungen sind gehäuft von DD betroffen. Dergleichen zeigen Untersuchungen, dass bei der DD die intramuralen Ganglien verkleinert sind und einen erniedrigten Nervenzellgehalt aufweisen. Diese neuro- und myopathischen Veränderungen führen zu intestinalen Motilitätsstörungen, die die Entwicklung einer Divertikulose massgeblich fördern, sodass die diätetischen Einflussfaktoren in der Ätiologie der DD eher eine untergeordnete Rolle spielen (4).

Ungeklärt ist die Progression der Divertikulose zur Divertikulitis. Kolondivertikel sind anfällig für entzündliche Veränderungen, da die durch die Herniation mitgeführten Blutgefässe komprimiert werden und die prolabierte Schleimhaut lokal minderversorgt ist. Zusätzlich kann ein verengter Divertikelhals zur längeren Retention von Stuhl im Divertikellumen führen, was über eine mechanische Reizung des Divertikelrandes Druckulzerationen hervorrufen kann (4). Histopathologisch zeigen sich in manchen Fällen auch Ähnlichkeiten zu chronisch entzündlichen Darmerkrankungen, was chronische und komplizierte Verläufe der DD erklären könnte. Die pathophysiologischen Gegebenheiten der DD sind gemäss aktueller wissenschaftlicher Erkenntnisse diätetisch nur bedingt zu modulieren.

Einfluss «entzündungshemmender Ernährung» und des Mikrobioms auf die DD

Es bestehen erste Hinweise aus Kohortenstudien, dass eine entzündungshemmende Ernährung das Risiko einer DD möglicherweise reduzieren könnte. So wiesen Personen mit Divertikulitis in der Health-Professionals-Follow-up-Studie erhöhte Entzündungsmarker (CRP und IL6) auf.

Auszug aus dem Merkblatt «darmgesunde Ernährung»: Allgemeine Empfehlungen

- Nehmen Sie sich genügend Zeit zum Essen, kauen Sie die Nahrung gut und achten Sie auf eine entspannte Umgebung.
- Essen Sie drei Mahlzeiten regelmässig auf den Tag verteilt. Vermeiden Sie häufiges Snacking durch den Tag.
- Essen Sie ein möglichst breites Angebot an verschiedenen Lebensmitteln mit viel Abwechslung.
- Vermeiden Sie unnötige Einschränkungen und klären Sie genau ab, ob Sie etwas wirklich nicht vertragen.
- Trinken Sie ausreichend ungesüsste Getränke pro Tag. Genügend Flüssigkeit ist für eine gute Darmtätigkeit unerlässlich und kann Verstopfung vorbeugen.
- Konsumieren Sie hauptsächlich unverarbeitete Lebensmittel. Diese sind meistens nährstoff- und nahrungsfaserreicher. Es hilft, möglichst zu Hause selber zu kochen.
- Fürs Wohlbefinden: Falls Sie regelmässig an Stuhlgangunregelmässigkeiten und Beschwerden leiden, kann eine Reduktion von Kaffee, Kohlensäure und Kaugummi helfen.

Die von DD betroffenen Männer in dieser Follow-up-Studie von 1986 bis 2014 hatten auch ein erhöhtes Entzündungspotenzial in ihrer Ernährung. Die Ernährungsgewohnheiten wurden anhand eines validierten halbquantitativen Fragebogens zur Häufigkeit der Nahrungsaufnahme (FFQ) erhoben. Die Autoren schlossen daraus, dass die Empfehlung einer entzündungshemmenden Ernährung das Risiko einer Divertikulitis verringern kann. Eine solche Ernährung beinhaltete einen hohen Verzehr von grünem Blattgemüse, orangefarbigem Gemüse, Kaffee und Tee sowie einen geringen Verzehr von rotem und von verarbeitetem Fleisch, raffiniertem Getreide und zuckerhaltigen Getränken (6).

Welche Bedeutung haben verschiedene Nahrungspolyphenole (Grüntee-Polyphenol, Curcumin, Resveratrol und Quercetin) und ihre Metaboliten in Bezug auf diverse Magen-Darm-Krankheiten? Eine Mini-Review widmet sich dieser Fragestellung und zeigt, dass die genannten sekundären Pflanzenstoffe in vitro sowie in Tierversuchen antioxidative, entzündungshemmende, krebsbekämpfende, präbiotische und immunmodulatorische Wirkungen haben. Untersucht wurde v.a. deren Einfluss auf den Mechanismus beim Ausbruch und Auftreten div. Magen-Darm-Erkrankungen. Die Autoren weisen jedoch darauf hin, dass weitere, gross angelegte klinische Studien notwendig sind, um gastroprotektive Aktivitäten der erwähnten Polyphenole und deren Metaboliten bestätigen zu können (8).

Welchen Einfluss das intestinale Mikrobiom auf die DD hat, ist Gegenstand aktueller Forschung und die Studienergebnisse hierzu sind inkonsistent. Aktuell wird davon ausgegangen, dass das intestinale Mikrobiom für die Entstehung von Divertikeln keine Rolle spielt, jedoch könnte es für die Progression zur DD einen pathogenen Kofaktor darstellen. Auf Basis dieser Hypothese wurde auch der Einsatz von Probiotika, mit dem Ziel, das Mikrobiom «positiv zu beeinflussen», untersucht. Die Resultate der aktuell wenigen verfügbaren Studien sind jedoch widersprüchlich, sodass der Einsatz von Probiotika zur Therapie und Erhaltung der Remission der unkomplizierten DD nicht empfohlen werden kann (4).

Ernährungstherapie zur Primär- und Sekundärprophylaxe

Der Mythos, dass unverdauliche Nahrungsmittelbestandteile von Kernen, Nüssen und Popcorn sich in den Divertikeln verfangen und Entzündungen fördern, ist mittlerweile widerlegt. Ein hoher Konsum dieser Lebensmittel führt sogar zu einer Reduktion des Risikos (9). Eine nahrungsfaserreiche Ernährung ist nicht nur unbedenklich, sondern ein wichtiger Bestandteil der Primärprophylaxe (10). Eine Metaanalyse von Kohortenstudien zeigte eine Reduktion des RR um 41% (95% CI 0,55–0,64) bei einer Aufnahme von 30g Nahrungsfasern pro Tag gegenüber einer Aufnahme von 7,5 g pro Tag (10). Gemäss der Nurses Health Study scheinen insbesondere ganze Früchte sowie spezifisches Obst wie Äpfel, Birnen und Pflaumen mit einem geringeren DD-Risiko assoziiert zu sein (7). Zur Sekun-

därprophylaxe ist diesbezüglich noch keine ausreichende Datenlage vorhanden. Jedoch ist ein hoher Nahrungsfaserkonsum nicht mit einem häufigeren Auftreten von akuter Divertikulitis verbunden. Aufgrund der weiteren gesundheitsfördernden Eigenschaften sollte eine nahrungsfaserreiche Ernährung empfohlen werden (4).

Der Konsum von rotem Fleisch scheint jedoch einen Einfluss auf die DD zu haben. So zeigen neuere Studien, dass bereits ab einer Verzehrmenge von 105 g rotem Fleisch pro Woche das Risiko für eine DD linear ansteigt. Geflügel, Eier und Fisch sind hingegen unbedenklich und können in Austausch gegen rotes Fleisch bereits das Risiko senken (11). Unsere Fachgruppe empfiehlt, gezielt pflanzliche Proteinlieferanten wie Hülsenfrüchte und Tempeh einzusetzen, um zusätzlich die Nahrungsfaserzufuhr zu erhöhen.

Auszug Merkblatt «Divertikelkrankheit»: Ernährungsempfehlungen

Lange riet man Betroffenen davon ab, Lebensmittel mit unverdaulichen Bestandteilen wie Nüsse, Samen und Popcorn zu essen. Man hatte die Vermutung, dass sich Körner und Samen in den Divertikeln verfangen und dort zu Reizungen und Entzündungen führen.

In den letzten Jahren konnte man in diversen Studien nachweisen, dass genau das Gegenteil der Fall ist. Eine Ernährung, die viel Nahrungsfasern enthält, erhöht das Risiko für eine Divertikulitis nicht und unterstützt die Darmgesundheit. Durch eine faserreiche Ernährung kann Verstopfung verhindert und somit die Kontaktzeit von Darmschleimhaut und Stuhl verkürzt werden.

Nahrungsfasern

Eine ausreichende Nahrungsfaserzufuhr kann durch eine Steigerung von pflanzlichen Lebensmitteln erreicht werden.

- 5 Portionen (1 Portion = 1 Handvoll) Früchte und Gemüse pro Tag, in roher oder gekochter Form
- 2–3 Portionen Vollkorngetreide, Kartoffeln oder Hülsenfrüchte
- 30 g Nüsse, Samen oder Kerne (= 1 kleine Handvoll)

Rotes Fleisch

Ein hoher Konsum von rotem Fleisch ist mit einem höheren Risiko für die Divertikelkrankheit verbunden. Es empfiehlt sich also, mehr vegetarische Tage einzuschalten und nur ein bis zweimal pro Woche Fleisch zu essen. Hier gilt: Jede Reduktion hilft bereits.

Als Alternative sind insbesondere nahrungsfaserreiche, pflanzliche Proteinlieferanten empfehlenswert: Kichererbsen, Linsen, Kidneybohnen etc. Daneben sind auch Milchprodukte, Geflügel, Eier und Fisch geeignete Proteinlieferanten.

Auch bei übermäßigem Alkoholkonsum tritt die DD häufiger auf. Es liegen jedoch keine Daten vor, dass sich ein Alkoholkonsum im Rahmen der maximalen täglichen Verzehrempfehlungen von 30 g für Männer respektive 20 g für Frauen negativ auf die Entstehung oder den Verlauf der Erkrankung auswirkt (4).

Ein weiterer Risikofaktor ist ein Körpergewicht mit einem BMI über 22,5 kg/m². Bei Übergewicht kommt es häufiger zu Komplikationen wie Abszessen, Perforationen und Blutungen. Als möglicher Mechanismus werden proinflammatorische Zytokine, die durch das viszerale Fett freigesetzt werden, diskutiert (12).

Ernährung während der akuten Divertikulitis

In vielen Spitälern wird während der Akutphase eine nahrungsfaserarme oder gar rein flüssige Kost verordnet. Es gibt in der Literatur jedoch Hinweise, dass liberalere Diäten weder zu stärkeren Symptomen, vermehrten Rezidiven noch zu hartnäckigeren Entzündungen führen. Schlussfolgernd lässt sich sagen, dass eine starke Einschränkung wahrscheinlich nicht hilfreich ist und sich die Ernährung nach den Beschwerden der Betroffenen richten sollte (4).

Praktische Ernährungsempfehlungen für eine «darmgesunde Ernährung» und bei DD

Unsere praktische Erfahrung zeigt, dass viele Betroffene mit DD, insbesondere nach dem Auftreten einer akuten Entzündung, den Wunsch haben, aktiv eine sekundäre Prophylaxe zu betreiben. Diesem Bedürfnis gerecht zu werden, jedoch nicht-evidenzbasierte Gesundheitsversprechen zu vermeiden, stellt in der Beratung der Betroffenen eine Herausforderung dar. Wir haben daher ein Merkblatt zur «darmgesunden Ernährung» erarbeitet und auf NutriPoint abgelegt, welches (darm-) gesundheitsförderliches Verhalten fördern soll. Dabei wird in einer für Laien verständlichen Sprache auch auf das Mikrobiom, Präbiotika und Polyphenole eingegangen. Dieses Merkblatt richtet sich an alle Klient/innen, welche aktiv etwas für ihre Darmgesundheit tun möchten.

Für DD-Betroffene haben wir auf Basis der ersten aufgeführten Datenlage zusätzliche Empfehlungen formuliert und sind dabei nebst einer kurzen Erläuterung der Pathophysiologie insbesondere auch auf den Fleischkonsum, die Nahrungsfasern sowie Prä- und Probiotika eingegangen. Auch dieses Beratungshilfsmittel ist auf dem NutriPoint abrufbar.

Literaturverzeichnis

- 1) Hawkins, A.T., Wise, P.E., Chan, T., Lee, J.T., Glyn, T., Wood, V., Eglinton, T., Frizelle, F., Khan, A., Hall, J., Ilyas, M.I.M., Michailidou, M., Nfonsam, V.N., Cowan, M.L., Williams, J., Steele, S.R., Alavi, K., Ellis, C.T., Collins, D., Winter, D.C., Zaghiyan, K., Gallo, G., Carvello, M., Spinelli, A., & Lightner, A.L. (2020, Oct). Diverticulitis: An Update From the Age Old Paradigm. *Curr Probl Surg*, 57(10), 100862. <https://doi.org/10.1016/j.cpsurg.2020.100862>
- 2) Painter, N. S., & Burditt, D.P. (1971). Diverticular disease of the colon: a deficiency disease of Western civilization. *British medical journal*, 2(5759), 450-454. <https://doi.org/10.1136/bmj.2.5759.450>. Dennoch hält sich die «Faser-Hypothese» hartnäckig
- 3) [Hawkins, Oben] & [O'Keefe S.J. (2019). The association between dietary fibre deficiency and high-income lifestyle-associated diseases: Burkitt's hypothesis revisited. *The lancet. Gastroenterology & hepatology*, 4(12), 984-996. [https://doi.org/10.1016/S2468-1253\(19\)30257-2](https://doi.org/10.1016/S2468-1253(19)30257-2)]
- 4) Leifeld, L., Gemmer, Ch., Böhm, S., Krus, W. (2021). S3-Leitlinie Divertikelerkrankheit/Divertikulitis – Gemeinsame Leitlinie der Deutschen Gesellschaft für Gastroenterologie, Verdauungs- und Stoffwechselkrankheiten (DGVS) und der Deutschen Gesellschaft für Allgemein- und Viszeralchirurgie (DGAV).
- 5) [Hawkins s. oben] & [Carabotti, M., Falangone, F., Cuomo, R., & Annibale, B. (2021, Apr 14). Role of Dietary Habits in the Prevention of Diverticular Disease Complications: A Systematic Review. *Nutrients*, 13(4). <https://doi.org/10.3390/nu13041288>]
- 6) Ma W, Jovani M, Nguyen LH, Tabung FK, Song M, Liu PH, Cao Y, Tam I, Wu K, Giovannucci EL, Strate LL, Chan AT. Association Between Inflammatory Diets, Circulating Markers of Inflammation, and Risk of Diverticulitis. *Clin Gastroenterol Hepatol*. 2020 Sep; 18(10):2279-2286. e3. doi: 10.1016/j.cgh.2019.11.011. Epub 2019 Nov 8. PMID: 31712072; PMCID: PMC7310666
- 7) Ma W, Nguyen LH, Song M, Jovani M, Liu PH, Cao Y, Tam I, Wu K, Giovannucci EL, Strate LL, Chan AT. Intake of Dietary Fiber, Fruits, and Vegetables and Risk of Diverticulitis. *Am J Gastroenterol*. 2019 Sep; 114(9):1531-1538. doi: 10.14309/ajg.0000000000000363. PMID: 31397679; PMCID: PMC6731157.
- 8) Chiu HF, Venkatakrishnan K, Golovinskaja O, Wang CK. Gastroprotective Effects of Polyphenols against Various Gastro-Intestinal Disorders: A Mini-Review with Special Focus on Clinical Evidence. *Molecules*. 2021 Apr 6; 26(7):2090. doi: 10.3390/molecules26072090. PMID: 33917379; PMCID: PMC8038706.
- 9) Strate, L., Liu, Y., Syngal, S., et.al. (2008). Nut, corn and popcorn consumption and the incidence of diverticular disease. *Jama*, 300(8):907-14
- 10) Aune, D., Sen, A., Norat, T., & Riboli, E. (2020). Dietary fibre intake and the risk of diverticular disease: a systematic review and meta-analysis of prospective studies. *European Journal of Nutrition*, 59:421-432.
- 11) Cao, Y., Strate, L., Keeley, B., Tam, I., Wu K., Giovannucci, E., & Chan, A. (2018). Meat intake and risk of diverticulitis among men. *Gut*, 67(3):466-472
- 12) Aune, S., Sen, A., Leitzmann, M., Norat, T., Tonstad, S. & Vatten, L. (2017). Body mass index and physical activity and the risk of diverticular disease: a systematic review and meta-analysis of prospective studies. *European Journal of Nutrition*; 56(8):2423-2438.



Egal ob Erbsenzählerin oder Kalorienschätzer.

**Wir haben das richtige
Ernährungs-Fachwissen für alle.**

Interessiert an fachspezifischen Infos rund um die
Ernährung, Milch und Gesundheit? Jetzt entdecken:

[swissmilk.ch/nutrition](https://www.swissmilk.ch/nutrition)

swissmilk

La thérapie nutritionnelle en cas de maladie diverticulaire

 Fachgruppe Deutschschweiz
SVDE ASDD Gastroenterologie

Maja Dorfschmid, BSc

Diététicienne ASDD,
Responsable du service de diététique
à l'hôpital Stadtspital Zürich

Elsbeth Kuratle, BSc

Diététicienne ASDD

Corinne Reichlin, BSc

Diététicienne ASDD

Diana Studerus, MSc

Diététicienne ASDD,
experte diététicienne de pratique avancée
en gastroentérologie

Les maladies diverticulaires (en anglais diverticular diseases) sont un phénomène relativement récent: elles n'apparaissent que très rarement dans les manuels avant le XX^e siècle (1). Un peu plus de 120 ans plus tard, on estime que leur prévalence est d'environ 13% chez les personnes de moins de 50 ans. Elle augmente avec l'âge et passe à environ 66% après 85 ans. Notons que la moyenne d'âge des personnes concernées a considérablement diminué ces dernières années, alors que les évolutions complexes ont augmenté (4). Une étude prometteuse sur le lien entre les maladies diverticulaires et la teneur en fibres alimentaires nous a permis d'acquérir de nombreuses connaissances sur leur pathogenèse. Leur étiologie semble plus complexe que nous le pensions (2). Le rôle des fibres alimentaires fait débat, et l'«hypothèse des fibres» perdure (3). Mais aujourd'hui, nous connaissons diverses interventions de thérapie nutritionnelle employées pour prévenir les maladies diverticulaires. Beaucoup de patient-e-s souhaitant participer activement à leur traitement, on peut leur recommander d'adopter une alimentation favorisant la santé intestinale.

Pathogenèse

Selon l'«hypothèse des fibres», une alimentation pauvre en fibres produit des selles

dures dont le passage exerce davantage de pression dans le côlon, ce qui finit par créer des protubérances sur la paroi du gros intestin (2). L'herniation de la muqueuse ou de la sous-muqueuse du côlon se produit dans des zones de faiblesse préexistantes le long des vaisseaux sanguins dans la paroi intestinale. Les diverticules se forment principalement dans le sigmoïde, où la pression est plus élevée. Les personnes atteintes de diverticulose présentent en outre des modifications myopathiques, telles qu'un épaississement de la tunique musculaire, corrélées à l'apparition des diverticules. La littérature décrit également des modifications du tissu conjonctif. Ainsi, les personnes atteintes de maladies systémiques du tissu conjonctif sont davantage sujettes aux maladies diverticulaires. Des examens montrent également qu'en cas de maladie diverticulaire, les ganglions intramuraux se rétrécissent et possèdent moins de cellules nerveuses. Ces modifications neuropathiques et myopathiques provoquent des troubles de la motilité intestinale qui favorisent nettement l'apparition d'une diverticulose. Les facteurs diététiques jouent donc un rôle secondaire dans l'étiologie (4).

Les mécanismes de la progression de la diverticulose vers la diverticulite n'ont pas été clairement élucidés. Les diverticules du côlon sont sujets aux modifications inflammatoires, car les vaisseaux contenus dans l'herniation sont comprimés, et le prolapsus de la muqueuse est moins approvisionné localement. Par ailleurs, le rétrécissement du cou du diverticule peut retenir les selles dans la lumière du diverticule, provoquer une irritation mécanique au bord du diverticule, et engendrer des ulcérations (4). Du point de vue de l'histopathologie, certains cas sont similaires aux maladies inflammatoires de l'intestin, ce qui pourrait expliquer les évolutions chroniques et complexes des maladies diverticulaires. Les connaissances scientifiques actuelles montrent que les méthodes diététiques ne modulent que partiellement la physiopathologie des maladies diverticulaires.

L'influence d'une «alimentation anti-inflammatoire» et du microbiome

Des études de cohortes donnent quelques premières indications selon lesquelles une alimentation anti-inflammatoire pourrait diminuer le risque de maladie diverticulaire. Ainsi, des personnes atteintes de diverticulite participant à l'étude Health Professionals Follow-Up menée de 1986 à 2014 présentaient des marqueurs d'inflammation élevés (CRP et IL6). L'alimentation des participants de sexe masculin avait également un potentiel inflammatoire élevé. Les habitudes alimentaires ont été recensées à l'aide d'un questionnaire de fréquence alimentaire (FFQ) semi-quantitatif. D'après les données récoltées, les auteur-e-s ont conclu qu'une recommandation en faveur d'une alimentation anti-inflammatoire – grande quantité de légumes-feuilles verts, de légumes oranges, de café et de thé, faible quantité de viande rouge et transformée, de céréales raffinées et de boissons sucrées – peut diminuer le risque de diverticulite (6).

Quelle est l'importance des polyphénols alimentaires (présents dans le thé vert, la curcumine, le resvératrol et la quercétine) et de leurs métabolites en ce qui concerne diverses maladies gastro-intestinales? Une mini-revue a montré qu'in vitro et lors d'essais menés sur l'animal, les substances végétales secondaires susmentionnées ont eu des effets antioxydants, anti-inflammatoires, anticancéreux, probiotiques et immunomodulateurs. L'objectif principal de cette analyse était de déterminer l'influence de ces substances sur les mécanismes de déclenchement et d'apparition de diverses maladies gastro-intestinales. Les auteur-e-s indiquent toutefois que des études à grande échelle sont nécessaires pour confirmer les effets protecteurs des polyphénols susmentionnés et de leurs métabolites sur l'intestin (8).

Les résultats des études cliniques et de la recherche ne sont pas encore suffisants pour montrer l'effet du microbiome intestinal sur les maladies diverticulaires. On

suppose que le microbiome ne participe pas à l'apparition de diverticules, mais qu'il est un cofacteur pathogène de progression vers une maladie diverticulaire. En suivant cette hypothèse, l'emploi de probiotiques en vue «d'exercer une influence positive» sur le microbiome a lui aussi été examiné. Malheureusement, les résultats des quelques études disponibles se contredisent, de sorte que les probiotiques ne sont pas recommandés dans le traitement et le maintien de la rémission des maladies diverticulaires simples (4).

La thérapie nutritionnelle en prophylaxie primaire et secondaire

Le mythe selon lequel les parties des noix, des graines ou du popcorn qui ne sont pas digérées se retrouvent piégées dans les diverticules et favorisent les inflammations a été réfuté. Une grande consommation de ces aliments réduit même le risque de maladie diverticulaire (9). En effet, une alimentation riche en fibres alimentaires est non seulement sans danger, mais c'est aussi une composante essentielle de la prophylaxie primaire (10). Une méta-analyse d'études de cohorte a montré une réduction du RR de 41% (IC à 95% CI 0,55–0,64) lors d'une prise quotidienne de 30 g de fibres alimentaires, par rapport à une prise quotidienne de 7,5 g. (10). Selon la Nurses Health Study, les fruits entiers et certains fruits précis – pommes, poires ou prunes – semblent être associés à un moindre risque de maladie diverticulaire (7). Nous ne disposons pas encore de données suffisantes concernant la prophylaxie secondaire. Cela dit, une grande consommation de fibres alimentaires n'est pas liée à une apparition plus fréquente de diverticulite aiguë. Au vu de ses vertus, une alimentation riche en fibres devrait être recommandée (4).

En revanche, la consommation de viande rouge semble avoir une influence négative. En effet, de nouvelles études montrent que le risque de maladie diverticulaire augmente de façon linéaire dès la prise de 105 g de viande rouge par semaine. La volaille, les œufs et le poisson diminuent au contraire le risque lorsqu'ils remplacent la viande

Extrait de la feuille d'information sur l'alimentation favorisant la santé intestinale (en allemand): Recommandations générales

- Prenez le temps de manger, mâchez bien vos aliments et prenez vos repas dans une ambiance détendue.
- Mangez trois repas par jour, bien répartis dans la journée. Evitez les en-cas fréquents et le grignotage.
- Mangez des aliments aussi variés que possible.
- Evitez de vous restreindre inutilement et faites des analyses pour vous assurer que vous avez bel et bien une intolérance à un aliment précis.
- Buvez suffisamment de boissons non sucrées durant la journée. Un apport en liquides suffisant est indispensable au transit intestinal et aide à prévenir la constipation.
- Consommez principalement des aliments non transformés. Ils sont généralement plus riches en nutriments et en fibres alimentaires. Tâchez de préparer vos repas à domicile.
- Pour votre bien-être : si vous avez souvent un transit irrégulier et des troubles digestifs, réduisez votre consommation de café, de boissons gazeuses et de chewing-gums.

rouge (11). Notre groupe spécialisé recommande l'emploi de sources de protéines végétales telles que les légumineuses et le tempeh afin d'augmenter encore davantage l'apport en fibres alimentaires.

La prévalence des maladies diverticulaires est également plus élevée lors d'une consommation excessive d'alcool. Aucune donnée ne montre toutefois qu'une consommation inférieure à la quantité quotidienne maximale recommandée (30 g pour les hommes et 20 g pour les femmes) favoriserait l'apparition ou l'évolution de la maladie (4).

Un IMC de plus de 22,5 kg/m² constitue un facteur de risque supplémentaire. Des complications telles que des abcès, des perforations et des hémorragies surviennent plus fréquemment en cas de surpoids. Les discussions actuelles portent sur les cytokines pro-inflammatoires libérées par la graisse viscérale (12).

L'alimentation durant les phases de diverticulite aiguë

Une alimentation pauvre en fibre, voire purement liquide, est prescrite dans de nombreux hôpitaux durant la phase aiguë. Pourtant, la littérature indique que des régimes moins restrictifs n'intensifient pas les symptômes, n'augmentent pas le taux de récives, et n'exacerbent pas les inflammations. On peut donc en déduire que des restrictions plus sévères sont sans doute inutiles, et que l'alimentation de-

vrait être adaptée aux symptômes des personnes concernées (4).

Des recommandations alimentaires pratiques pour une alimentation favorisant la santé intestinale

D'après notre expérience, de nombreuses personnes atteintes de maladie diverticulaire souhaitent employer des mesures prophylactiques secondaires, surtout après un épisode inflammatoire aigu. Il n'est pas simple de satisfaire ce souhait sans leur promettre de résultats, faute de preuves. Nous avons donc rédigé une feuille d'information sur l'alimentation favorisant la santé intestinale (en allemand) pour inciter les patient-e-s à développer des habitudes saines et l'avons téléchargé sur NutriPoint. Elle contient aussi des informations faciles à comprendre sur le microbiome, les probiotiques et les polyphénols. Elle est destinée à tous-te-s les client-e-s qui souhaitent agir en faveur de leur santé intestinale.

Nous avons élaboré des recommandations supplémentaires destinées aux personnes atteintes de maladies diverticulaires d'après les données probantes mentionnées plus haut. Elles décrivent brièvement la physiopathologie avant d'aborder plus précisément la consommation de viande, les fibres alimentaires, les prébiotiques et les probiotiques. Cet outil de conseil est lui aussi disponible sur NutriPoint.

Bibliographie voir page 6

Terapia nutrizionale in caso di malattie diverticolari

 Fachgruppe Deutschschweiz
SVDE ASDD Gastroenterologie

Maja Dorfschmid, BSc

Dietista ASDD,
direttrice del servizio di consulenza nutri-
zionale dell'Ospedale cittadino di Zurigo

Elsbeth Kuratle, BSc

Dietista ASDD

Corinne Reichlin, BSc

Dietista ASDD

Diana Studerus, MSc

Dietista ASDD
advanced practice dietitian
in gastroenterology

Le malattie diverticolari (in inglese diverticular diseases, DD) sono un fenomeno relativamente recente, se si pensa che non sono descritte in praticamente nessun libro di testo antecedente al 1900 (1). Oltre 120 anni dopo, nelle persone al di sotto dei 50 anni la prevalenza stimata è del 13% circa. Con l'avanzare dell'età, la prevalenza aumenta e nelle persone di oltre 85 anni si attesta al 66% circa. Degno di nota è il fatto che negli ultimi anni l'età media delle persone colpite si è chiaramente abbassata e che nel contempo i decorsi complicati sono aumentati (4). Dalla pubblicazione di uno studio innovatore sulla correlazione tra DD e tenore di fibre alimentari nell'alimentazione, si è scoperto molto sulla patogenesi: l'eziologia sembra più complessa di quando originariamente postulato (2). Quale sia il ruolo delle fibre alimentari è oggetto di molte discussioni e l'«ipotesi delle fibre» è dura a morire (3). Oggi conosciamo comunque diversi interventi di terapia nutrizionale per prevenire le DD. Al desiderio di molte/i pazienti di fare attivamente qualcosa per la propria salute possiamo rispondere raccomandando un'alimentazione sana per l'intestino.

Patogenesi

L'«ipotesi delle fibre» presuppone che il passaggio attraverso il colon di feci dure dovute

a un'alimentazione povera in fibre alimentari l'intestino richiede una maggiore pressione e che ciò causi le estroflessioni nella parete dell'intestino crasso (2). L'erniazione della mucosa/sottomucosa nel colon avviene attraverso zone deboli preesistenti lungo i vasi sanguigni intramurali e si verifica principalmente nel sigma, dove la pressione è maggiore. Contemporaneamente, le persone con diverticoli presentano anche alterazioni miopatiche quali un ispessimento della tonaca muscolare che va di pari passo con la diverticolosi. Inoltre, sono descritte alterazioni del tessuto connettivo e le persone con malattie connettive sistemiche sono spesso colpite da DD. Studi indicano anche che nelle DD i gangli intramurali sono di dimensioni ridotte e presentano un numero minore di cellule nervose. Queste alterazioni neuropatiche e miopatiche causano disturbi della motilità intestinale che favoriscono in modo determinante lo sviluppo di una diverticolosi. Il fattore dietetico riveste dunque un ruolo piuttosto secondario nell'eziologia delle DD (4).

Non è ancora chiaro come la diverticolosi progredisca in diverticolite. I diverticoli del colon sono predisposti all'alterazione infiammatoria, perché i vasi sanguigni coinvolti dall'erniazione vengono compressi e la vascolarizzazione della mucosa prolapsata è dunque localmente ridotta. Inoltre, un collo del diverticolo ristretto può portare alla ritenzione prolungata di feci nel lume del diverticolo, e ciò può provocare ulcere da pressione a causa dell'irritazione meccanica del bordo del diverticolo (4). Da un punto di vista istopatologico in alcuni casi si notano anche similitudini con le malattie infiammatorie croniche intestinali: una possibile spiegazione di decorsi cronici e complicati di DD. Secondo le attuali conoscenze scientifiche, la patofisiologia delle DD è solo limitatamente modulabile con la dieta.

Influsso dell'«alimentazione antinfiammatoria» e del microbioma sulle DD

Si cominciano ad avere prime indicazioni provenienti da studi di coorte secondo cui l'alimentazione antinfiammatoria potrebbe ridurre il rischio di DD. Nello studio Health Professionals Follow-Up, ad esempio, le persone con diverticolite presentavano marker infiammatori elevati (PCR e IL6). In questo studio di follow-up, effettuato dal 1986 al 2014, gli uomini colpiti da DD presentavano anche un potenziale infiammatorio elevato nella propria alimentazione. Le abitudini alimentari sono state rilevate con un questionario sulla frequenza dell'assunzione di cibo (FFQ) semiquantitativo e validato. Gli autori ne hanno dedotto che raccomandare un'alimentazione antinfiammatoria potrebbe diminuire il rischio di diverticolite. Questo tipo di alimentazione include il consumo di grandi quantità di verdure a foglia verde, verdure di color arancione, caffè e tè nonché un consumo ridotto di carne rossa o trasformata, cereali raffinati e bevande zuccherate (6).

Che importanza rivestono diversi polifenoli alimentari (polifenoli del tè verde, curcumina, resveratrolo e quercetina) e i loro metaboliti in relazione a differenti malattie gastrointestinali? Una mini review dedicata a questa domanda indica che le sostanze vegetali secondarie citate hanno effetto antiossidante, antinfiammatorio, antitumorale, prebiotico e immunomodulante sia in vitro che in esperimenti sugli animali. È stato studiato soprattutto il loro influsso sul meccanismo coinvolto nella manifestazione e nella comparsa di diverse malattie gastrointestinali. Gli autori fanno però notare che sono necessari ulteriori grossi studi clinici per poter confermare l'attività gastroprotettiva dei polifenoli citati e dei loro metaboliti (8).

Quale sia l'influsso del microbioma intestinale sulle DD è oggetto di attuali ricerche; i risultati degli studi a questo proposito non sono ancora affidabili. Al momento si ipotizza che il microbioma intestinale non sia coinvolto nello sviluppo dei diverticoli; tuttavia, potrebbe essere un cofattore patogeno per la progressione di una DD.

Sulla base di questa ipotesi si è studiato anche l'impiego di probiotici con l'obiettivo di «influenzare positivamente» il microbioma. I risultati dei pochi studi attualmente disponibili sono però contraddittori, ragion per cui non si può raccomandare l'impiego di probiotici per la terapia e il mantenimento della remissione di DD non complicate (4).

Terapia nutrizionale per la profilassi primaria e secondaria

Il mito secondo cui componenti indigeribili dell'alimentazione di noccioli, noci e popcorn potrebbero restare intrappolati nei diverticoli e promuovere l'infiammazione è ormai stato confutato. Un elevato consumo di questi alimenti comporta addirittura una riduzione del rischio (9). Un'alimentazione ricca in fibre alimentari non solo non è dannosa, ma è addirittura un'importante componente della profilassi primaria (10). Una metanalisi di studi di coorte ha evidenziato una riduzione del RR del 41% (95% IC 0,55–0,64) con l'assunzione di 30 g di fibre alimentari al giorno rispetto a un'assunzione di 7,5 g al giorno (10). Secondo il Nurses Health Study sembrerebbe in particolare che ad essere associati a un minor rischio di DD siano frutti interi nonché frutta specifica come mele, pere e prugne (7). Per quanto riguarda la profilassi secondaria, su questo punto non sono ancora disponibili abbastanza dati. Tuttavia, un elevato consumo di fibre alimentari non è collegato a una più frequente insorgenza di diverticoliti acute. Date le ulteriori proprietà benefiche per la salute, sarebbe indicato raccomandare un'alimentazione ricca in fibre alimentari (4).

Il consumo di carne rossa sembra invece influire sulle DD. Studi recenti indicano infatti che già a partire da un consumo di carne rossa di 105 g a settimana il rischio di DD aumenta in modo lineare. Pollame, uova e pesce non comportano invece nessun rischio e possono diminuire il rischio, se sostituiti alla carne rossa (11). Il nostro gruppo specializzato raccomanda di impiegare in modo mirato fonti proteiche vegetali come leguminose e tempeh per au-

Estratto dalla scheda informativa «Alimentazione sana per l'intestino»: Raccomandazioni generali

- Prendersi tempo a sufficienza per mangiare, masticare bene il cibo e badare a mangiare in un ambiente rilassato.
- Consumare tre pasti distribuiti regolarmente sulla giornata. Evitare di mangiare spesso fuori pasto durante il giorno.
- Mangiare una gamma per quanto possibile ampia e variata di alimenti diversi.
- Evitare inutili limitazioni e accertare accuratamente se davvero si è intolleranti a qualcosa.
- Bere ogni giorno quantità sufficienti di bevande non zuccherate. Quantità sufficienti di liquidi sono indispensabili per una buona attività intestinale e possono prevenire la costipazione.
- Consumare principalmente alimenti non trasformati che solitamente contengono più sostanze nutritive e fibre alimentari. Può essere d'aiuto mangiare il più spesso possibile a casa, cucinandosi i propri pasti.
- Per il benessere: se si soffre periodicamente di irregolarità dell'evacuazione e di disturbi, può essere utile ridurre il consumo di caffè, bevande gasate e gomme da masticare.

mentare ulteriormente l'apporto di fibre alimentari.

Anche in caso di eccessivo consumo di alcol le DD insorgono con maggior frequenza. Non sono tuttavia disponibili dati secondo i quali un consumo di alcol nell'ambito delle quantità giornaliere massime raccomandate di 30 g per gli uomini e 20 g per le donne avrebbe un effetto negativo sull'insorgenza o il decorso della malattia (4).

Un ulteriore fattore di rischio è il peso corporeo con un BMI superiore a 22,5 kg/m². In caso di sovrappeso si hanno più spesso complicazioni quali ascessi, perforazioni o emorragie. In questo contesto, si discute del possibile ruolo delle citochine proinfiammatorie liberate dal grasso viscerale (12).

Alimentazione durante la diverticolite acuta

In molti ospedali, durante la fase acuta vengono prescritti un'alimentazione povera in fibre alimentari o addirittura solo alimenti liquidi. Nella letteratura non si trovano tuttavia indicazioni secondo cui diete più liberali porterebbero a sintomi più pronunciati, più recidive oppure a infiammazioni più persistenti. In conclusione si può dire che una forte limitazione probabilmente non è utile e che l'alimentazione dovrebbe essere imposta sulla base dei disturbi del paziente (4).

Raccomandazioni nutrizionali pratiche per un'alimentazione sana per l'intestino» e in caso di DD

La nostra esperienza pratica mostra che molte persone con DD, in particolare dopo la comparsa di un'infiammazione acuta, desiderano mettere in pratica attivamente una profilassi secondaria. Andare incontro a questo desiderio, evitando tuttavia promesse non basate sull'evidenza, è la sfida che si presenta nell'assistere queste/i paziente/i. Abbiamo quindi elaborato e pubblicato in NutriPoint una scheda informativa sull'«alimentazione sana per l'intestino» con l'intento di favorire un comportamento che promuova la salute (dell'intestino). Redatta in un linguaggio comprensibile anche ai non addetti ai lavori, la scheda parla anche del microbioma, dei prebiotici e dei polifenoli. La scheda informativa di rivolge a tutte/i le/i clienti che vogliono fare attivamente qualcosa per la salute del loro intestino.

Per le persone colpite da DD abbiamo formulato ulteriori raccomandazioni basandoci sui dati indicati sopra e, dopo una breve spiegazione della patofisiologia, abbiamo trattato in particolare i seguenti temi: consumo di carne, fibre alimentari, prebiotici e probiotici. Anche questo ausilio per la consulenza è disponibile su NutriPoint.

Bibliografia sulla pagina 6

Endometriose und Ernährung

 **Fachgruppe Deutschschweiz**
SVDE ASDD **Gastroenterologie**

Ursula Schulz, BSc
Ernährungsberaterin SVDE

Karin Schärer, BSc
Ernährungsberaterin SVDE

Ceylan Sinik, BSc
Ernährungsberaterin SVDE

Andrea Walser, BSc
Ernährungsberaterin SVDE

Die Therapie der Endometriose wird in immer mehr Spitälern als interdisziplinäre Sprechstunde angeboten. Aus diesem Grund entschieden wir uns für dieses Thema. Unser Ziel war es, einen Leitfaden für Ernährungsberater/innen zu erstellen, worin man für diese Patientinnengruppe in nützlicher Frist einen Überblick über die Empfehlungen erhält. Sie finden das Dossier mit den Quellenangaben im NutriPoint und erhalten hier einen kurzen Einblick über den Inhalt.

Die Endometriose ist eine gutartige Erkrankung, bei der Endometrium (Gebärmutterschleimhaut) ausserhalb des Uterus (Gebärmutter) vorkommt. Diese Endometrioseherde durchlaufen dieselben zyklischen Phasen (Auf- und Abbau der Schleimhaut) wie die Schleimhaut in der Gebärmutter. Gesamthaft sind 6–10 % der gebärfähigen Frauen von dieser Erkrankung betroffen beziehungsweise jede zweite Frau im reproduktionsfähigen Alter mit chronischen Unterbauchschmerzen. Das klinische Erscheinungsbild variiert stark und korreliert nicht mit dem Ausmass der Erkrankung.

Frauen mit endometriosebedingten Beschwerden sind oft verzweifelt. Sie leiden unter Unterbauchschmerzen meist im Rahmen der Menstruation (Leitsymptom in 50–90 % der Fälle), Obstipation und Blähungen, häufig verbunden mit Schmerzen bei der Stuhlentleerung sowie Diarrhö.

Die Veränderung der Hormone während des Zyklus können auch, ohne dass man an Endometriose erkrankt ist, den Gastrointestinaltrakt beeinflussen. Dies kann die Muskelkontraktionen, die Transitzeit, die Immunabwehr wie auch die Sensitivität im Bauchraum betreffen und verändern.

Mit Studien belegte Ernährungsempfehlungen für Endometriosepatientinnen sind spärlich zu finden. In der aktuellen Leitlinie der AWMF (Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e.V.) sind keine Ernährungsempfehlungen aufgeführt. Einzig wird die Vermutung von einem Zusammenhang mit dem Konsum von Polychlorierten Biphenylen, Bisphenol A und Phthalaten im Entzündungsprozess und bei Genveränderungen gestellt.

Die Ernährung kann jedoch über diverse Wege (oxidativer Stress, Prostaglandinstoffwechsel, Entzündungen, Immundefunktion, östrogene Effekte...) die Krankheit beeinflussen. Verschiedene Nährstoffe, die sich zum Beispiel positiv auf Entzündungen, Immunsystem und Schmerzen auswirken, beeinflussen auch die Endometriose positiv.

Die Ernährungsempfehlung entspricht einer gesunden Ernährung nach der mediterranen Lebensmittelpyramide mit speziellem Fokus auf individuelle Unverträglichkeiten. Das Einhalten der Empfehlungen wie z.B. Zufuhr an genügend Omega-3-Fettsäuren oder fünf Portionen Gemüse/Obst am Tag können einen merkbaren Benefit zeigen. Mit der mediterranen Kost erhöht sich die Chance, den Bedarf an essenziellen Nährstoffen abzudecken. Darüber hinaus empfiehlt sich ein regelmässiger Konsum von Kreuzblütlern wie z.B. Brokkoli, Kohl oder Rettich (sie enthalten unter anderem Indol-3-Carbinol).

Unverträglichkeiten, Allergien oder andere entzündliche Erkrankungen sind bei Frauen mit Endometriose häufig anzutreffen. Einzelne Lebensmittel können daher, wie bereits beschrieben, positive wie negative Auswirkungen haben.

Laut einer Studie essen Frauen mit Endometriose eher proinflammatorisch als die Kontrollen. Es lohnt sich daher, den Patientinnen aufzuzeigen wie sie dies gegebenenfalls verändern können. Zu den anti-entzündlichen Nährstoffen gehören z.B. Omega-3-Fettsäuren, Phytoöstrogene, Vitamin D und Epigallocatechingallat (z.B. aus grünem Tee). Entzündungsfördernde Inhaltsstoffe oder Verhaltensweisen sollten dagegen möglichst vermieden werden. Darum empfehlen wir wenig rotes Fleisch (Arachidonsäure, glycolysierende Proteine), Transfettsäuren und stark verarbeitete Lebensmittel sowie eine Mahlzeitenzusammensetzung mit tiefem glykämischen Index. Ein Verzicht auf Alkohol und genügend Schlaf runden das Verhalten ab.

Es gibt Hinweise, dass Milchprodukte eine negative Wirkung haben könnten. Einerseits aufgrund der Hormone und andererseits aufgrund der Zusammensetzung. Hier ist aber auch vieles noch ungeklärt. Bioprodukte (keine bzw. weniger Hormone), A2-Urmlch (andere Proteinzusammensetzung) oder Verzicht auf Milch/Joghurt (keine Galaktose) könnten eine Verbesserung bewirken.

Eine Studie zeigt einen klaren Vorteil bei Einhaltung einer glutenfreien Ernährung. In dieser Studie ist der Wirkmechanismus aufgrund des Studiendesigns jedoch nicht ganz geklärt. Es wird nicht kritisch hinterfragt, ob der Effekt wirklich durch das Entfallen des Glutens, durch die Senkung der Glucanzufuhr oder durch die bewusste Auswahl der Nahrungsmittel erfolgt ist. Da Vollkornprodukte aufgrund des Nahrungsfasergehalts zu einer gesundheitsfördernden Ernährung zählen und mit einem niedrigeren Entzündungsniveau in Zusammenhang stehen, muss individuell sorgfältig geprüft werden, ob trotzdem allenfalls eine glutenfreie, glutenarme oder FODMAP-arme Ernährung zielführend sein könnte.

Ausreichende Versorgung mit Magnesium, vorübergehende Supplementation von Vitaminen, um einen allfälligen Mangel aus-

zugleichen, scheint sinnvoll. Es gibt Hinweise, dass eine Verringerung der Nickelzufuhr angezeigt ist.

Viele Frauen suchen sich Hilfe in Naturheilpraxen und wünschen sich dann von unserer Seite Unterstützung zur Umsetzung. Eine pflanzliche, komplementärmedizinisch unterstützte Therapie kann Benefits zeigen. Daher sind in unserem Dossier verschiedene Wirkstoffe (z.B. Mönchspfeffer, Yamswurzel) mit den Erklärungen zum Wirkmechanismus aufgeführt, obwohl hier oft die Evidenz (noch) fehlt. Möglicherweise kann dieser Teil im Dossier im Verlauf noch ergänzt werden z.B. mit genaueren Angaben zu Menge,

Preisen und Verfügbarkeit. Gerne nehmen wir hier auch von Ihnen Anregungen entgegen.

Neben der Ernährung zählen also auch Bewegung und Stressbewältigung zu den möglichen Strategien für eine Verbesserung der Symptomatik. Denn Frauen, die mehr als drei Stunden Sport pro Woche treiben, leiden seltener unter der Erkrankung.

Eine wissenschaftlich fundierte Endometriose-Diät existiert bis jetzt nicht. Selbstständig durchgeführte Diäten von betroffenen Frauen beruhen oft auf Empfehlungen aus dem Internet oder einzelnen Studien. Eine individuelle, auf den ei-

genen Körper abgestimmte, gut verträgliche und ausgewogene Ernährung kann das Wohlbefinden verbessern. Eine Ernährungsfachkraft unterstützt dabei, eventuelle Begleiterkrankungen wie das Reizdarmsyndrom zu erkennen, zu behandeln und Imbalancen vorzubeugen. Wichtig ist es, Sicherheit zu vermitteln und Fehlernährung vorzubeugen. Es ist sinnvoll, ein Ess-Beschwerde-Protokoll zu führen. Werden die Patientinnen erst angemeldet, wenn bereits eine Darmoperation geplant ist, muss präoperativ wie gewohnt Wert auf einen guten Ernährungszustand gelegt werden. Die weiterführende Ernährungstherapie muss in diesem Fall auf die postoperative Zeit vertagt werden.



Online-Infoveranstaltung
9. Februar 2023 um 18.00 Uhr

Master of Science in Ernährung und Diätetik

Sie sind wissensdurstig. Sie wollen als Ernährungsfachperson mehr Verantwortung übernehmen und neue Einsatzgebiete im Schweizer Gesundheitswesen oder in der Ernährungsforschung erschliessen. Entwickeln Sie ihre Karriere gezielt weiter mit einem Master-Studium, das mit folgenden Vorteilen punktet:

- direkter Anschluss an den Bachelor of Science
- professionsspezifische und interprofessionelle Studieninhalte
- flexibles Vollzeit- oder Teilzeit-Studium
- individuell ausgerichtet durch Wahlmodule
- Familie, Job und Studiumsfokus: möglich durch individuelle Studienplanung

⇨ **Erhalten Sie einen vertieften Einblick ins Master-Studium an unseren Infoveranstaltungen oder an einem persönlichen Beratungsgespräch.**

bfh.ch/msc-ernaehrung

► Gesundheit



NEU
NOUVEAU

Real World
Evidence¹

DIE ERSTE WAHL IN DER ERNÄHRUNG FÜR ONKOLOGIE-PATIENTEN¹

LE PREMIER CHOIX DANS LA NUTRITION POUR LES PATIENTS EN ONCOLOGIE¹

3kg MEHR KÖRPERGEWICHT - 56% TIEFERE ENTZÜNDUNGSMARKER -
37% MEHR HANDKRAFT - 1kg MEHR MUSKELMASSE^{1†}

POIDS CORPOREL: +3kg - MARQUEURS INFLAMMATOIRES: -56% -
FORCE DE POIGNÉE: +37% - MASSE MUSCULAIRE: +1 kg[†]

Von ESPEN
empfohlen²
Recommandé
par l'ESPEN²



220 ml
330 kcal

20g Protein
20 g Protéines

1.5g CaHMB
1.5g de CaHMB

1.8g Leucin
1.8g Leucine

500 IU Vitamin D
500 IU de vitamine D

1.7g Nahrungsfasern (FOS)
1.7g de fibres (FOS)

5 feine Aromen
5 arômes délicats

CaHMB: Calcium-β-Hydroxy-β-Methylbutyrat; Leucin als Teil der Proteinquelle. Der Wert errechnet sich aus den typischen Aminosäureprofilen einzelner Zutaten; FOS: Fructooligosaccharide; HMB: β-Hydroxy-β-methylbutyrat; Leucine dans le cadre de la source de protéines. La valeur est calculée à partir des profils d'acides aminés typiques des ingrédients individuels. FOS: fructo-oligosaccharides

¹ Comejo-Pareja I et al. Effect on an Oral Nutritional Supplement with β-Hydroxy-β-methylbutyrate and Vitamin D on Morphofunctional Aspects, Body Composition, and Phase Angle in Malnourished Patients. *Nutrients*. 2021 Dec 3;13(12):4355. Basierend auf einer retrospektiven Datenbankanalyse. In einer Subgruppe von Krebspatienten (n=155) mit (Risiko einer) Mangelernährung, die 3-6 Monate lang täglich 2 Portionen Ensure Plus Advance in Kombination mit Ernährungsberatung und Empfehlungen zur körperlichen Aktivität erhielten, gegenüber Baseline. Das Körpergewicht nahm um über 3kg (5%) zu. Der Body-Mass-Index stieg um 1,2 Einheiten (5%). Die fettfreie Masse nahm um 1kg (2%) zu. Die Handschlusskraft stieg von 18,9 auf 25,8kg (p<0,05). Das CRP/Präalbumin-Verhältnis reduzierte sich von 0,27 auf 0,12 (p<0,05). †Dans le cadre d'une revue rétrospective de base de données. Dans un sous-groupe de patients cancéreux (n=155) présentant ou à risque d'une malnutrition et recevant Ensure Plus Advance en deux portions par jour combiné à des conseils diététiques et des recommandations d'activité physique pendant 3 à 6 mois, par rapport à la référence. Poids corporel augmenté de plus de 3kg (5%). IMC augmenté de 1,2 unité (5%). Augmentation de la masse maigre de 1kg (2%), augmentation de la force de poignée de 18,9 à 25,8kg (p<0,05). Changement du rapport CRP/préalbumine de 0,27 à 0,12 (p<0,05). †Gomes F et al. (2018) ESPEN: European Society for Clinical Nutrition and Metabolism.
Nur für Gesundheitsfachpersonen. Réservé aux professionnels de santé.




HIER
MUSTER
BESTELLEN
COMMANDEZ
DES ÉCHANTIL-
LONS ICI

Abbott AG
Hotline 0800 88 80 81
www.nutrition.abbott/ch

Abbott
life. to the fullest.®

Endométriose et alimentation

 **Fachgruppe Deutschschweiz**
SVDE ASDD Gastroenterologie

Ursula Schulz, BSc
Diététicienne ASDD

Karin Schärer, BSc
Diététicienne ASDD

Ceylan Sinik, BSc
Diététicienne ASDD

Andrea Walser, BSc
Diététicienne ASDD

Les hôpitaux sont de plus en plus nombreux à proposer le traitement de l'endométriose sous la forme d'une consultation interdisciplinaire. C'est pourquoi notre choix s'est porté sur ce thème. Notre objectif était d'établir pour les diététicien-ne-s un guide proposant un ensemble de recommandations pour ce groupe de patientes. Vous trouverez dans NutriPoint un dossier mentionnant les sources; nous donnons ici une vue d'ensemble de son contenu.

L'endométriose est une maladie bénigne constituée par la présence, en dehors de l'utérus, d'un tissu ressemblant à celui qui tapisse l'intérieur de la cavité utérine. Ce foyer d'endométriose est soumis aux mêmes cycles que la muqueuse utérine normale: il s'épaissit et saigne. Environ 6–10% des femmes en âge de procréer sont concernées par cette maladie, tandis qu'une femme en âge de procréer sur deux présente des douleurs chroniques dans le bas-ventre. Le tableau clinique est très variable et n'a pas de corrélation avec le stade de la maladie.

Les femmes ayant des douleurs causées par l'endométriose sont souvent désespérées. Elles souffrent de douleurs dans le bas-ventre, le plus souvent au moment des règles (principal symptôme dans 50–90% des cas), d'épisodes de constipation en alternance avec des diarrhées et de ballonnements, en général associés à des douleurs lors de la défécation.

Le cycle menstruel et ses changements hormonaux peuvent également influencer le transit intestinal des femmes, sans qu'il s'agisse pour autant d'endométriose. Les effets peuvent se manifester sous la forme de contractions musculaires, de sensibilité dans le bas-ventre, de modifications de la durée du transit intestinal et du système immunitaire.

Les recommandations alimentaires pour les patientes atteintes d'endométriose et confirmées par des études sont rares. La directive actuelle de l'AWMF (Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e.V.) ne contient aucune recommandation nutritionnelle. Seule l'hypothèse d'un lien avec la consommation de biphényles polychlorés, bisphénol A et phtalates dans le processus inflammatoire et lors des modifications génétiques est émise.

Il n'en demeure pas moins que l'alimentation peut influencer la maladie de diverses manières (stress oxydatif, prostaglandine, inflammations, fonction immunitaire, effets des œstrogènes, etc.). Les nutriments ayant par exemple un effet positif sur les inflammations, le système immunitaire et les douleurs influencent également l'endométriose positivement.

La recommandation nutritionnelle correspond à une alimentation saine selon la pyramide alimentaire méditerranéenne, avec une attention particulière portée aux intolérances individuelles. Le respect des recommandations telles qu'un apport suffisant en acides gras oméga-3 ou les cinq portions de fruits et légumes par jour peuvent apporter un bénéfice perceptible. Le régime méditerranéen augmente la chance de couvrir les besoins en nutriments essentiels. De plus, il est recommandé de conseiller régulièrement des légumes crucifères comme le brocoli, le chou ou le radis (ils contiennent entre autres de l'indole-3-carbinol).

Les intolérances, les allergies ou autres maladies inflammatoires sont fréquentes

chez les femmes atteintes d'endométriose. Ainsi, de la même manière que certains aliments peuvent avoir un effet positif, comme nous l'avons décrit ci-dessus, d'autres peuvent être néfastes.

Selon une étude, les femmes atteintes d'endométriose ont tendance à consommer plus d'aliments favorisant l'inflammation que le groupe de contrôle. Il vaut donc la peine d'expliquer à ces clientes en quoi elles peuvent modifier leur alimentation le cas échéant. Parmi les nutriments anti-inflammatoires, on peut citer les acides gras oméga-3, les phyto-œstrogènes, la vitamine D et l'épigallocatechine gallate (p.ex. dans le thé vert). En revanche, il faut éviter le plus possible les comportements ou les substances qui favorisent l'inflammation. C'est pourquoi nous recommandons de limiter fortement la consommation de viande rouge (acide arachidonique, protéine glycosylée), d'acides gras trans et d'aliments fortement transformés, ainsi que de composer ses repas de sorte qu'ils aient un faible indice glycémique. En outre, il est préférable de renoncer à l'alcool et de dormir suffisamment.

Il semble que les produits laitiers pourraient avoir un effet néfaste, d'une part par rapport aux hormones, et d'autre part en raison de leur composition. Mais des recherches sont encore nécessaires pour confirmer ces éléments. Les produits bio (sans hormones, ou en faible quantité), le lait «A2 Urmilch» (autre composant protéique) ou le fait de renoncer au lait ou aux yogourts (pas de galactose) pourraient entraîner une amélioration.

Une étude a montré l'avantage d'opter pour l'alimentation sans gluten. Toutefois, vu le design de cette étude, le mécanisme d'action n'a pas encore été entièrement compris. L'effet obtenu est-il réellement dû à l'absence de gluten, à la réduction de l'apport en glucane ou encore au choix délibéré des aliments? Autant de questions auxquelles il convient encore d'apporter des réponses. Comme les produits à base

de céréales complètes font partie des aliments bénéfiques pour la santé en raison de leur teneur en fibres alimentaires et qu'ils sont associés à un faible niveau d'inflammation, il convient d'examiner individuellement avec soin si une alimentation sans gluten, faible en gluten ou faible en FODMAP pourrait éventuellement être judicieuse.

Un apport suffisant en magnésium et une supplémentation passagère en vitamines paraissent utiles pour remédier aux carences éventuelles. Certains éléments semblent indiquer qu'il serait judicieux de réduire l'apport en nickel.

Beaucoup de femmes consultent des naturopathes et souhaitent que nous les assistions pour mettre en application leurs conseils. Un traitement de médecine complémentaire à base de végétaux peut être

bénéfique. C'est pourquoi différents principes actifs (p.ex. gattilier, igname, etc.) sont mentionnés dans notre dossier, avec des explications sur leur mécanisme d'action. Mais ici aussi, il manque (encore) des données probantes. Cette partie du dossier sera peut-être complétée au fil du temps, par exemple avec des indications plus précises sur la quantité, les prix et la disponibilité. Vos suggestions sont ici aussi les bienvenues.

En plus de l'alimentation, l'activité physique et la gestion du stress font partie des stratégies possibles pour améliorer les symptômes: chez les femmes qui font plus de trois heures de sport par semaine, la maladie se manifeste de façon moins douloureuse.

A ce jour, il n'existe pas de régime reposant sur des bases scientifiques en cas

d'endométriose. Pour leur alimentation, les femmes concernées s'appuient en général sur des recommandations trouvées sur Internet ou provenant d'études isolées. Une alimentation individuelle équilibrée bien tolérée et adaptée à son propre corps peut améliorer le bien-être. Un-e diététicien-ne aide à déceler et à soigner d'éventuelles maladies concomitantes comme le syndrome de l'intestin irritable, de même qu'à prévenir les déséquilibres éventuels. Il est important de rassurer et d'éviter une alimentation déséquilibrée. Il est utile de tenir un procès-verbal des problèmes alimentaires. Si des patientes ne se présentent qu'au moment où une chirurgie abdominale est planifiée, il convient, comme d'habitude, de veiller à leur bon état nutritionnel avant l'opération. Dans ce cas, la thérapie nutritionnelle en tant que telle doit être reportée à la période postopératoire.

Endometriosi e alimentazione

 **Fachgruppe Deutschschweiz**
SVDE ASDD **Gastroenterologie**

Ursula Schulz, BSc
Dietista ASDD

Karin Schärer, BSc
Dietista ASDD

Ceylan Sinik, BSc
Dietista ASDD

Andrea Walser, BSc
Dietista ASDD

In un numero sempre crescente di ospedali, la terapia dell'endometriosi viene proposta nell'ambito di consultazioni interdisciplinari. Per questo motivo abbiamo deciso di occuparci di questo tema, con l'obiettivo di elaborare una guida per dietiste e dietisti che fornisca in tempo utile una panoramica delle raccomandazioni per questo

gruppo di pazienti. Il dossier con l'indicazione delle fonti è consultabile in Nutri-Point; qui vi proponiamo una breve rassegna dei contenuti.

L'endometriosi è una malattia benigna, nella quale l'endometrio (la mucosa dell'utero) è presente anche al di fuori dell'utero. Questi focolai di endometriosi sottostanno alle stesse fasi del ciclo (ispessimento e sfaldamento della mucosa) dell'endometrio intrauterino. Complessivamente, il 6–10% delle donne in età fertile è colpito da questa malattia; tra le donne con dolori cronici al basso ventre in età riproduttiva, la percentuale sale addirittura al 50%. Il quadro clinico varia molto e non è correlato all'estensione della malattia.

Le donne con disturbi dovuti all'endometriosi sono spesso disperate. Soffrono di dolori al basso ventre di solito durante il periodo delle mestruazioni (sintomo principale nel 50–90% dei casi), di costipazio-

ne e flatulenza, spesso collegate a dolori durante la defecazione, nonché di diarrea.

I cambiamenti ormonali durante il ciclo possono influire anche sul tratto gastrointestinale, indipendentemente dalla presenza di endometriosi o meno; possono interessare e alterare le contrazioni muscolari, il tempo di transito, le difese immunitarie così come la sensibilità nell'area addominale.

Per le pazienti con endometriosi si trovano solo rare raccomandazioni nutrizionali comprovate da studi. Nelle attuali linee guida della tedesca AWMF (Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e.V.) non compare nessuna raccomandazione nutrizionale. Viene solo espresso il sospetto di una relazione con il consumo di polichlorobifenili, bisfenolo A e ftalati nel processo infiammatorio e nelle alterazioni genetiche.

Tuttavia, l'alimentazione può influire sulla malattia in vari modi (stress ossidativo, metabolismo delle prostaglandine, infiammazioni, funzione immunitaria, effetti estrogeni, ecc.). Diverse sostanze nutritive che hanno un effetto positivo ad esempio su infiammazioni, sistema immunitario e dolori, influenzano positivamente anche l'endometriosi.

La raccomandazione nutrizionale corrisponde a un'alimentazione sana secondo la piramide alimentare mediterranea, con un'attenzione particolare alle intolleranze individuali. Il rispetto di raccomandazioni quali ad esempio l'apporto sufficiente di acidi grassi omega-3 oppure cinque porzioni di frutta/verdura al giorno può avere un percepibile effetto benefico. Con la dieta mediterranea aumentano le probabilità di coprire il fabbisogno di sostanze nutritive essenziali. Inoltre, si raccomanda il consumo regolare di verdure crucifere come ad esempio broccoli, cavoli o rafano (che contengono tra l'altro indolo-3-carbinolo).

Nelle donne con endometriosi si riscontrano spesso intolleranze, allergie o altre malattie infiammatorie. Singoli alimenti possono quindi avere effetti positivi o negativi, come sopra descritto.

Secondo uno studio, le donne con endometriosi si alimentano in modo più proinfiammatorio rispetto ai gruppi di controllo. Vale dunque la pena spiegare alle pazienti come possono, se necessario, modificare questo fattore. Fanno parte delle sostanze nutritive antinfiammatorie ad esempio gli acidi grassi omega-3, i fitoestrogeni, la vitamina D e l'epigallocatechina gallato (contenuta ad es. nel tè verde). Gli ingredienti o i comportamenti che favoriscono l'infiammazione dovrebbero invece essere per quanto possibile evitati. Per questo raccomanda-

mo poca carne rossa (acido arachidonico, proteine glicosilate), pochi acidi grassi trans e pochi alimenti fortemente trasformati, nonché una composizione dei pasti con basso indice glicemico. Il comportamento ideale comprende infine la rinuncia all'alcol e sonno a sufficienza.

Ci sono indicazioni secondo cui i latticini potrebbero avere un effetto negativo, da un lato a causa degli ormoni e dall'altro a causa della composizione. A questo proposito tuttavia vi è ancora molto da chiarire. I prodotti biologici (senza o con meno ormoni), il latte A2 (differente composizione proteica) o la rinuncia a latte e yogurt (nessun galattosio) potrebbero determinare un miglioramento.

Uno studio mostra un chiaro beneficio nel seguire un'alimentazione priva di glutine. Il meccanismo d'azione non è tuttavia completamente chiaro a causa del design dello studio: non viene discusso criticamente se l'effetto sia veramente riconducibile al venir meno del glutine, alla diminuzione dell'apporto di glucano oppure alla scelta consapevole degli alimenti. I prodotti integrali, però, grazie al tenore in fibre alimentari, fanno parte degli alimenti che promuovono la salute e sono correlati a un minore livello di infiammazione. Per questo l'eventuale utilità di un'alimentazione priva o povera di glutine oppure povera di FODMAP va valutata attentamente caso per caso.

Sembra opportuno avere un apporto sufficiente di magnesio ed effettuare una supplementazione temporanea in vitamine per compensare eventuali carenze. Ci sono indicazioni secondo cui sarebbe indicata una diminuzione dell'apporto di nickel.

Molte donne si rivolgono a studi di naturopatia per ricevere aiuto e ci chiedono poi di

assisterle nel processo di attuazione dei consigli ottenuti. Una fitoterapia sostenuta dalla medicina complementare può presentare dei benefici. Per questo nel nostro dossier sono elencati diversi principi attivi (ad es. agnoscato, dioscorea, ecc.) con la spiegazione del meccanismo d'azione, anche se spesso manca (ancora) l'evidenza. È possibile che questa parte del dossier in futuro venga ulteriormente completata, ad esempio con indicazioni più precise su quantità, prezzi e disponibilità. A questo proposito accogliamo con piacere anche i vostri suggerimenti.

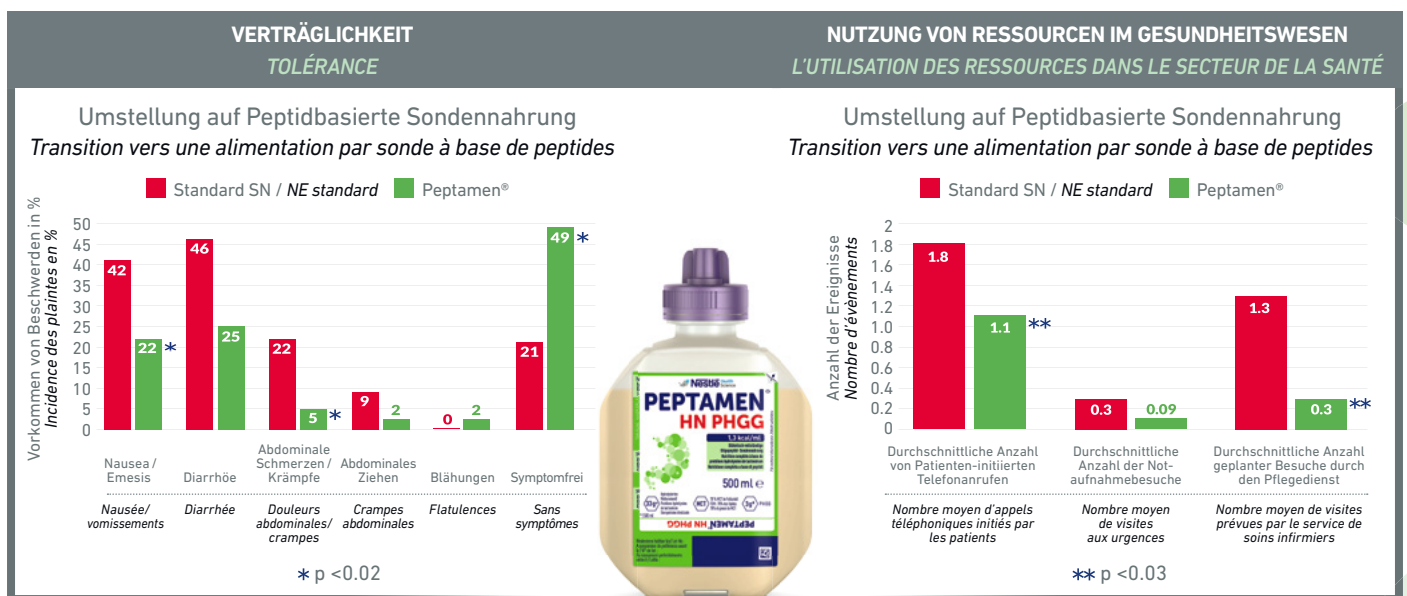
Oltre all'alimentazione, anche il movimento e la gestione dello stress sono possibili strategie per migliorare la sintomatologia. Infatti, le donne che fanno sport per più di tre ore a settimana soffrono meno spesso di questa malattia.

Una dieta per l'endometriosi scientificamente fondata non esiste ancora. Le diete effettuate autonomamente dalle donne colpite si basano spesso su raccomandazioni trovate su Internet oppure su singoli studi. Un'alimentazione individuale, adattata al proprio corpo, ben tollerabile ed equilibrata può migliorare il benessere della persona. La/lo specialista in nutrizione aiuta a riconoscere e trattare eventuali malattie concomitanti, come la sindrome del colon irritabile, nonché a prevenire squilibri. L'importante è dare sicurezza e prevenire un'alimentazione errata. È utile tenere un protocollo alimenti-disturbi. Se le pazienti ci vengono inviate solo quando è già prevista un'operazione all'intestino, come di consueto prima dell'intervento va data importanza a un buono stato nutrizionale. L'ulteriore terapia nutrizionale in questo caso dovrà essere posticipata a dopo l'intervento.

Peptid-basierte Ernährungslösungen verbessern die Toleranz der enteralen Ernährung auch zu Hause

GI-Intoleranz-Probleme sind vor allem bei kritisch kranken enteral ernährten Patient:innen sehr häufig. Dementsprechend werden peptid-basierte enterale Produkt auf Intensivstationen auch routinemässig verwendet. Eine in den USA/Mayo Clinic durchgeführte Datenanalyse hat gezeigt, dass auch Patient:innen zu Hause sowie die betreuenden Fachpersonen vom gezielten Einsatz dieser Produkte einen deutlichen Nutzen haben. Dabei wurden Daten von enteral ernährten Patient:innen während 2 Jahren (n=588) bezüglich Toleranzproblemen und konsekutivem Bedarf an Unterstützung durch die zuständigen Fachpersonen ausgewertet. Insgesamt erhielten 95 Patient:innen (16 %) eine peptid-basierte enterale Ernährung – 53 Patient:innen bereits ab Spitalaustritt und 42 Patient:innen erst später aufgrund von Toleranzproblemen. 88 % dieser Patient:innen erhielten Peptamen® resp. Peptamen® Prebio – in der Schweiz ist das Produkt seit 2021 unter dem Namen Peptamen® HN PHGG erhältlich.

Durch die Umstellung auf Peptamen® konnten Verträglichkeits-Symptome wie Nausea / Emesis, Durchfall, abdominale Schmerzen / Krämpfe signifikant reduziert werden. Ausserdem sank Dank der Umstellung die Inanspruchnahme von Fachpersonen signifikant. Beide Gruppen konnten durch die peptid-basierte Nährlösung ihre Ernährungsbedürfnisse abdecken. Sowohl Patient:innen mit Malabsorption und /oder Verträglichkeitsproblemen sowie auch die betreuenden Fachpersonen profitieren vom Einsatz peptid-basierter Nährlösungen. Die in der Schweiz erhältlichen Peptamen®-Produkte sind in verschiedenen Energiedichten (1 – 2 kcal / ml) sowie mit verschiedenen Proteingehalten (20 – 47 g / 500 ml) und neu auch mit löslichen Nahrungsfasern (PHGG) erhältlich.



Les solutions nutritionnelles à base de peptides améliorent la tolérance à l'alimentation entérale, même à domicile

Les problèmes d'intolérance gastro-intestinale sont très fréquents, surtout chez les patients atteints d'une maladie critique et nourris par voie entérale. C'est pourquoi les produits entéraux à base de peptides sont couramment utilisés dans les unités de soins intensifs. Une analyse de données réalisée aux États-Unis / Mayo Clinic a montré que les patients à domicile et les professionnels de santé tirent également un grand bénéfice de l'utilisation ciblée de ces produits. Les données de patients alimentés par voie entérale ont été évaluées pendant 2 ans (n=588), notamment les problèmes de tolérance et le besoin consécutif de soutien par les professionnels compétents. Au total, 95 patients (16 %) ont reçu une alimentation entérale à base de peptides – 53 patients dès leur sortie de l'hôpital et 42 patients ultérieurement en raison de problèmes de tolérance. 88 % de ces patients ont reçu Peptamen® ou Peptamen® Prebio. En Suisse, le produit est disponible depuis 2021 sous le nom de Peptamen® HN PHGG.

Le passage à Peptamen® a permis de réduire significativement les symptômes d'intolérance tels que nausées / vomissements, diarrhées, douleurs abdominales / crampes. En outre, le recours à des spécialistes a diminué de manière significative grâce au changement de produit. Les deux groupes ont pu couvrir leurs besoins nutritionnels grâce à la solution nutritionnelle à base de peptides. Les patients souffrant de malabsorption et/ou de problèmes de tolérance ainsi que les professionnels de santé profitent de l'utilisation de solutions nutritionnelles à base de peptides. Les produits Peptamen® disponibles en Suisse ont différentes densités énergétiques (1 – 2 kcal / ml), différentes teneurs en protéines (20 – 47 g / 500 ml) et, depuis peu, un produit avec des fibres alimentaires solubles (PHGG).

Referenz/Référence : Mundi M.S. et al. Reduction in Healthcare Utilisation with Transition to Peptide-Based Diets in Intolerant Home Enteral Nutrition Patients. Nutr Clin Pract 2020; 35 (3) 487-494

Esstörungen und Verdauungsprobleme

Esstörungen wie Anorexia nervosa, Bulimia nervosa und Binge-Eating-Störung werden häufig von gastrointestinalen Symptomen begleitet. Ziel dieser Literaturrecherche war, einen Überblick über die Veränderungen im Magen-Darm-Trakt zu erhalten und die möglichen Auswirkungen für die Betroffenen im Alltag zu erfassen. Ein fachlicher Austausch hat in Form eines Interviews stattgefunden, drei Ernährungsberaterinnen haben zu den Fragen Stellung genommen.

 Fachgruppe Deutschschweiz
SVDE ASDD Gastroenterologie

Sophie Butz, BSc

Ernährungsberaterin/-therapeutin SVDE

Christina Wider, BSc

Ernährungsberaterin/-therapeutin SVDE

Tanja Vogt, BSc

Ernährungsberaterin/-therapeutin SVDE

Welche für Sie relevanten Erkenntnisse haben Sie aus der Literaturrecherche gezogen?

Sophie Butz: Gastrointestinale Symptome wie Blähungen, abdominelle Distensionen und Verdauungsbeschwerden treten bei Patient/innen mit einer Essstörung vermehrt auf. Die Ätiologie ist vielseitig. Sie reicht von selbstinduziertem Erbrechen, Laxanzienabusus, funktionellen Beschwerden, Mangelernährung und deren Folgen bis hin zu psychosomatischen Gründen. Häufig handelt es sich auch um Mischformen. Gemäss einer Untersuchung (1) zeigte sich, dass die Prävalenz von Lebensmittelunverträglichkeiten vergleichbar zur Population ohne Essstörung ist. Die veränderte postprandiale gastrale Entleerung verbunden mit früh eintretender Sättigung scheint jedoch bei Anorexiepatient/innen vermehrt vorzukommen (2). Psychosomatische Symptome können sich beispielsweise in Depressions- oder Angstzuständen ergründen. Die Abgrenzung der Ätiologie scheint nicht immer eindeutig möglich.

Christina Wider: Essstörungen und gastrointestinale Beschwerden sind bidirektional miteinander verwoben. Gastrointestinale Beschwerden können zu einem gestörten Essverhalten führen und umgekehrt. Es erfordert grosse Kompetenz aller Beteiligten

(u.a. Hausärzt/innen, Gastroenterolog/innen, Psycholog/innen, Ernährungsberater/innen), um herauszufinden, ob eine unentdeckte Unverträglichkeit zu einem vermeidenden Essverhalten oder ob eine primär vorhandene Essstörung zu Verdauungsbeschwerden geführt hat, um Patient/innen zeitnah die effizientesten Therapieoptionen zu ermöglichen. Diese bidirektionale Dynamik bleibt bestehen und soll in der Beratung aufgezeigt werden, damit Patient/innen sich ernstgenommen und verstanden fühlen sowie offen werden, somatische und psychotherapeutische Möglichkeiten zu beanspruchen und nicht nur auf die somatische Linie fokussiert bleiben. Es gibt aber auch Fälle, bei denen zu schnell die Diagnose einer Anorexie gestellt und verspätet eine Achalasie diagnostiziert wurde (3).

Tanja Vogt: Im Gegensatz zu anderen psychiatrischen Störungen, die nicht zwangsläufig mit somatischen Komplikationen einhergehen, sind Essstörungen Multisystemerkrankungen mit erheblichen medizinischen Komplikationen, die sich auf alle Körpersysteme auswirken. Über gastrointestinale Beschwerden wie Blähungen, frühzeitiges Sättigungsgefühl, Unwohlsein im Bauchraum, Übelkeit und Obstipation wird in dieser Bevölkerungsgruppe häufig berichtet. Viele dieser Symptome sind wahrscheinlich das Ergebnis einer verlangsamten gastrointestinalen Motilität, die häufig bei Menschen mit Anorexia nervosa auftritt. Die verringerte Motilität normalisiert sich in der Regel mit der Wiederherstellung eines Normalgewichts. Bei Personen, die stimulierende Abführmittel missbrauchen, besteht ein Risiko für ein kathartisches Colon-Syndrom. Dieser Zustand ist wahrscheinlich auf eine Schädigung des Darmnervengeflechts zurückzuführen, wodurch der Dickdarm nicht mehr in der Lage ist, Peristaltik zu betreiben.

Ein kathartisches Colon kann eine Obstipation verursachen, was zur Einnahme von zusätzlichen Abführmitteln führen kann. Ein Teufelskreis entsteht (4).

Wie beeinflussen diese Erkenntnisse Ihren beruflichen Alltag?

Sophie Butz: Da die Klärung der Auslöser erfahrungsgemäss ein längerer Prozess ist, welcher zum Zeitpunkt der ambulanten Ernährungsberatung häufig noch nicht abgeschlossen ist, bedarf es nach der sorgfältigen Anamnese und Berücksichtigung der physiologischen Ursachen einer Fokuserweiterung. Es soll nicht ausschliesslich auf die Symptome und deren Therapie fokussiert werden, sondern auch der Akzeptanz und dem Umgang mit den Symptomen im Alltag Beachtung geschenkt werden. Ein möglicher Ansatz ist die Salutogenese, sprich den Fokus auf die Akzeptanz und den Umgang mit den Symptomen im Alltag einer Person zu lenken. In der Realität ist es so, dass aufgrund der beschränkten Beratungsanzahl pro Verordnung und der knappen Zeit pro Beratung nicht immer die Möglichkeit besteht, die Patient/innen so lange zu begleiten, dass die Umsetzung bzw. das Ausprobieren aller Ideen und Impulse möglich ist.

Christina Wider: Es ist sehr wichtig, die Verwobenheit zwischen Verdauungsbeschwerden und einem beeinträchtigten Essverhalten transparent in der Beratung aufzuzeigen. Ich frage nach Symptomen in beiden Richtungen und stelle die möglichen Schnittstellen dar. Patient/innen haben dann eine Grundlage, um ihre aktuelle Situation aufzuzeigen und zu erklären. Prioritäten können gesetzt werden. Patient/innen sollen hinsichtlich Überlappungsrisiko zwischen Essstörung und gastrointestinalen Beschwerden aufgeklärt werden. Dies erfordert eine «Wachheit» während der Therapie, damit Veränderungen oder persistierende Symptome wegen einer einseitigen Fokussierung nicht missdeutet bleiben.

Tanja Vogt: Die Beratung von Patient/innen mit einer Essstörung ist sehr komplex. Eine vertiefte Anamnese ist notwendig,

um alle relevanten Informationen sowie mögliche Beschwerden erkennen zu können. Diese soll beim Festlegen eines Ziels sowie bei der Aufklärung von betroffenen Personen unterstützen.

Welche Erfahrungen haben Sie in diesem Zusammenhang gemacht?

Sophie Butz: Gerade wenn der psychosomatische Anteil eine grosse Rolle spielt, können die Übung der Akzeptanz und die Annahme der Symptome zu einer Entspannung und Entlastung führen. Dies kann sich langfristig wiederum positiv auf die Intensität der Symptome auswirken. Voraussetzung ist, dass Patient/innen in der Lage sind, sich auf die Salutogenese und nicht ausschliesslich auf die Pathogenese und deren Symptome zu fokussieren.

Christina Wider: Patient/innen schätzen eine offene Kommunikation. Dadurch fühlen sie sich als komplexe Persönlichkeit mit einer komplexen Symptomatik wahrgenommen, ohne «schubladiert» zu werden.

Das fördert das Ansprechen von Gefühlen, Ängsten, Vermutungen und erweitert den Raum für den Therapieerfolg.

Tanja Vogt: Aus meiner Sicht bleibt die offene und direkte Kommunikation, welche eine Aufklärung zwischen Beschwerden und Krankheitsbild beinhaltet, ein essenzieller Bestandteil in der Beratung.

Persönliche Bemerkungen / Ergänzungen

Sophie Butz: Die Auseinandersetzung mit dem Zusammenhang zwischen gastrointestinalen Symptomen respektive Erkrankungen und Essstörungen oder einem gestörten Essverhalten war sehr bereichernd. Persönlich erachte ich es als wenig sinnvoll, den Fokus der Therapie solch komplexer biopsychosozialer Situationen auf die Symptome und das Ernährungsverhalten zu begrenzen. Mir scheint ein ganzheitlicher und salutogener Ansatz zentral.

Christina Wider: Auf der einen Seite bin ich oft überrascht, wie wenig ich über vieles weiss

und trotzdem meinen Beruf ausübe. Auf der anderen Seite motiviert mich diese Tatsache, mich auf die Suche nach Wissen und Antworten zu machen, um differenzierter und kompetenter zu agieren und unvoreingenommener und empathischer zu beraten.

Tanja Vogt: Die Beratung von Patient/innen mit einer Essstörung ist sehr komplex. Dabei müssen viele Faktoren berücksichtigt werden. Meines Erachtens ist eine interdisziplinäre Zusammenarbeit mit Ärzt/innen, Psychiater/innen und Psychotherapeut/innen zentral.

Literaturverzeichnis

- 1) Kress I. U., Paslakis G. & Erim Y. (2018). Differential Diagnosis of Food-Related Gastrointestinal Symptoms in Patients with Anorexia Nervosa and Bulimia Nervosa. *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie*, 2018, 64 (1), 4–15.
- 2) Wang X., Luscombe G. M., Boyd C., Kellow J., Abraham S. (2014). Functional gastrointestinal disorders in eating disorder patients: Altered distribution and predictors using ROME II compared to ROME II criteria. *World J Gastroenterol*, 2014, 20(43): 16293–16299.
- 3) Martha A. Schalla, Andreas Stengel. (2019). *Eur Eat Disorders Rev.* 2019;27:447-461
- 4) Gibson D., Workman C., Mehler P. S. (2019). Medical Complication of Anorexia Nervosa and Bulimia Nervosa. *Psychiatric Clinics of North America*, 42 (1), 263–274.

Troubles du comportement alimentaire et problèmes de digestion

Les troubles du comportement alimentaire (TCA) comme l'anorexie nerveuse, la boulimie et l'hyperphagie boulimique (binge-eating) s'accompagnent souvent de symptômes gastro-intestinaux. Le but de cette recherche bibliographique était d'obtenir une vue d'ensemble des changements au niveau du tractus gastro-intestinal ainsi que d'en évaluer les conséquences possibles au quotidien pour les personnes concernées. Un échange spécialisé a eu lieu sous la forme d'une interview, où les trois diététiciennes impliquées ont pris position sur les questions posées.

Fachgruppe Deutschschweiz
SVDE ASDD Gastroenterologie

Sophie Butz, BSc

Diététicienne / thérapeute nutritionnelle ASDD

Christina Wider, BSc

Diététicienne / thérapeute nutritionnelle ASDD

Tanja Vogt, BSc

Diététicienne / thérapeute nutritionnelle ASDD

Quels enseignements pertinents pour vous avez-vous tirés de cette recherche bibliographique?

Sophie Butz: Les symptômes gastro-intestinaux comme les ballonnements, les distensions abdominales et les troubles digestifs sont plus fréquents chez les patient-e-s présentant des TCA. L'étiologie est multiple et variée. Elle va des vomissements auto-induits, de l'abus de laxatifs et des troubles fonctionnels aux raisons psychosomatiques en passant par la malnutrition et ses consé-

quences. Les formes les plus fréquentes sont mixtes. Une étude (1) a montré que la prévalence des intolérances alimentaires chez les personnes ayant des TCA est comparable à celle de la population qui n'en a pas. La vidange gastrique postprandiale modifiée associée à une satiété rapide semble toutefois survenir davantage chez les patient-e-s anorexiques (2). Les symptômes psychosomatiques peuvent par exemple être liés à des états dépressifs ou anxieux. Une délimitation claire entre les différentes causes ne semble pas toujours être possible.

Christina Wider: Les TCA et les problèmes gastro-intestinaux sont étroitement imbriqués, dans un sens comme dans l'autre. Les problèmes gastro-intestinaux peuvent ainsi entraîner des TCA, et inversement. De gran-

des compétences de toutes les parties prenantes (entre autres médecins de famille, gastro-entérologues, psychologues, diététicien-ne-s) sont requises afin de déterminer si une intolérance non diagnostiquée a entraîné un comportement d'évitement ou si un TCA primaire a occasionné des problèmes digestifs, afin d'offrir aux patient-e-s les options thérapeutiques les plus efficaces. Cette dynamique à double sens est maintenue et doit être montrée lors de la consultation, pour que les patient-e-s se sentent prises au sérieux et compris-es, et pour qu'ils/elles fassent preuve d'ouverture face aux traitements de psychothérapie possibles, au lieu de se concentrer exclusivement sur l'approche somatique. Mais il y a aussi des cas dans lesquels le diagnostic d'anorexie est posé trop rapidement et une achalasie diagnostiquée trop tardivement (3).

Tanja Vogt: Contrairement à d'autres troubles psychiatriques, qui ne s'accompagnent pas forcément de complications somatiques, les TCA sont des maladies multisystémiques entraînant des complications médicales considérables, avec des répercussions sur l'ensemble des systèmes somatiques. Ce groupe de la population se plaint souvent de troubles gastro-intestinaux comme les ballonnements, la satiété précoce, l'inconfort abdominal, les nausées et la constipation. Beaucoup de ces symptômes résultent probablement d'une motilité gastro-intestinale plus lente, qui est fréquente chez les personnes présentant une anorexie nerveuse. La baisse de motilité se normalise en général quand le poids normal est retrouvé. Chez les personnes ayant une consommation abusive de laxatifs stimulants, il y a un risque d'inertie intestinale, le colon cathartique. Cet état s'explique probablement par une lésion du système nerveux intestinal, à cause de laquelle l'intestin grêle n'est plus en mesure de se contracter (péristaltisme). Un colon cathartique peut provoquer une constipation, ce qui peut entraîner la prise de laxatifs supplémentaires, créant un cercle vicieux (4).

En quoi ces observations influencent-elles votre quotidien professionnel?

Sophie Butz: Vu que d'expérience, l'examen des éléments déclencheurs est un proces-

sus assez long, qui bien souvent n'est pas encore terminé au moment du conseil diététique ambulatoire, il est nécessaire, à la fin de l'anamnèse détaillée tenant compte des causes physiologiques, d'élargir le regard. Au lieu de se concentrer exclusivement sur les symptômes et leur traitement, il faut également attacher de l'importance à l'acceptation et à la gestion des symptômes au quotidien. Une approche possible est la salutogenèse, permettant de diriger son attention sur l'acceptation et la gestion des symptômes au quotidien. En réalité, en raison du nombre limité de séances prescrites et de la durée assez courte de chaque consultation, il n'est pas toujours possible d'accompagner les patient-e-s jusqu'au stade où toutes les idées et suggestions peuvent être concrétisées ou testées.

Christina Wider: Dans le cadre du conseil, il est très important de montrer avec transparence les imbrications entre les troubles digestifs et les problèmes de comportement alimentaire. J'interroge les patient-e-s au sujet de leurs symptômes dans les deux sens et j'évoque les points de jonction possibles. Les patient-e-s disposeront alors des bases nécessaires pour expliquer leur situation actuelle. Il est possible de fixer des priorités. Il convient de sensibiliser les patient-e-s au risque de chevauchement entre TCA et problèmes gastro-intestinaux. Cela requiert une certaine vigilance pendant le traitement, pour éviter toute mauvaise interprétation de changements ou de symptômes persistants pour cause de focalisation unilatérale.

Tanja Vogt: La prise en charge des patient-e-s présentant des TCA est fort complexe. Une anamnèse approfondie est nécessaire pour pouvoir déceler toutes les informations pertinentes et les problèmes possibles. Elle doit aider à fixer un objectif et à sensibiliser les personnes concernées.

Quelles expériences avez-vous faites dans ce contexte?

Sophie Butz: Si la partie psychosomatique joue un grand rôle, le fait de s'exercer à admettre les symptômes ainsi que leur acceptation peuvent soulager la personne concernée, qui se sent plus détendue. Cela peut à nouveau se traduire à long terme par des

effets positifs sur l'intensité des symptômes, à condition que les patient-e-s soient en mesure de penser aussi à la salutogenèse au lieu de se concentrer exclusivement sur la pathogenèse et ses symptômes.

Christina Wider: Les patient-e-s apprécient une communication ouverte. Elle leur donne l'impression d'être perçu-e-s comme une personnalité complexe présentant des symptômes compliqués et leur évite de se sentir catégorisé-e-s ou «mis-es dans une case». Cela favorise l'évocation de sentiments, de craintes et de suppositions, ce qui élargit le cadre thérapeutique et donc les chances de succès.

Tanja Vogt: De mon point de vue, la communication ouverte et directe, qui cherche à expliquer le lien entre douleurs et tableau clinique, est une composante essentielle du conseil.

Remarques personnelles et ajouts

Sophie Butz: Il a été très enrichissant d'analyser le lien entre maladies gastro-intestinales et leurs symptômes d'une part, et TCA d'autre part. Personnellement, j'estime qu'il est peu judicieux de se focaliser sur les symptômes et sur le comportement alimentaire lors de la prise en charge de telles situations biopsychosociales complexes. Une approche globale et salutogène me paraît très importante.

Christina Wider: D'une part, je suis souvent surprise par le fait que je sais peu de choses dans de nombreux domaines, et que j'exerce malgré tout ma profession. D'autre part, je suis motivée par le fait de me mettre à la recherche de connaissances et de réponses pour agir de façon plus nuancée et plus compétente ainsi que conseiller avec plus d'empathie et de façon plus impartiale.

Tanja Vogt: La prise en charge des patient-e-s présentant des TCA est fort complexe. De nombreux facteurs doivent être pris en compte. A mon avis, une collaboration interdisciplinaire avec les médecins, les psychiatres et les psychothérapeutes est essentielle.

Bibliographie voir page 20

Disturbi alimentari e problemi digestivi

Disturbi alimentari quali anoressia nervosa, bulimia nervosa e disturbo da alimentazione incontrollata sono spesso accompagnati da sintomi gastrointestinali. Obiettivo di questa ricerca bibliografica era ottenere una visione d'insieme delle alterazioni nel tratto gastrointestinale e comprenderne i possibili effetti sulla quotidianità delle persone colpite. Abbiamo avuto uno scambio professionale sotto forma di intervista: tre dietiste hanno preso posizione riguardo alle domande.

 Fachgruppe Deutschschweiz
SVDE ASDD Gastroenterologie

Sophie Butz, BSc

Dietista / terapeuta nutrizionale ASDD

Christina Wider, BSc

Dietista / terapeuta nutrizionale ASDD

Tanja Vogt, BSc

Dietista / terapeuta nutrizionale ASDD

Quali conoscenze per lei rilevanti sono emerse dalla ricerca bibliografica?

Sophie Butz: Nelle/nei pazienti con un disturbo alimentare insorgono con maggiore frequenza sintomi gastrointestinali quali flatulenza, gonfiore addominale e disturbi della digestione. L'eziologia di tali sintomi è variegata: vomito autoindotto, abuso di lassativi, disturbi funzionali, malnutrizione con relative conseguenze, fino a motivi psicosomatici. Spesso si tratta anche di forme miste. Da uno studio (1) è emerso che la prevalenza delle intolleranze alimentari è paragonabile a quella nella popolazione senza disturbi alimentari. L'alterazione dello svuotamento gastrico postprandiale collegata alla precoce comparsa del senso di sazietà sembra invece essere più frequente nelle/nei pazienti con anoressia (2). I sintomi psicosomatici possono derivare ad esempio da stati depressivi o d'ansia. Definire l'eziologia sembra non essere sempre inequivocabilmente possibile.

Christina Wider: Disturbi alimentari e disturbi gastrointestinali sono interconnessi in modo bidirezionale: i disturbi gastrointestinali possono portare a un comportamento alimentare disturbato e viceversa. A tutte le persone coinvolte (ad es. medici di

famiglia, gastroenterologhe/i, psicologhe/i, dietiste/i) è richiesta grande competenza per capire se un'intolleranza non ancora diagnosticata ha portato a un comportamento alimentare evitante, oppure se un disturbo alimentare presente in prima battuta ha portato a disturbi della digestione. Solo così si possono offrire rapidamente alle/ai pazienti le opzioni terapeutiche più efficienti. Questa dinamica bidirezionale si mantiene e deve essere illustrata nell'ambito della consulenza: così le/i pazienti si sentiranno prese/i sul serio e comprese/i e si apriranno alla possibilità di beneficiare di opzioni sia somatiche che psicoterapeutiche, senza concentrarsi esclusivamente sulla linea somatica. Ci sono però anche casi in cui è stata posta troppo velocemente una diagnosi di anoressia, ritardando la diagnosi di acalasia (3).

Tanja Vogt: Al contrario di altri disturbi psichiatrici che non sono per forza accompagnati da complicazioni somatiche, i disturbi alimentari sono malattie multisistemiche con importanti complicazioni mediche che si ripercuotono su tutti i sistemi dell'organismo. Nelle persone colpite si notano spesso disturbi gastrointestinali quali flatulenza, senso di sazietà precoce, malessere addominale, nausea e costipazione. Molti di questi sintomi sono probabilmente il risultato di una motilità gastrointestinale rallentata, che è spesso presente nelle persone con anoressia nervosa. La motilità ridotta si normalizza di regola con il ripristino del normopeso. Nelle persone che abusano di lassativi stimolanti c'è il rischio che sviluppino una sindrome del colon da catartici. Questo stato è probabilmente riconducibile a un danneggiamento dei neuroni del plesso mioenterico, che fa sì che l'intestino crasso non sia più in grado di effettuare la peristalsi. Il colon da catartici

può provocare costipazione, fatto che può portare all'assunzione di ulteriori lassativi, dando così il via un circolo vizioso (4).

Queste informazioni come influiscono sulla sua attività quotidiana?

Sophie Butz: Secondo la mia esperienza l'accertamento delle cause scatenanti è un processo lungo, spesso non ancora terminato al momento della consulenza nutrizionale ambulatoriale. Per questo dopo un'accurata anamnesi e la considerazione delle cause fisiologiche è necessario adottare un approccio ad ampio raggio. Non ci si deve concentrare unicamente sui sintomi e la loro terapia, bensì va prestata attenzione anche all'accettazione e alla gestione dei sintomi nella quotidianità. Un possibile approccio è la salutogenesi, vale a dire spostare l'attenzione di una persona sull'accettazione e la gestione dei sintomi nella quotidianità. Nella realtà, dato il numero limitato di consultazioni per prescrizione e lo scarso tempo per consultazione, non sempre è possibile accompagnare le/i pazienti per tutto il tempo necessario ad attuare o provare tutte le idee e gli impulsi.

Christina Wider: È molto importante illustrare chiaramente durante la consultazione l'interconnessione tra i disturbi digestivi e un comportamento alimentare disturbato. Per questo chiedo se ci sono sintomi in entrambe le direzioni e illustro le possibili relazioni. Le/i pazienti hanno così una base per illustrare e spiegare la loro attuale situazione. Si possono stabilire delle priorità. Le/i pazienti devono essere informate/i sui rischi di sovrapposizione tra disturbi alimentari e disturbi gastrointestinali. Ciò richiede «agilità» durante la terapia, per evitare che cambiamenti o sintomi persistenti vengano mal interpretati perché la concentrazione è diretta a una sola componente.

Tanja Vogt: La consulenza di pazienti con un disturbo alimentare è molto complessa. È necessaria un'anamnesi approfondita per individuare tutte le informazioni rile-

vanti e i possibili disturbi. L'anamnesi sarà d'aiuto anche per stabilire un obiettivo e informare le persone colpite.

Che esperienze ha già fatto in questo contesto?

Sophie Butz: Proprio quando la componente psicosomatica gioca un ruolo importante, allenare l'accettazione (anche dei sintomi) può allentare la tensione nelle/i pazienti. E questo, sul lungo termine, può avere un effetto positivo sull'intensità dei sintomi. Il presupposto è che la/il paziente sia in grado di concentrarsi sulla salutogenesi e non unicamente sulla patogenesi e sui suoi sintomi.

Christina Wider: Le/i pazienti apprezzano una comunicazione aperta, che permetta loro di presentarsi come personalità complesse con una sintomatologia complessa

senza il rischio di venire «etichettate». Ciò favorisce la tematizzazione di sentimenti, paure e supposizioni aumentando quindi le possibilità di un successo terapeutico.

Tanja Vogt: Secondo me la comunicazione aperta e diretta che comprende la spiegazione del nesso tra disturbi e quadro clinico resta una componente essenziale della consulenza.

Osservazioni / aggiunte personali

Sophie Butz: Occuparmi del nesso tra i sintomi o le malattie gastrointestinali e i disturbi alimentari o un comportamento alimentare disturbato è stato molto arricchente. Personalmente ritengo poco opportuno concentrare la terapia di queste complesse situazioni biopsicosociali solo sui sintomi e sul comportamento alimentare. Ritengo di cen-

trale importanza un approccio olistico e salutogenetico.

Christina Wider: Da un lato mi stupisco spesso di quanto poco io sappia di molte cose e di come eserciti comunque il mio lavoro. Dall'altro questo fatto mi motiva a cercare informazioni e risposte così da agire in modo più differenziato e competente ed effettuare le consulenze con maggiore imparzialità ed empatia.

Tanja Vogt: La consulenza di pazienti con un disturbo alimentare è molto complessa e richiede che si tenga conto di molti fattori. A mio avviso è essenziale la collaborazione interdisciplinare con medici, psichiatri/i e psicoterapeuti/i.

Bibliografia sulla pagina 20

Label «Ernährungsberater/in SVDE»

Mit dem Ziel, den Beruf aufzuwerten, stellt der SVDE seinen Mitgliedern seit einigen Jahren ein Logo zur Verfügung, das diese als Ernährungsberater/innen SVDE ausweist und sie den gesetzlich anerkannten Gesundheitsberufen zuordnet.

Dieses ergänzende Logo besteht aus einem Häkchen, das vom Schriftzug Ernährungsberater/in SVDE (oben) und Schweizer Gesundheitsberuf (unten) umschlossen wird. Das Logo gibt es in Schwarz oder in Blau.

Unsere Mitglieder finden weitere Informationen sowie das Logo auf www.svde-asdd.ch > Beruf > Logo und Label Ernährungsberater/in SVDE > Logo Ernährungsberater/in SVDE.

Label «Diététicien-ne-s ASDD»

Afin de valoriser la profession, l'ASDD met à disposition de ses membres depuis quelques années un logo permettant d'identifier les diététicien-ne-s ASDD comme des professionnels de la santé reconnus légalement.

Ce logo complémentaire est composé d'un vu encerclé par le texte Diététicien-ne ASDD profession suisse de la santé. Ce logo est disponible en noir ou en bleu.

Nos membres trouveront de plus amples informations et le logo sur www.svde-asdd.ch > Profession > Logo et label Diététicien-ne ASDD > Logo Diététicien-ne-s ASDD.



SVDE ASDD



Funktionelle gastrointestinale Störungen als Folge von Operationen?

 Fachgruppe Deutschschweiz
SVDE ASDD Gastroenterologie

Anita Bucher, MSc
Wissenschaftliche Mitarbeiterin

Patrik Jauch, BSc
Ernährungsberater SVDE

Victoria Aleman
Lic. Nut. y Diet. (VE)
Ernährungsberaterin SVDE

Funktionelle gastrointestinale Störungen

(Functional gastrointestinal disorders, FGIDs) sind Störungen der Interaktion zwischen Darm und Gehirn. Als gemeinsame physiologische Merkmale werden eine Motilitätsstörung, viszerale Überempfindlichkeit, veränderte Schleimhaut- und Immunfunktion, veränderte Darmmikrobiota und veränderte Verarbeitung von Reizen im zentralen Nervensystem angesehen. Der Beitrag dieser Faktoren kann, je nach Körperstelle und Dauer der Symptome, individuell unterschiedlich sein (1).

FGIDs werden am häufigsten anhand der ROME-IV-Kriterien diagnostiziert. Diese basieren auf einer Kombination aus körperlichen Symptomen, der Region des Gastrointestinaltrakts, von der die Symptome ausgehen, ihrer Häufigkeit und Dauer sowie dem Fehlen von Alarmzeichen oder -symptomen. Insgesamt definieren die ROME-IV-Kriterien 33 FGIDs bei Erwachsenen und 20 pädiatrische FGIDs (1). Um diese auf Grundlage der selbstberichteten Symptome von Patient/innen zu diagnostizieren, wurden Fragebögen entwickelt (2).

In der klinischen Praxis können jedoch auch Patient/innen von einer Behandlung profitieren, die die jeweiligen Kriterien nicht vollständig erfüllen. Zudem erfasst die Diagnose allein nicht alle Dimensionen des klinischen Zustands von Patient/innen

für eine optimale Behandlung. Diese erfordert vielmehr einen biopsychosozialen Ansatz, der die Variabilität und Komplexität der Patient/innen berücksichtigt (1). Dabei ermöglicht dieser Ansatz eine detaillierte Untersuchung der Symptome sowie deren Auswirkungen auf das Leben der Patient/innen (3, 4).

Behandlungsleitend sollte die Symptom schwere sein. Je höher der Schweregrad, desto mehr beeinflussen psychosoziale und andere Begleiterkrankungen das klinische Bild und erfordern unterschiedliche Behandlungen. Die Anamneseerhebung sollte sich daher nicht auf die Beurteilung von gastrointestinalen Symptomen beschränken (1, 3). Eine gute Anamnese durch Gesundheitsfachpersonen kann zudem zu einer Beseitigung der Stigmatisierung von Patient/innen mit FGIDs und dadurch zu einer Verbesserung der Behandlungsergebnisse beitragen (3, 5).

Funktionelle Beschwerden können u. a. als Folge von gastrointestinalen Operationen auftreten, wie die folgenden zwei Syndrome zeigen.

Das Low-Anterior-Resection-Syndrom

(LARS) beinhaltet ein Spektrum von funktionellen Darmbeschwerden. Dabei werden insbesondere Symptome wie Stuhl- und Windinkontinenz, Stuhlentleerungsstörungen mit einer erhöhten Stuhlfrequenz sowie alternierenden Stuhlkonsistenzen genannt. All diese Dysfunktionen tragen zu einer verschlechterten Lebensqualität bei. Die Prävalenz, ein LARS nach einer Rektumresektion zu entwickeln, ist hoch und liegt bei 60–90%. Zudem kann dieses Syndrom für Jahre nach dem chirurgischen Eingriff bestehen. Es wird oft unterschieden in Minor und Major LARS (siehe Abbildung 1) (6).

Christensen et al. (2021) halten fest, dass 96% der LARS-Patient/innen ihre Ess-

gewohnheiten selbstständig ändern. Dies zeigt sich häufig in einer erhöhten Nahrungsfaserzufuhr und fettreduzierten Ernährung. Zudem werden häufig Wein, kalte Getränke sowie scharfes Essen vermieden (6).

Die Leitlinie gibt folgende ernährungstherapeutischen Empfehlungen:

- Unlösliche Nahrungsfasern sollen vermieden werden, da diese häufig zu Durchfall, erhöhter Stuhlfrequenz sowie Blähungen führen.
- Lösliche Nahrungsfasern sollen bevorzugt werden. Dies kann zur Verringerung von Klumpenbildung und Verbesserung der Stuhlkonsistenz beitragen.
- Der Einsatz von Probiotika scheint die postoperative Darmfunktion bei LARS nicht zu verbessern und wird somit nicht empfohlen.
- Unausgewogene Ernährungsgewohnheiten sollten vermieden werden.
- Betroffene können von einer spezialisierten Ernährungsberatung profitieren.

Nguyen & Chokshi (2020) beschreiben, dass Ernährungsanpassungen in die Erstlinientherapie des LARS gehören. Sie empfehlen, Nahrungsmittel wie koffein- und alkoholhaltige Getränke, Zitrusfrüchte und scharfe Lebensmittel zu meiden. Die Nahrungsfaserzufuhr sollte gesteigert werden, wobei hier nicht explizit auf die Löslichkeit eingegangen wird. Eine Nahrungsfaser-supplementation könnte bei flüssigem Stuhlgang die Stuhlkonsistenz verbessern.

Allerdings ist der Evidenzgrad ernährungstherapeutischer Empfehlungen bei LARS derzeit gering (Expertenmeinung).

Medikamentös werden stuhlgangregulierende Substanzen eingesetzt. Weitere Therapieoptionen sind transanale Spülungen, Beckenbodenrehabilitation und Biofeedback. Bei therapierefraktärem LARS könne ein definitives Stoma in Betracht gezogen werden.

Inkontinenz für Winde	
Nie	0
< 1×/Woche	2
≤ 1×/Woche	4
Inkontinenz flüssiger Stuhl	
Nie	0
< 1×/Woche	3
≤ 1×/Woche	3
Stuhlfrequenz	
> 7×/Tag	4
4–7×/Tag	2
1–3×/Tag	0
< 1×/Tag	5
Gehäufte Stuhlentleerung	
Nie	0
< 1×/Woche	9
≤ 1×/Woche	11
Stuhldrang	
Nie	0
< 1×/Woche	11
≤ 1×/Woche	16
Total	

Abbildung 1: Lars Score angelehnt an Emmertsen KJ, Laurberg S, Ann Surg 2012

Das Postcholezystektomiesyndrom

(PCS) beschreibt das Auftreten von Schmerzen im oberen rechten Abdomen und gastrointestinalen Beschwerden nach einer Cholezystektomie (CHE) und entsprechen häufig den Beschwerden vor einer CHE. Die häufigsten Symptome sind Fettverdauungsstörungen, Nausea, Erbrechen, Reflux, Flatulenz, Diarrhö, Ikterus und intermittierende Episoden abdominaler Beschwerden (8). PCS tritt hierbei mit einer Prävalenz von 5 bis 40 % innerhalb eines Zeitraums von 2 Tagen bis 25 Jahren auf (8, 9). Nach Shirah

Kein LARS	0–20 Punkte
Minor LARS	21–29 Punkte
Major LARS	30–40 Punkte

Abbildung 2: Einteilung LARS-Score nach Anzahl Punkten

et al. (2018) und Zackria & Lopez (2022) sind die häufigsten Ursachen von PCS:

- Extrabiliär: nicht diagnostizierte Erkrankungen an Reflux, Ulcus, Irritable Bowel Syndrome oder chronische Pankreatitis
- Biliär: chologene Diarrhö, Gallensteine, Gallenleckage, Stenosen und Sphinkter Oddi-Dysfunktion
- Extraintestinale: psychiatrische und neurologische Erkrankungen, koronare Herzerkrankungen, chronisches Schmerzsyndrom unklarer Ätiologie (8,10)

Das PCS ist eine temporäre Diagnose, bei der primär Symptome behandelt werden, bis weitere Diagnostik die Behandlung der konkreten Ursache ermöglicht.

Für den Nachweis einer Korrelation zwischen PCS und der Nahrungsaufnahme nach einer CHE sind weitere klinische Studien notwendig. Shin Y. et al. (2018) und Radu et al. (2012) vermuten, dass eine angepasste Ernährung die Symptome eines PCS mindern oder vermeiden könnte (11, 12). Nach Radu et al. (2012) ist es empfehlenswert, Diarrhö-verursachende oder fetthaltige Nahrungsmittel zu vermeiden.

Shin Y. et al. (2018) stellten fest, dass symptomatische Patient/innen innerhalb der ersten drei Monate nach ihrer CHE mehr tierische Proteine, Cholesterin, Eier und weniger Gemüse zu sich genommen haben als asymptomatische. Marcason (2014)

empfiehlt, die Fettaufnahme für mehrere Monate post-operativ zu begrenzen und graduell über mehrere Wochen zu erhöhen, um der Leber die Möglichkeit zu geben, die Absenz der Gallenblase zu kompensieren. Die Aufnahme von Nahrungsfasern verhilft darüber hinaus zur Stuhlregulation. Es wird vermutet, dass lösliche Nahrungsfasern zur Bindung der Gallensäure im Zeitraum zwischen den Mahlzeiten helfen, das Gastritis-Risiko zu minimieren (13).

Aus der Literatur lässt sich grundsätzlich ableiten, dass kritisches und fallbezogenes Denken, gemeinsam mit einem guten Assessment eines interdisziplinären Teams, für die Behandlung von PCS notwendig ist.

Literaturverzeichnis

- 1) Drossman DA. *Functional Gastrointestinal Disorders: History, Pathophysiology, Clinical Features and Rome IV*. Gastroenterology 2016. doi: 10.1053/j.gastro.2016.02.032.
- 2) Palsson OS, Whitehead WE, van Tilburg MAL, Chang L, Chey W, Crowell MD et al. *Rome IV Diagnostic Questionnaires and Tables for Investigators and Clinicians*. Gastroenterology 2016. doi: 10.1053/j.gastro.2016.02.014.
- 3) Daly M, Zarate-Lopez N. *Functional gastrointestinal disorders: History taking skills in practice*. Clin Med (Lond) 2021; 21(5):e480–e486. doi: 10.7861/clinmed.2021-0189.
- 4) Drossman DA, Hrg. *Multi-Dimensional Clinical Profile (MDCP) for functional gastrointestinal disorders*. 1st ed. Raleigh, NC: The Rome Foundation; 2015. (1–214).
- 5) Hearn M, Whorwell PJ, Vasant DH. *Stigma and irritable bowel syndrome: a taboo subject?* Lancet Gastroenterol Hepatol 2020; 5(6):607–15. doi: 10.1016/S2468-1253(19)30348-6.
- 6) Christensen P, Im Baeten C, Espin-Basany E, Martellucci J, Nugent KP, Zerbib F et al. *Management guidelines for low anterior resection syndrome – the MANUEL project*. Colorectal Dis 2021; 23(2):461–75. doi: 10.1111/codi.15517.
- 7) Nguyen TH, Chokshi RV. *Low Anterior Resection Syndrome*. Curr Gastroenterol Rep 2020; 22(10):48. doi: 10.1007/s11894-020-00785-z.
- 8) Zackria R, Lopez RA. *StatPearls: Postcholecystectomy Syndrome*. Treasure Island (FL); 2022.
- 9) Jaunoo SS, Mohandas S, Almond LM. *Postcholecystectomy syndrome (PCS)*. Int J Surg 2010; 8(1):15–7. doi: 10.1016/j.ijsu.2009.10.008.
- 10) Shirah BH, Shirah HA, Zafar SH, Albeladi KB. *Clinical patterns of postcholecystectomy syndrome*. Ann Hepatobiliary Pancreat Surg 2018; 22(1):52–7. doi: 10.14701/ahbps.2018.22.1.52.
- 11) Shin Y, Choi D, Lee KG, Choi HS, Park Y. *Association between dietary intake and postlaparoscopic cholecystectomy symptoms in patients with gallbladder disease*. Korean J Intern Med 2018; 33(4):829–36. doi: 10.3904/kjim.2016.223.
- 12) Radu, D., Georgescu, D., & Teodorescu, M. *Diet and postcholecystectomy syndrome (PCS)*. J Agroalimnt Process Technol 2012; 18:219–22.
- 13) Marcason W. *What medical nutrition therapy guideline is recommended post-cholecystectomy?* J Acad Nutr Diet 2014; 14(7):1136. doi: 10.1016/j.jand.2014.05.009.

Les troubles fonctionnels intestinaux, conséquences des opérations chirurgicales?

Fachgruppe Deutschschweiz
SVDE ASDD Gastroenterologie

Anita Bucher, MSc
Collaboratrice scientifique

Patrik Jauch, BSc
Diététicien ASDD

Victoria Aleman
Lic. Nut. y Diet. (VE)
Diététicienne ASDD

Les troubles fonctionnels gastro-intestinaux

(TFGI, en anglais functional gastrointestinal disorders) perturbent les interactions entre le cerveau et l'intestin. Leurs manifestations physiologiques communes sont des troubles de la motilité, une hypersensibilité viscérale, une modification de la fonction de la muqueuse et de la fonction immunitaire, ainsi qu'une modification du microbiote intestinal et du traitement des stimuli dans le système nerveux central. Les effets de ces facteurs varient selon la zone concernée et la durée des symptômes (1).

Les TFGI sont généralement diagnostiqués à l'aide de la quatrième version des critères de Rome (Rome IV). Ces derniers sont basés sur une association de symptômes physiques, la région du tractus gastro-intestinal d'où proviennent les symptômes, leur fréquence, leur durée, ainsi que l'absence de signaux ou de symptômes d'alarme. En tout, les critères de Rome IV définissent 33 TFGI chez l'adulte et 20 TFGI chez l'enfant (1). Des questionnaires ont été élaborés afin de diagnostiquer ces troubles à partir des symptômes signalés par les patient-e-s (2).

Dans la pratique clinique, les patient-e-s peuvent profiter du traitement même s'ils/elles ne satisfont pas tous les critères. En outre, le diagnostic seul ne suffit pas à saisir l'état clinique des patient-e-s dans toutes ses dimensions et à instaurer un

traitement optimal. Cela requiert plutôt une approche biopsychosociale qui tient compte de la variabilité et de la complexité des patient-e-s (1) et permet un examen détaillé des symptômes et de leurs répercussions sur la vie des patient-e-s (3, 4).

Le traitement doit dépendre de l'intensité des symptômes. Plus ils sont graves, plus des maladies psychosociales et autres maladies concomitantes influencent le tableau clinique et requièrent des traitements différents. L'anamnèse ne doit donc pas se limiter à l'évaluation des symptômes gastro-intestinaux (1, 3). De plus, une anamnèse précise effectuée par des professionnel-le-s de la santé peut aider à combattre la stigmatisation des patient-e-s atteint-e-s de TFGI et donc à améliorer les résultats thérapeutiques (3, 5).

Les TFGI sont entre autres occasionnés par des chirurgies gastro-intestinales, comme le montrent les deux syndromes suivants.

Le syndrome de résection antérieure basse

(en anglais low anterior resection syndrome, LARS) englobe toute une gamme de troubles fonctionnels intestinaux. Ceux-ci se manifestent surtout par une incontinence (selles et gaz), des troubles de l'évacuation fécale associés à une augmentation de la fréquence des selles ainsi qu'une modification de la consistance des selles. Ces dysfonctions ont toutes un impact négatif sur la qualité de vie. La prévalence du LARS est élevée à la suite d'une résection du rectum; elle se situe autour de 60–90%. De plus, le LARS perdure parfois plusieurs années. On distingue souvent le LARS mineur du LARS majeur (cf. ill. 1) (6).

Christensen et al. (2021) ont constaté que 96% des patient-e-s atteint-e-s de LARS modifient de manière autonome leurs habitudes alimentaires. Cela se traduit sou-

vent par une augmentation de l'apport en fibres alimentaires et l'adoption d'une alimentation pauvre en graisses. Les patient-e-s ont également tendance à éviter le vin, les boissons froides et les mets épicés (6).

La directive donne les recommandations spécifiques à la thérapie nutritionnelle suivantes:

- éviter les fibres alimentaires non solubles, car elles provoquent souvent des diarrhées et des flatulences et augmentent la fréquence des selles;
- privilégier les fibres alimentaires solubles afin d'éviter la formation d'amas dans les selles et d'améliorer leur consistance;
- les probiotiques ne semblent pas améliorer le transit intestinal postopératoire en cas de LARS, ils ne sont donc pas recommandés;
- privilégier une alimentation équilibrée;
- consulter un-e diététicien-ne spécialisé-e peut être bénéfique.

Selon Nguyen & Chokshi (2020), les adaptations de l'alimentation font partie du traitement de première ligne du LARS. Les auteur-e-s recommandent d'éviter les boissons à base de caféine, l'alcool, les agrumes et les aliments épicés, et d'augmenter l'apport en fibres alimentaires, sans fournir toutefois d'informations explicites quant à leur solubilité. En cas de selles liquides, la supplémentation en fibres alimentaires est susceptible d'améliorer la consistance des selles.

Cela dit, le degré de preuves des recommandations diététiques en cas de LARS est faible à l'heure actuelle (avis d'expert-e-s).

Des médicaments peuvent également être employés afin de régulariser les selles. Parmi les autres options thérapeutiques, on retrouve l'irrigation transanale, la rééducation du périnée et le biofeedback. En cas de LARS réfractaire, une stomie définitive peut être envisagée.

Incontinence de gaz	
Jamais	0
< 1×/semaine	2
≤ 1×/semaine	4
Incontinence de selles liquides	
Jamais	0
< 1×/semaine	3
≤ 1×/semaine	3
Fréquence des selles	
> 7×/jour	4
4–7×/jour	2
1–3×/jour	0
< 1×/jour	5
Défécation fréquente	
Jamais	0
< 1×/semaine	9
≤ 1×/semaine	11
Besoin impérieux d'aller à la selle	
Jamais	0
< 1×/semaine	11
≤ 1×/semaine	16
Sous-total	

Figure 1: Score de LARS, adapté d'après Emmertsen KJ, Laurberg S, Ann Surg 2012

Le syndrome post-cholécystectomie

(PCS) décrit l'apparition de douleurs dans la partie supérieure droite de l'abdomen, ainsi que des troubles gastro-intestinaux apparaissant à la suite d'une cholécystec-

Aucun LARS	0–20 points
LARS mineur	21–29 points
LARS majeur	30–40 points

Figure 2 : Classification du score de LARS selon le nombre de points

tomie. Ils correspondent souvent aux troubles présents avant celle-ci. Les symptômes les plus fréquents sont une mauvaise digestion des graisses, des nausées, des vomissements, un reflux, des flatulences, des diarrhées, un ictère et des épisodes de troubles abdominaux intermittents (8). La prévalence du PCS se situe à 5–40% et apparaît durant une période allant de 2 jours à 25 ans après l'intervention (8, 9). Selon Shirah et al. (2018) et Zackria & Lopez (2022) les causes les plus fréquentes du PCS sont les suivantes:

- extrabiliaires: maladies non diagnostiquées telles que reflux, ulcère, syndrome du côlon irritable ou pancréatite chronique;
- biliaires: diarrhée biliaire, calculs biliaires, fuite biliaire, sténoses et dysfonctionnement du sphincter d'Oddi;
- extra-intestinales: maladies psychiatriques et neurologiques, maladies coronariennes, syndrome douloureux chronique d'étiologie indéterminée (8, 10).

Le PCS est un diagnostic temporaire. Les symptômes primaires sont traités jusqu'à ce qu'un diagnostic ultérieur permette de traiter la cause concrète des troubles.

Des études cliniques supplémentaires sont nécessaires afin de démontrer qu'il existe bel et bien une corrélation entre le PCS et la prise d'aliments à la suite d'une cholécystectomie. Shin Y. et al. (2018) et Radu et al. (2012) présumant qu'une adaptation de l'alimentation pourrait diminuer les symptômes d'un PCS, voire éviter leur apparition (11, 12). Radu et al. (2012) recommandent d'éviter les aliments riches en graisses ou les aliments qui provoquent des diarrhées.

Shin Y. et al. (2018) ont constaté que les patient-e-s symptomatiques avaient consommé davantage de protéines animales, d'aliments riches en cholestérol, d'œufs, et moins de légumes dans les trois mois qui ont suivi leur cholécystectomie que les patient-e-s asymptomatiques. Marcason (2014) recommande de limiter l'apport en graisses plusieurs mois après l'intervention et de l'augmenter graduellement sur plusieurs semaines afin de laisser le temps au foie de compenser l'absence de vésicule biliaire. La prise de fibres alimentaires aide également à régulariser les selles. On pense que les fibres alimentaires solubles contribuent à la liaison des acides biliaires entre les repas, et ainsi à la réduction du risque de gastrite (13).

On peut donc déduire de la littérature que le traitement du PCS nécessite une approche critique, individuelle, et une évaluation interdisciplinaire.

Bibliographie voir page 25

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**.



SVDE ASDD

Disordini gastrointestinali funzionali a seguito di operazioni?

Fachgruppe Deutschschweiz
SVDE ASDD Gastroenterologie

Anita Bucher, MSc
Collaboratrice scientifica

Patrik Jauch, BSc
Dietista ASDD

Victoria Aleman
Lic. Nut. y Diet. (VE)
Dietista ASDD

I disordini gastrointestinali funzionali

(functional gastrointestinal disorders, FGIDs) sono disturbi dell'interazione tra intestino e cervello. Sono ritenute caratteristiche fisiologiche comuni un disturbo della motilità, un'ipersensibilità viscerale nonché l'alterazione della funzione della mucosa, della funzione immunologica, del microbiota intestinale e dell'elaborazione degli stimoli nel sistema nervoso centrale. La ponderazione di questi fattori può essere diversa da una persona all'altra a seconda della zona del corpo in cui si manifesta e della durata dei sintomi (1).

Nella maggior parte dei casi i FGIDs vengono diagnosticati sulla base dei criteri di Roma IV. Essi si basano su una combinazione dei seguenti fattori: sintomi fisici, regione del tratto gastrointestinale da cui tali sintomi partono, loro frequenza e durata nonché assenza di segni o sintomi d'allarme. Nel complesso i criteri di Roma IV definiscono 33 FGIDs nell'adulto e 20 FGIDs pediatrici (1). Per diagnosticarli sulla base dei sintomi indicati dai pazienti sono stati sviluppati dei questionari (2).

Nella prassi clinica, tuttavia, possono beneficiare di un trattamento anche i pazienti i cui sintomi non corrispondono completamente a quelli della FGID in questione. Inoltre, la diagnosi da sola

non rileva tutte le dimensioni dello stato clinico del paziente significative per un trattamento ottimale, che richiede piuttosto un approccio biopsicosociale che tenga conto della variabilità e della complessità dei pazienti (1). Questo approccio permette un'analisi accurata dei sintomi e del loro influsso sulla vita dei pazienti (3, 4).

La gravità dei sintomi dovrebbe guidare il trattamento. Maggiore è la gravità, più malattie concomitanti di natura psicosociale o altra influiranno sul quadro clinico rendendo necessari trattamenti differenti. L'anamnesi non dovrebbe dunque limitarsi alla valutazione dei sintomi gastrointestinali (1, 3). Una buona anamnesi effettuata da personale sanitario può inoltre contribuire a combattere la stigmatizzazione dei pazienti con FGIDs e in tal modo a migliorare l'esito dei trattamenti (3, 5).

I disturbi funzionali possono insorgere anche a seguito di operazioni gastrointestinali, come dimostrano le due seguenti sindromi.

La sindrome da resezione anteriore bassa

(low anterior resection syndrome, LARS) include uno spettro di disturbi intestinali funzionali. Vengono citati soprattutto sintomi quali incontinenza fecale e gassosa, difficoltà di svuotamento con frequenza fecale aumentata e consistenza fecale alterante. Tutte queste disfunzioni contribuiscono a peggiorare la qualità di vita. La prevalenza di una LARS a seguito di una resezione rettale è elevata e si attesta al 60–90%. Inoltre, questa sindrome può persistere per anni dopo l'intervento chirurgico. Spesso si distingue tra LARS minore e maggiore (v. illustrazione 1) (6).

Christensen et al. (2021) constatano che il 96% dei pazienti con LARS modifica auto-

nomamente le proprie abitudini alimentari. Ciò si manifesta spesso con un aumento dell'apporto di fibre alimentari e una riduzione dei grassi. Inoltre, spesso vengono evitati vino, bevande fredde e cibi piccanti (6).

Le linee guida indicano le seguenti raccomandazioni per la terapia nutrizionale:

- evitare le fibre alimentari insolubili perché causano spesso diarrea, aumento della frequenza di defecazione e flatulenza;
- preferire fibre alimentari solubili. Ciò può contribuire a ridurre la formazione di grumi e a migliorare la consistenza delle feci;
- l'impiego di probiotici sembra non migliorare la funzione intestinale postoperatoria in caso di LARS e non è dunque raccomandato;
- evitare abitudini alimentari non equilibrate;
- le persone colpite possono beneficiare di una consulenza nutrizionale specializzata.

Nguyen & Chokshi (2020) sottolineano che gli adeguamenti nutrizionali fanno parte integrante della terapia di prima linea della LARS. Raccomandano di evitare alimenti come bevande contenenti caffeina e alcol, agrumi e cibi piccanti. L'apporto di fibre alimentari va aumentato, senza tuttavia dare indicazioni esplicite in merito alla solubilità. Una supplementazione in fibre alimentari potrebbe migliorare la consistenza in caso di feci liquide.

Tuttavia, il grado di evidenza delle raccomandazioni per la terapia nutrizionale in caso di LARS al momento è basso (opinione di esperti).

Da un punto di vista farmacologico vengono impiegate sostanze regolatrici della defecazione. Altre opzioni terapeutiche sono irrigazioni transanali, riabilitazione del pavimento pelvico e biofeedback. In caso di LARS refrattaria alle terapie si può ponderare la posa di una stomia definitiva.

Incontinenza di gas	
Mai	0
< 1 volta/settimana	2
≤ 1 volta/settimana	4
Incontinence de selles liquides	
Mai	0
< 1 volta/settimana	3
≤ 1 volta/settimana	3
Fréquence des selles	
> 7 volte/giorno	4
4-7 volte/giorno	2
1-3 volte/giorno	0
< 1 volte/giorno	5
Défécation fréquente	
Mai	0
< 1 volta/settimana	9
≤ 1 volta/settimana	11
Besoin impérieux d'aller à la selle	
Mai	0
< 1 volta/settimana	11
≤ 1 volta/settimana	16
totale	

Illustrazione 1: score di LARS sulla base di Emmertsen KJ, Laurberg S, Ann Surg 2012

La sindrome post-colecistectomia

(SPC) definisce la comparsa di dolori nella parte alta destra dell'addome e di disturbi

Niente LARS	0-20 punti
LARS minore	21-29 punti
LARS maggiore	30-40 punti

Illustrazione 2: Classificazione dello score di LARS secondo il numero di punti

gastrointestinali dopo una colecistectomia, corrispondenti spesso ai disturbi presenti prima dell'intervento. I sintomi più frequenti sono disturbi della digestione dei grassi, nausea, vomito, reflusso, flatulenza, diarrea, itterizia ed episodi intermittenti di disturbi addominali (8). La SPC insorge con una prevalenza del 5-40% in un periodo di tempo compreso tra i 2 giorni e i 25 anni dopo l'intervento (8, 9). Secondo Shirah et al. (2018) e Zackria & Lopez (2022) le cause più frequenti di SPC sono:

- extrabiliari: malattie non diagnosticate quali reflusso, ulcera, sindrome dell'intestino irritabile o pancreatite cronica;
- biliari: diarrea da acidi biliari, calcoli biliari, leak biliare, stenosi e disfunzione dello sfintere di Oddi;
- extraintestinali: malattie psichiatriche e neurologiche, cardiopatie coronariche, sindrome dolorosa cronica di eziologia non chiara (8, 10).

La SPC è una diagnosi temporanea: in prima linea vengono trattati i sintomi fin tanto che l'ulteriore diagnostica permette il trattamento delle cause concrete.

Per rilevare una correlazione tra la SPC e l'assunzione di alimenti dopo la colecistectomia sono necessari ulteriori studi clinici. Shin Y. et al. (2018) e Radu et al. (2012) ipotizzano che un'alimentazione adeguata potrebbe lenire o evitare i sintomi di una SPC (11, 12). Secondo Radu et al. (2012) vale la pena raccomandare di evitare i cibi che provocano diarrea o contengono grassi.

Shin Y. et al. (2018) hanno constatato che i pazienti sintomatici nei primi 3 mesi dopo la colecistectomia hanno assunto più proteine animali, colesterina, uova e meno verdura rispetto ai pazienti asintomatici. Marcason (2014) raccomanda di limitare l'assunzione di grassi per più mesi dopo l'intervento e di aumentarla poi gradualmente su più settimane, così da permettere al fegato di compensare l'assenza della cistifellea. L'assunzione di fibre alimentari aiuta inoltre a regolarizzare l'evacuazione. Si suppone che le fibre alimentari solubili per legare gli acidi biliari nell'intervallo tra i pasti contribuiscano a minimizzare il rischio di gastrite (13).

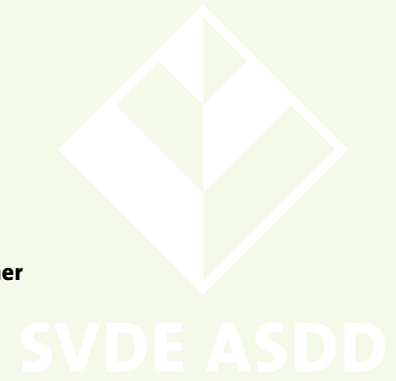
Dalla letteratura scientifica si può sostanzialmente desumere che per il trattamento della SPC è necessaria una riflessione critica caso per caso assieme ad un buon accertamento da parte di un team interdisciplinare.

Bibliografia sulla pagina 25



Adrian Rufener

Präsident
Président
Presidente



Liebe Kolleginnen und Kollegen

Es gibt nichts Gutes, ausser man tut es.

Unter diesem Motto will ich gemeinsam mit euch das Jahr 2023 gestalten und die anstehenden Projekte anpacken.

Ein Projekt, welches in den kommenden Monaten einen grossen Teil der Ressourcen des Verbandes beanspruchen wird, sind die anstehenden Tarifverhandlungen für den ambulanten Bereich. Wie angekündigt, haben wir unser Bedürfnis, dass die Tarife neu ausgehandelt werden müssen, Ende 2022 schriftlich eingereicht. Erste Treffen mit den drei Einkaufsgemeinschaften (Tarifsuisse, HSK, CSS) sind im Januar und im Februar geplant. Gerne berichte ich euch in meinem nächsten Wort des Präsidenten über unsere Erkenntnisse aus diesen ersten Treffen.

Wie ihr eventuell gemerkt habt, hat der SVDE in den vergangenen Monaten seine Aktivitäten auf Social Media ausgebaut. Dies ist darauf zurückzuführen, dass einerseits ein Marketingkonzept erarbeitet und andererseits zusätzliche personelle Ressourcen auf der Geschäftsstelle geschaffen wurden: Der SVDE bietet neu eine Praktikumsstelle für Studierende im Zusatzmodul an. Damit leisten wir einerseits einen Beitrag für die Ausbildung von berufspolitisch interessierten Kolleg/innen und nutzen gleichzeitig die zusätzlich verfügbaren personellen Ressourcen, um unsere geplanten Projekte vorwärtszubringen.

Ich wünsche uns, dass wir im Jahr 2023 einen entscheidenden Schritt vorwärtskommen, um unseren Berufsstand innerhalb der schweizerischen Gesundheitsversorgung noch besser zu verankern. Dazu braucht es uns alle, und ich zähle weiterhin auf euer geschätztes Engagement!

Chères collègues, chers collègues

On ne fait bien que ce que l'on fait.

C'est avec cette devise que j'entends façonner l'année 2023 avec vous et attaquer à vos côtés les projets qui nous attendent.

Les négociations tarifaires imminentes dans le domaine ambulatoire sont un projet qui mobilisera une partie importante des ressources de l'association au cours de ces prochains mois. Comme nous vous l'avons annoncé, nous avons soumis par écrit fin 2022 notre demande relative à la renégociation de nos tarifs. Les premières réunions avec les trois communautés d'achat (tarifsuisse, HSK, CSS) sont prévues pour janvier et février. La prochaine fois que je m'exprimerai dans cette tribune, j'aurai le plaisir de vous informer de nos impressions à l'issue de ces premières rencontres.

Comme vous l'avez peut-être remarqué, l'ASDD a développé ses activités sur les réseaux sociaux ces derniers mois. Cela s'explique par le fait qu'un concept de marketing a été élaboré, d'une part, et d'autre part, par le fait que le secrétariat peut désormais compter sur des ressources en personnel supplémentaires: l'ASDD propose désormais une place de stage pour des étudiant-e-s du module complémentaire. Nous apportons ainsi une contribution à la formation de collègues qui manifestent de l'intérêt pour la politique professionnelle et utilisons dans le même temps les ressources en personnel supplémentaires disponibles pour faire avancer nos projets planifiés.

J'espère qu'en 2023, nous franchirons une étape décisive afin de mieux ancrer encore notre profession dans le paysage suisse des soins de santé. Pour y parvenir, l'implication de chacun-e de nous s'impose, c'est pourquoi je compte toujours sur votre engagement tant apprécié!

Care colleghe e cari colleghi

Non c'è nulla di buono, a meno che non lo si faccia.

È proprio all'insegna di questo motto che desidero dare forma insieme a voi al 2023 e dedicarmi ai progetti che ci attendono.

Un progetto che impegnerà buona parte delle risorse dell'associazione nei prossimi mesi è quello sugli imminenti negoziati tariffali per il settore ambulatoriale. Come annunciato, a fine 2022 abbiamo fatto presente per iscritto la nostra esigenza di rinegoziare le tariffe. I primi incontri con le tre cooperative di acquisti (tarifsuisse, HSK, CSS) sono previsti per gennaio e febbraio. Nel prossimo numero della rivista non mancherò di informarvi in merito a quanto emerso da questi primi appuntamenti.

Come avrete probabilmente notato, l'ASDD ha incrementato nei mesi scorsi le proprie attività sui social media. Tale decisione è legata, da un lato, alla nuova strategia di marketing e, dall'altro lato, all'aumento delle risorse di personale nel segretariato: l'ASDD offre ora un posto di stage per studenti e studentesse che frequentano il modulo supplementare. Così, oltre a contribuire alla formazione di colleghe e colleghi che si interessano a temi di politica professionale, sfruttiamo questa nuova risorsa di personale per portare avanti i progetti in programma.

Mi auguro che nel 2023 riusciremo a compiere un decisivo passo in avanti per consolidare ulteriormente la nostra categoria professionale all'interno del sistema sanitario svizzero. Per farlo, abbiamo bisogno dell'aiuto di tutti. Conto quindi anche in futuro sul vostro prezioso impegno!

Die IG RIPE des SVDE im Porträt

Die SVDE-Interessengruppe RIPE (IG RIPE) ist der berufspolitische Zusammenschluss der SVDE-Mitglieder, die nicht (nur) in der klassischen Ernährungsberatung und -therapie tätig sind. Hierzu gehören Forschung, Industrie, Öffentliche Gesundheit, Gesundheitsförderung und Bildung (RIPE, als Abkürzung für «Research, Industry, Public Health and Health Promotion, Education») und Gemeinschaftsgastronomie.



Adrian Baumann, BSc
Ernährungsberater SVDE
Senior Brand Manager Enteral
Nutrition, Nestlé Suisse S.A.
adrian.baumann@ch.
nestle.com



Fabia Bommès, BSc
Ernährungsberaterin SVDE
Inhaberin und Gründerin
Ernährungsexpertise
erb@ernaehrungsexpertise.ch

Autor/innen resp. Interviewer/in:

Interessengruppe / Groupe d'intérêt / Gruppo d'interesse
SVDE ASDD RIPE — Research, Industry, Public Health and Health Promotion, Education

Die IG RIPE vertritt die Interessen ihrer Mitglieder innerhalb und ausserhalb des SVDE und fördert den Austausch zwischen ihren Mitgliedern. Die IG will sichtbar machen, dass SVDE-Mitglieder nicht nur in der klassischen Beratung und Therapie tätig sind. Innerhalb des SVDE setzt sich die IG RIPE für die Kooperation mit dem eigenständigen Verband der Swiss Academic Nutritionists SWAN ein. Im Rahmen der Vorstellung der IG-RIPE wird Einblick in die berufliche Tätigkeit von IG RIPE-Mitgliedern anhand von fünf Porträtfragen gewährt. Vorgestellt werden Adrian Baumann und Fabia Bommès.

1. Was sind Ihre Ausbildungen, Abschlüsse und/oder Titel?

Adrian Baumann (ABN): Vor dem Studium an der Berner Fachhochschule in Ernährung und Diätetik zum Ernährungsberater BSc SVDE habe ich eine Lehre als Koch abgeschlossen. Während meiner Berufstätigkeit am Inselspital habe ich den Zertifikatskurs (CAS Clinical Nutrition) begonnen und diesen dann nach meinem Wechsel zu Nestlé abgeschlossen. Unterdessen sind auch diverse interne Weiterbildungen zu

Marketing und Verkauf sowie anderen Themen wie Digitalisierung und Finanzen dazugekommen.

Fabia Bommès (FBS): Meine Ausbildung BSc BFH in Ernährung und Diätetik habe ich 2015 abgeschlossen. 2021 habe ich den CAS Nahrungsmittelallergien und -intoleranzen absolviert. Aktuell bin ich Gründerin und Inhaberin von Ernährungsexpertise, dem Netzwerk für evidenzbasierte Ernährungsinformation. Ich habe beobachtet, dass wissenschaftliche Ernährungsstudien im Berufsalltag zu wenig gelesen und analysiert werden. Nach einem Austausch mit Berufskolleginnen/-kollegen ist das Angebot eines kompakten Fachnewsletters entstanden. Auf der digitalen Plattform können so Studienergebnisse und Empfehlungen für die Praxis effizienter eingesehen werden. Parallel arbeite ich am Aufbau eines Praxisprojekts in der Zentralschweiz und bin im PFGM Medicalcenter Wauwil tätig.

2. Wie sieht Ihr beruflicher Alltag aus?

ABN: Der Alltag als Brand Manager ist sehr vielseitig und spannend – auch hier wird Interdisziplinarität gross geschrieben. Als Brand Manager fungiert man oft als Schnittstelle zwischen internen wie auch externen Stakeholdern. Nebst operativ orientierten Aufgaben, über das Erarbeiten von langfristigen strategischen Zielen bis hin zu Produktelancierungen, ist die Arbeit sehr abwechslungsreich.

FBS: Jeder Tag ist anders. Ich arbeite fast täglich an der Erstellung von Inhalten für den Ernährungsfachnewsletter und tausche mich regelmässig mit meiner Teamkollegin, Marina Martin, aus. Wir lesen, übersetzen und analysieren Studien aus verschiedenen Fachgebieten. Ausserdem tausche ich mich mit Kundinnen/Kunden,

Gastschreibenden und Personen im Netzwerk aus und arbeite an diversen Projekten (z.B. Rezepte im Austausch mit internationalen Forschenden entwickeln). Als Einzelunternehmerin habe ich vielfältige Aufgabengebiete wie zum Beispiel die Entwicklung der Strategie.

3. Was war Ihre Motivation, der IG RIPE beizutreten?

ABN: Ich denke, dass es sehr wichtig ist, dass Ernährungsberater/innen SVDE sich gerade auch in Berufsfeldern, wo unsere Berufsgruppe noch nicht so stark vertreten ist, zusammenschliessen und austauschen.

FBS: Ich bin seit Januar 2022 Mitglied. Durch Tanja Häusermann bin ich auf die Interessensgruppe aufmerksam geworden, ich kannte die IG vorher nicht. Das erste online-Meeting fand ich aufgrund des enormen beruflichen Engagements der Mitglieder und der Wertschätzung untereinander ausserordentlich positiv. Ich profitiere vor allem vom Austausch und den Kontakten.

4. Wo sehen Sie den Beruf des Ernährungsberaters resp. der Ernährungsberaterin in zehn Jahren?

ABN: Diverser und aber auch spezifischer; die Etablierung von «Advanced Practice Dietitian/s» erachte ich als genauso wichtig wie dass sich Ernährungsberater/innen SVDE trauen, sich in weniger klassischen Feldern zu positionieren und dort unsere Expertise zu vertreten.

FBS: Ich kann mir vorstellen, dass der Beruf noch vielfältiger wird und neue Stellen entstehen. Gerade in den RIPE-Berufsfeldern gibt es viel Potenzial nach oben. Leider ist das Schweizer Gesundheitswesen vor allem auf die Therapie von Krankheiten ausgerichtet, das kostet. In Prävention, Gesundheitsförderung und Essen am Arbeitsplatz wird zu wenig investiert. In Zukunft sollte es mehr Anreize und Angebote für die Bevölkerung geben, ihre Gesundheit präventiv zu verbessern. So sollten auch neue Konstrukte zusammen mit Versicherungen, Ärztinnen/

Ärzten, Unternehmen und Leistungserbringer/innen wie uns entstehen.

5. Wie können wir die Vielseitigkeit unseres Berufs gewinnbringend sichtbar machen?

ABN: Dass wir uns als Ernährungsberater/innen SVDE noch mehr trauen dürfen als Ambassador/innen für unseren Beruf aufzutreten, unsere Stärken nach aussen tragen und so auf uns aufmerksam machen.

FBS: Wir müssen sichtbarer werden. Dazu braucht es einerseits Mut, Neues auszuprobieren und andererseits den Zusammenhalt als Berufsgruppe, trotz unterschiedlicher Berufsfelder. Möglichkeiten sehe ich in der Interdisziplinarität und beim Abbau von Vorurteilen gegenüber unserer Berufsgruppe.

Seid ihr in einem RIPE-Bereich tätig oder habt ihr Fragen zur IG RIPE? Stefan Siegenthaler, Co-Leiter der IG RIPE, freut sich auf eure E-Mails an stsiegenthaler@gmail.com.

Korrigendum zur Ausgabe 5/2022 vom September 2022:

In der Rubrik Verbandsinfo wird über die Resultate der SVDE-Mitgliederbefragung 2022 informiert. In der Abbildung zur Schwerpunktsetzung der Mitglieder ist leider ein Schreibfehler passiert. Die Mitglieder wünschen sich eine Stärkung von Ernährungsfachpersonen in den RIPE-Arbeitsfeldern (SWAN-Arbeitsfelder gibt es nicht).



Fachgruppe Deutschschweiz
SVDE ASDD **Geriatric**

Die **SVDE-Fachgruppe Geriatric** hat den Beitrag «Anforderungen an die Ernährungstherapie in der Geriatric» erstellt. Im ersten Teil geben wir einen Überblick über die Mindestanforderungen an eine Ernährungstherapie und im zweiten Teil sind wichtige Informationen zur Umsetzung der Anforderungen im DRG- und ST-Reha-System zusammengefasst.

Möchtet ihr mehr erfahren? Dann findet ihr den vollständigen Artikel auf dem NutriPoint: www.nutri-point.net > Ernährung und Diätetik aktuell > Geriatric > Anforderungen an die Ernährungstherapie in der Geriatric (2022)

Die französische Übersetzung des Artikels folgt in Kürze.

OMEGAlife®

AUS DER KRAFT DES MEERES

OMEGAlife® feiert

20 Jahre

Wir sagen
Danke!

Unterstützt Herz und Gehirn

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



Portrait du GI RIPE

Le groupe d'intérêt ASDD RIPE (GI RIPE) est actif sur les questions de politique professionnelle et réunit des membres de l'ASDD qui ne travaillent pas (uniquement) dans les domaines classiques du conseil diététique et de la thérapie nutritionnelle. Il s'agit plus concrètement des domaines de la recherche, de l'industrie, de la santé publique, de la promotion de la santé et de la formation (RIPE est l'acronyme de «Research, Industry, Public Health & Health Promotion, Education»), sans oublier la restauration collective.



Adrian Baumann, BSc
Diététicien ASDD
Senior Brand Manager Enteral Nutrition, Nestlé Suisse SA
adrian.baumann@ch.nestle.com



Fabia Bommès, BSc
Diététicienne ASDD
Propriétaire et fondatrice d'Ernährungsexpertise
erb@ernaehrungsexpertise.ch

Auteur-e-s (ayant mené les interviews):

Interessengruppe / Groupe d'intérêt / Gruppo d'interesse
SVDE ASDD RIPE — Research, Industry, Public Health and Health Promotion, Education

Le GI RIPE défend les intérêts de ses membres à l'intérieur et en dehors de l'ASDD et il encourage les échanges entre ses membres. Le GI entend monter que les membres de l'ASDD ne travaillent pas seulement dans les domaines classiques de la thérapie et du conseil. Au sein de l'ASDD, le GI RIPE s'engage pour la coopération avec l'association autonome de la SWAN (Swiss Academic Nutritionists). Nous présentons ici le GI RIPE sous la forme d'un gros plan sur l'activité professionnelle de deux de ses membres, Adrian Baumann et Fabia Bommès, auxquels cinq questions ont été posées.

1. Quelles formations avez-vous suivies et quels sont vos diplômes ou titres?

Adrian Baumann (ABN): Avant mes études en nutrition et diététique à la Haute école spécialisée bernoise pour devenir diététicien BSc ASDD, j'avais fait un apprentissage de cuisinier. Alors que j'occupais un emploi à l'Inselspital, j'ai commencé le cours de certificat (CAS Clinical Nutrition), que j'ai terminé après avoir rejoint la société Nestlé. Dans l'intervalle, j'ai également suivi quelques formations internes en marketing

et en vente, et j'ai également cherché à acquérir des connaissances dans le domaine des finances et de la numérisation.

Fabia Bommès (FBS): J'ai obtenu mon BSc BFH en nutrition et diététique en 2015. En 2021, j'ai terminé le CAS en allergies et intolérances alimentaires. Je suis actuellement la fondatrice et propriétaire d'Ernährungsexpertise, le réseau d'informations nutritionnelles fondées sur les données probantes. J'ai observé que dans le quotidien professionnel, on lit et on analyse trop peu les études scientifiques dans le domaine de la nutrition. Après quelques échanges entre collègues, l'idée d'une newsletter spécialisée compacte a vu le jour. Sur la plateforme numérique, il est ainsi possible de consulter plus efficacement les résultats des études et les recommandations pour la pratique. En parallèle, je travaille au développement d'un projet de cabinet en Suisse centrale et je travaille au PFGM Medicalcenter de Wauwil.

2. A quoi ressemble votre quotidien professionnel?

ABN: Le quotidien de Brand Manager est très varié et captivant. Dans celui-ci, l'interdisciplinarité a une grande importance. Le Brand Manager remplit souvent la fonction d'interface entre les parties prenantes internes et externes. En plus des tâches opérationnelles, le travail est très varié et va de l'élaboration d'objectifs stratégiques à long terme aux lancements de produits.

FBS: Aucune journée ne ressemble à l'autre. Je travaille presque chaque jour à l'élaboration de contenus pour la newsletter de diététique et j'échange régulièrement avec Marina Martin, ma collègue de l'équipe. Nous lisons, traduisons et analysons des études de plusieurs domaines

spécialisés. J'ai en outre des échanges avec des client-e-s, des personnes invitées à rédiger des articles dans la newsletter et des membres du réseau. Je travaille sur un certain nombre de projets (recettes grâce aux échanges avec des chercheurs/ses au niveau international). En tant qu'entrepreneuse individuelle, j'ai de multiples champs d'activité, et le développement de la stratégie d'entreprise en fait partie.

3. Qu'est-ce qui vous a donné envie d'adhérer au GI RIPE?

ABN: J'estime qu'il est très important que les diététicien-ne-s ASDD se regroupent et échangent, aussi dans des champs d'activité où notre groupe professionnel n'est pas très fortement représenté.

FBS: Je suis membre depuis janvier 2022. C'est Tanja Häusermann qui a attiré mon attention sur le groupement d'intérêt que je ne connaissais pas. Lors de ma première participation à la réunion en ligne, j'ai beaucoup apprécié l'énorme engagement professionnel des membres et le respect dont ils/elles font preuve les uns envers les autres. Je profite avant tout des échanges et des contacts.

4. Quelle est votre vision de la profession de diététicien-ne d'ici dix ans?

ABN: Elle sera plus diverse, mais aussi plus spécifique. L'établissement du titre de diététicien-ne de pratique avancée marquera une étape importante à mes yeux, tout comme l'évolution de l'état d'esprit des diététicien-ne-s, qui doivent oser se positionner dans des champs moins «classiques» et y représenter notre expertise.

FBS: Je peux imaginer que la diversité de la profession sera encore plus grande et que de nouveaux emplois verront le jour. En particulier les champs d'activité RIPE présentent un potentiel de développement. Malheureusement, le système de santé suisse est surtout orienté vers le traitement des maladies, ce qui a un coût. Les investissements dans la prévention, la promotion de la santé et les repas sur le

lieu de travail sont insuffisants. A l'avenir, il faudrait inciter davantage les gens à améliorer leur santé dans une optique préventive de même que développer des offres allant dans ce sens. Ainsi, de nouvelles structures devraient voir le jour, réunissant les assurances, les médecins, les entreprises et les fournisseurs de prestations, au nombre desquels les diététiciens-ne-s.

5. Comment pouvons-nous rendre visible de manière profitable la diversité de notre profession?

ABN: Nous devons oser encore davantage, en tant que diététiciens-ne-s ASDD, nous positionner en tant que porte-paroles de notre profession, communiquer nos atouts

à l'extérieur et ainsi attirer l'attention sur nous.

FBS: Nous devons augmenter notre visibilité. Pour cela, il faut d'une part avoir le courage de tester la nouveauté, et d'autre part améliorer la cohésion de notre groupe professionnel, malgré ses différents champs d'activité. Les pistes possibles sont selon moi de développer l'interdisciplinarité et de combattre les préjugés à l'encontre de notre groupe professionnel.

Si vous travaillez dans un domaine RIPE ou si vous avez des questions sur le GI RIPE, Stefan Siegenthaler, coresponsable du GI RIPE, se réjouit de recevoir votre e-mail. stsiegenthaler@gmail.com.

Erratum concernant le numéro 5/2022 de septembre 2022:

A la rubrique Informations de l'association, des informations sont communiquées sur les résultats de l'enquête réalisée auprès des membres de l'ASDD 2022. Une erreur s'est malheureusement glissée dans la représentation des priorités fixées par les membres. Les membres souhaitent un renforcement du rôle des professionnel-le-s de la nutrition dans les champs d'activité RIPE (les champs d'activité SWAN n'existent pas).



SVDE ASDD

Fachgruppe Deutschschweiz
Geriatrie

Le **groupe spécialisé Gériatrie** a rédigé l'article «Exigences pour la thérapie nutritionnelle en gériatrie». Dans la première partie, nous donnons un aperçu des exigences minimales en matière de thérapie nutritionnelle et dans la deuxième partie sont résumées des informations importantes concernant la mise en œuvre des exigences dans le système DRG et ST-Reha.

Aimeriez-vous en savoir plus? Vous trouverez l'article complet dans NutriPoint: www.nutri-point.net > Alimentation et diététique actuelle > Gériatrie > Exigences pour la thérapie nutritionnelle en gériatrie (2022)

La traduction française de cet article suivra bientôt.

Il gruppo di interesse RIPE dell'ASDD si presenta

Impegnato su temi di politica professionale, il gruppo di interesse RIPE dell'ASDD (IG RIPE) riunisce membri dell'ASDD che operano anche al di fuori della classica consulenza e terapia nutrizionale, vale a dire in ambiti quali la ricerca, l'industria, la sanità pubblica, la promozione della salute e la formazione (RIPE è infatti l'acronimo di «Research, Industry, Public Health and Health Promotion, Education»), nonché nel settore della ristorazione collettiva.



Adrian Baumann, BSc
Dietista ASDD
Senior Brand Manager Enteral Nutrition, Nestlé Suisse S.A.
adrian.baumann@ch.nestle.com



Fabia Bommès, BSc
Dietista ASDD
Titolare e fondatrice di Ernährungsexpertise
erb@ernaehrungsexpertise.ch

Articolo / intervista a cura di:

Interessengruppe / Groupe d'intérêt / Gruppo d'interesse
SVDE ASDD RIPE — Research, Industry, Public Health and Health Promotion, Education

Il gruppo di interesse RIPE rappresenta gli interessi dei suoi membri all'interno e all'esterno dell'ASDD, promuove lo scambio tra suoi membri e punta a mettere in evidenza il fatto che i membri dell'ASDD non operano esclusivamente negli ambiti classici della consulenza e terapia nutrizionale. In seno all'ASDD, il gruppo di interesse RIPE si adopera sul fronte della collaborazione con l'associazione indipendente Swiss Academic Nutritionists SWAN. Nel presentare il gruppo IG RIPE ci soffermiamo sull'attività professionale di alcuni suoi membri ponendo loro cinque domande. Abbiamo intervistato Adrian Baumann e Fabia Bommès.

1. Qual è la vostra formazione e quali sono i vostri titoli di studio e/o accademici?

Adrian Baumann (ABN): Dopo aver svolto un apprendistato come cuoco, mi sono iscritto al corso di studi in nutrizione e dietetica presso la Scuola universitaria professionale di Berna, in seguito al quale sono diventato dietista BSc ASDD. Durante la mia attività professionale all'Inselhospital ho iniziato il corso di certificato (CAS Clinical

Nutrition), che ho concluso dopo essere entrato a lavorare da Nestlé. Ho poi frequentato diversi corsi di formazione continua interni in marketing e vendite, ma anche su altri temi come la digitalizzazione e le finanze.

Fabia Bommès (FBS): Ho conseguito il titolo «BSc in Nutrizione e Dietetica» presso la Scuola universitaria professionale di Berna nel 2015 e nel 2021 ho completato il CAS in allergie e intolleranze alimentari. Oggi sono titolare di «Ernährungsexpertise», la rete per informazioni nutrizionali basate sulle evidenze, di cui sono anche fondatrice. Ho notato che nella quotidianità lavorativa gli studi scientifici sulla nutrizione vengono letti e analizzati troppo poco. Da un confronto con colleghe/i è nata quindi l'idea di realizzare una newsletter specialistica concisa e sintetica. Sulla piattaforma digitale si possono poi consultare in modo più efficiente i risultati degli studi e le raccomandazioni per la pratica. In parallelo lavoro alla realizzazione di un progetto pratico nella Svizzera centrale e opero presso il centro medico PFGM di Wauwil.

2. Come si svolge la vostra giornata lavorativa?

ABN: La giornata lavorativa di un brand manager è molto varia e stimolante: anche qui l'interdisciplinarietà è un elemento chiave. Il brand manager funge spesso da interfaccia tra stakeholder interni ed esterni. Si tratta di un lavoro molto dinamico, che comprende mansioni di tipo operativo, ma anche la formulazione di obiettivi strategici a lungo termine e il lancio di progetti.

FBS: Ogni giorno è diverso. Lavoro quasi quotidianamente alla creazione di contenuti per la newsletter sulla nutrizione

e mi consulto regolarmente con la mia collega Marina Martin. Leggiamo, traduciamo e analizziamo studi condotti in diversi ambiti specialistici. Mi confronto anche con clienti, persone che scrivono guest post e altri contributi esterni, persone del mio network. Inoltre lavoro a diversi altri progetti, come ad es. lo sviluppo di ricette in collaborazione con ricercatori internazionali. In quanto titolare di un'impresa individuale ho molteplici ambiti di competenza, come ad esempio lo sviluppo strategico.

3. Cosa vi ha spinto ad aderire al gruppo di interesse IG RIPE?

ABN: Credo sia molto importante che le dietiste e i dietisti ASDD abbiano modo di riunirsi e confrontarsi anche in ambiti in cui la nostra categoria professionale non è ancora molto rappresentata.

FBS: Ho aderito nel gennaio 2022. Sono venuta a conoscenza del gruppo di interesse grazie a Tanja Häusermann, prima ne ignoravo l'esistenza. Ho trovato la prima riunione online estremamente positiva per via dell'enorme impegno professionale dei membri e della stima reciproca. Trovo che lo scambio di opinioni e i contatti mi siano particolarmente utili.

4. Come vedete la nostra professione fra 10 anni?

ABN: Diversa e più specifica. Ritengo il consolidamento della figura dell'«Advanced Practice Dietitian» molto importante, come pure il fatto che le dietiste e i dietisti ASDD abbiano il coraggio di posizionarsi in ambiti meno «classici», dove rappresentare le competenze della nostra categoria.

FBS: Penso che la nostra professione sarà ancora più varia e che nasceranno nuovi posti di lavoro. Proprio negli ambiti professionali RIPE il potenziale di crescita è elevato. Purtroppo il sistema sanitario svizzero punta soprattutto a trattare le malattie, e questo approccio costa. Si investe troppo poco in prevenzione, promozione della salute e alimentazione sul posto di lavoro. In

futuro ci dovrebbero essere più incentivi e offerte per la popolazione, che sarà così spinta a migliorare la propria salute a livello preventivo. Dovrebbero anche nascere nuove collaborazioni con assicurazioni, medici, aziende e fornitori di prestazioni come noi.

5. In che modo possiamo rendere visibile la versatilità della nostra professione in maniera proficua?

ABN: Impegnandoci ancora di più in qualità di ambasciatrici e ambasciatori della nostra professione, per mostrare all'opinione pubblica i nostri punti di forza e attirare l'attenzione su di noi.

FBS: Dobbiamo aumentare la nostra visibilità. Per riuscirci servono, da un lato, il coraggio di sperimentare cose nuove e, dall'altro, la coesione come categoria, nonostante i diversi ambiti professionali in cui operiamo. In particolare penso che si debba promuovere l'interdisciplinarietà e abbattere i pregiudizi nei confronti della nostra categoria professionale.

Operate in un ambito RIPE o avete domande riguardo al gruppo di interesse? Stefan Siegenthaler, co-responsabile del gruppo di interesse IG RIPE, sarà lieto di rispondere alle vostre e-mail all'indirizzo stsiegenthaler@gmail.com.

Errata corrige relativa al numero 5/2022 di settembre 2022:

Nella rubrica «INFO DELL'ASDD» abbiamo comunicato i risultati del sondaggio tra i membri 2022. Nell'immagine relativa alla definizione delle priorità secondo i membri dell'ASDD si è verificato un errore di trascrizione. I membri desiderano rafforzare le figure professionali della nutrizione nei campi d'attività RIPE (i campi d'attività SWAN non esistono).



SVDE ASDD

Fachgruppe Deutschschweiz
Geriatric

Il **gruppo specializzato ASDD Geriatric** ha scritto un articolo sui requisiti della terapia nutrizionale in geriatria. Nella prima parte viene fornito un quadro dei requisiti minimi che la terapia nutrizionale in geriatria deve soddisfare; la seconda parte riporta invece una sintesi delle informazioni rilevanti per l'attuazione dei requisiti nel sistema DRG e ST Reha.

Volete saperne di più? Leggete l'articolo completo sul sito di NutriPoint: www.nutri-point.net > Attualità Nutrizione e dietetica > Geriatric > Requisiti della terapia nutrizionale in geriatria (2022)

La traduzione francese dell'articolo seguirà a breve.

Herzliche Gratulation den Bachelor- und Masterabsolvent/innen des Studienganges in Ernährung und Diätetik am Departement Gesundheit der Berner Fachhochschule

Im Rahmen der Abschlussfeier des Departements Gesundheit der Berner Fachhochschule vom 2. November 2022 im «National» in Bern feierten 50 Bachelor- und 11 Masterabsolvent/innen ihren erfolgreichen Abschluss des Studiums. Erstmals durften 11 Absolvent/innen des Masters in Ernährung und Diätetik ihr Diplom entgegennehmen.

Andrea Mahlstein, MSc

Leiterin Bachelorstudiengang Ernährung und Diätetik

Dr. Undine Lehmann

Leiterin Masterstudiengang Ernährung und Diätetik

Ein Saal voller strahlender Gesichter – das war die Kulisse der diesjährigen Abschlussfeier, welche die Absolvent/innen im Kreise von Angehörigen, Freund/innen und Mitarbeitenden des Fachbereiches Ernährung und Diätetik erleben durften. Nach

einem von der Covid-19-Pandemie geprägten Studium und den damit verbundenen Herausforderungen dürfen alle Absolvent/innen zu Recht stolz auf den Studienabschluss sein.

Im Rahmen der Abschlussfeier wurden folgende herausragende Leistungen im BSc Ernährung und Diätetik prämiert:

Die **beste Gesamtleistung** im Bachelorstudiengang Ernährung und Diätetik erbrachte **Alessia Colatruglia**. Sie schloss das Studium

mit der Note 5,5 ab. Für diese hervorragende Leistung erhielt sie den von der Insel-Gruppe gesponserten Preis von CHF 1000, überreicht von Rachel Strahm, Ernährungsberaterin und Berufsbildungsverantwortliche im Bereich Ernährung und Diätetik.

Weiter erhielten **Lea Meister** und **Céline Probst** die Auszeichnung für die **beste Bachelor-These**. Der Titel ihrer Arbeit lautet: «Adipositas therapie mit einem GLP-1-Analogon – Stellenwert der begleitenden Lebensstilveränderungen aus der Sicht von Betroffenen». Die These wurde vom Schweizerischen Verband der Ernährungsberater/innen (SVDE) mit einem Preis von CHF 500 prämiert, den Barbara Richli, Vorstandsmitglied des SVDE, den stolzen Preisträgerinnen übergab.



Absolvent/innen des BSc Ernährung und Diätetik

Absolvent/innen des BSc Ernährung und Diätetik:

Baur Nicole, Bee Lorena, Binggeli Michelle, Bollhalder Pascale, Brandenberger Patricia, Colatruglio Alessia, Deriaz Michelle, Eberle Debora, Egger Kim, Gerber Rebekka, Gumbiller Natascha, Hasenfratz Lisa, Hasler Aurélie, Helfenberger Selin, Hillenbrand Gudrun, Hostettler Lara, Just Andrea, Kaufmann Anita, Kuhn Maureen, Kupper Elena, Kuster Angela, Leu Eveline, Manser Michael, Marino Alessia, Marti Laura, Meister Lea, Mekni Benjamil, Molinaro Luca, Montredon Fabrice, Müller Nadja, Murgotti Alessia, Obrecht Lea, Probst Céline, Rösti Chantal, Rothen Isabelle, Santner Matthias, Schmidli Naomi, Schnellmann Sara, Seger Marline, Spari Linda, Stephens-Metcalfe Nia, Suter Joëlle, Thürlemann Simone, Tremp Deborah, Truffer Carol, Vogelmann Xenia, Walser Lia, Wehmann Michelle, Wittweiler Rahel, Zahnd Manuela

Im MSc Ernährung und Diätetik wurden folgende grossartige Leistungen prämiert:

Die **beste Gesamtleistung** im Masterstudiengang Ernährung und Diätetik erbrachte **Gioia Vinci**. Sie schloss das Studium mit der Note 5,5 ab. Für diese hervorragende Leistung erhielt sie den von der Insel-Gruppe gesponserten Preis von CHF 1000, ebenfalls überreicht von Rachel Strahm.

Die **Auszeichnung der besten Master-These** ging an **Marina Beyeler** für ihre These «Usability and Overall Perception of a Health Bot for Nutrition Related Questions for Bariatric Patients: A Mixed Method Approach». Bei der Wahl der besten Master-These haben



Absolvent/innen des MSc Ernährung und Diätetik

wir uns neben der Note an den folgenden drei Kriterien orientiert: Relevanz für die Praxis, Innovationskraft und Engagement. Die These wurde vom SVDE mit einem Preis von CHF 500 prämiert, den wiederum Barbara Richli der Preisträgerin übergab.

Absolvent/innen des MSc Ernährung und Diätetik 2022:

Beyeler Marina, Bucher Anita, Gerber Lisa, Martel Petra, Ott Andrea Claudia, Plüss Pe-

tra Andrea, Uhlmann Katja, Schaller Fabienne, Studerus Diana, Vinci Gioia, Zurfluh Andrea.

Das Team des Fachbereichs Ernährung und Diätetik gratuliert allen Absolvent/innen herzlich zum erfolgreichen Abschluss des Studiums und wünscht ihnen mit den neu erlangten Kompetenzen viel Freude und Erfolg im Berufsleben.

Une nouvelle volée de diététicien-ne-s



© Arthur Du Sordet HEdS cérémonie 2022

La filière Nutrition et diététique de la Haute école de santé de Genève (HEdS-Genève) a eu le plaisir de remettre leurs diplômes à 37 nouvelles diététiciennes et nouveaux diététiciens, dans le cadre de la cérémonie de remise des diplômes Bachelor organisée le 15 novembre 2022 au Campus HEAD:

Céline Besson, Katarina Bojkovic, Mara Bozzini, Emeline Brühlhart, Alice Brun, Fany Chappius, Cézanne Chatelain, Yasmine Clottu, Barbara Dos Santos Carrilho, Océane Flühmann, Cassandra Gagliani, Nathalie Gasser, Laetitia Guyot, Lara Iglesias García, Virginie Jaccard, Elsa Kuonen, Cynthia Lanzrein, Laura Löbl, Valérie Loew, Damien Lorenz, Elli Lyginos, Michaël Marquis, Juliana Moll, Déborah Moser, Noémia Mougin, Morgane Laurine Pintozzi, Lara Quagliara, Ryan Rodríguez, Amélie Roy, Laetitia Schäppi, Eléa Schneeberger, Léonard Schnegg, Charlyne Suard, Emilie Tschopp, Mathilde Varidel, Julie Vulliamy, Loukia Witte.

Les collaborateur-trice-s de la filière Nutrition et diététique sont très fier-ère-s d'accueillir cette nouvelle volée de collègues et félicitent les lauréat-e-s pour leur engagement au cours de ces trois années. Cette volée de néo diplômé-e-s a fait preuve, au long de ces trois dernières années, d'une belle créativité, d'une grande capacité d'adaptation et d'une immense bienveil-

lance que l'on a pu observer au travers du soutien mutuel qu'elles et ils se sont témoigné-e-s. La Responsable de la filière, M^{me} Pasqualina Riggillo, soulève notamment l'excellent niveau des travaux de Bachelor proposés cette année.

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

Les lauréates du Prix d'honneur pour le meilleur travail de Bachelor en Nutrition et diététique offert par l'ASDD, remis par M^{me} Angélique Meier de l'ASDD sont: Cassandra Gagliani et Deborah Moser, pour leur travail intitulé «Suivi diététique systématique durant la grossesse: impacts pour la mère et l'enfant.» réalisé sous la direction de la Professeure Corinne Jotterand Cha-

parro. Le travail est innovant et mène à des recommandations concrètes pour la pratique.

Les lauréates du Prix Avasad sont Laura Löbl et Laetitia Guyot pour leur travail intitulé «Chez les adultes, quels sont les facteurs de motivation et les barrières à l'adoption d'une alimentation à faible impact environnemental?» réalisé sous la direction de M^{me} Sidonie Fabbì. Ce travail porte sur l'Alimentation durable, son importance en termes de santé humaine et environnementale, ainsi que les solutions concrètes pour son implémentation.

La filière invite désormais toute et tous ces nouvelles et nouveaux collègues à faire connaître leurs travaux de Bachelor au travers du concours de poster des prochains Nutridays, les 24 et 25 mars 2023 à Lausanne.



© Arthur Du Sordet HEdS cérémonie 2022



© Arthur Du Sordet HEdS cérémonie 2022

Sept diplômées avec un MSc en Sciences de la santé HES-SO-UNIL, orientation Nutrition et diététique

Jocelyne Laure

Diététicienne ASDD, Professeure associée

Angéline Chatelan

Diététicienne ASDD, Professeure assistante,
Filière Nutrition et diététique, Haute école de
santé de Genève, co-responsables de
l'orientation nutrition et diététique

Le 24 novembre la HES-SO Master, la Filière Nutrition et diététique et l'ASDD ont eu le plaisir de féliciter sept collègues ayant obtenu le titre Master en Sciences de la santé pour l'orientation Nutrition et diététique: Alejandra Bayard, Stéphanie Blanc, Alexia Grisel, Véronique Guerne, Aline Oliveira Penedo, Tajnja Vasileva et Jeanne Vorlet.

Lors de cet événement nous avons remis le Prix ASDD du meilleur travail de master (TM) de l'orientation Nutrition et diététique à Madame Jeanne Vorlet, qui a exploré les «Barrières et facilitateurs de l'implémentation de l'alimentation intuitive, en tenant compte de l'image corporelle de femmes post-ménopausées et en surpoids: étude qualitative», sous la direction de la Professeure Isabelle Carrard. Les entretiens réalisés au cours de cet excellent travail ont permis de mettre en évidence six thèmes illustrant le processus nécessaire à parcourir pour établir une relation plus sereine avec l'alimentation pour ces femmes.

Nous félicitons également chaleureusement Madame Stéphanie Blanc qui a obtenu le prix HES-SO de la meilleure moyenne pour les modules communs à toutes les orientations.

L'engagement durant les études, la persévérance et la qualité des TM de l'ensemble des diplômées ont été soulignés. Les titres des TM présentés ci-dessous avec leurs auteurs, directeurs/directrice (Dir et Co-dir) donnent un aperçu des champs d'investigation:



L'ensemble des diplômé-e-s du MSc en Sciences de la Santé HES-SO-UNIL, toutes orientations.



Jeanne Vorlet reçoit le prix ASDD remis par Angéline Meier, membre du Comité.



Stéphanie Blanc reçoit le prix de la meilleure moyenne remis par Sophie Tapparel, responsable de la HES-SO Master.

- **Stéphanie Blanc et Tajnja Vasileva** «Syndrome de renutrition chez l'enfant sévèrement malade sous nutrition artificielle» Dir Corinne Jotterand Chaparro, Co-dir Frédéric Valla (Lyon, France).
- **Véronique Guerne** «Respect des critères nutritionnels et environnementaux en restauration collective: Analyse descriptive et opinion des acteurs du terrain» Dir Sophie Bucher Della Torre, Co-dir Charlotte de la Beaume (Beelöng).
- **Aline Oliveira Penedo** «Consommation d'aliments à base d'insectes: quelle perception dans un contexte universitaire suisse?» Dir Wolfram Brück (HES-SO Valais), Co-dir Sophie Bucher Della Torre et Corinne Kehl.

- **Alejandra Bayard et Alexia Grisel** «Comparaison de la qualité de l'alimentation de femmes adultes de poids normal satisfaites et insatisfaites de leur poids: résultats de l'enquête nationale sur l'alimentation menuCH» Dir Isabelle Carrard, Co-dir Angéline Chatelan.

Plusieurs étudiantes travaillent actuellement sur une publication et Stéphanie Blanc et Tajnja Vasileva ont déjà publié leur article.

Suivez l'activité du MSc en Sciences de la santé et assistez aux soutenances publiques via Teams en février et juin. Toutes les informations sur www.hes-so.ch/mcsca.

Die FODMAP-Küche bei Reizdarm 130 leichte Rezepte zum Geniessen und Wohlfühlen



Autorin: Carine Buhmann
AT Verlag Aarau und München,
264 Seiten, ISBN 978-3-03902-150-5

Im März 2022 ist das zweite Buch für Betroffene mit Reizdarmsyndrom von Carine Buhmann erschienen. Der Theorieteil fasst in gekürzter Form die Grundlagen des kürzlich aktualisierten ersten Buches «Das FODMAP-Konzept» zusammen und führt gewisse Themen ausführlicher aus. So zeigt das Kapitel «Die FODMAP-Küche praxisnah» viele Umsetzungshilfen auf, die speziell für Neubetroffene wertvoll sind, welche sich bisher nicht viel mit Lebensmitteln und der Zubereitung auseinandergesetzt haben. Jeweils auf einer Doppelseite werden die verschiedenen Lebensmittelgruppen auf ihren FODMAP-Gehalt beurteilt und mit praktischen Tipps sowie einer farbigen

Ampeltabelle ergänzt. Als nützliche Orientierungshilfe findet sich hinten im Buch eine ausführliche Liste A bis Z mit über 400 Lebensmitteln, farblich zugeordnet nach dem FODMAP-Gehalt. Ergänzt wird das Buch mit Ideen für die Einkaufsplanung und den Küchenvorrat während der Eliminationsphase.

Die 130 Rezepte sind geeignet für eine FODMAP-reduzierte Ernährung und berücksichtigen die aktuellen Ernährungsempfehlungen für die Zusammensetzung einer Mahlzeit; von allerlei Frühstücksideen über kleine schnelle Mahlzeiten wie marktfrische Salate, leichte Snacks und Suppen bis hin zu unkomplizierten Getreide-, Gemüse- und Kartoffelrezepten. Es finden sich Ideen für Take-away, aber auch vegetarische Hauptmahlzeiten und Rezepte mit Fleisch oder Fisch sowie Desserts und Backwaren.

Wie im letzten Buch hat die Fotografin die Rezepte erneut stimmungsvoll und appetitlich in Szene gesetzt. Die Rezepte werden mit vielen praktischen Tipps und Varianten ergänzt. So erhalten Betroffene zusätzliche Rezeptideen, auch für die Toleranzfindungsphase. Was im Rezeptteil sofort ins Auge springt, sind die kleinen Infoboxen, illustriert mit einem kleinen Lebensmittelfoto. Carine Buhmann pickt sich bei jedem Rezept eine Zutat heraus und gibt dazu

konkrete Empfehlungen und teils nützliche Zubereitungs- oder Küchentipps. Leser/innen erhalten auf diese Weise quer durchs Buch häppchenweise wertvolle Informationen über Lebensmittel und FODMAPs.

Im Theorieteil macht die Autorin mehrmals darauf aufmerksam, wie wichtig eine individuelle Ernährungsberatung für die erfolgreiche Umsetzung des FODMAP-Konzepts ist und empfiehlt RDS-Betroffenen, eine professionelle Beratung bei einer auf FODMAP-spezialisierten Ernährungsfachperson in Anspruch zu nehmen. Geprüft wurden sämtliche Rezepte in Bezug auf die FODMAP-Tauglichkeit von Silvia Maissen, Ernährungsberaterin SVDE.

Dieses Buch kann allen Reizdarmbetroffenen empfohlen werden. Auch Ernährungsberater/innen, welche Reizdarmbetroffene beraten, werden noch dazulernen und ihren Klient/innen praxisnahe Informationen und Tipps für die Umsetzung geben können. Das grossformatige und schwergewichtige Buch ist etwas unhandlich, aber sehr ansprechend aufgemacht.

Rezensiert von:
Dr. clin. nutr. Caroline M. Kiss,
Fachexpertin Klinische Ernährung,
Universitäre Altersmedizin
FELIX PLATTER, Basel

Erfassen Sie Ihre absolvierte
Fortbildung im **NutriEdu**.

Mehr dazu unter www.svde-asdd.ch
> Bildung > NutriEdu.

Enregistrez votre formation
continue dans **NutriEdu**.

Pour plus d'informations, voir
www.svde-asdd.ch > Formation
> NutriEdu.



SVDE ASDD

KURSÜBERSICHT VUE D'ENSEMBLE DES COURS PANORAMICA DEI CORSI

Datum Date Data	Ort Lieu Luogo	Veranstaltung Manifestation Manifestazione	SVDE-Punkte Points ASDD Punti ASDD
24.01.2023	Zürich	Hybrid: Gesundheit und Ernährung in den ersten 1000 Tagen	2
24.01.2023	Biel/Bienne	Nationale Fachtagung F+F «Hinschauen und handeln – wer, wann, wie? Früherkennung und Frühintervention in verschiedenen Lebenssituationen»	6
24.01.2023–02.02.2023	Online	Image corporelle positive	15
24.01.2023–14.03.2023	Online	Formation Mind-Eat	18
25.01.2023	Online	Noch ganz dicht? Wie es zum Leaky Gut kommt und was Stress damit zu tun hat	2
27.01.2023–28.01.2023	Hamburg	«Das Essen ist mein liebster Feind!» – Ambulante Ernährungstherapie bei Essstörungen	11
28.01.2023	Online	Adipositas – Ursachen, Folgen und die Ernährungstherapie	3
28.01.2023	Bussigny-près-Lausanne	Interface Digestive	7
30.01.2023–13.02.2023	Online	Erfolgreiches Marketing für Ernährungsexperten	3
01.02.2023	Zürich	Dünndarm-Fehlbesiedlung (SIBO) – praxisorientierte Fortbildung mit Fallbeispiel und Checklisten für den beruflichen Alltag	8
01.02.2023–02.02.2023	Online	Certified Intuitive Eating Counselor	9
03.02.2023–13.05.2023	Zürich	Basismodul Weiterbildung Psychotraumatheorie/-beratung	18
04.02.2023	Zürich	Der Darm	7
09.02.2023	Bern	Der dauergestresste Mensch? Das Burnout-Konzept kritisch reflektiert	8
09.02.2023	Genève	Feeding the microbiota	4
09.02.2023	Online	La cicatrisation et ses conséquences nutritionnelles	2
15.02.2023–26.04.2023	Online	Der Austausch macht's – Fall für Fall! – Ernährungstherapie bei Essstörungen/Supervision	7
16.02.2023	Bern	Update Ernährung unter SwissDRG: Akutsomatik, STReha und TARPSY	6
17.02.2023	Bern	Die 7 Arten von Hunger – eine Einführung	7
17.02.2023–18.02.2023	Hamburg	Update Diabetes mellitus	11
21.02.2023	Bern	Achtsame Körperwahrnehmung und Emotionsregulation	8
24.02.2023	Online	Risikoadaptierte Ernährungstherapie bei chronischen Nierenfunktionsstörungen	3
24.02.2023–25.02.2023	Hamburg	Diagnose Fettleber	11
24.02.2023	Online	Nutrition et supplémentation de la perte de poids	7
01.03.2023	Online	Depressionen und Schlafstörungen – warum der Blick auf den Darm wichtig ist!	2
03.03.2023–04.03.2023	Luzern	Humor und Provokation in Therapie und Beratung	12
03.03.2023–04.03.2023	Hamburg	Zu verändertem Essverhalten motivieren	11
03.03.2023–28.04.2023	Online	DACH(I)-Onlineseminar FODMAP – Ernährungstherapie bei Reizdarmsyndrom	18
04.03.2023	Zürich	Enterale Ernährung im Praxisalltag	6
08.03.2023–10.03.2023	Aarau	Grundlagen der Care Gastronomie	18
09.03.2023	Zürich	Vegane Ernährung – gesundheitliche Vorteile und Risiken	8
09.03.2023	Neuchâtel	Micronutriments 3	6
10.03.2023	Bern	Symposium für Gesundheitsberufe	4
10.03.2023–11.03.2023	Luzern	Lösungsorientierte Gesprächsführung	12
10.03.2023–11.03.2023	Online	Adipositas-Chirurgie: Ernährungstherapie vor und nach der OP	9
10.03.2023–12.06.2023	Online	Kompaktausbildung Adipositas-Chirurgie	18
11.03.2023	Zürich	Strategien zur Überwindung von Starre und Blockaden – von der Hemmung zum Impuls	8
13.03.2023	Online	L'ANTIBIOTHERAPIE, UNE MENACE POUR DEMAIN	2
16.03.2023	Zürich	Systemische Aufstellungen im Einzelsetting	8
16.03.2023–18.03.2023	Lutry	13. WIENER KONGRESS ESSSTÖRUNGEN	15
16.03.2023–14.12.2023	Online	Weiterbildung Dipl. Coach für Autogenes Training	18
16.03.2023	Genève 4	35 ^{ème} Journée de Nutrition	7
17.03.2023–18.03.2023	Hamburg	Update Fettstoffwechselstörungen	11
21.03.2023	Zürich	SWAN LivePorträts	2
24.03.2023	Online	Ernährung vor und nach bariatrischer Operation. Praxisumsetzung	3
24.03.2023–25.03.2023	Lausanne	NutriDays 2023	16
27.03.2023–19.06.2023	Online	Fallkonferenz Lebererkrankungen	6

KURSÜBERSICHT VUE D'ENSEMBLE DES COURS PANORAMICA DEI CORSI

Datum Date Data	Ort Lieu Luogo	Veranstaltung Manifestation Manifestazione	SVDE-Punkte Points ASDD Punti ASDD
29.03.2023	Online	Nährstoffwunder Protein	3
31.03.2023	Luzern	Übungs- und Supervisionstag Gesprächsführung	6
31.03.2023	Online	Dünndarmfehlbesiedlung (SIBO) – ein übersehenes Krankheitsbild	3
01.04.2023	Zürich	Zellschutz	7
03.04.2023–05.04.2023	Aarau	Gerontologische Grundlagen für Care Gastronomen	18
03.04.2023	Online	Nutrition et supplémentation de la perte de poids	7
05.04.2023	Online	Per Mausclick zum mylowcarb-Coach! Mit dem Low-Carb-Creator (LCC) – preiswert und schnell, professionelle und personalisierte Low-Carb-Coaching-Unterlagen	3
14.04.2023–27.10.2023	Bern	Achtsames Essen und Emotionsregulation	18
20.04.2023–15.06.2023	Online	Formation Mind-Eat	18
22.04.2023	Online	Zukunft der personalisierten Ernährung – Chancen für die praktische Anwendung	3
27.04.2023–28.04.2023	Aarau	Selbstsicher auftreten – klar reden	11
28.04.2023–29.04.2023	Bern	Resilienz und andere Ressourcen aktivieren	18
02.05.2023–03.05.2023	Aarau	Gewaltfreie Kommunikation (GfK)	11
04.05.2023	Lausanne	Maladie coeliaque, sensibilité au gluten, alimentation sans gluten: actualités 2023	6
05.05.2023–06.05.2023	Hamburg	Ernährungstherapie bei Essstörungen – ein bunter Strauss bewährter Interventionen (Teil 1)	11
06.05.2023	Luzern	Übungstag Humor und Provokation	6
08.05.2023	Zürich	Embodiment: Den Körper als Ressource nutzen	8
08.05.2023	Online	Ernährungstherapie nach der Adipositas-OP: Krankheiten, die bleiben	3
08.05.2023–04.06.2023	Online	Nutrition au féminin	13
11.05.2023	Zürich	Ernährungspsychologie meets Bariatrie	8
11.05.2023	Online	Constipation: que faire pour réguler le transit et maintenir l'appétit?	2
13.05.2023	Bussigny-près-Lausanne	Communication cellulaire	7
22.05.2023	Online	Stress et anxiété: Implication de l'axe intestin-cerveau	2
03.06.2023	Zürich	Zellkommunikation	7
05.06.2023–21.06.2023	Aarau	Genuss und Ernährung im Alter	18
08.06.2023	Zürich	La femme totale	8
08.06.2023	Lausanne	Développement d'un leadership dans les soins palliatifs, en tant que diététicien-ne	6
08.06.2023	Lausanne	Microbiote et surpoids	6
10.06.2023	Bussigny-près-Lausanne	La consultation de micronutrition et ses outils	7
22.06.2023	Zürich	Sexualberatung und -therapie	8
22.06.2023	Zürich	Die wohlthuende Kraft der Natur auf unseren Tellern – wie Wildkräuter unsere Ernährung ganzheitlich ergänzen	8
14.07.2023	Online	Haut und Ernährung – Rolle der Ernährung bei unterschiedlichen Hauterkrankungen	3
16.08.2023–25.08.2023	Aarau	Moderne Verpflegungskonzepte und Menüplanung	18
23.08.2023–24.08.2023	Aarau	Schwierige Gespräche kompetent führen	11
24.08.2023	Zürich	Angst und depressives Erleben, gemischt – ein gestalttherapeutischer Zugang	8
24.08.2023–26.10.2023	Zürich	Stressberatung und Stressmanagement IKP (Zertifikat)	18
25.08.2023–09.12.2023	Zürich	Basismodul Weiterbildung Psychotherapie/-beratung	18
31.08.2023–23.11.2023	Zürich	Ganzheitliche Weiterbildung in körperzentrierter sexologischer Beratung IKP (Zertifikat)	18
05.09.2023	Online	La cicatrisation et ses conséquences nutritionnelles	2
06.09.2023	Zürich	Ernährung bei Krebserkrankung – Herausforderung für ein ganzes System	8
07.09.2023	Bern	Hochsensibilität: Herausforderungen und Potenziale in der Beratung von neurosensitiven Menschen	8
07.09.2023–08.12.2023	Zürich	Weiterbildung Kompetenzerweiterung Paarberatung (Einzelpersonen und Paare)	18
11.09.2023	Online	Quelles alternatives pour nos patients souffrant du côlon irritable?	2
16.09.2023–28.10.2023	Luzern	Humor und Schlagfertigkeit in Beruf und Alltag	12
21.09.2023	Weesen	Smoothfood – mehr als nur püriert! Konzept und Praxiskurs	6
23.09.2023	Bussigny-près-Lausanne	Fonction cerveau	7



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 für einen unkomplizierten Einkauf und unbeschwertes Genuss bei Unverträglichkeiten.

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.

Vital
Peptido
1.5kcal

SPEZIAL-TRINKNAHRUNG AUF PEPTID-BASIS

FÜR PATIENTEN MIT GASTROINTESTINALEN
INTOLERANZEN & MALABSORPTION

NUTRITION SPÉCIALE À BASE DE PEPTIDES

POUR LES PATIENTS SOUFFRANT D'INTOLÉRANCES
GASTROINTESTINALES ET DE MALABSORPTION

«Ich bin wieder versöhnt mit
meinem Magen-Darm-
Trakt – dank Vital Peptido!»

«Grâce à Vital Peptido, je suis
à nouveau reconciliée avec mon
système gastro-intestinal.»

Eliane, 48



#1
in Geschmack und
Compliance^{1,2}
pour le goût et
l'adhérence^{1,2}



TRINKNAHRUNG • SUPPLÉMENT NUTRITIONNEL ORAL
200ml
300 kcal
1000ml
1500 kcal
SONDENNAHRUNG • NUTRITION PAR SONDE

70% MCTs
70% des TCM

13,5g Hydrolysiertes Protein
13,5g de protéines hydrolysées

70% MCTs
70% des TCM

67,5g Hydrolysiertes Protein
67,5g de protéines hydrolysées

✓ **Verbessert** nachweislich den Ernährungsstatus und
lindert Symptome³
Améliore l'état nutritionnel et **soulage** les symptômes³

✓ **Ohne Nahrungsfasern** / Sans fibres alimentaires
✓ **Glutenfrei** / Sans gluten
✓ **Laktosefrei** / Sans lactose

MCT: mittelkettige Triglyceride
¹8 von 10 Personen bevorzugten Vital® Peptido Vanille gegenüber Survimed OPD Drink Vanille und Peptamen Vanille, Ozcagli T et al. (2014) ²98% Compliance. Die Patienten bekamen 16 Tage lang zweimal täglich eine Flasche Vital® Peptido verschrieben. Nelson JL. (2019) ³López-Medina JA et al. (2022).
TCM: triglycérides à chaînes moyennes
¹8 personnes sur 10 préfèrent Vital® Peptido Vanille à Survimed OPD Drink Vanille et Peptamen Vanille, Ozcagli T et al. Clinical Nutr 2014;33(1):S212. ²Les patients se sont vu prescrire une bouteille de Vital® Peptido deux fois par jour pendant 16 jours. Nelson JL. Clinical Nutrition Experimental 2019;28:123-130. ³López-Medina JA et al. (2022).
Nur für Gesundheitsfachpersonen. Réservez aux professionnels de santé.



HIER
MUSTER
BESTELLEN
COMMANDEZ
DES ÉCHANTI-
LLONS ICI

Abbott AG
Hotline 0800 88 80 81
www.nutrition.abbott/ch



CH-VITP-15-2200003